

Sundheds- og Omsorgsudvalgets studietur til Ottawa og Toronto, Canada den 19. – 25. april 2015

Studieturen blev besluttet af Sundheds- og Omsorgsudvalget den 14. august 2014. Planlægningen blev forestået af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Canada er en velfærdsstat med et sundhedsvæsen, som på flere måder kan sammenlignes med det danske. Der er, som i Danmark, fokus på mestring af kronisk sygdom, ulighed i Sundhed og god og værdig ældrepleje. Fokus for studieturen var sundhedsområdet og der var overordnet to temaer som ramme for udvalgets program. Temaerne blev valgt med udgangspunkt i områder, hvor Canada er foregangsland eller forventedes at kunne give inspiration til udviklingen af sundhedstilbud i København.

Delegationen:

Sundheds- og Omsorgsborgmester, Ninna Thomsen, Socialistisk Folkeparti
Næstformand, Henrik Appel, BR-medlem for Socialdemokraterne
Susan Hedlund, BR-medlem for Socialdemokraterne
Tue Hækkerup, BR-medlem for Socialdemokraterne
Sisse Welling, BR-medlem for Socialistisk Folkeparti
Michael Gatten, BR-medlem for Venstre
Caroline Stage, BR-medlem for Venstre
Ikram Sarwar, BR-medlem for Radikale Venstre
Anne Mette Omø Carlsen, BR-medlem for Enhedslisten
Administrerende direktør, Katja Kayser
Økonomidirektør, Hanne Baastrup
Sekretariatschef, Rikke Blom
Centerchef, Helle Schnedler
Centerchef, Karen Nørskov Toke
Chefkonsulent, Pernille Holst



Nærværende rapport giver en kort gennemgang af de enkelte besøg og fremhæver indledningsvist de overordnede temaer og læringspunkter, som studieturen har centreret sig om.

For en mere udfoldet gengivelse af de enkelte oplæg på turen henvises til de viste power point - præsentationer under besøgene i Canada. Alle præsentationer kan rekvireres ved at kontakte Ledelsessekretariatet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Detaljeret program

Programmet indeholdt besøg hos følgende organisationer (jf. bilag 2: Oversigt over programmet):

Sundhedsministeriet "Health Canada"

Besøget i det canadiske sundhedsministerium inkluderede en generel introduktion til opbygningen af det canadiske sundhedsvæsen, som i udgangspunkt består af 12 forskellige sundhedsvæsener, der reguleres af de enkelte provinser og territorier. Dog reguleres sundhedsindsatser for veteraner, inuitter og »first nations« af "Health Canada" selv.

"Health Canada" har som hovedopgave:

1. at fastsætte og administrere nationale principper for de regionale sundhedsvæsener gennem Canada Health Act
2. at bidrage til finansieringen af sundhedsvæsenerne gennem bloktilskud
3. at regulere udvalgte områder, fx fødevarerikkerhed og forskning, på sundhedsområdet
4. at kommunikere budskaber til canadierne vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse.

Canada Health Act fremhæver fem generelle principper for sundhedsvæsenerne i Canada: Universality, public administration, comprehensiveness, portability og accessibility. Disse principper modsvarer generelle principper i den danske sundhedslov og giver dermed gode muligheder for at sammenligne sundhedssystemerne i Canada og Danmark. Til forskel fra Danmark har kommunerne – som der er flere end 3.500 af – ingen opgaver efter sundhedsloven.

Generelt spiller "Health Canada" kun en overordnet rolle i regulering og levering af sundhedsydelser. Canadas provinser og territorier har det egentlige ansvar for organisering og levering af sundhedsydelserne, samt uddannelse og akkreditering. Provinserne får medfinansiering til deres sundhedsprogrammer fra den føderale regering via bloktilskud.

