



19. februar 2009

Projektnr. 2687

Projektskitse

Arbejdstitel: Fra opgaveglidning til tidlig varsling

Et projekt om forbedring af sektorsamarbejdet i Region Midt

Version 1

Sidsel Vinge
Senior projektleder
siv@dsi.dk

Formål

Kontaktudvalget i Region Midt har henvendt sig til DSI med henblik på at opstarte et projekt der skal undersøge problemstillinger og udfordringer i relation til opgaveglidning, samt igangsætte en proces, som kan medvirke til at løse udfordringerne og forbedre samarbejdet omkring ændringer i opgavevaretagelse i én sektor – og de dermed forbundne spørgsmål om konsekvenser i form af bl.a. opgaveglidning til andre sektorer. Formålet er således at komme fra en situation præget af oplevelser af uplanlagt opgave glidning, til i stedet at have strukturer og fora for et permanent tværsektorielt samarbejde omkring tidlig varsling af ændringer i opgavevaretagelse – og de dermed forbundne konsekvenser for andre sektorer.

Baggrund for projektet

På baggrund af et møde mellem DSI og kontaktudvalget d. 7. januar 2009, samt efterfølgende drøftelser med Kontorchef Birgitte Holm Andersen, Region Midt, er denne projektskitse udarbejdet.

På mødet blev det præciseret at temaet omkring **opgaveglidning** særligt er relevant i relation til **den ældre medicinske patient**. Men ikke udelukkende: Også **kirurgi** og **tidlig udskrivning** blev nævnt som udfordringer.

På mødet kom det desuden frem, at problemstillinger i relation til opgaveglidning bunder i et **mangelfuldt samarbejde** omkring ændringer i patientforløb og deres konsekvenser på tværs af sektorgrænsen, fx **tidligere udskrivinger, nye behandlingsmetoder** og deres konsekvenser for kommunerne.

Udfordringen er derfor at medvirke til at **etablere samarbejdsstrukturer**, som sikrer en tidligere varsling, samt en bedre samarbejde omkring ændringer i opgavevaretagelsen, som har konsekvenser for snitfladen mellem sektorerne. Heraf arbejdstitlen på projektet: Fra opgaveglidning til tidlig varsling.

På mødet orienterede DSI om et **nationalt projekt om kommunernes oplevelse af opgaveglidning i KL's regi**. Projektets data vedrørende bl.a. opgaveglidning blandt hjemme-sygeplejersker i Region Midt. KL har givet tilladelse til at deres data må anvendes internt i forbindelse med udarbejdelsen af denne projektbeskrivelse, men at der ikke må citeres fra KL's data inden offentliggørelsen af KL's projekt (planlagt udgivelse ultimo april/primo maj).

Det blev på mødet aftalt, at DSI på baggrund af mødet skulle påbegynde udarbejdelsen af en projektbeskrivelse, som skal være klar til projektstart i maj 2009. Dette er **første udkast** til en projektbeskrivelse, og skal ses som et oplæg til drøftelse i den af kontaktudvalget nedsatte arbejdsgruppe.

I **bilag 1** vedlægges et uddrag fra en DSI rapport, om den generelle udvikling og udfordringer i relation til medicinske indlæggelser, særligt opgaveglidning. Dette bilag giver generel baggrundsviden om det problemkompleks der ligger bag diskussionen om opgaveglidning.

Projektdesign

Projektet falder i tre overordnede faser: En analyse- og undersøgelsesfase, en forhandlingsfase og en udviklings- og handlingsfase.

Undersøgelsesfasen har til formål at få mere konkret, nuanceret og præcis viden om de problemstillinger og dilemmaer forskellige aktører oplever i relation til opgaveglidning. Undersøgelsesfasen foregår via gruppeinterviews (hovedopgave 1 herunder).

Resultaterne af undersøgelsen skal drøftes af opdragsgiver (enten sundhedsstyregruppen, kontaktgruppen eller et udvalg under denne), med henblik på at fastlægge den videre proces i en **forhandlingsfase** (hovedopgave 2). I denne fase skal opdragsgiver i samarbejde med DSI komme frem til en endelig model for hvordan den videre handlingsproces skal forløbe, herunder indhold, deltagere og omfang af workshops samt eventuel øvrig formidling. Etablering af nye stående fora, ændring af samarbejdsprocesser mv. kan også komme på tale, hvis opdragsgiver finder det relevant for at kunne løse problemstillingen.

