

Vestegnsprojektet

Erfaring fra indsatser rettet mod sårbare borgere og patienter med type 2 diabetes og KOL - set i tværsektorielt perspektiv

Såbarrapport 2

Januar 2013

Rapporten er udarbejdet af Lise Dyhr, Mette Nielsen, Morten Finneman og Christine Wex og godkendt af Vestegnsprojektets styregruppe

Kapitel 1. Baggrunden for inddragelse af sårbare borgere i Vestegnsprojektet	3
Kapitel 2. Hvad er der sket i projektperioden?	4
Hvem taler vi om - og taler vi om samme?	4
Sårbarhedsbegrebet og den første såbarrapport	5
To hovedspor for inddragelse af sårbare borgere i Vestegnsprojektet	8
Vestegnsprojektets fortsatte aktiviteter	8
Sundhedspædagogik og patientrettede aktiviteter	8
Hvad lærte projektet os?	11
Fortsætter projektet?	13
Projekt Shared Care mellem socialpsykiatri, almen praksis og distriktspsykiatri	15
Hvad lærte projektet os?	16
Fortsætter projektet?	17
Kapitel 3. Hvad har vi lært?	18
Sårbarhedsbegrebet	18
Har den første sårbarhedsrapport fungeret som et dynamisk værktøj for Vestegnsprojektet?	19
Projektorganisering og metodisk tilgang	19
Tænk over den interne organisering og ledelse	19
Vær tålmodig og lær hinanden at kende.....	20
Fokus på sundhedspædagogik.....	20
Kapitel 4. Hvad vil vi gerne give videre.....	21
Vær opmærksom på egen organisering.....	21
Tag højde for, at sårbare borgere og patienter ofte har flere sygdomme.....	21
Nødvendigheden af tværsektorielt samarbejde og det sårbare sundhedsvæsen	21
Hvorledes forankre udviklingsaktiviteter til drift?.....	23
Ulighed i sundhed og borgerens/patienternes stemme?	23
Sundhedspædagogisk tilgang.....	23
Kapitel 5. Perspektivering	26
Sundhedsvæsenet skal tilpasses patienterne.....	26
Ledelsesmæssige udfordringer ved tværsektorielt samarbejde	26
Kan ICF-klassifikationssystemet anvendes til at "tale samme sprog" i rehabiliteringssammenhæng?.....	28
Litteratur.....	30

Kapitel 1. Baggrunden for inddragelse af sårbare borgere i Vestegnsprojektet

Samordningsudvalget på Glostrup Hospital tog i 2009 initiativ til projektet "Sammenhængende sundhedstilbud på Vestegnen" – også kaldt Vestegnsprojektet. Projektet involverede Glostrup og Hvidovre Hospital i samarbejde med Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj og Vallensbæk kommuner samt områdets ca. 130 praktiserende læger. Projektets udgangspunkt var implementering af forløbsprogrammer for KOL og type 2 diabetes, som blev udviklet på baggrund af sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Forløbsprogrammerne skal understøtte patienter med kronisk sygdom i mobilisering og udnyttelse af egne ressourcer. Forløbsprogrammerne skal også sikre, at sundhedsvæsenet med patienten i centrum og på tværs af sektorer, tilbyder relevant sundhedsfaglig behandling i forløbet af den kroniske sygdom.

Vestegnsprojektet havde som et af sine formål, at have et særligt fokus på såkaldte sårbare borgere og borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Målet var, at alle borgere skulle kunne profitere af de tilbudte forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Dette fokus blev bl.a. begrundet i, at der er en relativ høj sygelighed af type 2 diabetes og KOL samt risikoadfærd blandt borgere på Vestegnen, ligesom den demografiske sammensætning i de involverede kommuner er præget af socialt belastede borgere og en relativ høj andel af borgere med indvandrerbaggrund (Region Hovedstaden, 2010). Med bevilling fra Forebyggelsespuljen i 2010 kunne Vestegnsprojektet arbejde med sårbarområdet.

I denne rapport opsamles de erfaringer, der i løbet af de 3 år Vestegnsprojektet har kørt er gjort med at inddrage sårbare borgere. Erfaringerne præsenteres ud fra følgende overskrifter:

- Hvad er der sket?
- Hvad har vi lært?
- Hvad vil vi gerne give videre?
- Har vi fået øje på ny dokumenteret viden (litteratur) indenfor området?

Vi håber, at sundhedsprofessionelle, projektmagere, administratorer og beslutningstagere kan blive inspireret af vore erfaringer og drage nytte heraf.

God læselyst!

Kapitel 2. Hvad er der sket i projektperioden?

Forudsætningen for at inddrage sårbare borgere i aktiviteterne var, at Region Hovedstadens Forebyggelsespulje i 2010 tildelte Vestegnsprojektet midler til indsatsen.

Der blev søgt midler til at gennemføre 3 indsatsområder:

- Indsamling af baggrundsviden og opstilling af henvisningskriterier. Baggrunden var, at de fleste henvisningskriterier er sygdomsrelaterede (graden af sygelighed) og således ikke tager højde for eksempelvis sociale faktorer. Det vides, at visse grupper af socialt sårbare har en øget sygelighed og risikofyldt sundhedsadfærd, herunder at kontakt til sundhedsvæsenet sker af akutte årsager og altså ikke med forebyggende sigte. Vor viden er dog stadig sparsom, idet der ikke er undersøgt for alle relevante sociale faktorer, ligesom der kan være andre forhold på spil af kulturel og relationel art. Formålet med denne indsats blev derfor at undersøge, hvilke muligheder der er for at komme i kontakt med de borgere, som kun har sporadisk kontakt til sundhedsvæsenet med henblik på at udbrede budskabet om de tilbud, der er. Der blev søgt om midler til analyse og afklarende arbejde.
- Indsamling af sundhedspædagogisk erfaring igennem patientrettede aktiviteter. Et første skridt var at henvende sig til borgere med tyrkisk og pakistansk baggrund med type 2 diabetes i form af et kulturelt tilpasset patientuddannelsesforløb. Samtidig blev det besluttet at øvrige indsatser også skulle udfordre tid, sted og indhold samt tænke i rekruttering af deltagere til aktiviteterne.
- At håndtere og arbejde med sårbare borgere er for personalet i de tre sektorer en faglig og måske også personlig udfordring. Vestegnsprojektet ønskede derfor at tilbyde kompetenceudvikling af personalet i de tre sektorer.

Vestegnsprojektets styregruppe nedsatte en arbejdsgruppe, der skulle beskæftige sig med området. Arbejdsgruppen (kaldet sårbargruppen) bestod af repræsentanter fra kommunerne, hospitaler og almen praksis samt projektledelsen. Repræsentanterne bidrog med konkrete praksisnære erfaringer fra mødet med sårbare og med viden om emnet. Det var Vestegnsprojektets styregruppe, der enten godkendte eller bad om yderligere kvalificering af arbejdsgruppens indstillinger om igangsættelse af aktiviteter.

Hvem taler vi om - og taler vi om samme?

Implementeringsaktivitet af forløbsprogrammerne indeholder mange udfordringer af såvel praktisk, som af strukturel og kulturel karakter. Disse udfordringer beskrives i Vestegnsprojektets øvrige evalueringsrapporter (findes på www.sundpåvestegnen.dk), og Vestegnsprojektets styregruppe og aktører var meget optaget heraf det første års tid i projektet – og

det var vanskeligt at finde plads til et særligt fokus på sårbare borgere, idet fokus var på det strukturelle, som eksempelvis at etablere rehabiliteringstilbud og henvisningsmuligheder. Udfordringen med sårbare borgere blev dog italesat i forbindelse med udarbejdelse af den henvisningsseddel, de praktiserende læger og hospitalerne skulle anvende ved henvisning til rehabiliteringstilbud i kommunalt regi. Man kunne således i punkt 8 (se nedenfor) krydse en evt. sårbarhed af og eller formulere denne i fritekst, således at den kommunale forløbskoordinator kunne tage højde herfor i sin visitation.

8. Særlige forhold (sæt venligst kryds)		Nej (kryds):
Ja - hvilke?	Gangbesvær / Handicaps:	Læse- skrivevanskeligheder:
Fremmedsprog(hvilket):	Anden sårbarhed i forhold til aktuelle tilbud:	

Diskussioner på styregruppemøderne viste dog, at begrebet sårbarhed var meget diffust og blev opfattet forskelligt af de forskellige deltagere – også på tværs af sektorielt tilhørsforhold. Man ”læned sig” op af allerede eksisterende aktiviteter, som især var rettet mod etniske minoriteter; blandt andet videreførte diabetes-ambulatoriet på Glostrup Hospital deres tilbud for fremmedsprogede. Det blev hurtigt klart, at der var behov for en afklaring af, hvem de sårbare borgere var og hvilke behov de havde. Det var således nødvendigt at finde et fælles fodslag for at iværksætte en målrettet indsats i regi af Vestegnsprojektet. Styregruppen besluttede derfor at afklare begrebet på en operationel måde. En måde som tog højde for forskellige opfattelser og forskellige tværsektorielle interesser, og som samtidig gav handleanvisninger.

Sårbarhedsbegrebet og den første sårbarrapport

Således fik sårbargruppen under Vestegnsprojektet opgaven at belyse feltet ”sårbarhed” på Vestegnen. Gruppen skulle endvidere indsamle baggrundsviden om sårbare patienter på Vestegnen og beskrive, hvorledes feltet udfordrer den sundhedsprofessionelle indsats ved implementering af forløbsprogrammerne for type 2 diabetes og KOL. Rapporten skulle bidrage til en systematik og målrettethed i Vestegnsprojektets tilgang til at arbejde med sårbare borgere og patienter samt gøre udfordringen håndterbar.

