

Patient- Ansvarlig Læge

– ny national aftale

” Inden for gynækologien er det nærmest en tradition, at kontakten med patienten er tæt.

Charlotte Søgaard, overlæge og faglig leder på Gynækologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital

Side 9



FOTO: MARTIN DAW KRISTENSEN

Det samme, men helt forskelligt

Begge er ledende overlæger. Begge arbejder på Regionshospitalet i Randers. Begge er begejstrede for patientansvarlig læge. Men Lene Mortensen og Jacob Stouby Mortensen har haft hver sin tilgang til arbejdet. Side 4



Patientens team

Først sad patienten bogstaveligt talt for bordenden. Nu foregår det i mere behagelige omgivelser på Psykiatrisk Afdeling i Frederikshavn.

Men overlæge Ema Mamykina, til højre, bærer i sidste ende ansvaret. Næste skridt er, at kommunen og den praktiserende læge også er med i teamet.

Side 6



Vigtigt at måle på resultater

Det er væsentligt, at man måler på, om ordningen med patientansvarlig læge rent faktisk fører til noget meningsfuldt. Det mener organisationskonsulent og projektchef i KORA Sidsel Vinge. Patienterne skal opleve, at de har en patientansvarlig læge, og lægerne skal opleve, at de får et ansvar, som de reelt har mulighed for at løfte.

Side 8



Yngre læger kan også

Ikke alle steder får de yngre læger rollen som patientansvarlig læge. Men mange steder giver rollen mulighed for bedre uddannelse af de yngre læger, fordi de får deres egne patienter og skal tage ansvaret for behandlingen af dem.

Side 5, 11 og bagsiden

Ansvar giver arbejdsglæde

Patientens tryghed er helt central for det danske sundhedsvæsen. Og når patienten er tryk og tilfreds, øges arbejdsglæden. Ikke bare for lægerne, men for alle personalegrupper. Sådan kan man sammenfatte evalueringerne fra de 20 pilotprojekter med patientansvarlig læge, som har kørt i løbet af 2015 og 2016. Sådan lyder det også fra praktikere, som har arbejdet med lignende modeller i flere år på mange forskellige typer afdelinger landet over. De, der har prøvet at arbejde med patientansvarlig læge, er altså overordnet positive.

Projekterne spænder over mange specialer og mange forskellige størrelser af afdelinger. Arbejdet med patientansvarlig læge er også organiseret vidt forskelligt, for-

di blandt andet afdelingernes kultur, størrelse, arbejdsopgaver, specialer og ressourcer afgør, hvordan arbejdet kan lykkes.

Et af pilotprojekterne opsummerer: "Der er en meget stor faglig tilfredshed forbundet med at varetage funktionen som patientansvarlig læge, og det samme gælder for de andre faggrupper, som varetager uddelegerede opgaver i forhold til funktionen. Dette på trods af at det for nogen betyder flere opgaver og krav om stor fleksibilitet."

Ikke mindst i starten kan forandringerne stille store krav til de ansattes fleksibilitet og ledelserne på sygehusene om tydelighed og vedholdenhed. For de fleste betyder det

en ny organisering af arbejdet, logistiske udfordringer og en del omvæltninger.

Men det giver mening. For patienten. For de ansatte. For fagligheden og for arbejdsglæden. I denne avis kan du læse om patientansvarlig læge, og hvad det betyder for læger, sygeplejersker og andre ansatte på sygehusene.

Inden 2020 skal ni ud af ti kræftpatienter opleve, at de har en patientansvarlig læge. Det indgår i den nye nationale model for at indføre patientansvarlig læge på de danske sygehuse. Det er en del af regionernes økonomiaftale for 2017.

Nogen nem øvelse er det ikke. Nogle steder er der logistiske udfordringer som lægemangel eller for lidt plads i ambulatorierne, så kabalen med at få en patientansvarlig læge til at gå op kræver en målrettet indsats. Derfor er det vigtigt, at sygehusene investerer både ledelsesmæssigt fokus og ressourcer for at sikre velfungerende løsninger.

Læger og andre ansatte i sundhedsvæsenet er højt specialiserede, og udredning og behandling foregår måske flere forskellige steder, så patienten kan få den mest kompetente behandling. Undervejs kan den røde tråd gå tabt. Den patientansvarlige læge skaber netop den røde tråd ved at have det overordnede ansvar for patientens behandlingsforløb. Selv om det stiller høje krav til kommunikation og koordination på tværs af specialer, afdelinger og sektorer, bidrager patientansvarlig læge til den tryghed og sammenhæng, som er helt central, når patienter er i kontakt med sundhedsvæsenet. ■

Svært, men godt

Faglig tilfredshed hos lægerne og trygge patienter. Det er erfaringer fra de mere end 30 pilotprojekter med patientansvarlig læge i de fem regioner. Men der er også knaster.

Arbejdsglæde. Faglig tilfredshed. Tryghed for patienten. Men også store udfordringer i form af forandrede arbejdsrutiner, krav om stor fleksibilitet og behov for flere ressourcer i perioden, hvor arbejdsgangene skal ændres. Det er konklusionen i evalueringerne af de mere end 30 pilotprojekter, som de fem regioner har sat i gang sammen med Danske Regioner, Overlægeföreningen, Yngre Læger, Kræftens Bekæmpelse og Danske Patienter.

Helt overordnet får arbejdet med patientansvarlig læge positive ord med på vejen.

På spørgsmålet "Har indførelse af patientansvarlig læge været med til at bidrage til øget samarbejdsglæde for læger?" svarer Region Nordjylland i sin evaluering: "Sundhedsprofessionelles arbejdsglæde øges, når de oplever tiltag til gavn for patienten."

Region Syddanmark skriver i sin evaluering: "Der er en meget stor faglig tilfredshed forbundet med at varetage funktionen som patientansvarlig læge, og det samme gælder for de andre faggrupper, som varetager opgaver i forhold til funktionen. Dette på trods af at det for nogen betyder flere opgaver og krav om stor fleksibilitet."

"Pilotprojektet med patientansvarlig læge har bidraget til arbejdsglæde for lægerne. Der er imidlertid også flere udfordringer som ændringer i struktur og kultur, der skal tages i betragtning ved indførelsen af patientansvarlig læge," fremgår det af evalueringen fra Børneafdelingen på Amager-Hvidovre Hospital i Region Hovedstaden.

Hjalte Aaberg, der er regionsdirektør for Region Hovedstaden, siger:

"Vi ser frem til at omsætte den nationale model for patientansvarlig læge på hospitalerne i Region Hovedstaden. Det, der optager mig mest, er, at patienterne kommer til at mærke en reel forandring med en patientansvarlig læge."

Region Hovedstaden vil som de andre regioner måle tilfredsheden løbende.

"Patientansvarlig læge indeholder en række udfordringer, der vil kræve lokale tilpasninger, men vi vil være ambitiøse for at få det til at lykkes til gavn for patienterne og ikke for systemets skyld, for vi føler os overbeviste om, at det vil forandre patientoplevelsen," siger han.

Ud over de tre pilotprojekter har en lang række læger i Region Hovedstaden allerede erfaringer med at arbejde som patientansvarlig læge.

"Den erfaring vil vi bygge videre på og drage nytte af i den kommende implementeringsproces," siger Hjalte Aaberg.

Lægemangel

Udfordringer både med kulturen og med logistikken bliver nævnt som barrierer, der kan være svære at bryde igennem, når patientansvarlig læge skal fungere i praksis.

"Lægerne finder det tilfredsstillende selv at følge deres patienter, men grundet mangel på læger er det også en ekstra arbejdsopgave, der skal integreres ind i et travlt dagsprogram," står der i evalueringen fra Region Sjælland.

Den erfaring genkender flere andre regioner. Når kabalen med åbningstider i ambulatorier, operationstider og andre aktiviteter skal kobles med patientansvarlig læge, kræver det nye rutiner og ofte en helt anden logistik for afdelingens ansatte.

Mange steder har der også været diskussion om, hvordan patientansvarlig læge skal stå i den elektroniske patientjournal. Dels skal ledelsen have overblik over, hvor mange patienter den enkelte læge har ansvar for, dels skal den enkelte læge have adgang til en liste over sine patienter. Region Midtjylland har nedsat en arbejdsgruppe, fordi man gerne vil registrere patientansvarlig læge med start- og slutdato, navn på speciallægen og historik. Både ansatte og patienter skal have mulighed for at finde oplysningerne om patientansvarlig læge.

Region Hovedstaden peger i sin evaluering på, at patientdata bør være tilgængelige på Sundhedsplatformen i et omfang, der "understøtter det nye og bredere ansvar, som ligger i rollen som patientansvarlig læge".

"Der vil skulle foretages tilpasninger i adgangsstyring og patientoversigter med videre for at understøtte relationen mellem patient og PAL - særligt i perioder, hvor patienten modtager behandling inden for andre specialer/på andre afdelinger end PAL's primære organisatoriske tilknytning," skriver regionen.

Region Nordjylland er langt i forhold til it-understøttelse af den patientansvarlige læge og patientens team, som den patientansvarlige læge er koblet op på her i regionen," siger chef for Kvalitetskontoret i regionen Jens Kjær Rasmussen.

Regionen har i samarbejde med leverandører udviklet ny funktionalitet i regionens elektroniske patientjournal for

Inden 2020 skal ni ud af ti kræftpatienter opleve, at de har en patientansvarlig læge. Det indgår i den nye nationale model for at indføre patientansvarlig læge på de danske sygehuse.

Patient-
Ansvarlig
Læge

Udgivelse april 2017

Ansvarshavende redaktør Erik Jylling, sundhedspolitisk

direktør i Danske Regioner

Redaktør Lene Rimestad

Udgiver Overlægeföreningen, Yngre Læger, Danske Regioner,

Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse

Oplag 20.000 eksp.

Design Dorte Kayser, Datagraf Communications

Grafisk produktion og tryk Datagraf Communications

Patienterne i et stadig mere specialiseret sygehusvæsen har brug for en læge, som sikrer sammenhæng og overblik i de ofte meget komplekse behandlingsforløb. Den erkendelse var baggrunden for, at Kræftens Bekæmpelse, Overlægeföreningen, Yngre Læger og Danske Patienter i 2014 gik sammen for at finde løsninger på problemet. Og siden blev arbejdet integreret

i Danske Regioners projekt "Borgernes Sundhedsvæsen".

Nu skal patientansvarlig læge føres ud i livet på alle landets sygehuse og hospitaler, og derfor er de fem organisationer gået sammen om denne avis, der fortæller om de første erfaringer.

Arbejdet med den patientansvarlige læge bygger på en politisk aftale mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske

Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeföreningen, Yngre Læger, Danske Patienter og Dansk Sygeplejeråd. Aftalen fastslår, at alle patienter skal have en særlig patientansvarlig læge. I første omgang er målet, at mindst 90 procent af alle kræftpatienter skal have en patientansvarlig læge i 2020, og at ordningen sideløbende skal udbredes til andre patienter.



