

Aftale til sikring af koordinerede opgaveflytninger mellem sektorerne

1. Baggrund

I sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og kommunerne i regionen fremgår det, at kommuner og region skal indgå en aftale om opgaveoverdragelse, som skal sikre en forudgående og struktureret dialog om de opgaveændringer i én del af sundhedsvæsenet, som kan have konsekvenser i en anden del af sundhedsvæsenet." Opgaveoverdragelser kan både ske mellem sektorer men også til borgeren/patienten selv ud fra en egenbehandlingstankegang.

Til at udarbejde et aftaleudkast har der været nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen har igennem en længere periode drøftet hvordan udfordringen med at skabe en fælles forståelse af opgaveudviklingen i de enkelte sektorer og i sektorovergangene bedst løses. Drøftelserne har taget udgangspunkt i Region Midtjyllands analyse af området og DSI rapporten: "Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse" fra november 2009 og har haft særligt fokus på implementering.

I arbejdsprocessen har den skitserede model i aftalen været afprøvet på adskillige cases for at give erfaringer. Herudover blev der i august 2011 afholdt en tværsektoriel temadag, der havde til formål, at kvalificere arbejdsgruppens aftaleudkast. På temadagen gav forfatteren til DSI rapporten anbefalinger til indhold og proces på baggrund af de hidtidige erfaringer i Region Midtjylland. Det efterfølgende gruppearbejde med centrale implementeringsmæssige aktører gav ligeledes et konstruktiv feedback i forhold til hvordan aftalen kan implementeres. Resultatet af ovenstående proces er denne aftale.

2. Formål og målgruppe

Formålet med aftalen er, at sikre en forudgående og struktureret dialog om den opgaveudvikling i én del af sundhedsvæsenet, som kan have konsekvenser i en anden del af sundhedsvæsenet.

Målgruppen for aftalen er administrativt og sundhedsfagligt personale på det somatiske og psykiatriske område, der har ansvaret for arbejdstilrettelæggelse på hospitalerne, inden for praksisområdet, i hjemmesygeplejen, i sundhedsplejen, for terapeuter og i socialpsykiatrien.

Fokus for projektet er sikringen af den koordinerede opgaveudvikling til gavn for patienten/borgeren, der består af tre centrale elementer: *viden, dialog og handling*.

Viden handler om at identificere de ændringer, der har tværsektorielle konsekvenser for opgavevaretagelsen, og første led er at få beskrevet selve den ændring, forandring eller udvikling der får konsekvens for den anden part. Altså hvad der skal ske, hvilke og hvor mange patienter det vedrører og hvornår det skal ske.

Dialogen handler om at sikre en fælles viden og forståelse af hvad der skal ske, et fælles mål for hvordan fremtidig praksis skal se ud og et fælles billede af selve processen omkring forandringen og ikke mindst skabe bred opbakning og ejerskab – eller med andre ord: motivation. I forhold til sidstnævnte er der en fælles forståelse for at det motiverer at kende baggrunden for ændringen, se fordelene ved ændringen og at det eksplicit sikres, at kvaliteten ikke lider under forandringen.

Handling handler om at sikre implementering af den konkrete vidensoverdragelse - som forandringen evt. forudsætter – og de praktiske og logistiske udfordringer den skaber. Herudover handler det om at sikre at kommunikationen når helt ud i yderste led – eftersom hverdagen i store komplekse organisationer ofte er præget af stor personalegennemstrømning.

Forandringen bør planlægges på flere niveauer – fra de generelle planer (f.eks. sygehusplan) eller almindelige kapacitetsændringer til dagligdags ændringer i det udførende niveau.

Der er en gensidig interesse i koordineret opgaveudvikling mellem sektorerne. Der er desuden en fælles forståelse af, at en opgaveudvikling mellem sektorer kan forudsætte interne organisationsændringer.

3. Eksempler på tværsektorielt relevant opgaveudvikling

Opgaveudvikling sker naturligt og løbende som følge af indførelse af ny teknologi, nye behandlingsmetoder og nye plejeformer på sygehuset, der ofte giver kortere indlæggelsesforløb for patienterne. Opgaveudvikling følger også af, at flere behandlinger går fra at være stationære til at være ambulante. Herudover er opgaveudvikling også, at der i stigende grad implementeres delvise egenbehandlingsprincipper (f.eks. AK behandling) og hjemmemonitoreringsprincipper (f.eks. telemedicinske løsninger).

Opgaveudvikling kan yderligere opdeles i de *mindre synlige* dagligdagsændringer som løbende bare sker og de større *mere synlige* ændringer som følger af de større tendenser som f.eks. indførelsen af telemedicinske behandlingsprincipper.

