

Region Hovedstaden, 19. marts 2012

Medicinske Patienter

HVAD ER PERSPEKTIVET FOR INDRETNINGEN AF SUNDHEDSVÆSENET?

Sidsel Vinge

Ph.d., cand.merc.

Senior projektleder ved Dansk Sundhedsinstitut

siv@dsi.dk



Tre temaer

- Organisatorisk vinkling
- Inddrag kommuneperspektivet og det tværsektorielle samarbejde
- Koordination og sammenhæng

Organisatorisk vinkling:

Hvor går sygehusvæsenet hen?

1. Ekspansion: Efterspørgselspresset stiger

- Øgede og forbedrede **behandlingsmuligheder**
- Flere **behandlingskrævende**: Flere ældre, flere syge, større forventninger - og langt færre til at forsørge, behandle og pleje

2. Intensivering: Aktiviteten intensiveres

- Udviklingen i somatisk aktivitet fra 1999-2008:
 - 24 % kortere indlæggelser
 - 60% mere ambulant aktivitet
 - 8 % flere indlæggelse
- Konsekvens for sygehusene: Færre, men sygere, patienter i sengene

Organisatorisk vinkling:

Hvor går sygehusvæsenet hen?

3. Centralisering:

- Færre matrikler, mere centralisering, længere afstand

4. Standardisering:

- Pakker (kræft, hjertes, to be continued), triage og udredningspakker, forløbsprogrammer, etc.

5. Opgaver i bevægelse:

- **Opgaveøgning:** Mere arbejde til alle p.g.a. ændret demografi, sygdomsbillede, og nye behandlingsmuligheder
- **Opgaveændring:** Grundet nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi
- **Opgaveglidning:** Grundet kortere indlæggelser, mere ambulante aktiviteter, mobile teknologier

Udfordringen fra de medicinske patienter

- Flere patienter **på tværs af specialer**: Comorbiditet
 - Ex: Pakker er gode for kræft – hvis man KUN har kræft
- Flere patienter **på tværs af sektorer**:
 - Flere patienter, kortere indlæggelser giver øget behov for sammenhængende forløb på tværs af (3) sektorer
- ***“No man is an island”***
 - Det gælder i særdeleshed højt specialiserede fagpersoner, afdelinger og hospitaler, som kan og ved en masse om meget lidt

