



2. november 2009

Projektnr. 2687

## FRA OPGAVEGLIDNING TIL OPGAVEOVERDRAGELSE

En interviewanalyse om udfordringer og muligheder i relation til opgaveglidning og opgaveoverdragelse i Region Midtjylland

Sidsel Vinge  
Senior projektleder  
siv@dsi.dk

Laura Emdal Navne  
Junior projektleder  
len@dsi.dk



<b>Indledning.....</b>	<b>1</b>
En interviewanalyse om opgaveglidning og - overdragelse .....	1
Den videre proces.....	1
Arbejdsdag den 11. november 2009.....	1
Tværsektoriel rammeaftale foråret 2010 .....	2
Rapportens opbygning.....	2
<b>Baggrund: Rundt om opgaveglidning og -overdragelse .....</b>	<b>3</b>
Definitioner: Opgaveoverdragelse versus patientoverdragelse .....	3
Er opgaveglidning et problem?.....	4
Løbende opgaveoverdragelse: En forudsætning for udvikling .....	4
Opgaveglidning i en større sammenhæng.....	5
Tre typer forandring: Opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning.....	6
Hvilke typer forandringer skaber opgaveglidning og -overdragelse?.....	8
En afgrænsning: Opgaveglidning og økonomi.....	9
<b>Hvad oplever medarbejderne? .....</b>	<b>10</b>
Hvad oplever de praktiserende læger? .....	10
Hvad oplever de hospitalsansatte? .....	11
Opgaveglidning fra hospital til primærsektor .....	11
Opgaveglidning fra primærsektor til hospital .....	11
Hvad oplever kommunerne? .....	13
Hvad oplever medarbejderne på tværs?.....	14
<b>Hvad kræver den gode opgaveoverdragelse? .....</b>	<b>16</b>
Viden: God opgaveoverdragelse kræver et godt dialoggrundlag .....	16
At få øje på forandring .....	17
Hvad skal der ske?.....	17
Hvornår skal det ske?.....	17
Hvilke og hvor mange patienter berører det? .....	18
Dialog: Hvordan sikrer man fælles fodslag? .....	18
Fælles mål og fælles proces .....	18
Motivation.....	19
Handling: Hvordan sikrer man implementering? .....	22
Videnoverdragelse – en forudsætning for opgaveoverdragelse .....	22
Kommunikation – en forudsætning for implementering .....	26
Tværsektoriel opgaveoverdragelse forudsætter intern opgaveoverdragelse .....	27
Opsamling: Hvad kræver den gode opgaveoverdragelse? .....	28
<b>Nuværende samarbejdsstrukturer, mødefora og aftaler.....</b>	<b>28</b>
Samarbejdet med almen praksis: Praksiskonsulentordningen .....	29
Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne .....	32
Samarbejdet mellem hospitaler og kommuner .....	33
Opgaveoverdragelse og sundhedsaftalernes mulige rolle.....	34
Manglende implementering og manglende kendskab .....	35
Manglende inddragelse og manglende ejerskab .....	36
Manglende efterlevelse .....	36
<b>Refleksioner om forandring og ledelse .....</b>	<b>37</b>
Kræftpakkerne – og hvad man kan lære om ledelse .....	38
Tradition og kultur versus nytænkning.....	39
<b>Afrunding: Om enighed, åbenhed og imødekommenhed i gulvhøjde .....</b>	<b>41</b>
<b>Bilag 1: Projektorganisering.....</b>	<b>43</b>
<b>Bilag 2: Interviewmetode og deltagere .....</b>	<b>45</b>



## Indledning

Denne rapport er udarbejdet som led i projektet "Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse", som er igangsat af Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen og som løber fra sommeren 2009-2010.

Formålet med projektet er generelt set at komme fra uplanlagt opgaveglidning til mere planlagt opgaveoverdragelse i sektorsamarbejdet i Region Midtjylland. Det endelige mål er indgåelse og implementering af en fælles rammeaftale for tværsektoriel opgaveoverdragelse.

Således anvendes to centrale begreber:

- **Opgaveglidning** bruges som betegnelse for, når opgaver glider **uplanlagt uden forudgående drøftelse eller aftale** fra en sektor til en anden
- **Opgaveoverdragelse** bruges om den modsatte situation: Når opgaver overdrages fra en sektor til en anden på **planlagt vis**, på basis af en **drøftelse** og evt. **aftale** om overdragelsen

Hele projektets organisering er nærmere beskrevet i bilag 1, side 43.

## En interviewanalyse om opgaveglidning og - overdragelse

Denne rapport indeholder en problemanalyse baseret på otte fokusgruppeinterviews med hhv. praktiserende læger, hospitalsansatte medicinske og kirurgiske overlæger og sygeplejersker, hospitalsafdelingsledere, kommunale ledere, hjemmesygeplejersker og visitatorer i løbet af august-september 2009. For en nærmere beskrivelse af interviewmetode samt deltagere (inkl. udvælgelsen), se bilag 2 side 45. Interviewene fokuserede på informanternes oplevelse af opgaveglidning og - overdragelse, for at få mere konkret, nuanceret og detaljeret viden om følgende primære spørgsmål:

- Hvilke eksempler oplever de forskellige aktører på hhv. opgaveglidning eller opgaveoverdragelse hen over sektorgrænserne, og hvilke positive såvel som negative konsekvenser har det haft?
- Hvilke idéer og ønsker til en forbedring af situationen har de forskellige aktører?

Analysen er første led i en længere proces, hvor den skal danne grundlag for det fremadrettede arbejde med at komme fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse i Region Midtjylland.

## Den videre proces

Rapporten fremlægges og drøftes bl.a. i Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen og i projektets lokale arbejdsgruppe. På denne baggrund afholdes i samarbejde med Region Midtjylland en arbejdsdag midt i november:

Arbejdsdag den 11. november 2009

Nærværende rapport fremlægges og diskuteres på en arbejdsdag den 11. november 2009 for ledere på alle hospitalsmatrikler og kommuner samt repræsentanter for almen praksis i regionen.

Formålet med arbejdsdagen er at skabe en bredere debat om de problemstillinger, dilemmaer, barrierer og om de muligheder og løsningsskitser, interviewundersøgelsen har afdækket. Ledernes input er centralt: Rammeaftalen vil komme til at dække alle, og derfor er det væsentligt, at alle høres, og at der kommer input fra mange vinkler. Det er vigtigt, at ledere i kommuner, på hospitaler såvel som

praktiserende læger kommer med deres bud på realistiske og brugbare løsninger, som lader sig implementere i en travl hverdag.

### Tværsæktoriel rammeaftale foråret 2010

Efter arbejdsdagen drøftes resultaterne og status med Sundhedsstyregruppen, og der nedsættes en gruppe af faglige ledere under ledelse af regionssundhedsplejerske, Anita Fogh. Denne arbejdsgruppe skal i løbet af foråret 2010 udarbejde et udkast til en rammeaftale, som herefter skal godkendes og implementeres.

### Rapportens opbygning

Rapporten indledes med et baggrundsafsnit, der uddyber problemstillingerne og udfordringerne i relation til opgaveglidning i sundhedsvæsenet generelt. Herefter følger interviewanalysen. Først præsenteres medarbejdernes oplevelser af opgaveglidning og opgaveoverdragelse i hhv. almen praksis, hospitalssektoren og i kommunerne. Herefter præsenteres informanternes input til, hvad god opgaveoverdragelse er, og hvad det kræver i praksis. Det næste afsnit omhandler informanternes oplevelse af det nuværende tværsæktorielle samarbejde med fokus på, hvilke fora og strukturer der kunne medvirke til at skabe rammerne for en bedre opgaveoverdragelse. Rapporten afsluttes med et afsnit med deltagernes refleksioner om ledelse og forandring, barrierer og forudsætninger – herunder mere grundlæggende forhold til traditioner og kultur.

## Baggrund: Rundt om opgaveglidning og -overdragelse

Da udgangspunktet er et ønske om at komme fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse, er det væsentligt indledningsvist at definere, både hvad der menes med opgaveglidning og at indkredse, hvad problemet med opgaveglidning er – og for hvem?

### Definitioner: Opgaveoverdragelse versus patientoverdragelse

Fokus for dette projekt er opgaveglidning og -overdragelse og dermed *opgavers* bevægelse hen over sektorgrænser – ikke *patienters*. Når den enkelte patient krydser sektorgrænserne, opstår en lang række udfordringer i forbindelse med koordination, information og samarbejde omkring indlæggelse og i særdeleshed omkring udskrivning. Opgavers bevægelse hen over sektorgrænsen handler ikke om sektorovergange i det enkelte patientforløb, men derimod om generelle ændringer i, hvor sektorgrænsen går, dvs. hvilke opgaver der generelt varetages i hvilke sektorer.

Opgaveglidning og -overdragelse kommer på tale, når opgaver, som tidligere blev udført i én sektor – fx på et hospital, af forskellige bevidste eller ubevidste årsgager overdrages eller glider over i en anden sektor – ofte primærsektoren.

Der kan med andre ord forekomme mange dårlige indlæggelser eller udskrivinger, uden at der af den grund er tale om opgaveglidning. Ligeledes kan der forekomme opgaveglidning eller -overdragelse, uden at det af den grund skaber dårlige indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Med afsæt i den gennemførte interviewundersøgelse er det imidlertid væsentligt at påpege, at samarbejdet omkring indlæggelse og i særdeleshed omkring udskrivning var en stor og meget præsent problemstilling i samtlige interviews. Særligt hos det personale, som i hospitalssektoren og i den kommunale sektor sidder tættest på udskrivningsproblematikken. Almen praksis oplevede dog også problemer på dette område. I praksis var det svært for mange informanter at holde *patientoverdragelse* og *opgaveoverdragelse* adskilt, som følgende eksempel illustrerer:

”Vi får flere og flere opgaver, og vi bliver samtidig færre sygeplejersker, og det passer ikke sammen. Det er svært at lade være med at blande tingene, for jeg tænker hele tiden på de her elendige udskrivelser, hvor der simpelthen er så mange fejl i medicineringen, medicinskemaer og der mangler hjælpemidler osv., men det er ikke som sådan en opgaveglidning. Men det er alligevel det, der fylder meget.” (hjemmesygeplejerske)

Selv om der er tale om to adskilte og forskellige problemstillinger, så er de alligevel nært forbundne. Det skyldes, at meget af den ubevidste opgaveglidning, som volder så store problemer, netop starter som ændringer i det enkelte patientforløb – men med tiden bliver der tale om en decideret opgaveglidning. Derfor er opgaveglidning ofte svært at få øje på og tage højde for. En visitator forklarer sammenhængen:

”Tingene glider, og jo, så prøver vi da lige og se, om det kan lade sig gøre, og så er der netop en glidning i gang. Men det at stoppe op i hverdagen og se, at ’hold da op; vi er da begyndt på noget nyt nu!’ – det er svært.” (visitator)

Forholdet mellem opgaveglidning og -overdragelse er fokus for dette projekt og dermed også denne rapport. Men det er for det første væsentligt at erkende, at det også hænger sammen med *patientoverdragelse*, selvom der her er tale om to grundlæggende forskellige ting. For det andet er det vigtigt at vide, at patientoverdragelse i hverdagen er et stort tema, som rummer mange udfordringer for medarbejderne og derfor fylder meget i deres bevidsthed, mens opgaveoverdragelse og -glidning kan være lidt sværere at få øje på i praksis.

## Er opgaveglidning et problem?

Opgaveglidning handler om, at opgaver, der tidligere lå i én sektor, glider uanmeldt over i en anden sektor, uden at de involverede parter kommer i dialog med hinanden om denne udvikling. Denne problematik har gennem tiderne givet anledning til mange – og til tider ophidsede – debatter, ikke mindst med fokus på de resurse-mæssige konsekvenser af denne udvikling. Spørgsmålet om ressourcer og økonomi i forbindelse med opgaveglidning er væsentligt, idet debatten ofte har taget sit udgangspunkt i netop denne problematik, og det skinner også igennem i interviewanalysen i denne rapport. Derfor afsluttes denne indledende del med en diskussion af dette projekts afgrænsning fra netop økonomi og resurcespørgsmål, der går på tværs af sektorer (se side 9).

Opgaveglidning handler således om to ting, som er væsentlige at skelne imellem:

- At opgaverne krydser sektorgrænsen
- At de gør det uplanlagt.

I det følgende argumenteres for, at en forudsætning for at sikre udviklingen i det samlede sundhedsvæsen er, at opgaverne kan krydse sektorgrænserne. Men det er et problem for patienterne såvel som for medarbejdere og ledere, når det sker uplanlagt og uden nogen form for dialog eller vidensoverdragelse.

Derfor hedder projektet "Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse": Det er vigtigt at sikre, at opgaverne fortsat kan krydse sektorgrænserne, men det er mindst lige så vigtigt, at det sker på planlagt vis og med udgangspunkt i en tværsektoriel dialog, som kan sikre, at der er kompetencer, viden og muligheder for at løse de opgaver, som krydser sektorgrænsen. Det er lige præcis det, der ofte ikke er, når det sker uanmeldt ved opgaveglidning.

## Løbende opgaveoverdragelse: En forudsætning for udvikling

Udviklingen i sundhedsvæsenet er præget af fremskridt og forbedringer: Ny teknologi og stadig udvikling af organiseringen muliggør øget aktivitet, ny og bedre behandling og i mange tilfælde også betydeligt kortere indlæggelsesforløb, samt konvertering af stationær til ambulans aktivitet og deraf følgende reduktioner i antallet af senge. Udviklingen sker både i form af større planlagte ændringer – fx sengelukninger og mere inkrementelt som led i løbende forbedring.

Et væsentligt led i denne stadige forbedring af sundhedsvæsenet er, at der sker en løbende optimering og effektivisering af aktiviteten for hele tiden at gøre plads til nye behandlingsmuligheder. En del af denne udvikling er også, at opgaver kan bevæge sig fra et højere specialiseringsniveau til et lavere: Altså at opgaver, som er blevet introduceret i hospitalsregi på et senere tidspunkt, kan varetages i primærsektoren og dermed muliggøre, at patienten enten kan komme tidligere hjem eller måske helt undgå indlæggelse og blive i hjemmet.

Denne løbende udvikling er både nødvendig for at sikre kapacitet til ny udvikling og vigtig ud fra princippet om, at opgaverne i sundhedsvæsenet bør varetages på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON- princippet), og ikke mindst ud fra nærhedsprincippet om at opgaverne bør varetages så tæt på borgerne som muligt.

I diskussionen af de udfordringer og problemstillinger, som opstår i forbindelse med opgaveglidning og -overdragelse, er det derfor væsentligt at holde fast i, at det er en forudsætning for den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet, at der foregår en løbende overdragelse af opgaver fra mere specialiserede til mindre specialiserede niveauer. Derfor skal det sikres, at der også fremover kan ske en fleksibel opgaveændring, og at sektorgrænsen ikke fryses fast, men at der åbnes mulighed for, at den kan være i konstant og løbende udvikling.



Dette forhold er en væsentlig årsag til, at der ikke findes nogen præcis definition på hospitalernes opgaver hverken i sundhedsloven eller i den tidligere lov om hospitalsvæsenet. Fastlæggelse af sektorgrænsen er derfor en udfordring, der arbejdes løbende med på alle niveauer af sundhedsvæsenet. Dels på de udførende niveauer – i forbindelse med konkrete indlæggelser og udskrivinger; dels på driftsledelsesniveau i forbindelse med lokale aftaler om opgavedeling på afgrænsede områder, og ikke mindst på det strategiske ledelsesniveau – i forbindelse med det overordnede tværsektorielle samarbejde bl.a. i sundhedsaftalerne.

Sektorgrænsen kan ikke fastlægges præcist, og bl.a. Samordningsbetænkningen helt tilbage fra 1985 beskriver det grundlæggende dilemma, som er årsagen til dette:

Som grundlag for fastlæggelse af sektorgrænsen fremhæves det ofte at: "hospitalerne træder til, når det efter patientens tilstand skønnes hensigtsmæssigt under hensyn til behovet for indsats af specialkundskab, anvendelse af kostbart apparatur samt pleje i forbindelse med indlæggelse"... "Men samtidigt er det værd at fremhæve, at man har at gøre med et funktionsområde, hvis vilkår ændrer sig løbende under påvirkning af en række faktorer, fx den hastige udvikling inden for den medicinske teknologi. Dette taler for, at man er opmærksom på, at der også sker en kontinuerlig tilpasning af opgavefordelingen mellem hospitalsvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen inden for den nævnte målsætning." (Uddrag fra "Samordning i sundhedsvæsenet", Betænkning nr. 1044 af 1985). (Understregning tilføjet).

Fleksibiliteten og den kontinuerlige tilpasning af opgavefordelingen er vigtige at bevare, og netop derfor er det væsentligt, at alle dele af sundhedsvæsenet oplever velplanlagte og gode dialoger og forløb omkring den løbende opgaveoverdragelse – frem for uanmeldt opgaveglidning.

## Opgaveglidning i en større sammenhæng

Opgaveglidning er en væsentlig årsag til, at de sundhedsfagliges arbejde forandrer sig. Men det er langt fra den eneste årsag. Derfor ser dette afsnit på, hvilken udvikling og hvilke større sammenhænge opgaveglidning er en del af.

Interviewmaterialet bærer fx præg af, at informanterne ikke skelner skarpt mellem, om de udfordringer, de oplever i hverdagen, skyldes *opgaveændringer*, *opgaveøgning* eller *opgaveglidning*. Gruppen af afdelingsledere i hospitalsvæsenet beskriver således udviklingen som præget af følgende faktorer:

Kortere indlæggelser, implementering af FAME<sup>1</sup>, reduktion af antal af medicinske senge, liggetiden er konstant faldende, forbedring af teknikker giver lavere indlæggelsestid, øget fokus på hensigtsmæssige patientforløb giver reduceret indlæggelsestid. Der er et stigende antal ældre, medicinske patienter, der kun er indlagt til behandling, da plejeopgaverne er lagt ud i primærsektoren, stigende krav om hurtige ambulante udredninger af patienter med komorbiditet. Antallet af komplicerede indlæggelser og udskrivelser stiger, og det er en stor udfordring, at primærsektoren ikke kan modtage patienter, der udskrives hurtigt, hurtigere respons fra primærsektoren ønskes. ... "Kort sagt: Udredning, behandling og efterbehandling skal i højere grad være et samarbejde mellem alle tre sektorer." (hospitalsafdelingsledere)

Denne oplevelse af, at mange og forskelligartede faktorer er på spil samtidig i udviklingen, deles af alle informantgrupper, dog med den forskel at de kommunale ledere ser de samme grundlæggende udfordringer og udviklingstendenser fra en anden vinkel. De peger nemlig på, at "*Borgerne udskrives inden de reelt er færdigbehandlede*", idet de to sektorer ikke altid har samme holdning til, hvad det vil sige at være færdigbehandlet og dermed udskrivningsklar. Samlet set kan så drastisk en udvikling virke uoverskuelig og dermed svær at forholde sig til på såvel et strategisk ledelsesniveau som i driftsledelsen og på de udførende niveauer. Derfor er det væsentligt at skelne mellem tre grundlæggende forskellige former for forandring, som har forskellige årsager.

---

<sup>1</sup> Fælles Akut Modtage Enhed.

## Tre typer forandring: Opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning

Der kan overordnet set skelnes mellem *opgaveændring*, *opgaveøgning* og *opgaveglidning*<sup>2</sup>. Disse tre forandringstyper præsenteres efter tur:

**Opgaveændring** udspringer primært af den videnskabelige og teknologiske udvikling på det medicinske felt, som hele tiden muliggør flere og bedre behandlinger og ofte også mere skånsomme teknikker så som fx kikkertoperationer eller anvendelse af andre mindre invasive teknologier. Informanterne kommer med mange eksempler på, hvordan de øgede og forbedrede behandlingsmuligheder på forskellig vis *ænder* patientbehandlingen og dermed også arbejdsopgaverne i alle sektorer.

**Opgaveøgning** rammer hele sundhedsvæsenet, og skyldes primært en generelt stigende efterspørgsel, bl.a. som konsekvens af at der bliver flere kronikere og flere ældre. Men det skyldes også, at den medico-tekniske udvikling muliggør effektiv behandling af flere sygdomme, og at de mere skånsomme teknologier muliggør behandling af svagere patienter og dermed ofte også ældre patienter end tidligere. En hospitalsafdelingsleder beskriver her, hvordan den teknologiske udvikling ikke blot gør det muligt at hjælpe flere, men også i sig selv er med til at skabe en opgaveøgning:

”Efterspørgslen stiger, fordi vi kan mere fagligt. Flere behandlingsmuligheder giver os et meget bredere felt.”  
(hospitalsafdelingsleder)

Imidlertid spiller andre faktorer end demografi, befolkningens sygdomsbillede og udviklingen i behandlingsmulighederne ind på opgavemængden. Flere informanter peger på, at også mere holdningsmæssige ændringer i befolkningen generelt medvirker til at skabe en opgaveøgning:

”Der er også et større forventningspres fra befolkningen om, at vi tager os af alt, der måtte være galt.” (hospitalsafdelingsleder).

Opgaveøgningen skyldes således, at flere har behov for behandling, flere kan behandles med nye og til tider også mere skånsomme teknikker, men også at mere kulturelt betingede forventninger til sygdomsbehandling øges i befolkningen.