Siden år 2000 har "Health Canada" dog stået i spidsen for Primary Health Reform og har gennem "transition funds" sat rammerne for nye initiativer i provinsernes/territoriernes sundhedsvæsener, som er målrettet mod at udbrede fokus fra hospitalsvæsenet til de nære sundhedstilbud. Reformen satte fokus på en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur i det nære sundhedsvæsen, hvor de praktiserende læger primært havde fokus på enkeltstående, medicinsk behandling og diagnosticering. Ofte arbejdede lægerne og andre sundhedsprofessionelle isoleret fra hinanden, og vurderingen var bl.a., at de manglede incitamentet til at tilbyde sundhedsfremmende indsatser, behandlingsforløb med længerevarende og mere omfattende indsats, særlig støtte til kronikere og udvidede åbningstider.

Ved hjælp af en teambaseret organisering i såkaldte "Family Health Teams" (FHT) skulle provinserne sætte fokus på koordination og kontinuitet på tværs af sundhedsudbydere. Der skulle øget fokus på udvalgte patientgrupper - herunder kronikere - sundhedsfremme, informationsteknologi og øget adgang til de sundhedsprofessionelle.

Erfaringerne har sidenhen vist, at FHT er en god model for at sikre et teambaseret samarbejde til gavn for patienterne i Canada, hvorfor der arbejdes på en forankring af FHT i sundhedsvæsenet. En grundig analyse af erfaringerne med organisering i FHT fik vi i forbindelse med besøget hos Conference Board of Canada (se nedenstående).

Conference Board of Canada

Organisationen er en non profit-tænketaank, som leverer uafhængig evidensbaseret rådgivning på en række forskellige områder, herunder sundhed. En af de styrker, som de fremhævede ved organisationen er, at den er i stand til at samle centrale aktører på "neutral grund" og analysere/diskutere relevante samfundsproblemer i Canada.

Vi blev præsenteret for tre aktiviteter rettet mod at debattere og finde løsninger på sundhedsvæsenets nuværende udfordringer. Vi fik først præsenteret rammen for en omfattende evaluering af Family Health Teams i Ontario.

De væsentlige resultater var:

- et styrket samarbejde mellem sundhedsprofessionelle,
- øget fokus på hele familier,
- øget patienttilfredshed, og
- flere sundhedsprofessionelle, som anvender de kliniske guidelines.

På landsplan er der stor variation i effekten af at have etableret Family Health Teams. Mange steder er der tale om en vanskelig omstillingsproces, hvor det vil komme til at tage mange år inden FHT er veldrevne. På nuværende tidspunkt er erfaringen, at de bedste FHT har samme karakteristika: stærk klinisk og administrativ ledelse, klar mission og vision, velartikulerede mål og prioriteter, samt at læger og andre sundhedsprofessionelle understøtter teamaktiviteter og indgår i et godt og respektfuldt teamwork.

Det andet oplæg præsenterede rammer og udfordringer for ældrepleje i Canada, der ligesom Danmark, står overfor en voksende ældrebefolkning. Der kommer en øget efterspørgsel efter ældrepleje, samtidig med at behovene blandt ældre ændres i de kommende år (flere kronikere og demente). Det stigende behov for at effektivisere ældreområdet har sat fokus på at sikre en mere effektiv og velorganiseret tilrettelæggelse af overgangen fra hospital til eget hjem/plejehjem.

Afslutningsvist blev vi præsenteret for en undersøgelse af arbejdsgiveres mulighed for effektivt at støtte ansatte med psykiske problemer. Undersøgelsen viste bl.a., at de fleste ledere (87%) oplever, at de er opmærksomme på de ansattes mentale sundhed, og mener at de kan tale åbent med de ansatte om arbejdspladsens psykiske arbejdsmiljø. Oplevelsen er derimod en anden blandt de ansatte. Kun 29 % af de ansatte oplever, at ledelsen er opmærksom på arbejdspladsens mentale sundhed – og langt størsteparten af de ansatte finder det vanskeligt at fortælle ledelsen om deres psykiske problemer – uden konsekvenser for fremtidig karriere mv. Anbefalingen er, at

arbejdspladser i stigende grad prioriterer ressourcer og tid på at sikre et godt psykisk arbejdsmiljø. Bedre uddannelse til ledere, åbenhed, empati, støtte og respekt samt fleksible ordninger til ansatte med psykiske problemer.

