



EVALUERING AF PROJEKT "PATIENTANSVARLIG LÆGE"

Tilgange, implementering og erfaringer i
Region Midtjylland

TVÆRGÅENDE RAPPORT

Evaluering af projekt "patientansvarlig læge"

Tilgange, implementering og erfaringer i Region Midtjylland – tværgående rapport

DEFACTUM®, Region Midtjylland, juni 2017

Emneord: Patientansvarlig læge, hospital, implementering, pilotprojekt, evaluering

Forsidefoto: Michael Harder, Kommunikation, Aarhus Universitetshospital

Hovedforfatter:

Chefkonsulent Morten Greve, DEFACTUM, Region Midtjylland

Desuden bidrag fra:

Organisationskonsulent Kasper Bjørn, Koncern HR Udvikling, Region Midtjylland

Konsulent Anne Sophie Boisen, DEFACTUM, Region Midtjylland

Cheflæge Hans Peder Graversen, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Faglig leder Jens Hansen, DEFACTUM, Region Midtjylland

Konsulent Ghita Ølsgaard, DEFACTUM, Region Midtjylland

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 7841 0003

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk under udgivelser.

INDHOLDSFORTEGNELSE

LÆSEVEJLEDNING	1
1 FORORD	2
2 RESUMÉ	3
3 INDLEDNING	5
3.1 Patientansvarlig læge på dagsordnen	5
3.2 Pilotafprøvning i Region Midtjylland	7
4 OM EVALUERINGSUNDERSØGELSEN	9
4.1 Formål, fokus og design	9
4.2 Evalueringsspørgsmål	10
5 PATIENTANSVARLIG LÆGE I PRAKSIS	12
5.1 Hvad betyder "patientansvarlig læge"?	12
5.2 Patientansvarlig læge: Et tværgående signalement	15
6 IMPLEMENTERINGSEVALUERING	21
6.1 Implementeringsproces	21
6.2 Ledelse og organisation	24
6.3 Arbejdsgange	28
6.4 It-understøttelse	31
6.5 Fysiske rammer m.m.	31
6.6 Eksterne snitflader	32
6.7 Ressourceforbrug	33
7 VURDERING AF MÅLOPFYLDELSEN	35
7.1 Patientperspektivet	35
7.2 Lederperspektivet	38
7.3 Medarbejderperspektivet	39
7.4 Opsamling	41
8 EVALUERINGSMÆSSIGE KONKLUSIONER	43
9 APPENDIKS A: PROCES, METODE OG DATA	49
10 APPENDIKS B: IT-LØSNINGSBESKRIVELSE	51

Læsevejledning

Denne rapport kan naturligvis læses som helhed, men der er også flere forskellige indgange til at læse dele af teksten, og alligevel få de vigtigste konklusioner med. Den korte version fås i resuméet på to sider. Resuméet er på sin side et koncentrat af indholdet i konklusionsafsnittet på seks sider (afsnit 8). En mere udfoldet gennemgang af evalueringens resultater og konklusioner fås i afsnittet med selve implementeringsevalueringen (afsnit 6 på 14 sider). Hvert af de tre nævnte afsnit kan med udbytte læses for sig.

Abstract

På basis af interview med patienter, medarbejdere og ledere fra ti pilotafdelinger evalueres implementeringen af princippet om den patientansvarlige læge i Region Midtjylland.

Analysen viser, at der er betydeligt sammenfald mellem interessenternes opfattelse af indholdet i princippet om "patientansvarlig læge", men også at der er stor variation i, hvordan det lokalt er blevet udmøntet – fx med hensyn til implementeringstiltag, teamorganisering, stuegangstilrettelæggelse m.m.

Erfaringerne viser, at denne variation i vidt omfang er velbegrundet i lyset af forskellene på pilotafdelingernes udgangspunkter, patientforløb, rammebetingelser m.m. Der kan dog alligevel gives nogle tværgående anbefalinger:

- Indledende, korte patientinterview kan tydeliggøre formålet med og behovet for et implementeringsprojekt
- Synlig og vedholdende afdelingsledelse såvel som bred dialog i medarbejdergruppen er værdifuld i forhold til at skabe det vigtige tværfaglige afsæt
- En projekt-/implementeringsgruppe bør sammensættes tværfagligt, og gruppens medlemmer bør inddrage deres respektive "faglige baglande" aktivt i processen
- Det kan være nyttigt at erfare sig frem via afgrænsede prøvehandlinger i lille skala
- Vedholdende opfølgning på patientansvaret i forhold til hver enkelt patient på fx morgenkonferencer kan være fremmende for processen.

Det er lokalt lykkedes at opnå gode resultater med en model, hvor den patientansvarlige læge som udgangspunkt går stuegang hos egne patienter, indtil disse udskrives, og hvor der er afsat tid i lægens dagsprogram til denne opgave. Det kan fx ske på den måde, at patientansvaret ligger hos en speciallæge, som uddelegerer patientkontakt og behandlingsansvar til og superviserer en gennemgående yngre læge. Patientansvarets eksterne snitflader har derimod spillet en beskeden rolle i pilotprojekterne. Der er således ikke gjort væsentlige erfaringer med det tværgående patientansvar i forhold til behandlingsforløb, der involverer flere forskellige hospitalsafdelinger.

Interview med patienter, medarbejdere og ledere tegner et billede af, at den foreløbige målopfyldelse i forbindelse med afprøvningen af patientansvarlig læge er ganske tilfredsstillende – men med et rum for forbedring. Det har i den forbindelse vist sig, at der var betydelig forskel på, hvor tæt afdelingerne var på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge ved projektstart.

1 Forord

I november 2016 indgik regeringen, Danske Regioner samt en række faglige organisationer og patientorganisationer en aftale om at omstille det danske sundhedsvæsen til at arbejde efter princippet om den "patientansvarlige læge". Aftaledokumentet fastslår indledningsvist, at "patienterne i det danske sundhedsvæsen skal opleve, at de har én læge, som tager ansvar for deres behandlingsforløb – en patientansvarlig læge". Det er et væsentligt nybrud i en sektor, hvor der i en årrække har været særligt fokus på specialisering, produktivitet og optimering af enkeltprocesser.

Denne rapport formidler resultaterne af DEFACTUM's implementeringsevaluering af projekt "patientansvarlig læge" i Region Midtjylland. Evalueringen belyser forløbet af ti implementeringer af patientansvarlig læge i vidt forskellige hospitalsafdelinger og -afsnit i regionen. Den primære målgruppe for rapporten er de chefer, ledere og medarbejdere i hospitalsvæsenet, som får ansvar for en bred implementering af princippet i de kommende år – i Region Midtjylland såvel som i landets øvrige regioner. Forhåbningen er, at de tilgange, erfaringer og anbefalinger, som præsenteres i det følgende, vil kunne være til støtte og vejledning i den implementeringsproces, der forestår. Bemærk, at denne rapport rummer en samlet evaluering på tværs af pilotprojekterne, mens den supplerende baggrundsrapport tilbyder uddybende analyser af de enkelte projekter hver for sig. Har man fx særlig interesse i, hvordan implementeringen er forløbet i en kræftafdeling, en ortopædkirurgisk afdeling, en medicinsk afdeling eller andet, er der nyttig viden at hente her.¹

Evalueringsundersøgelsen viser, at der ligger en ganske udfordrende opgave foran de arbejdspladser, som i den kommende tid skal have en ny kabale til at gå op. Det viser sig til gengæld også, at det er en omstilling, som under de rette omstændigheder kan give masser af mening for patienter og pårørende; for speciallæger såvel som yngre læger; og for de øvrige faggrupper på hospitalerne. Patientudbyttet omfatter øget tryghed og styrket oplevelse af kontinuitet i behandlingsforløbene, mens udbyttet for faggrupperne kan omfatte øget faglig læring og mere tilfredsstillende rammer for arbejdet.

Der skal rettes en varm tak til den brede kreds af personer, som på uundværlig vis har bidraget til evalueringsarbejdet. Pilotafdelingerne har frem for alt stillet sig til rådighed med planlægningsmæssig assistance såvel som i rollen som informanter i et omfang, der ligger ud over det, man med rimelighed kunne forvente. Samtidig har patienter fra Onkologisk Afdeling i Herning, Hæmatologisk Dagafsnit i Holstebro, Diagnostisk Center i Silkeborg og Ørenæse-hals-afdelingen på Aarhus Universitetshospital beredvilligt stillet op til interview i forbindelse med vores besøg på de respektive hospitaler. Vi er meget taknemmelige for al den venlige og kvalificerede hjælp, vi har fået undervejs. Det skal dog understreges, at ansvaret for fejl og mangler i rapporten udelukkende hviler på DEFACTUM.

Vi håber, at rapporten vil bidrage til at kvalificere det fortsatte arbejde med et udfordrende og perspektivrigt princip for mødet mellem læge og patient i hospitalsvæsenet.

God læselyst!

DEFACTUM
Aarhus, 28. juni 2017

¹ Se www.defactum.dk/publikationer

2 Resumé

Denne implementeringsevaluering baserer sig fortrinsvist på kvalitative kilder, herunder især et stort antal interview med patienter, medarbejdere og ledere fra ti pilotafdelinger. Hensigten er at bidrage til grundlaget for det videre arbejde med patientansvarlig læge i Region Midtjylland og i resten af regionerne. De vigtigste konklusioner opsummeres i det følgende.

Hvordan er princippet om den patientansvarlige læge omsat til praksis?

Analysen underbygger, at der er tæt sammenfald mellem patienter, ledere og medarbejders opfattelse af princippet indhold. Forventningen er, at den patientansvarlige læge...

- ...tager et gennemgående ansvar for patientens behandlingsforløb som helhed
- ...møder patienten på de vigtige tidspunkter i forløbet
- ...inddrager patienten aktivt i tilrettelæggelsen af forløbet
- ...er tilgængelig for og formidler information til patienten, de pårørende m.m.
- ...indgår i tværfagligt samarbejde om patientens forløb.

Princippet er i alle ti tilfælde forankret i en tværfaglig eller lægefaglig teamstruktur. Tildeling af patientansvarlig læge til den enkelte patient sker efter lokalt tilpassede rutiner, mens der er betydeligt sammenfald, hvad angår patientansvarets nærmere indhold. Enkelte afdelinger har gjort gode erfaringer med en model, hvor patientansvaret i konkrete tilfælde ligger hos en speciallæge, som uddelegerer patientkontakt og behandlingsansvar til en gennemgående yngre læge. Speciallægen superviserer så løbende den yngre læge.

Hvad angår øvrige arbejdsgange, er det tilrettelæggelsen af stuegang, der fylder mest i billedet. Flere forskellige modeller er afprøvet. Én tilgang er at fastholde stuegangsansvaret hos den samme patientansvarlige læge, så længe patienten er indlagt. En anden er at afgrænse lægens stuegang til 3-5 sammenhængende dage inden for en uge, hvorefter ansvaret skifter til en ny læge, hvis patienten fortsat er indlagt. En række afdelinger sætter tid af til stuegang hos egne patienter i lægernes dagsprogrammer på bestemte tidspunkter. Andre steder er stuegangsplanlægningen et spørgsmål om den enkelte læges egen prioritering.

Tilrettelæggelsen af selve implementeringsprocessen er grebet an med stor variation. Lokalt har der bl.a. indgået indledende dataindsamling og -analyse; forskellige grader af tværfaglighed; fælles temamøder; udpegede projektgrupper; patientinddragelse; trinvis udvikling via prøvehandlinger; og monitorering af processen.

Hvilke implementeringserfaringer er der gjort undervejs?

Med hensyn til implementeringstilrettelæggelsen viser det sig, at fx korte patientinterview kan udgøre en nyttig indgang til at tydeliggøre formålet med og behovet for et implementeringsprojekt; at det kan være givet godt ud at afsætte tid til en eller flere involverende tværfaglige temamøder i processens første fase; at arbejdet med implementering af patientansvarlig læge bør prioritere den tværfaglige dimension fra første færd; at en eventuel projektgruppe bør sammensættes tværfagligt, ligesom gruppens medlemmer løbende bør inddrage deres respektive "faglige baglande" aktivt i processen; og at det kan være nyttigt at erfare sig frem via prøvehandlinger i lille skala.

Tyngden i ledelsesopgaven ligger på afdelingsniveau, viser interviewene. Der kan være implementeringsmæssige fordele forbundet med en ledelsestilgang, som er synlig, engageret og vedholdende også undervejs i processen. Denne ledelsesform synes bl.a. at skabe bedre forudsætninger for at lykkes med at opnå organisatorisk afstemthed i arbejdet.

Der kan ikke anbefales en bestemt model for teamorganisering. Det synes tværtimod hensigtsmæssigt at afstemme organisatoriske forandrings tiltag med omstillingsbehovet – dvs. med hvor tæt man i forvejen er på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge.

Det største udbytte af teamorganiseringen opnås formentlig, hvis medarbejderne i teamet i høj grad føler en forpligtelse på at assistere hinanden indbyrdes.

Erfaringerne med en stuegangsmodel, der indebærer, at der fx afsættes tid til stuegang i lægens ambulatorieprogram, er alt i alt meget positive. Omvendt kan det skabe problemer for arbejdsgangene på sengeafsnittene, hvis der slet ikke afsættes tid til stuegang hos egne patienter. Der er ikke sikkert grundlag for at vurdere en model, hvor patientansvaret fastholdes, indtil patienten udskrives, op imod en model, hvor patientansvaret er afgrænset til fx tre dage. Det er dog værd at bemærke, at det faktisk har vist sig muligt at implementere førstnævnte mere ambitiøse model med gode resultater.

I flere afdelinger har det været værdifuldt, at der sker en vedholdende opfølgning på patientansvaret i forhold til hver enkelt patient på fx morgenkonferencer. Omvendt er der også afdelinger, hvor en stærk uformel kultur synes at overflødiggøre denne form for opfølgning.

It-understøttelsen ses generelt ikke som en implementeringsbarriere, snarere som et udfoldet potentiale. De aktuelle svagheder vil formentlig blive håndteret via et igangværende udviklingsarbejde i regionen. De fysiske rammer *kan* spille en væsentlig rolle i forbindelse med implementeringen af patientansvarlig læge. Det gælder især afstanden mellem de forskellige regi, en læge eventuelt skal bevæge sig imellem i løbet af dagen.

Pilotafdelingernes eksterne snitflader – til andre afdelinger, almen praksis m.m. – har indtil videre spillet en beskeden rolle i projektarbejdet. Fokus har været på god stafetoverlevering til anden læge; på ansvaret for bl.a. overførte patienter, der forventeligt returnerer fra fx intensivafsnit; og på håndtering af opfølgende eksterne henvendelser, der kræver et lægeligt svar. Den patientansvarlige læge kan i konkrete tilfælde beslutte at følge op på egne patienters behandling i andet regi, men en række af de interviewede læger peger på, at dette ikke kan sættes på formel eller gøres til en retningslinje. Den brede implementering af patientansvarlig læge i den kommende tid vil, forudser en del læger, skabe en ny og potentielt udfordrende situation, som de hidtidige erfaringer ikke forbereder pilotafdelingerne på.

Hvad er den foreløbige vurdering af målopfyldelsen?

Interviewene viser, at 60 % af patienterne har oplevet høj personkontinuitet i lægekontakten, men også, at langt de fleste af de 25 patienter har en positiv vurdering af deres forløb på andre parametre (bl.a. sammenhængen i forløbet som helhed). Samlet vurderede 18 ud af 25 patienter (godt 70 %), at deres behandlingsforløb hidtil havde svaret til deres forventninger til en afdeling, der arbejder med patientansvarlig læge. Som helhed må der siges at være tale om en ganske positiv patientvurdering, om end med spillerum for forbedring.

Hvad angår leder- og medarbejdervurderingerne af målopfyldelsen, er billedet sammensat, om end overvejende positivt. Interviewpersonerne fra tre afdelinger er i alt væsentligt enige om, at det lokale pilotprojekt har haft en positiv betydning både for patienterne og fra en organisatorisk synsvinkel. I yderligere to tilfælde er ledervurderingen ligeledes positiv, mens medarbejderperspektivet er mere tvetydigt. I det ene tilfælde oplever en stor del af medarbejderne ikke, at projektet har haft væsentlig betydning under henvisning til i en forvejen velfungerende arbejdstilrettelæggelse. I det andet tilfælde tilslutter medarbejderne sig, at projektet har haft positiv betydning for patientforløbene, mens der peges på problemer i et organisatorisk perspektiv.

I fire afdelinger eller afsnit har der enten ikke været et egentligt pilotprojekt, eller alternativt tilskrives det ikke væsentlig betydning. Dette skal forstås på baggrund af en ledelses- og medarbejdervurdering af, at man i forvejen var ganske tæt på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge. Data underbygger i flere tilfælde denne vurdering. Sluttelig er der en enkelt afdeling, hvor det patientrettede implementeringsarbejde først startede i begyndelsen af 2017, hvorfor det er for tidligt at vurdere målopfyldelsen.

3 Indledning

Regeringen, Danske Regioner samt en række faglige organisationer og patientorganisationer udgav i marts 2015 et nationalt rammepapir vedrørende indførelse af den "behandlingsansvarlige læge" i det danske sundhedsvæsen.² Teksten lægger op til en national pilotimplementering af denne nye forståelse af lægerollen – i dag benyttes betegnelsen "patientansvarlig læge" (PAL) – i forskellige kliniske sammenhænge. I Region Midtjylland blev der således igangsat tolv pilotprojekter, hvoraf ti er kommet så langt, at de har kunnet indgå i den implementeringsevaluering, som hermed afrapporteres. Evalueringsundersøgelsen er gennemført af DEFACTUM, et forsknings- og konsulenthus i Region Midtjylland, og denne rapport udgør undersøgelsens tværgående afrapportering.³

I resten af dette afsnit giver vi en kort introduktion til de senere års debat om behovet for at sikre et tydeligere lægeligt patientansvar i hospitalsvæsenet – og til den konkrete tilrettelæggelse af pilotafprøvningen i Region Midtjylland. Den resterende del af rapporten er disponeret i tre hovedafsnit. Næste hovedafsnit redegør kortfattet for undersøgelsens formål, design og evalueringsspørgsmål. Dernæst følger selve evalueringsanalysen med fokus på det nærmere indhold af princippet om den patientansvarlige læge samt på implementeringserfaringer og foreløbig målopfyldelse. Det afsluttende afsnit opsamler de centrale konklusioner i den tværgående analyse. Som appendiks giver vi en præsentation af proces, metode og datagrundlag i forbindelse med evalueringsundersøgelsen samt af det igangværende it-udviklingsarbejde.

3.1 Patientansvarlig læge på dagsordnen

Vigtigheden af at sikre hospitalsvæsenets patienter et sammenhængende og trygt behandlingsforløb er blevet drøftet i en årrække. Leif Vestergaard Petersen, adm. direktør for Kræftens Bekæmpelse, har fx flere gange advaret mod, at lægeansvaret kommer til at knytte sig til enkeltstående patientkontakter og behandlingstiltag, snarere end til det sammenhængende behandlingsforløb. Han frygter i den forbindelse, at "episodelægen" vinder frem på bekostning af den "behandlingsansvarlige læge", der tager hånd om patientens behandlingsforløb som helhed.⁴ Vestergaard Petersen udpeger en række forskellige årsager til denne udvikling, men opfordrer i særlig grad til, at lægerne og deres faglige organisationer genfinder ansvarligheden i forhold til det sammenhængende patientforløb. Andre har omvendt argumenteret for, at disse problemer i hospitalsvæsenet primært hænger sammen med det overordnede styringsparadigme på området.⁵

Nationalt rammepapir om "den behandlingsansvarlige læge"

Det nationale rammepapir fra marts 2015 giver en indholdsbestemmelse af det begreb om den "behandlingsansvarlige læge", som bl.a. Vestergaard Petersen har slået til lyd for som et ideal. Rammepapiret fastslår, at den behandlingsansvarlige læge "har ansvaret for en plan, et overblik og en sammenhæng i indsatsen for patienten, og for at der er drivkraft i processen på afdelingen/i specialet."⁶ I forhold til de mest komplicerede forløb med behandling på flere forskellige hospitalsafdelinger skal der endvidere udpeges en "tværgående patientansvarlig læge". Rammepapiret åbner for, at mindre komplicerede forløb kan varetages af en

² "Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge", marts 2015.

³ De projektspecifikke analyser findes i den supplerende baggrundsrapport (se www.defactum.dk).

⁴ Se fx artiklen "Er du en episodelæge" i Ugeskrift for Læger, 24. januar 2014 og Vestergaard Petersens kommentar "Episodelæger" i Dagens Medicin, 4. november 2010.

⁵ Fx "Behandlingsansvarlighed – ja tak", kommentar af overlæge Steffen Hjöllund i Ugeskrift for Læger, 14. april 2014.

⁶ "Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge", marts 2015, s. 3.

læge i videreuddannelsesforløb, men som udgangspunkt forventes rollen som patientansvarlige læge udfyldt af en speciallæge.

Rammepapiret beskriver samtidig behovet for at gøre erfaringer med dette syn på lægerollen fremover. På den baggrund vedtog kredsene af regionale sundhedsdirektører derfor i efteråret 2015 at gennemføre en pilotimplementering i de fem regioner. Hensigten var at afprøve den nye beskrivelse af lægerollen og det dertil knyttede ansvarsområde i forskellige kliniske sammenhænge. I forbindelse med regionernes fælles pilotprojekt er det samtidig besluttet, at begrebet "patientansvarlig læge" er den mest dækkende overskrift for tiltaget. I perioden siden offentliggørelsen af rammepapiret har regionerne således gjort erfaringer med princippet om den patientansvarlige læge via 44 lokale pilotprojekter landet over.

Undervejs i pilotprocessen er det blevet klart, at man nogle steder var kommet langt i retning af at realisere intentionerne med patientansvarlig læge allerede før igangsætningen af pilotafprøvningen. Det gælder fx Hæmatologisk Afdeling på Roskilde Sygehus og Ortopædkirurgisk Afdeling på Regionshospitalet Randers.⁷ De første erfaringer tyder dog samtidig på, at implementeringsudfordringerne kan vise sig at være større, jo større og jo mere komplekse de enkelte afdelinger er. Samtidig synes tendensen at være, at man generelt ikke kigger ud over egen afdeling og den behandling, som foregår hér – uanset det behov herfor, som den tiltagende specialisering og kompleksitet i sundhedsvæsenet kan skabe. Flere steder arbejder man med en tværorganisatorisk tilgang – bl.a. på Onkologisk Afdeling ved Odense Universitetshospital – men de lokale aktører understreger, at man ikke er kommet i mål på dette punkt endnu.⁸

Politisk aftale om "den patientansvarlige læge"

I november 2016 indgik de samme parter, som stod bag det nationale rammepapir, en politisk aftale om en national implementering af patientansvarlig læge.⁹ Aftalen fastslår, at den patientansvarlige læge er en gennemgående lægelig figur, som patienten og de pårørende efter behov kan have dialog med. Hvis hensynet til et optimalt behandlingsforløb taler for det, kan patientansvaret overgå til en ny læge, men kun via en tydelig stafetoverdragelse. Patientudbyttet skal være øget tryghed og oplevelse af sammenhæng og fremdrift i behandlingsforløbene, men aftaleparterne har også en forventning om, at styrket patientkendskab vil føre til øget arbejdstilfredshed hos lægerne og en mere hensigtsmæssig udnyttelse af lægeressourcerne.