**Opgaveglidning** skabes af en kombination af faktorer og kan have forskelligt indhold. For det første har det øgede pres på sundhedsvæsenet intensiveret hospitalssektorens fokus på optimering og effektiv udnyttelse af resurserne. Det har medvirket til at skabe en stigende bevidsthed i hospitalssektoren om, at det hverken er hensigtsmæssigt for patienterne eller for resurseudnyttelsen at være indlagt længere end højst nødvendigt. Ledelsesteknologier som LEAN og lignende kombineret med en øget bevidsthed om resurseudnyttelse har ført til et øget fokus på at eliminere spildtid for såvel patienter som ansatte. Der er kommet mere fokus på selve kerneydelsen – pleje og behandling på specialistniveau – og dermed også på, at patienterne kun skal være indlagt så længe, de har behov for specialister, og så længe ydelserne ikke kan gives ambulant, evt. i primærsektoren. Dette fokus på kerneydelsen og på procesoptimering har medvirket til at flytte opgaver, som tidligere lå i hospitalssektoren, ud i primærsektoren. En hospitalsafdelingsleder beskriver, at det i dag kun er udredning, behandling og plan (for fx efterbehandling eller yderligere ambulant udredning eller kontrol), der sker på hospitalet – derefter udskrives patienten til hjemmet:

”Medicinske patienter er kun indlagt til behandling, da plejeopgaverne er lagt ud i primærsektoren.” (hospitalsafdelingsleder)

En kirurg peger på, at han ikke er i tvivl om, at han i dag udskriver patienter med en højere plejetungde end tidligere:

”Der er ingen tvivl om, at det er tungere patienter, de får hjem, end det var for år tilbage. Det er kronikerne, og det er gamle mennesker.” (kirurgisk overlæge)

<sup>2</sup> Denne opdeling stammer fra DSI rapporten ”Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling” (Vinge & Kilsmark, juni 2009), hvor den er mere udførligt beskrevet.

Men også konverteringen af stationær til ambulans aktivitet skaber opgaveglidning til primærsektoren:

”Du har en patient, der er syg og under udredning, men ikke indlagt. Der opstår en masse behov, men før gjorde man dette inde på hospitalet. Nu kører det bare derhjemme, men plejeopgaverne er der jo stadig.”  
(medicinsk overlæge)

Ud over større plejetyngde og flere plejeopgaver i kommunerne, betyder udviklingen også flere opgaver omkring kronikerkontroller, udredning og medicinjustering i almen praksis.

Der er mange årsager til de faldende liggetider: Forskning har i stigende grad vist, at sengeleje ikke i sig selv er helbredende – men i stedet ofte kan være det modsatte. En afdelingsleder beskriver her udviklingen i hospitalssektorens holdning til sengeleje og det at være syg:

”Vi har ændret holdningen til at være syg, uden at vi måske har bredt det ud til resten af befolkningen. Vi har ændret vores opfattelse fra at give omsorg, og at patienter skulle have tid til at rekreere sig, til i dag hvor opfattelsen er, at man skal hjem, fordi man bliver syg af at være på hospitalet. Jo hurtigere de er ude af sengen, jo hurtigere bliver de raske. Men definitionen på syg og rask er en vi har lavet i hospitalsvæsenet. Vi har en idé om, hvad et hensigtsmæssigt patientforløb er, men det er ikke sikkert, at befolkningen kender denne, og derfor har en anden holdning til det. Mange patienter har stadig opfattelsen af, at jeg skal da være her et par dage mere for at blive rask, hvor vores paradigme er, at jo hurtigere de kommer i eget hjem, jo hurtigere bliver de raske. Vi har gjort det af hensyn til patienternes bedste – men ud fra vores egne paradigmer” (hospitalsafdelingsleder)

Det er således primært tradition og myter, ikke forskning og fakta, der ligger bag idéen om, at det er godt at ligge i sengen og komme sig efter sygdom eller operation. Det har særligt forskningen i accelererede kirurgiske forløb dokumenteret<sup>3</sup>. Et hospital er med andre ord et farligt sted at være – bl.a. grundet smittefare:

”Desto længere tid de ligger, jo flere komplikationer har du, som også koster penge. Det er vigtigt at holde fast i, at det er utroligt farligt at ligge på hospitalet, og hvis først de får lungebetændelse eller blærebetændelse, så bliver det nogle meget lange indlæggelsesforløb. Hvis vi får dem hurtigt ud, så undgår vi hospitalsinfektioner.” (kirurgisk overlæge)

Dertil kommer, at de fleste patienter foretrækker deres eget hjem frem for livet på en firesengsstue, hvilket er i overensstemmelse med nærhedsprincippet. En kirurg påpeger således, at en af fordelene ved kortere indlæggelser er, at *”patienterne bevarer deres integritet.”*

Begge aspekter genkendes af de kommunale ledere, men samtidig oplever de, at de faldende liggetider skaber store udfordringer for dem:

”Set fra patientens synspunkt, må det være rart at komme hurtigere hjem, og eventuelt helt undgå indlæggelse. Vi ved jo, at når de ligger på hospitalet, så sættes de jo tilbage for hver dag, der går. Så udviklingen må være det bedste – set med deres øjne. Set med mine øjne er det også det bedste, men det stiller nogle krav til os: Vi skal kunne agere hurtigt, men det handler mange gange også om vores kompetencer: Hvad kan vi håndtere, hvor godt er vi klædt på til det, og hvor hurtigt kan vi håndtere det?” (kommunal leder)

De kommunale ledere deler således overordnet set hospitalsledernes syn på udviklingen i den forstand, at den er gavnlig for patienterne. Men udfordringerne består i at sikre medarbejdernes kompetencer i takt med, at flere opgaver glider ud i primærsektoren, samt omstille deres organisationer til at kunne handle akut i det tempo hospitalerne udskriver i.

<sup>3</sup> Artikler om acceleration af kirurgiske forløb, herunder effekten af acceleration: (1) Folkersen J, Andreassen J, Basse L, Jakobsen DH og Kehlet H. *Det accelererede kolonkirurgiske patientforløb*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk teknologivurdering - puljeprojekter 2005; 5 (7); 2005. (2) Kehlet H. *Accelererede operationsforløb – hvorfor og hvordan?* Ugeskrift for Læger 1997; 159(44):6495. (4) Kehlet H. *Accelererede operationsforløb – en faglig og administrativ udfordring*. Ugeskrift for Læger 2001; 163(4):420-4. (5) Kehlet H, Degn-Petersen B, Carlsen H, Weber T og Rasmussen YH. *Accelereret patientforløb efter sectio*. Ugeskrift for Læger 2004; 166(23):2254-8. (6) Rasmussen S, Kristensen B, Myhrmann L, Kehlet H og Foldager S. *Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur*. Ugeskrift for Læger 2002; 165(1):29-33.

Alt i alt er det således ikke kun den øgede mængde opgaver, som presser hospitalerne i retning af lavere liggetider og konverteringen til ambulant aktivitet. Det handler i lige så høj grad om, at der er gode faglige grunde til at minimere brugen af sengeleje og optimere forløbene. Det gælder både med henblik på den kliniske kvalitet og patienternes bedste. En sidste faktor, som også er med til at præge udviklingen, er den stigende anvendelse af DRG-afregning på hospitalerne, som groft sagt betyder, at hospitalerne honoreres for et ydelsesforløb (fx en hofteoperation), og ikke pr. dag patienterne er sengeliggende<sup>4</sup>. Således peger en kirurgisk overlæge på, at *”Vi skal ikke være blinde for, at de accelererede forløb også er takststyrede”*, men han understreger samtidig, at han ikke mener, det sker på bekostning af hverken kvalitet eller patientsikkerhed – snarere tværtimod.

Der er således tale om tre sammenhængende udviklingstendenser, som ikke kan analyseres isoleret, idet de foregår samtidigt og påvirker og betinger hinanden gensidigt. Der er både tale om **opgaveøgning** som konsekvens af ændringer i befolkningens sygdomsbillede, demografi, kulturelle værdier, og om **opgaveændringer**, der primært er en konsekvens af forskning og udvikling, der forbedrer behandlingsteknologier og -muligheder. Disse forhold skaber mere arbejde i sundhedsvæsenet generelt set. Derudover sker der også en **opgaveglidning** som konsekvens af de to foregående tendenser kombineret med sengelukninger, kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulant aktivitet. En del af disse bevidst accelererede forløb, som har et klart kvalitetsforbedrende sigte, skaber ikke nødvendigvis nogen opgaveglidning. Faktisk tyder meget på, at nogle patientgrupper har mindre behov for hjælp efter accelererede forløb<sup>5</sup>. Men ikke alle forkortede forløb er et resultat af bevidste kvalitetsforbedringstiltag i sekundærsektoren og planlagt acceleration, hvor man har sat noget i stedet, som skal sikre, at hurtigere udskrivelser ikke blot efterlader patienterne i et ingenmandsland eller med uplanlagt opgaveglidning til følge.

### Hvilke typer forandringer skaber opgaveglidning og -overdragelse?

I dette afsnit opregnes forskellige typer af konkrete forandringer, som de mere generelle og bagvedliggende udviklingstendenser fra de foregående afsnit skaber. Informanterne peger på, at det ofte er disse typer af konkrete forandringer, som er katalysatorer for opgaveglidning eller -overdragelse:

1. Indførelse af **ny teknologi** som medfører en eller flere af følgende konsekvenser
  - a. Væsentlig forøgelse af aktiviteten på et område
  - b. Opstart af ny behandling (der evt. også skaber en ny patientgruppe)
  - c. Væsentlige ændringer i færdigbehandlede patienters tilstand / udskrivelsestidspunkt
2. **Omlægning** fra stationær til ambulant aktivitet.
3. **Accelererede elektive** forløb (ofte men ikke udelukkende kirurgiske) som resultat af enten planlagte forandringsprojekter, eller en løbende udvikling mod lavere liggetider.
4. **Accelererede akutte** forløb som resultat af enten planlagte forandringsprojekter (fx indførelse af akutmodtagelser med mål om 24 timers liggetid eller Fælles Akutte Modtage Enheder), eller som resultat af en løbende udvikling mod stadig kortere forløb.
5. **Lukning** af senge (bl.a. som følge af omlægning til ambulant aktivitet)
6. **Fusioner** (og deraf følgende ændringer i opgavevaretagelsen).

Listen er ikke udtømmende, men giver et konkret indblik i, hvilke typer af situationer, hændelser, beslutninger eller udviklingsforløb der ofte leder til opgaveglidning.

<sup>4</sup> Der findes undtagelser i form af en særlig ”langliggertakst”.

<sup>5</sup> Madsen MH. *”Hurtig og effektiv behandling på hospitalerne – har det konsekvenser for kommunerne?”* Litteraturgennemgang af afledte konsekvenser for kommunerne. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

Det skal bemærkes, at der for de fire første eksemplers vedkommende er tale om processer, der *både* kan forekomme som løbende udvikling og som mere målrettede processer. Dette er relevant i relation til hvordan man kan komme fra opgaveglidning til overdragelse. Det bliver nemlig vanskeligere i de tilfælde, hvor der ikke er tale om bevidste projekter, indgreb eller forandringer.

## En afgrænsning: Opgaveglidning og økonomi

Selvom der er bred enighed blandt informanter om, at opgaveoverdragelse af mange årsager generelt er hensigtsmæssig, kommer man dog ikke uden om, at der også er økonomiske og resurse-mæssige udfordringer forbundet med udviklingen, og den opgaveglidning og – overdragelse, som den skaber. Det behandles her kort, idet Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg har besluttet, at de resurse-mæssige og (kasse)økonomiske udfordringer i forbindelse med opgaveglidning hverken kan eller skal løses inden for rammerne af dette projekt.

Problemerne har blandt andet rod i måden, sundhedsvæsenet finansieres på, og kommer til udtryk i forskellen mellem almen praksis og kommunerne: Begge sektorer oplever, at opgaver glider fra hospitalerne til primærsektoren. Almen praksis får imidlertid ydelseshonorar for de nye og øgede opgaver – lige meget om de glider, eller om de overdrages. Kommunerne er derimod i en grundlæggende anderledes situation rent økonomisk, idet der ingen form for automatisk honorering følger med. Det skaber et helt andet udgangspunkt for kommunerne i relation til opgaveoverdragelse. Pengene følger kort sagt ikke med opgaverne. Denne holdning skinner igennem i flere af interviewene, og således har stort set alle informanter uden for hjemmesygeplejen en oplevelse af, at der enten er blevet færre hjemmesygeplejersker, eller at de har fået væsentligt mere at lave – eller begge dele.

På det ene side kan det således være væsentligt at anerkende, at det nuværende finansieringssystem både er med til at skabe problemerne i relation til opgaveglidning og samtidig kan virke hindrende for at finde løsninger. Men det er mindst lige så vigtigt, at man ikke stirrer sig blind på de økonomiske barrierer og tror, at de er de eneste og afgørende barrierer for at komme fra opgaveglidning til -overdragelse. Interviewanalysen er meget rig på eksempler på andre samarbejds-mæssige, ledelsesmæssige, kulturelle såvel som strukturelle problemer, der ligeledes udgør væsentlige barrierer for at komme fra opgaveglidning til -overdragelse.

I dag følger pengene ikke opgaverne, hvilket dette projekt ikke ændrer ved. Ikke desto mindre er der mange andre fordele forbundet med at komme fra opgaveglidning til -overdragelse for alle involverede parter. Således peges der i analyserne på, at mere planlagt overdragelse vil forbedre mulighederne for at planlægge og dermed også resursestyre i primærsektoren, blandt andet fordi der skal bruges mindre tid på brandslukning og individuel og ad hoc-præget kompetenceoverdragelse. Det vil også give hospitalerne bedre muligheder for at accelerere, idet det ikke nytter meget at reducere liggetiden på hofter og knæ fra tre dage til én, hvis kommunerne ikke står klar til at modtage patienterne på en kvalificeret måde dagen efter – eller samme dag! Desuden vil det give bedre muligheder for sikring af kvaliteten i det samlede patientforløb, og en øget klarhed og enighed om, hvem der gør hvad. Desuden vil det også kunne skabe færre gnidninger i forbindelse med sektorovergangene.

En kommunal leder peger på at udfordringen grundlæggende set er, at opgaverne kommer – uanset om der følger resurser med eller ej: *"Det handler bare om måden, man får dem over på!"* Alternativet til opgaveoverdragelse er således ikke, at opgaverne bliver i hospitalssektoren. Den bagvedliggende udvikling i form af ændringerne i demografi, sygdomsbillede, medicinsk teknologi og optimering af indlæggelser står ikke til at stoppe, endsi-ge bremse, og det er for så vidt heller ikke ønskværdigt. Problemet er, at opgaverne i dag stort set sker ved uplanlagt opgaveglidning uden hverken dialog, uddannelse eller anden form for forberedelse eller inddragelse.

Det handler således ikke om, hvorvidt opgaverne kommer over i primærsektoren eller ej. Det handler om *måden*, de kommer på. Set i det perspektiv er opgaveoverdragelse – ufinansieret eller ej – det mindst ringe alternativ for alle parter.

## Hvad oplever medarbejderne?

Dette afsnit beskriver de praktiserende lægers, hospitalernes og kommunernes oplevelse af opgaveglidning og -overdragelse med fokus på, hvilke eksempler der trækkes frem i de tre sektorer.

### Hvad oplever de praktiserende læger?

De praktiserende læger oplever opgaveglidning fra hospitalerne og ud i praksis på en række forskellige kliniske områder. Det drejer sig bl.a. om opgaver, der særligt vedrører kronikere, fx behandling af forhøjet blodtryk, AK-behandling<sup>6</sup>, EKG, opgaver vedrørende diabetes og KOL og dosisdispensering af medicin m.m. De praktiserende læger oplever generelt, at opgaver, som i forbindelse med udredning, behandling, kontroller og medicinjustering relateret til mange af de store kronikergrupper, i stigende grad glider væk fra hospitalerne og ud i almen praksis. Ligeledes oplever de praktiserende læger, at opgaver på det kirurgiske område vedr. både udredning og postoperationelle opgaver glider fra hospitalerne og over i praksis.

Omvendt oplever de praktiserende læger, at enkelte opgaver glider væk fra dem og over i hospitalsregi, bl.a. som konsekvens af flere udadgående palliative og geriatriske teams. De praktiserende læger oplever, at disse opgaver glider ufrivilligt fra dem, og i nogen tilfælde tolkes det som en (in)direkte kritik af deres arbejde. Ligeledes oplever de, når opgaverne glider ud til almen praksis, at det ofte er et resultat af hospitalernes besparelser snarere end en anerkendelse af, at almen praksis gør et godt stykke arbejde på det område.

De praktiserende læger udpeger desuden eksempler på planlagte opgaveoverdragelser, hvor der er indgået aftaler, som faktisk er blevet implementeret på tilfredsstillende vis. Det drejer sig bl.a. om priktester, der er overdraget fra børneafdelinger til almen praksis samt trykmåling i ørene.

Konkrete eksempler illustrerer bedst de praktiserende lægers oplevelse af opgaveglidning: De praktiserende læger oplever bl.a., at AK behandling er gledet fra hospitalerne over i almen praksis. Det handler både om, at antallet af patienter, der behandles, er steget markant, samtidig med at hospitalerne udskrifter hurtigere. Men for de praktiserende læger er problemet ikke bare opgaverne i sig selv, men i mindst lige så høj grad manglen på kommunikation om baggrunden for udviklingen og om inddragelse i processen omkring overdragelsen af opgaver. Derfor opleves det i stedet for som glidning:

”Det, der i mine øjne er problemet, er ikke, at vi skal overtage det (AK behandling), for jeg synes egentlig, det er en naturlig del af det. Men det er den overdragelse vi får, der kikker, fordi vi ikke altid får forarbejdet til vide, og dvs. at vi ikke kender indledningen, fx hvad der er givet af medicin, og hvad målingerne har været? Så får vi sværere ved at tage overgangen fra den ene sektor til den anden og køre videre. Så det er et kommunikationsproblem mindst lige så meget, som det er et opgaveglidning.” (praktiserende læge)

Med andre ord ønsker de praktiserende læger, at der skal ligge nogle klare aftaler om procedurer til hospitalslægen, som skal følges, når hun udskrifter en patient med et opfølgingsbehov i almen praksis. Så kan der ikke blive tvivl om, hvem der har ansvaret for patientens videre forløb. Det handler i høj grad om at sikre, at opgaveoverdragelse ikke fører til ansvarsglidning, hvor det bliver uklart, hvem der har ansvaret for hvilke opgaver i forløbet. De praktiserende læger understreger i samme forbindelse, at skriftlige vejledninger ikke er tilstrækkelige til at ændre og forebygge uhensigtsmæssige procedurer, som kan forhindre, at opgaver tabes på gulvet og lander midt i mellem hospitalet og praksis. Der skal foreligge en egentlig aftale.

Et andet eksempel på opgaveglidning er den løbende kontrol med og justering af behandlingen hos patienter med forhøjet blodtryk. De praktiserende læger oplever, at dette er gledet fra hospitalet over i almen praksis, uden at de føler sig inddraget i processen, endsige kender baggrunden:

<sup>6</sup> Antikoagulerende behandling af hjertepatienter.

”Det eneste, der er sket, er, at hospitalet har bestemt sig for det. Dvs. man har ikke sagt, er det hensigtsmæssigt? Hvad er baggrunden for, at man synes, det er hensigtsmæssigt? Grunden til at det er gået ud til os, det er helt klart et øget opgavepres i hospitalsvæsenet. Men der er ikke nogen, der har sat sig ned og sagt: ’Nu skal vi, og det er derfor vi gør det.’” (praktiserende læge)

De praktiserende læger peger generelt set på behovet for information om, hvorfor og hvordan opgaver skal glide fra den ene sektor til den anden. Med andre ord ønsker de praktiserende læger større åbenhed og mere dialog om opgaveoverdragelsen på tværs af sektorerne.

Alt i alt peger de praktiserende læger på fire generelle problemstillinger i relation til opgaveglidning:

1. Der mangler ofte inddragelse i topstyrede beslutninger og i baggrunden for dem
2. Der mangler kvalitetssikring
3. Der mangler klare opgave- og ansvarsfordelinger af, hvem der gør hvad i patientforløbene
4. Der mangler effektiv og ensartet implementering.

I dette citat om udviklingen i relation til diabetes-2, illustreres flere af disse problemstillinger:

”Type 2 er gledet fra hospitalerne til almen praksis: Ambulatorierne giver dem til os, og det er også i orden. Og det er planlagt på højt plan. Men det er aldrig blevet overdraget lokalt og derfor glider det: Der er ikke rigtig nogen, der har tænkt over det organisatoriske eller kvaliteten. Der er ikke strategi for, hvem der gør hvad. Nogle praksisser er langsomme og andre hurtigere, så der er ingen konsekvent linje for, hvordan tingene glider, og om lægerne tager det på sig. Det er et stort problem, at almene praksisser er så forskellige – nogle er ildsjæle, og andre prøver bare at overleve. Hvordan finder vi en fællesnævner at arbejde ud fra?” (praktiserende læge)

Samlet set fremhæver de praktiserende læger, at der skal mere struktur og standardisering til, hvis man skal sikre god opgaveoverdragelse.

## Hvad oplever de hospitalsansatte?

De hospitalsansatte peger både på opgaveglidning, som går fra hospitalerne til primærsektoren, og de peger på planlagte processer såvel som på mere uplanlagte.

### Opgaveglidning fra hospital til primærsektor

Som det fremgik af de indledende afsnit om opgaveglidning generet i sundhedsvæsenet, oplever hospitalerne, at der sker en opgaveglidning såvel som overdragelse fra hospitaler til primærsektor både i relation til konkrete opgaver og diagnosespecifikke grupper, men også mere generelt som følge af en højere plejetyngde blandt udskrevne patienter.

