****

**Opsamling**

**Sundhedspolitisk dialogforum**

**Den 6. feb. 2014**

**Ole Stavad (tidligere SKU næstformand) bød velkommen…**

Store udfordringer på sundhedsområdet. Samspil hvis det skal lykkes. Løbende tættere dialog med hinanden. Ekstra vigtigt i 2014. Sundhedsaftalen kommer til at forpligte os alle!

Vi skal ikke i gang med en hensigtserklæring, men med klare mål! Ikke flere mål end at alle i systemet kan arbejde efter disse.

Vi skal nå længst muligt i forbindelse med de udfordringer vi har. Eksempelvis omkring Det nye sygehus og antallet af sengedage… Voldsom stigning i sammedags-behandlinger mv. frem til 2020. Blandt andet denne udfordring skal håndteres med denne sundhedsaftale.

Alle skal være gode til at inddrage egne kommuner, det er høj prioritet!

Indlæggelsesfrekvens og varighed er forskellig fra kommune til kommune og fra den enkelte praktiserende læge. Derfor er Praksisplanen vigtig!

Ved målstregen skal vi gerne have betydeligt ejerskab og sikre at alle ved, hvad vej vi skal gå!

Tag politisk ansvar og udstik klare mål!

**Thøger Michelsen (Proceskonsulent) skitserede rammerne for dagen…**

Rammer for dagen. Præsentation af klyngerne og af de 5 medlemmer af sundhedskoordinationsudvalget.

Mål for dagen: Nå frem til de fælleskommunale visioner for sundhedsområdet og for arbejdet med en sundhedsaftale.

**Christian Harsløf, kontorchef, KL…**

**Oplæg vedr.: Optakt til samarbejdet om sundhedsaftaler og praksisplan**

Udspil: ”Det nære sundhedsvæsen”: Kommunernes første fælles sundhedspolitik

Kort fortalt:

1. Flere opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen (forebyggelse frem for indlæggelse).

2. Styrket fokus på den patientrettede og rehabiliterende indsats

3. Styrket kommunal indsats forudsætter samarbejde og kvalitet (ens service i de enkelte kommuner)

Regeringens udspeil ”Mere borger mindre patient” (Regeringen følger KL). Mange fællestræk

Økonomiaftalerne… (der er afsat midler til at løfte sundhedsområdet)

Mange kommuner investerer i den forbindelse i rehabilitering

* Styrket indsats hjemtagelse af patienter
* Kompetenceudvikling
* Styrket kronikerindsats
* Shared care-projekter (forskellige initiativer)

De nye sundhedsaftaler: Sundhedsaftalen kom med kommunalreformen. Formelt setup som sikrer de tværsektorielle forløb.

De har udviklet sig meget undervejs. I forbindelse med evaluering af kommunalreformen blev der kigget på formen.

Sundhedsaftalen skal sendes til godkendelse i sundhedsstyrelsen

Sundhedsaftalen skal bestå af 5 aftaler - almen praksis skal integreres noget mere i sundhedsaftalerne (metoderne skal udvikles) - praksisplanen skal udmønte den politiske sundhedsaftale - målet er en kort politisk aftale med konkrete politiske mål - der er obligatoriske indsatsområder som skal være en del af sundhedsaftalen - somatik og psykiatri ligestilles - planlagt overdragelse af opgaver mellem sektorerne.

Praksisplan - det nye er, at det nu er regionernes ansvar, at der findes en geografisk passende lægedækning i regionen - de praktiserende læger skal være patientens tovholder - borgernes medicinforbrug skal være en del af praksisplanen - praktiserende lægers tilgængelighed udenfor almindelig telefontid - håndtering af sygebesøg - 15 km grænsen - pengebeløb til de 5 praksisplanudvalg.

Metoder til at integrere almen praksis bedre.

Sundhedsaftalen den fælles politiske ramme. Praksisplanen skal forpligte lægerne.

Større fokus på at se det samlede sundhedsvæsen som et hele. Få fælles konkrete målsætninger!

