

Erfaringer og anbefalinger fra et pilotprojekt

Den patientansvarlige læge og den tværgående patientansvarlige læge

Sydvestjysk Sygehus - Arbejdsmedicinsk Afdeling



Jan Schmidt, Jesper Rasmussen, Ditte Kirk Ibsen, Charlotte Bredahl Jacobsen

Indhold

Forord.....	3
Indledning	4
Problemformulering.....	5
Metode.....	5
Anbefalinger	9
Læsevejledning.....	10
Baggrund	12
Manglen på sammenhæng.....	12
Historikken bag den patientansvarlige læge.....	13
Borgernes sundhedsvæsen og rammepapiret	14
Historisk baggrund for deltagelse i pilotprojektet	15
Pilotprojektets kliniske forankring.....	16
Det kliniske arbejde.....	16
Organisatoriske rammer og værdigrundlag og for kontaktbehandlerrollen i Arbejdsmedicinsk afdeling.....	17
Mål og begrebsafklaring	18
Den stillede opgave	18
Pilotprojektets teoretiske præcisering af opgaven.....	19
Sammenhæng som kontinuitet og koordination	19
Patientinddragelse	21
Metode.....	23
Projektorganiseringen	24
Resultater.....	27
Den patientansvarlige læge	27
De væsentligste erfaringer fra kontaktbehandlerrollen, som bør overføres til den patientansvarlige læge.....	28
En grafisk model for den patientansvarlige læge.....	29
Behandlingsplan	32
Pårørendeinddragelse	33
Fællesbeslutningstagning.....	34

Udfordringer ved brugen af beslutningsstøtteværktøj.....	35
Den Tværgående patientansvarlig læge	35
Mod en præcisering af rollen som tværgående patientansvarlig læge	37
Dilemmaerne i rollen som tværgående patientansvarlige læge.....	37
Mod et videre arbejde for et tværgående patientansvar	40
Barrierer for det tværgående patientansvar.....	41
Evaluerings.....	42
Patientinddragelse og sammenhæng - udvikling af spørgeskema	42
Patienterne om inddragelse	42
Patienterne om det tværgående ansvar	43
Monitorering.....	44
Social Kapital	44
Evaluerings ved Center for Kvalitet	47
Diskussion.....	47
Projektets begrænsninger	48
Konklusion og anbefalinger.....	49
Litteratur	50

Forord

At borgerne ønsker sig en læge, med ansvar og overblik over deres behandlings- og kontrolforløb, blev på baggrund af omfattende undersøgelser slået fast af Regeringen og Danske Regioner i planen Borgernes Sundhedsvæsen. Planen peger på at sammenhængende patientforløb, hvor det er tydeligt for den enkelte, hvem der har ansvaret, er afgørende for patientens oplevelse af tryghed og kvalitet. Nærværende rapport er resultatet af en pilotafprøvning og begyndende udvikling af en lægerolle, kaldet den patientansvarlige- og tværgående patientansvarlige læge.

Sydvestjysk Sygehus og det Arbejdsmedicinske ambulatorium er gået ambitiøst til pilotprojektet. Sygehusets etablerede en lokal styregruppe og i Arbejdsmedicinsk afdeling indgik man et samarbejde med sygehusets Kvalitets- og forbedringsafdeling og med Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), som bistod afdelingen med projektstøtte, metodeundervisning og teoretisk sparring.

Afdelingen etablerede i forbindelse med pilotprojektet en følgegruppe, hvor speciallæger fra både hospital og almen praksis, sygeplejersker og patienter fik mulighed for at deltage i drøftelserne om den stillede opgave og løsningerne herpå. I samarbejde med ViBIS har afdelingen arbejdet med kontinuitetsbegreber, som det teoretiske fundament. Projektgruppen har med dette afsat udvalgt funktioner i en eksisterende og velfungerende kontaktbehandlerrolle, som kunne skærpes og udvikles, men det formål at give patienten en endnu bedre oplevelse af sammenhæng og inddragelse i eget forløb.

Pilotprojektet i det Arbejdsmedicinsk ambulatorium viser, at succesen ikke kun handler om rollen, men også om hvorledes rollen forvaltes, herunder hvordan der skabes en oplevelse af kontinuitet for patienten.

Projektet har vist, at det ikke er nogen let opgave at udvikle en generisk model for hverken patientansvarlig- eller tværgående patientansvarlig læge. Patienter og kompleksiteten i deres behandlingsforløb varierer og dét der vurderes meningsfyldt i et forløb, kan vise sig at være det modsatte i et andet. I den stillede opgave ønskes udviklet en lægerolle, som kan skabe sammenhæng. Spørgsmålet er dog, om ikke svaret snarere ligger i mere grundlæggende strukturer og i den øgede specialisering i organiseringen af vores sundhedsvæsen.

I det videre arbejde med den patientansvarlige- og tværgående patientansvarlig læge, er der behov for at bringe de mange gode erfaringer fra dette pilotprojekt i spil. Projektets teoretiske fundament og inddragende tilgang, hvor afdelingens ledelse, ansatte, deres patienter og samarbejdspartnere, er blevet taget med på råd, er afgørende for succes i udvikling og implementering. Projektets tilgang til evaluering udarbejdet med baggrund i patientens oplevelse af sammenhæng, kan ligeledes anvendes i en bredere afprøvning af modellen for den patientansvarlige- og tværgående patientansvarlige læge.

Alan Kimper-Karl
Lægelig direktør
Sydvestjysk Sygehus

Indledning

I planen "Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen" (Danske Regioner 2015) 2015-2018 er en lang række aktører¹ gået sammen om en erklæring, med det sigte at fremme en kultur i sundhedsvæsenet, hvor der skabes tryghed og kvalitet, optimale forløb og hvor borgere inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling.

Planen for "Borgernes Sundhedsvæsen" er baseret på undersøgelse af borgernes ønsker, behov og forventninger til deres møde med sundhedsvæsenet.

En ud af 6 indsatsområder i planen for "Borgernes sundhedsvæsen" omhandler borgernes oplevelse af helhed og sammenhæng. I planen beskrives at borgere ønsker sig én gennemgående person, gerne en læge, som de kan stille spørgsmål, og som bl.a. sikrer at de ikke tabes i systemet. I planen har man derfor udvalgt en indsats som lyder: *"Behandlingsansvarlige læger med ansvar for det samlede patientforløb på sygehusene"*.

På baggrund af "borgernes sundhedsvæsen" gik Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske patienter, Overlægeforeningen og Yngre Læger sammen om at udarbejde et nationalt rammepapir, hvori de skitserede deres fælles forståelse af to lægelige figurer: den "behandlingsansvarlige læge" (siden omdøbt til den "patientansvarlige læge") og den "tværgående patientansvarlige læge".

På baggrund af rammepapiret, besluttede man at iværksætte en række pilotprojekter med det formål at tydeliggøre figuren så den på sigt kan erstatte kontaktpersonordningen.

Denne rapport er en beskrivelse af resultatet af et pilotprojekt, hvor vi med udgangspunkt i et arbejdsmedicinsk ambulatorium, har forsøgt at koble rammepapirets lægeroller til en klinisk hverdag. Målet har været at afsøge mulighederne for at skabe en bedre sammenhæng for patienten blandt andet gennem et styrket læge-patient samarbejde.

Som det fremgår af rapportens hovedbudskaber, rummer de to lægefigurer en række muligheder og en række udfordringer. Samtidig peger erfaringerne fra pilotprojektet på, at en succesfuld implementering af de ønskede lægeroller kræver en fokuseret indsats i forhold proces og rammer for implementeringen. Rapporten kan i denne sammenhæng også ses som et idekatalog i relation til en fremtidig implementering af en ny lægerolle i sundhedssektoren.

¹ Danske Patienter, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger, KL, Danske Lægeseekretærer, Jordemoderforeningen, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Bioanalytikere, Radiograf Rådet, regionerne og Danske Regioner

Problemformulering

Konkret har projektet haft til opgave at få udviklet og beskrevet en model for den patientansvarlige og den tværgående patientansvarlige læge i ambulatorieregi, der formår at skabe sammenhæng for og med patienten og som formår at samle tråde på tværs af behandlere, afdelinger og specialer med udgangspunkt i meningsfyldte fælles beslutningstagningsprocesser.

Opgaven har været at beskrive lægens rolle, ansvarsområder og opgaver, samt at beskrive organisatoriske forhold, der kan udvikle og understøtte en kultur, der fremmer rollen som patientansvarlig og tværgående patientansvarlig læge.

Metode

Med indsigter fra litteraturen omkring opnåelige effekter af kontinuitet og patientinddragelse, gik vi i dialog med afdelingens personale, med patientrepræsentanter fra afdelingen og med læger fra almen praksis og fra afdelingens primære eksterne samarbejdsafdelinger for at definere en meningsfuld model for rollen som hhv. patientansvarlig og tværgående patientansvarlig læge. Således er resultaterne fremkommet i en styret, men medarbejderinddragende og iterativ proces, der skulle sikre realiserbare og klinisk meningsfulde konklusioner.

Resume

Den patientansvarlige læge

Pilotprojektets resultater peger på at kontaktbehandlerrollen, som den er praktiseret i det arbejdsmedicinske ambulatorium på Sydvestjysk Sygehus, falder indenfor beskrivelsen af rammerne for den patientansvarlige læge. Møder i pilotprojektets følgegruppe og møder med ledende overlæger fra det medicinske og ortopædkirurgiske område peger desuden på, at man generelt på sygehuset bestræber sig på, at patienterne i ambulant regi følges af en fast læge og at rollen som patientansvarlig læge, falder godt sammen med lægers forståelse af opgaver og ansvar i forhold til eget arbejde. Pilotprojekts resultater tyder på at rollen som den patientansvarlig læge kan fungere indenfor de organisatoriske rammer, der findes i sundhedssektoren i dag. Men erfaringerne peger også på, at der udestår en organisatorisk udfordring med at sikre koordination af patientkontakter og arbejdsplaner, herunder dag til dag ændringer i lægernes arbejdsopgaver.

Kontaktbehandlerrollen i det arbejdsmedicinske ambulatorium bygger på en værdibaseret tilgang med patienten i centrum, hvor målet er at sikre patienten den bedst mulige afklaring i forhold til de(n) rejste problemstilling(er) og patientens forventninger. Gennem tildeling af en kontaktbehandler og en kontaktsekretær er der fokus på, at skabe kontinuitet i forhold til relationer, informationer og organisering af patienternes undersøgelse og behandling.

I forbindelse med pilotprojektet blev kontaktbehandlerrollen holdt op mod rammepapirets beskrivelse af rollen som den patientansvarlige læge, en litteraturgennemgang af, hvad der skaber sammenhæng for patienterne og resultatet af patienttilfredshedsinterviews gennemført i det ar-

bejdsmedicinske ambulatorium. Denne gennemgang pegede på, at kontaktbehandlerrollen kunne styrkes yderligere gennem øget fokus på inddragelse af patienter og pårørende.

Med henblik på at styrke kontaktbehandlerne opmærksomhed på patientinddragelse blev det besluttet at arbejde med **fælles beslutningstagning** og et beslutningsstøtteværktøj, hvor forskellige mulige behandlinger kunne holdes op mod hinanden, for derigennem at understøtte dialog om lægefaglige- såvel som personlige syn på fordele og ulemper ved mulighederne. På trods af de gode intentioner viste det sig svært at bruge beslutningsstøtteværktøjet i forhold til blandt andet socialmedicinske tiltag, der indgår som en central del af behandlingen i det arbejdsmedicinske ambulatorium.

Der blev i forbindelse med pilotprojektet skabt fokus på **pårørendeinddragelse** gennem ændrede indkaldelsesbreve med oplysninger om fordele ved deltagelse af bisidder og en ændret samtykkeerklæring med et felt, hvor mulig bisidder kan noteres.

Med henblik på at holde fokus på og opsamle erfaringer med brug af beslutningsstøtteværktøj og pårørendeinddragelse, blev emnerne drøftet som et fast punkt på de ugentlige personalemøder.

Ud over inddragelse af patienter og pårørende, var der i projektperioden særlig opmærksomhed på **behandlingsplanen** som et centralt informations- og styringsredskab i sundhedssektoren. Behandlingsplanen blev drøftet såvel i afdelingen som med pilotprojektets følgegruppe med udgangspunkt i Region Syddanmarks elektroniske patientjournal. Arbejdet med behandlingsplanen peger på vigtigheden af at holde sig til nøgleordene i behandlingsplanen, så modtageren hurtigt kan orientere sig om undersøgelse og behandling samt videre plan med en tydelig angivelse af opgave og ansvarsfordeling i planen. Behandlingsplanen skal skrives i et sprog og en form, så den kan benyttes som informations- og styringsredskab såvel blandt fagprofessionelle, som af patienter og pårørende

Den tværgående patientansvarlige læge

Ifølge det nationale rammepapir skal den tværgående patientansvarlige læge have det lægefaglige overblik *på tværs af afdelinger/sygehuse* og skal sikre at de nødvendige fagkompetencer inddrages, herunder at de igangværende behandlingsforløb på tværs af specialer bliver koordineret. Ansvarer rækker på den måde ud over eget speciale, hvad angår planlægning og koordinering af undersøgelse og behandling.

Resultaterne fra pilotprojekt stiller ikke spørgsmål ved om speciallæger inden for et speciale kan og skal påtage sig ansvaret for at sikre, at de nødvendige fagkompetencer inddrages på tværs af specialer og faggrupper for eksempel gennem henvisning til undersøgelse og behandling. Derimod vurderes det ikke som realistisk, at en speciallæge i et speciale skal kunne påtage sig ansvaret for at planlægge og koordinere behandlingsforløb på tværs af specialer/matrikler/sektorer. Opgaven udfordres af en række faktorer blandt andet af et højt specialiseret komplekst sundhedsvæsen, manglende adgang til bookingsystemer, journaler og undersøgelsesresultater samt behandlings-

planer skrevet i meget fagspecifikke termer med mange forkortelser. Pilotprojektet udfordrer endvidere antagelsen om, at en tværgående patientansvarlig læge som udgangspunkt vil kunne prioritere og tilrettelægge undersøgelser og behandling i andre specialer end dét vedkomne er beskæftiget i. På samme måde vil inddragelse af almen praksis i forhold til at løse opgaven, som den der skaber overblik og sammenhæng for patienten, kræve større vidensdeling mellem sekundær og primærsektor samt mulighed for løbende dialog.

Hvad er det vi ønsker af den tværgående patientansvarlige læge? Er det den "patientnære" generalist eller den højt specialiserede læge i det enkelte speciale - og kan disse to størrelser forenes?

I pilotprojektet har det ikke været muligt at pege på en enkelt figur, der kan løfte opgaven på tværs af specialer og sektorer. I stedet peges der på en værdibase- ret tilgang, hvor der ledelsesmæssigt og organisatorisk arbejdes med at skabe "let og hurtig adgang" mellem de enkelte specialer. Projektet anbefaler at omdrejningspunktet i forhold til sammenhæng i undersøgelse og behandling, fortsat placeres hos den patientansvarlige læge i det enkelte speciale. Som udgangspunkt giver de deltagende læger fra både almen praksis og sygehus udtryk for at påtage sig ansvar i forhold til at skabe sammenhæng. Det er vigtigt, at det sker under inddragelse af patient og pårørende og at der skabes kontinuitet i såvel relationer som informationer om undersøgelse og behandling. Lægerne har naturligt ansvaret for udarbejdelse og opfølgning af planer for undersøgelse og behandling, ligesom de skal handle aktivt på symptomer, som kræver henvisning til andre specialer og følger op på resultaterne af den iværksatte undersøgelse og behandling.

Erfaringerne fra pilotprojektet peger på at koordination af undersøgelser og behandling med fordel kan involvere andre personalegrupper, som f.eks. plejepersonale, sekretærer eller egentlige forløbskoordinatorer. Pilotprojektet peger på, at eksisterende kommunikationskanaler og organisatoriske rammer med fordel kan udnyttes, men også på nogle punkter forbedres. Dette drejer sig eksempelvis om brug af behandlingsplanerne, som med fordel udsendes løbende, samt udarbejdes efter en klar og ensartet struktur, indeholdende tydelig opgave- og ansvarsfordeling og formuleres i et forståeligt sprog (også for patient og pårørende). Behandlingsplanen vurderes som et centralt redskab i forhold til at skabe sammenhæng i sundhedssektoren og forbedre oplevelsen af kontinuitet hos patienterne

Organisatorisk viser pilotprojektet at møder i regi af praksiskonsulentordningen kan være et oplagt eksisterende forum for drøftelse, koordination og udvikling af samspillet mellem sektorer og samspillet mellem de forskellige dele af den sekundære sundhedssektor.

Erfaringer fra pilotprojektets følgegruppe viser, at det i denne sammenhæng er vigtigt at tænke patienter og pårørende ind på det organisatoriske niveau. Dette kunne både ske ved rekruttering af patienter og pårørende til deltagelse i eksisterende råd og udvalg, eksempelvis i PKO-regi (praksiskonsulentordnings-regi). Men det kunne også ske ved drøftelser i dertil nedsatte "Brugerråd".

Erfaringerne fra pilotprojektets følgegruppe viser, at patientperspektivet påvirker fokus og kommunikation i følgegruppen og at større grad organisatorisk patientinddragelse kan føre til udvikling og prioritering af ydelser, som i højere grad "rammer målet" med den patientansvarlige læge.

I forhold til de komplekse forløb vurderes det som afgørende, at der er en erfaren læge, som følger patienten over tid. En læge der både har den faglige baggrund og den nødvendige tid til at foretage en faglig gennemgang, der tager højde for patientens samlede situation herunder behandling og udredning i andre specialer. For at kunne gøre dette, kræver det tidstro journalisering og udsendelse af behandlingsplaner, der også er forståelige for læger udenfor eget speciale. En faglig gennemgang kan relevant foretages flere gange i et langvarigt forløb, men bør som minimum foretages ved afslutning af forløbet i det enkelte speciale.

Der kan ikke peges på et bestemt system for udpegning af hvem og i hvilket speciale den erfarne læge skal være forankret. Vi vurderer, at man i praksis må gøre det til et ansvar som påhviler den enkelte patientansvarlige læge med patienter i tværgående forløb. Lægerne kan med fordel inddrage patientens behov i forhold til at afdække, om og hvornår der er behov for en faglig gennemgang, der skaber status over patientens undersøgelse og behandling.

En faglig gennemgang af undersøgelse og behandling kan relevant foretages flere gange i et langvarigt forløb, men bør som minimum foretages ved afslutning af forløbet i det enkelte speciale.

Der kan ikke peges på et bestemt system for udpegning af hvem og i hvilket speciale den erfarne læge skal være forankret. Vi vurderer, at man i praksis må gøre det til et ansvar som påhviler den enkelte patientansvarlige læge med patienter i tværgående forløb.

På trods af at pilotprojektet er gennemført blandt en gruppe medarbejdere, der løbende arbejder med brugerinddragelse og kvalitet i det faglige arbejde, har pilotprojektet vist, at der let kommer fokus på barrierer i forbindelse med forandringer. Det er således vigtigt, at der i en implementeringsfase afsættes de nødvendige ressourcer til ledelse, organisation, information og uddannelse. Hvis løsningen er et værdibaseret arbejde med lægerollen, kræver det et systematisk arbejde med både kultur og arbejdsrutiner indarbejdet over tid. Et arbejde som kræver tydelig ledelse og prioritering samt fastholdt opmærksomhed omkring fordelene ved at arbejde for at patienter oplever mere kontinuitet og inddrages mere i egne forløb.

Samtidig skal dette kultur- og holdningsarbejde synligt understøttes af et arbejde med at skabe de organisatoriske rammer, som vil gøre koordination og lægefagligt samarbejde på tværs af specialer muligt, herunder sikring af lovgivning, IT og koordinationsmekanismer.

Erfaringer fra implementering af kontaktpersonordningen og det aktuelle pilotprojekt taler for at man må sikre sig, at der fastlægges kvalitetsmål for lægerollen og implementeringen af denne således at det bliver muligt at monitorere en målsat effekt af indsatsen.

Erfaringer fra udlandet viser, at det er muligt at håndtere udfordringerne i forhold til sammenhæng i sundhedssektoren blandt andet gennem en teambaseret tilgang, en systematisk tilgang til koordination og brug af kliniske retningslinjer samt et elektronisk patientjournalssystem, som giver mulighed for blandt andet klinisk beslutningsstøtte, avanceret monitorering af status for behandling på gruppeniveau og tovejskommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter (Strandberg-Larsen 2012).

Erfaringerne fra det aktuelle pilotprojekt sammenholdt med ovenstående resultater peger på, at det er vigtigt at prioritere ”sammenhæng” som en kerneydelse såvel ledelsesmæssigt som gennem en kultur, en struktur og en teknologi, der understøtter sammenhæng.

