

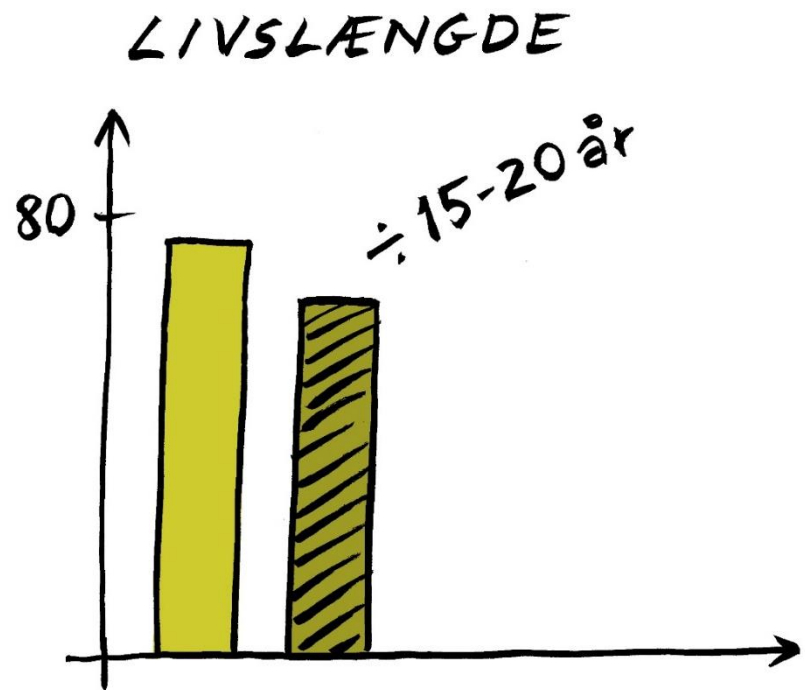
Velkommen til minikonferencen:

TÆNK SOMATIKKEN MED

-at håndtere somatisk sygdom, når psykisk sygdom skygger.

Tirsdag den 1. november 2022

ULIGHED I SUNDHED



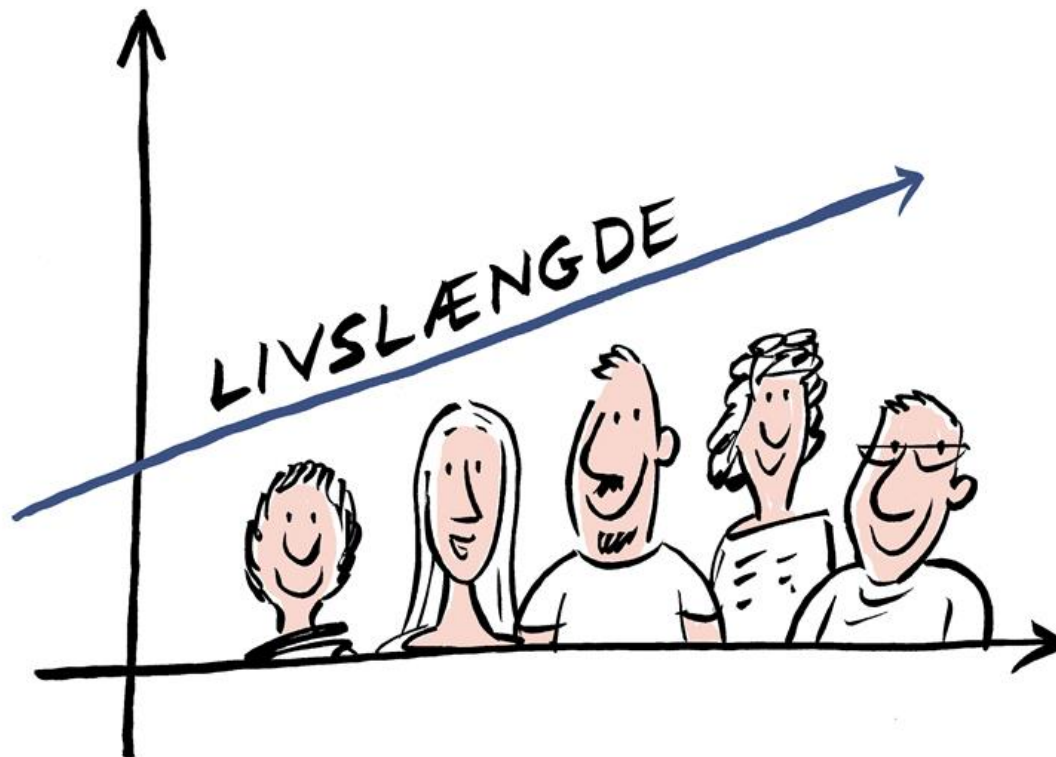
Mennesker med svær psykiske sygdom lever 15-20 år kortere end gennemsnittet.

Det er der flere årsager til.

Men det handler blandt andet om, at mange fysiske sygdomme:

- Ikke bliver opdaget
- Bliver opdaget for sent
- Bliver behandlet utilstrækkeligt/forkert

SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF FAGLIGHEDER OG SEKTORER



ZBC, Absalon og Region Sjælland sammen om at afholde konferencen

- Vi vil gerne bidrage til at styrke den faglige praksis
- Vi vil gerne byde ind med kompetenceudviklingsforløb
- Vi vil gerne tilbyde materialer, som skaber dialog, refleksion og god opgaveløsning på social- og sundhedsområdet
- ... og vi vil gerne arbejde sammen med jer om det.

- 13.00-13.15 **Velkommen og rammesætning af programmet**
v/ Region Sjælland, Professionshøjskolen Absalon og ZBC
-
- 13.15-13.45 **"Man skal ligesom hakke sig selv op i små bidder. Og når man så har et krøllet hoved...". Soma og psyke – et borgerperspektiv på "systemet"**
v/ Iben Charlotte Aamann, forsker, Region Sjælland, Det Nære Sundhedsvæsen, Kvalitet og forskning
-
- 13.45-14.30 **Præsentation af "Tænk somatikken med" – et materiale med fokus på at håndtere fysiske sygdomme hos brugere af sociale tilbud**
v/ Lone Hald, udviklingskonsulent, Region Sjælland, Det Nære Sundhedsvæsen, Forebyggelse og Folkesundhed.

"Tænk somatikken med" er udvalgt og beskrevet, som et eksempel på en virksom og lovende indsats i VIVEs rapport "Vidensafdækning: Sundhedsindsatser på det sociale område", som udkom i foråret.
-
- 14.30-14.45 **Erfaringer fra brug af materialet "Tænk somatikken med"**
Om hvordan medarbejderteamet i tre forskellige socialpsykiatriske tilbud får et skærpet blik for, hvad der skal til for at løse borgernes somatiske problematikker
v/ Teamleder Kim Overvad Hansen
-
- 14.45-15.15 **Kaffe og eftermiddagssnacks**
– med mulighed for at snakke med Region Sjælland, Absalon og ZBC
-
- 15.15-16.15 **Operationen lykkedes – men patienten døde!**
Denne karikatur af kirurger bruges ofte til at illustrere tunnelsyn og manglende blik for helheden. Men at se det hele menneske afhænger altid af øjnene, der ser. Hvad betyder det for borgerne med psykisk sygdom? Og for medarbejderne i kommunerne?
v/ Sidsel Vinge, har bl.a. været projektchef i VIVE med fokus på det kommunale sundhedsområde og sundhedschef i Gladsaxe Kommune
-
- 16.15-16.30 **Opsamling og tak for i dag**

”Man skal ligesom hakke sig selv op i små bidder. Og når man så har et krøllet hoved...”. Soma og psyke – et borgerperspektiv på ”systemet”

v. Iben Charlotte Aamann, Det nære sundhedsvæsen, Kvalitet og Forskning | iaa@regionsjaelland.dk



Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (Hjertesvigt, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), slagtilfælde (apopleksi) og hoftenære lårbensbrud)

”...der er betydelige ikke-begrundede kvalitetsforskelle i behandlingen af forskellige patientgrupper, og at en betydelig andel patienter ikke fuldt ud modtager den anbefalede behandling.” (Rigsrevisionen 2019, s. 3).

”...de værst stillede patienter fik opfyldt alle relevante procesindikatorer i mindre grad end de bedst stillede patienter, hvilket er en indikation på uensartet behandling.” (Rigsrevisionen 2019, s. 3).

The overall results from this thesis showed that patients with low social position had a lower chance of receiving high quality of care as well as most individual process performance measures compared to patients with high social position (Knudsen 2021, s.3).

INEQUALITIES IN QUALITY OF CARE AND CLINICAL OUTCOMES AMONG DANISH INPATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

INEQUALITIES IN QUALITY OF CARE AND CLINICAL OUTCOMES AMONG DANISH INPATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Formål:
undersøge hvad der sker i det konkrete møde mellem sårbar borger og sundhedsprofessionel, der potentielt er ulighedsskabende

Social baggrund giver ulighed i børns kræftforløb

15-01-2022

Forældrenes uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet kan have betydning for børn med kræft. Det viser to nye undersøgelser fra Kræftens Bekæmpelse og Rigshospitalet. Forældrenes sociale forhold kan både føre til ulighed i det diagnostiske forløb og i behandlingen af børns kræftsygdom.

Ny forskning giver eksempler på, hvordan behandlingen af børn med kræft er påvirket af social ulighed. Og forskningen pointerer samtidig myten om, at uligheden alene ligger hos forældrene. Foto: Colourbox.

Forældre med en kort uddannelse, som har en depression, eller som ikke har noget arbejde, skal henvende sig til sundhedsvæsenet væsentligt flere gange, før deres barn får en kræftdiagnose, end mere ressourcestærke forældre skal.

Det viser den ene af de to nye undersøgelser af social ulighed blandt børn med kræft.

I den anden undersøgelse har forskerne set på, hvilken behandling børnene får, hvis de bliver diagnosticeret med akut lymfatisk leukæmi, som er den hyppigste kræftform blandt børn.

Her viser resultaterne, at børnene typisk får en lavere dosis kemoterapi, hvis de har forældre, der har en kort uddannelse eller er arbejdsløse.

“...Der er ingen social ulighed i hvor højt man elsker sine børn, og forældre til et kræftsygt barn sjusker ikke med behandlingen, uanset hvor såkaldt 'ressourcestærke' eller 'ressourcesvage' de er. Så det er forkert at tro, at ansvaret for uligheden ligger hos forældrene.”

