

# Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet

Cand.merc. Sidsel Vinge & cand.scient.san.publ. Martin Strandberg-Larsen

Sammenhæng mellem sundhedsvæsenets ydelser er et krav i Sundhedsloven, der bakked op af sundhedsvæsenets parter. Alligevel har det vist sig at være en af de sværeste visioner at realisere. Og under opbakningen på overfladen gemmer sig mange forskellige perspektiver på *sammenhæng*.

I denne artikel bruger vi begreberne *kontinuitet* og *koordination*, som i stigende grad anvendes om forskellige aspekter af sammenhæng: Kontinuitet er nært knyttet til patientoplevelsen og dermed patientperspektivet, mens koordination knytter sig til det organisatoriske og kan ses som den proces, hvor personer og enheder underlægges gensidig tilpasning og delvist kollektive mål [1].

Formålet med artiklen er at vise, hvordan kontinuitet og koordination håndteres i sundhedsvæsenet, samt at påpege de udfordringer, det giver. En hovedpointe er, at kontinuitet og koordination i langt højere grad må knyttes til kerneydelsen i sundhedsvæsenet, hvis visionen om sammenhæng skal blive til virkelighed.

## EN EVIG UDFORDRING

Manglende sammenhæng i sundhedsvæsenets ydelser er ikke et nyt problem: Det første store forsøg på at sætte fokus på emnet var Samordningsbetænkningen fra 1985 [2]. Siden er der gjort utallige lokale og nationale forsøg på at sikre sammenhæng: Praksiskonulentordningen har bidraget positivt til at nedbryde sektorbarrierer [3]. I Sundhedsstyrelsens udspil fra 2005 om kronisk sygdom har man peget på løsninger i form af tovholdere og casemanagere [4]. Det sammenhængende sundhedsvæsen var også et nøgleord i strukturreformen under mantraet »*én indgang for borgerne*«. Den nye sundhedslov stiller krav til samarbejdsaftaler såvel som sundhedsfaglige kontaktpersoner, og senest er der indgået en regeringsaftale om koordinerede pakkeforløb for alle kræftformer.

## STIGENDE KOMPLEKSITET

På trods af de mange initiativer gør udviklingen sammenhæng til en voksende udfordring: Kommunerne er blevet større og har fået nye opgaver, almen praksis går mod større klinikker med mere personale, og på sygehusene samles specialerne i større enheder, der muliggør øget specialisering og stordriftsfordele.

Men samtidig gør større enheder kombineret med øget arbejdsdeling det til en endnu større udfordring at skabe kontinuitet og koordination. Hertil kommer, at vi kan behandle mere og mere på kortere tid, hvilket øger behovet for en strammere logistisk styring. Derudover lider flere og flere danskere af en eller flere kroniske lidelser, der kræver en sammenhængende, tværfaglig og tværsektoriel indsats. Således vokser den organisatoriske kompleksitet og dermed også de udfordringer, der er forbundet med at skabe kontinuitet og koordination.

Der er mange initiativer, som søger at forbedre sammenhæng, og vi har valgt to illustrative eksempler: indførelsen af sundhedsfaglige kontaktpersoner og pakkeforløb. Førstnævnte er et forsøg på at skabe en bedre patientoplevet kontinuitet, mens sidstnævnte primært er rettet mod organisatorisk koordination.

## SUNDHEDSFAGLIG KONTAKTPERSON: PATIENTOPLEVET KONTINUITET

Sundhedsfaglige kontaktpersoner blev sat på dagsorden i et debatoplæg fra 1995, hvor Lægeforeningen foreslog, at patienterne skulle have ret til en »*patientansvarlig læge*«, som »... *altid er ajour med behandlingsstatus, og som patienten med jævne mellemrum kan henvende sig til og søge information og vejledning hos* ...« [5]. I 1997 anbefalede Sygehuskommissionen mere kontinuitet i patientbehandlingen i form af en »... *fast behandlings- og plejegruppe og gerne med en personlig kontaktlæge og kontaktsyge-*

## STATUSARTIKEL

Dansk Sundhedsinstitut og Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab



*Mind the gap!*  
Mangel på kontinuitet og koordination udgør et problem og en risiko for brugerne af et hvert system – også sundhedsvæsenet.



