

Inddragelsesproces Udviklingsplan Silkeborg

Opsamling fra alle 8 temaer – 16 dialogmøder, inkl. dialogmøderne i arbejdsgrupperne

(I alt 38 deltagere + arbejdsgrupperne, heraf flere gengangere)

Opsamling for Tema 1 - Udvikling internt på RH Silkeborg	side 2
Opsamling for Tema 2 – Udvikling på hospitaler i RM	side 11
Opsamling for Tema 3 - Tværsektoriel udvikling	side 21
Opsamling for Tema 4 – Læring og spredning	side 30
Opsamling for Tema 5: RH Silkeborg – en blivende del af udviklingen	side 39
Opsamling for Tema 6 - Sunde Borgere i Silkeborg	side 51
Opsamling for Tema 7 – Nye relationer og metoder	side 59
Opsamling for Tema 8 - God kommunikation på tværs	side 67

Hvert tema indledes med en række citater fra det samlede materiale til inspiration. Derefter følger den afsluttende runde efterfulgt af de øvrige 2-3 runder. Citaterne er ordnet under en række overskrifter.

Citaterne er anonymiserede og markeret som følger:

HA: Person, der er ansat på et af hospitalerne i RM. Det kan være en sygeplejerske, læge, ergoterapeut, fysioterapeut, FL, AL, CL, HL: direktionsmedlem, etc.

KA: Person, der er ansat ved en kommune (oftest Silkeborg, men der har også været folk fra andre kommuner), det kan være en fra beskæftigelse, sundhed og omsorg, socialpsykiatrien sygeplejerske, leder, direktionsmedlem, etc.

B: Borger.

PL: Praktiserende læge.

Opsamling for Tema 1 - Udvikling internt på RH Silkeborg

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Vision for Regionshospitalet Silkeborg

[HA] Vigtigt med et vision for RH Silkeborg – noget at dedikere sig til i regionen (politikere). Ville være godt, hvis de blev italesat og der blev støttet op om dem.

Kunne godt være konkret: det er disse områder, som vi investerer i og udvikler på. Så ville andre også vide, hvad de kan forvente af Silkeborg [klarhed om dette er også blevet efterspurgt af borgere i dialogmøderne om de andre temaer].

Idé til vision: Silkeborg favner de brede patientgrupper – for hele regionen (nationalt?)

[HA] Vision: Vi vil gerne favne de brede grupper, som bliver tabt, når det er højt specialiseret [på andre hospitaler eksempelvis]. Vi vil gerne være patienternes, praktiserende lægers hospital – og favne de brede grupper.

BackTrace som prototype på sømløst forløb

[HA] BackTrace – digitalt værktøj til rygpatienter, som er tæt på færdigudviklet. Kunne være et eksempel på overvindelse af sektor-barrierer. Det kunne bruges andre steder på hospitalet / regionen / nationalt.

Vi skal have hovedet oven vande for virkelig at levere (barriere)

[HA] Vi skal have hovedet oven vande for virkelig at levere. Vi vil rigtig gerne.

[HA] Sjovt at vi kan drive afdeling [radiografi], selv om vi mangler halvdelen af lægerne.

Idé til vision: Fælles forskningshus til forankring af forskningssamarbejde

[HA] Det er drømmen! Men der mangler tid til at udvikle det og hjælp til at skrive forsknings-ansøgninger. [...] Vi har de store patientkategorier i Silkeborg og kæmpe potentiale for at forske mere. Vi bidrager til andre projekter, såvel nationalt som internationalt. Et hus kunne være platform for mødested, hvor forskningsansvarlige kunne erfaringsudveksle.

Tema 1:Runde 4 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder. Her opsummerer deltagerne bl.a. hvilke principper er vigtige, når man skal udvikle på vegne af eget hospital.

Tema 1: Runde 4	
Tal om hvilke principper er vigtige, når man skal udvikle på vegne af eget hospital.	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Vision for Regionshospitalet Silkeborg	[HA] Vigtigt med et vision for RH Silkeborg – noget at dedikere sig til i regionen (politikere). Ville være godt, hvis de blev italesat og der blev støttet op om dem. Kunne godt være konkret: det er disse områder, som vi investerer i og udvikler på. Så ville andre også vide, hvad de kan forvente af Silkeborg [klarhed om dette er også blevet efterspurgt af borgere i dialogmøderne om de andre temaer].
Princip: Patientperspektivet	[HA] Patientperspektivet kunne være godt at tage mere ind [overblik over forløb, mere inddragelse, udredning samme dag, m.v.]. Mange får lavet parallelle afklaringsforløb, som er for dyre og ressourcekrævende (folk der får for lidt, for meget, eller det forkerte). [HA] Man skal passe på, hvad man spørger om. DR spurgte engang hvad brugerne gerne ville have mere af → de ville bare gerne have noget mere balalajka-musik. [HA] "Patientens hospital for optimerede specialforløb."
Idé til vision: Holistisk perspektiv på patient og udredning / behandling	[HA] Hvad vi allerede gør, og kan gøre mere af. Vision: Vi kan tilbyde et mere holistisk perspektiv på patient og udredning / behandling på en hurtigere og mere effektiv måde.
Princip: Alle skal uddannes i at arbejde på tværs af søjler og sektorer	[HA] Vision for RM: Det perspektiv vi har her i Silkeborg burde alle måske have – skulle vi have en plads i uddannelsen af nye kolleger, så de ser et alternativ til det monofaglige og søjleopdelte?
Idé til vision: Silkeborg favner de brede patientgrupper – for hele regionen (nationalt?)	[HA] Vision: Vi vil gerne favne de brede grupper, som bliver tabt, når det er højt specialiseret [på andre hospitaler eksempelvis]. Vi vil gerne være patienternes, praktiserende lægers hospital – og favne de brede grupper. [HA] Fleksforløb – vi konverterer indlæggelser til ambulante forløb, og det betyder at vi kommer til at tænke mere tværfagligt lokalt.

	De fleksible indlæggelser i DC, bl.a. hoftept. giver lyst til at arbejde med det samme i anæstesen, så det vi ændrer et sted kan inspirere andre steder. Det er ikke dokumenteret, men vi kan se, at patienterne er begejstrede for at kunne få flere undersøgelser samtidig. Der er en god kultur i huset (RSi) for at tale med hinanden. Folk vil gerne udvikling, det er en del af DNA. Det er mere udpræget end på andre sygehuse. Stor velvilje blandt personalet. Udvikling er blevet prioriteret i Silkeborg gennem mange år, f.eks. prioriteres drift i Vest, fordi der ikke er lægeressourcer til også at arbejde med udvikling. Det har altid ligget højt på RSi.
Princip: Tidlig involvering i udviklingsprojekter (fra Implementation Science)	[HA] Hvis vi på Silkeborg kan begynde at involvere folk andre steder fra i de udviklingsprojekter vi har – sådan som man gør tidligt i Implementation Science – så bliver det mere oplagt for andre at implementere, når behovsanalysen også kommer andre steder fra.
Princip for tiltrækning og fastholdelse: Udvikling skal belønnes på et udviklingshospital (de rette incitamenter)	[HA] Strukturelle incitamenter handler i sær om, at der er timer sat af til udvikling – på alle niveauer i hierarkiet. Det er også tiltrækkende og fastholdende, når der skal konkurreres om de bedste ansatte med fx større hospitaler som AUH. [HA] Et fremtidigt strukturelt incitament for forskningssamarbejdet kunne være et fælles forskningshus. Forskningshuset kunne 1) samle ressourcer på tværs af centre, og 2) være en platform for samarbejder, vidensdeling, erfaringsudveksling, nye synergier, og at de gode idéer på RH Silkeborg, der stadig er på tegnebrættet, kommer ud over rampen. [Se også vision om forskningshus i runde 2 - samt vigtigheden af samarbejde fra andre fagligheder i runde 2] [HA] Vi kunne tilbyde mere specialuddannelse - ikke kun til yngre læger, men også speciallæger under uddannelse, samt praktiserende læger inden for de fagområder sygehuset dækker. Også det at være sparringspartner for primærsektoren kan udbygges. [HA] Hele specialet skal dækkes fagligt, og der skal være en sammenhæng mellem dygtige ledere, special- og overlæger og støtte til og investering i yngre læger / uddannelseslæger.
Princip: Udvikling og uddannelse som integreret del af aktivitet	Aktiviteten skal tage afsæt i den rigtige gruppe af patienter, dvs. de patienter, som dækkes af RH Silkeborgs specialer. Forudsætningen for hele tiden at udvikle på behandlingen, er, at de patienter, som har brug for behandlingen kommer på hospitalet. Og de sundhedsfaglige, som er på hospitalet, skal dække alle uddannelsesniveauer og have mulighed for at dygtiggøre sig gennem aktiviteten.
Princip for god kultur er den rette indstilling: "Ja tak, hvordan kommer vi videre med det?"	[HA] God kultur handler om at der er højt til loftet og generøsitet; det at have overskud til at hjælpe andre (uden beregning). Når man præsenterer en leder for en idé, at de så svarer nysgerrigt: "Ja tak, hvordan kommer vi videre med det?"

Princip: Høj faglighed er basis for god udvikling	Et princip der allerede er til stede og skal fremmes og værnes om på RH Silkeborg: Høj faglighed er basis for god udvikling
--	---

Tema1:De første tre runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de tre indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 1: Runde 1 Tal om udviklingsmuligheder mellem specialer internt på RH Silkeborg.	
Vigtigt med visioner fra politisk / ledelsens side	[HA]: Samarbejdet mellem specialerne på RSi fungerer rigtig godt. Jeg mangler nogle ambitiøse mål eller et vision fra politisk side... Jeg vil fx hellere have ekstra læger frem for mursten. Det er normalt med udviklingsarbejde mellem specialerne her i Silkeborg – når der er ressourcer [nok læger fx].
Vi skal have hovedet oven vande for virkelig at levere (barriere)	[HA] Der skal være ressourcer på plads [hvis vi skal kunne udvikle]. Vi har svært ved at rekruttere [særligt radiografer] og det gør at der er meget fokus på driften. Svært at tænke andet end drift ind i nuværende situation. [HA] Kapacitet er vigtig – bl.a. inden for radiografi. Vi lider under at den radiologiske mangel på kapacitet – kunne være godt hvis røntgenafdelingen blev styrket. At patienterne fx havde pengene med i lommen, når de kommer til vores sygehus. [HA] Sjovt at vi kan drive afdeling [radiografi], selv om vi mangler halvdelen af lægerne [pudsigt-ironisk]. [HA] Vi skal have hovedet oven vande for virkelig at levere. Vi vil rigtig gerne [En druknende person kan ikke drive udvikling]. Konsulent spørger: <i>Når man går fra de stationære til de ambulante forløb, og stadig har meget, meget syge borgere – mangler vi så ikke et sted, hvor de kan vente / få svære beskeder.</i> [HA] Det har jeg problematiseret siden 2012. [HA] Infrastruktur – der er problemer med plads, vi får flere ældre pt. og vi har ikke plads til alle de pt. vi overtager fra AUH. [HA] Et dilemma - flere ældre og syge, men samtidig stor efterspørgsel efter specialisering.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Den konkrete tidsmangel – den typiske klagesang – vi får ikke sat os ned og talt sammen, det er ekstraordinært, når lægerne har mulighed for at være med. Hvis man tager en opgave for andre, f.eks. lægger nogle timer i idrætssklinikken, så ender det tit med, at det skal honoreres, for så skal der også bruges tid på rengøring. Man vil bare gerne hjælpe hinanden, men så bliver der så meget udenom, der skal ordnes, at man ikke gider. Der bliver tænkt penge-flow ind i det. [HA] Jeg vil hellere hyre 5 radiologer end have flere mursten [pga. pres på personale]. [HA] Det er en benhård prioritering ift. ressourcer. [HA] Det koster at være udviklingshospital, og hvor er midlerne til det? 2 ph.d. projekter er f.eks. gået fløjten, fordi der ikke var penge til det. [HA] Hvis vi skal have mulighed for at få flere ressourcer, så er det en forudsætning skal vi også have politikere og ledelsens magt med! Vi har brug for opbakning fra politikere for at få det her til at fungere. Vi skal også holde drift og er pt. pressede [underforstået – for pressede til også at udvikle]. [HA] Ift. ressourcer – Vi har gennemført flere sparerunder. Vi snakker om det her [udviklingsplanen], vi inviteres til det her [inddragelse]... Men så politikere, vis os hvad I kan!
Sårbart fællesskab (barriere)	[HA] Vi er dybt afhængige af AP og kommune, så hvis kommunen som nu halverer deres akut-pladser, eller der bliver problemer med AP, så har vi alvorligt et problem.
Mulighed for stordriftsfordele internt i RM	[HA] Potentialet for at Silkeborg kunne servicere andre dele af regionen er stor [mere end nu - stordriftsfordele]. Fx for rygcenteret. Kræver investeringer hvis man vil løfte det til gavn for hele regionen. Det kunne der være god økonomi i. [HA] Det virker helt vildt at tænke ambitiøst [som vi gør nu ifm. udviklingsplanen], når vi ikke har så mange læger [i fx radiografi på RSi]. Ligesom vi køber mange undersøgelser ude – kunne man så have en offentlig/regional konkurrent til det? Kunne man opbygge en kapacitet til det her? Vi har ikke mineraler og diamanter i jorden, men vi kan uddanne radiologer! Kunne vi have et vision omkring det?!
BackTrace som prototype på sømløst forløb	[HA] BackTrace – digitalt værktøj til rygpatienter, som er tæt på færdigudviklet. Kunne være et eksempel på overvindelse af sektor-barrierer. Det kunne bruges andre steder på hospitalet / regionen / nationalt. [HA] Vi har [også] fleksible indlæggelser – kunne være fint og spændende at komme i tættere dialog med kommune og AP om det kan gøres bedre og tættere.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	[HA] Vi er i RSi gode til gode patientforløb – ikke siloagtigt, men med patienten i centrum. Samme-dags CT kolografi er det godt eksempel. Fleksible løsninger til gavn for patienten. [HA] Vi sidder med meget specialviden her, som kunne være godt, hvis andre sektorer havde adgang til. Enten i form af video eller andet. Kunne fx være godt med en sådan bedre informationsportal (ift det store område forstoppelse og irriterende tyktarm). Her mangler vi også lidt Manpower – sygeplejersker og læger.
Mere kapacitet og samarbejde på tværs kan føre til stordriftsfordele	[HA] Idé: Det kunne være mere robust med mere volumen [patienter]. Hvis vi lavede en række senge herude, så kunne vi tage flere patienter. Fx non-invasive hjerteoperationer / patienter. Man kunne udvikle sygehuset og gøre det større... Så kunne vi lave ekstra undersøgelser for andre hospitaler. Måske lidt provokerende idé. En sådan ekstra fløj kunne måske også drives af praktiserende læger eller kommunale? Patienter skulle ikke bare ligge i sengene, men også aktiveres. [HA] Det er meget vigtigt at fastholde sengepladser, når vi laver flere og flere ambulante behandlinger. Vi må ikke blive kun et hospital for ambulante forløb.
Tiltag under udviklingsplanen skal gavne patienter og personale, det må ikke være ekstra organisatorisk lag eller principper - dem er der nok af	[HA] Implementation science, betyder det et ekstra organisatorisk lag omkring udvikling og forskning? Vil folk så spørge: Skal vi nu til at lave noget ekstra? Og dermed bliver udvikling af forskning mere trægt. Tiltag under udviklingsplanen skal gavne patienter og personale, det må ikke bare være ekstra organisatorisk lag eller principper - dem er der nok af.
Vi skal sætte os til rådighed og bringe os i spil	[HA] CPK og DC har et fremragende samarbejde. [Vi kan / skal] Sætte os til rådighed og bringe os i spil. Rygklinikken er et godt eksempel på samarbejde internt – CpK og DC – mange faggrupper. Hvordan kunne DC og CpK blive endnu klogere / bedre? (noget i vest) Vi skal optimere forløbene for patienter. [HA] Rygklinik fungerer, Idrætsklinikken nævnes også ... [HA] Vildt imponerende ved DC – hvis man har været til lungeudredning, så man kan nå at se en kardiolog inden man går hjem... Ikke pga. der ikke er noget at se til!
Udfordring: Vi høster ikke altid de store besparelser der	[HA] Hvis udviklingen retter sig mod noget skalerbart [nævnt ifm. Implementation Science], så er evidens, kritik, data og publikationer essentielt, som kan udstilles og udfordres. Clasher lidt

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
kommer af de vi udviklinger – men vi bærer omkostningerne	med behov for hastighed. Der er forskellige former for bæredygtighed vi er udfordret på. [Vi er i HEM / regionen] Ressourcemæssigt pressede, så der er begrænsninger... Nogle af de kvalitetsudviklingsforslag koster penge hvor de udvikles og sparer penge andre steder [hvor det implementeres]. Det skal vi have løst. Det kan ellers gøre udvikling besværlig, usmidig, og i værste fald uønsket lokalt.
Data om de enkelte patientforløb udgør et stort og delvist uudnyttet potentiale	Mange data om de enkelte patientforløb udgør et stort og delvist uudnyttet potentiale. Mange tal på de optimerede patientforløb, som kan sammenlignes. På få måneder har vi tal på mere end 100 pt., og alle data ligger hos os. Der er meget at hente. Der forefindes på sygehuset et stort ensartet patientmateriale - som pt udnyttes ikke optimalt til forskning og udvikling pga. manglende økonomi og manglende tid. Der er basis for en stor aktivitet inden for klinisk forskning til at bedre kvaliteten af vores tilbud til patienterne og bidrage til fastholdelse og rekruttering af kompetent personale.
Samarbejde på tværs kan føre til frigivelse af lægeressourcer	Der er potentialer på tværs af centrene, hvor vi kunne arbejde på at frigive de rigtige lægeressourcer fra kirurgien, så der blev OP tid, så de rigtige læger fik mere tid til at operere. Det, der sker nu, er, at de pt., som ved de aldrig skal opereres, bliver tilset af de læger, der opererer.
At ændre afsender kunne måske omgå "not invented here"	Et implementation science center for hele regionen kunne være en fin måde at få en anden afsender på [end Silkeborg] ... og måske dermed undgå 'not invented here'.
Tema 1: Runde 2	
Tal om potentialerne i et forskningssamarbejde forankret i et fælles forskningshus.	
Kæmpe potentiale i at arbejde med - og forske mere i kronikere.	[HA]: Vi har [på RSi] en anden forskningsprofil – ikke nicher som på UH, men nærmere ift. den store bulk (patientgruppe). Her er der virkelig store muligheder. [HA]: Det er et kæmpe potentiale i forskning / udvikling ift. fx bevægeapparatslidelser ("bulk patientgrupper"). Det bliver der ikke forsket så meget i andre steder. Det betyder rigtig meget for sygdomsmeldinger og førtidspension. Man kunne lave et kæmpe center, der kunne skabe STOR gavn netop pga den enorme samfundsøkonomiske impact det har. [HA] Enig. Der er et kæmpe potentiale i at arbejde med - og forske mere i kronikere. Universitetshospitalet er meget i dybden med klinisk forskning, vi er mere i bredden [derunder det organisatoriske].