Kommuneperspektivet og det tværsektorielle samarbejde

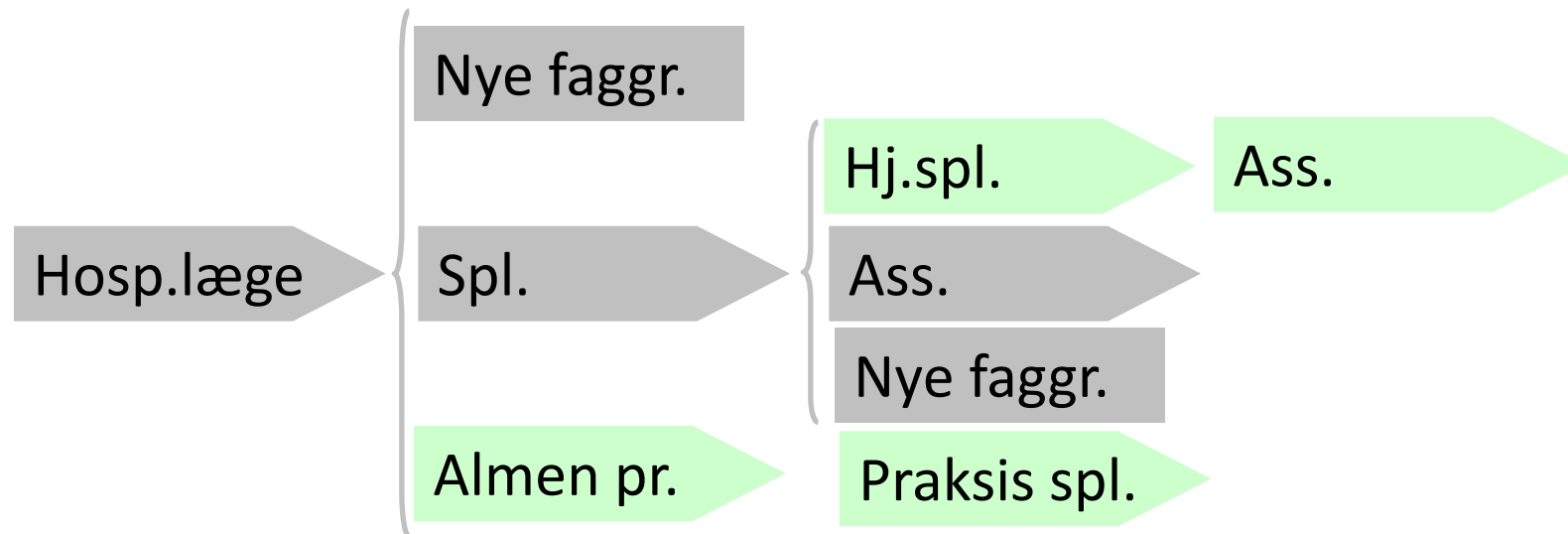


Kommuneperspektivet: Opgaveglidning

1) Forskydninger mellem kategorier og **sektorer**:

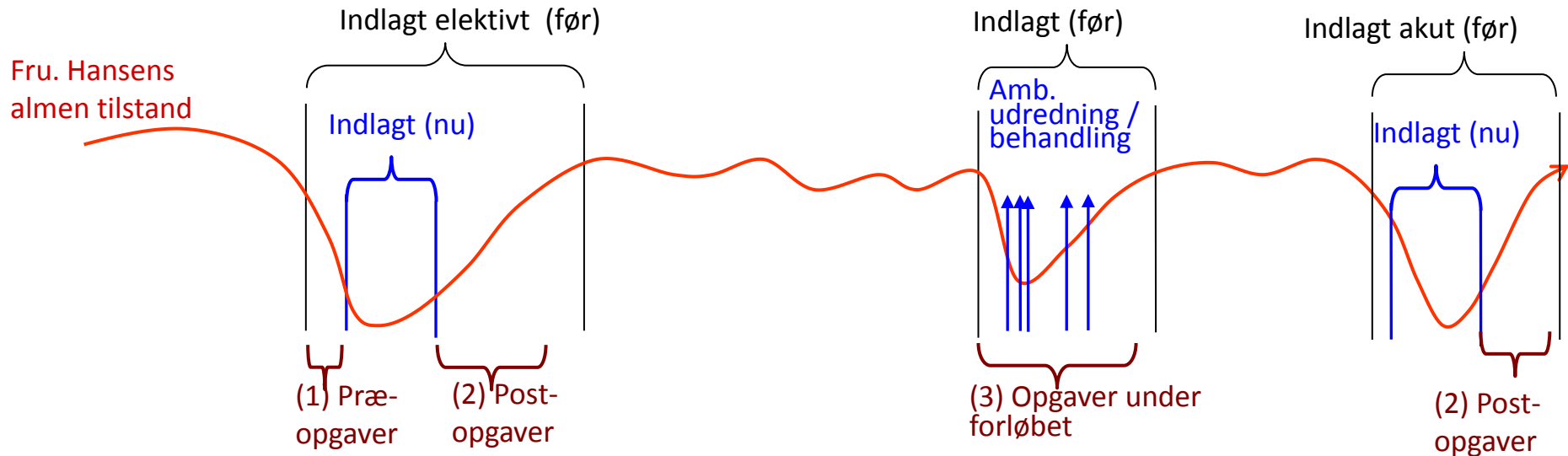


2) Forskydninger mellem faggrupper og **sektorer**:



Kommuneperspektivet

Hvilke opgaver glider?



Opgavetyper	Opgaveindhold
Kliniske opgaver	Udredning: Fx kronisk sygdom, inkontinens, demens (observere/registrere). Behandling: Fx medicinering (IV), smertebehandling og palliation, sårpleje Efterbehandling: Fx postoperativ pleje, medicinjustering, dræn, sonder, IV-adgang.
Koordinerende opgaver	Ambulante udrednings- og behandlingsforløb (inkl. transport) Uklarhed omkring medicinering efter indlæggelse / ambulante forløb Samarbejde med specialiserede aktører i kommunerne og udgående teams.
Psykosociale opgaver	Information efter (korte) indlæggelser: fx om behandlinger, diagnostik og sygdomme Psykisk støtte efter (korte) indlæggelser: fx trøste, berolige, og lytte. Vejledning om medicinering: insulin, inhalationsmedicin, kateterpleje, stomipleje mv.