Det var altså nødvendigt at konkretisere sårbarhedsbegrebet idet det også i litteraturen anvendes i flere betydninger og oftest i meget generelle vendinger ude af lokal kontekst. Sundhedsstyrelsen introducerede blandt andre begrebet i 2005 i publikationen ”Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb”. En publikation, hvor ”Kronikermodellen”, som er udgangspunktet for Forløbsprogrammerne, blev introduceret. I denne model fremhæves blandt andet betydningen af et sammenhængende sundhedsvæsen (samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis)

og at patienten får et "medansvar" for eget helbred, idet det forventes, at patienten yder en såkaldt egenomsorg. Egenomsorg defineres i denne publikation som:

"Individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærdsændringer, som følger med at leve med en kronisk sygdom" (Jørgensen, S.J., 2005, s.61).

Ifølge Sundhedsstyrelsen indebærer det, at

"sundhedssystemet må være gearret til at inddrage borgerne/patienterne og give dem medbestemmelse og ansvar i forhold til den behandling de får – og **der bør skabes muligheder også for sårbare patienter som "pga. personlige, sociale eller etniske forhold ikke skønnes i stand til at fastholde behandling og gennemføre adfærdsændring (udøve egenomsorg)." (Jørgensen, S.J., 2005 s.61)**

Med andre ord har nogle borgere/patienter, i nogle tilfælde, måske livslangt brug for en ekstra "hjælpende hånd" til at gennemføre adfærdsændring og udøve egenomsorg.

Da sårbargruppen ikke fandt egnede og håndterbare definitioner i litteraturen, valgte man derfor, som også andre lokale projektmagere, sin egen definition tilpasset den aktuelle kontekst. Der blev valgt en bred definition for at kunne indfange alle relevante borgere og relationer mellem patient/borger, almen praksis, sygehuse og kommuner på Vestegnen:

Sårbare patienter er patienter med Type 2DM og eller KOL, der er dysregulerede og/ eller ikke sundhedsfagligt optimalt behandlede.

Sårbargruppen indsamlede herefter systematisk praksisnær data fra alle tre sektorer i form af interviews. Der blev foretaget en strategisk udvælgelse af interviewpersoner, således at disse dels havde en viden om og erfaring med emnet og dels afspejlede en så stor variation som muligt. Det blev tilstræbt at indsamle et datamateriale, som indfangede emnets komplekse natur og variationer fra forskellige faggrupper og aktører¹.

Data blev herefter bearbejdet ud fra aflytning af båndoptagelser og delvis transskriberet materiale, fra notater undervejs i interviewet, samt interviewpersonernes skriftlige tilbagemelding. Den enkelte dataindsamler har herefter foretaget åben kodning, og derefter påbegyndt kategorisering af de fundne indikatorer vedrørende det sociale hændelsesforløb. Kategoriseringen var knyttet til, hvad det vil sige at det være sårbar i betydningen *dysreguleret /ikke fagligt optimalt behandlet*.

På møder blev kategoriseringerne herefter, udfordret, og der blev dels påbegyndt identifikation samt kortlægning af eventuelle mønstre og sammenhænge mellem dynamiske begreber (aksialkodning). Efterfølgende inddrog man eksisterende undersøgelser og litteratur til at nuancere og udfordre gruppens egne resultater.

¹ Arbejdet var inspireret af et aktionsforskningsperspektiv med en metodologisk tilgang inspireret af Grounded Theory

Ved analyse af de indsamlede data blev der fundet 4 overordnede kategorier af sårbarhed. De 4 kategorier, hvoraf de 3 førstnævnte er patient/ borgerrelaterede, er:

1. Medicinsk sårbarhed, her f.eks. comorbiditet eller multisygdom
2. Psykosocial (kulturel) sårbarhed
3. Sygdomsspecifik sårbarhed (komplikationsgrad og sygdommens naturhistorie²) og
4. Det sårbare sundhedsvæsen

Med afsæt i litteraturen og de indsamlede data, blev der ud fra emnernes tyngde og den opmærksomhedsgrad, emnet var tildelt af interviewpersonerne, foreslået aktiviteter rettet mod at imødegå de nævnte aspekter af sårbarhed:

- Psykosocial og kulturel sårbarhed
 - inddragelse af netværk og pårørende i undervisningstilbud
 - støtte og vejledning til pårørende
 - diabetesskole, version 2 med individuel tilgang
 - opsøgende aktiviteter - åben vejledning, udgående team
 - eksempelvis Brøndby Strand-projektgruppe vedrørende udsatte kvinder med indvandrerbaggrund
 - genvejssygeplejerske
 - sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL og rygestophold for etniske minoriteter
- Psykiatri
 - samarbejde med Psykiatrisk Center Glostrup, socialpsykiatri i kommuner og distriktpsikiatri om f.eks. opsporing, medicinering og håndtering af flere diagnoser
 - samarbejde med Psykiatriens Samordningsudvalg om fælles indsatser
 - samarbejde med interesseorganisationer, eksempelvis "Psykisk sårbar"
- Det sårbare sundhedsvæsen
 - kompetenceudvikling af personale; eksempelvis hjemmepleje og jobcenter
 - deltagelse i andre aktiviteter (eksempelvis Fælles Skolebænk) at udvikle samarbejdsmodellen
 - afprøvning af påmindelses-sms'er
 - afprøvning af breve eller e-mails, der minder patienten på at huske at komme til kontrol hos alment praktiserende læger

² Sygdommens naturhistorie: sygdommens karakteristik og udvikling uden behandling

Rapporten *"Vestegnsprojektet: Sårbare borgere og patienter med T2DM og KOL – indsamling og kortlægning af området med henblik på at optimere den sundhedsprofessionelle indsats ved implementering af forløbsprogrammerne"*, som uddyber ovenstående blev godkendt af styregruppen i november 2010 og kan læses i fuld længde på projektets hjemmeside (www.sundpåvestegnen.dk).

To hovedspor for inddragelse af sårbare borgere i Vestegnsprojektet

På baggrund af resultaterne fra den første sårbarhedsrapport mødtes sårbargruppen med Vestegnsprojektets formandskab om den fremtidige indsats på området. Vestegnsprojektets styregruppe og sårbargruppe havde løbende drøftet hvilke indsatser der skulle igangsættes. Sårbargruppen sendte forslag i høring og til godkendelse i styregruppen, hvilket medførte en aktiv stillingtagen til valget af de igangsatte aktiviteter. Dette har betydet, at det har været et klart tilvalg at udvikle, tilbyde og afprøve mange forskellige former for aktiviteter.

Styregruppen godkendte i juni 2011, to år efter projektets opstart, formandskabets og sårbargruppens indstilling om, at arbejde med to hovedspor i resten af Vestegnsprojektets levetid (1,5 år). De to hovedspor var:

1. Sundhedspædagogik og borgerrettede aktiviteter for sårbare borgere. Til at stå for de mange konkrete aktiviteter blev der ansat en projektmedarbejder med sundhedsfaglig baggrund udover, at medlemmer fra sårbargruppen samt Vestegnsprojektets projektledelse og sekretariat også deltog
2. Udvikling af en Shared Care Model mellem distriktspsykiatri, socialpsykiatri og almen praksis. Udover deltagelse fra Vestegnsprojektets projektledelse og sårbargruppen, blev der ansat en sundhedsfaglig projektleder (fra sårbargruppen) og en ekstern proces-moderator

Vestegnsprojektets fortsatte aktiviteter

I det følgende beskrives Vestegnsprojektets to hovedaktiviteter i sårbarindsatsen: sundhedspædagogik og patientrettede aktiviteter samt shared care i psykiatrien.

Sundhedspædagogik og patientrettede aktiviteter

Formålet med delprojektet blev i opstarten beskrevet således:

"Sårbarindsatserne skal udvikle ideer og metoder til, hvordan de sundhedsfaglige indsatser i forløbsprogrammerne kan målrettes og tilbydes de sårbare borgere. Evalueringen bliver i form af erfaringsopsamlinger, tolkninger og refleksioner."

Udvikling af patientuddannelse med fokus på sundhedspædagogik for sårbare borgere blev omdrejningspunktet for aktiviteterne og havde som antagelse at styrke patienternes evne til egenomsorg gennem deltagelse for derved at skabe relationer. Aktiviteterne blev gennemført med fokus på borgerrettede aktiviteter, forskellige former for rekruttering til tilbud, men indeholdte også kompetenceudviklende aktiviteter for patientundervisere:

Indsatser med fokus på rekruttering, inddragelse og fastholdelse af målgruppen (ca. 320 personer deltog i de forskellige aktiviteter):

- Tyrkiske og pakistanske patientskoler – diabetes – på Glostrup Hospital
Medicinsk afdeling på Glostrup Hospital har udarbejdet en mindre og kulturelt tilpasset udgave af den almindelige diabeteskole med færre deltagere samt brug af konkrete fysiske undervisningsredskaber og -billeder (torso, vareprøver, mellemmåltider, mm).
- 4 workshops i beboerhus i Brøndby Strand – pakistansk, tyrkisk, arabisk og dansk
I samarbejde med de lokale netværkskoordinatorer fra NetværksKontoret i Brøndby Strand har Vestegnsprojektet afholdt tre arrangementer med fokus på forebyggelse af type 2 diabetes – et på pakistansk, et på dansk, et på tyrkisk og et på arabisk.
- Sundhedsbazar i beboerhus i Ishøj og Høje Tåstrup
Den første sundhedsbazar var arrangeret i et samarbejde mellem Vestegnsprojektet, Ishøj Kommune samt de lokale boligforeninger, og blev holdt i Vejlåparken. En diætist gav råd og vejledning om gode kostvaner til bazarens gæster, og deltagerne kunne møde en sygeplejerske, og få målt blodsukker og lungefunktion. En rygestopinstruktør som fortalte om rygestop og en fysioterapeut med tyrkisk baggrund, havde særlig god kontakt til nogle af borgerne med anden etnisk baggrund end dansk. Et par studerende fra Suhrs, som var i praktik i beboerhuset, målte borgerne og beregnede deres BMI.
- Workshop-eftermiddag i bosted for psykisk sårbare - Vestervænget i Taastrup
Arrangementet blev udviklet og gennemført i et tæt samarbejde mellem Vestegnsprojektet, medarbejdere og beboere på Vestervænget samt "Det sociale netværk". Målet med eftermiddagen var at øge viden og handlekompetence hos beboerne og at styrke samarbejdet mellem de forskellige aktører i psykiatrien og somatikken, for derved at kunne styrke behandlingen af psykisk sårbare med KOL og type 2 diabetes. Forhenværende statsminister Poul Nyrup Rasmussen deltog fra Det sociale netværk, og var et stort trækplaster.