Fra læge- og forskerside har der generelt lydt opbakning til intentionen med aftalen. Der advares dog imod, at ideen "oversælges" i den politiske sprogbrug – med risiko for at skabe urealistiske patientforventninger om fx ubegrænset adgang til den patientansvarlige speciallæge. Samtidig advares der om en fare for "overkoordinering".¹⁰ Som svar på disse indvendinger pointerer fortalere, at det ikke er tanken, at den patientansvarlige læge skal have

⁷ Se fx "Når patientansvarlige læger er løsningen, hvad var så problemet?", artikel af cheflæge Hans Peder Graversen i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 4, maj 2016; og "Patientansvarlige læger kommer ikke ved et trylleslag", artikel af Anne Steenberger i Ugeskrift for Læger, 11. juli 2016. Jf. også "Patientansvarlig læge på sygehus. En undersøgelse af kræftpatienters og lægers oplevelser", rapport fra Kræftens Bekæmpelse, april 2017.

⁸ "Svært at få den patientansvarlige læge foldet helt ud", artikel af Anne Steenberger i Ugeskrift for Læger, 12. december 2016.

⁹ Aftaledokumenterne "Politisk overligger" og "Uddybende forståelse" kan hentes her: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2016/November/Aftale-om-patientansvarlig-laege-paa-plads.aspx>.

¹⁰ "Professorer: Politikerne oversælger den patientansvarlige læge", artikel af Anne-Line Budolfson i Dagens Medicin, 25. november 2016.

ubegrænset tilgængelighed for patienter og pårørende. Betydningen af en tværfaglig teamorganisering omkring den patientansvarlige læge fremhæves i den forbindelse.¹¹

I henhold til den politiske aftale fra november 2016 skal implementeringen af "patientansvarlig læge" igangsættes på alle hospitaler med start i 2017. Først for alle kræftpatienter (inden udgangen af 2017) og siden for alle øvrige hospitalspatienter, hvor det giver mening (inden udgangen af 2018). Lovgivningsgrundlaget for den nationale implementering foreligger endnu ikke, men formålet med processen bliver under alle omstændigheder at omsætte grundtanken til virkelighed i et stort antal vidt forskellige hospitalsafdelinger landet over.

Hvidbog om "den patientansvarlige læge"

Med afsæt i erfaringerne fra pilotafprøvningen har Danske Regioner i april 2017 offentliggjort en hvidbog for den patientansvarlige læge.¹² Hvidbogens generiske beskrivelse udgør dermed det faglige grundlag for det egentlige implementeringsarbejde.

I forlængelse af diskussionen om afgrænsningen af patientansvaret foretager hvidbogen en række væsentlige præciseringer. De mest centrale er, at...

...patienten skal tilknyttes en patientansvarlig læge, *hvor det er fagligt relevant*; dvs. som udgangspunkt ikke i forbindelse med simple og ukomplicerede behandlingsforløb.

...de pågældende patienter kun skal have én patientansvarlig læge, men nok kan have kontakt til flere forskellige læger med et behandlingsansvar undervejs i forløbet.

...den patientansvarlige læge skal fremstå tydeligt ved behov for kontakt, og skal reagere på relevante henvendelser fra patient, pårørende eller sundhedspersonale ved først givne lejlighed under hensyntagen til øvrige opgaver. Lægen skal *ikke* være til rådighed for henvendelser vedrørende behandlingsforløbet døgnet rundt

...den patientansvarlige læge er fagligt ansvarlig for behandling og behandlingsplan *inden for eget speciale*. Koordinatorfunktion i forhold til patientens samlede behandlingsforløb betyder til gengæld, at den patientansvarlige læge skal have overblik over patientens samlede behandlingsforløb og efter behov være til rådighed for dialog og sparring med læger fra andre specialer.

...implementeringen skal ske med respekt for det enkelte hospitals mulighed for at vælge den tilgang og organisering, som er mest hensigtsmæssig i den lokale kontekst.

3.2 Pilotafprøvning i Region Midtjylland

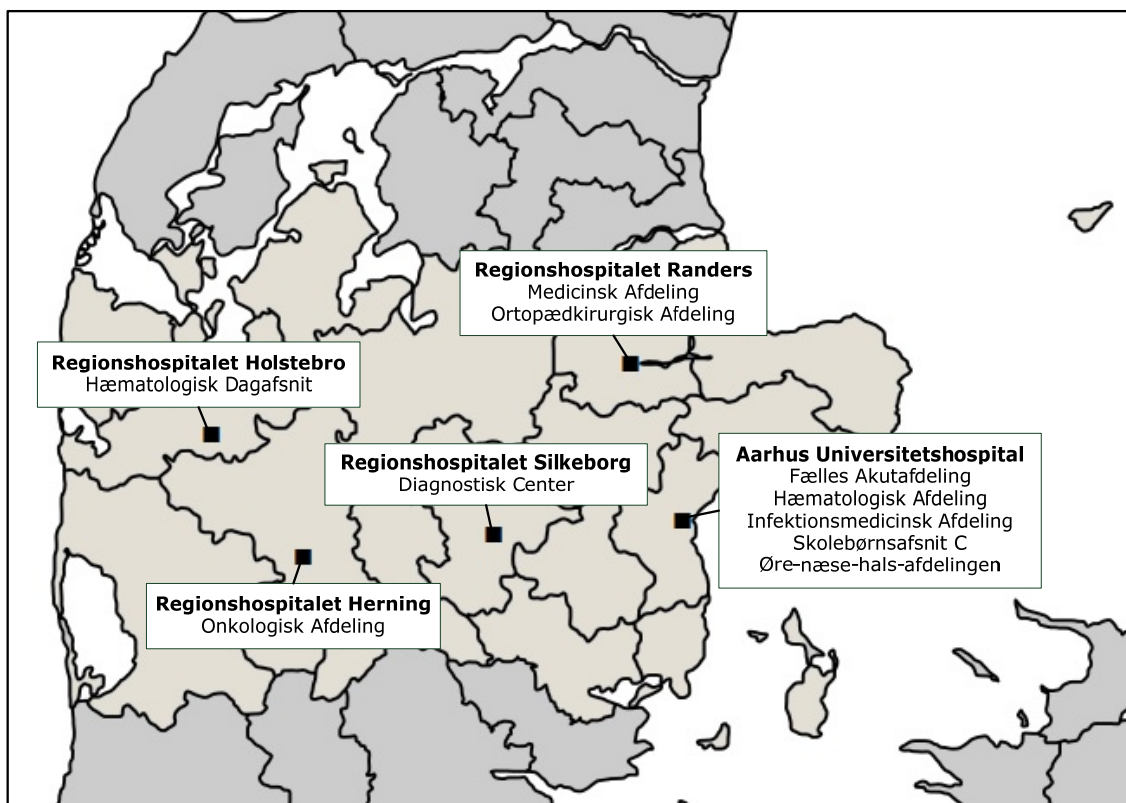
For Region Midtjyllands vedkommende blev der igangsat tolv pilotprojekter med formel projektstart i løbet af 2016. Ti af pilotprojekterne er på nuværende tidspunkt gennemført eller kommet forholdsvis langt, og disse pilotafdelingers erfaringer indgår således i denne evaluering. Fordelingen af de ti pilotprojekter på fem hospitaler er vist på kortet nedenfor.

Pilotprojekterne blev etableret med udgangspunkt i hospitalsledelserne, og det er afdelingernes ledende overlæger henholdsvis de afsnitsledende/specialansvarlige overlæger, der har fungeret som pilotprojektledere. På Aarhus Universitetshospital fik en centerchef dog desuden en holdlederfunktion i forhold til afdelingslederne på det somatiske område. Projektlejerne udformede hver især indledningsvist en beskrivelse af deres afdelings pilotprojekt ud fra en fælles skabelon.

¹¹ "Når stråmændene overtager Dagens Medicin", kommentar af Anja Mitchell, formand for Foreningen af Speciallæger i Dagens Medicin, 28. november 2016.

¹² www.regioner.dk/media/4796/hvidbog20for20den20patientansvarlige20lc3a6ge2c20marts202017.pdf

For en uddybende beskrivelse og evaluering af hvert enkelt pilotprojekt henviser vi til den baggrundsrapport, som offentliggøres samtidig med denne tværgående rapport fra evalueringen. Begge rapporter kan hentes samme sted.¹³



¹³ www.defactum.dk/publikationer

4 Om evalueringsundersøgelsen

Den endelige aftale om igangsætning af en samlet evaluering af Region Midtjyllands pilotprojekter vedrørende implementering af patientansvarlig læge blev truffet i maj 2016 med afsæt i et forslag til evalueringsdesign udarbejdet af DEFACTUM. Selve evalueringsarbejdet finder sted i perioden juni 2016 til november 2017, hvor aktiviteterne fra juni til november 2017 dog relaterer til en udvidet opfølgningsperiode aftalt med Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Aarhus Universitetshospital. Den egentlige projektevaluering afsluttes med nærværende rapport.

4.1 Formål, fokus og design

Det overordnede formål med evalueringsundersøgelsen er at belyse forløbet af de forskellige pilotafprøvninger af princippet om den patientansvarlige læge i Region Midtjylland. Der er særligt fokus på at uddrage piloterfaringer, som kan have værdi for alle de mange afdelinger, der skal i gang med at implementere princippet i deres behandlingsarbejde i den kommende tid.

Evalueringsundersøgelsen er derfor tilrettelagt som en *formativ* implementeringsevaluering, hvor evalueringsarbejdet primært sigter på at beskrive, indsamle erfaringer med og kvalificere en bestemt faglig tilgang eller metode.¹⁴ Evalueringsgenstanden er behandlingsforløb i hospitalsregi organiseret med afsæt i princippet om den patientansvarlige læge. Den formative evaluering belyser, hvordan princippet er omsat til praksis i forskellige kontekster, og hvordan det fagligt bæredygtige patientudbytte kan optimeres.

Der foretages med andre ord ikke en *summativ* effektevaluering i denne sammenhæng. En sådan vil mere hensigtsmæssigt kunne gennemføres, når forståelsen af princippet og perspektivrig lokal implementering heraf er mere veletableret og solid. Som led i evalueringen sker der dog en belysning af den *foreløbige* målopfyldelse i en række af pilotprojekterne på basis af interview med patienter og pårørende såvel som med pilotprojekternes ledere og medarbejdere.

Lokal tilpasning

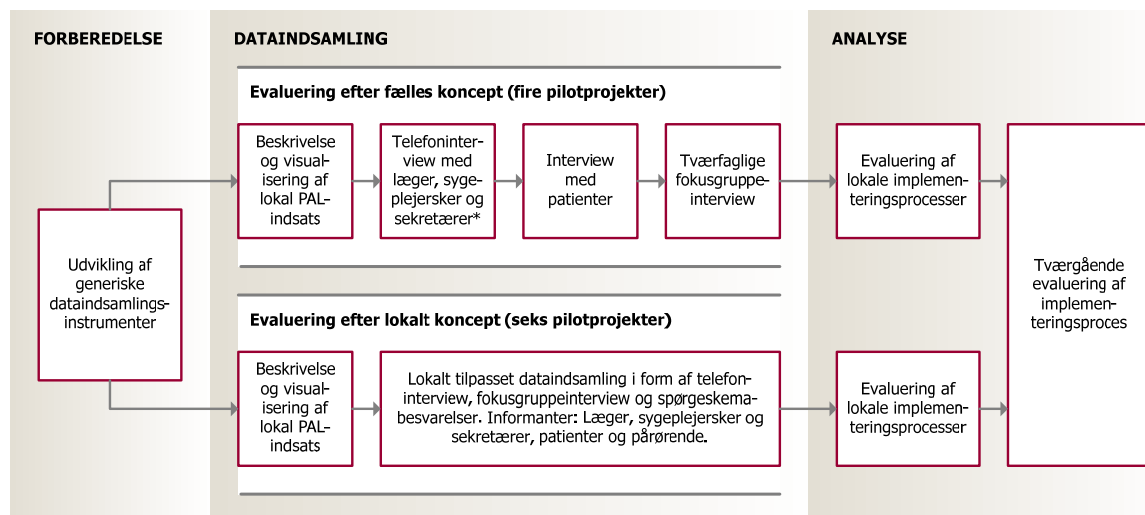
Det har været et centralt hensyn i tilrettelæggelsen af evalueringsundersøgelsen at tage udgangspunkt i, hvilke evalueringstiltag der lokalt er blevet opfattet som velbegrundede og nyttige. Det betyder, at evalueringsarbejdet er blevet grebet forskelligt an fra pilotprojekt til pilotprojekt. Der er dermed også betydelig forskel på, hvilke data der konkret er indsamlet, og på hvor omfattende evalueringsaktiviteterne har været fra sted til sted. Disse forskelle afspejler for det første, at selve implementeringen af patientansvarlig læge er sket på forskellige tidspunkter i de enkelte pilotprojekter – i flere af afdelingerne ligger den primære omstillingsindsats flere år tilbage. I konkrete tilfælde har evaluator og pilotprojekter derfor i fællesskab vurderet, at der ikke har været tilstrækkelig ræson i at gennemføre en udbygget implementeringsevaluering. For det andet har lokale omstændigheder i praksis gjort det urealistisk for enkelte pilotprojekter at gennemføre den planlagte implementering og afprøvning af patientansvarlig læge inden for det afsatte tidsrum.¹⁵ Dette betyder bl.a., at to ud af de tolv planlagte afprøvninger i Regionen i praksis ikke har kunnet inddrages i evalueringsundersøgelsen – det gælder projekterne i Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Horsens, og i Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

¹⁴ Se fx Rossi, P., M. Lipsey & H. Freeman (2004): "Evaluation: A Systematic Approach", Thousand Oaks, CA; Scriven, M. (1996): "Types of Evaluation and Types of Evaluator", Evaluation Practice, årg. 17, nr. 2, s. 151-161.

¹⁵ Der tænkes her især på akut lægemangel, flytteaktiviteter og organisationsændringer.

Evalueringsdesign

Undersøgelsens design og fasestruktur er illustreret i figuren nedenfor. I *forberedelsesfasen* udviklede vi en række generiske dataindsamlingsinstrumenter med afsæt i litteratur og andet skriftligt materiale samt inddragelse af centrale interessenter og videnspersoner (herunder forskere fra DEFACTUM og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet). Der var konkret tale om kortlægningsskabeloner, interviewguider og forskellige sæt af spørgeskemaspørgsmål. Dette materiale har med lokale tilpasninger dannet udgangspunkt for den efterfølgende dataindsamling.



* = I et enkelt tilfælde er denne dataindsamling suppleret med en spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingens medarbejdere

Dataindsamlingsfasen tog udgangspunkt i en afklaring af, hvilke evalueringsaktiviteter der gav mening i hvert enkelt tilfælde. I praksis resulterede denne proces i, at fire pilotprojekter fra fire forskellige hospitaler indgik i uddybet evaluering efter det fælles koncept, som er vist i figuren, mens de resterende seks pilotprojekter er blevet evalueret efter lokalt tilrettelagte koncepter. Som det fremgår ovenfor, var der dog ét evalueringselement, som indgik i dataindsamlingen i forhold til alle ti pilotprojekter: Den lokale tilgang til patientansvarlig læge er i alle tilfælde blevet kortlagt i tekst- og figurform efter det samme grundkoncept.¹⁶

I *analysefasen* er evalueringsarbejdet blevet bygget sådan op, at vi først udarbejdede særskilte evalueringer af hvert af de ti pilotprojekter. Dernæst har vi foretaget en tværgående evaluering af implementeringen som helhed ud fra de samme tematiske overskrifter.

4.2 Evalueringsspørgsmål

Evalueringsundersøgelsen er gennemført med afsæt i tre overordnede evalueringsspørgsmål, som hver for sig er suppleret med nogle uddybende spørgsmål.

1. Hvordan er princippet om den patientansvarlige læge omsat til praksis i Region Midtjyllands ti pilotprojekter?

- Hvad er de centrale interessenters forståelse af princippet?
- Hvordan er den lokale organisatoriske forankring af princippet?
- Hvordan tildeles patientansvar, og hvad består det i?
- Hvordan er princippet i øvrigt indtænkt i de lokale arbejdsgange?
- Hvordan er implementeringen blevet tilrettelagt?

¹⁶ Konceptet trækker bl.a. på Greve, M. (2015): "Styrket implementering gennem indsats-teori", s. 70-89 i Albers, B., H. Høgh & H. Månsson (red.): "Implementering", København: Dansk Psykologisk Forlag.

2. Hvilke implementeringserfaringer har projektafdelingerne gjort undervejs?

- a. Hvilke erfaringer er der gjort med selve implementeringstilrettelæggelsen?
- b. Hvordan er arbejdet med ledelse, organisering og arbejdsgange forløbet i praksis?
- c. Hvad har it-understøttelse og andre rammebetingelser betydet i processen?
- d. Hvilken rolle har projektafdelingernes eksterne snitflader spillet?

3. Hvad er den foreløbige vurdering af pilotprojekternes målopfyldelse?

- a. Hvordan ser målopfyldelsen ud fra et patientperspektiv?
- b. Hvordan ser målopfyldelsen ud fra et ledelses- og medarbejderperspektiv?

Alle disse temaer adresseres i evalueringen, om end det kun er spørgsmål 1, som kan belyses med afsæt i data fra alle ti pilotprojekter. Vi vurderer ikke desto mindre, at det samlede datamateriale muliggør en solid og nuanceret belysning af alle de ovenstående spørgsmål. Der vil oplagt være behov for yderligere evaluerings- og forskningsaktiviteter på området i den kommende tid. Denne rapport tilbyder dog et første afsæt for at implementere princippet om den patientansvarlige læge i nye kontekster med afsæt i konkrete erfaringer.

5 Patientansvarlig læge i praksis

Dette afsnit søger at give svar på det første overordnede evalueringsspørgsmål (og de tilhørende underspørgsmål): "Hvordan er princippet om den patientansvarlige læge omsat til praksis i de ti pilotprojekter?" Datagrundlaget er 25 interview med patienter fra fire af pilotafdelingerne og mere end 50 interview med ledere og medarbejdere fra pilotafdelingerne.

Nedenfor forsøger vi at give et tværgående overblik over, hvordan princippet er omsat til praksis i pilotafdelingerne, både organisatorisk og i form af nye arbejdsgange. I første omgang rejser vi dog spørgsmålet om, hvad "patientansvarlig læge" overhovedet betyder for de centrale interessenter.

5.1 Hvad betyder "patientansvarlig læge"?

I forbindelse med evalueringen af de fire pilotprojekter, hvor evalueringsarbejdet har fundet sted efter et fælles koncept, var det en del af interviewguiderne til de individuelle interview, at hver enkelt interviewperson blev spurgt til sin opfattelse af begrebets nærmere indhold. Nedenfor giver vi et koncentrat af såvel mønstrene som variationen i de svar, vi fik.

5.1.1 Patientperspektivet

Især to synspunkter er gennemgående i patientinterviewene. For det første beskriver en lang række patienter med nært sammenfaldende ordvalg, at patientansvarlig læge for dem betyder, at der er én læge, der tager ansvar for og har overblikket over patientforløbet, så det har både sammenhæng og fremdrift, og så man som patient føler sig i sikre hænder. Et stort antal patienter betoner for det andet vigtigheden af, at man ikke løbende skal møde nyt sundhedspersonale, men at den patientansvarlige læge tværtimod er den gennemgående lægekontakt. Det skaber kendskab, tillid og tryghed, og det betyder, at man undgår at gentage den samme historie. Som en patient antyder, kan skiftende læger fx føre til, at vigtige informationer og erfaringer ikke bliver delt:

"Jeg har været igennem en historie, som jeg ikke orker at fortælle én gang mere. Det er ikke noget, der er sjovt at sidde og sige gang på gang. Og så lader man bare være med at sige det."

En del patientinterview sætter yderligere nuancer på patientperspektivet. Eksempelvis giver flere patienter udtryk for, at det bør være den patientansvarlige læges opgave at sikre, at patienten aktivt bliver inddraget, så vedkommendes interesser og behov bliver tilgodeset undervejs. Andre nævner, at den patientansvarlige læge er den læge, som man kan gå til med spørgsmål, bekymringer eller overvejelser, hvis man har behov for det som patient – evt. formidlet via en sygeplejerske eller lignende.

Det er dog vigtigt at understrege, at ikke alle patienter ser udstrakt personkontinuitet – at det som udgangspunkt er den samme læge, patienten møder hver gang – som en nødvendig forudsætning for, at én læge kan tage det gennemgående ansvar for behandlingsforløbet.

En stor gruppe af patienterne angiver ganske vist, at de forventer og ønsker, at de så vidt muligt kun møder én læge i deres forløb. En anden, lidt mindre gruppe af patienter siger til gengæld, at patientansvarlig læge for dem ikke behøver at være afgrænset til, at man ser den samme læge hver gang – især ikke hvis man som patient ved, at der er tilknyttet et team, som kender patienten, og som konfererer indbyrdes. Fra dette synspunkt er det blot væsentligt, at der faktisk er én bestemt læge, der samler trådene og følger op på, at patienten får den rette behandling gennem forløbet. En patient tilføjer i den sammenhæng, at betydningen af at have en patientansvarlig læge afhænger af sygdommens karakter, hvor patienter i relativt ukomplicerede forløb ikke nødvendigvis har det samme behov for gennemgående lægelig opfølgning.

Til slut skal det nævnes, at en del patienter i første omgang ikke havde nogen klar forestilling om, hvad begrebet "patientansvarlig læge" dækker over. Intervieweren gav da interviewpersonen nogle støttende stikord, og indtrykket er, at forklaringen i de fleste tilfælde gav mening for patienten, som også efterfølgende så sig i stand til at sammenholde egne oplevelser med intentionen bag patientansvarlig læge. I enkelte tilfælde var svaret dog tøvende, selv efter en kort, uddybende forklaring. Man kan med andre ord ikke tage for givet, at begrebet patientansvarlig læge i sig selv gør det tydeligt for patienterne, hvad indholdet i og intentionen med den nye arbejdstilrettelæggelse er.

5.1.2 Lederperspektivet

Hovedtendensen er, at de interviewede ledere frem for alt forbinder patientansvarlig læge med, at én læge har ansvaret for behandlingsforløbet, behandlingsplanen og for de strategiske beslutninger forbundet hermed. Den patientansvarlige læge skal have overblik og sikre fremdrift. Hvis noget ikke går som forventet eller kræver særlig opmærksomhed, er det den patientansvarlige læge, der er forpligtet at reagere. Det bliver ligeledes i en række tilfælde fremhævet som væsentligt, at den patientansvarlige læge sørger for at overdrage ansvaret for patienten til en anden læge, hvis vedkommende eksempelvis skal på konference, ferie osv. Dette skal kommunikeres til patienten og de pårørende. Udbyttet for patienterne er ifølge de ledende overlæger en oplevelse af kontinuitet og tilstrækkelig information undervejs i forløbet. Lægen opnår samtidig et bedre kendskab til patienten og patientens livssituation, hvilket giver tryghed og en oplevelse af at blive set og hørt.

Herudover bliver der i en del af interviewene lagt vægt på, at den patientansvarlige læge skal være den primære person, som patienten og de pårørende kommunikerer med, og at patienten skal kunne komme i kontakt med lægen ved behov. Dette gælder også for forespørgsler vedrørende patienten fra andre sundhedsprofessionelle, fx fra patientens egen læge, andre hospitalsafdelinger m.m. Samlet set er der således en høj grad af sammenfald mellem patient- og lederperspektivet, hvad angår bestemmelsen af begrebets indhold.

En stor del af lederne pointerer, at patientansvarlig læge indebærer en indskærpelse af især de erfarne lægers ansvar for enkeltpatienter. Omvendt nævnes der også en række præciseringer og afgrænsninger af princippet rækkevidde i interviewene. Flere understreger for det første, at det ikke er målet, at patienten kun skal tilses af én læge. En ledende overlæge stiller det således op:

"Patienten skal se det antal læger, der er fagligt belæg for i det enkelte behandlingsforløb. Det er ikke nødvendigvis godt for patienten, at se én eller få læger. Det er et mål, at patienten oplever tillid til lægen, og at fagligheden er i fokus."

Dog nævner en del af lederne i den forbindelse, at afdelingerne bør arbejde for, at deres patienter ikke tilses af flere læger end fagligt hensigtsmæssigt i deres forløb.

