



**Roskilde
University**

Kommunikation i sundhedsvæsn

Hjemmeplejens anvendelse af ny informationsteknologi

Lund, Anker Brink; Møller Christensen, Jytte

Publication date:
1987

Citation for published version (APA):
Lund, A. B., & Møller Christensen, J. (1987). *Kommunikation i sundhedsvæsn: Hjemmeplejens anvendelse af ny informationsteknologi*. Roskilde Universitet. Papirer om faglig formidling Nr. 7

General rights

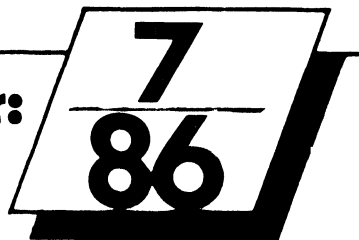
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

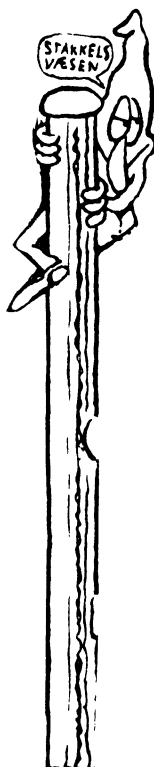
If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**Papirer om faglig formidling nr:
KommunikationsUddannelsen
Ruc**



Anker Brink Lund
og
Jytte Møller Christensen

KOMMUNIKATION I SUNDHEDSVÆSENET - problemer, behov og visioner



ISBN 87-7349-090-3

© Anker Brink Lund og Jytte Møller Christensen

Institut for Uddannelsesforskning,
Kommunikationsforskning og Videnskabsteori
Roskilde Universitetscenter
Postbox 260
4000 Roskilde

Forskningsprojektet finansieres af Statens
samfundsvidenskabelige Forskningsråd under
titlen: Helsetjenestens Anvendelse af Com-
puterassisterede Kommunikationsmidler.

1. udgave, februar 1986.

Forside: Claes Movin

Tryk: Stig Larsen

Omslag: Fællestrykkeriet, Aversi

Indhold

Forord: Om rapporten	1
1. Om fremtidsværksteder	3
2. Fællestræk fra fire fremtidsværksteder	15
3. Brugernes fremtidsværksted	41
4. Fremtidsværksted for hjemmeplejepersonalet	61
5. Fremtidsværksted for det øvrige sundhedspersonale...	81
6. Administratorernes fremtidsværksted	101
7. Hvad mener politikerne?	123
Efterord: Om forskningsprojektet.....	143
Anvendt litteratur	145

Forord

Om rapporten

Dette er den første rapport fra et forskningsprojekt om kommunikation i sundhedsvæsenet. Projektet omtales nærmere i et efterord side 143.

Rapporten er blevet til under aktiv medvirken fra 75 brugere, sundhedsprofessionelle og administratorer fra Frederiksborg amt. De har ikke blot deltaget i fire fremtidsværksteder, men også kommenteret udkast til rapporten. Alle deltagernes forslag til forbedringer er - med en enkelt undtagelse - indarbejdet i rapporten, som den foreligger her.

Den kritik, som vi ikke har kunnet tage højde for lyder således: "Når henses til den engagerede indsats fra en stor deltagerkreds, der ligger til grund for rapporten, og når henses til de mange væsentlige synspunkter, forslag og advarsler, der er beskrevet i rapporten, finder jeg, at den fortjener at blive kendt af en større kreds end hvad der - i den nuværende sproglige udformning - er lagt op til."

Vi ville gerne arbejde med en yderligere popularisering af stoffet, men i dele af fremstillingen har vi måttet prioritere grundighed frem for pædagogik. Desuden har vi lagt vægt på en hurtig publicering af resultaterne.

Vi håber alligevel, at rapporten kan anvendes i praktisk arbejde i sundhedsvæsenet. Vi anbefaler læsere, der ikke er vant til forskningsrapporter, at begynde med de konkrete referater fra de fire fremtidsværksteder og bagefter læse de to første - mere abstrakte - kapitler.

Foruden til de 75 medvirkende vil vi gerne rette en varm tak til Lilian Bouët, Henriette Buus og Helga Sigmund, der har fungeret som sekretærer og inspiratorer i forskningsprocessen.

1. Om fremtidsværksteder

Fremtidsforskeren **Robert Jungk** udtalte på et møde på Københavns Universitet i januar 1986, at han anser den største trussel mod menneskeheden for at være det "analfabetiske demokrati", som industrialismen har udviklet: Et demokrati, hvor politikere og planlæggere ikke længere ønsker folkelig deltagelse, men kun et X på stemmesedlen ved valgene. Det har medført en verden, hvor menneskenes indbyrdes isolation er reglen snarere end undtagelsen. Magt og indflydelse er rykket længere og længere væk fra flertallet og blevet et monopol for fåtallet.

På denne baggrund sluttede Robert Jungk sig allerede i 1950'erne til den gruppe forskere, der vendte sig imod den fremtidsforskning, der havde sit udspring i de amerikanske militære "tænkefabrikker". I opposition til den tendens i forskningen, der som mål havde forøgelse af menneskets magt over naturen, udviklede Robert Jungk, sammen med andre, alternative metoder til udvikling af humane og sociale fremtidsforestillinger, bl.a. **fremtidsværkstedet**, som vi benytter i dette projekt. (1)

(1) Jungk R, Müllert N. **Håndbog i fremtidsværksteder**. København 1984

I fremtidsværkstedet mødes mennesker, som er direkte berørt af et problem og interesseret i at løse det. I fællesskab fremlægger de egne udkast til, hvordan fremtiden på området kunne blive, stiller krav og afprøver argumenter. Derigennem opstår kimen til handlemuligheder og sociale nyskabelser.

Fra magtesløshed til handling

Et fremtidsværksted indledes med en **forberedelsesfase**, hvor temaet fastlægges og deltagerne kontaktes. Desuden indgår en række praktiske gøremål omkring arrangementet, f.eks. tilvejebringelse af egnede lokaler og værktøj, der bl.a. er tuschpenne og store stykker papir, så alle indlæg kan fastholdes i stikord på en slags væg-avis, hvor processen hele tiden er synlig og gennemskuelig for deltagerne.

Vi valgte det brede tema "Kommunikation i sundhedsvæsenet". Det er bevidst, at vi ikke på forhånd snævrede temaet ind, f.eks. til anvendelse af computere i primær sundhedstjeneste. En sådan "teknificering" ville sandsynligvis have blokeret for en række fundamentale diskussioner - især blandt deltagere, der ikke var vant til at indgå i beslutningsprocesser.

I udvælgelsen af deltagere tog vi udgangspunkt i **hjemmepleje-institutionen**, d.v.s. hjemmehjælp, hjemmesygepleje og sundhedspleje. Foruden et særligt værksted for disse faggrupper, inviterede vi tre andre grupper, der spiller sammen med hjemmeplejen: et værksted for **brugere**, d.v.s. mennesker udvalgt efter telefonbogen suppleret med pensionister og småbørnsforældre; et værksted

for **de øvrige sundhedsprofessionelle**, der samarbejder med hjemmeplejen i hverdagen, og et værksted for **administratorer**, kommunale og amtslige embedsmænd m/k, der afstikker rammerne for hjemmeplejens virke.

Selve værkstedet begynder med en grundig præsentation af deltagerne, der leder over i **kritikfasen**, hvor deltagerne fortæller om deres erfaringer med kontakt til praktiserende læger, hjemmepleje og hospitaler. Her er frit slag med hensyn til at fremkomme med store og små problemer. Alle bidrag skrives op i stikord på de ophængte papirark. For at sikre at mødevante og velformulerede deltagere ikke straks sætter sig på processen, gennemføres første del af fasen som runder med korte indlæg i deltagerkredsen. Diskussionen starter først, når alle har fået luft for deres ærgelser og problemer.

Som dagsorden for den efterfølgende kritik-diskussion gennemføres en prioritering af kritik-stikordene. I vore værksteder i form af en skriftlig afstemning. Derved ordnes kritikpunkterne i temaer for det videre arbejde. Diskussionerne føjer nye aspekter til de prioriterede emner, der senere danner råstof for den efterfølgende **fantasifase**.

I fantasifasen vendes kritikken om til målsætninger for positive løsninger. Her følges den formulerede kritik op med ønsker, krav, drømme og alternative ideer til, hvordan kommunikationen i sundhedsvæsenet kan forbedres i fremtiden. Nogle af disse forslag kan umiddelbart forekomme urealistiske. Men meningen med denne fase er netop at slippe jordforbindelsen i nogle timer og tænke i nye, utraditionelle baner. Arbejdet foregår i mindre grupper på 3-7 deltagere, og i de fleste tilfælde foldes målsætningerne ud i form af utopier, der konkret illustrerer, hvad

deltagerne mener bør ske på et givet område i fremtiden.

Selve værkstedet afsluttes med en **virkeliggørelsesfase**. Vi vender tilbage til nutiden med dens begrænsninger, f.eks. magtforhold, love, rutiner og utilstrækkelige ressourcer. Grupperne fremlægger deres målsætninger, og gennem en ny afstemning vælger deltagerne en vision ud til grundig diskussion. Så dannes nye grupper, som udformer handlingsplaner for hvordan (dele af) målsætningen kan realiseres her og nu. I denne afsluttende fase går vi som forskere mere aktivt ind i forløbet og søger at få deltagerne til at forholde sig til informationsteknologiske elementer i den fremførte kritik, fantasi og virkeliggørelse.

Robert Jungks ideal er, at processen skal lede frem til permanente fremtidsværksteder, hvor deltagerne gennem konkrete handlinger fører visionerne ud i praksis. I vort tilfælde, hvor metoden anvendes i forskningsøjemed, er der tilføjet en ekstra **rapporteringsfase**. Vi har på grundlag af vægavisernes stikord skrevet et grundigt referat af indhold og forløb, som er sendt ud til deltagerne til kommentering. I denne rapport lægger vi så de kommenterede værksteds-produkter frem.

Deltagelse i teknologivurdering

Den hollandske filosof **Fred Polak** (2), som Robert Jungk arbejder tæt sammen med, har med historiske eksempler vist, hvor stor indflydelse fremtidsvisioner kan udøve på nutiden.

(2) Polak FP. **Prognostics**. Amsterdam/London 1971.

Hvis visionerne er præget af resignation og angst, kan de skabe selvopfyldende profetier. Derfor er det bydende nødvendigt at skabe konstruktive, humane fremtidsvisioner.

Netop betoningen af humane visioner og demokratisering af beslutningsprocesserne gør det nærliggende at afprøve fremtidsværksteder til vurdering af informationsteknologi i sundhedsvæsenet, hvor beslutningskompetencen traditionelt ligger hos de få, specialiserede beslutningstagere.

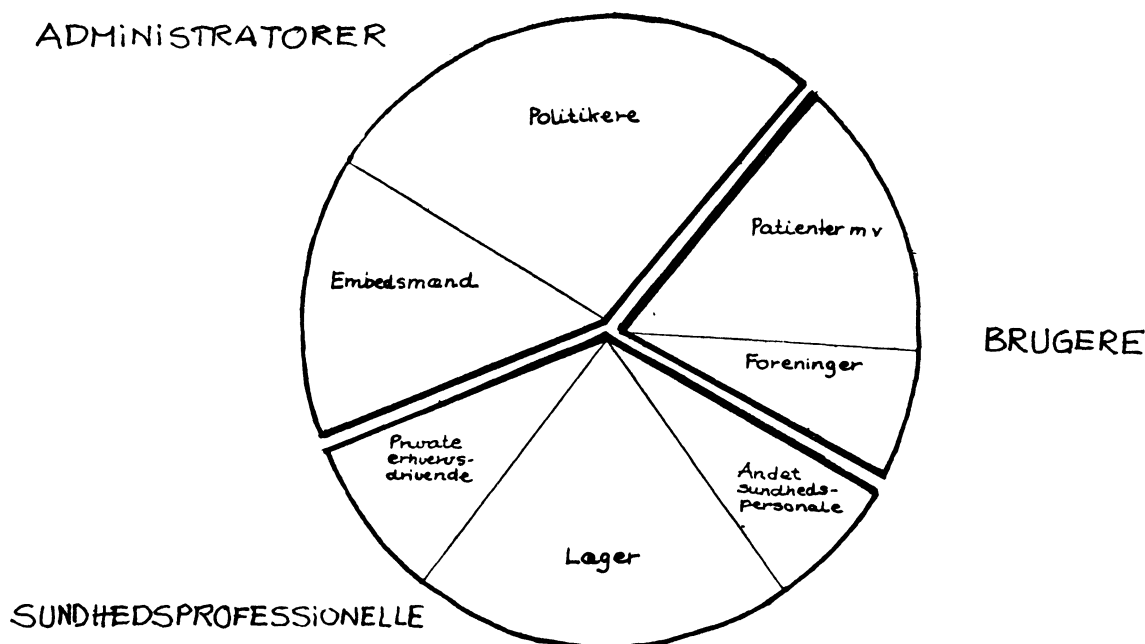
I hjemmepleje-personalet og blandt brugerne i lokalsamfundet findes ingen samlede billeder af den fremtid, man ønsker. Både brugere og personale er isolerede og sat uden for den teknologiske beslutningsproces. Først når andre har besluttet, at problemer skal løses med teknik kommer de ind i billedet - ofte efter maskinerne er indkøbt og programmet udviklet. Uden et fælles forum for forestillinger om fremtiden kan de i sidste instans berørte heller ikke fremover få reel indflydelse på den teknologiske udvikling.

I et liberalt, demokratisk samfund har alle i princippet lige og fri adgang til at ytre sig i denne sammenhæng. I praksis er der imidlertid historisk udviklet en række formelle og uformelle adgangsbegrænsninger i form af krav til (natur)videnskabelig argumentation, repræsentativitet og specialiseret ekspertise, der i høj grad begrænser deltagelsen i debatten.

Med henblik på at illustrere denne tendens har vi i de to måneder, inden for hvilke vi afholdt de fire fremtidsværksteder, systematisk registreret og analyseret artikler om sygdom og sundhed i **Frederiksborg Amts Avis**, der er det toneangivende massemedium i de områder, hvorfra vi rekrutterede deltagere til fremtidsværkstederne.

I den analyserede periode bringer avisen 538 artikler om sygdom og sundhed, d.v.s. 8-9 artikler pr. dag. Kun 20 af dem berører emnet teknologi i sundhedsvæsenet.

Ser vi nærmere på, hvem der kommer til orde, er næsten halvdelen af de citerede politikere. Denne overrepræsentation må til dels tilskrives, at vi befinder os midt i den kommunale valgkamp. Vi har derfor taget de artikler ud, som direkte vedrører kommunevalget, og får følgende fordeling af deltagere i det resterende sundhedsstof:



Deltagere i sundhedsdebatten
Frederiksborg Amts Avis
 sundhedsstof 19.9.-19.11.1985

I alt 528 personer kom til orde i de artikler, som ligger til grund for denne opgørelse. Det fremgår, at selv når vi bortser fra valgstoffet, er politikerne dominerende. Vi har placeret dem sammen med embedsmændene i kategorien **administratorer**, fordi deres rolle i hverdagens social- og sundhedsforvaltning

først og fremmest er at være bestyrere af skatteborgernes penge.

De **sundhedsprofessionelle** høres i pressen typisk som specialister på deres felt: Lægerne f.eks. som forskere, private erhvervsdrivende (medicinalindustri, alternative behandlere m.v.) reklamerende for deres specielle produkter eller serviceydelser, og personalet i øvrigt (bl.a. sygeplejersker og andre hospitalsansatte) i forbindelse med faglige konflikter.

Brugerne, der som enkeltpersoner og (patient-)foreninger udgør lidt under en fjerdedel af deltagerne, kommer til orde som "eksperter på konsekvenserne", f.eks. i forbindelse med omlægninger af sundhedsarbejdet, indvielse af nyt sygehus eller i læserbreve, hvor de klager over konkrete problemer og mangler.

Det samlede indtryk af avis-debatten om sygdom og sundhed er, at mange forskellige spørgsmål bringes frem, men at de sjældent følges op, og at der endnu sjældnere formuleres visioner om, hvordan forholdene kan ændres. Ingen af de fire grupper, vi har taget ud til deltagelse i fremtidsværksteder, er særligt stærkt repræsenterede. Svagest står **hjemmeplejepersonalet**, der kun citeres 7 gange (1 pct.). **Administratorer** fra primærkommuner og amtskommune høres 43 gange (8 pct.), **brugerne** som enkeltpersoner 80 gange (15 pct.) og de faggrupper, vi havde med i fremtidsværkstedet for **det øvrige sundhedspersonale**, 98 gange (19 pct.).

Fremtidsværksteder som forskningsmetode

I denne rapport koncentrerer vi os om at formidle resultaterne fra de fire fremtidsværksteder. Rapporten søger **ikke** at vurdere frem-

tidsværksteder som forskningsmetode. Det aspekt vender vi senere tilbage til i et særligt notat.

Alligevel finder vi det nødvendigt kortfattet at fremlægge nogle af de metodiske overvejelser og definitioner af centrale begreber, som vi som forskere har lagt ned over de processer, der beskrives nærmere i de efterfølgende kapitler. Læsere, der får røde knopper af begrebsgymnastiske øvelser på begrænset spalteplass, anbefales derfor allerede nu at springe frem til kapitel 2.

Formålet med fremtidsværkstederne i relation til forskningsprojektet er at vurdere behov i sundhedsvæsenet. Disse behov undersøges med henblik på ændringer af kommunikationsforholdene og vurdering af informationsteknologi i den sammenhæng.

Ved **kommunikation** forstår vi formidlingsprocesser igennem hvilke individer og grupper organiserer data til meningsfuld information. Imidlertid har vi ikke i fremtidsværkstederne lagt bånd på deltagerne i henseende til, hvilke forhold det er relevant at drage ind i den forbindelse. Det fremgår således tydeligt, at emnet for værkstederne ikke er blevet formidlingsproblemer i snæver forstand, men mere alment vanskeligheder i samspillet i sundhedsvæsenet.

Til definitionen af **behov** har vi hentet inspiration i Verdenssundhedsorganisationen (WHO), der med sin udvidede definition på sundhed ("Sundhed er fuldstændig fysisk, psykisk og social trivsel og ikke kun fraværet af sygdom") forudsætter en bred offentlig deltagelse ("participation") i sundhedsarbejdet. Derfor kan det ikke overlades til videnskabelige og politiske specialister alene at formulere behov. Også brugerne og sundhedsarbejderne i lokalsamfundet må deltage i beslutningsprocessen.

I hverdagens sundhedspolitik er det imidlertid vanskeligt for ikke-professionelle at finde tid og sted til at manifestere deres behov. Især når det som i dette forskningsprojekt drejer sig om fremtidig anvendelse af kommunikationsmidler, som de fleste ikke kender til i praksis. Forudsætningen for deltagelse er derfor en rummelig vifte af faktorer, som kan fortolkes som udtryk for behov (3):

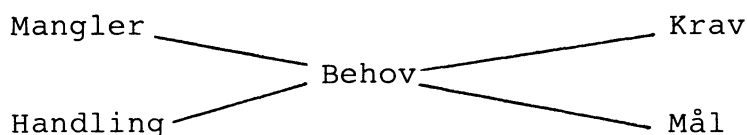
Mangler opleves af mange brugere af sundhedsvæsenet - uden at de umiddelbart er i stand til at omsætte oplevelsen til "behov" i dagligsprogets betydning af ordet. WHO kalder dette aspekt for "potential demand", d.v.s. behov som (endnu) ikke er omsat til faktisk efterspørgsel eller krav.

Krav harmonerer mere med hverdagens opfattelse af, hvad behov er. WHO kalder dette aspekt for "expressed demand", d.v.s. faktisk efterspørgsel efter konkrete sundhedsydelser.

Målsætninger er en forholdsvis ny operationalisering af behov, som WHO bl.a. har inddraget ved formuleringen af mål ("targets") i programerklæringen "Sundhed for alle i år 2000". WHO opererer her med tre forskellige niveauer af mål: 1) "perceived need", d.v.s. behov som opleves af den enkelte - og som ofte overstiger det, som er sundhedsprofessionelt begrundet eller politisk acceptabelt; 2) "professionally defined need", d.v.s. behov som er anerkendt af sundheds-eksperterne som relevante; 3) "scientifically confirmed need", d.v.s. et behov som ikke blot er anerkendt, men også (læge)videnskabeligt testet og på den baggrund fundet legitimt.

(3) Jvf. Hogarth J. **Glossary of Health Care Terminology**. World Health Organization, Copenhagen 1978: 253-4.

Handling er en dimension, som ikke findes i WHO's klassifikation. Vi tilføjer den for egen regning på baggrund af Robert Jungks demokrati-teori, der netop ser sociale aktiviteter og nyskabelser som en grundlæggende måde at manifestere behov på. At flere og flere danskere søger uautoriserede behandlere, kan eksempelvis ses som tegn på, at behov, bl.a. for opmærksomhed og dialog, ikke altid opfyldes af det etablerede sundhedsvæsen. På tilsvarende måde handler sundhedspersonalet sig til behov, når de i stigende omfang skaber kommunikationskanaler uden om kommandovejene i sundhedssektorens komplekse organisationer.



En af de afgørende kvaliteter ved fremtidsværkstedet som forskningsmetode er, at deltagere - uden forudgående specialuddannelse - føres igennem samtlige fire dimensioner, der indkredser det kontroversielle fænomen "behov": I kritikfasens stikord synliggøres mangler. I de efterfølgende diskussioner udmontes mangler til krav, som i fantasifasen positiveres til målsætninger, og i den afsluttende virkeliggørelsesfase omsættes til handlingsplaner, der igen kan kritiseres for mangler o.s.v.

Det, der kommer ud af processen, kalder vi **katalyserede** behov, fordi forskerne i lighed med en kemisk proces tilføjer noget igangsættende, der resulterer i noget andet og mere end summen af de tilstedeværende ingredienser/deltagere. Derved aktiveres autentiske oplevelser af behov, som deltagerne - så vidt

muligt uden indblanding fra forskerne - selv kan bearbejde og handle ud fra.

Det ville unægteligt være lettere bare at lytte til, hvad folk i hverdagen siger de har brug for, f.eks. i den offentlige debat i fagtidsskrifter, dagblade, radio og TV. En sådan vurdering på basis af **artikulerede** behov rummer også en høj grad af autenticitet. Men - som det bl.a. fremgår af indholdsanalysen af **Frederiksborg Amts Avis** - er deltagelsen skæv. Det er et åbent spørgsmål, hvilke emner og indlæg der er blevet beskåret eller slet ikke har fået ørenlyd. Desuden fokuserer massemedierne som regel ensidigt på manglerne ved sundhedsvæsenet og sætter ikke tilkendegivelserne i sammenhæng med andre faktorer som udtryk for behov.

Som et kompensatorisk tiltag i forhold til den massemedierede offentlighed har sociologer udviklet forskellige redskaber til måling af **analyserede** behov. Både private analyseinstitutter og offentlig sektorforskning, f. eks. Socialforskningsinstituttet og Dansk Sygehus Institut, har gennemført adskillige spørgeskemaundersøgelser, der sætter focus på behov for ydelser i sundhedsvæsenet. Kvaliteten er høj grad af repræsentativitet og generaliserbarhed, men ulemperne er, at målsætninger og handlemuligheder drukner i de mange detaljerede resultater.

Med henblik på at bringe orden i de mange - ofte modstridende - resultater og interesser, bliver det derfor mere almindeligt at sætte eksperter til at sammenfatte og vægte de fremanalyserede behov. Inden for teknologivurdering bl.a. i form af såkaldte konsensuskonferencer, hvor et panel af fagfolk og lægfolk lytter til specialisternes argumenter og derefter skriver en sammenfattende konklusion. Styrken ved sådanne **syntetiserede** behov

er, at iagttagere uden for fagmiljøerne får et overblik, der giver grundlag for prioritering af indsatsen. Ulempen ved metoden, der minder om "kulegravning" af emner ved hjælp af udvalg og kommissioner, er, at denne vurdering af behov fjerner sig fra almindelig folkelig deltagelse. Desuden kan det ofte være svært at genkende hverdagen i synteserne og udmønte dem til handling. Den danske kommission til prioritering i sundhedsvæsenet fra 1977 fremkom eksempelvis med mange gode formuleringer på målsætnings-niveau, men den omfattende betænkning har kun fået begrænset effekt i praksis.

Alle de nævnte metoder til formulering af behov i relation til sundhedsvæsenet har således deres styrker og svagheder.

Fremtidsværkstedet er ingen universalmedicin, der med et slag klarer alle de andre metoders uløste problemer. Metoden er snarere et forsøg på at kombinere elementer fra de øvrige til noget, der kommer så tæt som muligt på en naturlig menneskelig udveksling af erfaringer og synspunkter. Altså et forsøg på at "alfabetisere" den demokratiske debat.

Det må samtidig erindres, at fremtidsværksteder som forskningsmetode har den begrænsning, at de som case-studier og katalyserede processer ikke giver grundlag for almene generaliseringer. Resultaterne illustrerer tendenser, men har kun umiddelbar gyldighed for de udvalgte dele af sundhedsvæsenet i de konkrete tilblivelsessituationer.

2. Fællestræk fra fire fremtidsværksteder

Arbejdet på de fire fremtidsværksteder blev fastholdt i stikord på flip-over papir. Det er hovedsageligt fra disse tidstro og autentiske referater, vi citerer i det følgende. Vi lægger hovedvægten på ligheder i de fire processer, idet de enkelte værksteder beskrives nærmere i de efterfølgende kapitler.

(1)

I værkstederne, der alle blev gennemført over samme model, deltog hhv. 17 borgere fra Frederiksborg amtskommune (i det følgende kaldet **Brugerne**), 21 hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker (**Hjemmepleje-personalet**), 20 læger, jordemødre, sygeplejersker m.fl. (**Det øvrige Sundhedspersonale**) og 17 **Administratorer** fra amt og primærkommuner.



Først blev deltagerne grundigt introduceret til hinanden og kortfattet til værkstedernes emne Kommunikation i Sundhedsvæsenet. Dernæst gik vi i gang med **kritikfasen**, hvor deltagerne på skift i stik-

(1) I denne sammenhæng koncentrerer vi os om fremtidsværkstedernes resultater. I et notat vil vi på et senere tidspunkt redegøre for de forskningsmetodiske aspekter.

ord formulerede hverdags-irritationer og problemer i det nuværende sundhedssystem. I alt 194 kritikpunkter blev formuleret.

Kritikpunkterne blev prioriteret gennem en skriftlig afstemning. De punkter, der fik flest points, dannede dagsorden for den efterfølgende diskussion.

Herefter gennemførtes en ny afstemning om de diskuterede kritiktemaer, og deltagerne placerede sig i grupper, der med udgangspunkt i kritikken skulle forsøge at løse problemerne i en efterfølgende **fantasifase**. I dette gruppearbejde var det forbudt at bruge udtryk som "Det er ikke realistisk". Tværtimod opfordrede vi deltagerne til at "slippe jordforbindelsen" og give fantasien frit løb. I alt 15 utopier kom ud af gruppearbejderne - af deltagerne forsynet med disse målsætninger:



Brugerne :

- A. Et solidarisk støttende, ikke-snagende socialt netværk.
- B. Al viden om sygdom/sundhed til befolkningen.
- C. Vi vil ha' livskvalitet og gode efterbehandlingsmuligheder.
- D. Sundhedsvæsenet skal have fuldstændig indsigt i sociale og psykiske årsager til symptomer.

Hjemmeplejepersonalet:

- E. Vi vil skabe forudsætninger for, at brugerne selv kan formulere deres behov.
- F. Vi vil skabe den bedst mulige kontakt/kommunikation med brugerne.
- G. Vi vil sørge for, at kontakten mellem hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker (læger, offentlige kontorer) fungerer.
- H. Vi ønsker fleksible beslutningsprocesser i sundhedssektoren.

Det øvrige

Sundhedspersonale:

I. Brugeren i centrum - udgangspunkt i total-situation.

J. Alle behandlere skal samarbejde efter samme mål eller delmål for en given bruger.

K. Lokalsamfund med hus pr. 5000 indbyggere, hvor medarbejderne i primær sundhedstjeneste er konsulenter.

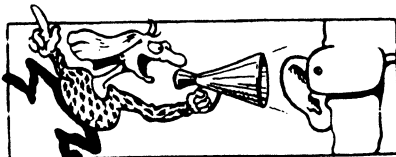
L. Skabe bevidste brugere, så vi selv bliver brugbare.

Administratorene:

M. Vi sælger varen.

N. Sundhed livet igennem.

O. Funktionel organisatorisk enhed i primær sundhedstjeneste.



Det er umuligt at lave en entydig sammenfatning af disse målsætninger uden at gøre vold på værkstedsarbejdets modsætningsfyldte mangfoldighed. Men når vi indholdsanalyserer gruppearbejdet og den afsluttende **virkelighedsfase** er der et behov, som tematiseres

12 af de 15 utopier:

- Kravet om en omlægning af sundhedsarbejdet i lokalsamfundet.

Vi har derfor valgt at lade dette behov være den røde tråd i den tværgående gennemgang af de fire fremtidsværksteder.

Sundhedsarbejdet i lokalsamfundet

Rødderne til dette hovedkrav kan vi i kritikfasen finde i udtalelser om "Mangel på hjælp til folk i eget hjem" og "Flere ressourcer til forebyggelse må vristes ud af sygehuse". I fantasifasen sker der imidlertid en interessant forskydning af problematikken: hjemmet og sygehuset træder i baggrunden, mens lokalsamfundet/det sociale netværk kommer i focus som stedet, hvor sundhedsarbejdet bør foregå i fremtiden.

I 9 af de 15 målsætninger indgår en konkret utopi om at skabe et sundhedscenter/di-
striktshus, hvor sundhedsarbejderne kan fun-
gere i tværfaglige teams og komme tæt på
lokalbefolkningen.

I 7 målsætninger indgår en tilsvarende
utopi om at etablere medborgerhuse/aktivi-
tetscentre, hvor brugerne kan være sammen og
bl.a. selv arbejde med sundhedsproblemerne.

På samtlige værksteder bliver de to utopi-
er knyttet sammen: professionelle fra sund-
hedscentrene kan indgå som konsulenter i ak-
tivitetshusene - ikke som "Hvide Kitler" i
særlige klinikker, men som "Bedstemorerstat-
ning" i "Snakkestuer med plaster".