The Bruyere Academic Family Health Team

Formålet med besøget i Bruyere var at besøge et af flere forskellige organiserede "Family Health Teams" (FHTs), som udgør et centralt element i den "Primary Health Reform", som er gennemført i Canada. FHTs finansieres og kontraktstyres direkte af Ontario Ministry of Health and Long-term Care.

"A Family Health Team is an approach to primary health care that brings together different health care providers to co-ordinate the highest possible quality of care for the patient". (Bruyere Academic FHT)

Bruyere-teamet er tilknyttet Elisabeth Bruyere Health Centre (ikke-akut hospital med fokus på "continuing care") og University of Ottawa, Family Medicine (almen medicin), og er dermed et akademisk team med et stærkt fagligt bagland i hospitalet. Teamet var med i den første bølge af FHTs, som blev etableret i 2006 og er ét af ca. 200 FHTs i Ontario. Teamet er relativt stort og består af ca. 24 praktiserende læger (heraf mange i deltidsstillinger), 47 læger i uddannelsesstillinger samt ca. 100 andre sundhedsprofessionelle og øvrigt personale (f.eks. sygeplejersker, farmaceuter, socialrådgivere, psykologer, diætister, kiropraktorer, sekretærer og statistikere). Teamet har ca. 15.000 patienter, heraf mange med kronisk sygdom (til sammenligning har en praktiserende læge i Danmark i gennemsnit 1.600 patienter).

Særlig interessant ved de organiserede Family Health Teams var en ny type professionelle i form af »nurse practitioners«. De er en gruppe særligt veluddannede sygeplejersker, som er specialiseret i almen medicin (og evt. andre specialiserede områder som f.eks. gynækologi). De praktiserer selvstændigt og har egne patienter - typisk de mindst komplicerede - og fungerer på den måde som aflastning for de alment praktiserende læger. I teamet er - foruden de praktiserende læger - også integreret farmaceuter, som bl.a. foretager medicingennemgang for patienter med kompleks medicinering forud for besøg hos den praktiserende læge. Desuden har teamet også integreret socialrådgivere, som understøtter sammenhængende patientforløb for patienterne og statistisk assistance til at fremme brugen af data til understøttelse af kvalitetsudvikling af almen praksis.

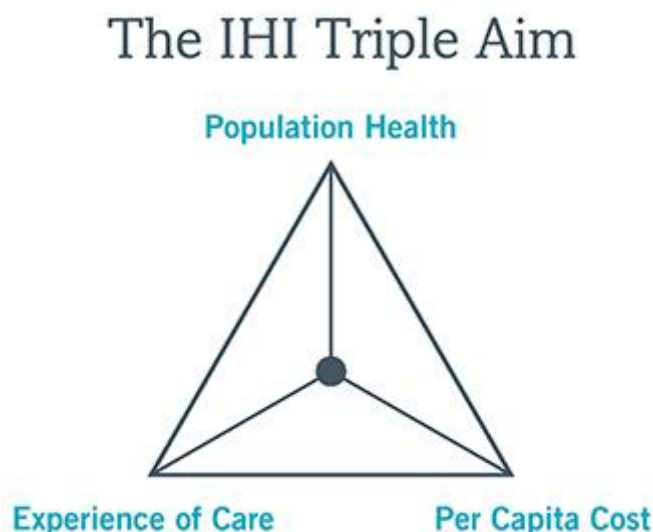
Besøget blev afsluttet med en rundtur på The Bruyere, hvor der var både ældreboliger og plejeboliger tilpasset borgernes forskellige plejebehov.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI)

The Canadian Foundation for Healthcare Improvement er en organisation, som har en særlig national opgave i forhold til at understøtte udviklingen af sundhedsfaglig innovation med henblik på at forbedre befolkningens sundhed. Organisationen har etableret 141 improvement teams rundt om i Canada, der arbejder for at forbedre grundlaget for prioritering inden for sundhedsområdet. De sikrer videndeling og implementerer evidensbaserede løsninger på tværs af regioner, provinser og territorier. CFHI samarbejder med regeringen, politikere og ledere i sundhedsvæsenet.