Udviklings- og handlingsfasen (hovedopgave 3 og 4) består i udgangspunktet i en række workshops med udvalgte praktikere, klinikere og beslutningstagere, inkl. sundhedsstyregruppen. Workshoparbejdet skal munde ud i konkrete bud på hvordan man i praksis kan komme fra opgaveglidning til tidlig varsling og dermed et bedre og mere proaktivt samarbejde om ændringer i snitfladen ml. sektorerne. Men hvis disse bud skal implementeres kræver det efterfølgende implementering og fastholdelse, som nødvendigvis må forankres hos opdragsgiver (kontaktudvalget og sundhedsstyregruppen). Workshoparbejdet kræver derfor efterfølgende beslutninger om ændringer, hvis der skal ske en reel bevægelse fra opgaveglidning til tidlig varsling.

Grundlæggende set er der tale om et **interventionsprojekt**, hvis formål er at forandre praksis. DSI forestår de analytiske opgaver i undersøgelsesfasen. Men det er helt centralt for projektet og særligt forhandlings- og handlingsfaserne, at opdragsgiver har ejerskab over processen, og er indstillet på, at den skal føre til ændringer – ikke blot analyser.

Hovedopgaver

Projektet indeholder følgende hovedopgaver:

1) Interviewundersøgelse af kommuner, almen praksis og sygehuse:

- Undersøgelsen af **det kommunale perspektiv** på opgaveglidning fokuserer på følgende underspørgsmål:
 - Hvilke nye opgaver er kommet til kommunerne i forbindelse med ændringer i sektorsamarbejdet / sektorgrænsen indenfor de sidste 5-10 år?
 - Hvordan har udskrevne patienter generelt ændret sig indenfor de sidste 5-10 år og hvilke konsekvenser har dette haft for kommunerne?
 - Hvordan har samarbejdet omkring udskrivning udviklet sig i perioden?
 - Hvordan har den kommunale organisation udviklet sig i perioden?

Undersøgelsen indeholder 3 fokusgruppe interviews med driftsmedarbejdere (én fra hver kommune).

- Interviewundersøgelse af **almen praksis' perspektiv** på opgaveglidning fokuserer på følgende underspørgsmål:
 - Hvilke nye opgaver er kommet til almen praksis i forbindelse med ændringer i sektorsamarbejdet / sektorgrænsen indenfor de sidste 5-10 år?
 - Hvordan har udskrevne patienter generelt ændret sig indenfor de sidste 5-10 år og hvilke konsekvenser har dette haft for almen praksis?
 - Hvordan har samarbejdet omkring udskrivning udviklet sig i perioden?
 - Hvordan har almen praksis organisering udviklet sig i perioden?

Undersøgelsen indeholder 2 fokusgruppe interviews med praktiserende læger.

- Interviewundersøgelse af **sygehusenes perspektiv** på opgaveglidning fokuserer på følgende underspørgsmål:
 - Hvordan har udskrevne patienter ændret sig indenfor de sidste 5-10 år, hvad er baggrunden for disse ændringer og hvilke konsekvenser har disse ændringer haft for sygehusene?
 - Hvordan har samarbejdet omkring udskrivning udviklet sig i perioden?
 - Hvordan har sygehusenes organisering af arbejdet udviklet sig i perioden?

Undersøgelsen af sygehusenes perspektiv på opgaveglidning sker indenfor 4 udvalgte områder, som vil afhænge af kontaktgruppens ønsker. Mulige områder er: Psykiatri, kirurgi, akut medicin og geriatri, kronikere (evt. diagnoseopdelt). Undersøgelsen inde-

holder i udgangspunktet 4 fokusgruppelinterviews med sygehuspersonale på tværs af matrikler – men antallet kan justeres efter behov og kontaktgruppens ønsker.

Det er forudsat at Region Midt / kontaktgruppen står for den praktiske planlægning af gruppeinterviews. DSI gennemfører, opgaver og transskriberer alle interviews. DSI analyserer og sammenskriver interviewmaterialet til et 20-40 sideres notat.