Debat om hvorvidt sygehusenes ændring af kapacitet påvirker kommunernes opgaver.

Ændringer i sundhedsloven:

- Det er nu et myndighedsansvar at fordele ydrenumre (Regionsrådet).

- Der er nu bedre muligheder for at få de praktiserende læger til at tænke i hele sundhedsvæsenet og udfylde deres tovholderrolle bedre (ikke kun tænke i egen butik).

Væsentlige områder til praksisplanerne: (udover lægedækning)

- Borgernes medicin (aftaler herom)

- Tilgængelighed (hvad gør vi udenfor telefontiden?)Det akutte og semi-akutte

- Sygebesøg (ønske om mere udgående fra praktiserende læger, 15 km. grænsen).

Herudover kan der være særlige kommunale fokusområder og ønsker.

Borgerens udgangspunkt: Hvordan ville jeg gerne have, at det fungerer?

Borgeren er normalt ikke opmærksom på grænsen mellem det regionale og kommunale, kun når det går galt!

Politikerne: Retning

Embedsmænd: Sørge for at retningen bliver ført ud i livet.

**Hvad sagde Christian, og hvad var det fornuftige?**

Godt med fokus på det sømløse system, godt at psykiatri og somatik sidestilles, vigtigt at det bliver en politisk sundhedsaftale med retning og få konkrete mål...

Flere kommentarer kredsede om opgaven med at få psykiatrien og somatikken ligestillet - fx skal der flyttes ressourcer fra somatikken til psykiatrien? Det er en vanskelig opgave under alle omstændigheder.

Christian: regeringens 100 mill. kr. pulje til psykiatrien kan være med til at give løft.

Hvad er de vigtige elementer i Sundhedsaftale version 1.0?

 - At de praktiserende læge bliver reelt forpligtiget til at levere i.f.t. sundhedsaftalen.

 - Borgeren i centrum, det sammenhængende forløb i et sømløs sundhedssystem.

 - Sikre at psykiatrien bliver en reel ligestillet part.

**Spørgsmål?**

- Opgaverne mellem sektorer, hvordan sikrer vi en fornuftig arbejdsdeling? Op og ned og ikke kun gennem de praktiserende læger? Gode tricks til at få aftalerne til at fungere?

Svar: En masse fordomme om hinandens opgaveløsning. Henvisning til ”opgaver”. Nødvendigt at forankre aftalen så dybt som muligt. F.eks. fælles uddannelsesforløb for personalet. Bringe folk i samme lokale for at nedbryde fordommene.

På alle niveauer skal man have øje for borgeren frem for ens egen organisation. Ikke dine og mine opgaver, men hvad gør vi sammen for borgeren?

Hvorfor er det en god ide med 1 aftale?

Svar: Det er loven. Men hvorfor?

1. Kvalitetsmæssig fordel… Nogle metoder er der evidens for virker. Hvis vi har præmis om at levere det bedste for borgeren, skal vi bruge de samme faglige standarder, som også bevirker at kvaliteten bliver mere ens på tværs af kommunerne.

2) Politisk fordel: Sundhedsaftalen er en forhandling som alt muligt andet. Vi står stærkere, hvis vi kommer med fælles mål, i stedet for 11 forskellige.

Hvad gør vi hvis lægerne melder sig ud?

Det er det store problem, når de ikke samarbejder. Svært at tiltrække til yderområderne.

Lægedækning? Løsninger: Mere økonomi til lægerne i udkantsområder, lokaler stillet til rådighed, andre løsninger, f.eks. Falck, regionsklinik.

Vedr. Sidestilling af psykiatri og somatik, her er lang vej. Der er plads til forbedring, og det er virkelig godt med dette fokus.

Spørgsmål: Men hvordan kommer vi herhen? Hvordan ligestiller man i praksis?

Metoder fra det somatiske område (udskrivningskoordinatorer, forløbsprogrammer mv.) Disse kan med fordel overføres til det psykiatriske område. Der er dog stadig et stykke vej at gå ift. ressourcediskussionen.