CFHI arbejder ud fra en Triple Aim model, hvor formålet er:

1. At forbedre patienternes oplevelse af behandlingen (inklusive kvalitet og tilfredshed)
2. At forbedre befolkningens generelle sundhedsniveau
3. At reducere sundhedsvæsenets omkostninger pr. indbygger.



I deres oplæg til udvalget lagde de vægt på at præsentere tankerne bag udviklingen af en ny og mere holistisk tilgang til borgernes udfordringer. Ideen har været at bevæge sig væk fra udelukkende at fokusere på diagnose til at undersøge, hvad der har betydning for borgeren (livskvalitet, bolig, ensomhed osv.) – fra "what is the matter with you?" til "what matters to you?" Ofte er behandlingen i sundhedsvæsenet snævert fokuseret på at tilbyde en konkret behandling i forhold til en diagnose. Behandlingen kan virke både fragmenteret og irrelevant for patienten, hvorved effekten af behandlingen forringes eller udebliver. Behandlingens "kvalitet" skal i højere grad defineres ud fra den enkelte borgers perspektiv og samlede behov.

CFHI har foretaget et omfattende analysearbejde af de forskellige befolkningssegmenter for at afdække, hvor der er størst mulig effekt i forhold til at yde en prioriteret sundhedsindsats. Organisationen arbejder derfor med et målrettet fokus på ca. 20 % af befolkningen, som er i moderat, høj eller særlig høj risiko for at udvikle en eller flere kroniske sygdomme eller er hyppig bruger af sundhedsvæsenet. Netop denne mindre andel af befolkningen anvender omkring 60 % af alle offentlige sundhedsydelser, såsom medicin, hospitalsophold, lægebesøg og hjemmepleje (tallene varierer fra region til region). Tesen er, at hvis det canadiske sundhedsvæsen tilbyder bedre kvalitet i behandlingen – ud fra et holistisk perspektiv - til de borgere, der er i høj risiko gruppen (ca. 5 % af befolkningen), kan der opnås en økonomisk besparelse på hospitalsophold, lægebesøg, omfattende hjemmepleje m.v. De frigjorte midler kan anvendes til andre sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, der har til hensigt at forbedre hele befolkningens sundhedsniveau.

CFHI er involveret i en lang række projekter, der er baseret på Triple Aim. Overfor Sundheds- og Omsorgsudvalget fremhævedes tre projekter:

1. Projektet INSPIRED Copd outreach program. Projektet har fokus på KOL-patienter (kronisk obstruktiv lungesygdom). KOL-patienterne gennemgår et særligt helhedsorienteret program efter hjemsendelse fra hospital. Behandlingen tager udgangspunkt i patientens komplekse behov – og ikke i hvilke ydelser sundhedsvæsenet kan tilbyde. Erfaringerne har vist, at patienter og pårørende oplever en bedre kvalitet i behandlingen – og antallet af genindlæggelser falder.

Som eksempel fortalte de om patienten "Frank". Han har flere diagnoser – herunder KOL og diabetes. Til trods for at Frank er "færdigbehandlet" og sygdommen i kontrol, forværres hans sundhedstilstand. Frank er fortsat løbende i kontakt med praktiserende læge, hospitaler og andre sundhedstilbud. Først da Frank deltager i INSPIRED udvises der interesse for at lære personen Frank at kende. Efter en række samtaler viser det sig, at Franks primære diagnose er: angst, ensomhed, usikkerhed, forvirring, afhængighed og manglende selvtillid. Sundhedsvæsenet har hidtil forholdt sig til hans sekundære diagnoser – såsom diabetes og KOL. Efter projektets afslutning er Franks medicinforbrug reduceret og en langsigtet plan tilrettelagt for Frank. Han klarer hverdagen bedre selv, dyrker regelmæssig motion og opsøger sociale netværk. Frank har fået det markant bedre - og han kontakter nu kun sjældent hospitalet for akut behandling.

