

DSI debatseminar, september 2009

Opgaveglidning fra sygehuse til kommuner: Problem eller nødvendighed?

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

Jannie Kilsmark
Projektleder
cand.oecon.
jk@dsi.dk



To projekter

- Hvad er problemet?
 - "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling - Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder", Vinge & Kilsmark, DSI, juni 2009
- Hvad kan vi gøre ved det!?
 - "Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse – Et projekt om forbedring af sektorsamarbejdet i Region Midt", forandringsprojekt fra 2009-2010.



Forandringstyper – og de primære drivere

| Forandringstyper | Primære drivere |
|-------------------------|---|
| <i>Opgaveændring</i> | Nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi |
| <i>Opgaveøgning</i> | Ændret demografi, ændret sygdomsbillede, ændrede og nye behandlingsmuligheder |
| <i>Opgaveglidning</i> | Ændringer i sygehusaktiviteten i form af kortere indlæggelser og konvertering til ambulante aktiviteter, men også mere mobile teknologier |



Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling:

Undersøgelsens design: De to hovedspørgsmål

- **Hvad:** Hvilke opgaveforandringer (ændringer, øgninger, glidninger) er sket og med hvilke konsekvenser?
 - Interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker
- **Hvor meget:** Hvad er omfanget af opgaveforandringer?
 - Statistiske analyser (registeranalyser fra landspatientregistret over sygehusaktivitet samt data om sygdomsforekomst)



Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

Interviewundersøgelse: Deltagende kommuner

| Kommune | Stilling | Ancien. | Kommune | Stilling | Ancien. |
|---|---------------------------|---------|---------------|---------------------|---------|
| Favrskov | Primærsygeplejerske | 27 | Assens | Hjemmesygeplejerske | 11 |
| Ringkøbing-Skjern | Hjemmesygeplejerske | 16 | Horsens | Hjemmesygeplejerske | 7 |
| Hedensted | Primærsygeplejerske | 9 | Guldborgsund | Hjemmesygeplejerske | 25 |
| Hjørring | Hjemmesygeplejerske | 11 | Svendborg | Hjemmesygeplejerske | 22 |
| Vesthimmerland | Udviklingssygeplejerske | 17 | Ringsted | Hjemmesygeplejerske | 8 |
| Aalborg | Sygeplejefaglig konsulent | 14 | Gladsaxe | Hjemmesygeplejerske | 15 |
| Silkeborg | Hjemmesygeplejerske | 13 | Høje Taastrup | Hjemmesygeplejerske | 22 |
| Tønder | Hjemmesygeplejerske | 30 | Furesø | Hjemmesygeplejerske | 7 |
| Sønderborg | Hjemmesygeplejerske | 12 | Frederiksberg | Hjemmesygeplejerske | 12 |
| Syddjurs | Hjemmesygeplejerske | 18 | Hørsholm | Hjemmesygeplejerske | 10 |
| | | | Albertslund | Hjemmesygeplejerske | 7 |
| Gennemsnitlig anciennitet i hjemmesygeplejen 15 år | | | | | |



Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

Interviewundersøgelse: Deltagende kommuner

- 4 gruppeinterviews
- Brainstorm over eksempler på konkrete ændringer på kliniske (somatiske) områder – løbende udbygning og uddybning af kategorier.
- Stor ensshed i oplevelsen af udviklingen – fra nord til syd, øst til vest, land til by.



Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

Analyserede område indenfor somatikken

- Hjertesygdomme
- KOL
- Diabetes
- Kroniske sår
- Kræft og det palliative område
- Demens
- Den ældre medicinske patient
- Inkontinens og katetre
- Dialyse
- Stomipleje
- Det kirurgiske område



Hvad siger sygeplejerskerne?

Tre typer nye opgaver

| Opgavetyper | Eksempler |
|------------------------------------|--|
| Kliniske opgaver | Kliniske opgaver, i relation til fx medicinering, klargøring til elektive indgreb, sårpleje, dræn, sonder, katetre, IV-adgang , mv. Observerende og dataindsamlende opgaver i forb. m. udredning |
| Koordinate-rende opgaver | Koordinerende og logistiske opgaver i forbindelse med ambulante udrednings- og behandlingsforløb, uklarhed omkring medicinændringer, organisere transport, samarbejde med specialiserede aktører fx udgående teams. |
| Psykosociale og vejledende opgaver | Øget behov for information og psykisk støtte i hjemmet: fx at informere om operationer, behandlinger, undersøgelser og sygdomme, trøste, berolige, og lytte. Vejledende opgaver især i relation til kronikere og medicinering, fx oplæring i relation til insulingivning, inhalationsmedicin, kateterpleje, stomipleje mv. |



Hvad siger sygeplejerskerne?

Mere koordinering, opfølgning og logistik

- "Vi skal få **koordineret** undersøgelserne: De kommer hjem med forskellige datoer, der ikke kan lade sig gøre rent tidsmæssigt eller geografisk – og som vi skal koordinere for borgeren, og lave transportbestilling til."
- "Omkring forberedelsen til undersøgelsen, hvis folk ikke selv kan ikke finde ud af det eller overskue det, så bliver hjemmeplejen kontaktet og bedt om at tage sig af den opgave. Det hele sker hjemmefra, **koordineret** af hjemmesygeplejersken."
- "Der er også den med **medicinopfølgning**: Opfølgning både på undersøgelser og i forhold til medicin. Ofte oplever jeg, at egen læge ikke er informeret, han får ikke besked før de er kommet hjem, og så står vi med det og skal have fat i medicinen. Og egen læge ved ikke noget. Så skal vi tilbage til sygehuset og have at vide, hvad er det egentlig I mener? Der er meget arbejde i forbindelse med det."



Hvad siger sygeplejerskerne?

