



KONCEPT FOR FOREBYGGELSE I NYE TIDER



LEVEREGLER FRA SUNDHEDSSTYREGRUPPEN

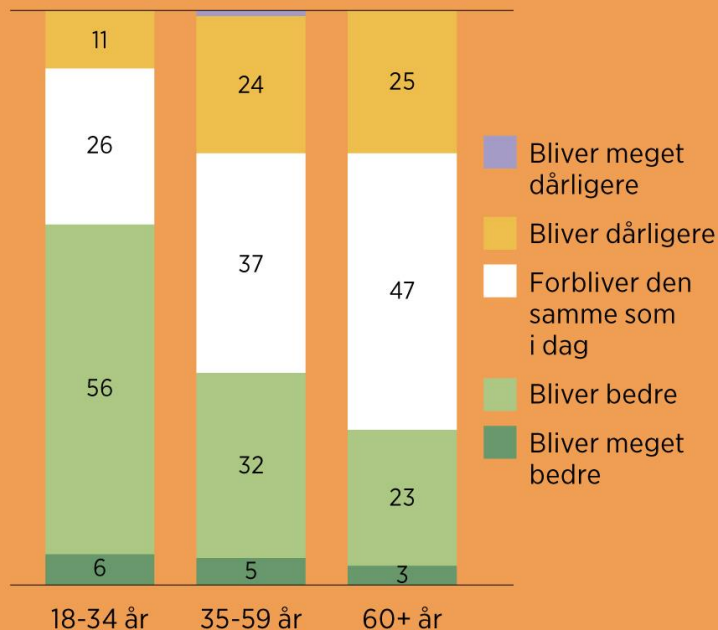
- Vi arbejder for at skabe værdi, sammenhæng og sundhed for borgeren – og vi tør gøre ting på nye måder
- Vi arbejder for at gøre borgeren så uafhængig af os som muligt
- Vi forpligter os selv og hinanden - også når vi ikke er enige
- Vi har tillid til hinanden og åbenhed i vores kommunikation
- Vi sætter retning og giver mandat til hinanden for at sikre fremdrift
- Vi forpligter os på at styrke vores gensidige kendskab og relationer



Unge forventer bedre velfærd

Spørgsmål: Forventer du, at velfærden i de kommende 10 år ...

Procent

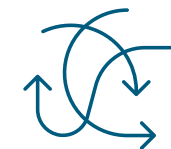


FIGUR 4 — Et flertal af borgere i alle aldersgrupper forventer, at velfærden i de kommende 10 år er den samme som i dag - eller bedre. Et flertal i den yngste aldersgruppe forventer, at velfærden er bedre eller meget bedre om 10 år.

KILDE — Nina Smith og KL.

HVAD ER PROBLEMET

RUNDT I PROBLEMET



- Færre hænder til flere borgere med flere komplekse behov
- Vi har ikke kun et offentligt problem – vi har et samfundsproblem
- Borgerne forventer mere end, vi kan give:

”Gennem årene er vi blevet vant til at betale en høj skat og forventer så, at velfærdsstaten skal løse alle vores problemer. Det kommer ikke til at ske”

(Nina Smith)



Fælles forståelser:
Er vi på vej
samme sted
hen?