Bag den massive enighed om målet og ram-
merne for fremtidens lokale sundhedsarbejde
finder vi nogle markante forskelle i deltag-
ernes udgangspunkter og motiver.

De kritiktemaer, som **brugerne** prioriterer,
er "Mangelfuld efterbehandling", "For lidt
opsøgende og forebyggende arbejde", og "Mang-
lende indsigt i sociale og psykiske årsager
til sygdom". Altså et forebyggelses-perspek-
tiv, der i fantasifasen bl.a. bliver til øn-
sket om "Et solidarisk støttende, ikke-snag-
ende socialt netværk" og kravet om "Al viden
om sygdom/sundhed til befolkningen".

For de **sundhedsprofessionelle** (2) er ho-
vedproblemerne i kritikfasen derimod "Mangel
på forståelse for hinandens arbejde", "Van-
skeligheder med at realisere gode ideer i det
tunge apparat", "Manglende fælles målbeskriv-
else" og "Dårlig kommunikation" både mellem
behandlerne indbyrdes og mellem behandler og
bruger. Perspektivet er altså overvejende

(2) Vi bruger **de sundhedsprofessionelle** som
samlebetegnelse for deltagerne i både
hjemmepleje-værkstedet og værkstedet for
det øvrige sundhedspersonale.

professionel frustration over "systemet" og arbejdsforholdene.

Det, der på **hjemmepleje-værkstedet** leder frem til medborgerhuset som utopi er et interessant skift i perspektiv: Konstateringen "Vi ved ikke nok om brugernes reelle behov", søges i fantasifasen først positiveret under overskriften "Vi vil vide alt om brugernes behov". Men i gruppediskussionen kommer deltagerne frem til målsætningen om at "Skabe forudsætninger for at brugerne selv kan formulere deres behov".

Et tilsvarende glid i synsvinklen finder vi i værkstedet for **det øvrige sundhedspersonale**, hvor irritationer på jobbet og i hverdagens beslutningsprocesser fortrænges af et brugerperspektiv med målsætninger som "Brugeren i centrum" og ønsket om "Bevidste brugere så vi selv kan blive brugbare".

Administratorene udvælger to kritikpunkter til bearbejdelse i fantasifasen: "Den primære sundhedstjeneste er ingen funktionel enhed" og "Sygehusene mangler forståelse for arbejdsvilkårene i den primære sundhedstjeneste". Her prioriteres problemer, der hidrører fra forhold uden for deltagerens rækkevidde. Men i fantasiprocesen griber deltagerne i egen barm ("Vi kan ikke sælge varen" og "Politikerne er vores undskyldning for ikke selv at handle"). Og i virkeliggørelsen opstilles mål som "Vi sælger varen" og "Sundhed livet igennem", hvor borgerne i samarbejde med administratorene skal løse problemerne i fællesskab.

Alle fire fremtidsværksteder definerer således denne centrale forudsætning for en omlægning af sundhedsarbejdet i lokalsamfundet:

o Styrkelse af brugernes indflydelse.

Vore indholdsanalyser viser imidlertid, at denne dimension kun berøres i 54 af værksted-

ernes 194 kritikpunkter. Det ville derfor være en forenkling, at gøre brugerindflydelse til den eneste forudsætning, så vi vil i det følgende inddrage yderligere tre dimensioner - berørt i henholdsvis 97, 89 og 79 kritikpunkter (3). Vi har forsynet disse forudsætninger med følgende overskrifter:

- Nedbrydning af sektorgrænser.
- Bedre samarbejde i primær sundhedstjeneste.
- Ændringer i kommunikationsforholdene.

Styrkelse af brugernes indflydelse

"Den stigende afmagt" og "Fremmedgørelse" diskuteres på alle fire fremtidsværksteder. Især **brugerne** kæder denne problematik sammen med manglende indflydelse: "Mekanisering og tingsliggørelse af patienten", "Patient-tiggerrollen", "System-solidaritet frem for patient-solidaritet", "Ikke plads til individualisme" og "Mistro til patienten".

De **sundhedsprofessionelle** er ikke så radikale i deres formuleringer, men kritikken er den samme: "Manglende indflydelse på antallet af besøg", "Brugerne fratages ansvaret", "I tværfaglige møder savnes repræsentanter for brugerne", "Manglende information af brugerne", "Brugerne mangler medbestemmelse ved prioritering af ydelser" og "Brugerne og primærkommunen inddrages ikke nok i planlægningen".

(3) Summen af kritikpunkter giver mere end 194, fordi et kritikpunkt udmærket kan være formuleret på en sådan måde, at det berører flere af de udvalgte dimensioner.

Administratorene ser ikke i den indledende kritikfase brugerindflydelse som noget problem. I virkeliggørelsesfasen diskuterer de imidlertid indgående, hvilke hindringer, der er for borgerinvolvering (og dermed for virkeliggørelse af administratorernes egne fantasier): "Kun en begrænset del er aktive, f.eks. græsrodsbevægelser", "Centrale enheder for store", "Mangel på steder at være", "Bureaukratiske julelege", "Borgermøder - der sker ikke en pind bagefter", "Sjældent at der besluttet noget, der kommer nedefra", "Man skal råbe højt for at blive hørt" og "Det har sin pris at protestere".

Brugerne peger selv på "Manglende valgmuligheder" som en væsentlig årsag til den begrænsede brugerindflydelse. Det etablerede sundhedsvæsen har f.eks. "Mistro til alternative behandlere" og "ikke-dansk-anerkendte medikamenter". Der klages over mangel på "Lægelig vejledning om medikamenter i stedet for reklametryksager" og "Manglende oplysning om medikamenters virkning og bivirkning" samt "Manglende mulighed for midlertidige hjælpemidler" i hjemmet.

Også på dette punkt vinder brugerne gehør blandt **de sundhedsprofessionelle**; "Vi gir ikke brugerne information så de kan vælge" og "Vi vælger at mødes med brugerne i situationer, der er optimale for os - ikke for brugerne". Hertil føjes at "Selvomsorg svækkes af gratisprincippet", "Manglende professionel accept af hjælp til selvhjælp" og "For megen satsning på brugernes fejlfunktioner - ikke på deres ressourcer".

Samtidig advares dog imod at skabe "Falske behov", og det understreges, at med valgfrihed følger pligter: "Noget af de professionelle's ansvar må ud til brugerne" og "Dem, der ikke vil hjælpes, må ha' lov til at gå i fred for behandlerne".

At **brugerne** er villige til at påtage sig et sådant ansvar kan der næppe herske tvivl om. Især pensionisterne advarer imod "Krævementalitet". Det er ikke et nyt "Forebyggelsesvæsen", brugerne har behov for, men derimod mulighed for selvorganisering og "Træk på erfarne mennesker - ikke kun såkaldte eksperter".

Administratorene ser gerne, at brugerne påtager sig et økonomisk ansvar - ikke kun medbestemmelse ved budgetlægning, men også ved konkret prioritering af serviceydelser inden for et "Bloktilskudssystem" med "Rammebevillinger".

Også dette ansvar stiller **bruger-værkstedet** sig positivt til, bl.a. ved at foreslå decentrale "Styrende organer" valgt direkte af lokalbefolkningen, f.eks.:

Sundhedsråd: (pr. 5000 indbyggere)
 Sammensætning: 3 behandlere og 4 brugere
 Kompetence: - åremålsansættelse af behandlere
 - arbejdsbeskrivelser
 - forebyggelsesplan
 - afskedigelse eller "omskoling"
 af behandlere

Citat fra utopi A

Flertallet af de 15 målsætninger og utopier opererer med tilsvarende Brugernavn/Lokale Forebyggelsesråd. Dog advarer **de sundhedsprofessionelle** imod "Bureaukratier" og "Pamperi". Brugerråd og medborgerhuse må ikke blive "Alt for kommunale", og ved siden af det uformelle netværk og de repræsentative råd, foreslår de derfor etablering af brugergrupper og systematisk bevidstgørelse af de berørte.

Den nye bruger anno 2007

- har socialt netværk
- tager den demokratiske proces alvorligt
- har indflydelse på ydelse(r)nes rammer og indhold
- har handlemuligheder/valgfrihed
- pensionisterne anno 2007 har f.eks. mange venner, klager og kræver, er aktive og har retten til at gå i hundene.

Citat fra utopi L

Til disse formål har borgerne behov for "Et sted at være", f.eks. et medborgerhus, der evt. kan indrettes fra grunden eller i eksisterende lokaler (forsamlingshuse, skoler) eller i plejehjem, som bliver overflødiggjort af de mange forebyggende foranstaltninger.

Idealet er, at alle skal kunne benytte aktivitetshusene "Uden ghettoer". I praksis erkender værksteds-deltagerne, at det kan være vanskeligt. "Borgerne kan ikke behandles som en stor, firkantet masse, men som individer", understreger **administratorerne**, der her bakkes op af **det øvrige sundhedspersonale**: "Det er hos brugeren af den konkrete ydelse at produktkontrollen må hentes."

Til dette formål foreslår **de sundhedsprofessionelles værksteder** den primærkommunale socialforvaltning bragt tættere på brugerne, f.eks. gennem etableringen af et "Sundhedsdirektorat" eller ansættelse af en selvstændig "Sundhedschef". Også kommunens politiske beslutningstagere må bibringes forståelse for sundhedsperspektivet. "Socialudvalget (skal) ud at køre", d.v.s. ved at sende politikerne ud i marken skal de opleve det virkelige liv fjernt fra rådhusets mødesal i håb om at "Mere viden medfører ændret holdning".

For **bruger-værkstedet** er hverken repræsentative organer eller brugergrupper tilstrækkelige. Deltagerne her anvender i stedet det meste af virkeliggørelsesfasen til at lave handlingsplaner for en "Sundhedsbrugernes Græsrodsbevægelse", der vel at mærke ikke skal være en patientforening som vi kender dem i dag. Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse, Forældre og Fødsel m.fl. kritiseres for at være "Navlebeskuende", "For dårlige til at oplyse om sig selv", "For lidt udfarvende", "Storby-centrerede", "Overlæge-besatte", "For lidt samarbejdende", "For traditionelle", "For akademiske" og "Ikke sjove nok".

Brugerne erkender samtidig deres eget ansvar for den manglende brugerindflydelse: "Patienter har for stor ærbødighed og teknologirespekt", "Patienterne er selv med til at fastholde symptombehandlingen", "Vi er for dårlige til at forholde os til egne og andres kriser" og "Vi må selv op på barrikaderne".

Bruger-værkstedet retter dog størstedelen af skytset imod **de professionelle sundhedsarbejdere**: "Lægerne har dårligt menneskekendskab", "Psykofarmacia i stedet for samtale/behandling", "Lægen er en prop i systemet, fordi han/hun har henvisningsretten", "Lægen tager sig ikke tid nok", "Manglende socialt kendskab/forståelse hos sundhedspersonalet", "Kommunikationsbrist mellem behandler og behandlet", "Manglende non-verbal forståelse" og "Manglende videregivelse af erfaringer mellem de professionelle".

De Sundhedsprofessionelle vedkender sig en del af skylden: "Vi er som professionelle for dårlige til at støtte folk i selv at tage ansvar", "Vi sætter 'etiket' på brugerne" og "Brugerne tør ikke forvente sig ret meget af frygt for repressalier". På den anden side bærer brugerne - ifølge de professionelle -

selv en væsentlig del af skylden: "Vi kan kommunikere os ihjel, hvis brugerne ikke forstår os", "Vi ønsker kritiske brugere, der selv søger viden", "Brugerne er for autoritetstro" og har "Tyrkertro på behandling". "Ældre har vanskeligt ved at stille krav" og "Brugerne er svære at overbevise om noget nyt".

Heri er **administratorene** enige: "Borgerne kan ikke selv formulere deres behov", "Mangler strategi for hvad der skal ske" og er sundhedspolitiske "Roligans". På den anden side indrømmer de, at "Vi er dårlige til at lytte til, hvor der kan/skal laves om", "Funktions-betragtning blokerer behovsbetragtning", "Tavshedspligten er alt for omfattende (loyalitetspligt)" og borgerne "Mangler 'advokater', f.eks. dele af det professionelle team, der også skal informere sin ledelse".

Hermed er den anden forudsætning for at styrke det lokale sundhedsarbejde bragt på banen, og dermed spørgsmålet om, hvilken rolle de professionelle ansatte i den primære sundhedstjeneste skal spille i fremtiden?

Samarbejde i primær sundhedstjeneste

"Vi skal være rådgivere - ikke behandlere først og fremmest", siger **de sundhedsprofessionelle**: "Vi må arbejde i teams for at vi kan ændre de professionelle roller". De forsøger på den måde selv at tage højde for den utilfredshed med samarbejdet i den primære sundhedstjeneste, som 89 af fremtidsværkstedernes 194 kritikpunkter vedrører.

Hjemmepleje-personalet har som sit højest prioriterede kritikpunkt: "Generel mangel på forståelse/respekt for hinandens arbejde mellem alle grupper i systemet", og oplever man-

ge kontante kommunikationsproblemer: "For sen information omkring kritisk syge fra sygehus og praksislæger", "Umuligt at få fat i den rigtige (hjemme)sygeplejerske", "For mange møder - manglende tilbagemelding", "Manglende samarbejdsrelationer giver følelse af marginalisering", "Dårlig kommunikation med hjælpemiddeldepot", "Dårlig apoteksservice - for lang ventetid" - "Hvis lægerne også stod i kø på apoteket og på pensionistkontoret kunne vi i det mindste snakke sammen der", som det lidt bittert blev konstateret af en utilfreds hjemmehjælper, der senere sammenfatter hjemmeplejegruppens kritik til dette tema: "Vi har for få bagdøre!".

Det øvrige sundhedspersonale klager over "Skarpe faggrænser", "Manglende fælles målbeskrivelse", "Nogle professionelle mangler interesse for at kommunikere", "For megen professionel tid bruges på individuelle kontakter" og "For lidt tid til at kollektivisere oplysninger". Specielt fremhæves "Kasteboldproblemet", hvor "Brugerne kommer i kontakt med mange forskellige professionelle". Personalet i primær sundhedstjeneste har "For mange samarbejdspartnere", "Tværfagligheden udhuler den professionelle ansvarlighed" og det er "Svært at få fat i andre faggrupper".

Heri er **administratorerne** og **brugerne** enige: "Faggrænserne blokerer kommunikationen", "Manglende rolleafklaring mellem professionerne", "Tidsbestillingsproblemerne", "Manglende koordineret patientviden". Kort sagt: "Den primære sundhedstjeneste er ingen funktionel enhed". Derfor denne administrative løsningsmodel:

Funktionel organisatorisk enhed i PRIMST

- generalisten skal være leder af temaet.
(ikke valgt på fagspecifik baggrund)
- skal kunne forstå alle "fagsprogene".
- kendskab til organisationsteori/ledelsesteori.
- matrix organisation/projektleder.
- fællesjournalssystemer.
- adgang til tværfaglige møder.
- den enkelte faggruppe rekvirerer næste niveau.
- patienten skal følges af teamet ved midlertidig udlån til sekundær sektor.
- befolkningsunderlag: ca. 3000-7000 efter lokal vurdering.

Citat fra utopi 0

Brugerne går mere konkret til værks i **Utopi A**, hvor en nordsjællandsk kommune opdeles i fire distrikter á ca. 5000 indbyggere med hver sit team/sundhedscenter. Hertil er tilknyttet et passende antal sundhedsarbejdere (kaldet "Samfundshjælpere"), der skal indgå i samspil med lokalsamfundets aktivitetshuse, skoler, arbejdspladser, foreninger og enkeltpersoner.

En næsten identisk utopi finder vi på værkstedet for **Det øvrige sundhedspersonale:**

1. Lokalsamfund med hus pr. 5000 indbyggere, hvor medarbejderne i PRIMST er konsulenter
2. PRIMST-uddannede har fælles basisuddannelse.
3. Organisation:
 - personalesammensætning bestemmes af huset
 - PRIMST består af 5 tværfaglige enheder

- Borgerne vælger frit mellem enhederne (rød, blå etc.)
- 4. Lokalt forebyggelsesråd med PRIMST-repræsentant, borger, politiker. Målsætning: Sundhed for Alle (Menneske/Miljø).
- 5. Sekundær sundhedsform: Sygehus opdelt i lokalenheder.

Citat fra utopi K

Det er et gennemgående krav, at alle faggrupper i primær sundhedstjeneste skal kunne visitere/henviser. Derfor bliver det også vigtigt, at alle personalegrupper - i dag er der 40 forskellige i primær sundhedstjeneste - får en fælles basisuddannelse suppleret med tværfaglig efteruddannelse.

Brugerne klager således over "Manglende dygtighed i personalet generelt", at "Lægeuddannelsen ikke er tidsvarende", "Manglende efteruddannelse af praktiserende læger", "Ingen uddannelse af hjemmehjælpere før de starter" og "Manglende socialt kendskab og forståelse hos sundhedspersonalet".

Administratorene savner "Socialmedicinsk baggrund hos de praktiserende læger", "Manglende uddannelse i kommunikation i alle faggrupper", "For få generalister" og "For mange i social- og sundhedssektoren med forkert/utilstrækkelig uddannelse".

De sundhedsprofessionelle ser ikke selve fagspecialerne som nogen afgørende hindring for samarbejdet, men ser gerne, at "Een person udfører plejen og har ansvaret for familien" og at styrkeforholdet mellem professionerne ændres. I den forbindelse må især lægerne stå for skud: "Lægerne er aldrig opsøgende", "For sen information fra praksislægen med hensyn til potentielle brugere (af hjemmeplejen)", "Manglende brugersammenfald", "Enkelte læger prioriterer lægeforeningen hø-

jere end patienten", hvilket bl.a. hænger sammen med "Aflønningsformens betydning for arbejdet".

Disse vanskeligheder får enkelte utopier til helt at lukke de liberale erhverv (læger, fysioterapeuter og alternative behandlere) ude af primær sundhedstjeneste-teamet. Andre foreslår samtlige professioner ansat i primærkommunen. Enten på fast løn eller som **brugernes Utopi D**, der vil aflønne personalet efter hvor megen sundhed (og hvor lidt sygdom), der skabes i de pågældende lokalsamfund.

Ingen af værkstederne opfinder en helt ny primær sundhedstjeneste-generalist, men er enige om, at teamet må omfatte: hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, tandlæger, ergo- og/eller fysioterapeuter, socialrådgivere/sagsbehandlere og helst også læger. **Brugerne** vil supplere med arbejdsmiljøteknikere (kompetencer fra bedriftssundhedstjenesten og arbejdstilsynet), ½ præst, pædagoger og eventuelt også tilknyttede lokalpolitiet. **Det øvrige sundhedspersonale** vil gerne have tilknyttet psykolog, jordemødre, en farmaceut og en økonom. **Administratorene** ser gerne en informationsmedarbejder i teamet og inddragelse af alternative behandlere.

Disse normeringer forudsætter et befolkningsunderlag på ca. 5000 og "Ikke mere kostbar organisation end nu".

Det er heller ikke meningen at **sundhedspersonalet** skal sidde i distriktshusene og holde møder, mens de venter på brugerne. Tværtimod er målet "At gøre os selv overflødige" gennem "Støtte til selvorganisering og borgernes egne handlemuligheder". **Brugerne** foreslår konsultationsværelserne nedlagt. Tandlægen kan f.eks. få sit udstyr placeret bag i en stor varevogn. Og personalet må desuden have en mere praktisk baggrund:

Sundhedspersonalets uddannelse ændres:

- a) Rekruttering til uddannelserne: Lige adgangsbetingelser - ikke afhængig af social og økonomisk status.
- b) Indhold ændres - der suppleres med psykologi, pædagogik og socialmedicin.
- c) Et adgangskriterium er, at man har "rigtig" erhvervserfaring (landbrug, fiskeri, kontor - uden for sundhedssektoren - transport etc.)
- d) Mere praktik i forskellige sociale miljøer under uddannelsen, f.eks. ca. ½ år som hjemmehjælper.
- e) Undervisning i praktisk kommunikation og formidling.

Citat fra utopi D

Alle fremtidsværkstederne erkender, at de foreslåede ændringer næppe kan gennemføres alene ved ændringer i uddannelse og organisation. "Til syvende og sidst er det jo pengene det handler om" - især "Cigarkassesystemet" med vandtætte skodder mellem den amtskommunale sygehussektor og den primærkommunale socialsektor opleves som en hindring.

Nedbrydning af sektorgrænser

97 af de 194 kritikpunkter berører grænserne mellem sektorerne og uhensigtsmæssig styring af sundhedsvæsenets økonomi og struktur.

Administratorene mærker i hverdagen det "Manglende samspil mellem planlægningsniveauerne stat, amt, kommune" og prioriterer i kritikfasen dette emne allerhøjest under overskriften: "Urimelig ressourcefordeling mellem det behandlende sygehusvæsen og det forebyggende sundhedsvæsen", der i diskussionen sammenkædes med "Forskellige målsætninger mellem sektorerne", "Manglende sammenhæng

mellem tildeler og betaler af ydelser", "Manglende styrbarhed", "Forskellige kasser - amt/primærkommune", "Manglende tro på planlægning" og uklarhed om "Hvem skal koordinere efter hvilke målsætninger?"

Også **brugerne** efterlyser den "Manglende målsætning i sundhedsvæsenet" og beklager, at "Amtspolitikere og administratorer kun tænker på at spare", så "Nytænkning kun (sker) hvis det gi'r besparelser". **De sundhedsprofessionelle** taler om "Nedskæringsfrustrationer", og at "Sektoradskillelse hindrer helhedsløsninger for brugerne - menneskeligt og økonomisk". Det er "For vanskeligt at realisere gode ideer i tungt apparat", som baserer sig på "Cigarkassesystemet", er "Konservativt", "Selvtilstrækkeligt" og præget af "Politisk dikterede beslutninger - ikke behovsdikterede".

Enkelte kritikker går på socialektorens "Manglende efterbehandling", "Utilstrækkelige åbningstider" og "Stive system med køer på pensionistkontoret". Men den store synder er tilsyneladende sygehussektoren, der bl.a. får disse ord med på vejen: "Sygehusene er for lidt opsøgende", "Manglende tilbagemelding når patient er til undersøgelse eller behandling", "For snævre åbningstider på hospitalernes ambulatorier", "Tidsbestillingsproblemer", "Lægerne tror ikke på hinanden", "Vanskeligt at få sygehusvæsenet til at forstå og anvende informationer udefra", "Samarbejde om børnefamilierne hindres af sygehusene", "Manglende sammenhæng mellem det sociale og sygehusmæssige", "Sygehusvæsenet er storproducent af plejehjemsbeboere", "Manglende intern målbeskrivelse i sygehussektoren", "Stabsopbygning på hospital utidsvarende", "Udskrivningsproblemer - forsinkede epikriser/udskrivningsbreve".

sætninger, så det også bliver økonomisk attraktivt at overlade flere opgaver til "Egenomsorg", lokal forebyggelse m.v. På den måde regner gruppen med at kunne undvære 50 pct. af de nuværende hospitalssenge.

Brugerne opererer ikke med sådanne strukturelle ændringer, der bl.a. i sin konsekvens betyder nedlæggelse af amtskommunen i sundhedsspørgsmål, men peger på en funktionel form for "Kontinuitet":

Vi vil have gode efterbehandlingsmuligheder

- En neutral tryghedsperson følger én hele vejen (ikke nødvendigvis professionel)
- Sygeplejerske fra hospitalsafdeling videre til ambulatorium og videre til hjemmet - følge med patienten.
- Tilbud om kursus for at (gen)opbygge sin selvrespekt efter udskrivning fra hospital.

Citat fra utopi C

Af diskussionerne fremgår det, at netop udskrivninger fra sygehus bekymrer deltagerne i fremtidsværkstederne.

Administratorene beskriver problemet som "Dogmet om den lægelige færdigbehandling" eller "Fredagssyndromet", d.v.s. at patienten hjemskrives når det passer sygehuslægerne - ofte på tidspunkter der passer dårligt med arbejdstilrettelæggelsen i den primære sundhedstjeneste. Ofte lover hospitalets læger og socialrådgivere tilmed patienten "Guld og grønne skove". De mener faktisk, at det er sygehuset, der har kompetencen, f.eks. til anvisning af hjemmepleje. Men sådan er magtfordelingen ikke - og det bør den heller ikke være, siger administratorene: "Hospitalet skal ikke udtale sig om, hvad der skal ske bagefter!".

De sundhedsprofessionelle - der på et af værkstederne også omfattede hospitalsansatte - er ikke fundamentalt uenige med administratorerne. Men for dem er det ikke så meget en kompetence-konflikt som et spørgsmål om praktisk tilrettelæggelse af arbejdet: "Kommunikationsrapporten er for lang tid undervejs", "Lægebrevet mangler informationer", så der er ofte "Mere relevant information i sygeplejereporteren end i epikrisen", hvilket bl.a. hænger sammen med manglende "Brugerindflydelse i udskrivningsbreve".

For de sundhedsprofessionelle kan løsningen på problemet være, at man "Startede med udskrivningskonferencer" med deltagelse både fra hospital og primær sundhedstjeneste eller udformede en hjemsendelsesrapport med deltagelse af flere faggrupper, men til gengæld "Afskaffede den ligegyldige lægelige dokumentation". Desuden kunne ny teknik anvendes, f.eks. elektronisk post eller edb-baserede fællesjournaler.

Administratorene finder en mulig løsning i, at "Hjemmeplejen kommunikerer med sygehus ved elektroniske udskrivningsbreve", at "Papirarbejdet reduceres" ved en klar placering af kompetencen hos primærkommunen, og at "Den primære sundhedstjeneste eventuelt ligesom hospitalerne kan holde døgnåbent ved hjælp af ny informationsteknologi".

Brugerne ser udskrivningsproblemet løst ved bedre "Videregivelse af erfaringer mellem de professionelle". Samtidig advarer brugerne imod "Tekniske løsninger på etiske problemer". Det handler ikke om informationsteknologi, men om at formidle relevant information: "Det kan godt læres at kommunikere, men måske kan det ikke betale sig for systemet?" Eller som det formuleres af en anden bruger: "Hvis alle udskrevne hospitalspatienter kend-

te deres rettigheder ville socialvæsenet bryde sammen!"

I dette spørgsmål udgår **brugerne** altså fra en utilfredshed med manglende service, **administratorerne** fra kritik af uklare magt- og kompetenceforhold, mens **de sundhedsprofessionelle** problematiserer arbejdets tilrettelæggelse.

Men de umiddelbare løsninger finder alle grupperne i forskellige ændringer i kommunikationsforholdene i sundhedsvæsenet.

Ændringer i kommunikationsforholdene

Diskussionen om udskrivning fra sygehus illustrerer to interessante tendenser:

- Deltagerne på de forskellige værksteder udgår fra forskellige beskrivelser af problemerne, men ender ofte - via fantasifasen - med beslægtede løsningsforslag.
- Mange kritikker og fantasier har ikke umiddelbart noget med formidling af information at gøre, men rummer alligevel væsentlige forudsætninger for vurdering af informationsbehov og kommunikationsproblemer.

Der må et grundigere analysearbejde til, før vi endeligt kan vurdere mulige fordele og ulemper ved anvendelse af informationsteknologi på baggrund af de behov og problemer, fremtidsværkstederne har tematiseret. Disse analyser vil blive fremlagt i forskningsprojektets afslutningsrapport. Men allerede her og nu er det dog muligt at pege på endnu en tendens:

- Informationsteknologi inddrages af deltagerne i værkstederne som ønskelig i forbindelse med forhold, hvor kommunikationen allerede er båret af medier,

f.eks. telefon og journaler. Derimod er der udpræget skepsis i relation til tekniske løsninger på områder, hvor ansigt-til-ansigt kontakt er fremherskende i det nuværende sundhedsvæsen, f.eks. konsultationer og møder.

På **brugerværkstedet** kommer det tydeligst til udtryk i en omfattende diskussion om fødsler, der er "Gjort til sygdom". Hovedkonklusionen er, at "Teknikken godt kan bruges, men den skal bruges fornuftigt". Det er uheldigt, at personalet "Kontrollerer elektronikken før patienten" og f.eks. ved automatisk måling af veer "Tror mindre på mødrenes vurdering af situationen" eller mister jordemoder-fagets traditionelle menneskelige og håndværksmæssige færdigheder.

Brugerne frygter, at "Elektronikken kan blive en sovepude", der "Svækker kommunikationen med personalet" og dermed yderligere uddyber "Kommunikationsbrist mellem behandler og behandlet" og "Manglende non-verbal forståelse". Ganske vist foreslår brugerne konsultationsværelserne nedlagt, men selve mødet mellem professionel og bruger skal bevares, for "En computer kan ikke helbrede!"

Samfundshjælperne:

- Ingen konsultationsværelser (dog tandlægen ok evt. i varevogn)
- Primært udekørende, opsøgende i hjemmene, arbejdspladser, skoler og institutioner.
- Lokalsamfundet informerer, kontakter efter aftale med den berørte bruger
- "Samfundshjælperen" visiterer behandlere til opgaven.

- Risiko: - For finmasket overvågning?
 - For bureaukratisk?
 - Den løftede pegefinger?
 - Registrerings-samkøring?

KAN KUN IMØDEGÅS VED BRUGERAKTIVITETER!

Citat fra utopi A

Også **det øvrige sundhedspersonale** fastholder, at "Verbal kontakt er nødvendig - selvom den smutter hver anden gang". De lokale sundhedshuse må derfor ikke blive højteknologiske "mini-hospitaler". Skal der indføres informationsteknologi så hellere bilradio og video end upersonlige computere. Især **hjemmeplejepersonalet** lægger stor vægt på tid og plads til møder både med brugerne og i personalet:

Distriktshuse

- med møderum, kantine og depoter
- hjemmehjælpere møder på skift ½ time før og modtager sygemeldinger samt giver besked videre ud i hjemmene
- morgenmøder for samtlige hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker
- på baggrund af dette mere tid til opsøgende arbejde for tilsynsførende
- fælles frokostpause i distriktshusene for hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker
- opsøgende lægebesøg når hjemmehjælper er til stede

Citat fra utopi G

Det betyder ikke, at **de sundhedsprofessionelle** er tilfredse med mødernes nuværende form og indhold. I kritikfasen tales om "For mange møder - for få resultater", at "Informationer på møder alligevel bliver glemt" og at "Nogle professionelle (læs: lægerne) mangler interesse for møder".