Pilotprojekter med patientansvarlig læge

REGION MIDTJYLLAND:

- Hospitalsenheden Vest, Medicinsk Afdeling, hæmatologi
- Hospitalsenheden Vest, Onkologisk Afdeling
- Regionshospitalet Randers, Kirurgisk Center – ortopædi-kirurgi og kirurgi
- Regionshospitalet Randers, Medicinsk Afdeling
- Hospitalsenheden Horsens, Kirurgisk Afdeling
- Hospitalsenheden Midt, Diagnostisk Center, Silkeborg
- Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen
- Aarhus Universitetshospital, ØNH-afdelingen
- Aarhus Universitetshospital, Blodsygdomme
- Aarhus Universitetshospital, Infektionsmedicinsk
- Aarhus Universitetshospital, Fælles Akutafdeling
- Aarhus Universitetshospital, Børnepsykiatri, Skolebørnsafsnittet.

REGION SYDDANMARK:

- Sygehus Lillebælt, kardiologi-thoraxkirurgi, somatik
- Lokalpsykiatrien Tønder
- Sydvestjysk Sygehus, Arbejdsmedicinsk Afdeling – ambulant
- Sydvestjysk Sygehus, Fælles akutmodtagelse – akut
- Pakkeforløb for lungekræft – somatik.

FAKTA OM PROJEKTERNE

- Pilotprojekterne har kørt fra 2015 til nu.
- Alle regioner deltager med mindst tre pilotprojekter.
- Ud over pilotprojekter arbejder mange andre afdelinger med patientansvarlig læge.
- Mange steder har man også tidligere arbejdet med patientansvarlig læge eller lignende roller.

at understøtte arbejdet med patientens team og patientansvarlig læge. Løsningen skal leveres fra april 2017 til slutningen af 2018 og indebærer en grundlæggende registrering af, hvem der er patientansvarlig læge og medlem af den enkelte patients team.

Trykke patienter

Ikke alle regionerne har nået at måle, om flere patienter ved, hvem der er deres patientansvarlige læge, efter pilotprojekterne. Men igen er erfaringerne overordnet positive.

"Pilotprojektet på Onkologisk Klinik i Finsencentret på Rigshospitalet har vist sig at bidrage til større tryghed og tilfredshed for patienterne," skriver Region Hovedstaden.

Region Sjælland evaluerer patienternes tryghed og tilfredshed sådan: "Patienterne er meget glade for at gense den samme læge og oplyser, at de føler sig trygge. Ydermere opnås blandt patienter en oplevelse af sammenhæng. Den store fordel og kontinuitet findes i de forløb, der strækker sig over mere

end et par dage. I alle pilotprojekter tillægger patienterne deres PAL stor betydning."

Region Sjælland er stadig i gang med at undersøge effekten, men et af pilotprojekterne har konstateret, at 17 ud af 20 patienter tillægger det en stor betydning at have en patientansvarlig læge.

Gastroenheden på Amager-Hvidovre Hospital skriver: "Patienttilfredshedsmålinger har vist, at størstedelen af patienterne ved, hvem der er deres patientansvarlige læge og patientansvarlige sygeplejerske, og at de medvirker til at skabe tryghed for patienterne og en følelse af et mere sammenhængende behandlingsforløb."

Børneafdelingen på Amager-Hvidovre Hospital har løbende målt tilfredsheden. Målingerne har vist, at 70 procent af patienterne ved, hvem der er deres patientansvarlige læge og patientansvarlige sygeplejerske. "Tildelingen af en PAL og PAS skaber tryghed for patienterne og en følelse af et mere sammenhængende behandlingsforløb," skriver afdelingen i evalueringen. ■

REGION NORDJYLLAND:

- Aalborg Universitetshospital har arbejdet med 10 typer patientforløb: patienter med lungecancer, anoreksi, mammacancer eller nyresten, reumatologiske patienter med mange komorbiditeter, orto-onkologiske patienter, patienter med Guillian Barré, FESS-patienter, vaskulær access hos patienter i hæmodialysebehandling og O-patienter i akutmodtagelsen.
- Aalborg Universitetshospital har startet 18 nye forløb, som skal sikre yderligere viden om, hvordan patientens team og patientansvarlig læge kan fungere i praksis.
- Regionshospitalet Nordjylland, Somatik
- Regionshospitalet Nordjylland, Klinik Anæstesi
- Regionshospitalet Nordjylland, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn
- Regionshospitalet Nordjylland, Klinik Medicin
- Regionshospitalet Nordjylland, Fællesklinik Thisted
- Regionshospitalet Nordjylland, Neuroenhed Nord
- Klinik Psykiatri Nord og Klinik Psykiatri Syd, Psykiatri.

REGION HOVEDSTADEN:

- Børneafdelingen på Hvidovre Hospital
- Gastroenheden på Amager-Hvidovre hospital
- Onkologisk Klinik på Rigshospitalet.

REGION SJÆLLAND:

- Holbæk Sygehus, Medicinsk Afdeling
- Nykøbing Falster Sygehus, Medicinsk Afdeling, Gastroenterologisk Afsnit
- Nykøbing Falster Sygehus, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling
- Sjællands Universitetshospital, Hæmatologisk Afdeling
- Sjællands Universitetshospital, Kirurgisk Afdeling
- Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse, Mave-tarm Kirurgisk Afdeling og Karkirurgisk Afdeling
- Psykiatrien – Psykiatrien Øst.

Hvad koster det?

Regionerne har forskellige erfaringer med, hvor mange ressourcer patientansvarlig læge kræver.

Region Nordjylland:

I begyndelsen er den nye arbejdsform ressourcekrævende, skriver Region Nordjylland i sin evaluering af pilotprojekterne. Til gengæld mener regionen, at der kan frigøres lægeressourcer, hvis koordineringen og kommunikationen bliver bedre.

Region Hovedstaden:

Region Hovedstaden skriver, at man ikke kan vurdere, om der er brugt flere ressourcer på baggrund af pilotprojektet. Til gengæld opleves en omfordeling af ressourcerne.

Region Syddanmark

Regionen har tilført ressourcer til ét pilotprojekt. De andre projekter har fungeret inden for eksisterende rammer.

Region Midtjylland

Også i Region Midtjylland er erfaringerne blandede: "Hovedindtrykket er dog, at der på lidt længere sigt ikke forbruges flere lægeressourcer med PAL-rolle indført," skriver regionen.

Region Sjælland

Her har nogle pilotprojekter også krævet flere ressourcer, mens andre mener, at ressourcer er frigivet: "... Fokus på arbejdstilrettelæggelse frigiver ressourcer og højner kvaliteten."

Hvad er den patientansvarlige læge?

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar for og overblik over en given patients forløb på sygehuset. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale, men koordinerings- og logistikansvarlig for hele forløbet, og den patientansvarlige læge har således en funktion som bagstopper/tovholder for det samlede patientforløb.

Det fremgår af den hvidbog, som uddyber aftalen mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Overlægeföreningen, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse om en national model for at indføre patientansvarlige læger på de danske sygehuse. Hvidbogen er udarbejdet for at sikre en fælles forståelse af konceptet.

Det overordnede formål med den patientansvarlige læge er at understøtte patienternes oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryghed i deres behandlingsforløb. Patienterne skal opleve, at en navngiven læge tager det overordnede ansvar for deres forløb.

Bedre forløb

Den patientansvarlige læge skal desuden medvirke til at skabe bedre forløb for patienterne ved i højere grad at sikre, at de forskellige behandlinger fungerer sammen. Overordnet set skal indførelse af den patientansvarlige læge være med til at understøtte følgende:

En styrket inddragelse af patienterne (og eventuelt pårørende) i deres behandlingsforløb.

Større patienttilfredshed og en reduktion i antallet af negative patientrapporteringer i overgange mellem sundhedspersoner både inden for egen afdeling/speciale og på tværs af afdelinger og matrikler.

Bedre sammenhæng og fremdrift i patientforløbet, så unødvendig ventetid/spildtid undgås.

En øget arbejds glæde hos lægerne ved at øge muligheden for at følge den enkelte patients forløb på sygehuset og ved at øge deres mulighed for bedre at udnytte deres viden og ekspertise.

En kulturændring, der indebærer, at behandlingsforløb tilrettelægges i samarbejde mellem læge, patient og eventuelle pårørende samt øvrige relevante sundhedsfaglige personer og med hensyn til patientens ønsker og samlede livssituation.

Bedre koordinering af den sundhedsfaglige indsats med henblik på at øge den patientoplevede kvalitet.

Med den patientansvarlige læge er der tale om en grundlæggende kultur- og organisationsændring på sygehuse. ■

Kilde: Hvidbog for den patientansvarlige læge. Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeföreningen, Yngre Læger og Dansk Sygeplejeråd, 2017.

Samme hospital - to forskellige verdener

Den ene indførte allerede i 2013 patientansvarlig læge for at løse akut overbelægning. Den anden snakkede sig frem til nogle gode modeller hen over sommeren 2016 og prøver dem nu af i praksis.



Jacob Stouby Mortensen og Lene Mortensen har ansvaret for to meget forskellige afdelinger på Regionshospitalet i Randers, men for begge giver det fagligt mening at arbejde med patientansvarlig læge.

De er begge to ledende overlæger og deltager i de pilotprojekter om patientansvarlig læge, som Region Midtjylland gennemfører i samarbejde med Danske Regioner, Overlægeföreningen, Yngre Læger, Kræftens Bekæmpelse og Danske Patienter. De sidder nogle få hundrede meter fra hinanden på Regionshospitalet i Randers. Hun på medicinsk afdeling. Han på kirurgisk. De bærer begge efternavnet Mortensen. Men derefter opfører ligheden, for deres erfaringer med at indføre patientansvarlig læge er vidt forskellige.

Jacob Stouby Mortensen blev ansat som ledende overlæge på Kirurgisk Center i 2013. Her er 84 læger ansat på syv klinikker og fælles operationsgang. Der er fem selvstændige specialer og to sengeafdelinger. Afdelingen havde på det tidspunkt en heftig overbelægning, og Arbejdstilsynet gav påbud om det psykiske arbejdsmiljø på grund af travlhed.

Jacob Stouby Mortensen og de ortopædkirurgiske speciallæger indførte på kort tid et system, hvor lægerne fulgte deres egne akutte og elektive patientforløb. Efter indførelse af patientansvarlig læge i 2013 er liggetiderne for patienterne faldet drastisk. Trods nedskæringer i antallet af senge og øget produktivitet har sengeafdelingen nu næsten altid ledig sengekapacitet at stille til rådighed for medicinsk afdeling.

I de 4 år, afdelingen har arbejdet med patientansvarlig læge, er den gennemsnitlige liggetid for planlagte operationer faldet med 30 procent, og liggetiden for akutte patienter er faldet med 14 procent. Liggetiden for ældre mennesker med hoftebrud er faldet med 34 procent til 3,8 dage. Efter et lille fald i det år, hvor patientansvarlig læge blev indført, er aktiviteten steget 7 procent målt på antal ambulante besøg. Den gennemsnitlige liggetid for hofteproteser er faldet fra 3,84 til 1,3 dage og for knæproteser fra 2,7 til 1,3 dage.

Afdelingen målte ikke kun på produktivitet og belægning, men også på, hvordan patienterne oplevede værdien

af patientansvarlig læge. Patienterne blev interviewet, når de blev udskrevet, og igen et halvt år efter. Resultatet var, at 94 procent af en blandet gruppe af akutte og elektive patienter oplevede, at de havde haft en personlig patientansvarlig læge og følte sig inddraget i behandlingsforløbet.