## FAKTABOKS

Koordination og kontinuitet er to aspekter af sammenhæng: Koordination fokuserer på organisatorisk sammenhæng, mens kontinuitet handler om patienternes oplevelse af og perspektiv på sammenhæng.

Behovet for koordination og kontinuitet stiger med den øgede specialisering, arbejdsdeling og dermed organisatorisk kompleksitet.

Skabelsen af sammenhæng uddelegeres i stigende grad til medarbejdere (f.eks. koordinatore, tovholdere, casemanagere). Men medarbejdere kan ikke ændre de grundlæggende specialiserings- og samarbejdsstrukturer, som er årsagen til manglende sammenhæng. Skabelse af sammenhæng er og bliver et ledelsesansvar, der kræver ledelsesmæssig kompetence og handlekraft.

Koordination og kontinuitet kobles ofte med bløde værdier, periferiydelser, patienttilfredshed og tryghed. Men det skal kobles med kerneydelser og hårde sundhedsfaglige og økonomiske værdier, før vi for alvor får sammenhæng.

*plejerske ...» [6]. Speciallægekommissionen pegede i 2000 i samme retning ud fra et uddannelsesmæssigt perspektiv med vægt på den uddannelsesmæssige værdi af, at lægen kan følge patienters sygdomsforløb [7]. I 2003 satte regeringen det mål, at alle sygehuse i 2004 skulle tilbyde kontaktpersoner med ansvar for koordinationen af indlæggelsesforløbet og for information til patienten, så patienterne oplevede en sammenhængende og mere tryk sygehusindlæggelse [8]. Kontaktpersonordningen blev søgt realiseret via økonomiaftalen for 2005 mellem amterne og regeringen, men implementeringen skete ikke tilfredsstillende, og det er indtil videre endt med lovfæstelse i 2009, idet Sundhedslovens §90a forpligter regionsrådene til at tilbyde alle patienter en kontaktperson.*

Sideløbende har Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) defineret en sundhedsfaglig kontaktperson, som en der er direkte involveret i patientforløbet, og som har særligt ansvar for at sikre sammenhæng, herunder planlægning af udskrivelsen, i stationære og ambulante forløb med mere end et besøg [9].

Udviklingen fra 1995 til i dag viser en bevægelse fra relativt uforpligtende visioner og anbefalinger over mere håndfaste modeller og krav om dokumentation for opfyldelse til egentlig lovgivning på området og detaljerede standarder for sundhedsfaglige kontaktpersoner.

### PAKKEFORLØB: ORGANISATORISK KOORDINATION

Et pakkeforløb er »... et sammenhængende forløb, hvor alle trin i udredning, behandling og efterkontrol er planlagt og forhåndsbooket for hele forløbet« [10]. Pakkerne beskriver »... for hver kræftform et standard udrednings- og behandlingsforløb, herunder hvilke undersøgelser og behandlinger, der indgår i de enkelte forløb, hvor længe de enkelte dele af forløbet må tage, standarder for information til patient og pårørende, målepunkter for opfølgning på de enkelte forløb« [11].

Pakkeforløb blev udviklet for lungekræft på Vejle Sygehus for ca. fem år siden. I 2005 anbefalede Sundhedsstyrelsen, at pakkeforløb skulle udvikles lokalt [12], og i 2007, at der blev lavet ensartede pakker på kræftområdet [10]. En national model tog form, da regeringen og Danske Regioner i 2007 indgik en aftale om implementering af nationale pakkeforløb for alle kræftdiagnoser [11]. En tilsvarende model er besluttet for hjerte patienter [13], og der arbejdes lokalt med, hvordan pakkeforløb kan anvendes på samtlige store folkesygdomme [14].