Det er også en del af den politiske snak, hvordan vil vi prioritere politisk?

Ikke bedre forståelse for de psykiske sygdomme, fordommene her skal også nedbrydes, så man kan frigøre ressourcer, også ift. folk med både psykiske og fysiske

Spørgsmål vedr. Praksisplan: Hvordan når vi så i mål med de ting, vi sætter op ift. de praktiserende læger? Operationaliseringen af sundhedsaftale vedr. lægerne.

Den første praksisplan 1 bliver en forsigtig, simpel plan, som så skal revideres. Baser den på den eksisterende. I 2015 kan den så revideres. Håbløs timing.

Spørgsmål: Regionen har fået myndighedsansvar, men hvad midler/redskaber følger med?

Fordelingen af læder mellem regioner løses ikke med ændring i sundhedsloven., men fordelingen af ydrenumrene lægger nu i regionens hænder og hvis ydrenumrene ikke kan besættes, kan man gå til anden leverandør.

**Bente Graversen, direktør, Aalborg Kommune…**

**Oplæg om arbejdet med Sundhedsaftale i nordjysk optik**

Embedsværket har behov for at få en overordnede ramme med nogle politiske mål - når den administrative sundhedsaftale skal udarbejdes.

Introducerede de nuværende 5 mål i den politiske aftale....

Hvordan sikre vi os at de politiske mål kan realiseres i praksis ....Og hvordan håndtere vi den geografiske udfordring når vi skal have ens mål?

Målsætning for telemedicinske løsninger skal udgøre noget centralt i den kommende sundhedsaftale..

Målene skal være så konkrete at vi kan sige noget om forventninger til effekten, og at vi kan følge op på målene .....

Status: Det går godt, og vi har godt samarbejde med region og prak. Læger.

Hvordan er sundhedsaftalearbejdet organiseret i Nordjylland? Se slides fra oplægget)

1. SKU: De har opgaven med at få indgået en sundhedsaftale.

I den enkelte kommune er der en politisk styregruppe, som gør status på den nuværende sundhedsaftale.

2. Det fælleskommunale Forretningsudvalg

3. Praksisplanudvalget

4. Den administrative Styregruppe (adm. grundlag for sundhedsaftalen, følge op og implementere)

5. Samarbejdsudvalg (Her løses overenskomstspørgsmål, klager, tilrettelæggelse af området). I nogle sidder 2 kommunale, andre 1. Regionen har flere repræsentanter.

Kommunernes sundhedsopgaver:

* Borgerrettet forebyggelse
* Tidlig indsats – Kronisk sygdom
* Patientrettet forebyggelse – rehabilitering
* Opfølgning efter udskrivelse
* Genoptræning og rehabilitering
* Palliation

I dag er borgerne i kontakt med både kommune, sygehus og praktiserende læge på samme tid! Det er derfor vi skal snakke det sammenhængende sundhedsvæsen.

Gode resultater:

Indenfor KOL, diabetes og hjerte-kar har alle kommuner rehabiliteringstilbud.

Vi har tænkt omstrukturering på sundhedsområdet her i Nordjylland.

Telecare Nord – Pilotprojekt i Hjørring og Aalborg. Indlæggelser ved reduceret med 50 % og hjemmeplejeudgifter blev reduceret med 20.000 kr. pr. borger pr. år.

National bevågenhed, hvis det lykkes med gode resultater skal det rulles ud på landsplan.

TeleCare Nord er indstillet til digitaliseringsprisen..

Udfordringer: En ting er at have en aftale, men hvordan bliver den implementeret? Her er en udfordring og mulighed for forbedring.

Også aktivitet vedr. forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser (opfølgende hjemmebesøg)

Kendte udfordringer: (Som skal med i næste sundhedsaftale)

- Det sammenhængende sundhedsvæsen

- Almen praksis involvering, engagement og deltagelse

- Kronikerindsatsen. Her er vi langt. Har vi det rette indhold i vores kronikertilbud? Hvad er der evidens for og målretter vi mod de rigtige grupper?