Beregninger viser, at hvis 26 KOL patienter gennemgår INSPIRED copd outreach program opnås en besparelse på 100.000 canadiske dollars på grund af færre hospitalsophold.

2. Samme holistiske tilgang til den enkelte borger er den bærende tankegang bag hjemløse projektet, TED i Ottawa. Et engageret team af hjælpere har intensivt støttet de hjemløse og modtaget dem, når alle andre tilbud afviste dem på grund af misbrug, dårlig opførsel mv. Teamet bag TED har hjulpet 321 hjemløse videre til en mere selvhjulpen hverdag og efter to år har man opnået en besparelse på 9,2 mio. kr.
3. Det sidste projekt omhandlede forbedret livskvalitet på plejehjem. Som noget nyt inddrog plejepersonalet ikke kun sygejournalen i behandling og pleje, men også kendskabet til det enkelte menneskes historie. Inden projektet blev igangsat fik 70 % af de ældre demente beboere antipsykotisk medicin. Efter 6 måneder var 27 % af deres medicin reduceret. Faldet i medicinforbrug har givet en besparelse på ca. 50.000 kr.

Fælles for de tre programmer er et stærk fokus på; borgernes oplevede kvalitet, systematisk dataindsamling, effektmåling og omkostninger pr. borger.

Ontario Telemedicine Network

Ontario Telemedicine Network (OTN) er en uafhængig organisation, som har til formål at udvikle løsninger inden for det telemedicinske område med henblik på at fremme adgang til og kvaliteten

af ydelser i sundhedsvæsenet i Ontario. Det er tillige hensigten at inspirere udbydere af sundhedsydelser til i højere grad at anvende telemedicinske løsninger.

Formålet med besøget var at se nærmere på konkrete telemedicinske løsninger i relation til forebyggelse, behandling af patienter med kroniske sygdomme og brugen af telemedicin til at skabe sammenhængende patientforløb for patienterne. OTN samarbejder særligt med de lokale sundhedsmyndigheder i Ontario og leverer tekniske løsninger indenfor:

1. Kliniske videokonferencer
2. Sundhedsfaglig undervisning
3. Akut pleje
4. Tele-dermatologi og e-konsultation
5. Telehomecare.

De fem projektområder har samlet set skabt en besparelse på 61 mio. canadiske dollars (336 mio. kr.) som følge af reducerede rejseomkostninger for patienter – herunder offentlig tilskud til patienttransport. Dertil kommer en hurtigere og lettere adgang til sundhedspleje for patienterne.

OTN præsenterede deres tekniske løsninger inden for Telehomecare, videokonferencer, e-learning. De enkelte telemedicinske løsninger målrettes forskellige målgrupper for at understøtte tanken om differentierede tilbud til patienter med kronisk sygdom. OTN fremhævede at ca. 30 % af bevillingen i de enkelte projekter går til at understøtte "change management" med henblik på at opnå optimal nytte af indsatsen, så den målrettes den enkelte patients behov.

Projektet Telehomecare tager fx udgangspunkt i at understøtte den komplekse eller skrøbelige ældre patient. Det kan være patienter med mere end en kronisk sygdom, eller ældre, der kræver omfattende støtte til at mestre behandling af egen sygdom. Disse patienter får installeret en tablet, pulsmåler, blodtryksmåler og vægt i hjemmet, så patienten eller en pårørende dagligt kan taste blodtryk, vægt m.v. i systemet. Oplysningerne monitoreres af sundhedsuddannet personale placeret på sygehuset. Personalet tager kontakt til patienten efter behov samt planlægger regelmæssige videokonsultationer mellem patient og sygeplejerske/læge. Efter 6 måneder har patienten lært de vigtigste sygdomssymptomer - og er i stand til at mestre egen sygdom. De første resultater viser et fald på 71% på akut lægebesøg og et fald på 76 % i forhold til genindlæggelser på hospitalet (undersøgelsen er baseret på 276 patienter).