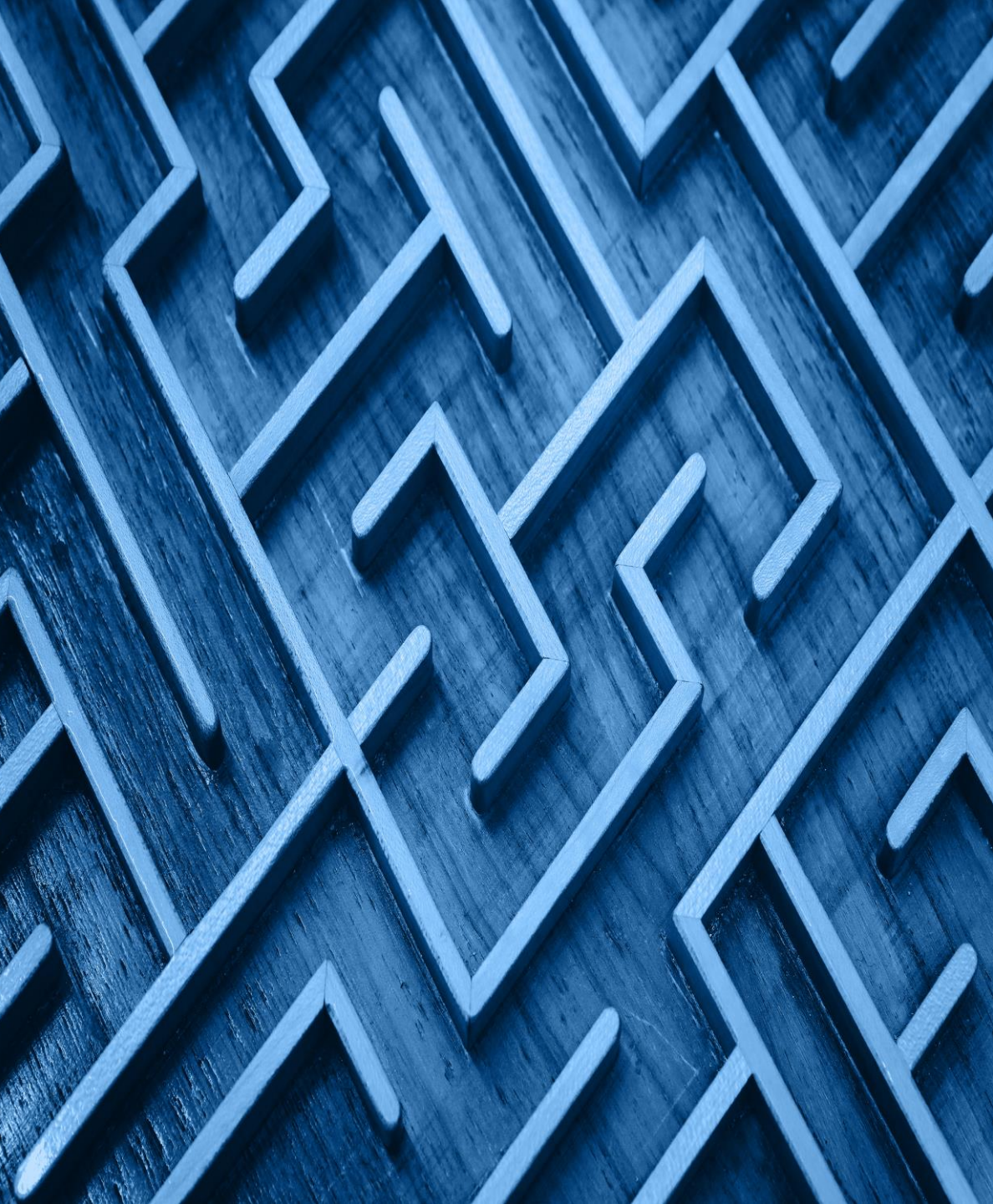
Byggesten:
Metoder
organisering,
struktur,
proces

OPGAVEN

HVAD ER ET KONCEPT?

Et koncept er en abstrakt idé, tanke eller begreb, der repræsenterer en **generel fælles forståelse** eller **måde at tænke om** noget på.

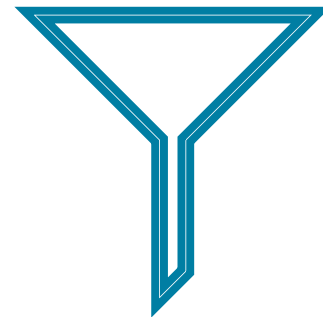
Koncepter bruges til at **organisere og strukturere** vores viden og tanker om verden omkring os. De er grundlæggende **byggesten** i vores kognitive forståelse og **kommunikation**.



PÅ VEJ

RUNDT OG RUNDT I PROBLEMET...