Anbefalinger

1. Erfaringer fra det aktuelle pilotprojekt peger på, at intentionerne for den *patientansvarlige læge* kan honoreres i et ambulanseregion. Men det er vigtigt, at adressere og håndtere logistiske udfordringer i forhold til kontakt mellem læge og patient. Det drejer sig blandt andet om håndtering af booking, vagtplanlægning, akutte operationer, sygdom og andet fravær. Det er således vigtigt, at implementeringen af rollen som den patientansvarlige læge tager afsæt i gældende indhold og rammer for det kliniske arbejde.
2. Implementeringsprocessen tildeles samme opmærksomhed som indholdet af rollen i forbindelse med indførelsen af den patientansvarlige læge. Det kunne være i form af kvalitetsforbedringsprojekter med klart definerede operationelle målsætninger i forhold til sammenhæng som kerneydelse i sundhedssektoren.
3. Ejerskab til implementeringen af den patientansvarlige læge og de deraf følgende ledelsesmæssige og organisatoriske udfordringer placeres i ledelsesfora i region/sygehuse/praksis med inddragelse af relevante eksisterende samarbejdsfora – eksempelvis praksiskonsulentordningen og MED-udvalgene på sygehusene.
4. Organisatorisk brugerinddragelse i form af patienter og pårørende - gerne i eksisterende samarbejdsfora.
5. Det tværgående patientansvar herunder kommunikation, koordination og opfølgning af forløb tildeles en særlig opmærksomhed i implementeringsfasen da denne opgave udføres af et højt specialiseret sundhedsvæsen.

Læsevejledning

Patienterne efterspørger mere sammenhæng. Lægens særlige rolle i at skabe det har været diskuteret igennem en længere årrække. Det har nu udmøntet sig i en rammemodel for den patientansvarlige og den tværgående patientansvarlige læge. Arbejdsmedicinsk afdeling har involveret sig i konkretiseringen af disse lægeroller, fordi det lægger sig godt op af afdelingens øvrige arbejde med at skabe Vi kultur, patientinddragelse og sammenhæng. Det kan man læse om i **Baggrundskapitlet (kapitel 2)**.

Ethvert arbejde, som skal gøres klinisk relevant og konkret, må foregå i en særlig klinisk og organisatorisk sammenhæng og med den kliniske kerneopgave som udgangspunkt. Det gælder også for den her stillede opgave. Vi præsenterer derfor **pilotprojektets kliniske forankring** i arbejdsmedicinsk afdeling og projektets deltagere i **kapitel 3**.

I **kapitel 4** beskrives **målet** for den stillede opgave fra det nationale rammepapir: hvad er det, som den patientansvarlige og tværgående patientansvarlige lægerolle skal løse. Dertil præciserer vi vores tilgang til opgaven med en præsentation af de væsentligste begreber, som danner udgangspunkt for vores løsning af opgaven. Vi har sat særlig fokus på, hvordan sammenhæng ser ud fra patientens perspektiv, og hvilken rollefordeling vi ser mellem læge og patient. Samtidig har vi et stærkt ønske om at bygge en patientansvarlig lægerolle på den bedst tilgængelige viden om tilgange, som både har effekt i forhold til patientens tilfredshed og tryghed – og i forhold til den kliniske kerneopgave. I kapitlet skitserer vi helt kort de tilgange vi har valgt på den baggrund: nemlig kontinuitetsbegrebet og fælles beslutningstagning.

Trods den teoretiske indledning, er dette pilotprojekt primært et iterativt arbejde udført som en tæt dialog mellem behandlere fra afdelingen og væsentlige eksterne samarbejdspartnere, herunder patientrepræsentanter, læger fra samarbejdsafdelinger, plejepersonale og almen praktiserende læger. I **kapitel 5** beskrives **metoden** ganske kort.

Projektet udmønter sig i en beskrivelse og konkretisering af opgaver og roller for den patientansvarlige læge. Vi har arbejdet særligt med at udvikle tre delmetoder: nemlig pårørendeinddragelse, brugen af behandlingsplanen og fælles beslutningstagning. **Kapitel 6** præsenterer **resultatet af arbejdet og en model for den patientansvarlige læge**.

Kapitel 7 præsenterer **resultatet af arbejdet med den tværgående patientansvarlige læge**.

Evaluering og monitorering. Det har været et mål med den patientansvarlige læge, at funktionen skal skabe mere patientinddragelse, mere patienttilfredshed og øget medarbejdertilfredshed. Vi har arbejdet med en model og et spørgebatteri til at monitorere på disse faktorer. **Kapitel 8** præsenterer spørgerbatteriet og vores foreløbige resultater med at benytte det.

Diskussionen behandler de særlige forhold omkring kultur, organisation og implementering, som man skal være særlig opmærksom på, når man ønsker at udbrede den patientansvarlige og den

tværgående patientansvarlige læge. Dertil påpeges behovet for at inddrage den almen praktiserende læges rolle i de tværgående forløb. **Kapitel 9** er viet til denne diskussion

Baggrund

Manglen på sammenhæng

Det er ikke nyt, at løsning af vores segmenterede sundhedsvæsens sammenhængsudfordringer tænkes ind i konkrete sundhedsprofessionelles ansvarsområder. Også tilbage i 1995 beskrev lægeforeningen behovet for en patientansvarlig lægerolle (6). Sidenhen har vi haft forløbskoordinatorer såvel som kontaktpersonordninger – med varierende succes. Nogle ville kalde udviklingen af disse roller for symptombehandling – manglende sammenhæng synes uvægerligt at være kausset af høj specialisering i det sekundære sundhedsvæsen. Sammenhængsmedarbejdere løser ikke de strukturelle udfordringer, som skaber sammenhængsudfordringerne, lyder argumentet (Strandberg-Larsen 2012).

Med en ydmyg anerkendelse heraf, synes det alligevel værd at se nærmere på sammenhængsudfordringerne, for det gør en forskel, om og hvordan man adresserer de sammenhængsudfordringer, som følger i kølvandet på udviklingen i sundhedsvæsenet.

Lad os i første omgang oprids karakteren af udfordringerne som de ser ud i dag.

Hvad oplever patienterne?

Danske kvalitative undersøgelser såvel som LUP målinger viser igen og igen det samme: Danske patienter oplever at møde mange forskellige læger gennem et forløb – og det oplever de som et problem (Jansbøl 2014).

De oplever, at afdelingerne ikke koordinerer med hinanden og at overgange mellem enheder på sygehuset er problematiske (Martin 2010, Jane Hessellund et al 2015)

Kræftens Bekæmpelse har gennemført en etnografisk observationsstudie blandt patienter i pakkeforløb, og bekræfter heri fund fra andre tilsvarende undersøgelser, nemlig at:

- Det at møde den samme behandler flere gange skaber tryghed og tillid
- Der mangler overdragelse af information
- Der mangler koordinering
- Der mangler opfølgning
- Og særligt savner patienterne en kliniker som tager ansvaret og holder overblikket i de komplekse forløb med mange involverede. Patienterne gør selv opmærksom på behandlingstider fået af andre behandlere, fortæller af sig selv om egne behov, og søger information i og udenfor sygehuset. På den måde skaber de selv et overblik og tager et ansvar for forløbet. En del af patienterne mener, at man er på "Herrens mark", hvis de ikke selv er friske nok til at skabe dette overblik eller har pårørende, som kan gøre det for dem.

(Jane Hessellund et al 2015).

I projekt PaRIS fandt man et tilsvarende resultat. Dertil fandt man, at det især var vigtigt for patienter, at de havde en sundhedsprofessionel som tog ansvar for mere end det som umiddelbart lå

på eget bord. På den måde kunne nær-ved-fejl og misforståelser undgås og forløbene køre, også når der forekom uregelmæssigheder i dem (Martin 2010).

Historikken bag den patientansvarlige læge

Lægeforeningen foreslog i 1995, som allerede beskrevet, at alle patienter skulle have en patientansvarlig læge. En læge som altid skulle være *”ajour med behandlingsstatus og som kunne kontaktes ved behov for vejledning”*. Siden da har flere, bl.a. sygehuskommissionen og speciallægekommissionen, anbefalet det samme.

I 2003 satte regeringen det mål, at alle patienter skulle tildeles en kontaktperson med ansvar for koordination af indlæggelsesforløb og for information til patienten. Et mål man i 2009 forsøgte realiseret med en lovfæstelse, da forsøg på implementering af funktionen indtil da havde fejlet (Strandberg-Larsen 2010).

”§ 90 a. Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til ambulantly behandling eller behandling under indlæggelse på regionens sygehuse, når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mere end 2 dage (...)” (Sundheds- og Ældreministeriet 2016).

I 2011 skrev Danske Patienter på baggrund af den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (Enheden for Brugerundersøgelser 2012), at kontaktpersonordningen var en fiasko. Dette fordi at 43 procent af patienterne angav, at de have mere end én kontaktperson i deres forløb og 22 procent slet ingen havde. Danske patienter skrev dengang, at idéen bag kontaktpersonordningen forsvandt, når en patient fik deldelt flere kontaktpersoner. Dette fordi at ingen da, ville have overblik over sammenhæng på tværs af afdelinger og sektorer. Formand for Danske Patienter Lars Engberg sagde dengang:

”Det er nødvendigt med en overordnet forløbskoordinator, der kan sikre, at de forskellige behandlinger – på de forskellige afdelinger og hos den praktiserende læge – spiller sammen. En koordinator, som står til rådighed for patienten (...)”.(Danske Patienter 2011)

I maj 2015 anbefalede KORA i et styringsreview på hospitalsområdet, at der ikke længere skulle monitoreres på opfyldelse af krav om tildeling af kontaktperson (Bl.a. LUP). KORA skrev endvidere at man burde genoverveje, hvordan intentionen med tildeling af kontaktperson bedre kunne opfyldes (KORA 2015). Sundhedsminister Sophie Løhde gav i september 2015, bl.a. med baggrund i KORA rapporten, kontaktpersonordningen det endelige dødsstød. Sophie Løhde udtalte i et interview i Berlingske:

”Ordningen er aldrig kommet op og flyve. Den ser godt ud på papiret, men gør ingen forskel for patienterne. (...) ordningen skal erstattes med noget andet, som kan sikre, at patienterne oplever en større sammenhæng i deres forløb, og at nogen tager ansvar for det.”(Berlingske.dk 2015).

”Sundhedsvæsenet – ifølge Danskerne” fremlægger bl.a. at 45 procent af dem som har erfaringer med tværgående forløb, har oplevet mangel på koordination og sammenhæng, ligesom kun en tredjedel stoler så meget på sammenhængen mellem sundhedsvæsenets dele, at de føler sig sikre på at blive sendt det rigtige sted hen første gang (Mandag Morgen og TrykFonden 2016).

Borgernes sundhedsvæsen og rammepapiret

I planen "Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen" 2015-2018 (Danske Regioner 2015) er en lang række aktører² gået sammen om en erklæring, med det sigte at fremme en kultur i sundhedsvæsenet, hvor der skabes tryghed og kvalitet, optimale forløb og hvor borgere inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling.

Planen for "Borgernes Sundhedsvæsen" er baseret på undersøgelse af borgeres ønsker, behov og forventninger til deres møde med sundhedsvæsenet.

En ud af 6 indsatsområder i planen for "Borgernes sundhedsvæsen" omhandler borgernes oplevelse af helhed og sammenhæng. I planen beskrives, at borgere ønsker sig én gennemgående person, gerne en læge, som de kan stille spørgsmål og som bl.a. sikrer, at de ikke tabes i systemet. I planen har man derfor udvalgt en indsats som lyder: *"Behandlingsansvarlige læger med ansvar for det samlede patientforløb på sygehusene"*.

"Der er behov for at styrke den lægelige kontinuitet og koordination, så patienten ikke er i tvivl om, hvilken læge, der har ansvaret for behandlingsforløbet på sygehuset, så der skabes bedre sammenhæng og så man undgår unødvendig ventetid/spildtid." "Det overordnede formål med de beskrevne lægefigurer er at øge patienternes tryghed og kvaliteten i behandlingen." (Danske Regioner 2015)

I planen for borgernes sundhedsvæsen anerkendes, at der i praksis ofte er tale om et teamsamarbejde mellem forskellige faggrupper, men det fastholdes at indsatsen er fokuseret på relationen mellem læge og patient.

På baggrund af "Borgernes sundhedsvæsen" gik Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske patienter, Overlægeforeningen og Yngre Læger sammen om at udarbejde et nationalt rammepapir (Overlæge foreningen; Kræftens Bekæmpelse; Yngre Læger; Danske Patienter; Danske Regioner 2015), hvori de skitserede deres fælles forståelse af de lægelige figurer: den "behandlingsansvarlige læge" (siden omdøbt til den "patientansvarlige læge" (PL)) og den "tværgående patientansvarlige læge" (TPL).

På baggrund af rammepapiret, besluttede man at iværksætte en række pilotprojekter med det formål at tydeliggøre figuren så entydigt, at den på sigt kan erstatte kontaktpersonordningen. Planen er således seneste nationale initiativ til styrkelse af koordination og kontinuitet i sundhedssektoren.

² Danske Patienter, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger, KL, Danske Lægeseekretærer, Jordemoderforeningen, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Bioanalytikere, Radiograf Rådet, regionerne og Danske Regioner

”Den konkrete udformning af pilotprojekterne vil (...) ske lokalt, så der kan tages hensyn til lokale organisatoriske forhold, og med et hovedfokus på at understøtte og tilgodese kontinuitet i relationen mellem læge og patient bedst muligt.” (Danske Regioner 2015)

Historisk baggrund for deltagelse i pilotprojektet

Arbejdsmedicinsk afdeling på Sydvestjysk Sygehus har gennem en årrække arbejdet systematisk med den faglige, organisatoriske og patientrelaterede kvalitet. Der er arbejdet med disse temaer i forbindelse med afdelingens værdigrundlag, det daglige kliniske arbejde og de organisatoriske rammer for afdelingens arbejde. Afdelingen har i denne sammenhæng arbejdet med projekter omhandlende læge-patientrelationen (Schmidt 2011), patienttilfredshed (Schmidt & Honoré 2015) samt udbyttet af afdelingens rådgivning (Dahl 2014).

Patienterne i det arbejdsmedicinske ambulatorium har med udgangspunkt i kontaktpersonordningen fået tildelt en kontaktbehandler (læge eller psykolog) og en kontaktsekretær ved mødeindkaldelsen.

Det er kontaktbehandleren i et samarbejde med kontaktsekretæren, der har ansvaret for forløbet i afdelingen og som skal sikre at den iværksatte behandlingsplan forløber som planlagt.

Afdelingen har fokus på intern koordinering af arbejdsopgaver mellem læge, psykolog og socialrådgiver, samt erfaring med at iværksætte, koordinere og følge op på udredning og behandling gennem andre afdelinger/behandlere (på og uden for sygehuset). Afdelingen har ”den afklarede patient” som mål og arbejder med rådgivning af patienten, med udgangspunkt i de overvejelser patienten kommer med.

Med udgangspunkt i afdelingens interesse for patientinddragelse deltog en af afdelingens læger i en workshop for sundhedsprofessionelle på Sydvestjysk Sygehus om brug af ”Inddragelsespiloter” afviklet af Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). I denne sammenhæng blev der etableret kontakt til sygehusets kvalitetsafdeling, gennemført personaleseminar med fokus på brugerinddragelse og som udløber af seminaret gennemført patientinterviews og indsamling af ”ris og ros” via postkort med fokus på patienternes oplevelse af undersøgelsen i det arbejdsmedicinske ambulatorium.

I lyset af disse aktiviteter førte en dialog med sygehusets kvalitetsafdeling frem til en drøftelse af afdelingens mulige deltagelse i et pilotprojekt omkring den ”den patientansvarlige læge”³ med udgangspunkt i afdelingens erfaringer med kontaktbehandlerrollen.

Et tæt samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk afdeling, Kvalitetsafdelingen på Sydvestjysk Sygehus og Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedssektoren (ViBIS) samt en efterfølgende konstruktiv dialog med direktionen på Sydvestjysk Sygehus, førte frem til en projektansøgning om

³ Oprindeligt kaldet den ”behandlingsansvarlige læge”

deltagelse i et pilotprojekt om den "patientansvarlige læge" og den "tværgående patientansvarlige" i et ambulatorium.

Pilotprojektets kliniske forankring

Vores udgangspunkt har været, at ethvert arbejde som skal gøres klinisk relevant og konkret, må tage sit udgangspunkt i en klinisk og organisatorisk sammenhæng og med den kliniske kerneopgave som udgangspunkt. Det gælder også for den her stillede opgave. Vi vil derfor præsentere Arbejdsmedicinsk afdeling, såvel som pilotprojektets deltagere.

Det kliniske arbejde

I de arbejdsmedicinske ambulatorier undersøges patienter, der har brug for en afklaring af, om arbejdet kan være årsag til deres helbredsproblemer samt personer som af helbredsmæssige grunde, har svært ved at klare deres arbejde. Hovedopgaverne er at forebygge arbejdsrelateret sygdom og at vejlede personer, som af helbredsmæssige årsager har svært ved at klare det hidtidige arbejde.

Arbejdsmedicinsk afdeling, Sydvestjysk Sygehus er et af to Arbejds- og Miljømedicinske ambulatorier i Region Sydjylland. Det andet er placeret på Odense Universitetshospital.

Til ambulatoriet er knyttet speciallæger, psykologer, læger og psykologer under uddannelse, socialrådgivere, sekretærer, en bioanalytiker/forskningsassistent og en phd - studerende.

Patienterne har ofte flere helbredsmæssige problemer, der kan kræve en flerfaglig indsats internt i afdelingen eller henvisning til udredning og behandling i en eller flere andre specialer. Der er i denne sammenhæng ofte behov for at adressere og dokumentere ansvarsfordeling i relation til henviser, øvrige involverede specialer, patientens egen læge, faglige organisation, jobcenter og arbejdsplads. I denne sammenhæng er det patientens kontaktbehandler, der har ansvaret for at koordinere og følge op på behandlingsforløbet og dermed skabe sammenhæng i forløbet. Som en del af denne indsats har Arbejdsmedicinsk afdeling løbende konferencer med Lungemedicinsk afsnit på Sydvestjysk Sygehus og hudlæger fra afdelingens optageområde i relation til allergologiske, lungemedicinske og dermatologiske problemstillinger.

Omkring 85 % af alle henviste patienter til Arbejdsmedicinsk afdeling kommer fra almen praksis. De resterende henvisninger kommer fra øvrige læger i sundhedsvæsenet, faglige organisationer og arbejdspladsernes arbejdsmiljøorganisationer.

Organisatoriske rammer og værdigrundlag og for kontaktbehandlerrollen i Arbejdsmedicinsk afdeling

I det arbejdsmedicinske ambulatorium er der erfaring for, at et velfungerende klinisk arbejde bygger på et fælles værdigrundlag og klare organisatoriske rammer, der understøtter værdigrundlaget. Afdelingen arbejder værdibaseret med patienten i centrum og med en erklæret vision om, at patienten skal være "afklaret" efter undersøgelse i ambulatoriet.

Afdelingens værdigrundlag og vision understøttes af en række organisatoriske tiltag. Det drejer sig blandt andet om, at alle patienter tildeles en kontaktsekretær og kontaktbehandler, som har ansvaret for patientens samlede forløb i ambulatoriet. I den forbindelse er der udarbejdet en instruks, som beskriver patientforløbet i ambulatoriet fra visitationen til afslutningen af patienten. Der er en klar beskrivelse af opgaver og ansvarsfordeling, kvalitetssikring blandt andet gennem konferencer, supervision af yngre læger etc. – alt sammen elementer, der skal være med til at sikre et sammenhængende forløb, hvor de spørgsmål, der er rejst i forbindelse med undersøgelse af den enkelte patient, bliver besvaret. For en mere detaljeret beskrivelse af værdigrundlag og organisatoriske rammer henvises til bilag 1 "Organisatoriske rammer og værdigrundlag for kontaktbehandlerrollen i Arbejdsmedicinsk afdeling.

Mål og begrebsafklaring

Den stillede opgave

Med rollerne som patientansvarlig- og tværgående patientansvarlig læge skal der skabes mere sammenhæng i Sundhedsvæsenet. Det står beskrevet som følger i det nationale rammepapir: *”Det overordnede formål med de to figurer er at øge patienters tryghed og kvaliteten i behandlingen.”* Konkret skal opnås: 1) Større patienttilfredshed og en reduktion i antallet af negative patientrapporteringer i overgange både mellem sundhedspersoner inden for egen afdeling/speciale og på tværs af afdelinger og matrikler. 2) En styrket inddragelse af patienter og pårørende ved at gøre dialogen med lægerne mere overskuelig. 3) Bedre sammenhæng og fremdrift i patientforløbene og dermed undgå unødvendig ventetid/spildtid. 4) En øget arbejdsglæde hos lægerne ved at øge deres mulighed for at følge de enkelte patienters behandlingsforløb og ved at øge lægens mulighed for at udnytte sin viden og ekspertise bedre. Og 5) En kulturændring der indebærer, at behandlingsforløb tilrettelægges i samarbejde mellem læge, patient og pårørende og med hensyn til patientens ønsker og samlede livssituation.

Det er planen, at alle patienter, med mindre de frabeder sig det, får tilknyttet en ”patientansvarlig læge” i hvert speciale, og at patienter som gennemgår komplicerede forløb med kontakt til flere specialer, tildeles en ”tværgående patientansvarlig læge”.

I rammepapiret anerkendes, at flere dele af et behandlingsforløb kan udføres af andre læger end den patientansvarlige og at opgaver vedrørende forløbskoordination og pleje kan uddelegeres til f.eks. sygeplejersker og sekretærer. Det fastslås samtidigt at *”(...) teamet som organisatorisk enhed kan ikke erstatte det lægefaglige overblik over og ansvar for behandlingen”*. Hvis det vurderes relevant, kan patienten overgå til andet speciale. I det tilfælde skal der ske en overdragelse af viden om patienten og dennes forløb, sammen med klar information om hvem patient såvel som behandlende personale, skal kontakte med spørgsmål. Den patientansvarlige læge skal stå til rådighed for den praktiserende læge efter patientens udskrivelse.