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Borgerdreven forskning	[HA] Vigtigt at bevare patient-perspektivet, og det er det, vi er gode til i Silkeborg. Kunne være godt at arbejde mere med disse forløb (forstoppelse m.v.) – sammen med patienterne – og forske i det. At udvikle og forske på tværs af specialer sammen med borgeren kunne være enormt gavnligt og lærerigt. [HA] Enig ift. søjler. Kunne være godt at arbejde med at nogle forløb blev smidigere på tværs. I BackTrace er der en følgegruppe [med borgere], det er rigtig gavnligt for projektet. De er glade for adgang til informationerne [En del af BackTrace projektet er en App med overblik over forløb]. [HA] Vi skal være super skarpe på, hvordan vi inddrager patienter / borgere. Kan være svært at samle viden, så man kan bruge den til noget innovativt. [HA] Oplagt at invitere patientforeninger med ind.
Vigtigt med fokus på snitflade til almen praksis – det gode samarbejde	[HA] Når patienten er til undersøgelse, og der er noget, der skal undersøges yderligere, så er AP glade for at vi bare indkalder direkte, men at AP stadig er koblet på patienten [ansvarlig]. [HA] Borgere er virkelig glade for, at de kan få mere ordnet et sted / på samme dag. Der er responsen også positiv på fra AP. [HA] Praktiserende læger får langsomt en anden rolle. Det vigtigste er, at patienten får det rette tilbud.
Tiltagende vigtigt med samarbejde og inspiration fra andre fagligheder (ingeniører, IT-folk, psykologer, m.v.)	[HA] I rygforskning fylder fysioterapeutisk og sygeplejefaglig forskning meget. [HA] Man kunne også invitere ingeniørstuderende eller lignende ind? Inspiration fra andres tankegang. Vi er bygget op omkring sammenhængende forløb, det er vi gode til. Man kunne have glæde af at invitere andre fagligheder ind. Vi kunne have glæde af skabeloner for forskning for nye forskere. Det er også vigtigt at få modspil til det opbyggede bureaukrati (EU, fondsmidler, m.v.). Vigtigt ift nye, indkøbte IT systemer, at der er mulighed for at ændre i dem undervejs i udviklingen. Eller at vi hyrer vore egne udviklere til systemerne. [HA] Vi har også haft beskæftigelse og psykologer og andre fagligheder inde over nogle af vores projekter. God idé.
Vision: Fælles forskningshus til forankring af forskningssamarbejde	[HA] Det er drømmen! Men der mangler tid til at udvikle det og hjælp til at skrive forskningsansøgninger. Der mangler viden hos den enkelte kliniker om, hvordan man sætter et forskningsprojekt op.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Vi har de store patientkategorier i Silkeborg og kæmpe potentiale for at forske mere. Vi bidrager til andre projekter, såvel nationalt som internationalt. Et hus kunne være platform for mødested, hvor forskningsansvarlige kunne erfaringsudveksle. Pt. er der tradition for en stor produktion af kvalitativ forskning, sygeplejesker og fysioterapeuter m.fl. har mere tid, så der ikke så mange læger på banen. Det kunne være fint hvis der OGSÅ kom mere klinisk forskning.
Tema 1: Runde 3 Tal om hvor der ellers kan hentes inspiration.	
Kilder til inspiration	[HA] Vi henter inspiration fra (inter-) nationale konferencer og litteratur... De sædvanlige steder. [HA] Vi får også inspiration fra patientforløb. [HA] Faglige selskaber. SSRI – forskellige kurser med skandinaviske kolleger. Udvekslingen skaber meget udvikling. Også mange andre faglige selskaber
Idé: Advisory board	[HA] "En vigtig kilde til inspiration om hvilke emner der skal forskes og udvikles i, er [et] advisory board, som skal består af vigtige sundhedspolitiske opinionsdannere og repræsentanter for relevante patientforeninger. Et sådant advisory board bør være en stående bestanddel af udviklingshospitalet."
Det er jo også os, der skal være inspirerende.	[HA] Det er jo også os, der skal være inspirerende. [HA] Vi har en helt anden sammensætning [På RSi] – noget, der inspirerer andre. Vi er også gode til at "stjæle" idéer fra andre (eksempler nævnes i Kbh.). [HA] Eksempel: Vi [fra RSi] var på Bispebjerg for at se hvad de gjorde med skrumpelever, og så lavede vi vores egen version 2.0 som blev en succes. Vi kunne godt bruge et netværk af udviklingshospitalet – nationalt og internationalt. Vi har vakt opmærksomhed i udlandet... Der er nok en tilbøjelighed til at kigge længere væk, men vi kunne måske være bedre til at kigge tættere på, på vores naboer. F.eks. er vi inspireret af Næstved Sygehus til forebyggelse af delir, og vi har inspireret flere sygehuse i Norge til at opstarte knæblokader ved knæoperationer. Silkeborg-modellen bygger på mange små projekter, som er udviklet gennem mange år. Der er mange under-projekter, som vi samarbejder med andre hospitaler om. Det er f.eks. Næstved og Vejle, som har hospitaler, der minder om Silkeborg – og også Farsø og Gentofte.

Opsamling for Tema 2 – Udvikling på hospitaler i RM

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Netværk og ledelse

Det er fagligheden under ledelsesniveauerne, der kan trække folk sammen på tværs af matrikler.

Supergodt med udviklingssamarbejde, som er netværksorganiseret, men vi kan få mere kvalitet og styrke, hvis det bliver mere strategisk og får sponsorer på højeste ledelsesniveau i RM.

Flad ledelsesstruktur og lokale ledelser skal have adgang til midler og have større frihed til at tage beslutninger lokalt.

Anerkendelse

Det er vigtigt at anerkende vedkommende, der kommer med en ide, så vedkommende får credit. Vi holder ofte på ny forskning for at sikre, at man selv får credit. Der mangler en open source tilgang, så vi kan dele mere.

Patienten i fokus for udviklingssamarbejdet

Patient, patient, patient. Der nogle faglige slåskampe, og det eneste jeg arbejder efter, det er at patienten får det bedre. Jeg håber, at vi om 5-10 år kan stå sammen og fejre, at vi gør det bedre for patienten. Det vil være en trist udvikling, at vi ikke kan være fælles om udvikling.

Gensidigt ejerskab

Jeg tænker, at samarbejdet kan være både meget speciale og emnespecifikt. Man skal også have med, at der er et gensidigt ejerskab, en gensidig vilje og ejerskab. Det er der mange eksempler på, men der er også eksempler på, at det af den ene eller den anden årsag er lidt bøvlet. Det kræver en mental parathed hos de samarbejdende, lige så vel som det kræves i Silkeborg.

Tema 2: Runde 3 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder.

Tema 1-4: Her opsummerer deltagerne hvilke principper er vigtige, når man skal udvikle på hospitaler i RM.

Tema 2: Runde 3	
Tal om hvilke principper, der er vigtige for udviklingssamarbejde mellem hospitaler	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Ledelsesopbakning- og sponsorer	HA: Jeg tror det er vigtigt, at vi ikke bliver for topstyret. Det er vigtigt at når ideerne kommer fra bunden, så skal de respektive ledelser være anerkendende og lydhøre og med til at skabe rammerne. HA: Flad ledelsesstruktur og lokale ledelser skal have adgang til midler og har større frihed til at tage beslutninger lokalt. HA: Ledelsesopbakning. Også mellem de samarbejdende ledelser. Betyder også at man nogle gange er villige til at risikere – man høster måske først om et år. HA: Supergodt med udviklingssamarbejde, som er netværksorganiseret, men vi kan få mere kvalitet og styrke, hvis det bliver mere strategisk og får sponsorer på højeste ledelsesniveauer i RM.
Prototyping	HA: Jeg tror, det er en god ide at udvikle i småskala og at informere løbende.
Langvarige partnerskaber	HA: Vigtigt med langvarige fællesskaber. Involvering både tidligt og sent. Rugekasse – prototype hospital. Vilje og gensidighed – gennem øget kendskab til hinanden, vi skal ikke vende hinanden ryggen. Spredning kommer på tværs i workshops, på tværs af enheder med kaffepauser og sandwich i mellem.
Akkreditering og kommunikation	HA: Det er vigtigt at anerkende vedkommende, der kommer med en ide, så vedkommende får credit. Vi holder ofte på ny forskning for at sikre, at man får credit. Der mangler en open source tilgang, så vi kan dele mere. HA: Gensidig ære, vi aftaler hvordan vi kommunikerer omkring ideen og udvikling.
Patienten som fælles fokus	HA: Patient, patient, patient. Vi snakker meget om ledelsesopbakning, men det frustrerer mig, at vi ikke kan være fælles om at udvikle, fordi en patient skal have det bedre. Det er nogle faglige slåskampe og det eneste jeg arbejder efter, det er, at patienten får det bedre. Jeg

	håber, at vi om 5-10 år kan stå sammen i vinbaren i Viborg og fejre at vi gør det bedre for patienten. Det vil være en trist udvikling, at vi ikke kan være fælles om udvikling.
Nysgerrighed, åbenhed og respekt	HA: Respekt for alle parter, som er med og det skal give mening for alle – også kommunen. HA: Var det ikke en ide om, alle vi grupper begynder at snakke sammen og finde en fælles tilgang, en fælles udredningsalgoritme og dermed også en behandlingsalgoritme. Vi ved jo godt, at ikke alt skal opereres, det er sådan set det færreste, der skal opereres HA: Vi har en grundlæggende tillid – dem, der udvikler kan finde ud af det.
Udvikling gennem faglige netværk – alle udvikler	HA: Forskningsprojekter kan skabe ringe i vandet og skabe netværk, som bliver struktureret og fører til forandring uden, at der eksplicit er nogen ledelse uden for Silkeborg, der kender til det. Det er fagligheden under ledelsesniveauerne, der kan trække folk sammen på tværs af matrikler. HA: Når man får en god idé, så inviter til en workshop (vinbar), hvor man snakker sammen og kan være med til at skabe ideen og en fælles forståelse. Det der sker på en vinbar, det er, at vi lytter til hinanden – både den ene vej og den anden vej. Princippet kan være, at selvom vi måske er udviklingshospital, så udvikler alle noget, så det er vigtigt, at der er åbent for alle på vinbaren. HA: Vi ser os som et team – det er ikke mit eller jeres det er vores. HA: Man skal have en makker uden for sygehuset, og vi skal lidt uærbødigt spørge om andre kunne hjælpe en i det her.

Tema 2: De første to runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de to indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 2: Runde 1 Tal om relationer i udviklingssamarbejdet mellem RH Silkeborg og andre hospitaler i RM	
Eksisterende samarbejder	HA: HEM/Herning har udviklet <i>en medicintaske</i> , hvor pt. medbringer sin medicin i en medicinpose. Da var vi med i en projektgruppe for at kunne sprede konceptet.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	<i>Hjerteområdet</i>, hvor vi samarbejder med AUH om at vi tage de pt., der får stød. Det er en rutineopgave, som vi kan udføre, så sender AUH deres pt. til os. Vi prøver at hjælpe hinanden og bruge hinandens ressourcer. <i>Øjenklinik i Silkeborg</i> har et tæt samarbejde til AUH og det samme har ØNH med <i>Søvnambulatoriet</i>. Et stort <i>kravebensbrud-projekt</i> har vi kørt i samarbejde med Randers og Aalborg. Det har resulteret en helt ny retningslinje for, hvordan de skal behandles og det indgår nu i de danske, nationale kliniske retningslinjer. Så det er også implementeret og det er også ført ud i livet. <i>GLAD-træning</i>, det der fysioterapeutiske, det har vi også været en del af, <i>Skulder-interventions-projektet</i>, med skuldercafeerne. Det var et arbejdsmedicinsk projekt, det kørte ude fra Herning af med professoren i arbejdsmedicin derude og alle skulder-grupperne i regionen her. <i>BackTrace</i>, det er et kæmpe projekt, hvor det gælder om at identificere pt. med ryg-gener og det ser vi jo alle sammen, og det er det, der er udfordringen – kiropraktikere ser det, reumatologer ser det, kirurgere ser det, og de har alle sammen hver deres tilgang. Grundideen i det her er netop, at hvordan pokker kan det være, at vi alle sammen har hver vores tilgang. Desuden en masse udløbere af det her projekt, der er bl.a. en <i>kronisk patientjournal</i>, som er patientens egen private journal. Som det fungerer nu, hvor den elektroniske pt. journal er regionens eje, men ikke kommunens eje og heller ikke de praktiserende lægers, så kan vi ikke tale sammen på en fælles platform. Og det er en barrier af de helt store. <i>Lavdos CT og lungecancerudredning</i> – projekt om, hvad det er, der karakteriserer udredningsforløbene i Silkeborg. Almen praksis er også med – ingen parader, ægte nysgerrighed efter at analysere, hvad der egentlig er forskellen. Selv Dansk Lungeforenings repræsentanter er nysgerrige og interesserede, så vi er kommet fra en højspændt situation til en undersøgende situation. Virkelig positivt. Forskningsprojekter, som <i>Funktionelle lidelser</i>. Et PhD-projekt designet sammen med AUH, og som skal være med til at aflaste AUH.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Charlotte Runges PhD- projekt om <i>lokal anæstesi og knæoperationer</i> , og det er de operationer, vi rigtig kan prale af, for det har haft en kæmpe impact på kvalitet, men også på Science implementation, for det er noget, vi faktisk kan gøre i dag. Det har betydet, at efter vores pt. har været indlagt 3 dage i huset, går de nu hjem samme dag.
Forskellige samarbejdsformer og relationer	HA: Nogle gange er det heller ikke vigtigt at finde inspiration inden for samme speciale. Nogle gange er der interesser mellem specialerne, hvor vi bryder silo-tankegangen. HA: Det er meget forskelligt ift. specialerne, hvem det giver mening at samarbejde med. Nogle gange har vi brug for det universiteterne, for at få hele spektret med. Andre gange er det nogle andre vinkler, fx hospitaler som behandler mere ambulatorie. HA: Jeg tænker, at det er både meget speciale og emnespecifikt. Og man skal også have med, at der er et gensidigt ejerskab, en gensidig vilje og ejerskab. Det er der mange eksempler på, men der er også eksempler på, at det af den ene eller den anden årsag er lidt bøvlet. Det kræver en mental parathed hos de samarbejdende, lige så vel som det kræves i Silkeborg. HA: Samarbejdsforløb mellem søsterafdelinger på tværs af regionen – forsøger at se og give inspiration. Den slags samarbejder er jeg meget fan af. Det gør det muligt at overskride nogle barrierer, fordi der er noget gensidighed i mellem de to afdelinger. HA: Det er alle hospitaler, der arbejder sammen – og jeg tror i øvrigt også, at vi skal tale det lidt ned, det der med, at det er Silkeborg, der er noget specielt. Silkeborg er en del af sygehusene og jo mere vi kan få det lanceret, som noget helt naturligt, tror jeg de samarbejder vil blomstre noget mere. HA: Ift. not invented here, så er der et dilemma. Vi skal køre på, at vi ikke gør udviklingsmiljøerne for store og bureaukratiske i organisationen. Vi skal være meget omhyggelige med at skabe en gensidighed. Så vi skal lave en smidig udviklingskultur og et fælles ejerskab, så vidt det kan lade sig gøre uden at udvande det. HA: på det første ideseminar, jeg var med til, da snakkede man om det I kan i Silkeborg. Der var en overlæge fra Horsens, som stillede sig op og sagde, at vi skal blive lige så hurtige til at bedøve og lave skiftetider, som I er i Silkeborg – så I bliver refereret på akut hospitaler og det

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	er derfor jeg tænker, om I kunne være i lokalet for fællesskabets skyld, for at være en ressource? Det er rigtig vigtigt, at I fra Silkeborg deltager, selvom I tænker, at I arbejder med udvikling af pt.forløb. Det tænker vi alle sammen, at vi gør. Men I er måske længere, fordi I har gjort det, som du siger, I blev et elektivt hospital. Så tænker jeg, at vi andre har virkelig brug for, at I deltager i sådan nogle læringsseminar.
Manglende udrulningsstrategi	HA: Tidlig involvering i et ikke færdigt projekt, er ikke en fordel. Man skal have noget udviklet, før man kan inviterer andre ind. Vi kunne nogle gange godt bruge en udrulningsstrategi fra regionen, så vi har overblik. HA: Eksempel med ambuflex – en regional udrulning, som i store træk er lykket. Hvis vi både skal udvikle og udrulle / implementere, så har vi brug for noget regional hjælp.
Strategiske og længerevarende samarbejder	HA: Eksemplet med ambuflex. Alle kunne se, at det var fornuftigt og det blev accepteret at implementeringsopgaven lå hos os, og vi havde en strategi for hvordan det skulle gøres. Inddragelse er vigtigt. Huske at inddrage alle i idébanken til, hvordan det kan implementeres og så efterfølgende løbende informere om udrulningen. HA: [...] Jeg synes det er en rigtig god pointe, at når man snakker faglig udvikling i mellem regionshospitalet og AUH – at vi så laver nogle mere strategiske samarbejdsaftaler om nogle store områder, som måske tager udgangspunkt i ét projekt, men som så udvikler sig til nogle spor, som vi kører over længere tid. Så undgår vi noget bøvl med at blive enige osv., fordi vi kigger fremad og spredningen kommer måske også nemmere, fordi samarbejdet er mere langvarigt og strategisk. [...] Fx funktionelle lidelser, som vi er i gang med – vi kører forskning på det og hvis det viser sig, at det er godt, så skal vi ikke diskutere hvor det skal ligge, fordi vi allerede er enige om, hvad fremtidsperspektivet er og det er, at det skal ligge i Silkeborg. HA: Det er forholdsvis nemt at rammesætte nogle spor, fx funktionel lidelser og ambuflex. Der hvor det bliver svært er ved tværfaglige samarbejder. Det kræver nogle ledelser, der virkelig vil det og ligge sig fast på 2-3 specialer.
Barrierer for samarbejde med andre	HA: Jeg synes ikke vi samarbejder med mange. Som projekt radiograf har jeg kigget mod AUH, men der har jeg ikke fået kontakt. Jeg har aldrig fået svar på mine mails.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	HA: Samarbejde lykkes kun de steder, hvor vi har et netværk. Hvis vi bare skriver, sker der ikke noget. Der er ikke en tradition om samarbejde. AUH tænker, hvorfor skal vi beskæftige os med lillebror. Vi ringer gerne og det er accepteret, men det kræver at vi ved hvem vi skal kontakte. Det er svært at finde hinandens telefonnumre. HA: Et udviklingsprojekt er tit i gang, inden man opdager det er et udviklingsprojekt. Når man så åbner for andre, kan det være svært for dem, der brændte for projektet. Der er også en bøvlfaktor i involvering. Ildsjæle kan miste noget af deres brændstof. HA: Og jeg tænker faktisk også, at vi som HL repræsentanter i den her gruppe, vi har faktisk et stort arbejde at gøre derhjemme, for der har traditionelt været opbygget nogle af de barrierer, som Michael Moesmann Madsen også snakkede om. Og så har der været noget misundelse og noget, ja debat om der er bedre forhold det ene eller det andet sted og det har vi en opgave i at få talt ned. Under ledelsesniveauerne tror jeg virkelig, at det er fagligheden, der trækker folk sammen på tværs af matrikler HA: Men så nogle gange, har vi mødt de barrierer, som vi også tidligere har snakket om, ja, ja, I kan sagtens i Silkeborg, I er et rent elektivt sygehus. Der kommer ikke lige pludselig et trafikuheld væltende og ødelægger vores planlægning. Og ja det er nemlig rigtigt, og det er også derfor, at vi har en pligt til at have nogle optimale patientforløb.
Tema 2: Runde 2 Tal om hvordan man involverer i udviklingsarbejde på tværs af hospitaler	
Involvering	HA: Jeg har den erfaring, at sundhedsprofessionelle har svært ved at tage imod andre praksisser, hvis ikke de kan se ideen. Jo mere mening, der kan ses i det, jo nemmere er det at se ideen i at implementere. [...]. Det kræver ikke nødvendigvis, at alle skal være MED i udviklingen, men der skal være transparens ift. den sundhedsfaglige mening. HA: Ift. at involvere flere undervejs... Jeg oplever en udfordring ift. at jo flere vi involverer, så er højden for innovation ikke så høj. Men jo færre vi involvere, så kan vi bedre innovere og gøre noget radikalt anderledes. Og det er et paradoks, fordi på den ene side, vil jeg rigtig gerne have flere med på ideen og udvikling, men jo flere jeg tager med, jo mere bliver en ide tilintetgjort, fordi alle vil have en bid af kagen.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	HA: involvering kan sagtens være en klods om benet, men involvering skaber også følgeskab. Jeg tror, at når først vi ruller de første successer ud, så får vi også en bredere opbakning fra kolleger. HA: Nogle gange skal vi sende folk ud i nogle andre situationer (vinbar), for at danne nogle relationer forud for, at ideen skal udvikles. HA: Jeg er enig i, at der er et dilemma mellem at gøre tingene agile og manøvredygtige og så at skabe bredde i ejerskabet. Jeg tror ikke, der er nogen løsning på det. Jeg tror, at den bedste spredning finder sted sideværts, fagfælle mellem fagfælle. HA: Man skal involveres så hurtigt som muligt, for at skabe ejerskab. HA: Vi gør nok tingene anderledes og er nok mere kreative, her er store tunge hospitaler som AUH som er svære at flytte på og mere traditionelt opbyggede. AUH kunne også, men der sidder nogle specialfyrtårne, som tænker mere på specialet end på pt. Vi har fået lov til at tænke ikke så meget på økonomien, for at kunne udvikle noget. Det har skabt resultater. HA: Det vi kan og gør i Silkeborg er at vi springer led over, da der allerede er skabt naturlige samarbejder. Jeg har også erfaret, at vi får lov til at udvikle først og så se på økonomien, hvilket er meget anderledes end hvad andre gør.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Udvikling er en fælles opgave – Silkeborg kan gå foran	HA: Eksemplet med ambuflex. Alle kunne se, at det var fornuftigt og det blev accepteret at implementeringsopgaven lå hos os, og vi havde en strategi for hvordan det skulle gøres. Inddragelse er vigtigt. Huske at inddrage alle i idébanken til hvordan det kan implementeres og så efterfølgende løbende informere om udrulningen. HA: [...] Jeg synes det er en rigtig god pointe, at når man snakker faglig udvikling i mellem regionshospitalet og AUH – at vi så laver nogle mere strategiske samarbejdsaftaler om nogle store områder, som måske tager udgangspunkt i ét projekt, men som så udvikler sig til nogle spor, som vi kører over længere tid. Så undgår vi noget bøvl med at blive enige osv., fordi vi kigger fremad og spredningen kommer måske også nemmere, fordi samarbejdet er mere langvarigt og strategisk. [...] Fx funktionelle lidelser, som vi er i gang med – vi kører forskning på det og hvis det viser sig, at det er godt, så skal vi ikke diskutere hvor det skal ligge, fordi vi allerede er enige om, hvad fremtidsperspektivet er og det er, at det skal ligge i Silkeborg. HA: Det er forholdsvis nemt at rammesætte nogle spor, fx funktionel lidelser og ambuflex. Der hvor det bliver svært er ved tværfaglige samarbejder. Det kræver nogle ledelser, der virkelig vil det og ligge sig fast på 2-3 specialer. HA: Vi har jo haft virksomhedsbesøg fra andre sygehuse, men det jo typisk, de ligger altid langt væk. Det er jo Herlev og Gentofte, som ligesom har slået sig sammen og sagt Hold da op, hvad er det de laver derovre i Silkeborg? HA: Men en ting er at komme på virksomhedsbesøg, så er man ligesom gæst et sted. Noget andet er at mødes på en fællesgrund, som på et læringsseminar, hvor vi alle sammen møder ind og er lige fremmede eller ikke hjemmehørende og hvor vi får nogle gode dialoger og hører, om de gode ting, der sker. HA: Er man i Silkeborg gode nok til at få konkret fortalt om, hvad vi har gjort? Ved andre godt nok, hvad vi kan, hører de om os? HA: Traditionelt, som Michael Moesmann også sagde i sit oplæg, har vi en tendens til at høre bedre, hvad der sker i Boston end på nabosygehuset. Så det er ikke specielt i Silkeborg, man

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	ikke kan høre. Det er interregionalt – godt at mødes på en neutral grund, hvor man så fortæller om det og får opbygget de gode relationer.
Særlig Silkeborg-organisering er ikke en hindring	HA: [...] Ja, vi har en anderledes organisering, men vi skal passe på med at sige, at vi ikke kan dele med andre, fordi de er organiseret anderledes. Så skal vi skille delene i løsningen ad og finde ud af, hvordan de passer ind i nogle andre kontekster. Man skal kigge ned i hvad de forskellige byggesten er og finde ud af, hvordan de kan fungere i andre kontekster. [...]. HA: Man skal ikke opfatte det som en forhindring for at sprede, fordi organiseringen er anderledes i Silkeborg. HA: Det vil jeg gerne bakke op om. Vi prøver også at skubbe lidt til det etablerede system. Noget andet vi også arbejder med i KIF, det er at vi laver en disclaimer, når vi udvikler noget, hvor vi forklarer, hvad det er for nogle omstændigheder, vi har udviklet under. Ligesom når man trækker et dataset, så skal man også vide, på hvilke baggrunde de blev dannet.
Ledelsens rolle	HA: Vi holder ikke noget hemmeligt for HL – de er velkommen til at dele. HA: Vi skal ikke forfalde til mere info og kommunikation – alle projekter skal forbi HL, men inden de når frem, er projektet halvt implementeret. Det er ikke en flydende kommunikationsstrøm, den kræver tilstedeværelse og man skal snakke med folk. HA: Er projektet innovativt, kan man kun sælge en vision – vi er bygget op om en klinisk forskningsmodel – gammeldags og traditionel – ikke en afprøvningstilgang og det er med til at stalle udvikling.