Arrangementet har banet vejen for to patientskoler på Vestervænget:

- Diabeteskole for psykisk sårbare – Vestervænget i Tåstrup
 - KOL-skole for psykisk sårbare – Vestervænget i Tåstrup
- Diabetesundervisning og træning for kvinder i moske i Hvidovre

Via en projektsygeplejerske i Hvidovre Kommune fik vi en aftale i stand med imamen for moskéen.

- Samarbejde med Albertslund KOL-forening om temaeftermiddag på Rådhuset
- 2 diabetes-caféer på Albo plejecenter i Albertslund
- Indkøb af lungefunktionsmålere til alle kommuner og uddannelse i brug af lungefunktionsmålere

Indsatser med fokus på samarbejde og kompetenceudvikling (ca. 130 personer deltog i de forskellige aktiviteter):

- Fælles ansvar – samarbejde om psykisk sårbare patienter
Temamøde i et samarbejde mellem almen praksis i Hvidovre Kommune, Vestegnsprojektet og Hvidovre Kommune. Målgruppen var almen praksis, socialpsykiatri, distriktspsykiatri, projekter for udsatte borgere, socialsygeplejersker fra hospitalerne m.fl. med hovedfokus på Hvidovre kommune.
- Ansættelse af sundhedsfaglig projektmedarbejder målrettet sårbare aktiviteter
Vestegnsprojektet ansatte en projektmedarbejder for at styrke fokus på de patientrettede aktiviteter i forhold til sårbare borgere.
- Samarbejde med 'Sundhed på dit sprog'³
Etniske sundhedsformidlere, som via Vestegnsprojektet fik styrket deres kompetencer i forhold til KOL og rygestop. En KOL-sygeplejerske underviste dem en formiddag, og 4 sundhedsformidlere fik rygestopinstruktøruddannelse.
- Temamøde om sundhedspædagogik
Temamøde for patientundervisere og sundhedskonsulenter fra Vestegnskommunerne. De arbejdede en eftermiddag med erfaringer og viden om, hvad der virker i forhold til sårbare borgere i undervisningssituationen. Mødet resulterede i en række gode tips og vejledninger.
- Samarbejde med medicinalfirmaet Lilly om undervisning og udbredelse af diabetesspil
Ved en diabetessygeplejerske fra Amager Hospital tilbød Lilly undervisning i deres diabetesspil. En repræsentant fra alle kommunerne deltog og fik et spil med hjem.

³ 'Sundhed på dit sprog på Vestegnen' - et samarbejde mellem 6 kommuner på Københavns Vestegn har uddannet et korps af sundhedsformidlere, der selv har anden etnisk baggrund end dansk. (Ikke en del af Vestegnsprojektet) Sundhedsformidlerne er inddraget i Vestegnsprojektets aktiviteter – særligt i forhold til rekruttering og generel sundhedsoplysning. Baggrunden for konceptet er 'Social learning theory' som bl.a. omfatter begrebet 'Peer education' – dialog og vidensformidling gennem fælles kulturel baggrund. Sundhedsformidlerne er uddannet i at formidle sundhed med en pædagogisk tilgang, der tager afsæt i deltageres forståelse af sundhed og sygdom. Projektets aktiviteter forventes at fortsætte i de kommende år.

- Fyraftensmøde for personale i kommunerne med fokus på type 2 diabetes
Vestegnsprojektet inviterede hjemmeplejen, koordinerende sygeplejersker og visitatorer fra de syv Vestegnskommuner til fyraftensmøde om type 2 diabetes og forløbsprogrammerne. På mødet var der information om forløbsprogrammerne, en opdatering af ny viden om type 2 diabetes, og der blev arbejdet med inddragelse af borgernes egne ressourcer og handlekompetencer.
- Afvikling af 6-ugers uddannelsesforløb med fokus på lungefunktionssygdomme
Forløb for patientundervisere fra kommunerne, og 7 sygeplejersker og terapeuter deltog. Forløbet kvalificerede underviserens kompetencer både i forhold til lungesygdomme og sårbare borgere, såvel som ikke-sårbare borgere.
- Fælles skolebænk og Sygdomsspecifik kompetenceudvikling (udbudt af Region Hovedstaden)
Det regionale tilbud om "Fælles skolebænk" og sundhedspædagogik handlede om at give deltagerne mere viden om hinandens arbejdsområder og øget vidensniveauet om KOL og type 2 diabetes og sundhedspædagogik.

Hvad lærte projektet os?

Vestegnsprojektet har med udgangspunkt i den første sårbarrapport og andres erfaringer afprøvet forskellige metoder til at inddrage sårbare borgere. Vi har ingen måder at "måle" deltagerens udbytte af indsatserne på, da udgangspunktet for indsatserne var enkeltstående udviklingsaktiviteter. Men alligevel har projektet gjort sig mange værdifulde erfaringer. Vestegnsprojektets brug af egne netværk og relationer har muliggjort de mange aktiviteter og hermed givet erfaring i at arbejde på tværs af den traditionelle struktur og faglighed i sundhedstrekanten. Her kan nævnes informationsmøderne om type 2 diabetes i en cafe i Brøndby Strand, hvor der blev samarbejdet med netværkskoordinatorer, etniske sundhedsformidlere og sygeplejersker. Vestegnsprojektet har fået erfaring med at udfordre den måde, hvorpå sundhedsprofessionelle møder patienter og borgere på. Det handler blandt andet om at udfordre tid, sted og indhold af rehabiliteringsindsatserne. Overordnet set gælder det, at aktørerne i Vestegnsprojektet har fået et grundlag for den fremtidige dialog om sårbare borgere – både med hinanden og med patienter og borgere.

Arbejdet har resulteret i en række erfaringer. Erfaringerne er opdelt i underliggende temaer:

Styrkelse af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

- Det er vigtigt at etablere tværsektorielt samarbejde om udvikling og sparring. Vi havde fokus på samarbejdet mellem hospital og kommuner i forhold til gruppebaseret undervisning idet medarbejderne i denne del af aktiviteterne havde afsæt i de to sektorer. Eksempelvis er der etableret kontakt til og samarbejde med ledere af beboerhuse. Almen praksis bør være repræsenteret i projektgruppen, såfremt denne

del skal udvikles, på grund af de forskellige rammer for arbejdet i de tre sektorer, hvor almen praksis bl.a. har det individuelle udgangspunkt.

Tilpasse tilbuddene til målgruppen

- For at sikre rekruttering er det vigtigt, at sundhedstilbuddene har lokalt afsæt. Mange af de sårbare mistes, når forløbene kræver lægehenvielse, da målgruppen kan have svært ved at finde rundt i sundhedsvæsenet.
- Giv det tid
- Vigtigt at kunne tilbyde individuelle tilbud til borgere, der ikke har ressourcer til at indgå på hold.
- Åbne tilbud med løbende optag.

Kontakte, motivere og fastholde målgruppen gennem netværk og personlige relationer

- Målgruppen reagerer ikke på annoncer og flyers, og rekruttering virker bedst gennem mund til øre
- Vær synlig, hvor målgruppen er, dvs. ofte i foreninger og aktiviteter, hvor målgruppen deltager, herunder job- og socialcentre
- Det er godt at have konkret kendskab til aktiviteter og sociale kontakter i lokalområderne
- Tillidsforhold er alt afgørende. Afhold indledende samtale, og kontakt og mind om mødegange. Opfølgning ved manglende fremmøde - hør hvad der er kommet i vejen
- Der skal afsættes mere tid af til den ansvarlige for patientskolen i forhold til at sikre fremmøde. Det kan eksempelvis være nødvendigt at ringe rundt til borgerne for at orientere om datoer og tidspunkt - næsten fra gang til gang

Udvikle frontpersonalets kompetencer

- Både undervisningserfaring og sundhedsfaglig baggrund er vigtig, ligesom kendskab til sårbarområdet, patienternes forudsætninger og forskelligheder også er væsentlig

Målrættede pædagogiske tilgange og metoder

- En anerkendende tilgang til målgruppen er betydningfuld. Byg på ressourcerne hos deltagerne og deres netværk samt viden fra evt. fagpersoner. Fortsæt med at rose og værdsætte konkrete handlinger hos deltagerne.
- Inddrag netværk og familie (særligt familie ved etniske minoriteter)
- Vær tydelig i forventningsafstemning med deltagerne.
- Nå ind til det personlige niveau. De borgere, der intellektualiserer, har ofte sværere ved at ændre sundhedsadfærd
- De sårbare har ofte andre og store problemer - og derfor er der ikke plads til at give sygdom opmærksomhed. Det betyder, at en helhedsorienteret og tværfaglig tilgang er nødvendig, for at støtte de sårbare borgere med at få hjælp til nogle af de største problemer. Dette for at give plads til, at borgerne kan skabe forandringer i hverdagslivet og give eget helbred opmærksomhed.

Fortsætter projektet?