Kjeld Schmiegelow, professor i børnekræft, Rigshospitalet

Metoder og data

Feltobservationer med borgere

Med BS'er ude og besøge borgere: 18 gange.
Herfra er 5 borgere fulgt i et tættere forløb med en række aftaler hos egen læge, hos forskellige andre speciallæger og på sygehuse (godt 39 konsultationer observeret dd).

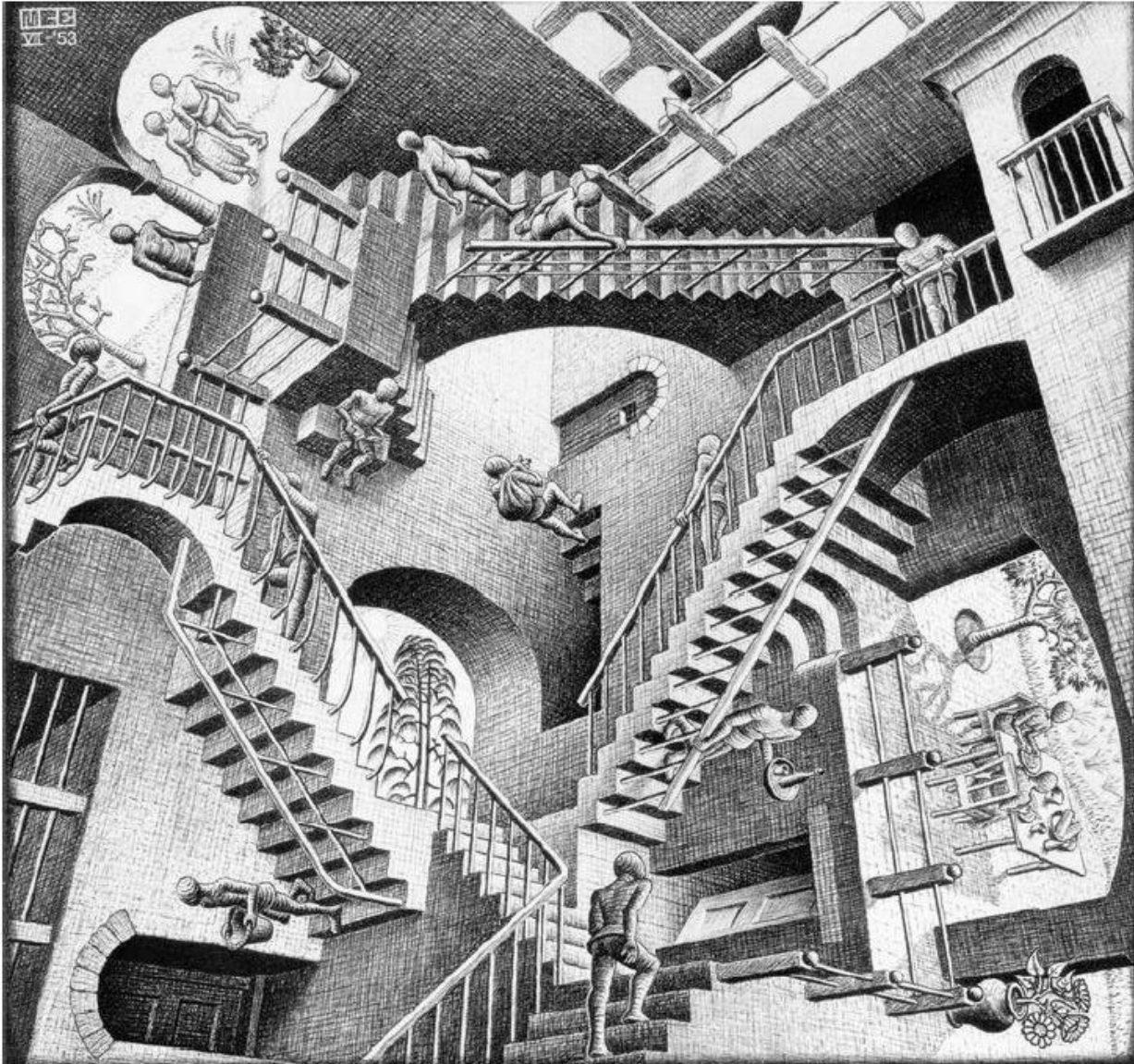
Desuden feltstudier blandt professionelle:
Socialpsykiatri, behandlingspsykiatri og bosteder i RH X 3 og RS X 3

Andre typer materiale

Noter fra telefonsamtaler med borgere og BS'er
Photovoice
Observationer af møder med sagsbehandlere og andre aktører
Små 1000 sideres feltnoter, transskriberede interviews og samtaler + 200 fotografier



”Man skal ligesom hakke sig selv op i små bidder. Og når man så har et krøllet hoved...”.



Borger
Pårørende
Bostøtte
Forvaltning 1 (sundhedslov)
Forvaltning 2 (servicelov)
Egen læge
Sygehus 1
Sygehus 2
Speciallæge 1
Speciallæge 2
Etc

”Man sidder jo som læge med sådan en fornemmelse, hvor man ikke engang selv har et overblik. ... Selvom man har adgang i Sundhedsplatformen, så kan man se de forskellige tider, men man kan ikke se, hvem patienten skal se hvornår og er det blodprøver, er det en lægetid eller en sygeplejersketid? Så man har hele tiden, når man møder de her sårbare patienter, sådan en grundlæggende fornemmelse af, at det her, det er fuldstændig umuligt at holde styr på”.

N: "Hvad kommer du med?" Hun sidder med en kuglepen parat til at notere på en post-it.

M: "Det troede jeg, du kunne fortælle mig" [latter] M fortæller om sine to måneder med "knaldende hovedpine. Og så mine øjne: Jeg får nogle gange sådan nogle jag oveni skallen, så jeg er lige ved at...her den anden morgen, jamen jeg siger dig, jeg ku [ingenting]. Og jeg har jo også gået ovre hos øjenlægen, jeg har fået øjendråber til om morgenen, men så gav det et jag i pupillen eller jeg ved ikke... men han [øjelægen] går jo mest op i det med øjenomgivelserne, men det er jo ikke det, JEG altså...og jeg er også blevet scannet, men hallen den var helt tom" M ser forventningsfuldt på N, men hun overhører vittigheden og siger: "Så hovedpinen. Den har du haft i to måneder. Mere eller mindre konstant? Hvor sidder den henne, hovedpinen?"

M forklarer. N spørger om der er sket noget særligt, som kan have udløst hovedpinen.

M: "Jamen jeg blev jo slået ned, jeg har ledt efter sedlen hele formiddagen, men jeg har arkiveret den og jeg kan ikke finde den, men det er altså en ti-tolv år siden. Så syntes kommunen jo, at de skulle spare penge ved at slukke for gadebelysningen kl. 1 og så skulle jeg hjem klokken kvart over et, så der var bælgravende mørkt og så kom der altså to bagfra og hakkede mig ned og så sparkede de, jeg kunne ikke se noget, jeg tror jeg fik 50 spark i hovedet, begge trommehinder sprang, fire kindtænder faldt ud".

M fortsætter beretningen, N prøver ind i mellem at komme til orde uden held, M fastholder ordet og går nu over til at forklare om tarm-operationen i begyndelsen af 00'erne. Der står stadig intet på den gule post-it; N har vendt kuglepennen om og trykker nu rytmisk dens top ned mod papiret.

N spørger om det gav ham hovedpine eller om han kom sig?

M: Jeg altså nej jeg har sgu ikke øh altså. Angst, jeg har jo fået angst, så jeg er låst derhjemme fra 4 halv fem og til næste morgen, når det bliver lyst.

N Så den hovedpine, du har haft de sidste måneder, er det en ny hovedpine? Som du ikke har haft før?

M: Ja ja men det var sådan...

BS bryder ind: Men du har den ikke så meget lige nu, siger du jo?

M: Jamen lige nu der kommer det i sådan nogle jag. Og i øjnene.

N: Så ligenu, der har du den ikke på daglig basis, men der er det den anden der?

M (Overtager ordet stammende): Dendenden der, der stikker, ligesom når jeg får det i øjnene.

N: Og det er meget smertefuldt. Og så går det væk og så har du ingenting og så kommer det igen. Eller hvordan skal jeg forstå det?

M: [...starter en sætning, men BS afbryder]:

BS: Hvor tit får du det?

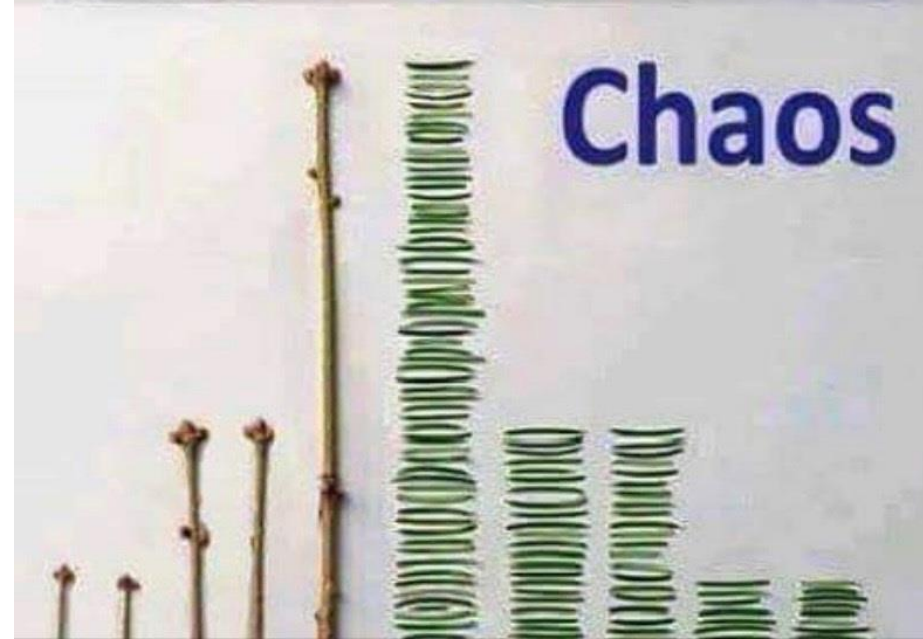
M:

BS: En gang om dagen eller en gang om ugen?

M: "...jamenehh det er jo dét, det det det, jeg kan sgu ikke hu....

BS (afbryder): Et gæt?