Flere ledende overlæger vurderer for det andet, at den tunge indsats i forbindelse med patientansvarlig læge skal målrettes til patienter, som har de længerevarende og komplekse forløb – ikke patienter, som kun er på afdelingen i få dage. På den måde kan man koncentrere ressourcerne omkring de patienter, som har det største behov.

Med hensyn til eksterne snitflader lægger flere af de ledende overlæger for det tredje vægt på, at den patientansvarlige læge skal sikre koordinering med patientens eventuelle forløb i andre afdelinger, *når dette er påkrævet*. De lægger med andre ord vægt på, at der vil være tale om en målrettet indsats i forholdsvis sjældne tilfælde efter et konkret fagligt skøn.

I forlængelse af ovenstående gør flere af interviewpersonerne sluttelig opmærksom på, at personalenormeringer, speciallægemangel, fysiske rammer osv. kan sætte grænser for, hvor ambitiøst man kan gå til implementering af patientansvarlig læge i den enkelte afdeling. De

slår til derfor lyd for vigtigheden af realisme i de målsætninger, der opstilles på vegne af et implementeringsprojekt.

Interviewene udpeger med andre ord også nogle grænser for rækkevidden af patientansvarlig læge fra et ledelsesperspektiv. Generelt kan disse ses som udtryk for en pragmatisk tilgang – primært en lægefagligt begrundet pragmatisme, men flere lægger også vægt på en realistisk tilpasning af ambitionerne til de styrings- og ressourcemæssige rammebetingelser.

5.1.3 Medarbejderperspektivet

I det følgende skelnes mellem udsagn fra de umiddelbare nøglepersoner – læger fra pilotafdelingerne – og udsagn fra de faggrupper, der har en støttefunktion i denne sammenhæng, sekretærer og sygeplejersker.

Lægegruppen

De interviewede lægers forståelse af patientansvarlig læge ligger generelt ganske tæt på det billede, der tegnes fra ledernes side. For en stor andel af lægerne, betyder patientansvarlig læge frem for alt, at én læge tager det overordnede ansvar for patienten fra start til slut i forløbet på afdelingen – til gavn for patientens tryghed såvel som for patientsikkerhed og behandlingskvalitet. Mange tilføjer uddybende, at der er knyttet en række forskellige opgaver til denne rolle, herunder alt fra behandlingsplanlægning til funktionen som kontaktperson for patienter og pårørende i et samarbejde og en dialog, der er gensidig og ligeværdig.

En stor del af interviewpersonerne giver udtryk for, at indførelsen af patientansvarlig læge primært skal ses som en indskærpelse af nogle værdier og arbejdsformer, der i høj grad fandtes i forvejen. Der er dog også en mindre gruppe læger, som ser en højere grad af diskontinuitet i forhold til etableret praksis. Ifølge et par af overlægerne kan patientansvarlig læge eksempelvis betyde, at den enkelte læge i højere grad end tidligere bliver stillet til ansvar for sine beslutninger over for patienten, da vedkommende i mindre grad kan "sende bolden videre".

Også i lægeinterviewene tematiseres nogle grænser for princippet om patientansvarlig læge. Mange af lægerne anerkender, at patienterne generelt har et ønske kun at forholde sig til én læge, men lægger vægt på, at det kun er ved de vigtige hændelser og beslutninger i patientforløbet, at fysisk tilstedeværelse af den patientansvarlige læge er *påkrævet*. Eksempelvis siger en overlæge:

"Jeg lægger det i det, at når patienten kommer ind, så ved patienten, hvem han kan gå til; hvem han skal spørge efter; samt hvem der står for behandlingen. Det kan godt være, at han møder flere læger undervejs, men han ved, at han har en tovholder."

Ved et konsekvent fokus på én gennemgående læge i forløbet kan man miste muligheden for et værdifuldt bidrag fra andre læger, lyder det i flere interview. Det kan i givet fald være på bekostning af kvalitetssikringen af de behandlingsmæssige beslutninger såvel som af yngre lægers læringsmuligheder. En overlæge påpeger i denne sammenhæng, at det især er med en teamorganisering, man kan sikre, at antallet af forskellige læger, der tilser patienten, bliver begrænset.

Hvad angår grænserne for princippet om patientansvarlig læge i øvrigt, er der ligeledes et stort sammenfald med lederinterviewene. Flere læger nævner for det første, at det primært er i de komplicerede forløb, den samme læge bør gå igen. Andre nævner for det andet, at det kan skabe uhensigtsmæssigheder i forhold til ansvarsfordelingen, hvis man som patientansvarlig læge skal have ansvar for dele af behandlingen, som foregår på en anden afdeling. Sluttelig fremhæver et par interviewpersoner, at der er brug for realisme i forventningerne til, hvordan patientansvarlig læge kan udfoldes inden for de eksisterende rammebetingelser.

Øvrige faggrupper

Generelt redegør sygeplejersker og sekretærer meget enslydende for deres forståelse af indholdet i patientansvarlig læge. De fremhæver, at patientansvaret på den ene side består i løbende at sikre overblik, retning og planlægning i det enkelte behandlingsforløb; mens det på den anden også handler om at give sig til kende som gennemgående kontaktperson og kilde til information for patienten. En sygeplejerske eksemplificerer betydningen af funktionen med disse ord:

"Jeg oplever jo, at patienterne bliver på fornavn med lægen. De spørger ind til, om det er Torben eller Jane. De får en fornemmelse af, at de kender lægen, og de føler sig trygge. Mange af vores patienter kører hurtigt igennem, men ind imellem er der patienter, hvor der kan være overbygninger, eller som har noget psykisk med sig. Der sparer man meget ved, at lægen kender patienten og ved, hvilke hensyn der skal tages."

De to faggruppers perspektiv ligger med andre ord tæt på det billede, de øvrige kategorier af interviewpersoner tegner. De tilføjer dog nogle nuancer, i den forstand at flere sygeplejersker og sekretærer lægger vægt på teamaspektet: At patientansvarlig læge skal fungere som en del af et tværfagligt team, der tilsammen sikrer kontinuiteten. De peger på, at den patientansvarlige læge også har en opgave i at stille sig til rådighed for de øvrige faggrupper, når der opstår spørgsmål, udfordringer i forbindelse med booking m.m. Interviewene med sygeplejersker og sekretærer adskiller sig desuden fra leder- og lægeinterviewene ved at grænserne for hvilke ambitioner, der kan opstilles, kun i beskedent omfang tematiseres i interviewene.

Opsamling

Samlet tegner interviewene et ganske afstemt billede af kerneindholdet i princippet om den patientansvarlige læge, som kan sammenfattes med nedenstående stikord. Den patientansvarlige læge...

- ...tager et gennemgående ansvar for patientens behandlingsforløb som helhed
- ...møder patienten på de vigtige tidspunkter i forløbet
- ...inddrager patienten aktivt i tilrettelæggelsen af forløbet
- ...er tilgængelig for og informerer patienten og personer omkring patienten
- ...indgår i tværfagligt samarbejde om patientens forløb.

Den største forskel mellem informantgrupperne er, at ledere og læger, sammenlignet med de øvrige grupper, lægger betydeligt større vægt på at tydeliggøre *grænserne* for ambitionerne med patientansvarlig læge.

5.2 Patientansvarlig læge: Et tværgående signalement

Baggrundsrapporten fra evalueringsprojektet viser, at der er stor variation i, hvordan patientansvarlig læge er blevet realiseret i de forskellige pilotafdelinger. Evalueringsdata giver imidlertid ikke basis for at anbefale en bestemt model for patientansvarlig læge på tværs af kontekster. Dette hænger til dels sammen med begrænsninger i vores data vedrørende målopfyldelsen, men evalueringsforløbet underbygger også, at man bør have respekt for variationen i de lokale organisatoriske kulturer, forudsætninger og vilkår.¹⁷

I dette afsnit vil vi derfor begrænse os til at give et overordnet overblik over forskelle og ligheder i pilotafdelingernes PAL-modeller. Det gør vi i form af nedenstående tematiske over-

¹⁷ Danske Regioners hvidbog fra april 2017 slår til lyd for, at der bør åbnes et manøvrerum for de lokale aktørers realisering af patientansvarlig læge.

sigt efterfulgt af en visualisering af de væsentlige elementer, som indgår i de ti modeller, der er belyst i forbindelse med evalueringen. Forhåbningen er, at afsnittet kan fungere som et strukturerende udgangspunkt for den lokale dialog og planlægning i forbindelse med kommende implementeringsprocesser.

Ledelse	<p>I de fleste tilfælde har de ti pilotprojekter været ledelsesmæssigt forankret hos afdelingsledelsen, fx ledende overlæge, ledende oversygeplejerske og ledende lægesekretær.</p> <p>De centrale ledelsesmæssige opgaver har generelt bestået i at sikre de personalemæssige og organisatoriske rammer for implementeringen af patientansvarlig læge. Særligt de steder hvor implementeringen har medført et brud med den eksisterende arbejdstilrettelæggelse, har ledelsen haft en central rolle i at sikre personalets opbakning til ny organisering og arbejdstilrettelæggelse.</p> <p>Der er dog forskel på, hvor aktiv en rolle afdelingsledelserne har spillet i den konkrete udvikling og implementering. Enkelte steder har afdelingsledelsen været ganske tæt på håndteringen af logistiske og planlægningsmæssige udfordringer (fx gennem aktiv deltagelse i en projektgruppe). Andre steder har afdelingsledelsen primært været involveret på et overordnet niveau i forbindelse med ledelsesmøder. Flere steder er den løbende ledelsesmæssige opmærksomhed således sikret ved, at patientansvarlig læge har været et fast tilbagevendende dagsordenspunkt på ledelsesmøder, overlægsmøder m.m.</p> <p>Hospitalsledelsen har i et enkelt tilfælde haft en vis synlighed og bidraget til at sikre sammenhæng til hospitalets øvrige tiltag og målsætninger, men det fremherskende mønster er, at hospitalsledelserne har spillet en mindre central rolle i processen.</p>
Organisering	<p>Det vigtigste organisatoriske spørgsmål i projekterne har været teamorganiseringen af behandlingsarbejdet. Alle steder arbejdes der således med patientansvarlig læge ud fra en teamstruktur. I ét tilfælde er der eksempelvis sket en omlægning til en struktur med små sygdomsspecifikke team med deltagelse af læger, sygeplejersker og sekretærer. Også i andre afdelinger har arbejdet med patientansvarlig læge medført justeringer i opdelingen af læger samt evt. sygeplejersker og sekretærer med det formål at mindske antallet af potentielle personkontakter for den enkelte patient. Et par steder arbejdes med en yderligere, patientspecifik subgruppering ("patientens team"). Atter andre steder har man ikke set et behov for at foretage væsentlige forandringer af den eksisterende teamorganisering.</p> <p>I en del af de ti pilotafdelinger har projektet medført et øget fokus på den tværfaglige ansvarsfordeling, herunder involvering af sygeplejersker og sekretærer i nye funktioner. Evalueringen indikerer dog, at der stor forskel på, hvor bred den organisatoriske forankring af arbejdet med patientansvarlig læge er fra afdeling til afdeling.</p>
Tildeling af PAL	<p>På det overordnede plan er der flere ligheder i den måde tildelingen af patientansvarlig læge finder sted på rundt omkring, men der er samtidig stor variation i de konkrete principper og arbejdsgange.</p> <p>En kilde til variation er, om funktionen som patientansvarlig læge alene kan varetages af en speciallæge. I flertallet af afdelingerne kan yngre læger under bestemte omstændigheder tildeles ansvaret som patientansvarlig. Det sker bl.a. efter en konkret vurdering af lægens kompetencer, patientens behov og kompleksiteten i sygdommen. I de afdelinger, hvor der er mulighed for uddelegering af patientansvar til yngre læger, tilknyttes i de fleste tilfælde en bestemt speciallæge som supervisor.</p> <p>På alle afdelinger vægtes det til gengæld, at nye patienter hurtigt tildeles</p>

	<p>en patientansvarlig læge. Afhængig af den enkelte afdelings patientgruppe, organisering og arbejdsgange sker tildelingen enten ved akut indlæggelse, i forbindelse med konference, eller ved ambulant forundersøgelse. Prioriteringen af hurtig tildeling af patientansvarlig læge betyder i nogle tilfælde, at der senere i patientforløbet må foretages et skift, hvis det viser sig, at patientens sygdom forudsætter særlig ekspertise. På de fleste afdelinger sker tildeling af patientansvarlig læge med udgangspunkt i et kompromis mellem, hvilke læger der er til rådighed på dagen samt lægernes specialisering i forhold til patientens formodede sygdom.</p> <p>En række afdelinger har procedurer, der sikrer opfølgning på, hvilke læger der er tildelt som patientansvarlig for hvilke patienter – typisk i forbindelse med morgenkonference. Afdelingerne registrerer tildelingen i EPJ, mens Klinisk Logistik-tavlerne anvendes til at sikre det fælles overblik i forhold til indlagte patienter. Der er dog også en enkelt afdeling, som har fravalgt at anvende sidstnævnte i denne sammenhæng på grund af den manglende integration (datadeling) med EPJ. En enkelt afdeling registrerer omvendt kun på Klinisk Logistik-tavlerne.</p>
PAL-ansvaret	<p>Der synes generelt at være en forholdsvis klar lokal forståelse af, hvad PAL-ansvaret består i, men kun i få tilfælde findes der nedskrevne retningslinjer.</p> <p>Generelt betones det, at den patientansvarlige læge har det overordnede ansvar for det samlede patientforløb. Det betyder ikke nødvendigvis, at patientansvarlig læge er den læge, patienten møder i alle tilfælde. Flere afdelinger definerer dog, at patienten som minimum møder den patientansvarlige læge i forbindelse med væsentlige begivenheder i behandlingsforløbet. Det kan fx være i forbindelse med prøvesvar, ved væsentlige ændringer i behandlingsplanen og ved udskrivning. En række afdelinger har desuden defineret, at patientansvarlig læge sikrer information og kontinuitet ved overgange. Det kan være interne overgange mellem fx sengeafsnit og intensivafsnit eller mellem ambulatorium og indlæggelse. På de fleste afdelinger omfatter funktionen desuden et ansvar for at sikre overgange til andre hospitalsafdelinger.</p> <p>Den patientansvarlige læges opgaver kan også omfatte intern arbejdsmæssig tilrettelæggelse. Fx er det på én afdeling patientansvarlig læges opgave at lede diagnostiske konferencer, mens det på andre afdelinger er en del af opgaverne at deltage i faste teammøder, konferencer vedrørende egne patienter m.m.</p> <p>Flere afdelinger har retningslinjer for delegation af ansvar. Hvis patientansvarlig læge er forhindret i at varetage sin opgave, kan ansvaret delegeres til en anden læge efter aftale med patienten og efter instruktion af overtagende læge.</p> <p>Hos enkelte afdelinger opretholdes ansvaret desuden i en vis periode efter en patients udskrivning, hvor der kan ske genaktivering af patientansvaret, hvis patienten genindlægges, og hvor henvendelser fra fx patientens egen læge tilgår den patientansvarlige læge på afdelingen.</p>
Kontakt til PAL	<p>De ti pilotafdelinger har alle ordninger, der sikrer, at patienten kan komme i kontakt med den patientansvarlige læge, mens patienten er på afdelingen, og efter udskrivning, hvis der opstår et behov for kontakt. Enkelte steder udleverer den patientansvarlige læge fx et kontaktkort til patienten i forbindelse med første personlige kontakt. Et andet sted, at kan patienten inden for normal arbejdstid bede om at få kontakt til den patientansvarlige læge. Når den patientansvarlige læge ikke er til stede, bliver informationen videregivet. Som en tredje variant er der angivet faste tidspunkter for kontakt til patientansvarlig læge på en enkelt afdeling.</p> <p>Efter udskrivning giver de fleste afdelinger mulighed for, at patienten kan kontakte patientansvarlig læge pr. telefon. De telefoniske henvendelser</p>

	<p>modtages oftest af en sygeplejersker, som enten med det samme kan give patienten et svar, eller videreformidle henvendelsen til den patientansvarlige læge. I relation til sidstnævnte har én afdeling indført en kontaktliste til registrering af henvendelser fra patienter og pårørende, hvor henvendelserne vurderes løbende med henblik på relevant opfølgning.</p>
Stuegang	<p>Tilrettelæggelsen af stuegangen på den enkelte patient er et kernepunkt i udmøntningen af PAL-princippet, og der er stor forskel på, hvordan dette er blevet grebet an.</p> <p>I den ene ende af spektret er der en del afdelinger, hvor den patientansvarlige læges kontinuerlige stuegang hos egne patienter er prioriteret højt. Enten direkte eller som fast supervisor for en gennemgående yngre læge, der får uddelegeret bl.a. stuegangsupgaven. I et flere tilfælde er der på forskellig vis afsat øremærket tid i lægernes dagsprogrammer til især denne opgave; i andre tilfælde er ledelsesforventningen derimod, at den enkelte læge formår at disponere sin tid, således at kontinuerlig stuegang hos egne patienter kan tilgodeses.</p> <p>Der er dog også flere afdelinger, som har valgt en mere pragmatisk tilgang, hvor den patientansvarlige læges stuegang hos egne patienter suppleres af øvrige stuegangsgående læger. Det gælder fx i flere tilfælde hvor en ambulatorielæges patient indlægges på et sengeafsnit som led i et igangværende behandlingsforløb. Her fungerer den patientansvarlige læges deltagelse i middagskonference på sengeafsnittet i et enkelt tilfælde som et alternativ til, at lægen selv går stuegang hos egne patienter. Der er desuden flere eksempler på modeller, hvor patientansvaret skifter efter fx en uge, hvorfor stuegangen også overgår til den nye patientansvarlige læge i de tilfælde, hvor indlæggelsen varer længere end en uge.</p> <p>Uagtet ovenstående sondring er et fællestræk mellem flere modeller, at teamorganisering af lægerne fungerer som et middel til at sikre en højere grad af personkontinuitet i de situationer, hvor den patientansvarlige læge ikke har mulighed for at gå stuegang hos egne patienter.</p>
Eksterne snitflader	<p>Det generelle billede er, at de ti pilotafdelinger har prioriteret den interne implementering af patientansvarlig læge. Udviklingsmæssigt er der fx på flere afdelinger arbejdet med ansvarsfordeling og håndtering af interne overgange (især mellem ambulatorium og sengeafsnit).</p> <p>I forhold til eksterne snitflader der derimod fortsat en række uløste udfordringer, fx afklaring af i hvilke tilfælde funktionen som patientansvarlig læge overgår til ny læge. Den aktuelle situation bærer på de fleste afdelinger præg af koordinering fra forløb til forløb, snarere end faste procedurer, der sikrer patientansvaret i forbindelse med eksterne overgange. Gennemgående ses god overlevering til andre afdelinger, behandling ved egen læge m.m. som en vigtig del af opgaven som patientansvarlig læge. Tendensen er dog, at man ser opfølgning på parallelle behandlingsindsatser og dialog med læger på andre hospitalsafdelinger som en opgave, der kun er en del af patientansvaret i bestemte, forholdsvis sjældne tilfælde, hvor særlige forhold taler for det.</p> <p>I takt med at flere afdelinger indfører patientansvarlig læge forventes et øget fokus på de udfordringer, der knytter sig til eksterne snitflader og koordination heraf.</p>
Implementering	<p>Der er afprøvet en række forskellige implementeringsstøttende tiltag i pilotafdelingerne, hvoraf de vigtigste skal omtales.</p> <p>Flere afdelinger har tidligt og/eller undervejs i implementeringsprocessen afholdt medarbejdermøder med henblik på en fælles orientering om og drøftelse af arbejdet med patientansvarlig læge.</p> <p>Der er ligeledes et par eksempler på, at man har foretaget implemente-</p>

ringen med afsæt i afgrænsede "prøvehandlinger" – fx afprøvning af nye tilgange til booking af lægeprogrammer, til stuegang m.m.

I de fleste afdelinger er den løbende opmærksomhed på og erfaringsopsamling i forhold til patientansvarlig læge sikret via drøftelser i forskellige mødefora, arbejdsgrupper m.m. En afdeling har fx benyttet afdelingens faste tværfaglige tavlemøder i denne sammenhæng. En anden afdeling har valgt at nedsætte ad hoc-arbejdsgrupper med konkrete og tidsafgrænsede opgaver. En række afdelinger har udpeget gennemgående tværfaglige eller lægefaglige projektgrupper med ansvar for at drive implementeringsprocessen i det daglige.

Flere afdelinger har desuden indsamlet data hos patienter, pårørende og medarbejdere, og anvendt resultaterne til understøttelse af implementeringen. Patientperspektivet er bl.a. inddraget via forskellige former for interview om patienternes oplevelse af det lægelige patientansvar. I et par tilfælde er der på forskellig vis i en periode blevet foretaget monitoring af, hvilke læger patienterne har mødt. I enkelte afdelinger har forskellige fora for generel patient- og pårørendedialog desuden været inddraget. I andre tilfælde har man anvendt resultater fra eksisterende patienttilfredsheds- og medarbejderundersøgelser. Der er sluttelig erfaring med at anvende audit som en systematisk metode til erfaringsopsamling i implementeringsprocessen.

Patientansvarlig læge: En visualisering

Figuren på den følgende side giver et visuelt overblik over de centrale elementer i de lokale implementeringer af patientansvarlig læge. Enkelte elementer indgår kun i få tilfælde, men en stor del af elementerne er gennemgående på tværs af alle eller de fleste af de ti pilotafdelinger. Figuren – en såkaldt logisk model – læses fra venstre mod højre, og er opbygget i tre sektioner.

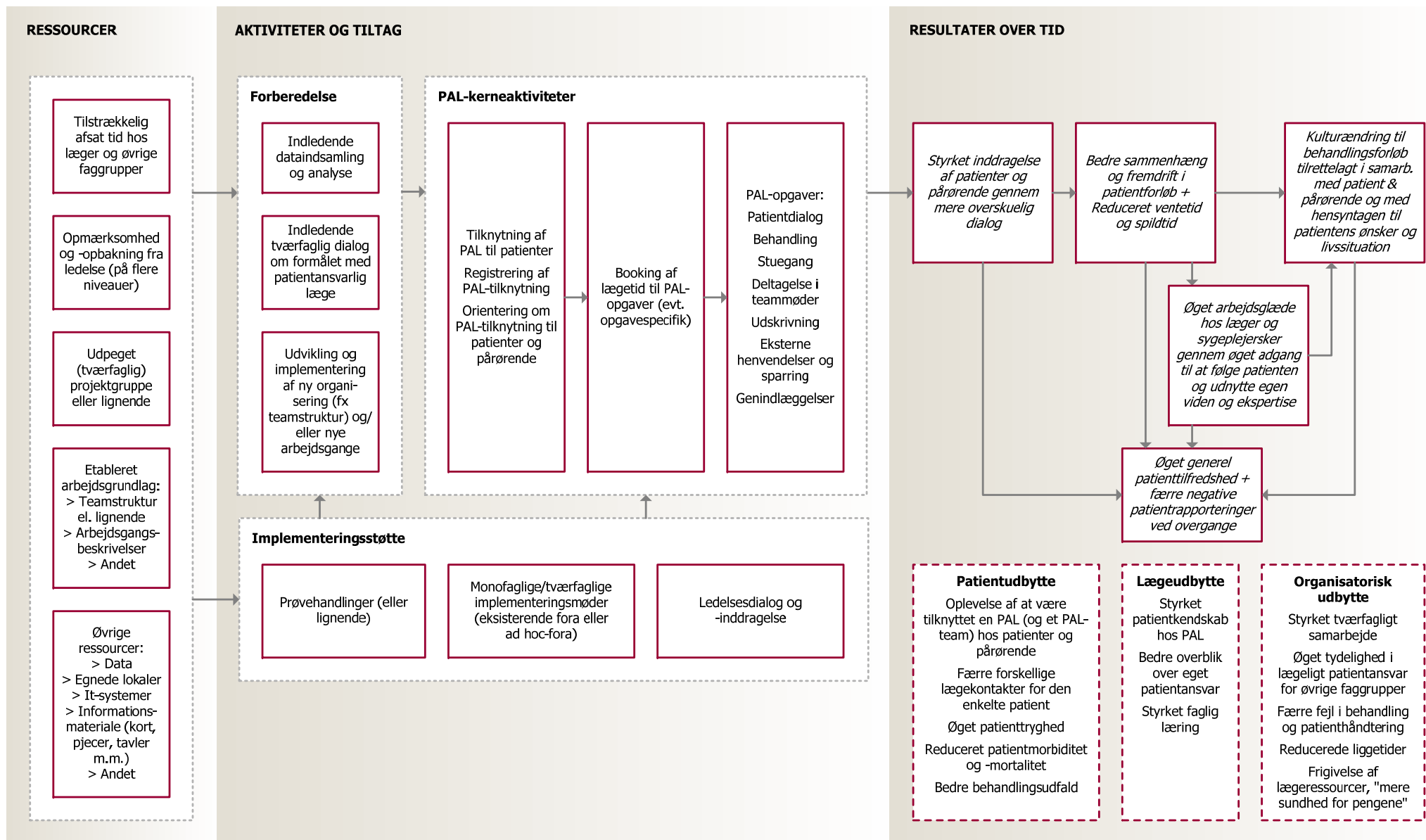
Feltet yderst til venstre opsummerer de vigtigste ressourcer i forbindelse med implementeringen, herunder bl.a. tilstrækkelig medarbejdertid øremærket til opgaverne som patientansvarlig læge, ledelsesbevågenhed, beskrevne arbejdsgange, egnede lokaler til fx tværfaglige team m.m.