Det centrale i disse aktiviteter er, at der er etableret netværk og kendskab på tværs af såvel sektorer som indenfor kommune og hospital. Der er skabt viden og en sundhedspædagogisk tilgang, som den enkelte patientunderviser, sygeplejerske og sundhedskonsulent inddrager i sit konkrete arbejde. Det kan beskrives som elementer i en modningsproces, hvor vi på forskellige måder og med forskellige midler styrker opmærksomheden og den individuelle tilgang i forhold til sårbare borgere og patienter. De nævnte aktiviteter har i sagens natur været af projektkarakter. Det har ikke været muligt at danne sig et overblik over, hvorledes de enkelte aktiviteter fastholdes og eventuelt sættes i drift eller gentages som projekter. Det er oplyst, at Glostrup Hospital, på trods af svingende deltagerantal, efter projektperiodens ophør fortsat tilbyder diabetesskole til patienter med tyrkisk baggrund. Fortsættelsen sker ud fra et ønske om at tilbyde målgruppen et skoletilbud, der giver mulighed for netværksdannelse og erfaringsudveksling deltagerne imellem.

Øvrige erfaringer fra aktiviteterne er eksempelvis, at sundhedsformidlerne kan undervise i rygestop. Lederen af beboerhuset har en indgang til sundhedscenteret, og kan arrangere forebyggende aktiviteter eller "henvise" en borger. I opstartsfasen til et nyt sundhedshus i Albertslund Kommune anvendes Vestegnsprojektets erfaringer med at inddrage aktører bredt, og indtænke "ud af huset-aktiviteter". Kontakten til en moské i Hvidovre Kommune indgår i SundhedsCenterets fremtidige aktiviteter. Patientunderviserne er opmærksomme på betydningen af, at alle føler sig hørt og set den første gang. Patientunderviserne har erfaret, at det er vigtigt at forholde sig aktivt til sundhedspædagogik og tage stilling til hvil-

ke metoder, der egner sig til en given målgruppe. Derudover vil erfaringer bringes videre i et projekt vedrørende shared care mellem social- og distriktskykiatri samt almen praksis, hvor et element af dette projekt vil være patientrettede aktiviteter (udbygning heraf følger).

Projekt Shared Care mellem socialpsykiatri, almen praksis og distriktspsykiatri

Det andet delprojekt var Shared Care I psykiatrien. Delprojektet var inden sin start beskrevet med baggrund, formål, målgruppe, metode og tidsplan og afrapportering. Efterfølgende er der udarbejdet en delrapport, som beskriver projektet. Det følgende bygger på delrapporten: "Rapport om udviklingsprojektet Shared Care for psykiatriske patienter med KOL og type 2 diabetes". (Thorsen, T & Dyhr, L., 2012)

Projektet har arbejdet med udvikling af en model for øget samarbejde mellem almen praksis, kommuner og distriktspsykiatri på Vestegnen for patienter med en psykiatrisk diagnose og type 2 diabetes og/eller KOL og/eller i risiko for udvikling heraf. I det følgende oprindes projektets baggrund.

- Det er veldokumenteret, at psykiatriske patienter har en overdødelighed og øget sygdomsrisiko af KOL og type 2 diabetes. Årsagerne er komplekse. Eksempelvis udgør patientgruppens sundhedsadfærd og eventuelle medicinske behandling med psykofarmaka en risiko for udvikling af livsstilssygdomme (eksempelvis hjertekarsygdomme og sukkersyge), ligesom rygning delvist kan betragtes som en form for selvmedicinering. Det er derfor af stor betydning, at der er et relevant og optimalt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og de dele af det øvrige sundhedsvæsen, som er ansvarlige for behandling og rehabilitering af patienter med KOL og type 2 diabetes, og livsstilssygdomme i øvrigt. Fra politisk og sundhedsfagligt hold peges da også på behovet for en udvikling af dette samarbejde i form af såkaldt Shared Care til gavn for patienterne (Ugeskrift for Læger, 2011, s.22)
- Vestegnsprojektets sårbarhedsrapport peger på behovet for at iværksætte en målrettet indsats for at sikre, at også patienter med en psykiatrisk diagnose får lige adgang til behandling, rehabilitering og forebyggende tilbud, hvilket også opridses i det regionale Forløbsprogram for hhv. type 2 diabetes og KOL. Et af de foreslåede indsatsområder er at sikre og udbygge relevante samarbejdsrelationer mellem de tre aktører i sundhedstrekanten (kommune, almen praksis og hospital) for at mindske den systemskabte sårbarhed.
- Behandlingspsykiatrien har i stigende grad fokus på livsstilssygdomme, idet der nu som led i Den Nationale Kvalitetsstrategi systematisk udføres blodprøver med henblik på opsporing af f. eks diabetes og risiko for udvikling af anden livsstilssygdom.
- Det antages, at der ikke sker en nødvendig og forpligtigende videndeling på tværs af sektorgrænser, og at patientgruppen ikke altid får kontakt til relevante sundhedsprofessionelle. Endvidere er det en antagelse, at de sundhedsprofessionelle i de tre sektorer i sundhedstrekanten, kan have behov for kompetenceudvikling.

Formålet er beskrevet som at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer relevant informationsudveksling og ansvarsplacering mellem aktører i sundhedstrekanten, således at psykiatriske patienter med KOL, type 2 diabetes og/eller i risiko for udvikling heraf, modtager

optimal medicinsk og sundhedsfremmende behandling. Modellen har afsæt i konkrete erfaringer fra patienter, praktiserende læger, distriktpsychiatri og socialpsychiatri i Glostrup, Albertslund og Brøndby kommuner, og projektet er gennemført i 2012.

For at gøre afsættet så virkelighedsnært som muligt blev der først indhentet patientdata, som blev brugt til at konstruere cases til drøftelse på en workshop mellem repræsentanter fra almen praksis, distriktpsychiatri og socialpsychiatri, hvor i alt 33 deltog. Disse tre parter vurderede herefter faglige problemstillinger i de fremlagte cases og overvejede, hvordan man kunne forklare de iagttagede problemstillinger, og ikke mindst hvordan man kunne kvalitetsudvikle samarbejdet.

Projektledelsen og en procesmoderator bearbejdede herefter workshopens resultater til en række forslag til opgaver i og imellem de tre parter samt hos projektledelsen. Forslagene blev finpudset og godkendt på et møde med nogenlunde de samme deltagere som til workshoppen, og herefter blev opgaverne igangsat.

Efter opgaveperiodens udløb indsamledes data om erfaringer og resultater. Disse var derefter udgangspunktet for workshop 2, hvor stort set samme deltagere udformede projektets endelige anbefalinger til et fremtidigt udviklingsarbejde, og til hvordan de tre parter i behandlingstrekanten fremover kan arbejde sammen om psykiatriske patienter med KOL eller type 2 diabetes.

Herudover blev Shared Care i Psykiatrien og kendskab til kommunernes tilbud drøftet på lægelaugsmøder i kommunerne.

Hvad lærte projektet os?

Projektet viste god nytteværdi i – og positive forventninger til – et større samarbejde mellem de tre parter i behandlings- og rehabiliteringstrekanten. Det er nyttigt at lære hinanden at kende – lige fra at få sat ansigter på dem, man ellers kun taler med i telefonen eller udveksler informationer med elektronisk, og til at vide, hvilke opgaver og beføjelser samarbejdspartneren har og ikke har. Det er nyttigt for behandling og rehabilitering, at der udveksles relevante informationer om hjælpe- og behandlingsforanstaltninger, om medicinering mm., fordi dette muliggør en optimal håndtering.

En række faktorer er væsentlige i forhold til implementering af projektet om shared care. Blandt andet var projektperioden kort, antallet af patienter inden for projektets specifikke fokusområde var lille, og personalemangel og ressourceknaphed har været et faktum hos nogle af de parter, vi har bedt om medspil. Det har været vilkårene for et lille udviklingsprojekt som dette. Det har medført en begrænset empiri, uden at dette dog skønnes at invaliderede projektets konklusioner og anbefalinger. Et væsentligt problem, som er afdækket i projektforløbet, og som påvirker mulighederne for et godt samarbejde, er de begrænsede kommunikationsmuligheder. Det er svært at sende meddelelser til hinanden elektronisk; fax eller brev er ikke i alle tilfælde en mulighed; telefonkontakt besværliggøres af, at der

ikke altid er en relevant modtager i den anden ende. Dette kommunikationsproblem medfører, at relevant viden ikke bliver udvekslet mellem parterne. Endvidere synes samarbejdet i nogle sammenhænge at være vanskeliggjort af kravet om samtykkeerklæringer fra borger/patient – eller måske af en usikkerhed om rækkevidden eller fortolkningen af dette krav.

Den indsamlede dokumentation i dette projekt og projektdeltagernes overvejelser lægger op til en række forslag til tiltag, som kan fremme shared care for den patientgruppe, som er omhandlet af dette projekt – og vel sagtens for andre patientgrupper, hvor socialpsykiatri og distriktspsykiatri er aktører foruden almen praksis:

- Det gensidige kendskab til hinanden i socialpsykiatri, distriktspsykiatri og almen praksis bør forstærkes (personalekendskab, kendskab til muligheder, beføjelser og begrænsninger). Dette kan ske gennem dagsordenpunkter på regelmæssige møder og i nyhedsbreve og på hjemmesider
- Tilgængeligheden til hinanden bør styrkes ved udveksling af direkte telefonnumre og andre kontaktdata. Disse informationer kan ligge på de i forvejen eksisterende hjemmesider, som bruges af parterne, eller ved udsendelse af lister.
- Informationsudveksling om specifikke patienter bør forbedres. Det anbefales, at parterne anvender de skabeloner og modeller, der er afprøvet i dette projekt, eller at de hver især producerer "kravspecifikationer" til de andres informationer.
- De elektroniske kommunikationskanaler bør udvides og tilpasses, sådan at gensidig formidling af informationer ikke hindres eller begrænses til skade for samarbejdet og en optimal behandling.
- Kravet til samtykkeerklæringer fra de berørte borgere/patienter bør være afklaret, så alle parter handler på sikker juridisk grund
- Det kan anbefales, at lignende projekter benytter sig af en ekstern procesmoderator, som ikke har særinteresser i den ene eller den anden løsning på et problem, og som altså kan se problemstillinger udefra på en uhildet måde.