Flere spørgsmål skal besvares og det kræver mere viden

- "Man får at vide, at man faktisk er hjertesyg, men man ved ikke hvor alvorligt det er. Det er en kæmpe forandring i forhold til da de lå på sygehuset og kunne snakke, når der var behov for det. Nu sidder de mutters alene hjemme. Måske har de en kone eller mand, som heller ikke ved noget som helst. Så samler de **spørgsmålene** sammen til når vi kommer, for så kommer der jo en sygeplejerske, så 'lad os lige få spurgt'. Men når vi får vores kørelister, så er der disponeret med 'Injektion af heparin: 10 minutter' – men det tager tre kvarter!"
- "Nogle er jo kommet ind, er blevet opereret samme dag for kræft, og er hjemme to dage efter: De har jo ikke engang fået hjernen med! Så de har nået at få at vide, at de har kræft, de er nået at blive opereret og de er nået at komme hjem igen. Så kommer reaktionerne. Så står der en hjemmesygeplejerske, som ikke ved, hvad der egentlig er sket, som egentlig ikke kan svare på deres **spørgsmål**. Så er man nødt til at lave noget opfølgende arbejde, for at finde ud af, hvad er det egentlig det drejer sig om, for at kunne svare trygt og ordentligt."



Hvad siger sygeplejerskerne?

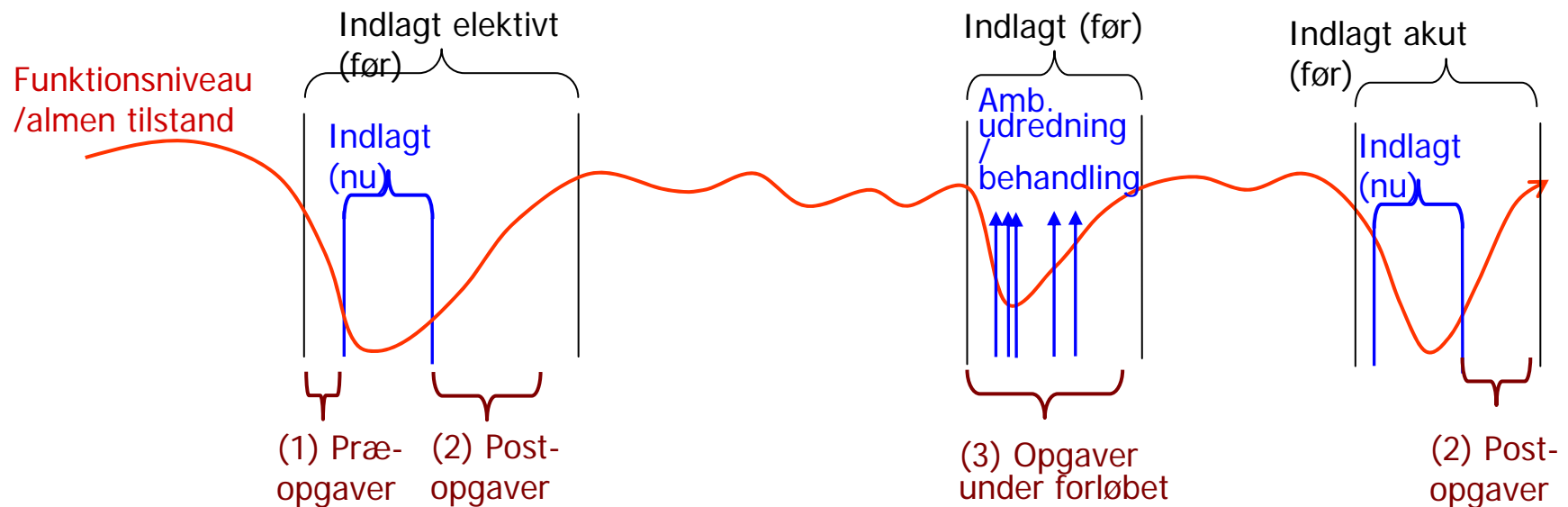
Mere psykosocial pleje (håndtering af angst og utryghed)

- "Den psykiske overbygning i forbindelse med hjertetilfælde ligger nu i hjemmesygeplejen. Det når ikke at blive bearbejdet på afdelingen. Patienterne og pårørende er **uroelige, bange** for at det sker igen: Et hjertetilfælde er smertefuldt at opleve og patienterne er måske **bange** for at dø. De har måske ikke fået samme vejledning omkring genoptræning og vigtigheden af det – før lå et helt genoptræningsforløb på sygehuset. Imellem 8. og 10. dagen er risikoen for re-infarkt forøget – før kom de hjem efter denne periode var ovre, men nu har vi dem i hjemmesygeplejen mens risikoen er størst."
- "Nu er de jo ikke indlagt. Det er aftensygeplejersken der kommer forbi og ser **de bekymrede øjne**. Det er hjemmesygeplejersken, der skal fange den slags og give **tryghed**. Det fik man før på sygehuset, fordi man jo var der. Og da er det somme tider vi kommer til kort – for hvad er det lige den undersøgelse eller operation går ud på?"



Hvad siger sygeplejerskerne?

Nye opgaver før, under og efter sygehusforløb



| Nye kommunale opgaver | De primære opgavetyper |
|------------------------|---|
| Før indlæggelse | Klargøring – primært kliniske opgaver |
| Under ambulante forløb | Primært koordinerende, observerende og dataindsamlende |
| Efter indlæggelse | Kliniske, koordinerende såvel som psykosociale og vejledende opgaver |

Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

Registeranalyser

- Opgav at finde kommunale data, også stikprøve
- Registerdata fra Landspatientregisteret over sygehusaktivitet
 - Hvad? Ambulant & stationær aktivitet samt liggetid
 - Hvornår? Perioden 1999-2008
 - Hvem? Tre aldersgrupper: 0-64årige, 65-79 samt +80årige
- Supplerende data om prævalens, incidens (fx demens, diabetes) dødelighed og dødssted (fx cancer)



Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

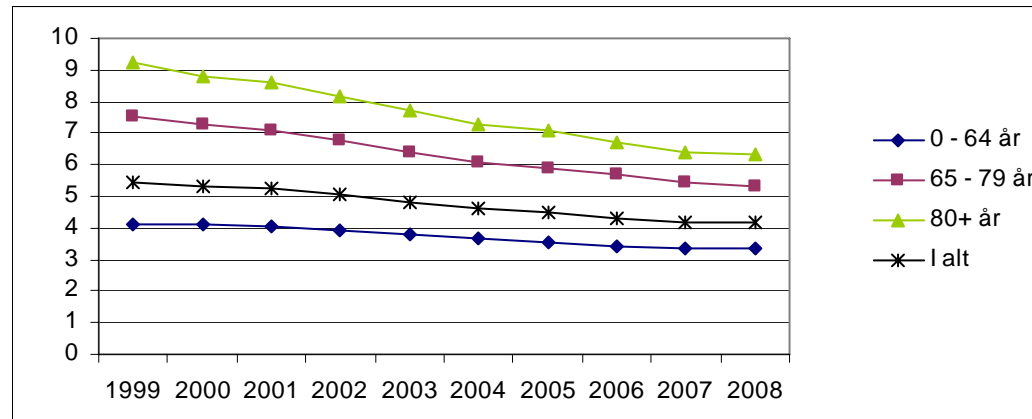
Statistiske analyser: Hvad siger tallene?

- Data kan ikke direkte belyse udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver
- På nogen områder, har det ikke har været muligt at belyse udviklingen via sygehusaktiviteten, og mangel på andre relevante data (fx demens, kroniske sår, stomier og inkontinens - herunder katetre).
- På nogle områder ses en klar vækst i antallet af patienter, (fx diabetes, kræft og dialyse), *hvilket sandsynligvis har ført til en øgning i opgaverne i hjemmesygeplejen.*
- En generelt stigende sygehusaktivitet karakteriseret ved
 - (1) En **markant vækst i den ambulante aktivitet** samtidig med, at **liggetiderne er faldet** (KOL, diabetes, ældre medicinske patienter samt hjerte-, kræft- og det kirurgiske område). *Dette kan muligvis have konsekvenser for omfanget af opgaver i hjemmesygeplejen.*
 - (2) Den **stationære aktivitet stiger** på nogen områder, men mindre kraftigt end den ambulante (KOL og ældre medicinske patienter), på andre er der svag vækst (hjerteområdet), mens der på andre er et svagt fald (kræftområdet), og på andre igen et regulært fald (diabetes).

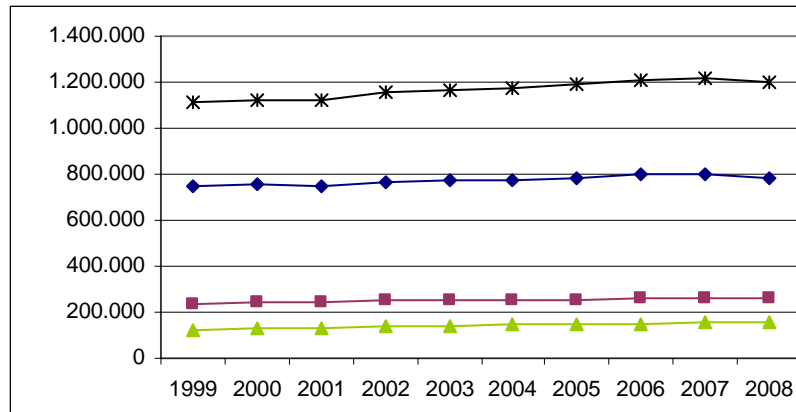


Det store billede

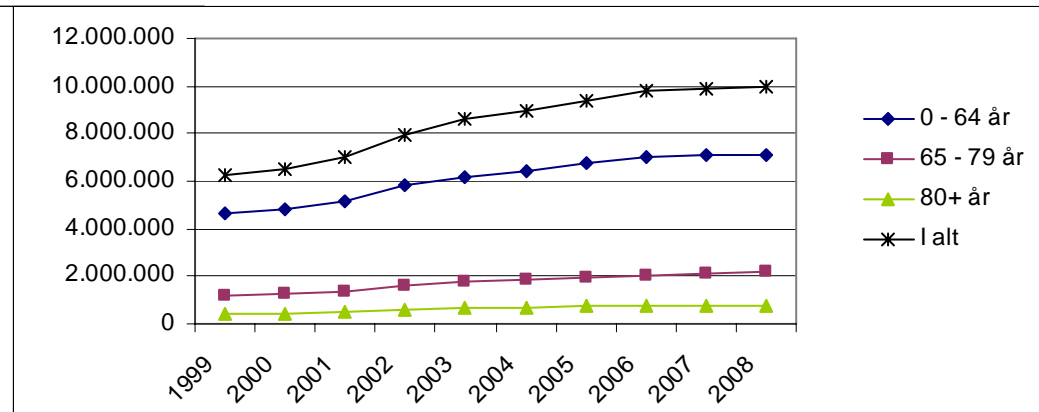
Figur 1: Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter



Figur 2: Antal somatiske udskrivelser fra sygehusene



Figur 3: Antal ambulante somatiske besøg



Udenfor nummer...

Tabel 30: De 10 hyppigste diagnosegrupper for indlagte patienter på 65 år og derover i 2006.

| Diagnose | I alt | 0-64 | 65-79 | 80+ | andel af 65+ indlæggelser |
|---|-----------|---------|---------|---------|---------------------------|
| | Antal | Antal | Antal | Antal | Andel i % |
| I ALT | 1.190.569 | 775.706 | 255.802 | 159.061 | 100,00 |
| Hjertepatienter | 85.609 | 33.395 | 33.394 | 18.820 | 12,59 |
| Ondartede svulster | 85.060 | 45.256 | 30.709 | 9.095 | 9,59 |
| Symptomer og mangelfuldt defineret tilstand | 88.096 | 56.300 | 18.382 | 13.414 | 7,66 |
| Observation/kræver ej behandling | 87.512 | 56.430 | 19.631 | 11.451 | 7,49 |
| Lungebetændelse | 29.560 | 12.432 | 8.369 | 8.759 | 4,13 |
| Patienter uden symptomer/sygdom | 54.778 | 38.197 | 9.138 | 7.443 | 4,00 |
| Bronchitis og astma | 32.870 | 17.541 | 10.208 | 5.121 | 3,69 |
| Karsygdomme i hjerne | 20.059 | 6.335 | 7.612 | 6.112 | 3,31 |
| Slidgigt og beslægtede tilstande | 20.311 | 8.530 | 9.048 | 2.733 | 2,84 |
| Øvrige/uspecificerede skader ved ydre påvirkning | 27.455 | 17.460 | 6.465 | 3.530 | 2,41 |
| <i>De 10 diagnosegrupper andel af alle 65+ indlæggelser</i> | | | | | <i>58 %</i> |