Opsamling for Tema 3 - Tværsektoriel udvikling

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Vilkår for succes – ift. udviklingsplanen

[HA] Det er ikke nok med et øjebliksprojekt [for udvikling og udviklingsplanen], det skal følges over tid. Være noget vedvarende, for verden er foranderlig. Vi skal måle et par gange om året i en form så alle kan være med.

Vi skal udvikle faste fora eksempelvis "En tværsektoriel udviklingsenhed", som skal opsamle gode ideer, stille krav, mandat til at følge op skal kunne kræve noget.

Smidighed set fra borgerens perspektiv

[KA]: Det handler om smidighed og fokus på hvad der er den bedste løsning for borgeren. Fx hurtig udredning, ind den samme dag og svar samme dag. Set fra arbejdsgivers side er der også mange fordele ved det.

Det virker når vi arbejder mod fælles mål og forståelse

[KA] Tværsektorielt samarbejde er vigtigt. Tingene kommer til at hænge sammen når vi arbejder mod fælles mål. Det, der fungerer, er forståelse af hinandens perspektiver. Hvad er skånehensyn – forstå ex. hvor mange timer borgeren skal arbejde. Forstå at vi fx arbejder på at undgå at borgeren står uden forsørgelse.

Princip: Et samlet patientforløb

[HA] Der er et samlet patientforløb for borgeren. På sygehus, kommune eller hvor de kommer, skal der være en sammenhæng for borgeren.

Vilkår for succes - Mulighed for at købe praksis fri

[HA] Almen praksis er meget fragmenterede. Hvis vi skal være udviklingshospital, skal vi også bruge dem i processen, ikke kun praksiskonsulenter, men købe dem fri til at være med til at se på noget.

Tema 3: Runde 3 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder.

Her opsummerer deltagerne hvilke principper er vigtige for udviklingssamarbejde på tværs af sektorer.

Tema 3: Runde 3	
Tal om hvilke principper, der er vigtige for udviklingssamarbejde på tværs af sektorer	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Smidighed set fra borgerens perspektiv	KA: Det handler om smidighed og fokus på hvad der er den bedste løsning for borgeren. Fx hurtig udredning, ind den samme dag og svar samme dag. Set fra arbejdsgivers side er der også mange fordele ved det. PL: Jeg tænker, at samarbejdet skal ses fra borgerens perspektiv og de hyppige lidelser skal vi hjælpe hinanden med. I almen praksis afslutter vi jo 90 % selv uden at komme omkring sekundær sektoren og det er jo de 10 % andre forløb, der så skal gøres bedre.
Arbejdsro	PL: At give arbejdsro til de projekter man har, både politisk og administrativt – og i forhold til at tiltrække og fastholde medarbejdere.
Gensidig tillid	HA: jeg læner mig op af, at der skal være en gensidig tillid til hinanden. Tillid til at tingene bliver gjort, at der er de rette kompetencer i de forskellige sektorer og at borgerne faktisk kan rigtig meget selv. Vi skal også have tillid til at sige fra og til på nogle opgaver. Så begrebet gensidig tillid er for mig rigtig vigtigt i udviklingsarbejde.
Ledelsesopbakning i ledelseskæden	PL: Afrundende vil jeg gerne sige at en god ledelse og en ledelse, som viser hvilken vej man gerne vil have at udviklingsarbejdet skal gå, det er alfa og omega. Fordi nede på AL-niveau fungerer det rigtig godt og flere gange har vi jo fået medaljer for at være bedste mindste hospital, men det overordnede ledelsesniveau skal også være på plads for at vi kan arbejde derudaf. Hospitalsledelsen skal have en god centerledelse, som kan arbejde for sagen.
Kommentar til Region Midtjylland værdierne	PL: Jeg synes om de værdier, som regionen har – dialog, dristighed og dygtighed. [...] Dialog på tværs, borgeren med og noget med at komme ud over egne ramme ift. kompetencerne. Turde tænke nyt og prøve noget af i praksis og få noget forskning og nogle tal på.
Ligeværdigt samarbejde	[HA] Ligeværdigt samarbejde – betyder at man på tværs af sektorer er interesseret i hinandens hverdag
Gensidig respekt	[HA] Gensidig respekt – betyder at man prioriterer i fællesskab på tværs af sektorer

Vi tænker patienten i et forløb	[HA] Vi tænker patienten i et forløb – vi skal se på det hele borgerens liv
Sammenhæng og råderum	[HA] Sammenhæng og råderum – er et kodeks for fremtiden for hospital, kommune og almen praksis. Gøre os kloge på hinandens områder. Se hvordan vi spiller sammen med vores indsatser inden for den ramme vi har.
Vi skal gå endnu længere i samarbejdet på tværs	[HA] Mange borgere har nu og i fremtiden flere kroniske sygdomme. Vi hjælper ikke patienten gennem et fragmenteret sundhedsvæsen. Vi skal gå endnu længere i samarbejdet på tværs. Der er flere ting der spiller ind i et liv sundhed – vi skal skræddersy forløb for den enkelt patient med en holistisk tilgang.
Et samlet patientforløb	[HA] Der er et samlet patientforløb for borgeren. På sygehus, kommune eller hvor de kommer, skal der være en sammenhæng for borgeren. Vi skal have et slogan: Vi lytter til og betjener kunderne.
Vi inddrager aktører	[HA] Vi inddrager aktører – fra kommune og praksis, og så skal vi have kolleger med fra andre hospitalsenheder med helt ind i maskinrummet. I kommende geriatriske projekter inviterer vi praksis og kommune, og en geriatrisk overlæge fra vest eller AUH. Så man har mulighed for at få spredt viden efterfølgende og også for at få kvalificeret tiltagene. Vi ser hinanden og ser hinanden i øjnene og har respekt for hinanden. Opgaver løftes i fællesskab så det er spændende for alle parter.

Tema 3: De første to runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de to indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 3: Runde 1 Tal om de gode udviklingssamarbejder på tværs af sektorer	
Samarbejde med almen praksis, hospital & kommune -fordele ved sammedags-udredning & fleksible indlæggelser	PL: Der har været god mulighed for at lave sammedagsudredning på nogle [flere] patientforløb. Det er de hurtige udredninger på tværs af specialerne, som har været den helt store fordel for de praktiserende læger.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
-og fordele ved at have specialerne samlet -og fordele ved at have lokal smerteklinik	PL: [... ift. fleksible indlæggelser] men det er smidigheden i fx fleksible indlæggelser der er smart – fx at den tunge KOL-patient ikke skal til praktiserende læge, hver gang der er brug for en indsats. PL: [...] det er vigtigt at den praktiserende læge ikke kolbes af, men stadig er med inde over. Det smarte er jo også at specialerne er samlet – det er helt anderledes i fx Skejby, hvor man skal bevæge sig rundt mellem 4 forskellige specialister, der ikke vil mene noget om de andres specialer. Det betyder ufattelig meget spildtid. PL: smerteklinikken... Her fik vi mange henvendelser fra kommunen ift. at få borgeren op til smerteklinikken, hvor vi har brug klinikken til at blive klogere på hinanden og hvad vi så kan gøre for borgeren. De gode muligheder kom jo kun af, at smerteklinikken kom. Det vil jeg give HA ret i, at det kunne være godt hvis der var mere af ude vest på. HA: Til sidste dialogmøde blev jeg grøn af misundelse over Smerteklinikken. Vi vil rigtig gerne have sådan en klinik i Vest, fordi det kan give et rigtig godt forløb for borgerne ud i beskæftigelsesområdet. Jeg tænker, at Silkeborg er godt hjulpet med smerteklinikken og det skal faktisk dække mere end Silkeborg kommune, også helt til Thyborøn. HA: Jeg tænker også, at der sker noget kompetenceudvikling i sådan et samarbejde i smerteklinikken, fordi I lærer hele tiden af og om hinanden og klæder hinanden bedre på til næste gang.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Eksempler på samarbejder	KA: IPS projekt, medarbejdere fra beskæftigelsesafdelinger som sidder med i konferencer med psykiatrien. Vi har et godt samarbejde med psykiatrien, hvor vi har fælles samtaler med borgeren og holder dialogmøder. <i>(Individuelt Planlagt Støtte, projektet har kørt som forsøg i flere kommune, projektet er ført til drift).</i> PL: [...] Overskriften "de praktiserendes hospital" er måske en flot overskrift, men det kræver noget lidt mere – afdelingerne på Silkeborg har i høj grad været gode til at hjælpe os praktiserende læger i henvisninger og med at vælge de rigtige undersøgelser til borgeren. Vi har haft et fælles øje ft. at finde ud af hvad borgeren fejler, så det ikke kun ligger hos praktiserende læge. [...] og det er jo diagnostisk center, der arbejder godt sammen på tværs. [HA] RSi arbejder innovativt ved eksempelvis at udvikle patientforløb. Et eksempel på et godt samarbejde er de fleksible indlæggelser, hvor afdelingen samarbejder med akutteamet i kommunen. Det går på at kroniske patienter med KOL og hjerteproblemer har en åben kontakt til afdelingen, så patienten kan ringe ind hvis der er problemer. Løsningen for patienten kan være at Akut Teamet klarer det, patienten indlægges eller hustruen klarer det. Det er forskelligt hvordan problemerne løses. [HA] Geriatrien er også et eksempel. Vi samarbejder med kommunen og tilser patienter subakut. Det samarbejde kan udvikles. Kommunen har svært ved at allokere ressourcer til udvikling, men vi har fået et kursus på benene for både ledere i kommune og hospital + medarbejdere (<i>geriatri</i>), hvor vi lærer om innovation og digitalisering. [KA] Silkeborg Kommune har også et godt samarbejde med psykiatriens hus, som styrker viden om hinanden og vi har fælles tilbud. IBS forløb – samarbejde på tværs og ind i hinandens rum – relation og vidensudveksling. [HA] Smerteklinikken og kommunen har et uformelt samarbejde. Vi mødes med [KA], hvor vi giver hinanden info om hvad der rører sig. Ex. lovgivning om beskæftigelse ændrer sig ofte og hurtigt. Vi drøfter også hvad vi kan gøre for at det spiller bedre sammen til gavn for borgeren. [HA] Når der er nye udviklingsinitiativer på tværs af sektorer er der meget stor interesse i at samarbejde og hospitalet er interesseret når der kaldes på os. Både i pt. forløb og back trace forskning. Vi har lige sluttet ny retningslinje om tryksår, som er udgået fra Silkeborg og med et meget stort samarbejde med interessenter bl.a. ældresagen. HA Cancerpakker er effektive forløb, hvor vi har et godt og fast mønster om koordinering med praksiskoordinerer.
Samarbejde mellem kommune og hospital	KA: Jeg blev kontaktet af nogle medarbejdere i psykiatrien, som var voldsomt trætte af hvordan vi henviser – så jeg ringede til vedkommende og så fandt vi hurtigt ud af hvilken knap

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	vi skulle trykke på i stedet. Nogle gange er det jo lidt svært at finde ud af, hvem man lige skal ringe til i det store sygehusvæsen, men den her problematik fik vi hurtigt løst. KA: Jeg hører egentlig, at samarbejdet kører godt, men jeg hører også at autisme-området kan være lidt problematisk. Det er ikke alle kommuner, der har én der sidder på hele samarbejdet med de praktiserende læger – jeg har hørt fra andre læger, at de godt kunne ønske sig det samme i andre kommuner [Ét tydeligt kontaktpunkt]. KA: Jeg er selv blevet udredt for problemer med korsbånd, hvor jeg fik undersøgelse og udredning på samme dag og så en dato for operation. Og videre til kommunalt genoptræning gik også helt glat. PL: Jeg vil gerne tilføje noget ift. kommune og hospital. Der er jo uanede mængder af muligheder for kompetenceløft og samarbejder. Vi kan bare se på udskrivelser og aftaler om aflastning og genoptræningsplaner. Det handler jo om, at man klæder hinanden bedre på fagligt, selvom man ikke har de samme kasketter på. Jeg synes, at kommunen er ved at forbedre sig og løfter deres kompetencer ift. at få lavet nogle gode forløb for borgerne. Vi har jo en voksende gruppe af ældre i samfundet og man kan tale om det kommunale hospital igen. PL: gå-hjem-teams, teams der følger op på patienter, som meget hurtigt har været inde og blive udredt og behandlet og sendt hjem igen. Jeg kan kun håbe på, at de praktiserende læger er med på at lave samme indsats ift. kompetenceløft. Fx ift. geriatri, [...] – så vi undgår for mange genindlæggelser. Der er mange forløb, hvor det kunne være rigtig godt med et team, der hjælper med overlap til praktiserende læge og kommune. HA: Jeg vil gerne være fortaler for det her med et understøttende system, der støtter op om udskrivelser og at give patienterne en ekstra hånd i ryggen, når de har været i behandling.
Det virker når ledelsen vil det Men vi mangler ressourcer	[HA] Tværsektorielt samarbejde virker når ledelserne vil det. Udvikling kommer bedst frem, når ex. en sygeplejeske kommer med ideerne og ledelsen faciliterer processen. Det er vigtigt at der gives tid til at udvikle noget sammen. Tid til at tænke sig om, hvordan arbejdet påvirker hinanden. Men vi mangler tid. Ressourcer til udviklingsarbejde er for få. Der skal ikke så meget til, men udviklingen skal helst foregå nedefra, så det giver mening. Vi er gode til at snakke med hinanden (<i>på tværs af sektorer</i>), men når det gælder ressourcer, skal man være klar til at afprøve det og tilføje ressourcer. Ressourcer følger sjældent patienten. Der skal være flere frihedsgrader til at udvikle noget mere. Ledelsen skal turde flytte ressourcer. Samarbejde på tværs er bedst, når alle kan se meningen med det.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Der mangler incitament til at flytte på pengene [specielt ift. tværsektoriel forskning & udvikling] – der er adskilte budgetter i kommunen, hvilket er et problem.
Det virker når vi arbejder mod fælles mål og forståelse	[HA] Tværsektorielt samarbejde er vigtigt. Tingene kommer til at hænge sammen når vi arbejder mod fælles mål. Det, der fungerer, er forståelse af hinandens perspektiver. Hvad er skånehensyn – forstå ex. hvor mange timer borgeren skal arbejde. Forstå at vi fx arbejder på at undgå at borgeren står uden forsøgelse.
Tema 3: Runde 2	
Tal om hvordan borgerne er involveret i udviklingsarbejde på tværs af sektorer	
Hvordan vil du som borger selv gerne involveres?	PL: Det er klart, at man gerne vil involveres i nogle feedbackmuligheder med spørgeskemaer, hvis man har været inde på hospitalet. I forhold til det her udviklingsarbejde havde jeg egentlig forventet, at der havde været nogle borgere med her, det kunne jeg godt have ønsket mig. [kommentar: borgere var inviteret] PL: Som borger savner jeg, at der bliver råbt lidt mere højt om, hvad det er for nogle politiske dagsordener man skal tro på, som borger. Der er jo hele tiden usikkerheden ift. om hospitalet lever om 2 år [...]. Jeg kunne godt savne en lidt mere klar melding, så vi mindsker forvirringen. Der skal ro på for at personalet har lyst til at blive på hospitalet. HA: Vi har været igennem en lignende udviklingsproces [Vest], med sammenlægning af matrikler. Og som borger giver det måske ikke helt mening, at det nye Gødstrup ligger så tæt på Herning-matriklen. Så sørg nu for også at lytte til de kritiske røster og vær tydelig som hospitalsledelse på beslutningerne. KA: Det oplagte er jo, som PL siger, der her med spørgeskemaer. Ellers tror jeg ikke, jeg – jeg besøger jo ikke så ofte hospitalet. Jeg var gravid på det tidspunkt, hvor fødeklinikken lukkede og jeg tror stadig det hænger lidt ved. [HA] Når der er opstart af et udviklingsarbejde, så synes jeg at der er en naturlig tilgang til, at vi ikke kører med det ikke inden vi har tjekket, hvad patienterne egentlig tænker om det. Eller hvad tænker de pårørende eller patientforeningen. [HA] Jeg skulle involveres i konkrete forløb. Et nyt knæ eller kronisk sygdom ex. diabetes eller andet. Det kunne være med gode ideer på forhånd. Og hvordan fungerer informationsmaterialet eller kommunikationen? De digitale informationer osv. Det kunne også være ved udskrivningen. Det behøver ikke være et stort set up.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Eksempler på involvering af borgere	KA: Som borger i kommunen er jeg jo i hvert fald blevet inddraget i det her udviklingsarbejde. I forhold til det jeg laver ift. samarbejde mellem kommune-psykiatri, så ved jeg faktisk overhovedet ikke hvordan borgerne er blevet inddraget. HA: Jeg tænker, om ikke HEM også har brugerråd? Det har vi i hvert fald i Vest, lige nu bruger vi dem rigtig meget til fx udflytningen. [...] Vi har også involveret patienterne ift. at kvalificere forskellige spørgeskemaer og løsninger. PL: Jeg er faktisk heller ikke helt vidende om, hvad der laves af involvering af brugere og foreninger. Jeg kender lidt til Hammel Neuro, hvor de bruger Hjernesagen og nogle andre foreninger. Så er der selvfølgelig også pressen med læserbreve og sådan...
Der kan vindes noget ved at blive bedre til at inddrage borgere på tværs af sektorer	[HA] Vi inddrager patienterne på hospitalet. Vi anvender flere metoder og teknikker ex. fokusgrupper eller interviews. Vi er knap så gode til at inddrage borgere i de tværsektorielle forløb. Vi kan vinde noget på tværs af sektorer (<i>Hvis vi inddrager borgerne mere</i>). [HA] Vi er ikke så gode til at tænke hvad betyder det for almen praksis og kommunen, når vi laver noget om på hospitalet.
Eksempler på udviklingsprojekter på tværs	[HA] Vi er ved at udvikle et projekt "Out of the building" – for de der tør – vi vil tvinge klinikere ud til nogle samarbejdspartnere for at fornemme deres hverdag. Så de kan se, hvad det betyder, når vi laver ex. et nyt skema til patienten. Vi vil undersøge kulturer i kommune og hospital, så vi kan forstå barrierer når vi vil implementere tiltag. [HA] I geriatrien har vi et projekt, hvor medarbejdere kommer ud og ser, hvad der sker når man udskrifter en geriatrisk patient og oplever, at når vi synes det er et fantastisk forløb, oplever kommunen det ikke nødvendigvis.
Vilkår for succes -En tværsektoriel udviklingsenhed -Mulighed for at købe praksis fri	[HA] Det er ikke nok med et øjebliksprojekt [for udvikling og udviklingsplanen], det skal følges over tid. Være noget vedvarende, for verden er foranderlig. Vi skal måle et par gange om året i en form så alle kan være med. Vi skal udvikle faste fora eksempelvis "En tværsektoriel udviklingsenhed", som skal opsamle gode ideer, stille krav, mandat til at følge op skal kunne kræve noget. Overordnede faste fora, kan sikre at man taler sammen om det tværsektorielle samarbejde, innovation osv. Vigtigt at vi prøver at være nysgerrige sammen - vigtigt for os, borgeren og kommunen. Få det fodret nedefra og medarbejderne skal have tid til at reflektere. [HA] Almen praksis er meget fragmenterede. Hvis vi skal være udviklingshospital, skal vi også bruge dem i processen, ikke kun praksiskonsulenter, men købe dem fri til at være med til at se

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	på noget. Også på tværs kunne det være dejligt at måle og se resultatet af en indsats [efter hospitalet slipper dem] – hjælp det, kom patienten i arbejde?
Bedre patient forløb	[HA] I 15 år var jeg i Aarhus. Når jeg fandt en dyb venetrombose, skulle jeg sende patienten helt til Viborg. De skulle have vejledning der. Jeg har kæmpet for borgerne med hele systemet og har ikke kunnet trænge i gennem. Det er for sølle. Det er folk som har det dårligt og har tykke ben. Det er en sag som ikke huer mig, men som jeg ikke kom i mål med. [HA] Det er præcist det vi har været gode til i Silkeborg og sagt nej, det skal borgeren ikke og har lavet et bedre pt. forløb. Der er en agilitet i Silkeborg om pt. forløbene. Er der noget der ikke virker gør vi noget ved det.