Fortsætter projektet?

Ja. Det er lykket projektet at få tildelt støtte til at udbrede projektet til flere kommuner og distriktspsykiatrier over de næste 2 år, og der fortsat vil arbejdes videre med de skitserede opmærksomhedspunkter i det nye projekts regi. Projektet vil endvidere have mulighed for at iværksætte patientrettede aktiviteter og hermed videreføre erfaringer fra det første hovedspor i Vestegnprojektets aktiviteter rettet til sårbare borgere

Kapitel 3. Hvad har vi lært?

Vestegnsprojektet havde som et af sine erklærede mål at have "et særligt fokus på sårbare patienter/borgere". Vestegnsprojektets styregruppe, interessenter og udøvere havde fra starten mange ønsker og forestillinger om, hvad denne indsats kunne bestå af, ligesom der var forskellige opfattelser af, hvad sårbarhedsbegrebet dækkede. Derudover var projektet optaget af at etablere sig mere generelt. Det var derfor nødvendigt at skabe et værktøj som kunne anvendes til at handle mere målrettet og velovervejet. Dels for at indsatsen ikke skulle drukne i alle de andre aktiviteter, der skulle etableres og sættes i gang, og dels for at sikre en overensstemmelse blandt de forskellige aktører i samarbejdstrekanten om, hvilke indsats, der var behov for i vores lokale kontekst og ikke mindst, hvilke vi skulle prioritere. Den første sårbarhedsrapport blev et sårbarhedsbegreb defineret og der blev opstillet forslag til indsatsområder. I det følgende skal vi foretage nogle erfaringsopsamlinger af den samlede indsats.

Sårbarhedsbegrebet

Det er vores vurdering, at den aktuelle indkredsning af sårbarhedsbegrebet til at omfatte borgere med dysregulation af en af de to sygdomme, gjorde udfordringen mere konkret, ved at sætte den ind i den konkrete og lokale sundhedsfaglig kontekst. Samtidig var den så tilpas bred, at vi ikke på forhånd udelukkede borgere og eller aktører, der måtte have en mening og eller erfaring herom. Det afdækkede dog også, at måske især kommunerne havde behov for et mere udvidet begreb, idet også ansvaret for den primære forebyggelse er en vigtig del af deres indsats. Det betød at aktiviteterne (her overvejende kaldet sundhedstilbud) også kom til at omfatte borgere, der var i risiko for at udvikle en af de to sygdomme. Sårbarhedsbegrebets opdeling i 4 kategorier var nyttigt, idet det gjorde udfordringerne mere konkrete og lettere at tale om, herunder at finde egnede metoder til at imødegå udfordringer knyttet hertil. Resultaterne afspejlede også det forhold, at begrebet er kontekstafhængig og at sårbarhed og social udsathed er nært forbundne, når vi taler om rehabilitering.

Som bl.a. Finn Diderichsen skriver:

"Når man taler om sårbare grupper handler det således om grupper, hvor der systematisk sker en ophobning af årsager, som øger sårbarheden af effekten af en given sygdomsårsag... Alle mennesker kan i perioder af deres liv være sårbare pga. interagerende sociale og helbredsmæssige problemstillinger. Dette sker hyppigere i lavere sociale lag. Sårbare mennesker affinder sig oftere med flere helbredsproblemer end andre." (Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C., s. 183, 2011).

Har den første sårbarhedsrapport fungeret som et dynamisk værktøj for Vestegnsprojektet?

Det er vores vurdering, at rapporten bidrog til, at fokus kunne rettes mod konkret og aktiv handlen. Dels var de forskellige aktørers eventuelle forskellige perspektiver tilgodeset i processen, dels var det besluttet, at indsætterne skulle rummes indenfor rapportens rammer. Udfordringen blev mere håndterbar og rapporten gav et fælles billede af udfordringerne.

Rapportens formål var også at danne sig et overblik over sårbare borgere med KOL og type 2 diabetes. Dette lykkedes ikke indenfor Vestegnsprojektets rammer. Dels kræver det adgang til registerdata, herunder data fra datafangst i almen praksis⁴, hvilket der ikke var ressourcer til. Dels lykkedes det heller ikke Vestegnsprojektet at etablere bæredygtig kontakt til andre aktører i f.eks. regionalt regi, som kunne bistå hermed. Det betyder, at vi ikke kender alle sårbare borgere med type 2 diabetes og KOL og/eller personer med risiko for udviklingen heraf på Vestegnen. Vi kender heller ikke deres ønsker og behov. Men vi har haft kontakt med flere end tidligere og hermed fået en erfaring fra mødet med målgruppen. Det er opfattelsen, at det manglende systematiske overblik, herunder det forhold, at patienternes stemme kun sporadisk er blevet hørt, har svækket Vestegnsprojektets indsats overfor sårbare borgere. Det er også vores opfattelse, at det ville have krævet en indsats fra andre ledelsesniveauer end den aktuelle i Vestegnsprojektet, samt mange flere ressourcer og kompetencer end Vestegnsprojektet besad for at løfte denne opgave.

Projektorganisering og metodisk tilgang

I det følgende diskuteres Vestegnsprojektets egen projektorganisering og metodiske tilgang til indsatsen om inddragelse af sårbare borgere.

Tænk over den interne organisering og ledelse

Vestegnsprojektets organisation med aktuelle styregruppe som ledelse, har – set i bakspejlet – i perioder fungeret som en bremse for målrettet aktivitet, fordi styregruppen havde mange aktiviteter og arbejdsgrupper at forholde sig til. Det er vores opfattelse, at ønsker man aktivitet indenfor dette komplekse område (sårbarfeltet), skal det fra start prioriteres ledelsesmæssigt med en stærk og entydig ledelse, der er forankret i og med respekt for alle tre sektors behov. Det har været udfordrende for sårbargruppens medlemmer at finde ressourcer ved siden af deres øvrige arbejde til at skabe helikopterperspektiv og til at inddrage relevant erfaring fra andre (videnopsamling fra litteratur og anden dokumentation). Det ses her ligesom i det øvrige Vestegnsprojekt, hvordan ledelsesmæssig organisering og forskellige incitamentsstrukturer har indflydelse på et projekts fremgang.

⁴ Se www.dak-e.dk

Vær tålmodig og lær hinanden at kende

Det er erfaret, at begrebet social kapital med fordel kan indtænkes i aktiviteter rettet mod sårbare patienter.

Social kapital udgør ressourcer der findes *mellem* mennesker, såsom netværk, tillid, normer (Rådgivende Sociologer, www.socialkapital.dk, lokaliseret december 2012). Dels i forhold til samarbejdet i det vi har kaldt "det sårbare sundhedsvæsen"⁵, hvor det at lære hinanden at kende, at anerkende hinanden og tale sammen har været fremmede for at udøve indsats overfor sårbare borgere. Det handler om at overskride en kulturel barriere, ved at få ansigter og handlen bag, hvem hinanden er og hvad de vil, i stedet for fordommene. Dels kan vi søge at fremme patienternes mulighed for at få adgang til social kapital gennem inddragelse af deres netværk, og støtte til at skabe yderligere netværk. De borgerrettede aktiviteter pegede på, at vi som aktører kan lære af borgernes fortællinger. Det viste også, at det tager tid at ændre vaner – det gælder både for sundhedsvæsenets aktører og for patienterne.

Fokus på sundhedspædagogik

I arbejdet med de sårbare borgere er vigtigheden af et stærkt fagligt og sundhedspædagogisk fundament blevet tydeligt. Med forløbsprogrammerne er sundhedspædagogik for alvor kommet på dagsordenen i forhold til patientuddannelse og mødet med patienter og borgere. Vestegnsprojektet har på mange måder understøttet den brugerinddragende tilgang og patientunderviserne har løftet det sundhedspædagogiske arbejde til at være tryghedsskabende og inddragende, og de har lyttet til brugerens stemme. At personalet har fået ny viden, inspiration og større sikkerhed i rollen som underviser, er vigtigt i forhold til at undervise, håndtere og inddrage sårbare borgere. Dette har resulteret i en række kompetenceudviklende aktiviteter. Det er projektets erfaring, at en relevant sundhedspædagogisk tilgang i arbejdet, gør det lettere for personalet at håndtere og inddrage såvel sårbare som ikke-sårbare.

⁵ Se Thorsen, T & Dyhr, L. (2012) *Rapport om udviklingsprojektet Shared Care for psykiatriske patienter med KOL og type 2-diabetes*.

Kapitel 4. Hvad vil vi gerne give videre

I det følgende præsenteres projektets erfaring og læring om inddragelse af sårbare borgere, som Vestegnsprojektet gerne vil give videre.

Vær opmærksom på egen organisering

Først og fremmest er det nødvendigt med en stærk og entydig ledelse forankret i og med respekt for alle tre sektors behov og derudover at planlægge interventioner på forhånd på et videnbaseret grundlag.