Det midterste felt viser de vigtigste aktiviteter og tiltag i forbindelse med implementeringen fordelt på tre kategorier. For det første aktiviteterne i den forberedende fase (herunder fx analysearbejde, udvikling af nye arbejdsgange, organisatoriske strukturer m.m.). For det andet de løbende opgaver i forbindelse med tilknytning og booking af patientansvarlige læger for patienter samt lægernes kerneopgaver knyttet til ansvaret for deres egne patienter. Sluttelig er der de understøttende aktiviteter knyttet til implementeringsprocessen.

I en logisk model kan nødvendige ressourcer i projektet blive skabt via projektets aktiviteter, således at der er en gensidighed mellem indsatsens ressourcer og aktiviteter; dvs. at projektindsatsen selv frembringer nogle af sine egne ressourcer. Det gælder fx i en del tilfælde udvikling og brug af nye arbejdsgangsbeskrivelser.

I feltet længst til højre vises de forventede resultater af indsatsen, herunder de fælles målsætninger opstillet i det nationale rammepapir (vist med kursiveret skrift i de fuldt optrukne røde kasser) såvel som supplerende resultatforventninger opstillet i de lokale pilotprojekter (vist med normal skrift i de røde kasser med punkterede kanter).

Forhåbningen er, at figuren kan fungere som et udgangspunkt for dialog og planlægning i de afdelinger, som skal i gang med en implementeringsproces i den kommende tid. Den kan fx anvendes som en tjekliste for afklaring af selve implementeringsarbejdet og af den detaljerede faglige udmøntning af princippet om patientansvarlig læge.



Mulige elementer i patientansvarlig læge
Bidrag fra pilotprojekterne

Kursiv = Formål opstillet i det nationale rammepapir
 Rød boks med punkteret kant = Øvrige forventede resultater i pilotprojekterne
 PAL = Patientansvarlig læge
 Pt. = Patient

6 Implementeringsevaluering

Dette afsnit giver en samlet analyse af forløbene i de ti pilotafdelinger med udgangspunkt i de samme temaer, som strukturerer afsnittene om de enkelte pilotprojekter i baggrundsrapporten. Afsnittet vil søge at besvare rapportens andet overordnede evalueringsspørgsmål – "hvilke implementeringserfaringer har projektafdelingerne gjort undervejs?" – og de tilhørende underspørgsmål. Den tværgående diskussion af evalueringresultaterne i dette afsnit er disponeret efter følgende syv delspørgsmål:

1. Hvad er erfaringerne med selve implementeringstilrettelæggelsen?
2. Hvad er implementeringserfaringerne i et ledelses- og organisationsperspektiv?
3. Hvad er implementeringserfaringerne i et arbejdsgangsperspektiv?
4. Hvilken betydning har it-understøttelsen af forløbet haft?
5. Hvordan har de fysiske rammer m.m. spillet ind i forbindelse med processen?
6. Hvilken betydning har pilotafdelingernes eksterne snitflader haft?
7. Hvordan vurderes implementeringen at have influeret på ressourceforbruget?

Undervejs i teksten vil der løbende blive henvist til de afdelinger, hvis pilotprojekter i særlig grad rummer relevante erfaringer set i lyset af det enkelte delspørgsmål. Dermed lettes adgangen til at opsøge uddybende viden om de lokale tiltag og erfaringer i baggrundsrapporten. I den forbindelse benyttes følgende talkoder:

1	= Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning
2	= Hæmatologisk Dagafsnit, Regionshospitalet Holstebro
3	= Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers
4	= Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers
5	= Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg
6	= Skolebørnsafsnit C, BUC, Risskov, Aarhus Universitetshospital
7	= Fælles Akutafdeling, Aarhus Universitetshospital
8	= Hæmatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
9	= Infektionsmedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
10	= Øre-næse-hals-afdelingen, Aarhus Universitetshospital

6.1 Implementeringsproces

Den følgende diskussion af erfaringerne med selve implementeringstilrettelæggelsen vil efter tur belyse disse ni undertemaer:

- Indledende dataanalyse
- Fælles afsæt
- Tværfaglig tilgang
- Forankring i projektgruppe
- Patientinddragelse
- Prøvehandling
- Afprøvning af flere PAL-modeller
- Implementeringsmonitorering
- Overordnet implementeringstilgang

Fire pilotprojekter har indbefattet **dataindsamling og -analyse** som led i den første implementeringsfase. I tre af projekterne har medarbejdere fra afdelingen foretaget korte patient-

interview med fokus på – som en enkel baseline-måling – at afdække patientoplevelsen af lægekontakten før (eller i den første fase af) implementeringsprojektet (1, 9, 10). I et enkelt af disse projekter foretog den lokale projektgruppe desuden en spørgeskemaundersøgelse vedrørende synet på patientansvarlig læge blandt medarbejderne (10). Et fjerde pilotprojekt omfattede derimod en tilbageskuende, journalbaseret opfølgning på personkontinuiteten i lægekontakten til en udvalgt patientgruppe gennem et halvt år op til projektstart (8).

Formålet med disse tiltag har generelt været at blive klogere på, hvor tæt på – eller langt fra – man lokalt i forvejen var på at arbejde i henhold til de centrale intentioner med patientansvarlig læge, især med hensyn til personkontinuitet i lægekontakten. Vores interview tyder på, at det er varierende, hvor meget disse data har betydet for implementeringsprocessen. I nogle tilfælde refererer interviewpersonerne ofte til dem, i andre tilfælde er resultaterne tilsyneladende ikke almindelig kendt i afdelingen. Der er dog eksempler på, at en sådan, hurtigt indsamlet baseline kan bidrage til at skabe en oplevelse af formål og engagement bag arbejdet med patientansvarlig læge (1, 10). Generelt vurderer en række interviewpersoner, at der kan være stor variation i, hvor den enkelte afdeling står i forhold til intentionerne med patientansvarlig læge. Samlet taler implementeringsevalueringen således for, at det kan give værdi til arbejdet med implementering af patientansvarlig læge, at skabe en basal viden om, hvad afdelingens udgangspunkt er – herunder hvor udviklingspotentialer især ligger. Erfaringerne viser samtidig, at dette ikke behøver at være en tidskrævende opgave.

Et centralt tema i interviewmaterialet er betydningen af det indledende *fælles afsæt* for den enkelte afdelings implementeringsforløb. I et par projekter har afdelingsledelsen prioriteret at indlægge et eller flere tværfaglige halv- eller heldagsseminarer for alle medarbejdere med henblik på at drøfte formålet med og tilgangen til indførelsen af patientansvarlig læge på afdelingen (4, 7). Erfaringerne herfra er, at dette er en investering, der lønner sig. Der kan ad den vej skabes engagement i det videre arbejde på tværs af faggrupperne, men også åbnes for en værdifuld tidlig diskussion af medarbejdergruppens synspunkter, indvendinger og forslag. Anbefalingen understøttes af, at en række interviewpersoner fra de pilotafdelinger, som ikke på samme måde har afsat tid til en indledende, tværfaglig afklaring tilbageskuende udpeger dette som en svaghed i det lokale implementeringsforløb (1, 5, 10). Slutte- lig skal det dog nævnes, at der formentlig er mindre at hente ad denne vej i afdelinger, som på forhånd arbejder tæt på intentionerne med patientansvarlig læge (2, 6). Her vil der som udgangspunkt næppe være det samme behov for brede fælles drøftelser i startfasen.

I forlængelse af ovenstående er den klare erfaring fra stort set alle pilotprojekterne, at spørgsmålet om *tværfaglig forankring* af arbejdet med patientansvarlig læge er centralt – og at dette bør afspejle sig i implementeringsforløbet. Det er for det første en gennemgående konklusion, at man ikke lykkes med implementering af patientansvarlig læge uden at trække på aktive bidrag fra både læger, sygeplejersker og sekretærer. En lang række interview viser desuden, at netop det tværfaglige samarbejde om patientansvarlig læge er ganske udfordrende (fx 5, 10). I den ene ende af spektret er der eksempler på projekter, som fra starten primært er blevet drevet ud fra et lægefagligt perspektiv, hvor interviewene generelt afspejler, at dette har udgjort en hæmsko for implementeringen (5). Omvendt er der flere projekter, hvor der måske nok i visse tilfælde har været nogle gnidninger i den første fase, men hvor interviewene tyder på, at der aktuelt er et værdifuldt tværfagligt fodslag i arbejdet med patientansvarlig læge (1, 2, 4, 6, 7). Som en tredje variant er der projekter, som umiddelbart har lagt vægt på tværfaglighed (bl.a. i sammensætningen af den lokale projektgruppe), men hvor det ikke fuldt ud er lykkedes at opnå en bred involvering og høring af sygeplejersker og sekretærer (10). Meget taler for – på tværs af alle disse erfaringer – at det er klogt at have opmærksomhed på den tværfaglige dimension fra første færd i et implementeringsforløb.

I fem pilotprojekter har en større eller mindre del af ansvaret for at drive implementeringsprocessen været forankret i en **projektgruppe** (betegnelsen "udviklingsteam" anvendes også) (1, 2, 5, 7, 10). I de fleste tilfælde har projektgruppen haft tværfaglig sammensætning med både læger, sygeplejersker og sekretærer, men der er også et eksempel på en projektgruppe med to læger og en AC-fuldmægtig (5). Erfaringerne med værdien af projektgrupper er ikke entydige. Der er projekter, hvor gruppens rolle tillægges væsentlig positiv betydning (fx 1); der er eksempler på vellykkede implementeringer, som ikke har haft den form for formaliseret struktur (4); og der er eksempler på projekter, hvor projektgruppens arbejde er blevet oplevet som forholdsvis "lukket", og derfor ikke så givende, af øvrige medarbejdere i afdelingen (10). Erfaringerne peger i retning af, at man – hvis man vælger at forankre implementeringsprocessen i en projektgruppe – bør sammensætte denne tværfagligt og være opmærksom på at sikre, at gruppens medlemmer undervejs aktivt og bredt inddrager deres respektive fagkolleger i processen.

I forbindelse med evalueringen er der også spurgt til, hvilken rolle **patientinddragelse** har spillet i implementeringsprocessen. Det fremherskende billede er, at patientperspektivet ikke er blevet inddraget på målrettet vis. Interviewpersoner fra en række projekter henviser til, at afdelingen altid er i en udviklingsorienteret dialog med patienterne (fx 2, 5, 6), men det fremgår, at de færreste af afdelingerne har iværksat selvstændige tiltag på området i denne forbindelse. Som den ene undtagelse har et par projekter arrangeret dialogmøder og lignende om patientansvarlig læge med patientrepræsentanter (1, 2). Møderne er bl.a. afholdt i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Det andet eksempel på konkret patientinddragelse vedrører uddybende interview med udvalgte patienter, som havde givet udtryk for kritik i forbindelse med rundspørger på afdelingen (10). Vurderingsgrundlaget er forholdsvis sparsomt, men de positive erfaringer fra de ovennævnte projekter berettiger at overveje en højere prioritering af patientinddragelse i fremtidige implementeringsprojekter.

Der er flere eksempler på, at **prøvehandling m.m.** har været en del af implementeringsprocessen (1, 4, 5, 10). Tilgangen har dog været ganske forskellig på tværs af disse projekter. I ét projekt har projektgruppen arbejdet med prøvehandling efter IHI's forbedringsmodel (10). Projektgruppens medlemmer fremhæver selv, at dette har haft positiv betydning for engagement og dynamik i processen. De øvrige interview i afdelingen tyder dog ikke på, at denne del af forløbet er blevet oplevet som betydningsfuld i den øvrige afdeling. Især nævnes det, at den læringsbaserede **tilpasning** af modellen i lyset af prøvehandling lader vente på sig. I en anden pilotafdeling har prøvehandlingen bestået i, at en overlæge har opgjort tidsforbrug til stuegang på en enkeltstående dag holdt op imod stuegang på to eller flere sammenhængende dage (5). Den ledende overlæge og flere andre læger fremhæver resultatet af opgørelsen – at der er en systematisk tidsbesparelse ved stuegang flere dage i træk – som betydningsfuldt for, at den efterfølgende omlægning af stuegangen i hovedparten af afdelingen er blevet oplevet som legitim og velbegrundet. De øvrige eksempler vedrører afdelinger, hvor tilgangen til patientansvarlig læge generelt er blevet udfoldet trinvis over en længere periode (1, 4). Erfaringerne med denne tilgang er, som det fremgår, ikke entydige. Interviewpersoner fra flere forskellige projekter antyder dog, at den lokale implementering har bevæget sig for hurtigt op i fuld skala (3, 10). I dette lys, og i lyset af konkrete positive erfaringer med tilgangen, synes det berettiget at overveje at indbygge prøvehandling i forbindelse med nye implementeringsprojekter.

To af pilotprojekterne indebærer en sideløbende **afprøvning af flere PAL-modeller**. Der er dog tale om to meget forskellige tilgange: I det ene projekt er udgangspunktet, at afdelingens fire specialespecifikke team har forholdsvis frie hænder til at vælge den tilgang til implementering af patientansvarlig læge, som passer bedst med teamets patientsammensætning, etablerede arbejdsformer m.m. Resultatet er fire modeller med lighedspunkter, men også væsentlige forskelle (5). Det andet eksempel vedrører derimod en ledelsesbesluttet

afprøvning af tre forskellige på forhånd definerede modeller med hovedvægt på variation i organiseringen af stuegangen (3). Afdelingsledelserne forventer i begge tilfælde, at afprøvningen over tid vil munde ud i, at der vælges én fælles model baseret på de bedste erfaringer. I det projekt, hvor der er gennemført uddybende interview, er der dog ikke meget, der tyder på, at en sådan konvergens er på trapperne (5). Det er tidligt at konkludere på disse erfaringer, men de foreløbige erfaringer fra afdelingerne tyder på, at der *kan* ligge en værdi i at forøge variationen i den implementeringsmæssige erfaringspulje – "oppefra" henholdsvis "nedefra".

Relevansen af at foretage **implementeringsmonitorering** af arbejdet med patientansvarlig læge – herunder især den lægelige personkontinuitet i patientkontakten – er et tema i en række interview i forskellige pilotafdelinger. I praksis er det dog kun to projekter, som har gjort konkrete erfaringer med dette. I det ene projekt er patientkontakter i perioden maj-december 2016 blevet kodet efter, om den enkelte patient er tilset af patientansvarlig læge, af en læge fra patientens team eller af en anden læge (2). Monitoreringen er foretaget manuelt af en sygeplejerske, eftersom der ikke aktuelt er mulighed for it-understøttelse. Erfaringerne er for det første, at monitoreringen blev mere krævende, og til sidst uoverkommelig, i takt med at hele afsnittets patientgruppe blev inkluderet i PAL-ordningen. For det andet er projektgruppens konklusion, at monitoreringen ikke gav nok værdi til at berettigede tidsforbruget – bl.a. fordi det er vanskeligt at opstille tilfredsstillende registreringskategorier. I det andet eksempel har afdelingen videreført indsamling af patientbesvarelser indført i 2014 i forbindelse med projekt "Ny styring i patientperspektiv", hvor patienterne ved udskrivningen bl.a. spørges til, om de har oplevet at have en gennemgående læge (4). Den positive udvikling i disse data har bidraget til at give rygvind til afdelingens arbejde med patientansvarlig læge, vurderer flere interviewpersoner. Disse erfaringer kan evt. begrunde at indlægge en enkel monitorering i en implementeringsprojekt.

Sluttelig er det relevant at spørge til, hvilken **overordnet implementeringstilgang**, der er valgt i projekterne. Som det fremgår af det ovenstående, er billedet ganske sammensat. Der er både eksempler på projekter, som har gennemført en række forskellige implementeringsaktiviteter over en længere periode (fx 1, 10), og eksempler på projekter, som har valgt en forholdsvis "slank" implementeringstilgang (fx 4, 5). Ser man nærmere på erfaringerne fra de nævnte projekter, er der ikke belæg for at sige, at det ene generelt synes at fungere bedre end det andet. Der eksempler på vellykkede og mere vanskelige implementeringsforløb i begge kategorier. Der er heller ikke belæg for, at en slank implementeringsmodel nødvendigvis er mindre egnet, hvis afdelingen beslutter at foretage betydelige justeringer af organisering og arbejdsgange (se fx 4). Man bør dog i denne forbindelse skelne mellem formaliserede implementeringstiltag og generel indsats: Projektevalueringerne indikerer generelt, at patientansvarlig læge kun lykkes, hvis ledere og medarbejdere i afdelingen gør en målrettet og vedholdende indsats.

6.2 Ledelse og organisation

Diskussionen af spørgsmålet om ledelse og organisation i pilotafprøvningen tager udgangspunkt i følgende tre temaer, som alle spillede en central rolle i interviewene:

- Ledelse
- Organisatorisk afstemthed
- Organisatorisk forankring

Interviewmaterialet tyder generelt på, at **ledelse** har væsentlig betydning for implementering af patientansvarlig læge. Med få undtagelser vægtes den positive betydning af ledelseslagene over afdelings- og afsnitsniveau dog kun i ringe omfang (med delvis undtagelse af 1). Og adskillige er omvendt inde på, at højere politiske og administrative ledelseslag kan forfal-

de til at sætte en urealistisk dagsorden for patientansvarlig læge (2, 5). Det er således gennemgående i interviewene, at det primært er de lokale ledelser, som har løftet den synlige ledelsesopgave i projekternes arbejde med patientansvarlig læge.

I de tilfælde, hvor vi har adgang til data, som kan belyse dette spørgsmål, synes ledelsesrollen på afdelingsniveau grundlæggende at være blevet udfyldt på tre forskellige måder: På den ene side en overordnet retningsættende tilgang med primært fokus på den indledende proces (især 5) og på den anden side en mere kontinuerligt aktiv tilgang med vægt på *enten* personalegruppen bredt betragtet (1, 3, 4, 7) *eller* den lokale projektgruppes arbejde (især 10). Derudover er der dog også nogle afdelinger, hvor pilotprojektets indholdsmæssigt afgrænsede karakter betyder, at ledelsesudøvelsen i forbindelse med det lokale projekt har været tilsvarende afgrænset (2, 6, 8).

Anskuet på tværs af interviewmaterialet er der en del, der taler for, at den synlige, vedholdende og bredt orienterede ledelsestilgang kan have gunstig betydning for fremdriften i og det tværfaglige engagement bag et implementeringsforløb (1, 4, 7). Som eksempler nævnes bl.a., *at* det er fremmende at sætte patientansvarlig læge på dagsordenen i forskellige fora ved tilbagevendende lejligheder; *at* det er med til at forpligte den enkelte på opgaverne, hvis bl.a. afdelingsledelsen følger konkret op på tilknytningen af en patientansvarlig læge til den enkelte patient i forbindelse med fx morgenkonference; og, som et tredje eksempel, *at* følge stikprøvevis op på kvalitet og fremdrift i patientforløb, som er uddelegeret fra en overlæge eller afdelingslæge til en yngre læge – dette for at støtte op om både den yngre læge og supervisors arbejde. I de tilfælde, hvor ledelsesrollen enten primært har været central i en indledende fase, eller hvor ledelsesudøvelsen har særligt fokus på projektgruppens arbejde, anerkender interviewpersonerne generelt, at de respektive afdelingsledelser har sat en tydelig retning for processen og formidlet engagement. Samtidig giver en del interviewpersoner dog udtryk for at have savnet tydeligere ledelsesopfølgning på tvivlsspørgsmål og udfordringer i implementeringsforløbet såvel som en større ledelsesmæssig åbning for dialog om erfaringer, problemstillinger og justeringsforslag undervejs.

I klar forlængelse af det foregående: Interviewmaterialet underbygger generelt, at det er vigtigt at arbejde bevidst med den **organisatoriske afstemthed** i forbindelse med en implementering af patientansvarlig læge, både i den indledende fase og undervejs. Det gælder forholdet mellem et ledelses- og et medarbejderperspektiv; mellem de forskellige faggrupper; og internt i faggrupperne (fx mellem speciallæger og yngre læger). Selv i afdelinger, som i dag vurderer at have en høj grad af fodslag omkring princippet (hvilket interviewene i øvrigt underbygger), har der undervejs været spændinger langs en eller flere af disse snitflader (1, 4). I andre tilfælde, hvor der på det principielle plan er bred opbakning til patientansvarlig læge, indikerer interviewene, at der fortsat findes gnidninger eller i hvert fald uafklarede spørgsmål vedrørende den organisatoriske afstemning (5, 10). Generelt er erfaringen fra pilotafrøvningen, at den organisatoriske afstemning på de ovennævnte punkter er af væsentlig betydning for at lykkes med patientansvarlig læge – og at denne ikke kan tages for givet.¹⁸

Hvad angår den **organisatoriske forankring** af patientansvarlig læge opererer alle ti afdelinger med en teamstruktur som ramme om arbejdet, men der er tale om modeller, som adskiller sig fra hinanden på flere forskellige punkter. Teammodellerne fordeler sig for det første på strukturer, som er etableret direkte med henblik på at understøtte personkontinuitet i lægekontakten til den enkelte patient, og på forhånd eksisterende teamstrukturer, som afdelingerne har anvendt som den organisatoriske ramme om implementeringen af patientansvarlig læge. Derudover adskiller teammodellerne sig for det andet fra hinanden ved, om

¹⁸ Jf. det foregående afsnits betoning af det fælles afsæt for en implementeringsproces.

teamet dannes med udgangspunkt i en fast specialefordeling eller i første omgang med den enkelte patient for øje.¹⁹ For det tredje adskiller de sig fra hinanden ved, om teams sammensætning er tværfaglig eller monofaglig. Som det fremgår af oversigten nedenfor, kan der ud fra denne logik i alt identificeres seks varianter på tværs af de ti pilotafdelinger.