Det er derfor ikke "De store konferencer", "Møder uden tidsbegrænsning" eller "Udvalg", der skal løse hverdagens kommunikationsproblemer. Der efterlyses nye organisationsformer, som kan slå bro over "Tavsheds-barrierer", "Ethiske normer", "Manglende interne kommunikationsnet", der "Vanskeliggør kommunikation udadtil", når "Viden opstår samtidig flere steder, men bliver håndteret forskelligt".

I dag søges kommunikationsproblemerne klarret gennem skriftlige rapporter, men "Journalen er et rodet middel til kommunikation", siger **brugerne**, der i stedet gerne ser de interne notater lagt åbent frem, så "Al viden om sygdom/sundhed (kan komme tilbage) til befolkningen".

De sundhedsprofessionelle har intet principielt imod åbne journalsystemer. **Hjemmeplejepersonalet** fremhæver, at det er "Dårligt at dække sig under tavshedspligt i stedet for at formidle sin vurdering" og peger på "Vandrejournaler" (som vi i dag kender i forbindelse med graviditeter) som afløser for "Uoverskuelige journalsystemer" og mange forskellige administrative registreringssystemer.

Værkstedet for **det øvrige sundhedspersonale** går et skridt videre og foreslår et brugerstyret, computerbaseret journalsystem fælles for alle pleje- og behandlergrupper:

Sundhedsjournal (forudsætter edb)

- Problemorienteret, rullende skema
- Indhold: Databaseblad, cpr, adresse, socialt (familieforhold, arbejde, transportvej til arbejde), tilknyttet sundhedspersonale, overordnet mål, delmål for forskellige behandlere, status og plan

- Journalen skal forstås som en informationsmængde som er tilgængelig for alle behandlere + brugeren
- Brugerens ansvar, hvis informationer ikke anføres (kræver brugeruddannelse i sundhed)
- Erstatte ikke behandlernes egne detaljerede journaler

Citat fra utopi J

Denne utopi gav anledning til en heftig debat, bl.a. lægelige advarsler imod udlevering af cpr-numre, om alternative behandlere skulle med og hvad en professionel skulle gøre, hvis vedkommende ikke ville have sin vurdering stående.

De fleste mente dog, at netop her var et område, hvor informationsteknologi kunne være af værdi, så brugeren ikke længere blev brugt som "Budstikke" og "Problemer, der opstår når vurderinger skal over sektorgrænser" kan minimeres. Computeren kunne f.eks. erstatte "Telefonkontakter, der ikke noteres ned".

Hjemmepleje-værkstedet ønsker kun computeren brugt lokalt. Den skal stå på kontoret og anvendes til interne meddelelser. Her lægges desuden vægt på klare regler for opdatering og sletning af data, bl.a. fordi sundhedsplejerskerne frygter at "Oplysninger fra barndom i databank kan bruges imod een senere hen i livet".

Administratorene går ind for muligheden af integrerede edb-løsninger, der "Fjerner undskyldning om manglende information mellem instanserne". Især hvis det bliver "Et åbent journalsystem, så man bliver nødt til at skrive så enhver kan forstå det", og derved "Tager sagsgrundlaget væk fra frokostpressen, hvis folk 'kan' deres historie, så den ikke bliver en sensation".

De efterfølgende fire kapitler refererer mere detaljeret forløbet af de fire værksteder - herunder deltageres konkrete vurderinger af kommunikationsformer og informationsteknologi. Her skal vi indskrænke os til at trække to yderpunkter op i teknik-debatten:

I det store og hele ser **administratorerne** mere positivt på den ny teknik end de øvrige: "Informationsteknologi kan decentralisere knowhow og magt, fordi ledelsen, stadig kan overse det hele ved hjælp af teknikken", "EDB kan bruges til produktkontrol" og "Monitring". Det giver "Mere tid til det rigtige sociale arbejde" og mulighed for at tage konkurrencen op med sygehussektoren, fordi den primære sundhedssektor kan holde døgnåbent ved hjælp af ny informationsteknologi.

På den modsatte fløj står **brugernes værksted**, der tematiserer "Ambivalensen mellem græsrodde og computere" og advarer imod "Teknisk fix". Lad os slutte denne sammenfatning med et citat fra et af brugernes fantasiprojekter, hvor der med fed tusch stod disse manende ord:

DE ÆLDRES RÅD TIL DE UNGE:

Lad jer ikke røvrende yderligere af
elektronik

Men sæt i stedet mennesket i centrum!

Citat fra utopi C

3. Brugernes fremtidsværksted

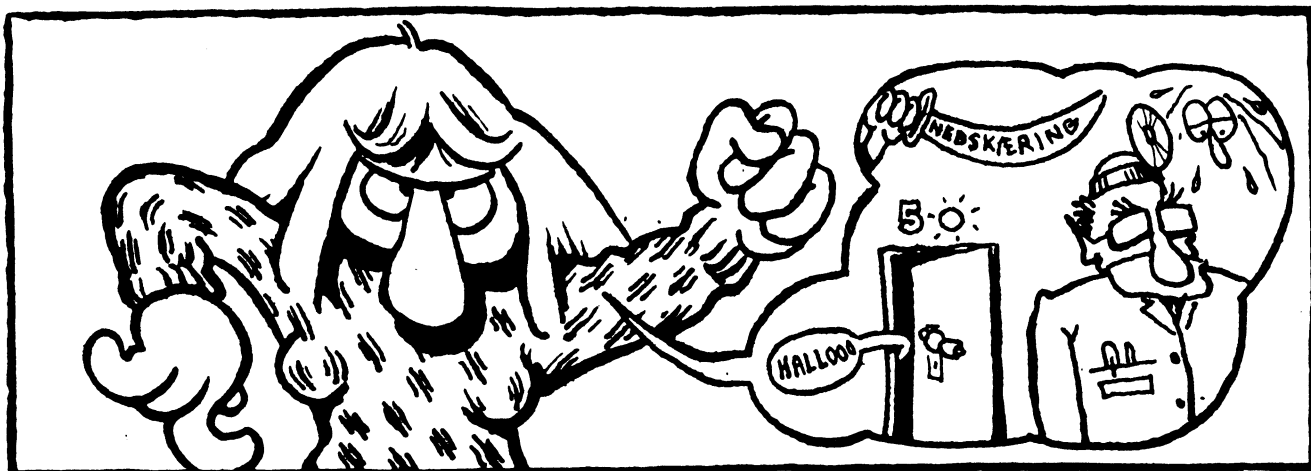
Deltagerne på værkstedet er 17 brugere af sundhedsvæsenet: 7 mænd og 10 kvinder fordelt aldersmæssigt med 4 lige under 30, 4 midt i 30'erne, 2 omkring 40, 2 i 50'erne, 2 i 60'erne og 3 i 70'erne.

Deltagerne er udvalgt fra telefonbogen ved lodtrækning. Dog har vi - på grundlag af analyser af tilmeldinger og frafald - sikret, at storforbrugerne af hjemmeplejeydelser (pensionister og børnefamilier) er rimeligt repræsenteret. Vi har således inviteret en invalidepensionist og fået den lokale afdeling af Foreningen Forældre og Fødsel til at sende repræsentanter for forældre med spædbørn. Desuden har vi i sidste øjeblik suppleret med 2 mandlige deltagere, idet vi gerne så en nogenlunde ligelig kønsfordeling.

Den erhvervsmæssige fordeling er: 4 pensionister (forhenværende butiksmedhjælper, sygeplejerske, direktør og hus- og arbejdsmand), gymnasielærer, ingeniør, folkeskolelærer, 2 socialpædagoger, socialrådgiver, bankassistent, laborant, landmand, sygehjælper, 2 sygeplejersker, sygeplejeelev.

Erhvervsmæssigt er sundhedssektoren således rigeligt repræsenteret med 6 personer. Dette skyldes bl.a. at 3 af Forældre og Fødsel-medlemmerne havde sundhedssektorerhverv. De 10 tilstedeværende udvalgt fra telefonbogen er tilmeldt på baggrund af 48 udsendte invitationer. Det vil sige, de må formodes at være særligt interesserede.

Værkstedet indledes med en kort introduktion til forskningsprojektet, og værkstedets forløbet gennemgås i grove træk. Herefter laves et præsentationsforløb, hvor deltagerne 2 og 2 snakker sammen, hvorefter de præsenterer hinanden for resten af gruppen. Der lægges vægt på, at deltagerne fortæller om deres oplevelser med sundhedsvæsenet, for at spore ind på værkstedets emne. Deltagerne lægger selv i runden vægt på familie og fritid.



KRITIKFASEN

Vi præciserer indledningsvis, at indlæggene skal være i stikordsform i den første del af kritikfasen. Efter afstemningen vil der blive mulighed for diskussion af de udvalgte punkter.

Vi laver 3 kritikrunder. Første runde giver alle undtagen én sit besyv med. Anden runde falder fire andre deltagere ud. Tredie runde er spredt, hvorefter vi afbryder til frokost. Kritikpunkterne ser således ud:

1. Patient-tiggerrollen
2. Fremmedgørelse
3. **Symptombehandling**
4. Ingen valgmuligheder
5. Lægerne tror ikke på hinanden
6. Autoritære systemer
7. For mange forskellige professionelle
8. **Mangelfuld efterbehandling**
9. **Kommunikationsbrist mellem behandler og behandlet**
10. **Manglende non-verbal forståelse**
11. **Manglende videregivelse af erfaringer mellem de professionelle**
12. System-solidaritet frem for patient-solidaritet
13. Lægerne er ikke meget for at køre ud
14. For dårlig lægevagtordning
15. Læger har dårligt menneske-kendskab
16. Mekanisering og tingsliggørelse af patienten
17. Ikke plads til individualisme
18. Dårlige normeringer
19. Tidsbestillings-problemer
20. Stresset personale
21. Socialt smadret netværk
22. Ekspeditionskontor
23. Lægeuddannelsen er ikke tidsvarende
24. Manglende efteruddannelse af de praktiserende læger
25. Manglende dygtighed i sundhedspersonalet generelt
26. Prak. læger vil have patienten selv til at stille diagnosen
27. Mistro til alternative behandlere
28. Lægers mistro til kiropraktorer
29. **For lidt opsøgende og forebyggende arbejde**
30. **Den naturlige fødsel gjort til sygdom**
31. Mistro til patienten

32. Mangel på flexibel kontakt til sundhedsplejersken
33. **Mangel på forståelse for patientens økonomiske problemer under langtids sygdom**
34. Patienter har for stor ærbødighed
35. For dårligt at der ikke er blodprøvetagning i hjemmet
36. Psykofarmaca i stedet for samtale/behandling
37. Mistro til ikke-dansk-anerkendte medikamenter
38. Manglende muligheder for midlertidige hjælpemidler
39. Manglende målsætning i sundhedsvæsenet
40. For dårligt at alderdomshjem nedlægges
41. For dårligt at man end ikke får en undskyldning efter forkert behandling
42. Lægelig vejledning om medikamenter i stedet for reklametryksager

Deltagerne, som stadig sidder inde med kritikpunkter, opfordres til at skrive dem på flip-over i frokostpausen. 13 nye kritikpunkter føjes således til:

43. For snævre åbningstider på hospitalernes ambulatorier og laboratorier samt hos alm. læger og speciallæger
44. Manglende oplysning om medikamenters virkning og bivirkning
45. Ingen uddannelse af hjemmehjælpere inden de starter
46. Forskellig råd og vejledning fra de forskellige læger man møder
47. Dårlige lyttereigenschaften
48. Manglende social kendskab/forståelse hos sundhedspersonalet
49. Ingen opsøgende arbejde i sundhedsvæsenet
50. Amtspolitikere/administratorer tænker kun på at spare

51. Udskrivning af barselspatienter efter kun 3 dage p.g.a. økonomi
52. Opfølgning af behandling mangler
53. Misforhold mellem "professionel" behandling og "alternativ" behandling (avisernes bagsidetilbud)
54. Tandpleje skal være gratis
55. Nyttankning kun hvis det gi'r besparelse

KRITIKTEMATISERINGEN

Eftermiddagen starter med at deltagerne spontant begynder at diskutere hvordan temakredsene skal dannes. En af deltagerne mener at der er en niveaudeling i kritikpunkterne: nogle er konkrete, hvorimod andre er mere overordnede. Vi argumenterer for at et sådant forsøg på niveaudeling opgives, idet det, efter vores mening, vil kunne blive opfattet som manipulering. Vi foreslår, at der afholdes en afstemning, hvorefter diskussionen tages op med udgangspunkt i de kritikpunkter, der har fået flest stemmer.

Afstemningen foregår skriftligt. Hver deltager får 7 stemmer at fordele. Princippet er, at deltagerne kan placere sine points fuldstændigt frit, d.v.s. at et punkt kan få alle 7, eller points kan fordeles på flere forskellige kritikpunkter - vurderet ud fra hvor vigtigt den enkelte deltager finder det pågældende emne. Afstemningsresultatet bliver:

- Manglende videregivelse af erfaringer mellem de professionelle. (18 stemmer)
- For lidt opsøgende og forebyggende arbejde (12 stemmer)
- Mangelfuld efterbehandling (6 stemmer)

- **Manglende non-verbal forståelse** (6 stemmer)
- **Symptombehandling** (5 stemmer)
- **Kommunikationsbrist mellem behandler og behandlet** (5 stemmer)
- **Den naturlige fødsel gjort til sygdom** (5 stemmer)
- **Manglende forståelse for patienters økonomiske situation under langtidssygdom** (5 stemmer)

Diskussionen fortsætter herefter punkt for punkt i den prioriterede rækkefølge, hvor det andet punkt dog allerede er blevet diskuteret under stemmeoptællingen.

Manglende forebyggelse

Imens stemmerne tælles op starter deltagerne selv en livlig diskussion om punkt 29 "For lidt opsøgende og forebyggende arbejde". Det beklages, at brugerne har meget svært ved at trænge igennem med krav og ønsker, og at der stadigvæk ikke er oprettet forebyggelsesråd i amtet og kommunerne.

Der diskuteres, hvordan andre sektors problemer, f.eks. arbejdsmiljøskader, forureningsproblemer, skal løses i sundhedssektoren. Denne sektoropdeling er medvirkende til at forebyggelse gøres vanskeligt. Et andet problem er institutionaliseringen, der ofte gør det vanskeligt at løse problemer af mere tværgående karakter.

Diskussionen kædes også sammen med punkt 48 og 49 "Manglende socialt kendskab/forståelse hos sundhedspersonalet" og "Ingen opsøgende arbejde i sundhedsvæsenet", som måske kan være delårsager til den manglende forebyggelse.

Kommunikation mellem behandlerne

Diskussionen af kritikpunkt ll "Manglende videregivelse af erfaringer mellem de professionelle" tager udgangspunkt i denne konkrete hændelse: En af deltagerne havde for år tilbage et udslet, som hendes læge diagnostiserede som ringorm. Efter flere behandlinger, bl.a. med binyrebark, forsvandt udslettet, men senere kom det igen et andet sted på kroppen. Herefter søgte hun ny læge, der tog en prøve af huden og konstaterede sukkersyge. Det løste problemet. Men får den første læge besked om fejldiagnosen? Nej! Taler lægerne sammen om den slags? Er det patienterne, der selv bør gøre opmærksomme på den slags erfaringer?

På den baggrund kører en livlig debat med mange udfald imod sundhedspersonalet: "Studietidens længde er analog med tabet af sund fornuft", "Det er ikke viden, men magt der tæller", "Medicinalindustrien gør det også svært", "Kunne en dyr ansvarsforsikring og retssager som i USA hjælpe?"

Brugerne klandrer også sig selv for ikke selv at gå "Op på barrikaderne". Ingen forbruger finder sig i en dårlig radiomekaniker, hvorfor så egentlig finde sig i en læge, der ikke fungerer som forventet?

Brugerne kommer også ind på spørgsmålet om "At journalen er et rodet middel til kommunikation". Det afstedkommer en del kommentarer om muligheden for at styrke udvekslingen af erfaringer mellem de professionelle ad teknisk vej. De fleste deltagere holder dog på, at den informationsteknologiske journal "Nok bliver akkurat lige så rodet" og at "Lægerne må tænke som brugere før de får computere".

Manglende efterbehandling

Kritikpunkt 8 ("Mangelfuld efterbehandling") kædes sammen med 33, 52, 48 og 21 "Manglende forståelse for patienters økonomiske problemer under langtidssygdom", "Opfølgning af behandling mangler", "Manglende social kendskab/forståelse hos sundhedspersonalet" og "Socialt smadret netværk".

Det er ikke nok at folk indlægges og 'repareres' for dernæst ved udskrivningen at skulle fungere optimalt. Der gives eksempler fra bl.a. psykiatrien, hvor efterbehandlingen og opfølgningen er særdeles dårlig og medfører, at familien belastes i uacceptabel grad. Private foreninger som f.eks. Galebevægelsen, Colostomipatientforeningen, Forældre og Fødsel og andre private organisationer bliver derfor nødt til at gå ind på de områder, systemet forsømmer.

Det kritiseres, at brugerne ofte bliver kastebold mellem forskellige dele af systemet. F.eks. mellem amter og kommuner, som hver især mener, det er "Den anden", der skal løse problemet.

Systemet "lytter" ikke

Kritikpunkt 9 og 10 ("Kommunikationsbrist mellem behandler og behandlet", "Manglende non-verbal forståelse") omformuleres af deltagerne til: "Sundhedssystemet er for dårligt til at lytte og forstå brugernes behov". Især lægerne opfattes som for dårligt rustede til at forstå den menneskelige psykologi og til almindelig kommunikation.

Kritikken rettes osse mod brugerne selv: "Vi er for dårlige til at forholde os til egne og andres kriser", og vi ved for lidt om psykologi og kommunikation.

Brugerne giver også hinanden kontante råd, der kan mildne problemerne her og nu: "Vælg en ny læge, der ikke bruger kittel" og "Gå aldrig alene til læge". Desuden efterlyses en "Signal-oversætter", der kan klare misforståelserne mellem behandler og behandlet.

Her er det uheldigt, at brugerne altid møder sundhedspersonalet i negative situationer. Ville det ikke være herligt, hvis man bare kunne lægge vejen omkring Montebello og sige "Hej med dig!" til overlægen en dag man havde det helt fint?

Find årsagerne til sygdom

Efter kaffepausen tages udgangspunkt i kritikpunkt 3 ("Symptombehandling") som laves om til: "Manglende indsigt i sociale og psykiske årsager til symptomer". Kritikken rettes her både mod systemet og mod brugerne selv, som er med til at fastholde symptombehandling ved f.eks. at stille krav til lægen om at "Der må da kunne gøres noget" - "Gi' mig en recept" - "En henvisning" osv.

Lægerne kritiseres for at opfatte patienten som et apparat med en fejl, der blot skal findes og evt. udskiftes eller repareres ("Årsagerne bliver ikke fundet"). Sundhedspersonalet tager sig ikke tid nok til problemerne, og derfor tyr de til "Tekniske fix".

Fødsel gøres til sygdom

Til slut giver kritikpunkt 30: "Den naturlige fødsel gjort til sygdom" anledning til en lang og meget engageret debat. Diskussionen bærer præg af at være inden for et kendt område, og stort set alle deltagere kommer på banen.

Systemet kritiseres for at indsætte "Dødsberedskab": al den teknik som stilles på benene ligner et akut beredskab på en intensivafdeling. På den måde gøres fødekvinde over en kam til "Risikogruppe indtil det modsatte er bevist" - en fødsel er ikke naturlig før den er overstået og "Det værste er, at befolkningen er blevet overbevist om det i løbet af 20 år".

De professionelle anklages for at "Kontrollere elektronikken før patienten". Jordemødrene burde have kæmpet mere for træstetoskopet, idet maskinparken "Svækker kommunikationen med personalet". De - hovedsageligt mandlige - læger kritiseres for at tilrane sig et område, som de sjældent har førstehåndskendskab til, fordi de ikke selv har født og selv er angste for den smerteoplevelse, der følger med en fødsel.

Afslutningsvis konkluderes, at "Brugerne har for stor ærbødighed - altså stor teknologirespekt" og at "Teknikken godt kan bruges, men den skal bruges fornuftigt".

OVERGANGEN TIL FANTASIFASEN

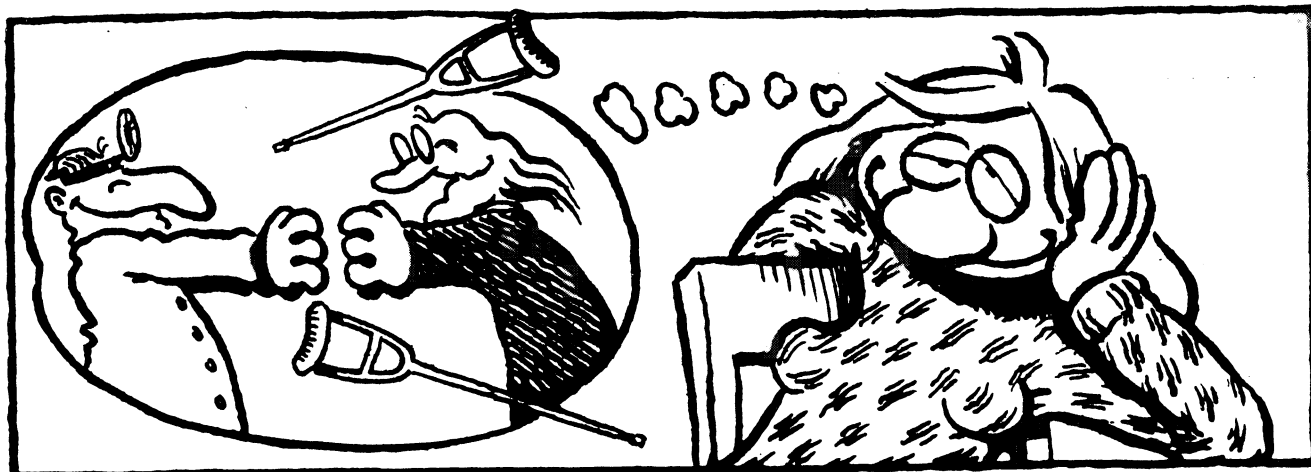
Efter disse uddybende diskussioner, hvorunder kritiktemaerne er blevet dannet, hænges alle flip-overne op, og folk går rundt og kigger på dem. Herefter foretages en skriftlig afstemning om, hvilke temaer der skal arbejdes videre med i fantasifasen. Der gives 5 points til hver deltager, som kan fordele dem på 1-5 temaer. De to temaer med færrest points udgår. I prioriteret rækkefølge bliver resultatet som følger:

- **For lidt forebyggende og opsøgende arbejde** (17 stemmer)

- **Mangelfuld efterbehandling** (10 stemmer)
- **Manglende indsigt i sociale og psykiske årsager til symptomer** (9 stemmer)
- **Sundhedssystemet er for dårligt til at lytte og forstå brugernes behov** (7 stemmer)

Det interessante ved denne afstemning er, at de to temaer der var mest diskuteret, nemlig temaet om fødsel og temaet om erfaringsformidling mellem professionerne, udgår. Grunden kan være at begge punkter måske synes at være uddebatteret, fordi kritikdiskussionerne har været så omfattende.

Gruppedannelsen til fantasifasen (som indledes med en gætteleg for at "løsne sindene", hvilket afstedkommer stor morskab) foregår ved håndsoprækning - ud fra devisen at deltagerne skal vælge efter interesse. Ved gruppedannelsen viser det sig, at kun to deltagere ønsker at arbejde videre med temaet "Sundhedssystemet er for dårligt til at lytte til og forstå brugernes behov", hvorfor temaet udgår. Temaet "For lidt opsøgende og forebyggende arbejde" får til gengæld rigelig tilstrømning og deler sig i to grupper, hvoraf den ene interessant nok bliver en ren mandegruppe.



FANTASIFASEN.

1. del af fantasifasen foregår i små grupper på 4-5 brugere i hver af hjørnerne af lokalet. Alle grupper arbejder med flip-over og tuschpen som redskaber. Den sidste tid inden aftensmåltidet bruger grupperne til at diskutere sig ind på problemstillingen, således at deltagerne er enige om, hvad der skal arbejdes med. Kritiktemaet kan herefter "vendes om" (positiveres) til et fremadrettet positivt formuleret mål, som fantasien kan blomstre op omkring. Der hersker stor aktivitet og diskussionslyst i grupperne.

Efter aftensmåltidet er det for flere gruppers vedkommende svært at mobilisere energien. I en af grupperne falder en pensionist fra og tager hjem på grund af udmattelse ("De unge arbejder for hurtigt").

I en anden gruppe opstår der stor uenighed: pensionisterne anklager de yngre i gruppen for "krævementalitet" og "teknologioptimisme" under en lang og ophedet debat. Denne gruppe formår næste morgenstund meget smukt at få afrundet konflikten, så alle er med til at udarbejde fantasiproduktet og fremlægge konflikten for resten af deltagerne.

Et solidarisk støttende, ikke-snagende
socialt netværk

Under denne målsætning arbejder den ene af fantasigrupperne med kritiktemaet "For lidt opsøgende og forebyggende arbejde".

Gruppens første stikord handler om at blande befolkningerne i by og på land for at give mulighed for større gensidig åbenhed og tryghed. Der skal ske en bevidstgørelse, så folk kan overvinde angsten for at dumme sig og dermed gå aktivt ind i en brugerbevægelse. Fantasiproduktet tager herefter afsæt i ideen om et sundhedscenter hvor læger, tandlæger, sundheds- og hjemmesygeplejersker, hjemme-hjælpere o.s.v. skal arbejde.

Ideen er at nedbryde institutionerne og sende såvel social- som sundhedsarbejderne ud i lokalsamfundet. De skal arbejde i forhold til det eksisterende foreningsliv (lige fra spejderbevægelse til grundejerforening), idet aktiviteterne skal foregå i det sociale netværk, hvor brugerne er. De skal også arbejde i aktivitetscentre, på arbejdspladser, i skolen og på institutionerne.

Til hver 1000 personer hører et team af såkaldte "Samfundshjælpere" bestående af de kendte faggrupper i social- og sundhedsforvaltningen samt præst, psykolog, bedriftsundhedstjeneste-personale og lokal politi. Fem sundhedsteam hører til i et område og driver sammen en klinik/lægehus med skadestue og mulighed for småoperationer. Brugere har gratis transport til klinikken.

Brugere skal selv styre dette "Væsen": Der nedsættes et "Sundhedsråd" bestående af 3 behandlere og 4 brugere (heraf 1 sikkerhedsrepræsentant fra en af de lokale virksomheder). Rådet har kompetence til at åremålsan-

sætte behandlere, lave arbejdsbeskrivelser og forebyggelsesplan og kan sende teamet på "Om-skoling", hvis brugernes behov tilsidesættes. Skoler og daginstitutioners indsats tænkes styrket ved at der tilføres 20% flere res-sourcer øremærket til sygdomsforebyggende foranstaltninger. (se citat side 22)

"Samfundshjælperne" skal ikke have egentlig konsultationsrum, men primært være udekørende og opsøgende. "Samfundshjælperne" kan visitere til diverse behandlende funktioner. Lægehuset opfattes som kommunikationscenter, hvor f.eks. bilradioer, edb og lignende er til rådighed. (se citat side 36)

I fantasiproduktet advares imod en for finmasket overvågning, mod løftet pegefinger, faren for registersamkøringer og bureaukratisering. Disse farer skal imødegås ved brugeraktivitet.

Al viden om sygdom/sundhed til befolkningen

En anden gruppe, der ligeledes tager afsæt i kritikken af den manglende forebyggelse og for lidt opsøgende arbejde i sundhedsvæsenet, bygger sin utopi op om en kampagne ("Viden giver handling"), som skal skabe fælles bevidsthed og mobilisering.

Herefter folder utopien sig ud i etableringen af lokalcentre og mange forskellige sundhedsarbejdere. Her skal bl.a. være undervisning i sundhedspædagogik i bred forstand med vægt på sociale sammenhænge (Familie/samfund, individ/gruppe, krop/sjæl etc.).

Gruppen går imidlertid videre i sine krav. Målet må være "Overflødiggørelse af det behandlende sundhedssystem". Derfor kan sundhedsproblemerne ikke overlades til professionelle væsener: "Livet har et andet indhold

end arbejde!" og utopien kan kun gennemføres ved "Politisk handling", der skal medføre:

-
- produktionen er behovsstyret
 - arbejdet er en lyst
 - arbejde skaber aldrig sygdom
 - glade forældre/børn
 - god alderdom
 - rig fritid

Citat fra utopi B

Vi vil ha' livskvalitet og gode efterbehandlingsmuligheder

Denne målsætning er positiveringen af kritikken "Mangelfuld efterbehandling".

Forud for denne formulering er der gået intense gruppediskussioner, bl.a. om det rimelige i betalte rekreationsrejser på luksus-hoteller under sydens sol og mulighederne for at styrke egenomsorgen gennem undervisning i psykologi helt fra folkeskolen, gensidig hjælp til at behandle dødsangst m.v.

Gruppen beslutter imidlertid at konkretisere arbejdet til spørgsmålet om hjemkomst fra hospital. På dette felt skal der være muligheder for at starte hverdagslivet langsomt op med tryghed i ansættelsen og tilbud fra primærkommunen om socialt stærkt netværk. En sygeplejerske fra hospitalet og/eller en tryghedsperson, som patienten selv har valgt, skal følge med igennem hele processen fra hjemmet til sygehuset, via ambulatorierne og tilbage til hjemmet.