- Fælles udfordring som følge af færre indlæggelser/kortere indlæggelsestid

- Opgaveoverdragelse

- Det kommunale (akut) beredskab

2014 bliver et særligt arbejdsomt år.

Praksisplanen kan revideres løbende, selvom den indgås for 4 år.

Sundhedsaftalen skal indgås i år (Sundhedsstyrelsen er godkendelsesmyndighed)

Forebyggelsespakkerne bliver også produceret i sundhedsstyrelsen (ny myndighed tæt på os).

Praksisplan sendes i høring i kommunerne i feb.-marts 2014. Vigtigt at involvere kommunernes egne sundhedsudvalg i arbejdet! De har den efterfølgende implementeringsopgave.

**Hvad sagde Bente, og hvad var det fornuftige?**

Den 17. marts afholdes Sundhedsprofil konference. Alle politikere inviteres til denne dag.

Der er løbende blevet fulgt op på de 5 politiske mål.

De er forholdsvis overordnede, er det godt? Fint med overordnede mål, men vejen hen mod målene kan være forskellige. Godt med noget fælles, men også rum til at gøre noget forskelligt.

Hvor tæt skal man gå på praksis som politiker? Der kommer mange nationale mål og udspil, som vi også skal nå.

Vi skal skabe et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, fokus på sektorovergangene!

**Spørgsmål:**

Hvordan er forholdet mellem visionerne og den praktiske udførelse?

Hvad er råderummet ift. at udvikle nye visoner?

Hvordan løser man udfordring med at nå målsætninger som dækker alle men som samtidig tager udgangspunkt i forskelligheden.

Hvad mål skal direktørerne have for at få power?

Svar:

- Mål der handler om borgere mere end teknik!

- Selvom vi er forskellige, kan vi godt have samme politiske mål, så får vi måske bare forskellige opgaver ift. at nå målene, udfordringer ift. dette.

- Vi vil gerne have mål, som vi kan følge op på, lykkes vi, batter det?

Påstand: Borgere i Thisted og Aalborg er interesserede i samme sundhed.

Kvaliteten er ikke ens, heller ikke indholdet. Det bliver vi mødt med af regionen; det mener regionen er en udfordring, men det er også udfordringen regionalt og den måde de håndterer deres opgaver.

Men alligevel skal argumentet tages alvorligt, for det er et centralt element i hele økonomidiskussionen.

TeleCare Nord vil vi gerne have bredt ud, gang i snak om indhold i sundhedsaftalen.

Vigtigt at lave realistiske, gennemførbare mål som gør næste led handlekraftigt. De nuværende mål er ikke målbare, hvordan operationaliserer vi målene?

Ex. Hvad er beskrivelsen af et godt patientforløb?

Sammenspillet mellem den politiske og embedsmæssige opgave..

Fælles mål er fint, men de skal også konkretiseres!! Vi kan starte overordnet, men der skal være noget målbart ind i det.

Inspiration til kommende vision/målsætning:

- Telecare Nord skal bredes ud.

**Professor Jes Søgaard**

**Oplæg vedr. de kommunale udfordringer (se slides for konkrete dataeksempler)**

En undersøgelse fra Region Vestsjælland viser at 35% af sundhedsudgifterne relaterer sig til 1% af befolkningen. Den største kommunalpolitiske opgave er at DEFINERE og udvikle "det nære sundhedsvæsen".

Politikerne skal ikke være i maskinrummet - men stå på broen!

Udfordring: - At definere og udvikle det nære sundhedsvæsen – Det er IKKE defineret i dag.. Den største politiske opgave. Hvad er det for et sundhedstilbud vi vil give borgeren i dagligdagen?

- Nye sundhedstilbud i nye rammer og institutioner (er ikke en statisk opgave, vil hele tiden afhænge af sygehusenes ageren og teknologiudviklingen.

- Drift, ledelse, organisering og dokumentation (vekselvirkning mellem bro og maskinrum).