Det har været en stor udfordring for sårbargruppen at håndtere opgaven og en udfordring, som er kendt i andre projektsammenhænge har været, at projekter ikke altid får deres egne hensigtsmæssige forløb, grundet projektrammerne (Jensen, F., 2009). Det er vores anbefaling, at såfremt man ønsker at styrke en indsats overfor sårbare borgere og eventuelt imødegå ulighed i sundhed, er det vigtigt fra start at have en kompetent og evidensbaseret projektbeskrivelse med baggrund, formål, målgruppe, problemstillinger, metode osv. for at undgå et indtryk af "at skyde med spredehagl". Vi var fra start opmærksomme på sårbarhedsfaktorer ved udfærdigelsen af henvisningssedlen. Der var dog ikke planlagt en opfølgning eller en indsats for at imødegå disse faktorer, hvor eksempelvis visse borgere havde transportproblemer eller at der ikke blev tilbudt tolk (udover tilbuddet i almen praksis, hvor den enkelte læge kunne rekvirere tolk og eller ved henvisning til Glostrup Hospitals tilbud på for borgere med tyrkisk og pakistansk baggrund). Derudover fik vi heller ikke skabt rammer for at inddrage alment praksispersonale i de sundhedspædagogiske og borgerrettede aktiviteter.

Tag højde for, at sårbare borgere og patienter ofte har flere sygdomme

Vestegnsprojektet har som udgangspunkt skullet implementere forløbsprogrammer for to sygdomme. Arbejdet med sårbarhedsområdet har afdækket, at dette fokus på enkelt sygdomme, kan være en hindring for en indsats rettet mod sårbare patienter, hvor en dimension af sårbarhed er at have mange sygdomme (comorbiditet). Denne indsigt falder godt i tråd med andres erfaring, der blandt andet kom til udtryk på konference for den samlede regionale indsats⁶.

Nødvendigheden af tværsektorielt samarbejde og det sårbare sundhedsvæsen

Hvem kan og skal løse de oplevede strukturelle og kulturelle barrierer? Såvel sårbargruppen som Vestegnsprojektet stødte på barrierer af både strukturel og kulturel karakter, der vanskeliggjorde den nødvendige kommunikation med, om og sammen med patienten.

⁶ Se www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Om+programmet/Fremtidskonference/Fremtidskonference, lokaliseret 28.1.2013 og (www.regionh.dk/NR/rdonlyres/F5664629-108C-4DAC-8669-B9E914ED7777/284384/FinnBreinholdt.pdf), lokaliseret 28.1.2013

Man erfarede – som andre – at forløbskoordination er udfordrende samtidig med, at vi også oplevede, at tværfagligt samarbejde er en forudsætning for at nå den socialt sårbare patient. Her beskrives problemstillingen i en rapport fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital:

”Sager med komplekse forløb og akut opståede problemer, kan være svære at overskue. Der er som hovedregel flere forvaltninger og dermed flere myndighedsbærende personer i arbejdet med den enkelte sag. At skabe overblik i denne type sager er ofte meget tidskrævende for den enkelte socialrådgiver. Det er i denne type sager vigtigt at få identificeret problemernes omfang og hvilke indsatsmuligheder, som eksisterer. Der kan være modsatrettede interesser, hvorfor det er vigtigt, at det tværfaglige samarbejde fungerer optimalt.” (Jacobsen, A., 2012)

I det følgende beskrives nogle punkter, der blev særlige tydelige for os.

Der er helt konkrete udfordringer i sundhedsvæsenet i forhold til at etablere IT-baseret kommunikation, der fungerer på tværs i de enkelte sektorer og over sektorgrænser. Vestegnsprojektet løste delvist disse ved at medvirke til, at der var materiel til at kommunikere med kommunerne med. Shared Care projektet oplevede, at *”fax, er nok det eneste vi har lige nu”* (Thorsen, T & Dyhr, L., 2012).

Forskellige incitamentstrukturer hos de tre aktører kan påvirke interessen i at gennemføre relevante aktiviteter. Et emne vi ikke skal uddybe her, men henvise til Vestegnsprojektets samlede rapport (se www.sundpavestegnen.dk).

Der er også mange aktører i de enkelte sektorer og forskellige ledelsesformer. De tre sektorer har forskellige vilkår og strukturer for ledelse. Mens kommuner og hospital kan siges at være hierarkisk styret, må almen praksis karakteriseres som netværksbaseret. Det er måske også lige lovligt forenklet at kalde det ”de tre aktører i sundhedstrekanten”. Almen praksis består i dette tilfælde af 130 selvstændige enheder og kommunerne består, ligesom sygehusene, af flere forvaltninger og ledelser. Hver med deres faglighed, kulturer og forståelse af et eventuelt samarbejde. Eksempelvis er det i kommunal sammenhæng påvist, at der kan være modstridende mål og værdier i de forskellige forvaltningsområder. Der kan være brug for viden om hinandens områder, for at skabe en indsats, der arbejder mod samme mål for de sårbare borgere (Sundhedsstyrelsen, 2010).

Der er mange kulturelle barrierer og manglende viden om hinanden. Der er forskellige opfattelser af, hvad hinanden kan tilbyde og hvordan. Samlet set er det dog vores opfattelse, at netop Vestegnsprojektets aktuelle organisation med styregruppe bestående af ledelsesrepræsentanter fra de tre sektorer, i vidt omfang, har været med til at nedbryde de kulturelle barrierer og videndele.

Hvorledes forankre udviklingsaktiviteter til drift?

Det er vigtigt allerede i sin planlægning at tage højde for og overveje samt sætte tid af til at sikre, at eventuelle tiltag kan komme i drift.

Ulighed i sundhed og borgerens/patienternes stemme?

Når man taler om sårbare borgere, er det også relevant at tale om perspektivet ulighed i sundhed, der også er politisk fokus på. Hvorledes hænger sårbarhed og dette begreb sammen? Hvordan anvender vi epidemiologiske data i lokale kontekster? Hvordan måler vi helbredsrelateret effekt? Hvorledes inddrager vi borgerne og hermed anerkender borgerens/patientens stemme mere direkte end Vestegnsprojektet har formået?

"Problemerne består blandt andet i, at borgere med sociale problemer skal navigere mere i systemet end stærkere borgere, og at de til tider kan opleve en ukoordineret og/eller utilstrækkelig indsats. (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2012)

"Sundhed forudsætter social inklusion og en oplevelse af at kunne gøre sin indflydelse gældende. Oplevelse af indflydelse kan understøttes gennem sproglig forhandling af ny mening. Investering i sundhedsfremme gennem opbygning af social kapital udgør et betydeligt forebyggelsespotentiale." (Midtgaard, J., 2012)

Sundhedspædagogisk tilgang

"Den seneste litteratur inden for sundhedspædagogik, både internationalt og i Danmark, er karakteriseret af et opgør med det, der beskrives som en moraliserende, autoritetsorienteret tilgang, hvor den sundhedsprofessionelle leverer viden baseret på et biomedicinsk paradigme. I stedet argumenteres der for en personorienteret tilgang, hvor den sundhedsprofessionelle er en partner eller en kvalificeret facilitator, der lytter og går i dialog og søger at styrke den enkeltes handlekompetence til at træffe bevidste valg. Her er WHO's holistiske sundhedsbegreb referenceramme." (Ahlmark, N., 2011)

På baggrund af gennemgang af afholdte aktiviteter, har vi forsøgt os med forsigtig opsummering af de indhentede erfaringer underbygget ved litteratur, hvor muligt. Målet for den sundhedspædagogiske indsats var at øge målgruppens egne muligheder for at gribe forandrende ind overfor forhold, der har betydning for deres sundhed. Vi er dog bevidste om, at

"Det gælder både forandring af egne livsstil og egne vaner ligesom det gælder forandring af de omgivende rammer og levevilkår." (Jensen, B. B., 2006)

I det følgende vil vi underbygge og evt. udbrede de 5 temaer fra vores erfaringer om, hvad projektet lærte os med anbefalinger fra litteraturen og erfaringsopsamlinger fra andre sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag

1. Styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

- Skab organisatoriske modeller, der understøtter sammenhæng og sikrer kommunikationskanaler (Jensen, J. W., 2012).
- Organiseringen af en given indsats er vigtig. Tænk hele personalegruppen med fra start, og skab fælles værdigrundlag gennem viden, kompetence og medinddragelse (Baun, K., 2012).
- Skab netværk mellem samarbejdspartnere (Baun, K., 2012).
- Anvend multikomponente strategier som komplementerer hinanden (Baun, K., 2012).

2. Tilpasse tilbuddene til målgruppen

- Skab tilgængelighed for sårbare grupper som svært psykisk syge, ganghæmmede og borgere, der ikke taler dansk (Rytter L., Finnemann, M. & Munck, A., 2012).
- Lokale tilbud, praktisk tilgang via 'hands-on' læring og mulighed for medvirken af nærtstående (Rytter L., Finnemann, M. & Munck, A., 2012).
- Skab gode muligheder for fysisk aktivitet og adgang til sund mad i lokale miljøer med mange sårbare borgere (Region Hovedstaden, 2009).
- Vær fleksibel med hensyn til længde af interventionen (Region Hovedstaden, 2009).

3. Kontakte, motivere og fastholde målgruppen gennem netværk og personlige relationer

- Inddrag de eksisterende netværk eller etabler naturlige netværk (Region Hovedstaden, 2009).
- Tænk det sociale element ind i tilrettelæggelse af tilbud og skab rammer, der understøtter sociale netværk (Baun, K. 2012).
- Borgere, der ikke er motiverede tilbydes motiverende samtaler (Rytter L., Finnemann, M. & Munck, A., 2012).