Er opgaveglidning et problem?

- En grundlæggende **forudsætning** for sundhedsvæsenets **udvikling** er at opgaver kan bevæge sig mellem sektorer og faggrupper.
- Udfordringen er at det kræver **god ledelse**:
 - Prioritere **ressourcer**?
 - Sikre at **kompetencer, viden og back-up** følger med opgaverne ud?
 - Ændre **arbejdsgange**?
 - Skabe **intern opgaveglidning** mellem faggrupper?



Erfaringerne fra Region Midt

Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse

- Høj grad af **enighed** i alle sektorer om at opgaver *kan, skal og bør* lægges ud i primærsektoren – men det skal ske som planlagt opgaveoverdragelse.
- Diskussioner om **økonomi blokerer** for dialog om god opgaveoverdragelse.
- **Uplanlagt opgaveglidning koster:** Ad hoc løsninger og brandslukning er dyre ‘fornøjelser’.
- **Sygehusene kan ikke accelerere alene:** Det kræver samarbejde med kommunerne, hvis det kliniske outcome skal være i top.



Acceleration kræver tværsektorielt samarbejde

”Vi har fx sat fokus på god ernæring og tidlig mobilisering (...) Det er vigtigt når de kommer hjem, at der er nogle der hjælper dem med ernæringen. Vi ser mange der kommer igen efter at have været hjemme, og så har de altså tabt 7 kilo. Vi prøver at sætte ting i gang, men så dør den.

Jeg kan godt lave noget flot kirurgi, som tillader dem, at komme op at stå med det samme. Når de er her på sygehuset, så kommanderer jeg dem i gang og ud af sengen. (...) Men når patienterne så kommer ind til os efter 4 uger, så er det gået tilbage, og så sidder de i en kørestol og er stive i knæene.

Man har mange **gode aftaler og udskrivningsplaner**, men så **glider det ud i sandet**. Når de skal hurtigere igennem, så hjælper det ikke noget at trække dem hurtigt igennem et sygehusbesøg, og så stopper tingene der.” (kirurgisk overlæge)



Hvad skal sygehusene blive bedre til?

- Spotte de tværsektorielle konsekvenser af forandringer
 - Nye enheder, ophør af/ændring i behandling(sform), acceleration, pakkeforløb, konvertering til ambulante aktiviteter, faldende liggetider, intensiveret behandling, indikationsskred, kapacitetsændringer osv.
- Forholde jer mere proaktivt til opgaveglidning og skabe reel opgaveoverdragelse
 - Langt mere **viden og information** om ændringer til primærsektor?
 - Aktivt sikre at **kompetencer, viden, sparring, backup** følger med opgaverne ?
 - Prioritere **ressourcer**?
 - Ændre **arbejdsgange**?
 - Skabe **intern opgaveglidning** mellem faggrupper?