M: "Aarmen jeg kan sgu ikke...- til N: Det er jo også derfor, jeg har Johanne med, hun er min bo-bo-bo –[BS bryder ind: Bostøtte] – Ja!



Overenskomst om almen praksis 2022



”Nu har vi så 45 minutter til at forstå ligeså lidt, som vi gjorde før på et kvarter”.

TÆNK SOMATIKKEN MED

Et materiale til kompetenceudvikling målrettet sociale tilbud og social- og sundhedsuddannelserne.

Materialet stiller skarpt på de barrierer, der kan være for at opdage og reagere på fysisk sygdom, når psykisk sygdom skygger.

Materialet lægger op til fagligt forløb på personalemøder.

Målet er, at borgere med psykisk sygdom understøttes bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom før, hos og efter lægen.

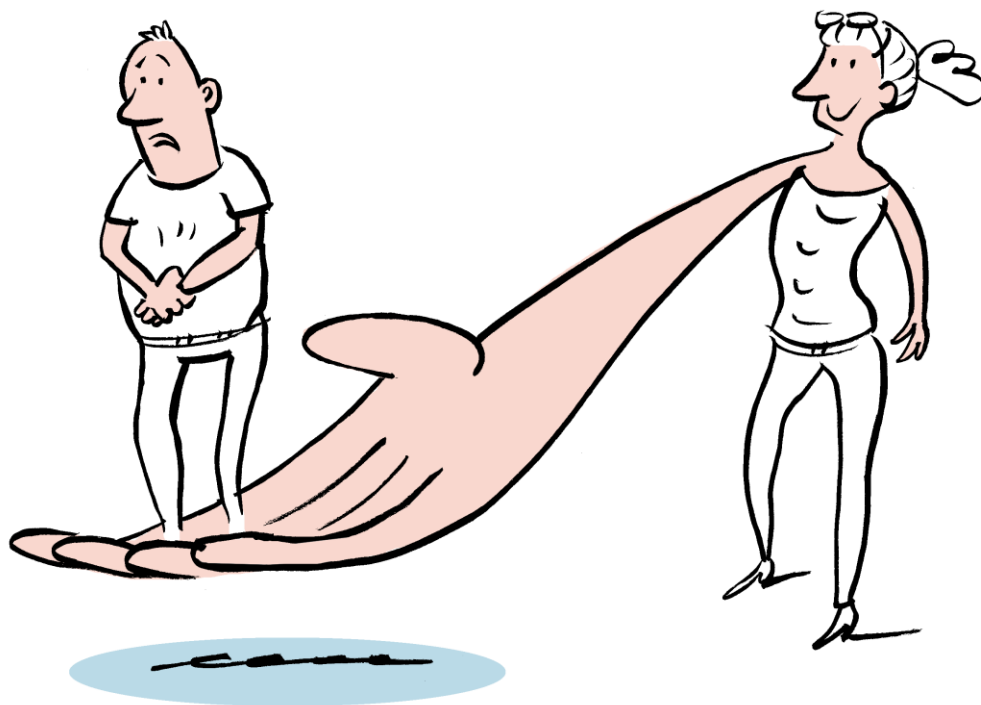


Lone Hald, Chefkonsulent, Region Sjælland,
Det Nære Sundhedsvæsen



REGION
SJÆLLAND 
- vi er til for dig

MANGE SPILLERE PÅ BANEN



Vidensafdækning: Sundhedsindsatser på det sociale område

Casestudie af fire sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer



Mette-Louise E. Johansen, Sigrød Trier Grønfeldt og Helle Sofie Wentzer

VIVE

JAN

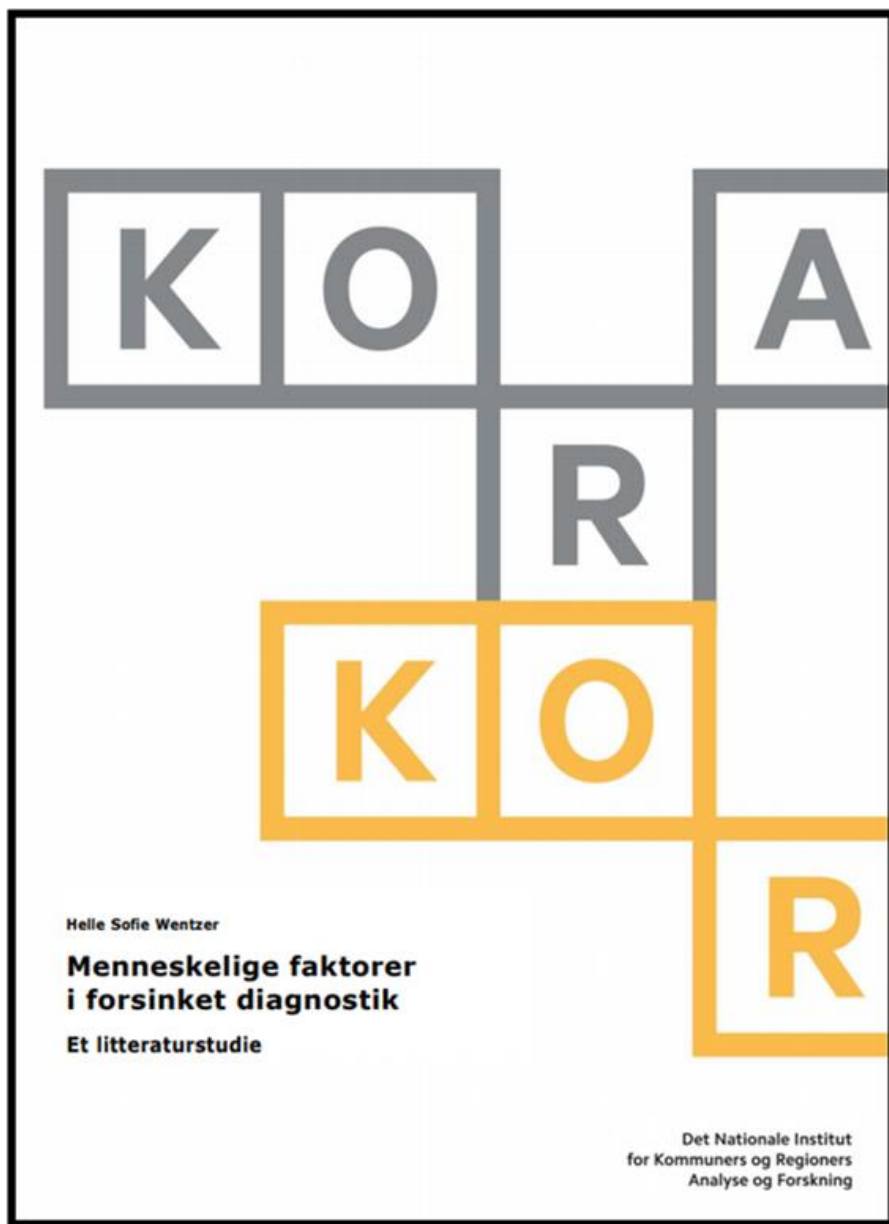


3 TIMERS WORKSHOPS FOR ANSATTE I SOCIALPSYKIATRIEN

"GÅ TIL LÆGE I TIDE" – 2017 – 2019

- Dilemmaspil baseret på virkelige oplevelser
- Antal: 22 workshops i 13 ud af 17 kommuner
- Deltagere: Mere end 700
- Deltagernes baggrund: Social- eller sundhedsfaglig. Cirka halvt af hver.

REFLEKSIONER/DILEMMAER



- Hvad hindrer Jan i at komme til lægen?
- Hvordan motiveres Jan til et lægebesøg?
- Hvor meget skal en medarbejder "presse"?
- Hvordan respekterer medarbejderen det enkelte menneskets ret til at bestemme over eget liv i denne situation?
- Hvad er medarbejderens ansvar i forhold til at reagere på borgerens somatiske sygdomstegn?
- Er der forskel på ansvaret, alt efter om medarbejderen er socialfagligt uddannet eller sundhedsfagligt uddannet?

EVALUERING

**VIDEN I HVERDAGS
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Rapport

Fokus på sundhed i socialpsykiatrien

Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'



Maya Christiane Flensborg Jensen og Sigrid Trier Grønfeldt

METODIK

- ✓ Genkendelige problematikker i dilemmaspillene.
- ✓ Aktive i problemdefinitioner og problemløsninger.

ØGET FOKUS

- ✓ På symptomer og barrierer: *"Jeg er begyndt at gå mere på opdagelse sammen med borgeren om hans eller hendes somatiske tilstand"* (en medarbejder efter workshoppen)
- ✓ På bisidderollen: Den skal forberedes.
- ✓ På arbejdet for at få integrere "det somatiske blik" i både hverdagspraksis og i handleplaner (involverer myndigheden)

PÅ DEN LANGE BANE ☹

"Opmærksomheden aftager over tid ... kræver en kontinuerlig påmindelse og forankring."

UDVIKLING AF MATERIALE

Materialet skal:

1. Have en form som en afdelings-/teamleder/sundhedsfaglig koordinator kan bruge på team/afdelingsmøder – må max tage 30 min. pr. gang (efter behov)
2. Inspirere medarbejderne til at bringe egne erfaringer i spil og invitere til at reflektere over egen praksis
3. Invitere ind til, at alle fagligheder føler et medansvar for løsning af opgaven
4. Hjælpe med at sætte scenen for, hvad problemerne er og hvordan personalegruppen kan arbejde med i fællesskab at finde løsningerne.