Til den patientansvarlige læges opgaver hører bl.a.: udarbejdelse af behandlingsplan, sikre fremdrift og kvalitet i behandlingen samt inddragelse af patienter og pårørende i beslutninger om forløbet.

For patienter i komplicerede og/ eller tværgående forløb gælder, at én af deres tildelte patientansvarlige læger også bliver tværgående patientansvarlig læge. Til denne funktion hører ansvar for overblik og koordination, samt sikring af inddragelse af relevante speciallæger i behandlingen. På trods af at det er denne lægerolle, der bryder mest med den specialiserede opbygning af sundhedssektoren, er indholdet af opgaven kun beskrevet helt overordnet i det nationale rammepapir.

Pilotprojektets teoretiske præcisering af opgaven

Det nationale rammepapir opsatte en række tydelige mål for opgaven. Pilotprojekterne har med det udgangspunkt skullet præcisere og gøre opgaven klinisk relevant, meningsfuld og konkret.

For at en opgave som denne opleves meningsfuld for klinikere, er det væsentligt, at have et fagligt funderet udgangspunkt. Sammenhæng og patientinddragelse er to meget brede begreber, som kan dække over mange forskellige tilgange. Med et ønske om at skabe klarhed over brugen af begreberne og et ønske om at tage udgangspunkt der, hvor forskningen har vist, at man kan forvente størst effekt, afsøgte vi litteratur om sammenhæng og patientinddragelse.

Sammenhæng som kontinuitet og koordination

Patienter oplever frem for alt, hvad der sker på "forscenen" – i mødet og dialogen mellem patient og behandler. Deres oplevelser af sammenhæng er nært knyttet hertil. Patienterne bærer også konsekvenserne af det arbejde som foregår bag scenen, men vil oftest kun opleve det, når det ikke fungerer. Sammenhæng fra patientens perspektiv omtales oftest som kontinuitet, mens det arbejde system og sundhedsprofessionelle lægger bag scenen beskrives som koordination.

Det er en væsentlig diskussion, hvor meget af det sammenhængsskabende arbejde, som den patientansvarlige læge skal udføre, som skal være af koordinerende karakter, bag scenen, og hvor meget, som skal være kontinuitetsskabende for patienten, på forscenen.

Koordination

I arbejdet bag scenen er centrale begreber "klinisk integration", "rettidig information", "klar rolle- og ansvarsfordeling mellem de sundhedsprofessionelle" og "etablerede koordinationsmekanismer" (Strandberg-Larsen 2010)

De nøgleord er også centrale for den patientansvarlige læge, for hvis de elementer ikke er til stede, bliver det en meget svær opgave at sikre kontinuitet for patienten.

Samtidig er opgaven ikke løst ved at have styr på disse elementer. For sammenhæng for patienten handler om kontinuitet.

Kontinuitet

Kontinuitet handler om tre ting:

1. Informationskontinuitet
2. Relationel kontinuitet
3. Organisatorisk kontinuitet

(Haggerty, Reid et al. 2003, Strandberg-Larsen 2011)

Informationsudveksling står centralt i et patientperspektiv på sammenhæng- såvel som i et systemperspektiv. I patientperspektivet har det dog en drejning. Man kan formulere det som at informationskontinuitet opstår, når man som patient mærker at:

- Det jeg som patient fortæller i sundhedsvæsenet går rigtigt videre til den næste fagprofessionelle, som skal bruge det
- Det lægen finder ud af deles med mig og går rigtigt videre til de næste, der skal bruge det
- I får den viden fra mig, I har brug for
- Jeg får den information jeg har brug for - på en måde så jeg kan huske den

Den relationelle kontinuitet opstår, når som patient mærker at:

- Min læge kender mig
- Jeg har tillid til min læge
- Jeg føler mig tryk og derfor tør fortælle, hvad jeg faktisk vil gøre, og hvad der er vigtigt for mig

Det gør patienter, når de møder den samme læge flere gange over tid. Undersøgelser har vist, at den relationelle kontinuitet har behandlingsmæssige fordele. Når en læge ser den samme patient flere gange over tid, opbygger lægen nemlig et kendskab til den enkelte patient, som ligger ud over det, som står i journalnotatet, og det som er fokus i den aktuelle konsultation.

Organisatorisk kontinuitet refererer til den sammenhæng, der skabes ved overgange. Som patient mærker man det som:

- At jeg oplever sammenhæng, når jeg går fra en behandler til den næste
- At jeg får et overblik over, hvad der sker lige nu og hvor jeg er på vej hen i mit samlede forløb
- At jeg sikres, at fagekspertene bruger hinanden hensigtsmæssigt og henviser mig til de rigtige – på tværs af specialer
- At vi undgår spildtid – for mig som patient

Organisatorisk kontinuitet er i tæt familie med koordination, snublende nært. Derfor er det særlig vigtigt at bide mærke i tvistet: ved organisatorisk kontinuitet er forløbet transparent for patienten.

I Region Syddanmark lavede man tilbage i 2009 en gennemgang af de kritiske besvarelser i LUP. Her fandt man, at omkring 38% af de kritiske kommentarer omhandlede mangel på sammenhæng, heraf var 70% fokuseret på mangel på organisatorisk kontinuitet, mens 10-15% af kritikken omhandlede den relationelle kontinuitet. Undersøgelsen minder os om, at sammenhængsudfordringerne ikke kan løses alene ved at skabe bedre relationel kontinuitet (Lindegaard 2012).

Kontinuitet nytter

Vi har i projektet valgt at sætte fokus på, at den behandlingsansvarlige læge skal være en kontinuitetskabende figur, fordi der er forskning som viser, at det har gode effekter.

Effektmålinger af systemer til at skabe sammenhæng er sparsomme, men findes dog. Gennemgående viser de, at mere sammenhæng fører til færre indlæggelser og skadestuebesøg.

Et lille canadisk studie sammenlignede patienter, som havde en fast læge i et 6 måneders efterforløb efter et hjerteanfald med patienter, som ikke havde en fast læge. Dødeligheden og antallet af indlæggelser faldt med 21 % for de patienter, som havde en fast læge sammenlignet med de, som ikke havde det (Joynt 2014).

Et kohortestudie blandt 12.200 ældre multisyge viste, at det at have en fast læge, førte til færre indlæggelser og færre skadestuebesøg, uanset om patientens faste læge var en læge i det specialiserede sundhedsvæsen eller i almen praksis. Afhængig af patientens sygelighed, havde de bedst gavn af en fast læge i hhv. primær eller sekundær (Bayliss, Ellis et al. 2015). Romaire et als registerstudie blandt 613.471 borgere viser tilsvarende resultater (Romaine, Haber et al. 2014).

Dearinger et al (2008) konkluderer på baggrund af et studie blandt patienter med diabetes, at den interpersonelle kontinuitet i læge-patient relationen skaber bedre glykæmisk kontrol, og vurderer på den baggrund, at den interpersonelle kontinuitet kan være vigtig for patienter, som selv skal deltage aktivt i behandlingen.. (Dearinger, Wilson et al. 2008).

Det synes væsentligt at bemærke, at kontinuitet giver mening, ikke blot for den enkelte patients tilfredshed og tryghed, men også for sundhedsvæsnets virke.

Patientinddragelse

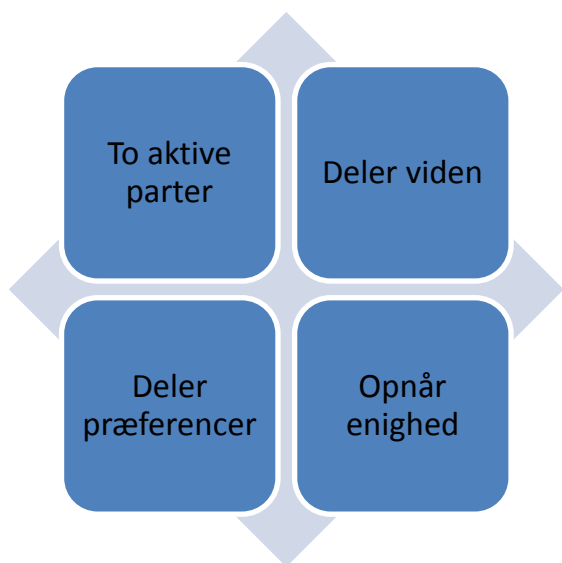
Med et klart fastsat mål om at den patientansvarlige læge, skal inddrage patienten mere, har vi søgt efter egnede metoder med dokumenteret effekt.

Den bedst dokumenterede effektive metode til patientinddragelse er i dag fælles beslutningstagning. Derfor har vi i projektet afsøgt mulighederne for at inkorporere fælles beslutningstagning som led i opgaven som patientansvarlig læge.

Fælles beslutningstagning er en model for, hvordan man som sundhedsprofessionel inddrager patient (og eventuelt pårørende) i beslutninger om patientens behandling. Udgangspunktet er, at behandlere, patienter og pårørende betragtes som partnere, der samarbejder om behandlingen. Som sådan har de en særlig rollefordeling, en særlig ansvarsfordeling – og et fælles mål: at opnå den for patienten bedst mulige behandling. Vejen hertil går gennem en særlig kommunikationsform, som helt basalt bygger på 4 grundregler:

- Både patient og behandler skal være aktivt involveret i beslutningstagningen
- Begge parter skal dele deres viden
- Begge parter skal dele deres præferencer
- Parterne skal nå til enighed

(Charles, Gafni et al. 1997)



Figur 1 – De fire grundregler for fælles beslutningstagning (Charles, Gafni et al. 1997).

Fælles beslutningstagning kan understøttes med beslutningsstøttereds kab er. Disse støtter patienten i at reflektere over egne præferencer. De giver en struktur til dialogen, som gør det muligt for patienter at opdage, at der skal træffes valg (hvilket patienter ofte ikke selv er klar over). De hjælper patienten i dialogen med lægen til at få et fælles overblik over mulige valg og fordele og ulemper ved de forskellige valg. Endelig er der tale om en understøttelse med lyd, skrift eller billeder, som understøtter patienten i at huske informationen.

I nærværende projekt har vi brugt fælles beslutningstagning som en grundlæggende tilgang til arbejdet med patienten. Et værdisæt om man vil. Samtidig har vi brugt det som konkret metode og søgt at arbejde med at understøtte beslutninger med et generisk beslutningsstøttereds kab.

Patientinddragelse nytter

Der er vist gode effekter af fælles beslutningstagning og brug af beslutningsstøttereds kab er internationalt. Man har blandt andet fundet at det skaber:

- Øget vidensniveau og forståelse af egen sygdom
- Flere spørgsmål i konsultationen
- Øget selvtillid og tiltro til egen evne til at håndtere sygdom
- Forbedret sundhedsadfærd

Der er nogen evidens for forbedret patientsikkerhed i form af færre fejl (Hall, Peat et al. 2010, Kullberg, Larsen et al. 2013) og nogle studier som viser forbedrede intermedie re kliniske outcomes fx på smerter ved slidgigt, og langtidsblodsukker, blodtryk og BMI ved diabetes (Sanders, van Weeghel et al. 2013). Samtidig er det vist i gentagne studier, at man ikke øger patienters angstniveau ved at lave fælles beslutningstagning med brug af støtteværktøjer. Endelig er det vist, at de patienter som har de laveste sundhedskompetencer, dårligste uddannelse mv., er dem som

får mest ud af fælles beslutningstagning med brug af beslutningsstøtteredskaber. Forudsat at redskaberne er tilpasset målgruppen (PLos One studiet) (Friedrichs, Spies et al. 2016).

Vi fandt således gode grunde til at søge at indarbejde denne form for patientinddragelse i modellen for den patientansvarlige og tværgående patientansvarlige læge.

Metode

Med ovenstående indsigter fra litteraturen, gik vi i dialog med afdelingens klinikere, for at definere en meningsfuld model for rollen som hhv. patientansvarlig og tværgående patientansvarlig læge.

Vi valgte at udvikle modellen i en medarbejderinddragende og iterativ proces med følgende trin:

1. Fase 1. Fælles indsamling af gode erfaringer fra afdelingens hidtidige arbejde med at skabe kontinuitet med kontaktbehandlerrollen.
2. Fase 2. Skabelse af en fælles forståelse for målet med rollen som patientansvarlig ud fra et vidensbaseret perspektiv på kontinuitet og patientinddragelse. På baggrund heraf en diskussion af, hvor de hidtidige erfaringer med kontaktbehandlerrollen skal inddrages i rollen som patientansvarlig læge, og hvor rollen som patientansvarlig læge med fordel kan styrkes yderligere. Med udgangspunkt i denne proces blev der udviklet en model.
3. På baggrund heraf udvalgte projektgruppen konkrete metoder til at styrke rollen som patientansvarlig samt udpegede den tværgående patientansvarlige rolle som et selvstændigt tema.
4. Fælles tilpassede og præciserede afdelingens medarbejdere metoderne.
5. Alle blev opfordret til at afprøve metoderne.
6. Fælles dialog om erfaringerne såvel som diskussion af mulighederne for at udpege og definere en tværgående patientansvarlig rolle med eksterne parter fra følgegruppe, praksiskonsulentordningen og en ad hoc nedsat gruppe med deltagelse af ledende overlæger fra medicinsk afdeling og ortopædkirurgisk afdeling.
7. Løbende erfaringsudveksling på personalemøder.
8. Afdelingsbaseret spørgeskema om patientoplevelt inddragelse og kontinuitet, samt indhentning af besvarelse fra medarbejdere om deres oplevelse af at kunne levere kerneydelser (Social kapital) gennemført før og efter afprøvningsfase. Evaluering ved Center for Kvalitet i Region Syddanmark om organisation (FRAM-analyse) og brugerinddragelse (spørgeskema).

Processens trin blev gennemgået på afdelingsmøder, i 3 workshops med alle afdelingens medarbejdere, ved et personaleseminar, såvel som ved møder med eksterne eksperter i 3 følgegruppemøder og i to møder med praksiskonsulent gruppen på Sydvestjysk Sygehus, samt et møde i gruppen med deltagelse af ledende overlæger fra medicinsk afdeling og ortopædkirurgisk afdeling. En oversigt over aktiviteterne findes i bilag 2 (aktiviteter).

Den iterative proces skulle sikre en frugtbar dialog mellem målene fremlagt i rammepapiret, kliniskernes erfaringer med hvad der virker allerede, og ny viden, der kunne skabe nye ideer.

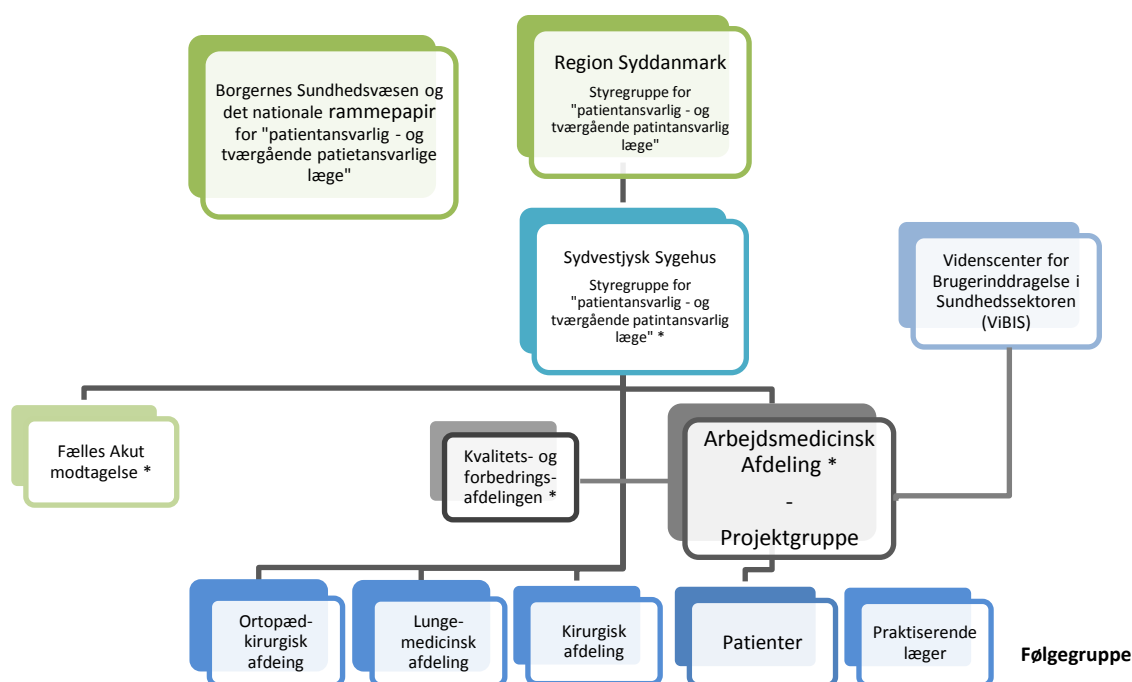
Processens form gjorde, at blev synliggjort en række barrierer for den konkrete udmøntning af den patientansvarlige og den tværgående patientansvarlige rolle, ligesom den tydeliggjorde, hvor vanskeligt det er, at ændre på veletablerede roller. Disse erfaringer er en del af resultatet af nærværende projekt.

Processens form gjorde også, at det lykkedes at forankre den 'nye' patientansvarlige læges praksis tæt sammen med det kontinuitetsskabende og patientinddragende praksis, som allerede fungerer godt i afdelingen.

Projektorganiseringen

Med henblik på at sikre en kobling mellem det kliniske perspektiv og brugerperspektivet blev der nedsat en projektgruppe med deltagelse fra arbejdsmedicinsk afdeling, kvalitetsafdelingen på Sydvestjysk sygehus og Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS).

Projektgruppen har haft ansvaret for projektbeskrivelse, initiering, gennemførelse, opfølgning og rapportering i forhold til pilotprojektet. Herudover blev der etableret en følgegruppe.



Figur 2 - Projektorganisering

ViBIS

Projektgruppen havde et ønske om at inddrage ViBIS samt de erfaringer som ViBIS råder over i kraft af tidligere og igangværende projekter om brugerinddragelse. Der blev ved pilotprojektets start indgået en kontrakt med ViBIS. ViBIS har bistået projektgruppen med viden, projektsparring, facilitering af workshops, undervisning af personalet samt i forbindelse med afrapportering.

Følgegruppe for pilotprojektet i Arbejdsmedicinsk afdeling

Følgegruppen har fungeret som et dialogforum hvor Arbejdsmedicinsk afdeling har haft mulighed for at drøfte rammer, ideer, udfordringer og muligheder i rollerne, for på denne måde at kvalificere og perspektivere tilgangen.

Følgegruppen kom til at bestå af patienter der har gennemgået udredning i det arbejdsmedicinske ambulatorium, speciallæger fra Lungemedicinsk afsnit og Ortopædkirurgisk afdeling, repræsentanter fra de alment praktiserende læger og en afdelingssygeplejerske fra Kirurgisk afdeling.

Yngre læger på Sydvestjysk Sygehus blev i forbindelse med etablering af følgegruppen kontaktet gennem formand og repræsentant for reservelægerådet, men det lykkedes ikke at få en repræsentant med i følgegruppen.

Der har i projektperioden været afholdt 3 møder. Følgegruppen har end videre deltaget i Arbejdsmedicinsk afdelings personaleseminar i juni 2016

Praktiserende læger

Med henblik på at sikre deltagelse af praktiserende læger i følgegruppen og afdække betydningen af samspillet mellem primær og sekundær sundhedssektor i relation til pilotprojektets arbejds-punkter blev sygehusets praksiskonsulentordning kontaktet.

I Region Syddanmark er der en samlet praksiskonsulentordning for kommuner, sygehuse og almen praksis med følgende formål:

- Praksiskonsulentordningen er et fælles redskab i arbejdet med udvikling, implementering, monitorering og evaluering af de tværsektorielle patientforløb.
- Praksiskonsulentordningen er et konkret samarbejdsredskab til systematisk kvalitetsudvikling af kommunikation og information om patientforløb i regionen

Arbejdsmedicinsk afdeling har i forbindelse med pilotprojektet deltaget i to møder i PKO-gruppen (praksiskonsulentordningen) på Sydvestjysk Sygehus. På det første møde præsenterede afdelingen pilotprojektet. På det andet møde blev der med udgangspunkt i medbragte sygehistorier fra almen praksis drøftet rollen som den tværgående patientansvarlige læge herunder de almen praktiserende lægers rolle.

Møde med ledende overlæger på Sydvestjysk Sygehus

Med henblik på at afklare rollen som den (tværgående) patientansvarlige læge har der endvidere været afholdt et møde i en ad hoc gruppe med deltagelse af de ledende overlæger på Medicinsk afdeling, Ortopædkirurgisk afdeling og Arbejdsmedicinsk afdeling.

Styregrupper

I forbindelse med pilotprojekterne for patientansvarlig læge blev der både nationalt og regionalt etableret styregrupper. De projektansvarlige i afdelingen har deltaget i den regionale styregruppe

i Region Syddanmark. Desuden blev der under ledelse af konst. lægelig direktør på Sydvestjysk Sygehus, etableret en lokal styregruppe, hvor også de projektansvarlige fra pilotprojekterne på Sydvestjysk Sygehus deltog.

Kvalitets- og forbedringsafdelingen

Kvalitetsafdelingen på Sydvestjysk Sygehus har deltaget i udvikling og gennemførelse af alle projektets faser herunder fungeret som fagligt sekretariat for projektet samt for styregruppen på Sydvestjysk Sygehus.