Kilde: Data fra Statistikbanken.dk, tabel UD11

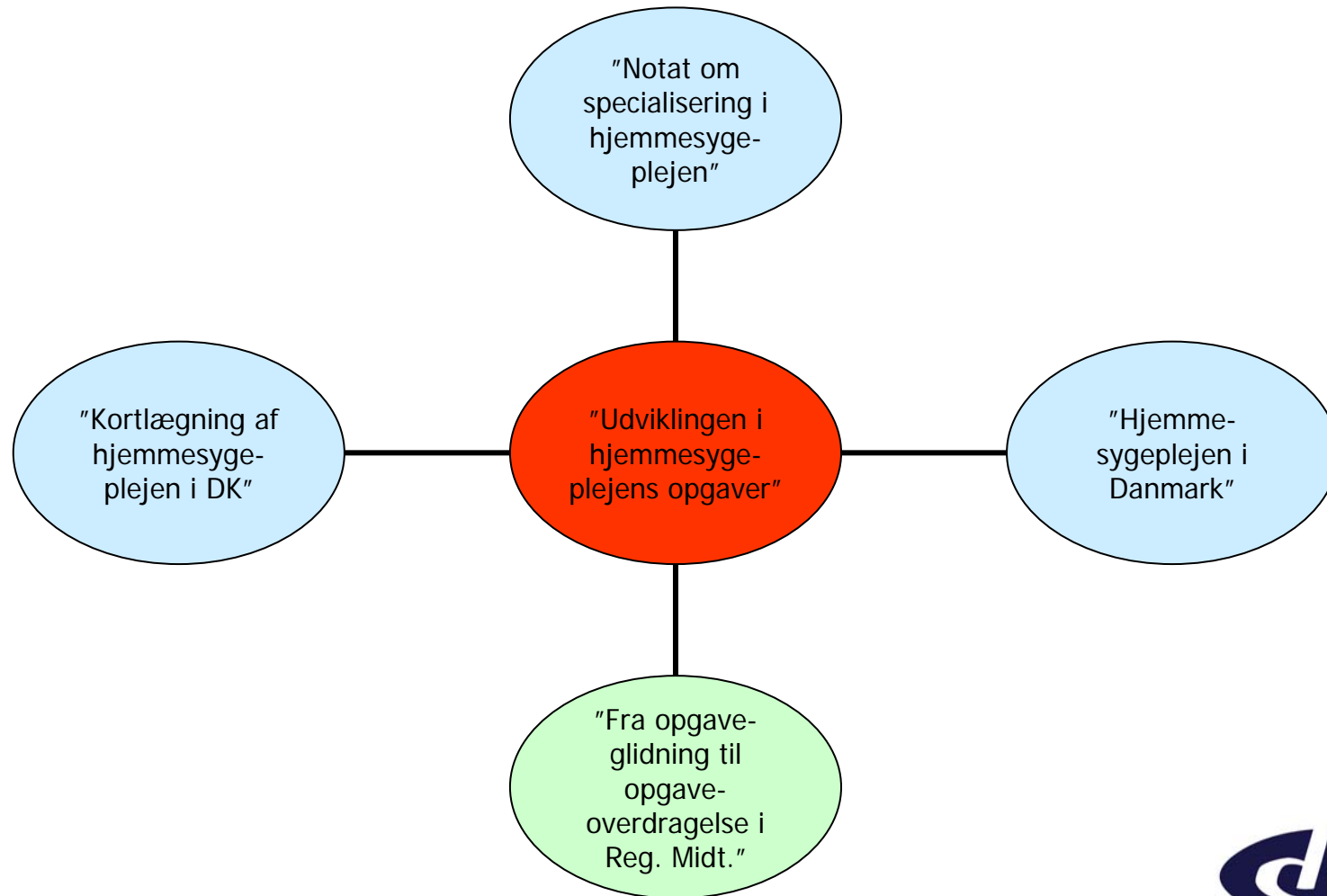


Så hvad er konklusionen?

- Sygeplejerskerne oplever klart og samstemmende opgave*øgning*, opgave*ændring*, og opgave*glidning* fra sygehussektoren.
- Registeranalyser af sygehusaktiviteten, samt andre former for statistiske analyser (af fx prævalens og incidens) peger på stigende sygdomsforekomst, kraftigt stigende ambulant aktivitet og kortere indlæggelses forløb, mens den stationære aktivitet samlet set er svagt stigende.
- Flere behandles og de behandles mere intensivt: Alle har mere at lave – både sygehuse, almen praksis og kommuner.
- Flere kommer tidligere hjem og for nogle patientgrupper, betyder det flere kliniske, koordinerende såvel som psykosociale plejeopgaver skal foretages i hjemmet (af kommunale medarbejdere)



Fra opgaveglidning – til opgaveoverdragelse



Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse i Region Midt

Definitioner

- **Opgaveglidning** er når opgaver glider uplanlagt fra én aktør til en anden, uden forudgående aftale, dialog eller information.
- **Opgaveoverdragelse** er når opgaver overdrages fra én aktør til en anden, på planlagt vis – efter en dialog og indenfor rammerne af en fælles aftale.



Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse i Region Midt

Projektets fokus

- Fokus på **ændringer i sektorgrænsen** mellem kommuner, sygehuse og almen praksis – ikke på opgaveglidning mellem faggrupper og ikke på sektorovergange (udskrivningssamarbejdet).
- Fokus på **fremadrettet at skabe bedre rammer for planlagt opgaveoverdragelse** mellem sektorerne for at sikre en "kontinuerlig tilpasning af opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen".
- Fokus på **praktikernes oplevelser og problemer.**
- Ikke fokus på retrospektiv udredning af hvad opgaveglidning "koster".
- Ikke fokus på at "fryse" opgaver fast_i bestemte sektorer.

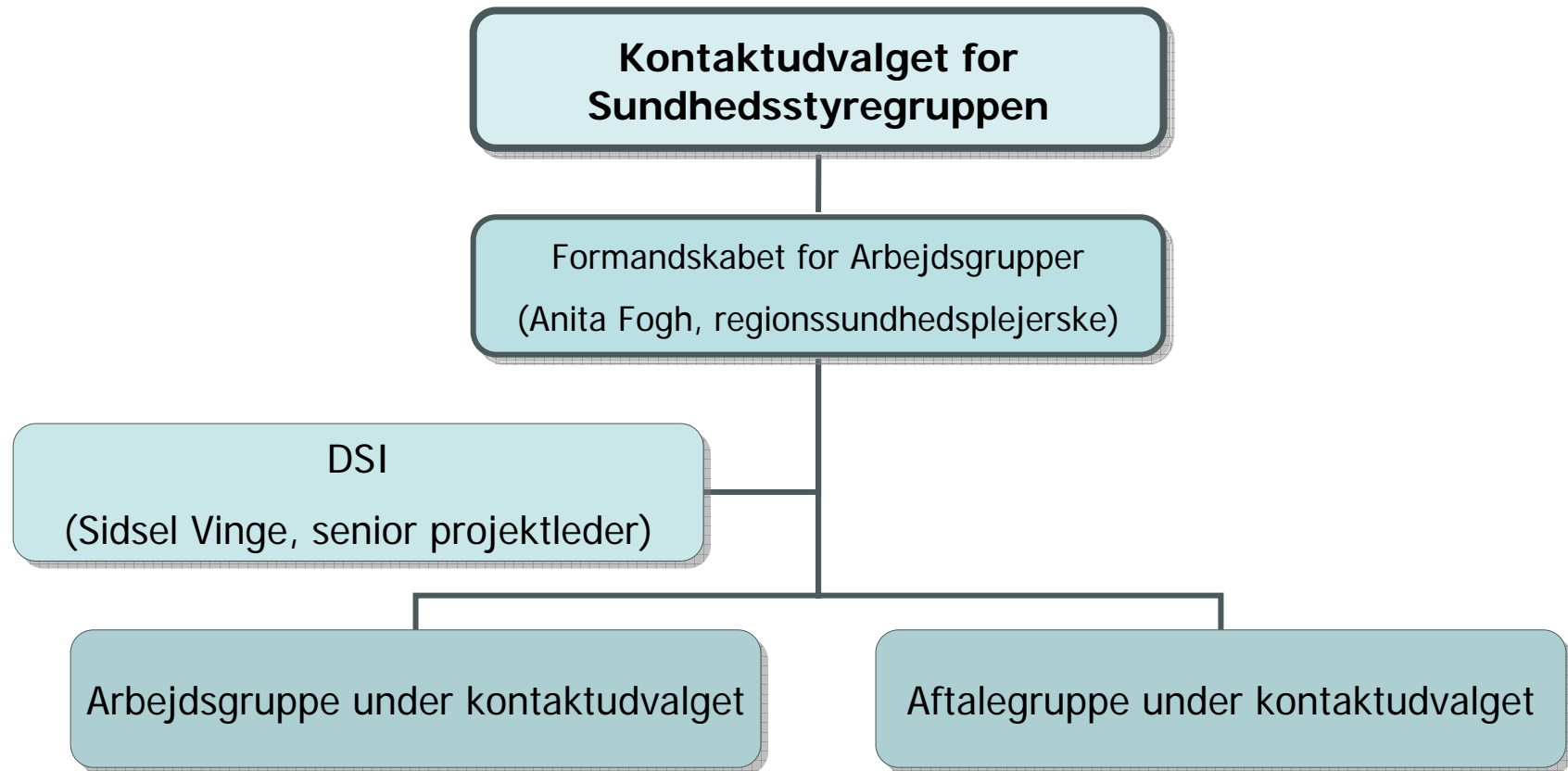


Dilemmaerne

- Opgaveglidning er en forudsætning for sundhedsvæsenets udvikling:
 - En nærmere definition på hospitalernes opgaver findes ikke i Sundhedsloven. Som grundlag for sektorgrænsen har ofte være fremført at: "sygehusene 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 sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen inden for den nævnte målsætning." (uddrag fra "Samordning i sundhedsvæsenet", Betænkning nr. 1044 af 1985)
- Sundhedsvæsenet har ikke tradition for at tænke i patientforløb på tværs af sektorer (eller specialer)
- To forskellige finansieringssystemer, og pengene følger ikke patienten



Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse i Region Midt: Projektorganisation



Undersøgelsesfasen: Hvad er problemet?

Hvem spørger vi?

- 3 interviews med op til 6 Hjemmesygeplejersker, Visitatorer og Kommunale driftsledere
- 2 interviews med Praktiserende læger (øst) og Praktiserende læger (vest)
- 3 interviews med Sygeplejersker og læger på det kirurgiske område, Sygeplejersker og læger på det medicinske område, Afdelingslederne på det somatiske område



Undersøgelsesfasen: Hvad er problemet?

Hvad spørger vi om?

- **Eksempler** på hvad praktikerne oplever som uplanlagt opgaveglidning eller planlagt opgaveoverdragelse?
- **Konsekvenser** i form af udfordringer, muligheder og problemstillinger i relation til opgaveglidning?
- **Idéer og ønsker** til opgaveoverdragelse?



Prioriteringsfasen: Hvilke problemer vil vi løse?
Og hvad så derefter?