### Opgaveglidning fra primærsektor til hospital

De hospitalsansatte oplever dog også opgaveglidning den modsatte vej i form af opgaver, der glider fra primærsektoren ind på hospitalet. Således oplever nogle læger – særligt på det medicinske område – at tærsklen for indlæggelse er sænket, hvilket de oplever, giver opgaveglidning til hospitalet:

”Tærsklen var anderledes engang. Nogle praktiserende læger gør virkelig meget og forsøger virkelig, mens andre bare siger, at der er et problem, så denne patient må I tage. Det giver opgaveglidning, fordi de praktiserende læger har fået mere arbejde, og så er det nemmere at få patienterne ind på hospitalet, for så får de alle undersøgelser ind på en nat”. (medicinsk overlæge)

Samtidig udtrykker de forståelse for, at for lange ventetider til ambulantly udredning kan medvirke til at give flere akutte indlæggelser, og at tingene således hænger sammen:

"Jeg forstår godt de praktiserende læger, der henviser og så går der fire måneder, og det kan de ikke vente på, og derfor bliver det en akut indlæggelse i stedet." (medicinsk overlæge)

En supplerende forklaring handler om, hvordan henvisninger fra en praktiserende læge prioriteres i systemet:

"Hos os er det sådan, at hvis en praktiserende læge bestiller en ultralydsscanning af maven, så kommer de lidt længere bagud, end hvis det er en hospitalsafdeling. Der kan godt være en fordel i at få det bestilt via en hospitalsafdeling." (kirurgisk overlæge)

En anden årsag til, at tærsklen for indlæggelse skrider, er, efter flere hospitalsansattes opfattelse også, at sygeplejerskerne tidligere spillede en større rolle på plejehjemmene, hvor de var i stand til at tage et større ansvar og hvor de også havde en mere koordinerende rolle. Det betød, at opgaverne ikke gled ind på hospitalet på samme måde, som de gør i dag, efter bl.a. denne overlæges mening:

"Hvem var tovholder på plejehjemmene før? Det var sygeplejerskerne altså. Det var dem, der tog stilling til flere ting og snakkede med de pårørende og tog kontakt til praktiserende læge, sådan så man ikke lige pludselig står med det en nat på hospitalet, fordi de så kræver indlæggelse." (medicinsk overlæge)

Generelt efterlyste læger og sygeplejersker på hospitalerne, særligt på det medicinske område, flere sygeplejersker i primærsektoren. Desuden gav mange hospitalsansatte udtryk for, at de oplevede det samme som denne medicinske overlæge:

"Jeg tror hjemmesygeplejerskerne er overbebyrdet." (medicinsk overlæge)

De hospitalsansatte oplever nemlig, at manglen på sygeplejersker er en af årsagerne til, at opgaver glider fra kommuner til hospitalerne, og at hospitalerne ikke altid oplever, at de kan udskrive, når patienterne er udskrivningsklar. De medicinske læger og sygeplejersker peger på, at udfordringen opstår i relation til patienter, der udskrives, men som ikke er raske og heller ikke er hospitalsbehandlingskrævende:

"Patienter bliver indlagt, og så bliver de udskrevet dagen efter. Eksempelvis lungebetændelse hvor vi melder dem hjem dagen efter, men de er jo ikke raske – men heller ikke syge nok til indlæggelse. Når den medicinske behandling ikke længere er nødvendig, men plejen stadig er, så er det, der opstår problemer. Men jeg ville jo gerne have, at der lige kom en sygeplejerske de første par dage og tjekkede op på tabletbehandlingen." (medicinsk overlæge)

Flere i den medicinske gruppe har en oplevelse af, at hjemmesygeplejerskerne tidligere spillede en mere aktiv rolle, ikke bare på plejehjemmene og ude i de enkelte hjem, men også i relation til hjælperne:

"Hvis de ikke er så syge, så har de heller ikke en hjemmesygeplejerske. Der er rigtig mange ting, de skal, så hjemmesygeplejerskerne er næsten kun ved bestemte patientgrupper nu, hvor jeg tror, at de tidligere var rundt ved alle og havde mere kontakt til hjemmehjælperen. De var tovholder tidligere." (medicinsk sygeplejerske)

Denne oplevelse af udviklingen i hjemmesygeplejen bekræftes i øvrigt i de tre kommunale interviews. Hjemmesygeplejerskerne peger selv på, at de tidligere arbejdede mere bredt, mens det i dag er mere afgrænsede konkrete opgaver, de løser, når der er visiteret sygeplejeydelser. En visitator beskriver udviklingen i hjemmesygeplejens rolle således:

"Historisk ændrer hjemmesygeplejerskens rolle sig. Den gamle rolle flytter sig til at være egentlig mere hospitalssygeplejerske. Det er ikke mere den fornemme opgave at være den person, der samler op på alt fra præst og socialrådgiver og samler op på alt ude i hjemmet, og dette ændrer sig til en nærmere hospitalssygeplejerske." (visitator)

Hospitalerne oplever således både opgaveglidning fra hospitalerne som konsekvens af den generelle udvikling, der er beskrevet i de indledende afsnit, samtidig med at de oplever opgaveglidning fra primærsektoren til hospitalerne i forbindelse med, at tærsklen for indlæggelse bliver lavere efter hospitalernes opfattelse – en udvikling som særligt gruppen på det medicinske område oplevede.



## Hvad oplever kommunerne?

De tre grupper af kommunale medarbejdere og ledere kommer med mange eksempler på opgaveglidning indenfor en lang række områder, der i al væsentlighed stemmer overens med den nationale analyse af opgaveglidning, som DSI har foretaget i juni 2009 med deltagelse af hjemmesygeplejersker fra seks kommuner i Region Midtjylland<sup>7</sup>: Blandt eksemplerne er opgaver i relation til de store kronikergrupper (særligt hjerter, KOL og diabetes), øget medicinering og (efter)behandling i hjemmet via fx dræn, kateter, IV-væske, -ernæring og -medicinering. En hjemmesygeplejerske giver et eksempel:

”Det handler om de medicinske patienter, der kommer hjem, og så skal vi lige følge med i puls og blodtryk og måske justere på det vanddrivende. Og på hospitalet har de måske også lige givet et nyt præparat til patienten, hvor vi lige skal holde øje med, om de kan tåle det.” (hjemmesygeplejerske)

I kommunerne opleves øgede opgaver omkring koordinering af ambulante forløb som illustreret i bl.a. denne udtalelse:

”Der er meget arbejde med at koordinere kontroller, fordi de kommer meget hurtigere hjem, og derfor skal vi hjælpe med at styre det, da mange patienter jo ikke kan selv. Tidligere var der mere tid til at planlægge det fra hospitalets side, men nu skal vi styre kontrollerne efter et indlæggelsesforløb.” (visitator)

Andre opgavetyper bliver også nævnt, fx øget monitorering af patienter der kommer hjem i mere akutte faser af forløbet, men også observationsopgaver i forbindelse med udredning, fx blodtryksmåling, vægt, puls, blodsukker, væske- og vandladningsskemaer. Derudover nævnes en lang række postoperative opgaver i relation til alt fra sårpleje, komplikationer, smertedækning og fordøjelsessystemet. Yderligere foregår behandling af kroniske sår ofte i hjemmet, hvilket også opleves som en opgaveglidning. Øget pleje af terminale i hjemmet er endnu et område, hvor hjemmesygeplejerskerne oplever opgaveglidning. På dette område er der kommet palliative teams mange steder, og selv om sygeplejerskerne i primærsektoren roser disse teams, peger de stadig på, at det ikke gør deres opgaver mindre eller lettere – men snarere muliggør endnu mere opgaveglidning og endnu flere patienter i hjemmet:

”På trods af gode ekspertteams fra hospitalet, så som de palliative teams, så er det en meget stor opgave for os: Vi står alene i hjemmet og skal koordinere det hele. Opgaven er blevet meget større. Mange er godt smertebehandlede og lever længere.” (hjemmesygeplejerske)

Kommunerne oplever, at mange af disse opgaver kommer uanmeldt, og at der mangler dialog og information om udviklingen og dermed også planlægning både på tværs og internt i kommunerne. Omvendt peger kommunerne på flere eksempler på opgaveoverdragelse, der faktisk er forløbet godt:

”Hjemmedialyse er det bedste projekt. Det handler om, at de tager ud og underviser alle, og vi er med hjemme hos borgerne og ser, hvordan det hele fungerer. Det kunne ikke være bedre. Nogle gange ringer vi også, og der er altid en, man kan få hjælp af. Alt er timet og tilrettelagt. Når man kommer ud, så mangler der intet, og man ved alt på grund af oplæringen. De kommer, hvis man er i tvivl, og der er en hotline.” (hjemmesygeplejerske)

Der er også positive oplevelser af opgaveoverdragelse blandt hjemmesygeplejerskerne i relation til store komplekse sår, smertepumper og IV-ernæring. Eksemplerne peger på nogle af de faktorer hjemmesygeplejerskerne oplever som væsentlige i forhold til en god opgaveoverdragelse: Det er velplanlagt, idet *”alt er timet og tilrettelagt”*, der er mulighed for sparring og støtte, fordi *”de kommer, hvis man er i tvivl, og der er en hotline”*, og medarbejderne har den nødvendige viden - *”de tager ud og underviser alle”*.

<sup>7</sup> ”Udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver”, Vinge og Kilsmark, DSI 2009 (tilgængelige på [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk))

Der tegner sig et billede af, at ikke al opgaveglidning er lige udfordrende. Flere peger på, at når det drejer sig om en relativt afgrænset og klinisk problematik – det som en leder her kalder ”*de enkelte opgaver*” – så fungerer overdragelserne bedre:

”Jeg synes, vi er gode til at gøre brug af hospitalerne, at vi kan trække dem ud til noget generel undervisning fx omkring kateter. Og samtidig er vi også gode, når vi får de enkelte opgaver, at få nogle ind og lære dem op og få den vidensdeling der skal til. Altså de enkelte opgaver synes jeg godt, vi kan magte – der er selvfølgelig det med økonomi og resurser.” (kommunal leder)

De store udfordringer opstår snarere som konsekvens af en øget mængde af det, kommunerne kalder komplekse borgere, som ikke nødvendigvis er det samme som specialiserede patienter. De komplekse borgere beskrives af flere som værende borgere med flere forskellige og ofte uafklarede problemstillinger, og som ofte har behov for hjælp og ydelser fra mange aktører i sundhedsvæsenet såvel som i den øvrige kommunale sektor.

Samlet set er de gode eksempler på opgaveoverdragelse ikke dem, der fylder mest for de kommunale medarbejdere og ledere:

”Vi har fået nogle opgaver de sidste år, som vi ikke har været medinddraget i, som er røget ud til os. Jeg ved ikke, om vi ikke har været nok opmærksomme på det eller hvad. Jeg tror ikke, vi har haft nok fokus på det i kommunerne.” (kommunal leder)

Oplevelsen i kommunerne er som en konsekvens heraf præget af et vist mål af frustration over samarbejdet mellem sektorerne. Som denne leder påpeger, er samarbejdet præget af, at der er tale om to meget forskellige systemer frem for ét:

”Det strander på, at vi ikke føler os som ét system. Som det er nu, så er det sådan, at det vi kan smide til dem, det sparer vi. Og det de kan smide til os, det sparer de. Så måske er det ikke det smarteste, at vi er delt op i to forskellige systemer, et regionalt og et kommunalt. Måske skulle man tænkte det mere som en samlet sag.” (kommunal leder)

Kommunerne deler i høj grad hospitalernes syn på, at borgerne så vildt muligt bør være hjemme, og at der ikke er grund til at ligge på hospitalet, hvis opgaverne kan klares i hjemmet. Men mange frustreres over, at de ikke oplever, at der er tid, viden eller kompetencer til at varetage disse opgaver ordentligt:

”Vi er sygeplejersker – vi vil jo gerne påtage os disse opgaver. Vi vil gerne det hele, men vi bliver frustrerede over, at vi ikke har resurser til det, hvis vi kan se, det er godt for patienterne, og vi kan se fornuften i det. Vi vil gerne alle opgaverne og det nye, men for mig er det uplanlagt opgaveglidning det meste af vores opgaver. Vi har fået opgaverne, men vi har ikke fået de resurser, eller tiden der skal til, for at løse dem.” (hjemmesygeplejerske)

Denne oplevelse er generel blandt hjemmesygeplejersker, ledere såvel som visitatorer.

Kommunerne oplever således mange konkrete eksempler på opgaveglidning såvel som enkelte eksempler på opgaveoverdragelse. Imidlertid er det den første gruppe, som fylder mest i de kommunale medarbejders bevidsthed. De er generelt set enige i hospitalernes vurdering af, at patienterne i videst muligt omfang bør være i hjemmet, men oplever også frustration over, at de ikke føler, de har muligheder for at gøre det hele.

## Hvad oplever medarbejderne på tværs?

Disse afsnit om medarbejdernes oplevelser i de tre sektorer afsluttes med dette eksempel, der handler om acceleration af patientforløb, og som illustrerer, hvordan og hvorfor vellykket acceleration kræver et bedre tværsektorielt samarbejde.

Set fra hospitalernes perspektiv er samarbejdet på tværs af sektorerne afgørende for, at accelererede forløb bliver både effektive og kvalitetssikre. Hospitalslægerne peger på, at ideen med accelerati-

on falder til jorden, hvis ikke primærsektoren er parat til at følge op efter udskrivelsen. Bekymringen består i, at uplanlagt opgaveglidning i forbindelse med acceleration ofte betyder utilstrækkelig opfølgning og genoptræning i hjemmet, som igen fører til endnu flere genindlæggelser eller reoperationer. En kirurg har disse oplevelser af manglende opfølgning i primærsektoren:

”Vi har fx sat fokus på god ernæring og tidlig mobilisering, så de ikke mister al for meget muskelmasse og ikke bliver alt for trætte, inden de kommer hjem. Det er vigtigt, når de kommer hjem, at der så er nogle, der hjælper dem med ernæringen. Vi ser mange, der kommer igen efter at have været hjemme, og så har de altså tabt syv kilo. Det går i stå i primærsektoren. 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 hospitalet, så kommanderer jeg dem i gang og ud af sengen, og når fysioterapien så slutter ved udskrivelsen, så har den fysioterapeut ikke noget ansvar. De skal lave en genoptræningsplan, man skal bruge i primærsektoren. Men når patienterne så kommer ind til os efter fire 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 hospitalsbesøg, og så stopper tingene der.” (kirurgisk overlæge)

Citatet peger på afgørende faktorer, for at acceleration skal lykkes: Der skal kommunikeres og planlægges på tværs af sektorerne. Desuden understreges, at der er et sundhedsøkonomisk incitament til at samarbejde på tværs af sektorerne, men at det for den enkelte sundhedsfaglige i høj grad også handler om tilfredsstillelsen i hverdagen ved at lave sit arbejde ordentligt og se resultaterne af det. Det, hospitalslægerne oplever, er, at deres arbejde i et vist omfang falder på gulvet og føles spildt. Hospitalslægerne peger på, at der mangler organisering af primærsektorens opgaver og ansvar i opfølgingsarbejdet:

”Problemet er, at det er primærsektoren, der har dagsordenen, og det er dem, der sætter præmisserne for udskrivelsen. Når vi er færdige med det kirurgiske, så skal de tage dem. Men den opfattelse her de ikke, så det kræver en mentalitetsændring og en form for åbenhed. Og logistikken skal optimeres, og det er meget væsentligt.” (kirurgisk overlæge)

I det følgende bliver frustrationen omsat til et konstruktivt forslag til, hvordan man kan forbedre det tværsektorielle samarbejde omkring acceleration:

”Jeg ønsker mig nogle kortere kommandoveje og større åbningstider. Jeg vil have lov at ringe direkte til hjemmesygeplejersken i et lokalt område og sige, at nu sender jeg hr. Petersen hjem. (...) I skal være klar til at modtage ham om to dage. Jeg arrangerer alt med hjælpemidler, (...) men der skal være en i hjemmet kl. 12 om to dage. Det lyder meget diktatorisk, men det bliver det nødt til at være. Jeg har også et program dagen efter.” (kirurgiske sygeplejersker)

Blandt sygeplejersker og kommunale ledere i primærsektoren findes også frustrationer, som blandt andet bunder i, at de føler sig glemt og overset i forbindelse med netop acceleration af forløb:

”Når vi snakker om behandlingsgarantier og om, at nu skal vi have en hel masse igennem hurtige operationer, så sætter man penge af til kirurgiske afdelinger og til sengeafdelinger. Men man glemmer at tænke på, at vi også får de accelererede patienter hjem. Vi kan også mærke, når de accelererer inde på operationsafdelingerne.” (kommunal leder)

Men acceleration, der ikke er koordineret på tværs, skaber ikke kun resurse-mæssige problemer, men også kompetencemæssige. En hjemmesygeplejerske illustrerer problemet:

”Hoftepatienter udskrives hurtigere, og vi står med oprydning efter dem. Vi oplever, at hvis de er i plejeboliger, så kommer de hjem dagen efter, de er opereret, og personalet dér er ikke uddannet til at varetage opgaver i forbindelse med nyopererede patienter.” (hjemmesygeplejerske)

Alt i alt er der bred enighed på tværs af sekundær- og primærsektor om, at acceleration *kun* kan fungere på hensigtsmæssig vis, hvis de tværsektorielle aspekter er tænkt igennem, og alle sektorer accelererer i samarbejde.

## Hvad kræver den gode opgaveoverdragelse?

Da opgaveoverdragelse er målet med dette projekt er det vigtigt at få et mere præcist indblik i, hvad god opgaveoverdragelse er ifølge informanterne, og hvad det kræver i praksis.

Overordnet set peges der på, at god opgaveoverdragelse er planlagt i modsætning til opgaveglidning, som opleves uplanlagt. Det forudsætter, at der finder en *dialog* sted, at denne er baseret på en *viden* om forestående ændringer eller udviklinger, da det ellers ikke er muligt at agere proaktivt. Samtidig er det en forudsætning, at dialogen ikke blot får karakter af orientering, men at den leder til en fælles forståelse af, hvordan opgavedelingen eller udviklingen skal være fremover, såvel som hvilken implementering, altså hvilke konkrete *handlinger*, der skal sikre, at der bliver tale om en god overdragelse – også ude i hverdagen i yderste led. De tre centrale elementer i opgaveoverdragelse er således **viden**, **dialog** og **handling**. Disse tre grundelementer behandles efter tur. En praktiserende læge udtrykte klart og koncist, hvad god opgaveoverdragelse kræver set fra hans perspektiv:

”Det er de her tre ting: Aftaler, information og implementering. Og hvis det ikke er i orden, så er der ingen ting, der lykkes! Og der skal være tænkt på alle tre ting.” (praktiserende læge)

Fælles forståelse eller *'aftale'* kræver dialog. *'Information'* kræver viden. Og *'implementering'* kræver handling. På tværs af interviewgrupper, sektorskel og faglige forskelle peger informanterne på mange af de samme ting som grundlag for en god opgaveoverdragelse.

## Viden: God opgaveoverdragelse kræver et godt dialoggrundlag

”Hospitalet skal være med til at beskrive den opgave, som de har smidt ud til os. De har den viden!” (hjemmesygeplejerske)

Opgaveoverdragelse forudsætter, at man handler *proaktivt* og overdrager opgaver *planlagt*. Det kræver, at man har viden om selve forandringen, både de mere løbende udviklinger såvel som de mere planlagte ændringer. Hvad der er væsentligt at vide i relation til forandringer med tværsektorielle konsekvenser vil variere meget fra forandring til forandring: Der er forskel på planlagt acceleration af forløb, større kapacitetsændringer i form af fx sengelukninger, udlægning af konkrete udrednings- eller behandlingsopgaver til primærsektoren, og pleje- og behandlingsopgaver der glider løbende som konsekvens af generelt faldende liggetider eller øget ambulans aktivitet. Fælles er imidlertid behovet for at få overblik og sikre, at man *”når hele vejen rundt”*, som en visitator formulerer det:

”Det handler om at nå hele vejen rundt: Hvad er det så, der skal tages højde for, inden man overdrager?” (visitator)

Der kan således ikke laves nogen endegyldig model for, hvordan et relevant og adækvat dialoggrundlag ser ud – det vil altid afhænge af den konkrete situation. Men disse variationer ændrer ikke ved, at der er behov for en langt bedre og ikke mindst tidligere dialogindsats på et vidensgrundlag, der er så fyldestgørende som overhovedet muligt. Informanterne peger på, at der er meget at vinde for alle parter ved at stræbe efter mere planlagt opgaveoverdragelse i stedet for blot at lade opgaverne glide – bevidst eller ubevidst.

”Det er et spørgsmål om at få viden om, hvilke konsekvenser det får for os, og hvad vi så skal gøre? Det er den viden, som gør, at man kan agere. Hvis vi ikke har den viden, så kan vi heller ikke agere. Man skal måske mødes, så de kan fortælle rent konkret: Hvad får det af betydning for jer, det vi gør her? Hvad forventer vi, at I skal gøre, når vi gør det her? For det får jo nogle konsekvenser hver eneste gang, så det samspil er man nødt til at have på banen.” (kommunal leder)

Med afsæt i informanternes idéer og ønsker til god opgaveoverdragelse på tværs af interviewgrupperne, er der i dette afsnit opstillet en række tematiserede spørgsmål, der indikerer, hvilke typer af viden der er væsentlige som grundlag for en proaktiv og planlagt opgaveoverdragelse.

### At få øje på forandring

Noget af det væsentligste er at få øje på de ændringer, der har tværsektorielle konsekvenser for opgavevaretagelsen, og at få startet en tværsektoriel dialog om disse langt tidligere end det sker i dag. Dette er ikke nogen ringe udfordring, da meget opgaveglidning ikke er resultat af konkrete ændringer eller projekter, men foregår løbende, uden at man er bevidst om, at en udviklingstendens eller en konkret ændring skaber opgaveglidning.