Resultater

Processen bibragte en model for den patientansvarlige læge byggende på:

1. Hidtidige gode erfaringer med at skabe kontinuitet
2. En grafisk model for kontinuitetsskabende praksisser
3. 3 konkrete forbedrede tilgange til gode praksisser, herunder
 - a. Pårørende inddragelse
 - b. Fælles beslutningstagning
 - c. Behandlingsplanen som behandler og patients' fælles plan

Disse resultater bliver gennemgået i kapitlet nedenfor.

Processen bibragte dertil en klarhed omkring de vanskeligheder, der gør, at den tværgående patientansvarlige læge vil møde klare begrænsninger i praksis, og en opmærksomhed på nødvendigheden af at præcisere det lægefaglige ansvar i det enkelte speciale som værende bredt. Resultaterne af denne proces bliver gennemgået i det efterfølgende kapitel

Den patientansvarlige læge

Rammepapirets afgrænsning

Det nationale rammepapir for den behandlingsansvarlige læge peger på behovet for at øge patienternes tryghed gennem større lægelig kontinuitet og koordination. Det skal være tydeligt for både patient, pårørende og sundhedspersonale, hvem der har ansvaret for den enkelte patient, og patienterne skal være trygge ved, at den lægefaglige vurdering bygger på de rette kompetencer på tværs af specialerne. Det skal ske ved, at alle patienter som udgangspunkt får en patientansvarlig læge tildelt i hvert speciale.

Rammepapiret peger på en række opgaver, der naturligt tilfalder den patientansvarlige læge. Det drejer sig om at tilrettelægge behandlingen sammen med patient, pårørende og det sundhedsfaglige personale på afdelingen. Han/hun skal foretage en forventningsafstemning med patienten, herunder inddrage patienten og pårørendes viden og præferencer i beslutninger om forløbet for at sikre, at der træffes beslutninger, som passer til den enkelte patient. Den patientansvarlige læge skal sikre kvalitet og fremdrift i udredning og behandling, herunder ved behov indhente supplerende lægefaglig vurdering og sikre, at der foreligger en behandlingsplan for patienten. Endelig skal den patientansvarlige læge overdrage patientansvaret efter "stafetmetoden", hvor den overdragende læge skal sikre sig, at depechen er modtaget af den modtagende læge, og at præmisserne for overdragelsen er dokumenteret.

De væsentligste erfaringer fra kontaktbehandlerrollen, som bør overføres til den patientansvarlige læge

I Arbejdsmedicinsk afdeling gik man til projektet med en antagelse om, at de beskrevne opgaver i det nationale rammepapir for den patientansvarlige læge langt hen af vejen, blev løftet af kontaktbehandleren og – sekretæren i det arbejdsmedicinske ambulatorium. Endvidere så man at dele af opgaverne, tiltænkt den tværgående patientansvarlige læge, ligeledes blev løst i ambulatoriet. Afdelingens læger opfylder bl.a., med deres gennemgang af den foreliggende undersøgelse og behandling, samt henvisning til yderligere undersøgelse og behandling, rammepapirets ønske om: ”lægefagligt overblik på tværs af afdelinger/sygehuse og sikre de nødvendige fagkompetencer inddrages på tværs af specialer og faggrupper”.

I forbindelse med opstart af pilotprojektet deltog afdelingens personale i afdelingsmøder hvor kontaktbehandlerens opgaver og ansvar blev kortlagt og drøftet, herunder hvilke muligheder og udfordringer der erfaringsmæssigt lå i rollen. Disse drøftelser dannede grundlag for den videre udvikling af rollerne for patientansvarlig- og tværgående patientansvarlig læge. Inddragelse af alle afdelingens sagsbehandlere (læger, psykologer, socialrådgivere, bioanalytiker og sekretærer) var vigtig, da patientforløbene i afdelingen anses for at være afhængige af, at alle personalegrupper samarbejder – også selvom det er kontaktbehandleren, der har det endelige behandlings- og forløbsansvar.

Nedenstående liste er en opsamling af de opgaver og det ansvar sagsbehandlerne i afdelingen anså som bærende i kontaktbehandlerrollen.

- Indhente relevante oplysninger fra sundhedsjournal, før den aktuelle kontakt
- Patienten spørgeskema er gennemlæst
- Afklare baggrund for henvisning (visitation)
- Hente patienten i venteværelse og hilse pænt (alle faggrupper)
- Forventningsafstemning (gensidig)
- Tid og rum
- Inddragelse af pårørende
- Undersøgelse af patienten (objektiv)
- Afklare sammenhæng til arbejdet. Kvalificere gennem samarbejde med andre sektorer/ arbejdsplads
- Opfølgning på spørgsmål fra henviser
- Henvisning til yderligere undersøgelse i anden afdeling + følge op og integrere resultater i behandlingsplan
- Sikre overlevering til andre behandlere og introducere andre behandlere ved direkte kontakt
- Klinisk og ætiologisk diagnose
- Synliggøre af vurderinger og præmisserne for disse
- Støtte patientens beslutningskompetence med råd og vejledning
- Behandlingsplan
- Sikre at patienten er indforstået med behandlingsplan
- Orienterer mundtligt og skriftligt om det videre forløb (rådgive) ”Være rejseleder”

- Sikre at patienten oplever sig afklaret ift. rejste problemstillinger (beskrivelse af divergerende meninger)
- Behandlingsforløb (fx stresshåndtering)
- Tilføje patienten øget indsigt i eget helbred + værktøjer/ handlemuligheder.
- Fælleskonference
- Kopi af behandlingsplan til henviser
- Udarbejdelse af sammenfatning til andre sektorer af undersøgelse og behandling
- Kopi af journal + sundhed.dk
- Angivelse af den information patient og pårørende har modtaget
- Tilgængelighed (visitkort med tlf. + mail)

Disse elementer blev vurderet, som opgaver der bør varetages af den patientansvarlige læge fremadrettet internt i afdelingen. Flere af de beskrevne funktioner sker i samarbejde med patienten, ligesom kontaktbehandleren er afhængig af støtte fra interne og eksterne partnere (f.eks. sekretærer i afdelingen og læger fra andre specialer).

Projektgruppen vurderede, at listen kunne ses som et vigtigt idekatalog i relation til at skabe et konkret indhold i rollen som den patientansvarlige- og tværgående patientansvarlige læge.

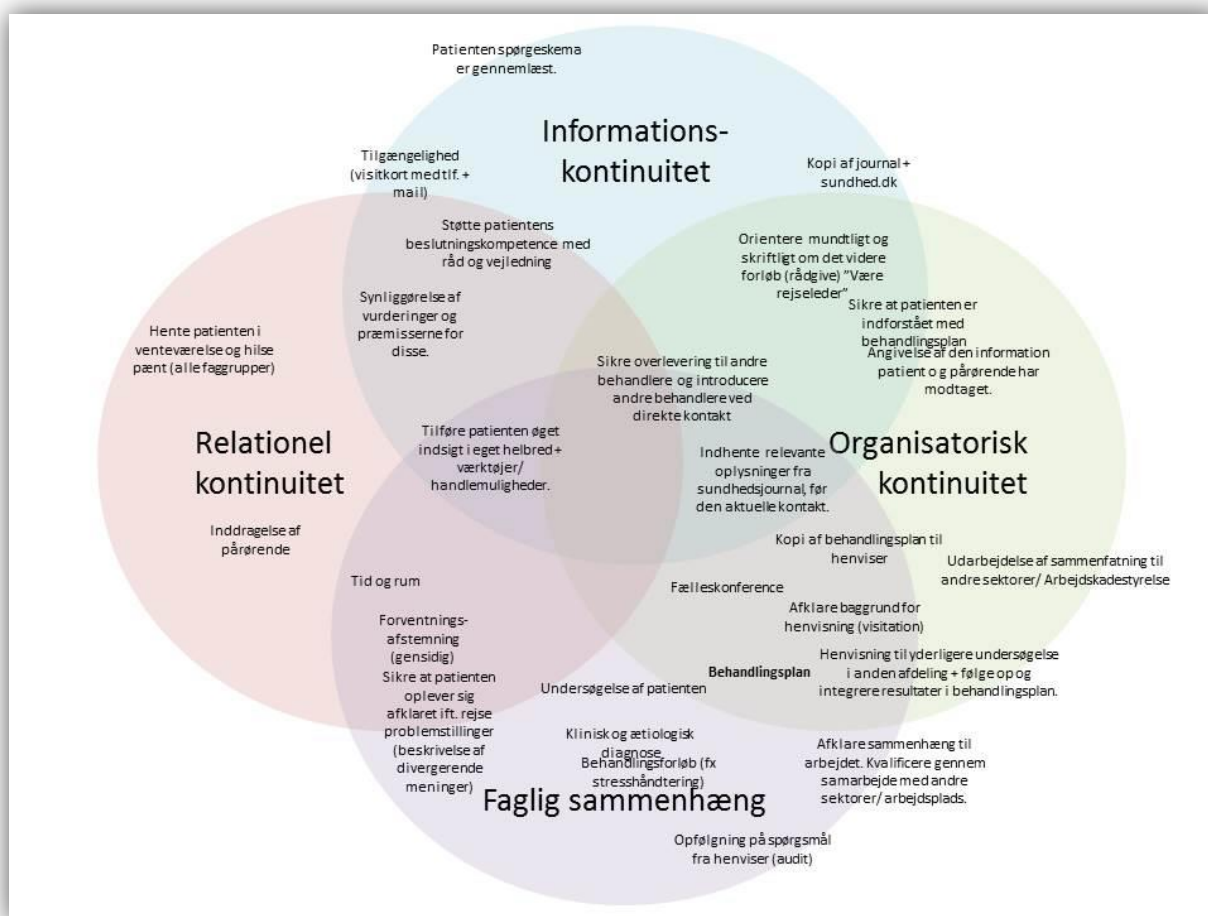
Opsamling fra processen omkring beskrivelsen af indholdet af kontaktbehandlerrollen satte også fokus på fordele og udfordringer i forhold til rollen.

Sagsbehandlerne skrev bl.a. om kontaktbehandlerrollen at: *"den er med til at give arbejdsglæde - og med til at arbejdet opleves meningsfyldt"*, ligesom en psykolog værdsatte at kunne arbejde på en måde, hvor hun kunne *"hjælpe patienter til at skabe en smule overblik, forståelse og til tider erkendelse om forløbet"*. Der var dog udfordringer forbundet med kontaktbehandlerrollen og en behandler skrev at: *"det kan være vanskeligt at tale med andre faggrupper uden for afdelingen, da de arbejder på andre måder/ har andre forudsætninger/ arbejdsgange end os. Nogen gange føles det som om der en modvilje (...)"*. Til andre udfordringer hørte Utilstrækkelige informationer om patienternes forløb ved egen læge, krav om dokumentation samt manglende mulighed for at følge op (se bilag 3 (udfordringer og barrierer)).

En grafisk model for den patientansvarlige læge

Med det formål at illustrere og skabe overblik over funktionerne i rollen og deres bidrag til skabelse af kontinuitet, udviklede projektgruppen en model, hvor de beskrevne opgaver/funktioner blev forsøgt indplaceret (Figur 2). Nogle funktioner blev vurderet som centrale og med bidrag til flere forskellige former for kontinuitet og sammenhæng (f.eks. "indhente relevante oplysninger fra sundhedsjournal, før den aktuelle kontakt"), hvor andre primært blev vurderet som havende betydning for ét kontinuitetsaspekt (f.eks. visitkort). For at kunne opstille en model, som kunne rumme alle de funktioner sagsbehandlerne i afdelingen udførte, valgte projektgruppen at tilføje

”faglig sammenhæng”, som det faglige fundament, der skal sikre oplevelsen af kontinuitet for patienten.



Figur 3 – Cirkelmodellen

Cirkelmodellen blev, sammen med patienttilfredshedsundersøgelsen og visionerne fra "Borgernes Sundhedsvæsen" og rammepapiret for "Patientansvarlig læge", udgangspunkt for drøftelser og udvælgelse af fokusområderne "behandlingsplan", "pårørendeinddragelse" og "fælles beslutningstagning" i det videre arbejde med den patientansvarlige læge. Med andre ord, dét der skulle lægges til eller styrkes, ved den allerede eksisterende behandlerrolle.

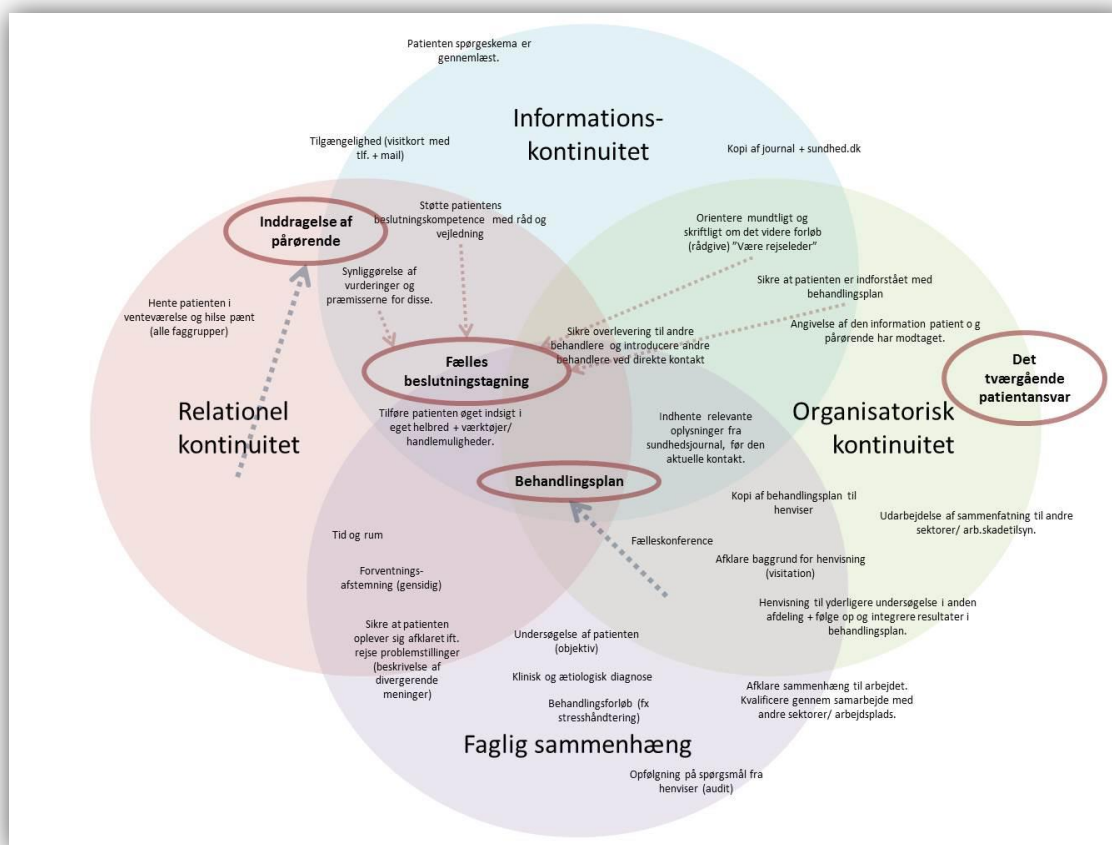
Behandlingsplanen blev vurderet som et nøgleelement til sikring af alle kontinuitetsformerne, bl.a. ved at sikre ensartet information på tværs af afdelinger og sektorer, og koordination af undersøgelse og behandling, samt i forhold til at skabe mulighed for at øge patienternes forståelse og indsigt i eget forløb (Figur 3).

Med et styrket fokus på inddragelse af pårørende, søgte man at højne patientens oplevelse af relationel- og informationskontinuitet, da pårørende kan understøtte patienten blandt andet ved at

videregive og fastholde information, stille opklarende spørgsmål og luge ud i eventuelle misforståelser.

Endelig blev der i forhold til den patientansvarlige læge sat fokus på fælles beslutningstagning med udgangspunkt i visionerne fra Borgernes Sundhedsvæsen, men også med et ønske om en styrket systematik og evidensbaseret tilgang til inddragelse af patienter- og pårørende i beslutningssituationen. Modellen viser, at afdelingen i forvejen arbejdede med flere delelementer af fælles beslutningstagning, men at disse funktioner kunne samles, systematiseres og udvikles. Dette også med en gevinst for den faglige sammenhæng.

Ud over de nævnte elementer omkring rollen som den patientansvarlige læge blev der arbejdet med rollen som den tværgående patientansvarlige læge. Resultatet af dette arbejde er præsenteret i kapitlet om den tværgående patientansvarlige læge.



Figur 4 - Cirkelmodellen og udvælgelse af indsatsområderne: "inddragelse af pårørende", "fælles beslutningstagning", "behandlingsplan" og "det tværgående patientansvar".

Behandlingsplan

Behandlingsplanen er den gennemgående kommunikation i sundhedssektoren, hvor resultaterne og videre plan i forhold til undersøgelse og behandling formidles og dokumenteres mellem aktørerne. Behandlingsplanen blev af denne grund udvalgt som et indsatsområde i pilotprojektet, da den vurderedes essentiel for understøttelsen af information til brug for patientansvarlig- såvel som tværgående patientansvarlig læge.

Der blev arbejdet med behandlingsplanen på to workshops i afdelingen, på afdelingens personaleseminar med deltagelse af pilotprojektets følgegruppe samt på et følgegruppemøde.

Drøftelser internt i afdelingen og med følgegruppen antydede, at behandlingsplanen kunne forbedres for sikre relevant og præcise svar og informationer til henviser og øvrige sygehusafdelinger. Projektgruppen ønskede også, med et fokus på behandlingsplanen, at undersøge om denne kunne gøres til et redskab, som kunne understøtte patient og pårørende i at overskue eget behandlingsforløb.

På baggrund af drøftelserne, blev det i Arbejdsmedicinsk afdeling besluttet at man i projektperioden skulle arbejde på (og/ eller fastholde) at:

- Behandlingsplanen blev skrevet på dansk uden forkortelser.
- Den fastlagte nøgleordsstruktur skulle udfyldes konsekvent, med henblik på at modtager hurtigt kunne orientere sig i behandlingsplanen
- At opgaver og ansvar for disse adresseres tydeligt i behandlingsplanen (Hvem gør hvad hvornår).
- Information om bisidder og samtykke til pårørende inddragelse skulle noteres i behandlingsplanen.
- Den patientansvarlige læge skulle inddrage patienten i udarbejdelse af planen.
- Patienterne skulle oplyses om deres mulige adgang til oplysninger i journal og behandlingsplan.
- Der var mulighed for efterfølgende kontakt til afdelingen, med henblik på at få uddybet og/eller forklaret behandlingsplanen.

Herudover ønskede både patienter og personale sig, at der fremadrettet kunne gøres mere for at sikre en detaljeret tidsplan over udrednings- eller behandlingsforløbet, som minimum altid tid til næste kontakt. Ligesom også tydelig angivelse af ansvar og forventninger til den læge, som overtager patienten blev diskuteret flere gange. Der har ligeledes været løbende fokus på om de rejste spørgsmål i forbindelse med kontakt til afdelingen bliver besvaret.

Arbejdsmedicinsk afdeling benytter Region Syddanmarks elektroniske journaliseringssystem COSMIC. Det betyder at afdelingen i forbindelse med udarbejdelse af en behandlingsplan skal tage udgangspunkt i nedenstående nøgleord, der er fastlagt i den elektroniske journaliseringssystems behandlingsplan.

Konklusion og plan, Sygdommen, Relevant påvirkning, Sammenhæng sygdom og påvirkning, Diagnose, Procedurer, Ordinationer, Rådgivning til patienten, Initiativer i forhold til arbejdsplads/arbejdsskadesag, Information og accept, Kontaktperson

Pårørendeinddragelse

Interessen for pårørendeinddragelse kom blandt andet på baggrund af besvarelser i den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed samt en intern patienttilfredshedsundersøgelse, som viste at bisidderne kunne bidrage til undersøgelsen samt til fastholde informationer fra konsultationen i det arbejdsmedicinske ambulatorium (Schmidt & Honoré 2015). De pårørende kunne med andre ord bidrage til øget informations- og relationel kontinuitet og støtte patienten som en gennemgående figur.

Ovennævnte blev understøttet af patientoplevelser i refereret i følgegruppen hvor en patient oplevede at det var meget nødvendigt med et sæt ekstra ører ved konsultationer, dels for at sikre forståelse og opfølgning, dels for at støtte. Patienten beskrev at det for hende havde været andre ting der fyldte end sygdom og behandlingsforløb, f.eks. økonomi og job, og at den pårørende bedre kunne holde fokus på selve behandlingsforløbet. Patienten pointerede at det er meget individuelt, hvorvidt man ønsker inddragelse af de pårørende, hvilket den øvrige følgegruppe bakkede op om.

Pårørendeinddragelse var emne på en workshop og blev drøftet med følgegruppen. I pilotprojektet blev der sat fokus på pårørendeinddragelse igennem:

- Ændring af tekst i indkaldelsesbrev, med en beskrivelse af fordelene ved brug af bisidder.
- Tilføjelse af linje i samtykkeerklæringen, hvor patienten kan angive navn på bisidder.
- Udarbejdelse af instruks for pårørendeinddragelse (Bilag 4).
- Drøftelse af erfaringer med pårørendeinddragelse, som et fast punkt på afdelingens ugentlige personalemøder.