4. Beslutningskompetence

Aftalen ændrer ikke ved, at der i hver sektor suverænt kan træffes beslutninger om ændring af i udførelsen af opgaver eller ændringer i kapacitet, ligesom hver sektor tager ansvar for de konsekvenser dette måtte give borgere/patienter.

Aftalen synliggør derimod sektorernes gensidige afhængighed i sikringen af det sammenhængende patientforløb. Sektorerne forpligter sig til, at indgå i en dialog i forbindelse med den opgaveudvikling og de kapacitetsændringer, der får konsekvenser på tværs af sektorerne.

5. Målsætninger

Målsætningerne for aftalen er:

- At sikre viden om den løbende opgaveudvikling, der potentielt har konsekvens for andre sektorers opgavevaretagelse bliver identificeret og dermed kan planlægges.

- At sikre en dialog til fælles forståelse for behovet for forandring
- At sikre en koordineret implementering

6. Samarbejdsmodellen

Målsætningerne søges indfriet ved implementering af nedenstående samarbejdsmodel.

Et grundvilkår er, at region og kommuner har hver deres finansieringskilder. Derfor følger der ikke økonomiske driftsmidler med ved en opgaveudvikling, der evt. medfører øgede udgifter i en anden sektor. I dialogen bør der dog indgå skønsmæssige økonomiske og kompetencemæssige vurderinger så eventuel finansiering kan tilvejebringes.

Kontaktudvalgene/Den Administrative Styregruppe (jf. nedenfor) har ansvaret for sikring af forudgående og struktureret dialog om opgaveudviklinger, der potentielt har konsekvens for den anden sektor.

6.1 Viden - Konstatering af behov for tværsektoriel koordinering

Ledere og medarbejdere har ansvar for at identificere behov for tværsektoriel koordinering om en given opgaveudvikling.

Ledere i de forskellige sektorer har ansvaret for at introducere personalet til det nye ansvar for identifikation af opgaveudviklinger, der kræver tværsektoriel koordinering samt at initiere en dialog ud fra princippet om Laveste Effektive Beslutningsniveau (LEBN) ved identificerede emner.

Den sektor hvor opgaveudviklingen sker, har som udgangspunkt initiativpligten til dialogen, men opdager en anden sektor, at der er ved at ske en forandring, der potentielt kan have betydning for deres opgavevaretagelse har denne ansvar for, at tage initiativ til dialogen.

Som medarbejder i region eller kommune skal du kontakte din nærmeste leder, hvis du har:

- Konstateret, at der – af hensyn til kvaliteten i det samlede patientforløb - er behov for tværsektoriel dialog om en given opgavemæssig forandring eller
- Konstateret, at der er ved at ske eller er sket en forandring i opgavevaretagelsen i en anden sektor der – af hensyn til kvaliteten i det samlede patientforløb - bør koordineres.

Din nærmeste leder har ansvaret for, at der initieres en dialog ud fra princippet om Laveste Effektive Beslutningsniveau (LEBN) med inspiration i vedlagte vejledning og under orientering af kontaktudvalget.

6.2 Dialog - Udarbejdelse af dialoggrundlag

Den ledelse, der har initiativpligten til dialogen aftaler i et samarbejde med modtageren, om der er behov for udarbejdelse af et skriftligt dialoggrundlag med inspiration i vedlagte vejledning. Kontaktudvalg/Den Administrative Styregruppe orienteres om den påbegyndte proces.

6.3 Handling - Den tværsektorielle dialog og vurdering

Ved forandringer der har lokal karakter - og kun vedrører et sygehus og en eller flere kommuner indenfor samme kontaktudvalg - har Kontaktudvalget som det overordnede ansvar for sikringen af en forudgående og struktureret dialog, under eventuel uddelegering af opgaven til lavest effektive beslutningsniveau.

Ved forandringer der har tværgående karakter og vedrører flere sygehuse har Den Administrative Styregruppe det overordnede ansvar for sikringen af en forudgående og struktureret dialog under eventuel uddelegering af ansvaret til lavest effektive beslutningsniveau. Dette kunne f.eks. være til de eksisterende tværsektorielle koordinerings- og følgegrupper i forbindelse med sundhedsaftalearbejdet eller tværsektorielle ad hoc grupper.

De alment praktiserende i kontaktudvalg og Den Administrative Styregruppe har ansvaret for at vurdere om opgaveudviklingen har en sådan karakter, at den skal behandles i Samarbejdsudvalget for Almenlæger.

6.4 Tværsektoriel vidensdeling

Udarbejdede skriftlige dialoggrundlag sendes til sekretariatet for Den Administrative Styregruppe med henblik på vidensdeling.

