

16. november 2009

Projektnr. 2687

RESUME AF:

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

Rapporten er udarbejdet som led i projektet "Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse", som er igangsat af Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen.

Formålet med projektet er 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 i løbet af foråret 2010.

Rapporten er baseret på otte gruppeinterviews med praktiserende læger, medicinske og kirurgiske overlæger og sygeplejersker, hospitalsafdelingsledere, kommunale ledere, samt hjemmesygeplejersker og visitatorer.

Rapporten anvender 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.

Det er en forudsætning for sundhedsvæsenets udvikling, at opgaver, som er startet i hospitalsregi efter en tid, kan varetages i primærsektoren og dermed muliggøre, at patienten enten kan komme tidligere hjem eller måske helt undgå indlæggelse. Denne udvikling er nødvendig for at sikre kapacitet til ny udvikling, og den er vigtig for at sikre LEON-princippet. Men den er også vigtig ud fra nærhedsprincippet, der siger, at opgaverne bør løses så tæt på borgerne som muligt.

Det er imidlertid et problem, når opgaveglidning sker uplanlagt og uden nogen form for dialog eller vidensoverdragelse. Derfor er det 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 det, der ofte ikke er, når det sker som uplanlagt opgaveglidning.

Årsagerne til opgaveglidning er mange: For det første har det øgede pres på sundhedsvæsenet intensiveret hospitalssektorens fokus på optimering og effektiv udnyttelse af resurserne. Det har medvirket til at accelerere forløb med faldende liggetider og konvertering fra stationær til ambulans aktivitet som konsekvens. For det andet er der kommet øget fokus på kerneydelserne i form af udredning og behandling. For det tredje er der kommet mere forskning, der viser, at sengeleje under indlæggelse ikke har nogen gavnlig virkning, men i mange tilfælde det modsatte, idet sengeleje medfører tab af muskelmasse, mobilitet og desuden indebærer en risiko for hospitalsinfektioner. Hertil 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."*

Denne udvikling får flere hospitalsoverlæger til at påpege, at deres patienter kun er indlagt til behandling, og at en stor del af plejeopgaverne er flyttet ud i primærsektoren. Samtidig peger de på, at de patienter, de udskriver, er mere plejkrævende end tidligere. Men udviklingen betyder også flere opgaver omkring kronikerkontroller, udredning og medicinjustering i almen praksis.

De typer af forandringer, som ofte fører til opgaveglidning eller -overdragelse, er blandt andet: Indførelse af ny teknologi der medfører ny behandling af en ny gruppe patienter, eller væsentlige ændringer i de færdigbehandlede patienters tilstand eller udskrivelsestidspunkt; omlægning fra stationær til ambulans aktivitet, accelererede elektive forløb (ofte men ikke udelukkende kirurgiske) som resultat af enten planlagte forandringsprojekter, eller en løbende udvikling mod lavere liggetider; 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; lukning af senge (bl.a. som følge af omlægning til ambulans aktivitet), fusioner (og deraf følgende ændringer i opgavevaretagelsen).

På tværs af sektorer er der enighed om, at der sker opgaveglidning – hovedsageligt fra sygehuse til almen praksis og kommuner. Men sygehusene oplever også at tærsklen for indlæggelse er faldende, hvilket flere sygehusansatte ser som et udtryk for "omvendt" opgaveglidning.

Hvad er god opgaveoverdragelse?

Projektets mål er *opgaveoverdragelse*. Derfor er det vigtigt at få et indblik i, hvad god opgaveoverdragelse er ifølge informanterne, og hvad det kræver: God opgaveoverdragelse er planlagt i modsætning til opgaveglidning, der er 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 leder til en fælles forståelse af, hvordan opgavedelingen skal være fremover, såvel som hvilken implementering, altså hvilke konkrete *handling*er der skal sikre en god overdragelse helt ud i yderste led. De tre centrale elementer i opgaveoverdragelse er således **viden**, **dialog** og **handling**.

1) Viden: 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. Fælles er imidlertid behovet for at få overblik og sikre, at man "*når hele vejen rundt*". 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 opgaveoverdragelse kræver en god dialog, der kan 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 besluttede aftaler. Et formål med en dialog er således at nå til enighed om, hvordan opgaverne på et givent område skal fordeles efter overdragelsen. For det andet skal dialogen føre til enighed om selve **processen** omkring opgaveoverdragelsen, og hvad der skal ske i den forbindelse. Det er vigtigt at blive enige om måden, overdragelsen skal gennemføres på, dvs. selve processen omkring ændringerne. Sidst men ikke mindst skal den tværsektorielle dialog sikre bred opbakning og ejerskab, kort sagt: **motivation**. En af de væsentligste forudsætninger for vellykket opgaveoverdragelse er, at de aktører, det berører, er motiverede for forandringen. 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. Fordele kan både være arbejdsmæssige såvel som forbedringer for patienterne. Det motiverer særligt de sundhedsfaglige, at forandringer ikke afstedkommer ringere kvalitet, men måske ligefrem kvalitetsforbedringer. Derfor er det væsentligt eksplicit at sikre kvaliteten af overdragede opgaver og dermed opbygge klare og synlige systemer til kvalitetssikring. 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.

