

Debatseminar om forløbskoordination
8. oktober 2008

Sammenhængende borgerforløb: To kommunale strategier til debat.

Martin Sandberg Buch
cand.scient.adm.
msb@dsi.dk

Sidsel Vinge
cand.merc., ph.d.
siv@dsi.dk



- **Intro: Hvad er problemet? Koordination og sammenhængende forløb. *Sidsel Vinge***

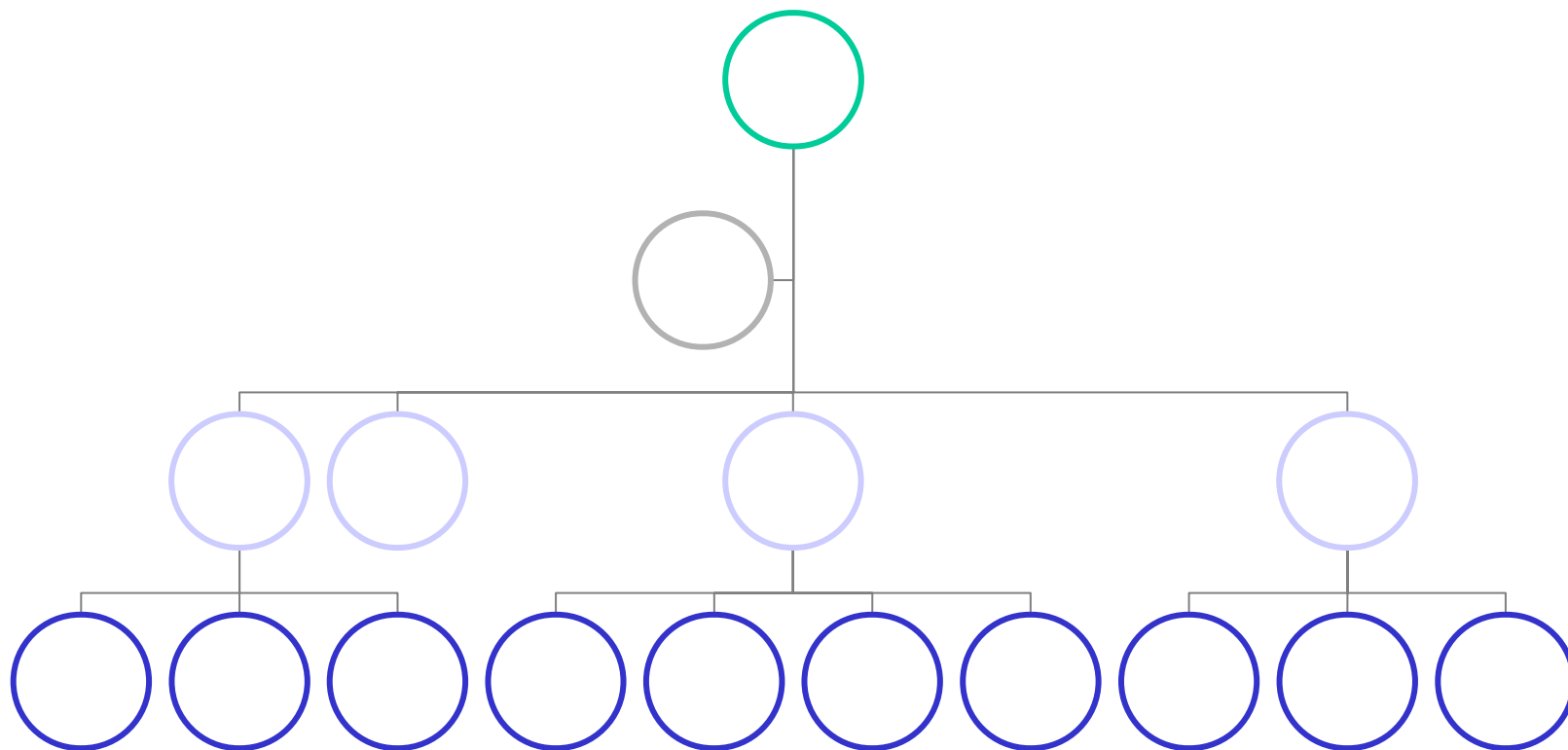


Et gammelt problem...

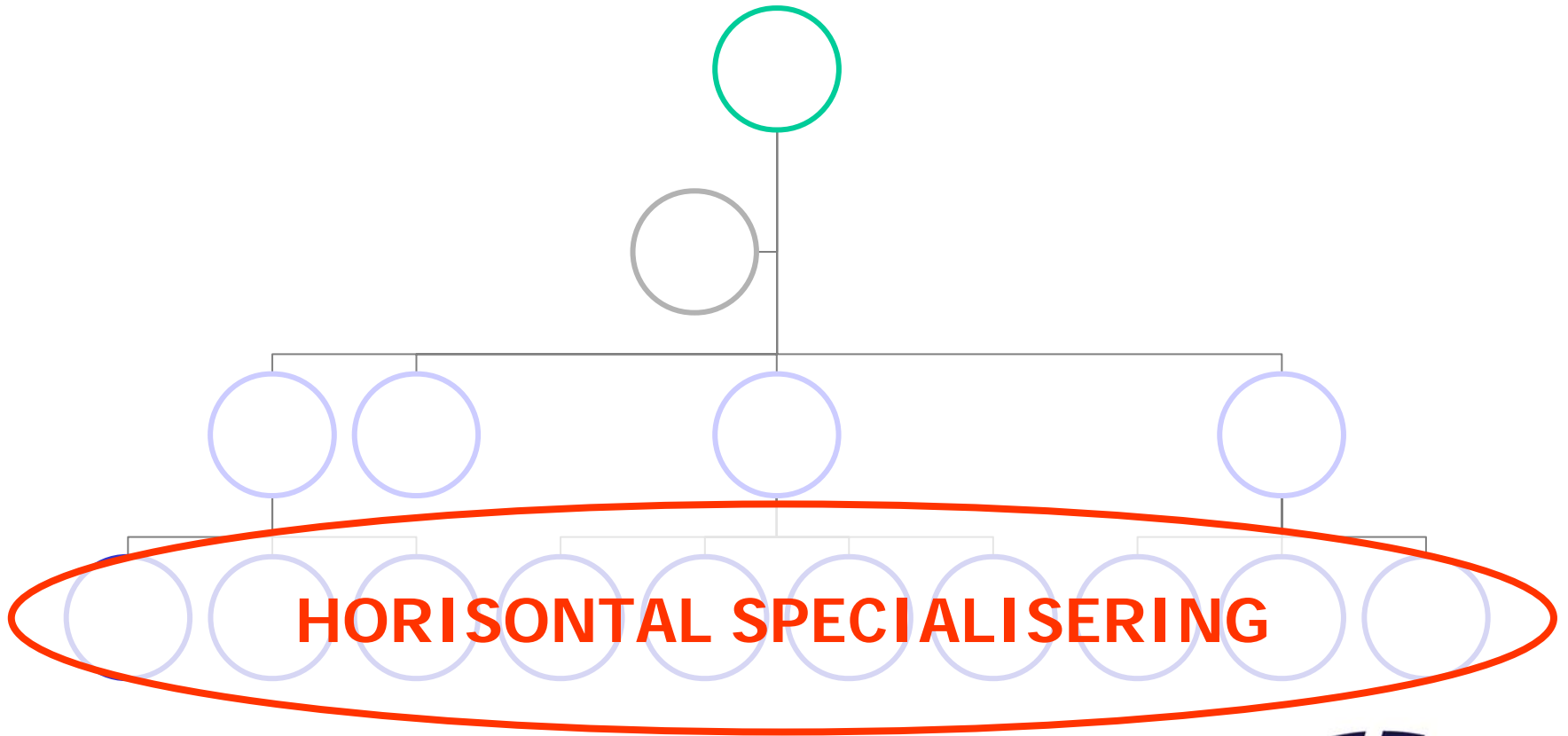
- "Samordning i sundhedsvæsenet – den sociale- og sundhedsmæssige indsats overfor ældre" (Betænkning nr. 1044, 1985)
- Brugerinddragelse og medindflydelse
 - "Det patientfokuserede sygehuse"
 - "Borgeren i centrum"
- 32.000 patienter og enkelthistorierne