En gennemgang af de opsamlede erfaringer viste, at sagsbehandlerne i afdelingen havde gode erfaringer med inddragelse af pårørende. Sagsbehandlerne oplevede bedre konsultationer. Der var blandt andet erfaringer med, at de pårørende kunne være med til at fastholde konklusionen

fra undersøgelsen og at de kunne bidrage til en mere fyldestgørende beskrivelse af påvirkninger og symptomer. I denne sammenhæng blev der også nævnt eksempler på deltagelse af kommunale mentorer som bisidder til patienter. Bisidderne fremhæves i denne sammenhæng for en rigtig god støtte, kendskab til patienten samt forarbejde udført hjemmefra.

Sagsbehandlere nævnte endvidere flere eksempler, hvor yngre patienter havde haft deres forældre med. Oplevelsen var her, at forældrene var gode til at samle op og spørge ind til informationer således at de som pårørende kunne være med til at støtte op om den plan, der blev lagt ved undersøgelsen.

Fællesbeslutningstagning

I visionen om Borgernes Sundhedsvæsen er fælles beslutningstagning nævnt som et ideal og med et ønske om en mere evidensbaseret og systematisk tilgang til inddragelse af patienter og pårørende, blev det tidligt i projektforsløbet besluttet, at afdelingen ville afprøve denne metode, som et led i udviklingen af deres behandlerrolle. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) udarbejdede et komprimeret undervisningsforløb for alle afdelingens sagsbehandlere. Undervisningen indeholdt bl.a. simulationsøvelser som skulle give deltagerne en "hands on"-fornemmelse for metoden. I forbindelse med undervisningen havde ViBIS udvalgt og fremlagt en række validerede generiske beslutningsstøtteredskaber, som afdelingens personale kunne inddrage i beslutningsprocessen. Der blev i forbindelse med undervisningen udvalgt et generisk redskab, udviklet og valideret i Ottawa. Redskabet er et simpelt skema, som udfyldes i dialogen mellem patient og behandler for at skabe et fælles overblik over valgmuligheder, fordele og ulemper ved valget og præferencer i forhold til valget.

Skemaet blev endelig udformet af Kvalitetsafdelingen efter drøftelser i afdelingen. Dertil udarbejdedes en instruks for brugen (bilag 5).

Det var målet, at det generiske beslutningsstøtteværktøj skulle afprøves i praksis af alle behandlere. Som fast punkt på afdelingens ugentlige personalemøder blev erfaringer med brugen drøftet.

	Grunde til at vælge denne mulighed (Fordele)	Hvor meget betyder det for dig? (Brug 0-5 stjerner)	Grunde til at undgå denne mulighed (Risici/ ulemper)	Hvor meget betyder det for dig? (Brug 0-5 stjerner)
Behandlingsmulighed 1				
Behandlingsmulighed 2				
Behandlingsmulighed 3				
Behandlingsmulighed 4				

Kilde: Ottawa Hospital Research Institute, Canada.

Udfordringer ved brugen af beslutningsstøtteværktøj

Det viste sig vanskeligt at få det udarbejdede beslutningsstøtteværktøj i brug i forbindelse med undersøgelsen i det Arbejdsmedicinske ambulatorium. Det drejede sig blandt andet om følgende forhold og barrierer:

1. Flere af de behandlingsmuligheder der præsenteres i afdelingen, kan være vanskelige at angive en risikoprofil på. Hvordan skal man vægte en ergonomisk gennemgang i forhold til en personlig assistanceordning?
2. Hvordan skal man vægte en indsats på arbejdspladsen over for et operativt indgreb. Har kontaktbehandleren i det Arbejdsmedicinske ambulatorium tilstrækkelig viden til at beskrive fordele og ulemper ved en skulderoperation?
3. I en række patientforløb foregår beslutningen over tid og udvikler sig i en dialog, som det er svært at opstille i et skema
4. I flere eksempler har patienten ikke økonomisk råderum til behandling, f.eks. fysioterapi og her kan det opleves som "at håne patienten" ved at opstille det på skemaform.
5. I en række situationer er der ikke nogen valgmuligheder, da forskellige lovformelige forhold definerer valget - "kommunen bestemmer".
6. Frygt for at skemaet flytter fokus fra patienten.
7. Fastlagte behandlingstrin i nationale kliniske retningslinjer, som ikke uden videre kan fravælges. Dette gør, at patienten ikke har et frit valg til eks. træning eller operation.
8. Frygt for at patienterne kunne have svært ved at rumme mange informationer og introduktion af en række forskellige "hjælpesværktøjer".

Beslutningsstøtteværktøjet og intensionerne i dette blev dog bragt dog i spil i flere patientforløb i forbindelse med pilotprojektet. Ligesom afdelingen blev mere bevidst om at gennemføre konsultationer efter grundprincipperne i fælles beslutningstagning.

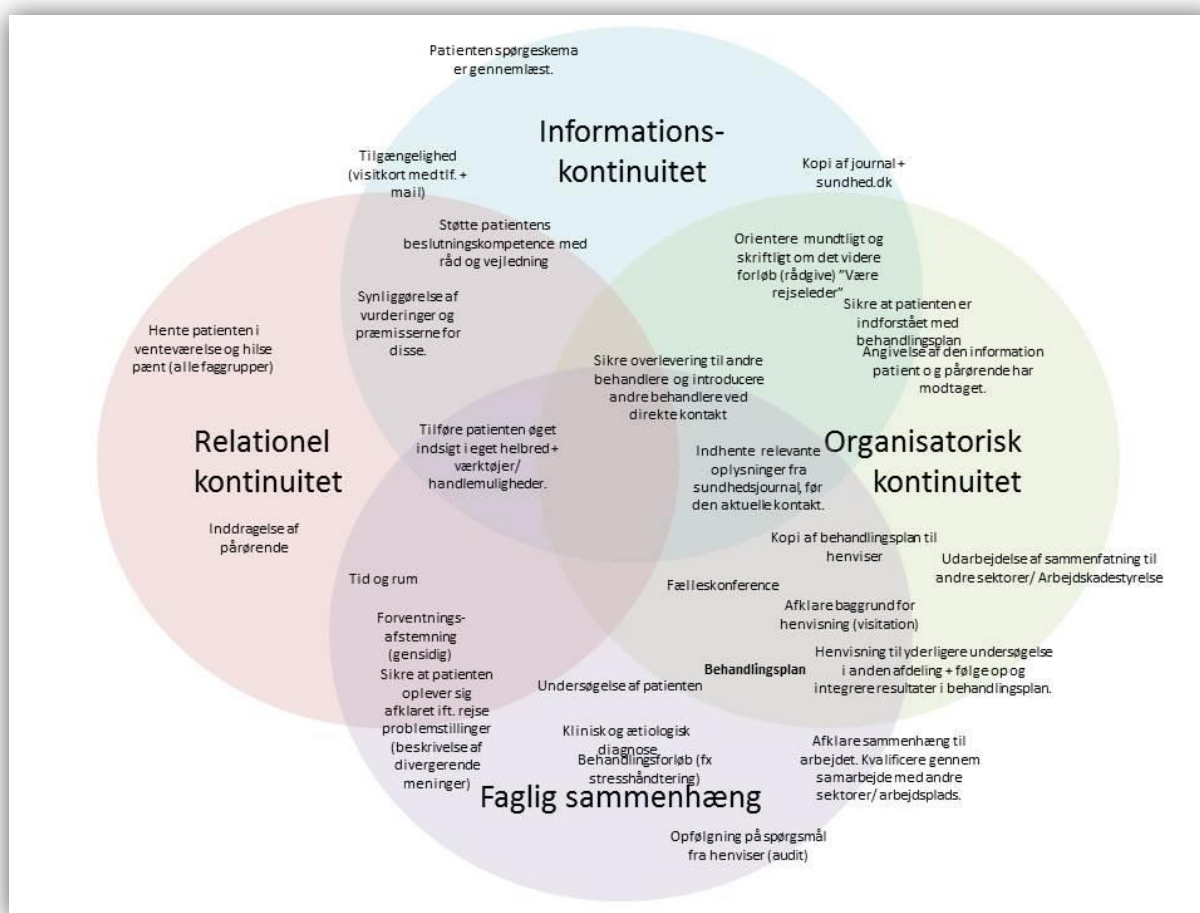
Den Tværgående patientansvarlig læge

I det nationale rammepapir peges der på yderligere en lægerolle, som er tænkt i spil, når patientforløbet er eller forudses komplekst for personalet og/eller patienten. I de tilfælde er tanken at en af de patientansvarlige læger også bliver *tværgående patientansvarlig læge*. Rollen er tiltænkt de patienter, hvis behandlingsforløb går på tværs af afdelinger/sygehuse særligt ved komplicerede forløb, som fx patienter med flere parallelle aktionsdiagnoser (multitraumepatienter, multisyge, intensivpatienter), og/eller patienter, hvis forløb strækker sig over flere matrikler/regionsgrænser.

Rollen som tværgående patientansvarlig læge er vurderes som den største udfordring. Rollen er ikke yderligere beskrevet i rammepapiret, men skal fungere i en stærkt specialiseret sundhedssektor. Vi har af samme grund haft fokus på at udvikle og definere en meningsfuld og realiserbar tværgående patientansvarlig læge i det aktuelle pilotprojekt.

Som udgangspunkt har vi arbejdet hen imod en tværgående lægerolle, som skulle skabe sammenhæng for og med patienten, samle tråde på tværs af behandlere, afdelinger og specialer og som skulle arbejde med udgangspunkt i meningsfulde fælles beslutningstagningsprocesser.

Således bygger vores bud snævert ovenpå den model for patientansvarlig læge, som er beskrevet i det foregående afsnit. Vi har undersøgt mulighederne for at tænke fælles beslutningstagning ind i den tværgående funktion. Vi har haft fokus på kontinuitetsskabende elementer, herunder særligt de elementer/opgaver som ligger i den organisatoriske kontinuitet.



Som det fremgår af modellen for den patientansvarlige læge, indebærer opgaven med at skabe organisatorisk kontinuitet et tæt samarbejde med andre behandlere og aktører, som deltager i samarbejdet omkring patientens behandling. Samarbejdet drejer sig om henvisninger, opfølgning på henvisninger, fælles konferencer, udarbejdelse af behandlingsplaner, sammenfatninger af sygehistorie og kvalificering af undersøgelse og behandling gennem henvisning til og samarbejde med andre sektorer. Den opgave ser vi ikke adskiller sig fra det arbejde, som den enkelte patientansvarlige læge må udføre og være ansvarlig for i dag.

Mod en præcisering af rollen som tværgående patientansvarlig læge

Hvad er da det særlige, som den patientansvarlige læge skal? Det har vi søgt at afdække i dette projekt gennem en række diskussioner og workshops med afdelingens egne ansatte, læger fra afdelinger, som vi ofte har henvisninger fra, almen praksis, plejepersonale og patientrepræsentanter, som tidligere har været patienter på afdelingen (som beskrevet i metodeafsnittet).

I processen er det forsøgt at få svar på følgende spørgsmål:

- Hvem skal have en tværgående patientansvarlig læge og hvornår?
- Hvordan skal den tværgående patientansvarlige læge udvælges?
- Hvad skal den tværgående patientansvarlige læge varetage af opgaver, som ligger ud over opgaverne for patientansvarlige læge?

Målet for projektet var at skabe en klar definition af en rolle ud fra svarene på ovennævnte spørgsmål. Vi har imidlertid måttet sande, at opgaven rummer så mange udfordringer, at vi ikke med udgangspunkt i pilotprojektet kan pege på én figur som den tværgående patientansvarlige læge.

Vi vil i stedet her præsentere de dilemmaer, som svarene på spørgsmålene rejser. Vi vil dernæst præsentere vores bud på, hvad og hvordan man kan arbejde videre med et tværgående patientansvar. Sidst men ikke mindst vil vi præsentere en række af barrierer, som forefindes i dag for at det i praksis kan lade sig gøre at udøve et tværgående patientansvar som læge.

Dilemmaerne i rollen som tværgående patientansvarlige læge

Hvem skal have en tværgående patientansvarlig læge? Og hvornår?

Det er det første spørgsmål, som vi har søgt at adressere. Et udgangspunkt har været (pilotprojektets første bud), at så snart en patient har samtidige forløb hos mere end én afdeling i den sekundære sundhedssektor, bør en af lægerne defineres som den tværgående patientansvarlige læge – som udgangspunkt den, der henviser patienten første gang i den sygehussektoren.

Det var imidlertid projektdeltagernes vurdering at, det ville være at overgøre arbejdet. Det ville være en større bureaukratisk øvelse at sikre dokumentation af, hvem der har "stafetten". Der blev samtidigt sået tvivl om, hvorvidt alle patienter har brug for én, som tager et særligt tværgående ansvar, blot de har forløb på flere afdelinger. Det begrundedes med, at der i forvejen ligger i den enkelte læges ansvar at henvise til andre afdelinger, og følge op på disse henvisninger. Som læge med ansvar for en kroniker, har man ansvar for alt det patienten kommer med. Ved det relativt akutte problem, nyopståede problemer og/eller problemstillinger med relevans i forhold til aktuelle udredning/behandling må man som læge tage ansvar for at henvise til anden relevant speciallægebehandling eller udredning. Ved mindre klager/fund kan man opfordre patienten til at opsøge egen læge. *"Vi efterlader ikke nogen fritsvævende"*, som en deltager udtalte.

Projektdeltagerne savner et klart billede af, hvilke patienter der er så komplekse, at en egentlig tværgående patientansvarlig læge bør udpeges. Flere deltagere vurderer, at det er i størrelsesordenen 5 % af patienterne.

Samlet set har det ikke været muligt at opstille kriterier for hvilke patienter, der skal have en tværgående patientansvarlig læge. Drøftelserne i projektet peger på at den patientansvarlige læge, med udgangspunkt i sit lægeansvar, handler på informationer og undersøgelsesfund og dermed sikrer sammenhæng i undersøgelse og behandling.

Case

En nyrepatient får åndenød i forbindelse med dialyse. Patienten henvises til lungemedicinsk udredning, hvor der findes en "plet på lungen", som dog ikke forklarer åndenøden. Patienten mistænkes for lungekræft og henvises til "kræftpakke", da patienten tidligere har haft kræft i underlivet. Fra det lungemedicinske afsnit henvises endvidere til kardiologisk udredning, da fundet på røntgenbillederne ikke forklarer åndenøden.

Hvem bør være den tværgående patientansvarlige læge?

Hvordan skal den tværgående patientansvarlige læge udvælges?

Udvælgelsen af den tværgående patientansvarlige læge, er det spørgsmål der rejser den næste række af dilemmaer. I projektet er der arbejdet med flere modeller.

Den ene model er den, hvor man tager udgangspunkt i patientens præferencer. Ud fra den tankegang, må den tværgående patientansvarlige læge være den læge, som patienten har tillid til, og som patienten oplever, er mest central for hans/hendes samlede behandling. Patienten ville eksempelvis kunne træffe valget gennem en informeret beslutningsproces sammen med den læge, som konstaterer, at patienten nu har flere patientansvarlige læger inde over sit forløb.

Processen vurderes imidlertid svær at passe ind i praksis. Hvordan skal lægen tage dialogen med patienten og kunne give input til, hvad patienten skal overveje i valget? Hvad med de patienter, som ikke kan overskue valget? - og hvordan håndterer man, hvis mange patienter vælger den samme læge som deres tværgående patientansvarlige læge? (hvilket vurderes at være meget realistisk). Denne model blev derfor skudt til hjørne.

Den anden model er den, hvor den læge som første gang henviser til en læge i andet speciale, bliver den tværgående patientansvarlige læge. Den model kommer dog også hurtigt til kort, da den risikerer at give læger, som kun har en patient i et kort forløb og/eller et forløb, der er perifert i forhold til patientens aktuelle problemer, et ansvar for at følge en patient, som har langvarige og måske komplicerede forløb i helt andre specialer. Det vil trække skævt på ressourcer og være me-

get lidt klinisk meningsfyldt. Det er desuden uklart for deltagerne, hvad den praktiserende læges rolle er.

Hvornår er den praktiserende læge tværgående patientansvarlig læge? Overgår rollen som patientansvarlig- /tværgående patientansvarlig læge til den sekundære sundhedssektor, når patienten henvises til sygehussektoren? Rammepapiret for den patientansvarlige læge beskriver ikke spillet mellem primær og sekundær sundhedssektor og drøftelserne i projektet har ikke ført frem til en meningsfuld deling af rollen.

Summar summarum er vi endt uden konsensus for, hvordan en tværgående patientansvarlig læge formelt skal udvælges. Tilbage står den enkelte læges ansvar for at tage opgaven på sig, når han/hun vurderer, at det er relevant og vil bidrage positivt til patientens behandlingsforløb og oplevelse af kontinuitet.

Hvad skal den tværgående patientansvarlige læge varetage af opgaver, som ligger ud over hvad den almindelige patientansvarlige læge skal gøre?

Ifølge rammepapiret skal den tværgående patientansvarlige læge have det lægefaglige overblik på tværs af afdelinger/sygehuse og sikre de nødvendige fagkompetencer inddrages på tværs af specialer og faggrupper, herunder at de igangværende behandlingsforløb på tværs af specialer bliver koordineret. Ansvarer rækker på den måde ud over eget speciale, hvad angår logistik og koordinering af behandling.

Det fremgår af drøftelserne i pilotprojektet, at deltagerne har svært ved at se, hvordan en speciallæge indenfor et speciale kan og skal påtage sig ansvaret for at sikre de nødvendige fagkompetencer inddrages på tværs af specialer og faggrupper, herunder at de igangværende behandlingsforløb på tværs af specialer bliver koordineret. Opgaven udfordres af en række faktorer, blandt andet det stærkt specialiserede sundhedsvæsen, manglende adgang til bookingsystemer, journaler/undersøgelsesresultater, behandlingsplaner skrevet i meget fagspecifikke termer med mange forkortelser etc. Det fremgår endvidere af drøftelserne, at en læge inden for et speciale har svært ved at se, hvordan vedkommende bedre vil kunne prioritere og tilrettelægge undersøgelse og behandling inden for et andet speciale end de læger, der er beskæftiget i specialet. På samme måde vil inddragelse af almen praksis i forhold til at løse opgaven, som den der skaber overblik og sammenhæng for patienten, kræve større vidensdeling mellem sekundær og primærsektor og mulighed for løbende dialog.

Det fremgår endvidere, at deltagerne med udgangspunkt i deres faglige viden ikke føler sig i stand til at gå ind og prioritere en patient frem for en anden i et andet speciale. Der bliver i denne sammenhæng også peget på, at der kan opstå tvivl om, hvem der har kompetencen i forhold til behandlingsforløbet i den enkelte afdeling. I forbindelse med pilotprojektet er der rejst spørgsmålet: Hvad er det vi som patienter og sektor ønsker os? Er det den "patientnære" tværgående patientansvarlige læge eller er det den højt specialiserede patientansvarlige læge inden for det enkelte speciale og er de to størrelser forenelige?

I forhold til det nationale rammepapirs ønsker i forhold til koordinering kunne en del af løsningen være mulighed for en mere fleksibel booking og lettere adgang til booking i andre afdelinger. Det kunne sikre, at patienter i højere grad undgår at skulle møde ind på hospitalet flere gange ugentligt. Problemet kan dog være, at åben booking kan betyde ubesatte konsultationstider eller udstyr, som ikke anvendes hensigtsmæssigt.

Drøftelserne i pilotprojektet sammenholdt med resultaterne af brug af forløbskontorer peger på, at koordination af udredning og behandling af patienter med fordel kan uddelegeres til plejepersonale, sekretærer eller egentlige forløbskoordinatorer. I følgegruppen fremhæves bl.a. sygeplejerskerne, som værende gode til at sikre overlevering imellem afdelinger og til primær sektor. Anvendelse af korrespondancesystemer mellem sektorer samt daglig arbejdstilrettelæggelse under hensyntagen til hvilke personaler patienten tidligere har været i kontakt med, kunne understøtte rollen som tværgående patientansvarlig læge.

Samlet set er der en række opgaver, som vil være relevante og vigtige for patientens oplevelse af sammenhæng, og som ikke altid løses optimalt i dag. Der er i pilotprojektet peget på en række barrierer, der modarbejder patienternes oplevelse af kontinuitet og de ansattes oplevelse af sammenhæng i patientforløb. En gennemgående udfordring er den høje grad af specialisering inden for sundhedssektoren og som det fremgår giver pilotprojektet ikke grundlag for, at en tværgående patientansvarlig læge vil løse denne udfordring.

Mod et videre arbejde for et tværgående patientansvar

Pilotprojektet i det arbejdsmedicinske ambulatorium peger på, at løsningen kan findes i en mere værdibaseret tilgang, hvor der ledelsesmæssigt og organisatorisk arbejdes med at skabe "let og hurtig adgang" mellem de enkelte specialer, hvor omdrejningspunktet i forhold til sammenhæng i undersøgelse og behandling ligger hos de patientansvarlige læger i de enkelte specialer. Som udgangspunkt giver de deltagende læger udtryk for at påtage sig ansvar i forhold til at skabe sammenhæng – men det er vigtigt, at det sker under inddragelse af patient og pårørende, og at der skabes kontinuitet såvel i forhold til relationer og information, som i koordination i forhold til undersøgelse og behandling. Lægerne har naturligt ansvaret for at følge planer for undersøgelse og behandling til "dørs", medens erfaringerne fra pilotprojektet peger på, at koordination af undersøgelser og behandling med fordel kan involvere andre personalegrupper. Pilotprojektet peger endvidere på, at eksisterende kommunikationskanaler og organisatoriske rammer med fordel kan udnyttes. Det drejer sig eksempelvis om brug af behandlingsplanerne.