- 2) **Møde/møderække med kontaktudvalget evt. sundhedsstyregruppen**, hvor de samlede resultater af interviewundersøgelserne forelægges, og hvor der tages endeligt stilling til designet i den videre udviklings- og dialogproces, herunder rammerne for og antallet af workshops og en eventuel efterfølgende skriftlig / mundtlig formidling.
- 3) **Udviklings- og dialogproces** om hvordan sektorsamarbejdet i Region Midt kommer fra retrospektiv påpegnings af opgaveglidning, til et fremadrettet samarbejde omkring tidlig varsling. I samarbejde med kontaktudvalget udvikles og afholdes **to til fire heldags workshops** med inviterede praktikere, klinikere og beslutningstagere fra alle tre sektorer under den fælles overskrift "Fra opgaveglidning til tidlig varsling". DSI leverer primært struktur og processtyring på workshops – Region Midt og kommunerne står i højere grad for den praktiske gennemførelse af arrangementerne. På disse workshops vil såvel interviewundersøgelsens resultater som fremtidens udfordringer på udvalgte områder blive præsenteret af udvalgte klinikere/ledere, mens workshoparbejdet skal handle om hvordan man konkret kommer fra uplanlagt opgaveglidning, til et fremadrettet samarbejde baseret på tidlig varsling og inddragelse. Mulige temaer for workshops er bl.a.:
 - Udviklingen på **det akutmedicinske område**, herunder etablering af FAME og evt. lukning af medicinske senge.
 - Udviklingen på **kronikerområdet**, herunder forløbsprogrammer.
 - Udviklingen på **det kirurgiske område**.
 - Udviklingen på det **psykiatriske område / misbrugsområdet**.

En fordel i workshopmodellen og dens begrænsede deltagereskare er, at det både er muligt at komme i dybden med enkeltområder, samt at klyngerne kan komme fra information om tidlig varsling, til handling og konkrete aftaler om samarbejdet fremover. En svaghed er imidlertid, at informationerne ikke automatisk når bredt ud. Derfor foreslås i punkt 4 en skriftlig formidling, som kan medvirke til at sikre en bredere formidling og dermed større gennemslagskraft.

- 4) I samarbejde med kontaktudvalget udarbejdes en **kort skriftlig formidling af hvert workshop tema** (fx en folder). Formålet er at sikre at informationerne i den tidlige varsling når længere ud blandt en bred skare af kommunalt ansatte, det være sig mellemledere såvel som medarbejdere i driften.

Projektstyring

Styringen af projektet vil foregå efter principperne for god projektledelse i DSI.

Der vil løbende ske en opfølgning på projektfremdrift i forhold til projektbeskrivelsen samt på ressourceforbrug og økonomi.

DSI's projektleder:

Sidsel Vinge, Senior Projektledelser

Kontaktudvalget i Regions Midt's kontaktperson:

Birgitte Holm Andersen, Kontorchef

Tentativ tidsplan

Projektstart

Maj 2009

Interviewanalyser

Efteråret 2009

Drøftelse i kontaktgruppe – planlægning af videre forløb

Efteråret 2009

Workshops og formidling

Foråret 2010

Projekt slut

Foråret 2010

Budgetskitse

	Senior projektleder		Forskningsass.		I ALT	
	Timer	Kr.	Timer	Kr.	Timer	Kr.
1) Interviewanalyse - kommuner, almen praksis og sygehuse						
Interviewguide	15	21.300	-	-	15	21.300
Planlægning	9	12.780	6	2.850	15	15.630
3+2+4 interviews á 2 timer	18	25.560	18	8.550	36	34.110
Transport i 5 timer / 9 interviews (1)	25	35.500	25	11.875	50	47.375
Transskribering af 9 int. / 6 timer stk.		-	54	25.650	54	25.650
Analyse og skrive 20-40 sider	100	142.000		-	100	142.000
I alt	167	237.140	103	48.925	270	286.065
2) Møderække med kontaktudvalg om resultater af fase 1/ planlægning af fase 3						
Mødedeltagelse incl. transporttid	20	28.400	-	-	20	28.400
Forberedelse / fremlæggelser af resultater	12	17.040	-	-	12	17.040
Opfølgning	8	11.360	-	-	8	11.360
I alt	40	56.800	-	-	40	56.800
3) 3 Workshops om 'tidlig varsling' (2)						
Planlægning, indhold, struktur, oplægsholdere mv.	60	85.200	-	-	60	85.200
Afholdelse incl. transporttid	36	51.120	-	-	36	51.120
I alt	96	136.320	-	-	96	136.320
4) Formidling til drift og mellemledere						
Udarbejde formidlingstekst	20	28.400	-	-	20	28.400
Planlægning / samarbejde med kontaktudvalg	10	14.200	-	-	10	14.200
I alt	30	42.600	-	-	30	42.600
Total alle 4 faser	303	430.260	103	48.925	406	479.185

(1) Under forudsætning af at der kan afholdes 2 interviews pr dag

(2) Antallet af workshops afgøres i fase 4 - der er budgetteret med i alt 3 heldags-workshops

Alle beløb er opgivet ekskl. moms.