Ved udskrivelse fra sygehus tilbydes som led i efterbehandling et kursus i opbyggelse af selvrespekt efter sygdom. Et ikke sygdomsfikseret kursus som skal give psykisk støtte. Der skal undervises i økonomisk rådgivning,

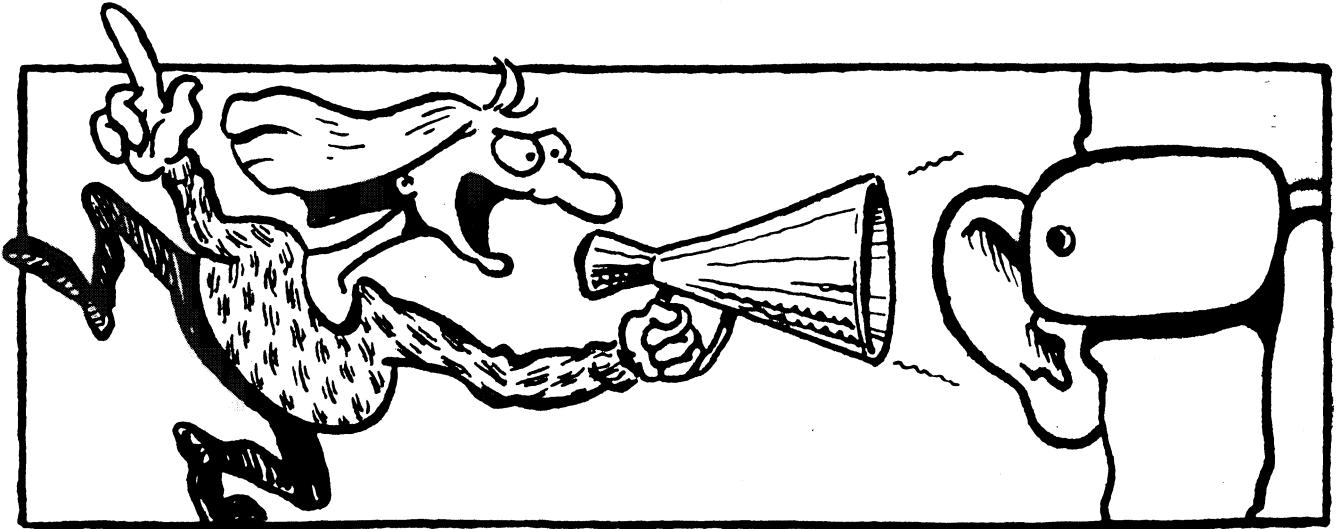
fysisk genoptræning, uddannelsesinitiativ, ægteskabs/familierådgivning. Kursuslederne skal være "professionelle kvalitetspersoner med stort kontaktnet". (Se citat side 33)

Sundhedsvæsenet har fuldstændig indsigt i de sociale og psykiske årsager til symptomer

Den sidste gruppes fantasiprodukt tager udgangspunkt i kritiktemaet, der handler om manglende indsigt i sociale og psykiske årsager til symptomer.

Dette vil gruppen afhjælpe ved at sundhedspersonalets uddannelser ændres: Der bliver lige adgang uanset social og økonomisk status. Til adgangskriteriet knyttes desuden krav om, at alle har erhvervserfaring udenfor sundhedsvæsenet, f.eks. fra landbrug, fabrik, kontor eller transport. Og derudover minimum $\frac{1}{2}$ års obligatorisk arbejde under uddannelsen som hjemmehjælper, hjemmesygeplejerske eller sundhedsplejerske i primær sundhedstjeneste. Der skal i uddannelsen lægges stor vægt på undervisning i praktisk kommunikation og formidling af sundhedsstof, jvf. citat side 30.

Samtidig med sundhedsuddannelsernes ændring skal der laves et sundhedscenter for hver 1000 indbyggere. Centeret skal være et sted, hvor man udveksler erfaringer, bl.a. på café med sund mad ("Fællesspisning med oplæring i fremskaffelse af sunde produkter og tilberedning af disse"), forebyggelse af erhvervsbetingede sygdomme. Sundhedscenteret skal have forsamlingshusfunktioner og kunne fungere som "Bedstemorserstatning". Der skal være sundhedspersonale ansat i centeret (også de alternative behandlere). Der skal ligeledes være motionscenter med svømmehal, afspænding o.m.m.m.



VIRKELIGGØRELSEFASEN

Smågrupperne starter med at fremlægge deres fantasiprodukter for hele værkstedet. Der er en meget livlig stemning, og i løbet af fremlæggelsen har værkstedsdeltagerne besluttet selv at køre værkstedet videre: I stedet for afstemning om hvilket fantasiprodukt, der er mest spændende at gå ud fra i virkeliggørelsesfasen, beslutter deltagerne, at alle fantasiprodukter supplerer hinanden og kan knyttes sammen i en virkeliggørelse af et fælles tema om det sociale netværk.

Under en målsætningsdebat, som opsummerer, at brugerne vil forandring, brugerindflydelse, bevidsthedsændring, undgå partipolitisk indblanding og sætte bevægelse igang, opstår ideen om at værkstedsdeltagerne selv kunne starte en græsrodsbevægelse.

Kritik af bruger-organisationerne

Deltagerne tager selv initiativet til en ny kritikfase, hvor emnet bliver: "Hvad er der galt med de eksisterende bevægelser og bruger-organiseringer på sundhedsområdet?" Det giver følgende liste over kritikpunkter:

1. For få aktive
2. For specifikke
3. Ved for lidt om kommunikation
4. Manglende handling
5. For lidt udfarende
6. For lidt politisk truende
7. For dårlige til at oplyse om sig selv
8. Venstreorienteret ry/image
9. Jo finere PR - jo mindre gavn gør de
10. Lidt frelste
11. Møder massiv modstand
12. Konkurrence-prægede
13. Lidt centralistiske
14. Navlebeskuende
15. Storbycentrerede
16. Manglende tryghed og åbenhed
17. For lidt samarbejdende
18. Overlæge-besatte
19. Skyklapper på og sekteriske
20. Manglende struktur og ledelse
21. For løse i fugerne/anarkistiske
22. Mistænkeliggør hinanden - både organisationerne imellem og internt
23. For mange møder
24. Almisse-princippet (indsamlinger og lotterier)
25. For traditionelle
26. Ensidigt udvalg af deltagere
27. For akademiske
28. Ikke sjove nok

Virkeliggørelsesfasen fortsætter efter denne kritikrunde med, at deltagerne spørger sig selv og hinanden, om det er muligt at starte en sundhedsgræsrodsbevægelse. Der laves gruppearbejde om følgende punkter:

- Grundlag for bevægelsen i morgen
- Mål for bevægelsen år 2019
- Arbejdsmetoder

Den nye Sundhedsbevægelse

Gruppernes forslag til handlingsplaner er mangfoldige, lige fra , med udgangspunkt i eget amt, at arbejde med de muligheder, der ligger i lov om frikommuneforsøg, til kampagner á la "Tupperware salgsmodellen", hvor private personer inviterer venner og bekendte over til et reklamefremstød og salg af 'varen'. Der kom også forslag til en bus, der kunne køre rundt med bevægelsens materialer og budskaber til kommuner, arbejdspladser skoler o.l.

På det afsluttende plenum er der almindelig enighed om at starte lokalt med basisgrupper og aktivitetsgrupper i en flad struktur. Når aktiviteten spreder sig kan der opstå et landsnetværk som holder møder hvor principgrundlaget frembringes ved hjælp af fremtidsværkstedsmetoden. Den enkelte lokalgruppe er dog suveræn sålænge den holder sig indenfor principgrundlaget.

Deltagerne enes om, at det er vigtigt at forhindre parti-politisering af projektet, altså for alt i verden holde bevægelsen fri for knytning til bestemte politiske partier. Det skal desuden være en bevægelse med fest og farver. Den skal frembringe analyser af det eksisterende sundhedsvæsen, sådan at der kan tages kvalificerede beslutninger om, hvad der kan bruges og hvad der ikke kan.

Deltagerne blev desuden enige om at pålægge forskerne, at indkalde samtlige 4 fremtidsværksteder til et nyt seminar i foråret 86. Desuden nedsattes en initiativgruppe bl.a. med følgende slogans.

SKAB BEDRE LIV MED ALTERNATIV

og

SÆT BEVÆGELSE I SUNDHEDEN

EVALUERING AF VÆRKSTEDET.

Deltagerne: Der var problemer med at forstå det udsendte materiale til værkstedet. For mange svære ord som forskning, informations-teknologi, kommunikation etc. Brevet skulle have været formuleret mindre akademisk.

Selve værkstedet var arbejdsmæssigt alt for hårdt for pensionisterne, som dog klarede at afvikle de konflikter, som opstod på grund af trætheden.

Nogle af deltagerne syntes ikke der var blevet snakket nok om computere og ny teknologi.

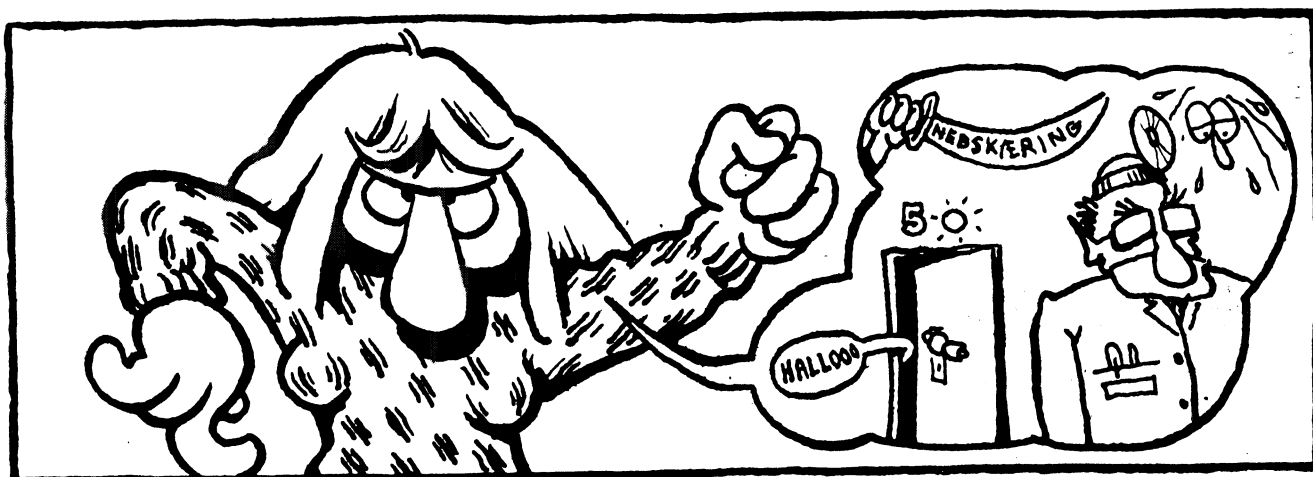
Vores vurdering: En utrolig dynamisk og levende gruppe at arbejde i, allerede fra begyndelsen af værkstedet. Meget initiativtagende og i høj grad selvstyrende.

4. Fremtidsværksted for hjemmeplejepersonalet

I værkstedet deltog 10 hjemmehjælpere, 6 hjemmesygeplejersker, 4 sundhedsplejersker og 1 hjemmehjælpsleder fra to primærkommuner i Frederiksborg amt. Den aldersmæssige fordeling lå med hovedvægten omkring 35-40 år, men med deltagere fra 25 til 55. Mange deltagere har arbejdet 5-10 år i deres nuværende arbejdsfunktion. Alle er kvinder.

Udvælgelsen af deltagerne er foregået på personalemøder i de enkelte grupper eller via tillidskvinderne. Ingen er udpeget af ledelsen.

Som optakt til præsentationen beder vi folk om at sætte sig ved siden af en person, de ikke kender, idet mange af de tilstedeværende tydeligvis kender hinanden meget godt. I præsentationsforløbet, hvor deltagerne præsenterer hinanden 2 og 2, snakkes om arbejde, brugere (klienter, patienter), familie og fritidsinteresser.



KRITIKFASEN

Fasen indledes med en kort introduktion til dagens tema: "Kommunikation i sundhedsvæsenet". Derefter føres deltagerne ind i fremtidsværkstedets virkemidler og de tidsrammer, vi har tænkt at udføre det under.

I den første kritikrunde melder 3 deltagere pas. I næste runde deltager alle. Herefter gives ordet frit.

Listen over kritikpunkter ser herefter således ud:

-
1. Vanskeligt at få fat på folk
 2. Ansættelsen af hjemmehjælp
 3. **For vanskeligt at realisere gode ideer i tungt apparat**
 4. Uoverskueligt journalsystem
 5. Urimeligt at bruge fritid på rapportering
 6. **Mangel på respekt for vores arbejde**
 7. For lang tid førend hjælpemidler kommer ud
 8. Vild forvirret start på dagen, telefonkaos
 9. Afbrudt arbejde
 10. For mange møder - for få resultater
 11. **For dårlig/lidt kommunikation mellem hjemmehjælpere/alle? og lægerne**
 12. Manglende viden/interesse for samarbejdsudvalg

13. Svært at få arbejdsro i åbent kontormiljø
14. Svært at forstå sygehus sygeplejerskernes vurdering af pt's behov + sygeplejerskerne imellem
15. Dårlig tidsanvendelse at løbe rundt efter sin stol
16. Stift system med køer på pensionistkontoret
17. Dårlig apotekservice for meget tid at vente
18. For kort tid at arbejde 1 time - må afvise kommunikation p.g.a. tidspres
19. For lidt tid til at komme ud af hjemmet
20. For få afløsere
21. **Generel mangel på forståelse/respekt for hinandens arbejde. Mellem alle grupper i systemet.**
22. For mange møder manglende tilbagemeldinger (bistandsafd./læger)
23. Lægerne er aldrig opsøgende
24. 'Sygehusene' er for lidt opsøgende
25. Manglende brugerindflydelse på f.eks. antallet af besøg af sundhedsplejerske, hvis man ikke er speciel
26. **Manglende tilbagemelding når pt. har været til undersøgelser eller behandling**
27. Dårlig kommunikation fra depot
28. Svært at få kontakt til lægerne (praksis)
29. Umuligt at få akut fat i den 'rigtige' sygeplejerske
30. Dårligt at der er mellemed til lægen, f.eks. sekretæren
31. For sen information omkring kritisk syge fra sygehus og praksislægen
32. Manglende tid
33. Manglende forståelse fra brugerside for hvordan hjemmehjælperne bruges mest fornuftigt
34. Dårlig kommunikation internt mellem hjemmehjælperne

35. Dårligt at dække sig under tavshedspligt i stedet for at formidle sin vurdering
 36. **Manglende/dårlige samarbejdsrelationer p.g.a. nedskæringsfrustrationer**
 37. Manglende samarbejdsrelationer - marginalisering
 38. **Irriterende at bruger ikke får besked om at der kommer afløser**
 39. For megen tid bruges til kørselsregnskab, statestatik o.l.
 40. Vi mangler en person til omsorg for os der bruger os selv som et vigtigt arbejdsredskab
 41. Dobbelt lønadministrationsrapportering i fritiden
 42. Den faste hjemmehjælper glemmer at give besked
 43. For sen information fra praksislægen med hensyn til potentielle brugere
 44. **Liden forståelse for arbejdsforholdene fra lægernes side**
-

KRITIKTEMATISERING

Hver deltager får 7 point, som frit kan fordeles på de kritikpunkter, den enkelte ønsker at prioritere til diskussionen. Afstemningen giver følgende resultat:

- Generel mangel på/forståelse for hinandens arbejde. Mellem alle grupper i systemet (13 points)
- Mangel på respekt for vores arbejde (9 points)
- For lidt/dårlig kommunikation mellem hjemmehjælpere/alle og lægerne (8 points)
- Svært at få arbejdsro i åbent kontormiljø (7 points)

- For vanskeligt at realisere gode ideer i tungt apparat (7 points)
- Manglende tilbagemelding når patienter har været til undersøgelse eller behandling (7 points)
- Liden forståelse for arbejdsforhold fra lægernes side (6 points)
- Manglende/dårlige samarbejdsrelationer på grund af nedskæringsfrustrationer (6 points)
- Irriterende at brugerne ikke får besked om at der kommer afløser (6 points)

Disse kritik-stikord er oplæg til eftermiddagens temadiskussion, som danner grundlaget for fantasifasen.

Manglende kendskab til hinandens arbejde

Under kritikpunktet "Generel mangel på forståelse for hinandens arbejde. Mellem alle grupper i systemet" kommer det frem, at problemet udspringer af, at faggrupperne ikke har et særlig godt kendskab til hinandens arbejde. Ud over det manglende kendskab til hinandens fagområder er der en udpræget hakken nedad i systemet på grund af den hierarkiske organisering af arbejdet.

Under kritikpunktet udfoldes en længere diskussion om modsætningsforholdet mellem "Dem der arbejder på kontoret og dem der arbejder i marken". Det kritiseres, at der ofte er kommunikationsbrist, når informationen skal omkring kontoret.

I forhold til lægerne bemærkes, at "Informationerne bliver glemt, selvom de er formidlet", hvilket opfattes som "Manglende interesse".

Det usynlige arbejde

Kritikpunktet om "Manglende respekt for vores arbejde" ligger i forlængelse af det første kritikpunkt, men opfattes som mere samfundsrettet. Flere taler direkte om nedvurdering af visse grupper arbejde. Her tænkes på hjemmehjælperne, som selv kommer med eksempler på, at de hos visse typer af klienter skal dække kaffebord til sygeplejerskens besøg for selv, under besøget, at indtage kaffen i ensomhed i køkkenet.

Diskussionen drejer over på uddannelsesforskellene ("Hjemmehjælper kan alle blive") og lægerne mangler respekt for hjemmehjælperne. Lægerne skriver ikke engang besked, når de har været på sygebesøg: "Det usynlige arbejde giver ikke respekt".

Sygeplejerskerne mener heller ikke, at lægerne tager hensyn til dem. Lægerne henvender sig kun, hvis de skal ordinere et eller andet. Der gives eksempler på, at læger organiserer arbejdet omkring urinprøvetagning sådan, at sygeplejersken skal køre 2 gange for at hente specielle urinprøveglad: "En masse ekstraarbejde- og lægehuset tjener penge!".

Bagdøre til systemet

Det næste punkt indledes med endnu en kritik af lægerne: "Hvis man ikke fortæller helt nøjagtigt, kan de ikke finde ud af det". Det betragtes som ugidelighed og suppleres med, at lægerne "Gider ikke lette røven fra stolen".

Grunden til at lægerne kan slippe afsted med det er, at "Vi står ikke fast nok - opfører os som tjenende ånder for lægerne". Derudover er en del af skylden brugernes: "De er

alt for autoritetstro, de fortæller ikke lægerne ordentligt, hvad der er i vejen".

Disse kommentarer afstedkommer en længere diskussion om, hvordan hjemmeplejepersonalet undgår at skabe "Falske" behov" hos brugerne.

Hjemmehjælperne tager bolden op og kommer bl.a. ind på, hvor meget tid de spilder med at udføre forskellige ærinder for brugerne. De står i kø på pensionistkontoret, apoteket, boligkontoret osv. Her kommer de ofte i første omgang kun til at snakke med sekretæren: "Der er altid mellemlid - osse på bistandskontoret".

"Der er for få bagdøre i systemet", som hjemmehjælperne kunne bruge, så tiden hos klienterne ikke bliver brugt til at stå i kø.

Åbent kontormiljø

Kritikpunktet "Svært at få arbejdsro i åbent kontormiljø" udspringer af konkrete problemer i den ene af kommunerne, hvor sygeplejersker og plejeuddelende personale sidder sammen i et såkaldt "Kontorlandskab". Dette opfattes som meget generende, bl.a. på grund af mange telefonafbrydelser, der gør det svært at koncentrere sig.

Problemet vedrører kun den ene af kommunerne, og derfor ebber diskussionen hurtigt ud. Dog bemærker flere, at der er besvær med telefonen: "Det er svært at føre fortrolige samtaler med brugerne" ad den vej, og det er generende i dagligdagen med "gammel teknik", hvor man skal "Trykke ind på en knap i telefonrøret, for at kunne samtale".

Tungt apparat

Det er "For vanskeligt at realisere gode ideer i tungt apparat" lyder kritikken. Man mister gejsten over de lange kommandoveje. Selvkritikkens røst lyder dog også: "Vi skubber selv problemerne opad i systemet" og "Vi er for mange høvdinge".

Sygeplejerskerne opfordres til ikke at glemme hjemmehjælperne, når der skal planlægges. Alle er enige om, at det kunne være en god ting, hvis de forskellige faggrupper mødtes noget oftere. Dette kunne også bruges til at forhindre at oplysninger om fælles brugere gik tabt.

Lyt dog til patienten!

Sygehusene kritiseres for "Manglende tilbagemelding når patienten har været til undersøgelse eller behandling". Det er dog ikke kun sygehusene, men også socialsektoren, der ikke finder det umagen værd at give besked med tilbage.

Mange mener, at dette problem kan løses ved at patienterne bliver bedre oplyste og at der lyttes noget mere til, hvad de meddeler. Der kommer dog indvendinger: "Det er ikke alle der kan fortælle". Til disse patienter kunne en vandrejournale måske være løsningen, men "Hvem skal skrive i den og - hvem er ikke med?".

Den verbale kontakt kan ikke undværes og synes for de fleste at være den foretrukne, selvom de må erkende, at "Den smutter hver anden gang".

Nedskæringer gi'r kommunikationsproblemer

De to næste kritikpunkter "Liden forståelse for arbejdsforhold fra lægerne" og "Manglende/dårlige samarbejdsrelationer på grund af nedskæringsfrustrationer" kommer begge til at handle om de begrænsede ressourcers tyrani.

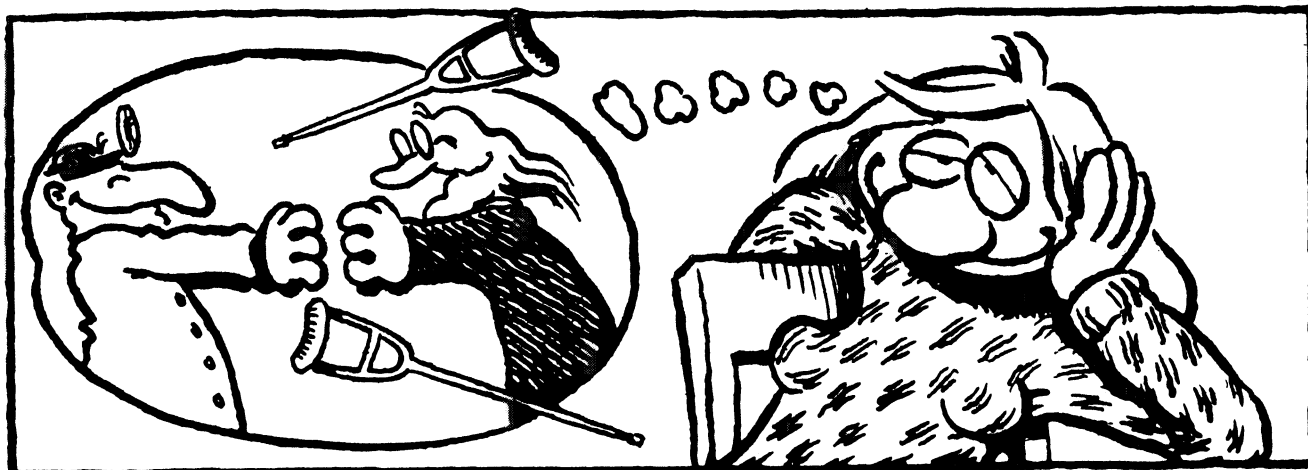
Selvom lægerne indtil nu har indkasseret en del øretæver, understreger især sundhedsplejerskerne, at praksislægerne faktisk også har et behov for kontakt. Men at møderne mellem læger og sundhedsplejersker er blevet skåret, og at socialudvalget har skåret alle graviditetsbesøg.

Flere understreger samtidig, at en række af de forudgående punkter måske dybest set "Handler om penge", der ikke er til stede.

Manglende respekt for brugerne

Det sidste diskussionspunkt er, at det er "Irriterende at brugerne ikke får besked om der kommer afløser". Dette gælder også, når brugerne ikke får besked om at deres hjælp kommer på et andet tidspunkt end vanligt. Det viser manglende respekt for andre mennesker, og det er ofte belastende for pensionisterne at skulle vente: "De bliver meget skuffede".

Slutbemærkningen lyder "Når hjemmehjælpslederen selv bliver pensionist skal hun nok gøre vrøvl", og man enes om at pensionisterne i det hele taget burde være noget mere udadfarende, f.eks. skrive og beklage sig i aviserne.



FANTASIFASEN

I modsætning til de tre andre værksteder forsøger vi på dette værksted at sammenfatte flere kritikpunkter til justerede temaer. Deltagerne får tre point til fordeling på følgende kritiktemaer med udgangspunkt i de forudgående diskussioner. Resultatet bliver:

- A. Vi har for mange høvdinge i sundhedssektoren (9 points)
- B. Vi ved ikke nok om brugernes reelle behov (13 points)
- C. Vi har brug for bedre kommunikation med patienterne f.eks. om afløsning og tidsændringer. Og vi har behov for bedre kontakt mellem hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker (13 points)
- D. Vi savner respekt og respons på vores arbejde (9 points)
- E. Vi har for få bagdøre: for megen ventetid især ved lægerne, apoteket og de sociale kontorer (10 points)
- F. Det er svært at få arbejdsro på kontoret (2 points)
- G. Vi mangler tilbagemelding om undersøgelser og behandling af patienterne (7 points).

P.g.a. manglende tilslutning udgår de sidste fire temaer under den efterfølgende gruppedannelse: Kritiktema C får den største tilslutning og danner udgangspunkt for 2 grupper, der udelukkende består af hjemmehjælpere. Tema B tiltrækker især sundhedsplejersker, og gruppen med tema A som basis rummer repræsentanter for alle tre deltagergrupper.

Fantasifasen indledes med at grupperne opfører et rollespil, som de andre 3 grupper skal gætte hvad forestiller. Denne leg skaber en afslappet stemning, og grupperne arbejder derefter videre med at definere det positive mål, de ønsker at arbejde med i fremstillingen af en utopi. Efter aftensmåltidet fortsætter grupperne til klokken 22.

Morgenen indledes med at grupperne gør deres produkter klar til præsentation for hele gruppen.

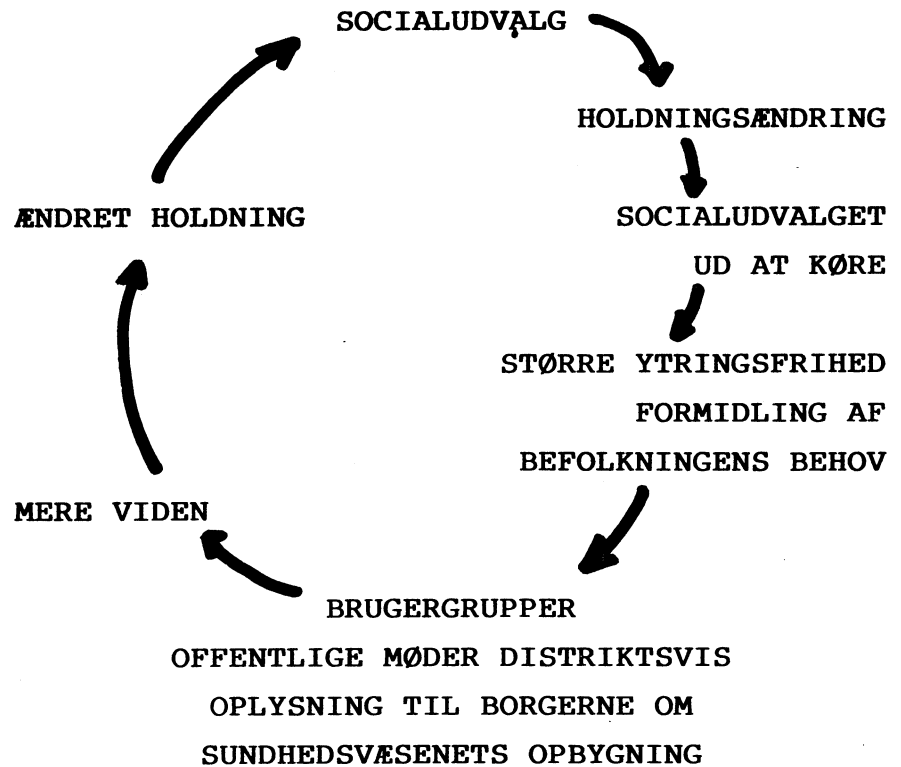
Vi ønsker fleksible beslutningsprocesser i sundhedssektoren

Gruppen vedr. tema A skal afskaffe de "mange høvdinge i sundhedssektoren". Dette mål opfyldes ved at "Der tilvejebringes en større villighed hos beslutningstagerne til at sætte sig ind i grundlaget for beslutningerne". Desuden opbygges større tillid hos de sundhedsprofessionelle.

Konkret skal beslutningstagerne påvirkes ved besøg i hjemmene, og der skal på alle socialudvalgsmøder være repræsentanter fra det udekørende personale.

Kommandovejene skal nedbrydes, og arbejdsorganisationen skal ændres, så beslutninger kan effektueres hurtigere". Desuden skal der være ½ times mødetid dagligt mellem hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere.

Følgende figur blev fremstillet for at skitsere den proces, der skal til for at målet kan opnås:



Socialudvalget skal ændre holdninger. Derfor må de "ud at køre". Desuden skal de ansatte i kommunen have større ytringsfrihed, således at de f.eks. kan samle brugere, der har fælles problemer og skabe brugergrupper. Desuden skal de sundhedsprofessionelle kunne formidle borgernes behov.

Brugergrupperne kan bl.a. mødes distriktsvis og holde offentlige møder, hvor oplysning til borgerne om sundhedsvæsenet i al almindelighed kan formidles.

Dette skal bibringe befolkningen mere viden, som vil medføre ændrede holdninger, som igen vil påvirke socialudvalget: Ringen er sluttet.

Vi vil skabe den bedst mulige
kontakt/kommunikation med brugerne

og

Vi vil sørge for at kontakten mellem
hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker
(læger og offentlige kontorer) fungerer

Disse to overordnede mål går igen hos begge de grupper, der arbejder ud fra kritiktema C om bedre kommunikation med brugerne og mellem faggrupperne indbyrdes.

Den ene gruppe tager udgangspunkt i en forudsætning om, at der er masser af arbejdskraft til rådighed, samt ønsket om at etablere "Distriktshuse" med møderum, kantine, hjælpemiddeldepot m.v.

I disse distriktshuse møder hjemmehjælperne på skift ½ time før om morgenen og planlægger dagens arbejde. De mødes også dagligt med hjemmesygeplejerskerne, og de tilsynsførende hjemmehjælpere laver på baggrund af disse morgenmøder opsøgende arbejde i distriktet. (Se citat side 37)

Der er fælles frokoststue for alle sundhedsprofessionelle i husene, og kommunikationen mellem det udkørende personale klares med ny teknologi. Alle har radioer som kan bringe dem i kontakt med hinanden. Der er en computer på kontoret i distriktshuset til videregivelse af interne meddelelser udarbejdet af de faste hjemmehjælpere f.eks. til week-end afløsere.

Utopien skal øge livsglæden for brugere og personale. Dette tænkes opnået ved at lægerne skal ud på opsøgende arbejde (når hjemmehjælperne er i hjemmet!), at der skal etableres tilstrækkelig med beskyttede boliger med haver i nærhed af byerne, at brugerne skal have

mere hjælp så de får mulighed for at beskæftige sig med det de har lyst til, og at der skal være hjemmehjælp nok til at brugere, der har behov for det, kan få fest- ferie- teater- og koncertledsager.