Baggrund	Fokus	Sammensætning	Afdeling ²⁰
Etableret til formålet	Sygdomsspecifik	Tværfaglig	1
		Lægefaglig	4
	Patientspecifik	Tværfaglig	2, 3, 6, 7
		Lægefaglig	9
Eksisterende	Sygdomsspecifik	Tværfaglig	5
		Lægefaglig	8, 10

Interviewmaterialet giver samlet set ikke basis for at fremhæve en bestemt teammodel som den generelt mest velfungerende. Dette hænger sammen med begrænsninger i datagrundlaget såvel som med de væsentlige forskelle på afdelingernes patientgrupper og forløbstyper. Det spiller dog også ind, at de lokale projekter, som det uddybes i baggrundsrapporten, har haft forskellige ambitionsniveauer og fokusområder i implementeringen af patientansvarlig læge. De respektive teammodeller bliver bl.a. vurderet på denne baggrund af de interviewede ledelses- og medarbejderrepræsentanter, og vurderingskriterierne er således ikke nødvendigvis de samme.

Vi vil derfor i stedet fremhæve tre forskellige overordnede varianter af erfaringer med teamorganisering, som tilsammen kaster lys på dette aspekt af et implementeringsforløb.

For det første er der flere eksempler på teamstrukturer, der har som fællestræk, at de sigter på at skabe en målrettet og forpligtende kollegial ramme om udvikling af PAL-indsatsen for den enkelte patient. De er alle etableret med henblik på implementering af patientansvarlig læge eller et andet nært beslægtet princip. Det fremgår desuden af interviewene, at en fællesnævner er, at de indebærer en både formel og uformel gensidig forpligtelse mellem teammedlemmerne. På en række andre punkter adskiller de sig derimod fra hinanden: I ét projekt er modellen udfoldet som sygdomsspecifikke tværfaglige team, hver især bestående af 2-3 læger samt nogle få sekretærer og sygeplejersker (1). De nye team afløste her en funktionelt defineret struktur (med bl.a. et ambulatorieteam m.m.). I det andet tilfælde er der tale om sygdomsspecifikke lægeteam med et lidt større antal læger i hvert team (6-7 læger i gennemsnit) (4). Her var der ikke en teamstruktur i forvejen. I det tredje eksempel er modellen udfoldet sådan, at der sammensættes et "patientens team" til hvert enkelt patientforløb bestående af en patientansvarlig læge og en patientansvarlig sygeplejerske. De to er i fællesskab garanter for sammenhængen i patientforløbet og ved evt. overlevering (7). Den sidste variant minder om den foregående, i den forstand at hver patient tilknyttes et "patientens team" bestående af en patientansvarlig behandler (fx psykolog, pædagog, socialrådgiver) og en patientansvarlig speciallæge. Den adskiller sig til gengæld ved at have dybe rødder i specialets traditioner (børne- og ungdomspsykiatri), hvorfor dens oprindelse ligger langt tilbage i tid (6).

Det gennemgående mønster i interviewpersonernes vurdering af varianterne i denne kategori er, at der ligger en styrke i den gensidige forpligtelse og det øgede indbyrdes kendskab, som

¹⁹ Det skal understreges, at modellerne i sidstnævnte kategori alle indebærer, at "patientens team" bl.a. dannes med hensyntagen til den enkelte læges specialisering og ekspertise.

²⁰ Tallene i denne kolonne henviser til kodelisten i indledningen til afsnit 6 ovenfor.

denne teamform skaber. De interviewede læger fra en af afdelingerne lagde fx stor vægt på den uformelle gensidige støtteforpligtelse mellem teamets læger som en central del af baggrunden for, at især overlægerne kan holde trit med deres periodevis betydelige PAL-forpligtelser (4). Interviewene fremhævede også de udfordringer, der har vist sig – bl.a. i form af sårbarhed i bemandingen i de små team (1, 6), men det er fremherskende i interviewene, at interviewpersonerne vurderer den tætte kobling mellem kontinuitet i patientkontakten og teamorganisering, som en betydelig fordel i arbejdet med patientansvarlig læge.

De to andre organisatoriske varianter adskiller sig betydeligt fra denne model. For det andet er der et eksempel på en teamstruktur, der indebærer, at det pågældende afsnits læger og sygeplejersker er blevet fordelt på to lige store team med ca. 10 læger og 20 sygeplejersker i hvert (2). De to team blev dannet i 2016 som led i afsnittets PAL-pilotprojekt, og teamstrukturen er primært etableret med henblik på at lægge en binding på, hvilke læger der tilser den enkelte patient, i de tilfælde hvor den patientansvarlige læge ikke er tilgængelig. Pilotprojektets monitorering i perioden maj-december 2016 har således haft fokus på at følge, hvor stor en andel af patientkontakterne, der var ved den patientansvarlige læge eller en læge fra teamet. De tværfaglige interviewpersoner tillægger generelt ikke denne teamopdeling stor værdi eller betydning for hverken patientoplevelsen, behandlingsforløbene eller det kollegiale samarbejde. I praksis tages der fx hensyn til patienternes egne ønsker, også hvis de indebærer, at vedkommende tilses af en læge fra "det andet team", og tilsvarende har afsnittets læger en tradition for at hjælpe hinanden, som ikke er hængt op på teamstrukturen. Erfaringerne fra pilotprojektet tyder med andre ord ikke på at en sådan, "smalt" defineret teamstruktur giver væsentlig værdi. Flere interviewpersoner vurderer tværtimod, at modellen på visse punkter besværliggør dagligdagen.

Sluttelig vil vi for det tredje fremhæve en variant, hvor en allerede etableret sygdomsspecifik teamstruktur er videreført som en tværfaglig ramme om en implementering af patientansvarlig læge med vægt på en decentral tilrettelæggelse af dette arbejde (5). Afdelingen er inddelt i fire team med et vidt forskelligt antal læger og sygeplejersker i hvert. Selv om der er visse ligheder på tværs af teamenes PAL-modeller, har de således også alle fire en række særtræk. Interviewene tegner overvejende et positivt billede af erfaringerne med denne tilgang. Især lægerne ser den som udtryk for en respekt for teamenes vidt forskellige størrelse, medarbejdersammensætning, patientgrupper og etablerede arbejdsformer. Der peges samtidig på, at den muliggør udvikling og rendyrkning af konkrete løsninger, som over tid evt. vil kunne overføres til de øvrige team. Som et eksempel på dette nævner flere, at Hjer-te-teamet bl.a. har gode erfaringer med en uformel stuegangsform, hvor man udnytter, at teamets overlæger løbende er til stede på sengeafsnittet, og dermed har mulighed for at møde egne patienter "på gangen". Et andet eksempel, der fremhæves i interviewene, er Lunge-teamets erfaringer med at supplere stuegangslægerens tre sammenhængende stuegangsdage med en time om dagen til opfølgning på egne fortsat indlagte patienter i den efterfølgende uge.

Opsamlende kan det være instruktivt at anskue disse tre typer af organisatoriske erfaringer som en slags kontinuum. Den første model er her udtryk for en helhedsmæssig tilgang, hvor teamstrukturen og arbejdsgangene i forbindelse med patientansvarlig læge sammentænkes fra bunden. Der tages dermed afsæt i et højt ambitionsniveau i forhold til princippet om den patientansvarlige læge (og det patientansvarlige team) set i forhold til andre faglige og organisatoriske hensyn. I den anden ende kan man placere den sidste af de tre præsenterede modeller. Her søges arbejdet med patientansvarlig læge integreret i den eksisterende organisatoriske ramme. Efterfølgelsen af princippet om den patientansvarlige læge afvejes her i højere grad med andre hensyn, herunder hensynet til organisationens eksisterende arbejds-tilrettelæggelse. Den midterste variant, vi præsenterede ovenfor, kan sluttelig ses som en mellemform. Etableringen af teamstrukturen er på den ene side udtryk for et højt ambitions-

niveau vedrørende et aspekt af patientansvarlig læge – personkontinuiteten i lægekontakten med den enkelte patient – men samtidig afspejler modellen en respekt for den eksisterende arbejdstilrettelæggelse og en afvejning med andre hensyn på linje med det, der beskrives ovenfor.

Man skal være varsom med at overfortolke de ovenfor beskrevne erfaringer, men det er en overvejelse værd om nye implementeringsafdelinger vil gøre klogt i at foretage et valg mellem de to tilgange, som udgør yderpolerne i det antydede "kontinuum" – enten den ene eller den anden. Det vil i givet fald bl.a. kunne ske med afsæt i en vurdering af, hvor tæt afdelingen i forvejen er på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge – eller med andre ord: Hvor stor en omstillingsopgave, man står overfor.

6.3 Arbejdsgange

Dette afsnit analyserer erfaringerne på arbejdsgangsniveau i implementeringen af patientansvarlig læge. På baggrund af interview med og skriftligt materiale fra pilotafdelingerne strukturerer vi diskussionen efter disse fem temaer:²¹

- Tildeling, registrering m.m. af patientansvar
- Kommunikation med egne patienter
- Stuegang hos egne patienter
- Organisatorisk opfølgning på patientansvaret
- Overdragelse af patientansvaret

Som det fremgår, er der hovedvægt på stuegang hos egne patienter for så vidt angår den patientansvarlige læges løbende opgaver. I indsatsbeskrivelser og interview henvises der ganske vist til en række andre PAL-arbejdsopgaver – fx første møde med patienten, deltagelse i teammøder, udskrivningssamtaler, håndtering af efterfølgende henvendelser m.m. – men det er spørgsmålet om stuegang, som fyldte langt mest i interviewene, og det er på dette punkt, der især er basis for at evaluere erfaringerne.

Overordnet fordeler pilotprojekterne sig på tre kategorier. En del af afdelingerne har foretaget vidtgående ændringer i de interne arbejdsgange i forbindelse med implementeringen (1, 3, 4). Det modsatte er gældende for en anden gruppe afdelinger – her har processen vedrørt mindre præciseringer (2, 6) eller, i et enkelt tilfælde, en videreførelse af eksisterende arbejdsgange med henvisning til viden opbygget i projektet (8). Sluttelig placerer en gruppe afdelinger sig mellem disse to positioner, i den forstand at de har foretaget justeringer på en del områder, men samtidig også videreført konkrete elementer (5, 7, 9, 10).

Kigger man mere specifikt på de forskellige arbejdsgange, er det fremherskende billede, at afdelingerne har fundet velfungerende løsninger på **tildeling, registrering m.m.** af patientansvarlig læge til den enkelte patient. Tildeling sker på lokalt relevant måde – i enkelte tilfælde er der endog flere forskellige modeller. I forhold til indlagte patienter er følgende primære varianter af tildeling i spil: Ved konference eller morgentavlemøde efter et oplæg fra sygeplejerskerne (1, 3); ved ambulant forundersøgelse med henblik på operation (4); ved vagthavende læges gennemgang med henblik på stuegang (5); ved stuegangslægen i den pågældende uges første stuegang hos patienten (5); ved melding om eller ankomst af nye patienter til bagvagt (4, 7, 8); ved første kontakt efter indlæggelse (inden for 24 timer) (9); ved indlæggelse (4, 5, 8); eller ved fastlæggelse af operatør (10). I forhold til ambulante patienter skal især disse varianter nævnes: Ved diagnosesamtale (2) eller ved/efter første

²¹ Spørgsmålet om de eksterne snitflader til fx behandlende læger i andre hospitalsafdelinger og i almen praksis belyses i et selvstændigt afsnit nedenfor.

samtale i ambulatorium (3, 6, 8). Interviewene indikerer generelt, at disse arbejdsgange ikke skaber væsentlige udfordringer.

Hvad angår registrering af PAL-tilknytningen er dette generelt en opgave, som i et samarbejde løftes af sygeplejersker og sekretærer i forlængelse af de ovennævnte tildelingsprocesser. Interviewene tyder på, at dette ligeledes fungerer forholdsvis uproblematisk. I et enkelt tilfælde afspejler interviewene med især sygeplejersker og sekretærer dog, at registreringen ikke foregår lige sikkert i alle afdelingens fire team (5). Der peges på, at afdelingens decentrale implementeringstilgang bl.a. har fået den konsekvens, at der ikke er truffet tydelig beslutning om proceduren. Dette forekommer uhensigtsmæssigt.

Hvad angår **kommunikation** med patienten og evt. pårørende, er det generelle mønster, at den patientansvarlige læge står til rådighed for henvendelser, som formidles efter konkret vurdering via sygeplejerskerne. Nogle af afdelingerne har dog et supplerende tilbud i form af afsat træffetid eller kontaktmulighed i ambulatorium eller på afdelingen i øvrigt (5, 7). Desuden præciseres forventningerne til kommunikationen fra den patientansvarlige læge (herunder evt. den yngre læge, som patientkontakten delegeres til) i visse tilfælde: Lægen præsenterer sig selv og udleverer evt. kontaktkort umiddelbart efter tildeling (4, 8, 10). Der kan også være tilbud om samtale med patientansvarlig læge inden for 24 timer, hvis ønsket fremsættes inden for normal arbejdstid (9). Interviewpersonerne lægger generelt ikke skjul på, at der er grænser for tilgængeligheden, og at sygeplejerskernes gatekeeper-funktion er væsentlig. Vurderingen er dog, at dette fungerer til patienternes generelle tilfredshed – en vurdering som patientinterviewene i vidt omfang underbygger.

Interviewene peger som nævnt på, at den vigtigste arbejdsgang i implementeringen af patientansvarlig læge er **stuegang** hos den patientansvarlige læges patienter. Gennemgående er ambitionen på afdelingerne at understøtte kontinuiteten i lægekontakten til den enkelte patient. En række forskellige tilgange til denne målsætning er dog afprøvet – i visse tilfælde desuden flere forskellige modeller i den samme afdeling.

En række afdelinger har *for det første* indført modeller, hvor den patientansvarlige læge går stuegang hos egne patienter, så længe disse er indlagt. En tilgang i denne kategori er, at sætte stuegang hos egne patienter ind på bestemte tidspunkter i alle lægers dagsprogrammer, fx via fordelingsmøder tidligt på dagen (1, 3, 4, 7). Erfaringerne med denne variant er positive, om end bookingen kan være udfordrende og tidskrævende. Især yngre læger kan desuden i starten have problemer med at overholde det afsatte program. Noget tyder på, at det kan være hensigtsmæssigt fx at opstille vejledende retningslinjer for, hvor lang tid der skal afsættes i forskellige situationer, og for hvilke patientkontakter det er særligt vigtigt at sætte den patientansvarlige læge på (1). Interviewpersonerne i den afdeling, der har arbejdet længst med tilgangen, vurderer den meget positivt – herunder erfaringerne med, at den patientansvarlige læge uddelegerer stuegang og øvrig patientkontakt til en yngre læge, som så superviseres (4, se også 3, 10). I den nævnte afdeling sker stuegang normalt altid i tidsrummet kl. 9-11, hvilket er fordelagtigt for arbejdstilrettelæggelsen på sengeafsnittet. Bemærk dog, at omstillingen i den første periode gav anledning til gnidninger mellem læger og sygeplejersker såvel som mellem positive og mere skeptiske læger.

En yderligere variant i den første kategori (hvor den patientansvarlige læge går stuegang hos egne patienter, så længe de er indlagt) indebærer, at opgaven ikke er sat ind i lægens program på et givet tidspunkt, ligesom der i visse tilfælde slet ikke er afsat øremærket tid til opgaven (3, 5, 8, 9, 10). Der er ikke data vedrørende erfaringerne i alle disse tilfælde, men på en af afdelingerne tyder interviewene generelt på, at stuegang hos egne patienter uden øremærket tid hos lægen kan give udfordringer i form af forsinket stuegang, spildtid hos øvrige faggrupper og frustration hos patienter. Det gælder især for de læger, som har særligt mange operationer (og dermed mange egne patienter). Afdelingen overvejer således også at

afsætte øremærket tid, når en flytning til Skejby er overstået (10). I en anden afdeling vurderer læger og øvrige faggrupper erfaringerne meget forskelligt, men sygeplejerske- og sekretærinterviewene tyder på, at stuegangen i et vist omfang stadig i praksis varetages af yngre "stuegangsgående læger". Det er således uklart, hvor stor en forskel patientansvarlig læge har gjort for kontinuiteten i lægekontakten (5). Patientinterviewene i afdelingen indikerede dog generelt tilfredshed med personkontinuitet og sammenhæng i forløbene. I et tredje tilfælde pointerer den ledende overlæge, at afdelingens model med en afsat time i ambulatorieprogrammerne fungerer, men kan afføde svære prioriteringer mellem de to regi (9).

Enkelte afdelinger har *for det andet* valgt modeller, hvor den patientansvarlige læge går stuegang hos egne patienter i en afgrænset periode (tre, fire eller fem dage i træk), hvorefter patientansvaret skifter, hvis patienten fortsat er indlagt (3, 5). I det ene tilfælde er evalueringen mere eller mindre den samme som beskrevet i det foregående afsnit vedrørende et andet team i samme afdeling (5). I det andet tilfælde er implementeringsprocessen kun få måneder gammel, men interviewpersonernes foreløbige vurdering er, at ændringen har gjort en positiv forskel for kontinuiteten i patientkontakten og dermed for patientkendskabet (3).

For det tredje gælder det for to pilotafsnit, at stuegang ikke som udgangspunkt er en del af patientansvaret. I det ene tilfælde foretages der generelt ikke stuegang på afsnittet (6). Her understøttes lægens mulighed for at følge den enkelte patient i stedet via dispositions- og patientkonferencer. Den kontinuerlige, direkte patientkontakt ligger hos den patientansvarlige behandler. I det andet tilfælde vurderer afsnittet, at en bedre tidsanvendelse er, at den patientansvarlige læge deltager i middagskonference på sengeafsnittet, hvis en eller flere af vedkommendes egne patienter er indlagt (2). Efter en konkret vurdering tilses patienter dog i særlige tilfælde på sengeafsnittet af den patientansvarlige læge. Interviewene tyder i begge tilfælde på, at de respektive modeller er velfungerende.

Indtrykket i interviewene er, at pilotafdelingerne typisk benytter morgenkonferencer, team-møder/-konferencer eller tilsvarende som forum for **organisatorisk opfølgning på patientansvaret** – dvs. den kollegiale og ledelsesmæssige sikring af, at intentionerne med patientansvarlig læge efterfølges i det daglige; af at alle patienter har en patientansvarlig læge, og at de patientansvarlige læger påtager sig opgaverne. Det er dog varierende, hvor central en rolle denne arbejdsgang spiller i interviewene. I nogle tilfælde fremgår det, at opfølgningen er "indbygget" i lægebookingen dag for dag, og på den måde til dels giver sig selv (1, 3). I andre tilfælde fremhæver flere interviewpersoner derimod vigtigheden af, at afdelingsledelsen og ildsjæle blandt seniore såvel som yngre læger synligt og vedholdende holder og har holdt fast i indsatsens vigtighed (4, 7, 10). Slutteligt er der også flere afdelinger, hvor interviewene antyder, at opfølgningen i høj grad hviler på kollegial kultur og uformelle normer (2, 6). Interviewene efterlader her generelt det indtryk, at kontrol og opfølgning i praksis har været mere eller mindre unødvendig.

Den sidste type af arbejdsgange, som skal omtales, vedrører **overdragelse af patientansvaret**, internt i en afdeling og eksternt i forhold til andre afdelinger, praktiserende læger m.m. Interviewene har frem for alt afdækket en række eksempler på, at man på afdelingerne har forskellige uformelle retningslinjer for håndtering af overdragelse. Der kan fx være tale om en uformel regel om, at en patient, som af den ene eller den anden årsag ikke kan beholde sin patientansvarlige læge, overdrages til en erfaren overlæge for at reducere risikoen for yderligere skift (2). Der er også flere eksempler på, at en patients bevægelse mellem ambulant behandling og indlæggelse er omfattet af bestemte forventninger til, hvad der skal ske med patientansvaret (3). Der er omvendt enkelte tilfælde, hvor interviewene peger på, at der kan være tvivl på dette punkt (5, 6). Hvad angår eksterne overdragelser tyder interviewene på, at fokus især er på de situationer, hvor det vides, at en patient sandsynligvis vender tilbage til afdelingen (fx fra operation, fra intensivafsnit m.m.). Her er forståelsen, at den patientansvarlige læge holder opmærksomhed på patienten (3, 4, 5) og/eller fortsat

søger at tilse vedkommende på fx intensivafsnit (8). Sluttelig fremgår det af interview fra en række pilotafdelinger, at der er bestemte forventninger til god overdragelse til ny hospitalsafdeling eller til egen læge efter udskrivning – herunder fyldestgørende epikrise udarbejdet af den patientansvarlige læge selv, øvrig information og aftaler efter behov samt tilgængelighed ved behov for opfølgende henvendelser. Med få undtagelser giver interviewene det indtryk, at dette aspekt af arbejdsgangene i forbindelse med patientansvarlig læge har vist sig forholdsvis velfungerende på tværs af afdelingerne, men evalueringsgrundlaget er usikkert – ikke mindst fordi fx de læger, ansvaret overdrages til, ikke er spurgt.

6.4 It-understøttelse

Et gennemgående tema i interviewene på tværs af pilotafdelingerne og på tværs af faggrupperne er, at der med en høj grad af overlap udpeges nogle svagheder i it-understøttelsen af arbejdet med patientansvarlig læge. De gennemgående hovedpunkter er:

- U hensigtsmæssigt tung navigation og registrering i patientjournalssystemet EPJ
- Utilstrækkelige muligheder for at lave enkle udtræk af oversigter med fx den enkelte læges egne patienter
- Manglende datamæssig integration mellem EPJ og Klinisk Logistik-tavlerne på afdelingerne, med dobbeltregistrering af bl.a. PAL-tilknytning til følge.

Der er derudover enkelte interviewpersoner, primært læger, som bringer andre problemstillinger op. En ledende overlæge vurderer fx, at Klinisk Logistik-tavlernes registreringsmuligheder endnu ikke er optimale til brug i forbindelse med patientansvarlig læge (9). Adskillige andre udtrykker dog tilfredshed med tavlernes funktioner (bortset fra den manglende dataintegration med EPJ). Der er desuden interviewpersoner fra flere forskellige afdelinger, som peger på, at det manglende grundlag for it-understøttet monitorering af implementering og/eller målopfyldelse udgør en svaghed (1, 2, 10). Det er dog tvivlsomt, om der er bred opbakning til dette synspunkt – jf. bl.a. drøftelserne i forbindelse med evalueringsseminaret i marts 2017 med deltagelse af ca. 30 ledere og medarbejdere fra otte pilotafdelinger.

Af flere årsager vurderer vi ikke, at data giver grundlag for at udpege it-understøttelsen som et tungtvejende implementeringsproblem. Først og fremmest er det fremherskende mønster, at interviewpersonerne nok opfatter de ovennævnte udfordringer som begrænsninger på it-understøttelsen som *ressource*, men it-systemerne opfattes generelt ikke som egentlige *barrierer* for implementering. Dertil kommer, at der i øjeblikket pågår et udviklingsarbejde, hvor it-løsningen formentlig vil omfatte en håndtering af de tre udfordringer i punktopstillingen ovenfor (forventet levering februar 2018).²²

6.5 Fysiske rammer m.m.

Betydningen af de fysiske rammer for afdelingernes arbejde med patientansvarlig læge blev tematiseret under to overskrifter i interviewene. For det første ses lægernes tidsforbrug i forbindelse med skift mellem ambulatorium, sengeafsnit, undersøgelseslokaler m.m. i løbet af den enkelte dag som en faktor, der kan have selvstændig betydning for, hvordan implementeringen kan tilrettelægges. For nogle af projekterne er de bygningsmæssige rammer så kompakte, at de ikke udgør en udfordring (1, 4). For andre nævnes tidsforbruget til "intern logistik" som et af de forhold, der sætter grænser for fx muligheden for at gå stuegang hos egne patienter (2, 5). Derudover er der et projekt, hvor interviewpersonerne forudser, at afdelingens kommende flytning til nye lokaler i Skejby vil gøre den interne logistik mere udfordrende, end det er tilfældet i afdelingens nuværende bygningsmæssige rammer (10).