Mere komplekst

I Lene Mortensens del af hospitalet er problemstillingen en anden. For det første er Medicinsk Afdeling mere kompleks opgavemæssigt og organisatorisk end Ortopædkirurgisk afdeling. På medicinsk er der 70 læger med otte specialer ansat til fire sengeafsnit og otte klinikker. Opgaver og arbejdsgange er meget anderledes. For det andet er kulturen anderledes.

"Vi har snakket meget sammen. Lag for lag har vi skrælet ind til problemerne med patientansvarlig læge, og så har vi forsøgt at finde frem til gode løsninger på alle de tænkelige barrierer og problemer, inden vi begyndte vores pilotprojekt," fortæller Lene Mortensen.

Arbejdet begyndte i maj 2016. Overlægegruppen har mødtes hver 14. dag for at diskutere problemer og scenarier for, hvordan patientansvarlig læge kan fungere og fungerer i praksis. Efter sommerens gode snakke blev de første pilotprojekter skudt i gang, og inden 1. april 2017 vil alle afdelingerne være i gang med patientansvarlig læge. Arbejdstilrettelæggelse er helt centralt for at sikre succes, så der afprøves flere forskellige modeller.

Lægerne kan selvfølgelig ikke være mere end et sted på en gang, så det var en ny kabale, som skulle lægges for at få det til at hænge sammen. Det betyder helt lavpraktisk, at nogle tider i ambulatoriet er lukkede, fordi i det tidsrum besøger den patientansvarlige læge sine patienter, men så det til gengæld forventes det, at andre tider kan åbnes. Samlet set forventes de ændrede arbejdsgange, der følger af patientansvarlig læge, at frigøre lægetid, når konceptet er helt implementeret.

Medicinsk Afdeling har endnu ikke



tallene for, hvordan patienterne oplever den nye struktur, fordi pilotprojekter ikke er afsluttede endnu.

Entusiastiske

Entusiasmen er de to dog fælles om.

"Det her er blevet en slags passion," siger Lene Mortensen med et smil, men understreger samtidig, at det er sådan, hun ser på det. Et tiltag, som hun som læge går meget op i.

"Det helt klassiske argument imod patientansvarlig læge er, at det ikke kan lade sig gøre, men da vi begyndte at arbejde med det, så viste det sig, at det kan det godt, hvis man forbereder det grundigt og alle bekymringer og gode forslag kommer på bordet inden man starter," siger Lene Mortensen. Hun peger på, at det er meget svært at argumentere imod patientansvarlig læge, fordi det giver stor faglig mening.

Jacob Stouby Mortensen er enig:

"Det er faktisk sjovt at kunne gøre en forskel. Det er jo det, god lægekunst handler om: At få patienten hel igen." ■

Tre forskellige slags stuegang

Siden november 2016 har Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers tre forskellige slags stuegang.

1. På et afsnit lægges arbejdet helt om, så den enkelte læge hver dag får både stuegang og ambulante opgaver sat sammen i et dagsprogram, hvor de indlagte patienter til samtale er booket ind i det samlede dagsprogram med de elektive ambulante funktioner.

2. På et andet afsnit har man hver uge et fast hold af læger. Lægeholdet varetager stuegangen med den samme læge til alle patienter. Argumentet for modellen er, at det er lettere at administrere. Patienterne er ofte kun indlagt i tre dage og vil derfor ikke få flere forskellige patientansvarlige læger. Patienter, der er indlagt mere end en uge, skifter altså patientansvarlig læge typisk en gang.

3. På et tredje afsnit har man delt patientgruppen op i tre, og til hver gruppe er tilknyttet en speciallæge. De tre læger er så patientansvarlig læge for patienterne i deres gruppe. Speciallægen og en fast yngre læge fordeler patienterne imellem sig, og speciallægen superviserer løbende i forhold til de yngre læger i delteamet.

Der er ikke stor forskel på de tre afsnit. Derfor forventer ledende overlæge Lene Mortensen, at man kan sammenligne erfaringerne fra de tre afsnit for at se, hvad der fungerer bedst. Modellerne kører indtil videre frem til efteråret 2017, og så tager afdelingens ledelse stilling til, hvad der skal ske med de tre forskellige former for stuegang.



FOTO: MARTIN DAM KRISTENSEN

Lene Mortensen og hendes kolleger har brugt meget tid på at diskutere barrierer for og finde løsninger på patientansvarlig læge. Jacob Stouby Mortensen indførte rutinerne for fire år siden.

Min vagt – mine patienter

God læring for yngre læger at følge patienterne hele vejen, mener yngre læge.

”De patienter, som bliver indlagt på min vagt, er mine patienter.”

Sådan siger Anne Mette Stausholm. Hun er fase 3-kursist og har et år tilbage af sin uddannelse til speciallæge på Kirurgisk Center på Regionshospitalet Randers. I dag er hun bagvagt og sidder klar med telefonen i vagtstuen, hvis der er spørgsmål eller akutte patienter. Som bagvagt bliver Anne Mette Stausholm den patientansvarlige læge. Hun modtager patienten, følger patienten, og i sidste ende udskriver hun også patienten.

”Det er dejligt at kunne følge patienten helt til dørs, så man kan se, hvilke konsekvenser behandlingen har,” siger hun.

”Man kan ikke undgå at føle et større ansvar, og uddannelsesmæssigt kommer man meget rundt i forskellige problemstillinger. Hvis der for eksempel er nogle medicinske udfordringer, er det også mit ansvar. Der er meget god læring i at følge patienten hele vejen.”

Hun peger også på, at hun kan få patienten til at yde mere selv, fordi patienten ved, at hun følger med fra sidelinjen og ikke bliver erstattet af en anden.

”Jeg kan for eksempel sige til en patient, som ikke må støtte på sit ben: ’Vi to har en aftale, ikke?’ Patienten ved, at ugen efter står jeg der igen. Det giver et bedre samarbejde mellem patient og læge.”

”Når man er patientansvarlig læge, er man ikke bare en i flokken. Selv hvis man har travlt, skal man holde sine aftaler med patienten,” siger Anne Mette Stausholm. ■

”Når man er patientansvarlig læge, er man ikke bare en i flokken. Selv hvis man har travlt, skal man holde sine aftaler med patienten.

Alle yngre læger er patientansvarlige

På Kirurgisk Center på Regionshospitalet Randers er næsten alle færdiguddannede speciallæger bagvagter. Vagten indebærer, at den yngre læge er patientansvarlig læge for de patienter, som bliver indlagt i løbet af vagten.

På Medicinsk Afdeling får næsten alle yngre læger rollen som patientansvarlig. Selvfølgelig med gradueringer.

KBU-læger er ikke patientansvarlig læge, og de mest komplekse forløb gives til erfarne læger. Hvis en intro-læge er patientansvarlig, har vedkommende en ”med-PAL” og supervisor i form af en speciallæge. Hvis forløbet er komplekst, har den yngre læge altid fast tilkoblet en mere erfarne kollega. På fælles konferencer kan de yngre læger bede om hjælp i form af gode råd eller bede om, at en anden overtager, hvis det er bedst.

”Uddannelsesmæssigt er det vigtigt, at alle læger er patientansvarlig læge,” siger ledende overlæge på Medicinsk Afdeling, Lene Mortensen.

”De yngre læger er meget gode til at kommunikere med patienterne, og hvis vi skal ændre en kultur, er det vigtigt, at vi har alle læger med.”

Målet er trygge og tilfredse patienter

Patienterne er generelt meget tilfredse, når de møder det danske sundhedsvæsen. Det viser tallene fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, LUP. Ikke desto mindre er der nogle udfordringer. Resultaterne for LUP 2016 viser, at de positive svar, i forhold til om patienten har mulighed for at tale med en læge om behandlingen efter behov, eller om patienten oplever, at en eller flere har ansvar for et samlet forløb af indlæggelser/besøg, er noget lavere end den generelle tilfredshed.

Den øgede specialisering kræver meget god kommunikation og koordinering på tværs af specialer, afdelinger og sektorer.

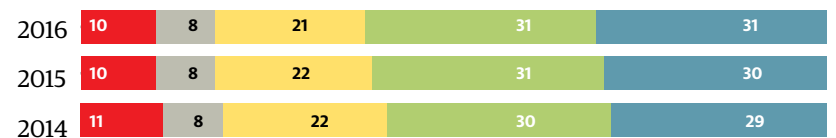
Af hvidbogen for den patientansvarlige læge fremgår det, at:

Det danske sundhedsvæsen er karakteriseret ved et højt specialiseringsniveau. Det sikrer den faglige kvalitet i patientens udrednings- og behandlingsforløb, men kan samtidig være forbundet med en række udfordringer. Når et patientforløb kræver specialisering, sker udredning og behandling ofte på flere forskellige enheder. Hermed øges risikoen for, at ansvaret for patientens samlede behandlingsforløb (”den røde tråd”) fortoner sig – ikke blot for patienten, men også for det sundhedsfaglige personale. Samtidig øges risikoen for utilsigtede hændelser, når antallet af sektorovergange øges.

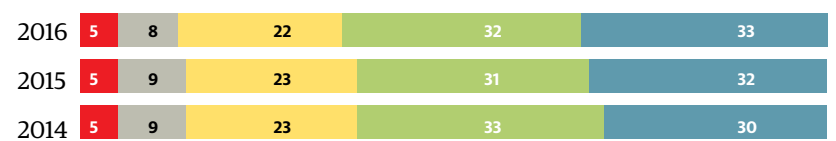
En oplevelse af utilstrækkelig koordinering, sammenhæng og overblik over behandlingsforløbet er ofte forbundet med frustrationer hos patienten. Samtidig er det demotiverende for læger og andet personale ikke at have bedre mulighed for at følge den enkelte patients forløb.

Målet med den patientansvarlige læge er at forbedre patienternes og sundhedspersonalets muligheder for at skabe en rød tråd i behandlingen.

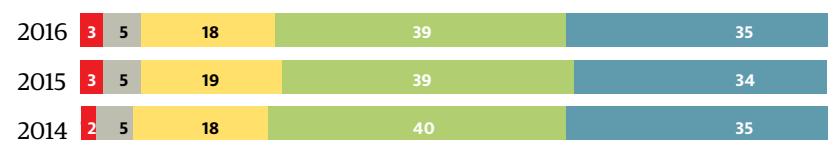
Patienten oplever, at en/flere har ansvar for et samlet forløb af indlæggelser/besøg



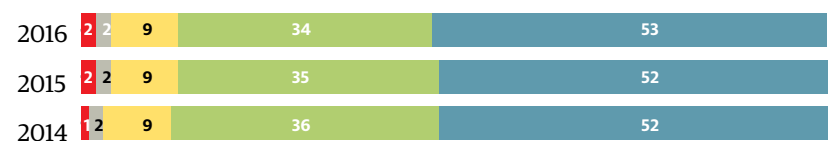
Patienten har mulighed for at tale med en læge om behandling ved behov



Samlet forløb med indlæggelser/besøg er godt tilrettelagt



Patienterne er tilfredse med behandlingen



■ Slet ikke ■ I ringe grad ■ I nogen grad ■ I høj grad ■ I meget høj grad

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2014-2016

"De største barrierer var os selv"

På det åbne psykiatriske sengeafsnit N7 i Frederikshavn er patienten omgivet af et team, og medarbejderne tør vise deres usikkerhed. Ikke bare over for hinanden, men også over for patienterne.