OTN satser desuden på at udvikle teknologiske løsninger til Iphones og Ipads, for at udnytte de platforme, som er meget udbredt i befolkningen. Der arbejdes med at udvikle en ny medicinsk pille, der afsender et signal til fx en Iphone, når den er indtaget.

Center for Research in Inner City Health (CRICH)

Besøget på Center for Research on Inner City Health var tilrettelagt med henblik på at lære om deres innovative forskning vedrørende ulighed i sundhed. Deres forskning skal belyse sammenhængen mellem fattigdom, social eksklusion og dårligt helbred – og evaluerer på forskellige nye tiltag for at se, hvad der virker og mindsker ulighed i sundhed.

Der er en sammenhæng mellem, hvor vi bor, og hvordan vi lever. Adgang til en passende bolig, nærende mad, rent vand, rekreative områder og støttende sociale netværk påvirker vores sundhed og evne til at drage fordel af sundhedsplejen. I byerne er disse ressourcer ofte ulige fordelt. Ligesom i Danmark er der en sammenhæng mellem fattigdom, social marginalisering, dårligt helbred og tidlig død.

Centeret er en non-profit organisation, der har et tæt partnerskab med de lokale myndigheder og 23 hospitaler i Ontario. De fremhævede blandt andet et samarbejde med de lokale myndigheder om at nedsætte fartgrænsen til 40 km/t. i særlige boligområder. På den måde motiverede de områdets beboere til at gå eller cykle i stedet for at tage bilen. Desuden var der større forståelse for at bygge veje med cykelstier og fortove. Et andet eksempel på et godt samarbejde var, at nogle restauranter på menukortet angav kalorieindtaget ud for hver menu på kortet.

iDAPT – Center for Rehabilitation Research

Besøget hos Center for Rehabilitation Research havde til formål at vise et af de mest teknologianvancerede rehabiliterings- og forskningscentre i verden.

Udvalget blev præsenteret for et unikt forskningsmiljø med de bedste rammer for at udvikle ideer og teste dem i et virkelighedsnært miljø. Der forskes i at afprøve nye metoder til at forebygge eller genoptræne funktionsnedsættelser hos fx ældre mennesker. Uanset om forskningen beskæftiger sig med at reducere risikoen for fald på trapper eller genoprette evnen til at gå efter et slagtilfælde, søger de efter måder at overvinde hverdagens udfordringer.

På rehabiliterings- og forskningscentret står specialbyggede simulatorer. Den ene simulator på 6 x 6 meter kunne simulere forskellige vejrforhold. Udvalget oplevede, hvorledes centret for skofirmaet Sketchers lod en gangbesværet ældre herre teste specialudviklede sko til brug i både sne, is og slud. En anden simulator blev anvendt til forskning i at forebygge fald på trapper, fortovskanter og badeværelser, og endelig var der en simulator, der kunne teste køreegenskaber og forbedre balancen hos bl.a. hørehæmmede.

Et andet vigtigt forskningsområde var at hjælpe folk til at leve længere og mere sikkert i eget hjem – med støtte af avanceret teknologi. Dertil var indrettet et hjem med dagligstue, soveværelse og badeværelse, hvor fx demente kunne teste nye produkter og teknologier som sensorer, særlige lyskilder, hjælperobotter mm.

Center for Rehabilitation Research har tilknyttet ca. 85 forskere og mere end 200 ph.d. - og specialestuderende fra hele verden, ligesom centret også samarbejder med innovations- og forskningsmiljøer over hele verden. Forskningscenteret er en del af Canadas største rehabiliteringshospital og et medlem af universitetets Health Network. Toronto Rehabiliteringshospital er et offentligt finansieret hospital med syv kliniske programmer for voksne, der oplever invaliderende sygdom eller tilskadekomst.

Baycrest

Baycrest er en organisation, som driver både hospital, plejehjem, ældreboliger, midlertidige aflastningsboliger, dagscenter og et forskningscenter på samme lokalitet. Stedet anses samtidig

for at være førende inden for behandling og pleje af ældre med demens og andre kognitive og mentale lidelser forbundet med alderdom.