Bilag 1: Uddrag af rapporten: "Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne" (Vinge & Buch 2007)¹

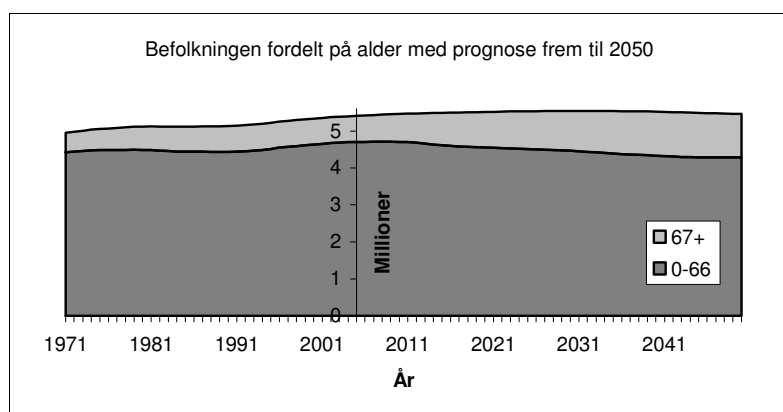
Medicinske Indlæggelser – Udviklingen og udfordringerne

I det følgende gennemgås hovedtræk i udviklingen i indlæggelsesmønstret og dermed aktiviteten i sekundærsektoren på området. Dernæst ses nærmere på andre væsentlige udviklingstræk på området, samt hvilke konsekvenser dette har for kommunerne.

Demografiske og sygdomsmæssige ændringer

Set i et sundhedsmæssigt perspektiv er en af de markante ændringer i det danske samfund, at der kommer flere og flere ældre. Levealderen stiger samtidig med, at den relative andel af ældre i befolkningen stiger:

Figur 1: Prognose over demografisk udvikling/ældreandel (1970-2050).



Note: Y-aksen skærer i 2004 for at indikere, hvor data ender og prognosen begynder. En 50-årig fremskrivning er behæftet med betydelig usikkerhed. Kilde: Statistikbanken, tabel 1 og 1a og PROG7A og egne beregninger.

Der er ikke enighed om konsekvenserne af denne udvikling, idet de ældre af i dag – og i morgen – muligvis vil være mindre nedslidte og dermed mere selvhjulpne end tidligere.

På den anden side lider en større og større andel af befolkningen af langvarige og ofte kroniske sygdomme, primært de såkaldte folkesygdomme. De kroniske sygdomme har forskellige typer af konsekvenser: Diabetes fører ikke i sig selv til mange akutte indlæggelser. Ca. 80% af ressourcetrækket i det regionale sundhedsvæsen (inkl. almen praksis) går ikke til selve kernen i diabetesomsorgen – kontroller hos egen læge og ambulatoriebesøg – men i stedet til indlæggelser som konsekvens af senfølger². Helt anderledes forholder det sig med andre store kroniske sygdomme, såsom KOL, der er en af de hyppigste årsager til akutte medicinske indlæggelser.

¹ Uddraget er let forkortet i forhold til originalen. Primært er enkelte figurer og illustration samt henvisninger til anden forskning udeladt i denne version, hvis formål udelukkende er kort at redegøre for baggrunden for problemstillingen i omkring opgaveglidning.