- Koordination mellem sektorerne

Elementer i udfordringen:

- Diffus opgave, store forventninger

- Stram økonomi og ingen national finansieringsplan

- Lægerne er blevet rammestyret (kollektivt), efter akkord (enkelt)

- Incitamentsstrukturen på sundhedsvæsenet

- Opgaveglidning (Opgaveglidning fra sygehusene ...... hvad der idag defineres som sygehusbehandling vil i fremtiden blive opfattet som en kommunal sundhedsopgave....(efterbehandling....). Fx vil udviklingen i behandlingsmetoderne sikre kræftpatienter længere restlevetid - med en stigende efterbehandlingsopgave til følge).

Koordinationsudfordringen er enorm for borgere med en psykiatrisk diagnose - også internt i kommunerne......(sundhedstilbud, socialetilbud, jobcentre..)

Udviklingen i sygehusbehandlingen medfører mere fragmenterede behandlingsforløb .....

Den kommunale medfinansieringsmodel er en skrøbelig konstruktion - når vi anskuer det ud fra en adfærdsvinkel - jo bedre kommunerne bliver til at forebygge indlæggelse og behandlingsbehov jo mere tager vi i bloktilskud, når det nationale budget til den kommunale medfinansiering skal fastlægges.

Hvis vi skal have de praktiserende læger til at visitere til de kommunale sundhedstilbud skal vi kunne dokumentere, at vores tilbud virker.

På sundhedsområdet står vi med økonomiske rammevilkår, hvor vi skal gå fra en periode med årlige realvækstrammer på 3% til årlige vækstrammer på 0,5%.

Hvor forskellige er de tre organisationer egentlig?

Eksempel: Borger med en psykisk lidelse møder:

* Det regionale sundhedsvæsen
* Kommunens sundhedsforvaltning (herunder mange forskellige tilbud)
* Kommunens socialforvaltning
* Kommunens jobcenter

Tit føler borgeren, at de skal koordinere mellem disse mange forskellige institutioner. Vi glemmer at borgeren overlades til dette. Vi er bedre indenfor børnepsykiatrien, hvor der sker en koordinering.

Der er dog en bevægelse i gang her. Måske det bliver anderledes også for voksne, psykiske borgere.

Statistiske trends:

* Flere og flere danskere har flere og flere sygdomme (multisygdom). Der skal tages højde for alle sygdomme i behandlingen af patienterne.
* 40 % oplever langvarig sygdom
* 21 % oplever dårligt helbred, smerter, funktionsindskrænkninger
* Vi lever længere med sygdommene. Vi bliver ældre.
* Nyt begreb: Incitamentpenge!! Eksempel KMF…

I 2013 fik kommunerne 300 mio. til løft og 200 mio. fra satspuljemidlerne.

Skrøbelig finansieringsstruktur på det kommunale sundhedsområde…

Substitution: Substituere den dyre hospitalsbehandling. Kommunale tilbud skal aflaste sygehusene. Men hvordan sikrer vi at det kommunale tilbud ikke bliver betragtet som et B-tilbud?

Opgaverne kommer om kommunen vil det eller ej.

Teknologisk udvikling af nye behandlingsmuligheder er en vigtig drivkraft.

Lægen bestemmer, om der skal henvises til regionale eller kommunale tilbud. Vigtigt at vi får vist at vores tilbud er mindst ligeså gode som de regionale.

Generelt vil de økonomiske rammevilkår være meget svære

Der er længe blevet talt om ældre-byrden, men det er fra 2010-2030, at de ældre kommer! Det er nu de ældre kommer!!

Ting skal finansieres og så skal de dokumenteres!

Et samarbejde udfordret af mange strukturelle, kulturelle og strukturelle snitflader og modsætninger: Kræver målrettet administrativ, politisk og sundhedsfaglig ledelse.

**Et par budskaber** (Fra Thøgers Riis Michelsens opsamling:

* Der findes ingen banditter i det danske sundhedssystem - alle opfører sig ordenlige og rationelle indenfor de strukturer der findes. Så udgangspunktet er: "lad vær at klynke - få det til at fungere!"
* Accepter at grundvilkåret er, at vi lever længere :-) (med alle de udfordringer det giver på sundhedsområdet).