²² En oversigt over løsningsbeskrivelsens hovedelementer fremgår af appendiks B.

For det andet blev der i enkelte interview henvist til lokaledimensionering m.m. som en faktor, der skal indtænkes i forbindelse med tilrettelæggelsen af arbejdet med patientansvarlig læge. Det kan fx handle om, at en PAL-model, der betoner det tætte samarbejde i tværfaglige team, fremmes af at have adgang til lokaler, hvor man kan samle alle faggrupper, men samtidig sikre mulighed for fx uforstyrret arbejde ved computeren (fx ved opstilling af skærmende mobile vægge) (1). I den pågældende afdeling er der umiddelbart ikke adgang til tilstrækkeligt mange af denne type lokaler. Det nævnes desuden, at tilrettelæggelsen af stuegang hos egne patienter skal tage højde for, at stuerne ikke nødvendigvis kan rumme dette, hvis stuegangen bliver tidsmæssigt sammenfaldende (5). Ligesom forskelligt teknisk udstyr kan udgøre en flaskehals (diktafoner, bærbare computere m.m.).²³ I ét projekt er dette fx håndteret ved, at afdelingens seks team fordeler sig ligeligt med stuegang henholdsvis kl. 9-10 og kl. 10-11 (4).

Interviewmaterialet underbygger generelt, er det vores konklusion, at man bør have opmærksomhed på de lokale fysiske rammebetingelser for implementering af patientansvarlig læge. Det vil være varierende, hvor tungtvejende de ovenfor beskrevne faktorer er i det konkrete tilfælde, men de fysiske rammer bør under alle omstændigheder være et af opmærksomhedspunkterne i implementeringsplanlægningen.

6.6 Eksterne snitflader

Det nationale rammepapir fra marts 2015 opstiller ganske vidtgående ambitioner på vegne af det, der benævnes "den tværgående patientansvarlige læge". Denne læge ses i papiret som garanten for koordination af patientens samlede behandlingsforløb på tværs af speciale- og evt. regionsgrænser. Senest har Danske Regioners hvidbog præciseret forventningerne til at omfatte overblik over og medansvar for et koordineret behandlingsforløb gennem bl.a. dialog, sparring og aftaler med læger fra andre specialer, hvor det er aktuelt. Det fremgår dog også af hvidbogen, at den enkelte patient kun kan have én patientansvarlig læge ad gangen.

Det gennemgående billede i interviewene er, at pilotafdelingernes eksterne snitflader indtil videre har spillet en forholdsvis beskeden rolle i projektarbejdet. Fokus har generelt været på den interne implementeringsopgave, herunder bl.a. håndteringen af overgange mellem ambulatorium og sengeafsnit internt i afdelingen (det gælder fx 2, 6, 9).

I det omfang interviewpersonerne beskriver den patientansvarlige læges eksterne rolle, er der dog et betydeligt sammenfald i forventningerne på tværs af projekterne (se især 1, 4, 5, 6, 7). Der tales især om den patientansvarlige læges ansvar for kvalificeret stafetoverlevering med epikrise, kontaktoplysninger og aftaler med den læge, der overtager patientansvaret. Snitfladen til almen praksis udpeges i den forbindelse som et vigtigt fokusområde.²⁴ Der henvises dog også til ansvaret for overførte patienter, der forventeligt returnerer fra en anden afdeling, fra intensivafsnit eller lignende, samt for patienter der genindlægges inden for en given tidsramme. Her er forventningen, at den patientansvarlige læge er opmærksom og genoptager sin funktion, når/hvis patienten vender tilbage til afdelingen. Sluttelig ses håndtering af opfølgende henvendelser fra patient og pårørende, patientens praktiserende læge m.m., der kræver et lægeligt svar, som en del af patientansvaret.

Hvad angår pilotprojekternes erfaringer med de eksterne snitflader i en mere udvidet forstand, kan der gøres tre iagttagelser på baggrund af interviewene. For det første er der lo-

²³ Præmissen er, at stuegang hos egne patienter ved patientansvarlig læge alt andet lige involverer flere læger i stuegangen end en konventionel stuegangsmodel.

²⁴ Og for børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende desuden overgangen til social- og psykologfaglig støtte og indsats i kommunerne.

kalt gode erfaringer med samarbejdsløsninger, der understøtter den patientansvarlige læges mulighed for at bidrage til at sikre koordination af komplekse behandlingsforløb. Det gælder fx mulighed for at afholde lægefaglige konferencer på tværs af specialer og afdelinger (10), og mere uformelle samarbejdsfremmende kulturer, som inden for hospitalsorganisationen generelt "blødgør" grænserne mellem specialerne (5).

Desuagtet lægger en række af de interviewede læger for det andet vægt på at udpege grænserne for den patientansvarlige læges eksternt koordinerende funktion, som de viser sig i praksis. Fra dette synspunkt er ansvaret for opfølgning på tværs af speciale- og afdelingsgrænser m.m. et spørgsmål om den enkelte læges opmærksomhed og dømmekraft fra sag til sag; ikke et spørgsmål om at opstille retningslinjer om en vidtgående, generel forpligtelse (2, 5). To af de interviewede overlæger fra pilotprojekterne giver således illustrative eksempler på, hvordan denne dømmekraft konkret kan udfolde sig (se afsnittene om eksterne snitflader i 1, 10).

For det tredje forudser en række interviewpersoner, at der vil opstå en ny udfordring, i takt med at et stadigt stigende antal afdelinger begynder at arbejde med patientansvarlig læge. Begrebet om "patientens hovedsygdom" vil ganske vist i de fleste tilfælde kunne tjene til at afklare, hvor det enstrengede koordinerende patientansvar, som hvidbogen omtaler, konkret ligger. En kræftsygdom vil således oftest være hovedsygdommen, men den kan i givne tilfælde "trumfes" af fx et hjertesvigt. Mange forventer dog, at bestemte patientgrupper og forløbstyper vil være vanskelige at afklare ud fra denne tankegang – der henvises fx til de mest komplekse medicinske patienter. Det generelle mønster i interviewene er, at der ikke på nuværende tidspunkt (og på baggrund af pilotprojekterne) kan peges på enkle svar på denne udfordring (1, 4, 5).

6.7 Ressourceforbrug

Interviewpersonernes vurdering af implementeringsprojekternes betydning for ressourceforbruget i de respektive afdelinger berører fire dimensioner, som kort belyses i det følgende:

- Tidsforbrug til implementeringsaktiviteter
- Tidsforbrug hos støttepersonale (sekretærer, sygeplejersker)
- Tidsforbrug hos læger
- Driftsmæssigt ressourceforbrug

Tidsforbrug til selve *implementeringsarbejdet* synes ikke overraskende at have en sammenhæng med det enkelte projekts karakter. De interviewpersoner (især ledelsesrepræsentanter), som særligt fremhæver, at der har knyttet sig et væsentligt tidsforbrug til implementeringsforberedelse og -støtte, kommer i hvert fald især fra pilotafdelinger, der har valgt en relativt udbygget implementeringsmodel (1, 3, 10). Der kan være tungtvejende lokale grunde til at gøre denne prioritering (fx gode erfaringer fra tidligere omstillingsprocesser), men erfaringerne viser, at man alt andet lige i en periode skal påregne et mærkbart ressourcetræk i den forbindelse.

Interviewpersoner fra flere projekter betoner, at implementering af patientansvarlig læge lokalt har udløst en forøget belastning hos de faggrupper, som i denne sammenhæng fungerer som *støttepersonale* med ansvar for booking, koordinering og øvrig planlægning (især 1, 2, 4). Det er dog værd at bemærke, at de interviewede sekretærer og sygeplejersker fra nogle af de projekter, som har implementeret logistisk relativt krævende modeller for arbejdet med patientansvarlig læge, generelt ikke selv fremhæver denne faktor. Snarere er tendensen, at interviewpersonerne lægger vægten på, at patientansvarlig læge har gjort deres arbejde lettere og mere tilfredsstillende via bl.a. bedre flow, kvalitet og forudsigelighed i stuegang og opfølgning på stuegang, bedre lægediktater m.m. (1, 4).

Hvad angår trækket på *lægeressourcerne*, er der en del nuancer i billedet på tværs af interviewene. Interviewpersoner fra en række pilotafdelinger fremhæver, at der opleves en omfordeling af arbejdsbelastning fra yngre læger til speciallæger snarere end en nettoændring i trækket på lægeressourcerne (2, 4, 5, 10). Tendensen er, at mange især overlæger oplever at have fået en mere intens og til dels uforudsigelig arbejdsdag på baggrund af forpligtelserne som patientansvarlig læge – direkte i forhold til egne patienter, men også som supervisor for yngre læger med uddelegerede patientrettede opgaver. Omvendt peger mange interviewpersoner på, at der som helhed foregår en mere hensigtsmæssig anvendelse af lægeressourcerne på afdelingen efter indførelsen af patientansvarlig læge. Eksempelvis anvendes der relativt mere tid på uddannelse og supervision af yngre læger frem for på fx den ineffektive stuegangsform, hvor en enkelt læge – typisk en yngre læge – går stuegang på hele stuer ad gangen (1, 3, 4, 7, 10).²⁵ Billedet af betydningen af patientansvarlig læge for netop de yngre læger fremstår dog sammensat. I nogle pilotafdelinger tyder interviewene på, at den ovennævnte hensigtsmæssige omprioritering af ressourcerne faktisk finder sted (2, 4, 10). I andre indikerer især surveybesvarelser, at mange yngre læger endnu ikke oplever disse gevinster (5, se også 3).

Der er generelt ikke adgang til opdaterede opgørelser af ressourcetrækket på centrale *driftsmæssige parametre*. Flere ledende overlæger giver dog udtryk for en forventning om, at der over tid vil vise sig en driftsmæssig nettogevinst via kortere indlæggelser, færre genindlæggelser m.m. som resultat af patientansvarlig læge (1, 3, 5). I den afdeling, der formentlig har den samlet set mest ambitiøse og veletablerede PAL-model blandt pilotprojekterne, er erfaringerne dog mere konkrete og dokumenterede. Afdelingen har over tid oplevet generelt reduceret morbiditet i patientgruppen udtrykt ved markant kortere indlæggelser, og specifikt ved reduceret omfang af patientkomplikationer (bl.a. lungebetændelser, blærebetændelser m.m.). Vurderingen er, at patientansvarlig læge netop har medført bedre forløbsfremdrift i de tilfælde, hvor risikoen for komplikationer alt andet lige er særligt stor (4).

Datamaterialet giver ikke mulighed for at foretage en samlet vurdering af ressourceregnskabet, men interviewmaterialet antyder samlet set, at en vellykket implementering af patientansvarlig læge rummer et væsentligt potentiale i retning af bedre ressourceanvendelse. Den forholdsvis velunderbyggede vurdering fra afdelingsledelsen i den ovennævnte afdeling med en ambitiøs og veletableret PAL-model, er således, at patientansvarlig læge samlet set muliggør "mere sundhed for pengene" i afdelingen (4).

²⁵ Som et eksempel henvises til en tidligere udbredt praksis med "forstuegang" – dvs. den opdatering af lægens patientkendskab med støtte fra sygeplejerskerne, der ofte finder sted før en stuegang, hvor den pågældende læge ikke har tilset patienten eller læst indgående i journalen før (4).

7 Vurdering af målopfyldelsen

Dette afsnit søger at besvare undersøgelsens tredje og sidste evalueringsspørgsmål: "hvad er den foreløbige vurdering af pilotprojekternes målopfyldelse?". Afsnittet er primært baseret på interview med ledere, medarbejdere og patienter fra pilotafdelingerne. Disse tre typer af kilder behandles hver for sig i det følgende. Evalueringen har ikke datagrundlag for at give en egentlig effektivitetvurdering af patientansvarlig læge som indsats betragtet, men interview-materialet muliggør en forsigtig, foreløbig vurdering af målopfyldelsen i forbindelse med pilotprojekterne.

7.1 Patientperspektivet

Det følgende giver et aktuelt billede af udvalgte patienters oplevelse af behandlingsindsatsen i afdelingerne. Den primære kilde i denne sammenhæng er de i alt 25 patientinterview, som er gennemført i forbindelse med besøg i fire af pilotafdelingerne – Onkologisk Afdeling i Herning, Hæmatologisk Dagafsnit i Holstebro, Diagnostisk Center i Silkeborg og Øre-næse-halsafdelingen på Aarhus Universitetshospital. Derudover inddrages surveydata fra to forskellige enheder (Ortopædkirurgisk Afdeling i Randers og BUC's Skolebørnsafsnit C ved Aarhus Universitetshospital).

I betragtning af den usikkerhed der knytter sig til det generelt beskedne antal informanter pr. pilotafdeling, vil vi i denne sammenhæng primært behandle data under ét, dvs. på tværs af de enkelte afdelinger. En uddybende gennemgang af patientinterview m.m. fra de enkelte pilotafdelinger findes i evalueringsundersøgelsens baggrundsrapport.

Den følgende diskussion er struktureret under tre overskrifter: "Personkontinuitet i lægekontakten", "Øvrige vurderingsparametre" og "Samlet tilfredshed med forløbet".

Personkontinuitet i lægekontakten

I forbindelse med patientinterviewene fik hver enkelt patient bl.a. stillet følgende spørgsmål: "Har afdelingens kontakt til dig været sådan, at du ikke har skullet tale med for mange forskellige læger?". Efter behov blev der stillet uddybende spørgsmål med henblik på at sikre et godt fortolkningsgrundlag.

Generelt underbyggede en række af interviewene, at netop den lægelige personkontinuitet har stor betydning for patientoplevelsen af behandlingsforløbet. Adspurgte til hvad hun forbinder med udtrykket "patientansvarlig læge", svarede en patient eksempelvis:

"Så tænker jeg på en, som altid er inde over min sag. En man også møder fysisk. ... Her i forbindelse med mit tilbagefald synes jeg i tæt grad, at det er det system, der har kørt. Og det giver de der fordele med, at man kender hinanden og historien. ... Det er det, man kan ønske for alle, for det giver den røde tråd og sammenhæng mellem tingene."

Blandt de 25 interviewpersoner gav i alt 15 mere eller mindre klart udtryk for at have oplevet en høj personkontinuitet i lægekontakten. En stor andel af disse sagde direkte, at de reelt kun havde haft én gennemgående læge. Det skal desuden nævnes, at yderligere tre patienter, som ikke angav at have oplevet høj personkontinuitet, gjorde den tilføjelse til deres svar på åbningsspørgsmålet, at de havde oplevet kontakten til flere forskellige læger som velbegrundet i forhold til udredning og behandling og/eller som forståelig på baggrund af en weekendindlæggelse.

At det er muligt at opnå en høj grad af personkontinuitet i lægekontakten underbygges af resultater fra den kvalitetsmonitorering, som har været foretaget siden 2014 af en af pilotafdelingerne, Ortopædkirurgisk Afdeling i Regionshospitalet Randers. Afdelingen har arbejdet

med patientansvarlig læge siden 2013, og monitoreringen viser bl.a., at 94 % af efterhånden knapt 900 stikprøveudtrukne patienter ved udskrivningen har angivet, at de har oplevet at have en gennemgående læge i forbindelse med deres behandlingsforløb.

Øvrige vurderingsparametre

Interviewguiden i forbindelse med patientinterviewene omfattede følgende uddybende spørgsmål vedrørende patientens oplevelse af lægekontakten og behandlingsforløbet i afdelingen:

- "Har der været god overensstemmelse mellem det, læger og sygeplejersker har sagt til dig?"
- "Har du haft adgang til at tale med og få svar på spørgsmål fra en læge, du kender?"
- "Synes du, at lægerne har taget udgangspunkt i dine ønsker og din situation, når I har taget beslutninger om dit behandlingsforløb?"

Det generelle mønster er, at patienterne overvejende gav positive svar: 22 ud af 25 patienter havde oplevet god overensstemmelse i informationen fra sundhedspersonalet, og fandt samtidig at de havde haft adgang til at få svar på spørgsmål fra en kendt læge. Næsten lige så mange, 21 patienter, bekræftede, at lægerne havde taget udgangspunkt i vedkommendes ønsker og livssituation i forbindelse med beslutninger om behandlingsforløbet.

Der skal gøres to bemærkninger til svarmønstrene. På den ene side understreger det den positive tendens i patientvurderingerne, at flere af de patienter, der ikke kunne svare bekræftende på de enkelte spørgsmål, valgte at forholde sig neutrale under henvisning til den korte varighed af deres samlede behandlingsforløb (eller af forløbet i den pågældende afdeling). Det gælder fx for alle de tre patienter, som ikke kunne bekræfte, at de havde haft adgang til at få svar på spørgsmål m.m. På den anden side skal det bemærkes, at der knytter sig visse forbehold til enkelte patienters svar på de tre spørgsmål, positive såvel som negative. Herunder især at det er uklart ud fra svaret, hvilket grundlag der svares på – forløbet i den aktuelle afdeling eller tidligere behandlingsindsats i en anden afdeling. Patientens tilstand på interviewtidspunktet spillede bl.a. ind i denne sammenhæng. Det drejer sig dog kun om ganske få patienter.

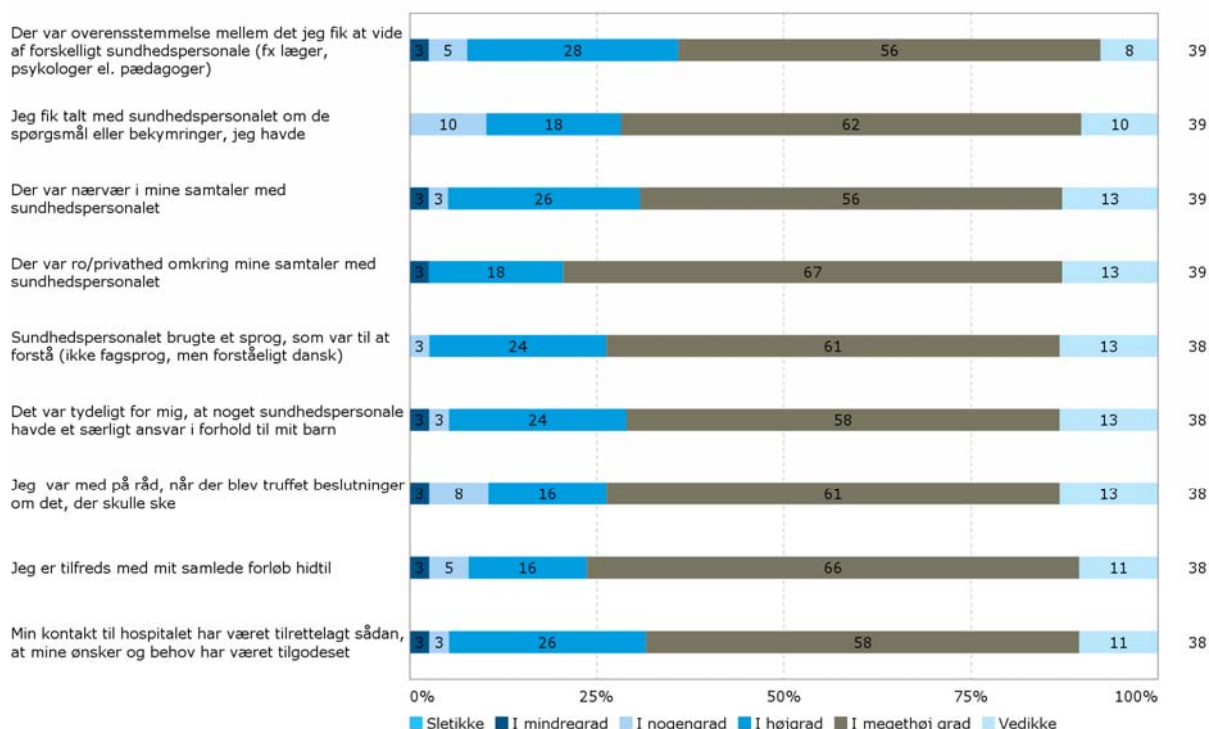
Et perspektiv på målopfyldelsen i forhold til en anden patientgruppe findes i den baseline-undersøgelse, som er gennemført i forbindelse med evalueringen blandt knapt 40 pårørende til patienterne i BUC's Skolebørnsafsnit C.²⁶ Resultaterne er relevante at inddrage her, fordi ledelse og medarbejdere i afsnittet selv vurderede at være meget tæt på intentionerne med patientansvarlig læge/behandler ved igangsætningen af pilotprojektet i afsnittet.

Figur 1 nedenfor viser svarfordelingerne på ni parametre med fokus på pårørendeoplevelsen. Svarmønstrene tyder overordnet på, at et stort flertal af de pårørende har haft en positiv oplevelse af behandlingsforløbet frem til svartidspunktet. Ud for alle ni temaer vælger mellem 77 % og 85 % af svarpersonerne de to mest positive svarmuligheder, "i høj grad" eller "i meget høj grad". Blandt disse svar falder et stort flertal desuden i den allermest positive kategori. Fx svarede 66 % af de pårørende – svarende til 25 af 38 besvarelser – at de var "i meget høj grad" tilfredse med det samlede forløb hidtil.

Med patientansvarlig læge i tankerne hæfter man sig især ved, at 82 % af de pårørende "i høj grad" eller "i meget høj grad" har haft oplevelsen af, at bestemte medlemmer af sundhedspersonalet har et særligt ansvar i forhold til deres barn.

²⁶ På grund af en forsinkelse af den igangværende dataindsamling til opfølgningsmålingen i afsnittet kan disse data ikke nå at indgå i grundlaget for denne rapport.

Figur 1: Parametre vedrørende dialog og inddragelse i behandlingsforløbene i BUC



Samlet tilfredshed med forløbet

Den sidste del af interviewene handlede om den samlede oplevelse af behandlingsforløbet hidtil. Indledningsvist stillede vi spørgsmålet "synes du samlet set, at der har været en god sammenhæng i dit behandlingsforløb?". Her gentog mønsteret fra det foregående afsnit sig, idet 22 af de 25 patienter svarede bekræftende på spørgsmålet, mens kun to besvarede spørgsmålet afkræftende (en enkelt valgte at forholde sig neutral). En patient gav dette eksempel på, hvordan god sammenhæng opleves og beskrives fra et patientperspektiv:

"Det er gået helt kontinuert fra fredag til i dag, mandag, hvor jeg sidder i venteposition til at komme til Skejby. I går fik jeg at vide, hvad der skulle ske ved en præparering til at komme til Skejby, ekstra blodfortyndende, barbering i lysken. Der har ikke været noget som helst, kommunikationen har været helt perfekt."

Afrundende fik patienterne dette spørgsmål: "Synes du samlet set, at dit behandlingsforløb og din kontakt med lægerne her i afdelingen svarer til det, du ville forvente af en organisation, som arbejder med 'patientansvarlig læge'?". Som optakt til ovennævnte spørgsmål var patienterne blevet spurgt til, hvad de umiddelbart ville forvente af en patientansvarlig læge. Flere patienter havde i den forbindelse brug for at få en uddybning af indholdet i begrebet, men de fleste havde selv et bud på en forståelse af dets kernebetydning. Dette patientudsagn er et godt eksempel på de associationer, patienterne umiddelbart får:

"Så jeg tænker jeg, at det må være sådan en som ... den læge, jeg skal have nu. De har hele tiden opereret med det begreb her på afdelingen, fordi vi også har haft patientansvarlig sygeplejerske. Jeg betragter dem som dem, der har ansvaret i sidste ende for min behandling. Hvis et eller andet går galt, så er det dem, som jeg vil forholde mig til og tage samtalen med, hvis der er et eller andet. Det fungerer altså bare."