"Den anbefalede sundhedsadfærd ses ofte som modsætning til det gode liv og som uintegrerbart i hverdagslivet.".." Det sociale samvær rangerer højt - det opleves som vigtigt ikke at skille sig ud." (Jensen, J.M., 2007)

4. Udvikle frontpersonalets kompetencer

"Et velfungerende sundhedsvæsen afhænger bl.a. af sundhedspersonalets evne til at opfange og fortolke patientens adfærd, tanker og følelser... Det er muligt at øge sundhedspersonalets færdigheder gennem træning." (Hvass, L. R., Manghezi, A., Folker, A. P. & Sandø, N., 2011, s. 39 og 44)

"Kun ved at forstå, hvad sygdom gør ved patienten og hans oplevelse af sig selv, ved hans selvrespekt og ved hans livshistorie i øvrigt, kan man tilrettelægge en optimal behandling" (Elsass, P., 1993, s. 21)

5. Målrættede pædagogiske tilgange og metoder

- Der skal være teoretisk grundlag som baggrund for indsatsen (Region Hovedstaden, 2009).
- Undervisningen skal tilpasses målgruppen (Rytter L., Finnemann, M. & Munck, A., 2012).
- Tag udgangspunkt i borgerens ressourcer. Involver og inddrag borgerne i udviklingen af tilbud. Vær åben overfor at lære af hinanden (Baun, K., 2012).
- Udfordre og udforske målgruppens opfattelse af sig selv som sunde henholdsvis syge. (Baun, K., 2012).
- *"...oplevelse af sygdom indeholder elementer af uforklarlighed, overvældelse og manglende kontrol. Når man får en sygdom oplever man brud i sin levevis. Sygdommen kan blive kaos for patienten, der i nogle tilfælde kan få ham til at stille spørgsmål ved sin identitet." (Elsass, P., 1993, s. 20).*
- Undgå stigmatisering af målgruppen (Baun, K., 2012).

Patientperspektivet udtrykkes gennem forfatteren til bogen "I morgen var jeg altid en løve" Hun er cand. psyk. og fortæller her om egne erfaringer gennem ti år med diagnosen skizofreni - og om kampen for at komme sig:

" Men jeg prøver at vise interesse for dem, jeg møder, se ud over deres diagnoser og sammen med dem se på, hvordan deres liv er, og hvordan de drømmer om, at det skal være, for jeg ved, at jeg altid ønskede, at nogle skulle se mig. Og jeg prøver i det omfang, hverdagen gør det muligt, at give folk tid, fordi jeg ved, at jeg selv havde brug for tid." (Lauveng, A., 2008, s. 39)

Kapitel 5. Perspektivering

Vi har i arbejdet med denne rapport haft mulighed for at lade os inspirere af andres erfaringer på en mere systematisk måde, end der var mulighed for undervejs ved gennemførelsen af vore aktiviteter. Vi vil derfor gerne afslutte med nogle betragtninger, som vi har fundet kan være med til at kvalitetssikre fremtidige indsatser på sårbarområdet.

Sundhedsvæsenet skal tilpasses patienterne

"Sundhedsvæsenet skal passe til patienterne og ikke omvendt. Som det er nu skal patienterne selv koordinere undersøgelse og behandling. Det rettighedsbaserede sundhedsvæsen taler til de ressourcestærke. Produktionsfiksering og fokus på kvantitet medfører, at de ressourcestærke kan tale sig frem i køen. I stedet er der brug for at afstemme forventninger i en slags partnerskab mellem patienter og sundhedsvæsen. Tendensen i sundhedsvæsenet går mod specialisering, opdeling og standardiserede forløb, modsat brugernes behov, der er helhed, sammenhæng og individuelt tilpassede forløb. Comorbiditet er et stigende problem, samtidig med at sundhedsvæsenet bliver mere og mere specialiseret og diagnoseorienteret. Der er brug for mindre søjleopdeling i hospitaler, kommuner mv. Der er brug for mere forskning – ikke om hvad, men om hvordan. Ulighed i sundhed kan ikke løses alene i sundhedsvæsenet, det kræver en flerfacetteret tilgang på mange policy-områder." (Frit citeret efter oplæg af Jensen, J. W., 2012)

Ligesom sundhedsfaglig direktør i Region Nordjylland, Jens Winther Jensen, som i sit indlæg på Sundhedsstyrelsens konference "Ulighed i Sundhed", december 2012 påpegede behovet for mere viden om, *hvordan* vi tilpasser sundhedsvæsenet alle patienters behov, er det også vores erfaring, at der er meget at hente ved at se nærmere på os selv som sundhedsvæsen (Jensen, J.W., 2012).

Ligesom Jens Winther Jensen vil vi gerne tale for, at vi som væsen - og gerne med forskere fra andre områder - ser nærmere på, hvordan vi kan lave ændring. Professor Gäre Boel Anderson og medarbejdere fra Jönköping Academy, for Improvement of Health and Welfare kan vi lade os inspirere os af, idet de har mange års erfaring med, hvad de kalder aktionslæring. Dette er baseret på teori, der knytter sig til aktionsforskningsbegrebet, og som handler om at ændre praksis på et velfunderet grundlag. Se nærmere om *Learning by doing: Linking Quality Improvement Theory and Practice* (<http://center.hj.se/jonkoping-academy.html>).

Ledelsesmæssige udfordringer ved tværsektorielt samarbejde

Der var en betydelig kompleksitet i det tværsektorielle samarbejde, der var sat i spil i Vestegn projektets sårbarindsats. Hver sektor bidrog hertil med egne og forskellige organisatoriske forudsætninger og udfordringer på ledelsesniveau. Det er bl.a. spørgsmålet om almen praksis kan siges at have en entydig ledelse i organisatorisk forstand. Der er også

udtalte forskelle i incitamentstrukturer i de forskellige sektorer, ligesom samarbejdskulturer og erfaringer er forskellige også indenfor de enkelte sektorer. Alene på det kommunale område opererer de forskellige forvaltninger med så forskellige lovgivningsområder som: serviceloven, sundhedsloven, sygedagpengeloven, lov om aktiv beskæftigelsesindsats, forvaltningsloven etc. I publikationen "Agenda Sundhed på Tværs" (Sundhedsstyrelsen, 2010) understreges betydningen af ledelsesmæssig styring:

"Der er en række udfordringer i forhold til at etablere en styringsmæssig og organisatorisk kobling mellem de enkelte forvaltningsområder, og det er heller ikke helt enkelt at få hele organisationen til at arbejde i samme retning."

"Ledelsesmæssig opbakning og styring både i de forskellige forvaltningsområder og i kommunens øverste ledelse, er en forudsætning for at det kan lykkes at arbejde tværsektorielt med sundhed. For at tænke sundhedsfremme ind i forvaltningsområdernes drift vil der være behov for at identificere de fælles mål og midler og mulighederne for samarbejde. Lovgivningen på de forskellige forvaltningsområder kan være et godt udgangspunkt for dette."

I samme publikation beskrives udfordringerne ved at få driftskultur og projektkultur til at spille sammen:

"Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser er ofte præget af en projektkultur, som ikke findes i samme omfang på de fleste andre forvaltningsområder, hvor lovgivningen sætter snævrere rammer for, hvad indsatsen skal indeholde, og hvilke rettigheder borgerne har."

"Kommunen må derfor løbende have ledelsesmæssigt fokus på denne forskel mellem projektkultur og driftskultur, og man må udarbejde planer for, hvordan man integrerer metoder udarbejdet i projektsammenhæng i en driftsorganisation. Her gælder det om at få bragt det taktiske niveau systematisk i spil i en planlægnings- og prioriteringsfunktion, som binder politik og praksisindsatser sammen i fælles og tværgående handlingsplaner for den samlede indsats."

Endelig nævnes kompetenceudvikling og god kommunikation som redskaber til styrket samarbejde. I en bredere kontekst med alle aktørerne i sundhedstrekanten kan dette kun være endnu mere afgørende for et konstruktivt samarbejde.

"Fælles kompetenceudvikling kan fremme udnyttelsen af viden og styrke samarbejdet."

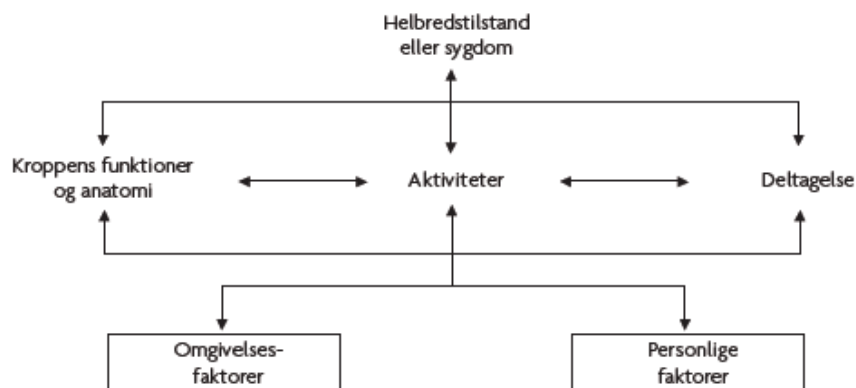
"...god kommunikation er vigtig for at sikrefælles beslutninger og skabe synlighed om indsatsens resultater." (Sundhedsstyrelsen, 2010)

Kan ICF-klassifikationssystemet anvendes til at "tale samme sprog" i rehabiliteringssammenhæng?

I tværsektorielt samarbejde er forskellige fagligheder også sat i spil udover forskellen i at være udøvende (have praktisk erfaring med feltet) eller at befinde sig på administrator- eller beslutningstagerniveauet. I vores sammenhæng taler vi om så forskellige fagligheder og uddannelsesmæssig baggrund som bl.a. universitetsuddannede indenfor humaniora, samfundsfag, pædagogik og lægevidenskab, sygeplejevidenskab, fysioterapi og socialvidenskab, og om social- og sundhedsassistenter – og -hjælpere, støttekontaktpersoner med forskellig uddannelsesmæssig baggrund mv. Det kan være medvirkende til, at vi har oplevet et behov for at lære hinanden at kende. Når vi taler om forløbsprogrammer har terminologien et solidt afsæt i det medicinske diagnosebegreb, idet det tager afsæt i de enkelte sygdomme. Måske er dette begrebsapparat ikke tilstrækkeligt og hensigtsmæssigt, når vi taler om rehabilitering. Vi erfarede blandt andet, at det kommunale niveau havde behov for et mere udvidet begreb (i dette tilfælde borgere, der ikke havde, men var i risiko for at udvikle KOL eller type 2 diabetes). Vi manglede begreber til at diskutere borgernes behov for rehabilitering set i en ramme, der var bredere end den rent medicinske.