Før 2014 sad det tværfaglige team på et behandlingsmøde og diskuterede patientens problemer og løsninger, som så blev fremlagt for patienten på et andet møde. Sådan foregår det ikke mere. I dag er patienten med til behandlingsmøderne, og det tværfaglige team har ikke på forhånd lagt en plan for forløbet.

Det åbne psykiatriske sengeafsnit N7 i Frederikshavn får en bred skare af patienter ind fra det lukkede afsnit på hospitalet i Brønderslev. Patienterne har psykiske sygdomme som depression, mani, personlighedsforstyrrelser eller skizofreni og kommer til Frederikshavn, når de er klar til det. Afdelingen har siden 2014 arbejdet med "patientens team", og det har betydet store forandringer i arbejdsangene.

"Når vi fortæller om det, lyder det legende og let, men det har det bestemt ikke været," siger konstitueret leder Kathe Lyng.

"Vi blev hurtigt enige om, at patienten skulle være med fra dag et, men der var mange, som var skeptiske i starten," siger hun.

Barrierer

"Den største barriere var os selv," som sygeplejerske Ann Pedersen udtrykker det. De ansatte stillede sig selv og hinanden spørgsmål som: Kan patienten overhovedet være med til at vælge sin egen behandling? Er de raske nok til det? Hvad med vores faglighed?

"Der var også en del etiske overvejelser," siger Ann Pedersen.

Det handlede blandt andet om potentielle indbyrdes faglige uenigheder. Når patienten er til stede, kan de ansatte så

tillade sig at vise deres faglige uenigheder? De ansatte brugte tid på at drøfte, hvordan det skulle gribes an.

"Vi skal give patienten et valg, men samtidig ikke give slip på vores faglighed, og der kæmper vi stadig med at finde en balance," siger Kathe Lyng.

"Men når patienten bliver spejlet af flere forskellige faggrupper, så får vi også et tydeligere billede af patienten," siger overlæge Ema Mamykina.

Positiv effekt

Den nye organisering har betydet noget for liggetiderne på afdelingen og for tilfredsheden blandt patienter og pårørende.

"Vi fik vore ambulante akutteam og de nye behandlingsmøder næsten på samme tid, og nu har vi sjældent overbelægning," siger overlæge Ema Mamykina.

"Vi har været et afsnit med overbelægning i mange år. Det at snakke udskrivelse med en patient blev et fyord, men det er det ikke længere," fortæller Kathe Lyng.

For 13 år siden, da Kathe Lyng blev ansat, var den gennemsnitlige indlæggelsestid 63 dage. I dag er gennemsnittet 24 dage. For få år siden var den over 30 dage. I dag snakkes der om udskrivelse allerede fra det første møde med patienten.

"Der er virkelig sket noget inden for kort tid. Der er et helt andet flow," siger Ann Pedersen.

Før i tiden ringede pårørende ofte, men nu er de med til møderne og dermed inddraget. Både patienter og pårørende ved, hvornår patienten kan regne med at komme hjem, og derfor er der også tid til at forberede sig på det.

Tilfredsheden blandt patienter og på-



Det starter med, at en af de ansatte får en ide, og så prøver afdelingen det af. Sygeplejerske Ann Pedersen (t.v.), konstitueret leder Kathe Lyng og overlæge Ema Mamykina, arbejdsammen i patientens team på psykiatrisk afsnit i Frederikshavn.

rørende er så stor, at afdeling N7 sidste år vandt en pris for at være "Årets borgerinddragende initiativ". Prisen uddeles af Danske Regioner på generalforsamlingen, og det er pårørende og patienterne, som kan stemme på afdelinger, de er særligt tilfredse med.

Afdelingen har også selv evalueret ved at stille alle patienter en række spørgsmål efter hver samtale i en måned lang undersøgelse. Undersøgelsen viste, at patienterne følte sig trygge, og at de var glade for, at der ikke blev taget beslutninger hen over hovedet på dem.

Overlægens ansvar

Når patienten inddrages så meget, og alle har en stemme på møderne, hvem har så ansvaret?

Sygeplejerske Ann Pedersen og konstitueret leder Kathe Lyng peger på over-

læge Ema Mamykina. Det gør hun også selv.

"Lægen har ansvaret, og jeg kan hurtigt påtage mig det ansvar," siger hun.

"Mange steder strander arbejdet med patientansvarlig læge på, at lægen ikke er med på det, og der er vi heldige her," siger Kathe Lyng.

Ema Mamykina var lige fra starten meget begejstret for arbejdet med patientens team. Hun mener, at behandlingen kun lykkes, hvis alle samarbejder, og patienten også lærer, hvad han eller hun kan gøre for sig selv.

Uden overlægens accept af og respekt for den ændrede kultur og de forandrede beslutningsprocesser kan det ikke lykkes at arbejde på den måde, som afdelingen gør i dag, påpeger hun.

"Det er svært at bryde med gamle vaner," siger sygeplejerske Ann Pedersen. ■

EFTER ERFARING KOMMER FORANDRING

Siden 2014 har afdeling N7 arbejdet med patientens team. Men selv om arbejdet allerede har været nogle år, foregår der hele tiden justeringer. Her er nogle eksempler på det:

Hvem bestemmer?

Tidligere mødtes det tværfaglige team og aftalte behandlingsplanen, som så blev præsenteret for patienten. I dag mødes det tværfaglige team med patienten og aftaler planen med patienten, de pårørende og andre støttepersoner.

"Patienten er jo den største ekspert. Det er ham/hende, der mærker, hvad der er svært," siger overlæge Ema Mamykina.

Hvem deltager i møderne?

"Vores indstilling var jo flere mennesker, jo bedre, og det kørte vi med i et stykke tid," siger Kathe Lyng.

I starten deltog derfor alle fagligheder fra socialrådgiver

til overlæge. I dag deltager de mest relevante personer i møderne, så der ikke deltager for mange.

"Selv om patienten var grundigt forberedt på, hvad der skulle foregå, så var det tydeligt, at patienten blev overvældet af de mange mennesker."

Hvor lang tid bruger vi?

I starten var der sat 20 minutter af til samtalerne.

"Jeg sad bare og holdt øje med klokken," siger konstitueret leder på N7 Kathe Lyng.

I dag er der afsat 45 minutter.

"Der skal være tid til, at pårørende og andre støttepersoner også kan sige noget," siger Kathe Lyng.

Nu er tiden ikke længere en stressfaktor.

Hvor sidder vi?

"I begyndelsen placerede vi bogstaveligt talt patienten for

bordenden, fordi det hed 'patienten for bordenden,'" fortæller Kathe Lyng. Det holdt man op med, fordi patienterne ikke brød sig om at sidde der.

I starten blev mødet holdt i et aflangt lokale omkring et langt bord, fortæller Kathe Lyng. Også det er ændret. Nu sidder man i et kvadratisk lokale ved et mindre rundt bord og bruger også sofagrupper, fordi det gør samtalen mere afslappet og uformel.

Hvad får patienten?

Patienten får et skema til at forberede sig til møderne, og efter mødet får patienten en kopi af skemaet med alle notater.

"Lige nu diskuterer vi, om vi skal give patienten et udskrift af konferencenotatet i stedet for," siger Kathe Lyng.

Det skyldes, at skemaet nogle gange kan være svært at læse, fordi det er skrevet i hånden, og nogle gange står der meget på det.



FOTO: ULRIK BANG

Kommunen skal med i patientens team

Region Nordjylland arbejder lige nu med at få kommunen og den praktiserende læge med i patientens team. Samarbejdet giver god mening, siger Jan Mainz, der har ansvar for patientforløb og kvalitet i regionens psykiatri.

"Jeg synes, at patientens team med den patientansvarlige læge er noget af det mest visionære, som jeg har set i sundhedssystemet i mange år," siger Jan Mainz, der er professor og direktør for patientforløb og kvalitet i psykiatrien i Region Nordjylland.

Løsningen med patientansvarlig læge tager højde for både komplekse og simple forløb, så det er muligt at finde modeller, der passer til de enkelte forløb, mener han.

"Når vi indfører patientansvarlig læge, er det således ikke 'one size fits all'."

"Vi skal have en holdning til, hvordan man tilrettelægger de enkelte patientforløb," siger han og minder om, hvordan man i sundhedsvæsenet har snakket om patienten i centrum siden 1994. Nu skal det blive en realitet.

Region Nordjylland har siden 2014 arbejdet intensivt med patientens team, hvor hver patient har sit eget team. Teamets størrelse og sammensætning afhænger af patientens behov. Alle sundhedsfaglige medarbejdere og ledelser i psykiatrien har fået et kompetenceløft for at kunne håndtere den store forandring.

Lige nu arbejder regionen på næste udvidelse af konceptet. De praktiserende læger og kommunerne skal også være en del af patientens team. Det fremgår af sundhedsaftalen for Region Nordjylland.

"Vi bliver ved med at fokusere på patientens team som vores måde at gribe det an på. En væsentlig del af tanken med team er også et entydigt lægeligt ansvar, der ligger hos den patientansvarlige læge."

Som væsentlige faktorer for at nå i mål med patientens team peger Jan Mainz på den ideologi, som den nye organisering bygger på, og på at sørge for, at patientforløb er en ledelsesopgave. Målet med hele projektet er at "sikre entydig ledelse, som kan understøtte hensigtsmæssige patientforløb med patienten i centrum".

"Vi gør et forsøg på at overvinde søjleopdelingen i sundhedsvæsenet, så det bliver en tværsektoriel tankegang, og det kræver ledelsesmæssigt fokus."

"Hvordan opgaven er lykkedes på for eksempel Psykiatrisk Afdeling i Frederikshavn, bestyrker os i, at vi godt kan få det til at fungere i hele regionen," siger Jan Mainz.

For at nå så langt som for eksempel afdelingen i Frederikshavn kræver det forandringsparate medarbejdere og gode ledere.