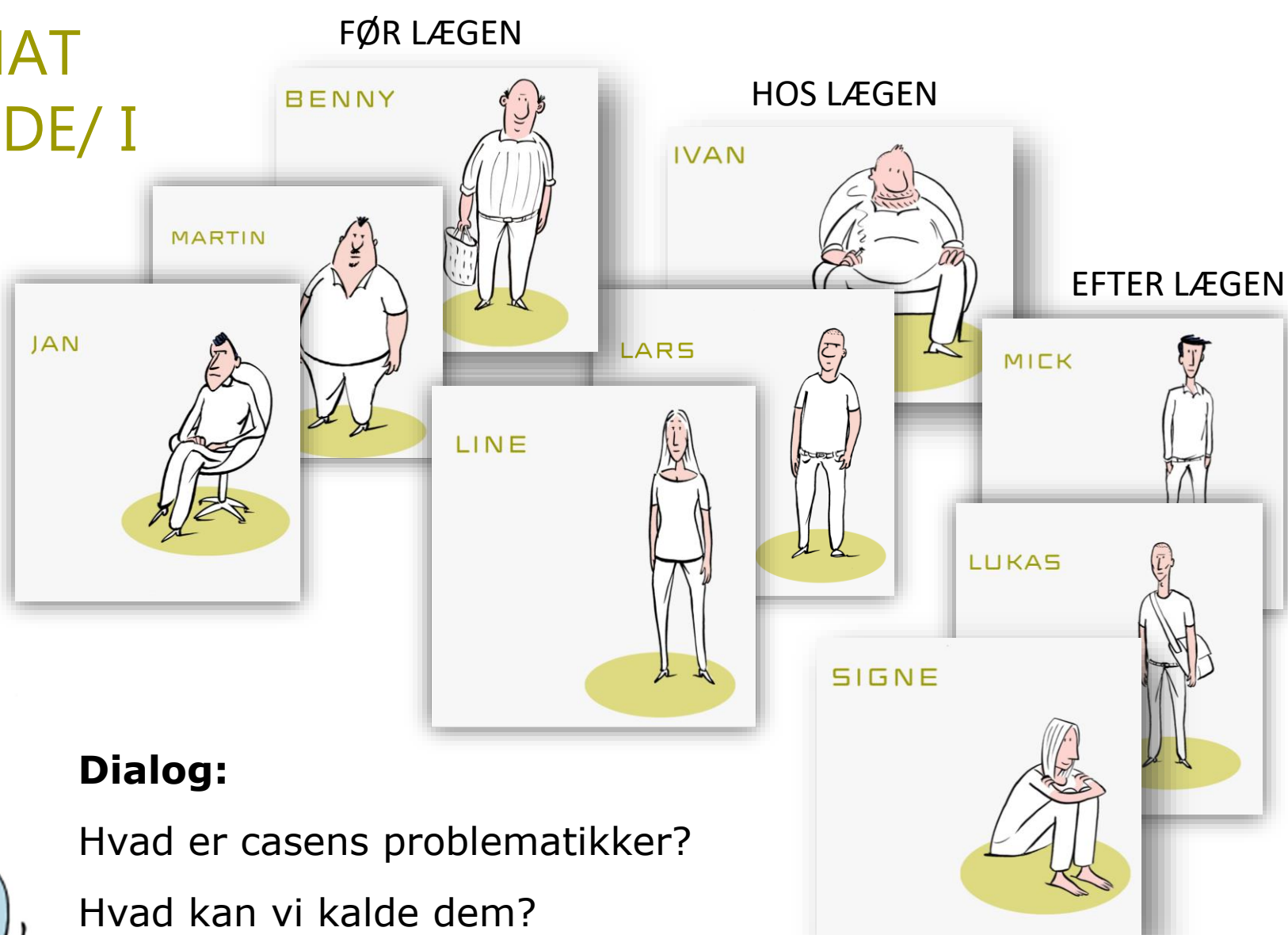
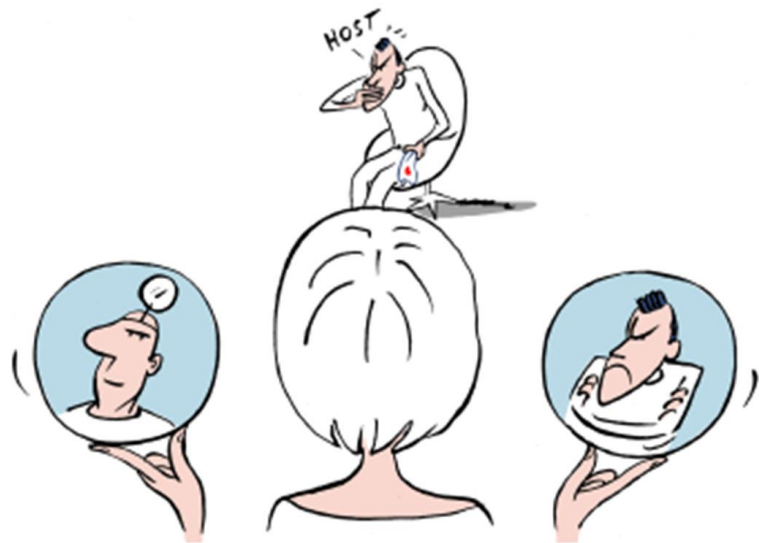
HVORDAN KAN I UNDERSTØTTE BORGERNE I FORBINDELSE MED FYSISK SYGDOM?



INDSATS I NYT FORMAT 30 MINUTTER PÅ MØDE/ I UNDERVISNINGEN

MATERIALET BESTÅR AF:

- Introfilm/ PP-præsentation
- 9 cases
- Arbejdsark
- Refleksionsspørgsmål
- Vejledning



Dialog:

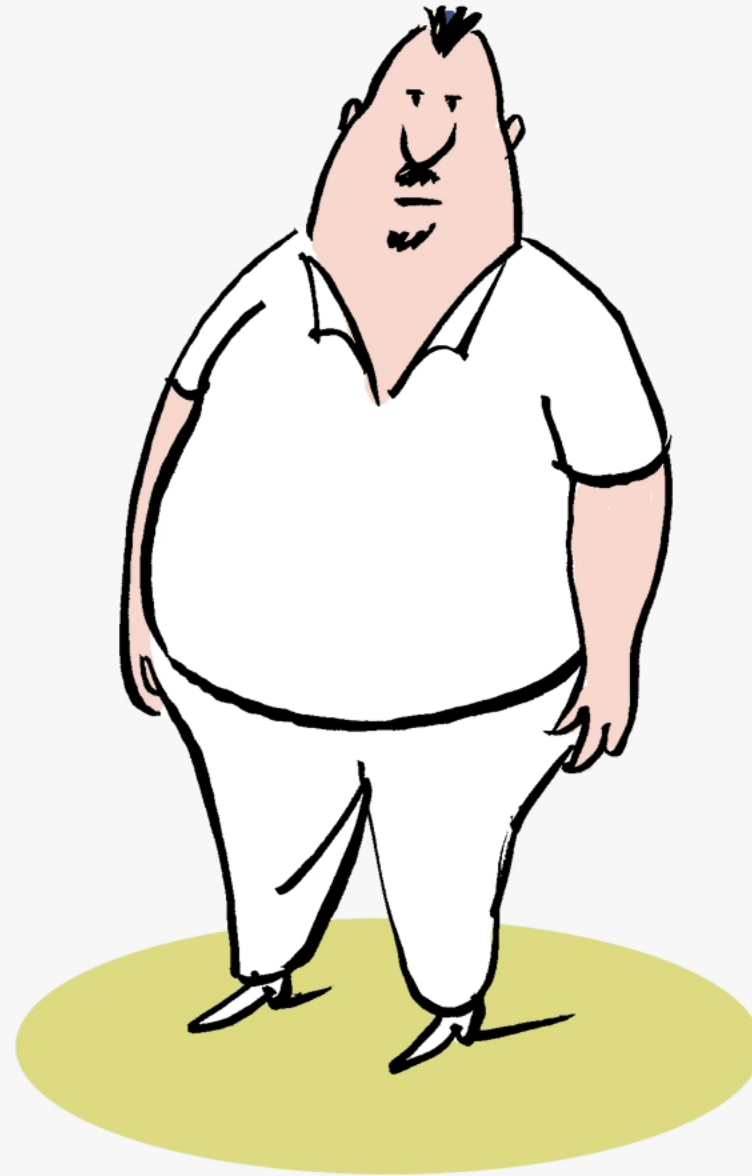
Hvad er casens problematikker?

Hvad kan vi kalde dem?

Hvad er vores handlemuligheder?

Hvad kan vi gøre fremadrettet?

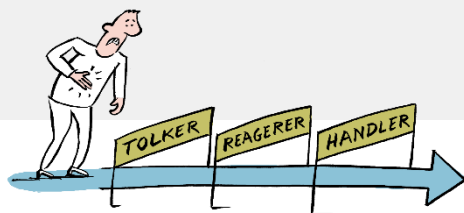
MARTIN



HVORDAN KAN I UNDERSTØTTE BORGERNE I FORBINDELSE MED FYSISK SYGDOM?



Stil skarpt sammen



FØR LÆGEN

Problematikker/ barrierer:

- Fysiske symptomer tolkes ind i den psykiske diagnose
- Løsninger på den ændrede adfærd søges i den socialpædagogiske værktøjskasse.
- Vores faglige blik farver de løsninger, som vi ser.
- Løsningerne virker i situationen – men kan betyde at fx et fysisk problem overses.

Handlemuligheder:

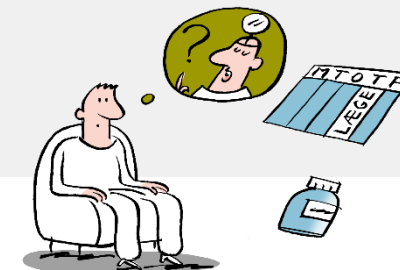
- Medarbejderne bliver i det nysgerrige og undersøgende rum i længere tid.
- Medarbejderne finder sammen en arbejdsform, hvor flere fagligheder og erfaringer involveres i løsningerne.