Den anden af de to grupper, der arbejder med at forbedre kommunikationen med patienterne og internt i personalet, tager udgangspunkt i en fantastisk bil, som alle udkørende skal være udstyret med. Denne bil skal have et lager af hjælpemidler, så brugeren ikke behøver at vente på at få sine behov opfyldt.

Bilen skal desuden bruges til at køre rundt med klienten når der er behov for teaterture, fritidsinteresser o.l.

Bilen skal udstyres med radiotelefon, så man kan kommunikere til alle nødvendige instanser, f.eks. straks få fat i hjemmesygeplejersken, når man har brug for hende.

Udover bilprojektet mener gruppen, at lægerne skal ud på servicebesøg i hjemmene. Dette besøg skal foregå mens hjemmehjælperen er i hjemmet. Der skal også være tid til ugentlige møder med hjemmesygeplejersken.

Desuden mener gruppen, at der selvfølgelig skal gives en ordentlig løn for arbejdet, og at der er hjemmehjælper nok til afløsning under ferie og sygdom. Det er selvfølgelig hjemmehjælperen selv, der ude i hjemmet vurderer klientens behov for hjemmehjælp.

**Vi vil skabe forudsætninger for
at brugerne selv kan formulere deres behov**

Tema B fantasigruppen vender i første omgang sit kritiktema om til målsætningen: "Vi vil vide alt om brugernes behov". Konkret f.eks. ved at brugere med plejebestanden opsøges af en hjemmehjælper, en hjemmesygeplejerske og en

tilsynsførende, der sammen lægger en plejeplan med brugeren. Desuden skal alle potentielle brugere - typisk selvhjulpne pensionister - besøges mindst hver 3. måned (ligesom i Rødovre-forsøget). Gruppen understreger, at sygeplejerskerne skal stå for dette arbejde.

Undervejs advarer man hinanden om at skabe "Falske behov", og nødvendigheden af at spille sammen med pårørende og selvorganiserede pensionistgrupper. Ad den vej opstår ønsket om en mere radikal utopi: Etableringen af et medborgerhus under mottoet "Vi vil skabe forudsætninger for at brugerne selv kan formulere deres behov".

Medborgerhuset må under ingen omstændigheder hedde "Sundhedshuset" - for det "Lugter langt væk af sygdom". Det må ikke præges af "Behandler-formynderi", men tværtimod være på brugernes præmisser. Der kan indgå et rådgivningsteam af sundhedspersonale (minus praktiserende læger), der spiller naturligt med i husets aktiviteter, f.eks. syrum, cykelreparation, computerrum til de unge, sladrebenk til de ældre o.s.v.

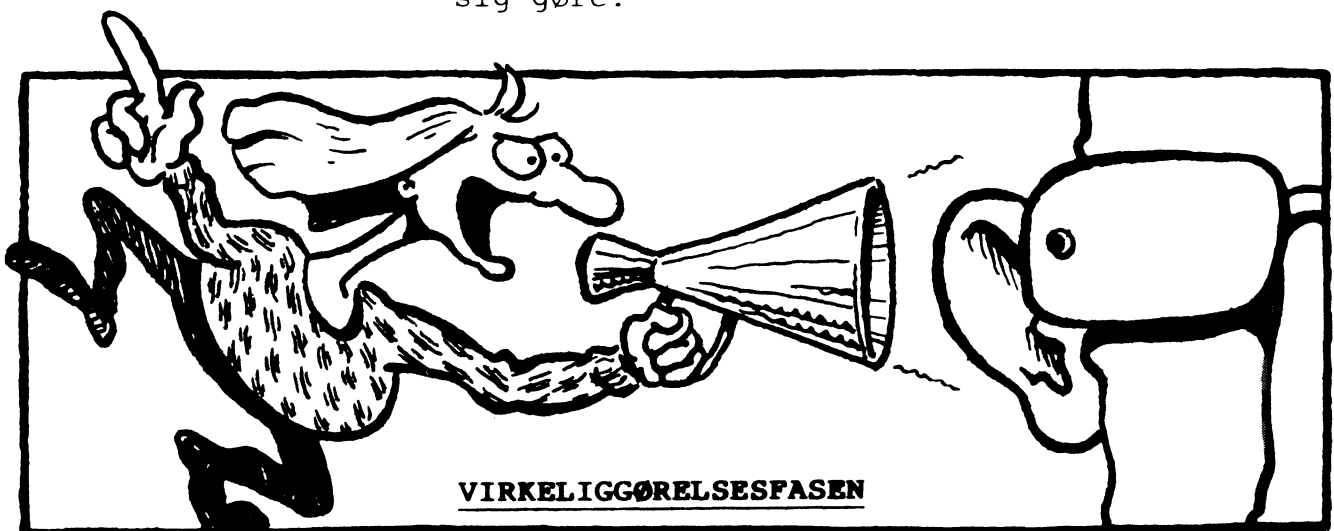
Gruppen søger at indrette huset så alle kan være med uanset alder og sundhedstilstand. Der må ikke være "Ghettoer", men krav om rolige aktiviteter i den ene ende og mere støjende i den anden - med fællesrum og cafeteria i midten.

Der udspiller sig en længere diskussion for og imod en egentlig klinik i huset. Man slutter med at indrette en "Snakkestue med plaster", men ellers er det brugergrupperne - især forældregrupper og bedsteforældregrupper - der skal bestemme, hvordan de sundhedsprofessionelle bedst udnyttes.

Både i gruppearbejdet og i den efterfølgende plenumdiskussion fremhæves en række sundhedsmæssige fordele ved et sådant bruger-

styret medborgerhus: "Bedre vilkår for forebyggelse" og "Mindre belastende sted" (f.eks. for brugere af antabus, B-vitaminindsprøjtninger m.v.). For de bevillende myndigheder er der penge at spare ved "Mere egenomsorg og færre indlæggelser", når medborgerhuset "Slår bro over forskellige ordninger", så ressourcerne kan udnyttes mere effektivt. Også for personalet i primær sundhedstjeneste er der fordele, bl.a. mere naturlige omgangsformer, når forskellige faggrupper bare "Kommer ind og får en snak".

Gruppen er dog ikke blind for bagsiden af medaljen: Der er risiko for "Bureaukrati" og "Pamperi" i brugerstyringen. "Plejetyngden bliver større for de andre", der ikke er med i huset, fordi kun de allermest belastede vil sidde tilbage til dem. I første omgang vil der også blive ekstra udgifter for myndighederne, når brugerne "Opdager nye muligheder for service" og "Lever længere". Men den slags argumenter lyder jo ikke så smukt i den offentlige debat, så det er næppe nogen begrundelse for at sige, at "Det kan ikke lade sig gøre!"



Ved værkstedets sidste afstemning får deltagerne hver to point, som skal fordeles på to forskellige utopier, så alle tvinges til at prioritere mindst en utopi ud over den, de

selv har været med til at udforme. Resultatet bliver, at et flertal går ind for at virkeliggøre **medborgerhuset**.

Herefter dannes fire nye grupper på tværs af fantasigrupperne. De får to opgaver, nemlig at finde begrænsninger for virkeliggørelsen - og hvordan disse begrænsninger kan overvindes.

Grupperne definerer forhindringerne for etableringen af medborgerhuse således:

-
- økonomi/penge
 - mangel på fantasifulde skabende kreative mennesker
 - folk, der sætter sig på ideen
 - folk er svære at aktivere
 - politisk stop for ideer i socialudvalget
 - faggrænserne
 - brugernes frygt for "observation"
 - mangel på tid
 - brugerne svære at overvinde til noget nyt
-

Med hensyn til overvindelse af forhindringerne er der stor enighed om, at brugerne må med fra starten, men at projekter som dette næppe bliver til noget, med mindre nogle interesserede sundhedsarbejdere ridder foran og laver "Opsøgende arbejde hos brugerne". Der advares i den forbindelse imod "Faren for minihospitaler". Det er muligt, at der skal være en klinik med konsultation i huset, men "Huset skal ikke møbleres med professionelle", hvorimod brugernes "Egne ressourcer kan bruges til hjælp til selvhjælp".

Handlingsplan:

1. Snakke med de andre hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker om ideen.
 2. Stormøde i hjemmeplejen.
 3. Initiativgruppe nedsættes, bl.a. indsamle erfaringer fra andre kommuner.
 4. Danne pårørende grupper.
 5. Konkretisere planen og finde begejstret fremlægger.
 6. Overtale cheferne i socialudvalget. (Velvalgt tidspunkt her lige før valget?)
-

Den handlingsplan, vi citerer ovenfor, rummer fællesmængden af de fire gruppers slutprodukter. Den efterfølgende diskussion kommer - ud over disse punkter - til at dreje som om fordele/ulemper ved at lave et medborgerhus i kommunalt regi. Nogle frygter, at det bliver "Alt for kommunalt". En af grupperne foreslår, at man starter med forsamlingshusene, som jo allerede findes rundt om i sognene. Der skal nok laves lidt omforandringer, så også ældre medborgere kan være med. Men det kan måske løses gennem private midler?

I den forbindelse fremsættes forslag om at søge penge i Socialstyrelsens Forsøgsudvalg (SOFUS), Helsefonden, Egmond-fonden eller andre utraditionelle kilder. Flere af deltagerne fastholder dog, at kommunal opbakning er både ønskelig og nødvendig. Et vigtigt argument over for politikerne kunne være, at "Et Værested" som dette sparer social- og sundhedsforvaltningen for andre udgifter på længere sigt.

Informationsteknologi

Den gennemgående holdning er, at medborgerhuset skal "friholdes" for medicoteknik og anden elektronik. I det højeste kan der blive tale om "Et computer-rum til de unge" og eventuelt adgang til video.

Det bunder dog ikke i en total afvisning af ny teknik. I den afsluttende plenumdiskussion, hvor de andre utopier inddrages, slår især hjemmehjælperne til lyd for, at der i dagligdagen kunne være adskillige områder, hvor nye kommunikationsmidler kunne være på sin plads. Her nævnes, at vigtige meddelelser til week-end afløseren ofte ikke bliver kommunikeret (hvor ligger nøglen? hvem skal kontaktes hvis klienten ikke åbner?). Disse problemer kunne muligvis løses ved hjælp af en computer på kontoret.

Det poenteres, at dette system, i modsætning til Kommunedata's hjemmehjælpssystem, ikke må indeholde data fra forskellige registre, som kan kombineres: "Kun data som hjemmehjælperne har lagt ind i systemet, og kun til brug for andre hjemmehjælpere". Altså et lukket system. Dog kunne det accepteres at besked om indlæggelse kan sendes til og fra sygehuset.

Denne debat afføder en generel advarsel fra sundhedsplejerskerne om registreringer i centrale databaser. De fortæller bl.a. om, hvordan registrering af besøgshyppighed hos en børnefamilie kan afsløre familien som "problemfamilie" på et senere tidspunkt.

Snakken kommer også ind på, at der måske kunne bruges edb (elektronisk post) til løsning af nogle af problemerne med de mange telefonforstyrrelser i det åbne kontormiljø. "Vi ved for lidt om edb", mener nogle, "Det er for svært at tage stilling", "Man kan ikke bruge fantasien på noget man ikke kender".

EVALUERING

Deltagerne udtrykker gennemgående tilfredshed med forløbet. Nogle finder dog afslutningstidspunktet om aftenen under fantasifasen for sent.

Der er også kritik af brevet, som inviterede til værkstedet. Brevet efterlod nærmest en forundret fornemmelse af, at "Det er noget mærkeligt noget".

Vi indkasserede også kritik for overgangen til fantasifasen: I og med at vi satte os for at sammenfatte flere kritikpunkter til temaer, lavede vi for meget om på deltagernes formuleringer.

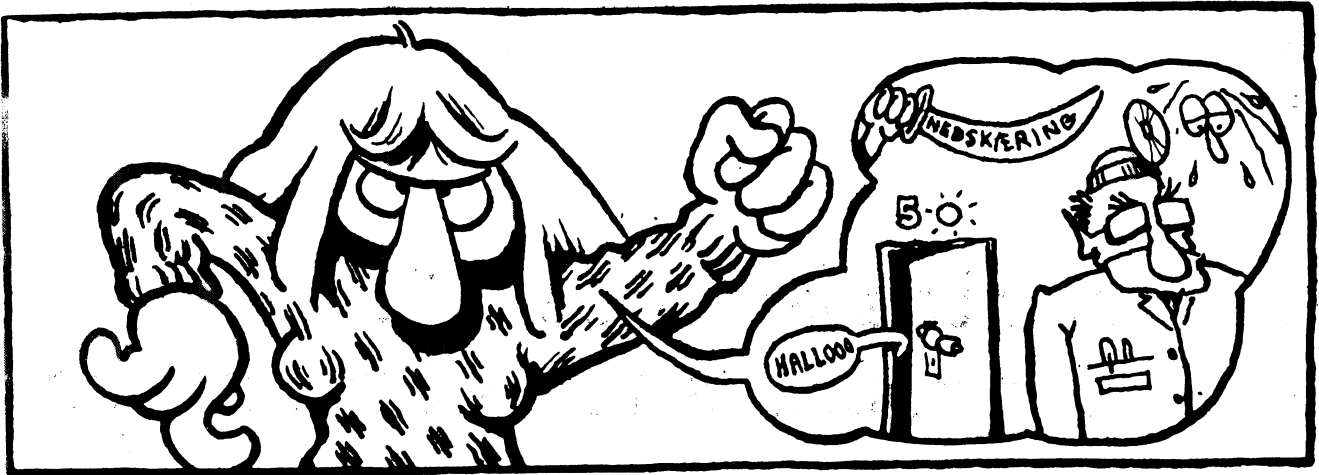
Vores vurdering: Vi fik et meget levende indtryk af arbejdsvilkår, kommunikationsproblemer og behov i hjemmeplejen i de to medvirkende primærkommuner. Især i kritikfasen var der stor arbejdsintensitet og alle var aktive. I kritikfasen havde flere svært ved at frigøre sig fra hverdagens bindinger, og i de afsluttende plenumdiskussioner var 5-6 deltagere konsekvent tavse. Det var dog ikke udtryk for manglende interesse, men blev begrundet med at "Andre sa' det jeg mente bedre".

5. Fremtidsværksted for det øvrige sundhedspersonale

I værkstedet deltog 20 personer - 14 kvinder og 6 mænd. Deltagerne var udvalgt på en sådan måde, at et bredt spektrum af hjemmepleje-institutionens samarbejdspartnere var repræsenteret.

Desværre havde vi afbud fra praktiserende speciallæger og hospitalsansatte socialrådgivere, men de fremmødte dækkede trods alt en væsentlig del af sundhedspersonalet: 4 praktiserende læger, 3 afdelingssygeplejersker, 2 jordemødre, 2 farmaceuter, en overlæge, en plejehjemsansat sygeplejerske, en ergoterapeut, en fysioterapeut, en overtandlæge, en socialrådgiver, en socialformidler, en hjemmeplejeleder og en afdelingsleder.

De fem sidstnævnte er alle ansat i samme primærkommunes social- og sundhedsforvaltning. Herudover var følgende dele af helsetjenesten repræsenteret: privatpraksis, bedriftssundhedstjeneste, apotek, plejehjem, jordemodercenter, hjælpemiddelcentral og sygehus.



KRITIKFASEN

Under præsentation af deltagerne anmoder vi bl.a. de fremmødte om at fortælle om deres oplevelser som brugere af sundhedsvæsenet. Interessant nok er der yderst få, der har trukket på sundhedsservice i større omfang, og der er kun lidt at kritisere fra denne synsvinkel.

Derefter går vi over til kritikfasens stikord, hvor deltagerne forholder sig til Kommunikation i Sundhedsvæsenet ud fra deres professionelle (hverdags-)erfaringer. Listen over kritikpunkter ser sådan ud:

1. Brugerne fremmedgjorte
2. Manglende introduktion
3. Manglende ajourføring af sundhedsoplysninger
4. Skarpe faggrænser
5. Misforhold mellem størrelsen af en ydelse og administrationen af den
6. Mangel på hjælp til folk i eget hjem
7. **Brugerne fratages ansvaret**
8. **Manglende fælles målbeskrivelse**
9. Tverrfaglighed udhuler den professionelle ansvarlighed
10. Svært at få fat i andre faggrupper
11. Svært at få tid nok, når det endelig lykkes

12. Manglende viden og information
13. **Kommunen mangler lægekonsulenter**
14. Manglende brugersammenfald
15. Forskellige administrative systemer
16. I tværfaglige møder savnes repræsentation fra brugere
17. **Dårlig kommunikation ml. primær sundheds-tjeneste og hospital**
18. **Sundheden desavoueres i planlægningen**
19. Nogle professionelle mangler interesse for at holde møder
20. ... og kommunikere
21. Manglende kendskab til hvad de andre professionelle kan og laver
22. Selvomsorg svækkes af gratisprincippet
23. **Manglende koordinering og planlægning af sundhedsydelser**
24. Manglende information af brugerne
25. **Lange kommunikationsveje i organisationen kvæler initiativ**
26. Brugeren mangler medbestemmelse ved prioritering af ydelser
27. For megen professionel tid bruges på individuelle kontakter
28. For lidt tid til at kollektivisere oplysninger
29. Vanskeligheder med at formidle en information til brugeren
30. Administrative regler begrænser enhver form for kommunikation
31. **Det professionelle bagland hindrer forsøg på ændringer i dagligdagen**
32. Svært at dokumentere og få andre til at acceptere bløde data
33. Profylakse prioriteres ikke højt nok
34. Brugere og primærkommune inddrages ikke nok i planlægningen
35. Det er et sygdomsvæsen - ikke et sundhedsvæsen
36. For lidt tid til at inddrage brugerne

37. Vi sætter "etiket" på brugerne
38. Aflønningsformens betydning for arbejdet
39. **Brugeren kommer i kontakt med mange forskellige professionelle**
40. Systemet er konservativt
41. Systemet er selvtilstrækkeligt
42. Budgetterne er for små
43. Politisk dikterede beslutninger - ikke behovsdikterede
44. Kommunerne mangler tandlægekonsulenter
45. Sektoradskillelse hindrer helhedsløsninger for brugerne - menneskeligt og økonomisk
46. For lidt tid til at komme ud i brugerens hjem
47. Burgerne tør ikke forvente ret meget p.g.a. frygt for repressalier
48. Manglende professionel accept af hjælp til selvhjælp
49. For megen satsning på brugerens fejlfunktioner - ikke på deres ressourcer
50. Nedskæringer og hakken på sundhedssystemet betyder dårlig kommunikation
51. For mange samarbejdspartnere
52. "Cigarkassesystemet" gør det hele for stift
53. Vanskeligt at få sygehusvæsenet til at forstå og anvende information udefra.

KRITIKTEMATISERING

Efter frokost prioriterede deltagerne kritikstikordene: Hver deltager får 7 points, som frit kan fordeles på de punkter, den enkelte finder vigtigst. Afstemningen giver følgende resultat:

- **Manglende fælles målbeskrivelse** (11 points)
- **Sundheden desavoueres i planlægningen** (11 points)

- Det professionelle bagland hindrer forsøg på ændringer i dagligdagen (10 points)
- Brugere fratages ansvaret (9 points)
- Dårlig kommunikation mellem primær sundhedstjeneste og hospital (7 points)
- Kommunen mangler lægekonsulenter (7 points)
- Lange kommunikationsveje i organisationen kvæler initiativ (6 points)

Disse topprioriterede kritikpunkter danner dagsorden for eftermiddagens diskussion i plenum.

Primær sundhedstjeneste og hospital

På forskernes initiativ begynder diskussionen med punktet "Dårlig kommunikation mellem primær sundhedstjeneste og hospital", mens stemmerne bliver optalt. Det viser sig senere, at dette punkt af deltagerne placeres som nr. 5 i prioriteringen.

Der er bred enighed om, at de nuværende skriftlige kommunikationsformer ikke slår til. Ofte kommer de for sent og indeholder ikke alle relevante informationer. Samtidig er der en del "Ligegyldig lægelig dokumentation".

Det skriftlige kan eventuelt suppleres med mundtlige informationer, f.eks. telefonisk. Desuden nævner flere, at patienten må inddrages og informeres. Men der advares imod at bruge patienten som "Budstikke" for de forskellige behandlere: "Vi kan kommunikere os ihjel, hvis brugeren ikke forstår os".

Deltagerne har også dårlige erfaringer med telefoniske henvendelser, der ikke samtidig noteres ned. En mulig løsning kunne være en "Vandrejournal", der fulgte patienten og samtidig blev fremsendt til relevante instanser,

f.eks. socialforvaltning og hjælpemiddelcentral.

Manglende fælles målbeskrivelse

Langt fra alle er enige i, at det er "Manglende fælles målbeskrivelse", som er hovedproblemet: Vi har skam fælles mål - sundhed - "Men det er ikke altid de forskellige sektorer vil/kan honorere målene". Derfor er det måske snarere produktkontrol, der er brug for, og "Produktkontrollen kan kun hentes hos den enkelte bruger af en ydelse".

Diskussionen kommer til at dreje sig om, hvordan de forskellige professionelle kan støtte brugeren i at få sine mål/behov opfyldt på tværs af institutioner og sektorer. Betjeningen af gravide fremhæves som et godt eksempel: "Ca. 15 kontakter og forbrugerne stiller gennemgående masser af krav.

Hertil indvendes, at gravide er specielle: de er ikke syge og kan derfor bedre "Yde noget for at forbedre noget". Det har ældre eller kronisk syge meget sværere ved. "Vi interesserer os for det, der er spændende", konkluderer en læge og betegner sig selv som en professionel "Sundhedsgrib, der kaster sig over det bedste bytte". Derfor er det svært at sætte almene mål igennem, f.eks. "At bruge flere ressourcer konstruktivt, så de ældre kunne blive længere i eget hjem".

Sundheden desavoueres i planlægningen

Udgangspunktet for diskussionen her er, at sundhedsaspekterne er svære at få ind i primærkommunernes lokalplaner og socialplaner. De amtslige sygehusplaner løser ikke problemerne. Lokale forebyggelsesråd burde f.eks. ikke (kun) være amtslige, men (også) primærkommunale.

Det er problematisk "At diskutere sundhed, når vi faktisk sidder i et sygdomsvæsen". Det handler til syvende og sidst om at give befolkningen flere valgmuligheder og større viden om sygdom og sundhed.

Som et eksempel til efterfølgelse nævnes erfaringerne med Sundhedsråd i Århus. Men samtidig advares imod ny opsplittning gennem del-planer. "Vi må se det hele i sammenhæng" og bl.a. stille det fundamentale spørgsmål: "Hvorfor har befolkningen os ansat?"

Det professionelle bagland

Kritikdiskussionen om "Det professionelle bagland (der) hindrer forsøg på ændringer i dagligdagen" krydres med en lang række konkrete eksempler. Det er ikke kun lokalt, men også højere oppe i systemet, gode ideer til forsøg standses.

Som forklaring på trægheden fremdrages bl. a. at "Det frie lægevalg gør det svært at rokke ved lægens rolle" og at "Vi er delt op på 117 forskellige måder". Desuden er der et motivationsproblem: Det skal være "Naturligt samarbejde", men er vi interesserede i at ændre roller?

Et sted, sundhedspersonalet lokalt kunne prøve at tage fat, er at arbejde i teams med fælles klientunderlag. "Holbækmodellen" fremhæves som et eksempel på samarbejde på tværs af faggrupperne. Hertil kom dog den indvendige, at distriktsinddelingen i Holbæk er på lægehusets præmisser. Hjemmehjælperne kan ikke umiddelbart indlemmes i den slags forsøg.

Brugerne fratages ansvaret

"Når brugerne kommer ind i væsenet fralægger de sig ansvaret". Sådan gives bolden op, og

flere deltagere advarer imod ligemageri: "Som professionelle har vi en viden som de ikke har". Det drejer sig ikke om at fralægge sig ansvaret, men at kunne bruge sin viden i rådgivning, f.eks. til at pege på valgmuligheder og alternativer.

Herefter diskuteres problemerne med at tackle aggressive og vrede patienter. Det leder frem til en udveksling af synspunkter om åben og skjult autoritetspåvirkning, bl.a. følgende ordskifte: "Jeg er på en afdeling, hvor patienterne ikke får hospitalstøj. Der sker en ændring, hvis brugeren føler sig ligeværdig" - "Men personalet har stadig kitler på?" - "Jah, det gør det jo nemmere for lægerne at se hvem der er hvem!"

Der er altså enighed om, at kitler og andre non-verbale symboler spiller ind i kommunikationen. Men ikke om det er positivt eller negativt i hospitalssammenhæng.

Her kommer en klarere melding fra en af farmaceuterne: "Apotekspersonale eksisterer ikke fra brysthøjde og nedefter. Denne skranke-distance hæmmer helt klart kommunikationen".

Kommunen mangler lægekonsulenter

Diskussionen om dette punkt starter med en beklagelse over, at der ikke tre år efter lægekonsulent-konflikten er fundet en løsning, så socialforvaltningen kan rekvirere lægelig rådgivning. "Hvor er brugerne henne i denne konflikt - Det er jo dem, som ikke kan hævde sig, der kommer i klemme".

Efter nogen ping-pong mellem lægerne og socialforvaltningens repræsentanter udvikler det sig til en debat om magt og kompetence. Konsulenter er ikke kun noget lægerne kan være. Måske kunne også andre inddrages, f.eks.

apotek og tandlæge. Men "Systemet er konservativt", "Pyramiden for høj" og "Man prioriterer ikke, hvad de forskellige grupper selv kan klare". Hertil indvender en læge, at "Kompetence er ikke noget man får, men noget man ta'r!"

Bl.a. derfor er det svært at bryde traditionen, skynder en anden læge sig at tilføje: Måske er det slet ikke lægekonsulenternes "Papirarbejde", kommunen har behov for, men opøgende teams af læger, hjemmesygeplejersker m.fl." á la Rødovre-projektet", hvor ældre borgere blev opsøgt i eget hjem, før der bliver brug for en lægeerklæring i socialforvaltningen.

Lange kommunikationsveje kvæler initiativ

"Det er bevidst, at man sylter sagerne oppe i systemet. Og hvis det endelig lykkes at komme igennem med en idé, kommer man ofte selv til at stå alene med ansvaret for udførelsen". Men, som det tilføjes som optakt til denne afsluttende kritikdiskussion, "Man skal alligevel bare klø på!"

Nogle gange ender en god idé som et misfoster, fordi der er "For mange møder - for mange udvalg". Der mangler decentral ansvarsplacering, hvilket igen hænger sammen med "Angsten for at gi' ting fra sig".

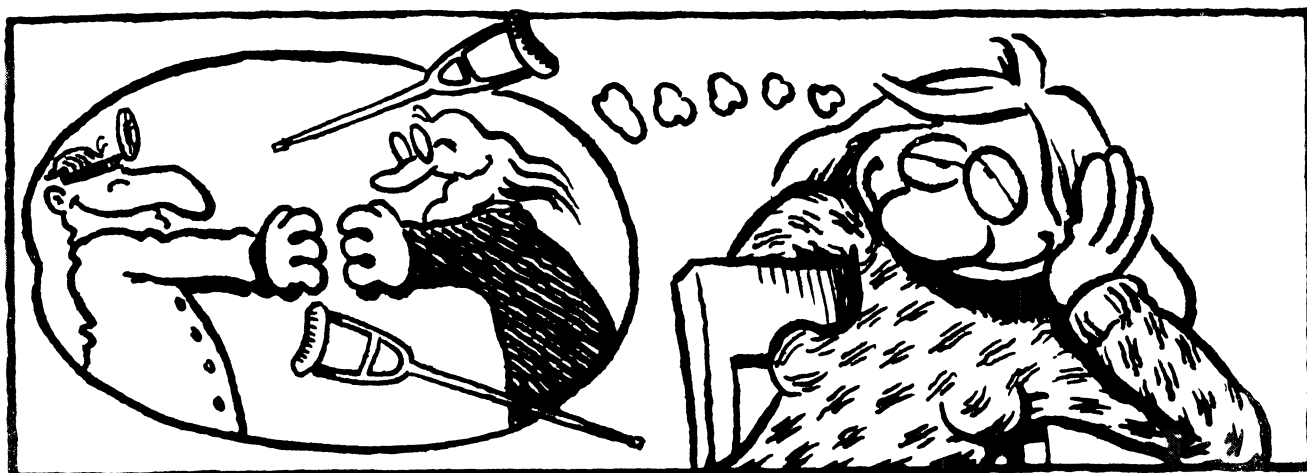
Der er ingen lette løsninger på problemet. Men deltagerne bekræftede dog hinanden i, at man burde fortsætte med "At få ørerne i maskinen" og så i øvrigt regne med "3-års reglen": så lang tager det typisk i de offentlige væsener fra idé til virkelighed. Og det hænger bl.a. sammen med de stive budgetsystemer og konflikten mellem "Forskellige kasser" i amt og kommune.

OVERGANGEN TIL FANTASIFASEN

De syv kritiktemaer sættes herefter til skriftlig afstemning. Hver deltager får 5 point, som kan fordeles frit på temaerne. De to kritiktemaer med færrest stemmer udgår, og tilbage bliver denne prioritering:

- Dårlig kommunikation mellem primær sundhedstjeneste og hospital (15 points)
- Brugerne fratages ansvaret (13 points)
- Det professionelle bagland hindrer forsøg på ændringer i dagligdagen (12 points)
- Manglende fælles målbeskrivelse (6 points)
- Sundheden desavoueres i planlægningen (6 points)

Trods sit forholdsvis store stemmetal, viser det sig ved den efterfølgende gruppedannelse, at emnet "Det professionelle bagland hindrer forsøg på ændringer i dagligdagen" ikke samler interesserede nok til en selvstændig fantasi-gruppe. Deltagerne fordeler sig på de øvrige temaer i grupper på mellem 3 og 6 deltagere.



Fantasifasens gruppearbejde strækker sig over et par timer før middag og fortsætter om aftenen. Den ene gruppe sætter først punktum efter kl. 22. Desuden anvendes en times tid

næste formiddag på at forberede gruppernes fremlæggelse af deres utopier/fantasiprodukter for de øvrige deltagere.