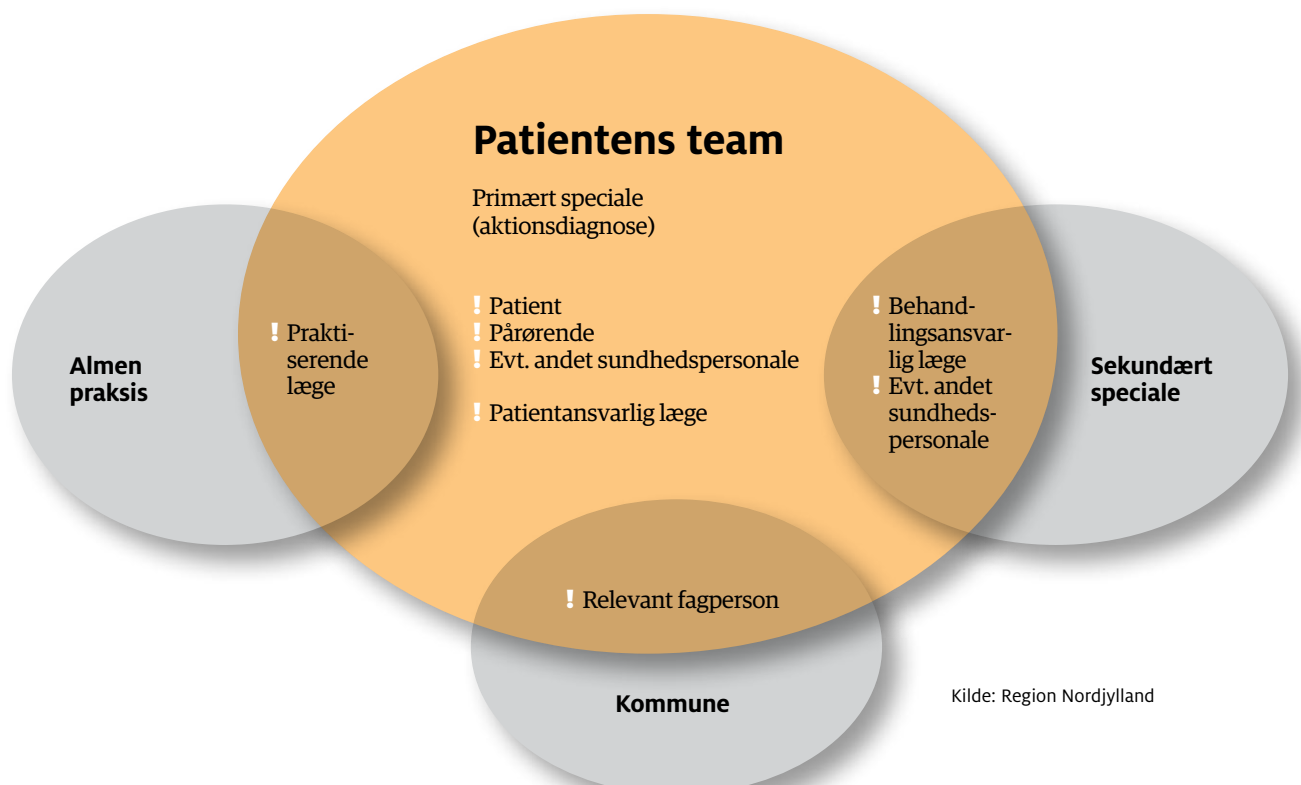
"I vores implementering af patientens team har vi brugt og bruger fortsat mange ressourcer. Det tager tid, og vi skal anerkende, at det tager tid. Man skal være indstillet på, at det her er en kulturændring og en ændring af måden, man arbejder sammen på. Det er patientansvarlig læge også. Vi skal være nysgerrige efter at finde ud af, hvad den enkelte patient vil opnå med sit forløb, og invitere patienterne med, i det omfang de vil."

"Hvis vi ikke tænker i patientforløb, så kan de blive meget dårlige, og der kan opstå utilsigtede hændelser. Det her er ikke *nice to have*, det er *need to have*," siger Jan Mainz. ■

Patientens forløb

N7 er en åben psykiatrisk afdeling, som modtager patienter fra det lukkede afsnit i Brønderslev. Der er 16 sengepladser, og afdelingen får patienter med mange forskellige diagnoser.

- Afdelingen får en mundtlig overlevering fra afsnittet i Brønderslev og bruger også en skriftlig tjekliste, som medarbejderne selv har udviklet.
- Den sundhedsfaglige kontaktperson modtager så vidt muligt patienten, når han eller hun ankommer.
- Personalet undersøger, om alle data er tastet ind i systemet som for eksempel samtykkeerklæringer, pårørende og oplysninger om diagnose og behandling.
- Samme dag eller dagen efter er første møde med den patientansvarlige læge.
- Patienterne er med i mindst tre planlagte behandlingsmøder: indlæggelses-, status- og udskrivelsesmøde. Statusmødet kan gentages, alt efter hvor lang tid patienten er indlagt.
- Patienten forbereder sig til møderne sammen med sin kontaktperson. Hvem deltager? Hvad er emnerne på mødet? Hvordan foregår det?
- Afdelingen har udviklet en stribe tjeklister, som medarbejderne og patienterne bruger for at opnå en systematik og klarhed i samtalerne og forløbet. Skemaerne indeholder nogle faste rubrikker med blandt andet mødedeltagere, emner og evaluering.
- På alle møder taler de ansatte og patienten om tidsperspektivet for indlæggelsen.
- Den patientansvarlige læge deltager altid i møderne.
- Mindst hver uge har den patientansvarlige læge en samtale med patienten.



Kilde: Region Nordjylland

Lægearbejde: Arbejdsstationer eller patientforløb?

Væsentlige organisationsforandringer forankret i patientens behov er nøglen til, at ordningen med patientansvarlig læge kan komme til at fungere, mener projektchef og organisationskonsulent Sidsel Vinge.

"Nogle af de yngre læger opførte sig som den flittige elev i klassen. De noterede cpr-numre i en lille bog og forsøgte at følge op på deres patienter."

Da organisationskonsulent Sidsel Vinge for 15 år siden samlede data ind til sin ph.d., oplevede hun, hvordan nogle af de yngre læger efter at have modtaget en patient og skrevet journal, senere slog patienterne op i systemet for at finde ud af, hvad der skete senere i forløbet. Sidsel Vinge undersøgte, hvordan hverdagen så ud på hospitalsafdelinger, og hvordan arbejdet er organiseret.

"En læges arbejde kan sammenlignes med en række arbejdsstationer, hvor du hver dag er sat til noget nyt, for eksempel stuegangen, akutmodtagelsen, ambulatoriet eller operationsstuen," siger hun.

De yngre læger havde ofte kun mødt patienten på en af disse arbejdsstationer, og derfor havde de ikke mulighed for at følge patientens forløb. Men de yngre læger ville lære noget, og derfor var de interesserede i at vide, hvad der senere skete med patienterne: Havde de mon selv gjort det rigtige, eller havde de overset noget? Det krævede, at de havde en liste med cpr-numre, så de kunne slå patienter op og finde ud af, hvad der skete efter deres 'arbejdsstation'.

Sidsel Vinge, der i dag er projektchef i KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, har brugt forløberne til ordningen med patientansvarlig læge som case i sin undervisning af overlæger igennem en årrække.

"Det her er jo totalt deja-vu. Politisk har man forsøgt at indføre patientansvarlig læge i mange år under forskellige navne. Patientansvarlig læge er gammel vin på nye flasker. Men det er jo ikke nødvendigvis dårligt."

Et af forsøgene på at ændre forholdet mellem patient og læge var den tidligere ordning med sundhedsfaglig kontaktperson - som nogle steder blev omdøbt til "visitkortordningen", fordi den i praksis kom til at bestå i, at man som læge skulle huske at udlevere sit visitkort til

patienterne. Andre steder opstod mere meningsfulde ordninger. Variationen var stor.

"Men det døde hen igen mange steder," siger hun.

Derfor peger hun på, at det er vigtigt, at man måler på, om ordningen denne gang går bedre, og om den rent faktisk fører til noget meningsfuldt: At patienterne oplever, at de har en patientansvarlig læge, men også at lægerne oplever, at de får et ansvar, som de reelt har mulighed for løfte. For de yngre lægers vedkommende at det fører til øget kontinuitet og dermed også læring i deres patient-kontakter. Ifølge Sidsel Vinge nytter det derfor heller ikke noget at insistere på, at det altid skal være en overlæge som er patientansvarlig læge.

"Man er nødt til at have patientansvarlig læge på forskellige niveauer," siger hun.

De forløb, der ikke er komplekse, og hvor patienten for eksempel ikke lider af komorbiditet, kan læger senere i deres specialuddannelsesforløb måske godt være patientansvarlig læge for.

Komplekse forløb

Hvad er så grunden til, at det er så svært?

For det første er patientforløb ofte meget komplekse og involverer flere specialer. Behandlingen foregår måske på tre forskellige matrikler - og måske også på tværs af regioner. Lægerne har deres eget speciale, og hvis det for eksempel er en lungecancerpatient, så ved lunge-medicinen ikke nødvendigvis alt om hverken kemoterapi, strålebehandling eller operation. Hvem skal så være den patientansvarlige læge?

"Vi bliver nødt til at finde nogle ordninger, som kan fungere med de patientforløb, vi har, og den grad af specialisering, vi har, og det er ikke nogen let opgave. Derfor bliver vi også nødt til at være meget klare på, hvad der er den patientansvarlige læges rolle - det er ikke nødvendigvis at vide alt. Men det er at vide, hvem der gør, at kunne samle trådene og have overblikket over forløbet - ikke mindst når det går på tværs af matrikler og afdelinger," siger Sidsel Vinge.

For det andet er modstanden nogle steder stor.

"Nogle læger siger, at politikerne oversælger det her. Og at de ikke kan være tilgængelige 24/7," siger Sidsel Vinge.

Men grundlæggende støder patientansvarlig læge ikke imod et fagligt paradigme, mener hun. Som eksemplet med de yngre læger viste, så giver det faktisk mening for læger at følge patienters forløb, fordi der ligger så meget læring i det.

Modstanden ligger måske i, at det er svært at påtage sig en rolle som tovholder og ansvarlig for et forløb, hvis man som læge ikke føler, at man har overblikket.

"Vi ved ikke reelt, hvad det er, patienterne efterspørger af den patientansvarlige læge på de mange forskellige sygdomsområder. Og derfor sidder der helt



FOTO: MICHAEL DAUGAARD

"Vi bliver alle sammen nervøse, hvis vi kommer på hospitalet. Det kan være forvirrende og svært at få overblikket - også for læger, der bliver patienter! Derfor er det nødvendigt, at sundhedsvæsenet kan hjælpe patienten, også på det her punkt," siger Sidsel Vinge, der er projektchef i KORA og blandt andet forsker i organisering af arbejdet i sundhedssektoren.

sikkert nogle læger og er nervøse for at få ansvaret for noget udefinerbart, som involverer en masse koordination på tværs," siger hun.

Det kan man ret beset ikke fortænke dem i, mener Sidsel Vinge. Derfor er det så vigtigt også at få gjort ordningen meningsfuld for lægerne på de forskellige områder. Ligesom det er vigtigt at få inddraget såvel sekretærer og plejepersonale, hvor det er relevant.

"Der er ingen, der siger, at lægen skal være kontaktbar 24/7. Det giver ingen mening," mener Sidsel Vinge.

"Hvis lægerne er bange for, at de skal svare på alle patienternes spørgsmål, så handler det om at skabe et system, hvor patienten kan finde svar," siger hun.

Og det skal måske ikke altid være ved at gå direkte til lægen. Vi har alle en praktiserende læge, som er vores tovholder i

almen praksis, men det ændrer ikke ved, at når man ringer til sin praktiserende læge, så er det ofte en dygtig sygeplejerske eller sekretær, som har den initiale kontakt, svarer på alt det, hun kan, og vurderer, om der er noget, som kræver lægens involvering også.

"Sådanne ordninger kan vi jo skele til, når vi skal se på, hvordan vi får lavet patientansvarlige læge i sygehusvæsenet," siger hun.