1) De alment praktiserende læger agerer ud fra den situation de er i. Lad være med at klynk over at de andre ikke altid gør som man vil! **Få det til at fungere!**

2) Det er kommunerne som fremadrettet skal få det til at fungere!

Få branche organisationerne mere på banen her!

**De andre får kun besøg af borgerne – vi har dem hele tiden!! Jes´ budskaber: (se på løs ark)**

**Opsamling på målsætninger/visioner…**

Hvad mangler SKU for at blive handlekraftige? Vi skal gøre medlemmerne til en succes?

**Klynge Syd (Mariagerfjord, Vesthimmerland, Rebild)**

**(Temaer ikke mål)**

1. Mål som sikrer lige vilkår, lige værdighed. Ligheder mellem det somatiske/psykiatriske.

2. Sikrer borgerne i overgang ml. sektorer men også internt i kommune henholdsvis sygehus. Se på det hele menneske.

3. Blive klar til fremtiden og til at tage mod den ændrede type af opgaver i kommunerne (efterbehandling og personale som skal have andre kompetencer end i dag)

4. Fokus på velfærdsteknologi og digitale løsninger (svar på fremtidige udfordringer?)

5. Sikre ensartethed, ensartethed i kvaliteten. På trods af forskelle mellem kommunerne, herunder: færdigbehandlede, sengedage, genindlæggelser, ”modtagne apparat”, fælles kodeks for læger (PLO)

**Klynge Nord (Frederikshavn, Hjørring, Læsø, Brønderslev)**

1. Det sammenhængende borgerforløb!! Godt som begreb - Før og efter en behandling. Perioden som patient er meget lille, man er borger hele livet. Se på ”Det hele menneske” med afsæt i kommunens kerneopgaver. Forebyggelse og livsmestring.

2. Planlagt opgaveoverdragelse.Der skal være klar plan, så opgaver ikke kommer uforberedt til kommunerne.

3. Telemedicin/velfærdsteknologi (også for at kompensere for lægemangel)

4. Kommunikation om det nye sundhedsvæsen. Kan kommune og region kommunikere fælles til borgerne og kommunikere ud at sundhedsvæsenet er en fælles opgave, ikke kun en regional opgave. Det kan også være en måde at komme ud over specialistsproget. Alle parter i kommunikationen med borgeren/patienten er tydelige om det sammenhængende borgerforløb, ansvar for egen sundhed.

5. Kommuner skal møde region med håndfaste krav. (Hvor skal den lægelige backup være, ved udskrivning er det nu en ren kommunal/almen praksis ansvar, f.eks. 2 dage efter udskrivning stadig sygehus ansvar med lægekontrol.

6. Kapacitets tilpasning (sengepladser). Vi skal være en del af den regionale planlægning, da vi efterfølgende får opgaven. De skal medvirke til at geare kommunen til at tage over; her har regionen en forpligtelse. Vi skal gøre hinanden til kompetente samarbejdspartnere, så borgeren oplever helhed og sammenhæng

7. Vi skal ikke glemme psykiatrien, skal psykiatri beskrives særskilt under hvert mål?

8. Dokumentation - hvad virker / virker ikke?

**Klynge Midt (Aalborg og Jammerbugt)**

1. Velafbalanceret, gennemsigtigt sundhedsvæsen for borgeren

* Både for borgere med somatisk og psykisk sygdom
* Indebærer af vi skal vurdere resultater og virkninger af det vi gør.

2. Veltilrettelagt opgaveoverdragelse på borgerniveau mellem sygehuse, almen praksis og kommune.

* Forudsætter klarhed over hvad vi som kommune skal stille op til
* Forudsætter fælles kompetenceudvikling

3. Fælles kompetenceforløb, fælles uddannelsesforløb

4. Vi skal fremtidssikre det nære sundhedsvæsen. F.eks. kronikeraftalen, kunne det udbygges? Det samme med TeleCare Nord.