Brugeren i centrum - udgangspunkt i totalsituation

Gruppen, der arbejdede med problemet "Dårlig kommunikation mellem primær sundhedstjeneste og hospital" lægger vægt på "Hurtig information ud i primær sundhedstjeneste ved indlæggelse" og "Hurtig tilbagemelding fra primær sundhedstjeneste ved sygehusinvolvering" for derigennem at sætte "Brugeren i centrum".

Der skal sættes på "Koordinering af indsats fra de forskellige sundhedsprofessionelle". Her er de nuværende sektorgrænser og fagopsplitningen i vejen for at tage "Udgangspunkt i (brugers) totalsituation".

Konkret søges målene nået gennem strukturelle ændringer ("Små enheder = bedre kommunikation") og anvendelse af ny informationsteknologi ("Datasytem - 5. generation - til kommunikation mellem sektorerne").

Strukturen tegnes som et samlet "Sundhedsdirektorat", hvor amtets sygehuse er sideordnet med sundhedscentre i primærkommunerne. Sundhedscentrene lægger vægt på team-work, og skal give pleje, behandling og undervisning i sundhedspædagogik. I sundhedscentrene skal foruden apotek og hjælpemiddelcentral bl.a. være "Varmestuer" og "Folkekøkken" og adgang til "Åbne plejepladser".

Informationsteknologien må ikke komplicere papirarbejdet. Der skal lægges vægt på "Fleksible, åbne systemer". Brugeren har en vandrejournal, som evt. kan udskrives på hjemmecomputeren. Desuden skal hospital og sundhedscenter være i on-line kontakt, der bl.a.

omfatter elektronisk post, kataloger over hvilke behandlere, der er involveret i hvilke familier, hjælpemiddel(produkt)oplysninger m. v.

For at sikre brugerindflydelsen på systemet oprettes brugergrupper og et lokalt klagenævn.

Skabe bevidste brugere så vi selv bliver brugbare

Udgangspunktet er at "Brugerne fratages ansvaret". Det prøver gruppen først at løse under overskriften "Noget af vores ansvar skal ud til brugerne". Men undervejs radikaliseres fantasiarbejdet via "Mål at gøre os selv overflødige" til "Hvordan gør vi noget ved vore egne institutioner år 2007" for ad den vej at "Skabe bevidste brugere, så vi selv kan blive brugbare".

Plejehjem skal afskaffes og "Erstattes med en tværfaglig flyvertjeneste" og "Decentraliserede aktivitetscentre fælles for alle aldre". Pensionisterne skal på den måde kunne blive i eget hjem længst muligt eller eventuelt bo i selvorganiserede "Mimrekollektiver".

Bistandskontoret er i 2007 med i den tværfaglige flyvertjeneste og har "Færre klienter på grund af den intensiverede forebyggende indsats". Tilbage bliver to klart adskilte opgaver 1. retssikrede økonomiske ydelser (eventuelt automatiserede) og 2. "Åben rådgivning/opsøgning ude hos brugeren, d.v.s. klientkontakt i tidligere faser". Gruppen indfører samtidig "Borgerløn" og understreger, at "Dem, der ikke vil (have bistand), må ha' lov til at gå i fred for behandlerne".

Den praktiserende læge er også en del af det tværfaglige team. Mindre tid end i dag skal bruges til individuelle kontakter og me-

re på at formidle erfaringer til brugergrupper og politikere ("Sundhedspædagogik"). Desuden skal den praktiserende læge mere ud i hjemmene - især på forebyggelsesopgaver.

Apoteket overtager nogle af de traditionelle lægeydelser, "Bl.a. forskellige tests (blodtryk, kondital, sundhedsprofil etc.)". Apoteket omdannes til et "Informationscenter med bøger, computere etc.", og selvom der fortsat sælges medicin, skal der også her sættes på forebyggelse.

I den efterfølgende diskussion er der nogen betænkelighed ved delegeringen af lægekompetence til apoteket. Desuden anser flere deltagere nedlæggelse af plejehjem som en umulighed. Derimod er der ingen, der problematiserede gruppens beskrivelse af "Den nye bruger anno 2007", som er citeret side 23. Men der udspinder sig en længere snak om, "Hvor meget folk skal informeres før vi gi'r dem lov til at gå i hundene."

Alle behandlere skal arbejde efter samme mål eller delmål for en given bruger

Problemer "Manglende fælles målbeskrivelse" søger gruppen at klare ved at kræve" 1) uddannelse af alle i hvad der er sundhed; 2) viden om hvad samfundet tilbyder; 3) kritik skal opfattes positivt og føre til ændring ved inddragelse af alle."

Konkret udmøntes det i udformningen af en "Sundhedsjournal", der forudsætter edb, og hvor "Der ikke må stå mere i journalen end det brugeren går ind for".

Herved skulle man kunne sikre, at de forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet altid starter sine kontakter med brugeren med den fælles sum af viden, som er oparbejdet. Selv-

om målet kan se forskelligt ud, giver det mulighed for at udgå, at behandlerne modarbejder hinanden.

Hvis en professionel ikke ønsker sin vurdering i journalen skal kontakten markeres med dato og hvem, der var involveret, så andre sundhedsprofessionelle kan ringe op og få yderligere oplysninger. Fællesjournalen skal altså ikke nødvendigvis erstatte den enkelte sundhedsarbejders arbejdsjournal, jvf. citat side 38-39.

Lokalsamfund med hus pr. 5000 indbyggere hvor medarbejderne i PRIMST er konsulenter

Denne utopi er nærmere beskrevet i citaterne side 27 og 32. Udgangspunktet er, at "Sundheden desavoueres i planlægningen". Målet er, at det meste af sundhedsarbejdet skal foregå i hjemmet og i "Medborgerhuse, hvor professionelle kan komme som konsulenter".

"De ikke-syge (skal) ud af sygehusene", der (bl.a. for at motivere de planlæggende og besluttende myndigheder) skal ind under samme hat: Den primære, forebyggende sundhedstjeneste. Der lægges vægt på "Kontinuitet" og "Egenomsorg" gennem en "Vifte af tilbud".

Desuden skal sundhedspersonalet sikres en fælles basis- og efteruddannelse og gennem "Interkollegiale aftaler" bibringes "Respekt for andres normer", så et reelt team-work i samspil med brugeren bliver muligt.

Under fremlæggelsen trækkes en parallel til "Bankrådgiveren", der er til på kundens betingelser og en fast kontakt til det upersonlige "Væsen". Behandlerne skal ikke lønnes som nu: i aflønningen skal der indbygges motivation til forebyggelse.

Dette aspekt skal også sikres politisk ved oprettelse af lokale forebyggelsesråd og op-

hævelse af "Cigarkasseøkonomien" og sektorgrænsernes skævvridning af sundhedsarbejdet.



VIRKELIGGØRELSESFASEN

Efter en ny afstemning beslutter deltagerne at arbejde videre med utopien "Lokalsamfund med hus pr. 5000 indbyggere, hvor medarbejderne i primær sundhedstjeneste er konsulenter". Man starter i plenum med en diskussion, der opstillede følgende begrænsninger for virkeliggørelse:

- kommunalreformen
- centralisering
- tyrkertro på behandling
- forskellige klientgrupper
- byrdefordeling (amt/kommune - hospital-/primst)
- faggrænser og ansættelsesforhold
- politikerlede
- bange for at miste magt
- janteloven
- mangler overordnet sundhedsreform
- brugerne finder sig i det
- behandlerne har passiviseret brugerne
- brugerne er rimeligt tilfredse
- administratorerne har stor magt (filter)
- sygdomsprofilen i befolkningen ændret
- sundhedspersonale frustrerede
- liberalt erhverv vs. kommunalt ansat

- lovgivning
- kløft mellem administratorer og politikere
- kløft mellem social- og sundhedsforvaltningen
- mangler overordnet sundhedsmålsætning
- manglende tid til at samle erfaringer og bruge dem
- manglende tid til opsøgende arbejde
- manglende evne hos den enkelte sundhedsarbejder til at arbejde kreativt
- kreativiteten mases udefra
- ... og af manglende ressourcer
- manglende tværfaglig efteruddannelse

På den baggrund går deltagerne i nye grupper på tværs af fantasi-grupperne. Der er livlig aktivitet, og de fire handlingsplaner, der kommer ud af gruppearbejdet, har store lighedspunkter. Her er et repræsentativt eksempel:

-
1. Overordnede mål med delmål tilpasset den enkelte kommune
 2. Nedsætte tværfaglige arbejdsgrupper i amt og kommune, der skal arbejde med målsætningen. Platform for diskussion
 3. Tage udgangspunkt i egne rækker
 4. Lokale forebyggelsesråd etableres
 5. Påvirke uddannelserne i én retning - fælles basisuddannelse
 6. Opdeling af Helsingørsk rådhus i 3 grupper med social- og sundhedspersonale minus lægen (individgrupper á 5000)
-

Den efterfølgende plenum-diskussion kommer især til at beskæftige sig med fordele og

ulemper ved privat/offentlig ansættelse af sundhedspersonalet, samt sygehusenes placering i forhold til den primære sundhedstjeneste i kommunerne.

"Det er ingen garanti for forbedring, at lægerne og fysioterapeuterne bliver ansat kommunalt", siges det. Det afgørende er, at ansættelsesforhold og overenskomster ikke blokerer nytænkning. "De andre grupper starter, så følger (læger og andre privatansatte) nok med."

Overlægen udtrykker betænkeligheder ved et alt for decentraliseret efterbehandlingssystem: "Vi er bedst til at færdigbehandle patienterne. Udlægning til lokalsamfundet forsinker det hele". Plejepersonalet derimod mener gennemgående, at det er vigtigt at patienten kender sundhedsarbejderne, og at "De kommer fra et område, hvor de kontinuerligt kan støtte patienten".

I diskussionen fremsættes mange kontante ideer til, hvordan en forsøgsordning, f.eks. i Helsingørskommune, kunne etableres: "Brug frikommuneloven", hent argumenter i WHO's "Sundhed for alle"-program eller brug Prioriteringsudvalgets Betænkning og de eksisterende Kommunale Koordineringsudvalg. Desuden henvises til erfaringer fra Holbæk (team og brugersammenfald), Århus (Toftegårdsprojektet på hjemmeplejeområdet) og Skævinge (selvstændig sundhedsafdeling i primærkommunen).

Anvendelse af informationsteknologi

Fremtidsværkstedet afsluttes med en gensidig udveksling af erfaringer med computerbaseret kommunikation. Diskussionen viser bl.a. at deltagerne ved meget lidt om, hvad der er i gang i de andre faggrupper/institutioner.

På det nye sygehus i Dybendal er der eksempelvis et omfattende arbejde i gang for at "Informatisere" hospitalet. Men ingen ved rigtigt hvad systemet kan, og hvordan det skal spille sammen med andre dele af sundhedsvæsenet.

Apotekerne har et stort anlæg stående til afregning med amtet, men det kommunikerer ikke med andre. De praktiserende læger har udviklet deres eget programmel til microcomputere. Men her advarer Praktiserende Lægers Organisation direkte imod kommunikation uden for praksis-lægernes egen kreds.

Hjælpemiddelcentralen har brugt megen tid til at deltage i opbygningen af et stort nordisk hjælpemiddelinformationssystem - "Uden at få noget igen endnu".

Jordemodercentret er i gang med en omfattende omlægning af deres edb-system, bl.a. til computerbaserede svangrejournaler. Men sundhedsplejerskerne er ikke med bl.a. fordi man frygter at stemple familier som har ekstra behov for sundhedspleje.

Kommunedatas hjemmehjælpssystem er under implementering i Helsingør. Systemet giver mulighed for altid at vide, hvor mange ressourcer, der er til rådighed. "Men det er jo behovet der er afgørende. Derfor siger andre kommuner nej tak!"

Afslutningsvis efterlyses nye kvalifikationer hos systemplanlæggerne: "De forstår ikke vores arbejdsproces, men kommer bare med deres tekniske løsninger". I praksis betyder det "Maskinbundethed, hvor sygeplejerskerne skal være små teknikere og sidde den halve dag ved skærmen". De mange forskelligartede systemløsninger giver heller ikke mulighed for bedre udveksling af informationer på tværs af de nuværende grænser i sundhedsvæsenet. Snarere tværtimod.

EVALUERING

Deltagerne, der ytrede sig under evalueringen, var alle glade for forløbet. Især det tværfaglige samarbejde fremhæves, og mange var begejstrede for visionerne i fantasifasen.

Enkelte udtrykte tvivl om, hvorvidt erfaringerne kunne udnyttes i det daglige arbejde, men fandt alligevel arbejdsformen givende - selvom gruppearbejdet efter kl. 18 "Var sejpineri", og de 54 kritikpunkter "var nedtrykkende".

Vores vurdering: Begyndelsen af værkstedet var præget af en afventende, lidt trykket stemning. Muligvis fordi tilstedeværelsen af mange forskellige professioner betød, at man vogtede lidt på hinanden. Tilsyneladende vendte deltagerne dog tværfagligheden til noget positivt, og især 2. dagen var meget dynamisk og spændende, både m.h.t. brugbare inputs til forskningsprojektet og som oplevelsesproces.

ROSKILDE UNIVERSITETSCENTER
 MARBJERGVEJ 35

POSTBOKS 280 DK-4000 ROSKILDE TELEFON 02 75 77 11



I forbindelse med et igangvarende forskningsprojekt vil vi gerne invitere Dem til at deltage i et seminar om kommunikation i sundhedsvæsenet. Seminaret afholdes fra mandag den 11. november kl. 10 til tirsdag den 12. november kl. 17 på Dansk Folkeferies Kursuscenter, Tinkerup Strandvej 8A, Gilleleje.

Deltagelse i seminaret er gratis, idet transport, ophold og forplejning betales af Statens samfundsvidenskabelige Forskningsråd. De vil få et værelse stillet til rådighed, men det er ingen betingelse, at De overnatter på Kursuscenteret.

Formålet med arrangementet er at diskutere, hvordan kontakten til praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere, sundhedsplejersker og hospitaler fungerer i dag, og hvordan fremtidens sundhedstjeneste bedre kan imødekomme brugerens behov.

Deltagere i seminaret er socialchefer fra primærkommunerne i Frederiksborg Amtskommune, socialdirektøren, lederen af socialcenteret og amtsundhedsplejersken i Frederiksborg Amtskommune. Kan De ikke selv deltage i arrangementet, er De velkommen til at sende Deres souschef eller en anden repræsentant med funktionsområde i relation til den primære sundhedstjeneste.

Seminaret afholdes som et såkaldt fremtidsværksted, der er beskrevet nærmere på bagsiden af dette brev. Vi skal som forskere bruge de udarbejdede fremtidsvisioner som inspiration til en undersøgelse af kommunikationen inden for sundhedsvæsenet - herunder konsekvenser af indførelse af computere og andre former for ny informationsteknologi i denne sammenhæng.

Vi håber, De kan afse tid til at deltage og anmoder Dem under alle omstændigheder om snarest belejligt at sende svar til os i vedlagte kuvert. Portoen er betalt.

De kan også bruge svar-skrivelsen, hvis De ønsker yderligere oplysninger om arrangementet. Foretrækker De at ringe, kan der gives besked til sekretær Lilian Bouët på telefon 02-75 77 11, lokal 2371.

Med venlig hilsen

Jytte Møller Christensen
 hjemmesygeplejerske.

Anker Brink Lund
 lektor, cand.scient.pol.

Vedlagt: • Svar-skrivelse
 • Frankeret svar-kuvert

6. Administratorernes fremtidsværksted

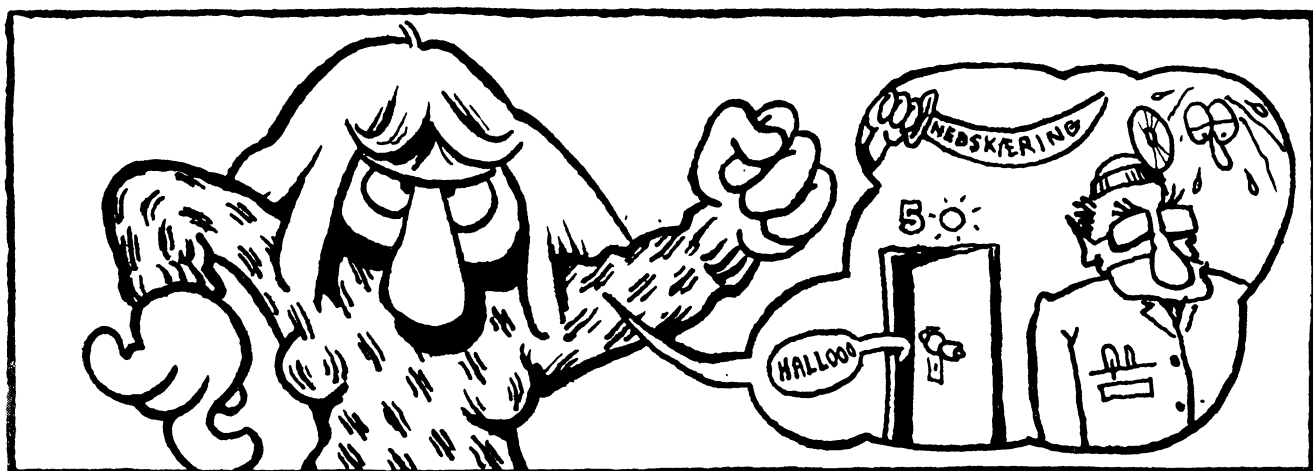
Administratorerne er 7 kvinder og 10 mænd, aldersmæssigt fordelt fra medio 30 til 50 med hovedvægten omkring begyndelsen af 40'erne.

Administratorerne er inviteret efter følgende princip: Da projektet foregår i det primærkommunale regi inviteres først alle chefer (eller souschefen) fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger i Frederiksborg amt, således at denne gruppe har førsteretten til de 20 pladser på værkstedet. Ud af 19 mulige deltagere fik vi 15 tilmeldinger. (P.g.a. uforudsete hændelser og sygdom meldte 3 desværre senere afbud). I forhold til de primære afbud inviteres herefter deltagere fra det amtslige niveau samt en embedslæge.

Den erhvervsmæssige fordeling bliver så: 7 chefer fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, 3 souschefer, 2 repræsentanter fra samme forvaltning (hjemmeplejeledere), 1 embedslæge, 1 amtssundhedsplejerske, 1 amtsocialdirektør, 1 socialcenterleder, 1 fuldmægtig fra amtet.

I præsentationsforløbet, hvor deltagerne præsenterer hinanden 2 og 2, tilskynder vi at de bl.a. snakker om sig selv som brugere af sundhedsserviceydelser. Vi havde på forhånd forestillet os, at dette kunne være med til

at spore deltagerne ind på dagens emne: Kommunikation i sundhedsvæsenet. Der fremkommer dog et meget interessant "biprodukt" af denne opfordring: synliggørelsen af, at meget få af administratorerne har sundhedsproblemer af en art, der betyder at de anvender sektorens ydelser. Det skal dog nævnes, at de kvindelige deltagere har erfaringer fra deres fødsler. I runden lægger deltagerne selv vægten på deres jobfunktioner. Det er tydeligt at deltagerne er meget interesserede i at udveksle arbejds-erfaringer.



KRITIKFASEN

Indledningsvis fortæller vi om virkemidlerne i denne del af værkstedet, bl.a. at alle skal bestræbe sig på at fatte sig i korthed. Gruppen viser sig at blive ret vanskelig at disciplinere. En del af deltagerne har en klar forkærlighed for lange blomstrende indlæg og lader sig ikke "frivilligt" korte ned.

Vi laver 2 kritikrunder, hvor der i anden runde falder et par stykker fra. Efter anden runde gives kritikordet frit, og der føjes endnu nogle punkter til. Kritikpunkterne ser herefter således ud:

1. Manglende styrbarhed
2. Overenskomsterne blokerer

3. Lægesystemet er lukket
4. Enkelte læger prioriterer lægeforeningen højere end patienten.
5. Manglende sammenhæng mellem det sociale og sygehusmæssige.
6. Sygehusvæsenet er storproducent af plejehjemsbeboere.
7. Stigende afmagt
8. Ansættelsesforhold giver problemer
9. Tavsheds-barrierer
10. Ethiske normer
11. Manglende sammenhæng mellem tildeler og betaler af ydelser.
12. Manglende holdning til hele patienten
13. Manglende koordineret patient-viden.
14. Udskrivnings-problemer (fredagsproblemet - forsinkede epikviser/udskrivningsbreve)
15. Faggrænserne blokerer kommunikationen
16. Organisationsformerne blokerer (hierarkier)
17. Forskellige målsætninger imellem sektorerne
18. Det frie lægevalg er en illusion og hindrer det forebyggende arbejde.
19. Lægekonsulent-konflikten har konsekvenser for det øvrige samarbejde.
20. Holdningsbearbejdelse - positiv/negativ.
21. Sygehuset mangler forståelse for arbejds-vilkår i den primære sundhedssektor.
22. Praktiserende læger savner socialmedicinsk baggrund
23. Praktiserende læger passive i samarbejdet med kommunerne
24. Problemer med genoptræning
25. Forskellige "kasser" - amt/primærkommuner
26. Kommune-økonomien presses af stat og amtskommune
27. Forskellighed i samarbejds muligheder med de enkelte praktiserende læger.
28. Manglende intern målbeskrivelse i sygehussektor

29. Manglende rolleafklaring mellem professionerne
30. Sygdomsvæsen snarere end sundhedsvæsen.
31. Stabsopbygning på hospitalerne utidsvarende.
32. Manglende interne kommunikationsnet vanskeliggør kommunikation udadtil.
33. Den primære sundhedssektor er ingen funktionel enhed.
34. Væksten i sygehusvæsenet er ikke fulgt op med bevidste organisationsændringer.
35. Hvem skal koordinere og efter hvilke målsætninger.
36. Manglende forebyggelsesindfaldsvinkel
37. Manglende uddannelse i kommunikation i alle faggrupper
38. For få generalister.
39. Manglende tro på planlægning.
40. Flere ressourcer til forebyggelse må vristes ud af sygehusene.
41. Apparatfejlmodellen blokerer.
42. Ændret ressourcefordeling mellem det behandlende sygehusvæsen og det forebyggende sundhedsvæsen.

KRITIKTEMATISERING

Efter frokosten holdes afstemning om, hvilke af kritikpunkterne der skal gøres til genstand for en nærmere diskussion og senere danne grundlag for fantasifasen. Afstemningen foregår skriftligt. Hver deltager har 7 points, som kan afgives til ét punkt eller fordeles mellem de punkter, den enkelte deltager ønsker til diskussion. Afstemningsresultatet bliver som følger:

- Ændret ressourcefordeling mellem det behandlende sygehusvæsen og det forebyggende sundhedsvæsen (12 points)

- **Forskellig målsætning mellem sektorerne**
(11 points)
- **Forskellige kasser - amts, primærkommune**
(8 points)
- **Den primære sektor er ingen funktionel enhed** (8 points)
- **Hvem skal koordinere efter hvilke målsætninger** (8 points)
- **Sygehuset mangler forståelse for arbejdsvilkår i den primære sundhedssektor**
(7 points)
- **Manglende forebyggelsesindfaldsvinkel** (7 points)

Primær sundhedstjeneste som funktionel enhed

Mens der tælles points, udvælges kritikpunkt 33 ("Den primære sundhedssektor er ingen funktionel enhed") til første temadiskussion. I det første indlæg fremhæves WHO's sundhedsstrategi "Sundhed For Alle År 2000", hvor det netop fastslås, at alle lande tilskyndes at arbejde på at få "Tverrfagligt integreret sundhedsteams" og "Funktionel enhed med hensyn til sygepleje, læge, psykolog, social og pædagogisk indsats". I forhold til WHO strategien fremhæves, at "Folk skal selv definere hvad de vil have - borgerne skal selv vælge".

Det diskuteres herefter, om sundhedspædagogik skal opprioriteres, eller om det er "Organisationsformerne og holdningerne bag vi skal gribe i først". En deltager argumenterer imod, at sundhedspædagogik gøres til nyt jobområde, idet det blot fører til yderligere professionel specialisering. Det skal derimod integreres i de eksisterende sundhedsuddannelser.

Det fremhæves, at "Det skal være den forebyggende sektor som skal komme med bud til sygehussektoren". "Magtforholdet skal ændres:

Primær sundhedstjeneste skal diktere hospitalernes målsætning". Politikerne må påvirkes til at ændre holdninger til anvendelsen af ressourcerne. Der skal skabes "Frihed til at bruge ressourcerne på en anden måde". "Hvad folk ønsker skal kunne lade sig gøre".

Der skal ikke laves en ny "Forebyggelsesorganisation". Vi skal derimod "à la børnetandplejen" lave forebyggelsesmål, der skal koordineres fra socialektoren - ikke sygehussektoren.

I forhold til sygehusplanen diskuteres, om praktiserende læger og det sociale område kunne blive en enhed mod sygehuset. Hertil bemærkes at så længe vi (i primærsektoren) ikke ved, hvilke serviceydelser vi kan tilbyde, har vi problemer. Socialektoren mangler et mål: "Det foregår efter de forhåndenværende bajerers princip, altid en mangel et eller andet sted som kan bruges som politisk pression".

Ændret ressourcefordeling

Punkt 42 ("Ændret ressourcefordeling mellem behandlende sygehusvæsen og det forebyggende sundhedsvæsen") indledes med endnu en diskussion af WHO-strategien og fortsættes omkring den statslige planlægning og Samordningsbetænkningens mangel på reelle alternativer. Der kommer kommentarer om, at "Sundhedsvæsenet skal være tæt på borgerne", og spørgsmålet om "Hvordan de praktiserende læger kommer tættere på brugerne?" rejses. I denne sammenhæng fastslås det selvkritisk, at kommunernes social- og sundhedsforvaltning ofte påtager sig en tilskuerrolle i forhold til det udførende sygehusvæsen: "Socialforvaltningen mangler kreativitet og frækhed".

Diskussionen drejer over på omlægningsproblemet, hvor en deltager fastslår, at der ikke er flere ressourcer til den samlede sundhedssektor, hvorfor "Realisme er, at der skal kanaliseres fra den ene kasse til den anden". Denne kanalisering vanskeliggøres bl.a. af, at der i den primære sektor er en meget detailleret kontoplan, hvorimod sygehusvæsenet kun har 8 til 10 konti, hvilket gør det meget mere uigennemskueligt og dermed mere fleksibelt, hvordan ressourcerne anvendes.

Som afslutning kommer et indlæg, der taler for, at "Der ikke må være ressourcemæssige barrierer for at opfylde borgernes behov".

Efter diskussionen bliver vi enige om at dette tema også dækker indholdet i kritikpunkt 25 ("Forskellige kasser - amts/primærkommuner"), som deltagerne således anser for færdigdiskuteret.

Målsætning i sektorerne

Kritikpunkt 17 ("Forskellig målsætning mellem sektorerne") indledes med en konstatering af, at der hersker forskellige dogmer i tilknytning til behandlingen af patienterne, f.eks. "Dogmet om den akutte virkning af sygehusvæsenet" og "Dogmet om den lægelige færdigbehandling" populært kaldet "fredagssyndromet" (hjemmeplejen får fredag eftermiddag klienter ud, også selv om de ikke plejemæssigt er "færdigbehandlet"). Der mangler simpelthen helhedsbetragtninger.

Der er kun et at gøre, nemlig "Gribe i egen barm", d.v.s. sørge for at social- og sundhedsforvaltningerne i primærkommunerne kommer til at præge tingene mere. For eksempel ved at fastholde, at visitation til plejehjem **ikke** skal foretages i sygehuset af

overlæger og socialrådgivere, men **alene** i primærkommunen. Men "Tør vi?". "Hospitalernes socialrådgivere tror faktisk at de skal visitere til plejehjem".

Når hospitalerne inviterer til samarbejde betyder det først og fremmest, at "Vi gør som hospitalet siger. Folk dér er ansat til at manipulere med kommunerne". Der gives eksempler på at sygehussektoren har inviteret til nedsættelse af et koordinationsudvalg med 12-15 medlemmer, hvoraf 1 (én) tænkte at skulle være fra primærkommunerne! En enkelt kommune fremhæver dog, at det godt kan betale sig at bruge ressourcer på samarbejdet: "Vi må selv komme med nogle bud", f.eks. udbygning af døgnplejen.

Ovenstående debat rejser bl.a. spørgsmålet, om den primære sektor ønsker den højteknologiske sygepleje fra sygehusene ud i hjemmet? "Vi må afklare vores egne målsætninger"!

Det ustyrlige væsen

Under punkt 1 ("Manglende styrbarhed") påpeges det, at sygehusvæsenet tilsyneladende er "Fuldstændigt autonomt og vanskeligt at pille ved". Der gives eksempel på, at ved forskellige beregninger på sengereduktion i et stort sygehus fra 600 til 250 senge, reduceredes driftsudgifterne kun med ca. 12%. Og det er uhyre vanskeligt at finde ud af, hvorfor det forholder sig sådan.

Ligeledes er det meget vanskeligt at styre ressourceforbruget i primærsektoren på grund af lægernes aflønningsforhold og overenskomst med sygesikringen. Også de ustyrbare "Samtalehonorarer til læger ved henvendelse fra socialforvaltningen" nævnes.

Den manglende styrbarhed henføres til, at "Der mangler overordnet definitioner af hvad

systemet skal gøre". Desuden "Mangler monitoring og evaluering" som eventuelt kunne udføres med ny teknik: "Det eneste vi registrerer nu er tal, hvor der kun reageres på dem, der er helt over strengen."

Denne diskussion fører lige over i næste kritikpunkt 35 ("Hvem skal koordinere efter hvilke målsætninger"), hvor "Det manglende samspil mellem planlægningsniveauerne stat, amt og primærkommune" debatteres.

Der er enighed om, at der også er problemer med samspillet på samme niveau i planlægningen. Der mangler i den grad politisk koordinering af sundhedsområdet. "De politiske partier - koordinerer de?". "Planstyrelsen?".

Manglende forebyggelse

I diskussionen af kritikpunkt 36 ("Manglende forebyggende indfaldsvinkel") kommer 2 forskellige vurderinger til orde. Den ene omhandler holdningsbearbejdning ("Noget med at tænke i forebyggelse") og dermed uddannelsesproblemerne. Det nævnes endvidere, at der er et legitimeringsproblem ved anvendelse af ressourcer til forebyggelse.

Den anden indfaldsvinkel går mere på besværet med at "Vi jo alle ved at forebyggelse kan betale sig" men hvordan måler vi det? Hvordan "Kvantificering af noget kvalitativt?" Bl.a. økonomerne er med til at forvride debatten på dette område.