"Men selvom udfordringerne er mange, og man har prøvet på variationer af det her i årevis, så har patienterne stadig krav på at få svar. Det kommer vi simpelt hen ikke udenom. Derfor må vi organisere os, så patienterne får, hvad de har brug for, men det kommer ikke til at lykkes, hvis læger og andre involverede fagpersoner ikke synes, det giver mening" siger Sidsel Vinge. ■

Fem gode råd

- Inddrag speciallæger og øvrige relevante sundhedsfaglige helt fra starten
- Find ud af, hvad der reelt er patientens behov, og dæk det.
- Find ud af, hvor det fungerer, og lær af andre.
- Lav ordninger, der også giver mening for de sundhedsfaglige ansatte, og som tager hensyn til kompetenceforskelle og uddannelsesbehov.
- Gå i dialog om eventuel modstand, og undersøg, hvad den reelt bunder i, så problemerne kan løses.

Kilde: Sidsel Vinge, projektleder i KORA og selvstændig konsulent med speciale i organisering af arbejdet i sundhedssektoren.

”Silobarriererne skal væk”

Anne Bjerrum hjælper patienter, når eller inden deres forløb bliver for komplekst og uoverskueligt. Hun ser frem til ordningen med patientansvarlig læge.

”Opgaven med at koordinere mellem afdelingerne og sektorer har generelt været undervurderet. Der er stadig behov for at udvikle, hvordan vi samarbejder på alle niveauer i sundhedsvæsenet,” siger tværgående forløbskoordinator og sygeplejerske på Rigshospitalet Anne Bjerrum.

Fokus udvider sig heldigvis i retning af flere og måske andre former for samarbejde mellem afdelinger og sektorer, mener hun. Som forløbskoordinator kender hun til udfordringerne med samarbejde i komplekse forløb. Når hun bliver kontaktet af patienter, pårørende eller andre, som har svært ved at overskue patientens forløb, skal hun hjælpe dem. Dels med at finde ud af, hvad der foregår, dels for at være patienternes fremadrettede støtte gennem hele forløbet med udgangspunkt i deres konkrete situation.

Og et af de svære aspekter i et komplekst forløb er netop overgangen fra en afdeling eller sektor til en anden.

Ud over at være i dialog med patienterne og understøtte deres forløb skal Anne Bjerrum også medvirke til, at afdelingerne samarbejder både om konkrete forløb og mere udviklingsorienteret for at forbedre kvaliteten.

For sundhedsvæsenets opbygning i siloer, som nogle kalder dem, findes ikke i patientens optik. Når patienten har mange kontakter til forskellige mennesker og enheder, bliver forløbene mere sårbare. Risikoen for tab af kontinuitet er stor, og det kan få negative konsekvenser ikke kun for patientens oplevelse, men også for den sundhedsfaglige kvalitet i behandlingen.

”På en måde har ’siloerne’ deres berettigelse, for de sikrer jo en høj specialisering, men de må ikke være en forhindring for at løse opgaven med at opnå sammenhængende forløb,” siger Anne Bjerrum.

Hun påpeger, at organisering og koordinering af forløb kræver inddragelse, understøttelse af relationer og forankret samarbejde på tværs af professioner, specialer, enheder og mennesker – både patienter, pårørende og personale.

”Hvordan den patientansvarlige læge kommer til at fungere konkret i dette samspil, kan stadig være lidt uklart for mig,” siger hun.

Mange fordele

”En af fordelene ved den patientansvarlige læge bliver at få en sundhedsfaglig samarbejdspartner med helt andre kvalifikationer og kompetencer end mine, og som også har blik for forløbet. Det er en

forudsætning for, at et forløb rent faktisk kommer til at hænge sammen. Det er efterspurgt i dag.”

Når patientansvarlig læge bliver indført, vil det være en yderligere styrkelse af det tværgående perspektiv, mener Anne Bjerrum.

Derfor ser hun frem til, at de patientansvarlige læger får mandatet og en ny legitimitet i organisationen til at agere ud fra en forståelse af forløb.

”Hvis det lykkes, kan jeg se nogle åbenlyse fordele ved den patientansvarlige læge. Det er en anden måde at tænke lægerollen ind på end i dag.”

I dag fungerer cirka 20 forløbskoordinatorer med forskellig uddannelse og forskellige opgaver i de enkelte klinikker. Af dem varetager 2-3 sygeplejersker den tværgående forløbskoordinatorfunktion på Rigshospitalet. ■

”Jeg bliver en bedre læge”

Som patientansvarlig læge kigger man på hele patienten, og et tæt samarbejde forebygger fejl og forhindrer utryghed. Det mener Charlotte Søgaard, der har arbejdet med tæt patientkontakt i mere end 10 år.

”Hvis det glipper at følge patienten, så kan vi mærke, hvor vigtigt det er.” Sådan siger overlæge og gynækologisk kræftkirurg Charlotte Hasselholt Søgaard. Hun blev uddannet som læge i 1990 og har arbejdet med gynækologiske kræftsygdomme siden 2003. I dag arbejder hun på Aarhus Universitetshospital som overlæge og faglig leder for gynækologisk kræftkirurgi.

”Inden for gynækologien er det nærmest en tradition, at kontakten med patienten er tæt. Selvfølgelig har vi patientens ryg,” siger hun.

Overordnet set er Charlotte Søgaard meget begejstret for at være i tæt kontakt med den enkelte patient.

”Vi får færre henvendelser fra en tryk patient end fra en utryk,” siger hun.

Charlotte Søgaard peger på en række ting, som gør oplevelsen mere positiv som fagperson, når lægen følger patienten, så meget som det er muligt, i alle faser af behandlingen.

Patienterne kommer til Skejby både lokalt og fra de omkringliggende regionale sygehuse. Charlotte Søgaard får patienter, som hun måske skal give alvorlige kræftdiagnoser. Det er ikke sikkert, at patienten kan rumme alle informationer, som hun får til den første konsultation.

”Hvis patienten ikke er klar til alle informationer under den første konsultation, så ved jeg, hvad jeg har sagt, og hvad jeg skal sige noget mere om. Hvad der skal ske med MR-skanning, PET-skanning, blodprøver, operationer og så videre,” siger hun.

”Det handler jo om patienter i krise, og det gælder om at skabe et rum, hvor patienten ved: ’Vi skal nok passe på dig.’”

Charlotte Søgaard kan også pejle sig ind på, hvad patienten vil inddrages i, og hvad patienten ikke vil tage stilling til. Der er generationsforskelle og forskel på personlighederne, og en del ældre patienter

vil måske bare helst have, at lægen informerer om forløbet, frem for at skulle forholde sig detaljeret til skanninger og for og imod.

Frem for alt er det sværere at operere, hvis man ikke selv har set patienten ved første kontakt.

”Når man har gennemgået operationen med patienten ved forundersøgelsen, så ved man også, hvad man har sagt, man vil gøre, og man ved, hvilke afvigelse fra det forventede forløb patienten vil acceptere. På den måde er man bedre forberedt, hvis man støder på overraskelser under indgrebet,” siger Charlotte Søgaard.

Når man så har opereret, kan man derfor lettere forklare forskellene på, hvad man aftalte i løbet af samtalerne inden operationen, og hvad der reelt er sket under operationen.

”Jeg bliver en bedre læge, når jeg kan se resultatet af behandlingen. Hvis jeg for eksempel kan konstatere, at der opstår mange blærebetændelser, skal vi måske kigge på håndtering af urinvejskatetre hos vores patienter,” siger Charlotte Søgaard.

Lykkes ikke altid

Selv om målet er, at Charlotte Søgaard ser sine egne patienter, lykkes det ikke altid.

”Lige nu er vi udfordret af, at en række seniorer har søgt videre, så vi har tidligere været bedre til at have en patientansvarlig læge, end vi er lige nu,” fortæller hun.

SÅDAN ORGANISERES ARBEJDET

- Fredag tjekker afdelingen næste uges operationsprogram.
- Operatører sættes på, alt efter hvem der har set patienten. Hvis det er en yngre kollega, deltager en seniorkollega med relevant kompetence også i operationen.
- Alle læger i afdelingen går stuegang på egne patienter, og der er således ikke allokeret én læge til en funktion, der hedder stuegang.
- Det er så vidt muligt også operatøren, der indkaldes, når patienten møder ind til svar i ambulatoriet, og operatøren, der efterfølgende kontrollerer patienten.

og nedskæringer og besparelser udfordrer også muligheden for at lade en læge følge den enkelte. Når de samme opgaver skal fordeles på færre hænder, bliver det sværere at få ordningen med patientansvarlig læge til at lykkes. For at kabalen skal gå op, må de yngre læger, der endnu ikke selvstændigt kan stå for operationen, tage kontrollerne i ambulatoriet. Det betyder, at de mere erfarne ikke i samme grad kan følge op på patienten efter operationen.

Før og efter

Der er også udfordringer både før og efter udredningerne og behandlingerne på Skejby. Charlotte Søgaard arbejder lige nu på at forbedre, hvordan man organiserer henvisninger mellem de regionale sygehuse og afdelingen, så lægerne ved mere om patienten, før patienten får tildelt en læge på afdelingen.

”Jeg kigger på organiseringen af patientforløbene, fordi jeg gerne vil gøre det mere strømlinet. Når vi skal placere patienter fra andre hospitaler og afdelinger, så skal patienten lande hos den rigtige læge hurtigst muligt,” siger hun.

Når behandlingsplanen og omfanget af operationen fastlægges på den tværfaglige konference, gælder det om at vide mest muligt om patienten, så man kan forberede sig bedst muligt og sætte det rette operationshold.

Planen danner også basis for patientens videre forløb.

Opfølgningen i form af kemo eller andet foregår også på andre afdelinger, og det betyder, at lægerne på gynækologi må vinke farvel til patienterne.

”Så ser vi dem ikke mere, men det er de andre afdelinger, som tager over fra os.” ■



FOTO: TOMAS BERTELSEN

Det giver mening med en bedre struktur



FOTO: PALLE PETER SKOV

Hjertemedicinsk Ambulatorium, Sygehus Lillebælt, har i sit pilotprojekt arbejdet med at systematisere komplekse patientforløb for meget sårbare patienter. Det er ingen nem opgave.

”Vi har gode erfaringer med at have en patientansvarlig læge, men vi skal passe på med at love patienten for meget,” siger overlæge Nikolaj Stevnbak Andersen. Han arbejder dagligt på Hjerterafdelingen i Kolding, men har også sin gang på Hjer-teambulatoriet i Vejle.

Afdelingen valgte at deltage som et af Region Syddanmarks pilotprojekter, fordi netop hjertepatienter kan opleve et forløb med mange overgange.

”Ofte er det ældre, multimorbide patienter, så det gav god mening at få sat en struktur op omkring forløbene,” siger han.

Afdelingen hjælper patienter med hjerteklapfejl, som først kommer på ambulatoriet i Kolding, derefter skal igennem en række undersøgelser i Kolding og Vejle og siden skal opereres i Odense. Fordi forløbene er komplekse, foregår forskellige steder, og patienterne ofte er meget syge, er arbejdet med en ny struktur ikke bare noget, ”man gør”. For eksempel kan den patientansvarlige læge ikke altid være med på konferencen, når forløbet diskuteres med lægerne i Odense.