Det aftales, at alle kontaktudvalg (og Den Administrative Styregruppe) i første halvår 2012 forpligtes til at vurdere potentielle emner jf. samarbejdsmodellen og give en samlet tilbagemelding som kan behandles i Den Administrative Styregruppe i juni 2012. Tilbage meldingen skal ligeledes indeholde informationer om hvordan Kontaktudvalget (og DAS) planlægger at arbejde videre med opgaven.

7. Evaluering

Sekretariatet for arbejdsgruppen (der udarbejdede nærværende aftale) er ansvarlig for – under inddragelse af kontaktudvalgene – at udarbejde en status til Den Administrative Styregruppe inden udgangen af 2013 med henblik på evaluering af aftalen.

Vejledning til udarbejdelse af dialoggrundlag

Formålet med dialoggrundlaget er, at sikre en forudgående og struktureret dialog om udvikling i én del af sundhedsvæsenet, som kan have konsekvenser i en anden del af sundhedsvæsenet.

Ideen er, at den sektor hvor opgaveudviklingen sker, har initiativpligten til at initiere dialogen ved f.eks. at besvare *så mange spørgsmål som muligt og sende til den sektor, der forventes at opleve en konsekvens af opgaveudviklingen*. Intensionen er, at styrke det tværsektorielle planlægningsgrundlag. En word version kan findes på www.sundhedsaftaler.rn.dk.

1. Beskrivelse af forandringen

Hvilken indsats omhandler opgaveudviklingen og hvem oplever konsekvensen?

Hvilken målgruppe/patientkategori er omfattet af opgaveudviklingen?

Hvordan løses opgaven på nuværende tidspunkt? - Beskriv den konkrete sundhedsydelse, ansvarlig personalegruppe, patientinformation og/eller påvirkning af arbejdsmiljø.

Foreligger der kliniske retningslinjer, instruks el. lign. for opgavevaretagelsen?

Hvis der er evidens, henvises til de væsentligste referencer.

2. Konsekvenser ved forandringen

Hvilke konsekvenser har forandringen for de berørte borgere/patienter og forventes det, at den pågældende patientgruppes livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af, at indsatsen forandres?

Er det relevant, at patientgruppen informeres om opgaveudviklingen?

Hvilke konsekvenser har opgaveændringen for samarbejdspartnerne i sundhedssamarbejdet (kommuner, praksisområdet, hospitaler) og kræver opgaven særlige faglige kompetencer?

Er der risiko, bivirkninger eller andre uønskede effekter ved, at opgaven forandres? Hvis ja beskrives disse: Påvirkes andre parter (hospitaler, kommuner, praksisområdet) af ændringen end dem, som er med i kontaktudvalget? Hvis ja, hvilke, og hvordan inddrages de? Er ændringen implementeret andre steder i Region Nordjylland/andre regioner? Er der en tidsramme for ændringen?

3. Vurdering af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcemæssige konsekvenser

Hvad er de nuværende aktiviteter (antal borgere/patienter pr. år) i forbindelse med opgaven og hvad er forventningen til den fremtidige aktivitet?

Hvad er det nuværende personaleforbrug (pr. borger/patient pr. døgn) ved opgaven? Her tænkes både på pleje-, trænings-, transport og andre typer ressourcer.

Kræves der bestemte sygeplejeartikler, behandlingsredskaber/hjælpemidler mm. og/eller særlige ressourcer? Hvilke og hvor mange pr. døgn?

Er der engangsudgifter i begyndelsen til apparatur, uddannelse mv.? Hvis ja, hvilke?

Parten som oplever en konsekvens vurderer de økonomiske konsekvenser for egen organisation på baggrund af oplysningerne (f.eks. personaleforbrug, sygeplejeartikler, hjælpemidler, apparatur, uddannelse samt transport).

Øvrige kommentarer:

Initiativtager til dialog: (hospital/afdeling, kommune, praksis):

Er andre parter informeret eller inddraget i forandringen?

Dato og forfattere:



Vejledning til udarbejdelse af tværsektorielt koordineret implementeringsplan

Efter tværsektoriel dialog udarbejdes en plan for implementering af forandringen. Følgende overvejelser kan indgå i planlægningsarbejdet:

1. Hvad er behovet for viden og kompetenceudvikling?
2. Hvordan skal denne vidensdeling foregå og hvornår?
3. Hvornår starter implementeringen?

I implementeringsplanen skal det behandlingsmæssige ansvar efter udskrivelsen altid være afklaret – herunder hvem der kan kontaktes dag og nat hvis der er behov for dette.