Cirkulært – ikke lineært



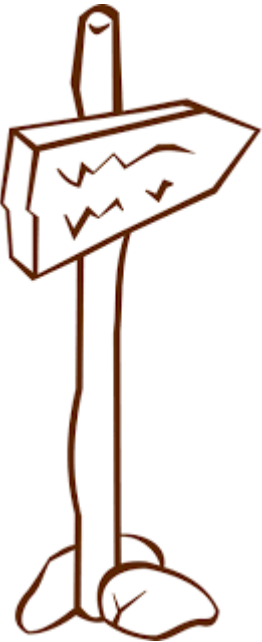


Fælles
forståelser:
Er vi på vej
samme sted
hen?

DOGMER OG PEJLEMÆRKER - for konceptet

- Civilsamfund, borgere og patienter som aktiv medspillere
- Vi vil skabe bæredygtige **fællesskaber**
- Region og kommune som facilitatorer
- Byrum – vi vil ud i byrummet og møde borgerne
- Direktørgruppen og politikerne skal indlede en ny dialog/forventningsafstemning med borgerne

Fælles
forståelser:
Er vi på vej
samme sted
hen?



DOGMER OG PEJLEMÆRKER

- for vores arbejdet med konceptet

- Vi vil involvere, inddrage og spille sammen med aktører på nye måder
- Vi skal brug tid på at tænke langsomt, inden vi sætter handlinger i gang
- Vi vil skabe et levende koncept, som kan justeres undervejs
- Vi skal ikke flyve under radaren – vi skal tænke stort