Arbejdsvilkår i primær sundhedstjeneste

Dette kritikpunkt "Sygehusene mangler forståelse for arbejdsvilkår i den primære sundhedssektor" hænger sammen med tidligere kritikker af sygehusvæsenets dominans i forhold til primær sektoren. "Primær sundhedssektor

forventes altid at stå parat" og "Primærsektoren får det de andre giver fra sig" - altså en oplevelse af at primærkommunerne har en lavere status end det amtskommunale sygehusvæsen.

Diskussionen går livligt ud af mange tangenter, men ender i en lidt vemodig konstatering af at "Socialvæsenet har for dårlig selvfølelse", og "Ingen er stolt af denne sektor".

Hvordan kan vi blive mere offensive og få en bedre selvforståelse?

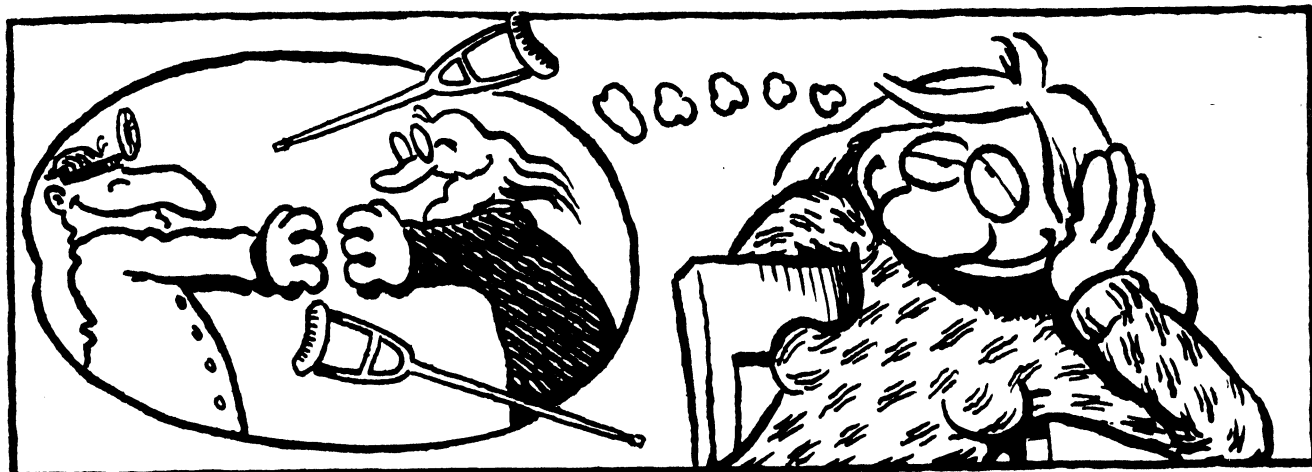
OVERGANGEN TIL FANTASIFASEN

Alle flip-over fra kritiktematiseringen hænges op, så deltagerne kan gå rundt og kigge på dem. Der foretages herefter en skriftlig afstemning om hvilke temaer der skal arbejdes videre med i fantasifasen. Der gives 5 point til hver deltager som kan fordele point på 1-7 temaer. De 3 temaer med færrest point udgår, i prioriteret rækkefølge bliver resultatet som følger:

- Sygehuset mangler forståelse for arbejdsvilkår i den primære sundhedssektor (16 points)
- Den primære sundhedssektor er ingen funktionel enhed (8 points)
- Forskellig målsætning mellem sektorerne (11 points)
- Manglende forebyggende indfaldsvinkel (8 points)

Ved gruppedannelsen til fantasifasen udgår de to sidstnævnte temaer, fordi alle deltagere ønsker at arbejde med de to første områder. Der dannes herefter ved håndsoprækning 3

grupper: 1 gruppe arbejder med "Den primære sundhedssektor er ingen funktionel enhed", og 2 grupper arbejder med "Sygehuset mangler forståelse for arbejdsvilkår i den primære sundhedssektor".



FANTASIFASEN

Første del af fantasifasen foregår i små grupper på 5-7 deltagere i tre hjørner i lokalet. Alle grupper arbejder med flip-over og tuschpen som arbejdsredskaber. Grupperne bruger tid til at diskutere sig ind på det emne, de vil arbejde med i fantasifasen. Efter denne diskussion kan kritiktemaet "vendes om" (positiveres) til et fremadrettet positivt formuleret budskab, som fantasien kan udvikle sig fra.

Efter aftensmaden skaber grupperne de forskellige utopier, som på en times tid næste morgen gøres præsentable for resten af fremtidsværkstedets deltagere.

Funktionel organisatorisk enhed i primær sundhedstjeneste

Først og fremmest mener denne gruppe, at det er nødvendigt at ansvarliggøre politikerne,

hvilket iværksættes gennem oprettelsen af et stående politisk sundhedsudvalg i kommunerne. Dette udvalg skal være ansvarlig for "Politisk målsætning for forebyggende arbejde; sundhedsoplysende arbejde; sundhedsmæssige aspekter i andre forvaltninger og sektorer; den behandlingsmæssige og plejemæssige service ved ansættelse af sundhedstemaets medlemmer"

Principperne for den primære sektor skal være, at den skal have det sundhedsmæssige ansvar for befolkningen fra fødsel til død. Patienten skal behandles længst muligt i lokalmiljøet.

Opgaverne i primærsektoren skal varetages af et sundhedsteam, som ledes af en "Generalist", der ikke ansættes på fagspecifik baggrund, men efter kvalifikationer som at "Kunne forstå alle fagsprogene" og "Kendskab til organisations- og ledelsesteori". Sundhedsteamet skal operere i et "Befolkningsunderlag på 3000 - 7000 alt efter lokale forhold". Der skal være et fællesjournalssystem og fri adgang til tværfaglige møder. Gruppen vil ikke lægge sig fast på om sundhedsteamet skal være i offentligt regi eller privat, blot at samarbejdspartnere skal have samme ansættelsesforhold.

De opgaver der skal varetages i primær sundhedstjeneste er bl.a. "At identificere og komme med løsningsforslag til sundhedsfremme på individgruppe- og samfundsniveau", lave "Sociale behovsvurderinger samt støtte "Selvorganisering og borgernes egne handlemuligheder". En anden vigtig opgave er at "Indsamle, analysere data til vurdering af sundhedsprofilen i lokalsamfundet". Et uddrag af denne utopi er citeret på side 27.

Vi sælger varen

Den ene af grupperne, der arbejdede med kritiktemaet "Sygehusets mangler forståelse for arbejdsvilkår i den primære sundhedssektor" kom frem til den konklusion, at social- og sundhedssektoren primærkommunalt har svært ved "at sælge varen". Efter en lang brainstorm, hvor gruppen fremdrager alle de gode grunde der kan tænkes at være til dette, arbejdes videre med positiveringen "Vi sælger varen!"

De hovedslogans, hvorunder gruppen arbejder, lyder: "Vi skal selv tage ansvaret - vi skal lave politik", "Smid administrationsåget", "Bryd reglerne", "Find succeserne frem" og "Flyt myter med information".

Gruppen definerer sektorens sereviceniveau år 2015, som indeholder 3 principper: "Nærhedsprincippet; Totalitetsprincippet og Familieprincippet".

Kvalitetsniveauet skal defineres ved "Åbne idealmål", hvor der bl.a. indgår "Retten til at være arbejdsfri; Retten til at være gal og Retten til at gå i hundene" Kvalitetsniveauet skal være forsvarligt for den bevilgende og acceptabelt for den modtagende.

Gruppen slutter af med "Den modificerede Carlzon - anno 2015":

Find solstrålehistorierne
 Frontlinjen som ambassadører (skabe VI-følelse)
 Brugerne som ambassadører
 Indholdet: - hvad er det vi kan?
 - kvalitet!

Citat fra utopi M

Kravene til formidlingen skal være: "Gi' kontant information, begræns tavshedspligten,

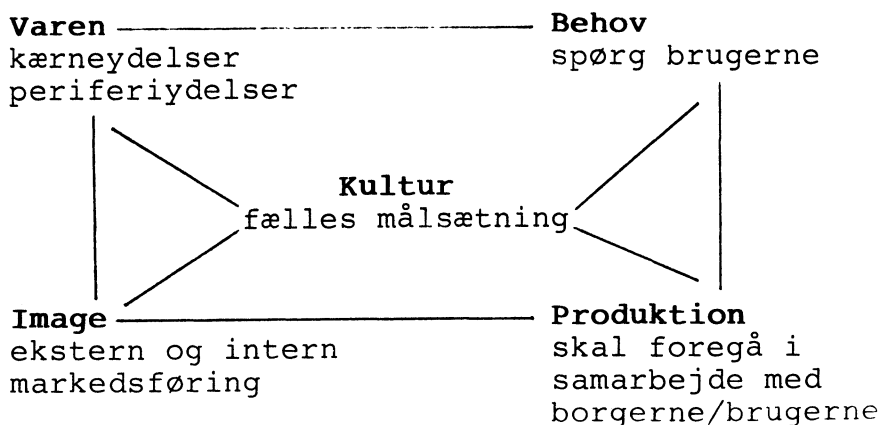
ha' øje for det positive: Hvad sælger varen". Informationen skal være formidlet professionelt og være bred, lødig og forståelig.

Frontlinjen skal have korpssånd, og lederprofilen skal indeholde humoristisk sans, være normbrydende, kunne skaffe sig et beslutningsmæssigt råderum og delegere kompetence ud.

Borgerne i denne fremtidsvision skal kunne formulere sig - eller hvis dette kniber have gode advokater. De skal kunne acceptere prisen og have stor solidaritet med hinanden. Der skal være valgmuligheder. Brugere skal være med til at lægge og holde budget i institutionerne, for senere at stå med et bloktilskud og sammen med personalet være ansvarlige for driften.

Sundhed livet igennem

Endnu en gruppe arbejdede med kritiktemaet "Sygehuset mangler forståelse for arbejdsvilkår i den primære sundhedssektor". Gruppen kommer via en bred snak om den manglende PR-virksomhed indenfor og udenfor systemet, frem til at arbejde med at bibringe den primære sundhedstjeneste et servicekoncept.



"Brugerne skal være med i behovsformuleringen", og det sociale netværk skal styrkes så folk undgår at blive klienter. Lokalområdet skal styrkes ved at kompetencen fra den centrale social- og sundhedsforvaltning i kommunen udlægges. Der skal decentraliseres, og de specielle behov skal tilgodeses.

Socialkontoret skal have et "ansigtsløft" og omvurderes til et tilbudskontor fremfor et nederlagskontor. Skrankepaverne kommer i denne anledning på omskoling og lærer positiv imødekommenhed.

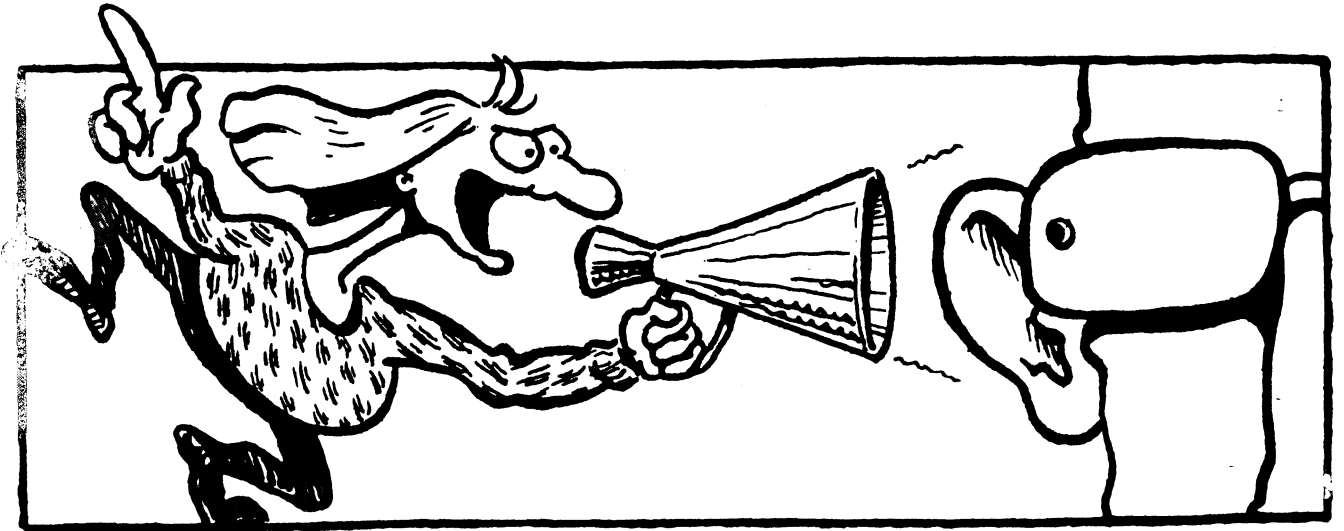
Primær sundhedstjeneste skal markedsføres overfor politikerne. For tiden er vi "For dårlige til at argumentere for kommunernes ressourceprioritering".

Gruppen beslutter sig til at arbejde med målet "Sundhed Livet Igennem". Servicekonceptet udvikles med udspring i "Aktivitetshuse i lokalområdet: Huset skal have tilbud om rådgivning fra de forskellige professionelle grupper (erhvervsvejleder, sundhedsplejerske, socialrådgiver m.m.) Der skal være kaffestue med sund kost, sundhedspædagogik o.l."

Huset skal være "Brugerstyret med ressourcepersoner" og udbygges efter brugernes behov. Alle aldersgrupper skal integreres. Huset skal finansieres med rammebevillinger som brugere og de professionelle sammen er ansvarlige for at overholde.

Sundhedsservice skal varetages fra distriktlægehuse/sundhedshuse med døgnservice af de kendte primær/sundhedssektor professionelle.

Sygehusene skal varetage særlig højteknologiske specialer og plejehjemmene skal kun være specialplejehjem. Der skal desuden være egnede ældreboliger til rådighed.



VIRKELIGGØRELSESFASEN

Værkstedsdeltagerne bliver på baggrund af oplæggene fra fantasifasen enige om at de 3 produkter supplerer hinanden og tilsammen dækkes af "Brugerindflydelse og borgerinvolvering i social- og sundhedsarbejdet". Virkeliggørelsesfasen indledes med en kritikrunde, hvor begrænsende faktorer for indvolvering og indflydelse skrives op i stikord:

- misundelse
- emsig fejlfinding
- "Carlzon-smilet" svækker muligheden for reel brugerindflydelse
- funktions-betragtning blokerer for en behovsbetragtning
- de professionelle skal beholde ansvaret (og magten?)
- mangel på steder at være
- borgerne kan ikke selv formulere deres behov
- kun en begrænset del er aktive, f.eks. græsrodsbev.
- vi er dårlige til at lytte til hvor det kan/skal laves om
- kan borgerne lære at formulere deres behov?
- borgerne kan ikke behandles som en stor, firkantet masse

- borgerne er individer
- roligans
- repræsentativitetsproblemer som sovepude
- borgermøder - der sker ikke en pind bag-
efter
- centrale enheder for store
- manglende strategi for hvad der skal ske
- og hvornår
- bureaukratiske julelege
- beslutningssystemet blokerer
- sjældent at der besluttet noget, der
kommer nedefra
- selv professionelle kan ikke gennemskue
systemerne
- ikke behøver øge frokostpressens dæk-
ningsbidrag
- afmagts-følelse
- man skal råbe højt for at blive hørt
- lukkede journalsystemer
- det har en pris at protestere
- manglende information om aktindsigt
- tavshedspligten alt for omfattende
(loyalitetsspligt) - dog osse sikkerhed/-
tryghed for brugerne
- mangler "advokater" f.eks. dele af det
professionelle team, der osse skal in-
formere sin ledelse

På baggrund af de ovennævnte kritikpunkter og den deraf følgende diskussion bliver opgaven at virkeliggøre brugerindflydelse og involvering. Værkstedsdeltagerne deles atter op i tre mindre grupper, hver med deltagere fra de tre gamle "fantasigrupper".

Den første gruppe går meget konkret til værks og laver følgende handlingsplan for virkeliggørelsen af et omsorgscenter for ældre:

-
- 1) Få politisk opbakning (og fred) bag brugerindflydelse som mål
 - 2) Gi' borgerne et tilbud som du selv går varmt ind for
 - 3) Oplys interessegrupper om sagen
 - 4) Find nøgle-brugere som ambassadører for dem
 - 5) Overvinde modstand i personalet (der bruger brugernes behov til eget brug)
 - 6) Systematisk holdningsbearbejdelse af befolkningen
 - 7) Ta' dig god til planlægningen
 - 8) La' de konkrete brugere fylde de færdige rammer ud
-

Handlingsplanen har elementer af virkelighed i sig, idet en kommune faktisk er på vej til at fuldføre et projekt på den måde.

Anden gruppes handlingsplan har tre elementer, nemlig "Rammebudgettering med selvbestemmelse for alle institutioner; lokalråd med økonomisk kompetence og høringsret for samtlige sektorplaner; og et selvstændigt lokalt sundhedscenter med styregruppe af personale og brugerrepræsentanter."

Den sidste gruppes handlingsplan ser ud som følger:

- brugerindflydelse på lokalsamfundsniveau
 - nedbrydning i mindre enheder
 - nedbrydning på funktionsområder
 - rammebevilling - nævn (skoledistrikt)
 - overholde love cirkulærer o.s.v.
 - budgetprincippet overholdes
-

Funktioner, der er egnet til udlæggelse på nuværende tidspunkt er: skolerne, daginstitutioner og dagpleje, ældreforanstaltninger, fritidsforanstaltninger, fysisk planlægning, informationsbutik med biblioteks-funktioner og sundhedscenter. Alle områder skal dagligt drives af hver sin bestyrelse, hvori der sidder et flertal af brugere. Den overordnede styring foregår via lokalsamfundsnævn med repræsentanter fra bestyrelserne, sundhedscenter, beboere, foreninger og ad hoc repræsentation fra sagkyndige. Beboerne har flertal og afskediger og ansætter folk. Alle lokalområder skal desuden have et specielt sundhedsnævn med reference til sundhedsudvalget i kommunen.

Informationsteknologi

Som afslutning på virkeliggørelsesfasen diskuteredes mulighederne og behovet for ny teknik i primær sundhedstjeneste. Følgende liste over mulige anvendelser blev kreeret:

- "Den papirløse sag"
- adgang til databaser
- decentralisere know-how
- styring og kontrol - trygt at være kommunaldirektør i en decentraliseret kommune
- Amt og primærkommune kommunikerer over skærme
- hjemmepleje kommunikerer med sygehus ex. elektronisk udskrivningsbrev
- monitorerings-problematikken
- de informelle strukturer svære at få med i edb-systemet
- effektivisering til gavn for brugerne
- reducere papirarbejdet
- journal på elektronisk tekstbehandling

- edb kræver ny struktur/organisation og grundigt forarbejde - ellers øretæver
- både PRIMST og hosp. må med i edb-planlægningen **sammen!**
- telefonerne lukker på kommunekontoret - ikke behovsorienteret
- værktøjer for avancerede, men for lidt gennemarbejdede
- dårlig vedligeholdelse - og udviklings-service
- PRIMST kan evt. holde døgnåbent ligesom hospitaler v.h.a. edb.

Afslutningsvis berettede vi om henholdsvis de systemer vi har set anvendt i den primære sundhedstjeneste i USA og om det system, som de Praktiserende Lægers Organisation har udviklet til anvendelse her i Danmark.

EVALUERING AF VÆRKSTEDET

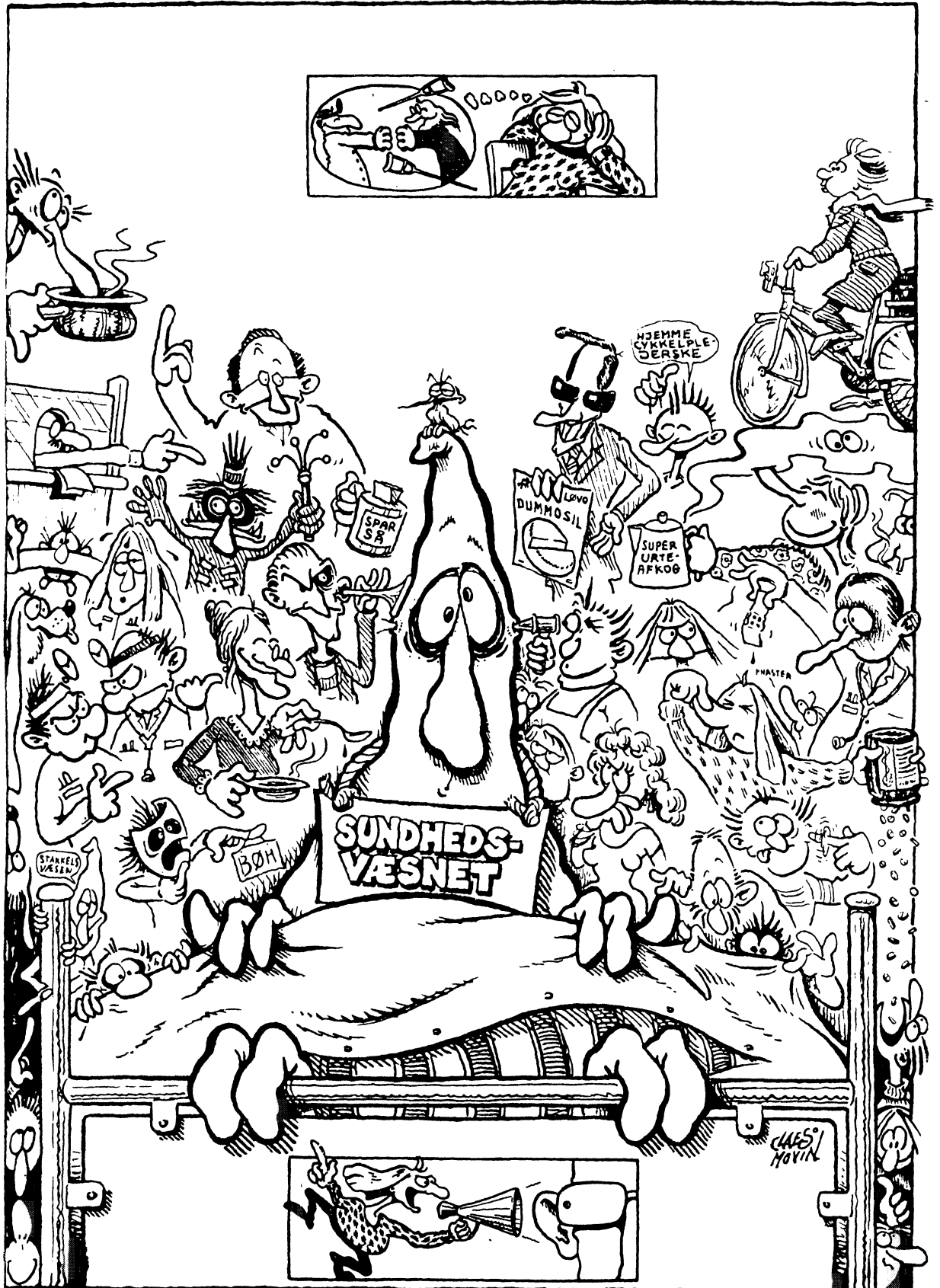
Flere af **deltagerne** kritiserede værkstedet for ikke at være tværfagligt. Den klare holdning hos mange af deltagerne er at dette ikke bliver blødt op af, at der laves en fælles dag for de fire værksteder.

Der kommer mange positive tilkendegivelser om værkstedsformens anvendelighed til at give nyt liv til eksisterende organisationer. "Vi har sagt nogle ting som vi ellers ikke ville have sagt - eller har sagt før".

Nogle deltagere bemærkede også, at gruppen har arbejdet betydeligt hårdere og mere entusiastisk end under andre seminarformer.

Der efterlyses en mere indgående beskrivelse af forskningsprojektet. En enkelt deltager udtrykker sin bekymring for, hvad gruppen som helhed kan blive taget til indtægt for via vores rapportering af værkstedet.

Vores vurdering: En meget talende gruppe. Vanskelig at "holde til emnet", men langt mere visionær og fordomsfri end vi (med vore forudfattede fordomme) havde forestillet os.



7. Hvad mener politikerne?

De fire fremtidsværksteder foregik under den kommunale valgkamp i oktober-november 1985. Vi havde oprindeligt planer om også at invitere lokalpolitikere på værksted. Men af forståelige grunde havde de andre aftaler i kalenderen i denne periode.

I stedet valgte vi at høre politikerne på en anden måde: **Frederiksborg Amtsavis** indbød samtlige spidskandidater til at kommentere valgets hovedspørgsmål. Ialt 14 amtskommunale og 159 primærkommunale lister fra Frederiksborg amt indsendte sådanne indlæg. Vi har nærlæst dem og på denne baggrund fundet frem til 12 amtslige og 68 primærkommunale lister (ialt 80 lister), der i deres indlæg kommer ind på sundhedsspørgsmål.

Af de 80 lokalpolitiske lister, der forholder sig til sundhed/sygdom i valgkampen, er 40 **borgerlige** partilister (12 Venstre, 9 Konservative, 6 Radikale, 5 Kristeligt Folkeparti, 4 Centrumsdemokrater, 3 fra Fremskridtspartiet og 1 fra Retsforbundet), 28 **socialistiske** lister (10 Socialdemokrater, 8 fra Socialistisk Folkeparti, 6 Kommuniste og 4 Venstresocialister), samt 12 **øvrige** lister (4 Grønne og 8 lokale lister).

Gennem en indholdsanalyse af disse indlæg, suppleret med øvrige valg-tilkendegivelser om

sundhedsvæsenet i valgkampen 19.9. - 19.11. i Frederiksborg Amtsavis har vi skabt grundlaget for det efterfølgende "femte fremtidsværksted" for lokalpolitikere.

A B C E F G K M Q V Z



Poul Nørgaard, 56 år, lektor og leder af Det Demokratiske Arbejderparti. Han er medlem af Folketinget og formand for Landsforeningen af Arbejdere i Helsevæsenet.



Ole Nøddebo, 55 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



John Fritvad Jacobsen, 54 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



Vivi Bruun, 41 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Hun er medlem af Folketinget.



Flemming Støber, 55 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



Peter Risbo, 58 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



Per Kjær, 55 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



Aida Andersen, 57 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Hun er medlem af Folketinget.



Jørgen Jacobsen, 57 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



Thor Pedersen, 56 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.



Erik Jensen, 56 år, er formand for Sundhedsudvalget og lektor ved Helsehøjskolen i Helsingør. Han er medlem af Folketinget.

Mangler, der må afløres

Der er en række mangler, der må afløres, hvis vi skal sikre et sundhedsvæsen af høj kvalitet. Disse mangler er: 1. Manglende personale, 2. Manglende udstyning, 3. Manglende økonomi, 4. Manglende samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Folkestyret skal fungere i praksis

Folkestyret skal fungere i praksis, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Skal stadig være rart at bo i Helsingør

Skal Helsingør stadig være et rart sted at bo, så skal der være en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Skøvheder der må ændres

Skøvheder, der må ændres, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Borgerliges »betonblok« må brydes

Borgerliges »betonblok« må brydes, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Ikke guld - men håb om grønne skove

Ikke guld, men håb om grønne skove, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Kommunal produktion

Kommunal produktion, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Ind for bredt samarbejde over midten

Ind for bredt samarbejde over midten, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Et kristent livs- og menneskesyn

Et kristent livs- og menneskesyn, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Den stabile udvikling må sikres

Den stabile udvikling må sikres, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Mindre bureaukrati, mere frihed

Mindre bureaukrati, mere frihed, og det kræver, at der er en klar ansvarshenvisning mellem de forskellige myndigheder. Dette kan sikres ved at etablere et tæt samarbejde mellem de forskellige myndigheder.

Citat FAA 13.11.85.

KRITIK

På samme måde, som tilfældet var i fremtidsværkstederne, har vi sammenfattet lokalpolitikernes tilkendegivelser om krav og mangler i kritik-stikord. Først de kritikker der prioriteres af både borgerlige, socialistiske og øvrige lister:

1. Ikke tilstrækkeligt med valgmuligheder for de ældre m.h.t. pleje og omsorg (23 indlæg)
2. Sygehusvæsenet er for centraliseret (19 indlæg)
3. Sundhedsvæsenet udnytter de begrænsede ressourcer forkert (17 indlæg)

4. Manglende samordning af praktiserende læger, kommunal social- og sundhedsforvaltning og sygehusvæsen (15 indlæg)
5. Manglende brugerindflydelse (14 indlæg)
6. For lidt opsøgende og forebyggende arbejde (11 indlæg)
7. Manglende åbenhed i beslutningsprocesserne og manglende information af borgerne (9 indlæg)
8. Urimeligt at skære ned på hjemmeplejen (8 indlæg)
9. For lange ventelister og for megen ventetid på sygehusene (7 indlæg)
10. Manglende brug af ny teknologi til bedre betjening af borgerne (5 indlæg)

Hertil kommer en række kritikker, som formuleres af deltagere fra både borgerlige og socialistiske lister, men ikke fra de øvrige:

11. For få plejehjemspladser og beskyttede boliger (10 indlæg)
12. Manglende decentralisering af sociale institutioner (7 indlæg)
13. Ledig kapacitet på sygehusene (6 indlæg)
14. For lidt satsning på hjælp til selvhjælp (5 indlæg)
15. Vi lytter ikke nok til de praktiserende læger og det øvrige lokale sundhedspersonale (5 indlæg)
16. Patienter udskrives fra sygehus før det nødvendige sikkerhedsnet er parat i primærkommunerne (4 indlæg)
17. Manglende tilbud om undersøgelse og behandling i nærmiljøet (4 indlæg)
18. Utilstrækkelig offentlig transport til sygehusene (3 indlæg)

19. Uacceptable ventetider på hjemmehjælp og anden omsorg (3 indlæg)

Tre kritikpunkter samler tilslutning både fra repræsentanter for **socialistiske** og **øvrige** lister:

20. Stop for sundhedsskadelig produktion (5 indlæg)

21. Nej til nedskæringer i sundhedsvæsenet (5 indlæg)

22. Frikommuneloven udnyttes ikke nok til fordel for brugerne af sundhedsvæsenet (3 indlæg)

Hertil kommer en lang række indlæg, der kun samler tilslutning fra deltagere fra en af de tre politiske grupperinger. Vi bringer dem alle og fremhæver punkter med tre indlæg eller flere. Først fra de **socialistiske** lokalpolitikere:

23. Statens nedskæringer i bloktilskud svækker det lokale sundhedsarbejde

24. Manglende muligheder for efteruddannelse for sundhedspersonalet

25. Karensdagen er urimelig og må afskaffes

26. Forringelser af det sociale netværk

27. Dyr teknologi står ubenyttet på hospitalerne

28. For dårligt at der stadig er 4-5 sengs-stuer på sygehusene

29. Der mangler klagenævn i sundhedsvæsenet

30. Vi mangler arbejdsmedicinsk klinik

31. Psykiatrisk rådgivning savnes lokalt

32. Urimeligt at ikke alle sundhedsydelser er gratis

33. Urimeligt at hjemmeboende pensionister ikke kan få hjælp af ergo- og fysioterapeuter fra plejehjem
34. Uhensigtsmæssigt at sundhedssager er placeret i socialforvaltningen
35. Manglende sammenhængende sundhedsplanlægning i lokalsamfundet
36. Sundhedsvæsenet finder ikke frem til årsagerne til sygdom
37. Urimeligt at plejehjemsbeboere ikke er med i kommunal tandpleje
38. Karlitlofter i kommunale institutioner må udskiftes med et sundhedsgodkendt materiale

De **borgerlige** deltagere i valgkampen føjer disse kritikpunkter til:

39. **For megen formynderi**
40. **Foringelser af familiens vilkår**
41. Vi mangler en præst tilknyttet sygehuset
42. Manglende rådgivning i forbindelse med abort
43. Ingen aflastningspladser på plejehjem
44. Mangel på lokal alkohol-rådgivning
45. Urimeligt at plejehjemsbeboere ikke frit kan vælge praktiserende læge
46. Der mangler mulighed for at give plejetilskud til pårørende, der passer syge i hjemmet

Endelig kan listen over kritik-stikord afsluttes med disse punkter fremsat i indlæg fra repræsentanter fra **øvrige** opstillede lokalpolitikere:

47. Urimeligt at bygge "social-paladser", når der skæres i service til børn og ældre

48. For meget bureaukrati
49. Lægevidenskaben reducerer mennesket til bio-kemisk arvmasse
50. Den udbragte mad til pensionister er for dyr
51. Genindfør pensionist-skovturen
52. Manglende aldersintegrerede institutioner fra 0 - 99 år
53. Dårlig service på det nye Dybendal Sygehus.