Løbende udsendelse af behandlingsplaner fra ambulatoriet med en klar opbygning, opgave og ansvarsfordeling og i et forståeligt sprog (også for patient og pårørende), kan være med til at skabe sammenhæng. Praksiskonsulentgruppen kunne være et oplagt eksisterende forum for at koordinere og udvikle samspillet mellem sektorer og internt i sygehussektoren. Ved at inddrage patienter og pårørende i udvalget, kunne man uden yderligere bureaukratiske tiltag sikre, at patientpårørendeperspektivet blev inddraget. Erfaringerne fra pilotprojektets følgegruppe viser, at pati-

entperspektivet påvirker fokus og kommunikation i følgegruppen. Denne tilgang kunne være en af vejene til at åbne op for et bedre samspil mellem afdelinger, sektorer og patienter/pårørende.

Barrierer for det tværgående patientansvar

For at komme nærmere en realisering af den beskrevne rolle som patientansvarlig læge, samt herunder forbedre det tværgående forløb for patienten, er det nødvendigt at håndtere en række barrierer. I en erkendelse af at pilotprojektets anbefalede lægeroller ikke løser grundlæggende problemstillinger af strukturel og organisatorisk karakter, har man i projektperioden nedskrevet de barrierer og udfordringer som er nødvendige at takle. Barriererne har været italesat på møde for afdelingsledelser på Sydvestjysk Sygehus i forbindelse med præsentation af projektet, ved flere drøftelser i følgegruppen og i den praktiske udfoldelse og afprøvning af rollen i det arbejdsmedicinske ambulatorium.

Hypptigt nævnte og oplevede barrierer fremgår af nedenstående figur, som er præsenteret niveaudelt blot for at pointere, at en lang række af barriererne kræver en indsats før eller i forbindelse med implementeringen.



Figur 5 - barrierer for den patientansvarlige - og tværgående patientansvarlige læge.

Evaluering

Som beskrevet tidligere er det overordnede formål med den patientansvarlige og tværgående patientansvarlige læge ”at øge patienters tryghed og kvaliteten i behandlingen”. Det skal ske gennem bedre sammenhæng og fremdrift i patientforløbene og øget inddragelse af patienter og pårørende i planlægning af undersøgelse og behandling. Det er samtidig et mål at denne tilgang skal skabe større arbejdsglæde hos lægerne ved at øge deres mulighed for at følge de enkelte patienters behandlingsforløb og ved at øge lægens mulighed for at udnytte sin viden og ekspertise bedre.

I evalueringen er der af samme grund sat fokus på patienternes oplevelse af inddragelse og kontinuitet og kontaktbehandlerens oplevelse af at kunne løfte deres kerneopgave i forhold til undersøgelse og behandling. Formålet med evalueringsdelen har været at finde og afprøve mulige indikatorer, der kunne anvendes i forbindelse med en implementeringsfase i forhold til den patientansvarlige læge.

Patientinddragelse og sammenhæng - udvikling af spørgeskema

I samarbejde med Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedssektoren ViBIS har projektgruppen udviklet et spørgeskema til undersøgelse af patienternes oplevelse af inddragelse og sammenhæng, herunder spørgsmål vedrørende kontinuitet i relationer og informationer (Bilag 6).

Spørgsmål om inddragelse blev hentet i det validerede spørgeskema CollaboRATE (Elwyn, Barr et al. 2013) samt i den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, sidstnævnte med sigte på at kunne sammenholde resultater med den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser.

Den første runde blev gennemført i afdelingen i perioden 5.-26. juli 2016 hvor der blev indhentet besvarelser fra i alt 32 patienter. Anden runde blev afviklet i perioden fra den 14. november til 1. december 2016, hvor 33 patienter besvarede spørgeskemaet.

Besvarelse af spørgeskemaerne blev indhentet via tablets, som blev udleveret af afdelingens sekretærer. Til de patienter der ikke kunne anvende tablets, var der udarbejdet et papirskema.

Patienterne om inddragelse

I forhold til patientinddragelse viser besvarelserne at kontaktbehandlerne har fokus på at hjælpe patienterne med at forstå deres helbredsituation, hører til hvad der betyder mest for patienterne i forhold til deres helbreds situation og inddrager det der er vigtigt for patienterne i forhold til beslutningerne om hvad der videre skal ske i forhold til patienternes undersøgelse og behandling. I de tre spørgsmål fra CollaboRATE⁴ om inddragelse i eget forløb, blev patienterne bedt om at vurdere deres inddragelse på en skala fra 0 (”slet ikke”) til 9 (”I høj grad”). Før pilotprojektet vurderede henholdsvis 78 %, 69 % og 78 % af patienterne de tre spørgsmål til 8 eller 9 på skalaen. Efter pilotprojektet var disse tal 87 %, 78 % og 81 %.

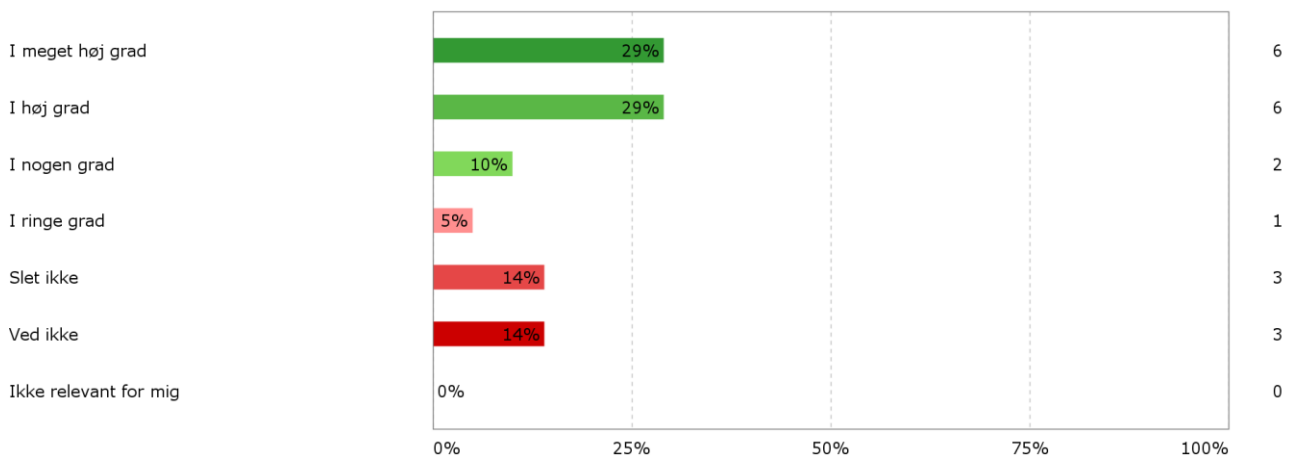
⁴ <http://www.cffb.dk/i-praksis/maaleredskaber/>

I forhold til pårørendeinddragelse, havde 26 % af førstegangsbesøgende og 10 % af flergangsbesøgende patienter taget en pårørende med ved opstart af pilotprojektet. Ved projektets afslutning var denne andel steget til henholdsvis 33 % og 42 %. Resultatet taler for, at det ændrede indkaldelsesbrev havde den ønskede effekt. Når det handler om patienternes oplevelse af om "personalet" gav ledsageren mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelse angav 100 % (7/7) af patienterne at deres pårørende i *meget høj grad* havde mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelse og behandling før start på afprøvningsfasen. Denne andel lå på 50 % (6/12) ved afslutning af afprøvningsfasen. De resetrende svar lå kategorierne "i høj grad" (42 %) og "i nogen grad" (8 %). En mulig forklaring kunne være, at patienterne med det ændrede indkaldelsesbrev fik andre forventninger til pårørendes inddragelse.

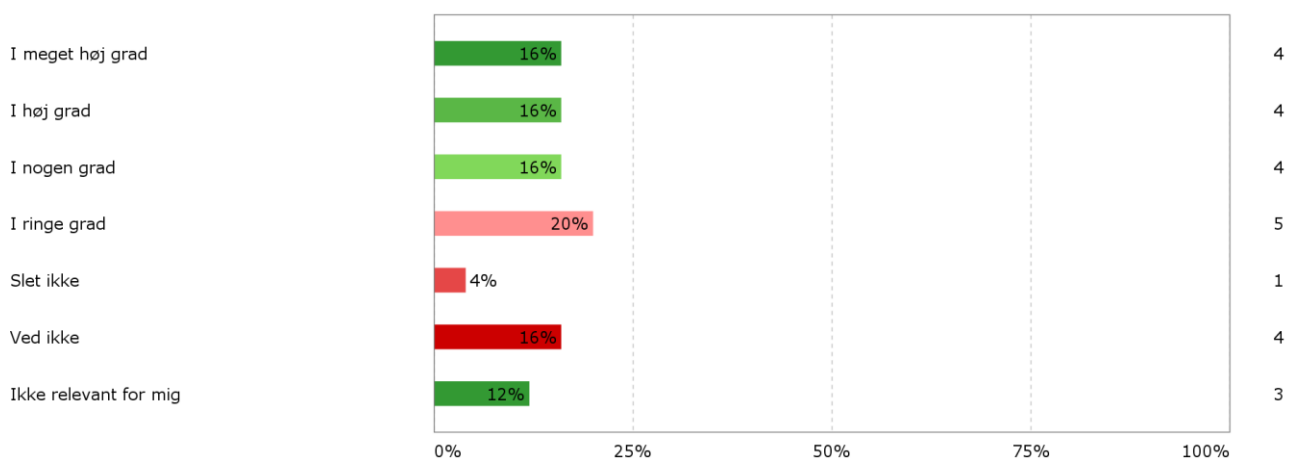
Patienterne om det tværgående ansvar

Henholdsvis 56 % og 55 % af patienterne havde ved spørgeskemaundersøgelserne maj og november 2016 haft forbindelse med andre hospitalsafdelinger vedrørende det helbredsproblem de blev udredt for i det arbejdsmedicinske ambulatorium.

Besvarelserne af spørgemålet omkring patienternes oplevelse af at have én ansvarlig person i deres behandlingsforløb når de har haft kontakt til andre hospitalsafdelinger i forbindelse med deres aktuelle helbredsproblem peger på, at der er en række udfordringer i forhold til at håndtere patienternes oplevelse af at der er "én" person, der har et særligt ansvar for det samlede behandlingsforløb (Figur 6 og 7).



Figur 6 - Besvarelserne til spørgsmålet: "Oplever du, at én person har et særligt ansvar for dit samlede behandlingsforløb". maj 2016.



Figur 7 - Besvarelsene til spørgsmålet: "Oplever du, at én person har et særligt ansvar for dit samlede behandlingsforløb, november 2016.

Af ovenstående figurer fremgår det, at 58 % af patienterne før pilotundersøgelsen i høj- eller meget høj grad oplevede at én person havde et særligt ansvar. Ved projektets afslutning var denne andel faldet til 28 %.

Patienterne blev endvidere i spørgeskemaet bedt om i fritekst at angive, hvem denne ansvarlige person var. Ved besvarelsene i maj angav 1 patient og i november 5, at det var den praktiserende læge. Tilsvarende angav henholdsvis 7 og 4 patienter, at den ansvarlige person fandtes i det arbejdsmedicinske ambulatorium. Endelig angav 2 patienter i første runde henholdsvis anden hospitaletafdeling og privathospital som ansvarlig.

Resultatet harmonerer med at arbejdet med den tværgående patientansvarlige læge primært er foregået i forbindelse med workshops i afdelingen, i følgegruppen og i en ad hoc gruppe vedrørende emnet. Det tværgående patientansvar har ikke i samme grad som patientinddragelse/fælles beslutningstagning og pårørendeinddragelse været indarbejdet i det daglige kliniske arbejde grundet udfordringer beskrevet andet steds i denne rapport.

Resultatet understreger at det er vigtigt at inddrage en drøftelse af den praktiserende læges rolle i relation til det tværgående patientansvar.

Monitorering

Tanken med det udviklede og afprøvede patientspørgeskema er at give inspiration til mulige indikatorer i forhold til monitorering i en implementerings og driftsfase i forhold til den patientansvarlige læge med øget fokus på brugerinddragelse og sammenhæng i sundhedssektoren. Spørgeskemaerne er udarbejdet med størst mulig afsæt i hensigterne fra Borgernes Sundhedsvæsen og rammepapiret for den patientansvarlige læge.

For de læger som skal arbejde som patientansvarlige- og tværgående patientansvarlige læger er det væsentligt, at arbejdet med rollen gøres meningsfyldt. Antagelsen er her at en synliggørelse af

rollens indvirkning på patienternes oplevelser af kontinuitet og inddragelse, kunne bidrage positivt til denne oplevelse.

Social Kapital

Medarbejdernes erfaringer med behandlerrollen

Som det fremgår af resultatafsnittet om den patientansvarlige læge, har pilotprojektet taget udgangspunkt i Arbejdsmedicinsk afdelings erfaringer med "kontaktbehandlerrollen". Der er som opstart af pilotprojektet gennemført to workshops, hvor der er arbejdet med medarbejdernes erfaringer med behandlerrollen afgrænset af de fire spørgsmål:

1. Hvilke vigtige opgaver løser du som kontaktbehandler i relation til din patient?
2. Hvilke faktorer understøtter løsningen af de nævnte opgaver?
3. Hvilke positive erfaringer oplever du med kontaktbehandlerrollen?
4. Hvilke udfordringer oplever du med kontaktbehandlerrollen?

I den første workshop var der fokus på opgaverne, der bliver løst i relation til patienterne. I den anden workshop blev der, med udgangspunkt i oplevede positive erfaringer og udfordringer med kontaktbehandlerrollen, drøftet hvilke faktorer, der er vigtige at fastholde eller udvikle og hvilke der skulle parkeres eller undgås i relation til behandlerrollen. Der var således fokus på de faktorer i den eksisterende kultur, der understøtter muligheden for at løse kerneopgaven i relation til patienten.

Med udgangspunkt i rammepapirets mål om øget arbejdsglæde hos lægerne i relation til at løfte deres kerneopgave og resultatet af denne indsats, gik arbejdet i gang med at finde et evalueringsværktøj.

Social kapital

Projektgruppen søgte en valideret og let administrerbar indikator, der kunne beskrive de ressourcer, der findes i sociale relationer som et mål for afdelingens trivsel, set i lyset af den kerneopgave afdelingen skal løse. Valget faldt på et spørgeskema udviklet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø kaldet Social Kapital. Social kapital er i denne sammenhæng defineret som den egenskab, der sætter arbejdspladsens ansatte i stand til i fællesskab at løse dens kerneopgave. For at kunne løse kerneopgaven er det nødvendigt, at de ansatte evner at samarbejde og at samarbejdet er baseret på et højt niveau af tillid og retfærdighed (Olesen, Thoft et al. 2008). Spørgsmålene er udvalgt fordi de har vist en stærk sammenhæng med jobtilfredshed, godt selv vurderet helbred, fravær af udbrændthed, stress og søvnbesvær samt lavt sygefravær.

Kortlægningen af Social Kapital sætter fokus på, hvordan medarbejderne samarbejder på arbejdspladsen. Samarbejdet finder sted mellem kolleger, der arbejder tæt sammen i det daglige, mellem afdelinger, der hver især bidrager til at levere virksomhedens kerneydelser og mellem medarbej-

dere og ledere på arbejdspladsen. Social kapital er de faktiske og potentielle ressourcer, der findes i de sociale relationer på en arbejdsplads.

Rapporten bidrager til at vise, hvordan medarbejderne på arbejdspladsen er i stand til at samarbejde om den kerneopgave, man som arbejdsplads er sat i verden for at løse. Det gælder både internt i afdelingerne og mellem afdelingerne kaldet henholdsvis samlende og brobyggende social kapital samt i relationerne mellem ledelse og medarbejdere, kaldet henholdsvis forbindende sociale kapital i relation til den nærmeste ledelse af afdelingen og forbindende sociale kapital i relation den samlede ledelse af hele arbejdspladsen.

Arbejdspladsens samlede sociale kapital er gennemsnittet af de fire former for social kapital. Den sociale kapital undersøges gennem et spørgeskema på 21 spørgsmål, der er udviklet og afprøvet og valideret af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. De 21 spørgsmål kan give et score fra 0 til 100, hvor 100 angiver en maksimalt høj social kapital. Dette tal kan ses som ét samlet udtryk for den sociale kapital på arbejdspladsen.

Social kapital Arbejdsmedicinsk afdeling, Sydvestjysk Sygehus

Den sociale kapital er undersøgt i Arbejdsmedicinsk Afdeling maj 2016, før opstart af afprøvningsfasen, og i forbindelse med afslutning af afprøvningsfasen, november 2016. Samtlige medarbejdere med patientrelaterede opgaver (læger, psykologer, socialrådgivere, sekretærer og bioanalytiker) har deltaget i besvarelserne.

Type social kapital	Maj 2016	November 2016
Samlede sociale kapital	77	79
Samlende	83	83
Brobyggende	64	71
Forbindende nærmeste leder	91	88
Forbindende samlet ledelse	66	73

Diskussion af resultatet

I forbindelse med undersøgelsen maj 2016 lå den samlende sociale kapital, som et udtryk for at kunne løfte kerneopgaven internt i afdelingen, højt, ligesom den forbindende sociale kapital i relation til nærmeste leder lå højt. Der er med andre ord en oplevelse af god ledelsesmæssig opbakning i afdelingen i forhold til at løse kerneopgaven.

Den brobyggende sociale kapital, som et udtryk for den oplevede tiltro til at de øvrige afdelinger på sygehuset løser deres opgaver på en måde, der understøtter kerneydelsen i Arbejdsmedicinsk afdeling lå lavere end den samlende og forbindende sociale kapital i forhold til nærmeste leder. Det samme gør den forbindende kapital til den samlede ledelse.

På den ene side kan resultatet ikke undre, da andre afdelinger og sygehusets ledelse, naturligt er på større afstand. På den anden side peger resultatet på, at der ligger en vigtig ledelsesmæssig

opgave i at synliggøre og håndtere opgaven omkring samarbejde, tilgængelighed mellem afdelinger og de enkelte afdelingers bidrag til at skabe sammenhæng i udredning og behandling af patienterne. Besvarelserne i forhold til den brobyggende og forbindende sociale kapital udviser en positiv tendens ved undersøgelsen i november måned sammenlignet med maj måned. Der kan være tale om statistisk usikkerhed grundet antallet af deltagere. Men det kan også være udtryk for fokus på området blandt andet gennem deltagelse af den lægefaglige direktør og følgegruppe i afdelingens personaleseminar juni 2016 og en række drøftelser af samarbejdsrelationer i projektfasen.

Evaluering ved Center for Kvalitet

I forbindelse med afslutning af pilotprojekterne i Region Syddanmark er der foretaget en samlet evaluering af projekterne ved Center for Kvalitet. Der er dels foretaget en spørgeskemabaseret undersøgelse af patientoplevelser ved hjælp af spørgeskema udviklet i Region Midt, dels en organisatorisk analyse med udgangspunkt i FRAM - Funktionel Resonans Analyse Metode. Metoden beskriver, hvordan arbejdet faktisk udføres i komplekse socio-tekniske systemer, hvor ydelsernes kvalitet afhænger af tætte forbindelser mellem individ, organisation og teknologi. For en beskrivelse af metode og resultat henvises til Center for Kvalitet.

Diskussion

Pilotprojektet i Arbejdsmedicinsk afdeling har i et ambulant regi haft til opgave at udvikle og afprøve en model for den patientansvarlige og den tværgående patientansvarlige læge, der formår at skabe sammenhæng for og med patienten, og som formår at samle tråde på tværs af behandlere, afdelinger og specialer med udgangspunkt i meningsfyldte fælles beslutningstagningsprocesser.

Som det fremgår af rapporten, har en af udfordringerne været, at der gennem det nationale rammebrev er rejst et ønske om bedre sammenhæng og større tryghed for patienterne med et samtidigt ønske om, at denne opgave løses gennem to navngivne lægefigurer. Pilotprojektet har vist, at det højt specialiserede danske sundhedsvæsen skaber udfordringer i forhold til afgrænsning af figuren den tværgående patientansvarlige læge. Det har ikke været muligt at afgrænse en bestemt lægefigur, der kan løfte opgaven med at skabe sammenhæng på tværs af forløb. Der peges i stedet på en værdibaseret tilgang, hvor den patientansvarlige læge i det enkelte speciale tager ansvar i forhold til at patienten bliver "afklaret" helbredsmæssigt også i forhold til problematikker, der ligger uden for den enkelte afdelings/læges speciale. Det kræver et klart ledelsesmæssigt fokus, der sikrer hurtig og nem kommunikation mellem sundhedssektorens forskellige specialer og matrikler. Det kræver effektive og tilgængelige platforme til planlægning og informationsdeling samt organisatoriske ressourcer, der understøtter disse platforme.

Udfordringen i forhold til den enkelte patient ligger i at skabe relationer, sikre at informationer opleves brugt hensigtsmæssigt og endelig, at patienten oplever et koordineret forløb. Inddragelse

af patienter og pårørende kan være med til at forbedre oplevelsen af kontinuitet, men løser ikke grundlæggende sammenhængsudfordringer.