MIDDEL OG MÅL



AT FINDE NYE MÅDER AT
FOREBYGGE PÅ



AT GÅ FRA ET OFFENTLIGT
ANLIGGENDE (PROBLEM)
TIL ET
SAMFUNDSPROBLEM



AT AKTIVERE
CIVILSAMFUNDET,
VIRKSOMHEDER,
FRIVILLIGE



AT SKABE
PARTNERSKABER MELLEM
FORSKELLIGE OFFENTLIGE,
PRIVATE OG CIVILE
AKTØRER



AT GÅ FRA EN
MYNDIGHEDSFUNKTION TIL
EN MERE FACILITERENDE
FUNKTION



AT KRONISK SYGDOM
"IKKE"OPSTÅR.
BORGEREN KAN
HÅNDTERE EGEN
SYGDOM/LIV MED
SYGDOM



FOREBYGGE PRIMÆRE
FORLØB OG
INDLÆGSELSE
- FOREBYGGE FØRTIDIGE
UDFALD AF
ARBEJDSMARKEDET



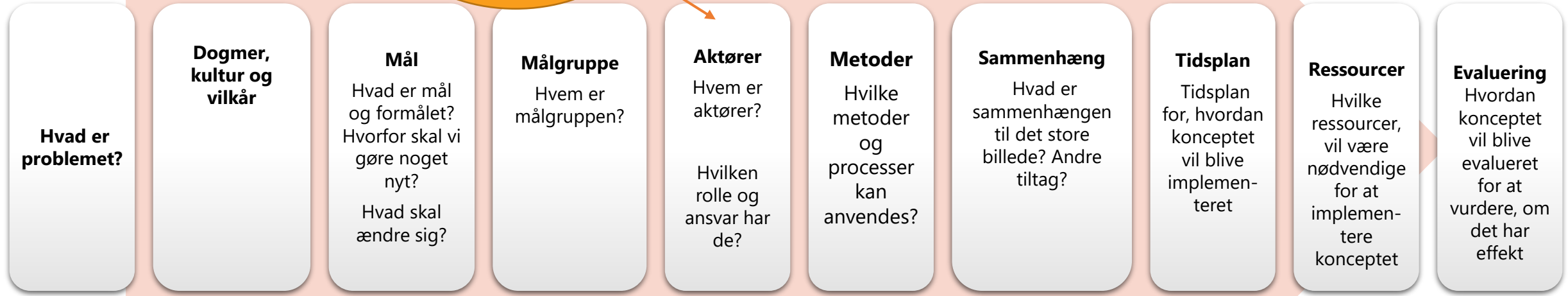
SKABE MERE GEOGRAFISK
OG SOCIAL
LIGHED I SUNDHED

KONCEPT FORBYGGELSE

Forslag til elementer

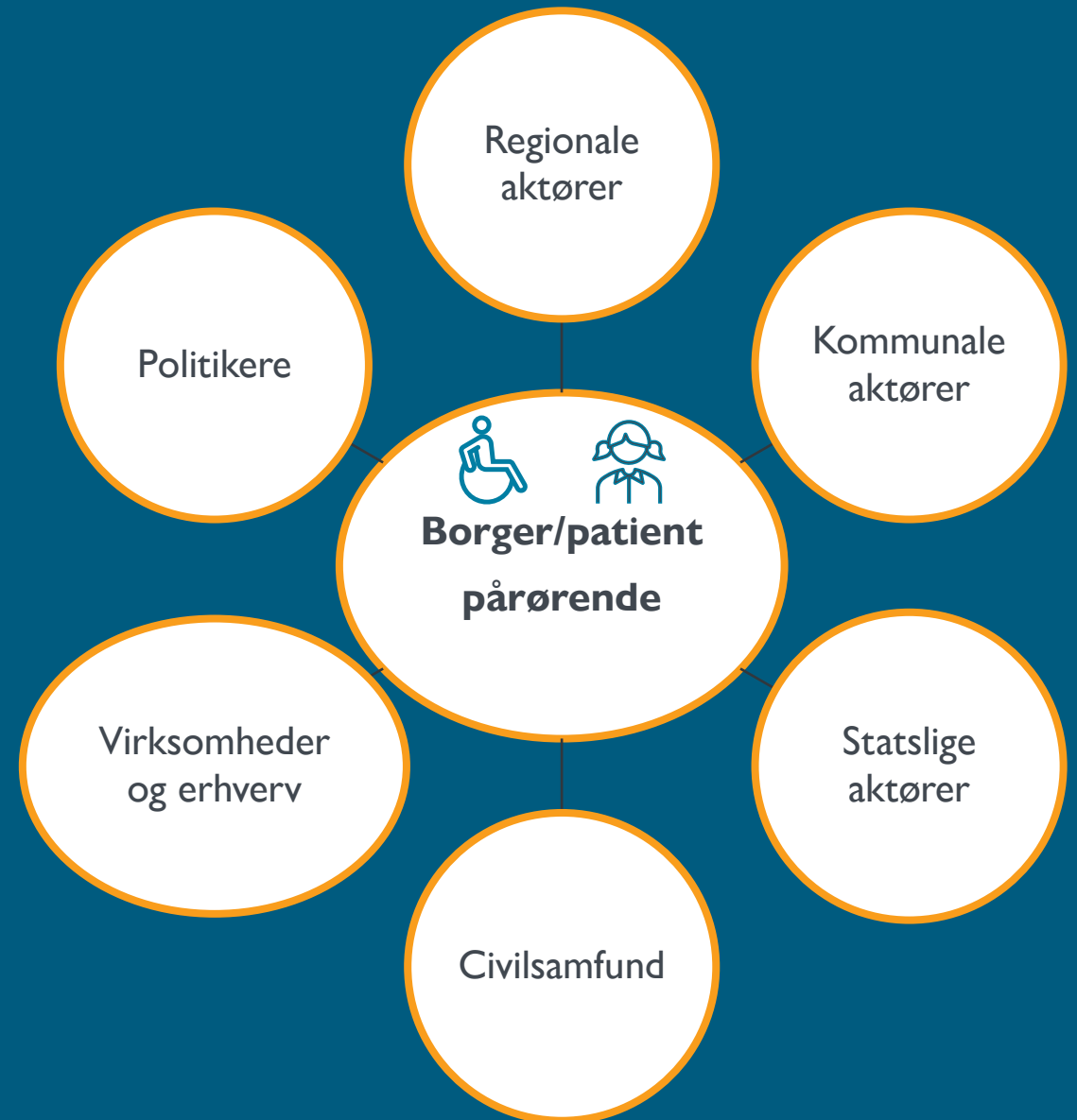


Byggesten:
Metoder
organisering,
struktur,
proces



AKTØRER OG MULIGE PARTNERSKABER

- Borgere og patienter i målgruppen
- Pårørende
- Apoteker
- Patientforeninger
- Praktiserende læger
- Boligforeningers "sociale viceværter"
- Uddannelsesinstitutioner
- Lokale foreninger i nærheden af målgruppen
- Lokalt erhvervsliv
- Barer, bodegaer
- Frivillige
- Politikere