HOS LÆGEN

Problematikker/ barrierer:

Handlemuligheder:

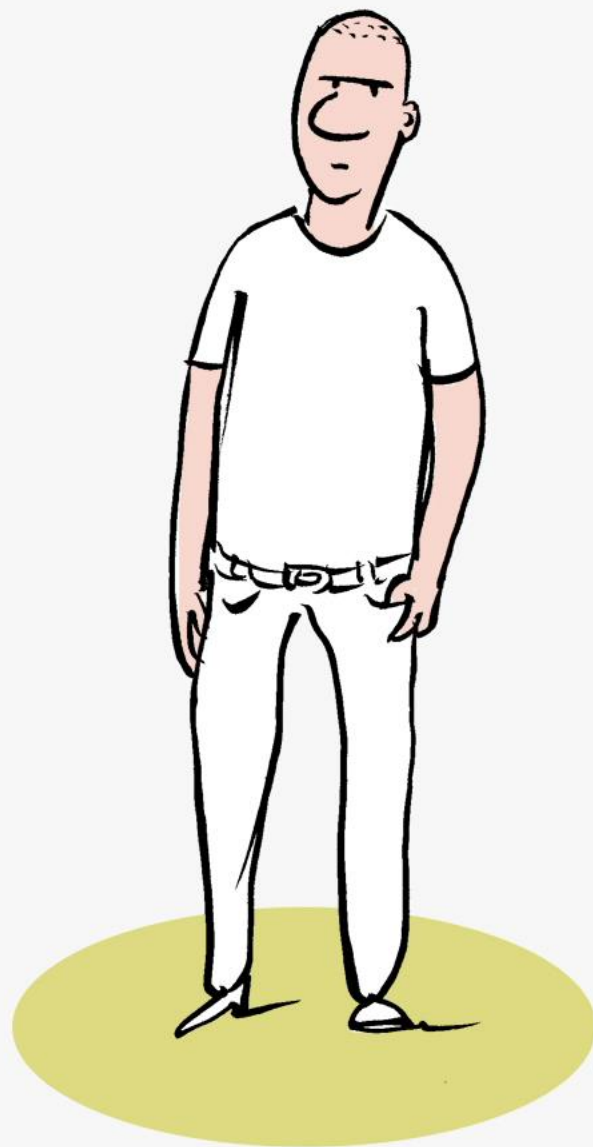


EFTER LÆGEN

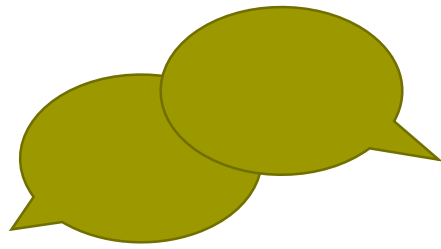
Problematikker/ barrierer:

Handlemuligheder:

LARS



REFLEKSIONSKORT



På jeres plads ligger et refleksionskort.

Find det frem.

DRØFT KORT MED SIDEMANDEN – 3 minutter

Kan I genkende problematikkerne?

Hvordan ville I kunne bruge dem i medarbejdergruppen?

MATERIALET ER TESTET



- FRA WORKSHOP TIL KOMPETENCEUDVIKLINGSMATERALE?

JA



VURDERING AF MATERIALET



“Det, som er så godt, er, at casene er så genkendelige – alle kender en Martin, en Jan eller en Line og alle genkender de ting, som kan spænde ben for at komme til læge i tide. De kan også genkende sig selv og hinanden i den professionelle rolle – også når den ikke lykkes.”

En sygeplejerske, som afholder sundhedskurser for sociale tilbud

VURDERING AF MATERIALET



“Vi arbejder i et komplekst felt. Vi mangler sådan set ikke viden – men vi mangler drøftelser af, hvordan vi håndterer tingene. De drøftelser kan casene i “Tænk somatikken med” være med til at kickstarte – fordi de rummer den kompleksitet, som vi bevæger os i.”

En teamleder for flere socialpsykiatriske tilbud

INDSATS: SUNDHEDSCAFEER

MATERIALET BESTÅR AF:

- Vejledning
- Introfilm/ PP
- 6 cases
- Barriererkort

FØR LÆGEN

HOS LÆGEN

EFTER LÆGEN

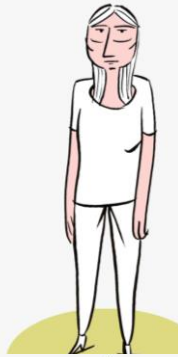
GLEN



VIKTOR



KATE



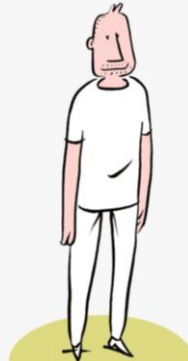
VERA



MARIANNE



MICHAEL



HVAD VIL DU GERNE
HAVE HJÆLP TIL I
FORBINDELSE MED
FYSISK SYGDOM?



Dialog:

Hvad er casens problematikker?

Hvad kan vi kalde dem?

Hvordan kan personen hjælpes?

FORBERED LÆGEBESØGET

FORBERED LÆGEBESØGET // SÆT ORD PÅ

HVOR
HVAD
HVORDAN
HVORNÅR
HVOR LÆNGE



Før besøget hos lægen er det en god idé, at du forbereder dig godt. Tænk fx over, hvordan du kan beskrive det, som du mærker. Det gør det nemmere for lægen at finde ud af, hvordan han eller hun hjælper dig bedst. Brug fx de fire spørgsmål nedenfor. Til hvert spørgsmål hører en side med nogle ord og tegninger, som måske kan inspirere dig.

1. Hvor mærker du det, som du vil snakke med lægen om?

2. Hvad mærker du og hvordan mærker du det?

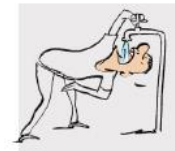
3. Hvornår og hvor tit/ hvor lang tid mærker du det?

4. Før, hos og efter lægen: hvad vil du gerne have hjælp til?

FORBERED LÆGEBESØGET // SÆT ORD PÅ

2. **Hvad mærker du og hvordan mærker du det?**

SYMPTOMER



Tørstig



Ingen appetit



Kløe



Kaster op



Besvimler



Følelsesløs



Træt



Kvalme



Svimmel



Søvnløs



Hjertebanken



Bleg



Knude på halsen



Modermærke



Forstoppelse



Diarré

4.

Før, hos og efter lægen: Hvad vil du gerne have hjælp til?

FØR LÆGEN

Jeg vil gerne have hjælp til:

- at bestille tid hos lægen eller anden sundhedsperson
 - at få overblik over, hvad der kan være relevant at fortælle
 - at skrive det ned, som jeg vil fortælle lægen
 - at tage med til konsultationen
 - Andet
-



HOS LÆGEN

Jeg vil gerne have hjælp til:

- at være ekstra øre og øjne, så vi kan snakke om det bagefter
 - at holde fokus på det, som jeg er kommet med
 - at supplere, hvis der er noget, som jeg glemmer at fortælle
 - at stille opklarende spørgsmål
 - at gentage, hvad vi har snakket om
 - at opsummere eventuelle fremtidige aftaler
 - Andet
-



EFTER LÆGEN

Jeg vil gerne have hjælp til:

- at snakke konsultationen igennem
 - at få overblik over eventuelle nye aftaler og medicin
 - at møde til aftalerne
 - at passe min sygdom
 - at tage min medicin
 - Andet
-



EFFEKT



“Det har kastet et bedre samarbejde af sig: Vi har fået mere fokus på, at der er nogle fagligheder, som skal spille sammen, og fokus på egne begrænsninger og mod til at række ud efter løsninger udenfor eget fagområde.”

En teamleder for flere socialpsykiatriske tilbud

HVAD ER PROBLEMET? - HVAD ER LØSNINGEN? – HVAD BLIVER RESULTAT?



www.tænk-somatikken-med.dk
lhald@regionsjælland.dk

Erfaringer fra brug af materialet

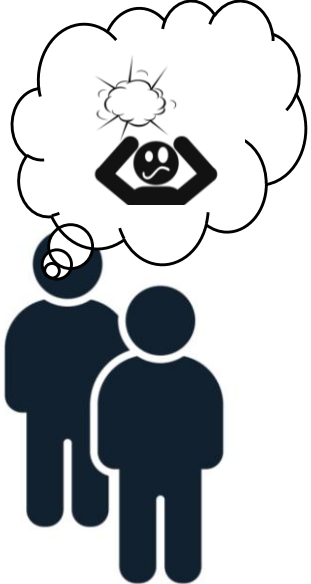
”Tænk somatikken med”

- Hvem er jeg?
- Hvorfor står jeg her i dag?
- De to grupper, der har arbejdet med materialet.
 - §99
 - §85

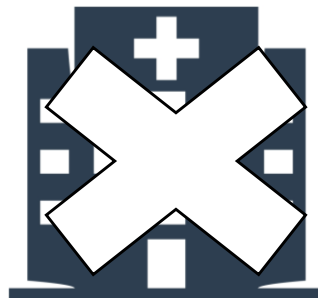
v/ Teamleder Kim Overvad Hansen

Hvordan kom vi i gang?

- Oplæg og brug af fiktive cases.
- Fagligsparring ved brug af egne cases.
- Fast punkt på personalemøder.



En fredag mødte vi op hos en borger, som var dybt psykotisk.

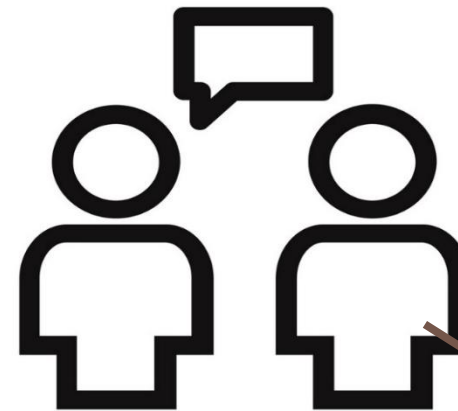


Læge udfyldte gule papir, men noget var udfyldt forkert, så hun blev ikke indlagt

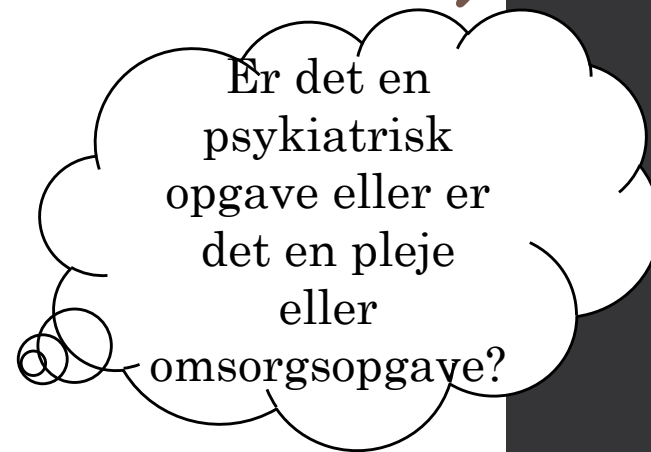
Vi fik fat i hendes egen læge.



Så stod vi der: Med en borger vi ikke kunne forlade.



Vi drøftede situationen med hjemmeplejen.



Denne "real life case" har medført –

Samarbejde med pleje- og omsorgsområdet.

- Vi deltager, hvis det er relevant, i pleje og omsorgs månedlige samarbejds møder.
- Deltagelse ved personalemøder, hvis det er relevant.