### Hvad skal der ske?

Første led i processen er at få beskrevet selve den ændring, forandring eller udvikling, som får konsekvenser for opgaverne i andre sektorer, og – som det blev formuleret i citaterne herover – at fokusere på at *"komme hele vejen rundt"*, og på hvilke konkrete konsekvenser det kan få i andre sektorer.

I nogen tilfælde vil det være relevant at opstille før og efter scenarier på patientforløbsniveau. Denne metode er med til at sikre, at detaljerne kommer med. I andre tilfælde er det måske snarere organisatoriske før og efter scenarier, der er relevante. Det kunne fx være i forbindelse med lukning af senge, hvor det er relevant at vide: Hvad sker der? Og hvad betyder det helt konkret? Hvad gør man ved de patienter i stedet? Løses det delvist ved øget ambulans aktivitet? Ved bedre diagnostisk service til almen praksis? Ved kortere forløb? Andre tiltag?

Andre eksempler på ændringer, der ofte har tværsektorielle konsekvenser, er acceleration af forløb eller indførelse af en ny behandlingsmæssig eller diagnostisk teknologi. Pointen er den samme: En forudsætning for tværsektoriel dialog, der kan lede til en god opgaveoverdragelse, er en beskrivelse af selve forandringen og dens konsekvenser for patientforløbene på tværs af sektorer. Denne øvelse er væsentlig for at få øje på, hvilke konkrete opgaver der evt. vil blive overdraget til en anden sektor i forbindelse med løbende såvel som planlagte ændringer.

### Hvornår skal det ske?

Flere kommunale aktører peger også på to aspekter af tid og timing i forbindelse med dialoggrundlaget. På den ene side er det væsentligt, at man er eksplicit om ikke blot, hvad der skal ske, men også hvornår: *"Det handler om, at der fastsættes et tidspunkt for, hvornår nogen opstarter."* (visitorator)

På den anden side peges der på, at det er vigtigt at starte den tværsektorielle dialog i god tid inden dette tidspunkt – langt tidligere end det ofte sker i dag. Ellers bliver en planlagt overdragelse ikke mulig. En kommunal leder beskriver her, hvordan manglen på tidlig inddragelse kan skabe en oplevelse af at være *"10 skridt bagefter"*:

*"Vi er ikke forberedt på en FAME- afdeling, som har nogle hurtige forløb. Vi har ikke været med i den udvikling, der er foregået på hospitalerne. Vi kan godt se, at når patienterne kommer hurtigere hjem, så er vi nødt til at ændre praksis. Men vi er lige 10 skridt bagefter, fordi vi ligesom ikke har været inddraget i den proces, der er sket i forbindelse med, at vi skal være mere akutte. Eller skal vi? Har vi råd til det?"* (kommunal leder)

## Hvilke og hvor mange patienter berører det?

I relation til opgaveoverdragelse er det meget væsentligt ikke blot at vide, hvad der skal ske – men også hvor mange patienter det berører. Hele den videre proces, herunder stillingtagen til behovet for at indgå aftaler, behovet for information og behovet for vidensoverdragelse og kompetenceudviklingen, er afhængigt af, hvor mange patienter en given ændring berører.

Spørgsmålet om volumen og kapacitet kan være meget svært at estimere, særligt tidligt i en forandringsproces hvor man ofte ikke ved, hvad en given ændring fører med sig. Der kan være mange usikkerhedsfaktorer knyttet til den slags estimater. Men hvis god opgaveoverdragelse skal blive en realitet, er det væsentligt, at man forholder sig til volumen så tidligt som muligt.

## Dialog: Hvordan sikrer man fælles fodslag?

En fyldestgørende beskrivelse af ændringer, omfang, timing og konsekvenser er et godt udgangspunkt for en tværsektoriel dialog. Men dialog tager tid, tid er resurser, og dem er der ingen, der har for mange af noget sted i sundhedsvæsenet. Derfor er det vigtigt at være meget bevidst om, hvad formålet med en dialog er, og at man er målrettet i processen.

Den tværsektorielle dialog i forbindelse med opgaveoverdragelse skal for det første sikre en **fælles viden** og forståelse af, hvad der skal ske, hvornår og med hvilke konsekvenser. Et godt dialoggrundlag – som beskrevet herover – er det væsentligste element i at sikre fælles viden om selve forandringen. Men dialogen skal også sikre, at man når frem til en fælles forståelse af, hvordan fremtidig praksis skal se ud på de berørte områder, altså et **fælles mål**. Det kan være i form af beskrivelser af opgavefordelinger, patientforløb og alt efter behov indgåelse af deciderede aftaler. For det tredje skal dialogen føre til et fælles billede af selve **processen** omkring opgaveoverdragelsen, og hvad der skal ske i den forbindelse. Sidst men ikke mindst skal den tværsektorielle dialog sikre bred opbakning og ejerskab, kort sagt: **motivation**.

## Fælles mål og fælles proces

Formålet med en dialog er at få skabt en afklaring om, hvordan opgaverne skal fordeles efter overdragelsen. Særligt de praktiserende læger peger på behovet for at indgå præcise aftaler. En praktiserende læge opsummerer her, hvad han mener god opgaveoverdragelse rummer:

”Planlagt opgaveoverdragelse skal være aftalt med de praktiserende læger, så man sikrer sig, at det er gennemførbart hos os, at det er aftalt med hospitalerne, og at man er enige om, at det er den måde, man vil gennemføre det på, og at man samtidig underbygger det med en konsensusudtalelse på skrift kombineret med et eller flere møder, hvor problemer og spørgsmål kan blive vendt. Dermed er det en flertrinsraket, hvor det kræver et planlagt samarbejde aftalt imellem en eller flere af de praktiserende læger og en eller flere læger og afdelinger på hospitalerne.” (praktiserende læge)

I praksis vil det afhænge af det konkrete tilfælde, fx af hvilke parter der er involverede, hvorvidt der er behov for (skriftlige) aftaler, eller om fælles forståelser opnået i en dialogproces er nok til at sikre gode overdragelser. Men skriftlige aftaler eller ej, så skal dialogen føre til en klar og fælles forståelse af, hvordan opgaverne skal fordeles fremover – altså hvor sektorgrænsen skal gå: Hvem tager sig af hvilke konkrete opgaver? I denne forbindelse peger informanter i alle sektorer – ikke mindst de praktiserende læger – på, at det er en udfordring at indgå og ikke mindst implementere ensartede og præcise aftaler med almen praksis som samlet sektor i hele Regionen; en udfordring vi vender tilbage til i senere afsnit.

Som den praktiserende læge påpeger i citatet, er der imidlertid tale om en ”flertrinsraket”, og det er mindst lige så vigtigt at blive enige om ”måden, man vil gennemføre det på”, dvs. selve processen omkring ændringerne og den opgaveoverdragelse det eksplicit eller implicit medfører.

## Motivation

”Pisk virker, men vi skal også tænke arbejdsmæssige incitamenter ind i opgaveglidning: Hvad kan fordelene være for primærsektoren i, at de får en given opgave?” (hospitalsafdelingsleder)

En af de væsentligste forudsætninger for vellykket forandring af enhver art – også opgaveoverdragelse – er, at de aktører, det berører, er motiverede for forandringen. Pointen er banal, men står i flere tilfælde i skærende kontrast til den virkelighed omkring opgaveglidning, som medarbejderne beskriver i interviewene. I dette afsnit behandles forskellige aspekter af motivation, som informanterne ser som væsentligt for at sikre en vellykket overdragelse.

### *Forståelse motiverer: Hvorfor skal opgaver overdrages?*

”Der skal være åbenlyse fordele for dem, der afleverer arbejdet, såvel som dem der fremadrettet skal udføre det: Man skal kunne se formålet og fornuften med det”. (hospitalsafdelingsleder)

Et overordnet budskab blandt de praktiserende læger er, at vejen fra uplanlagt opgaveglidning mod planlagt opgaveoverdragelse går gennem dialog mellem sektorerne. I dialogen skal baggrunden for, *hvorfor* opgaver glider henholdsvis til dem eller fra dem, lægges åbent frem. De påpeger, at frustrationer omkring opgaveglidning ofte handler om uvisheden, om hvorfor de overdrages. Samme uvished bliver ofte anledning til spekulationer og frustrationer som udtrykt i sætningen: *”Vi er skraldespande, hvis systemet ikke fungerer”*.

De praktiserende læger vil fx gerne vide, om opgaver overdrages pga. besparelser i hospitalsvæsenet, eller om de glider væk fra almen praksis og over på hospitalet, fordi man ikke har tillid til, at almen praksis er kompetent til at udføre opgaven, som det fremgår af nedenstående citat fra en diskussion om diabetes og ambulante kontroller:

”Nu skal man belaste hospitalsambulatoriet med en kontrol, og det hænger sammen med det hovedproblem, at hospitalerne ikke har fuld tillid til det forarbejde, vi laver, og de prøver der bliver taget her [i almen praksis]. Så de laver utrolig mange af tingene om. Så i stedet for at vi serverer en patient grydeklar, så kræver de nu, at de selv går op og undersøger dem for at se, om vi nu har gjort det godt nok.” (praktiserende læge)

Flere praktiserende læger mener, at en åben dialog kan medvirke til større forståelse for opgaveglidningerne og dermed til større motivation og mindre modstand blandt de praktiserende læger, når opgaver krydser sektorgrænser.

Hospitalslederne oplever også, at forholdet mellem almen praksis og hospitalerne ikke altid er præget af det mest tillidsfulde samarbejde. Men en hospitalsleder kom med dette konstruktive bud på, hvordan forskellene mellem almen praksis og hospitalerne kan ses:

”Mellem praksislæge og hospitalslæge så skal man ikke snakke om, hvem der er bedst og kan det bedst. Vi kan noget forskelligt, og vi skal ikke kunne det samme. Vi kan noget mindre, men mere i dybden. Det kan den praktiserende læge ikke, men de kan til gengæld holde flere bolde i luften og har overblik og tovholderfunktionen. Der er ingen tvivl om, at de praktiserende læger er dygtige rent fagligt. De er bedre til at håndtere en patient med flere sygdomme, end vi er på hospitalet.” (hospitalsafdelingsleder)

At kende og forstå baggrunden for en opgaveglidning, kan med andre ord i sig selv være motiverende og dermed lette processen.

### *Udsigt til forbedringer og fordele motiverer: Hvilke fordele er der ved overdragelsen?*

Åbenhed om årsager til opgaveglidning er en vigtig motivationsfaktor. En kommunal leder beskriver således, at det er vigtigt, at man kan se fordele for patienterne, men hun peger også på, at nye opgaver rummer udviklingsmuligheder for de kommunalt ansatte:

”Vi vil jo gerne gøre det bedste for patienterne eller borgeren. Derfor har vi taget opgaverne på os. Sygeplejerskerne vil jo også gerne udvikle sig, så vi giver jo både IV og skifter topkateter osv. Det er det bedste for patienten og for jobbet.” (kommunal leder)

Flere peger på, at det i forbindelse med dialogen er væsentligt at holde fokus på, hvilke fordele der er ved overdragelse, både arbejdsmæssige incitament eller forbedringer for patienterne:

”De praktiserende læger sidder med nøglen, men vi skal ikke sige, at de skal gøre det og det, for de skal have en fordel i det – ikke økonomisk for det kan vi ikke – men vi skal give dem en arbejdsmæssig fordel. Eller de skal kunne se, at deres patienter vil få det bedre, hvis de gør et tiltag. Så ville det være muligt.” (hospitalsafdelingsleder)

Hospitalslægerne præsenterer eksempler på arbejdsmæssige fordele for alle parter ved opgaveoverdragelser på laboratorieområdet, hvor dele af blodprøve- og røntgenbilledområdet er gledet fra hospitalerne over i almen praksis:

”Vi har faktisk fået de praktiserende læger til at bestille nogle af vores blodprøver og røntgenbilleder, når de henviser patienten, så de foreligger, når de kommer. Det var der selvfølgelig en del modvilje imod i starten. Men dels gik regionen ind og dækkede den økonomiske byrde, det var for dem, dels kunne de godt se, at hvis prøverne lå klar, når patienten kom, så ville ¾ af dem være afsluttet. Det betød kortere ventelister. Desuden får de praktiserende læger også lov til at indlægge nogle relativt simple problemstillinger direkte på afdelingen udenom lægen, så de selv kan indlægge dem og udskrive dem, uden vores læger bliver indblandet. Det kræver selvfølgelig, at de selv har bestilt eksempelvis blodet og orienteret personalet og patienten om det, men det gør også, at de praktiserende læger er fri for at hænge i røret fire gange for at aftale det ene og det andet med lægen på hospitalet. De kommer måske til at lave mere, men det sparer på irritationskontoen i den anden ende for dem. Det er den vej, man skal tænke, for de skal motiveres til det”. (hospitalsafdelingsleder)

Eksemplet beskriver, hvordan indledende skepsis overfor en overdragelse kan ændres, hvis ændringen også kan føre til forskellige fordele, der samlet set skaber en større motivation for opgaveoverdragelsen. Samtidig er det vigtigt at påpege, at dette positive eksempel på opgaveoverdragelse og motivation ikke er generelt. Der findes mange eksempler på modstridende incitament i forbindelse med overdragelser, som i sidste ende leder til frustration og irritation. Resultatet bliver ofte en modvillig halvhjertet implementering.

Et eksempel på en mindre vellykket overdragelse er overgangen til dosisdispenseret medicin. På den ene side argumenterer praktiserende læger med afsæt i dosisdispensering for, at denne opgaveglidning fra hospital til almen praksis kan give mange teoretiske fordele, men samtidig ulemper i praksis:

”Formålet med opgaveglidningen var, at man skulle have bedre kontrol med medicinen. Det er et system, der teoretisk set skulle give dosering med færre fejl. Det har fungeret, men med to problematikker: At få rekrutteret de rigtige patienter og at kommunerne ønskede at spare sygeplejersketimer og derfor havde en stor interesse i at få flyttet relativt mange patienter over i dosisdispensering. Det har givet en større belastning hos almen praksis, da det ikke var så simpelt.” (praktiserende læge)

Nogle praktiserende læger oplever altså en øget arbejdsbelastning som følge af overgangen til dosisdispensering, som de ser som en opgaveglidning. Kommunerne opfatter omvendt, at de praktiserende læger har for nemt ved at afvise at påtage sig opgaven med dosisdispensering, fordi det ikke er en ”skal-opgave”. Og set med en kommunal leders øjne er det blandt andet et spørgsmål om manglende ledelse eller styring af de praktiserende læger:

”I forhold til fx dosisdispenseret medicin er det jo grotesk, at man ikke har kunnet indgå en aftale med de praktiserende læger om, at det her er en skal-opgave. Man siger stadigvæk: ’jamen vi kan ikke tvinge lægerne til at gøre det’ – det forstår jeg simpelthen ikke. Nogle læger gør det, og andre gør det ikke. Når man snakker så meget om patientsikkerhed, og ved hvor meget dosisdispenseret medicin hjælper, så kan man undre sig over, at de kan få lov til at sige ’nej, det vil jeg ikke’.” (kommunal leder)

”Vi oplever også omkring dosisdispensering, at vi har nogle læger, der siger fuldstændig fra, trods det at man politisk har besluttet, man skal, og vi er endda blevet beskåret en sygeplejerske af samme grund.” (kommunal leder)



Det leder til frustrationer, når man oplever modstand, og ændringer ikke lykkes i det omfang, man ønsker. Men en anden kommunal leder peger selv på, at årsagen måske ikke kun er at finde hos de praktiserende læger:

”Det er det med dosisdispensering, hvis vi skal lave en selvransagelse, så sidder vi og taler om, hvor mange hospitaler der laver opgaveglidning, og reelt set er det [dosisdispensering] jo en opgaveglidning. Og på det tidspunkt, da vi lavede dosispakning hos os, der endte vi jo med at aftale det med de praktiserende læger, men det var altså i slutfasen [at de blev inddraget]. Jeg er helt sikker på, at de oplevede det som en opgaveglidning over til sygeplejerskerne alt det der, nu er det dem, der lige pludselig sidder med. Så man kunne godt forestille sig, at det måske ikke kun er økonomi. Det kan også være holdningen, ligesom vi andre sidder og siger, de må da komme i kontakt med os, hvis vi skal lave de opgaver.” (kommunal leder)

Eksemplet med indførelsen af dosisdispensering viser således hvor væsentligt det er både at inddrage og at tænke i arbejds gange så vel som motivation for alle de parter det berører.

#### *Udsigt til kvalitet motiverer: Hvordan kvalitetssikres overdragede opgaver?*

Dette afsnit berører specifikt den motivation til opgaveovertagelse, der ligger i udsigten til kvalitetssikring set fra de praktiserende lægers perspektiv. De peger bl.a. på, at måden, man sikrer kvaliteten i det samlede patientforløb på tværs af sektorer, er, ved at videnoverdragelse obligatorisk følger med opgaveoverdragelse til primærsektoren. Det ligger desuden de praktiserende læger på sinde, at kvalitetssikringen indgår i selve planlægningen af opgaveoverdragelse:

”Der skal en kvalitetssikring til, hvis vi skal have denne opgave, som vi har fået glidende fra hospitalerne. Det skal overordnede instanser tage sig af. Der skal gælde de samme krav, at kvaliteten skal være i orden eller bedre end tidligere. Det glider, uden vi opdager det, og pludselig så sidder vi med det. Noget vi måske ikke har gjort i mange år, så skal vi til at se, om vi gør det godt nok. En af udfordringerne er at kvalitetssikre. Det skal der altså til. Men det gør man ikke på de ting, der er gledet”. (praktiserende læge)

Det er med andre ord en forudsætning, at kvalitetssikringen er i orden, når opgaver overdrages, men desto mere motiverende og tilfredsstillende hvis kvaliteten får et yderligere løft som følge af overdragelsen.

Samtidig er der en klar erkendelse af, at de praktiserende læger selv har en del af ansvaret for at kvalitetssikre, og at de ikke blot passivt skal afvente, at ”overordnede instanser tager sig af det”. Netop dette perspektiv illustrerer en praktiserende læge med en analogi mellem lægen og tømrermesteren:

Vi må også lige huske én ting, og det er, at vi er private virksomheder. Hvis nu en tømrermester modtager nye tagplader, så er han jo også nødt til at lære sig, hvordan han lægger disse tagplader. Vi er altså også nødt til at hanke op i os selv, og så må vi selv søge den uddannelse. Vi påberåber os at være en virksomhed, så vi har eget ansvar til at opkvalificere os selv. Det behøver ikke altid være nogen udefra, der kommer og fortæller os, hvordan det skal gøres.” (praktiserende læge)

Alt i alt peger informanterne på, at motivation for ændring er en vigtig forudsætning for at komme fra opgaveglidning til -overdragelse, og at et væsentligt formål med en dialog er at sikre motivation for en given ændring hos alle parter.

#### *Opsamling om sammenhængen mellem motivation og dialog*

Interviewundersøgelsen har således kunnet pege på, at motivation handler om flere forskellige forhold:

- Det motiverer at kende **baggrunden** for og formålet med en forandring.
- Det motiverer at kunne se **fordele** i ændringen, selvom den måske også indebærer åbenlyse ulemper, idet forandringer – ligesom medicin – ofte har bivirkninger.

- Sidst men ikke mindst motiverer det de sundhedsfaglige at vide, at forandringer ikke afstedkommer ringere kvalitet, men at det eksplicit sikres, at **kvaliteten** ikke lider under opgaveoverdragelser.

Men alle disse forhold kommer ikke af sig selv, og en forudsætning for at motivation – og dermed også fælles ejerskab omkring beslutninger – handler således i høj grad om at blive inddraget i en dialogproces. En hospitalsafdelingsleder peger netop på inddragelse som forudsætning for at sikre, at man har fælles incitament – altså motivation:

”Hvis primærsektor har andre incitament (i forbindelse med opgaveglidning), end vi har, så er det fordi, vi ledelsesmæssigt ikke er gode nok til at invitere dem med til bords, når vi ændrer. Og det er da vores pligt at tage de mennesker med til bords og høre; ‘Hvad ser I af opgaver og udfordringer?’ Så hvis de har et andet incitament, så tror jeg, det er fordi, at vi ikke er gode nok. Og det er vi heller ikke, men vi kan da lære af de steder, hvor det fungerer, og det har vi en ledelsesmæssig forpligtigelse til.” (hospitalsafdelingsleder)

Set i lyset af det foregående afsnit om motivation og incitament er det værd at afslutte med en bemærkning om, at der tilsyneladende er noget, der samler alle de sundhedsfaglige grupper på tværs af sektorer og fagligheder. Nemlig at den største motivationsfaktor i deres arbejde er kvalitetsmæssige forbedringer til fordel for deres patienter. Det gælder kommunernes perspektiv, i almen praksis og på hospitalerne. Med andre ord synes det muligt at finde et fælles incitament til løsninger på opgaveoverdragelsesprojektet. Et fælles fodslag og en fælles motivationsfaktor.

## Handling: Hvordan sikrer man implementering?

Viden om forestående ændringer og opgaveoverdragelser, dialog og evt. også aftaler kan imidlertid ikke stå alene. Uden handling og implementering er en god opgaveoverdragelse ikke sikret. Den form for handling, der primært tales om i interviewene har to formål:

1. Implementering af den konkrete **vidensoverdragelse** som opgaveoverdragelsen evt. forudsætter, samt de praktiske og logistiske udfordringer den skaber.
2. Sikring af **kommunikation** – helt ud i yderste led – eftersom hverdagen i store komplekse organisationer ofte er præget af stor personalegennemstrømning.

Det følgende afsnit behandler disse to temaer.