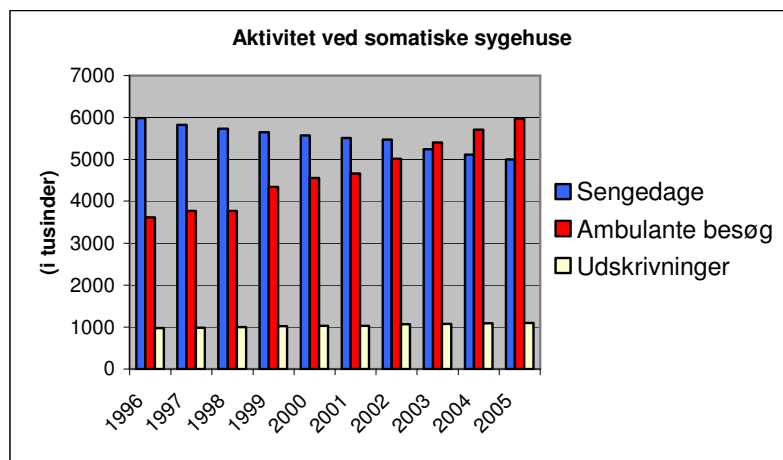
² Disse tæller fx amputationer, sårbehandling, nyresvigt og dialyse.

Samlet set betyder ændringer i demografi såvel som forekomst af kronisk sygdom et øget pres på sundhedsvæsenet og dermed et endnu større behov for at sikre, at akutte medicinske indlæggelser er både nødvendige, uundgåelige og hensigtsmæssige.

Væsentlige ændringer i sygehusenes aktivitet

Der er sideløbende med denne udvikling sket store og væsentlige ændringer i sygehusenes aktivitet – ikke blot med hensyn til omfanget, men også hvad angår arten: Gennem det seneste årti er der sket et fald i forbruget af somatiske sengedage på 17% (fra ca. 6 til 5 mio.). Samtidig er den ambulante aktivitet blevet forøget med 64% (fra ca. 3,5 til 6 mio. besøg). Imidlertid har der ikke været helt samme markante udvikling i antallet af indlæggelser på de somatiske sygehuse, og det har ligget nogenlunde stabilt omkring 1 mio. (der har været en 12% stigning fra 0,98 til 1,1 mio.)

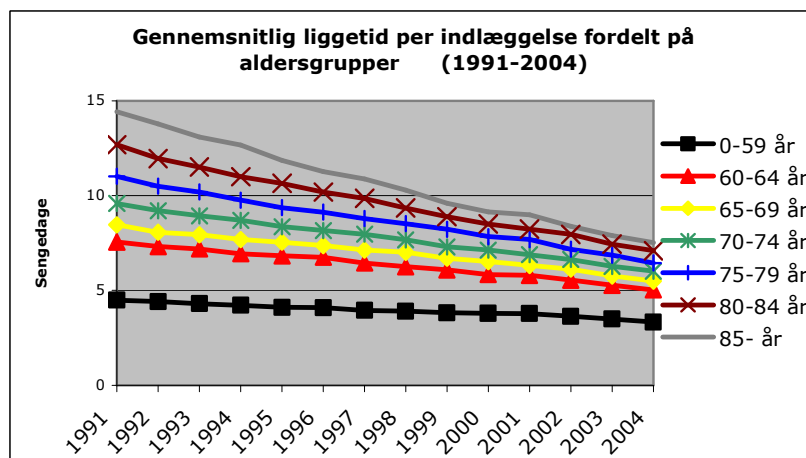
Figur 2: Aktivitet ved somatiske sygehuse 1996-2005.



Kilde: (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006c)

Samlet set betyder dette, at den gennemsnitlige liggetid på de somatiske afdelinger er faldet. Men faldet fordeler sig ikke jævnt – hverken på patientalder eller på specialer.

Figur 3: Gennemsnitlig liggetid fordelt på aldersgrupper (1991-2004).



Kilde: Statistikbanken Tabel UD3 – 15. august 2006.

Som det ses er faldet i liggetid større, jo ældre patienterne er. Ser man specialeopdelte på det, er faldet i liggetid størst inden for geriatrien (44% fra 1995-2003). Men ældre patienter indlægges også i stort omfang på medicinske afdelinger, og således er det relevant at bemærke, at liggetiden på det medicinske område fra 1995-2003 er faldet 25%, hvilket er betydeligt mere end på det kirurgiske, hvor faldet er 14%.

Baggrunden for udviklingen og konsekvenser for den kommunale sektor

De beskrevne ændringer i sygehusenes aktivitet har store konsekvenser for den kommunale sektor. Baggrunden for de beskrevne ændringer er mange, men blandt de væsentligste er den teknologiske udvikling på det medicinske område samt en række styringsmæssige og organisatoriske ændringer, der er ledsaget af et holdningsmæssigt skift både internt i sundhedssektoren og i dens omgivelser. Disse forhold diskuteres i dette afsnit.