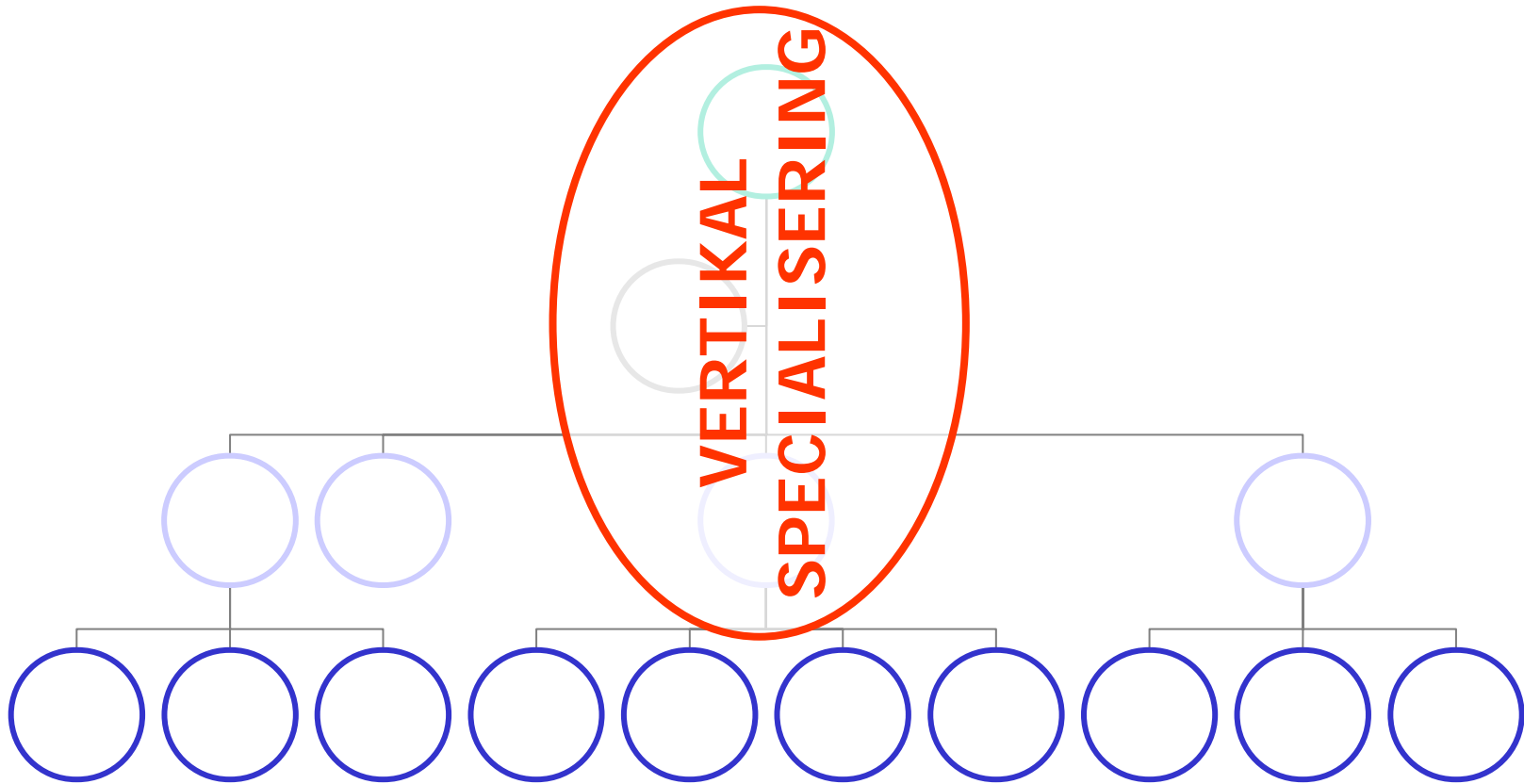
Hvad er specialisering egentlig?



Hvad er specialisering egentlig?



Hvad er specialisering egentlig?



Hvad er specialisering egentlig?



Specialiseringens dilemma

Fordele

- **Horisontal specialisering:** ("Samlebåndet"). Ingen opgaveskift og gentagelse forbedrer specifikke færdigheder, og udvikling af nye metoder og teknologier til specifikke opgaver.
- **Vertikal specialisering:** ("Hierarkiet"). Overblik og fokus på den sammenhæng, som går tabt ved samlebåndet, og giver bedre tilrettelæggelse af det samlede arbejde.

& Ulemper

- Skaber **koordineringsarbejde**
- Specialisering giver **mindre fleksibilitet og overblik** over helheden
- Fremmer **ikke nytænkning** – kun optimering af enkeltdele (første ordens læring)
- **Motivationsproblemer:** "one brain - many hands"
- Skaber **perspektivforskelle:** Hvad ved ledelsen om arbejdet? Hvad ved medarbejderne om helheden?