Opsamling for Tema 4 – Læring og spredning

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Hvem skal vi skabe værdi for?

HA: Jeg kunne godt tænke mig, at vi opdeler engagementet for dem, vi er her for og dem vi arbejder sammen med – undersøge vores vaner og stille spørgsmål til, for hvem vi skaber denne værdi? Nogle er gode opgaveløsere, og så er der nogle, der er gode til at reflektere over, hvordan løser vi opgaverne.

Vilje og gensidighed

HA: Vi har brug for de langvarige fællesskaber og kendskab til hinanden og gode forberedte samarbejdsaftaler med vilje og gensidighed.

Vækstprincip

HA: Der, udviklingsprojektet skal gro, skal det have lov til at gro, men med støtte fra dem, som ved, hvad der skal til for at få det til at gro og spredes.

Fri os for den bureaukratiske mølle

HA: Det skal organiseres til en vis grænse, så der ikke går bureaukrati i det. De gode ideer kommer fra klinikere og fra relationerne, så vi skal ikke blive til robotter, der ikke tør tænke noget nyt, fordi der så er en bureaukratisk mølle, vi skal igennem.

Ledelsesprioritering

HA: Det har derfor kæmpe stor betydning, hvad ledelsen i de enkelte matrikler og klinikker prioriterer. Der skal mere end 1 eller 2 interesserede til, for at kunne skabe ændring – ledelsesopbakning er nødvendig.

Spredningsstrategi

HA: Hvis man skal lave en strategi for spredning, så er det nødt til at komme et (ledelsesmæssigt) sted fra, hvor spredningen bliver struktureret og prioriteret.

Tema 4: Runde 4 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder.

Tema 1-4: Her opsummerer deltagerne hvilke principper er vigtige, når man det gælder læring og spredning.

Tema 4: Runde 4	
Tal om hvilke principper, der er vigtige for spredning til / fra hospitaler	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Ledelsesopbakning og prioritering	(HA) Der skal ledelsesopbakning til og der skal prioriteres nogle ressourcer til at lave udviklingsarbejdet. HA: Og selvfølgelig også en ledelsesopbakning med en villighed til at prioritere ressourcer og at nogle gange koster udvikling ressourcer.
Værdiskabelse	HA: Tænke værdi ind i udviklingen – hvad skaber det af værdi og for hvem. HA: Som kliniker brænder vi alle sammen for patienten og så møder man bureaukratiet. I Silkeborg er de rigtig dygtige til videreudvikling af tiltag, bygge oven på det man har.
Synlighed i organisationen	(HA) Det skal være synligt i organisationen, hvor jeg kan få hjælp, hvem skal jeg gå til
Relations opbygning	HA: Det er de langvarige fællesskaber og kendskab til hinanden og gode forberedte samarbejdsaftaler med vilje og gensidighed. HA: Dyrke den personlige relations opbygning. HA: Relations opbygning betyder sindssygt meget for spredning. Det er en af de største barrierer for not invented here syndrome.
Udvide specialefaglige horisonter	HA: Udfordringen er, at vi er uddannet i specialer – mere udveksling på tværs af specialer kan være altafgørende for patientens forløb. HA: Flere Ph.D læger, der går udvikling- og innovationsretningen. Der er et fokus på en masse forskningsansvarlige overlæger, men hvor er de innovationsansvarlige læger?
Flad struktur med lokal udvikling Prøvehandlinger Minimalt bureaukrati	(HA) Lav ledelsesstruktur. [...] Dem der kommer med ideen får lov til at være med hele vejen. [...] Dem, der skal arbejde med det videre, skal have støtte til at implementere det. [...] Der, hvor det skal gro, skal det have lov til at gro, men med støtte fra dem, som ved, hvad der skal til for at få det til at gro.

	HA: Vi er nødt til at lave prøvehandlinger i små skala, for at se, om projekter har levedygtighed. HA: Det skal organiseres til en vis grænse, så der ikke går bureaukrati i det. De gode ideer kommer fra klinikere og fra relationerne, så vi skal ikke blive til robotter, der ikke tør tænke noget nyt, fordi der så er en bureaukratisk mølle, vi skal igennem. HA: Organiseringen i Silkeborg er sådan, at vi er en ledelse på tværs og vi har ikke langt til hinanden. Tæt på hinanden, bottom-up mindset, nede i kaffestuen hver dag og møder hinanden i kaffepauserne.
Kultur i organisationen Tid og rum til inspiration – til forstyrrelse udefra Nysgerrighed skal være et styrende princip	(HA) Kulturen har stor betydning. Svært at sige, hvordan den slags kultur kan implementeres andre steder. HA: Der skal være tid til at tænke sig om. Vi skal ikke bare styrte afsted uden at tænke os om, og der skal prioriteres rum til at blive inspireret udefra. HA: Vi skal være lidt uærbødige over for det kendte og turde være nysgerrig, ikke tage ting for givet. Et styrende princip.
Formidling af det moderne hospital	(HA) Formidlingsopgave ift. hvad det er hospitalet i Silkeborg kan, så borgerne forstår "det moderne hospital" og ikke tror, at hospitalet lukker pga. at der bliver lukket fx ét speciale og udvidet nogle andre.
Løbende evaluering	HA: Tidligt og sen evaluering, så i virkeligheden løbende evaluering undervejs i projektet. Et mere forpligtende samarbejde og gensidighed.

Tema 4: De første tre runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de tre indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 4: Runde 1 Tal om eksempler på spredning fra RH Silkeborg	
Eksempler Sammedags-kirurgi Kræftpakke Organiseringen af DC DVT-forløbet Multisygdomsklinik Hofte- og knæ LISA Håndkirurgi Klinik for funktionelle lidelser	HA: Silkeborg har været kendt for fx <i>sammedags-kirurgi</i> – det med at samle mange specialer, så man kan sælge sig selv på ideen om, at når de praktiserende læger sender en henvisning på en borger, der har ukarakteristiske symptomer, så kan vedkommende bliver undersøgt i én udredning, hvor specialerne er samlet og hvor man når ret langt på én dag. (HA) Udvikling af <i>kræftpakke til alvorlig kræft</i> – udviklet sammen med Vejle og i dag implementeret i hele landet. (HA) <i>Organiseringen Diagnostisk Center</i> – fusion af medicinsk og radiologisk afdeling. Denne type organisering findes også andre steder, både i Danmark og i Norden. (HA) <i>DVT-forløbet</i> / Trombose: løsningen er implementeret andre steder, men ikke 1:1. Der er nogle centrale dele af løsningen, som ikke er spredt ud andre steder. HA: <i>Multisygdomsklinik</i> – fokuset som kom med denne type klinik er blevet taget til sig af andre hospitaler. HA: <i>Implementering af 24-timers hofte- og knæoperationer</i>. Som senere hen er videreudviklet til 12-timers operationer. Her har forskning af 12-timers operationer givet adgang til et stort netværk, både ift. spredning og læring. HA: <i>LISA</i>, projekt hvor respiratoriske patienter kan tale, mens de er i respirator. Dette tog fart, da det kom i medierne. Der er lavet et rejsehold omkring den løsning, som har rejst rundt i hele landet. HA: Eksempel med <i>håndkirurgi og brug af nåle til operation</i>, i stedet for tidligere procedurer med at sprøjte enzymer ind i hånden. Dette var også i medierne. HA: DC og klinik for funktionelle lidelser på AUH – det setup vi har i DC, det er de interesserede i på AUH, fordi de har en fornemmelse af, at patienterne cykler rundt i klinikerne og specialerne. Så nu har vi lavet et forskningsprojekt og så har vi nogle aftaler ift. hvis det viser sig at være en succes. Vigtigt med processen i at gå i gang med projektet – det har taget lang tid, men det er vigtigt.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Fokus på organisering	(HA) Andre steder har erfaret at det er svært at udrede patienter i et speciale-opdelt sundhedsvæsen. Ideen er netop at DC går på tværs af specialer. Ligesom multisygdomsklinik. (HA) For Silkeborg har der ikke været fokus på, hvordan skaber vi værdi regionalt eller nationalt, fokus har først og fremmest været på, hvordan skaber vi udvikling lokalt på hospitalet. (HA) Silkeborg har primært fokuseret på det organisatoriske, måden som vi designer og pakker patientforløb på. Og det tror jeg vi skal fortsætte med, for der er nok nogle andre, der er gode til at finde ud af om det er medicin a eller medicin b, der er bedst – det er vi for lille et hospital til at udvikle på. HA: Og så handler det også om at lære hinanden at kende. Langvarig kendskab til hinanden, hvor man også får indblik i hinandens ressourcer og rammer – det nedbryder not invented here syndrome. Og vi ser, at når de andre siger, at de ikke har plads til at tage imod en patient, så ved vi, at det passer. Dyrke de langvarige fællesskaber og tage PDSA eller forbedringstankegangen med. Hvis AUH med et projekt kun er lykket 30 % og vi kun er lykket 20 %, hvad er det så vi tilsammen kan?
Fokus på værdiskabelse, forstyrrelser og vaner	HA: Samtidig tænker jeg, at vi har brug for, at vi alle sammen øver os i at tænke "giver det her værdi, eller giver det ikke værdi?". [...] Vi skal forstyrre folk i, at vaner ikke altid er gode, eller lytte til at klinikere nogle gange har ideer til udvikling, selvom de ikke har udviklingskasket på. HA: Jeg kunne godt tænke mig, at vi opdanner engagementet for dem vi er her for og dem vi arbejder sammen med – undersøge vores vaner og stille spørgsmål til, for hvem skaber denne værdi? Nogle er gode opgaveløsere og så er der nogle, der er gode til at reflektere over, hvordan løser vi opgaverne HA: Det lyder så fint at sige på patientens præmisser. Jeg er ikke sikker på, at de oplever det sådan. Men vi har et brugerråd, som kan fortælle os nogle ting – fx hvad vi skal holde op med. Forstyrrelse af hospitalet og den hierarkiske orden
Spredning af viden Spredning på tværs af HEM	HA: Sundhedsfagligt symposium, årligt arrangement, bruges til at sprede internt på Viborg matriklen. Spredning inden for de forskellige specialer, spredning mellem klinikerne, ikke kun for udviklingssygeplejersker, men også almindelige sygeplejersker.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	HA: At bygge bro på tværs kan være udfordrende, fordi man forsøger at tale om HE Midt som en enhed, men der er 5 matrikler, snak om storebror og lillebror, mange specialiserede matrikler. HA: Generelt bruger vi rigtig meget medierne til at fortælle om vores projekter og nye tiltag, for at gøre opmærksom på det.
Central rolle for spredning – forløbskoordinatorer	HA: Pingpong mellem almene sygeplejersker og koordinatoren giver god mening. Give ansvar og operere i en flad struktur med inddragelse og tæt samarbejde på praksis. Forløbskoordinatorer har været faglige spydspidser ift. organiseret spredning. Hvis den enkelte sygeplejerske har fået en god idé, så har den sygeplejerske kunne prøve nogle ting af i samarbejde med forløbskoordinatoren. [...] Forløbskoordinatorerne har været en stor støtte til at finde ud af hvor ideen osv. skal bringes hen. HA: Implementering af forløbskoordinatorer: der blev ikke givet flere ressourcer til at etablere denne organisatoriske ændring, men funktionen blev implementeret med en tro på, at ressourcerne ville komme igen på anden vis.
Succeskriterie for spredning – ledelsesmæssig prioritering	HA: Det har derfor kæmpe stor betydning, hvad ledelsen i de enkelte matrikler og klinikker prioriterer. Der skal mere end 1 eller 2 interesserede til, for at kunne skabe ændring – ledelsesopbakning er nødvendig. HA: Hvis man skal lave en strategi for spredning, så er det nødt til at komme et (ledelsesmæssigt) sted fra, hvor spredningen bliver struktureret og prioriteret.
Spredning via samarbejde med kommune	• KRAM-gruppen i Silkeborg, implementering af VVA-modellen. Ift. at videresende patienter til rygestop eller kost og motion tilbud. Stort samarbejde med kommune. Fornemmelse af at screeningen i ambulatoriet fungerer godt og at der er et godt samarbejde med kommunen. • Rygtilbud som kommunen står for. Silkeborg har haft fysioterapeuter ude ved kommunale medarbejdere for at fortælle om rygpatienter og problematikker heri. • Skulder café. Samarbejde med kommunen. • Telemedicin projektet tilbage i 2003-4 stykker. • Kommunale hjemmesygeplejersker har stor gavn af Silkeborgs sårklinik og digital støtte, når de står ude ved borgerne.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 4: Runde 2	
Tal om barrierer for spredning	
Manglende ressourcer og ledelsesopbakning	HA: Mange har været interesseret i Smerteteam, og vi har været ude at fortælle om vores løsninger, men det er ikke blevet til noget de andre steder – enten pga. der ikke er givet ressourcer til det og/eller skabt ledelsesmæssig opbakning. Det, at vi her har fælles ledelse mellem ortopædkirurgi og anæstesi, kan også have betydning, for det er der ikke andre steder.
Afprøvning/implementering af andres løsninger	HA: Lokalt skal der oparbejdes en forståelse af, at arbejdet er vigtigt. <i>Eksempel:</i> Indfører løsning fra Hørsholm (Epideral kateter?) – der var frygt for hvilke andre udfordringer der kunne opstå ved ændringen. Fx infektioner for patienten. Derfor blev løsningen ikke taget i brug. <i>Eksempel med ketamin:</i> så ikke at patienterne fik færre smerter, til gengæld fik de andre bivirkninger. Så vi valgte ikke at implementere løsningen. <i>Spg.: Hvad arbejder I med for at overkomme barriererne?</i> HA: Arbejder i småskala, prøver af først i mindre omfang.
Lovgivning og regler som barrierer	HA: Nogle gange er vi underlagt nogle regler og love ift. at udveksle borgerdata – primærsektor og sekundærsektor har forskellige regler og rammer. Forhindrer de gode intentioner og de gode overgangen mellem sektorerne. <i>Eksempel med videokonferencer:</i> (HA) Psykiatri har svært ved at forstå somatikens barrierer for videokonferencer. Ved video ser vi nogle ting, som kan være uhensigtsmæssige og der er noget lovgivning som gør, at den somatiske sundhedsfaglige ikke må gøre opmærksom på, at der er brug for en indsats. Der er andre regler og rammer for psykiatrilovgivningen. <i>Eksempel med koncept Supercare.</i> Gøre noget ekstra for dem, der mangler ressourcer. Vil gerne være på forkant og bestille hjemmepleje før patienten er blevet opereret, men lovgivning forhindrer dette.
Not invented here	HA: Den store udfordring er nok "Not invented here" – som er udbredt i hele sundhedsvæsenet. Den udgør en barriere. HA: Jo, vi bruger medierne meget. Og så stiger interessen og kontakterne. Men vi oplever Not Invented Here syndromet – det er folk uden for vores region, der er mest interesserede.
Manglende kvalitet i løsningen	HA: Der kan være behandlingsforløb, der viser sig problematiske, f.eks. hvis de falder mellem specialerne, mellem to stole. Mennesker er skabt på en anden måde end den typiske hospitalsopbygning. Vores brugerråd påpeger ting, vi ikke selv havde opdaget. Vi skal

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Brugerinddragelse kan være med til at de rigtige løsninger bliver spredt	brugerinddrage på en moderne måde, for man skal jo selvfølgelig ikke invitere ind, hvis ikke man kan tåle at høre dét, man ikke forventer. HA: Jeg ønsker et mere åbent sundhedsvæsen der tænker brugerinddragelse på en smart måde og giver de ydelser som giver merværdi for patienter. Og det er dem, vi skal sprede.
Formalisere samarbejder	HA: Altså vi holder kontakten ved lige og har jo etableret et kendskab til hinanden, men vi har ikke formaliseret nogle samarbejder. HA: Jeg tror, det kunne være vigtigt at fokusere på at genbesøge hinanden – fordi når andre skal implementere en løsning, som kommer fra os, så gør de måske noget smartere og de gør sig jo også nogle erfaringer og læring, som vi igen kan blive klogere af. Vi skal være bedre til at holde fast i hinanden, når projekter skal implementeres i en anden kontekst.
Tema 4: Runde 3	
Tal om hvordan RH Silkeborg som udviklingshospital skal være kendt for at være dygtige til spredning.	
Deltagelse og åbenhed	HA: At vi deltager i konferencer og de steder, hvor der er mulighed for at fortælle og sprede udvikling. At vi har ressourcer og en åben tilgang til, når andre henvender sig. HA: Byde sig selv mere til, så vi kan tænke mere tværfagligt. [...] Fx fødeafdelingerne – afdelingerne på regionens hospitaler er så små, at de kan godt invitere hinanden og lave nogle regionale tiltag. De har lyst til at lave noget sammen. Man skal organisere spredning, for at det kommer til at ske – der skal måske være krav til, at man skal have en ven med fra et andet sted i organisationen. HA: Man skal være forpligtet på at snakke sammen med andre, så vi ikke skal starte de dybe tallerkener alle steder.
Videndeling på tværs	HA: Videndeling på tværs af centre, det kunne der være stort udviklingspotentiale i.
En bedste ven med på rejsen	HA: Det kunne være et krav, at man havde en "bedste ven" med på udviklingsrejsen. Så bliver projekterne også stærkere, fordi man har taget hensyn til 2 kontekstuelle organisationer.
Sammenhængskraft	HA: Der skulle gerne være en sammenhængskraft, der gør at vi vinder mere ved at arbejde på tværs – end vi gør, ved at være hinandens konkurrenter, det taber vi på.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Innovationsdagen	HA: Vi har også deltaget på innovationsdagen – vi lavede en aftale om, at tage 3 eksempler på nye løsninger med hjem i organisationen og arbejde med implementering. I år vil vi gerne komme med 3 løsninger til innovationsdagen, som vi kan bidrage med og inspirere andre til.
Organisering	HA: Spredning skal organiseres. Vi skal have et mindset, der gør, at vi bliver kloge sammen. Vi skal stjæle med arme og ben og andre må også gerne stjæle fra os. HA: Ja enig – men jeg bliver også lidt svedt ved tanken pga. det bureaukratiske system, som vi så skal have med i det. Organiseringen af udvikling og spredning skal måske begrænses til kun at organisere mødestederne mellem enhederne.
Prioritering Prioritering af værdiskabelse	HA: Der skal ske en prioritering et andet sted, ift. hvad der er givtigt for andre og hvad der skal deles videre. HA: Hvad er det for en værdi vi skaber og for hvem skaber vi værdien? Vi skal fokusere på et bredere perspektiv, ikke kun et lokalt perspektiv. [...] Nu skal vi så i gang med at tænke udvikling OG spredning fra start. HA: Vi skal hjælpes til at tænke mere på tværs og mere inddragelse fra start.
Midler til spredning	HA: Måske skal der være nogle midler til at støtte spredning på tværs. Tidligere erfaringer med at søge projektbeskrivelser

Opsamling for Tema 5: RH Silkeborg – en blivende del af udviklingen

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Silkeborg er et mere rådgivende hospital

(HA) Som hospital handler det i endnu højere grad om at være en service til praktiserende læger, rådgivende til fx kommunal omsorgsfunktion. Hospitalet skal stille viden til rådighed ift. en bredere patientbehandling.

Et sømløst system

[KA] Det skal være et sømløst system – et sammenhængende system – den er der ikke helt endnu.

(KA) Vi mangler kommunikationsformer/systemer, der kan gå på tværs. Det er blevet sagt i flere år, men er ikke kommet endnu.

(HA) Det er ikke rimeligt, at systemer fortsat agerer jerntæpper i en patients forløb mellem sektorer.

Princip: Små prøvehandling frem for projektet

[KA] Ikke flere projekter, bare gøre ting, kaste os ud i det. Små prøvehandling. Og så rulle det ud som projekt. Det lykkes fx med det virtuelle (ifm. COVID-19). Så kan man bruge fondene til det sidste stykke.

Det giver tryghed med et hospital i byen

[KA] Det har en stor betydning for identitet (byens, personligt) at man har et hospital. Vigtigt at "der er en læge til stede" [for at kunne føle sig tryk]. [B] Hospitalet bidrager til en tryghed for borgeren – tæt på behandlingsmuligheder, selvom det ikke er alt, man kan behandles for. [KA] Medarbejdere i kommunen er trygge, fordi hjælpen er lige om hjørnet. [...]