Pakkeforløb startede således som en lokal løsning på et problem, hvis udtrækning ikke kun var lokal. Derfor blev denne løsning i løbet af få år omdannet til nationale styringsteknologier via hvilke, der nu stilles klare og målbare krav til forløbenes indhold og gennemløbstid. Det kræver enten en meget høj grad af koordination – eller en stor overskuds kapacitet.

Pakkeforløb er imidlertid ikke det første forsøg på opnå lavere gennemløbstid i forløb via bedre koordination. *LEAN* handler om acceleration af gennemløbstid og reduktion af spildtid i patientforløb, mens konceptet *accelererede patientforløb* gennem de seneste 15 år er udviklet på det kirurgiske område [15, 16] med fokus på klinisk kvalitetsforbedring som følge af accelerationen.

Før pakkeforløbene havde et øget politisk fokus på kræft resulteret i analyser og visioner i Kræftplan I [17], og mere konkrete og anbefalende toner i Kræftplan II [12]. Med sit fokus på gennemløbstid og standardisering markerer pakkeforløb et skift i styringen på kræftområdet, idet der sættes ledelsesmæssig handling og monitorering bag ønsket om koordination, ikke blot visioner.

### FRA VISIONER TIL NATIONALT FASTSATTE MÅL OG MIDLER

Eksemplerne illustrerer udviklingen i måden kontinuitet og koordination praktiseres på: Man er gået fra at fremsætte visioner om øget kontinuitet og bedre koordination til en situation, hvor nationale myndigheder ikke blot formulerer visioner, men også konkretiserer *hvordan* de skal opnås med eksplicite krav til implementering, tidsfrister og monitorering. Denne udvikling har for alvor sat sammenhæng på dagsordenen og gjort sammenhæng til et decideret krav til ledelserne. Løbende monitorering af området vil være det naturlige næste skridt, og udviklingen af ledelsesredskaber til monitorering er i hastig vækst [18].

Men de to eksempler er også forskellige: Sundhedsfaglig kontaktperson er et *middel*, man håber, vil føre til målet bedre patientoplevelse kontinuitet. Pakkeforløb er derimod et *mål* i form af en bestemt

gennemløbstid uden konkretisering af, hvilke midler der skal anvendes for at nå målet.

Eksemplerne peger på, at udviklingen går mod flere ufravigelige nationale krav til kontinuitet og koordination.

## KOORDINATIONSSPECIALISTER GIVER IKKE BEDRE SAMMENHÆNG

Selv om koordination kan betragtes som ledelsens *raison de être* [19], ses det ikke desto mindre, at opgaven i stigende grad uddelegeres til specialister, som f.eks. tovholdere, kontaktpersoner og casemanagere [4]. Uddelegeringen er imidlertid problematisk, for det er den øgede arbejdsdeling og specialisering, der skaber det øgede behov for sammenhæng. Og designet af enheder og relationerne mellem dem er og bliver et ledelsesmæssigt ansvar. Problemet er således, at ledere i sundhedsvæsenet har ladet specialiseringen og arbejdsdelingen komme så vidt, at koordinationen ikke kan følge med. Men i stedet for at vende blikket mod de grundlæggende strukturelle problemer, søges problemerne løst via uddelegering til nye »sammenhængsmedarbejdere«, der dog kun kan lave symptombehandling, for de har ikke den ledelsesmæssige kompetence til at kurere de grundlæggende strukturelle problemer, der er årsagen til manglende sammenhæng.

## SAGENS KERNE: SAMMENHÆNG SOM KERNEYDELSE

Kontinuitet og koordination kædes ofte alt for ureflekteret sammen med bløde værdier, periferiydelser, patienttilfredshed og tryghed. Men meget sjældent kædes begreberne sammen med hårde værdier, kerneydelser, klinisk kvalitet og driftsøkonomi. Der er intet galt med bløde værdier og patienttilfredshed: Det flytter bare ikke noget i sundhedsvæsenet for alvor. Der er behov for at sammenhæng kobles langt mere eksplicit og direkte sammen med kerneydelserne og de hårde sundhedsfaglige og økonomiske værdier, før vi for alvor vil se forbedringer.