Kilde: Mintzberg: "Structures in Fives", 1983



Specialiseringens dilemma

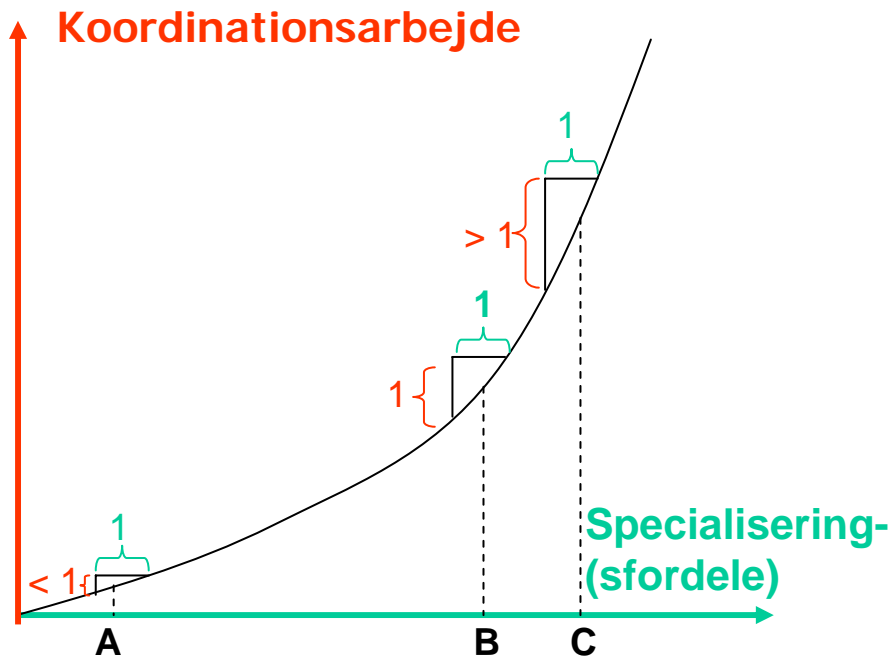


Illustration af forholdet mellem koordination og specialisering

Specialiseringens dilemma

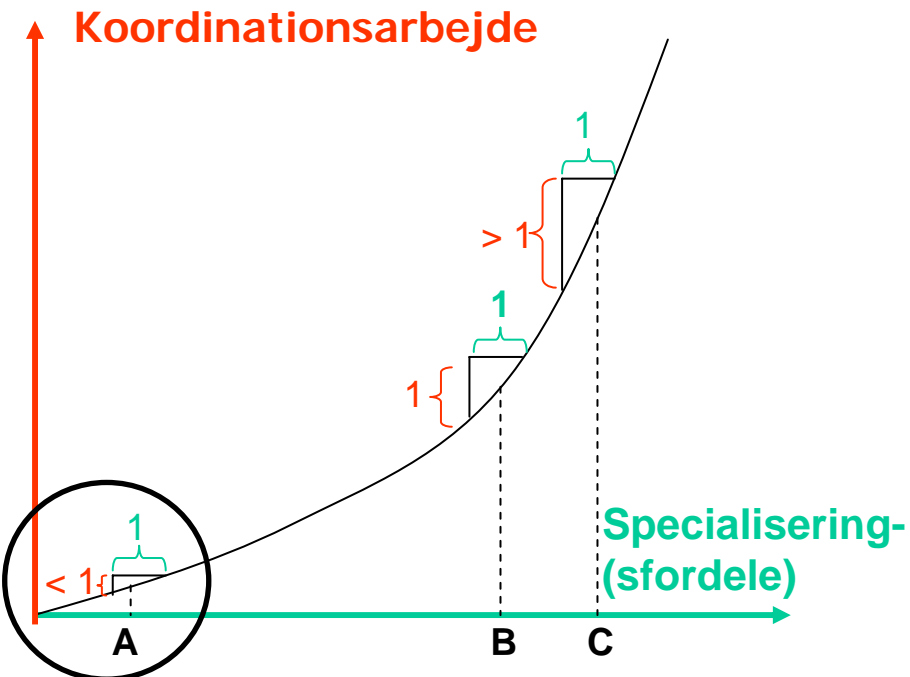


Illustration af forholdet mellem koordination og specialisering

Specialiseringens dilemma

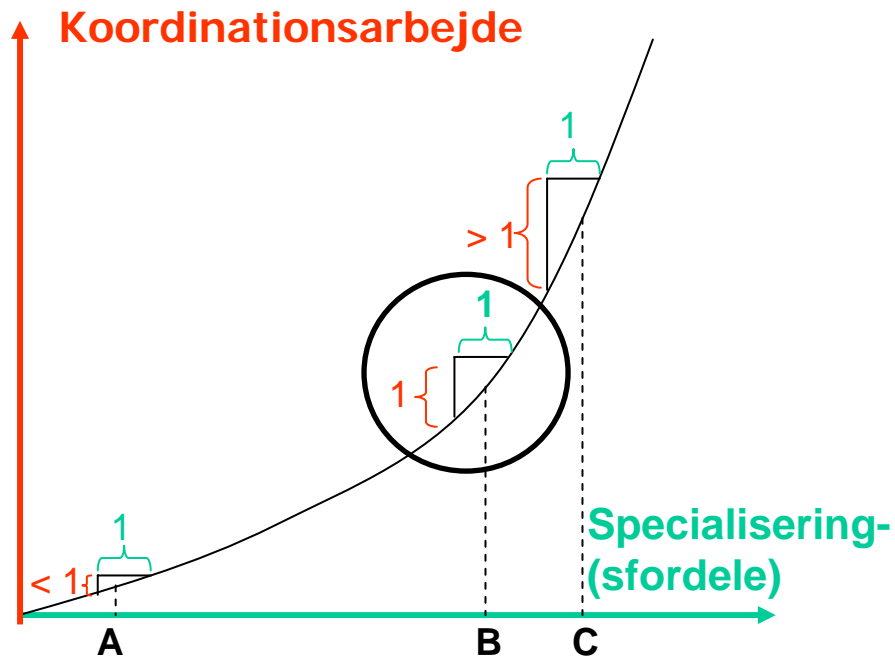


Illustration af forholdet mellem koordination og specialisering

Specialiseringens dilemma

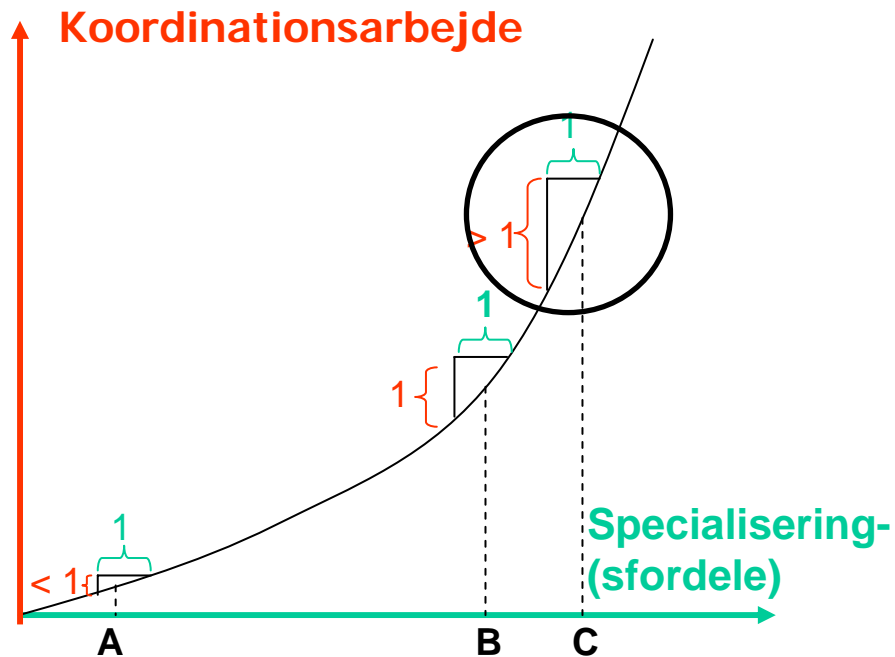


Illustration af forholdet mellem koordination og specialisering

Specialiseringens dilemma

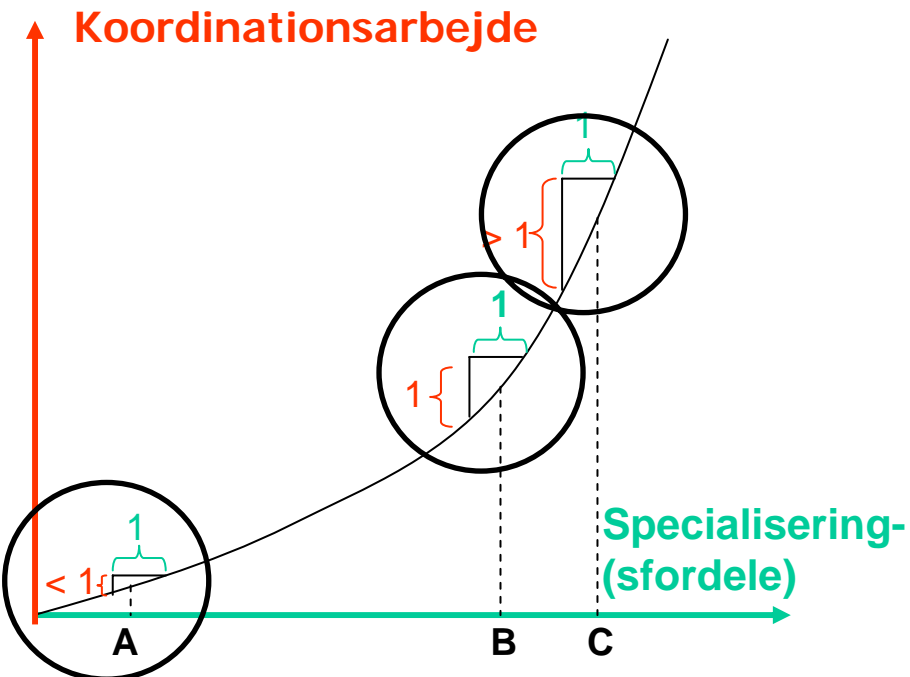


Illustration af forholdet mellem koordination og specialisering

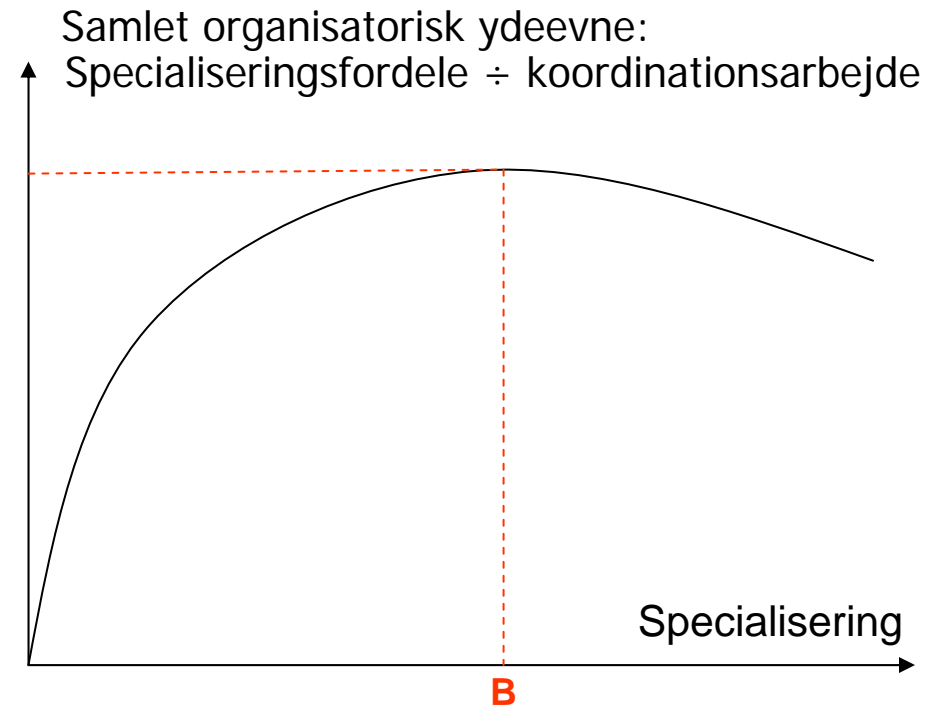


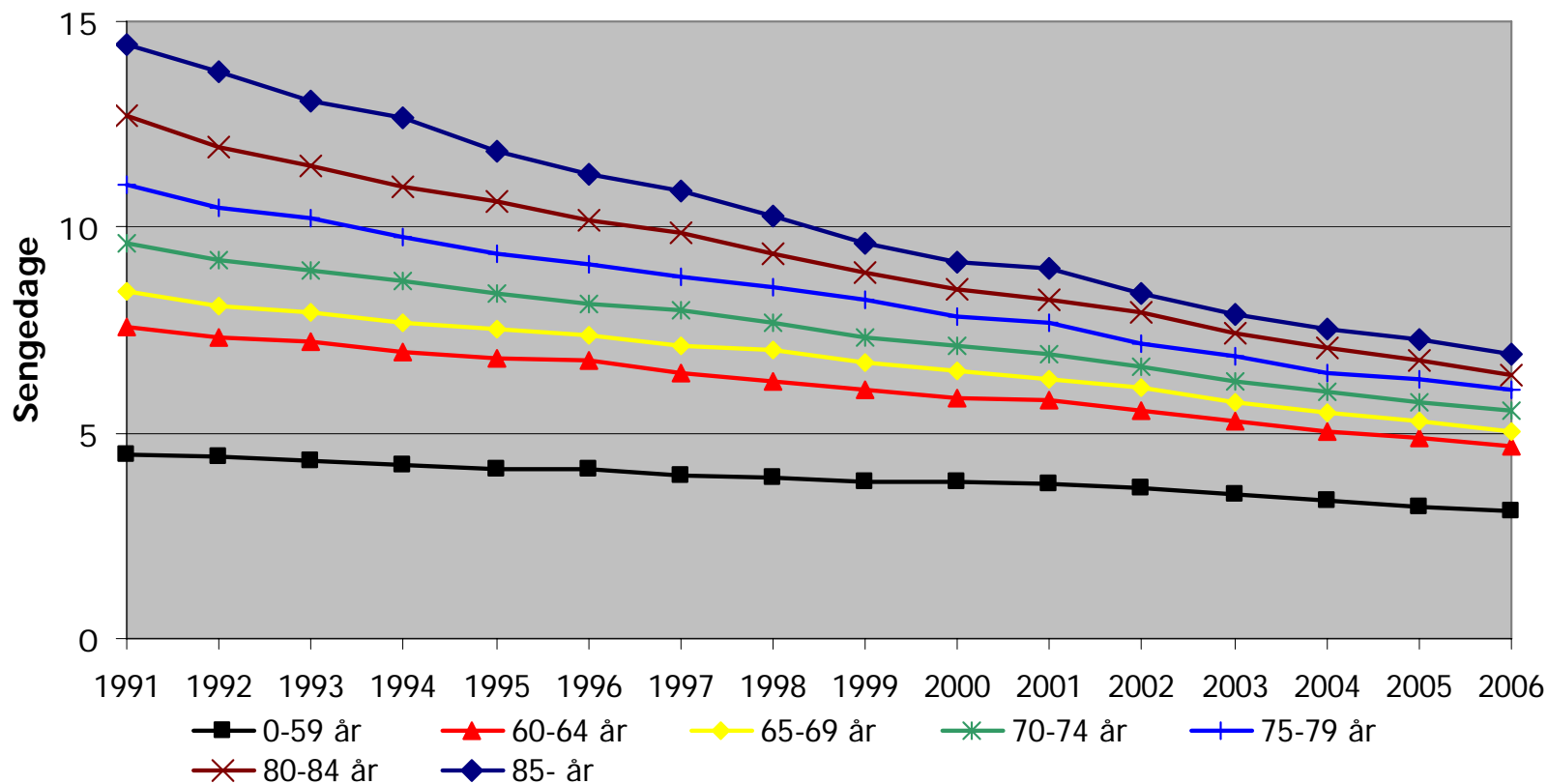
Illustration af forholdet mellem specialisering og samlet organisatorisk ydeevne