Rettidig omhu ift. samfundsudvikling

[HA] Hvis vi skal være et attraktivt sygehus og spille ind i udviklingen, så handler det dels om, at det bliver en attraktiv arbejdsplads, men også i harmoni med samfundsudviklingen. [...] Jeg kunne forestille mig, at man nærmede sig noget mere integrerende [...] Hvordan kan vi nærme os [sektorer, borgere] mere end bare ved at kigge på økonomi og IT systemer.

[KA] Meget handler om mindset. Vi øver os i at sige: Gavner eller skader det kommunekassen? Så er det underordnet hvilken afdeling, der lider. Opgaven skal først løses og så må man løse det økonomiske sammen.

Hvis vi skal have et stærkt sygehus og en stærk kommune, så skal vi nedbryde nogle af de barrierer der er, og få en fælles forståelse. Så vi kan skabe endnu bedre tilbud og tryghed. [...]

Tema 5: Runde 4 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder.

Her forestiller deltagerne sig at de står 10 år ude på fremtiden, og skal beskrive hvordan det ser ud, samt vejen "herhen".

Tema 5: Runde 4	
Tal om hvordan udviklingen vil kunne ses om 10 år	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Et sømløst system	[KA] Det vil [skal] være et sømløst system – et sammenhængende system – den er der ikke helt endnu. (KA) Vi mangler kommunikationsformer/systemer, der kan gå på tværs. Det er blevet sagt i flere år, men er ikke kommet endnu. (HA) Det er ikke rimeligt, at systemer fortsat agerer jerntæpper i en patients forløb mellem sektorer.
Sektorerne har overblik og tænker flere skridt frem for at hjælpe hinanden med borgerens forløb	[KA] At krydse matrikler ift. samarbejdet vil ikke i samme grad være nødvendigt – når man ser en borger vil man automatisk tænke på de andre gode partnere flere skridt hen ad vejen. Vi skal arbejde på at have en fælles tilgang til borgeren. At der kommunikeres godt i mellemrummene. Størstedelen er oprigtigt interesseret i hinandens indsatser – viljen til samarbejde, uanset hvor man er ansat. Troen på at lykkes frem for synet på barrierer.
Social lighed i sundhed - Social Sundhed [eller lignende] i Silkeborg	[KA] Der vil være "Social Sundhed" ligesom i Aarhus. Vi har ikke så mange medicinstuderende, men vi har fx SOSU- og sygeplejeske uddannelse (?) og pensionerede sundhedsmedarbejdere. Derunder et stærkere samarbejde med civilsamfundet – folk der krydser [sektor] grænserne.
Hospital og praktiserende læger ved hvad kommunen kan – og bliver løbende opdateret	[KA] Kendskabet til hvad kommunen kan, vil være større hos AP og hospitalet. Det vil vi nok ALTID skulle arbejde med, da der løbende kommer nye medarbejdere på hospitalet, nye praksislæger, og fordi praksislæger er så forskellige.
Princip: Små prøvehandlinger frem for projekt	[KA] Ikke flere projekter, bare gøre ting, kaste os ud i det. Små prøvehandlinger. Og så rulle det ud som projekt. Det lykkes fx med det virtuelle (ifm. COVID-19). Så kan man bruge fondene til det sidste stykke.
Telemedicin	(B) Vi er bedre til at bruge de muligheder vi har, i højere grad. Så borgeren kan få hjælp hjemmefra, også gerne virtuelt.
Kommunikation skal være bedre, bredere, på flere platforme	(KA) Lighed i sundhed – hvordan når vi de svage borgere? Fx kommunikation via animerede film, kommunikation langt bredere og på nogle andre platforme.

Silkeborg er et mere rådgivende hospital	(HA) Som hospital handler det i endnu højere grad om at være en service til praktiserende læger, rådgivende til fx kommunal omsorgsfunktion. Hospitalet skal stille viden til rådighed ift. en bredere patientbehandling.
---	---

Tema 5: De første tre runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de tre indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 5: Runde 1 Tal om hvordan hospitalet bliver en stærk spiller i Silkeborgs udvikling	
Det giver tryghed med et hospital i byen	[KA] Det har en stor betydning for identitet (byens, personligt) at man har et hospital. [Fordi:] "Folk vil gerne bo i en by med et hospital, så der er et sted man kan tage hen." Det betød meget at miste hospitalet i Holstebro ... Et sted man kan komme – det giver tryghed. "Det er en smertelig udvikling at miste det lokale hospital." Det skete også i Roskilde. Så er der færre togefange, mindre erhverv, mindre tryghed... Vigtigt at "der er en læge til stede" [for at kunne føle sig tryk]. Men, "alle vil samtidig i sidste ende selvfølgelig helst have den bedste behandling, også hvis den ligger lidt længere væk". (B) Hospitalet bidrager til en tryghed for borgeren – tæt på behandlingsmuligheder, selvom det ikke er alt, man kan behandles for. (HA) Det er også en stor arbejdsplads. Enhver har én i omgangskredsen, som er ansat eller har kontakt med hospitalet. (KA) Betydningen af at nogle af behandlingstilbuddene, som fx at få taget blodprøver, ligger tæt på, er enormt stor. KA: Stor grad af tryghed for borgeren, at man er tæt på. Medarbejdere i kommunen er trygge, fordi hjælpen er lige om hjørnet. HA: Der er stolthed over hospitalet. Et bysamfund, hvor man kan tiltrække folk til området, her spiller hospitalet en rolle. HA: Som medarbejder på hospitalet er vi ekstremt stolte. Vi synes vi har godt samarbejde med kommunen og med de praktiserende læger. Men det er skrøbeligt – vi skal værne om de gode ting, der allerede fungerer godt.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	HA: Vi er én afdeling, der er stor – Diagnostisk Center. Før skulle jeg henvise patienten til et andet speciale – her griber jeg bare fat i en kollega i samme center. Det er patienterne virkelig glade for. I stedet for henvisninger, så er det et opkald.
Geografisk nærhed mellem kommune og hospital styrker relationer, samarbejde, og udviklingsmuligheder	[KA] På sundhedsområdet er det relationelle noget af det vigtigste. Nærheden geografisk er derfor vigtig. Vi hører meget mere fra Silkeborg (end fra andre, fjernere hospitaler), fordi de er tættere på og kan besøge hinanden. Vigtigt fx for vores SOSU assistenter, at de kan komme i praktik på sygehuset og se den store sammenhæng. HA1: Vi skal hele tiden være obs. på, at vi er ét stort team, selvom "vi hedder hospital og vi hedder kommune og vi hedder praktiserende læge".
Vigtigt at tage stilling til og kommunikere klart hvad RSi kan - Borgere i Silkeborg ved primært hvad man IKKE kan	[KA] Borgere ved mere om, hvad man IKKE kan blive behandlet for. Man skal fx føde i Viborg. Borgere ved måske ikke SÅ meget om specialer og hvad man kan blive behandlet for. [KA] Det er vigtigt at tage stilling til: Hvad er det så de små sygehuse kan? Så det ikke bare bliver en forlænget skadestue som i Roskilde. <i>Spg.: Tror I, at borgerne ved, hvad de kan blive behandlet for?</i> (HA) Vigtigt spørgsmål og nej, men det er svært at forklare for borgerne. [...] Vi skal blive bedre til at fortælle, hvor Silkeborg står stærkt. På nogle punkter har Silkeborg en bred palette af behandlingstilbud og på andre punkter er den snæver, sådan er det.
Et samarbejdende system	(B) Skal borgerne vide, hvad de kan blive behandlet for? Skal man ikke blot opleve trygheden af, at der er et sundhedsvæsen, der støtter op og samarbejder på tværs af matrikler ift. specialiserede områder. (HA) Det der skal drive udviklingen af hospitalet, det er samarbejdsrelationerne mellem praktiserende læge, kommune, andre hospitaler. Gøre op med forståelsen af at hospitalet er et komplet system, som kan alt. [HA] Det kan også give stor tilfredshed for medarbejdere at samarbejde på tværs – og give faglig udvikling på flere måder.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Vigtigt med forudsigelighed	PL: Der er nødt til at være en grad af forudsigelighed. Eksempel med nedlukning af akutklinikken. Det er svært at argumentere for at Silkeborg består, når der bliver lukket ned for akutklinik og lægevagt. Det betyder, at medarbejdere siger op og ikke føler sig trygge. PL: At blive sidestillet med Ringkøbing-Skjern og lukning af akutklinik, det stemmer ikke overens med silkeborgensernes selvforståelse. KA: Enig, lukningen påvirkede også os i kommunen, fordi vi bliver usikre på, om vi skal omorganisere og fik sindssygt travlt. Pas på med hvad det er for nogle signaler, der bliver sendt ud. HA: Man skal ikke kimse af, at et velfungerende sygehus er trækplaster. Rigtig mange ældre borgere er kede af at skulle til Viborg, der er langt og der er travlt. I Silkeborg kender de personalet og er trygge. HA: Enig i at vi skal være bevidste om, hvad det er for nogle signaler man giver. Signalgivning er vigtigt. Der er opbakning til at bevare hospitalet og det er hjerteblod for regionsrådet – men hvordan får vi det formidlet? Det er en vigtig opgave. HA: Det er vigtigt at blive ved med at tænke i baner af "hvordan kan vi udvikle og hvordan kan vi gøre det, når vi skal skære ned og spare?". Vi skal bevare, at vi kan også tage patienter ind til andet end kun det ambulante – at der er akutklinik, fleksible indlæggelser, åbne indlæggelser – og lægge vægt på og fremhæve det.
Rettidig omhu ift. samfundsudvikling – tiltrækning og forebyggelse	[HA] Hvis vi skal være et attraktivt sygehus og spille ind i udviklingen, så handler det dels om, at det bliver en attraktiv arbejdsplads, men også i harmoni med samfundsudviklingen. For hvis det bare skal passe borgernes, byens, og samarbejdspartners behov, så har vi en stor opgave i at få det til at gå hånd i hånd med det sygehuset kan tilbyde. Jeg kunne forestille mig, at man nærmede sig noget mere integrerende, hvor man ikke så så meget på grænserne, men gik mere ud og så på... hvordan vi kan nærme os mere end bare ved at kigge på økonomi og IT systemer. [KA] Meget handler om mindset. Vi øver os i at sige: gavner eller skader det kommunekassen? Så er det underordnet hvilken afdeling, der lider. Opgaven skal først løses og så må man løse det økonomiske sammen. Udfordring: Det er den måde, man har været leder og medarbejder i hver sin afdeling på: hvilken effekt har det på mit budget, og hvordan skal jeg retfærdiggøre det over for min leder? Vi skal komme hen til at se mere på muligheder og lidt mindre på begrænsninger (grænser).

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Hvis vi skal have et stærkt sygehus og en stærk kommune, så skal vi nedbryde nogle af de barrierer der er, og få en fælles forståelse. Så vi kan skabe endnu bedre tilbud og tryghed. [HA] Vores tilbud skal jo også matche de behov, der er, og fc hvor mange flere ældre, der kommer i Silkeborg kommune. Og hvor mange flere kronikere er der fx om ti år (fx unge med diabetes)? Kunne det være noget vi kunne forberede os på, fx ved noget understøttende ude i skolerne? Det gør vi jo ikke nu. Det skulle selvfølgelig være i samspil med kommune og andre. Kunne fx være et samarbejde med Steno Diabetes i Århus, der kunne komme ud til Silkeborg. Vi bliver en stærk aktør ved at gå i endnu bedre og tættere samarbejde med andre lokale aktører (kommune, PL, etc.). Det skal også spille sammen med de 2 supersygehuse.
Regionshospitalet Silkeborgs betydning for Silkeborg	[KA] Tidligere var der – lidt firkantet sagt – Jyske Bank, papirfabrikken og hospitalet. Papirfabrikken var under omdannelse, men det var meget sigende. Det var Hjejlen, naturen og skoven. Men der er ingen tvivl om, at den position hospitalet har visuelt, men også betydningen for byen har været meget markant. Hvordan er det man så udvikler et stærkt hospital i samarbejde med Kommune, praksis læger og borgere? En af styrkerne, der kan være, er, at ikke bare hospital men også nu kommune åbner sig op for at tage en stærkere position end for 16 år siden. Tryghed og tillid betyder noget – til det man står overfor og har behov for.
Idé: Silkeborg udviklingshospital og Silkeborg udviklingskommune	[HA] Der er mange af medarbejderne på hospitalet, der også er borgere – om end de udgør en lille del af borgerne. Kunne man også forestille sig - de bor jo i byen og de har børn – at man tilrettelagde det til fremtidens børnefamilier fra Aarhus. Det er noget Silkeborg arbejde på, at tiltrække børnefamilier fra Aarhus. Der kunne vi godt lave en prøvebane for, hvordan man laver en attraktiv arbejdsplads? Ikke specifikt for behandling af borgere. Men for at tiltrække og fastholde gode medarbejdere. Man har erfaringer med det i Region Syddanmark. Kunne man sammen med PL lave fx accelererede forløb for tilskadekomne børn eller lignende? Alle os, som selv er arbejdende, synes det er træls at skulle have en halv fridag for at komme til PL. Kunne man have et åbent tilbud til kl. 22? [PL] Det man kan godt bruge AP til – PL'er, der ikke har deres egen klinik kunne sagtens tage vagter.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	[HA] Et udviklingshospital med en udviklingskommune og andre samarbejdspartnere. En prøveperiode – det kan man undersøge. [HA] Hvis vi kunne slå os sammen med kommunen, når vi skal ud at rekruttere de unge sygeplejesker i Aarhus, som er uddannet og vokset op i Aarhus, så kunne det være med strategisk samarbejde med kommunen. Eksempler: Garanterede daginstitutionspladser og stisystemer til skolen. Generationernes hus i Aarhus kunne man godt læne sig lidt op af og prøve noget lignende i Silkeborg. Der er god tid til at forberede det, hvis vi tænker 10 år ud i fremtiden. [KA] De lidt vilde tanker kan man godt arbejde lidt videre med. Hvordan får man mest muligt liv på det område (hospitalet)? Vi har nogle gode eksempler på samarbejdet fra psykiatriens hus – hvordan kan vi skabe mere liv hvis vi har en 10-15-20 årig tidsramme, og er åbne for at sprænge hospitalsrammen lidt? Mere liv rundt om, mere aktivitet – kunne være interessant med byudviklingsbriller. Det kunne være interessant at investere i sammen [kommune og region]. Vi ved dog at det kan være svært at bryde kasserne, både i det små og store, hvis vi kigger på det med økonomiske briller og egne budgetter – med vores økonomiske bagage. Det kunne da være interessant at se på den gode location hospitalet har, kunne vi samarbejde bedre ved at komme tættere på [fysisk] med et sundhedshus eller andet? En campus tankegang? At man er i den samme geografi – i det samme miljø. Med fx almen praksis, kommune og hospital. [tidl. Grenaa sygehus nævnes ift. nye muligheder] [KA] Hvordan får vi skabt endnu mere liv på toppen af bakken? Hvordan gør vi med de fysiske rammer og investeringer? [HA] Kan vi gøre noget ved de fysiske rammer, så vi hospital, kommune og praktiserende læger kommer tættere og lettere sammen? [PL] Fleksibilitet betyder meget i dag. Det kunne man sagtens forestille sig. [HA] Faglig udvikling kunne også tænkes ind. Fokuseret udvikling.
Tema 5: Runde 2 Tal om hvilke roller sektorerne har i forhold til at skabe mest mulig sundhed for og sammen med borgerne	
Kendskab til "de andre" sektorer	[KA] "Vi [Silkeborg Kommune] får ikke så mange henvisninger – vil gerne have flere!" Det kan fx ske ved at sikre en systematik, så nye medarbejdere på RH Silkeborg finder ud af, at de kan sende folk videre til os, så vi kan arbejde helhedsorienteret med det.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Samarbejdet er blevet bedre siden kommunereformen. Men der er stadig udviklingspotentiale. HA: Overodnet set kender vi ikke til de muligheder, der er med kommunens medarbejdere eller de praktiserende læger. Vi får bare info om mulighederne på mail. Vi har brug for noget mere undervisning eller mere tydelighed omkring mulighederne hos hinanden. HA: Der er brug for mere korrespondancetid med de praktiserende læger. Både læger på hospital og praktiserende læger har travlt og så bliver det måske til en henvisning og en afvisning og en ny henvisning – og det kan vi ofte skrive eller snakke os til rette om i stedet.
Mulighed for direkte kommunikation mellem PL og hospital	PL: Det ville være godt med muligheden for at kunne tage en patient med, fx i forbindelse med udskrivningssamtale eller fx diabetespatienter. Ringe op og have en mini-konference med læge på sygehus om problemstilling. Forebygge indlæggelser ved at kunne prøve noget andet først, og derefter ramme mere rigtig i første skud med henvisninger. HA: Det er en praksis vi har med endokrinologerne. Det kunne alle specialerne gøre mere af og så kan vi skrue ned på ventetiderne. PL: Ja, vi vil kunne være hospitalslægens forlængede arm. Det er hele ideen i arbejdet med diabetes patienter. Og det er meget billigere at patienterne bliver behandlet hos os end sendt ind på hospitalet. HA: Samarbejdet med Psykiatriens Hus og Arbejdsmarkeds- og beskæftigelsesområdet; gode forløb hvor borgeren har mulighed for at komme tilbage på arbejdsmarkedet, blive tilknyttet på en god måde.
Udfordring ift. samarbejde med psykiatrien	PL: Jeg er ikke imponeret over psykiatrien, der er plads til forbedring. Stort problem er, at når patient har været ved praktiserende læge af mange omgange, så er henvisningen så omfangsrig, at man ofte slet ikke får henvisningen godkendt. Det er et problem, at henvisninger bliver afvist bare på grund af retningslinjer på papiret. PL: Ideen med et hjemmebehandler-team falder til jorden, hvis det er så besværligt at få en henvisning igennem. Så vælger jeg at indlægge patienten i stedet for. HA: det er også min generelle opfattelse, at der er behov for et bedre samarbejde med psykiatrien. Fx oplever vi udfordringer med alkoholikere, der bliver behandlet på hospitalet. Vi kan henvise dem, men vi ved at vi skal fange dem mens vi har dem i hænderne. Det kunne være en idé at mødes – alle parter og se hinanden i øjnene. Vi skal have en bedre dialog.
Helhedsorienteret, fælles blik på borgerens forløb	[KA] Det er vigtigt at alle (kommune, hospital, almen praksis, etc.) har et helhedsorienteret blik, så når man har en borger foran sig, at man fx har borgerens blik for "og hvad skal man så bagefter?"