Accelererede patientforløb er et godt eksempel på at koordination og deraf følgende acceleration af patientforløb kan drives af jagten på klinisk kvalitet – og sekundært have samfundsøkonomiske gevinster [16], og hvor patienttilfredshed ikke er bærende i projektet. Men den manglende udbredelse af dokumenterede accelererede forløb viser også, at klinisk kvalitet og økonomi ikke gør det alene: Ledelsesmæssig handlekraft er også krævet.

Koordination af kræftudredningen blev først til pakkeforløb, da det stod klart at der var andet end patienttilfredshed på spil: Det kostede liv, at udredningen ikke var koordineret i tæt pakkeforløb. Så blev der sat ledelsesmæssig handling bag visionerne

om bedre koordination af kræftforløb. Udviklingen viser, at der skal andet og mere end bløde værdier og patientoplevelser til virkelig at flytte noget i sundhedsvæsenet, således at patienterne kan få det sammenhængende sundhedsvæsen, de har krav på.

**KORRESPONDANCE:** *Sidsel Vinge*, Dansk Sundhedsinstitut, Dampfærgevej 27-29, DK-2100 København Ø. E-mail: [siv@dsi.dk](mailto:siv@dsi.dk)

**ANTAGET:** 1. oktober 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

## LITTERATUR

1. Strandberg-Larsen M. Measuring integrated care – an international comparative study. København: Københavns Universitet, 2008.
2. Samordningsudvalget for Sundhedsvæsenet. Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet. (Betænkning nr. 1044). 1985.
3. Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering. Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
4. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
5. Hovedbestyrelsen i DADL. Lovfæstelse af patientrettigheder i sundhedsvæsenet (Debatoplæg fra Hovedbestyrelsen). København: Den Almindelige Danske Lægeforening 1995.
6. Sygehuskommissionen. Udfordringer i sygehusvæsenet. (Betænkning nr. 1329). København: Sundhedsministeriet, 1997.
7. Speciallægekommissionen. Fremtidens Speciallæge. (Betænkning nr.1384). København: Sundhedsministeriet, 2000.
8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Strategi for det behandlende sundhedsvæsen. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
9. Akkrediteringsstandarder for sygehuse: Generelle patientforløbsstandarder: Koordination og kontinuitet: 2.3.2 Sundhedsfaglig Kontaktperson. IKAS' hjemmeside: [www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Generellepatientforlobsstandarder/Koordinering-og-kontinuitet/2.3.2-Sundhedsfaglig-kontaktperson-\(2/3\).aspx](http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Generellepatientforlobsstandarder/Koordinering-og-kontinuitet/2.3.2-Sundhedsfaglig-kontaktperson-(2/3).aspx) (7. december 2009).
10. Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på kræftplan II. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
11. Regeringen og Danske Regioner. Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. København: Regeringen og Danske Regioner, 2007.
12. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. 2005.
13. Regeringen, Dansk Folkeparti, Ny Alliance og Det Radikale Venstre. Aftale mellem Regeringen (Venstre og Konservative), Dansk Folkeparti, Ny Alliance og Det Radikale Venstre om: Nye Initiativer på Sundhedsområdet. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008.
14. Vejle og Give Sygehuse. Kommissorium for arbejdsgrupperne for folkesygdomsstrategien. 2007.
15. Kehlet H. Accelererede operationsforløb – hvorfor og hvordan? Ugeskr Læger 1997;159:6495.
16. Kehlet H. Accelererede operationsforløb – en faglig og administrativ udfordring. Ugeskr Læger 2001;163:420-4.
17. Kræftstyregruppen. National kræftplan: Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.
18. Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: A systematic review of methods and future research directions. Int J Integr Care 2009;9e.
19. Mintzberg H. Structure in fives. Designing effective organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983.