I rapporten *Kvalitetssikring i patientuddannelser* udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2012 fremhæves ICF (WHO's klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbred) som et redskab til at understøtte tværfagligt samarbejde og kommunikation mellem professionelle og borgere.

ICF-klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og en systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne:



Samspillet mellem komponenterne i ICF er illustreret i ovenstående figur.

"Ved helbredsrelateret funktionsevne forstås funktionsevne, der kan påvirkes af sygdom/ patologisk tilstand og i samspil med de omgivelser som mennesker lever. ICF's terminologi er neutral og anvendelsen er tillige fagligt neutral. Erfaringer fra Danmark og andre lande tyder på, at implementering af begrebsrammen i det kliniske arbejde understøtter det tværfaglige teams arbejde i forhold til borgeren også i forhold til outcome. Begrebsrammen og terminologien ser også ud til at understøtte professionelle og borgere i kommunikationen om hvilke problemstillinger der er væsentlige og skal prioriteres i en rehabiliteringsplan, elementer der også er helt centrale, når det i planen drejer sig om tilrettelæggelse af patientuddannelse. Der arbejdes internationalt med udvikling af såkaldte diagnosespecifikke Core Sets, som udvikles systematisk blandt andet med systematisk litteraturgennemgang og konsensus mellem internationale eksperter." (Sundhedsstyrelsen 2012)

Med disse afsluttende bemærkninger vil vi give stafetten videre til nye spændende indsatser og projekter, som kan medvirke til at kvalificere forebyggelse, behandling, rehabilitering og sundhedsfremme i forhold til sårbare borgere samt kvalitetsudvikle det sårbare sundhedsvæsen.

Litteratur

Evalueringsrapporter om Vestegnsprojektet findes på hjemmesiden: www.sundpavestegnen.dk

Ahlmark, N. (2011). Diabeteskurser: ideal og praksis. *Behandlerbladet - diabetesforeningen*, nr. 33.

Amtsrådsforeningen, et al., (2003). *Patientens møde med sundhedsvæsenet.*

Anderson, B. & Funell, M. (2005). *The art of empowerment - stories and strategies for diabetes educators.* (2. udg.). American Diabetes Association

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2012). *Evaluering af udvalgte regler om de organisatoriske rammer for beskæftigelsesindsatsen.*

Baun, K. (2012). *Oplæg ved temadag den 6. november 2012.* Københavns Kommune: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Carlsson, M., Simovska, V. & Jensen, B. B. (2009). *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme - teori, forskning og praksis.* Aarhus Universitetsforlag.

Christensen, B. (2011). *Er rygning stadig deres mindste problem? Røgfrihed for alle/Sund By Netværket.*

Diderichsen, F. (2011). Sårbarhed i rehabilitering. I: Nielsen, K. V., Modvig, J. & Jensen, B. T. (Red.), *Klinisk socialmedicin og rehabilitering.* (1. udg.). København: FADL's Forlag.

Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C. (2011). *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser.* Sundhedsstyrelsen.

Elsass, P. (1993). *Sundhedspsykologi. Et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab.* Gyldendal 2. udgave

Engelund, G., Hansen, U. M., (2011). *Det balancerende menneske. Sundhedspædagogisk model for patientuddannelse på tværs af diagnoser.* Steno Center for sundhedsfremme.

Eskildsen, N. B., Biswas, D. & Ahlmark, N. (2012). *Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner.* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

FOA – Fag og Arbejde, Sundhedskartellet, Socialpædagogernes Landsforening, KL & Danske Regioner (2012). *Alle vinder – Magasinet Psykiatri på tværs.*

Forskningscenter for Forebyggelse og sundhed (2010). *Sundhedsprofil 2010.* Region Hovedstaden.

Grabowski, D., Jensen, B. B., Willaing, I., Zoffmann, V. & Schiøtz, M. L. (2010). *Sundhedspædagogik i patientuddannelse.* Region Syddanmark & Steno.

Grøn, L. & Hansen, J. (2012). *Sociale forandringsfællesskaber - en guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser.* Region Syddanmark & Dansk Sundhedsinstitut.

Hansen, K. H., Mygind, A. & Duus, L. (2008). *Evaluering af "Sundhed på dit sprog".* Københavns Kommune: Spring på livet, Folkesundhed København.

Huset Mandag Morgen & Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance (2007). *Brugernes Sundhedsvæsen - Oplæg til en patientreform.*

Hvass, L. R., Manghezi, A., Folker, A. P. & Sandø, N. (2011). *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* Sundhedsstyrelsen.

Jacobsen, A. (2012). *Rapport om projekt forløbskoordinator, et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune og Indvandrermedicinsk klinik på OUH.* Odense Universitetshospital, Infektionsmedicinsk Afdeling, Indvandrermedicinsk Klinik.

Jensen, A. F., (2009). *Projektsamfundet.* Århus Universitetsforlag

Jensen, B. B. (2006). Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. I: Hounsgaard, L. & Eriksen, J. J. *Læring i sundhedsvæsenet.* (1. udg.). København: Munksgaard.

Jensen, J. M. (2007). *Sundhed og rygestop i et hverdagslivsperspektiv - en kvalitativ interviewundersøgelse blandt lavtuddannede.* København: Sundhedsstyrelsen

Jensen, J. W., (2012). Oplæg ved SST konference d. 10. december 2012 om forebyggelse af ulighed i sundhedsvæsenet: *Makrotendenser i sundhedsvæsenet – betydningen for ulighed i den sociale ulighed i sundhed*

http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Social%20ulighed%20i%20sundhed/KonfUligSundhedsvaesen/Praesentationer/Makrotendenser%20sundhedsvaesenet_%20Jens%20Winther%20Jensen.ashx

Juul, S. & Riiskjær E. (2012). *Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte.* Social- og Integrationsministeriet & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Jørgensen, S. J. (2005). (Red.), *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund.* Sundhedsstyrelsen.

Lauvang, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve.* Akademisk Forlag.

Lindberg, L. G., Wiuff, M. B., Grøn, L. & Dyhr, L. (2012). Et udfordrende møde - social ulighed og sårbarhed i almen praksis I. *Månedsskrift for almen praksis*, årgang 90, nr. 10, 848-854.

Lindberg, L. G., Wiuff, M. B. & Dyhr, L. (2012). Et udfordrende møde - social ulighed og sårbarhed i almen praksis II. *Månedsskrift for almen praksis*, årgang 90, nr. 12, 1042-1050.

Midtgaard, J. (2012). *Oplæg ved seminar den 29. oktober 2012.* Københavns Kommune: Nørrebro forebyggelsescenter.

Nielsen, M. (2005). *Den sundhedsprofessionelles møde med nutidens sygehuspatienter - Den ligeværdige dialog som forudsætning for patienters læring?* Master i sundhedspædagogik, modul 3 opgave. Danmarks Pædagogiske Universitet.

Region Hovedstaden (2009). *Sund livsstil – hvad skaber forandring?* (2009). Udredningsopgave for Fødevareministeriet. Region Hovedstaden: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Region Hovedstaden (2011). *Patientuddannelse – Teoretisk grundlag og pædagogisk praksis.* (2011). Region Hovedstaden: KPU.

Region Midtjylland (2012). *Læring og mestring – Patientuddannelse på deltagernes præmisser.* CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Rytter L., Finnemann, M. & Munck, A. (2012). *Barrierer for henvisning til kommunale sundheds-tilbud for T2DM og KOL.* Audit Projekt Odense.

Rådgivende Sociologer. *Social kapital.* www.socialkapital.dk, lokaliseret december 2012.

Sandø, N., Finke, K., Aabel, M. K., Kristensen, T. & Ziebell, B. (2010). *Sundhed på tværs.* Sundhedsstyrelsen.

Schiøler et al., (2003). *ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand,* Sundhedsstyrelsen 1. udgave 4. oplag Munksgaard Danmark.

Sundhedsstyrelsen (2006). *Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog.*

Sundhedsstyrelsen (2008). *Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen.* Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2009). *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering.* København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering.

Sundhedsstyrelsen (2010), Agenda Sundhed på Tværs. Sundhedsstyrelsen (2012), Kvalitets-sikring i patientuddannelse.

Thorsen, T & Dyhr, L. (2012) *Rapport om udviklingsprojektet Shared Care for psykiatriske patienter med KOL og type 2-diabetes.*

Ugeskrift for Læger (2011). Nr. 16 – 2011, 18.april.

Vestegnsprojektet (2012). *Rehabiliteringstilbud i Vestegnsprojektet - en kvalitativ evaluering.* Del-rapport om Vestegnsprojektet.

Vinther-Jensen, K. & Primdahl, R. (2010). (Red.), *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi.* Sundhedsstyrelsen

Wistoft, K. (2009). *Sundhedspædagogik – viden og værdier.* København: Hans Reitzels Forlag.

<http://center.hj.se/jonkoping-academy.html>

www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Om+programmet/Fremtidskonference/Fremtidskonference (dateret 28.1.2013)

www.regionh.dk/NR/rdonlyres/F5664629-108C-4DAC-8669-B9E914ED7777/284384/FinnBreinholdt.pdf, (dateret 28.1.2013)

<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/12dec/ForloepsprogrGenmodelv2.pdf>

<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/12dec/KvalsikrPtuddann.pdf>

www.sundpavestegnen.dk

<http://www.who.int/classifications/docs/en/index.html>