FAGLIGHED MØDER HVERDAG OG VICEVERSA

WORKSHOP MED FRIVILLIGE OG BORGERE + INPUT UDEFRA

Borgerlogik/systemlogik

- Sprog, tilgang, kultur, tilgængelighed – faglighed møder hverdag
- Systemverdenen tænker anderledes. F.eks. ” vi kommer bare for at være sammen – ikke for at være mere sunde”.

Tilgængelighed og platforme, hvor møder vi borgerne INDEN de indgår i

- Specialiserede tilbud, sundhedstilbud, Behandlingstilbud

Besparelser

- Ofte skæres ned på sundhedsfremme – det, der kan undværes
- Vi lukker ned for forebyggelse og bevarer behandling. Kan og skal-opgaver

Peers, civilsamfund, frivillige

- Systemet som forbinder (inspiration fra fællesskabskoordinatorer), kommune som facilitator
- Kommune faciliterer platforme og stiller sig til rådighed
- Indsatstrappen - rette tilbud til rette person

OVERORDNET MÅLGRUPPE

KRITERIER FOR UDVÆLGELSE:

1. Mulighed for at få volumen i gruppen
høj, middel, lav
2. Muligheden for at påvirke gruppen
høj, middel, lav

Mennesker med kronisk sygdom

Primær,
sekundær &
tertiær
forebyggelse

Mulige under-
grupper

De yngre ældre – 65+
(Rising risk)*

Unge som mistrives

Socioøkonomiske
områder 4 & 5

Mennesker udenfor
job og uddannelse**

Etniske minoriteter

METODER, STYRING OG INVESTERINGS- TANKEGANG?

HVORDAN GØR VI DET?

”Vi investerer i, at
sundhedsvæsenet ikke
bryder sammen”

Byggesten:
Metoder
organisering,
struktur,
proces

- Partnerskaber
- PDSA
- Prøvehandlinger
- BorgerDesign
- Målkompas (Aarhus)
- Driverdiagrammer
- Mål og løbende evalueringer?
- Pejlemærker/målstyring?
 - Kvalitativ/kvantitativ?
- Fælles populationsansvar
- En multipel kort – og langsigtet investering, der har mange bundlinjer
- Der er ikke nødvendigvis den, der investerer, der får gavn af investeringen
- Fokus på de mange bundlinjer

**HVORFOR SKAL VI
HAVE ET FÆLLES
KONCEPT FOR
FOREBYGGELSE?**



1. TEMA

”Vi har et samfundsproblem
-ikke kun et offentligt problem”

Refleksionsspørgsmål:

- Hvordan ser I behovet for forventningsafstemning med borgerne? I forhold til lavere serviceniveau? Mere fælles ansvar?
- Hvordan kan vi konkret arbejde med forventningsafstemning med borgerne?

Forventningspresset

Ældre og borgere med kronisk sygdom står over for mangel på ressourcer og økonomi i sundhedsvæsenet. Borgerne forventer mere, mens vi kan tilbyde mindre. Dette kræver en justering af forventningerne. Vi skal ændre perspektivet, så udfordringerne i den offentlige sektor ses som samfundsproblemer, som vi alle deler ansvaret for at imødekomme. Vi har brug for en politisk forventningsafstemning for at skabe en ny bevidsthed og fælles forståelse mellem det offentlige og det øvrige samfund

2. TEMA

Fra myndighed til facilitering

Refleksionsspørgsmål:

- På hvilke områder og hvordan kan man frigøre sig fra myndighedsrollen?
- Hvilke muligheder og benspænd ser I ikke fagfaglige hænder?