- Interviewene danner grundlag for en **rapport** der **drøftes** med **Kontaktudvalget** for Sundhedsstyregruppen (og med projektets **arbejdsgruppe**) i løbet af oktober.
- Rapporten grundlag for en **arbejdsdag d.11. november** for ledere på alle sygehusmatrikler (8-10 fra hver), i alle kommuner (4-5 fra hver) og med 20-30 repræsentanter for almen praksis i hele regionen.
- Deltagerne forelægges resultaterne af undersøgelsesfasen og skal arbejde sig frem til **løsningskitser**: Hvad er realistiske, fornuftige og brugbare løsninger på de afdækkede problemer, som kan fungere i en travl hverdag?



Løsningsfasen: Hvordan vil vi løse de prioriterede problemer?
Og hvad så derefter?

- Resultaterne af arbejdsdagen drøftes med **Sundhedsstyregruppen** i november.
- Alle resultaterne (af undersøgelsesfasen og af arbejdsdagen) overdrages til en "aftalegruppe" (under Anita Fogs formandskab).
- Aftalegruppen skal i løbet af foråret 2010 udarbejde en løsning i form af en **rammeaftale omkring opgaveoverdragelse**, der skal godkendes politisk.
- Aftalen skal **implementeres** i praksis....!



Udfordringerne: Fra aftaler til virkelighed

- Interviewrunden peger (indtil videre) på, at (mangelfuld) implementering af allerede eksisterende aftaler, regler og systemer er **et ikke ubetydeligt problem**.
 - Problemstillinger i forhold til **vertikal implementering** og kommunikation internt i sektorerne.
 - Problemstillinger i forhold til at sikre **feedback-systemer og strukturer**, der kan håndtere manglende overholdelse af aftaler, regler mv.



Udfordringerne: Kan man overhovedet aftale sig ud af opgaveglidning?

Stof til eftertanke fra interviewrunden...

- 'Hvad hjælper det at lave flere aftaler, hvis opgaveglidning primært er noget der sker ubevidst, når der lægges om, lukkes senge, eller bare langsomt indføres nye behandlingsformer?'
- 'Hvad hjælper det at lave flere aftaler, når de aftaler vi allerede ikke overholdes og de samarbejdsstrukturer vi allerede har bare ikke virker godt nok?'



Skitse til vision for den gode opgaveoverdragelse

- Kræver at nogen **får øje på** at forandringer i én sektor kan få konsekvenser for arbejdet og opgaverne i en anden sektor.
- Kræver at nogen tager initiativ til få **beskrevet** såvel forandringerne som de mulige konsekvenser:
 - Hvad handler **selve forandringen** om? (Alt fra accelerering af elektive knæ og hofter? Lukning af 40 medicinske senge? Løbende udvikling af klinisk praksis eller aktivitetsniveauer?)
 - **Hvilke** og **hvor mange patienter** berører ændringerne? **Hvordan** helt konkret? **Hvornår**?
 - Hvilke **organisatoriske** konsekvenser får det – for hvem?
- Kræver at de berørte parter bliver **informeret**, **drøfter**, og **aftaler** hvad der helt konkret skal ske fremover (fx uddannelse? information? hotline? kontaktpersoner? beskrivelse af ny opgavefordeling? osv.), og at de evner at sikre og følge op **implementeringen**.
- ***Hvad skal der til – ud over aftaler – for at det kan lykkes?***