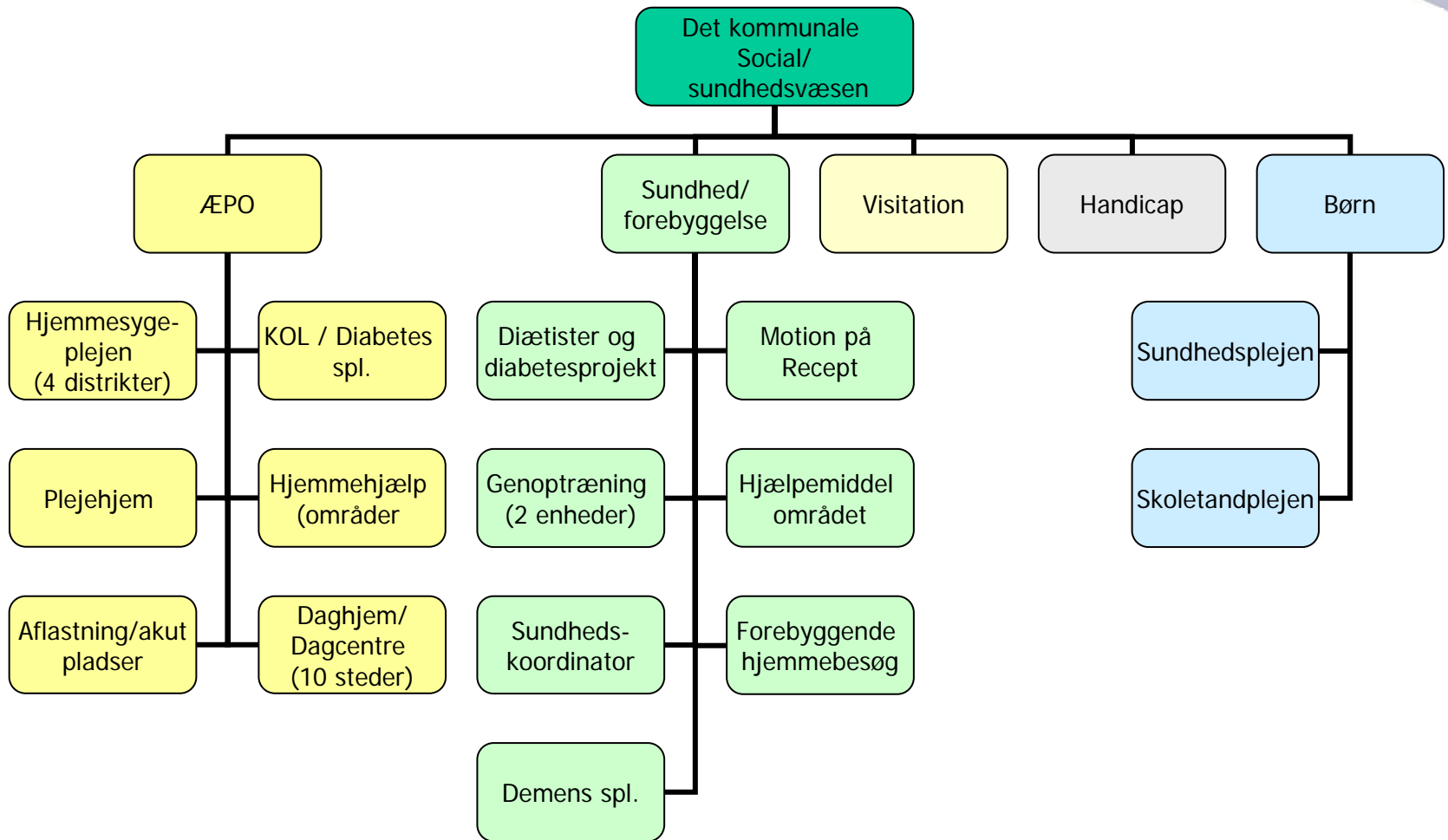
Et gammelt problem... bliver højaktuelt!

- Forkortede forløb:
- Den medicinsk/
teknologiske udvikling:
- Specialiseringen:



Gennemsnitlig liggetid per indlæggelse fordelt på aldersgrupper. 1991-2006 (statistikbanken.dk - uddrag af tabel UD3)



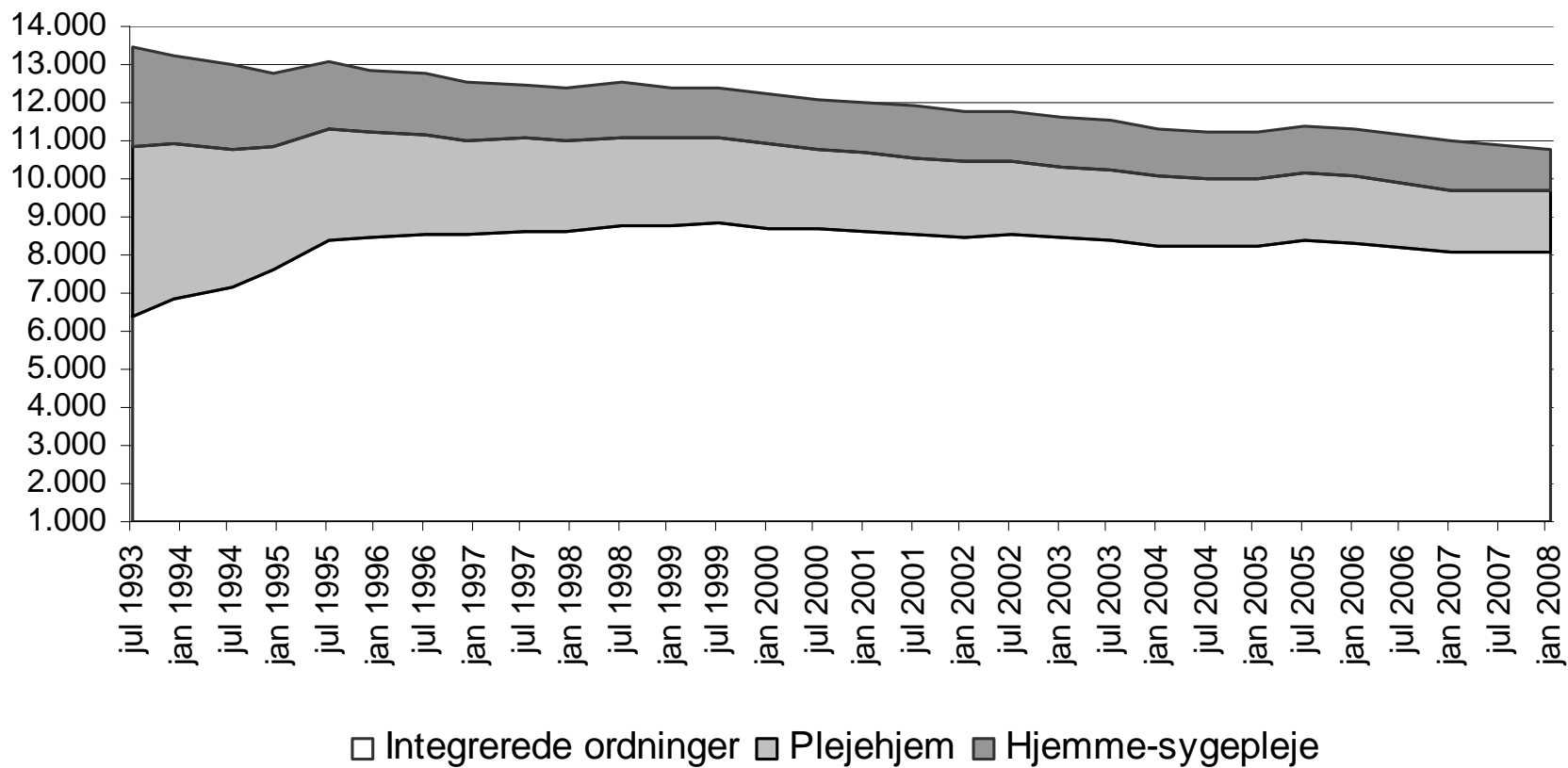


Forekomsten af forskellige fagspecialiseringer i sygeplejen

Specialistfunktion	Forekomst (i % af kommuner)
Demens	95,7 %
Uddannelse	92,9 %
Sårbehandling	91,4 %
Inkontinens	87,1 %
Palliation	65,7 %
Diabetes	55,7 %
Sundhedsfremme og forebyggelse	50,0 %
Udvikling og forskning	37,1 %
Rehabilitering	28,6 %
KOL	15,7 %
Motion på recept	5,7 %
Dialyse	2,9 %

Kilde: "Kortlægning af hjemmesygeplejen" (Vinge, dec. 2007)





Et gammelt problem... bliver højaktuelt!