## Vidensoverdragelse – en forudsætning for opgaveoverdragelse

Flere peger på, at overdragelse af viden i forbindelse med overdragelse af opgaver er helt central:

”Det er utrolig vigtigt, at det ikke kun er opgaverne, der glider, men at det også er viden, der skal glide med. Vidensoverdragelse er vigtig, og ved mangel af viden kan den ikke lykkes: Når man overdrager, så skal man sikre sig, at de ved og ikke tror, at de ved, hvad der præcist skal foregå.” (medicinsk overlæge)

Men dette er ikke altid lige let. For lige såvel som det ofte er svært at få øje på opgaveglidning og blive bevidst om, at det foregår, så er det også svært at få øje på behovet for vidensoverdragelse. Hertil kommer, at hospitalerne er vant til at lave mange mere og mere specialiserede opgaver og derfor måske ikke er så bevidste om, hvad man kan og har af kompetencer, viden og udstyr i hjemmesygeplejen:

”Nogle gange kan det være nogle ting, som vi gør hver dag, og så tænker man ikke over, at hjemmesygeplejersken måske ikke har mødt det i flere år.” (kirurgisk sygeplejerske)

Denne forskel kan måske forklare, hvorfor kommunerne til tider oplever, at de selv skal efterspørge overdragelse af viden, når opgaver er gledet, og at det ikke altid er noget, der sker automatisk *inden* en overdragelse:

”Det er ikke sådan, at hospitalerne ikke er villige til at undervise os, men det er os, der skal gøre dem bevidste om det og bede om det.” (visitator)

Interviewene rummer mange konkrete eksempler på medarbejdere i alle sektorer, der oplever, at vidensoverdragelsen langt fra altid følger med:

”Hofterne [de hoftopererede] kommer hurtigere ud. Vi oplever, at hvis de er i plejeboliger, så kommer de hjem dagen efter, de er opereret, men personalet der er ikke uddannet til at varetage opgaver i forbindelse med nyopererede patienter.” (hjemmesygeplejerske)

Kommunerne efterlyser generelt bedre opgaveoverdragelse og vidensoverdragelse fra hospitalssektoren. Men i hospitalssektoren oplever de også, at forsøg på at lave planlagt opgaveoverdragelse og undervisning i kommunerne ikke altid bliver hilst velkommen – ofte med resurse-mangel som begrundelse. En overlæge beretter her, hvilke oplevelser han havde med undervisning i subkutan væske<sup>8</sup> i kommunerne:

”Vi har været på lokalcentre og fortælle om, hvad det er, vi gør. Men nogle lokalcentre sagde nej tak, fordi de ikke havde resurser til det”. (medicinsk overlæge)

Selvom der således er meget klar og bred enighed blandt de sundhedsfaglige i alle tre sektorer om, at overdragelse af viden i forbindelse med overdragelse af opgaver er helt central, viser der sig også barrierer og dilemmaer, som hindrer overdragelsen af viden i praksis.

#### *Rundt om forskellige metoder til vidensoverdragelse*

Interviewene pegede på en lang række eksempler på konkrete metoder til overdragelse af viden, som strækker sig fra hotlines til fælles skolebænk, anden undervisning, individuel sidemandsoplæring, turnusordninger og delestillinger og standardiseret skriftlig information.

På tværs af interviewene tegner der sig et billede af, at udviklingen skaber et øget behov for, at hospitalerne deler deres viden med både patienter og sundhedsfaglige i andre sektorer. En kommunal leder kommer med et konkret eksempel på, hvor hun har behov for viden, hvilken type viden og hvordan behovet for viden har ændret sig de seneste år:

”Det er nemmere for mig som leder at ruste medarbejderne til nye opgaver, hvis jeg konkret får at vide, at nu får vi vakuumbehandling hjem. Der er mange ting i det og gør det meget sværere for mig: Hvordan skal jeg forberede mig på det, og hvordan skal jeg få dem opdateret og få dem udviklet, undervist i det? Sygdommen er langt mere i den akutte fase nu, når de kommer hjem. Det er ikke den rolige fase, hvor vi bare skal følge op på behandlingen. Der skal observeres nogle andre ting, der skal være en viden om sammenhænge indenfor medicinen, som der ikke skulle være for 10 år siden, for det stadie var de ovre, når de kom hjem.” (kommunal leder)

En kirurgisk hospitalssygeplejerske beskriver, hvordan accelererede forløb har betydet, at såvel patienter som hjemmesygeplejersker kontakter dem oftere. Men det er ikke kun accelererede forløb, der skaber et øget behov for at dele og sprede viden på tværs af sektorerne: Særligt hospitalssygeplejersker og hjemmesygeplejersker peger på, at introduktionen af nye visitationssystemer i kommunerne har betydet en øget afstand mellem den sygeplejerske, der udskriver, og den der modtager. Afstanden bliver ikke mindre af, at de, der visiterer i forbindelse med udskrivning, ikke altid er sygeplejersker. Det er et tema, som fylder en del blandt sygeplejerskerne på tværs af sektorerne, som dette citat illustrerer:

”Jeg tror, det er væsentligt, at man har fjernet flere fagprofessionelle ude i organisationen, så hvis man skal have fat i en visitator, så foregår kommunikationen ikke mellem fagprofessionelle. Det er altså nemmere for den praktiserende læge at ringe til en anden læge. Men hvis jeg skal ringe til en ergoterapeut og fortælle om en vakuumbehandling, der tager så og så lang tid, så spørger hun ”kan det nu også passe?”. Hun stiller ikke et spørgsmål til det faglige, men til det tidsmæssige”. (kirurgisk sygeplejerske)

<sup>8</sup> At give væske ved at anlægge et drop lige under huden, i stedet for intravenøst, altså i en blodåre.

Derudover er udskrivningspraksis også ændret mange steder, således at der ikke altid er nogen direkte kontakt, som denne kirurgiske sygeplejerske beskriver det:

”Jeg kan være lidt bange for, hvis man altid kun sender fax til hjemmesygeplejersken, at så får man ikke lige den der pingpong om, hvorvidt de er fortrolige med det. Men det er selvfølgelig også deres opgave at ringe til os og sige, at det der har de aldrig prøvet før.” (kirurgisk sygeplejerske)

Bekymringer af denne art kombineret med en erkendelse af, at man på hospitalerne laver mange specialiserede ting, som ikke er hverdagskost for primærsektoren, ligger til grund for, at hospitalsansatte og -ledere i interviewundersøgelsen påpeger væsentligheden af at stille deres viden til rådighed for primærsektoren. De er bevidste om, at de er nødt til at være mere tilgængelige, når så mange opgaver glider ud i primærsektoren:

”Det handler om tilgængeligheden blandt specialisterne på hospitalet. Vi skal have åbne telefontider og åbne akutte ambulatorier. Det er en stor udfordring, og det skal lægges om internt. Både læger og sygeplejersker skal kunne få fat i hinanden, når der er brug for specialviden.” (hospitalsafdelingsleder)

”Det er tit hjemmesygeplejerskerne, der oplever, at de får nogle komplekse ting, de skal tage sig af. Nogle specielle sygeplejehandlinger – det kan være sår eller pumper eller smertebehandling osv. Der er det vigtigt, at vi som hospitalssygeplejersker ser os selv som eksperter, så vi stiller vores viden til rådighed.” (kirurgisk sygeplejerske)

Der er bred enighed om, at øget tilgængelighed blandt hospitalsspecialister, der stiller deres viden til rådighed, er positivt for overdragelsen af viden generelt set. Imidlertid er hverken øget tilgængelighed eller andre former for vidensoverdragelse nogen gratis affære:

”Vidensoverdragelse og opgaveoverdragelse tager tid, og det skal accepteres. Hvis jeg skal overdrage mere viden, så må jeg sige fra andre steder.” (medicinsk overlæge)

Som lægen beskriver, er en af de store udfordringer i relation til vidensoverdragelse, at det tager tid, og at den tid skal tages fra noget andet. Derfor er det helt centralt ikke at bruge flere resurser – og flere medarbejders tid – end højest nødvendigt. Og her er det væsentligt at pege på, at mangel på vidensoverdragelse også koster resurser i hele sundhedsvæsenet:

”Vi spilder tid, når vi selv skal søge oplysninger eller materiale, og det er en forbedring at få materiale fra hospitalerne fra starten, så vi ikke skal bede om det. Det sker jævnligt, at det mangler, og at vi så selv skal ringe rundt efter det. Med hensyn til den ny insulinpille, der har vi i hvert fald stået og ikke helt vidst, hvordan det skulle foregå.” (hjemmesygeplejerske)

Hjemmesygeplejersken spilder således ikke blot hendes egen tid, men også alle de medarbejdere i hospitalssektoren eller andre steder, som hun kontakter i forsøget på at få den viden, hun mangler. Spørgsmålet om vidensoverdragelse og hvilke metoder, der er mest hensigtsmæssige, må derfor følge en trinvis opbygning, hvor første overvejelse altid bør omhandle, hvilke nødvendige tiltag der er de mindst resursekrævende. Fx er en hotline, hvor alle kan ringe og stille individuelle spørgsmål ad hoc en resursetung metode. Den kan selvfølgelig være nødvendig, men bør sjældent stå alene som strategi for vidensoverdragelse. Inden man opretter en hotline, bør man derfor overveje, om der er så meget behov for generel vidensoverdragelse, at det kan gives samlet til flere, dvs. om undervisning ville være en mere omkostningseffektiv form for vidensoverdragelse. Ligeledes kan man stille spørgsmålstegn ved, om undervisning er nødvendig – eller om den samme information lige så vel kan gives skriftligt til patienter såvel som til sundhedsfaglige i primærsektoren, hvilket er et endnu mindre resursekrævende tiltag. Valget af metoder til vidensoverdragelse bør således træffes ud fra et princip, der er helt parallelt til LEON- princippet: Altså ved anvendelse af den mindst resursekrævende effektive vidensoverdragelse.

I flere interviews peges på, at opgaveoverdragelse ofte medfører et behov for grundlæggende at revidere både skriftlig og mundtlig patientinformation såvel som informationen til primærsektoren. Behovet fremhæves fx særligt i forbindelse med acceleration af forløb, men også i mange andre tilfælde. Særligt medarbejderne på det kirurgiske område var opmærksomme på dette:

"Vi skal være opmærksomme på, at vi laver utrolig mange meget specialiserede ting, og derfor er det vigtigt, at man laver skriftlige informationer om eksempelvis smertepumper, operationer, bandager og giver patienterne det med hjem. Vi har patientinformation på alt stort set. De får operationsplanen og det hele med hjem. Hvis hjemmeplejen ikke ved, hvad de skal, så kan de se på patientens skriftlige materiale. Alt burde foreligge på skrift, når det er så specialiserede ting, og patienterne skal selv have det med hjem." (kirurgisk overlæge)

Medarbejderne peger på, at det selvfølgelig også er resursekrævende at lave og opdatere patientinformation, men de mener selv, at "*det kan nok svare sig*", fordi de vurderer, at det sparer dem for mange henvendelser fra patienter såvel som fra sundhedsfaglige i primærsektoren.

De hospitalsansatte peger ligeledes på, at skriftlig patientinformation bliver vigtigere og vigtigere. Primært fordi hospitalsforløbene bliver mere og mere komprimerede og intensive, hvorfor mange patienter slet ikke når at stille mange af de spørgsmål, som først melder sig efter udskrivningen. Resultatet bliver ofte, at patienten i stedet retter disse spørgsmål til sundhedsfaglige aktører i primærsektoren.

I forbindelse med behovet for patientinformation efter udskrivelse peges også på den sundhedsfaglige kontaktpersons rolle efter udskrivelsen:

"Vi har en struktur, der siger, at hver enkelt har en kontaktlæge eller sundhedsfaglig kontaktperson, og det må hjemmesygeplejersken jo vide, og vi skal turde tage ansvaret på os. Men nogle patienter har fem forskellige kontaktpersoner, selvom reglen jo faktisk er, at så skal der udpeges én som den primære kontaktperson, som skal se på helheden. Men det er præcist dette, som vi ikke tager alvorligt. Det er den rolle, den praktiserende læge har, men når de er på hospitalet, så påtager vi os ikke ansvaret, og det handler om mod til at tage ansvaret. Det er svært at tage på os, og det kræver en kulturændring og at turde tage det ansvar på os." (hospitalsafdelingsleder)

Den 'sundhedsfaglige kontaktperson' er en ret ny konstruktion i Sundhedsloven, men som har haft en relativt lang tilblivelsesproces, og meget tyder på, at ordningen ikke fungerer optimalt på alle hospitaler og indenfor alle specialer. Men pointen i forhold til opgaveoverdragelse og patientinformation er, at eksisterende ordninger – som fx den sundhedsfaglige kontaktperson – bør overvejes i relation til at sikre vidensoverdragelse.

### *Systematik i vidensoverdragelse*

Én årsag til, at uplanlagt opgaveglidning er uhensigtsmæssigt, er, at det ofte fører til ad hoc prægede løsninger på de konkrete og ofte akutte udfordringer, opgaveglidningen skaber. Individuelle ad hoc løsninger kan være bydende nødvendige, når først problemet er opstået. Men ofte er det næppe den mest fornuftige løsning på de generelle problemer, der ligger bag. Det er overvejelser som disse, som får informanter fra forskellige grupper til at pege på væsentligheden af, at der er en vis gennemtænkt systematik i den måde opgaveoverdragelse såvel som vidensoverdragelse foregår på. En overlæge peger fx på vigtigheden af at lave samlet uddannelse til hjemmesygeplejen i forbindelse med opgaveglidning for at sikre den nødvendige viden og kompetence på mere systematisk vis:

"Man skal kalde hjemmesygeplejerskerne sammen og lære dem det på én gang, for at de kan varetage opgaven godt nok. Jeg kan ikke bare overfalde en enkelt hjemmesygeplejerske, for det lærer de andre jo ikke noget af." (medicinsk overlæge)

Andre i hospitalssektoren er ligeledes bevidste om, at det kan virke som den nemmeste løsning her og nu "at overfalde den enkelte hjemmesygeplejerske", men at det er uhensigtsmæssigt set i et større perspektiv:

"Jeg har bestemt ikke den opfattelse, at man ikke er engageret eller har lyst i primærsektoren. Jeg oplever nogle rigtige dygtige folk, der rigtig gerne vil en hel masse, men de har en stor organisation under sig, hvor det kan være svært at nå ud i yderste led. Og sommetider passer det os at give kompetencer til nogen, her og nu, og så må de gerne lige varetage en opgave, fordi det passer os, uden at vi egentlig har overdraget opgaven med dertilhørende kompetencer". (hospitalsafdelingsleder)

Systematikken er vigtig af mange årsager. Her illustrerer en hjemmesygeplejerske, hvorfor manglende systematik i forhold til kompetencer kan være en hindring i forbindelse med det daglige samarbejde mellem sektorerne:

”Lørdag morgen ringer de, at en mand skal hjem på weekend, og spørger, om vi kan varetage hans IV-væske via hans CVK<sup>9</sup>. Siger jeg ja, så siger jeg ja både for mig selv og for hende i nattevagten, der lige er nyuddannet, og som kører i området alene. Måske siger jeg ja engang for meget, og hvad sker der så?” (hjemmesygeplejerske)

Samlet set er der stor enighed på tværs af grupper og sektorer om, at systematik i vidensoverdragelse er vigtigt, men samtidig peges der på, at det på kort sigt kan virke lettere at lave usystematisk og ad hoc præget vidensoverdragelse, ofte som respons på et behov der opstår i kølvandet på ubevidst og uplanlagt opgaveglidning. En hjemmesygeplejerske beskriver her hendes frustration over, at opgaverne har ændret sig så meget, og at hun ikke føler hendes kompetencer slår til. Og når der ikke er sket en planlagt og systematisk overdragelse af viden, så opstår der et behov i primærsektoren for hele tiden at skaffe den viden, der akut mangles:

”Før kom jeg ud og vidste, hvad det handler om. Nu kommer jeg og ved ikke, hvad det handler om. Hvem kan jeg spørge? Hvem skal jeg kontakte for at finde ud af det?” (hjemmesygeplejerske)

Denne dynamik kan til dels forklare, hvorfor der i begge sektorer tales så meget om ”tilgængelighed”, om at ”stå til rådighed”, om behovet for at have nogen man kan ”kontakte og spørge” på løbende ad hoc basis. Disse former for vidensoverdragelse har imidlertid det til fælles, at de er meget dyre. Når medarbejderne i høj grad efterlyser netop disse typer, er det måske snarere en konsekvens af, at medarbejderne har været vant til at finde akutte ad hoc løsninger – såkaldte brandslukninger – og derfor i mindre grad er vant til planlagt og systematisk vidensoverdragelse og dermed billigere metoder end hele tiden at skulle stå til rådighed for ad hoc spørgsmål.

## Kommunikation – en forudsætning for implementering

”Når man ændrer på noget, så skal man tage mange mennesker i ed for at aftale noget. Det kan ændres, men det kræver en god struktur.” (medicinsk sygeplejerske)

I interviewundersøgelsen kom det frem, at mange medarbejdere ofte var i tvivl om, hvorvidt en given ny opgave egentlig var et resultat af opgaveglidning eller -overdragelse. Årsagen var, at medarbejderne ofte mente, at overdragelsen måske var aftalt ”*oppe i systemet*”, men at de ikke havde oplevet nogen form for implementering i praksis, eller konkrete handlinger der kunne sikre, at der blev tale om en planlagt overdragelse. Set fra et medarbejderperspektiv virkede det derfor som ren opgaveglidning, som medarbejderne selv søgte at løse og skaffe sig information, viden og kompetencer til på individuel ad hoc basis. Denne oplevelse var til stede både blandt medarbejdere i kommunerne og i almen praksis:

”Noget har tidligere været planlagt, men det har ikke været kommunikeret rundt. Det kan være, det er planlagt oppe fra, men ikke lokalt nede hos os. Det er noget, der foregår inde i regionen, men det kommer ikke ud til os. Så ofte er det sikkert planlagt oppe fra, men det bliver ikke kommunikeret ned igennem systemet. Regionen skal så ud til praksiskonsejlerne, og de skal så ud til os: Når kæden hopper af er tandhjulene ikke forbundet.” (praktiserende læge)

”Jeg kan ikke lade være med at tænke på, hvorvidt meget af det uplanlagte, som vi har talt om, måske er planlagt, men vi hører det bare ikke ude i praksis? Altså, bliver vi orienteret? Meget foregår på direktørplan, og der underskrives en fin aftale, men når det ud til de yderste led? Bliver det kommunikeret ud til os? Nogle gange tror jeg bare, at det uplanlagte faktisk er planlagt ind i mellem, men vi hører bare ikke om det”. (visitator)

<sup>9</sup> Intravenøs væske via et centralt venekateter.

Udtalelserne understreger, at hverken et bedre vidensgrundlag eller en dialog på ledelsesniveau *alene* er nok til at sikre en reel opgaveoverdragelse. Der skal også konkret handling og implementering til, hvis det ikke i praksis skal blive til opgaveglidning for de sundhedsfaglige på de udførende niveauer. Implementering forudsætter mange aspekter, men kommunikation – og manglen på god og effektiv kommunikation helt ud i yderste led – fremhæves i interviewmaterialet som en vigtig fællesnævner.

Derfor er det væsentligt, at viden, dialog og beslutninger fører til konkret handling, som sikrer implementering af opgaveoverdragelsen i praksis. Dette handler både om tværsektorielle aspekter, fx i forbindelse med overførsel af viden, og det handler i høj grad også om, det man kunne kalde monosektoriel implementering. Dvs. at de ledere, som er med til at planlægge opgaveoverdragelse også i praksis evner at få kommunikeret til medarbejderne, hvad baggrunden er for konkrete aftaler og planer for opgaveoverdragelse, at der nu ligger aftaler på området, og sidst, men ikke mindst, at de følges op af vidensoverdragelse. Interviewene tegner et klart billede af, at der er langt fra aftaler indgået på ledelsesniveau til implementering af planlagt opgaveoverdragelse i praksis, og at kommunikation er en væsentlig brik i den forbindelse.

### Tværsektoriel opgaveoverdragelse forudsætter intern opgaveoverdragelse

Som bekendt er fokus for dette projekt opgaveoverdragelse på tværs af sektorgrænser mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Oftest, men ikke altid, bevæger opgaver fra højere specialiseringsniveauer til lavere – fra institutioner til hjemmet, dvs. fra hospital til primærsektoren. Det skaber et pres på kommuner og almen praksis, som ifølge nogle af de interviewede medfører et øget behov for mere sektorintern opgaveoverdragelse:

”Vi er netop i gang med den største omstrukturering i vores arbejde indenfor de sidste 75 år, og det er udelæggering [til praksispersonale]. Den største barriere for, at det sker hurtigere, er os selv, fordi vi også synes, at det er os, der skal tage os af mange ting, og vi har svært ved at give nogle ting fra os, men det skal vi lære”. (praktiserende læge)

”Der er brug for justeringer af vores opgaver for at få tid til nye opgaver. Vi kan ikke blive ved med at tage mere ind – der må skydes noget ud i den anden ende. Assistenten kunne oplæres.” (hjemmesygeplejerske)

Den sektorinterne opgaveoverdragelse kan således ses som en forudsætning for at få den tværsektorielle opgaveoverdragelse til at fungere bedre. Men informanter fra både almen praksis og hjemmesygeplejen beskriver, at de oplever, det er en stor og kompleks opgave at få den interne overdragelse i stand, så de rent faktisk bliver aflastet:

”Vi får andre tunge opgaver, så derfor skal vi lære at give mere og mere fra os. Men det er også det, der gør det spændende at være praktiserende læge lige nu. Vi har ansat to sygeplejersker i vores praksis, men det tager tid at uddanne dem og fortælle dem, hvilke forventninger vi har til dem, og hvilken rolle de skal have. De skal lære at foretage selvstændige konsultationer. Det er en oplæringsproces, der er i gang, men som også tager tid.” (praktiserende læge)

”Undervisning af andre faggrupper og konstant uddannelse: Der sker også det, at når opgaver glider, så glider det også videre til plejere og assistenter. Vi har hjælpere, der giver insulin, men så skal de jo også uddannes. (Hjemmesygeplejerske)

”Det er en stor opgave, for det tager tid at beskrive [de opgaver, der skal overdrages]. Det er ikke alle, man kan overdrage det til, og de skal oplæres.” (Hjemmesygeplejerske)

Det er med andre ord vigtigt at forstå den tværsektorielle opgaveglidning og -overdragelse i sammenhæng med den sektorinterne overdragelse, som på mange måder er en forudsætning for en bedre tværsektoriel opgaveoverdragelse i fremtiden.