På trods af at pilotprojektet er gennemført i en afdeling, hvor der løbende er arbejdet med brugerinddragelse og kvalitet i det faglige arbejde, har pilotprojektet vist, at der let kommer fokus på barrierer. Dette peger på, at det i en implementeringsfase er vigtigt at afsætte de nødvendige ressourcer til information, implementering og uddannelse. Hvis løsningen er et værdibaseret arbejde med lægerollen, kræver det et omfattende arbejde med både kultur, holdning og arbejdsrutiner indarbejdet over tid. Et arbejde som kræver tydelig ledelse og prioritering samt fastholdt opmærksomhed omkring fordelene ved at arbejde for, at patienter oplever mere kontinuitet og inddrages mere i egne forløb. Samtidig skal dette kultur- og holdningsarbejde synligt understøttes af et arbejde med at skabe de organisatoriske rammer, som vil gøre koordination og lægefagligt samarbejde på tværs af specialer muligt, herunder sikring af lovgivning, IT og koordinationsmekanismer.

Derudover må man sikre sig, at der fastlægges kvalitetsmål for lægerollen og implementeringen af denne, således at det bliver muligt, at monitorere en målsat effekt af indsatsen eksempelvis gennem kvalitetsforbedringsprojekter (Gerdes 2016). I forhold til pilotprojektet er der afprøvet forskellige tilgange til evaluering/monitorering af udvalgte kvalitetsmål i relation til såvel patienter som behandlere. I forhold til patientdelen er der ud over landspatienttilfredshedsundersøgelserne i forbindelse med pilotprojektet, i samarbejde med ViBIS, udviklet et spørgeskema, som kan benyttes til indsamling af data om patienternes oplevelse af sammenhæng og inddragelse i eget forløb. Center for Kvalitet, har ved afslutning af pilotprojektet ligeledes som en del af den regionale evaluering, gennemført undersøgelse af patienttilfredshed med udgangspunkt i spørgeskema udviklet i Region Midt.

I forhold til behandlerdelen er der afprøvet et spørgeskema udviklet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø kaldet Social Kapital. Center for Kvalitet har ligeledes foretaget en organisatorisk analyse af pilotprojekterne med udgangspunkt i Funktionel Resonans Analyse Metode.

Der findes således en række bud på mulige indikatorer som kan benyttes i relation til en implementeringsfase såvel i forhold til patienter som organisatorisk. Der henvises i øvrigt til evalueringsafsnittet.

Erfaringerne fra det aktuelle pilotprojekt sammenholdt med pilotprojektets litteraturgennemgang peger på at det er vigtigt at prioritere sammenhæng som en kerneydelse såvel ledelsesmæssigt som gennem en kultur, en struktur og en teknologi, der understøtter sammenhængende patientforløb.

Projektets begrænsninger

Det aktuelle pilotprojekt har en række begrænsninger. For det første er projektet gennemført i et ambulatorium hvor lægerne ikke er vagtbærende. Udfordringerne i forhold til arbejdstilrettelæggelse af arbejdet i relation til vagtbærende læger er forsøgt bragt i spil i projektets følgegruppe og

ad hoc gruppe med deltagelse af ledende overlæger. Pilotprojektet har endvidere været begrænset af manglende deltagelse af yngre læger og pårørende i de fora, hvor modellerne er blevet diskuteret. Sidstnævnte har begrænset mulighederne for nærmere at få belyst hvordan læger under uddannelse og pårørende kan inddrages i patientforløbene i forhold til at skabe sammenhæng i disse.

Konklusion og anbefalinger

Den patientansvarlige læge

I forbindelse med pilotprojektet er kontaktbehandlerrollen holdt op mod rammepapirets beskrivelse af rollen for den patientansvarlige- og tværgående patientansvarlige læge, en litteraturgennemgang af hvad der skaber sammenhæng for patienterne og resultatet af patienttilfredshedsinterviews gennemført i det arbejdsmedicinske ambulatorium. Denne gennemgang pegede på, at gode erfaringer fra afdelingens kontaktbehandlerrolle kunne overføres til rollen som patientansvarlig læge og at kontaktbehandlerrollen kunne styrkes gennem øget fokus på inddragelse af patienter og pårørende.

Den tværgående patientansvarlige læge

Med baggrund i erfaringer og drøftelser fra pilotprojektet, kan der ikke peges på et bestemt system for udpegning af, hvem og i hvilket speciale den erfarne tværgående patientansvarlige læge skal være forankret. Vi vurderer, at man i praksis må gøre det til et ansvar, som påhviler den enkelte patientansvarlige læge med patienter i tværgående forløb. Lægerne kan med fordel inddrage patientens behov i forhold til at afgøre, om der er behov for en tværgående gennemgang med status og videre plan.

Litteratur

Bayliss, E. A., J. L. Ellis, J. A. Shoup, C. Zeng, D. B. McQuillan and J. F. Steiner (2015). "Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system." Ann Fam Med 13(2): 123-129.

Berlingske.dk. (2015). "Lødhe skrotter ordning med fast patientkontakt." Retrieved 18.10.2016, from <http://www.b.dk/politiko/loehde-skrotter-ordning-med-fast-patientkontakt>.

Charles, C., A. Gafni and T. Whelan (1997). "Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)." Social Science & Medicine 44(5): 681-692.

Dahl, S. B. H. S. (2014). Forebyggelse af udstødelse fra arbejdsmarkedet for arbejdsskadede. Sydvestjysk Sygehus.

Danske Patienter (2011). Kontaktpersonordningen er en fiasko.

Danske Regioner (2015). Borgernes Sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen.

Dearinger, A. T., J. F. Wilson, C. H. Griffith and F. D. Scutchfield (2008). "The effect of physician continuity on diabetic outcomes in a resident continuity clinic." J Gen Intern Med 23(7): 937-941.

Elwyn, G., P. J. Barr, S. W. Grande, R. Thompson, T. Walsh and E. M. Ozanne (2013). "Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters." Patient Education and Counseling 93(1): 102-107.

Enheden for Brugerundersøgelser (2012). LUP 2011, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Friedrichs, A., M. Spies, M. Harter and A. Buchholz (2016). "Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature." PLoS One 11(1): e0145817.

Gerdes, U. (2016). "BLOG - Ulrik Gerdes: Kvalitet: Om evaluering af forbedringsarbejder." 2016.

Haggerty, J. L., R. J. Reid, G. K. Freeman, B. H. Starfield, C. E. Adair and R. McKendry (2003). "Continuity of care: a multidisciplinary review." BMJ 327(7425): 1219-1221.

Hall, J., M. Peat, Y. Birks, S. Golder, P. Group, V. Entwistle, S. Gilbody, P. Mansell, D. McCaughan, T. Sheldon, I. Watt, B. Williams and J. Wright (2010). "Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review." Qual Saf Health Care 19(5): e10.

Jane Hessellund et al (2015). "Den patientoplevede sammenhæng i et udrednings- og behandlingsforløb." Klinisk Sygepleje 29(2).

Jansbøl, K. (2014). Sammenhængende patientforløb: Hvad oplever Patienter med autoimmune kroniske lidelser?, KORA.

Joynt, K. E. (2014). "So nice to see you again: physician continuity and outcomes for heart failure." JACC Heart Fail 2(4): 377-379.

KORA (2015). Styringsreview på hospitalsområdet.

Kullberg, A., J. Larsen and L. Sharp (2013). "Why is there another person's name on my infusion bag? Patient safety in chemotherapy care - a review of the literature." Eur J Oncol Nurs 17(2): 228-235.

Lindegaard, B. R. Q., Peter (2012). "Hvor meget betyder kontinuitet for patienterne? En undersøgelse af fagpersoners tolkning af patientkommentarer fra LUP 2009." NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING 2(4): 307-313.

Martin, H. M. (2010). Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv, Dansk Sundhedsinstitut.

Olesen, K. G., E. Thoft, P. Hasle and T. S. Kristensen (2008). Virksomhedens sociale kapital. Hvidbog. Arbejdsmiljørådet/ NFA.

Overlæge foreningen; Kræftens Bekæmpelse; Yngre Læger; Danske Patienter; Danske Regioner (2015). Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge.

Romair, M. A., S. G. Haber, S. G. Wensky and N. McCall (2014). "Primary care and specialty providers: an assessment of continuity of care, utilization, and expenditures." Med Care 52(12): 1042-1049.

Sanders, A. R. J., I. van Weeghel, M. Vogelaar, W. Verheul, R. H. M. Pieters, N. J. de Wit and J. M. Bensing (2013). "Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review." Family Practice 30(4): 365-378.

Schmidt J. & Honoré L. O. Patienters oplevelse og udbytte af undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling - en interviewundersøgelse. Arbejdsmedicinsk Afdeling, Sydvestsjysk Sygehus (2015).

Schmidt, J. (2011). Blandt fortællinger, patienter og sundhedsprofessionelle. Århus Universitet.

Strandberg-Larsen, M. (2010). "Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet." Ugeskrift for læger 172(10).

Strandberg-Larsen, M. (2011). "Measuring integrated care." Dan Med Bull 58(2): B4245.

Strandberg-Larsen, M. (2012). "Mere sammenhæng mellem ydelserne i det danske sundhedsvæsen? Erfaringer fra Kaiser Permanente." Månedsskrift for almen praksis: 174-181.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016). Sundhedsloven. § 90 a.

Bilag

Bilag 1 Organisatoriske rammer og værdigrundlag for Arbejdsmedicinsk afdeling	53
Bilag 2 Oversigt over aktiviteter i projektperioden	58
Bilag 3 Udfordringer og barrierer	60
Bilag 4 Instruks for pårørendeinddragelse	62
Bilag 5 Instruks for beslutningsstøtteværktøj	64
Bilag 6 Patientspørgeskema	67

Bilag 1 Organisatoriske rammer og værdigrundlag for Arbejdsmedicinsk afdeling

Strategi og ledelse

Sydvestjysk Sygehus har gennem sin strategi for 2014 – 2016 sat fokus på patient inddragelse-/tilfredshed og tilgængelighed for samarbejdspartnere fra den øvrige del af sundhedssektor samt patienter/pårørende. Der er fokus på ledelse og samarbejde, udnyttelse af teknologien og et aktivt forskningsmiljø til at understøtte strategien.

På afdelingsniveau har arbejdsmedicinsk afdeling en politik med følgende visioner og værdigrundlag:

Afdelingens visioner er at kunne

- Sikre at patienten får den bedst mulige afklaring, så afklaringen kan bruges til primær, sekundær eller tertiær forebyggelse
- Formidle viden om sammenhæng mellem sygdom og arbejde til patienten på et evidensbaseret grundlag
- Sikre det bedste patientforløb for udredningen på afdelingen
- Skabe patienttilfredshed.
- Lydhørhed og synlighed hos henviserne (praktiserende læger/fagforeninger/virksomheders arbejdsmiljøorganisation)
- Udvikle samarbejdet med de relaterede lægelige specialer
- Være tilgængelige for patienter, praktiserende læger og fagforeninger.

Værdigrundlag

- Patienten er i centrum
- Vurdering af sundhedsfaglige spørgsmål (herunder diagnostik, behandling og rådgivning) med relation til miljø- og arbejdsmiljøforhold må baseres på klinisk rationel og sundhedsfaglig dokumentation
- Omgangen med den enkelte patient skal være præget af respekt, værdighed, saglighed og nøgternhed, men også af empati.
- Patienten skal have den tid og opmærksomhed der er nødvendig

Det kliniske arbejde

I den arbejdsmedicinske ambulatoriefunktion undersøges patienter, der har brug for en afklaring af mulig arbejdsmæssig baggrund for deres helbredsproblemer. Endvidere sker der vejledning af patienter, som af helbredsæssige grunde har svært ved at klare deres arbejde. Patienterne har ofte flere helbredsæssige problemer, der kan kræve en flerfaglig indsats internt i afdelingen eller henvisning til udredning og behandling i en eller flere andre specialer. Alternativt pågår denne udredning allerede og den arbejdsmedicinske afdeling inddrages i relation til at afklare mulig

sammenhæng mellem helbredsproblemer og påvirkninger i arbejdsmiljøet eller med henblik på at vurdere prognose, funktionsniveau og skånehensyn i forhold til den fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der er i denne sammenhæng ofte behov for at adressere og dokumentere ansvarsfordeling i relation til henviser, øvrige involverede specialer, patientens egen læge, faglige organisation, jobcenter og arbejdsplads. I denne sammenhæng er det patientens kontaktbehandler, der har ansvaret for at koordinere og følge op på behandlingsforløbet og dermed skabe sammenhæng i forløbet. Som en del af denne indsats har arbejdsmedicinsk afdelingen løbende konferencer med lungemedicinsk afsnit, SVS og hudlæger fra afdelingens optageområde i relation til allergologiske, lunge- medicinske og dermatologiske problemstillinger.

I størrelsesordenen 85 % af alle henviste patienter til Arbejdsmedicinsk afdeling kommer fra almenpraksis. De resterende henvisninger kommer primært fra andre speciallæger og for nogle få procents vedkommende fra faglige organisationer og arbejdspladsernes arbejdsmiljøorganisationer, der også har henvisningsret til afdelingen. Der arbejdes aktivt med at kvalitetssikre afdelingens behandlingsplaner med henblik på, at sikre, at der tages hånd om de i henvisningen rejste problemstillinger.

I relation til at afklare den fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet inddrages afdelingens socialrådgivere i en række sammenhænge for at afklare og fremme det socialmedicinske forløb herunder kontakt til den kommunale sektor og dermed til at omsætte lægefaglige diagnoser til levet hverdags-/arbejdsliv.

Kvalitetsarbejdet

Arbejdsmedicinsk afdeling; SVS, Esbjerg har efter fusionen mellem de arbejdsmedicinske afdelinger i Esbjerg og Haderslev i 2010 arbejdet systematisk med den faglige, organisatoriske og patientrelaterede kvalitet med udgangspunkt i udarbejdelse af instrukser, der har implementeret med udgangspunkt i retningslinjerne for Den Danske Kvalitetsmodel.

En samlet instruks for det kliniske arbejde

Med henblik på at afgrænse og tydeliggøre opgave- og ansvarsfordeling i forhold til de enkelte patientforløb har afdelingen valgt at udarbejde en samlet instruks for det kliniske arbejde. Formålet har været, at sikre en ensartet og overskuelig beskrivelse af patientforløbet i afdelingen. Instruksen sikrer en "indgang" til det samlede patientforløb fra visitation af henvisning til afslutning af patienten i afdelingen med link til en lang række tværgående retningslinjer/-instrukser og relevante afdelingsspecifikke instrukser i relation til patientforløbet (1). Det drejer sig også om instrukser

vedrørende journalopbygning og behandlingsplan, der blandt andet skal være med til at sikre en klar opgave- og ansvarsfordeling.

Visitation

Med udgangspunkt i visitationen tager visitator stilling til om afdelingen kan bidrage til den i henvisningen rejste problemstilling. Hvis det er tilfældet vurderes problemstillingens kompleksitet og fokus med henblik på allerede ved visitationen at sikre den bedst mulige kobling mellem problemstilling og faglig ekspertise.

Kontaktpersonordningen

Den enkelte patient tildeles en kontaktperson (kontaktbehandler), som har det overordnede ansvar for patientforløbet i afdelingen og opfølgning på dette. Det er præciseret at kontaktpersonen (der enten er læge eller psykolog) informerer mundtligt om kontaktpersonordningen herunder, at spørgsmål vedrørende undersøgelsen i afdelingen rettes til kontaktpersonen. Kontaktpersonen præciserer afdelingens opgaver, rammer for patientforløb og afklarer patientens forventninger til undersøgelsesforløbet ved den primære kontakt. Det skal fremgå af journalens behandlingsplan, hvem der er patientens kontaktperson, og at patienten er informeret om og indforstået med den iværksatte udredning og behandling. Afdelingen fungerer som uddannelsesafdeling for yngre læger, der under deres ansættelse fungerer som kontaktperson under supervision. Ud over kontaktbehandleren tildeles patienten også en kontaktsekretær, der følger sagen fra første kontakt i ambulatoriet.

Konference

Med henblik på at kvalitetssikre udredning og behandling konfereres alle patienter dagligt efter en fastlagt skabelon med udgangspunkt i henvisningsårsag, en kort fremlæggelse af sygehistorie, relevante eksponeringsforhold, fokuspunkter for dagens patientundersøgelse og plan for videre forløb, herunder fremlæggelse af konklusion på undersøgelsen i forhold til den rejste problemstilling, samt eventuelle forebyggelses-, anmeldelses- og arbejdsfastholdelsesinitiativer. Fremlæggelsen skal være fokuseret og mulige spørgsmål til diskussion skal præciseres.

Supervision

Læger under uddannelse superviseres ud over de i uddannelsesplanens beskrevne aktiviteter dagligt af afdelingens overlæger/afdelingslæge på skift. Indholdet af supervisionen er forberedelse til dagens pati-

ent(er), evt. gennemgang af patienter i forløb og review af journaler. Den yngre læge kan altid tilkalde en af de tilstedeværende speciallæger for at se med eller supplere undersøgelsen af patienten. Den speciallæge der har superviseret i patientudredningen, deltager og superviserer, hvis der efterfølgende foretages et virksomhedsbesøg eller rundbordssamtale. Ikke autoriserede psykologer superviseres ligeledes med struktureret såvel intern som ekstern supervision.

Journalaudit

Ud over konference og supervision er der arbejdet med en kvalitativ tilgang til journalaudit i relation til afdelingens patientarbejde med inddragelse af alle afdelingens behandlere, der har auditeret hinandens journaler. I det omtalte tilfælde blev der ved audit vurderet om eksponerings- og erhvervsanamnesen var relevant og fyldestgørende i forhold til at belyse henvisningsproblematikken og den stillede diagnose.

Denne form for audit kan skabe rammer for en fælles drøftelse, der dels kan være med til at tydeliggøre betydningen af de journalførte oplysninger, dels være med til at skabe en større fælles forståelse af hvad der er vigtigt at få belyst i relation til den stillede opgave (henvisningsproblematikken) og den stillede diagnose.

God arbejdsmedicinsk praksis

Med henblik på at sikre den faglige kvalitet i forhold til den diagnostiske og arbejdsmedicinske udredning udarbejdes og opdateres løbende fælles vejledninger for "god arbejdsmedicinsk udredning" (2). Vejledningerne er placeret på den fælles hjemmeside ARMONI (Arbejdsmedicinens online informationssystem) for de arbejdsmedicinske klinikker i Danmark.

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Resultaterne af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser inddrages i det daglige patientarbejde. Resultaterne af den årlige rapportering er drøftet på personalemøder med efterfølgende handlingsplaner, der blandt andet er implementeret gennem revision af afdelingens kliniske instrukser. Et af omdrejningspunkterne i disse fælles drøftelser har været rammer for modtagelse af patienter, kontaktpersonordning og forventningsafstemning.

Forskning

Afdelingen har erfaring med projekter, hvor man undersøger og forholder sig til behandler – patientrelationen (3,4) og udbytte af rådgivning (5). Aktuelt i relation til afdelingens arbejde med brugerinddragelse er der gennemført patientinterview, der sammen med de øvrige tiltag er med til at sætte behandlerrollen til debat.

Formidling

Afdelingen arbejder i det daglige med koordinering af arbejdsopgaver mellem læge, psykolog og socialrådgiver og deraf følgende kontakt til en række forskellige behandlere ud af huset i forhold til såvel sundhedssektor, social sektor, som arbejdspladser hvor kompleks sundhedsfaglig viden skal formidles og håndteres såvel patientrelateret, som organisatorisk. Dette er også tilfældet i forhold til formidling i fagkredse og bredere målgrupper. Sidstnævnte er blandt andet tilfældet ved afdelingens "forårskonference" - senest under overskriften: "Variation i funktionsniveau gennem arbejdslivet".

Nyansatte – introduktionsprogram

Alle nyansatte medarbejdere gennemgår et introduktionsprogram med fokus på at belyse rammerne og indhold for afvikling af de opgaver, den enkelte medarbejder er ansat til at varetage.