De teknologiske ændringer har primært handlet om udviklingen af mindre invasive metoder (såsom fx skopi – også kaldet kikkertundersøgelser eller kikkertoperationer), som har muligjort omlægning fra stationær til ambulante aktiviteter i bl.a. daghospitalet.

Men samtidig er der også sket et holdningsskift i forhold til indlæggelse, som har rod i flere forhold. For det første er der som følge af de nye administrative krav i form af fx takststyring og behandlingsgarantier samt den øgede efterspørgsel efter sundhedsydelser kommet mere fokus på effektivitet – herunder ikke mindst effektiv udnyttelse af sengedagene. Således baserer den aktivitetsafhængige del af sygehusenes finansiering (DRG-afregningen) sig ikke på antallet af liggedage for en given patient med en given diagnose, men på den gennemsnitlige omkostning for behandling af en given diagnose – uagtet hvor hurtigt det enkelte sygehus er. For det andet har forskning i fx accelererede patientforløb vist, at der også kan være gode kliniske grunde til at minimere indlæggelsestiden, uden at det går ud over kvaliteten i selve behandlingen, idet indlæggelse har mange uensigtsmæssige bivirkninger – i form af fx tab af muskelmasse og funktionsniveau samt risiko for anden smitte og infektioner. Dette gælder ikke mindst for ældre patienter. På det kirurgiske område er der kommet mere fokus på hurtig mobilisering af patienter efter operation som konsekvens af bl.a. denne forskning (Kehlet 1997; Kehlet 2001; Kehlet et al. 2004; Rasmussen et al. 2002).

På det medicinske område er denne udvikling tilsvaret af et øget fokus på hurtig udredning og iværksættelse af relevant behandling. Det har mange steder medført organisatoriske ændringer, hvor al akut indlæggelse samles i specielle modtageafdelinger³, der er målrettet til at udrede akutte medicinske patienter, og i fald det er nødvendigt iværksætte behandling inden for max. 24 timer. Det er ikke alle steder i landet, man har valgt at følge denne strategi, og ikke alle steder gøres det lige konsekvent. Men udviklingen på det medicinske område går i retning af hurtigere og mere effektiv udredning og iværksættelse af behandling, og nogle akutmodtagelser udskriver således over 50% af patienterne direkte fra akutmodtagelsen, og det er således under halvdelen, der indlægges på stationære afdelinger.

³ Kaldet fx AMA (Akut Medicinsk modtageAfdeling), MVA (Medicinske VisitationsAfsnit) eller MMA (Medicinsk ModtagelsesAfsnit).

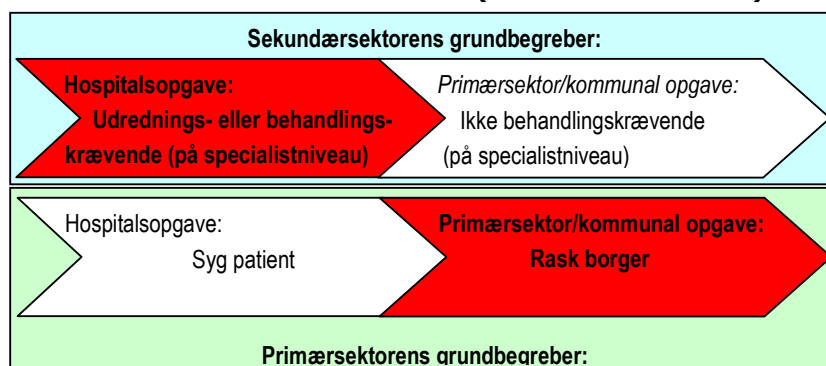
Denne udvikling har meget store konsekvenser for den kommunale sektor, og for den rolle kommunerne kommer til at spille i det samlede sundhedsvæsen på dette område. I det følgende diskuteres de mest fundamentale forskelle mellem de to sektors virkemåde.

Det traditionelle billede af et sygehus som værende et sted, hvor patienter ligger i senge, indtil de er raske, hører fortiden til og stemmer ikke overens med virkeligheden i dag. Et sygehus leverer primært udredning og behandling på et højt specialiseringsniveau. Men det gøres i højere og højere grad via ambulans virksomhed og meget korte indlæggelser, idet selve sengelejet ikke i sig selv gør mange af de (specielt ældre og medicinske) patienter raske – faktisk tværtimod.