## Opsamling: Hvad kræver den gode opgaveoverdragelse?

På tværs af interviewgrupper, faggrupper og sektorskel har de interviewede medarbejdere og ledere peget på en lang række forskellige faktorer, som de finder væsentlige for god opgaveoverdragelse. Samlet set tegner der sig et billede af en 'model' for god opgaveoverdragelse, som indeholder følgende faser og elementer:

**1) Viden:** God opgaveoverdragelse kræver et godt dialoggrundlag, der bl.a. giver viden om: *hvad* der skal ske, *hvornår* det skal ske, og *hvilke* og *hvor mange* patienter det berører.

**2) Dialog:** God opgave overdragelse kræver en god dialog med det formål at sikre *fælles mål* (evt. i form af en aftale) og en *fælles proces*. Men dialogen skal også sikre *motivation* for opgaveoverdragelse via dialog om, *hvorfor* opgaver skal overdrages, *hvilke fordele* der er ved overdragelsen, og hvordan *kvaliteten* sikres.

**3) Handling:** God opgaveoverdragelse kræver *implementering* i praksis, herunder systematisk og tilstrækkelig *videnoverdragelse*, samt god og effektiv *kommunikation* om alle de ovenstående punkter.

På baggrund af interviewene tegner der sig en relativ simpel model for, hvad god opgaveoverdragelse er, og hvad det kræver. Men det er ikke nødvendigvis let at implementere i praksis set i lyset af de mange dilemmaer og modsatrettede hensyn, der er på spil.

Det næste og sidste spørgsmål i rækken handler om noget betydeligt sværere, nemlig hvordan man får det til at ske i virkeligheden: Hvordan kommer man fra opgaveglidning til -overdragelse i praksis?

## Nuværende samarbejdsstrukturer, mødefora og aftaler

Et gennemgående tema i interviewene var en generel opfordring til at bruge eksisterende samarbejdsstrukturer herunder alt fra praksiskonsulentordningen over sundhedsaftalerne til diverse mødefora (herunder Sundhedsstyregruppen). Styrkerne ved disse er, at de allerede er etablerede, og at de er stående og permanente ordninger, der ikke blot er hængt op på et enkelt projekt. Men der peges i interviewene også på mange svagheder og idéer til forbedringer i måden, disse strukturer, fora mv. anvendes.

Sektorsamarbejdet er ifølge informanterne præget af, at der gennem en årrække er blevet opbygget en national model for samarbejdet mellem primært sygehuse og almen praksis i form af praksiskonsulentordningen. Derfor behandles samarbejdet med almen praksis i dette afsnit med afsæt i praksiskonsulentordningen, som, ifølge informanterne, er den mest formaliserede form for tværsektorielt samarbejde. Afsnittet får af disse årsager relativ stor vægt i forhold til de efterfølgende afsnit om samarbejde mellem almen praksis og kommuner, samt hospitalerne og kommunerne, som ikke er præget af hverken samme grad af historik, eller formalisering af samarbejdet. Imidlertid har flere kommuner søgt at bruge modellen fra praksiskonsulentordningen som grundlag for et mere formaliseret og tættere samarbejde med almen praksis. Analysen af praksiskonsulentordningen har således ikke kun relevans for det nuværende samarbejde mellem almen praksis og sygehuse, men de generelle erfaringerne herfra kan også applikeres fremadrettet i relation til at skabe et bedre samarbejde der kan medvirke til at sikre god opgaveoverdragelse mellem sygehuse og kommuner såvel som mellem kommuner og almen praksis.

Afslutningsvis behandles dels informanternes diskussioner om sundhedsaftalernes mulige rolle i forbindelse med opgaveoverdragelse, dels deres mere generelle erfaringer med og overvejelser omkring aftaler, overholdelse og implementering.



## Samarbejdet med almen praksis: Praksiskonsulentordningen

I dette afsnit diskuteres styrker, svagheder og ideer til forbedringer i relation til praksiskonsulentordningen og dens rolle i relation til opgaveglidning og -overdragelse. Da praksiskonsulentordningen langt overvejende er orienteret mod samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne, er det dette perspektiv, der belyses mest indgående i analysen. Men enkelte kommunale ledere har også erfaringer med praksiskonsulentordningen.

Det bør bemærkes, at flere af de interviewede almenmedicinere selv er praksiskonsulenter og derfor har førstehåndserfaringer med ordningen. Overordnet set mener de praktiserende læger, at praksiskonsulentordningen er god, og at forsøg på at bevæge sektorsamarbejdet fra opgaveglidning til -overdragelse bør gå via og forankres i praksiskonsulentordningen:

”Ordningen i sig selv er helt fortræffelig, den skal bare udbygges og gøres meget bedre. Det er den eneste ordning, hvor vi har et fagligt kompetent forum, som alle har tillid til. Der skal aftaler træffes. Og når en aftale er truffet, så skal den konfirmeres centralt i regionen.” (praktiserende læge)

Praksiskonsulentordningen udgør bindeleddet for samarbejdet mellem almen praksis og hospitalssektoren. Derfor peger de fleste af de interviewede praktiserende læger på, at den er det naturlige sted at diskutere problemstillinger i relation til den opgaveglidning, de oplever.

Desværre mener de praktiserende læger ikke, at praksiskonsulentordningen, som den anvendes i dag, virker helt efter hensigten i relation til opgaveglidning. Et hovedproblem er, at de praktiserende læger – efter eget udsagn – ikke er gode nok til at bruge ordningen og få orienteret de relevante praksiskonsulenter om de mange eksempler på uplanlagt og u hensigtsmæssig opgaveglidning, de oplever i hverdagen:

”Vi udnytter den [praksiskonsulentordningen] nok ikke godt nok. Man gør ikke vrøvl, hver gang man møder et eller andet. Det er alligevel 2-3 gange om dagen, at man møder et eller andet, hvor man tænker, at det er for dårligt. Det burde vi jo gøre vrøvl over, for ellers får de jo ikke at vide, at der er den utilfredshed.” (praktiserende læge)

Citatet peger samtidig på, at de praktiserende læger er klar over deres egen rolle som praksiskonsulentens medspillere: Hvis ikke de leverer inputtet, kan ordningen heller ikke medvirke til at løse problemerne omkring opgaveglidning. Set fra en af praksiskonsulenternes perspektiv er problemet omkring manglende indrapportering genkendeligt:

”Jeg er selv praksiskonsulent, og generelt hører jeg ikke ret meget fra mine kollegaer, og det er de samme gode kollegaer, jeg hører noget fra. Og det jeg hører, kan jeg så tage med og gøre noget ved. Men jeg kan ikke gøre noget ved det, jeg ikke hører noget om. Og når jeg sidder i min egen praksis, så orker jeg i 10 % af tilfældene, at skrive til praksiskonsulenten og sige: ”Hvad er det for noget og hvorfor osv.”? Og det er faktisk ret effektivt at gøre det. Men det forsvinder i vores arbejdsmængde, fordi det her er ekstra arbejde, og vi har ikke den tid i forvejen.” (praktiserende læge)

Blandt de interviewede læger var det generelle indtryk, at når de faktisk bruger ordningen og melder problemstillinger til deres praksiskonsulenter, så er den ret effektiv. Men problemet er at komme fra irritation og frustration over ’mange bække små’ i en travl hverdag til rent faktisk også at handle på frustrationerne ved at kontakte en praksiskonsulent. Én peger på, at systemet i dag er for tungt og for tidskrævende for den enkelte at anvende og foreslår derfor, at man får lavet et lettere og mere brugervenligt meldesystem, som kan lette kontakten mellem praktiserende læger og praksiskonsulenterne:

”Vi mangler et nemt meldesystem over for hinanden i almen praksis, sådan så jeg ved hjælp af to tastetryk på min computer, har jeg orienteret min praksiskonsulent på det her område. Så ville jeg oftere gøre det, sådan at den praksiskonsulent kan danne sig et indblik i, hvad er problemet her. For den stakkels praksiskonsulent kan ikke vide, hvad problemet er, og han kan ikke gå nogen steder med det, hvis ikke han har noget at gå med.” (praktiserende læge)

Men måske er det ikke kun systemerne, der skal ændres. Som denne praktiserende læge antyder, så skal lægerne måske også selv ændre adfærd:

”Desuden kan det være, at praksiskonsulenterne skal bruges noget anderledes. Folk skal komme og sige, hvad de har af ønsker. I stedet for at indkalde til møder så skal vi læger måske være lidt mere udadvendte.”  
(praktiserende læge)

Hospitalslægerne og de kommunale lederes oplevelser med praksiskonsulentordningen er mere blandede end de praktiserende lægers:

”Når vi har problemer, så snakker vi med dem, og så holder hun møder med hendes folk. Det løser noget nogle gange, men ikke altid. Vi accepterer, at de ikke kan finde ud af det, og derfor gør vi det selv. Nej, jeg oplever at det ikke fungerer, desværre.” (medicinsk overlæge)

Det skal bemærkes, at der bestemt også er positive eksempler på godt og virkningsfuldt samarbejde omkring ændringer, hvor hospitalerne har oplevet, at det lykkes at bruge praksiskonsulentordningen som løftestang for forandringer i alt fra henvisninger til arbejdsgange og arbejdsdeling mellem sektorerne.

De svagheder, hospitalerne og kommuner oplever, handler om, at de oplever, at ordningen er svag i implementeringssammenhænge, fordi praksiskonsulenterne ikke har noget mandat til at indgå bindende aftaler og er ikke-ledere, der kan bestemme over andre. Organiseringen af praksiskonsulentordningen adskiller sig således markant fra hierarkiske systemer, som fx et hospitalsvæsen eller en kommune, hvor der findes ledere, man kan forhandle med og indgå bindende aftaler med. Der kan være udfordringer, både i forbindelse med at blive enige, indgå aftaler og med at få dem implementeret. Men i det mindste er der nogen, som har et mandat, og som man kan forhandle med. Her beskriver hhv. en mediciner og en kommunal leder, hvilke udfordringer de oplever i samarbejdet med de praktiserende læger via praksiskonsulentordningen:

”Jeg ved, at kardiologerne kører hjertepakker, noget med skemaer på EDB, hvor de praktiserende læger skal krydse af, men det er ikke lykket praksiskonsulenterne at få de praktiserende læger til det. Derfor har de snakket med praksiskonsulenterne, og de kan bare ikke få dem til det. Hun [praksiskonsulenten] kan ikke gøre andet end at sige det til dem, men hvis de praktiserende læger ikke vil, så vil de altså ikke!” (medicinsk overlæge)

”Vi har en praksiskonsulent, som vi mødes med én gang om måneden og diskuterer de overordnede ting. Men hendes kolleger er jo også frivilligt med i det her – de er jo stadig selvstændige. Så hun kan godt prøve at formidle det videre, som vi har snakket om og informere om problemstillinger. Men de er selvstændige, og det er op til dem, om de lytter til det. Hun kan jo ikke gå ud og sige til hendes kollegaer, at sådan skal du altså gøre!” (kommunal leder)

For det andet bliver de udfordringer, hospitalerne og kommuner oplever i relation til det, de ser som manglende implementering og manglende ledelse, forstærket af, at de oplever store forskelle mellem de praktiserende læger:

”De praktiserende læger er forskellige. Nogle kan alt og andre intet. Hvem af dem vil være med til hvad? Derfor svært at opstille kriterier for, hvem der skal gøre hvad.” (medicinsk sygeplejerske)

Som beskrevet gør forskellene på de praktiserende læger kombineret med den manglende ledelsesstruktur det svært at indgå – og ikke mindst at implementere – aftaler med almen praksis også, når det handler om opgaveoverdragelse.

De praktiserende læger er selv inde på de samme problematikker, og de peger på, at en central vej fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse er, at praksiskonsulenterne må – eller skal – kunne blive enige om aftaler om opgaveglidning eller arbejdsdeling på tværs. Enighed er forudsætningen for mere ensartethed og dermed en grad af standardisering, hvilket nogle praktiserende læger ser som en styrke. Men på den anden side er der praktiserende læger, der argumenterer for, at fælles aftaler bliver svære at implementere, hvis ikke den enkelte praktiserende læge føler sig hørt – altså hvis det

ikke er baseret på enighed. Problematikken og de indirekte ønsker til fremgangsmåden er samlet i dette citat:

”Bedst ville være, at praksiskonsulenterne regelmæssigt holdt møde sammen om en given opgave. Hvis man skal lave en aftale om arbejdsfordeling, så ville det ideelle være, at kollegerne tages i ed – at de bliver spurgt, om de er klar til det her? Hvilke problemer de ser i at tage den her opgave på sig? Hvor hurtigt kan de gøre det her? Det er noget med, at kollegerne skal føle, at de er blevet taget med på råd i denne proces. Hvis man ikke spørger dem, så kan man være sikker på, at der er modstand. Hvis man har spurgt dem, kan det godt være de tager nølende i mod den, men man har en anden indstilling til den, end hvis man bare får det trukket ned over hovedet. Den her struktur er ikke kommet i gang endnu, men man har overvejet at gøre det på den måde”. (praktiserende læge)

Argumenterne i citatet er helt på linje med dem, der kom frem i det tidligere afsnit om dialog og motivation, om behovet blandt de udførende medarbejdere for at blive informeret, hørt og inddraget: Kort sagt, at blive taget i ed. Behovet for at blive taget i ed er således ikke unikt for de decentralt organiserede praktiserende læger. Det eksisterer i mindst lige så høj grad blandt medarbejdere i hierarkiske organisationer.

Men ud over behovet for at blive taget i ed, så ser de praktiserende læger også et behov for, at de bliver i stand til at stå mere samlet og dermed mere enigt, og at de får bedre muligheder for at indgå aftaler og sikre implementering i almen praksis som sektor – ikke blot hjemme hos dem selv hver især:

”Jeg så meget gerne, at man lavede det sådan her: Hvis man kom ud for, at man [blandt praksiskonsulenterne] havde forskellige holdninger til noget, så gik man ind på et kontor og skændtes et kvarters tid, og så kom man ud igen og sagde: ”Vi mener, at...”. Jeg kan ikke se noget i vejen for, at man tager det i en runde mellem den administrerende overlæge og praksiskonsulenterne fra de tre steder, og hvor man sætter sig sammen og blive enige om en løsning. Det er jo dybest set ikke revolutioner, der skal laves: Det er nogle praktiske vejledninger – det bør man da kunne finde ud af.” (praktiserende læge)

Blandt de praktiserende læger er der også nogle, der påpeger, at det er svært at blive enige – på trods af, at det *”dybest set ikke er revolutioner, der skal laves”* – fordi de ikke er tvunget til at blive enige. Kort sagt: de *skal* ikke blive enige om noget. I den forbindelse var det nogle af de praktiserende læger selv, der efterlyste udefra kommende krav om, at de *skal* blive enige. Eller som én formulerede: *”Det vil kræve topstyring”*. Nogle af de praktiserende læger mener således godt, at de kunne stå mere samlet og blive enige om flere ting og således også indgå samlede aftaler om flere ting, hvis det var et krav, at de *skulle* blive enige.

Imidlertid er det dog ikke nok, at praksiskonsulenterne bliver enige. Implementering af en aftale er stadig en udfordring. Her er tre praktiserende lægers bud på, hvordan de ser praksiskonsulentordningen og dens funktion i relation til implementering:

”Det er også vigtigt, at vi menige [praktiserende læger] bakker op om de praksiskonsulenter, så de kan indgå aftaler på vores vegne, og så skal vi ikke stikke dem i ryggen bagefter. Det handler om tillid i vores branche, og de er tillidsmændene.” (praktiserende læge)

”Vi må skændes, til vi bliver enige. Vi har kun ét organ, hvor man kan lave sådan noget, og det er hos praksiskonsulenterne. De må have ansvaret for, at resten af deres kolleger efterfølger det her. Men det kræver en god organisation i regionen.” (praktiserende læge)

”Der skal være en organisation, der sørger for, at alt dette bliver koordineret, for det popper op med mails fra folk, der prøver at organisere noget. Der kommer for meget, uden at det er koordineret. [En navngiven person] fra praksiskonsulentordningen skulle have magt til at styre det. Dermed en organisation med power, der kan gå ud og lave implementering. Der skal i denne organisation ansættes nogle sekretærer, så det ikke er [denne person], der skal gøre alt arbejdet.” (praktiserende læge)

Citaterne peger på forskellige forhold: Praksiskonsulentordningen skal spille en mere aktiv rolle i forbindelse med implementering. Det kræver både bedre mulighed for at *”indgå aftaler på vores vegne”* og *”magt til at styre det”*, og at de må have *”ansvaret for, at resten følger med”*. Og dette kræver igen en stærkere organisation med *”power”*, der er i stand til at *”gå ud og lave implementering”*.

Men det kræver også, at de praktiserende læger accepterer dette, *”bakker op om praksiskonsulentordningen”*, har *”tillid”* til den og ikke til enhver tid forbeholder sig retten til at gøre noget andet – *”stikke dem i ryggen bagefter”*.

Samlet set peger informanterne på, at praksiskonsulentordningen er en god ordning, men at den skal bruges bedre, og der skal bygges videre på den. Særligt mener flere – på tværs af sektorer – at den bør styrkes via flere formelle beføjelser og magt til at indgå aftaler og sikre implementering. Desuden peges der på store udfordringer og kulturelle forskelle mellem kommuner og almen praksis, der har svært ved overhovedet at få hinanden i tale.

## Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

*”Vi savner en praksislæge som kontaktperson ude ved os. Vi har desværre ikke en praksiskoordinator.”*  
(kommunal leder)

Som citatet antyder, er det langt fra givet, at alle kommuner har erfaringer med kommunale praksiskonsulenter. Derfor er samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne kun til en vis grad beskrevet i interviewundersøgelsen i form af nogle få og relativt kortvarige erfaringer med ordningen. Derfor trækker dette afsnit på erfaringer med samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne mere generelt.

Det skinner igennem i interviewene, at der er en betydeligt lavere grad af formalisering og struktur omkring samarbejdet mellem almen praksis og kommuner, end det der præger samarbejdet mellem hospitaler og almen praksis via praksiskonsulentordningen. Også selvom flere kommuner har praksiskonsulenter tilknyttet. Årsagerne til dette er mange, men en af de væsentlige er givet, at det først er med kommunalreformen, at kommunerne har fået så mange opgaver på sundhedsområdet, at man er begyndt at se dem som en aktiv medspiller i sundhedsvæsenet. Det kan dog diskuteres, om ikke kommunerne længe har været en væsentlig del af sundhedsvæsenet i praksis – således er den første lov om hjemmesygepleje faktisk fra 1957, og er således ikke nogen ny ordning. Alligevel har der ikke været tradition for et mere systematisk, strategisk endelige formaliseret samarbejde mellem almen praksis og kommuner. Man har førhen kunnet klare sig med et lidt ad hoc præget samarbejde mellem den enkelte praktiserende læge og den enkelte hjemmesygeplejerske.

Men med reformen har kommunerne fået en lang række nye opgaver, og det er de praktiserende læger i vidt omfang bevidste om. De udviser en vis forståelse for, at det kræver tid for kommunerne at finde deres ben og få afklaret, hvad deres rolle egentlig er i fremtidens sundhedsvæsen:

*”Jeg synes vi skal være lidt gode ved kommunen, for de bliver altså bombarderet med mange forskellige opgaver, og det kan de jo ikke bestride på en gang, og der er det en stor opgave for os at lave aftaler med dem. Det er uafklaret, hvem der gør hvad. Vi ved endnu ikke, hvor det rigtig hører hjemme, og hvem opgaven er gledet til eller fra. Der skal laves en stratificering af, hvem skal følges hvor, og det er der ikke lavet.”* (praktiserende læge)

Således kommer nogen af de praktiserende læger med eksempler på, at kommunerne kaster sig ud i opgaver, uden at almen praksis oplever, at det er helt gennemtænkt og velforberedt:

*”De aftaler, der skulle ligge til grund for det her [indsatsen på KOL-området], var ikke lavet, men man begyndte alligevel, for nu var opgaven kommunens, så nu skulle vi i gang!”* (praktiserende læge)

De praktiserende læger peger på, at der også er meget store kulturelle forskelle mellem dem og kommunerne, som ikke gør samarbejdet lettere:

*”Jeg synes, kommunen er efterladt i en håbløs situation. De har ingen lægelig kompetence eller ekspertise at trække på [i forbindelse med diabetespatienter] – de har os at trække på, og hver gang de skal have hjælp, så tror de, at vi er offentligt ansatte og vil ikke betale for det. Der er et kæmpe kulturspørgsmål her, som vi skal have afklaret, som gør, at det er rigtig besværligt. Men det skal gøres.”* (praktiserende læge)

De praktiserende lægers adfærd er præget af, at de er ydelseshonorerede og dermed adskiller sig markant fra kulturen og adfærden i kommunerne, som er rammestyrede. Det betyder blandt andet, at almen praksis oplever, at kommuner – og for den sags skyld også hospitalerne – har langt færre omkostninger ved at bruge tid på møder med samarbejdspartnere, end de praktiserende læger har. Forskellene bliver af nogle omtalt som ”kulturelle”, men som andre påpeger, er de også strukturelt betingede (og bl.a. har rod i de finansieringsmæssige forskellige rammer i form af hhv. ydelseshonorarer i almen praksis vs. rammebudgetter i kommunerne). Under alle omstændigheder opleves disse forskelle af stort set alle informanter, og skaber problemer i forhold til samarbejdet mellem kommuner og almen praksis i hverdagen:

”Man kan ikke indkalde dem [de praktiserende læger] til et møde, men man kan få foretræde for dem om onsdagen i deres frokostpause, hvor de har forlænget frokostpause. Vi har et godt samarbejde, hvis jeg kommer ned og taler med dem, fint nok. Men i den anden ende af kommunen havde jeg inviteret alle [praktiserende] læger til et møde, og der kom én læge, og fra en anden konsultation der kom en sygeplejerske, og jeg tror, de er 10-11 læger i alt. Men jeg tror, det er fordi, de er selvstændige, at de ikke kommer.” (kommunal leder)

Disse forskelle skaber bl.a. betydelige vanskeligheder i forhold til samarbejdet mellem kommuner og almen praksis.