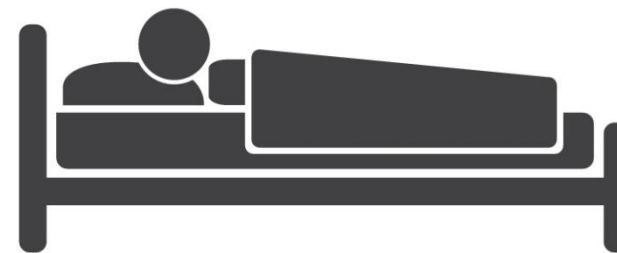
Fokus på samarbejde med praktiserende læger og distriktpsychiatrien.

- Oplæg hos de praktiserende læger.
- Et tættere samarbejde med distriktpsychiatrien.

Borger har skrantet gennem længere tid.



Det kræver meget motivations arbejde. Men det lykkedes til sidst.



Han dukker ikke op til sin aftale i terapien. Politiet kontaktes. Han ligger meget syg i sin seng.



Borger vil ikke til lægen. Han føler, hans somatiske symptomer bliver negligeret på baggrund af hans psykiske diagnose.



Han kommer på hospitalet og får taget en masse prøver, men bliver sendt hjem igen.

Han bliver indlagt. De mange møder med forskellige dele af sundhedssystemet kan være svært for alle – men for vores borgere kan det være særlig svært.



Denne "real life case" viser:

- At det kræver meget motivationsarbejde.
- At det kræver en del at varetage bisidderrollen.
- At vi skal tage det seriøst, når borgeren oplever somatiske symptomer.
- At god dialog med egen læge, kan have positiv indvirkning.

Hvad har det medført?

Arbejdet med borgernes somatiske udfordringer har vist, at løsningerne kan adresseres flere steder hen:

- Til vores faglige og personlige tilgang til borgeren.
- Til vores måde at understøtte borgerne på hos lægen.
- Til samarbejdet mellem andre instanser i kommunen.

PAUSE 😊

DRØFT OG DRIK (Kaffe ;-))

Operationen lykkedes... ...men patienten døde

Om hvad det egentlig betyder at sætte borgerne i centrum

Sidsel Vinge

cand.merc., ph.d.

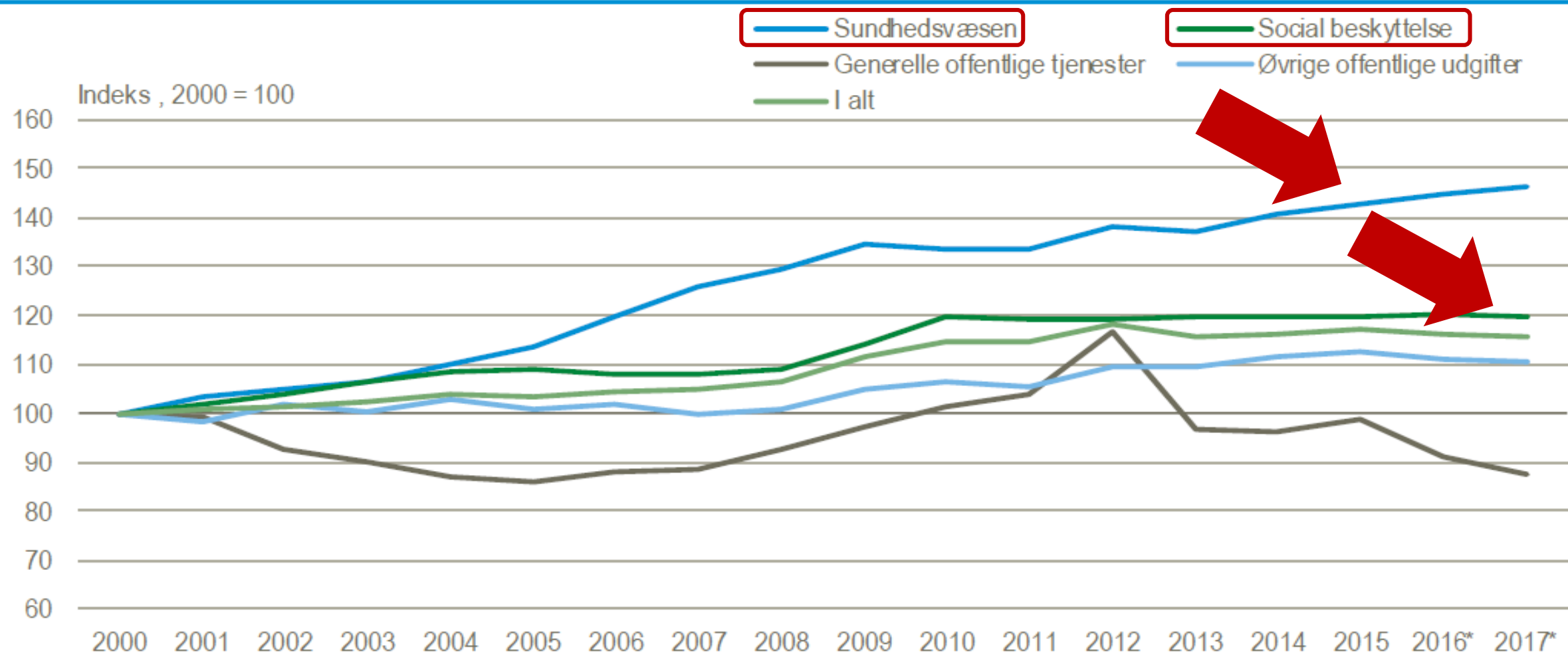
sidselvinge@outlook.dk

1. November 2022

En irriterende men til gengæld kort indledning

Sundhedsvæsenet og dets udvikling fortalt på tre slides!

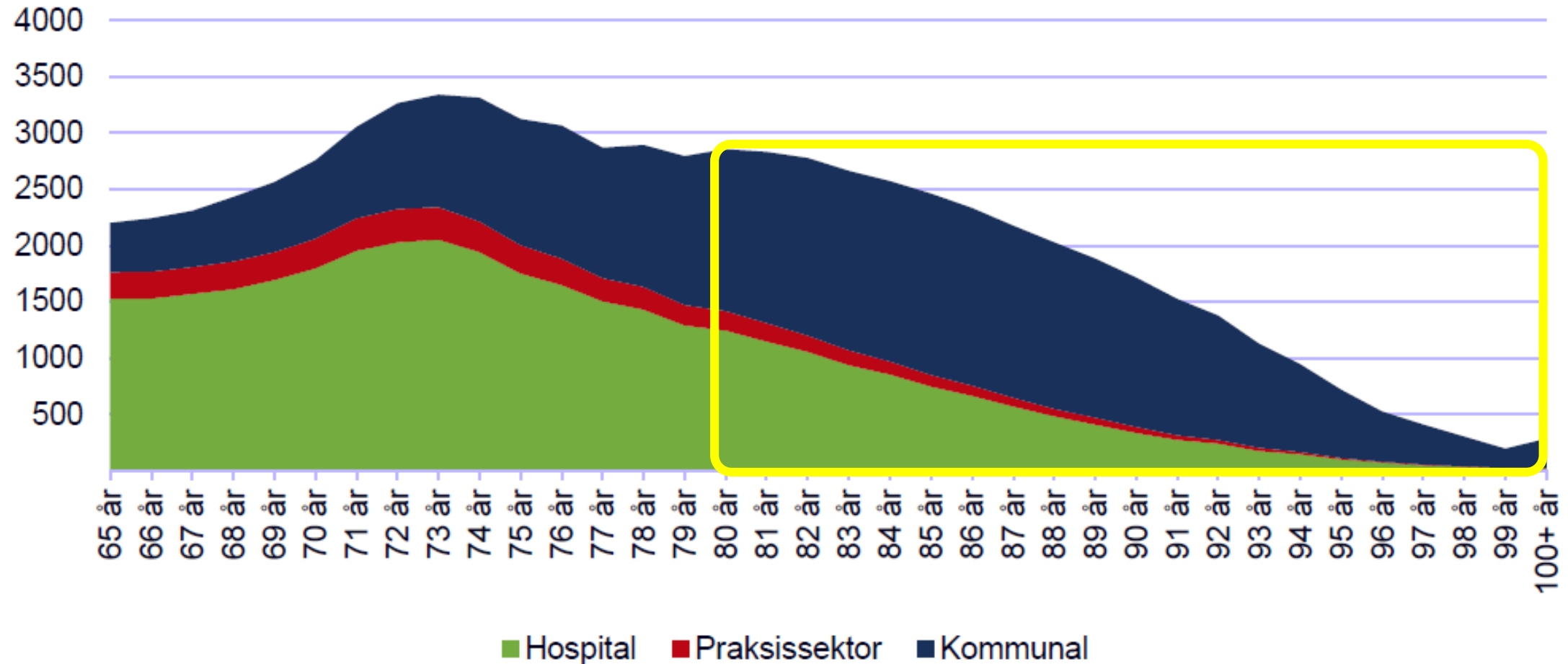
Figur 2 De offentlige udgifter i Danmark fordelt efter COFOG. 2010-priser



Kilde: Tallene er opgjort i 2010-priser med udgangspunkt i statistikbanken.dk/OFF29.

Fra 2000 til 2017 er de offentlige sundhedsudgifter i Danmark steget med 46 pct. i faste priser. Det er markant mere end de samlede offentlige udgifter, som er steget med 15 pct.