3) Handling: Uden handling og implementering er en god opgaveoverdragelse ikke sikret. Den form for handling, der primært tales om i interviewene, har to formål: For det første skal implementering sikre den **vidensoverdragelse**, som opgaveoverdragelsen evt. forudsætter, samt de praktiske og logistiske udfordringer den skaber. For det andet skal implementering sikre **kommunikation** – helt ud i yderste led – eftersom hverdagen i store komplekse organisationer ofte er præget af stor personalegennemstrømning.

Der lægges stor vægt på disse faktorer som led i en langt mere effektiv form for implementering. Det står også klart, at den virkelighed, informanterne oplever i dag, langt fra er præget af god implementering. Der efterlyses langt mere systematik i forhold til såvel vidensoverdragelse som kommunikation. Mange peger på, at der bruges megen energi på indgåelse af aftaler, strategier mv., men at implementering ofte er alt for svag. Dette betyder, at informanterne i flere tilfælde oplever uplanlagt opgaveglidning, hvor det viser sig, at der faktisk er indgået tværsektorielle aftaler på højere ledelsesniveauer, men at disse aldrig er blevet implementeret i praksis. Der har ikke været nogen planlagt proces omkring implementering, vidensoverdragelse, og der har været meget mangelfuld kommunikation til de medarbejdere, som skal udføre de overdragede opgaver.

Barrierer for god opgaveoverdragelse

Selvom der er bred enighed om, hvad god opgaveoverdragelse kræver, er det ikke nødvendigvis let at gøre i praksis. Dette kan umiddelbart virke paradoksalt: Hvis alle er enige om, at opgaveoverdragelse bør ske planlagt, og hvis alle er relativt enige om, hvad god opgaveoverdragelse er, hvad forklarer så, at der i dag opleves så meget uplanlagt opgaveglidning?

Med udgangspunkt i interviewanalysen peger rapporten på en række barrierer for god opgaveoverdragelse, som her nævnes kort:

a) **Manglende implementering** af aftaler: Opgaveglidning sker, fordi indgående aftaler ikke implementeres og overholdes i praksis: både pga. manglende viden om dem, manglende ejerskab og manglende efterlevelse.

b) **Usynlighed** af løbende ændringer: Opgaveglidning sker, fordi det er svært at få øje på de små og løbende ændringer i hverdagen, og derfor fører det til uplanlagt glidning.

c) **Manglende fokus** på opgaveoverdragelse: Opgaveglidning sker, fordi der primært er fokus på (manglende) overholdelse af regler og aftaler for indlæggelse og udskrivning. Derfor kommer man sjældent til at tale fremadrettet om ændringer, der kan skabe opgaveglidning fremover.

d) **Mangel** på tværsektorielle **dialogfora**: Opgaveglidning sker, fordi der enten mangler fora, hvor de rette personer fra sygehuse, kommuner – og evt. almen praksis – mødes og taler fremadrettet om udviklingen og den opgaveoverdragelse, som følger med? Eller fordi de eksisterende fora (fx praksiskonsulentordningen) ikke bruges godt nok?

e) Kultur og **berøringsangst** over for opgaver der belaster økonomien: Opgaveglidning sker, fordi samarbejdskulturen er præget af berøringsangst over for nye opgaver – og dermed nye udgifter.

Interviewanalysen kan ikke afgøre, hvilke af disse barrierer der er væsentligst, men blot pege på at de alle givet spiller en rolle i forskellige kontekster. I det fremadrettede arbejde med at komme fra uplanlagt opgaveglidning til god opgaveoverdragelse er det imidlertid væsentligt at være bevidst om disse barrierer og tage højde for dem.

Opgaveoverdragelse og ledelse

Interviewundersøgelsen peger på, at god opgaveoverdragelse i høj grad kræver aktiv ledelse: Det er en ledelsesopgave at prioritere ressourcer mellem forskellige typer af opgaver og medarbejdere, herunder sikre sektorintern opgaveglidning mellem faggrupper – fx fra hjemmesygeplejersker til assistenter. Det er en ledelsesopgave at sikre, at kompetencer og viden følger med opgaver, der overdrages, og ændring af arbejdsgange, i fald det er nødvendigt.

Når interviewanalysen peger på implementering som værende et stort problem, så tyder det også på, at der er behov for langt mere aktiv ledelse i forhold til at sikre processer og dermed også gode resultater af opgaveoverdragelse. Uplanlagt opgaveglidning kræver også ledelse, men på langt mindre konstruktiv og fremadrettet vis: Det kræver primært brandslukning og hovsa-løsninger.

Interviewanalysen viser, at der grundlæggende set er 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 stor forståelse for de modsatrettede interesser og incitament, der er indbygget i systemet. Aktører fra alle sektorer påpeger selv problemer inden for egne rækker i relation til god opgaveoverdragelse. 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 sikrer en højere grad af planlagt opgaveoverdragelse på tværs af alle sektorgrænser i fremtiden.