”Patientansvarlig læge er en god idé for patienter, pårørende og personale, men vi står med nogle særlige udfordringer, fordi patienternes forløb foregår på flere forskellige sygehuse,” siger ledende overlæge Anne Sejr Knudsen, Hjertemedicinsk Afdeling.

Afdelingen satte sig et mål om, at den patientansvarlige læge ser patienten mindst tre gange. Første gang i ambula-

toriet, anden gang under indlæggelsen efter operationen og tredje gang til den afsluttende kontrol.

”Men i praksis har det været svært at nå det mål,” fortæller Nikolaj Stevnbak Andersen.

Oftest ser patienten kun den patientansvarlige læge én gang til den første samtale i ambulatoriet.

”Vores speciallæger kan ikke både have nattevagt og være til rådighed i dagtimerne,” forklarer Anne Sejr Knudsen.

Det går ikke op

For afdelingen har det været en stor organisatorisk opgave, fordi speciallægerne også har vagt og skal arbejde inden for deres speciale, og det er svært at få det til at gå op med at være patientansvarlig læge, samtidig med at man skal passe de andre forpligtelser.

En læge på afdelingen ser i gennemsnit 10 patienter om dagen. Der er 7.000 indlæggelser og 40.000 andre kontakter årligt, og de skal fordeles på cirka 40 læger. Dertil kommer kontakter til andre afdelingen og andre sygehuse.

”Det giver mening at starte med patientansvarlig læge i forløb med særligt sårbare patienter, men i vores projekt har det vist sig at være svært at få en gennemgående figur,” siger Anne Sejr Knudsen.

Afdelingen er i gang med at kigge på muligheder for at forbedre ordningen med patientansvarlig læge og diskuterer også muligheden for at arbejde endnu mere i team.

”Det er heldigvis åbenlyst for patienten, hvem han eller hun kan ringe til,” siger Anne Sejr Knudsen.

Tilfredsheden blandt patienterne ligger på samme niveau efter pilotprojektet på Hjertemedicinsk Afdeling.

”Det skaber en ro, når patienterne ved, hvem de kan kontakte, og det ved de,” siger Nikolaj Stevnbak Andersen. ■

I praksis har patienten kun set den patientansvarlige læge én gang til den første samtale i ambulatoriet, selv om målet var mere ambitiøst, fortæller overlæge Nikolaj Stevnbak Andersen og ledende overlæge Anne Sejr Knudsen.

”Vi mangler it”

”Der mangler it-systemer, der understøtter den patientansvarlige læge,” siger ledende overlæge Anne Sejr Knudsen, Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt. ”For at kunne følge vores kohorte af patienter er det nødvendigt med bedre systemer.”

Den samme udfordring fremgår af evalueringerne fra de andre pilotprojekter. For eksempel skriver Region Hovedstaden i sin evaluering: ”Det er forventningen, at patientdata vil være tilgængelige i Sundhedsplatformen i et omfang, der understøtter det nye og bredere ansvar, som ligger i rollen som

patientansvarlig læge. (...) Sundhedsplatformen rummer mange muligheder for at opsætte rapporter og adviseringer, som kan understøtte overblik og overvågning af behandlingsforløb. Der vil dog skulle foretages tilpasninger i adgangsstyring og patientoversigter mv. for at understøtte relationen mellem patient og PAL - særligt i perioder, hvor patienten modtager behandling inden for andre specialer/på andre afdelinger end PAL's primære organisatoriske tilknytning.”

Anne Sejr Knudsen efterspørger netop også, at den patientansvarlige læge

kan få et overblik over sine patienter og deres behandlingsplaner, men også at den behandlingsansvarlige læge får besked, hvis en patient indlægges på en anden afdeling. På den måde har den patientansvarlige læge mulighed for at kontakte afdelingen for at koordinere behandlingen, eventuelt ændre medicinering og på andre måder diskutere, hvordan patientens samlede forløb kan blive godt.

Anne Sejr Knudsen understreger, at den patientansvarlige læge kan være bange for ikke at kunne leve op til ansvaret, hvis ikke han/hun har adgang til

alle væsentlige informationer om sine patienter. Det handler også om lægens retssikkerhed, påpeger hun.

”Det ville være rart med en form for varslingsystem, så vi får at vide, når der sker noget med patienten på en anden afdeling,” siger Anne Sejr Knudsen.

”Læger er ikke nogle bangebukse, men hvordan skal man kunne have ansvar for mange patienter uden at have overblik,” spørger hun.

I forbindelse med pilotprojektet har Hjertemedicinsk Afdeling brugt en sygeplejerske halvtid som forløbskoordinator for at skabe et overblik. ■

Yngre læger er også patientansvarlig læge

Ikke alle steder får de yngre læger rollen som patientansvarlig læge. Men mange steder giver rollen mulighed for bedre uddannelse af de yngre læger, fordi de får deres egne patienter og skal tage ansvaret for behandlingen af dem.

"I starten var det selvfølgelig voldsomt at træde ind i et ambulatorium med 200 patienter, og du vidste, at det var dig, der var patientansvarlig læge for dem."

Sådan siger 1. reservelæge Christen Lykkegaard Andersen, der har været ni måneder på Hæmatologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital i Roskilde. Her er tæt kontakt mellem patient og læge en indarbejdet del af arbejdsdagen. Han er meget begejstret for selv at have ansvaret for en gruppe patienter.

Af hans cirka 200 patienter er omkring 20 meget hyppige gæster i ambulatoriet, mens resten kommer sjældnere til kontroller en eller flere gange om året.

"Hvis man tager ansvar eller får ansvar under kyndig vejledning og ved, hvor man kan få rådgivning, så vokser man med det ansvar, og så lærer man enormt meget," siger han.

"Det krævede mange afteners ekstra

overarbejde i starten, men nu er det jo givet godt ud," siger han.

Han sammenligner med de store medicinske afdelinger, hvor man som yngre læge måske ved, at der kommer en overlæge dagen efter, som kan gribe bolden. Det gør der ikke på Hæmatologisk Afdeling. Her skal Christen Lykkegaard Andersen selv gribe sine bolde. Ellers kommer de tilbage meget "hårdt", som han siger.

Han suppleres af overlæge Peter Møller: "Du kan ikke blive fristet af nemme løsninger, som blot skubber problemet videre."

Hjælpen er tæt på

Anne Mette Stausholm har et år tilbage af sin uddannelse til speciallæge på kirurgisk afdeling på Regionshospitalet Randers. Når hun har bagvagten, får hun ansvaret for de patienter, som kommer ind, og hun får lov til at følge dem hele

vejen. Det ser hun kun fordele i. Men det indebærer, at hun skal kende sine egne begrænsninger og erkende, hvis opgaven er for stor.

"Uddannelsesmæssigt giver det et godt flow," siger hun.

Hun får hjælp, hvis forløbet er for svært.

"Vi får eller bliver tilbudt hjælp, når vi har brug for det," siger hun.

Hjælpen kan være mere opmærksomhed på morgenkonferencen, tæt supervision, eller at en anden mere erfaren læge overtager patienten.

På Hæmatologisk Afdeling kan Christen Lykkegaard Andersen også få hjælp fra de andre på konferencerne om patienterne. Han oplever, at alle stiller spørgsmål på møderne, og at det er nemt at få hjælp fra de andre.

Christen Lykkegaard Andersen har især lært af at skulle planlægge de lange

patientforløb. Han får et stort overblik over mange forskellige emner. Og det kræver stor viden om de meget komplekse sygdomme og behandlingsmuligheder at skulle sidde over for den samme patient uge efter uge.

"Patienter med en sjælden lidelse kommer jo igen, og derfor er incitamentet til at søge viden og videreudanne sig også stort. Du kan lige så godt blive god til det her," siger han.

Christen Lykkegaard Andersen er meget glad for at have den tætte kontakt med sine patienter.

"Det er en model, der fungerer vældigt fint her hos os," siger han. "Jeg synes, at det er meget tilfredsstillende, fordi man lærer patienterne indgående at kende. Man ved, hvad der rører sig, og hvad der nu skal ske. Når de ringer ind, så kan man nærmest høre på deres stemme, hvordan det går." ■

"Patientansvarlig læge er ikke for alle"

Patientansvarlig læge rummer store muligheder, men kræver, at man tør sige højt, at det i nogle forløb giver mere mening end i andre. Det mener ledende overlæge Lars Tue Sørensen.

"Vi er nødt til at drøfte, for hvilke patientforløb patientansvarlig læge giver særlig stor mening." Det siger ledende overlæge Lars Tue Sørensen,

der har sin daglige gang på Bispebjerg Hospitals Abdominalcenter.

Mange har den store bekymring, at patientansvarlig læge vil få samme skæbne som kontaktlægeordningen, som blev en fiasko. De, der kommer ind med en flænge i panden eller en nedgroet tånegl, skal ikke forvente at få tildelt en patientansvarlig læge, mener han. Det skal derimod være cancerpatienter, kroniske patienter eller patienter med komplekse og komplicerede forløb.

"Vi savner, at politikerne melder ud, at den patientansvarlige læge skal målrettes særlige patientforløb," siger Lars Tue Sørensen og tilføjer: "Sundhedsvæsenet kan ikke magte at tilbyde patientansvarlig læge til alle patienter til enhver tid, medmindre der tilføres betydelige ressourcer."

Hans afdeling har i mere end 20 år arbejdet med begrebet personlig speciallæge til mave-tarm-kirurgiske patienter. Patienterne har i princippet den samme speciallæge i ambulatoriet, under udredning, operation og indlæggelse og

også den samme til eventuelle kontroller efter operationen.

"Vi tilbyder det til de patienter, som har komplekse forløb," siger han.

Siden september sidste år er det samme princip også indført for mave-tarm-medicinske patienter, som nu får den samme personlige speciallæge både i ambulatoriet og under indlæggelse.

"Opgaven for speciallægerne er at tage sig af deres egne patienter, selv når der er mange opgaver på en dag i ambulatorier og med operationer," siger han.

"Udfordringen for ledelsen er at skabe rammerne, så det kan lade sig gøre i praksis," tilføjer han.

Stor afdeling

Abdominalcentret har 11.000 ambulante besøg om året og 90 senge. Afdelingen har både korttidskirurgiske afsnit, tre stationære sengeafsnit, et modtageafsnit, tre ambulatorier og et stort endoskopafsnit samt egen operationsgang.

"Med de kortvarige patientforløb som for eksempel at få fjernet en byld giver det ikke mening med en personlig speciallæge. Men der skal være en patientansvarlig læge til rådighed under de komplekse forløb, fordi der i høj grad er behov for koordinering."

Lars Tue Sørensen peger på, at når behandlinger - typisk inden for kræft - foregår på forskellige afdelinger og hospitaler, så risikerer man, at patienterne kan falde ned mellem de forskellige stole.

"Vi beder om, at de samarbejdende hospitaler orienterer os om, hvor patienten er i sit forløb. Vi

vil gerne holde øje med, hvis der skulle ske noget, og vi vil gerne samle op på det, hvis behandlingen ændres, og vi skal træde til. Vi har rollen som patientens stamafdeling, og vi behandler den grundlæggende tilstand, men det kan være svært med den kommunikation," siger han.