Figur 3.1 - Samlede udgifter (mio. kr.) 2019, til kommunale omsorgsydelser, praksissektor og hospitalssektor, fordelt på alderstrin

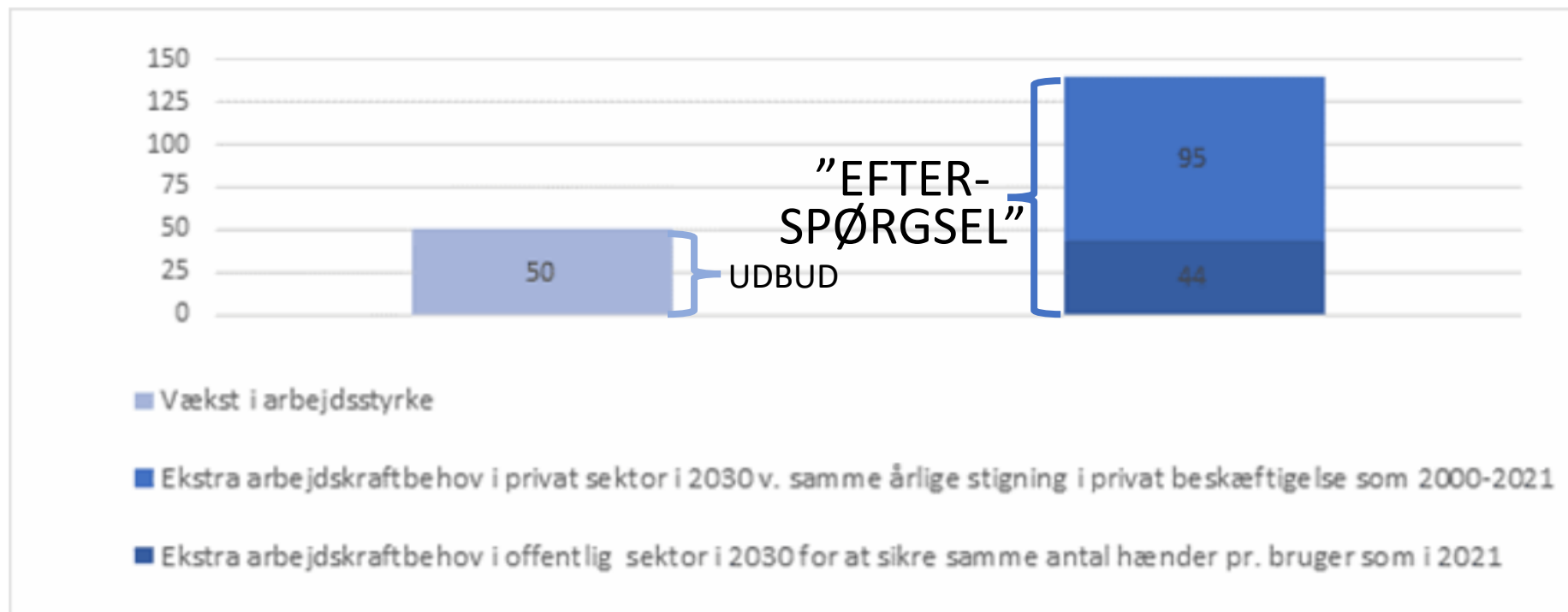


Kilde: Egne beregninger på baggrund befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (herunder DRG-grupperet Landspatientregister), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

KL analyse, : 7. april 2021. Ren demografisk fremskrivning af kommunale og regionale sundhedsudgifter, 2019-2050

”Don’t kill the messenger!”

Figur 1: Vækst i arbejdsstyrke og -arbejdskraftbehov 2021 - 2030 (1000 personer)



<https://www.kl.dk/nyheder/os/raaderum/nr-37-januar-2022/behov-for-at-se-hele-vejen-rundt-efter-loesningerne-paa-rekrutteringsudfordringen/>

En succeshistorie: Sundhedsvæsenet i praksis

Men nogen oplever succes mere end andre

Sundhedsvæsenet: En succes!

- Flere kan behandles
 - Flere muligheder – både medicinske og kirurgiske
- Flere ældre og svage kan behandles
 - Mindre invasive og mere skånsomme metoder
 - Bedre og mere genoptræning/rehabilitering
- Vi lever længere ... men uligheden (i fx levetid) vokser

Ulighed i sundhed

- Ulighed i sundhed og fattigdom – to begreber med meget til fælles
- Et par eksempler:
 - Kræftpakker er fantastiske – hvis man KUN har kræft: Men hvad hvis man så også har psykisk sygdom?
 - Selv ved akut sygdom opstår social ulighed i sundhed: Hvorfor?

Hvem er borgerne?

- De er ældre – og bliver stadig ældre
- De er (mere) multimorbide
- Og det de lider af er ofte(re) livsstilsrelateret og kronisk
- De er indlagt i kortere og kortere tid
- Der er stadig flere muligheder for give borgerne bedre og længere liv
 - ...uden somatisk sygdom
 - ...med kronisk sygdom
 - ...som kræftoverlevende
 - ...med nye led
- Men hvad kræver det at kunne følge med det stigende tidevand?

Hvad kræver det at følge med tidevandet?

- Forebyggelse:
 - At kunne forstå og handle på sundhedsinformation og -tilbud
- Opsporing:
 - At kunne følge screeningsprogrammer
- Symptomer:
 - At kunne registrere at noget ikke er som det skal / plejer
 - At kunne finde og anvende relevant hjælp (egen læge primært)
- Udredning
 - At kunne navigere i sundhedsvæsenet og følge et udredningsprogram
- Behandling
 - At kunne følge en behandling: Fremmøde, medicinering mv.
- Rehabilitering
 - At blive henvist, at kunne forstå, følge og profitere af patientundervisning, træning mv.

Systemet under lup

Problemet er ikke borgerne, men (organiseringen på) social- og sundhedsområdet

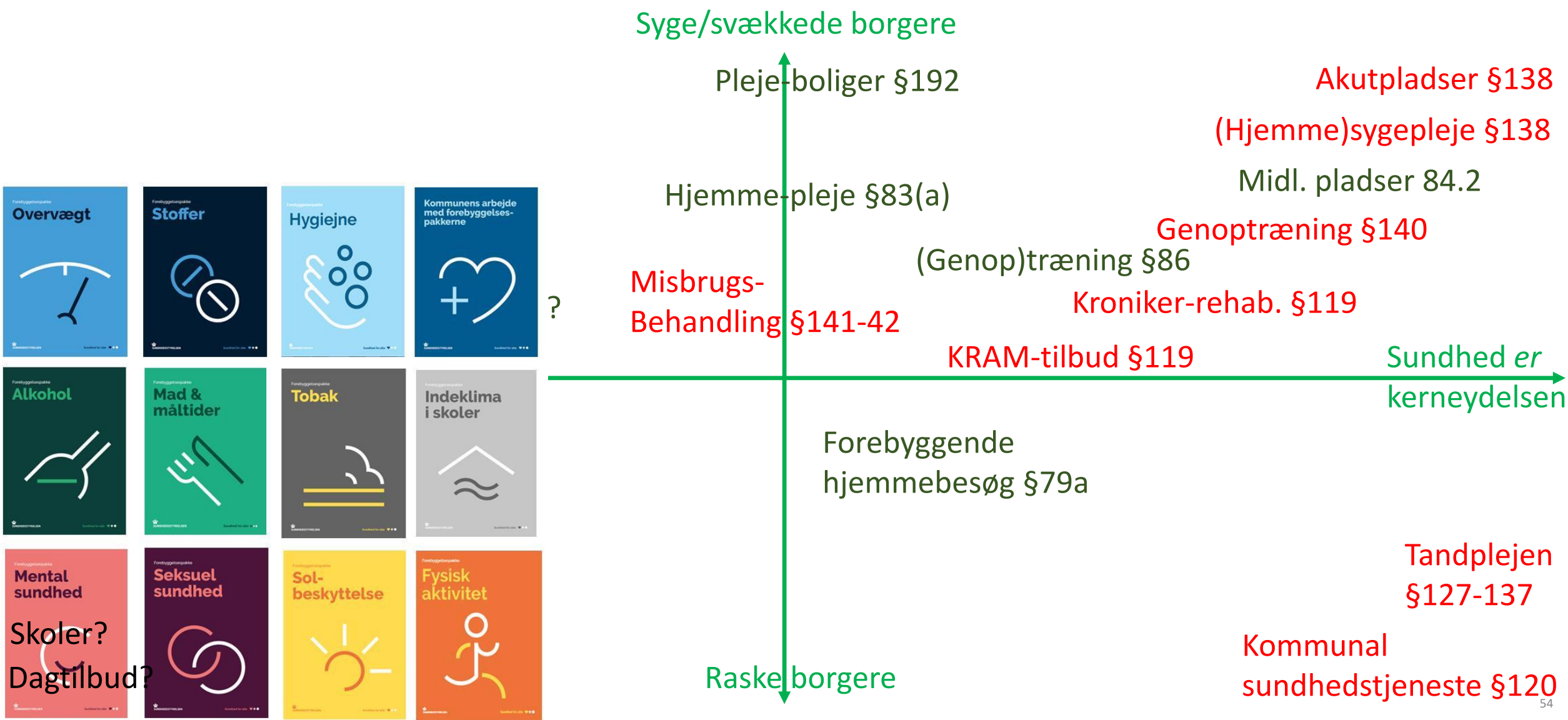
Hvad er ulighedsproblemet (i social- og sundhedsvæsenet)?

- Ingen i social- eller sundhedsvæsenet ønsker at medvirke til at skabe ulighed i sundhed.
- Misforståede hensyn:
 - KRAM er synd for borgere, da særlige i handicap og psykiatri
- Erfaringsbaseret viden eller generaliserede antagelser om outcome
 - Hun møder alligevel ikke op...
 - Han falder alligevel fra...
 - Kort sagt: Det nytter alligevel ikke noget – skønne spildte kræfter
- Det er nogen andres opgave
 - *”Vi er et socialpædagogisk tilbud”*

Hvordan organiserer vi os typisk i kommunerne?

- Med **§§, fagområder** og (monofagligt organiserede) **medarbejdere** i centrum
 - Lovgivningen i kommunerne lægger op til det...§79a, §83, §83a, SUL§138, SUL§140, SUL§119, §79a osv...
- Ikke med borgerne og deres behov i centrum:
 - *"People tend to see problems, they know how to solve"* (Karl E. Weick)
- Stærke traditioner for monofaglig tryghed og fællesskab
 - *"Er jeg helt alene i aftenvagte i dag?"*
 - *"Vi har brug for at dyrke vores monofaglighed ("fag-faglighed")"*
- Tip: Dem der taler *mest* om tværfaglighed – er ofte dem det falder *mindst* naturligt

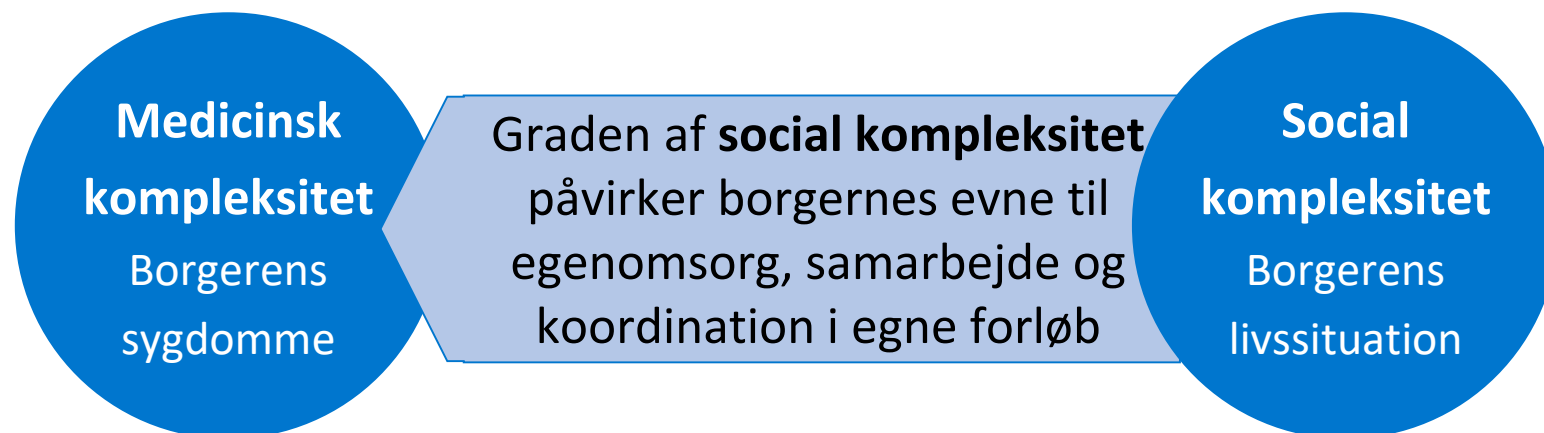
Hvad er det kommunale sundhedsvæsen, egentlig?!