Forskningsinstituttet, Rotman Research Institut på Baycrest er tæt tilknyttet Toronto Universitet. Der er ansat 26 forskere, 105 praktikanter og 380 forskningsprojekter i gang inden for kognitiv neurovidenskab.

De mange forskningsprojekter relaterer sig til tre overordnede forskningsområder:

1. Kognitiv neurovidenskab:

Dette forskningsområde har fokus på at forstå de kognitive neurale mekanismer ved at forske i:

- Opmærksomhed og hukommelse
- Determinanter for kognitive forandringer
- Neuroinformatik.

2. Sund aldring:

Det andet forskningsområde leverer strategier til at forbedre det naturlige aldringsforløb via:

- Fysisk motion
- Hjernegymnastik
- Kultur og kunst
- Ernæring.

3. Kognitiv rehabilitering

Det tredje forskningsområde beskæftiger sig med rehabilitering efter blodprop, hjerneskade og mild kognitiv værdiforringelse ved hjælp af:

- Målstyret træning
- "Virkelig verden" træning.

Til opsporing af demens præsenterede de et netbaseret værktøj, hvor borgere hjemme i løbet af 20 minutter kan gennemføre en test, der viser om der er behov for at kontakte egen læge for nærmere undersøgelse.

Et "Eyetracking"-udstyr var under udvikling i forhold til at afsløre hukommelsesforringelser. Dette udstyr var dog endnu ikke færdigudviklet.

Forskerne arbejdede endvidere med et træningsprogram for opnåelse af personlige kognitive mål, hvor ældre via forskellige spil søger at nå deres personlige mål. Et andet hukommelses- og aldringsprogram søger løbende at forbedre hverdags hukommelsen hos de ældre.

De mange kognitive redskaber til systematisk at arbejde med demens testes på Baycrests egne beboere og brugere af dagscentret.

En rundvisning på Baycrest gav samtidig et godt indtryk af, hvordan der systematisk blev arbejdet med de hukommelsessvækkede og demente ældre – både i beboelsesafsnittene og på dagscentret.

Hospital Auxiliaries Association of Ontario (HAAO)

HAAO er en paraplyorganisation, der organiserer og uddanner frivillige i sundhedssektoren – på såvel hospitaler som plejecentre. Paraplyorganisationen varetager dialogen med de regionale myndigheder og organiserede og tilrettelægger et vidensbaseret uddannelsesprogram for frivillige.

Formålet med besøget var at høre om hvorledes HAAO arbejder med rekruttering og organisering af frivillige. HAAO kunne oplyse, at de fleste frivillige er ældre, der lige er gået på pension. Ofte sker rekrutteringen ved forskellige arrangementer fx i forbindelse med en reception på hospitalet. Udvalget mødte under besøget fire frivillige tilknyttet paraplyorganisationen HAAO, som er engageret på hver deres hospital i hver sin del af Ontario.

Overordnet varetager de frivillige to typer af opgaver:

1. Salg, events og fundraising

Frivillige kan varetage salg f.eks. i hospitalets gavebutik, cafe eller basar. Andre arrangerer forskellige events – fx et musikarrangement eller en golfturnering. Fundraising for hospitalerne er også en frivillig opgave, hvor midlerne går til køb af nyt hospitalsudstyr m.v.

2. Patientkontakt

Besøge patienter, assistere personalet med mindre opgaver såsom tøjskifte inden indlæggelse, henter vand, viser vej, læser højt og er til stede for dem, der har behov for en samtale.

Fastholdelse af de frivillige er en udfordring for HAAO. Organisationen peger på to væsentlige årsager; 1. For stram regulering af opgaver og tid og 2. manglende anerkendelse fra det faste personale.

Der er en tæt dialog på hvert hospital om hvilke opgaver de frivillige kan varetage, og det varierer fra distrikt til distrikt, hvilke opgaver frivillige må løse.

Endelig skal det nævnes, at en stor gruppe frivillige er unge studerende, der som en del af deres uddannelse skal tilbyde minimum 2 timers frivilligt arbejde pr. uge.