## Samarbejdet mellem hospitaler og kommuner

Samarbejdet mellem hospitaler og kommuner er ligeledes mindre formaliseret og struktureret end samarbejdet mellem hospitalerne og almen praksis. Følgende citat illustrerer de hospitalsansattes oplevelse af samarbejdet med primærsektoren:

”Kommunerne har de der områdeledere og visitatorer. De befinder sig derude et sted ude i *space*, og man har nu prøvet at trække dem ind på hospitalet for at få en tættere kontakt. Vi har kvartalsmøder med praksiskonsulenterne, men ikke med visitatoren.” (kirurgisk sygeplejerske)

Nogen oplever tilløb til samarbejde, men som endnu ikke har båret frugt:

”Vi har haft nogle møder med områdelederne på organisationsområdet, hvor der blev lavet en flot handlingsplan, som aldrig blev meddelt videre. Men det var egentlig et godt initiativ.” (kirurgisk overlæge)

Andre igen oplever at være kommet længere med samarbejdet og har fået andre typer af samarbejdsfora op at stå:

”Det er blandt andet et kontaktforum, hvor den ledende sygeplejerske ude fra primærsektoren og den ledende sygeplejerske indefra hospitalet holder møder” (hospitalsafdelingsleder)

”Med hensyn til fora [for samarbejdet] er der [Sundheds]styregruppen og klyngestyregrupperne. Men under det har vi etableret et møde med visitatorerne og afdelingssygeplejerskerne, og det har vi gjort for at forbedre kommunikationen og kende hinandens ansigter. Vi skal prøve at fange dem.” (hospitalsafdelingsleder)

Flere peger altså på, at man er i gang med at udvikle strukturer og samarbejde – herunder fora at forankre samarbejdet i – men arbejdet er stort, og det er de færreste, der kan pege på konkrete tiltag, endsi på konkrete resultater af samarbejdet i disse fora, endnu. Men som det påpeges i citatet til sidst, så er første led i processen at ”*kende hinandens ansigter*”.

Særligt de kommunale ledere, hvoraf nogle sidder i Sundhedsstyregruppen, omtaler det samarbejde mellem kommuner og hospitaler, som foregår i dette forum. Flere af dem peger på, at de oplever, at samarbejdet i så stort et forum let kan få karakter af det, de kalder ”orientingssager”, og at det i mindre grad bruges proaktivt til fx opgaveoverdragelse. De peger på et konkret eksempel, nemlig oprettelsen af fælles akutte modtagelser på hospitalerne (FAME). FAME har nogle steder ført til senlukninger, og det vil ifølge kommunerne få betydning for deres opgaver:

”FAME – det er jo alle hospitaler, der har lavet det. Og i Sundhedsstyregruppen der kom det altså sådan næsten som en orientingssag. Der var ikke lagt op til, at vi skulle diskutere det, vi kom selvfølgelig med nogle

bemærkninger, men det kunne godt være kommet helt anderledes. Man kunne have været inddraget, så man sikrer sig, at kommunerne også var gearet til opgaven. Men hvad gør vi: Vi vender det lige med det samme mod regionen og siger, jamen så skal vi have nogle penge! Og det er jo derfor, de ikke kommer med det. Men det må vi så finde ud af, hvordan vi kan diskutere. Det er vel også en politisk diskussion. (kommunale leder)

"Vi er ikke forberedt på en FAME- afdeling, som har nogle hurtige forløb. Vi har ikke haft *connection*. Vi har ikke været med i den udvikling, der er foregået på hospitalerne. Vi kan godt se, patienterne kommer hjem, og så er vi så nødt til nu at skulle ændre os, men vi er lige 10 skridt bagefter, fordi vi ligesom ikke har været inddraget i den proces, der er sket i forbindelse med, at vi skal være mere akutte. Eller skal vi? Så kommer vi så ned i det med pengene, for har vi råd til det?" (kommunal leder)

Citaterne illustrerer de kommunale leders oplevelse af manglende inddragelse, dvs. manglende dialog omkring forestående ændringer – et tema som blev behandlet tidligere i denne rapport. Men der peges også på, at dialogen ikke kun skal ændres eller skabes ude i driften – den skal også etableres i Sundhedsstyregruppen. Det kræver noget af alle ifølge de kommunale ledere: Det kræver for det første, at hospitalerne ikke blot overholder deres pligt til at orientere om store ændringer mv., men i stedet skaber grundlag for en egentlig dialog på et langt tidligere tidspunkt. Men det kræver ifølge den kommunale leder i citatet også, at man fra kommunernes side er i stand til at tage en dialog, uden at det går i håndknude på grund af kommunale krav om øgede resurser.

Som tidligere pointeret mener informanterne generelt, at man skal bruge de samarbejdsstrukturer, man allerede har opbygget for alt fra praksiskonsulenter til sundhedsaftaler og diverse mødefora i stedet for at bygge nyt. Denne konklusion gælder i vid udstrækning også sundhedsstyregruppen og organiseringen omkring den, men flere kommunale ledere peger på, at samarbejdet i så stort et forum og med de nuværende deltagere ikke fungerer optimalt set fra deres synspunkt. De kommunale ledere oplever, at alene forummets størrelse medvirker til, at der snarere bliver tale om orientering end om en egentlig dialog og samarbejde:

"Hvordan er det, man kan samarbejde i sådan en stor flok, og hvordan bliver man så hørt? Når der er så mange, så bliver det jo orienteringspunkter. Så jeg tænker, er det den rigtige måde, at de er sat sammen på de der arbejdsgrupper? Er det en anden struktur, der skulle kigges på? Netop for at sikre at vi får lavet nogle ordentlige opgaveglidninger og andre ting, der kunne være behov for. Måske skulle der være lidt mere magt til de der fora. Så i stedet for at det var orienteringer, så kunne man ikke gennemføre store strukturændringer det ene sted, uden at det her fora, som skal samle det hele, reelt har sagt go' for det: Altså 'nu har vi kigget på det fra alle de her forskellige interessenter, og så er vi enige om, at det kan godt lade sig gøre'. Så lå der noget reelt magt der, så det ikke blev ren orientering." (kommunal leder)

"Jeg tror, mødeforaerne er der, men måske bruger man det forkert, og måske sidder de forkerte personer i de fora. Så man skal jo også finde ud af, jamen hvad skal de fora bruges til? Det er også der, man skal sætte ind. Vi mangler samarbejdsfora der fungerer." (kommunal leder)

Hvis opgaveoverdragelse skal blive til virkelighed, kræver det således ændret adfærd på mange ledelsesniveauer i relation til mange fora – også Sundhedsstyregruppen. Samtidig skal det også understreges, at der også ligger en selvstændig opgave i at få opbygget et "*samarbejdsfora der fungerer*", særligt i relation til samarbejdet mellem kommuner og hospitaler på forskellige organisatoriske niveauer, idet denne proces langt fra er afsluttet.

## Opgaveoverdragelse og sundhedsaftalernes mulige rolle

Selvom mange informanter peger på, at aftaler og regler er svære at implementere i praksis og få kommunikeret ud i yderste led i en organisation, peger ingen på alternativer til at indgå aftaler. Der er således bred enighed om, at selvom der kan være behov for fleksibilitet for at få samarbejdet til at fungere, så er klare aftaler og deres implementering en nødvendighed, hvis man skal komme fra opgaveglidning til -overdragelse. Særligt nogle af repræsentanterne fra almen praksis mente, at aftaler er helt centrale i forhold til opgaveoverdragelse. Det er da også intentionen, at dette projekt skal munde ud i en form for "rammeaftale" inden sommeren 2010. Imidlertid peger flere informanter på,

at sundhedsaftalerne også kunne være en relevant platform for en rammeaftale om opgaveoverdragelse:

”De sundhedsaftaler vi har i dag, handler primært om indlæggelser og udskrivelser. Men sundhedsaftalerne kunne også godt indeholde nogle fremtidsplaner. Fx når vi i regionen har besluttet, at der skal oprettes et eller andet, eller når vi har truffet beslutninger om, at nogle steder skal lukkes, hvad har det så af betydning for de her opgaver? Fx hos os der lukker man Odder Hospital og sengepladser til rehabilitering. Hvad har man så tænkt sig at stille op med de patienter? De vil komme ud til de omkringliggende kommuner. Det ville være en fordel, hvis man havde de her processer med i en Sundhedsaftale, fordi de har betydning for den glidning, der sker ud til vores kommuner, fordi det har været vores borgere, der hidtil har brugt rehabiliteringssengepladserne. Det kunne en Sundhedsaftale godt indeholde.” (kommunale ledere)

Men uagtet om problemstillingerne i relation til opgaveglidning skal løses i regi af Sundhedsaftalerne, eller om der skal indgås en anden form for separat rammeaftale, så er den løsningsmodel, der er lagt op til i projektet, en form for tværsektoriel (ramme)aftale. Desuden var det en generel pointe blandt informanterne, at regler og aftaler er bydende nødvendige i et stort og komplekst sundhedsvæsen delt på tre sektorer. Men samtidig sidder alle parter med en del skepsis over for aftaler, og hvordan de fungerer – eller ikke fungerer – i praksis. Særligt tre forbehold går igen i interviewene:

1. *Manglende implementering* af eksisterende aftaler som leder til *manglende kendskab*.
2. *Manglende inddragelse* som fører til *manglende ejerskab*.
3. *Manglende efterlevelse* af aftaler og direkte forsøg på at omgå aftaler og regler der virker som hindringer for den enkelte i hverdagen.

### Manglende implementering og manglende kendskab

Manglende implementering er en klassisk og generel problemstilling i relation til formelle regler og aftaler. Ikke desto mindre er det en væsentlig problemstilling:

”Sundhedsaftalerne er der, men det er ikke kommunikeret ordentligt ud til alle aktører. Det handler mere om manglende implementering, end det handler om opgaveglidning”. (praktiserende læge)

Ligeledes oplever de kommunale ledere, at sundhedsaftaler ikke altid overholdes – i nogen tilfælde på grund af et manglende kendskab til aftalerne:

”Jeg har lavet et lille miniekperiment i løbet af de sidste fem måneder: Indtil nu har jeg ikke mødt én sygeplejerske i sekundærsektoren, der kender sundhedsaftalen, de vidste ikke engang, at de havde en sundhedsaftale. Når man så fortæller dem, at sundhedsaftalen siger sådan og sådan, så svarer de: Hvad for noget? Det synes jeg er tankevækkende. Jeg siger ikke, at mine sygeplejersker kan den udenad, for det kan de bestemt ikke, men den fylder meget i deres arbejde. Så vi skal nytænke det.” (kommunale ledere)

De praktiserende læger oplever også problemer i relation til manglende implementering – her via et praksisnært eksempel, om implementering af en ny klinisk vejledning på et behandlingsområde:

”Der bliver ikke fulgt op. Fx mødes læger fra medicinsk afdeling og praktiserende læger, og det eneste emne, vi har at diskutere, er den her nye vejledning [for hypertensionsbehandling], men hvordan får vi sikret, at vi får den her gennemført? Vi snakker om det, men vi får ikke givet hinanden håndslag på det, det er bare sådan, at nu ligger det der, og så får vi ikke gjort mere ved det. (...) Det er lige som at sige, at vi ikke må køre mere en 70 km/timen på den her vej, men det er ikke det samme som, at det er det, der faktisk sker”. (2:6)

Hovedproblemet er således, at der ikke bliver ”fulgt op”, og at man ikke får ”givet hinanden håndslag på det”. Kort sagt: Man kommer ikke fra håndslag til handling, og får derfor ikke implementeret i praksis.

## Manglende inddragelse og manglende ejerskab

Hjemmesygeplejen udpeger en anden væsentlig barriere for overholdelse af aftaler, nemlig deres erfaringer med at aftaler træffes 'oppe i systemet' og hen over hovedet på dem, ofte uden at de får besked om de aftaler, der er indgået. Det betyder både manglende kendskab og manglende ejerskab:

"Jeg tror også, at dem øverst oppe laver sundhedsaftaler, som ikke kommer ud til os nederst nede. Patienter kan blive udskrevet på alle tider af døgnet, og dem skal vi kunne tage imod! Dengang vi begyndte at høre om det, der var aftalen for længst indgået. Det var der ikke nogen blandt mit personale, der kendte til. (hjemmesygeplejerske)

Pointerne i relation til motivation og implementering fra de tidligere afsnit gælder således også i relation til (sundheds)aftaler. Hjemmesygeplejerskerne oplever, at aftalerne bliver til, uden at selve implementeringen af aftalerne er tænkt igennem fra et praktikerperspektiv:

"Det, der går galt, når man laver sundhedsaftaler, er, hvis dem, der laver aftalen ikke kender hverdagen. Hvis dem, der har lavet aftalen, ikke har set på, hvilket personale der er til at tage over ude i primærsektoren. (hjemmesygeplejerske).

Det kan således bidrage til manglende overholdelse af aftaler, hvis de udførende medarbejdere ikke føler sig inddraget i processen og dermed heller ikke føler ejerskab overfor resultatet:

1. De oplever, at der ikke er taget hensyn til, hvordan aftaler indgået på højere ledelsesniveauer skal implementeres i praksis.
2. De oplever, at dem der laver aftalerne, "*de kender ikke dagligdagen*", og at de ikke ved, "*hvordan det fungerer på gulvet*".

Derfor efterlyser flere – blandt andre denne visitator – at praktikere inddrages langt tidligere i aftaleprocesserne, end det sker i dag:

"Hvis bare folk i praksis blev taget med ... Man kan spørge praktikere ind i mellem, da det er os, der har fingrene i dejen. Det kan være, vi kan lære noget af hinanden ude i kommunerne. Jeg tænker bare, at det kunne være godt at få praktikerne med ind i det tidligere, end man gør nu. Det handler ikke kun om at spørge praktikerne, men også om at lytte til praktikerne. Vi er ikke med tidligt nok i forløbet. Ideer kommer på højt plan, og så bliver der lavet en aftale, og så først der begynder man at nedsætte arbejdsgrupper, hvor praktikerne er med, men det er tit for sent." (visitator)

Samlet set synes informanterne enige om, at et vigtigt incitament til overholdelse af aftaler er ejerskab og motivation, og at det blandt andet kan skabes via en højere grad af medinddragelse.

## Manglende efterlevelse

De kommunale ledere antyder, at manglende overholdelse af sundhedsaftalerne ikke kun skyldes manglende kendskab eller ejerskab, men ind imellem også kan skyldes, at personalet har et konkret formål med at omgå aftaler, som dette eksempel illustrerer:

"Det står i Sundhedsaftalen, at der skal være kommunikation om borgeren fra dag ét [under en indlæggelse]. Men jeg oplever nogle gange, når jeg spørger personalet, om de har ringet ind på hospitalet for at høre, hvordan det går med borgeren, at de siger "nej". De forklarer det med, at det kan være, at hospitalet sender borgeren hjem, hvis de ringer og spørger til hende. Altså er tanken, at man helst skal lukke af for kommunikation, for tænk hvis nu vi kommunikerede, og det så resulterede i, at de sendte borgeren hjem lidt før tid. (kommunale ledere)

I specifikke opgaverrelaterede situationer som denne, kan det med andre ord blive en bevidst strategi ikke at overholde aftaler, fordi mere kommunikation kan betyde større arbejdsbyrde – set fra plejepersonalets perspektiv. Den kommunale leders pointe om, at personalet ind i mellem bryder aftalerne for at få en presset hverdag til at gå op, hænger selvfølgelig sammen med det forrige afsnit om de



udførende medarbejderes oplevelse af manglende inddragelse og et mangelfuldt samarbejde med de ledere, der indgår aftaler på de udførende medarbejderes vegne.

Informanterne nævner også andre aspekter af omgåelse af aftaler – herunder en tendens til at se aftaler og regler som barrierer, som man forsøger at komme udenom eller omkring:

”Jeg ved ikke, om det er en grundlæggende dansk problemstilling – det her med aftaler: At når man har aftalen, så er det egentlig bare en vejledning til, at man skal finde på noget andet – det er måske lidt karikeret!”  
(kommunal leder)

Med andre ord oplever nogen, at der er en tendens til, at aftaler og regler næsten per definition er noget, man forsøger at omgå, fordi de kan opleves som en begrænsning.

Men manglende overholdelse kan også handle om, at aftaler og regler, selvom de er nødvendige, ikke kan stå helt alene, og at der ofte også er brug for at udvise en vis fleksibilitet for at finde fornuftige løsninger i konkrete situationer. Dette behov for fleksibilitet og hensyntagen til specifikke situationer, hvor man bliver nødt til at afvige fra regler og aftaler, er på spil i disse citater:

”Processen når man laver aftaler, den er faktisk rigtig god. Men så ender vi med at lave en aftale, og så sidder vi og bruger tiden bagefter på alle problemerne med, at man ikke overholder aftalerne. Når sektorsamarbejdet går i hårdknude, så er det fordi, vi slår hinanden i hovedet med nogle regler. Men vi bliver nødt til at se i øjnene, at vi ikke kan klare os med regler alene. At det hele tiden vil kræve fleksibilitet, en kæmpe fleksibilitet. Så det at få flyttet fokus væk fra regler til fokus på borgeren eller patienten, det tror jeg er en kulturændring.” (kommunal leder)

Men det er ikke uproblematisk at udvise den nødvendige fleksibilitet, og der kan være gode grunde til, at den enkelte medarbejder ikke ser anden udvej end at *”slå hinanden oven i hovedet med nogle regler”*. En kommunal driftsleder beskriver dilemmaet således:

”Når nu vores planer for weekenden er fyldt op, og folk har alt det, de kan lave. Så kan jeg godt forestille mig, at når de ringer fra hospitalet og siger, ’ved I hvad Fru Jensen vil altså hjem’, så kan man lynhurtigt se for sig, at Fru Jensen tager to timer i dagvagten og en time i aftenvagten, mens de sidder fra deres side inde på hospitalet og siger, ’det passer fint for os at få Fru Jensen hjem, for vi har 12 der ligger på gangen’! Vi har strammet op og blevet noget mere effektive, og der er mindre luft i systemet nu, og det gør nok også, at man har mere tendens til at sige, ’Fleksible – det kan vi altså ikke være!’.” (kommunal leder)

Samlet set er der bred enighed blandt informanterne om, at aftaler er en nødvendighed i et stort og komplekst sundhedsvæsen. Nogle mener, at sundhedsaftalerne kunne være den rigtige platform at komme fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse ud fra. Imidlertid er der også en del skepsis i forbindelse med aftaler og deres anvendelse i praksis.

Særligt i relation til implementering i praksis blev der som nævnt peget på et behov for forbedringer, dels med henblik på at udbrede kendskabet, dels med henblik på efterlevelse, hvor meget står og falder med, hvorvidt der er en fælles interesse og motivation for at efterleve dem. Der må gerne træffes beslutninger og aftaler oppe fra, men de skal træffes på baggrund af indsigt i praksis bl.a. ved at inddrage og lytte til dem, der arbejder i eller tæt på de udførende lag. Når aftaler så er lavet, så skal alle involverede parter informeres om aftalens formål, indhold og tidspunkt for ikrafttræden.

## Refleksioner om forandring og ledelse

Interviewundersøgelsen er præget af en høj grad af enighed: Ingen benægter, at opgaveglidning eksisterer, eller at det er yderst u hensigtsmæssigt. Der er mange ulemper forbundet med uplanlagt opgaveglidning – ikke mindst i relation til at sikre kvalitet og kompetencer – og alle kan se fordele i at sektorsamarbejdet i højere grad var præget af opgaveoverdragelse. Alligevel er dette ikke tilfældet. Det sidste tema i denne rapport fokuserer på interviewdeltagernes refleksioner over ledelse og forandring, specifikt på hvorfor det kan være meget vanskeligt i praksis. Afsnittet er delt i to temaer,

som begge er karakteriseret ved, at de ikke var en del af fokus for interviewene, men temaerne dukkede alligevel op på tværs af interviewgrupperne. Det første afsnit handler om kræftpakkerne, som beskrives som en stor, topstyret omlægning, der er sket på forholdsvis kort tid, og som har berørt mange enheder og medarbejdere. Det andet afsnit fokuserer på deltagernes refleksioner over forholdet mellem traditioner, kultur og nytænkning. Fælles for de to temaer er, at deltagerne kredser om, hvad det er, der skal til for at skabe forandring, og hvilken rolle ledelse spiller i den forbindelse.