* Indebærer blandt andet udvikling af en 2. generations kronikeraftale – Tele-homecare strategi (baggrund i Jes Søgård forudsigelser om stigende antal kræftpatienter i kommunerne)

5. Psykiatrien

Psykiatri sidestilles

* (B-U udredning)
* Underbehandling somatisk sygdom
* Svært psykisk syge

6. Resultater/virkning af det, vi gør? Hjælper det?

7. Vi skal mindske den sociale ulighed i sundhed - Den sociale lighed skal være større hver gang vi indgår en aftale.

**Klynge Vest (Thisted og Morsø)**

1. En borger, en sag! Vi koordinerer

2. Shared Care (gøre op med kassetænkning, hvor giver det mening at sætte ressourcerne ind? Fælles ansættelser, telemedicin

3. Fokus på psykiatrien og ligestillingen heraf

4. Fokus på forebyggelse

5. IT; fælles platform. En løsning, der virker.

6. Det nære sundhedsvæsen. Det skal defineres. Rammer og forventningsafstemning

7. Evidens – Hvad er det egentlig der virker? Tage lære af sig selv og hinanden. Tiltag evalueres på baggrund af evidens eller evalueres systematisk

**Tiltag: Evidens for virkning, evaluering for effekt!**

NB! Få noget af dette udmøntet i noget målbart, i noget operationalt! Stort fokus herpå, også politisk.

Vi skal efterfølgende kunne se, om vi bevæger os den rigtige vej… Vi starter dog her og det er helt ok.

**Opsamling i Plenum**

* Skabe lighed og ligeværd mellem somatik og psykiatri....
* Sikre borgeren i overgang - det hele menneske...
* Være klar til fremtiden ...
* Fokus på velfærdsteknologi, telemedicin og digitale løsninger
* Sikre ensartethed i de kommunale tilbud og imellem de enkelte praksis ....
* En borger - én "sag"
* Shared Care - ikke kassetænkning?
* Fokus på forebyggelse..
* Fælles IT-platform ....
* Fokus på hvad der virker
* Det sammenhængende borgerforløb (giver fokus på før - under - efter)
* Planlagt overdragelse ....
* Kommunikation - bidrager til at borgerne har en de samme forventninger ....kommunikerer ind i den nye kontekst hvor kommunerne også er en aktør..
* Plan for kapacitetstilpasning...(tidlig inddragelse)
* Ikke glemme psykiatrien
* Veltilrettelagt opgaveoverdragelse på borgerniveau (måske suppleret med fælles kompetenceudvikling af personalet).
* Flere forløb ind under noget der ligner "kronikermodellen"
* Reducere (den sociale) ulighed i sundhed

Det der mangler nu er konkretisering, operationalisering og målbarhed.....

**Thøgers Michelsen**

**Oplæg vedr. Relationel Koordinering**

Der hvor relationer er præget af fælles, accepterede mål, der kan hver enkelt medarbejder forklare, hvad deres rolle er i det store spil.

Gensidig respekt: Helt banalt, respekt for alle faggrupper

Kommunikation: Hyppig, rettidig, præcis og problemløsende.

Fokus på hvordan vi italesætter hinanden, ex. ”de klarer det sørme godt de praktiserende læger”…

Ikke fokus på skyld og skam, problemløsning i stedet!

Fælles sprog og viden, respekt mv.

De politiske mål skal gøre dette muligt!!

Relationel koordinering ....... er koordinering af arbejdet gennem relationer præget af fælles accepterede mål, delt viden og gensidig respekt!

Koordinering er ikke kun en teknisk ledelsesopgave!

Høj grad er relationel koordinering er karakteriseret ved:

Relationer: Fælles accepterede mål, delt viden, gensidig respekt.

Kommunikation: Hyppig, rettidig, præcis, problemløsende.

Lav relationel koordinering er kendetegnet ved:

Relationer: Funktionsorienterede mål, specialiseret viden, manglende gensidig respekt.

Kommunikation: Sjælden, forsinket, fingerpegende.

**Mange tak til alle for at bidrage til en spændende og indholdsrig dag!**