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	Det virker ledelsesmæssigt: Vi prioriterer fra begge sider at det SKAL lykkes (sammen), så tænker vi også instinktivt hinanden ind. (KA) Vidensdeling er svært i dag pga. GDPR og andre regler. Det skal gøres nemt at samarbejde på tværs af sektorer og have adgang til hinandens systemer og borgerens data. [Se prototypen for BackTraceDigital, der er et bud på en løsning på dette problem, og som er nævnt i flere sammenhænge] (HA) Det handler meget om gode samarbejdsrelationer mellem kommune og hospital, så vi kan gøre klogt brug af pengekasserne. Vigtigt med samarbejde med kommunen ift. hvordan kommunikere vi med borgeren om tilbuddene. [...] Kommunen bidrager økonomisk til at udvikle materialet, hospitalet går lidt længere ind i den forebyggende fase. Sammen imødekommer de målgruppen og deres behov. (HA) Det kan være gavnligt når vi pooler / stiller vores ressourcer til rådighed på tværs af sektorgrænser – fleksible indlæggelser.
Samarbejde mellem kommune og foreningslivet om rehabilitering og sund livsstil	[KA] Når borgerne er færdige nede ved os (i Silkeborg Kommune, ofte ca. efter 3 måneder), så arbejder vi på samarbejdet udadtil i foreningslivet (sport/sundhed). Så borgerne fortsætter det gode arbejde i stedet for at drive hjem på divaneseeren. Den strategi er udfordret af COVID-19 situationen, hvor alle foreninger er lukkede. Derfor er borgernes rehabilitering flyttet udenfor (skoven). Det fører [overraskende] til at overførbareheden øges, det kan de lettere tage med hjem, da de ikke har en sportssal derhjemme.
Mere forebyggelse – en styrke i Silkeborg	(HA) Jo flere ældre der bliver, jo flere kommer vi til at mangle på arbejdsmarkedet. Så vi får en ubalance, hvis vi bliver ved med at gøre som vi plejer. [...] Der er behov for stadig stærkere fokus på forebyggelse, som en forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan løse sin opgave.
Borgernes kompetencer får en større rolle	(HA) Der er også en udvikling i kompetencer hos borgerne, de bliver stadig mere engagerede i deres egen behandling. Patienter kommer i dag med en masse viden, de er mere kompetente borgere og patienter. (KA) Vi skal indrette os på at understøtte der, hvor borgeren er, så borgeren kan være aktiv.
Samarbejde med kommunen – særligt omkring Covid-19 situationen	<i>Mødeleder: hvordan er samarbejdet med kommunen?</i> PL: Godt samarbejde. Stor glæde af akutteamet til at vurdere de ældre patienter, som ikke lige kan komme ind til os. Kommunen har nemmere adgang til værnemidler og at tage ud til nogle, som hoster lidt. Hvis vi kan få akutteamet ud midt på dagen, så kan vi få indlagt patienterne tidligere, frem for hvis jeg først skal ud og tilse borgeren efter lukketid.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	PL: Akutteamet er typisk nogle erfarne sygeplejersker, der kan tage bestik af situationen og tage nogle målinger – vi har nogle scorer og et fælles sprog for hvordan vi vurderer patienten. De kan være vores forlængede arm – de kan løbe os i forvejen. Vi kan lave tidligt opsporing og forkorte indlæggelsen for den syge, ældre patient. HA: Tidlig opsporing har været i fokus i det nære sundhedsvæsen og alle 19 kommuner.
Vigtigt for tryghed og tillid med gensidig klarhed, overblik og afgrænsning mellem sektorer	[KA] Vigtigt at komme ind på: Hvad er det, der skaber tryghed og tillid? [opfyldelsen af hvilke opgaver på hospitalet fx] Og hvordan får man udviklet de opgaver fremadrettet? Silkeborgs kommunes arbejde med det nære sundhedsvæsen, og hvordan spiller det ind i AP? Hvilke opgaver hører til og hører ikke til i Silkeborg kommune? Vigtigt med gensidig klarhed, overblik og afgrænsning mellem sektorer. [PL] Ikke nogen problemer med tillid hos borgerne – det er mere afstanden til hospitalet, der kan være problemet. [KA] Kan være utryghed for borgerne i Silkeborg, når det kommer til tanken om at miste hospitalet. Blev fx aktiveret under den midlertidige lukning af akutklinikken. Det er også en politisk præmis når vi taler om det her, at nogle er helt på stikkerne når det kommer til ændringer ift. hospitalet.
Tema 5: Runde 3	
Tal om hvordan borgerne kan få mulighed for at blive mere aktive i egne behandlingsforløb	
Vi risikerer at miste de svageste, hvis de selv skal vælge hvordan	[KA] Vi risikerer at miste de svageste, hvis de selv skal vælge, hvordan de skal være aktive i eget forløb (når de er i gaps imellem sektorer). Mange ender med at sidde derhjemme og vælger bare ikke; tager ikke næste skridt. Bedst for borgeren [i det tilfælde] at det bliver mere håndholdt – alt efter hvor ressourcestærke borgeren og pårørende er. [Mødeleder] <i>Er der steder hvor hospitalet kommer ud på kommunen eller til AP?</i> [KA] Det kan vi ikke se [i kommunen], men vi skal jo starte et sted og prøver selv at gå forrest ved fx at sende fysioterapeuter og andre med op på hospitalet i forskellige forløb, for at skabe oplevelsen af sammenhæng for borgeren.
Ledelsesmæssig prioritering er nødvendig for at skabe sammenhæng	[Mødeleder] <i>Krydse matrikler, er der noget man kan gøre strukturelt?</i> [KA] Ser det mere som en ledelsesmæssig prioritering – det her SKAL lykkes – overordnet og i forhold til at få borgeren igennem på bedste vis. Så får man det løbende til at fungere og forbedret (også IT og andre ting). Man skal ikke nødvendigvis vente på penge, man skal bare gå i gang.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Borgerrettet kommunikation som faglighed – skal forbedres	(HA) Hvis en borger ikke forstår, hvad der sker, enten ved kommunalt besøg af sygeplejersker eller besøg ved praktiserende læse mm. – hvis ikke de forstår, så kan de heller ikke bidrage. Så vi skal sikre os, at borgeren forstår og også spørge borgeren "hvad kan du så selv?". (B) Virtuel patientkontakt har rigtig stor betydning for patienterne. Vi kan / skal finde måder – enten teknologisk eller kommunikationsmæssigt – som letter forløbet for både patient og i sidste ende medarbejder. (KA) Forslag om at, hvis en borger/patient skal have en virtuel konsultation, så kunne kommunen tilbyde, at der er en hjemmepleje/sygeplejersker eller lignende sammen med borgeren, som kan hjælpe med at forstå beskeden og tage evt. handling efterfølgende.
Mulighed: At tilbyde lødige alternativer til Google	HA: Borgerne er ekstremt aktive på google og de tror, de ved alt muligt, når de kommer her ind til mig på hospitalet. PL: Hvis man nu havde noget at aktivere borgerne med i stedet for google, så kan vi jo gøre dem mere aktive. Der har været lidt i regi af sundhedshuset, rådgivning omkring livsstilssygdomme og rygning. Fint med nogle redskaber, som patienterne kan tage fat i. HA: Patienterne er aktive i deres behandling og de søger efter det. Det ville være godt hvis vi kunne oplyse gennem fx et sundhedshus eller nogle videoer, hvor vi kan give patienterne nogle væsentlige info til egen behandling. HA: Der er også noget super godt ved, at folk er oplyste og måske kommer tidligere ind med nogle symptomer. Det kan være en god idé at lave nogle videoer med fornuftige og gode råd som man kan gøre brug af. HA: Ja til tilbud om noget brugbart information. Oplysning som gør at borgeren selv kan sidde derhjemme og gøre noget aktivt i behandlingen. PL: I gamle dage var det begrænsningen af tilgængelig information... I dag findes der en facebookgruppe for alt. Det gælder om at have noget lodig information tilgængeligt. Der kan komme et mismatch mellem det patienten forventer at sundhedsvæsenet <i>skal</i> tilbyde og så det sundhedsvæsenet vitterligt <i>kan</i> tilbyde. HA: God idé at lave nogle særlige informationskampagner, hvor man hjælper borgeren til at få nogle relevante informationer om helt almindelige symptomer. Det kunne vi godt prøve af. PL: Ja, og det kunne vi også profitere af ift. de borgergrupper, der ikke kender systemet.
Ændring i mindset: Borgerne kan selv og vil selv	[KA] Noget af det, vi arbejder meget med, er rehabilitering. Alle sektorer skal have en forståelse af: Hvad vil det sige, at borgerne kan selv og vil selv?

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	-Men vi hjælper dem [borgerne]. [HA] Mange borgere er desuden begyndt at blive mere aktive gennem IT – for eksempel igennem genoptræningsvideoer. Mange bestiller selv tider over nettet. Så skal vi samle dem op, når de kommer i tvivl – nogen skal stadig holdes lidt i hånden. <i>Mødeleder: Kunne det give mening at holde møder / konferencer om borgeren på tværs af sektorer? Med borgere og pårørende?</i> [AP] Det har vi i et pilotprojekt, der arbejder med. Vi skal som sygehus række ud. Her kommer også den der: "Hvem betaler for hvad?" tankegang, så hvis man en gang imellem kunne tillade sig at tage økonomien ud af ligningen – det kan vi jo ikke så let, men hvis vi havde den mulighed – kunne vi hurtigere udvikle et mere fleksibelt tilbud til borgerne. Også ift. kompetenceløft. Det kunne være med til at bygge bro mellem specialistviden (fx hospital) og generalist (fx PL).
Vi står allerede stærkt	HA: Det er vigtigt at understrege, at vi har noget godt at bygge videre på og at vi allerede er en stærk spiller – det skal vi fortsætte med og blive endnu bedre. PL: Vigtigt at være opmærksom på den ressource, som medarbejdere på hospitalet og kommunen osv. er – for hvis ikke man føler sig set og hørt, så bliver man ligeglad.
Slip kompetencerne mere fri	(HA) Ift. COVID-19 er det utroligt hvad man kan se ske, når man slipper de fagprofessionelle lidt fri og arbejder mere på kryds og tværs. [er blevet nævnt til adskillige møder]
Hvordan kan vi bedst skabe stabilitet ift. den politiske situation (fra valg til valg)	[HA] Hvordan får vi skabt noget mere integrerende, som holder på den lange bane? Hvordan arbejder vi bedst ift. de kommunale og regionale politiske vinde? At politikerne også tager en fælles agenda på sig? Det kunne fx være i forhold til at blive en attraktiv kommune.
Troværdighed og forudsigelighed	PL: Sygehuset fylder meget i silkeborgensernes selvforståelse. Vi skal være en troværdig størrelse og det er man gennem forudsigelighed.

Opsamling for Tema 6 - Sunde Borgere i Silkeborg

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Det er vigtigt at se i højere grad på hele mennesket

[B] At se i højere grad på hele mennesket - frem for detaljesygdommen. Det oplever jeg at man gør på RH Silkeborg – og vi skal videre ad den vej [forstået som: der er brug for mere af det, både på RSi og i regionen].

Sundhedsvæsenet er nødt til at være spørgende

[B] Man skal ikke tro, at man kan vide, hvordan det er at have et handicap, hvis man ikke selv har det. Sundhedsvæsenet er nødt til at være spørgende. Man skal [som borger] agere imellem forskellige instanser / systemer, nogle gange kræver det en projektlederuddannelse for at forstå og navigere kompleksiteten.

Borgerne ejer deres data – og vi samarbejder aktivt om sundhed

Om 10 år er vi gået all in på, at borgerne ejer deres data, og borger.dk er fuldt udbygget, sådan at sundhedsfaglige gennem borgeren får lov til/adgang til alle data på tværs af sektorer. Borgerne monitorerer egen sundhed via forskellige devises/teknologier, så vi vil interagere meget mere med borgere, og mange af de nuværende siloer vil være nedbrudt.

Video-konsultationer kan føre til mere inklusion samt frigøre tid

[B] Vi kunne godt lave flere videokonsultationer. Så bliver der frigjort noget tid. Opfølgning kan man fx gøre gennem videokonsultation og dermed inddrage borgeren mere i behandling og planlægning. Så kunne man fx også få pårørende med hjemme i stuen [gn. videokonsultation]. Og man får mulighed for at tale med folk inden de kommer ind og møder ikke først "den potentielle diagnose", når den kommer ind ad døren på hospitalet.

Strukturelle forandringer kan føre til forbedret kultur

[B] "Det gør noget godt ved kulturen, med sådan nogle forløb (fleksible indlæggelser). Det bliver naturligt, for alle ansatte at sige: Kan vi gøre noget ved det? I stedet for at tænke i henvisninger og andre specialer. De tænker ud over deres eget speciale. Det er rigtig godt – og anderledes end andre! [...] De siger: "Det kan vi lige ordne" – det betyder VIRKELIG meget for oplevelsen, og giver en rigtig god kultur, at sundhedsvæsenet ikke sender en tilbage til lægen eller andre stedet.

Tema 6: Runde 4 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder. Her forestiller deltagerne sig at de står 10 år ude på fremtiden, og skal beskrive hvordan det ser ud, samt vejen "herhen".

Tema 6: Runde 4	
Tal om hvordan det vil kunne ses om 10 år	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Videokonsultationer kan føre til mere inklusion samt frigøre tid -videokonsultationer muliggør bedre samarbejde med borgere før, under, efter forløb	[B] Vi kunne godt lave flere videokonsultationer. Så bliver der frigjort noget tid. Opfølgning kan man fx gøre gennem videokonsultation og dermed inddrage borgeren mere i behandling og planlægning. Så kunne man fx også få pårørende med hjemme i stuen [gn. videokonsultation]. Og man får mulighed for at tale med folk inden de kommer ind og møder ikke først "den potentielle diagnose", når den kommer ind ad døren på hospitalet. Måske skulle man overveje hvordan man skulle spørge borgeren [evaluering af behandlingen], når de skulle udskrives eller afslutte en behandling – at gå til borgeren og ikke bare gennem spørgeskemaet.
Det er vigtigt at se i højere grad på hele mennesket	[B] At se i højere grad på hele mennesket - frem for detaljesygdommen. Det oplever jeg at man gør på RH Silkeborg – og vi skal videre ad den vej.
Borgerpanel som naturlig del af udviklingsarbejde	Vi bruger borgerpanel mere naturligt i kvalitetsopfølgning og forbedringsarbejde (om 10 år)
Sundhedsvæsen og borgere samarbejder aktivt om sundhed	Borgerne monitorerer egen sundhed via forskellige devises/teknologier og det skal vi samarbejde med dem om (om 10 år). Vi ser også, at borgerne kører derhen, hvor den bedst behandling er.
Private sundhedsordninger øger behovet for aktiv indsats for at skabe lighed i sundhed	Der er et øget brug af private sundhedsordninger, fordi man hurtigt skal kunne komme tilbage på arbejdsmarkedet. Det bliver derfor en stor offentlige opgave at fastholde og udvikle lighed i sundhed, så borgere uden private sundhedsordninger ikke bliver tabt.
Borgerne ejer deres data – og kan dele dem efter behov	Vi er gået all in på, at borgerne ejer deres data, og borger.dk er fuldt udbygget, sådan at sundhedsfaglige gennem borgeren får lov til/adgang til alle data på tværs af sektorer. Vi vil interagere meget mere med borgere, og mange af de nuværende siloer vil være nedbrudt.

Tema 6: De første tre runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de tre indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 6: Runde 1 Tal om hvad borgere kan lære sundhedsvæsenet	
Borgere kan hjælpe med at forbedre kommunikationen	[B] "Man er nødt til at kunne kommunikere med borgeren, sådan at man bliver forstået. Ikke godt nok at kommunikere på en måde til alle. [...] Vigtigt at tænke over, hvem man skal kommunikere med. Man skal ikke KUN have en folder, eller KUN fortælle mundtligt, for så er der mange, der vil falde udenfor." Man skal tænke ind, at borgeren ikke er en ø, man bare kan kommunikere med og tage i behandling, eller afslutte behandling. Når man fx "giver forløbet og borgeren videre" til anden instans skal man være sikker på at borgeren kan tage det ind, men også at det kan gives videre til anden instans / sektor [på en måde der kan bruges til det fortsatte forløb].
Sundhedsvæsenet er nødt til at være spørgende	[B] Man skal ikke tro, at man kan vide, hvordan det er at have et handicap, hvis man ikke selv har det. Sundhedsvæsenet er nødt til at være spørgende. Det er meget forskelligt om jeg bliver mødt med spørgsmål – en del hospitalslæger har fundet en god vej, de spørger: "Hvad ved du selv? Hvad har du selv allerede fået at vide?" [...] Man skal [som borger] agere imellem forskellige instanser / systemer, nogle gange kræver det en projektlederuddannelse for at forstå og navigere kompleksiteten. Det kunne være godt, hvis læger, sygeplejesker, kommunale sundhedspersonale, praksislæger m.v. ville blive bedre til at tænke på [borgeren] og spørge om næste skridt!
Det gør kommunikationen nemmere, hvis man kan handle på tingene "nu og her"	[B] Min erfaring med RH Silkeborg er, at de er ret gode til at kommunikere. Det der gør, at de er gode til det ift. patienter, er, at hvis der skal ske noget, så kan de tit handle på det med det samme – forholdsvis "nu og her". Det gør også at kommunikationen bliver nemmere.
Manglende kommunikation om forløb på tværs af sektorer	[B] Ikke altid at de [på RSi] er så gode at kommunikere med andre sektorer.
Sektorovergange kendes kun i systemets bevidsthed	KA: Det er et stort potentielt udviklingsområde, at vi bliver mere nysgerrige på at inddrage borgerperspektiver. Vi er nok mere ops på dilemmaerne, for borgerne ved ikke hvilke barrierer der er for at kommunikere på tværs. At vi er forskellige sektorer ligger mere i vores bevidsthed end i borgernes.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	KA: Vi skal blive bedre til at anvende borgerpaneler som et erfaringsrum. HA: I virkeligheden er vores fornemmeste opgave at sørge for at borgerne ser os som én sammenhængende sektor. Må ikke opleve en forskel i tilgang, men jeg synes faktisk, at vi i klyngesamarbejdet og i samarbejdet med psykiatrien er enorm gode til at have fokus på sammenhængende forløb. Det må vi spørge borgerne om de også synes.
Sygehus spørger borgerne ret systematisk – ikke helt det samme i kommune	HA: både i forhold til Silkeborg og til HEM i sin helhed er der mange fokusgrupper og fokus på spørgsmål til borgerne. Tendens til at spørge borgerne. Forventningsafstemme. KA: Fra kommunal side er vi ikke så gode til at få spurgt, der hvor jeg sidder – inden for pleje og sundhed. Har ikke systematik i at opsamle borger erfaringer – det er der et potentiale i. KA: I psykiatrien bruger vi SurveyXact i bostøtten eller en medarbejder tager en iPad med ud. Vi får et lille billede af, hvad vi gør og hvad borgeren får ud af det. Stadig lang vej.
Potentiale i at lave tværgående undersøgelser / projekter	Mødeleder: <i>Kommer undersøgelser fra hospital ud i kommunen – noget der skal deles.?</i> HA: Eller [måske er der flere projekter /] noget, der skal laves sammen, som vi har set det med Livets afslutning, som var et samarbejde mellem HEM og klyngekommunerne. Synes jo det fedeste er hvis vi kan lave noget sammen. KA: Vi har data fra Fleksible indlæggelser – og den tilbagemelding vi får, er, at det fungerer rigtig godt. De praktiserende læger er også en væsentlig faktor.
Potentiale i at samarbejde med civilsamfund i tværsektorielle udviklingsprojekter	KA: kommunalt set samarbejder vi rigtig meget [med borgere / civilsamfund]. Vi er så heldige at have Frivilligcenter Silkeborg og Rosengårdscenteret. Bruger dem rigtig meget i udviklingssamarbejde – vi spørger dem og omvendt spørger de også os, når de har brug for borgere ind i projekter, de har midler til. KA: Hvordan bruger vi foreningerne til at udvikle vores samarbejde på tværs af sektorerne – det er nok sparsomt, men vi samarbejder med foreningerne om borgernes videre liv (efter hospital) og fastholdelse i den genvundne aktivitetsniveau, der har vi et kæmpe samarbejde, helt sikkert. Vi skal jo ikke gøre borgerne afhængige af os i kommunen, der skal vi jo bruge foreningerne til at fastholde det sociale liv. HA: Ligger nok også mere naturligt i kommunerne, der hvor vi har samarbejde med de frivillige er jo Røde Kors, som vi har på vores matrikler med meget stor fornøjelse. Mest til at finde vej, men i hvert fald i Silkeborg også sådan at man kan give en kop kaffe eller læse avisen. Så har vi også et meget fint samarbejde med hospitalspræsten – til patienter og pårørende, men faktisk også til medarbejdere.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	KA: Fra et psykiatri perspektiv i Silkeborg har vi et kæmpe samarbejde med pårørende, hvor hospital, kommune og Selvhjælp Silkeborg er gået sammen og det virker fuldstændig fantastisk. Det er selvfølgelig et andet hjørne, men det fungerer – og det er meget svært.
Uudnyttede samarbejdsområder på tværs – hvad viser corona os? -digitalisering	Mødeleder: <i>Kan I se for jer uudnyttede områder – selvom der er meget i Silkeborg? Har Covid vist jer nogen steder med behov for tættere samarbejde på tværs, som også inddrog civilsamfundet?</i> HA: Synes jo generelt at Covid på ingen måder fordrer samarbejde, for vi kan ikke være sammen, men det er et svært spørgsmål – det kan være, når vi lukker op igen, at vi ser nye muligheder. KA: vi har et kæmpe opsamlingsarbejde i psykiatrien, når vi åbner op igen – vi kan ikke sætte frivillige ind i stedet for. KA: Digitalisering kan være et indspark – det virtuelle kan måske løse noget. I hvert fald på det sygeplejefaglige og det omsorgsfaglig, på træningsområdet – der er steder, hvor vi kunne blive bedre til at inddrage det her. Brug for tryghed i at anvende de digitale løsninger – og det er i allerhøjeste grad på medarbejder side. Kunne vi tænke foreningerne ind i det? Kunne være med til at give medarbejdere større tryghed i det her? HA: Det har været en kæmpe øjenåbner for os – med Corona – snup så kunne det hele lade sig gøre. De svære samtaler, se sår på en video, det har simpelthen lukket en masse døre op. Der var en udviklingssygeplejerske på børneafdelingen, som spurgte: hvad mener I om det her? Der var stor tilfredshed især blandt forældrene. Nogen af de yngre i psykiatrien har også muligheder – kæmpe potentiale, men så er der bare nogen vi skal se og sådan er det jo med alle målgrupper, som vi skal ud og se på. Hvis vi skal til at se ind i en fremtid med mere smitte, men sådanne trusler, er det lige præcis det vi skal lukke op for, for at få bugt med den ensomhed, der bliver derude.
Lytter vi også til borgerne – og hvad med de stærke stemmer?	Mødeleder: <i>Bliver der lyttet til borgerne? De proaktive holdningsdannende – borgerne med de meget stærke stemmer? Hvordan sikrer vi, at der også er nogle fælles borgerperspektiver? Hvordan lytter vi til borgerne med de stærke stemmer – én borger repræsenterer jo ikke alle andre.</i> HA: Ja det er en kæmpeudfordring – der er nogen, der bare vil have en fødegang eller et akuthospital, det billede tegner sig og de har en stærk stemme. Og da tænker jeg at pga. Corona er det blevet meget svært, for jeg tænkte godt vi kunne gå ud på gågaden eller i et center og møde nogle borgere [fx ifm. udviklingsplanen].