Det fremgår af interviewene, at 18 ud af 25 patienter oplevede, at deres behandlingsforløb som helhed var overensstemmende med deres forventninger til en afdeling, der arbejder med patientansvarlig læge. Sammenholder man disse svar med svarene på spørgsmålet om personkontinuitet i lægekontakten, viser det sig, at 15 patienter svarede bekræftende på

begge spørgsmål. Der var således tre patienter, som ikke havde oplevet personkontinuitet, men som svarede bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt deres forløb svarede til deres forventninger til patientansvarlig læge. Fælles for alle tre var, at de generelt havde en positiv vurdering af deres forløb på tværs af alle de øvrige spørgsmål i interviewet.

7.2 Lederperspektivet

Dette afsnit er baseret på interview med ledende overlæger fra pilotprojekternes afdelingsledelser samt en specialeansvarlig henholdsvis en afsnitsledende overlæge. Alle har en ledelsesopgave i forhold til indførelse eller videreudvikling af patientansvarlig læge i de respektive hospitalsafdelinger og -afsnit.

På det overordnede plan er det gennemgående i næsten alle interviewene, at patientansvarlig læge i sig selv utvetydigt beskrives som en god idé af den enkelte leder. Princippet indebærer en arbejdstilrettelæggelse, som giver mange gevinster både for patienterne, for organisationerne og for den enkelte medarbejder – læger såvel som sekretærer og sygeplejersker. Og de forskellige organisationer kan i dag konkret konstatere disse gevinster i det daglige. En interviewperson giver denne levende illustration af, hvad effekten af det tydelige, personlige ansvar for den enkelte patient bl.a. kan være:

"Hvis jeg har et overfyldt ambulatorium, hvor der er tyve komplekse patienter plus tre overbookede fra dagen før, og der så kommer en blodprøve forsinket, så går det i hårdknude. Det hele bliver forsinket. Hvis det er patienter, som er mine egne, hvor det er nok at kaste et blik i journalen, så husker jeg det og klarer det. Jeg indhenter det. Hvis jeg måske kun kender 20 % af patienterne og resten er nye, så skal jeg sætte mig ind i forløbet, og hvis jeg kommer bagud, indhenter jeg det aldrig igen. Der er en meget væsentligt forskel på de to situationer – om man går hjem med eller uden overskud. Hvis man har haft en dag med mange ukendte patienter, går man hjem totalt tom i hovedet og uden overskud af nogen art. Det må være et argument."

Når det er sagt, er der stor spredning i, hvilket billede interviewene tegner af effekterne af de lokale projekter vedrørende patientansvarlig læge. Det er en variation, som for det første hænger sammen med, at ikke alle afdelingerne har haft et egentligt pilotprojekt. For det andet, og delvist forbundet hermed, afspejler den, at der er betydelig forskel på, hvor længe de enkelte afdelinger har arbejdet med patientansvarlig læge. De ti afdelinger og afsnit kan på denne baggrund grupperes i fem kategorier.

For det første er der et enkelt eksempel på en afdeling, der har arbejdet med patientansvarlig læge i en årrække, men aldrig inden for rammen af et egentligt implementeringsprojekt. Der har snarere været tale om en trinvis strategisk og organisatorisk omstillingsproces (4).²⁷ Den ledende overlæge oplever, at afdelingen er kommet langt i retning af at realisere den oprindelige, fælles ambition. Afdelingen kan således dokumentere positive resultater på en række af de parametre, som er i fokus i det nationale implementeringsprojekt: Patienttilfredshed, behandlingsmæssig sammenhæng, fremdrift og kvalitet, driftmæssige indikatorer samt arbejdstilfredshed og læring hos læger og andre medarbejdere.

For det andet kan ledelsesvurderingen af forløbet i tre afdelinger eller afsnit beskrives i følgende korte version: Ledelsen i afdelingen/afsnittet vurderer, at man var forholdsvis tæt på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge allerede ved igangsætningen af regionens pilotafprøvning i 2016. De respektive pilotprojekter har derfor haft fokus på at præcisere eller undersøge bestemte aspekter af den eksisterende PAL-model (konkret: Læ-

²⁷ Tallene i parentes henviser til kodelisten i indledningen til afsnit 6 ovenfor.

gelig personkontinuitet; tydelighed i kommunikationen med patienter og pårørende; og lægelig opfølgning på en bestemt undergruppe af patienter). Lederne vurderer generelt ikke, at de respektive projekter har gjort den store forskel for behandlingsforløb, patientoplevelse eller medarbejdertilfredshed. I et enkelt tilfælde antyder lederen faktisk, at man snarere har gjort erfaringer med grænserne for, hvor langt man kan komme i retning af lægelig personkontinuitet uden at opleve afledte negative effekter på andre punkter (2, 6, 8).

For det tredje er der yderligere to afdelinger, som langt hen ad vejen svarer til ovenstående beskrivelse, men hvor lederne til gengæld vurderer, at det lokale pilotprojekt faktisk har gjort en mærkbar forskel for målopfyldelsen i arbejdet med patientansvarlig læge. I disse to tilfælde har pilotprojektet bestået i at foretage en bestemt, målrettet justering af den lokale PAL-model (etablering af et lille tværfagligt PAL-team omkring den enkelte patient henholdsvis allokering af dedikeret tid til stuegang hos egne patienter i lægeprogrammerne). Fællesnævneren er som sagt, at de respektive ledere vurderer at arbejdet med patientansvarlig læge i dag fungerer bedre som følge af de respektive pilotprojekter (7, 9).

I den fjerde kategori, som tæller tre afdelinger, er patientansvarlig læge implementeret via et pilotprojekt startende i 2015 eller 2016. De respektive ledere vurderer, at afdelingen er kommet et stykke vej, men også at der udestår en del arbejde, før man kan siges at være i mål med pilotprojektets ambition. Alle tre ledere peger dog på, at patientansvarlig læge formentlig allerede nu har skabt øget tryghed og tilfredshed blandt patienterne såvel som øget faglig tilfredshed for medarbejdere. De ser desuden tidlige tegn på driftsmæssige gevinster og kvalitetsforbedring i behandlingsforløbene. Omvendt er det også gennemgående i interviewene, at der endnu ikke foreligger data, der mere håndfast kan underbygge disse formodninger (1, 5, 10).

Sluttelig er der **for det femte** en enkelt afdeling, som først i slutningen af 2016 gik i gang med en ambitiøs implementering af patientansvarlig læge. Processen er i sagens natur ikke nået så langt, og der har derfor ikke været basis for at foretage lederinterview m.m. med fokus på målopfyldelsen (3).

Samlet må lederne siges at tegne et ganske positivt billede af status i arbejdet med at indføre og opnå resultater med patientansvarlig læge i Region Midtjylland. I fem af de ti afdelinger eller afsnit vurderer lederne, at de respektive pilotprojekter har gjort en mærkbar positiv forskel for både patienter og medarbejdere. Lederne betoner, at resultaterne ikke er håndfast dokumenteret endnu, men der er generelt en forventning om, at det vil ske i fremtiden. I fire af de resterende fem tilfælde har pilotprojektet ganske vist ikke i sig selv haft den store betydning, men dette skyldes ifølge lederne, at man allerede i forvejen var kommet langt i retning af at virkeliggøre tanken bag patientansvarlig læge. Og i den femte og sidste af disse afdelinger, er årsagen til, at pilotprojektet endnu ikke kan siges at have gjort en forskel, at en ambitiøs implementering af princippet først er begyndt for få måneder siden.

7.3 Medarbejderperspektivet

Datakilderne til dette afsnit er individuelle interview, fokusgruppeinterview og i visse tilfælde surveybesvarelser fra læger, sygeplejersker og sekretærer. I de fleste af afdelingerne ligger medarbejderperspektivet ganske tæt op ad lederperspektivet, hvad angår synet på målopfyldelsen. Der er dog også enkelte tilfælde, hvor billedet er mere tvetydigt. I det følgende gives et overblik over tendensen i data med afsæt i den samme opdeling på fem kategorier af afdelinger og afsnit, som blev anvendt i det foregående afsnit.

I afdelingen, som placeredes i den **første kategori**, bekræftede deltagerne i det tværfaglige fokusgruppeinterview i alt væsentligt de vurderinger, som fremkom i lederinterviewet. Alle tre faggrupper oplever, at den gradvise indførelse af patientansvarlig læge siden 2013 har medført øget patienttryghed og -tilfredshed, mere hensigtsmæssige patientforløb og en mere

rationel, tilfredsstillende og læringsorienteret arbejdstilrettelæggelse. Som det fremgik af beskrivelsen i afsnittet om lederperspektivet, har afdelingen da også over tid opbygget konkret dokumentation for denne udvikling på en række punkter. En 1. reservelæge fra afdelingen giver denne beskrivelse af hendes syn på betydningen af afdelingens satsning på patientansvarlig læge:

"Jeg synes, at min læring – som yngre læge – er en del af det. Jeg lærer utroligt meget ved ansvarstildelingen i forhold til patienten. Jeg skal følge patienten fra start til slut, og det er der rigtig meget læring i for mig – både fagligt og menneskeligt. Derudover tror jeg, at patienterne synes, at det er en virkelig god idé."

Også i forhold til de to afsnit fra **anden kategori**, hvor der foreligger data, er der i det store hele sammenfald mellem ledelses- og medarbejdervurderingerne (2, 6). I begge tilfælde vurderes de præciseringer, man har foretaget i forbindelse med de respektive pilotprojekter, at have gjort en konstaterbar, men forholdsvis ubetydelig forskel for patientoplevelsen. Der opleves generelt ikke en effekt på arbejdstilfredshed m.m. Som det var tilfældet med lederinterviewet, antydede flere af de interviewede medarbejdere fra det ene pilotprojekt, at forløbet på visse punkter havde haft en problematisk betydning for arbejdet i afsnittet (2). I begge tilfælde vurderede interviewpersonerne ikke, at pilotprojektet havde haft nogen betydning for behandlingskvalitet eller -resultater.

Også hvad angår den afdeling fra **tredje kategori**, hvor der er foretaget interview, er der tæt sammenfald mellem leder- og medarbejdervurderingerne (7). Alle eller de fleste af de fem interviewede læger og sygeplejersker peger ganske samstemmende på, at den kvalitetsbrist i overgangene til andre afdelinger, som affødte pilotprojektet (etablering af tværfaglig teamstruktur omkring den enkelte patient) i væsentlig grad er blevet håndteret. Derudover er vurderingen, at der både er gevinster for patienterne i form af færre forskellige personkontakter, øget tryghed og patientsikkerhed samt styrket fremdrift i forløbene. Sluttelig peger flere på, at pilotprojektet har givet en gevinst for organisationen i form af styrket kommunikation, præcision og ansvarlighed i de interne arbejdsgange.

Medarbejderne fra de tre pilotafdelinger i **fjerde kategori** giver i flere tilfælde en mere tve-tydig vurdering af projekresultaterne i de tre afdelinger. I den første afdeling er der dog en meget høj grad af sammenfald mellem leder- og medarbejdervurderingerne (1). De tværfaglige interviewpersoner peger generelt på, at pilotprojektet har medført en markant forøget lægelig personkontinuitet i patientkontakten i afdelingen. Som følge heraf oplever de, at lægerne generelt har et øget patientkendskab, som muliggør en bedre hensyntagen til patientens ønsker og situation. Forventningen er da også, at afdelingen bl.a. fremover vil opleve øget patienttilfredshed i de tilbagevendende målinger. Samtidig ser en række interviewpersoner stuegangen på afdelingen som mere rationel og fagligt tilfredsstillende i dag.

I de to øvrige afdelinger er mønsteret derimod, at i hvert fald en del af de medarbejdere, der har bidraget til dataindsamlingen, på konkrete punkter er mere forbeholdne over for målopfyldelsen i det lokale pilotprojekt end de respektive ledere. I det ene tilfælde er den fremherskende vurdering i lægeinterviewene, at pilotprojektet kun har gjort en ubetydelig forskel på de centrale patientrettede og organisatoriske parametre (5). Enkelte medgiver, at personkontinuiteten i forhold til stuegang, behandlingsplanlægning og -opfølgning er højnet i et vist omfang. De fleste peger dog på, at afdelingen i forvejen havde gode procedurer og behandlingsforløb af høj kvalitet, hvorfor pilotprojektet kun i ringe grad har gjort en forskel. Nogle er desuden inde på, at pilotprojektet ikke endnu har indfriet det potentiale, der er i retning af tydeligere kommunikation til patienterne vedrørende det lægelige patientansvar. Med en overlæges ord:

"Jeg har nogle enormt engagerede og omhyggelige kollegaer, der i forvejen tager det daglige ansvar, og på den måde har vi forsøgt at skabe kontinuitet. Det [pilot-

projektet] ville derfor ikke ændre så meget – udover at vi ville få et officielt navn for det. ... Der mangler måske en brændende platform for at springe på projektet."

Bemærk i den forbindelse, at flere af de interviewede sygeplejersker og sekretærer nævner, at de oplever et beskedent lægeengagement i pilotprojektet. Dette skal ses på baggrund af survey-undersøgelsen i afdelingen, som viste, at sygeplejersker og sekretærer ser markant mere positivt på beslutningen om overhovedet at arbejde med patientansvarlig læge i afdelingen end speciallæger og især yngre læger.

I den sidste afdeling i denne kategori viser interviewene i det store hele, at både læger, sygeplejersker og sekretærer – på linje med ledervurderingen – oplever mærkbare gevinster for patienterne i form af tryghed og indbyrdes kendskab mellem læge og patient såvel som øget sammenhæng og fremdrift i afdelingens behandlingsforløb (10). Hvad angår de organisatoriske resultater er billedet derimod mere modsætningsfyldt. Flere sygeplejersker og sekretærer fremhæver, at afdelingens tilrettelæggelse af især lægernes stuegang hos egne patienter skaber i praksis en række udfordringer på sengeafsnittet i form af uforudsigelighed, ventetid og forsinkelser. Og i delvis modsætning til lederperspektivet vurderes det, at disse problemer er uløste. I flere af lægeinterviewene var det ligeledes et gennemgående træk, at netop stuegangen som patientansvarlig læge opleves udfordrende, som PAL-modellen er udformet i dag (herunder især det forhold, at der ikke er afsat tid til den målrettede stuegang i lægeprogrammerne).

I forhold til afdelingen i den **femte kategori** foreligger der kun i meget foreløbig form data vedrørende medarbejdervurderinger af målopfyldelsen: De tre tværfaglige fokusgruppeinterview, vi har haft adgang til, afspejler dog, at de deltagende medarbejdere, trods visse udfordringer, har en positiv vurdering af de to PAL-stuegangsmodeller, som aktuelt afprøves i afdelingens to største sengeafsnit. Det gælder især i forhold til arbejdstilfredshed og muligheder for læring for de yngre læger. Sidstnævnte skal ses på baggrund af, at den før-måling, som blev gennemført i afdelingen før projektstart, viste at de yngre læger (og sygeplejerskerne) havde en forholdsvis negativ vurdering af afdelingens arbejdstilrettelæggelse før igangsætningen af pilotprojektet.

7.4 Opsamling

Patientinterviewene viser, at 60 % af de interviewede patienter har oplevet høj personkontinuitet i lægekontakten, men også at langt de fleste af de 25 patienter har en positiv vurdering af deres forløb på andre væsentlige parametre (bl.a. sammenhængen i forløbet som helhed). Samlet vurderede 18 ud af 25 patienter, at deres behandlingsforløb hidtil havde svaret til deres forventninger til en afdeling, der arbejder med patientansvarlig læge – svarende til godt 70 %. Som helhed må der siges at være tale om en ganske positiv patientvurdering, om end med spillerum for forbedring. Det skal understreges, at det billede, interviewene tegner, ikke nødvendigvis kan tilskrives det lokale pilotprojekt. Interviewene skal primært ses som et aktuelt billede af patienternes oplevelse af deres forløb i de respektive afdelinger (1, 2, 5, 10), ikke som et grundlag for at afdække en udvikling over tid.

Hvad angår leder- og medarbejdervurderingerne af målopfyldelsen er billedet ganske sammensat. Interviewpersonerne fra tre afdelinger er i alt væsentligt enige om, at det lokale pilotprojekt har haft en positiv betydning både på patientforløbsniveau og fra en organisatorisk synsvinkel (1, 7, 9). I yderligere to tilfælde er ledervurderingen ligeledes overvejende positiv, mens medarbejderperspektivet er mere tvetydigt. I det ene tilfælde oplever en stor del af medarbejderne ikke, at projektet har haft væsentlig betydning under henvisning til i en forvejen velfungerende arbejdstilrettelæggelse (5). I det andet tilfælde tilslutter medarbejderne sig generelt, at projektet har haft positiv betydning for patientforløbene, mens der peges på problemer i forhold til målopfyldelsen fra et organisatorisk perspektiv, herunder

ikke mindst det tværfaglige samarbejde (10). Gennemgående er der i alle disse fem enheder – især ledelsesmæssigt – en bevidsthed om, at man endnu har et stykke vej at gå, før de generelle målsætninger på vegne af patientansvarlig læge er opfyldt i afdelingen.

I fire afdelinger eller afsnit har der enten ikke været et egentlig pilotprojekt eller alternativt tilskrives det ikke væsentlig betydning. I alle tilfælde skal dette forstås på baggrund af en ledelses- og medarbejdervurdering af, at man i forvejen har været ganske tæt på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge (2, 4, 6, 8). Data underbygger i flere tilfælde denne vurdering.

Sluttelig er der en enkelt afdeling, hvor det patientrettede implementeringsarbejde først startede i begyndelsen af 2017, hvorfor det er for tidligt at vurdere målopfyldelsen (3).

8 Evalueringsmæssige konklusioner

I dette afsnit holder vi de centrale resultater fra rapportens forskellige dele op imod evalueringsspørgsmålene opstillet i afsnit 4.2. Afsnittet er struktureret efter de tre overordnede evalueringsspørgsmål, men besvarer desuden, i det omfang det er muligt, de opstillede underspørgsmål.

Hvordan er princippet om den patientansvarlige læge omsat til praksis i Region Midtjyllands ti pilotprojekter?

Behandlingen af dette hovedspørgsmål tager udgangspunkt i en afdækning af patienter, ledere og medarbejderes *forståelse af princippet om den patientansvarlige læge*.²⁸ Forventningen er, at den patientansvarlige læge...

- ...tager et gennemgående ansvar for patientens behandlingsforløb som helhed
- ...møder patienten på de vigtige tidspunkter i forløbet
- ...inddrager patienten aktivt i tilrettelæggelsen af forløbet
- ...er tilgængelig for og formidler information til patienten, de pårørende m.m.
- ...indgår i tværfagligt samarbejde om patientens forløb.

Den største forskel mellem informantgrupperne er, at ledende overlæger og øvrige læger lægger større vægt på at tydeliggøre grænserne for ambitionerne med patientansvarlig læge end de øvrige grupper. Det skal dog nævnes, at ganske mange af de interviewede patienter primært lægger vægt på, at der er en læge, som tager gennemgående ansvar for deres behandlingsforløb – ikke på, at det altid er denne læge, de møder fysisk.

Patientansvarlig læge er blevet *organisatorisk forankret* i en teamstruktur på alle pilotafdelingerne. Der er dog variation i tilgangen: De lokale teamorganiseringer adskiller sig især fra hinanden i forhold til, om de er nydannet i forbindelse med pilotprojektet eller derimod viderefører en eksisterende struktur; om teamdannelsen er primært sygdomsspecifik (dvs. knyttet til specialer) eller primært patientspecifik (dvs. dannet med henblik på at understøtte det tydelige patientansvar for den enkelte); og om teamene er tværfaglige eller lægefaglige.

Pilotafdelingerne har udviklet en række forskellige rutiner for *tildeling af patientansvarlig læge* til den enkelte patient. I forhold til indlagte patienter især følgende:

- Ved konference, morgentavlemøde eller tilsvarende
- Ved vagthavende læges gennemgang med henblik på stuegang
- Ved stuegangslægen i den pågældende uges første stuegang hos patienten
- Ved melding om eller ankomst af akutpatienter
- Ved første speciallægekontakt efter indlæggelse
- Ved selve indlæggelsen
- Ved ambulant forundersøgelse med henblik på operation
- Ved fastlæggelse af operatør.

I forhold til ambulante patienter ses især disse varianter:

- Ved diagnosesamtale
- Ved/efter første samtale i ambulatorium.

Hvad angår *patientansvarets indhold* er det de færreste afdelinger, som har udarbejdet eksplicite beskrivelser af opgaver og forventninger til de patientansvarlige læge (en undtagelse er fx Fælles Akutafdeling på Aarhus Universitetshospital). Omvendt er der en høj grad af

²⁸ Det vil i denne sammenhæng sige patienter (og i et vist omfang pårørende), repræsentanter for afdelingsledelserne samt tværfaglige repræsentanter for medarbejdersiden (læger, sygeplejersker og sekretærer).

sammenfald i de mundtlige beskrivelser af samme. Kerneforventningerne er samlet set, at den patientansvarlige læge...

- ...tager ansvar for behandlingsplanen
- ...som minimum møder patienten på vigtige tidspunkter i behandlingsforløbet (herunder ved prøvesvar, ved væsentlige ændringer af behandlingsplanen m.m.)
- ...i øvrigt møder patienten kontinuerligt ved stuegang eller i ambulatorium under hensyntagen til øvrige opgaver
- ...deltager i konferencer, teammøder m.m. af relevans for patientforløbet
- ...er til rådighed for interne og eksterne henvendelser vedrørende patienten
- ...efter konkret vurdering bidrager til at koordinere behandlingsforløb, der omfatter behandling i flere forskellige lægelige regi, herunder især andre hospitalsafdelinger
- ...genoptager patientansvaret ved genindlæggelser, tilbagevenden fra operation, intensivafsnit m.m.
- ...sikrer god intern stafetoverdragelse til en anden læge fra teamet ved fravær
- ...sikrer god ekstern stafetoverdragelse gennem epikrise og øvrig information til den læge, der overtager patient-/behandlingsansvaret.

Det er vigtigt at gøre en tilføjelse til ovenstående: Især Ortopædkirurgisk Afdeling i Randers, men også Øre-næse-hals-afdelingen på Aarhus Universitetshospital arbejder med en model, hvor speciallæger uddelegerer den direkte, kontinuerlige patientkontakt til én yngre læge, som så løbende superviseres af speciallægen. Speciallægen bevarer patientansvaret og det endelige ansvar for behandlingsplanen, men den yngre læge får som behandlingsansvarlig et gennemgående medansvar for forløbet og for patientinddragelsen og patientoplevelsen.

En række *andre arbejdsgange* står centralt i implementeringerne af patientansvarlig læge. Der er bl.a. fokus på kommunikationen med patienter og pårørende (i form af præsentation over for patienten, tilgængelighed for henvendelser). Flere pilotprojekter pointerer også, at de har lagt vægt på den ledelsesmæssige og kollegiale opfølgning på tildeling og forvaltning af patientansvar fx i forbindelse med morgenkonference (har alle patienter en patientansvarlig læge? Påtager lægen sig sit ansvar?). En tredje central arbejdsgang vedrører overdragelse af patientansvaret (se ovenfor). I interviewene er det dog tilrettelæggelsen af stuegang, som fylder mest. Flere forskellige modeller er implementeret. De adskiller sig for det første med hensyn til tidsafgrænsningen: En række pilotafdelinger fastholder stuegangsansvaret hos den samme patientansvarlige læge, så længe patienten er indlagt. Andre afgrænser stuegangen til 3-5 sammenhængende dage, hvorefter ansvaret skifter til en ny læge, hvis patienten fortsat er indlagt. Medicinsk Afdeling i Randers afprøver begge tilgange på hver sit sengeafsnit. En række afdelinger sætter tid af i lægernes dagsprogrammer på bestemte tidspunkter. Andre steder er stuegangsplanlægningen et spørgsmål om den enkelte læges eget ansvar og prioritering.