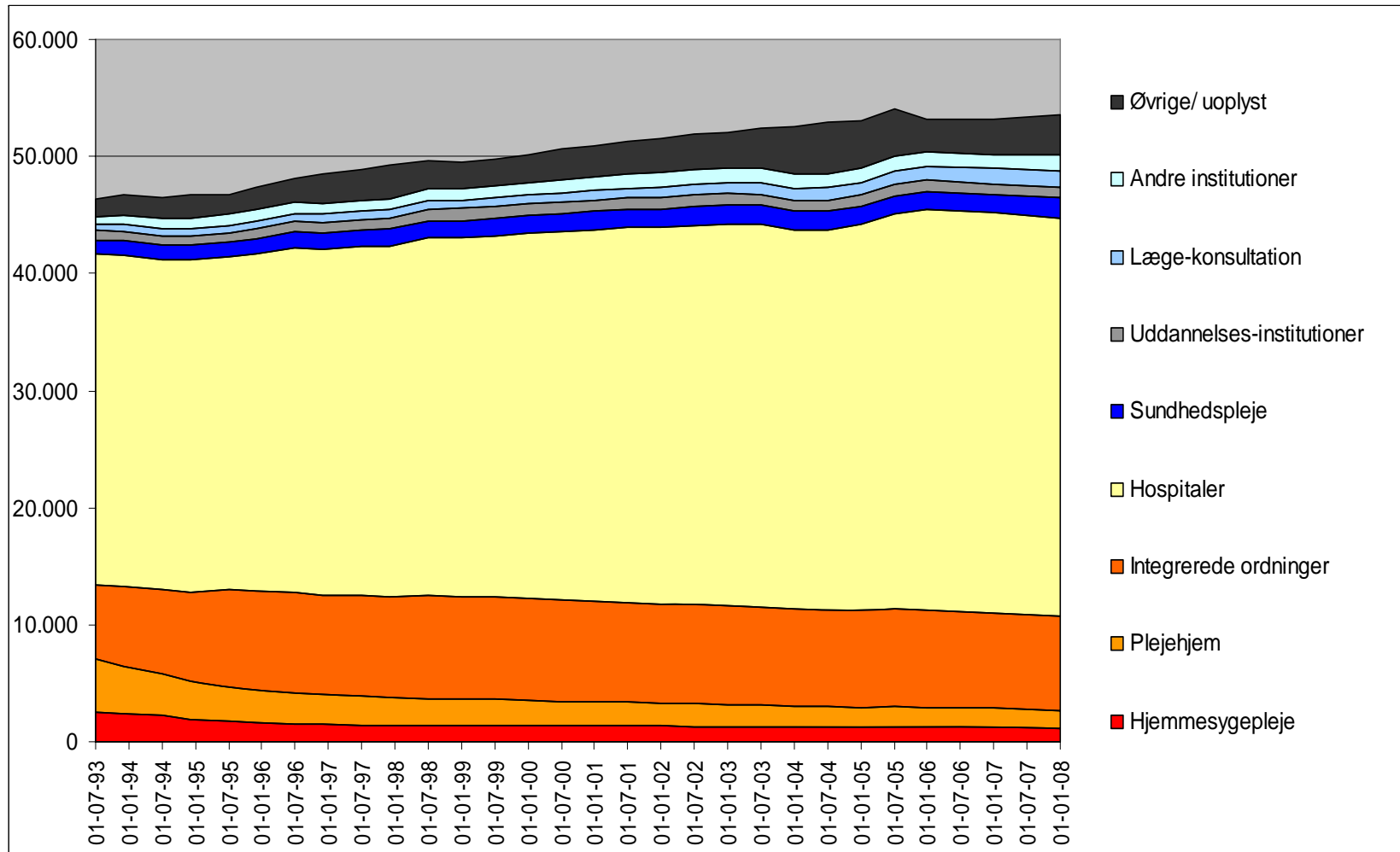


Om opgaveglidning – stof til eftertanke

- Efterspørgslen vokser – og alle i sundhedsvæsenet laver mere, ikke bare kommunerne, som opgaver "glider" til.
- Opgaveglidning, -udvikling og -ændring er en del af den løbende forbedring af sundhedsvæsenet.
- Det er de psykosociale og koordineringsmæssige opgaver der fylder i relation til opgaveglidning – ikke de kliniske opgaver.
- Der har aldrig været så mange hænder i social- og sundhedsvæsenet som der er i dag – med der bliver færre og færre sygeplejersker i basisdriften.



Udviklingen i DSR-medlemmer fordelt på beskæftigelsessted

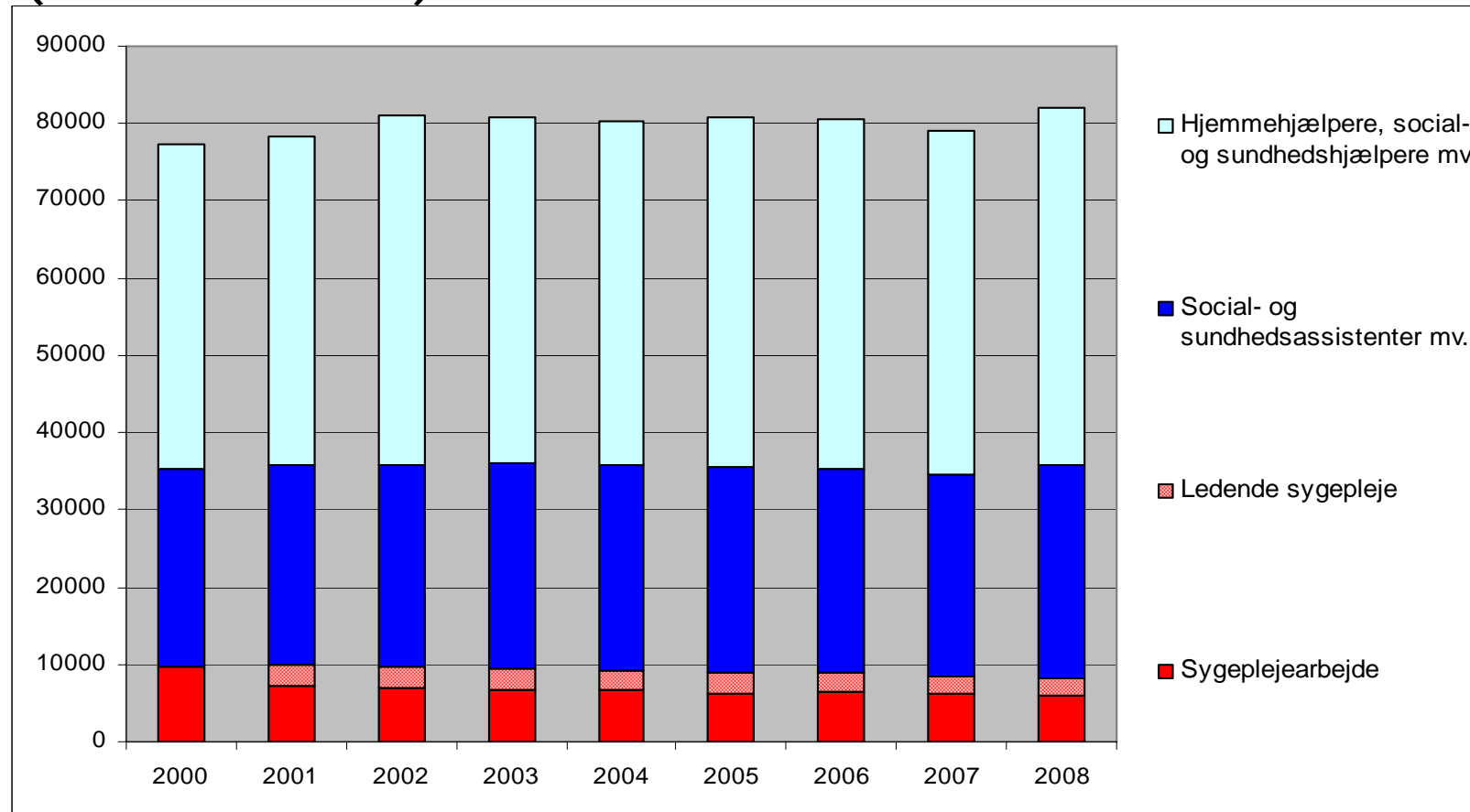


Udviklingen i DSR-medlemmer (1993-2008)

| | |
|--|-------------|
| I alt | 15% |
| Lægekonsultation | 152% |
| Øvrige/uoplyst | 122% |
| Andre institutioner | 92% |
| Sundhedspleje | 49% |
| <i>Integrerede ordninger</i> | <i>26%</i> |
| Hospitaler | 21% |
| Uddannelsesinstitutioner | 5% |
| <i>Hjemmesygepleje</i> | <i>-57%</i> |
| <i>Plejhjem</i> | <i>-64%</i> |
| Hjemmesygepleje, Integrerede & Plejhjem | -20% |