Frederiksborg Amts Avis

Amtet vil sælge operationer på Dybendal til rige amerikanere

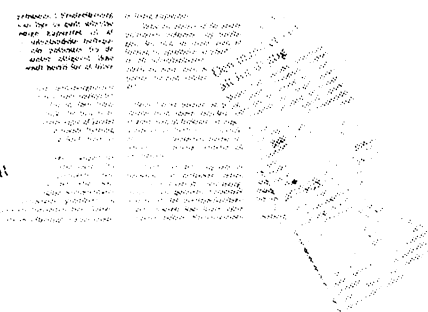
Meget billigere hos os, siger Bent Løber

Protester mod planer om at sælge sygehuskapacitet.

Danskere skal først have ret til ledige senge

Skaber uro om den borgerlige politik, siger V-spidskandidat

Bent Løber forstår ikke modstanden



FANTASI

På fremtidsværkstederne udvalgte deltagerne selv et antal kritikpunkter, som de arbejdede videre med i retning af mere eller mindre utopiske løsninger. Her har vi til sammenligning været henvist til at indholdsanalysere artikler i **Frederiksborg Amtsavis**, der vedrører de punkter, der udløste kritik på tværs af de lokalpolitiske grupperinger. På den baggrund kan vi formulere fem målsætninger, der var lokalpolitikernes sundhedspolitiske hovedtemaer i valgkampen.

En aktiv ældrepolitik med døgnpleje, plejehjem og beskyttede boliger

Kritikpunkt nr. 1 ("Ikke tilstrækkeligt med valgmuligheder for de ældre m.h.t. pleje og

omsorg") må ses i sammenhæng med punkt 8 ("Urimeligt at skære ned på hjemmeplejen"), punkt 11 ("For få plejehjemspladser og beskyttede boliger") og punkt 19 ("Uacceptable ventetider på hjemmehjælp og anden omsorg").

Der er almindelig enighed om, at "De ældre skal have mulighed for at blive i eget hjem, så længe de selv vil." Målsætningen er af nogle formuleret som "Aktiv ældrepolitik", og vejen til målet udpeges af de fleste som en udvidelse af den primærkommunale hjemmehjælp og hjemmesygepleje - ofte med sigte på en egentlig døgnpleje. Dog understreges det som regel, at døgnplejen skal være et tilbud og altså ikke fuldstændig erstatte plejehjem og beskyttede boliger.

I Ølstykke kommune går man et skridt videre ved helt at undlade at oprette plejehjem. Døgnplejen skal i stedet sammenkædes med et centralt "Omsorgscenter" samt avanceret kommunikationsudstyr, der sikrer konstant kontakt med den vagthavende sygeplejerske. Denne løsning støder dog på politisk modstand: "Det kan ikke være meningen, at borgere efter et langt liv må forlade vor kommune, hvis de ikke længere kan blive boende i eget hus", skriver centrumdemokraternes spidskandidat i Ølstykke, og kandidater fra andre kommuner understreger, at døgnpleje ikke må hindre udbygning af plejehjem og beskyttede boliger.

Andre frygter, at plejehjemsbeboerne vil blive "glemt" i forbindelse med døgnplejeordninger og kræver bl.a. at plejehjemsbeboerne skal have samme rettigheder som hjemmeboende, f.eks. "Selv vælge læge", "Større samspil mellem plejehjem og det omgivende samfund" og oprettelse af "Eldreråd", så man ikke skal "Deponere sin selvtillid hos de professionelle hjælpere."

Tilbud om undersøgelse og behandling
i nærmiljøet

I forbindelse med kritikpunkt nr. 2 ("Sygehusvæsenet er for centraliseret") dukker der ofte selvkritik op blandt politikerne: "Det har godt kunnet pine mig, at vi byggede sygehuspaladser", siger den nuværende amtsborgmester og tilføjer: "Jeg mener institutionerne hører til i lokalsamfundet og skal være kunder hos de lokale handlende".

På det sociale område er der bred enighed om at imødegå de tilsvarende kritikpunkter nr. 17 ("Manglende tilbud om undersøgelse og behandling i nærmiljøet") og nr. 12 ("Manglende decentralisering af sociale institutioner") gennem regionalisering af funktioner. Men hvad med sygehusene?

Her er der stor uenighed både mellem partierne og internt i partierne. Holdninger og visioner følger geografisk placering i højere grad end partifarve. Hørsholms borgmester, der samtidig sidder i amtsrådet, kræver således garanti for, at Hørsholm sygehus ikke blot bevares, men også "Renoveres og komme op på samme standard for alle sine afdelinger som sygehusene allerede har i Helsingør og Frederikssund".

Hørsholm-borgmesteren nævner derimod ikke sygehuset i Frederiksværk, som han selv var med til at nedlægge i amtsrådet. Denne beslutning er stærkt medvirkende til, at den daværende formand for amtets sygehusudvalg ikke genopstilles for partiet Venstre, hvis lokale kandidater bl.a. kræver genåbning - i det mindste af røntgenafdeling og skadestue. Det afvises dog af de toneangivende amtspolitikere.

Selvom der såvel i sygehusplanen som i valgkampen lægges megen vægt på decentralisering, anvendelse af de små sygehuse som "Fremskudte laboratorier", hvor speciallæger kan foretage forundersøgelser og efterbehandling, finder lokalpolitikere ikke på disse kritikpunkter frem til konkrete løsninger. Måske, som det tørt konstateres, fordi "Til syvende og sidst drejer hele sagen sig om penge".

Modernisering uden at sætte sociale goder over styr

Penge er også nøgleordet i diskussionen af kritikpunkt nr. 3 ("Sundhedsvæsenet udnytter de begrænsede ressourcer forkert"). Det skorter ikke på løsninger på målsætningsplanet. Foruden overskriften til dette afsnit, som er et citat fra en kandidat for Det radikale Venstre, tales bl.a. om at "Skære der, hvor det er forsvarligt, uden at ramme socialt forkert", at "Satse på de ældre, fordi der bliver færre børn", og at "Gratisydelse, som i høj grad kommer højtlojnnede til gode bør omvurderes".

Frederiksborg amtsråd har allerede gennemført omfattende omlægninger og rationaliseringer i sygehusvæsenet, der tidligere var blandt de dyreste i landet. Ca. 10 pct. af sengene er nedlagt og andre 10 pct. er omdannet til korttidssenge og ambulante funktioner. Mange ser gerne denne tendens fortsat, og debatten om dette emne får for alvor tilført kød og blod, da den daværende amtsborgmester lancerer en vision om "At sælge vores service i stedet for at skære ned": konkret at tilbyde udlændinge hofte- og knæledsoperationer "For under halvdelen af den pris, der betales i udlandet".

Denne fremtidsvision, der udspringer af kritikpunkt nr. 13 ("Ledig kapacitet på sygehusene") støder dog imod et andet højtprioriteret kritikpunkt i valgkampen, nemlig nr. 9 ("For lange ventelister og for megen ventetid på sygehusene").

"Borgere i Frederiksborg Amt, der er på venteliste, kan ikke forstå, at man nu kan gå ud og sælge sygehusplads til udlændinge", siger en socialdemokratisk borgmester. Hvis der er ledig kapacitet, må danskerne "Eventuelt fra andre amter" komme først. Eller behandlingen må lægges om, så folk med andre skavanker kan komme til.

Denne valgkampens næststørste enkeltsag kædes derved i avis-debatten sammen med valgets allerstørste sundhedspolitiske diskussions-emne: lukningen af 25 senge på amtets fysiurgiske sygehus i Esbønderup. Denne sag har også nogle selvstændige visionære aspekter, som kan sammenfattes i målsætningen:

**Bedre samordning ved at
gennemføre sygehusplanens intentioner**

I diskussionen om Esbønderup er det ikke længere muligt for lokalpolitikerne at søge problemerne løst inden for den enkelte sektor. Netop sektor-grænserne mellem primærkommune og amtskommune illustrerer problemerne omkring kritikpunkt nr. 4 ("Manglende samordning af praktiserende læger, kommunal social- og sundhedsforvaltning og sygehusvæsen"), der igen hænger snævert sammen med kritikpunkt nr. 16 ("Patienter udskrives fra sygehus før det nødvendige sikkerhedsnet er parat i primærkommunerne").

Overfladisk set er nedlæggelsen af 25 senge på det fysiurgiske hospital i Esbønderup

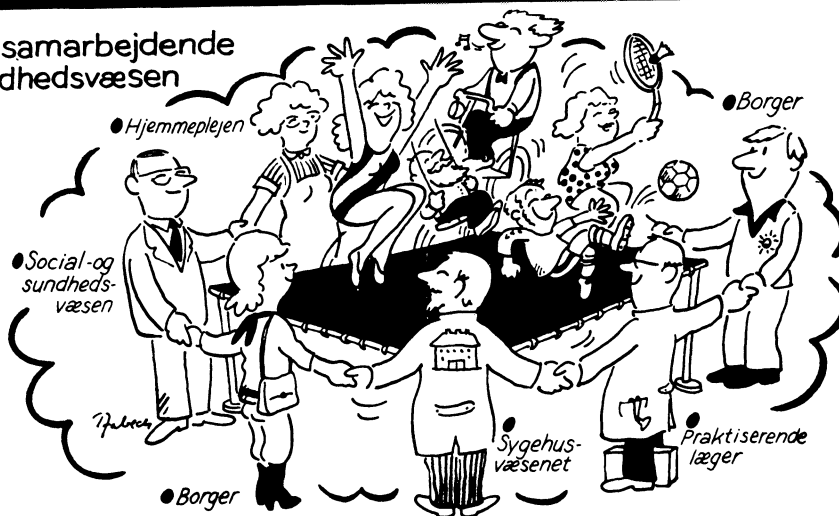
en banal sag om omprioritering af ressourcer, idet primærkommunerne opfordres til at tage mere aktiv del i efterbehandlingen, og der samtidig oprettes aflastningssenge på andre sygehuse. "Den behandling, som kan udføres lokalt, enten på lokalsygehus eller endnu bedre i eget hjem, skal finde sted der", siger formanden for sygehusudvalget, der i beslutningen ser en konkret udmøntning af sygehusplanens decentraliserings-filosofi.

Sygehusformandens fortolkning af sygehusplanens intentioner imødegås dog af lokalpolitikere, bl.a. fra hans eget parti: "Beboerne i denne del af amtet føler, at Venstres tanker og holdninger til decentralisering ikke opfyldes ved at flytte behandlingen til større centrale enheder". Desuden peges på det "Efterbehandlings-tomrum", som opstår, fordi primærkommunerne ikke automatisk får bevillinger til at klare de nye genoptrænings-opgaver.

Alle er enige om, at dette problem må løses i sundhedspolitikken: "Ingen skal føle sig tvunget hjem fra sygehus før der foreligger en forsvarlig pleje i egen bolig eller på plejehjem". Men hvordan forbedres det komplicerede samspil mellem praktiserende læger, der indlægger i et tempo, som sygehusene ikke kan følge med til, og som betyder hurtigere udskrivninger til hjemmeplejen, som ikke har kapacitet til det, hvilket giver flere indlæggelser fra praktiserende læger o.s.v.?

Sådan vil vi gøre det bedre

Det samarbejdende
sundhedsvæsen



Citat fra Sp 84

I et indlæg foldes løsningen på problemet ud i en vision om "Lokale sundhedscentre", hvor alle sundhedsinstanser samles under et tag. Foruden den nuværende behandling og pleje skal der drives forskning og "Findes frem til årsagerne til sygdom". Herudover indskrænker de fleste lokalpolitikere sig til at kræve målsætningen i sygehusplanen om "Det samarbejdende sundhedsvæsen" opfyldt, og til at beklage, at amtets sygehuse "Simpelthen ikke er gode nok til at samarbejde med kommunerne".

Hjælp til selvhjælp gennem borgerinvolvering og information i lokalsamfundet

Med hensyn til kritikpunkt nr. 5. ("Manglende brugerindflydelse") kan der skabes bred tilslutning til "At pensionisternes forhold forbedres ved at de selv drages mere aktivt ind i planlægningen af deres egen tilværelse",

f.eks. gennem oprettelse af "Eldreråd". Brugerindflydelse på dette område må ses i sammenhæng med ønsket om at formulere en "Aktiv ældrepolitik" og give brugerne flere valgmuligheder.

Spørgsmålet om brugerdeltagelse sammenkædes ofte med kritikpunkt nr. 6 ("For lidt opsøgende og forebyggende arbejde"). Lige fra højre til den yderste venstre fløj tales for, at forebyggende aktiviteter "er sunde investeringer" og målet i social- og sundhedsvæsenet bør være "Hjælp til selvhjælp".

Men de forskellige lister lægger ikke samme indhold i slagordene. De borgerlige lister taler om "Omprioritering" og "Afinstitutionalisering", så vi får "Bedre service uden større skatter". Der tales om familien, som stedet, hvor der må sættes ind, og advares imod misbrug af generelle ordninger. Det opsøgende arbejde skal integreres i det nuværende system uden nynormeringer, og sundhedspædagogik må endelig ikke føre til "Formynderi".

Fra de socialistiske lister handler selvhjælp mere om "Det sociale netværk" og "Lokale initiativer, der kan udvikle sig gennem naboskabet". Vel at mærke ikke som alternativ til professionel indgriben, men som et supplement: "Der må afsættes penge til det." Venstre fløjen kræver bl.a. efteruddannelse af sundhedspersonalet og sundhedsspørgsmål udlagt fra socialforvaltningen til særlige administrative enheder i kommunen. Desuden ønsker de - støttet af repræsentanter fra lister uden for partierne - oprettelse af "Brugergrupper", "Sociale Forbrugerråd" og "Klagenævn".

Sådanne krav om basisdemokratiske organer får dog ikke samme brede politiske opbakning som ønsket om "Åbenhed i beslutningsproces-

serne" og "Bedre information til borgerne", jvf. kritikpunkt nr. 7.

Blandt de toneangivende lokalpolitikere er der tilfredshed med det repræsentative demokrati og en vis frygt for "Højtråbende mindretal". Men der tales en del om "Bedre information gennem høringer og borgermøder", at "Kommunen skal forsøge sig med en informationsmedarbejder" og at "Ny teknik må indføres for en bedre betjening af borgerne". Der tænkes her især på en forenkling og smidiggørelse af papirarbejdet, bl.a. gennem udnyttelse af administrative edb-systemer, jvf. kritikpunkt nr. 10.

Organisatorisk konkretiseres behovet for nye, nære informationskanaler i forslag til decentralisering af forvaltningen, f.eks. det såkaldte "Lokalområdeprojekt" i Birkerød kommune. Her søges forvaltningen udlagt til lokale teams af medarbejdere, som skal skabe større overskuelighed og i langt højere grad involvere borgerne. Under valgkampen afholdes bl.a. et borgermøde om projektet, og i avisindlæg får projektet "grønt lys" fra et enigt socialudvalg.

Også ønsker om "Medborgerhuse" og "Væresteder" indgår i valgkampen i 15 af de 19 primærkommuner i Frederiksborg. Men vel at mærke ud fra et fritidspolitisk synspunkt. Kun i to tilfælde henviser lokalpolitikere til sådanne huse som sundhedsfremmende - i begge tilfælde er der tale om pensionistsamlingssteder.

slutningsgrundlag. Bl.a. derfor opbygges et netværk af stående udvalg, hvoraf de vigtigste i denne forbindelse er amtets sygehusudvalg, primærkommunernes socialudvalg og sygesikringslovens § 23 stk. 2-udvalg, der skal koordinere social- og sundhedsplanlægningen. I Frederiksborg amt er § 23 stk. 2-udvalget udvidet, så der er ligelig repræsentation fra amt og primærkommuner.

Herudover findes et virvar af fællesudvalg, administrative udvalg og ekspertgrupper med repræsentanter for de sundhedsprofessionelle - især lægerne. Normalt har sådanne ekspert-organer stor vægt i beslutningsprocesserne, men det hænder at politikerne vælger at "køre dem over". Under valgkampen kritiseres amtets sygehusudvalg f.eks. for at nedlægge senge på Esbønderup sygehus, før et særligt udvalg har afgivet sin indstilling. Flertals-politikerne svarer straks igen ved at nedsætte et nyt særligt udvalg og sætte embedslægen og et konsulentfirma til at undersøge forholdene. Uden at det dog får umiddelbare konsekvenser for den politiske beslutning om nedlæggelse af de 25 senge på Esbønderup sygehus.

Denne brug af udvalg som "lynafledere" i beslutningsprocessen bliver også mere almindelig i primærkommunerne. Her er det typiske dog stadig, at embedsmændene og kommunalbestyrelsens stående udvalg udarbejder planerne selv, for derefter eventuelt at sende dem til borgermøder eller høring. Under valgkampen inddrages et eksempel på denne virkeliggørelsespraksis i Helsingør kommune. Her indkaldes pensionisterne til en såkaldt "Ældrekonference", der - som det understreges af socialudvalgsformanden - "ikke er et vælgermøde". På konferencen må arrangørerne beklage, at byrådet netop har skåret døgnplejen ud af social-

udvalgets budgetforslag. Det får oppositionen i kommunen til at ironisere over arrangementet og kæde nedskæringerne sammen med en anden beslutning i byrådet: bevilling af et to-cifret millionbeløb til et nyt socialrådhus (kaldet "Social-palads") på bekostning af "Bedre pleje af de ældre".

En forholdsvis ny måde at virkeliggøre handlingsplaner på sundhedsområdet er nedsættelse af projektgrupper og gennemførelse af forsøgsordninger. I den forudgående valgperiode har mange primærkommuner benyttet denne metode, bl.a. med støtte fra Helsefonden og Socialministeriets forsøgsudvalg. Meget tyder på at denne praksis vil blive styrket i fremtiden. Frederiksborg er "friamt" under frikommuneloven og i SP 84 tilkendegives, at amtsrådet vil stille midler til rådighed for forsøgsordninger i samarbejde med primærkommunerne.

Informationsteknologi

Kun 7 politiker-indlæg i valgkampen omhandler informationsteknologi direkte, bl.a. i forbindelse med bedre borgerbetjening, efteruddannelse af personalet og en advarsel imod "Hybridnettet som nyt prestigeprojekt".

Det kan dog ikke tages som udtryk for maskinstormer-tendenser i Frederiksborg amt, der tværtimod er førende på edb-området. Allerede i 1972 begyndte amtsrådet systematisk at satse på ny teknik, og i modsætning til de fleste andre danske kommuner har Frederiksborg udviklet de fleste systemer selv. Målet er, at brugerne i institutionerne skal være med til at vælge funktionerne. Politikerne ønsker bl.a. afskaffelse af papirarbejde gennem anvendelse af elektronisk post, og bedre

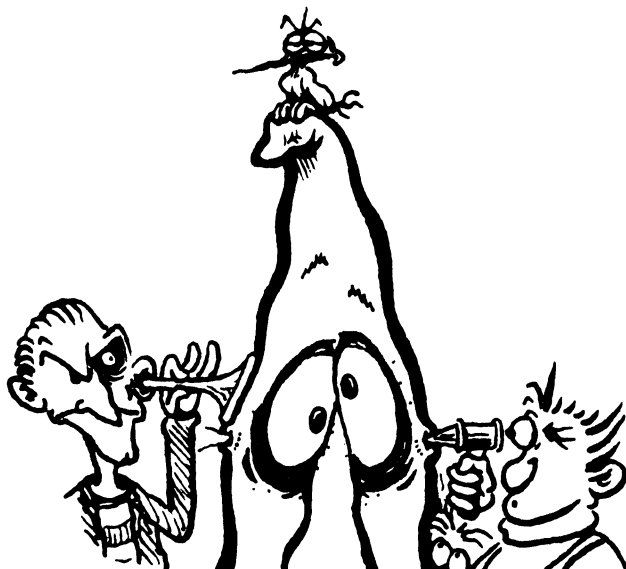
styringsmuligheder gennem edb-programmel til edb-registrering af aktivitetsoplysninger.

Det nye Dybendal sygehus, der indvies midt under valgkampen, satser kraftigt på computerbaserede medier, f.eks. til booking af sengepladser, elektronisk overvågning af hjerte-patienter, energistyring og patient-registrering. Der er planer om etablering af et lokalt data-net og edb-registrering af ambulante patienter. I forhold til primærsektoren tilbydes edb-udskrifter af indlæggelsesforløbet, som patienterne kan få adgang til hos den praktiserende læge.

Udviklingen i primærkommunerne er meget uensartet. I hjemmeplejen arbejdes med nødkaldeanlæg hos brugerne, bilradio og mobile anlæg til de vagthavende hjemmesygeplejersker. Enkelte kommuner afprøver Kommunedatas hjemmehjælpsystem, der omfatter et booking-system, som registrerer klienter (CPR-oplysninger), klienttyngde og personalets arbejdstid. Med hensyn til kommunikative funktioner har bl.a. Frederiksværk kommune bevilget penge til et lokal-net, som hurtigt kan overføre data imellem de enkelte forvaltninger, som er spredt rundt om i byen.

Hidtil har der ikke været tale om systematisk inddragelse af brugerne i teknologivurderingen. I stedet gøres en del ud af at informere borgerne. I Helsingørskommune afholdt byrådet eksempelvis under valgkampen en teknologi-udstilling i anledning af postkontorets 125 års jubilæum. Her fik lokalbefolkningen lejlighed til at se, hvilke oplysninger kommunen ligger inde med i sit personregister om den enkelte borger. Byrådet understregede i den forbindelse, at "Der ikke må opstå et svælg mellem den grad af viden, som et fåtal har mulighed for at skaffe sig, og den viden, de øvrige borgere har".

I samme øjemed har amtsrådet bevilget penge til udstillingsvirksomhed vedrørende det højteknologiske sygehusvæsen og bl.a. produceret en video-film, der - ifølge sygehusdirektøren - "er fremstillet for at neddæmpe den frygt for offentlig registrering, som mange mennesker nærer".



EVALUERING

Vi har i dette kapitel analyseret valgkampen som et "virkelighedens fremtidsværksted" - et autentisk eksempel på det kommunale demokrati i praksis. Lokalpressens dækning kan betragtes som repræsentativ for forløbet, idet alle opstillede lister har fået adgang til avis-spalterne - om end under 50 pct. af spidskandidaterne har benyttet lejligheden til at ytre sig om sundhedsspørgsmål.

I forhold til de "rigtige" fremtidsværksteders **kritikfase** er det karakteristisk, at politikerne kun i begrænset omfang pointerer mangler i sundhedsvæsenet. Indlæg har typisk form af krav til ændringer, hvoraf hovedparten er begrundet i brugernes behov eller økonomisk nødvendighed.

Med hensyn til visioner har politikerne sværere ved at slippe jordforbindelsen end deltagerne i fremtidsværkstedernes **fantasifase**. Dette grundsyn udtrykkes således af en af

de opstillede kandidater: "Fantasi er godt at have, men det er også godt at kunne skelne mellem fantasi og fantasteri".

Selve kampen om stemmerne kan give uventede muligheder for **virkeliggørelse**. Ihærdige lokalpolitikere fra Frederiksværk er således lige ved at få en genåbning af skadestuen på det nedlagte sygehus i forbindelse med besættelsen af borgmesterposten i amtsrådet. På samme måde møder medborgerhuse pludselig stor velvilje, selvom de ikke har kunnet realiseres før valgkampen. Men ellers er det småt med konkrete handlingsforslag. Det hænger sammen med frygten for at blive bundet op: "Vi ønsker ikke at give valgløfter, der ikke kan realiseres", skriver en kandidat, og flere andre tilføjer: "Til gengæld holder vi altid de løfter, vi giver."

Sammenfattende kan vi om indholdsanalysen af valgkampens avisindlæg konkludere, at i relation til emnet Kommunikation i Sundhedsvæsenet kan metoden nok supplere, men ikke erstatte fremtidsværksteder. Der opnås ikke den samme dybde i debatten, bl.a. fordi lokalpolitikerne i den offentlige debat har mange andre emner og interesser at tage hensyn til.

Efterord:

Om forskningsprojektet

Dette er 1. delrapport fra forskningsprojektet Helse-tjenestens Anvendelse af Computerassisterede Kommunikationsmidler. Projektet udføres 1.8.1985 - 31.12.1986 af forskere på Roskilde Universitetscenter i samarbejde med hjemmepleje-personale i Helsingørskommune i Frederiksborg amt. Projektet finansieres af Statens samfundsvidenskabelige Forskningsråd.

Formålet med projektet er:

- A) At gennemføre en proaktiv teknologivurdering af muligheder og begrænsninger i helsetjenestens anvendelse af computerassisterede kommunikationsmidler.
- B) At kvalificere grundlaget for indførelse af ny teknologi - herunder vilkårene for inddragelse af personale, patienter og andre brugere i innovationsprocessen.
- C) At bidrage til den sociologiske teoriudvikling om kommunikation i komplekse organisationer ved hjælp af metoder til måling af behov for information og teknologi.

Fremtidsværkstederne indløser den del af problemstillingen, der vedrører måling af behov. I forlængelse heraf gennemføres ved spørgeskema og deltagende observation analyser af den faktiske kommunikation mellem hjemmepleje-personalet, brugerne og de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Desuden gennemføres i efteråret 1986 en vurdering af konkrete tekniske og organisatoriske værktøjer til afhjælpning af de påviste problemer og imødekommelse af de påviste behov.

Den afsluttende rapport, der sammenfatter de tre niveauer af undersøgelsen, forventes offentliggjort i begyndelsen af 1987.

Litteratur

Almind G. **Forebyggende arbejde med småbørnsfamilier i almen praksis og sundhedspleje.** Holbæk 1984

Bengtsson S. **Toftegårdsprojektet - forsøg med ny struktur indenfor pleje og omsorg i Århus Kommune 1981-1983.** Århus 1984.

Betænkning 809: **Prioritering i sundhedsvæsenet.** København 1977.

Birkerød kommune. **Lokalområdeprojektet: Forslag til organisatorisk og faglig struktur indenfor social- og sundhedsforvaltningen.** 2. oplæg. Birkerød 1985.

Birn L., Sanderhoff T. **Ændring og udvikling af ældreomsorgen** (blå serie nr. 9, Komiteen for Sundhedsoplysning). København 1983.

Frederiksborg Amts Avis 19.9. - 19.11.1985.

Frederiksborg amtskommune. **Hjælpeformidling i Frederiksborg amtskommune.** Esbønderup 1984.

Frederiksborg amtskommune. **Sygehusplan 1985-1996: SP 84.** Hillerød 1985.

Harbeck C. m.fl. **Forebyggende arbejde i et boligområde** (grøn serie nr. 9, Komiteen for sundhedsoplysning). København 1982.

Hendriksen C. m.fl. **Rødovre-projektet: En 3-årig ældreundersøgelse.** Rødovre 1985.

Hogarth J. **Glossary of Health Care Terminology.** København 1978.

Jungk R., Müllert N. **Håndbog i fremtidsværksteder.** København 1984.

Launsøe L, Jensen H.M. **Sundhedsarbejde på tværs - en analyse af primær sundhedstjeneste og alternativt sundhedsarbejde i en dansk kommune.** København 1980.

Lund A.B. **Informationsbehov og lokalsamfund.** København 1980.

Olsén P, Nielsen B.S. **Fremtidsværksteder: Fra resignation og tavshed til kritik og fantasi. Udkast 1983: 11(1):1-23.**

Polak F.P. **Prognostics.** Amsterdam/London/New York 1971.

Rytter K. **Rådgivergruppen i det forebyggende arbejde.** (grøn serie nr. 12, Komiteen for Sundhedsoplysning). København 1983.

Skævinge kommune. **Omlægning og samordning af ældreområdet i Skævinge kommune.** 2. delrapport. Skævinge 1985.

Socialforskningsinstituttet. **Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste** (publikationerne 92, 97, 196 og 119). København 1979-83.

Socialforskningsinstituttet. **Forbrugerundersøgelse i den primære sundhedstjeneste** (publikationerne 114, 124 og 125). København 1983-84.

WHO. **Sundhed for alle i år 2000.** København 1985.

Ølgod J. m.fl. **Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen III: Forbrugerindflydelse.** København 1984.

Ølstykke kommune. **Rapport over Døgnhjemmeplejeordning i Ølstykke kommune.** Ølstykke 1985.