Lars Tue Sørensen synes, at man skal fokusere på forløb, hvor det har stor betydning for patienterne, at en bestemt person har overblikket.

Det kan handle om meget komplekse forløb, men også om, at nogle patienter har et særligt behov for at have en patientansvarlig læge for at kunne føle sig trygge.

"Nogle patienter har behov for at få sat deres sygdom ind i en kontekst, så de føler sig trygge. De bliver måske mere psykisk påvirket af det, og der kan være brug for, at de får en læge som ankerperson, der løbende snakker om forløbet og afstemmer forventningerne."

For Lars Tue Sørensen handler det overordnet om, at patienterne får et bedre forløb.

"Det kræver et analysearbejde, så vi finder ud af, hvor der skal sættes ind," siger han.

Ifølge Lars Tue Sørensen lægger patientansvarlig læge op til en kulturændring, som går en anden vej end den, hospitalerne har arbejdet på de seneste mange år.

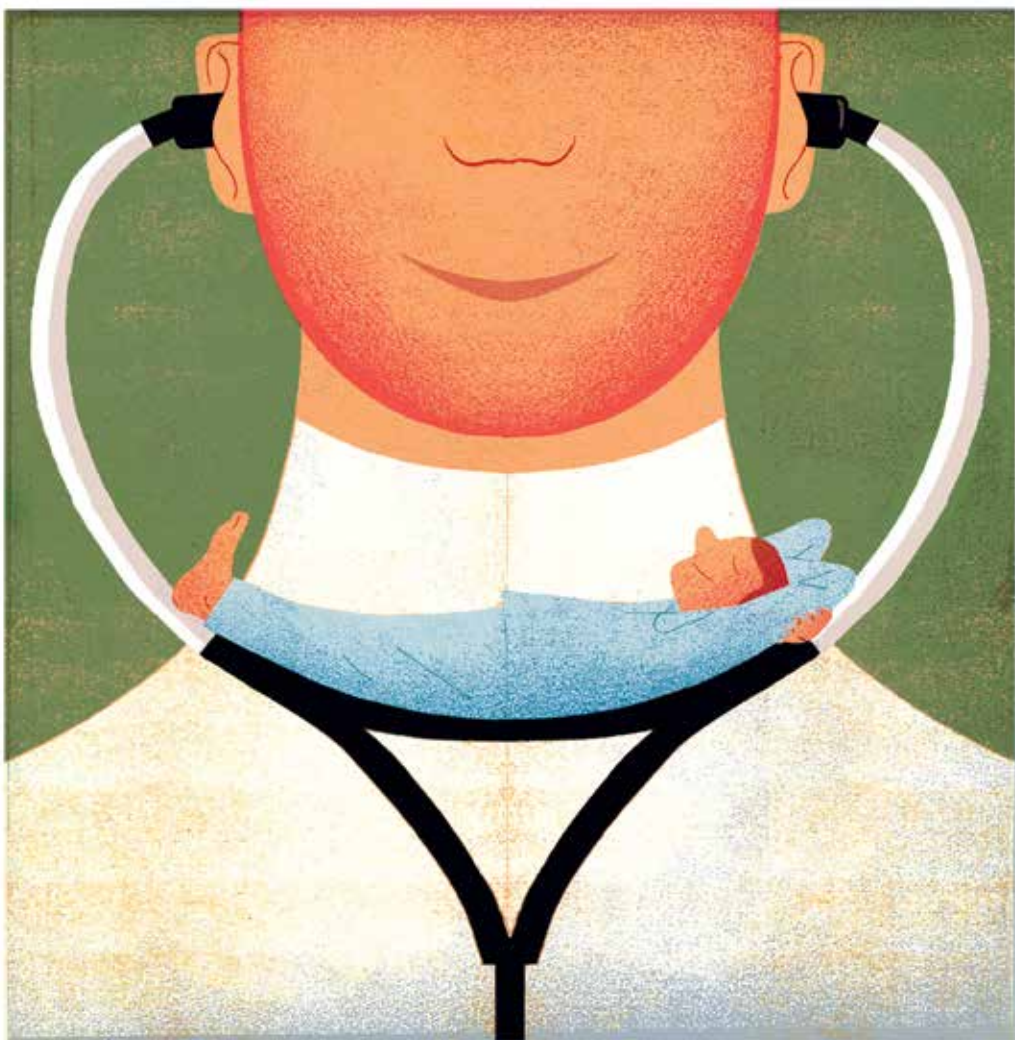
"Den søjleopdelte struktur og specialeplanen understøtter ikke den tværgående patienttankegang. Med patientansvarlig læge kommer der nye, spændende signaler med forløbsansvar, men det kan kun blive til noget, hvis man tør tænke tingene helt igennem og gøre grænserne smidige," siger han. ■

” Opgaven for speciallægerne er at tage sig af deres egne patienter, selv når der er mange opgaver på en dag i ambulatorier og med operationer. Udfordringen for ledelsen er at skabe rammerne, så det kan lade sig gøre i praksis.

Ansvaret på så få hænder som muligt

Især ved meget komplicerede forløb er lægerne på Neonatalafsnittet på Hvidovre Hospital opmærksomme på at holde ansvaret på så få som muligt.

ILLUSTRATION: MORTEN VOJGT



På nogle afdelinger kan der være kamp om at få de "spændende" patienter. Sådan er det ikke på Neonatalafsnittet på Hvidovre Hospital. Her er bagvagten altid patientansvarlig læge for de patienter, som kommer ind under vagten. Kun hvis der er for mange patienter, der lander hos den samme læge, eller hvis man kan se, at man er væk på ferie eller uddannelse, fraviges det princip.

Da alle afdelingens yngre læger er under uddannelse, er der også opmærksomhed på, at de til stuegang tildeles superviseret ansvar for både ukomplicerede og komplicerede patientforløb. Det er dog den patientansvarlige læge, som har det overordnede ansvar for at sikre kontinuiteten og dermed øge patientsikkerheden.

"Jeg synes, at det er meget betryggende, at man kender familien og barnet fra starten af forløbet. Det øger kvaliteten af arbejdet," siger afdelingslæge Heidi Smedegaard.

Det giver en stor arbejdsglæde, og også forældrene værdsætter et kendt ansigt.

"Det er supergodt at have ansvaret for forløb og selv skulle tage stilling til forskellige problematikker, sætte behandling i gang og følge op på, hvad der sker," siger Heidi Smedegaard.

Hun oplever også, at når forholdet er tæt, så får man flere oplysninger fra forældrene, og det at man har været med i hele forløbet, kan for eksempel gøre det nemmere, når barn og forældre skal udskrives, eller under svære samtaler, hvis der for eksempel opstår komplikationer.

"Det kan være svært at komme ind fra højre efter at have læst en journal og så vinde forældrenes tillid - især ved de længerevarende og mere komplicerede forløb," siger hun.

I lidt over et år har hun arbejdet som afdelingslæge på Neonatalafsnittet, mens hun er i gang med sin ekspertuddannelse inden for neonatologien. Afdelingen har 22 sengepladser, og hun har ansvaret for cirka en fjerdedel af patienterne.

Heidi Smedegaards arbejdstid er spredt ud over hele måneden med døgnvagter og stuegangsdage på Neonatalafsnittet.

Afdelingen er opmærksom på, at komplicerede forløb skal holdes på så få hænder som muligt. Det vil ofte konkret betyde, at to læger knyttes til patienten, så deres behov for kontinuitet dækkes.

"Jeg synes, at vi er gode til at løfte i flok, og det er en del af en meget indarbejdet kultur, at vi deler ansvaret, taler om patienterne på konferencen om morgenen og tager ansvaret på os," siger hun. ■

Patientansvar er ikke nyt

Patientansvar er grundlæggende for alle læger, mener 1. reservelæge Brian Rafn Hjelvang. Men med den nye aftale kan læger, politikere og sygehusledelser holde hinanden op på det ansvar.

Der er to lag i patientansvarlig læge.

"Det er grundlæggende og dybt forankret, at vi er patientansvarlige læger. Det lærte jeg tidligt på medicinstudiet, og jeg kender ikke nogen læger, som ikke føler det ansvar," siger Brian Rafn Hjelvang, der er 1. reservelæge på Børneafdelingen på Hvidovre Hospital.

"Det nye i aftalen om patientansvarlig læge er, at vi tilkendegiver over for hinanden og andre, at vi vægter det højt," siger han.

Med aftalen har lægerne mulighed for at holde hinanden, politikere og ledelser op på, at de skal have mulighed for at være patientansvarlige.

"Det er ikke nogen hemmelighed, at der er stort fokus på produktivitet. Med patientansvarlig læge kan vi argumentere for, at der også skal være kvalitet i behandlingen," siger Brian Rafn Hjelvang.

Brian Rafn Hjelvang bliver færdig som speciallæge i efteråret. I mere end ti år har han arbejdet og uddannet sig på børneafdelinger i Region Hovedstaden med en enkelt afstikker til Sønderborg. Han vil gerne specialisere sig inden for neuro-pædiatrien, der behandler børn med ofte langvarige lidelser som epilepsi, hjerne-skader og muskel- og nervesygdomme.

Han ser på aftalen om patientansvarlig læge som, at politikerne har bygget et fundament, de lokale ledelser skal bygge huset på fundamentet, og lægerne skal indrette det.

"Derfor kræver det også, at der er ressourcer til patientansvarlig læge, for at det ikke skal blive til varm luft," siger han.

Det forudsætter, at politikere, ledelser og læger arbejder sammen om at få patientansvarlig læge omsat til forandringer. "Samspillet mellem politikere og læger

er meget vigtigt. Den største fare er, at den dialog ophører, og der ikke er lydhørhed begge veje," siger han.

Svært at måle

Ud over udfordringerne med ressourcer og vigtigheden af en god dialog mener Brian Rafn Hjelvang, at det bliver svært at måle effekten af patientansvarlig læge. Patienttilfredshedsundersøgelser er ifølge ham gode til vurdering af forløb, men de indeholder store muligheder for fejlskøn, fordi der kan være store forskelle på lægens og patientens viden og forventninger.

"Hvordan måler man forløb og kontinuitet? Læger og patienter vægter forskellige ting," siger han.

Som et eksempel nævner Brian Rafn Hjelvang et barn med kraftig hovedpine. Forældrene ønsker, at barnet får en CT-

skanning, men lægerne vurderer det ikke som nødvendigt og mener, at skanningen vil skade mere, end den vil gavne.

"Så bliver det svært at få tilfredse patienter, fordi de ikke synes, at de får det, de gerne vil have."

På børneafdelingerne er der en særlig sårbarhed hos patienterne og særlig opmærksomhed fra forældrene, og Brian Rafn Hjelvang peger på, at som læge kommer man ikke uden om at tage ansvar for netop den patientgruppe.

"Hvis ikke vi tager os god tid til at snakke med de urolige forældre eller være grundige, når vi udreder børnene, så har det omfattende konsekvenser," siger han.

"Men jeg kender altså ingen læger, som ikke vil stå på mål for deres arbejde, og som ikke har faglige idealer," siger han. ■