- Forkortede forløb: – *På mindre end den halve tid*
- Den medicinsk/
teknologiske udvikling: – *kan vi meget mere*
- Specialiseringen: – *og vi er langt flere om det*

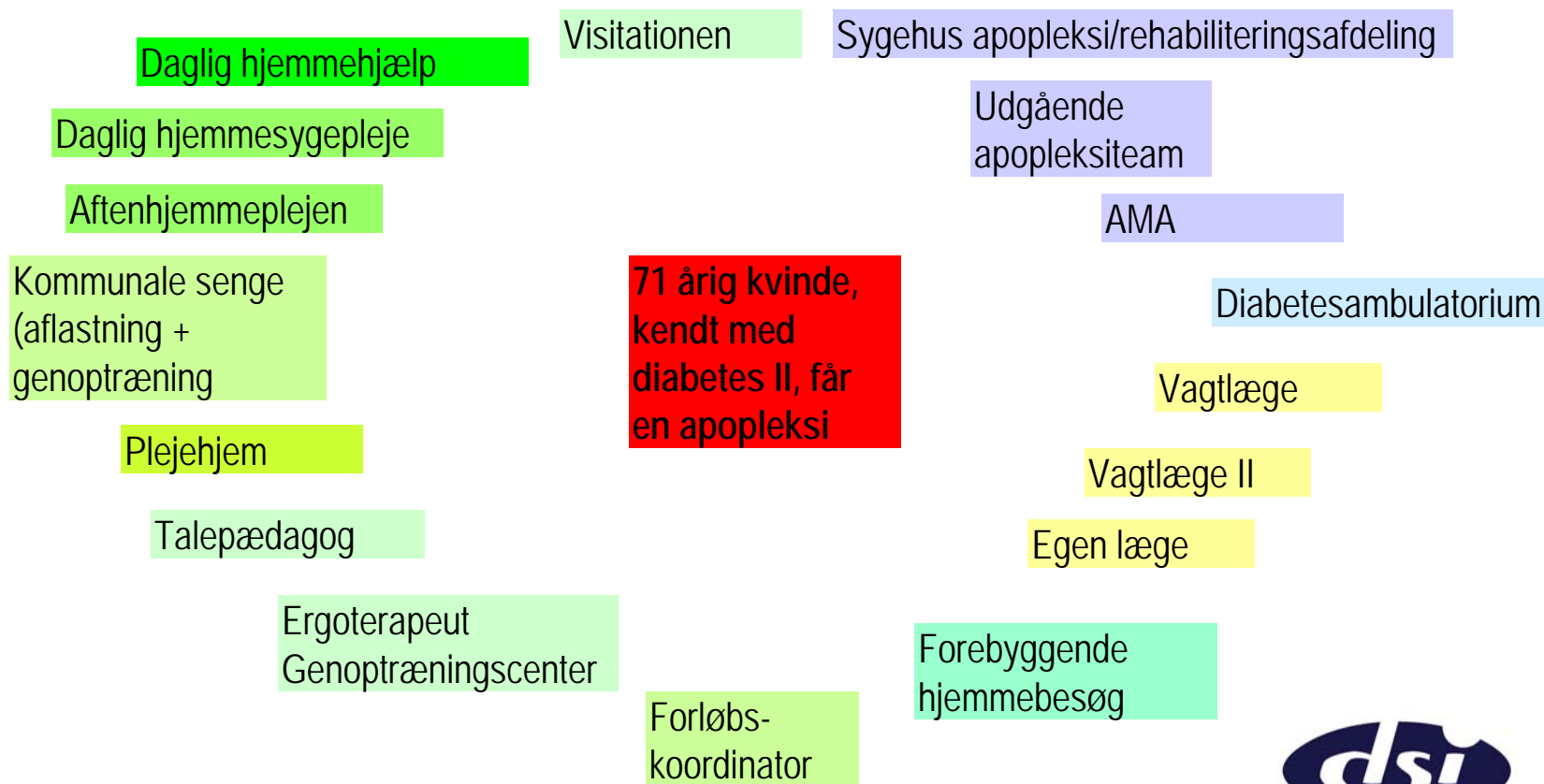


Hvorfor er sammenhæng vigtigt?

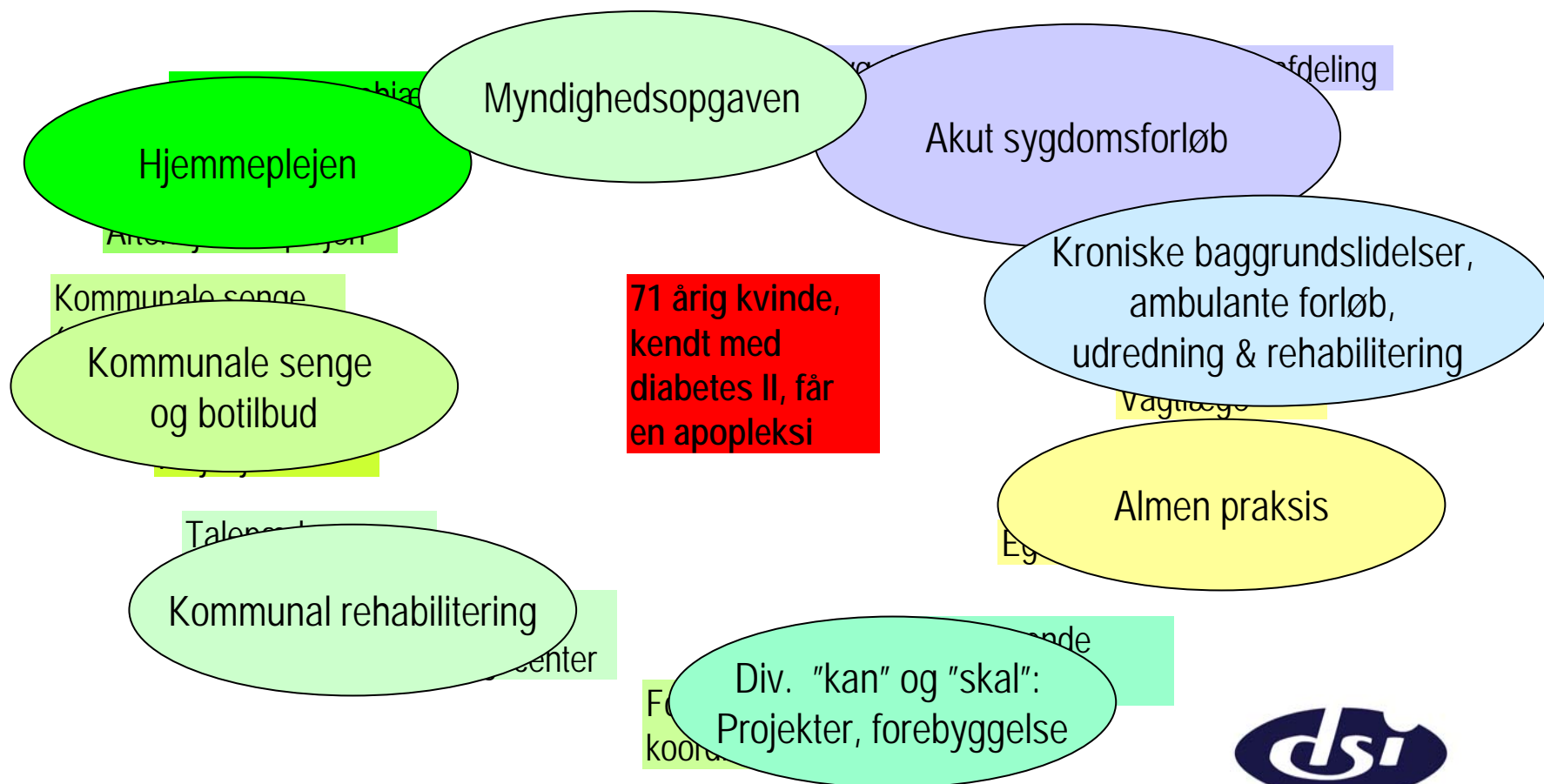
- Borger/patientperspektivet:
 - Tryghed, overblik, tilfredshed
- Kvalitetsperspektivet:
 - For langsomme el. modstridende (be)handlinger
 - For tyndt vidensgrundlag for professionelles virke giver dårligere beslutninger, som giver dårligere (be)handlinger
- Økonomiperspektivet:
 - Dobbeltarbejde og dårligere kvalitet koster, både på kort og på langt sigt