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	KA: Jeg synes da at det bliver lyttet til borgerne, når vi spørger dem, men det er ikke altid, at vi spørger dem. Når vi gør det, tager vi dem alvorligt, men vi kunne godt spørge noget mere i udviklingssamarbejder. KA: Der er altid nogen, der tropper op og stiller sig op på ølkassen. Men de stille borgere, som aldrig stiller sig op... Fedt I har været ude og snakke med nogen i Enghusene [ifm. udviklingsplanen].
Tema 6: Runde 2 Tal om borgernes kendskab til de mulige behandlings- og sundhedstilbud	
Ulighed i sundhed	[B] "Jeg har oplevet af de tilbud der er, ikke omfatter mennesker med handicap. Fx et motionstilbud jeg fik, der ikke kunne modtage borgere med handicap." [...] "Det som der ikke er viden om [på RSi], er motionstilbud, eller hvad der sker på sundhedshuset. Særligt for handikappede er der meget færre tilbud. Kunne være godt hvis læger og Sosu'er ved mere om det, så de kunne hjælpe borgere i den rigtige retning." [...] [B] Praktiserende læger er ofte det svage led i den kæde. Man er heldig, hvis man har en fast læge. De skifter ofte, eller der er en ung vikar. Der er ingen kontinuitet, i lægehusene får man sjældent den samme læge at se, og så de ser sjældent borgerens helheds-situation. De fokuserer for meget på den ene ting man kommer med, frem for den hele borger.
Vigtighed af hjælp ift. lighed i sundhed	[B] Det er nok altid svært [for sundhedsvæsenet] at nå ud til fx nogle af de borgere med handicap, der bor i botilbud og bofællesskaber. Det afhænger af, om der er nogen fra socialektoren der hjælper.
Borgernes kendskab til behandlings- og sundhedstilbud -potentiale i bedre overblik	HA: De borgere, jeg havde kontakt til, da jeg var oversygeplejerske, de havde orienteret sig på nettet, men det var også en meget yngre og erhvervsdrivende del af befolkningen. Sportsaktive m.v. I forhold til DC, de borgere, der kommer her, lægger sig op af, hvad lægen siger. KA: Jeg er meget i tvivl om borgeren skal vide det. Man ved jo altid, hvad man skal have – vi som system skal være gode til sammen at hjælpe borgerne på vej. Ki: <i>Nogle fra kommunen sagde, at de havde en kapacitet, der ikke blev brugt. Når ikke derhen, fordi man ikke bliver informeret om det.</i> KA: Synes godt jeg kan genkende det, men spørgsmålet er, hvor informationen mangler? Er det ift. borger eller imellem os i systemet? Det er mega svært at holde overblik, for det er

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	kæmpe stort, men hvem er de videnspersoner i organisationen – hvor kan man få hjælp til at navigere? Måske der vi skal være stærkere.
Skabe tryghed ved at kommunikere og forstå, hvordan det er organiseret	KA: Er vi gode nok til at skabe tryghed for borgerne i forhold til forstå, hvor man skal hen i systemet? Forklare hvorfor man nu skal til Viborg og nu til Hammel? Fokus på at forklare, at man får den bedste behandling, der hvor det er det bedste speciale. HA: Der er et fjendebillede om, at Viborg ikke er godt. KA: Det handler meget om historiefortællingen – det er vigtigt at fortælle at alle er dygtige, det skal vi alle øve os i.
Tema 6: Runde 3	
Tal om samarbejdet med egen læge som indgang til resten af sundhedsvæsenet	
Et sikkerhedsnet for kronikere: fleksibel indlæggelser	"Jeg er knyttet til hjerteklinikken – gennem fleksibel indlæggelse [...] Når først man er i gang med et kronisk forløb, som man lever med i det daglige (mere eller mindre godt), så er sygehuset det sikkerhedsnet man har brug for – der er det ikke den praktiserende læge."
Strukturelle forandringer kan føre til forbedret kultur – på tværs af specialer	"Det gør noget godt ved kulturen, med sådan nogle forløb (fleksible indlæggelser). Det bliver naturligt, for alle ansatte at sige – kan vi gøre noget ved det? I stedet for at tænke i henvisninger og andre specialer. De tænker ud over deres eget speciale. Det er rigtig godt – og anderledes end andre [denne borger har været på mange hospitaler i Region Midtjylland]!"
Strukturelle forandringer kan føre til forbedret kultur (fortsat) – at forholde sig til det hele menneske skaber en bedre oplevelse	"De forholder sig derfor i højere grad til det hele menneske frem for bare den lidelse man kommer med. En god og anderledes behandling – det er ikke bare følg den gule streg hen til næste behandling." [...] I stedet siger de "Det kan vi lige ordne" – det betyder VIRKELIG meget for oplevelsen, og giver en rigtig god kultur, at sundhedsvæsenet ikke sender en tilbage til lægen eller andre stedet.
Samarbejdet med egen læge som indgang til resten af sundhedsvæsenet	HA: Jeg har indtryk af, at det fungerer rigtig godt. Vi har vores praksis konsulenter, som vi mødes med - er overbeviste om, at PL også er med i udviklingsprojekter. Rigtig godt og stærk sygehus. Jeg er ked af, at det har fået navnet De praktiserende lægers sygehus – det er jeg rigtig ked af, for det er jo patienternes sygehus. [i andre dialogmøder italesættes det sådan, at det skal være både og]

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Problematikker forankret i forskellige overenskomster – offentlig vs. privat (barriere)	KA: Vi har et godt samarbejde og de deltager i forskningsprojekter, som f.eks. Animation på tværs. Og så trækker jeg alligevel lidt på den – de overenskomstmæssige udfordringer – hvis det står i overenskomsten, er det ikke en problem. Og også et problem med vagtlægerne – hvordan de går ind i dialog med sundhedsvisitation og akutsygeplejesker rundt omkring, at borgeren ikke bare skal sendes på sygehuset, men komme i behandling hjemme – lige et lille hjørne, hvor vi kunne blive bedre. HA: Enig – vi er offentlig og de er private. Det er en udfordring at vi ikke har de samme overenskomster.

Opsamling for Tema 7 – Nye relationer og metoder

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Det bliver nemmere

KA: Corona har gjort, at vi er kommet hurtigt i tempo med det digitale. Der er kommet mange virtuelle muligheder og en digital løsning, hvor borgere kan komme til samtale hos praksislægen m. digital signatur. Praksislægen kan kigge med på billeder fra hospitalet, og når alle er i samme rum, er det en styrke. Kontakt Læge app (MedCom) er en ny mulighed, som kan gå uden om digital signatur. Det bliver nemmere, for der kan være kø, men nu bliver man listet udenom, når man som sundhedsfaglig sidder og venter med en borger.

Styrket samarbejde

KA: Det styrker samarbejdet på tværs, når vi kan se den samme borger samtidig i videokonferencerne. Vi kan få bedre relationer omkring de mere komplekse behandlingsforløb.

Ejerskab til data

HA: Data skal blive patienternes og ikke vores, så det er noget pt. har kontrol over. De skal gøres mere tilgængelige for andre i sundhedsvæsenet, så man ikke skal give samtykke hver gang, og så pt. styrer, hvad det er sundhedsvæsenet skal have indsigt i.

Styrket indsats for lighed i sundhed

B: Sproget er en udfordring i digitale løsninger, hvis du eksempelvis taler med dialekt eller kommer fra et andet land.

KA: Vi skal være opmærksomme på ulighed i sundhed og ikke kun bygge et system for de stærke.

Nødvendigt kompetenceløft

KA: Der er helt sikkert behov for, at faggrupper som har omsorg som spidskompetence, får et kompetenceløft, for der er nogen, der føler sig utilstrækkelige, når det gælder det virtuelle.

Tema 7: Runde 4 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder.

Tema 5-8: Her forestiller deltagerne sig at de står 10 år ude på fremtiden, og skal beskrive hvordan det ser ud, samt vejen "herhen".

Tema 7: Runde 4	
Tal om hvordan det vil se ud om 10 år	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Digitaliseringen har skabt bedre samarbejde på tværs	KA: Vi kommuniker bedre på tværs, fordi vi har fagsystemer, som kan gå på tværs og som samtidig overholder alle regler og love [<i>Husk at runde 4 er ønskede fremtidsscenarier!</i>]. KA: Vi arbejder på samme platform sammen med borgeren og alle aktører. Vi bruger energi på dem, der har behov. B: Almen praksis er koblet mere med systemet, for i dag har de ikke altid oplysningerne. Det har vi orden på om 10 år. KA: Styrker samarbejdet på tværs, når vi kan se den samme borger samtidig. Vi kan få bedre relationer omkring de mere komplekse behandlingsforløb
Styrket kvalitet Diagnostik Samme-dagsudredninger Udskrivelser	PL: Kunstig intelligens kommer til at hjælpe med diagnostik. HA: Vi har samme-dags udredning og hvis såvel de relevante undersøgelser, som svar sker på samme dag ville det være skønt også. HA: Der er en tovholderfunktion mellem specialerne. HA: Vi vil komme meget mere ud, der hvor behovet er der, på en skærm – få viden til at flyde. KA: Nå vi nu har fået de her teknologiske hjælpemidler, ville det jo være rigtig rart om også, der var nogen, der så mig som borger, inden jeg skulle hjem. Det giver andre muligheder og andre relationer, når man ved, at den på hospitalet, der har fundet ud af, hvad jeg skal have af hjælp, når jeg kommer hjem, faktisk har snakket sammen med dem i kommunen og de har nikket til det.
Borgeren har fået større frihed og ejer deres egne data	HA: Der er større valgmulighed og valgfrihed til borgeren, så borgeren selv kan vælge, hvad fungerer for mig hvornår og hvorfor. Data skal blive patienternes og ikke vores, så det er noget pt. har kontrol over. Det skal gøres mere tilgængelige for andre i sundhedsvæsenet, så man ikke skal give samtykke hver gang, og så pt. styrer, hvad det er sundhedsvæsenet skal have indsigt i.

	Vi har systemer, hvor borgeren har målesystemer med hjem, så man får opkald fra borgeren. Der er skabt en lovgivning, der beskytter borgeren KA: Det kommer til at give borgerne nogle friheder, at man kan tage sig smartphone med sig og have de opkald, man har brug for hvor som helst, man opholder sig. Og når det bedst passer en. Det er meget mere fleksibelt og man behøver ikke, at sidde og vente.
Individualisering	HA: Individualisering og differentiering bliver mere markant.
Lighed og ulighed i sundhed	Mennesker med demens bliver måske forvirrende med flere tekniske løsninger – man skal kunne komme frem med noget er er genkendeligt, og det skal kunne bruges med tryghed. HA: På nogen områder bliver vi mere virtuelle, så vi kan betjene os selv. Det kan hjælpe med at målrette de menneskelige ressourcer til de, der ikke kan tage vare på sig selv. KA: Der skal tages hånd om dem, der ikke kan det digitale ellers bliver det skabt større ulighed. Alle dem, der ikke har e-boks f.eks. – her skal der ske noget, før alle kommer med.
Relationer menneske og robot	B: Vi har flere robotter som kan give mad og vaske os. B: Robotter giver et privat værdighedsrum, for det er ikke altid den samme hjælper og så kan man få hjælp til det intime, når det passer en selv.
Driftsmæssige fordele og besparelser	HA: De højspecialiserede afdelinger kommer til at spare tid til transport. B: Robotterne sparer personale KA: Der bliver mindre køretid i hjemmeplejen og andre steder i kommunen.

Tema 7: De første tre runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de tre indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
-------------------	-----------------------

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 7: Runde 1 Tal om de muligheder, som nye digitale måder at kommunikere med praktiserende læge, kommune og hospital giver.	
Lettere og hurtigere	KA: Corona har gjort, at vi er kommet hurtigt i tempo. Der er kommet mange virtuelle muligheder og en digital løsning, hvor borgere kan komme til samtale hos praksislægen m. digital signatur. Praksis lægen kan kigge med på billeder fra hospitalet, og når alle er i samme rum, er det en styrke. Kontakt Læge app (MedCom) er en ny mulighed, som kan gå uden om digital signatur. Det bliver nemmere, for der er en kø mulighed, man måske kan blive listet udenom, hvis man som sundhedsfaglig sidder og venter med en borger. KA: I psykiatrien bruger vi Teams – vi kan tale virtuelt med borgeren og holde udskrivningskonferencer. Nogle synes det er fantastisk. Har man angst, vil borgerne rigtig gerne, men de har måske ikke godt af det. B: Jeg går normalt til kontrol i ambulatoriet, nu ringer lægen til mig med resultat af scanninger. Det virker godt og jeg vil gerne fortsætte efter, der bliver lukket op igen. Havde det været første gang tror jeg, jeg ville tænke, det ville være hårdt nok. Jeg sparer transport og tid. Hvis vi skal tale om det, er jeg ok, men hvis de skal undersøge noget, er jeg ikke helt tryk ved det [virtuelle], der kan være mange fejlkilder. PL: Vi bruger video på lægevagtsniveau og også i konsultationer. Fordelen er, at vi har en nærhed uden at skulle bevæge os til hinanden. Det er nyttigt, fordi det går hurtigere og med den moderne teknologi er der meget, vi kan se på sådan en skærm. B: Tidligere skulle jeg ringe til min læge for at få en ny recept. Det er virkelig smart, at jeg nu kan gå ind i Kontakt Læge app. og bestille. Den indeholder også en chatmulighed. Så vi ikke behøver være på den samme kanal på samme tid. HA: Rygkirurgerne i Silkeborg – Søren Fruensgaard – er begyndt at holde ryg videokonsultationer. Jeg ved ikke, hvordan de gør, men jeg synes, det er avanceret, at de er begyndt at holde rygkirurgiske videokonsultationer. HA: Det kan være nemmere at arbejde tværfagligt. Eksempelvis i projektet TeleSår. En sygeplejerske står i hjemmet kan ringe op til sårsygeplejersken.
Fordele for drift og for borgere	PL: Hvis pt. kan måle hjemmefra og de er trykke, så kommer der en driftsmæssig fordel. Vi får mulighed for at flytte kræfter fra dem, der egentlig godt kan undvære os til dem, der har størst behov for det.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	PL: Effekten hos os er, at vi er ikke altid er utrygge ved ikke at se pt., mens pt. kan være mere utryg ved ikke at se os. Så hvis vi har gjort pt. tryk ved, at vi mødes på video, så er alle faktisk glade. PL: Vi har en hotline til hospitalet, hvorfor ikke komme på video og vise noget. Prøv lige og se med. Jeg kan være mellemmand uden at tage specialistens tid, få afklaret noget, så vi får effektiviseret og kvalificeret. HA: Der kan det være oplagt at bruge video mere i fysioterapien. Vi har patienter fra Thisted, eller Thyborøn, så det kunne være godt, hvis de kan slippe for at køre langt. Vores kardiologiske læge har indført at nogle af de selvhjulpne kan koble sig op på ham ved frokost tid. HA: Let at hjælpe borgeren virtuelt, når f.eks. medicin hedder noget andet, når man er kommet hjem, fordi det billigste hedder noget andet end det ordinerede. Fysioterapeuten kan også kontakte sygeplejersken, så borgeren ikke skal vente på, at begge kan komme samtidig. PL: Undervisning er også en mulighed, man kan sidde hjemme og koble sig på.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Men der er udfordringer Kvaliteten af billederne Brugerfladerne er ikke altid tilpasset brugerne Sproget Unge er digitalt myndige som 15 årige og kommunikationen sker uden om forældrene Silkeborg selvforståelsen af at være de bedste	HA: Hvis man ikke er enig i eks. farven på udslæt med sin praksislæge [på skærmen], er det svært at mødes på video. B: Efter min datter blev 15 kommunikerer myndighederne til hende digitalt uden om mig. Der er stadig en viden, jeg skal have, til hun bliver 18 år og myndig. KA: It er udviklet af it-folk og de mangler tit evnen til at tænke i brugerflader. Man kan komme til at bruge tid på noget, der driller, fordi det ikke er brugervenligt. Ex. i RM skal man vide, at man skal åbne en Chrome browser uden for Citrix [til Rooms]. Vi har personale, som er dygtige sundhedsfagligt, men som ikke ved, hvad en browser er. B: Sproget er en udfordring i digitale løsninger, hvis du eksempelvis taler med dialekt eller kommer fra et andet land. KA: Vi skal være opmærksomme på ulighed i sundhed og ikke kun bygge et system for de stærke. Mødeleder: Forståelsen af Silkeborg som smørhul – hvad betyder den forståelse at Silkeborg er et særligt sted for, at vi vil gerne blive ved med at gøre som vi gør, fordi vi ved, vi gør det godt? KA: Jeg kommer fra en af sammenlægningskommunerne tilbage i tiden – og har hørt til Viborg amt – og jeg ved også, at når vi har snakket, så siger min kollega lidt i sjov – hvornår bliver I overbeviste om jer deroppe fra den del af kommunen, at Silkeborg er det bedste det sted at komme ind? Men det bliver vi aldrig, for det nemmeste for mig at køre til Viborg – lige langt men hurtigere at køre til Viborg – vil da helst have, at de bliver indlagt i Viborg. Hvis jeg kan få den bedste behandling, vil jeg da gerne køre for det. Langt de fleste af os, vil da gerne flytte os – lige med undtagelse af dem i Silkeborg, forstå mig rigtigt – det er kærligt sagt.
Tema 7: Runde 2 Tal om hvad der skal til for, at samarbejde og overgange kan fungere bedre teknisk/digitalt	
Viden skal flyde på tværs	KA: I Silkeborg har vi 5 forskellige journalsystemer, som gør deling svært. Borgeren skal kunne give samtykke til, at journaler bliver delt. HA: Teknologien skal nedbryde barrierer, så viden kan flyde mere frit. Kan vi lade os inspirere af banken – jeg kan se alt på min konto selv. Kan vi finde mere patienten kan tage sig af selv,

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	f.eks. Kontakt Læge app., Ambuflex og selvmonitorering er en spæd begyndelse på noget, der kan bringe os meget længere. HL: Vi skal i endnu højere grad stille viden til rådighed på tværs af grænser. Give adgang til nogen, der ved noget specifikt. Det at arrangere møder sætter grænser. Videoforbindelsen og en større tilbøjelighed til at give hinanden mobilnumre, det overkommer den barriere. Måske vi mangler en speciallæge i Skive, men måske vi kan skabe et sundhedsvæsen, som er mere tilgængeligt ved at få specialisten med på video. Viden og ekspert viden kan komme tættere på.
Sikkerhed og uklare oplysninger	B: Når en borger bliver udskrevet er det vigtigt, at oplysningerne er givet videre – en sikkerhed. HA: Vi skal være opmærksomme ved overgange. Vi har et eksempel på, at en HA gjorde sig umage med en udskrivning og så sagde medarbejderen i kommunen, at de aldrig havde set så dårlig en udskrivning. Vi skal tænke på, hvad de ser i den anden ende. HA: Der kan være en stor kløft imellem tværsektorovergange. Det kunne være en fordel at mødes i det virtuelle rum, hvor man kan give en mundtlig tilbagemelding, så pt. ikke bliver kastet rundt.
Barrierer og nye kompetencer	KA: Hvis der kommer ledig køretid på flere kørelister, er det lige pludselig en stilling, der er i spil, så kan vi jo være en medarbejder mindre. Tror måske, at det er det, der gør at personalet kan være lidt tilbageholdende. KA: Ved udskrivningskonferencer i psykiatrien er vi på skærm med Viborg. Jeg er urolig for borgerne, som vi kan komme til tale hen over hovedet på, når vi arbejder virtuelt. KA: Der er helt sikkert behov for, at faggrupper som har omsorg som spidskompetence, får et kompetenceløft, for der er nogen, der føler sig utilstrækkelige, når det gælder det virtuelle.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 7: Runde 3 Tal om hvad det vil betyde for dig, hvis fremtidens sundhedsvæsen bliver mere virtuel.	
Relationer i digitalisering	B: Der er grænser for hvor langt man kan komme, der er en helende kraft i relationen med en god behandler. Relationen kan man opretholde, men ikke skabe digitalt. KA: Det er andelede i psykiatrien – man kommer længere, hvis man behandler virtuelt. Det kan man godt med især de yngre generationer er bedre til at danne relationer virtuelt. Vi skal bare bruge det rigtigt. KA: Skærmbesøg kan lette samarbejdet med alkoholikere som får antabus. Så kan man ringe op på en skærm og se man tager det. Insulin kan også være over skærm.
Robotterne	B: Om valget er at blive vasket af et menneske eller en robot, så ja tak til robotten, Selvfølgelig udfordrer det de sundhedsfaglige og vi har måske selv en spærring. B: Robotter giver et privat værdighedsrum, for det er ikke altid den samme hjælper og så kan man få hjælp til det intime, når det passer en selv. KA: Vil gerne vaskes af en robot, men hvem skal jeg så snakke med? Det kan gøre ensomheden større.
Kunstig intelligens	Kunstig intelligens, arbejdes der med i Horsens. Hvis vi har en maskine, der kan rumme mange data, kan vi måske forudse, hvem der har brug for hjælp. Billediagnostik er også et eksempel – hvis fagperson og maskine arbejder sammen, kan det have en god effekt. Maskinen fortæller måske, hvor man skal kigge.

Opsamling for Tema 8 - God kommunikation på tværs

(På denne side ses eksempler fra dialogen – til inspiration)

Dygtighed inden for *kommunikation som faglighed* er særligt vigtigt – også for ikke at skabe mere ulighed i sundhed

[B]: "Jeg (person m. handicap) indstiller mig på at samarbejde med de folk jeg nu møder [i sundhedsvæsenet]. De skal kommunikere med mig, og jeg stiller spørgsmål. Det går godt. Det er min erfaring. Jeg ved at det er svært for andre, fordi de ikke [kan] forberede sig ligesom mig." [...]

God kommunikation indebærer fordeling af ansvar "på patientens præmisser"

[B] "En lille ting: Man kan ringe rundt og snakke med mange forskellige, uden at der er nogen, der tager ansvaret for en."