Den mere traditionelle forståelse af, hvad det vil sige sig at være syg, og hvad det vil sige sig at være rask, må revideres, hvis det samlede sundhedsvæsen skal kunne følge med den udvikling, som drives af den medicinske forskning i sekundærsektoren. Sekundærsektoren opererer ikke med begreberne *syg* - *rask*. Sekundærsektoren arbejder ud fra en skelnen mellem *behandlingskrævende* - *færdigbehandlet*. I praksis betyder det, at sygehussektoren – overordnet set – definerer sin målgruppe som værende borgere, der opbyder symptomer, der enten ikke er udredt, eller som ikke er sat i (den rigtige) behandling, og som har behov for enten udredning eller behandling på et højt specialiseret niveau. Hvis diagnosen er stillet, og behandlingen kan gives i primærsektoren – fx antibiotika for en urinvejsinfektion – så udskrives patienten. Dette uagtet at patienten ikke er *rask* i mere traditionel forstand. Patienten er ikke behandlingskrævende på specialistniveau og har derfor ikke behov for at være indlagt (hvilket i sig selv rummer bivirkninger og i øvrigt ikke er nogen risikofri affære).

Den grundlæggende problemstilling, som disse forskellige begreber giver anledning til i hverdagens praksis, er illustreret i de to figurer herunder:

Figur 5: Illustration af snitflade mellem sektorer (a: overensstemmelse)

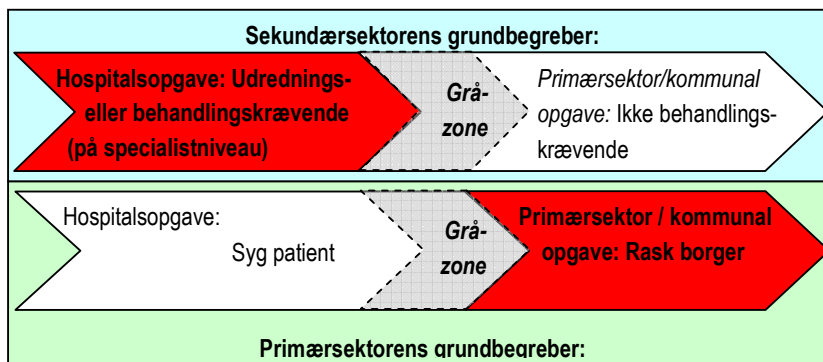


Sekundærsektoren og den kommunale del af primærsektoren definerer grundlæggende set deres opgaver forskelligt ud fra forskellige forståelser af roller og ansvar og sundhedsvæsen.

Så længe der er et nogenlunde sammenfald mellem hospitalets definition af, hvornår en patient ikke længere er udrednings- eller behandlingskrævende på specialistniveau, og den kommunale sektors definition af, hvornår en borger er rask, opstår der ikke de store problemer: Kommunens ansvar for borgeren begynder der, hvor hospitalets ansvar holder op, og de to sektorer er ikke radikalt uenige i, hvornår overgangen skal ske. Denne situation er illustreret i figur 5 herover, hvor der er sammenfald mellem sektorernes forskellige definitioner af opgavedelingen.

Men i takt med den skitserede udvikling i sekundærsektoren, hvor hospitalets del af forløbet udføres på kortere og kortere tid, er grænsefladen mellem de to forskellige måder at skelne mellem opgaverne på, kommet under stigende pres. Problemerne opstår, når der ikke er sammenfald mellem hospitalets sektors begreb *ikke behandlingskrævende på speciallægeniveau* og primærsektorens *rask*: Hvem har så ansvaret for pleje og evt. behandling i den mellemtiliggende fase? Nedenstående figur 6 illustrerer denne situation, hvor der kan opstå en gråzone:

Figur 6: Illustration af af snitflade mellem sektorer (b: ikke overens-stemmelse)



Den udvikling i sekundærsektorens indlæggelsesmønster, som er blevet beskrevet her, er én af de centrale årsager til, at mange kommuner her oplever, at patienterne er 'mere syge', når de udskrives.

Og for alle de borgere, der ikke er 100% selvhjulpne ved udskrivelsen, betyder det, at den kommunale sektor skal træde til på et andet tidspunkt i forløbet end tidligere. Denne udvikling har selvfølgelig konsekvenser for, hvordan u hensigtsmæssige indlæggelser defineres rent indholdsmæssigt.