AKTIVERING AF CIVILSAMFUND er afgørende. I omdefineringen af forebyggelsesarbejdet i Gødstrup Klyngen er dialog og tæt samarbejde og ansvarsdeling med civilsamfundet, borgere, frivillige organisationer, private aktører mm. afgørende. Vi skal frigøre os fra myndighedsrollen og facilitere mere i forebyggelsesarbejdet. Det kan betyde flere ikke fagfaglige hænder og andre stillingstyper, end dem vi typisk tænker ind i sundhedsvæsenet i dag.

3. TEMA

Det lokale og det fælles incitament

– *fælles populationsansvar eller egen andedam*

Refleksionsspørgsmål:

- Hvad betyder fælles populationsansvar i praksis?
- Kan fælles populationsansvar fungere i praksis med 6 kommuner og et hospital, som alle har forskellige vilkår og prioriteringer?
- Hvilket incitament er der i fælles populationsansvar?

Med oprettelsen af sundhedsklynger er det vigtigt at prioritere lokale behov og sammenhængende patientforløb. Data skal bruges til at identificere udfordringer og finde fælles løsninger. Det kræver at kommuner og hospital er parate til at prioritere det fælles mål samt frigive ressourcer til at opnå målet, uagtet om det gavner de enkelte institutioners borgere/patienter i lige stort omfang.

4. TEMA

Behandling eller forebyggelse?

– *kort eller langt lys?*

Refleksionsspørgsmål:

- Hvordan oplever I prioritering af forebyggelsesområdet?
- Hvordan ser I behovet for at differentiere indsatser, og hvilke udfordringer kan der være forbundet med det?

FRA BEHANDLING TIL FOREBYGGELSE

Skift fra sektor- og behandlingsfokus til borgerperspektiv og sundheds- og forebyggelsesfokus er nødvendigt. Selv i et presset sundhedsvæsen skal forebyggelse prioriteres som en løsning. Paradokset mellem forebyggelse og ressourceallokering til behandling skal tackles. Differentierede indsatser er et greb, som kan bruges mere i forebyggelse, men det kræver plads til faglige beslutninger fremfor standardiserede løsninger. Sammen skal vi planlægge og dele viden på tværs af fagområder, så både hospitaler og kommunale sundhedspersoner deler deres specialviden med organisationer og foreninger.

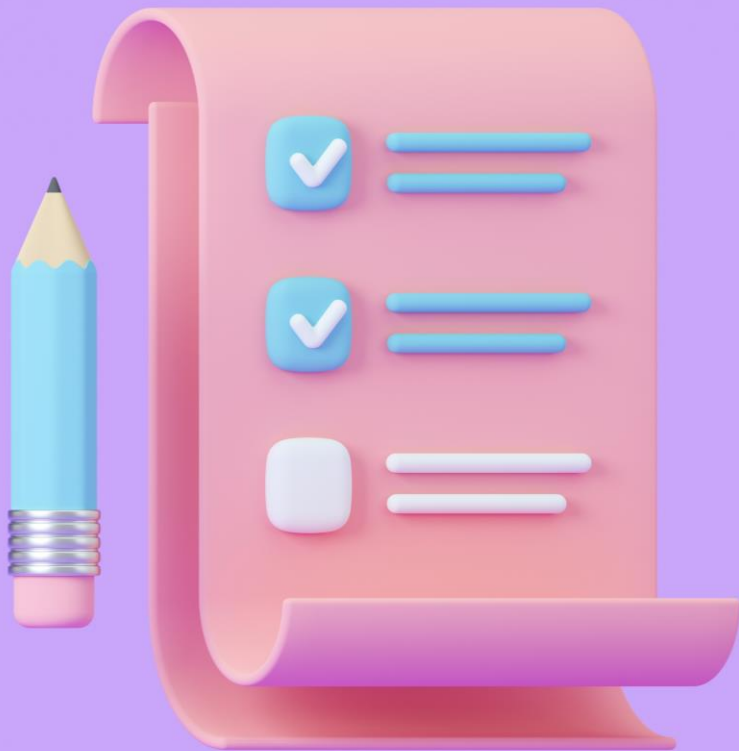
5. Arbejdsgruppens organisering og arbejdsform

- ”vi starter lige forfra igen...”