[HA] Når vi får et opkald: Vi skal hjælpe patienten. Hvad er det det drejer sig om? De skal måske "bare" til undersøgelse, og så kan de pludselig ende på mange forskellige steder.

Der hvor vi kan lykkes

[KA] Der hvor vi kan lykkes, det er der hvor man kan sætte sig ind i, hvad de andre har brug for [borger, kollega, samarbejdspartner på tværs af sektorer]. [...] Det kræver at sektorerne kan binde noget sammen, det er en af de største udfordringer. Men når det sker, så har vi meget trygge patienter og medarbejdere. Man ved, at man arbejder fagligt forsvarligt, og at man har taget over på noget vigtigt, og det giver en god fornemmelse.

Kommunikation og (manglende) incitamenter

[HA] Det er ikke en "præmieret" faglighed at være god til dialogen. Det er specialefagligheden der præmieres. Men det er jo en særskilt klinisk faglighed at kommunikere med patienter.

Borgere kan hjælpe ved at pege på hvor svage punkter er [i og imellem vores sektorer og specialer], så vi kan blive klogere i behandlersystemet på: hvad er det vi skal blive bedre til? [KA]

Tema 8: Runde 4 – Deltagernes egen opsamling på dialogen

Deltagernes egen opsamling på dialogen – den sidste runde i dialogen – er her rykket op foran de indledende dialogrunder. Her forestiller deltagerne sig at de står 10 år ude på fremtiden, og skal beskrive hvordan det ser ud, samt vejen "herhen".

Tema 8: Runde 4: Tal om hvordan det vil kunne ses om 10 år.	
Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Strukturerne i sundhedsvæsenet understøtter fællesskab og at man ser det hele menneske	[HA] "Det at kigge på det hele menneske og interessere sig for det [ikke bare diagnosen]. Godt med "strukturer der bygger bro" (fx fleksible indlæggelser og andre tiltag) ... det er [/ skaber] et fællesskab på Silkeborg." [HA] Identiteten og kulturen er pt. en anden på Silkeborg og Skejby. [HA] At lave strukturer om og dermed bygge bro [mellem specialer og sektorer] er noget at det vi rigtig gerne vil sprede.
Vi arbejder videre med de gode intentioner	Vi lytter til borgerne – arbejder på tværs af sektorer. [HA] "Rykker det mere, at man er <i>nødt</i> til noget?" [ligesom under COVID-19]
Kommunikation igennem hele forløbet er præcis, målrettet og rettidig	[HA] Informationsmateriale foreligger i den rette mængde, til den rette tid, på det rette sted (før, under, efter forløb) [B]"Kommunikationen ER allerede blevet meget bedre. Der er en god udvikling i gang. Jo mere informationsmateriale, der lægges ud, jo mere vil det udvikle sig" [B] "Borgeren forbereder sig bedre og borgeren forberedes bedre på hvad de skal ind at snakke med lægen om." [...] "At systemerne er bedre til at tale sammen."
Højt specialiserede fagfolk er bedre til at kommunikere med andre specialer og samarbejdspartnere	[B] Ude i Skejby er der nogle meget dygtige, højt specialiserede mennesker, og de skal blive bedre til at kommunikere med dem ude i kommunerne. At få mere tillid til dem i kommunerne, og ikke bare deres højt specialiserede kolleger lokalt.
Sømløst samarbejde på tværs	[HA] At vi er bevidste om, hvad vi giver videre på tværs af sektorer – og at det bliver strømlinet så der ikke er forskellige løsninger mellem kommuner.

	[HA] "Vi har arbejdet med sundhedsreformen igennem 7 år – der er sat mere turbo på sammenhængen med det nære sundhedsvæsen, og inden for det kommunikative, har vi vist en lang række veje på, hvordan man skal huske at nedbryde sektorgrænserne inden for de informationssystemer, der er. Det har vi fået sundhedsreformen til at hjælpe os med på. [HA] Vi har adgang til hinandens dokumentation. Det skal ikke væltes i den samme bunke, men man kan tilgå hinandens, svarende til at vi kan tilgå sundhedsjournalen. [HA] Der er ansat medarbejdere på tværs af sektorerne, som kan have fokus på de skrøbelige borgere. Det kan være at følge dem hjem, eller at følge dem ind på sygehusene. I Silkeborg fandtes for en del år siden share-care samarbejdet, med finansiering på tværs... men en udbygning af det ville løfte kommunikationen ekstremt meget på tværs.
Regionshospitalet Silkeborg er et prototypeområde	[HA] Silkeborg er stadig et område, hvor man udvikler samarbejdet på tværs af sektorgrænser, og er en slags prototypeområde, hvor man hele tiden udvikler det nære samarbejde godt understøttet af den nye sundhedsreform." [KA] Der vil være nye løsninger, som vi slet ikke kunne forudse.
Fælles ledelse / vision	[HA] Fælles ledelse. Hvorfor ikke sætte os alle [sektorer] under en kam? Det vi oplever er stadigvæk barrierer; vi kan have en masse visioner i den ene sektor, men så skal den anden sektor spares på osv., vi er aldrig helt på samme niveau eller bølgelængde eller vej, fordi vi bliver bremsede af ydre faktorer. Medarbejdere på tværs, men også at vi er fælles.

Tema 8: De første tre runder i dialogen – opsamling i kategorier

Dette er de tre indledende dialogrunder, som leder op til den sidste runde, der er deltagernes egen opsamling.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Tema 8: Runde 1: Tal om hvad vi alle kan gøre for at sikre god kommunikation med borgerne og sundhedsfaglige	
Vigtigt med klar kommunikation og at være bevidst om og honorere de forventninger der sættes op	[B] Eksempel ifm. pårørendes kræftforløb på Skejby: "Forunderligt at man fik navnet på den behandlingsansvarlige, som man så aldrig mødte, men [vi mødte] bare alle mulige andre."
Dygtighed indenfor kommunikation som	[B] "Jeg (person m. handicap) indstiller mig [typisk] på at samarbejde med de folk jeg nu møder [i sundhedsvæsenet]. De skal kommunikere med mig, og jeg stiller spørgsmål. Det går godt.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
faglighed er særligt vigtigt – også for ikke at skabe mere ulighed i sundhed	Det er min erfaring. Jeg ved at det er svært for andre, fordi de ikke [kan] forberede sig ligesom mig." [...] [B] "Jeg vil også efterlyse at sundhedspersonale ved mere om forskellige handicap. Så man ikke bliver sat til at gå med en rollator fordi man er blind. Det behøver jeg altså ikke... så er det bedre at den sundhedsfaglige spørger frem for at finde på løsninger selv." [KA] "Hvis en person fx har et højt angstniveau, så kan vedkommende ikke høre eller forstå så meget." Derfor vigtigt at sundhedspersonale lærer at aflæse patienter så de ved hvornår de kan tale og blive forstået. [HA] Vi ved fra forskning, at hvis man starter med at sige: Diagnosen er lungekræft, så hører de ikke noget den næste halve time. Så er der lukket for forståelse et stykke tid. [HA] [I starten af mødet med borgeren] ... man skal lige holde tilbage med egne ambitioner, og så vejlede om det passer ind i det her setup (med patienten), være ydmyg: hvad er det for en kontekst man taler ind i? Hvis man er dygtig fagprofessionel, så aflæser man den ret hurtigt. Og kobler sig ind i det, man tror der er meningsfuldt, og så spørger man, om den anden er med. Og holde pause. Jeg tænker pausen er fuldstændig værdifuld, og den underkender vi tit, fordi vi har så travlt og har så meget på hjertet. Vi glemmer at det faktisk er i pausen, de vigtige ting kan ske. [HA] Der tænker jeg, at det kræver kendskab til den enkelte person. Tid og rum, som jo nærmest er blevet effektiviseret væk. Vi har arbejdstilrettelæggelser med 3-holdsskift døgnet rundt. Så det er svært for os, som fagprof. at få kendskab til patienten.
God kommunikation er at forstå og blive forstået	[B] Vigtigt at det, der tales om bliver forstået og taget ind (af borgeren). Vigtigt at dobbelt-tjekke at man bliver forstået, og så må man jo evt. prøve igen på et andet sprog eller lignende. [B] "Der var en mand, der tog sin kone med til læge for at blive bedre til at stille spørgsmål. Efterfølgende blev de spurgt: Hvad fik I med? Det svarede: "Ingenting". De havde ikke forstået det [terminologien]." [B] Kommunikation er ikke bare at få at vide hvilken behandling man skal have, eller hvordan operationen gik. Det er også hvordan man efterbehandler og kommer videre fra en – måske traumatisk – oplevelse i sundhedsvæsenet. [B] Jeg fik for et par år tilbage en alvorlig diagnose og lige da jeg får den, så folder sygeplejersken 10 pjecer ud i samme øjeblik. Jeg har knap nok nået at høre, hvad hun siger (selve diagnosen). Det er alt for overvældende, og jeg begynder at græde, og hun siger: "Du er

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	da vist sådan en, der altid er lidt trist til mode". Det er bare for mig sådan et eget oplevet eksempel på, hvad man IKKE skal gøre.
Tidspres – løsninger, udfordringer, og mulige samarbejdspartnere	[HA] Bedste måde at løse det [tidspres] på, er, at sætte os selv i stand til at hjælpe borgeren til at bruge egne ressourcer... de borgere, der IKKE kan det, skal vi bruge tid på. Vi skal blive bedre til at hjælpe borgerne til at hjælpe os, med at snakke med dem. Fordi vi har ikke forstand på det, og vi har ikke tid til at sætte os helt ind i den enkelte borger. [HA] Vi giver ikke folk i udredning tid til at overveje: er det det her, jeg vil? Ift. okkult cancer: 90-årige får ikke mulighed for at tænke over, hvad de vil, og sætte sig ned at snakke med familien. Det giver vi ikke plads til i vores system. Alle de ting i vores system, der skal overholdes, gør at vi ender med at presse dem til at tage en beslutning nu. Ellers kan vi ikke nå at overholde vores udredningsrate. Så får vi det at vide: så er vi ikke gode nok. [kontraproduktive incitamenter - umenneskeliggørelse omkring eksistentielle beslutninger] [HA] Selvfølgelig er tiden en faktor. Men jeg tror også, at vi ville spare noget tid, hvis vi gjorde det [spurgte, lyttede, gav tid]. Vi ser patienter i klinik for multisygdomme [RSi], der tidligere har høvlet rundt i tusind ambulatorier, og oplevet alle mulige mærkelige ting [og har kostet mange penge i systemet], og det er så tid, de siger konkret: jamen der er jo aldrig nogen, der har haft tid til at lytte på mig. Jeg kommer jo [typisk] lige ind og så siger de, ift. hjertet, 'nå det er sådan her vi regulerer med den her tablet, farvel igen'. Men når jeg fortæller dem, at jeg bliver forpustet af at gå en tur, så siger de: det er nok lungerne, der skal du snakke med lungelægerne om det. Så har de pisket rundt og fejlet alle mulige ting, og så bliver de henvist til klinik for multisygdomme, hvor jeg tror en stor del af vores intervention er, at de får en helt dag til at snakke med os om forløbet og ALLE deres symptomer, medicin, hverdag. Og det kan være nok til at afføde accept: der kan ikke gøres mere [hvis det er tilfældet]. De har behov for, at vi har lyttet på dem og forstået alt det vigtige. Det kan stoppe den "shopping" rundt i systemet [som er enormt dyr og frustrerende]. Vi vil kunne tjene noget ved at kunne bruge lidt mere tid. [HA]: Hvis vi virkelig skal lære patienten at kende, udrulle klinik for multisygdomme [i hele RM] ville være pænt dyrt. Måske kunne man spare nogle penge, men man kunne også tænke på: kan vi lave systemer hvor kommune og praksis hjælper os med at forstå patienten. Kan vi

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	hjælpe hinanden til at klæde os bedre på til der, hvor vi møder patienten? Så vi ikke skal bruge al tiden på at lære dem at kende. Ikke nemt – bare en tanke.
God kommunikation indebærer fordeling af ansvar "på patientens præmisser"	[B] "En lille ting: Man kan ringe rundt og snakke med mange forskellige, uden at der er nogen, der tager ansvaret for en." [HA] Når vi får et opkald: Vi skal hjælpe patienten. Hvad er det det drejer sig om? De skal måske "bare" til undersøgelse, og så kan de pludselig ende på mange forskellige steder. Vi skal tage ansvar som sundhedsfaglige – på patientens præmisser [HA] Vigtigt at tage ansvar for borgerens forløb – ikke bare sende videre fra Herodes til Pilatus. Også tage fat i andre samarbejdspartnere... Og håbe samarbejdspartnere gør det samme. Jeg må ikke slå borgeren op igen, efter de har forladt vores matrikel. Så det hindrer mig i at hjælpe andre, der har brug for information om vedkommende senere.
God kommunikation er ligeværdig, også selvom parterne ikke er ligestillede (fagligt)	[HA] Som fagprofessionel er det vigtigste at man møder borgeren, og lytter til det, der fylder for borgeren. Fordi det ikke altid er det samme, der fylder for os, som sundhedsprofessionelle (gælder for alle sektorer og hele forløbet). Vi skal selvfølgelig også omkring vores dagsorden, men man kan let komme til at forcere ting [og dermed spille tid og ressourcer på den lange bane], hvis ikke man først lytter til den enkelte borger. [HA] Kultur for tillid og tydelighed er basis for god kommunikation. Også vigtigt at turde lave fejl (og kultur, der understøtter det) og snakke om fejl – at turde gå nye veje. Det kan give borgeren tillid, at man tør lave noget, der er individuelt.
Tema 8: Runde 2:	
Tal om hvad det betyder for kommunikationen, at vi har fælles overblik over, hvad der sker undervejs i behandlingsforløb	
God kommunikation kræver overblik og fælles forståelse	[B] Meget vigtigt netop når man har været på sygehus og skal derfra igen. Hvis man har fået noget alvorligt at vide, så skal man spørges om: Hvor går du hen nu, og hvad gør du for at få fulgt op på det her? Hvis man fx bliver udskrevet på et tidspunkt hvor der er meget lang tid til hjemmehjælpen kommer. [B] "Jeg har to forskellige kroniske sygdomme. Følges op med kontroller / scanninger jeg går til. Jeg er i kontakt med to hospitaler ift. den ene tilstand... de bestiller scanninger, når det lige passer dem. Et tredje hospital bestiller også scanninger... det er svært at få slået sammen [ellers kan man gå til mange scanninger hele tiden]. Og det er borgeren, der er nødt til at gøre det."

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Der hvor vi kan lykkes	[KA] Der hvor vi kan lykkes, det er der hvor man kan sætte sig ind i, hvad de andre har brug for. Man kan blive helt benovet over, hvad de andre har brug for. Vi skal ikke tage kommunikationen for givet, men være optaget af: hvad har den anden [borger, patient, samarbejdspartner] brug for? Det kræver at sektorerne kan binde noget sammen, det er en af de største udfordringer. Men når det sker, så har vi meget trygge patienter og medarbejdere. Man ved, at man arbejder fagligt forsvarligt, og at man har taget over på noget vigtigt, og det giver en god fornemmelse. [HA] Også godt med kendskab til hinanden – hvem er det man skal have fat i, i den anden sektor. Det kendskab gør opkald meget nemmere [og sparer ressourcer, m.v.].
Mangel på informationer / overblik	Det kan være svært som fagprofessionel at lave den gode udskrivning eller overgang – blandt andet fordi man ikke nødvendigvis kan få de informationer man har brug for [pga. travlhed, GDPR, etc.]. [HA] "Der skal fokus på at vi skal have mere viden fra hinanden." [KA] Der er risiko for dårlig kommunikation, hvis ikke man har overblik. [B] Spørgsmål [HR]: Ved man godt som borger, hvor kompliceret det er? Ville det hjælpe noget at forstå det? Svar: "Det ved man ikke som borger, først når man har oplevet det. Der skal arbejdes på at systemerne kan arbejde bedre sammen." [B]
Løsning: Fælles viden og overblik mellem sektorer	[B] "Hjemmehjælp får at vide, hvis jeg er indlagt, men de får ikke alt muligt andet at vide. Vil gerne vil tilladelse, men det skal jo heller ikke spredes ud til alle andre i hele kommunen." [HA] Udfordring: "Sygeplejesker fra hjemmeplejen deler med os på hospitalet (digitalt). Men det er ikke sikkert, at det jeg har brug for at vide, er det sygeplejersken så vælger at dele om borgerens færden hjemme. Kan være svært at definere, hvad der er vigtigt at dele, når man arbejder forskellige steder med forskellig specialisering og perspektiv på hvad der er vigtigt." [HA] Hospital og Kommuner skriver ned, når borgerne er hos dem; det kunne være snildt, hvis vi kunne bruge det vi har skrevet [fælles]. Så er vi et skridt længere, hvis vi kan blive fælles/enige om det, vi har skrevet [og som lovmæssigt ikke er tilgængeligt]. [HA]: Når vi kan fritte visitatorerne (som kan se alle systemerne), så er det SÅ givtigt, inde hos os. Så det vi skriver her, er formodentlig også gavnligt, når borgeren kommer hjem. [HA] Vi taler om fælles overblik [over forløb på tværs af sektorer]. Men vi har ikke fælles overblik over overgange og alt muligt andet. Det juridiske osv. skaber grænser. Man ender med at fritte visitatorer. Hvis vi havde en løsning på det, så ville vi få et fælles overblik.

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
	[Se BackTrace fra RSi for et eksempel på et projekt, der er i gang med at løse problemet]
Tema 8: Runde 3: Tal om hvad vi skal gøre som sundhedsfaglige for at sikre god kommunikation mellem sektorerne.	
Kommunikation og Vidensdeling – forståelse på tværs af specialer	[HA] Jeg er blevet sat sammen med en masse artsfæller fra HE midt i corona-beredskabet. Utroligt hvor meget viden vi har tilsammen og hvor lidt viden vi har om hinanden. Der ligger meget viden rundt omkring, der ville have godt af at blive delt. Der kan være en tendens til specialisering for at levere den bedste kvalitet [og dermed går noget tabt].
Kommunikation og (manglende) incitament	[HA] Det er ikke en "præmieret" faglighed at være god til dialogen. Det er specialefagligheden der præmieres. Men det er jo en særskilt klinisk faglighed at kommunikere med patienter. [HA] Vi arbejder pt. med animation (lænderyg-forløb), som kan bruges på tværs af Silkeborg kommune og hospitalsenhed midt og almen praksis. Hvornår skal som borger du opsøge hvem? Samme info vises på kommune, hospital og praktiserende lægers hjemmesider, fordi vi tænker det som en helhed. Det har krævet rigtig meget kulturelt – det er vi ikke så godt gearret til.
Strukturer der bygger bro – Ændringer i struktur, der fører til gode ændringer i kultur	[KA] "Alene det at kommunikation er blevet løftet fra første semester på medicin til et vigtigt fag på senere semestre er et vigtigt greb. Vigtigt at have interesse for andres [borgeres] perspektiv." Vigtigt at bygge en kultur og strukturer op, der fordrer at man er interesseret i andres perspektiver og fordrer forståelsen af hvordan sundheden gavnnes af det. [HA] "Vi [Hospitalsenhed Midt] er i gang med at gøre det mere demokratisk – at gøre det muligt at bruge den information vi sender ud på flere måder. Når folk bedre / nemmere kan forstå informationen (før og efter behandling – frem for knudrede patient-pjeser), så kan samtalen også blive bedre / anderledes mellem kliniker og patient. Så er der måske tid til at spørge ind til: Hvad tænker du nu? Hvad er vigtigt for dig?" [B] "Vigtigt også at køre det sproglige videre [tekst og tale] – ikke bare alt det nye (animationer). Vi er mange, der bruger det sproglige."
Nysgerrighed, dialog og spørgeteknik	[B] "At blive mødt med interesse: Hvordan er det, at være dig? Hvordan ens liv er? [Det er vigtigt for borgerens oplevelse] I stedet for at sundhedspersonale ikke interesserer sig, eller tror de ved det på forhånd." [B] "Man kan stille spørgsmål når man er på sygehuset. Men det burde jo ikke ligge som borgerens opgave, for dem kan vi jo ikke opdrage!? Hvad sker der herfra [efter udskrivning / endt behandling], hvem får nu hvad at vide? Det er vigtigt at sikre, at der er nogen (pårørende, praksislæge, hjemmepleje) der ved hvad der skal ske herefter."

Princip / pointer	Beskrivelse / citater
Borgere kan hjælpe ved at pege på svage punkter mellem sektorer og specialer	[KA] Borgere kan hjælpe ved at pege på hvor svage punkter er [i og imellem vores sektorer og specialer], så vi kan blive klogere i behandlersystemet på: hvad er det vi skal blive bedre til? [HA] Vi bliver bremsede af lovgivning. Borgerne ønsker jo også, at vi kommunikerer. "Det har jeg jo sagt før".
Tid til dem, der har brug for det	[HA] Kommunikation kan være særlig svært for ressourcesvage borgere. Vigtigt at de fx lærer at forberede sig, men også en udfordring vi bliver nødt til at tage på vores skuldre som system. [HA] Jeg tror at vi bruger alt for meget tid på de ressourcestærke, og alt for lidt på de ressourcesvage. Vi skal blive bedre til at sige til den ressourcestærke: "Nu har du vist fået nok, det er tid til den næste". Det er de ressourcestærke familier der klager, men hvad med de ressourcesvage vi taber på gulvet og aldrig hører om?