Hvad angår tilrettelæggelsen af *selve implementeringsprocessen* er der en række forskellige tiltag og tilgange i spil med stor lokal variation. Parametrene i implementeringstilrettelæggelse er især, om der indgår indledende dataindsamling og -analyse; i hvor høj grad processen er tværfagligt anlagt med et fælles afsæt (skabt gennem fx temamøder for alle medarbejdere); om der er udpeget en projektgruppe; om der er sket målrettet patientinddragelse; om indsatsen er udviklet via afgrænsede prøvehandling (herunder fx afprøvning af flere forskellige stuegangsmodeller); og om der foretages monitorering undervejs. Med afsæt i interviewene skal det sluttelig også nævnes, at ledelsestilgangen til implementeringsarbejdet har været ganske forskellig på tværs af projekterne – varierende fra en synlig, aktiv og vedhol-

dende ledelsesrolle (som i fx Onkologisk Afdeling, Herning) til en mere overordnet, retnings-sættende rolle med vægt på den indledende fase (som i fx Diagnostisk Center, Silkeborg).

Hvilke implementeringserfaringer har projektafdelingerne gjort undervejs?

Erfaringerne med *implementeringstilrettelæggelsen* kan opsummeres således:

- *Dataindsamling og -analyse*: Hvis fx korte patientinterview bruges aktivt og bredt i processen, kan de udgøre en nyttig og motiverende indgang til at tydeliggøre formålet med et implementeringsprojekt. De kan desuden skabe et grundlag for at fastlægge ambitionsniveauet for processen ved at indikere, hvor tæt afdelingen i forvejen er på at leve op til ambitionerne med patientansvarlig læge.
- *Fælles afsæt*: Erfaringer fra flere forskellige projekter peger på, at det kan være givet godt ud at afsætte tid til en eller flere tværfaglige involverende temamøder i processens første fase. Det giver både mulighed for at opbygge engagement og åbne for diskussion og forslag fra medarbejderne.
- *Tværfaglig tilgang*: Budskabet fra en række projekter er, at arbejdet med implementering af patientansvarlig læge bør prioritere den tværfaglige dimension fra første færd. Både fordi der ellers kan opstå samarbejdsproblemer senere hen, men også fordi støtten fra sygeplejersker og sekretærer har afgørende betydning for, at lægerne kan lykkes med deres opgaver.
- *Forankring i en projektgruppe*: Erfaringerne er ikke entydige; en implementering kan lykkes både med og uden. Hvis man udpeger en projektgruppe, er det dog fordelagtigt at sammensætte den tværfagligt og at sikre, at gruppens medlemmer aktivt indvier og inddrager deres respektive "faglige baglande" i implementeringsarbejdet. Man bør endvidere skele til gruppe-medlemmernes organisatoriske gennemslagskraft.
- *Patientinddragelse*: Erfaringer fra flere pilotprojekter tyder umiddelbart på, at der kan være gevinster forbundet med fx at indgå i dialog med patienter, patientforeninger m.m. undervejs i processen (fx via dialogmøder, fokusgruppeinterview m.m.).
- *Prøvehandlinger*: Erfaringsgrundlaget forholdsvis beskedent, men grundtanken – at afprøve bestemte tiltag (se fx afsnit om Onkologisk Afdeling, Herning og Diagnostisk Center, Silkeborg) – kan være nyttig med henblik på at erfare sig frem i forhold til udmøntningen af patientansvarlig læge.
- *Implementeringsmonitorering*: Der er både positive og mindre positive erfaringer. Udfordringen er opstilling af værdifulde, valide indikatorer.
- *Overordnet implementeringstilgang*: Der er ikke belæg for at sige, at relativt udbyggede implementeringsmodeller (med dataindsamling, projektgrupper, prøvehandlinger m.m.) lykkes bedre end mere "slanke" ditto – eller omvendt. Uanset implementeringstilgangen viser erfaringerne dog, at vellykket implementering af patientansvarlig læge kræver en længerevarende, vedholdende indsats fra ledere og medarbejdere.

Det fremherskende mønster i interviewene er, at tyngden i det *ledelsesmæssige arbejde* med implementering af patientansvarlig læge har ligget på afdelingsniveauet. Der har generelt været tydelig og retnings-sættende afdelingsledelse i den indledende fase de fleste steder, men interviewmaterialet indikerer set under ét, at der formentlig er implementeringsmæssige fordele forbundet med en ledelsestilgang, som er synlig, engageret og vedholdende også undervejs i processen. Denne ledelsesform kan skabe bedre forudsætninger for at lykkes med at skabe den organisatoriske afstemthed, som er af væsentlig betydning, tyder meget på (bl.a. via det fælles afsæt som omtalt ovenfor).

Der er ikke basis for at fremhæve en bestemt *organisatorisk variant* som den bedste løsning. Tværtimod er konklusionen på drøftelsen af de organisatoriske erfaringer, at det er klogt at

afstemme de organisatoriske forandringstiltag med omstillingsbehovets omfang. Implementeringsprojektet i Onkologisk Afdeling i Herning tog fx afsæt i en afdækning af patientoplevelsen på centrale punkter (via bl.a. patientinterview). Det viste sig, at afdelingen ikke var, hvor man gerne ville være. Afdelingsledelsen besluttede derfor en helhedsmæssig tilgang, hvor teamstruktur og arbejdsgange sammentænkes fra bunden med afsæt i en høj prioritering af patientansvarlig læge set i forhold til andre organisatoriske og faglige hensyn. I Herning er teamene sygdomsspecifikke og tværfaglige. Omvendt har fx Skolebørnsafsnit C i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center videreført afsnittets patientspecifikke, tværfaglige tilgang til teamdannelse ud fra en vurdering af, at man i forvejen var tæt på at opfylde intentionerne med patientansvarlig læge (bl.a. underbygget af en pårørende-survey i forbindelse med evalueringen). En generel erfaring synes dog at være, at det største udbytte af en teamorganisering opnås, hvis medarbejderne i teamet (herunder i særdeleshed lægerne) i høj grad føler en forpligtelse på at assistere hinanden indbyrdes.

Erfaringerne med *centrale arbejdsgange* kan opsummeres således:

- *Tildeling og registrering af patientansvarlig læge:* Den store praktiske variation i rutinerne, som viste sig, afspejler afdelingernes forskellige patientgrupper, lokale præferencer m.m. Evalueringen tyder generelt på, at dette aspekt af arbejdet med patientansvarlig læge forløber forholdsvis problemfrit.
- *Kommunikation:* Tilgængeligheden for patienter og pårørende går primært via sygeplejersker og evt. sekretærer. Enkelte afdelinger har yderligere konkrete bud på tilgængelighed (fx træffetider), men afdelingerne betoner generelt sygeplejerskernes vigtige gatekeeper-funktion i forhold til travle overlæger.
- *Stuegang:* Erfaringerne med en stuegangsmodel, der indebærer, at der afsættes øremærket tid i lægens dagsprogram (fx et ambulatorieprogram) er fagligt positive. Der har vist sig udfordringer i indkøringsfasen (fx i forhold til den vanskelige bookingopgave og de yngre lægers rolle). Der er dog stor tilfredshed med modellen på de pågældende afdelinger. Omvendt kan det skabe problemer for arbejdsgangene på sengeafsnittene, hvis der slet ikke afsættes tid til stuegangen hos egne patienter (fx i form af forsinket stuegang, manglende stuegangsnotater osv.). Der er ikke sikkert grundlag for at vurdere en model, hvor patientansvaret fastholdes indtil patienten udskrives set i forhold til en model, hvor patientansvaret er afgrænset til fx tre sammenhængende dage. Det er dog værd at bemærke, at det i hvert fald er påvist, at det faktisk er muligt at implementere førstnævnte ambitiøse model med gode resultater.
- *Organisatorisk opfølgning:* I flere afdelinger har det haft værdifuld betydning, at der sker en vedholdende opfølgning på patientansvaret i forhold til hver enkelt patient på fx morgenkonferencer – både ledelsesmæssigt og ved toneangivende ildsjæle. Omvendt er der også eksempler på afdelinger, hvor en stærk uformel kultur vurderes at overflødigøre denne form for opfølgning.
- *Overdragelse af patientansvaret:* Evalueringen har afdækket en række forskellige præciseringer af forventningerne til god overdragelse – bl.a. knyttet til overgang mellem ambulatorium og indlæggelse, til god stafetoverdragelse til fx ny afdeling eller egen læge. Interviewene indikerer, at disse processer er velfungerende, men vurderingsgrundlaget er usikkert, i og med at de læger, ansvaret overdrages til, ikke har bidraget til dataindsamlingen.

Evalueringen har også belyst erfaringerne med udvalgte *rammebetingelser* i form af it-understøttelse og fysiske rammer. Det fremherskende billede i interviewene er for det første, at it-systemerne i regionen har nogle svagheder i forhold til implementering af patientansvarlig læge. Det gælder bl.a. navigation og registrering af PAL-oplysninger i den elektroniske patientjournal, udtræk af oversigter med fx den enkelte læges patienter, samt manglen

de integration mellem logistik- og patientjournalssystemerne. Langt de fleste interviewpersoner – herunder ikke mindst dem, der især bruger it-systemerne i det daglige – ser dog ikke it som en egentlig implementeringsbarriere, snarere som et udfoldet potentiale. De nævnte svagheder vil formentlig i vidt omfang blive tilgodeset i forbindelse med det igangværende udviklingsarbejde med forventet levering februar 2018 (se appendiks B). For det andet blev det klart via en række interview i flere forskellige sammenhænge, at fysiske rammer kan spille en ikke ubetydelig rolle i forbindelse med implementeringen af patientansvarlig læge. Det gælder især afstanden mellem de forskellige regi, en læge skal bevæge sig imellem i løbet af dagen, hvis dagsprogrammet fx sammensættes af både administrative opgaver, ambulatorietider og stuegang hos egne patienter. Forskellige hospitalsmatrikler giver forskellige betingelser på dette punkt. Det nævnes dog også, at samarbejdet i tværfaglige PAL-team fremmes af at have store lokaler med plads til både samarbejde og individuelt arbejde. Lokalt kan dette udfordre lokale indretning og -sammensætning.

Pilotafdelingernes *eksterne snitflader* til andre regi – andre afdelinger, almen praksis m.m. – har indtil videre spillet en beskeden rolle i projektarbejdet, viser interviewene. Forventningerne til den patientansvarlige læges rolle udadtil samler sig indtil videre om kvalificeret stafetoverlevering med epikrise, kontaktoplysninger og aftaler med den læge, der overtager patientansvaret; ansvaret for overførte patienter, der forventeligt returnerer fra en anden afdeling, eller for patienter der genindlægges inden for en given tidsramme; samt ansvar for håndtering af opfølgende henvendelser fra patient og pårørende, patientens praktiserende læge m.m., der kræver et lægeligt svar.

Pilotprojekternes erfaringer med de eksterne snitflader kan opsummeres med tre pointer. God koordination kan for det første erfaringsmæssigt fremmes via formelle og uformelle samarbejdsstrukturer og -kulturer mellem afdelinger. For det andet understreges vigtigheden af lægens dømmekraft – den patientansvarlige læge kan i konkrete enkelttilfælde beslutte at følge op på egne patienters behandling i andet regi, men en række af de interviewede læger peger på, at dette ikke kan sættes på formel eller gøres til en retningslinje. For det tredje forudser en del læger, at den brede implementering af patientansvarlig læge i den kommende tid vil skabe en ny og potentielt udfordrende situation, som de hidtidige erfaringer ikke nødvendigvis forbereder pilotafdelingerne på. Nøglebegrebet i den forbindelse er "patientens hovedsygdom", men fx komplekse medicinske patienter kan udgøre en udfordring i forhold til at afklare, hvor det tværgående patientansvar bør ligge.

Hvad er den foreløbige vurdering af pilotprojekternes målopfyldelse?

Som pointeret indledningsvist i afsnit 4.1 er dette en formativ implementeringsevaluering, ikke en summativ effektevaluering. Data giver således ikke basis for at drage håndfaste konklusioner med hensyn til den overordnede effekt af at indføre patientansvarlig læge – endsi- ge af forskellige tilgange til udmøntningen af dette princip. Det følgende skal derfor i stedet ses som en forsigtig første vurdering af målopfyldelsen på det nuværende stade af implementeringsarbejdet. Der er fokus på patient-, leder- og medarbejderperspektivet.

I forhold til *patientperspektivet* skal det særligt understreges, at vores 25 patientinterview gennemført i fire forskellige afdelinger primært giver et aktuelt billede af patienternes oplevelse af deres forløb i de respektive afdelinger, ikke et grundlag for at afdække en udvikling over tid. Vores interview viser på den ene side, at 40 % af de 25 patienter, vi har talt med, ikke har oplevet høj personkontinuitet i lægekontakten. På den anden side vurderer en meget stor andel af patienterne deres respektive forløb positivt på en række andre vigtige parametre – bl.a. god overensstemmelse i beskeder fra læger og sygeplejersker, adgang til at få svar på spørgsmål, og god sammenhæng i forløbet som helhed. I alt 18 patienter angav, at deres behandlingsforløb hidtil havde svaret til deres forventninger til en afdeling, der ar-

bejder med patientansvarlig læge – svarende til godt 70 %. Som helhed er der tale om en ganske positiv patientvurdering i den nuværende fase af arbejdet med patientansvarlig læge.

Hvad angår *leder- og medarbejdervurderingerne* af målopfyldelsen i de enkelte projekter, er billedet ganske sammensat. Hensigten med nedenstående oversigt er at give et overblik, hvor de ti deltagende enheder er fordelt på fem forskellige kategorier.

Enhed	Lederperspektiv	Medarbejderperspektiv
Ortopædkirurgisk Afd., Randers	Patientansvarlig læge er indført som en trinvis strategisk og organisatorisk omstilling siden 2013, ikke via et egentligt pilotprojekt. Afdelingen kan dokumentere positiv effekt på medarbejder- og patienttilfredshed samt behandlingsmæssige og driftsmæssige indikatorer over tid.	Tværfaglige medarbejderrepræsentanter bekræfter i alt væsentligt ledelsesvurderingen.
Hæmatologisk Dagafsnit, Holstebro Skolebørnsafsnit C, BUC, AUH Hæmatologisk Afd., AUH	Afdelingen/afsnittet var tæt på at arbejde efter intentionerne med patientansvarlig læge ved projektstart. Pilotprojektet har kun haft beskeden betydning for behandlingsforløb, patientoplevelse eller medarbejdertilfredshed.	Tværfaglige medarbejderrepræsentanter bekræfter i alt væsentligt ledelsesvurderingen (Hæmatologisk Dagafsnit og Skolebørnsafsnit C).
Fælles Akutafdel., AUH Infektionsmed. Afd., AUH	Indførelsen af patientansvarlig læge er sket over længere tid. Projektets justeringer af den eksisterende model har bl.a. gjort en mærkbar forskel for personkontinuiteten i kontakten til patienterne.	Tværfaglige medarbejderrepræsentanter bekræfter i alt væsentligt ledelsesvurderingen (Fælles Akutafdeling).
Onkologisk Afd., Herning Diagnostisk Center, Silkeborg Øre-næse-hals-afdel., AUH	Patientansvarlig læge er implementeret via et pilotprojekt startende i 2015 eller 2016. Projektet har formentlig skabt øget tryghed og tilfredshed blandt patienterne såvel som øget medarbejdertilfredshed. Der er tidlige tegn på driftsmæssige gevinster og kvalitetsforbedring i behandlingsforløbene.	Onkologisk Afd.: Tværfaglige medarbejderrepræsentanter bekræfter i alt væsentligt ledelsesvurderingen. Diagnostisk Center: Læger ser gevinster i form af øget personkontinuitet i stuegangen, men samlet har projektet gjort ubetydelig forskel på centrale patientrettede og organisatoriske parametre – især fordi udgangspunktet var godt. Sygeplejersker og sekretærer oplever, at en del læger savner engagement i PAL-arbejdet. Øre-næse-hals-afdelingen: Tværfaglige medarbejderrepræsentanter oplever mærkbare patientgevinster i form af tryghed og kendskab såvel som øget sammenhæng og fremdrift i behandlingsforløb. Omvendt ses udfordringer i forhold til stuegangen, som bl.a. begrænser den organisatoriske målopfyldelse.
Medicinsk Afd., Randers	Implementering af patientansvarlig læge startede januar 2017. Endnu ikke basis for at vurdere målopfyldelsen.	Tværfaglige medarbejdere vurderer de første erfaringer positivt, især med hensyn til lægers kendskab til den enkelte patient samt yngre lægers læring.

9 Appendiks A: Proces, metode og data

Tilrettelæggelsen af arbejdet frem mod offentliggørelsen af denne rapport er beskrevet i oversigten nedenfor. Kortlægningen af pilotprojekternes modeller for den "patientansvarlige læge" er hovedsageligt foregået i efteråret 2016, mens afdækningen af implementeringserfaringer og foreløbig målopfyldelse primært er foregået januar-maj 2017.

Evalueringsopgave	Tidsramme
Forberedelse og planlægning	Juni-september 2016
Kvalificering af dataindsamling	August-december 2016
Beskrivelse af PAL-indsatser	August-november 2016
Implementeringserfaringer og målopfyldelse	December 2016-maj 2017
Analyse og afrapportering	Maj-juni 2017

Dataindsamlingsmetoder

Evalueringen er primært baseret på kvalitativ dataindsamling i form af forskellige typer interview samt bearbejdning af skriftligt materiale fra pilotprojekterne; sekundært på kvantitativ dataindsamling i form af lokal indsamling af spørgeskemabesvarelser fra patienter og pårørende samt ledere og medarbejdere.

Interviewmaterialet er indsamlet som individuelle interview gennemført pr. telefon eller ved besøg på stedet samt i form af fokusgruppeinterview med 4-8 tværfaglige deltagere pr. interview. Spørgeskemabesvarelserne er indsamlet med papirskemaer og/eller tablets (patienter og pårørende) samt som websurvey (ledere og medarbejdere).

I det oprindelige design var der lagt op til, at der skulle gennemføres en tværgående surveymåling af patientudbyttet i foråret 2017 (med forventning om en gentagen måling et år senere). I august 2016 blev der imidlertid foretaget en vurdering af, at den påtænkte fremgangsmåde skaber nogle juridiske bekymringer, som betyder, at denne del af evalueringen måtte opgives. Afklaringen af om, og i givet fald hvordan, der kan foretages tværgående målinger på området er foreløbig udskudt til anden halvdel af 2017.

Evalueringsundersøgelsens datagrundlag

Som beskrevet ovenfor trækker undersøgelsen på en række forskellige datakilder.

Afdækningen af, hvordan man lokalt har udmøntet princippet om den patientansvarlige læge – dvs. indsatsens karakter – har for det første benyttet afdelingernes respektive pilotprojektbeskrivelser fra første halvdel af 2016 som et nyttigt udgangspunkt.

Et yderligere grundlag for indsatsbeskrivelserne er for det andet opbygget via 15 personinterview (telefonisk samt ved besøg på stedet) og 5 gruppeinterview på stedet med ledere og medarbejdere fra pilotafdelingerne. Den løbende dialog med og kvalificerende kommentarer fra ledere og medarbejdere i pilotafdelingerne har ligeledes udgjort en nyttig vidensressource. Informanterne har i denne fase af dataindsamlingen overvejende været personer med en nøglerolle i det lokale pilotprojekt.

Belysningen af implementeringsforløbet og den foreløbige målopfyldelse er for det første afdækket via i alt 34 individuelle telefoninterview med læger, afdelingssygeplejersker/sygeplejersker, afdelingssekretærer/sekretærer samt ledende/specialeansvarlige overlæger.

Med samme fokus er der for det andet foretaget 7 fokusgruppeinterview med tværfaglig repræsentation ved besøg i 6 forskellige pilotafdelinger. Der har desuden kunnet trækkes på referater fra 3 fokusgruppeinterview og et telefoninterview med et beslægtet sigte gennemført af Regionens HR-afdeling i april 2017. Med få undtagelser var informanterne i alle de ovennævnte telefon- og fokusgruppeinterview tilfældigt udvalgte repræsentanter for den del af medarbejdergruppen, som *ikke* har haft en central rolle i implementeringen af den lokale model for den patientansvarlige læge.²⁹

For det tredje har vi med samme fokus kunnet trække på referater af drøftelserne i forbindelse med et halvdagsseminar om "patientansvarlig læge" arrangeret af DEFACTUM i marts 2017 med deltagelse af godt 30 ledere og medarbejdere fra otte af pilotprojekterne.

For det fjerde er der med særligt fokus på målopfyldelsen gennemført personinterview med i alt 25 patienter i forbindelse med interviewbesøg i fire forskellige pilotafdelinger i januar-februar 2017.

Sluttelig er der for det femte indsamlet forskellige typer spørgeskemadata i tre af pilotafdelingerne. I Medicinsk Afdeling i Randers er der foretaget en før-måling blandt patienter og medarbejdere.³⁰ I Diagnostisk Center i Silkeborg er der foretaget en websurvey med fokus på vurderinger af patientansvarlige læge i centret blandt læger, sygeplejersker og sekretærer. Og i BUC's Skolebørnsafsnit C er der foretaget en før-måling blandt forældre og øvrige pårørende til afsnittets patienter. Opfølgingsmålingen i afsnittet afsluttes først med udgangen af juni 2017. I hvert enkelt tilfælde er der indsamlet mellem 40 og 100 besvarelser. Forskellige forhold – herunder bl.a. de lokale projekters tidsplaner – betyder, at efter-målingerne i Medicinsk Afdeling og i BUC ikke har kunnet gennemføres i tide til at indgå i datagrundlaget for denne rapport.

Datagrundlaget for belysningen af forløbet i hver enkelt af pilotafdelingerne er beskrevet uddybende i den supplerende baggrundsrapport.

²⁹ Samlet er der blevet interviewet 95 ledere og medarbejdere i forbindelse med undersøgelsen: 9 ledende eller specialeansvarlige overlæger, 36 øvrige overlæger og yngre læger, 27 afdelingssygeplejersker eller sygeplejersker, 13 afdelingssekretærer eller sekretærer, 4 AC-medarbejdere og 6 psykologer eller pædagoger.

³⁰ Efter-målingen kan på grund af pilotprojektets tidplan først gennemføres i efteråret 2017.

10 Appendiks B: It-løsningsbeskrivelse

Region Midtjylland har i slutningen af 2016 aftalt en løsningsbeskrivelse vedrørende en tilpasning af relevante it-systemer med Systematic, regionens leverandør af Elektronisk Patientjournal (EPJ). Løsningsbeskrivelsen blev færdiggjort december 2016 med henblik på forventet levering februar 2018. Det vigtigste nye i forhold til it-understøttelsen af patientansvarlig læge bliver:

1. Funktionen "klinisk forløb" i EPJ gør det muligt at knytte bl.a. navnet på den patientansvarlige læge til en navngiven patient med et forløb vedrørende et givet sundhedsproblem. Forløbet kan knyttes til et bestemt speciale eller et bestemt hospital, men kan også blot defineres på regionsniveau.
2. Oplysninger om patientansvarlige læge, kontaktsygeplejerske og evt. patientansvarligt team kan tilgås via et lettilgængeligt "rullegardin" på EPJ's kontekstbar.
3. Der tilføjes en dialogboks, som giver samlet adgang til registrering af ovenstående oplysninger knyttet til et "klinisk forløb" i EPJ.
4. EPJ tilføjes oversigten "Mine patienter", som gør det muligt for fx den enkelte læge at se lister med de patienter, vedkommende har en patientansvar i forhold til.
5. EPJ tilføjes en ny snitflade til integration med andre systemer. Fx skabes der integration mellem EPJ og hospitalernes Klinisk Logistisk-tavler, sådan at nye oplysninger i EPJ overføres til Klinisk Logistik. Det bliver også muligt at redigere EPJ-oplysninger via indtastning på logistiktavlerne.

Kontaktperson: Sundhedsfaglig EPJ-konsulent Louise Grønhøj, It, Region Midtjylland, 4076 7766, louise-gronhoj@rm.dk