Refleksionsspørgsmål:

- Hvordan kan vi lade os repræsentere af hinanden?
- Hvilke opmærksomheder er der?
- Hvordan sikrer vi tilstrækkelige ressourcer og mandat i gruppen?

Den nuværende arbejdsgruppens organisering virker ikke optimal i forhold til opgavens art. Vi ser en potentiel fordel i, at minimum en deltager har opgaven som førsteprioritet afhængig af ambitionsniveauet. En klarere retning ville være gavnlig, selvom vi forstår, at innovativt arbejde ikke altid kan have helt klart definerede mål fra begyndelsen. Vi ønsker en mere tydelig overordnet retning, også når det kommer til organiseringen af arbejdsgruppen og afstemning af ressourceforbrug..



FREMTIDSSCENARIE 1

FÆLLES FORSTÅELSESPAPIR

AKTIVE AKTØRER

Arbejdsgruppen producerer et fælles intentions- og forståelsespapir, som beskriver fælles dogmer, hensigter mm. FSS følger udvikling og godkender skriv.

IMPLEMENTERING:

Top down. Implementering sker gennem ledelseskæderne og i relevante fora, hvor chefer og ledere drøfter, hvordan de bedst muligt kan udleve hensigterne.

RESSOURCETRÆK:

Nuværende arbejdsgruppe – november – februar?



FREMTIDSSCENARIE 2

FÆLLES FORSTÅELSESPAPIR OG FÆLLES PRIORITEREDE INDSATSER

AKTIVE AKTØRER:

Arbejdsgruppen producerer et fælles intentions- og forståelsespapir, som beskriver fælles dogmer, hensigter mm. Faglig strategisk styregruppe vælger et defineret område, hvor konceptet prøves af, og der evalueres og afleveres til styregruppen, som følger udviklingen tæt. Chefer, ledere og medarbejdere indenfor det valgte område involveres hurtigt.

IMPLEMENTERING:

Ledelseskæde, relevante interne og eksterne aktører

RESSOURCETRÆK OG TIDSRAMME

Revurdering af sammensætning af arbejdsgruppe. Ekstra ressource? Et område/målgruppe på tværs af kommune og region. Tidsramme ca. 1 år.

FREMTIDSSCENARIE 3

LANGSIGTET FÆLLES FOREBYGGELSE MED CIVILSAMFUND

AKTIVE AKTØRER: politikere i klyngen, medarbejdere, ledere civilsamfund, borgere og pårørende.

Langsigtet udviklingsarbejde tæt på og sammen med civilsamfundet. Eksperimenterende tilgang, hvor vi prøver af og undersøger sammen med relevante aktører, samtidig med at arbejdsgruppen kontinuerligt trækker røde tråde ud til konceptet. Samspil mellem operationelt – strategisk niveau.

IMPLEMENTERING:

Inkrementel. Nede fra og op/oppe fra og ned i dynamisk vekselvirkning. Designtænkning etc. "Vi gør det sammen". Små områder udvælges og skalering herfra.

RESSOURCETRÆK og organisering

En stærk intern organisering, hvor 1-2 projektledere/koordinatorer står i spidsen for et flerårigt initiativ med mulighed for samskabelse og bred involvering med både interne og eksterne aktører. Mulighed for skift i arbejdsgruppen alt efter behov for kompetencer.

FFS og politikerne skal følge arbejdet tæt og skabe rammen og platformen for, at en arbejdsgruppe kan bevæge sig frit i ledelseskæder, blandt medarbejdere og i civilsamfundet.





HVOR HØJT SKAL VI BYGGE?

AMBITIONSNIVEAU

Hvilke fordele og ulemper ser I i de 3 scenarier?

Hvad er I villige til at investere af tid og ressourcer?

Hvad er de største benspænd?

Hvilken rolle har I som Faglig Strategisk Styregruppe for at få det til at ske?

HVOR SKAL VI HEN?

NÆSTE SKRIDT

- *Hvad skal vi kunne sammen, som vi ikke kan hver for sig?*
- *Hvad er jeres opdrag til arbejdsgruppen fremadrettet?*
- *Hvem gør hvad hvornår?*
- *Hvornår følger vi op i dette forum?*