Kompleksitet (ikke kun i den kommunale sygepleje): Borgerrelateret kompleksitet



Hvad karakteriserer den komplekse borger?



- **Tæt sammenvævet** social- og medicinsk kompleksitet:
 - *”Det sociale”* kan ikke bare hegnes ind og uddelegeres.
- Stort behov for **samarbejde** (ikke bare for forskellige ”indsatser”)
- Stort behov for **koordination** og overblik over hele situationen: Aktører, indsatser, planer, muligheder, forløb, behov, evner, aftaler... osv.
- Stort behov for **brede(re) kompetencer**, der i høj(ere) grad matcher borgernes behov

Problemet er organisatorisk kompleksitet, ikke komplekse borgere!



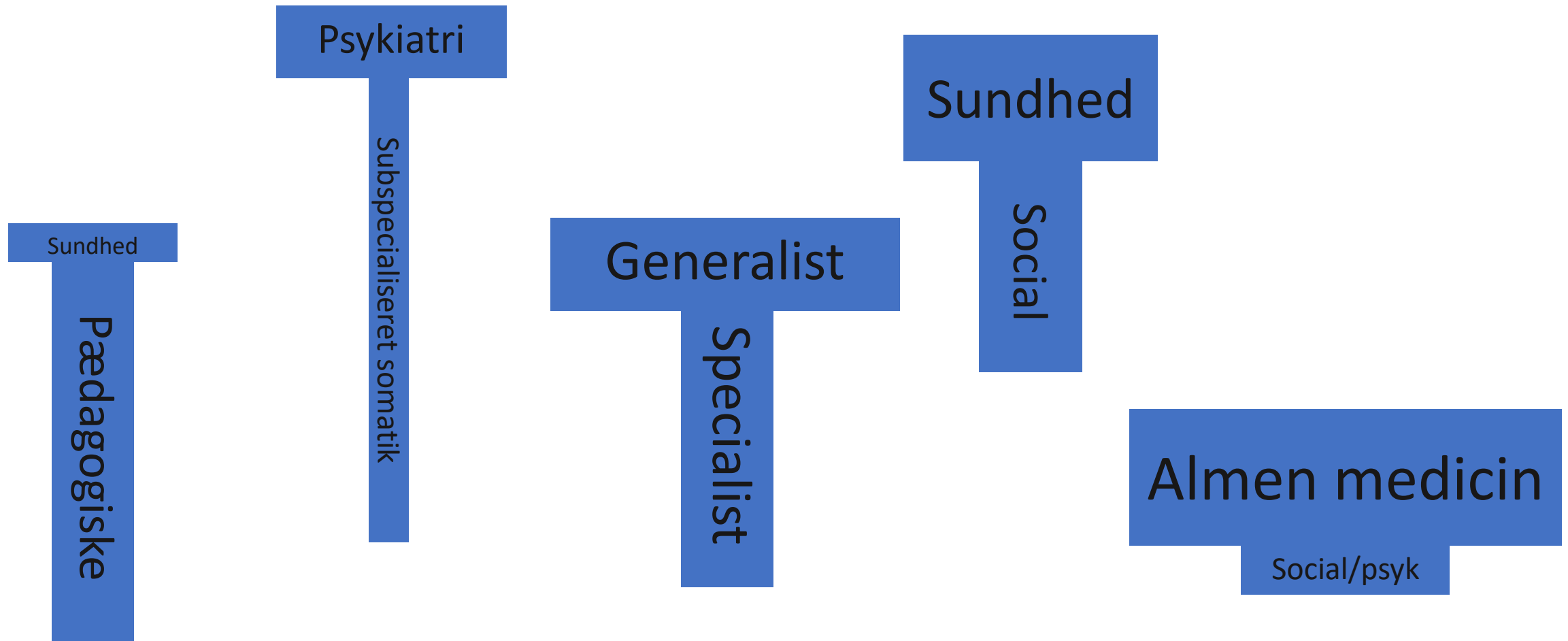
Hvorfor bliver det så komplekst?

- Vi organiserer oftest monofagligt og/eller efter §§
 - Ikke efter borgermålgrupper og dermed opgavefællesskaber
- En selvfragmenterende organisationslogik
 - *”Vi lægger hele tiden et lag mere på”* (Tina Holm, vicedir. Hvidovre-Amager om socialsygeplejersker, udskrivningskoordinatorer, samordningskonsulenter, følge-hjem team og nu også brobyggersygeplejersker)
 - Når noget fungerer dårligt tyr vi oftest til mere – ikke mindre – specialisering
 - Vi overvurderer fordelene ved udelukkende at satse på flere ‘specialister’, og undervurderer hvor meget hver eneste nye ‘boldberøring’ koster i viden, tid, koordinationsarbejde, fragmentering og manglende sammenhæng.

Dilemmaer ved specialisering

- Øget specialisering → flere specialiseringsfordele
- Øget specialisering → øget organisatorisk kompleksitet
 - Flere specialister kan også påvirker generalisternes kompetencer negativt
- Øget specialisering → mere tid til koordinering/mindre til borgerne
 - Flere specialister påvirker A-A-tiden i det samlede system
- Øget specialisering → øget krav til borgernes koordinationsevner

Generalister versus specialister: Fra enten eller til både/og



(Mono)faglighed set med andre øjne

- Hvad sker der når vi opdeler noget i "pædagog-opgaver", "læge-opgaver", "sygeplejerske-opgaver", "terapeut-opgaver", "hjælperopgaver", "assistentopgaver", "lægeopgaver" – og det de ufaglærte kan tage sig af?
 - **Kompetencer:** Sikre at ingen laver noget de ikke er kompetente til (tror vi...)
 - **Styring:** Lettere at opdele, (økonomi)styre opgavevaretagelsen
 - **Omkostninger:** Men masser af ekstra koordinationsarbejde, 'sætten sig ind i', 'stjerneførsel' osv.
 - **Kultur og identitet:** Retten til at sige "*det er ikke min opgave, det er nogen andres*" eller "*det er ikke jeres opgave, det er vores!*"
 - **Laveste fællesnævner:** Vi reducerer medarbejderne til en (5, 10, 40 år gammel) grunduddannelse!

SOSUernes kernefaglighed

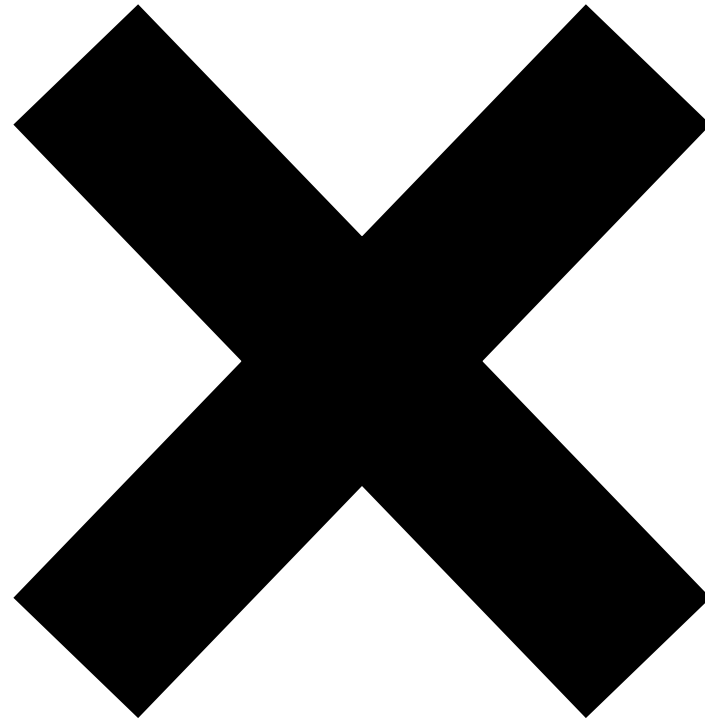
- Kerneopgaven: Ikke ét ord om FSIII-indsatser!
 - Medarbejderne ser ikke deres kerneopgave som at "leverer ydelser"
 - Kerneopgaven er at forbedre menneskers livskvalitet
- Medarbejdernes perspektiv på deres kernefaglighed:
 - Fokus på **social kompleksitet**: "*Dem der er svære at hjælpe*"
 - **Relationer** fylder (alt!)
 - **Det lange seje træk**: Empati, indlevelsesevne, tålmodighed er kernekompetencer
 - Målet er at medvirke til at give bedre **livskvalitet** – målet er ikke at levere ydelser
 - **Kontinuitet** er hele forudsætningen for at fagligheden kommer i spil



Borgerne i centrum!

- Komplekse borger kræver ikke kompleks organisering, tværtimod!
- Komplekse borgere med multiple udfordringer kræver ikke monofaglige tilbud:
 - Somatikken er en del af det hele menneske, som ikke kan skilles ud
- Undgå at reducere medarbejdere grunduddannelser
- Undgå at reducere tilbud til enkeltparagraffer
 - Ingen har (kun) brug for “et socialpædagogisk tilbud”
- I skal ikke *“tænke somatikke med”* – I skal sætte borgernes behov i centrum

....OG LIGE TIL SIDST: HUSK DET NU 😊



OPSAMLING

TAK FOR I DAG 😊