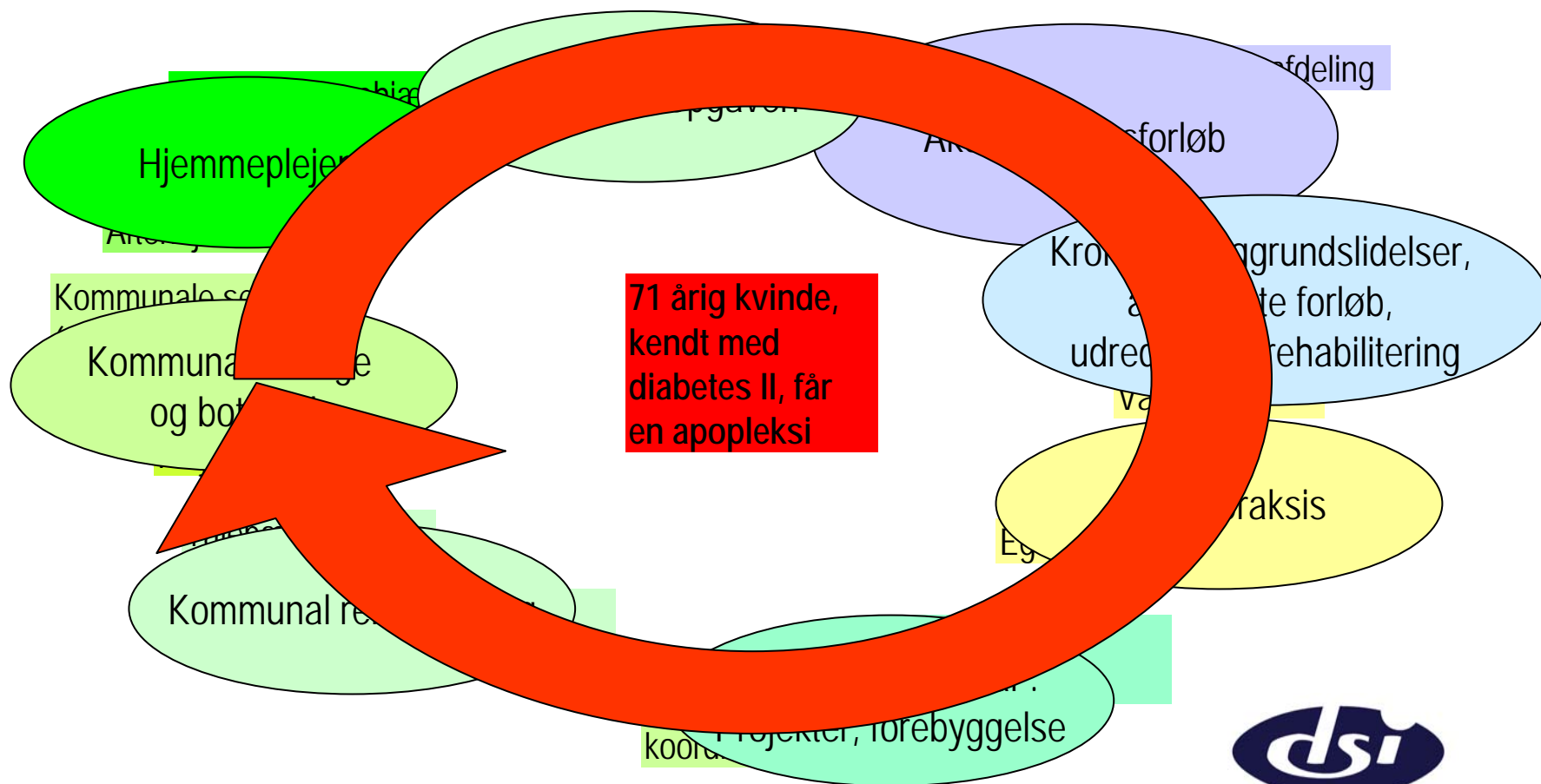
Udfordringen i praksis



Udfordringen i praksis



Udfordringen i praksis



To yderpoler på et kontinuum

Strategi 1)

- Løsningen på sammenhængsproblemerne er mere specialisering
- **Specialisering** i form af koordinatore, tovholdere, kontaktpersoner, casemanagere osv.

Strategi 2)

- Løsningen på sammenhængsproblemerne er mindre specialisering
- **Afspecialisering** og integration af funktioner i bredere, mindre specialiserede stillinger.



- **Strategi 1: Specialisering. Bedre sammenhæng via flere forløbskoordinatorer.**
Martin Sandberg Buch



Strategi 1: Specialisering

"Forløbskoordination på kronikerområdet
– *Hvad skal der til i praksis?*"

Gratis download fra: www.dsi.dk eller www.fokus-net.dk

v. Martin Sandberg Buch



Guidens relevans

1. Forløbskoordination er nyt og moderne (kronikerprogrammer, sundhedsaftaler).
 - Der ansættes flere og flere forløbskoordinatorer overalt i sundhedsvæsenet
 - Der er kæmpe forventninger til hvad de skal kunne
 - Ofte aner de ikke hvordan de skal komme i gang –og de bliver let fanget imellem visioner og dagligdag
 - Det er dømt til at mislykkes hvis ikke implementeringen sættes i system og hvis ikke det forankres ledelsesmæssigt på tværs af de patientforløb det handler om
2. Derfor denne guide til praktikere
 - Ment som et værktøj til at lette processen



Guidens afsæt 1

1. Casestudie af et ambitiøst kommunalt udviklingsprojekt
 - Fulgte kommunen fra top til udfører igennem udviklingsprocessen
 - Deltagelse i selve udviklingsprocessen
 - Undersøgelse af udviklingsprocessen via interview og observation af koordinatorene og deres væsentlige samarbejdspartnere
 - Påfaldende forskel på let/svært projektet var hos ledelse ift hos koordinatorene



Guidens afsæt 2

1. Opgaver som konsulent og evaluator i et nyt udviklingsprojekt

- Tre kommuner der arbejder med forløbskoordinatorer for KOL patienter i Region Midt.
- Forankret i regional satsning på at udvikle kronikerprogrammer for store sygdomsgrupper –starter med KOL

2. Litteraturgennemgang – hvad er forløbskoordination?

1. Ledelse og planlægning af de ydelser der skal sammensættes til et forløb vs. Koordinering på individniveau
2. Forløbskoordination der går på tværs af organisationer er tungt og tidskrævende
3. Ingen hjælp at hente ift udvikling og implementering



Guidens og oplæggets struktur

- Kort gennemgang af guidens fem spørgsmål
 - Hvor er problemerne?
 - Hvad skal koordineres?
 - Hvilke roller skal koordinatorene have?
 - Hvordan skal der koordineres?
 - Hvordan evalueres forløbskoordination?
- Opsamling og anbefalinger



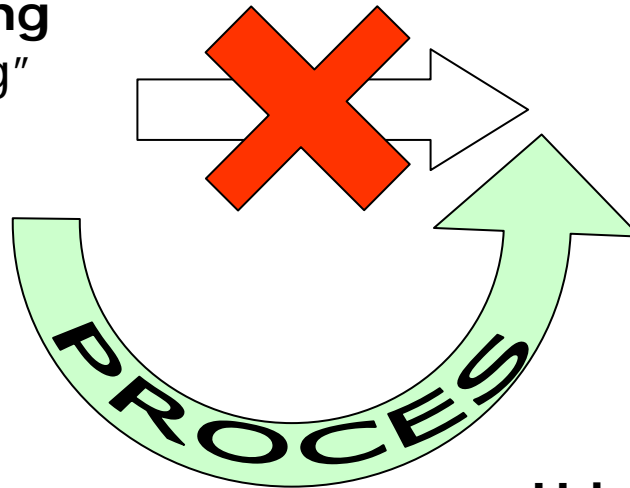
Fase 1: Hvor er problemerne?

1. Problemformuleringsfase
 1. Udforsker og kortlægger
 2. Inddrager og forhandler
 3. Snævrer ind på problemet
 4. Sorterer løsninger fra



Ideal overfor hvad der ofte sker i praksis

Problem / Anledning
"Koncept" / "løsning"



Løsning fx i form
af en forløbs-
koordinator

Udforskning

Hvordan ser det ud i dag?
Hvad gør de andre steder?
IKKE FOKUS PÅ LØSNINGER!

Udvidelse af handlerum

Udforskning og åbning
leder til nye spørgsmål
Inspirerer til nye
valgmuligheder

Metoder til problemanalyse

- Metoder til problemanalyse
 - Interviews med samarbejdspartnere og borgere, fælles temadage, hvad gør man andre steder, specialestuderende
- Lad være med at
 - Holde møder, bruge konsulenter til at lave en færdig løsning, og kom væk fra skrivebordet.