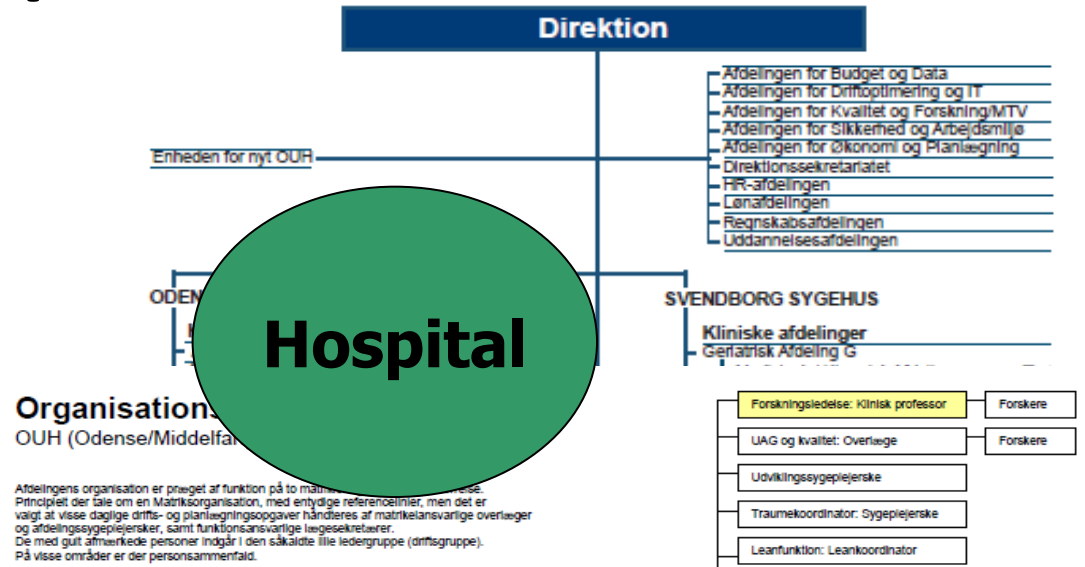
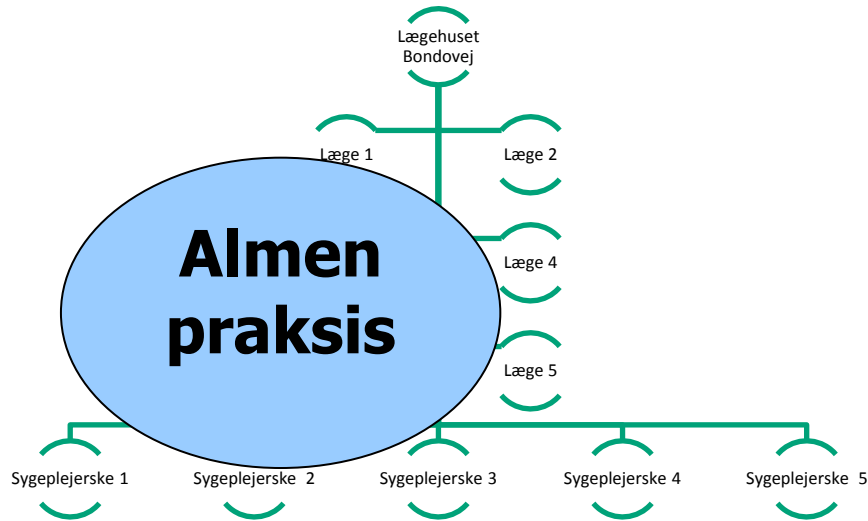
Koordination og sammenhæng

Hvorfor er koordination og sammenhæng vigtigt?

- **Koordination** er et middel til at skabe **sammenhæng i forløb (kontinuitet)**:
 - **Borger/patientperspektivet**:
 - Tryghed, overblik, tilfredshed, en oplevelse af kvalitet
 - **Kvalitetsperspektivet**:
 - For langsomme el. modstridende (be)handlinger koster på klinisk outcome
 - For tyndt vidensgrundlag for professionelles virke giver dårligere beslutninger, som giver dårligere (be)handlinger
 - **Økonomiperspektivet**:
 - Dobbeltarbejde og dårligere kvalitet koster, både på kort og på langt sigt
- ***Sammenhæng handler ikke kun om de bløde værdier – men om de hårde!***

Sammenhæng i virkeligheden:

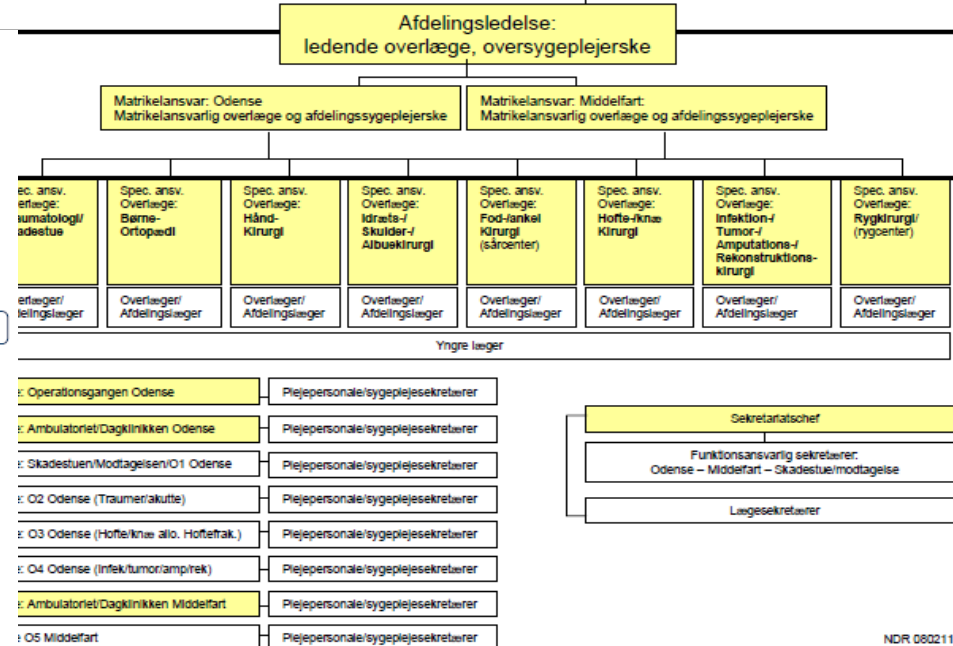
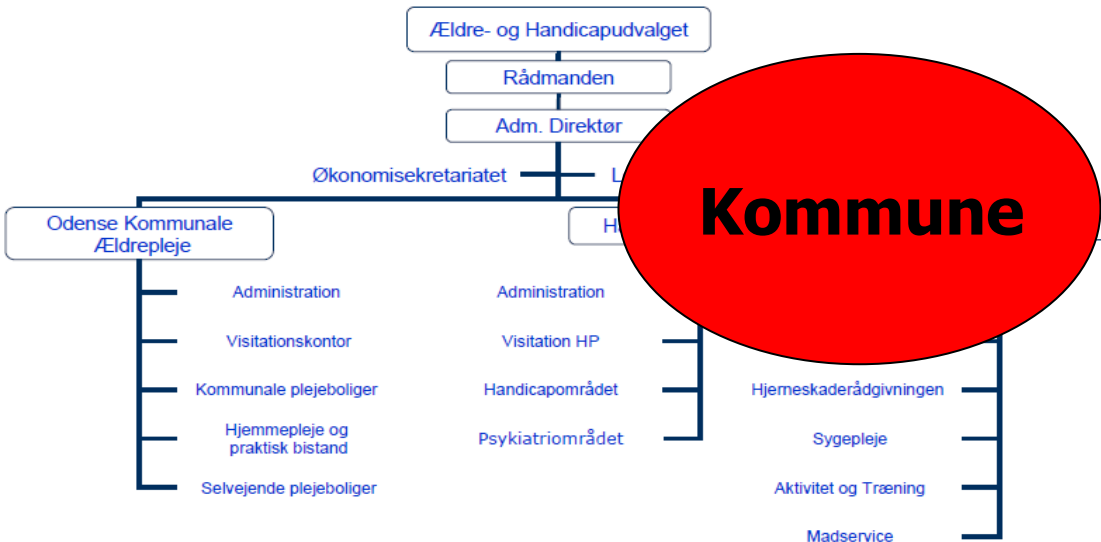
Fra tre sektorer - til et par tusind aktører!



Organisation OUH (Odense/Middelfart)

Afdelingens organisation er præget af funktion på to måder. Principielt der tale om en Matriksorganisation, med entydige referencerammer, men det er valgt at visse daglige drifts- og planlægningsopgaver håndteres af matrikelsvarlige overlæger og afdelings- og sygeplejersker, samt funktionsansvarlige lægesekretærer. De med gult afmærkede personer indgår i den såkaldte lille ledergruppe (driftsgruppe). På visse områder er der personsammenfald.

Ældre- og Handicapforvaltningen



Får vi sammenhæng af koordinatore?

Hvad er kontaktpersonordningen?