Personaleudviklingen i "ældreomsorgen" (kommunerne)

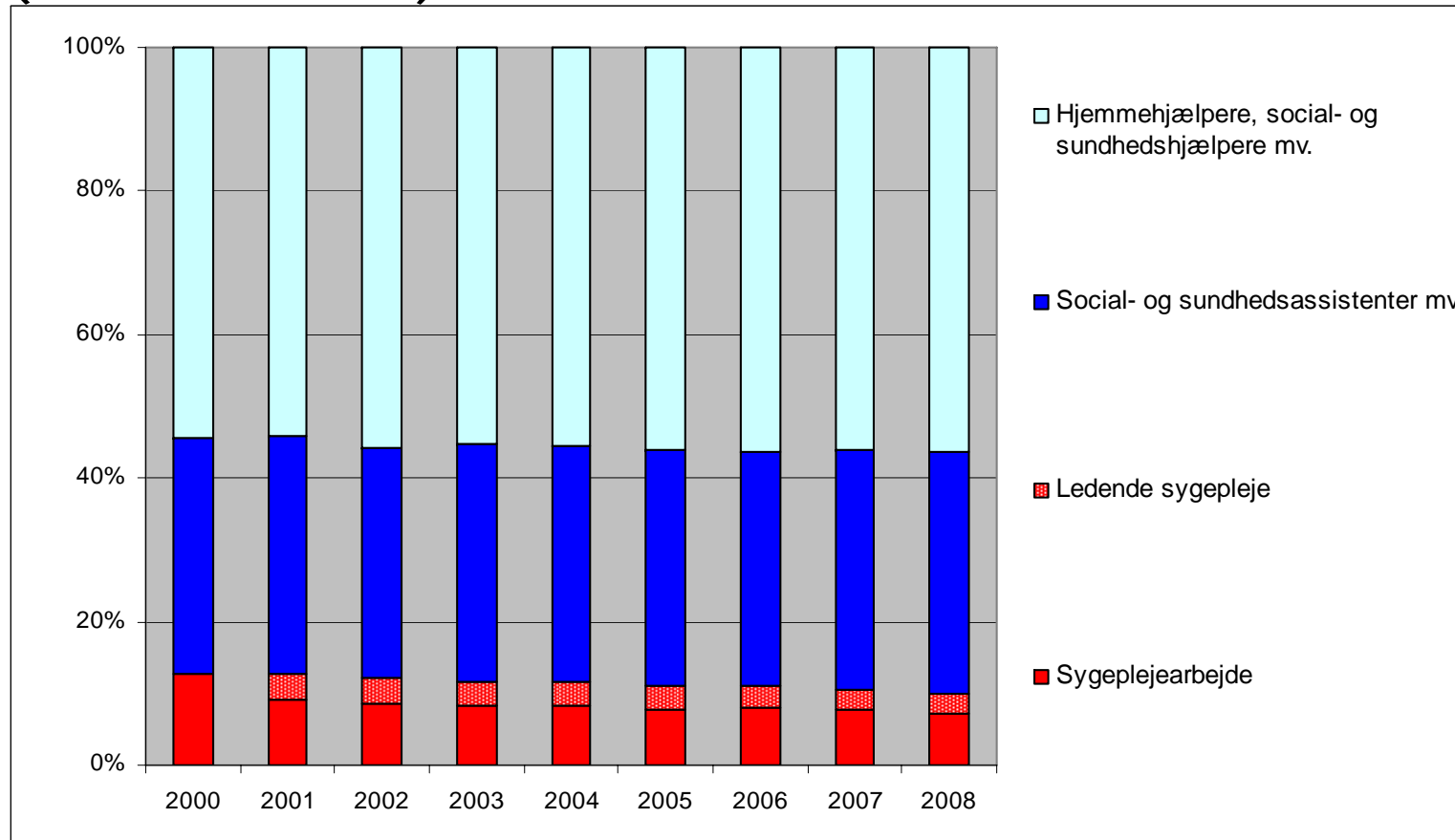


Kilde: Statistikbanken; RES10 (2008), RES 10X (2000-2006) og RES 10XX (2007)

Note: Tal for 2007 og 2008 kan pga. strukturreformen ikke uden videre sammenlignes med tidl. år. Fra 2003 til 2005 er ca. 1300 visiterende medarbejdere mv. overført til ansættelse i myndighedsfunktionen. Private leverandører – ca. 2050 i 2007 – er ikke med.



Personaleudviklingen i "ældreomsorgen" (kommunerne)



Kilde: Statistikbanken; RES10 (2008), RES 10X (2000-2006) og RES 10XX (2007)

Note: Tal for 2007 og 2008 kan pga. strukturreformen ikke uden videre sammenlignes med tidl. år. Fra 2003 til 2005 er ca. 1300 visiterende medarbejdere mv. overført til ansættelse i myndighedsfunktionen. Private leverandører – ca. 2050 i 2007 – er ikke med.



Den langsigtede løsning – et oplæg til debat!

- Sygehusvæsenet er gennem ca. 10 år gået fra rammestyrt mod aktivitetsbestemt finansiering.
- Almen praksis har i 10 år – efter Kbh. Kommunes overgang til landsoverenskomsten i 1999 – været baseret på aktivitetsbestemt finansiering.
- Kommunerne har flere og flere opgaver i sundhedsvæsenet – både som konsekvens af reformer og som konsekvens af aktivitetsudviklingen i de øvrige sektorer – men er § og rammestyret uden fokus på eller viden om aktiviteten.
- Konstruktionen er svag og derfor taber kommunerne spillet om opgaveglidningen: Eneste løsning af er at få styr på aktiviteten – og at få den takstfastsat!