Fase 2: Hvad skal koordineres?

- Hvilke problemer kræver ledelse
- Hvilke kan koordineres på driftsniveau
- Der skal sorteres og prioriteres!



En typologi til at skelne

- Patientniveau = koordinator (planlægning med patienten)
- Enhedsniveau = (Afsnit/afdeling)
- Organisationsniveau = lokal ledelse og koordinator (kommune)
- Tværsektorielt og regionalt = ledelse på chefniveau
- Nationalt niveau = SST, faglige selskaber, KL, DR osv.



Pas på uklare og urealistiske forventninger

- Eksempler på uklare og urealistiske forventninger til koordinatører er når de skal:
 - Løse samarbejdsproblemer
 - Løse problemer vedrørende uklar opgavedeling
 - Løse koordinationsopgaver udenfor koordinatørernes eget domæne
 - Monitorere forløb hvor de ikke har adgang til relevante data
- Det er vigtigt at skelne imellem ledelse og koordination
- Det er vigtigt at afstemme forventninger og opgaver med kompetencer



Spørgsmål 3: Hvilke rolle skal koordinaterne spille?

- Skal koordinatoren være:
 - Coach
 - Blæksprutte
 - Controller
 - Guide
 - Specialist
 - Organisationsudvikler
- Husk begrænsningens kunst



Spørgsmål 4: Hvordan skal der koordineres?

- Tre centrale spørgsmål som bør stilles til alle forløbskoordinerende funktioner:
 - Hvordan opspores de rigtige patienter?
 - Hvilke opgaver skal koordinаторerne løse?
 - Hvordan afsluttes forløbet?



4a. Hvordan opspores de rigtige patienter?

- En ny henvisningspraksis er en organisatorisk forandring på tværs af organisationer = interessenter som skal forpligte sig til at være med.
- Et nyt tilbud er også = at der skal opspores nogle patienter der ønsker at tage imod tilbuddet – og det skal helst være de rigtige.
- Typiske forhold der skal afklares:
 - Hvem skal kunne henvise?
 - Skal der være åbent for selvhenvendelse?
 - Hvilke kriterier skal lægges til grund for henvisning?
 - Hvordan får man henviserne til at ændre praksis?



4a. Hvordan skaber man organisationsforandring?

- Traditionel sundhedsfaglig tilgang:
 - Beskriver henvisningskriterier melder dem ud via pjecer o.l.
 - Informerer via nyhedsbreve og fællesmøder
 - Også skulle henvisningerne jo gerne begynde at komme...
 - Det gør de ikke!
- Organisationsforandring kræver aktivt arbejde – det kræver at der er nogen som vil forpligte sig til at arbejde for projektet ved at opspore og henvise.
 - Håndtering af vigtige interessenter som ikke er ledelsesmæssigt forpligtet til projektet



4b. Hvilke opgaver skal koordinаторerne løse?

- Hvad er det for et patientforløb der skal realiseres?
 - Hvem der skal samarbejdes med?
 - Hvilke tilbud der skal indgå i koordinationen?
 - Hvordan skal der monitoreres?
 - Hvordan skal arbejdet dokumenteres?
- Det kræver engageret ledelse og tålmodighed



4b. Typiske problemer ift koordinatoropgaver

- Overlap til eksisterende driftsenheder og koordinatore
 - Forhandling og koordinering med alle de koordinatore der er i systemet i forvejen – konfliktløsning!
 - Håndtering af konflikter om eksisterende opgaver
 - Hvad er koordinationsproblemer, hvad er manglende engagement, hvad er manglende kompetencer og hvad er samarbejdsproblemer?
 - Dvs. meget andet end sundhedsfaglig kompetence.



4c. Hvornår og hvordan afsluttes et forløb?

- Det afhænger af roller og opgaver, men det er vigtigt at:
 - Have overordnede mål for hvad det er for et forløb der skal realiseres
 - Have specifikke mål for hvornår opgaven er løst
 - Sikre at funktionen arbejder målrettet og at der er gennemstrømning af patienter



Spørgsmål 5: Hvordan skal der evalueres?

- Forhold der skal tages i betragtning:
 - Forløbskoordination er ikke en velkendt sundhedsfaglig kerneydelse
 - Forløbskoordination handler langt hen ad vejen om at skabe og styrke relationer imellem eksisterende sundhedsfaglige kerneydelser.
 - Udvikling af koordinatorfunktioner indebærer en lang række organisationsændringer der skal planlægges og gennemføres inden man overhovedet kan begynde at evaluere driften.
 - Udvikling tager tid: Skal evalueres på koordinations-effekt, ikke på traditionelle driftsparametre (fx antal forløb)



Anbefalinger til forløbsledelse

- Kræver en tværsektorielt forankring
- Brug Sundhedsaftalerne og koordiner regionalt
- Koordiner og led udviklingen
- Hver kommune og hvert hospital bør ikke have sin egen måde at organisere forløbskoordination på
- Det tager år og koster kassen – men:
 - Det er et stort behandlingsområde med mange patienter hvor der bruges mange ressourcer, så selvfølgelig koster det
 - Det skaber et langsigtet fælles fokus på at forbedre behandlingen



Anbefalinger til lokalt udviklingsarbejde

- Husk problemanalysen
- Vær realistisk i afvejningen af koordinatorernes opgaver, kompetencer og ressourcer
- Husk at det er organisationsforandring
- Husk at det er et udviklingsprojekt



Guiden kan også bruges til

- At sortere koordinatorprojekter fra fordi den tydeliggør hvilken indsats det kræver at arbejde med forløbskoordination
- At udfordre lokale opdragsgivere og skrivebordsprojekter!



- **Strategi 2: Afspecialisering. Bedre sammenhæng via mindre fragmentering.**
Sidsel Vinge

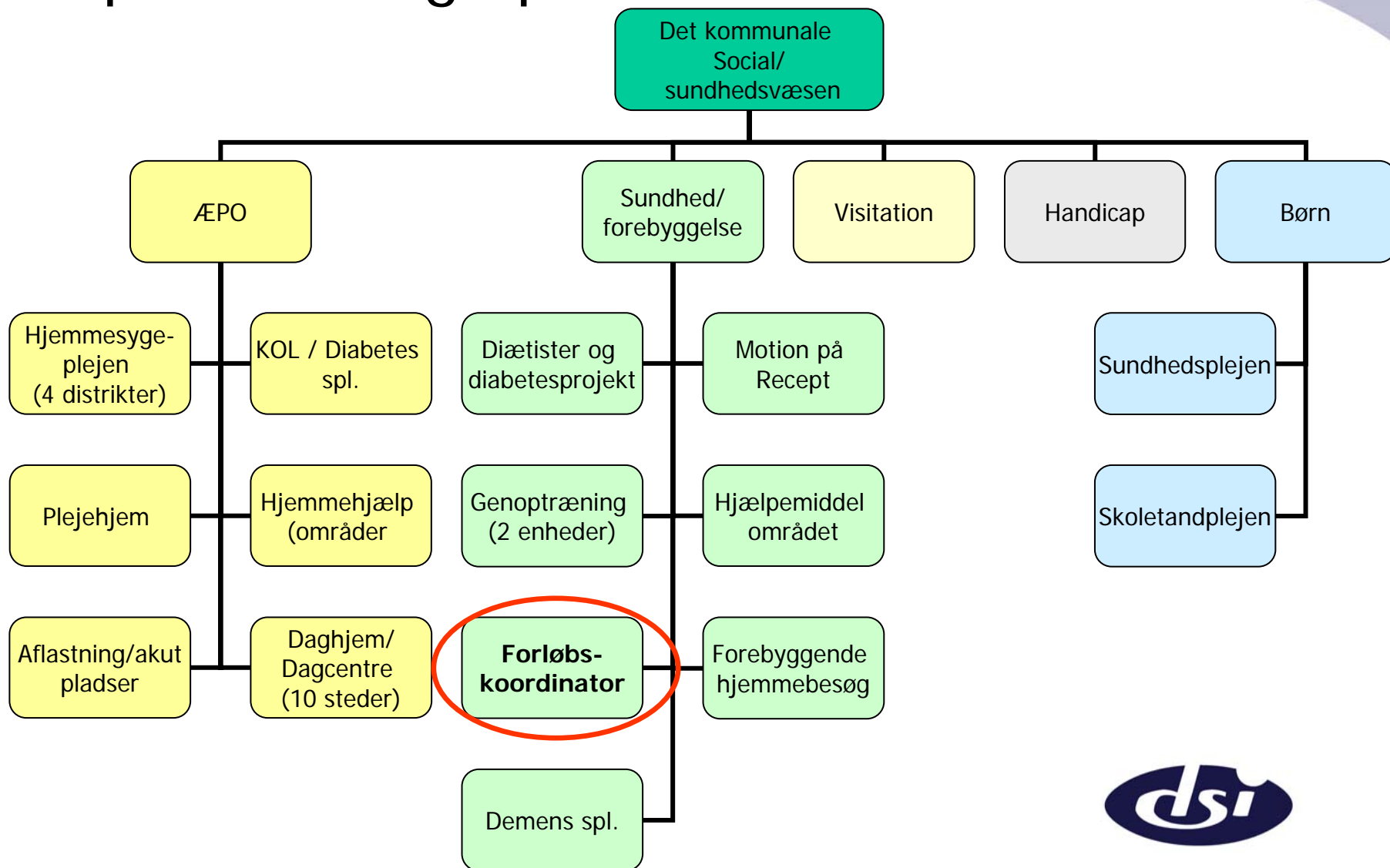


Kompetencerne tilbage i driften

- **Påstand:** Vi er kommet for langt ud på kurven: Flere ulemper end fordele ved specialisering
- **Vision:** En mindre kompleks organisation med bredere jobs til kompetente generalister
- **Løsning:** Integrere så mange funktioner som overhovedet muligt i de samme personer
- **Nye strategisk mantra:** Personkontinuitet
- **Muligheder:** "Jobenlargement", rekruttering og fastholdelse, prestige på de store driftsområder



Specialisering i praksis:



Hvem kan sikre sammenhæng?