- Lov om procesmål
- Hverken en nødvendig eller en tilstrækkelig forudsætning for patientoplevelvet kontinuitet
 - Fordi kontinuitet kan skabes uden kontaktpersonordning.
 - Og fordi kontaktpersonordning ikke garanterer kontinuitet:
 - ”Da jeg kl.18.30 i hospitalstøj og kørestol (på vej hjem) passerede min kontaktsygeplejerske, som jeg ikke havde været i kontakt med under indlæggelsen (7 dage ialt), bemærkede jeg det og fik svaret: ”*Enhver ved, at kontaktsystemet ikke fungerer!*”. (L. I. Andersen, tidl. patient og tidl. ledende overlæge i Kronik, UfL 2011;173(38):2368)
- Kontaktpersonordningen er mulig anledning til ledelse
 - *hvad lederne formår at gøre den til!*

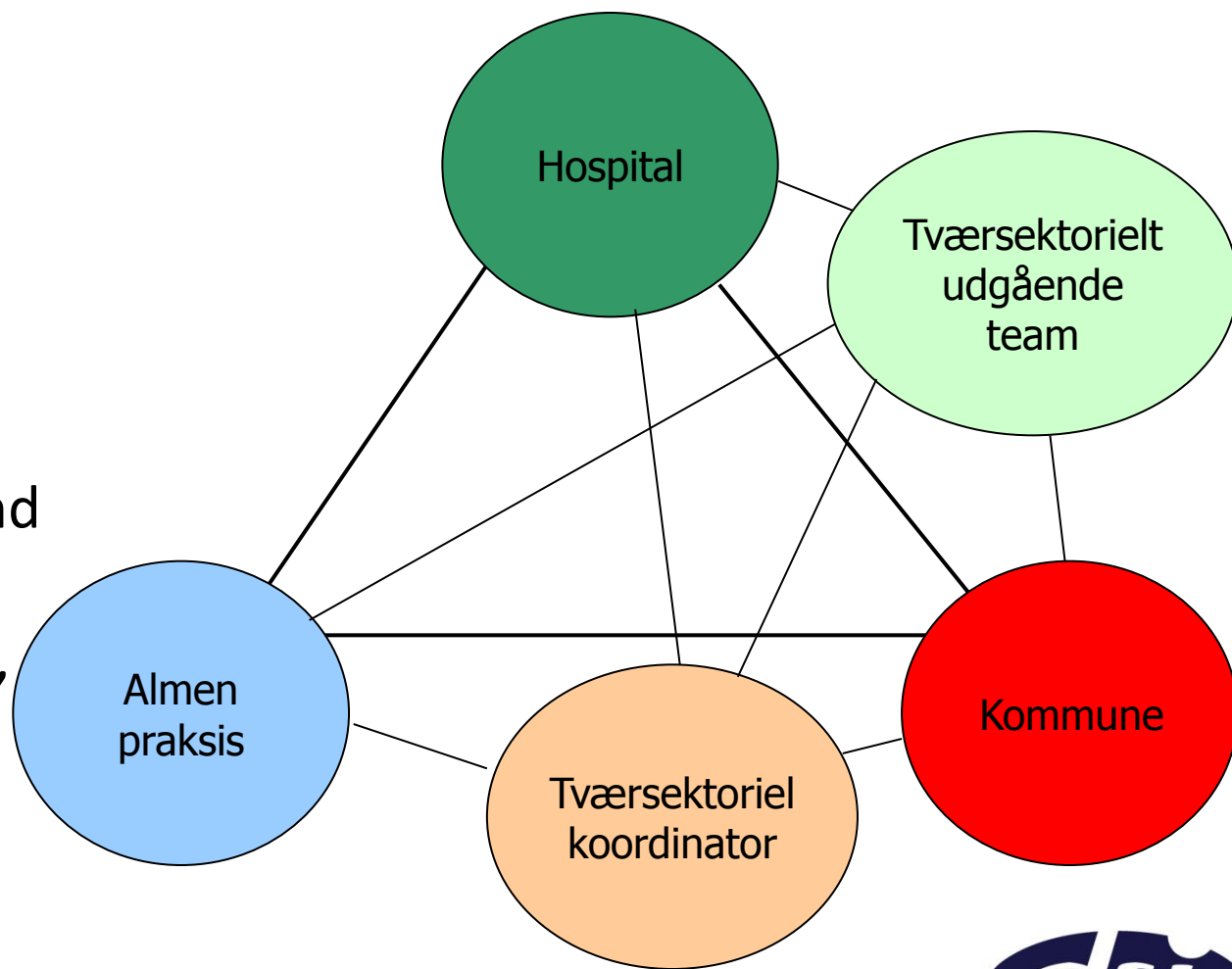
Fra kontaktperson til sammenhængsmedarbejdere