## Kræftpakkerne – og hvad man kan lære om ledelse

Lægerne diskuterer det væsentlige dilemma, der er indbygget i ideen om standardisering. På den ene side fastholdelsen af en grad af personlig frihed til forskellighed i arbejdet som læge og oplevelsen af medindflydelse. På den anden side behovet for og effekten af standardisering og enighed på tværs af forskelligheder. De praktiserende læger peger på Kræftpakkerne som et eksempel på en god og planlagt ændring i praksis og i opgavefordelingen mellem hospital og almen praksis. De påpeger, at der var tale om en topstyret proces, på baggrund af en politisk beslutning. De praktiserende læger hæfter sig ved, at netop denne proces har været effektiv:

”Tanken er god. (...) Det kom oven fra, nu skal der skæres igennem: De skal ses indenfor 48 timer, og så er det lige meget, hvad det koster. Det er kommet politisk til os, men det er ekstremt velfungerende. For én gangs skyld så har vi fået noget, der bare fungerer! Det eneste der *ikke* fungerer, det er, når man begynder at lave lokale ting, altså hvor de afviger fra de pakker, som er lavet.” (praktiserende læge)

”Vi har fået det nemmere [af kræftpakkerne]. Opgaverne, der er gledet fra os, er udredningsblokken, som vi har flyttet over på hospitalerne, og vi har fået definitioner på, hvornår vi skal trække i den røde tråd og ved hvilke patienter, og det virker som en hjælp til os. Tidligere når vi mente, der var noget ondartet, så skulle vi rykke, men nu ved vi, at det kører på motorvejen, og vi skal ikke skrive henvisninger, så det er lettende.” (praktiserende læge)

I de praktiserende lægers optik peger erfaringerne fra kræftpakkerne på, at der skal ledelse og topstyring til, for at sikre gode og virkningsfulde processer – herunder opgaveoverdragelse. Også blandt hospitalslederne blev kræftpakkerne fremdraget som et eksempel på, hvad topstyring *kan* gøre:

”For tre år siden havde vi svært ved at forestille os et 48 timers patientforløb. Men det er fordi, der har været ledelsesmæssig opbakning, og derfor er det gået hurtigt med at få det implementeret. Men vi har også fået pisk – ”*Det skal I fandeme*” – og så har vi fundet en løsning. Jeg har været med til at grine af politikerne, der sagde udredning på få dage, men nu er vi skamfulde, for det er faktisk dramatisk bedre i dag, end det var for nogle få år siden. Vi kan jo se, at det flytter noget.” (hospitalsafdelingsleder)

”Der er bestemt også noget godt i, at vi bliver pressede, og at pisken er der [reference til kræftpakker], for så flytter vi noget. Jeg er enig i, at vi er ledelsesmæssigt forpligtede til at drage læring af det, som har virket, da vi fik pisken, og det gør rigtig meget godt! Hvorfor gør vi ikke det gode på alle områder, når vi kan se det virker? Der er rigtig meget ledelse i det. Men når jeg kører hjem fra dette interview, så tænker jeg da, at det ikke kan hjælpe, at vi bare bliver ved med at sige, at ”*det gør vi på et tidspunkt*”. Nu må vi hjem og tage fat i det. Men hvorfor gør vi det så ikke?” (hospitalsafdelingsleder)

Der er mange og delte meninger om kræftpakkerne – og det pointeres bl.a., at kapaciteten på andre områder er blevet mindre som følge af, at resurser allokeres til kræftområdet. Men blandt informanterne var holdningen til kræftpakkerne langt overvejende positiv. Citaterne er da heller ikke medtaget for at udsige noget om kræftpakkerne i sig selv, men snarere om den form for ledelse som ligger bag dem. Pointen er nært relateret til den diskussion, der var blandt praktiserende læger om, at topstyring eller uforventede udefra kommende krav om, at noget skal forbedres, implementeres eller om, at nogen skal finde en løsning, faktisk kan være det, der gør, at systemet kommer i bevægelse og når til enighed eller løsning.

## Tradition og kultur versus nytænkning

Hvorfor er det så svært at forandre? Hvis alle er enige om, at opgaveoverdragelse er at foretrække frem for opgaveglidning, hvorfor er opgaveglidning så overhovedet et problem i dag? Og hvorfor er god opgaveoverdragelse ikke snarere reglen, end undtagelsen? Igennem analysen er der kommet flere eksempler på, at samarbejdsfora, som kunne danne grundlag for aftaler, dialog og implementering af god opgaveoverdragelse, ikke fungerer optimalt – eller slet ikke er opbygget endnu. Der er også fremkommet eksempler på hverdagens dilemmaer i praksis og på modstridende incitament. Således er der mange konkrete forhold i hverdagen, som kan udgøre barrierer for at komme fra opgaveglidning til god opgaveoverdragelse. Imidlertid reflekterede flere grupper over de mere kulturelle forhold, som de påpegede også udgør barrierer for forandring – herunder at komme fra opgaveglidning til overdragelse. En ledende overlæge havde dette bud på nogle af barriererne:

”Bureaukrati. Vi er for traditionelle i nogle henseender. Det er måden, vi organiserer os på, som fx gør det svært at etablere en hotline for almen praksis [der kunne medvirke til at sikre bedre opgaveoverdragelse]. For hvis de praktiserende læger ikke kan træffe os og få svar, så ender det med, at de laver en henvisning i stedet, og så er der pludselig 10 gange så meget arbejde. Men det er svært for os at etablere det, for der skal jo være en, der holder den varme telefon inden for hvert speciale. Det vil sige, at der skal være syv specialister, der skal have åbne telefoner i dagtiden, og det er vanskeligt at tage syv overlæger fra til at sidde ved denne hotline. De kan jo ikke passe et ambulatorium eller en stuegang og så blive ringet op 20 gange, mens de sidder med en patient. Men jeg vil stadig kalde det organisation, for i dag har vi så mange kommunikationsmuligheder, at det ikke burde være noget problem. Fx SMS. Teknologien kan en masse ting, som vi slet ikke udnytter. Jeg mener, at nogle af disse SMS'er kunne svares ganske kort, og så kunne vi faktisk få indhentet den tid, som lægerne så sad ved hotlinen ved at forebygge, at nogle patienter kom ind. Vi er måske ikke kreative nok. Vi har vores ritualer, og dem tør vi ikke lave om på: Ritualer om at vi holder åbent på ambulatorierne fra 8-15, og vi har vagter, vi skal have dækket, og vi holder lukket i weekenderne, og det er alt sammen noget, der ikke har noget med patienter at gøre, men noget med overenskomster og andre problemstillinger at gøre. Vi har jo ikke kastet boldene op: Vi har ikke lavet det forsøg, hvor vi har fjernet vores rammer, og så lavet det der passer til patientforløbene. Vi har ikke ændret vores rammer, så det passer til patienterne, men tør vi prøve? Det kræver mange resurser, og har vi lyst til det? I hvert fald er det os som ledere, der har retten til at lave om på det her. Det er ledelsen, der ikke tager beslutningerne, og dermed er det os, der bare ikke træffer beslutningerne.” (hospitalsafdelingsleder)

Eksemplet handler ikke så meget om hensigtsmæssigheden eller gennemførligheden af hotlines til almen praksis eller brugen af teknologi og SMS- tjenester i den forbindelse, som det handler om at hænge fast i traditioner for arbejdsorganisering, manglende kreativitet, manglende mod til at gå helt nye veje og om ledere, *”der bare ikke træffer beslutningerne”*. For en god ordens skyld bør det nævnes, at den pågældende leder også inkluderede sig selv, og ikke blot talte om andre ledere. Alle ledere synes, det er svært at få det tværsektorielle samarbejde til at fungere, alle oplever snævre rammer, mangel på tid og resurser. Men det spørgsmål, som rejses her, er, hvorvidt det også handler om andet og mere end ydre forhold og begrænsninger.

En anden hospitalsafdelingsleder var i en ganske anden sammenhæng inde på samme tankegang, og i forbindelse med en diskussion om opfølgning på udskrivning, havde hun følgende synspunkt:

”Jeg kunne godt have nogle sygeplejersker til at følge hjem, og jeg skulle altså ikke ansætte flere af den grund. Vi tror hele tiden, vi skal have noget for at kunne gøre noget. Men måske handler det om organisering. Men det kræver, at vi kommer i gang, for det [at følge patienter hjem] kunne lige så godt tjene sig ind i den anden ende. Derfor er det nødvendigt, at der er nogen, der siger oppe fra, at *”det skal l sgu!”*.”(hospitalsafdelingsleder)

Også denne afdelingsleder efterlyser mere topstyring og klare ordrer som katalysator for at få forandringer til at ske. Men samtidig berører hun et vigtigt kulturelt dogme, når hun siger: *”Vi tror hele tiden, vi skal have noget for at kunne gøre noget”*. Spørgsmålet er nært relateret til diskussionen om traditioner for arbejdsorganisering, kreativitet, mod eller manglen på samme. Igen et grundlæggende spørgsmål om, hvorvidt det *udelukkende* er snærende eksterne rammer, der skaber barrierer for forandringer – eller om kultur og traditioner spiller en lang og større rolle.

De kommunale ledere peger også på kulturelle forhold, som de oplever, fungerer som barrierer for opgaveoverdragelse, særligt i forhold til at få startet en dialog mellem hospitaler og kommuner omkring opgaveoverdragelse – og undervejs i hendes indlæg gav de øvrige ledere i vidt omfang udtryk for deres enighed i hendes oplevelser og analyse:

”Problemet er, at vi er ved at skabe en kultur, hvor man ikke *tør* gøre noget i god tid, fordi så sidder alle oppe på barrikaderne, fordi de er bange for at få en opgave, de ikke kan betale. Det er en rigtig dårlig kultur, der er undervejs. For opgaven kommer jo uanset, om man kan betale dem eller ej! Det handler bare om *måden* man får dem over på. I stedet for at bruge tid på at tale om opgaver, så orienterer man lige om det, og så er man fri for diskussionen. I stedet for at have en diskussion om, jamen hvordan er det, vi takler det her? Hvordan tænker vi, at vi vil gøre det, og i hvilken rækkefølge vil vi gøre det? I stedet for lige hurtigt at orientere og komme udenom. Og så spørger kommunerne om, hvor pengene kommer fra, hvis det er et orienteringspunkt, og så er den væk efter tre kommentarer. Det er også lidt en berøringsangst. Vi er nødt til at være åbne og ærlige, og det er svært, fordi vi alle sammen sidder med en økonomi, der ikke holder. Det gælder både kommuner og region. Men vi har stadig nogle opgaver, vi skal løse, så opgaverne for borgeren kan blive løst bedre. Vores økonomi bliver ikke bedre af det, men hvis vi tænker fra borgervinklen, som vi egentlig startede med, så er det til borgerens gode, hvis vi kan lave et ordentligt samarbejde omkring de her overdragelser. Jeg tror økonomien kunne være *bedre*, hvis vi var forberedt på, hvad der kommer. Alt det der brandlukning, og ting der pludselig falder i vores skød, det koster da også.” (kommunale ledere)

Pointen er interessant, idet hun meget klart peger på, at opgaveoverdragelse har mange fordele, både for borgerne, men også for økonomien – idet uplanlagt opgaveglidning og al den *”brandlukning”*, som det afstedkommer, ikke er nogen gratis affære. Men samtidig oplever hun, at en særlig kultur, som hun betegner som *”berøringsangst”*, vokser frem, hvor orientering er at foretrække frem for dialog. Efter hendes opfattelse bunder denne berøringsangst i en bekymring over ikke at kunne holde budgetter. Således har andre kommunale medarbejdere også tidligere i analysen været inde på, at hospitalernes manglende initiativ til dialog tidligt i processen måske også hang sammen med den måde, kommunerne selv oplever, at de ofte reagerer på: Ved at kræve resurser. Således tegner der sig et billede af en ond kulturel cirkel: Alle er bange for budgetterne, hospitalerne starter ikke en dialog af *”berøringsangst”* over for kommunernes krav om flere resurser. Men den manglende dialog betyder ikke, at opgaveglidning kan standses – i stedet bliver det måske ligefrem til en endnu større belastning af budgetterne, fordi *”brandlukning”* koster. Og så bliver man endnu mere opmærksom på at holde budgetterne.

Refleksionerne over ledelse – både hvilken lære man kan drage af kræftpakkerens top-down implementering, såvel som de mere kulturelle forhold – kan ikke tages som udtryk for hele grupperes holdninger eller refleksioner. Men de er gode – åbenhjertige og ofte selvkritiske – eksempler, der måske kan lede til yderligere refleksion, og inspiration til, hvordan Region Midtjylland kan komme fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse.

## Afrunding: Om enighed, åbenhed og imødekommenhed i gulvhøjde

Interviewundersøgelsen har vist, at der blandt informanterne *ikke* er markante forskelle i opfattelsen af problemstillingerne omkring opgaveglidning og -overdragelse:

Der er grundlæggende set enighed på tværs af sektorer om, at patienter udskrives til mere pleje og (efter)behandling i hjemmet – det er ikke kun en oplevelse, primærsektoren har.

Der er en høj grad af enighed om, hvilke faktorer der er afgørende for en god opgaveoverdragelse – herunder viden, dialog, motivation og implementering.

Der er stor forståelse for de modsatrettede interesser og incitament, der er indbygget i systemet. Alle sektorer synes at kunne ane problemer indenfor egne rækker: Fx diskuterer de praktiserende læger, hvordan de kan stå mere samlet og indgå aftaler, der kan imødekomme kommuners og hospitalernes behov for mere enighed såvel som ensartethed. Kommunerne har forståelse for, at hospitalerne ikke har et stort incitament til at inddrage dem tidligt i en proces, fordi de stiller det tilbagevendende krav om flere penge. Hospitalerne for deres del mener ikke, at de er specielt gode til at invitere kommunerne med til bords og inddrage dem i processerne.

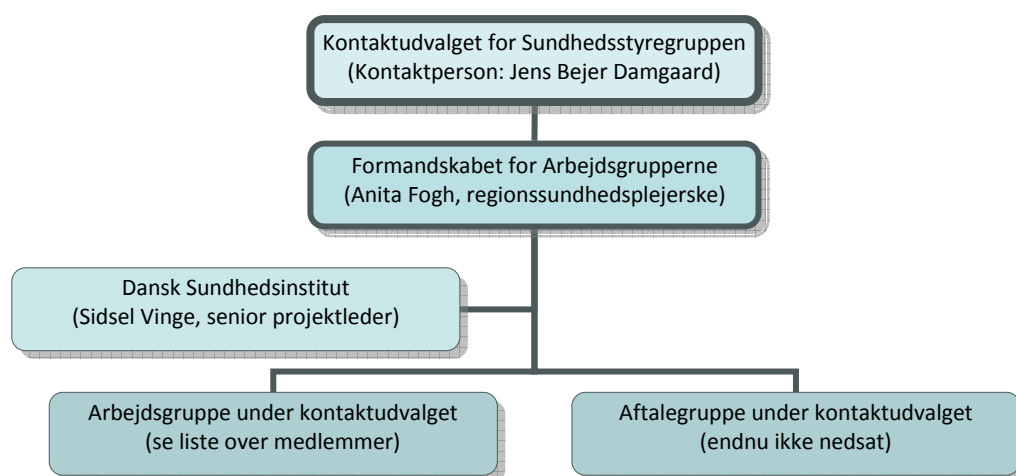
Således udgør denne interviewundersøgelse af problemer, dilemmaer og muligheder i relation til at komme fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse, et godt og konstruktivt grundlag for det videre arbejde med at finde konkrete løsninger, der kan sikre en højere grad af planlagt opgaveoverdragelse på tværs af alle sektorgrænser i fremtiden.



## Bilag 1: Projektorganisering

Projektet er forankret i **Kontaktudvalget** for Sundhedsstyregruppen, men da Kontaktudvalget er nedsat under **Sundhedsstyregruppen**, orienteres denne også løbene, og resultater er således blevet fremlagt og drøftet både i Kontaktudvalget og i Sundhedsstyregruppen. Projektet er lokalt forankret i en arbejdsgruppe, og den lokale og daglige ledelse foregår her. **Formandskabet for arbejdsgruppen** varetages af Regionssundhedsplejerske Anita Fogh. Der er inddraget en ekstern konsulent fra **Dansk Sundhedsinstitut (DSI)**, Sidsel Vinge, som forestår analyseopgaver, hovedsageligt ligger i undersøgelsesfasen i efteråret 2009. Desuden leverer DSI, i samarbejde med formandskabet struktur, oplæg og input i processen mere generelt.

Relationerne mellem de centrale aktører i projektorganiseringen er illustreret i nedenstående figur:



**Arbejdsgruppen** under kontaktudvalget har medvirket ved udarbejdelsen af projektbeskrivelse og deltager løbende i drøftelser om projektets forløb, udformning og retning. I arbejdsgruppen sidder:

- Anita Fogh (formand), Regionssundhedsplejerske, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland
- Sara Trelidal, AC-fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland
- Inge Bank, Ældrechef, Silkeborg Kommune
- Dorthe Jepsen, Ældrechef, Ikast-Brande Kommune
- Tove Søgaard, Distriktschef, Holstebro Kommune
- Lars Foged, Praktiserende læge i Skjern og Praksisudviklingskonsulent
- Jens Rubak, Praktiserende læge, Regionspraksiskoordinator (siden efteråret 2009)
- Bodil de Klaumann, Sygeplejerske, Shared Care Team, Regionshospitalet Silkeborg
- Sanne Børgesen, Sygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Silkeborg
- Birgit Svendsen, Specialkonsulent, Regionshospitalet Randers
- Else Marie Damsgaard, Ledende overlæge, Geriatrik Afdeling, Århus Sygehus
- Sidsel Vinge, Senior projektleder, DSI

**Aftalegruppen** under kontaktudvalget nedsættes ved overgangen fra undersøgelses- og prioriteringsfasen til løsningsfasen. Aftalegruppen udarbejder en aftale til politisk behandling, vedtagelse og implementering.





## Bilag 2: Interviewmetode og deltagere

Datagrundlaget for denne rapport er otte fokusgruppeinterviews:

- Praktiserende læge i den vestlige del af regionen
- Praktiserende læge i den østlige del af regionen
- Medicinske overlæger og sygeplejersker fra forskellige hospitaler i regionen
- Kirurgiske overlæger og sygeplejersker fra forskellige hospitaler i regionen
- Hospitalsafdelingsledere fra forskellige hospitaler i regionen (primært ledende overlæger og oversygeplejersker)
- Hjemmesygeplejersker fra forskellige kommuner
- Visitationer fra forskellige kommuner fra forskellige kommuner
- Kommunale ledere fra forskellige kommuner (med titler som fx områdeleder, distriktsleder, driftschef og slet og ret daglig leder af hjemmeplejen)

Der var mellem fire og syv deltagere i hvert interview, som fandt sted i perioden 24. august til 4. september 2009. Alle interviews tog to timer og blev gennemført af Sidsel Vinge, og en assistent noterede undervejs og supplerede noterne med lydoptagelser af interviewene. Udskrifterne dannede grundlag for analysen.

Udvælgende af informanter er foregået således: Den lokale arbejdsgruppe bag projektet har været inddraget i udvælgelsen af typer af aktører til interviews – altså spørgsmålet om hvilke *grupper* der skulle høres, og hvordan vægtningen mellem hhv. hospitaler, almen praksis og kommuner skulle være. Sara Trelidal og Anita Fogh i Region Midtjylland har stået for udvælgelsen af enkeltpersoner ud fra de rammer, arbejdsgruppen har fastsat, samt et generelt ønske om så stor geografisk spredning som muligt. Sara har ligeledes planlagt alle interviews.

Hvorvidt de udvalgte informanter i alle grupper er repræsentative, er tvivlsomt. Således gør en af de praktiserende læger under et interview fx selv opmærksom på, at gruppen ikke udgør et repræsentativt udsnit af almen praksis:

”Vi er ikke repræsentative! Og jeg ved, at der er nogen i mit lokalområde, hvor de ikke synes, at de skal stå for blodprøverne og ansætte mere personale.” (praktiserende læge)

Bare det, at næsten alle de deltagende læger fra almen praksis var praksiskonsulenter, eller det faktum at en læge havde sat himmel og jord i bevægelse for at komme ind og deltage i et interview fra 13-15 og få lukket klinikken, selvom der var sygdom, taler sit eget tydelige sprog. Det var langt fra et repræsentativt udsnit – særligt i almen praksis. Anderledes kan det dårligt være, da deltagelse jo er frivillig. Men vigtigere end repræsentativitet i denne form for analyse af et komplekst problemfelt er måske snarere, om deltagernes udsagn medvirker til at skabe større viden, forståelse og klarhed omkring de udfordringer og muligheder, der ligger i at komme fra opgaveglidning til -overdragelse.

Selve interviewene havde karakter af workshops, hvor deltagerne startede med individuelt at skrive deres egne eksempler på opgaveglidning og -overdragelse på POST-IT sedler, som løbende blev sat op på en fælles tavle. Derudover blev de bedt om samtidig at skrive sedler med stikord til deres bud på, hvordan man kommer fra opgaveglidning til -overdragelse, og hvilke idéer og løsninger de havde hver især. Efter 15-20 minutter med individuel brainstorm på fælles tavle blev sedlerne grupperet af Sidsel Vinge og læst op og diskutere og uddybet efter tur. På denne måde var dagsorden og spørgsmålsrække til hvert interview i en vis forstand genereret af deltagerne indenfor en fælles ramme, som handlede om eksempler på og løsningsforslag i relation til opgaveglidning og -overdragelse.