<i>Tværasektorielt</i>			
Direktion	Hele sektoren	Er det overhovedet det rigtige vi gør?	Ændre rammerne
Områdeledere	Mellem områder		
Driftledere	Mellem driftsenheder		
Frontlinjemedarbejdere	Det enkelte forløb	Gør vi det godt nok?	Justering indenfor rammerne

Strategi 1: Koordinatorer på borgerniveau

Argumenterne imod

- En **ulogisk** løsning:
 - Sammenhæng via fragmentering af frontlinjen?
- Kun et **lille hjørne** af sammenhængsproblemet:
 - Justering indenfor rammerne er **symptombehandling** – ikke helbredelse
- Et **urealistisk** projekt!
- **Ledelseskompensation?**
 - Sammenhæng er ledelsesmæssigt ansvar og opgave



Strategi 2: Afspecialisering

Hvad kan vi lære af almen praksis?

- Den anden halvdel af primærsektoren - generalistsektoren
- Modstå presset "opad" mod øget specialisering
- Stolt af at være "ekspert i almindeligheder" (F. Olesen, professor i almen medicin)
- Ny viden via udvikling i og af frontlinjen – ikke fragmentering af frontlinjen
- Insistere på bredde og personkontinuitet
- (Praksis)konsulenter og koordinatore



Strategi 2: Afspecialisering

Personkontinuitet på ældreområdet

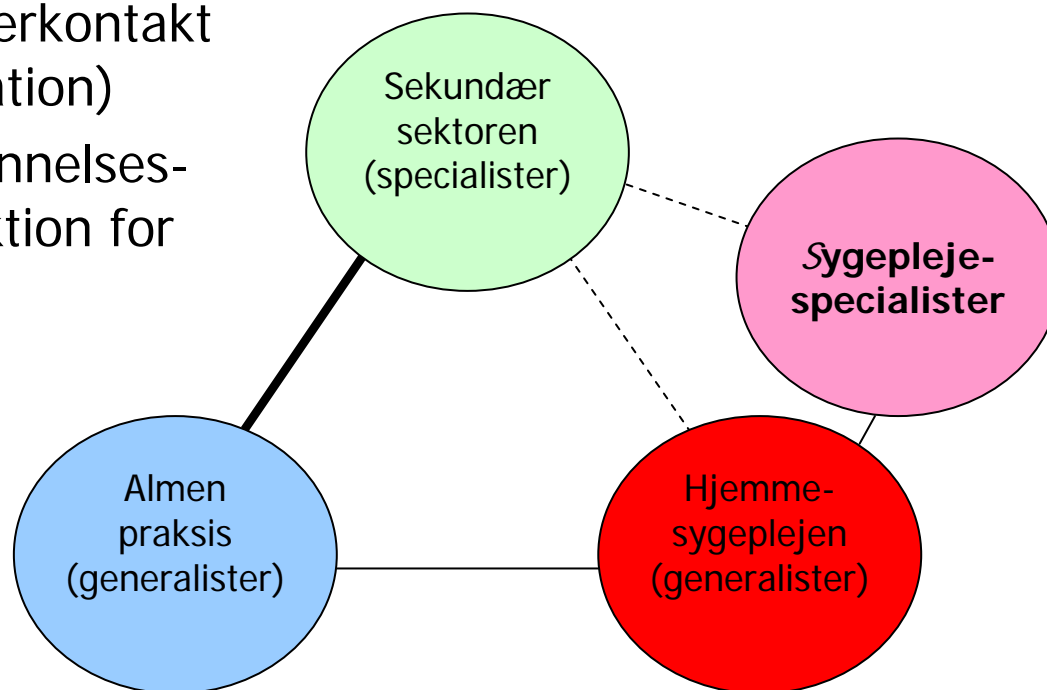
- "Egen sygeplejerske" ("egen terapeut" ... osv.)
- Så få 'kasser' (så lidt specialisering) i driften som overhovedet muligt (iht. lovgivning)
- Så meget personkontinuitet omkring borgerne som overhovedet muligt
- Klar satsning på faglige backup-system til frontpersonalet – i stedet for alternativer til dem i form af specialister
- Skabe basis for egentligt teamsamarbejde omkring borgerne med almen praksis



Strategi 2: To muligheder for primærsektoren

1) Backstage specialister

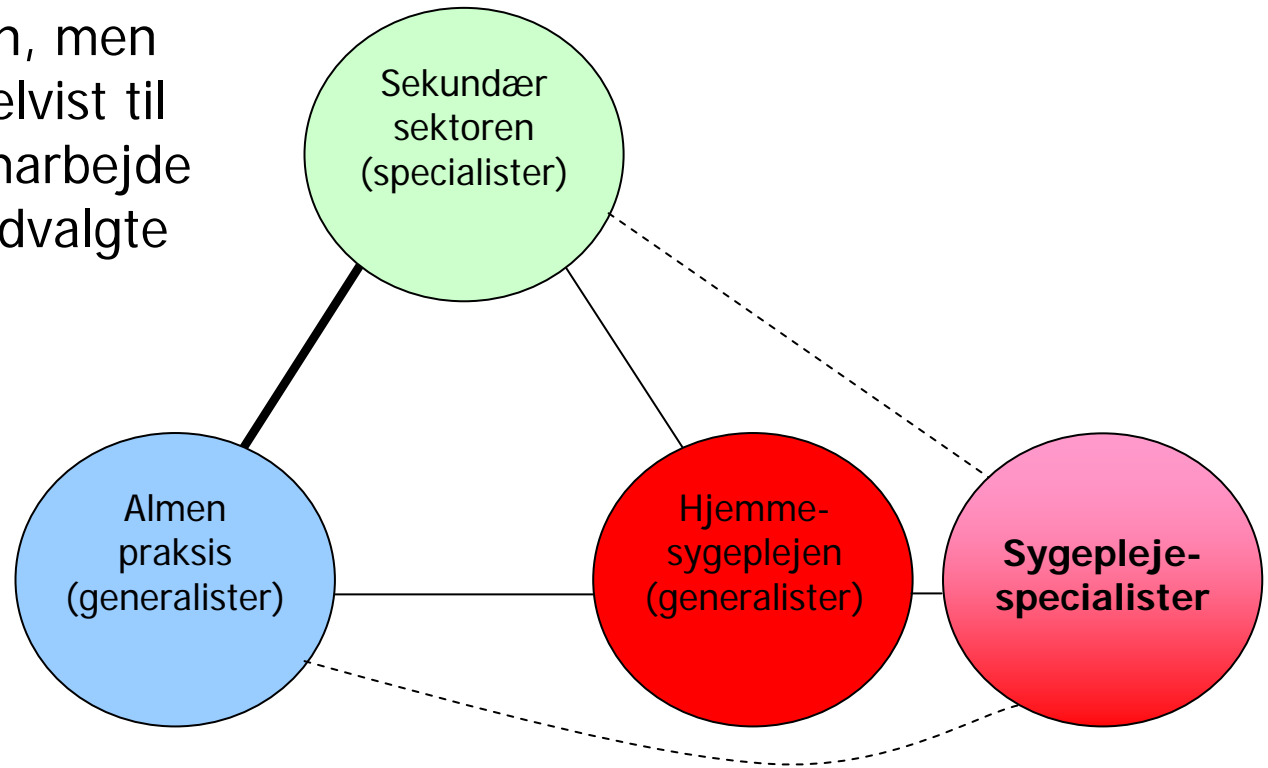
- Har ingen borgerkontakt (ingen koordination)
- Er stabs-, uddannelses-vejledningsfunktion for driften



Strategi 2: To muligheder for primærsektoren

2) Praksiskoordinator-modellen

- Alle bliver i driften, men nogen frikøbes delvist til koordination, samarbejde og udvikling på udvalgte områder



Alt i alt...

- Specialisering har både **fordele og ulemper**
- Sikring af koordination er primært et **ledelsesansvar**
- Primærsektoren er en **generalistsektor**, sekundærsektoren en specialistsektor
- Udfordringen er at **sikre kompetencer og kvalitet** i frontlinjen uden at den fragmenteres
- Koordination og sammenhæng via **øget personkontinuitet** omkring borgerne
- Fordelene er både **kvalitetsmæssige, økonomiske, sundheds-/forebyggelsesmæssige** – og en bedre **borgeroplevelse**