- Variationer over samme tema:
 - Casemanager, tovholder udskrivningskoordinator, forløbskoordinator, sundhedskoordinator,
- Koordinatorers typiske opgaver:
 - Skabe organisatorisk **koordination**
 - mellem aktører, enheder og deres ydelser
 - Skabe patientoplevelset **kontinuitet**
 - mellem ydelser fra forskellige enheder i konkrete forløb
- Sammenhængsmedarbejdere leverer synlig ledelse
 - Men er det løsningen på sammenhængsproblemerne?

Kan vi specialisere os ud af sammenhængsproblemerne?

I et system med 3 "aktører" introduceres 2 nye:

- Fra 3 til 5 aktører:
 - Under en fordobling
- Fra 3 til 10 relationer:
 - Mere end en tredobling!
- Risikerer at skabe mere koordinationsarbejde end koordination: Mere "netværksnedbrydning", end sammenhæng.



Kan og bør koordinatorer skabe sammenhæng?

<i>Tværsæktorielle ledelser</i>			
Direktion / topledelser	Hele sektoren	Er det over- hovedet det rigtige vi gør? ↑ ↓	Ændre rammerne ↑ ↓ Justering indenfor rammerne
Områdeledere/ centerledelser	Mellem områder		
Driftledere/ afsnitsledelser	Mellem driftsenheder		
Frontlinje- medarbejdere	Det enkelte forløb	Gør vi det godt nok?	

Koordinatorer og ledelseskompensation:

Sammenhæng er ledelsernes raison d'être

”Man får ikke forløb på sygehuse med mindre, man får noget **ledelse, som går på tværs** af det etablerede system. Man bliver nødt til at have en **betydelig ledelsesmæssig kraft**, der har en **tyngde**, der kan måle sig med den ledelseskraft, som bliver udøvet i siloerne. Pludselig får vi en situation hvor forløbet prioriteres over den vertikale prioritering indenfor søjlen, og det er jo fundamentalt nyt. Det kan man kun gøre, hvis de der **leder på tværs** udstyres med så mange **striber på skuldrende**, at de faktisk kan gøre det. Det nytter ikke noget, hvis det er en ung sygeplejerske, som skal konkurrere med en velestimeret overlæge.” (ledende embedsmand)



Argumenterne **imod** koordinatore

- **Øger specialiseringsproblemet**

- Skaber (endnu) mere arbejdsdeling og koordinationsbehov - det løser ikke problemerne.

- **Symptombehandling**

- Koordinatorer kan kun lave symptombehandling og lappeløsninger i et system, der ikke fungerer. De kan ikke helbrede det.

- **Ledelseskompensation**

- At skabe sammenhængende opgaveløsning er ledelsernes mest fundamentale opgave og ansvar.
- Koordinatorer skaber ofte sammenblanding af ledelse og medarbejderroller: Uddelegering af ledelsesansvar uden ledelseskompentence og ledelsesmæssig backup.



Ledelsesopgaven redefineret?

*”Det der foregår i den enkelte afdeling, foregår mange gange meget fornuftigt. Men når vi går **på tværs** af afdelingerne, så bliver det **problematisk**. Den hospitalsledelseskonstruktion vi har, burde i virkeligheden hele tiden kalibrere disse ting på tværs af afdelingerne, men det har de ikke været særligt gode til. Måske er det fordi vi har fået **defineret ledelsesopgaven lidt forkert**. For det er den **grundlæggende udfordring**, så snart vi inddeler en organisation i nogle kasser, og noget skal gå **på tværs** af kasserne. Det er et **væsentligt kriterium for at lave et overliggende ledelseslag, at det kan sikre fleksibiliteten mellem kasserne, så de ikke optimerer for sig selv. Det er helt generelt slået fejl i det danske sundhedsvæsen.**”
(regional sundhedsdirektør)*