Bilag 2 Oversigt over aktiviteter i projektperioden

Projektplan

Fase 1	Afdækning af nuværende positive erfaringer og udfordringer (uge 1 – 9)
Fase 2	Evaluering basismåling (uge 9 – 18) patient - medarbejdere
Fase 3	Udvikling og beskrivelse af rollen som behandlingsansvarlig læge (uge 1 – 18)
Fase 4	Kompetenceudvikling - fælles beslutningstagen (uge 14 – 16)
Fase 5	Afprøvning (uge 19 – 42)
Fase 6	Evaluering (uge 43 – 48)
Fase 7	Sammenskrivning og formidling (uge 1 – 12)

Oversigt og beskrivelse af centrale aktiviteter

Dato (2016)	Aktivitet	Styregruppe
15. januar	Fredagsformidling: Kontaktbehandlerrollen – vigtige opgaver	
26. januar	Personalemøde: Plan/kalenderopdatering	
9. februar	Afdelingsledelsesmøde Sydvestjysk Sygehus. Præsentation af pilotprojektet og drøftelse af barrierer.	
4. marts	Workshop: Kontaktbehandlerrollen – positive erfaringer og udfordringer. Hvilke funktioner skal: udvikles, undgås, fastholdes eller parkeres?	
18. marts	Workshop: Patienttilfredshedsinterview	
18. marts	Fredagsformidling: Læring/evaluering	
8. april	Workshop 1: Diskussion af ramme for ”behandlingsansvarlig læge” og introduktion til relationel- og informationskontinuitet og fællesbeslutningstagning. Deltagelse af ViBIS, CBJ/ VHB	
21. april	Undervisning i Fælles beslutningstagning Simulationsøvelser og drøftelse af forskellige beslutningsstøtteværktøjer. Deltagelse af ViBIS, CBJ/ VHB	
29. april	Workshop 2: Gruppearbejde og udarbejdelse af afdelingsinstrukser for fællesbeslutningstagning, behandlingsplan og pårørendeinddragelse. Case til afprøvning af funktioner for den ”patientansvarlige læge”. Deltagelse af ViBIS, CBJ/ VHB	
maj	Måling af Social Kapital	SVS
9. maj	Workshop 3: Drøftelse af udkast til instruks for pårørendeinddragelse og beslutningsstøtteværktøj. Drøftelse af patientspørgeskema.	
27. maj		SVS
30. maj	Følgegruppemøde: Introduktion til pilotprojekt og drøftelse af ramme og barrierer. Drøftelser af fællesbeslutningstagning, samt ønsker	

	til behandlingsplanen. Deltagelse af patienter, praksislæge, sygeplejerske, speciallæger og stabsmedarbejder	
9. juni	Personalseminar: Workshop om barrierer (stenknuserøvelse). Grupperarbejde om den "tværgående patientansvarlige læge" (bl.a. hvilke opgaver skal han løse – og hvordan tildeles han?). Videre drøftelser om behandlingsplanen. Deltagelse af lægelig direktør, følgegruppe og ViBIS, CBJ	
Uge 27-30	Patientspørgeskema til vurdering af patienters oplevelse af inddragelse og sammenhæng. 32 indrullerede patienter.	
26. august	Personalemøde: Status implementering pårørendeinddragelse, fælles beslutningstagning. Plan for det videre arbejde med behandlingsplanen og den "tværgående patientansvarlige læge". Resultater fra patientspørgeskemaundersøgelse.	
7. september	Studietur til Forløbskontoret for kræftpakker på Sydvestjysk Sygehus	
15. september	Styregruppemøde	Region
19. september	Styregruppemøde	SVS
19. september	Følgegruppemøde om behandlingsplanen og den "tværgående patientansvarlige læge".	
14. oktober	Workshop om behandlingsplan. Gennemgang af forskellige modellerne for udarbejdelse af behandlingsplan samt drøftelse heraf.	
28. oktober	Fredagsformidling om den regionale evaluering af pilotprojekterne ved Center for Kvalitet i Region Syddanmark	
2. november	Udkast til rapport om pilotprojekt	
3. november	Projektervaluering ved Center for Kvalitet i Region Syddanmark (uge 44)	
14. november – 1. december	Patienttilfredshedsundersøgelse (efter-måling)	
november	Social Kapital	
4. november	Workshop – udkast rapport	
21. november	Følgegruppemøde – konklusion og anbefalinger	
13. december	Styregruppemøde	SVS
16. december	Styregruppemøde	Region

Bilag 3 Udfordringer og barrierer i forhold til kontaktbehandlerrollen

Hvilke positive erfaringer oplever du med kontaktbehandlerrollen?

- Følge patienter og få feedback fra patienter og behandlere med deraf følgende læring og faglig erfaringsopbygning.
- Ressourcebesparende da du ikke hele tiden skal til at forholde dig til forudgående ofte lange sygeforløb, som du ikke kender.
- At det er tydeligt med ansvarsfordelingen.
- Ansvarsfølelse over for patienten og dennes tillidsforhold til dig som behandler.
- Det er med til at give arbejdsglæde – med til at arbejdet opleves meningsfuldt.
- Patienten bliver tryk.
- Positiv feedback fra patienter.
- Anerkendelse fra kolleger og andre "stakeholders".
- Faglig (og personlig) "tilfredshed".
- Gode vilkår i afdelingen for patientinddragelse som følge af fokus på og fælles forståelse for vigtigheden heraf.
- Individuelt tilpassede forløb med fornemmelse af afklarede patienter, hvis viden, præferencer, ressourcer og behov er anvendt ved formulering af behandlingsplanerne.
- At samtalen har lettet dem, da de nu har fortalt deres historie og at den er skrevet ned.
- At de har følt deres symptomer anerkendt eller at de selv har erkendt, at de er syge
- At de har følt sig hørt
- At de nu har en retning de skal gå i eller at de ved, hvordan de skal forholde sig det næste stykke tid.
- Jeg afslutter undersøgelsen med "har du nogle spørgsmål eller kommentarer til mig her til slut?"
Det sker ofte, at pt. på den måde giver feedback, hvilket styrker min bevidsthed om, hvad det er for nogle - ofte oversete faktorer - der gør en forskel for dem.
- De synes stemningen i huset og husets indretning er rar, fordi det ikke ligner et sygehus.
- De har ofte været nervøse for hvad dagens samtale skulle handle om, og der var det rart for dem, at jeg fra en start forklarede proceduren og gav dem mulighed for at undre sig eller stille spørgsmål.
- De synes samtale var behagelig trods et svært emne og følte empati og forståelse trods nødvendige "kritiske" spørgsmål til anamneseoptaget.
- Når det lykkes at få tværfaglige grupper til at arbejde sammen om patienternes trivsel i mere komplicerede sager. F.eks. at få psykiatri og jobcenter til at arbejde sammen om at finde holdbare løsninger til patienterne, så de kan komme tilbage i arbejde. Dette havde ikke kunne lade sig gøre uden at der var en kontaktbehandler, som holdt styr på alle tråde og fik systemerne til at snakke sammen.

I denne sammenhæng er det interessant at de der ikke fungerer som kontaktbehandlere i afdelingen noterer:

- Patienterne oplever, at der er styr på deres sag, og at der bliver fulgt op på deres sag. Det der bliver lovet, bliver holdt, samt at kontaktpersonen er let at få kontakt til.
- At patienten ved hvem de har været inde ved når de f.eks. kontakter os i sekretariatet, hvis de skal tale i tlf. med behandleren, Det giver en vis ro / tryghed for patienten.



- At kontaktlægen er meget obs. på hvad der skal ske videre med patienten

Hvilke udfordringer oplever du med kontaktbehandlerrollen?

- Der er ikke overensstemmelse forventninger og hvad vi tilbyder.
- Med enkelte patienter lykkes det ikke at afstemme forventningerne i tilstrækkeligt.
- Frustrationer i forhold til kommuners og arbejdsskadestyrelsens håndtering/behandling af mine patienter.
- Frustrationer i forhold til tidligere udredning og behandling foretaget i andet regi.
- Du kan overse relevante differentialdiagnoser, data, problemstillinger etc. og dermed forsinke undersøgelse/behandling eller andre relevante tiltag for eksempel socialmedicinsk.
- Sygdom og fravær af anden grund af kontaktbehandler kan forsinke undersøgelse og behandling med mindre man sikrer sig at andre tager sig af problemer ved længerevarende fravær.
- Omstændigheder, der udfordrer kontinuiteten, svækker 'følingen' med forløbet (fx kurser, ferie)
- Ingen mulighed for at følge forløbet, hvis pt. afsluttes efter første kontakt
- Uoverensstemmelser i opfattelsen af forløb (fx arbejdsskadessag) medfører informationsmæssige udfordringer mellem patient og behandler.
- At vi/jeg er gode nok til kommunikation. Som regel kan vi godt informere – specielt om det rent faglige, sygdommens kliniske betegnelse, årsag, behandling, prognose, men at få kommunikeret den relevante (for patienten) information til patienten fordrer, at vi også hører på hende/ham.
- Stigende krav til dokumentation.
- Utilstrækkelige informationer om patienternes forløb ved egen læge.
- De fælles kliniske konferencer har for kort tid til psykologsager.
- At der ikke er andre til at overtage opgaven ex. under ferie, kurser, hvilket resulterer i op-hobning af opgaver i dueslag og en ofte fyldt mailbakke.
- At det kan være svært at finde plads i kalenderen til opgaver, der ofte kommer med kort varsel.
- At være uenig med patientens egen opfattelse af sammenhænge.
- Det kan være vanskeligt at forventningsafstemme.
- Det kan være vanskeligt at skulle tale med andre faggrupper udenfor arbejdsmedicinsk afdeling, da de arbejder på andre måder/har andre forudsætninger/arbejdsgange end os. Nogle gange føles det som om der er modvilje på.
- Kulturbarrierer.
- Nogle patienter med anden etnisk baggrund og enkelte danske har en forventning om en mere paternalistisk læge.

Bilag 4 Instruks for pårørendeinddragelse

[Sydvestjysk Sygehus](#) - [Arbejdsmedicin, SVS](#) - [2 Kerneydelser](#) - [2.1 Patientundersøgelser](#) - [2.1.3 Den tværgående patientansvarlige læge](#)

	Arbejdsmedicin, Emne:Arbejdsmedicin, Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.			SVS SVS	Niveau:  Instruks
Inddragelse af pårørende og brug af bisidder					
Dokumentbrugere: SVS/Arbmiljmed Læseadgang: Alle	Forfatter: Jan Schmidt	Dokumentansvarlig: SVS/Arbmiljmed	DokumentID / Dokumentnr. 525350 /	Version: 1.1	Godkendt af: Jesper Rasmussen 30.06.2016

- 1) [Formål](#)
 - 1.1) [Baggrund](#)
- 2) [Fremgangsmåde](#)
- 3) [Dokumentation og overvågning](#)
- 4) [Referencer og litteratur](#)

1) Formål

At sikre patienterne mulighed for at inddrage pårørende eller anden bisidder ved undersøgelse i det Arbejdsmedicinske ambulatorium.

1.1) Baggrund

Rammerne for inddragelse af pårørende fremgår af Sundhedsloven, og er yderligere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om "Sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patientens pårørende" samt nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge og i en tværgående retningslinje for Sydvestjysk Sygehus: "Patientens og pårørendes inddragelse som partnere".

I Sundhedsstyrelsens Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge angives det, at sundhedspersonalet skal sikre sig, at patienten er indforstået med, at bisidderen får de samme informationer som patienten selv. Det gælder dog, at sundhedspersoner uden at overtræde tavshedspligten kan informere pårørende om generelle forhold vedrørende en sygdom og behandlingsmulighederne samt om de pårørendes muligheder for at yde og få støtte generelt. De kan også gå i dialog med de pårørende om disses oplevelse af situationen og de problemer, de pårørende oplever.

Et samtykke bør indhentes i dialog med patienten og på grundlag af en tilstrækkelig information til patienten. Det bør bl.a. indgå i dialogen, hvilken betydning, praktisk såvel som psykologisk, det kan have, at pårørende bliver informeret eller ikke informeret.

2) Fremgangsmåde

I indkaldelsesbrevet til Arbejdsmedicinsk Afdeling side 2 under "De vigtigste informationer, "Dine rettigheder" informeres patienten om sin ret til at medtage en bisidder. Det kan være i form af et familiemedlem, en ven, en kollega eller en anden person efter eget valg. Patienten orienteres endvidere om mulige fordele ved at medtage en bisidder.

- Inddragelse af bisidder sker i praksis ved, at behandleren ved samtalestart spørger til, hvem patienten har med som bisidder (familiemedlem, tillidsmand, etc.) med udgangspunkt i det udfyldte samtykke vedrørende bisidder.
- Behandler sikrer sig, at patienten er indforstået med, at bisidderen deltager i undersøgelsen og får de samme informationer som patienten selv.
- Patienten informeres om, at han/hun til enhver tid kan bede om, at dele af samtalen foregår uden bisidder (at den pårørende går udenfor døren).
- Det afklares endvidere, om patienten er indforstået med, at bisidderen inddrages undervejs og ved afslutning af samtalen, hvor det er relevant, eller hvor denne mener at have informationer af betydning for undersøgelsen, i forhold til beslutningstagning og/eller overgange i forhold til videre undersøgelse og behandling.
- Det noteres i behandlingsplanen, hvem der har deltaget som bisidder i undersøgelsen, og at patienten er indforstået med, at bisidderen deltager i undersøgelsen og får de samme informationer som patienten.

3) Dokumentation og overvågning

Oplysningerne vedrørende bisidder og accept af dennes deltagelse i henhold de beskrevne retningslinjer noteres under nøgleordet "Information og accept" i behandlingsplanen.

Eventuelle aftaler, der involverer bisidder/pårørende med relation til videre undersøgelse og behandling noteres også i behandlingsplanen under nøgleordet "Information og accept".

4) Referencer og litteratur

Tværgående retningslinje for Sydvestjysk Sygehus: [Patientens og pårørendes inddragelse som partnere](#).

Vejledning nr. 9494 af 4 juli 2002. [Sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patientens pårørende](#). Sundhedsstyrelsen.



Sundhedsloven (Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010)

Sundhedsstyrelsens vejledning.

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/F6CCABEE93BA4600B47B44C45510D79F.ashx>

Bilag 5 Instruks for beslutningsstøtteværktøj

[Sydvestjysk Sygehus](#) - [Arbejdsmedicin, SVS](#) - [2 Kerneydelser](#) - [2.1 Patientundersøgelser](#) - [2.1. 3 Den tværgående patientansvarlige læge](#)

	Arbejdsmedicin, Emne: Arbejdsmedicin, Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.			SVS SVS	Niveau:  In- struks
Bestutningsstøtteværktøj					Godkendt af:
Dokumentbrugere: SVS/Arbmiljmed Læseadgang: Alle	Forfatter: Jan Schmidt	Dokumentansvarlig: SVS/Arbmiljmed	DokumentID / Dokumentnr. 525247 /	Versin: 1.1	Jesper Rasmussen 30.06.2016

- 1) [Formål](#)
- 2) [Fremgangsmåde](#)
- 3) [Dokumentation og overvågning](#)
- 4) [Referencer og litteratur](#)

1) Formål

- Sikre systematisk inddragelse af alle patienter i beslutninger vedrørende eget behandlingsforløb.
- Sikre at beslutninger træffes i samarbejde og med udgangspunkt i både patientens- og den fagprofessionelles perspektiv.

2) Fremgangsmåde

1. [Beslutningsstøtteværktøjet](#) kan benyttes, hvor der vurderes, at være en beslutningsanledning og hvor det vurderes, at kunne hjælpe patienten til at forstå mulighederne samt understøtte beslutningstagningen^{5[1]}.
2. Læger, psykologer og socialrådgivere mv. kan anvende beslutningsstøtteværktøjet.
3. Det er væsentligt at sikre, at patienten er opmærksom på, at der skal træffes en beslutning samt at afklare, hvor langt patienten er i sine overvejelser. Følgende understøttende spørgsmål kan anvendes i dialogen:
 - a. Hvilken beslutning står du overfor?

^{5[1]} Forskning har vist, at det er de svageste patienter, der profilerer bedst på brugen af beslutningsstøtteværktøjer (cbj).

- b. Hvor langt i processen er du med at træffe en beslutning?
 - c. Foretrækker du at træffe beslutningen i samarbejde eller alene? Hvem kan støtte dig?
 - d. Hvem har ellers interesse/ er involveret i den beslutning du skal træffe? Arbejdsgiver? (Afklar om patienten føler sig presset af andre).
4. Skemaet (se bilag) udfyldes i konsultationen. Patient og fagperson udfylder skemaet i samarbejde, med udgangspunkt i dialog om muligheder samt risici og fordele ved disse. Skemaet kan udfyldes løbende eller mod afslutning af konsultationen. Fagpersonen kan i dialogen om behandlingsmuligheder og i forbindelse med udfyldelse af skemaet sikre sig, at patienten har forstået den faglige information om behandlingsmulighederne, men bør også hjælpe patienten til at reflektere over hvilken betydning behandlingsmulighederne, vil have for patientens privatliv og situation.
- Understøttende spørgsmål kan anvendes når skemaet udfyldes:
- a. Nævn de væsentlige fordele og risici ved disse behandlingsmuligheder.
 - b. Brug stjerner (*) til at vise hvor meget hver fordel eller risiko betyder for dig. 5 stjerne signalerer at det betyder meget for dig. Ingen stjerner signalerer at det ikke betyder noget for dig.
5. "Fravalg af behandling" og "henvisning til yderligere udredning" betragtes også som en "behandlingsmulighed" i beslutningsstøtteværktøjet.
6. Anvend simpel og logisk angivelse af risiko. F. eks. altid "x antal ud af 100 får bivirkninger ved denne behandling".
7. Invitér de pårørende til deltagelse i drøftelserne, hvis patienten har givet samtykke hertil (se instruks for pårørendeinddragelse i arbejdsmedicinsk afdeling).
8. Drøft patientens prioritering af behandlingsmuligheder og fortæl patienten at én mulighed ikke nødvendigvis udelukker en anden, på et senere tidspunkt.
9. Patienten kan tage det udfyldte skema med hjem og tænke over beslutningen (evt. sammen med pårørende), eller der kan træffes beslutning umiddelbart, hvis patienten er klar.
- a. Giv patienten visitkort med angivelse af hvordan du kan træffes.
10. Sørg for, at patienten har adgang til information om behandlingsmuligheder, hvor det forefindes/er relevant i situationen (pjece, link, hjemmeside el. lign).

3) Dokumentation og overvågning

Dokumenteres under "Accept og information" behandlingsplanen. Det noteres, at der er brugt et beslutningsstøtteværktøj.

Hvis der er divergerende meninger hos patient og behandler, noteres dette.

Det noteres, om der har været bisidder tilstede, samt hvem dette er.

4) Referencer og litteratur

Ottawa Personal Decision Guide, Ottawa Hospital Research Institute, Canada. O'Connor, Stacey, Jacobsen 2007.

Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Charlotte Bredahl Jacobsen, Vibe Hjelholt Pedersen, Kristina Albeck. Dansk Sundhedsinstitut. 2008.

Bilag:

[1, Beslutningsstøtteværktøj](#)

Bilag 6 Patientspørgeskema

Arbejdsmedicinsk Afdeling deltager i pilotprojektet "Den behandlingsansvarlig læge", der handler om at blive bedre til at inddrage patienter og deres pårørende, samt skabe sammenhæng i undersøgelse og behandling.

Vi vil derfor gerne blive klogere på din oplevelse af samtale og undersøgelse i afdelingen.

Alle besvarelser er anonyme.

**Sydvestjysk
Sygehus**

Når du tænker på den samtale, du netop har haft...

I hvor høj grad blev der gjort en indsats for at hjælpe dig med at forstå din helbredssituation?

0 er dårligst, 9 er bedst.

- Slet ikke (0)
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- I høj grad (9)

Når du tænker på den samtale, du netop har haft...

I hvor høj grad blev der gjort en indsats for at høre, hvad der betyder mest for dig, når det gælder din helbredssituation?

0 er dårligst, 9 er bedst.

- Slet ikke (0)
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- I høj grad

Når du tænker på den samtale, du netop har haft...
I hvor høj grad blev der gjort en indsats for at inddrage det, der er vigtigt for dig i beslutningen om, hvad der nu skal ske?

0 er dårligst, 9 er bedst.

Slet ikke (0)

1

2

3

4

5

6

7

8

I høj grad

Var der ved samtalen/ undersøgelsen i dag den nødvendige tid til dig?

I meget høj grad

I høj grad

I nogen grad

I ringe grad

Slet ikke

Ved ikke

Ikke relevant for mig

Havde du en ledsager med, som deltog ved samtalen/ undersøgelsen i dag?

Ja

Nej

Gav personalet din ledsager mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/ behandling?

Sæt kryds under den beskrivelse der passer bedst til din oplevelse.

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Var du inden din samtale/ undersøgelse blevet informeret om, hvad der skulle ske?

Sæt kryds under den beskrivelse der passer bedst til din oplevelse.

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Fik du svar på de spørgsmål, du stillede ved din samtale/ undersøgelse?

Sæt kryds under den beskrivelse der passer bedst til din oplevelse.

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Blev du informeret om, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål?

Sæt kryds under den beskrivelse der passer bedst til din oplevelse.

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Hvor mange gange har du været på Arbejdsmedicinsk Afdeling med dit nuværende helbredsproblem?

- Første gang i afdelingen
- 2 eller flere gange

Har du haft kontakt til andre hospitalsafdelinger i forbindelse med dit nuværende helbredsproblem?

- Ja
- Nej

Side 6 og 7 besvares kun, hvis du har været i denne afdeling flere gange, eller at du har haft kontakt til andre hospitalsafdelinger i forbindelse med dit nuværende helbredsproblem.

Oplever du, at én person har et særligt ansvar for dit samlede behandlingsforløb?

Sæt kryds under den beskrivelse der passer bedst til din oplevelse.

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Skriv hvem og i hvilken afdeling han/hun arbejder?

Har du tillid til den person, som har et særligt ansvar for din behandling?

Sæt kryds under den beskrivelse der passer bedst til din oplevelse.

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Oplever du, at den person, som har et særligt ansvar for din behandling:

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant for mig
1. Kender dine behov i relation til dit helbredsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kender til behandling du har fået af andre behandlere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hjælper dig med at få den behandling, du har brug for af andre behandlere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kontakter andre behandlere om dit forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det vigtigt, at den person som har et særligt ansvar for din behandling, kontakter andre behandlere om dit forløb?

- I meget høj grad
- I høj grad
- I nogen grad
- I ringe grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ikke relevant for mig

Har du i øvrigt nogle bemærkninger?

Tak for din besvarelse

Med venlig hilsen
Arbejdsmedicinsk Afdeling
Sydvestjysk Sygehus