Igen er det dog værd at bemærke, at indlæggelsens sengeleje i sig selv har en negativ effekt på bl.a. funktionsniveauet, og derfor er der ikke blot tale om en såkaldt opgaveglidning inden for en uændret opgavemængde. Der er sket forandringer, som grundlæggende set har ændret området og dermed også de opgaver, der er knyttet til det.

Denne udvikling har afstedkommet en debat om opgaveglidning, ofte omtalt som "ufinansieret opgaveglidning". Denne vinkel på udviklingen har klare politiske og økonomiske undertoner, mens dette projekt tager sigte på at være klinisk og udviklingsorienteret – vel vidende, at der selvfølgelig også er klare økonomiske og sektorpolitiske interesser på spil i dette felt. Hvad der i den kommunale sektor benævnes ufinansieret opgaveglidning, omtales i sekundærsektoren, som at man er blevet langt mere fokuseret på sine kerneopgaver – behandling og diagnostik – bl.a. som konsekvens af den medicinske teknologiske udvikling, forskning i accelererede patientforløb, men også som konsekvens af et massivt fokus på optimering og effektivisering af en ressourcetung del af vores velfærdssamfund.

Men hvad betyder denne udvikling og disse forskydninger i begreber ude i hverdagens praksis? En af interviewpersonerne beskriver forskellene mellem den kommunale sektor og det akutmedicinske område således:

”Det er ikke mit indtryk at hjemmeplejen er fulgt med udviklingen på hospitalerne, og det skal ikke opfattes som en kritik af hjemmeplejen, men vi har ikke en fælles overordnet forståelse for, hvordan vi arbejder – og det kan lige så vel være hospitalets problem som kommunernes.

For mig at se, er det afgørende, at vi får et fælles overordnet mål om, at hospitalerne skal koncentrere sig om at levere den specialiserede udredning og behandling, hvorefter egen læge og – om nødvendigt – hjemmeplejen tager over. Hjemmeplejen skal være klar til at overtage, lige så snart der kun er tale om et plejemæssigt problem.

Vi oplever, at der nogle gange en uvilje fra hjemmeplejens side i forhold til at ville modtage patienten. Omvendt oplever hjemmeplejen, at patienterne ikke har det tilstrækkeligt godt, når de kommer hjem. Vi har altså ikke en fælles opfattelse af, hvem der har ansvaret for patienterne i de forskellige dele af et sygeforløb.” (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

Selvom der selvfølgelig hersker meget delte meninger om årsagerne til den udvikling, der her er beskrevet, kan der dårligt herske tvivl om, at udviklingen stiller kommunerne over for en ændret virkelighed. Det er langtfra altid raske patienter, der udskrives efter 24 timers indlæggelse. Og dette stiller implicit helt andre krav til den måde, kommunerne deltager i sundhedsvæsenet på – og ikke blot i et område man tidligere kaldte ”ældreområdet” eller ”omsorgsområdet”. Det betyder fx, at det ikke kan forventes, at nyudskrevne borgere er raske, endsige på et stabilt niveau. Det betyder også, at den sundhedsfaglige indsats ikke altid er slut ved udskrivelse – men der er ikke behov for specialiseret behandling og pleje, og patienten kan derfor overgå til primærsektoren og til eget hjem.

Et element i sekundærsektorens fokusering på kerneydelserne inden for akut medicin er selvfølgelig også et øget fokus på indlæggelsers hensigtsmæssighed. For selvom kommunerne nu medfinansierer alle indlæggelser og dermed har et økonomisk incitament til at reducere antallet af uhenigtsmæssige indlæggelser, så er det stadig sekundærsektoren, der bærer langt den største del af omkostningerne ved hospitalsindlæggelser. Således står sekundærsektoren også i dag i en situation, hvor dens muligheder for at optimere indlæggelsesforløb og fokusere yderligere på kerneopgaverne er helt afhængig af den kommunale sektor, der udgør konteksten for sekundærsektorens virke.

Alt i alt står vi således med en udvikling, som skaber store forandringer, og som sætter både det samlede sundhedsvæsen, men specielt den kommunale sektor under pres, og som skaber et behov for omstilling. Alt dette er helt uafhængigt af de ændringer strukturreformen indebærer.