



# **EVALUERING AF PROJEKT "PATIENTANSVARLIG LÆGE"**

Ti pilotprojekter i Region Midtjylland

## **BAGGRUNDSRAPPORT**

## **Evaluering af projekt "patientansvarlig læge"**

Ti pilotprojekter i Region Midtjylland – baggrundsrapport

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

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](mailto:defactum@rm.dk)

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk) under udgivelser.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	Overblik over pilotprojekterne	2
<b>2</b>	<b>ONKOLOGISK AFDELING, HERNING</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>HÆMATOLOGISK DAGAFSNIT, HOLSTEBRO</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>MEDICINSK AFDELING, RANDERS</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, RANDERS</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>DIAGNOSTISK CENTER, SILKEBORG</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>BUC'S SKOLEBØRNSAFSNIT, RISSKOV</b>	<b>62</b>
<b>8</b>	<b>FÆLLES AKUTAFDELING, AARHUS</b>	<b>72</b>
<b>9</b>	<b>HÆMATOLOGISK AFDELING, AARHUS</b>	<b>78</b>
<b>10</b>	<b>INFEKTIONSMEDICINSK AFDELING, AARHUS</b>	<b>82</b>
<b>11</b>	<b>ØRE-NÆSE-HALS-AFDELINGEN, AARHUS</b>	<b>88</b>
<b>12</b>	<b>APPENDIKS A: "KON-TIKI"-KURSUSFORLØB</b>	<b>98</b>
<b>13</b>	<b>APPENDIKS B: IT-LØSNINGSBESKRIVELSE</b>	<b>99</b>



# 1 Indledning

I marts 2015 udkom det nationale rammepapir vedrørende indførelse af princippet om den "patientansvarlige læge" (PAL) i det danske sundhedsvæsen. Bag initiativet stod regeringen, Danske Regioner samt en række faglige organisationer og patientorganisationer.<sup>1</sup> Partnerskabet er enige om at pege på den patientansvarlige læge som et vigtigt middel til mere sammenhængende og trygge behandlingsforløb for danske hospitalspatienter.

Teksten opfordrer til en national pilotimplementering af patientansvarlig læge, og regionerne har siden da gennemført 44 sideløbende afprøvninger i forskellige kliniske regi landet over. I Region Midtjylland blev det besluttet at igangsætte tolv pilotprojekter, som så vidt muligt skulle følges af en tværgående evaluering af implementeringsprocesser og -erfaringer. Ti af Regionens pilotprojekter er i praksis kommet så langt, at de har kunnet indgå i evalueringsundersøgelsen. Erfaringerne fra pilotafprøvningerne skal understøtte og kvalificere dén bredde, nationale implementering af den patientansvarlige læge, som siden hen er blevet besluttet med en politisk aftale indgået mellem regeringen og de øvrige parter i november 2016.

Evalueringsundersøgelsen er gennemført af DEFACTUM, et forsknings- og konsulenthus i Region Midtjylland ([www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)). Afrapporteringen af undersøgelsen omfatter en *tværgående rapport*, der analyserer erfaringerne på tværs af pilotprojekterne, og nærværende *baggrundsrapport*, der analyserer forløbet af de enkelte pilotprojekter hver for sig.<sup>2</sup> Den overordnede beskrivelse af evalueringens design og datagrundlag findes i den tværgående rapport. Begge rapporter kan hentes samme sted.<sup>3</sup>

Evalueringen af hvert enkelt pilotprojekt bliver nedenfor fremlagt i selvstændige afsnit, som overvejende er disponeret efter den samme skabelon:

- Kort beskrivelse af pilotafdelingen/-afsnittet
- Overordnede erfaringer fra projektet
- Beskrivelse af den lokale model for den patientansvarlige læge
- Evaluering af implementeringserfaringer
- Foreløbig vurdering af målopfyldelsen
- Præsentation af datagrundlaget for evalueringen

Baggrundsrapporten kan således uden problemer læses selektivt med udgangspunkt i indholdsfortegnelsen samt det kortfattede overblik over pilotprojekterne, som præsenteres i det følgende afsnit. Forhåbningen er ikke mindst, at mange af de nye implementeringsafdelinger vil kunne finde en eller flere blandt pilotafdelingerne, som man deler karakteristika med, og som derfor kan have særlig relevans som reference og inspirationskilde.

## **Lokal tilpasning**

Evalueringsundersøgelsen er tilrettelagt med udgangspunkt i, hvilke evalueringstiltag der lokalt er blevet opfattet som velbegrundede og nyttige. Der er således betydelig forskel på, hvilke data der konkret er indsamlet, og på hvor omfattende evalueringsaktiviteterne har været fra sted til sted. Disse forskelle afspejler, at selve implementeringen af patientansvarlig læge er sket på forskellige tidspunkter i de enkelte pilotprojekter – i flere tilfælde 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.

---

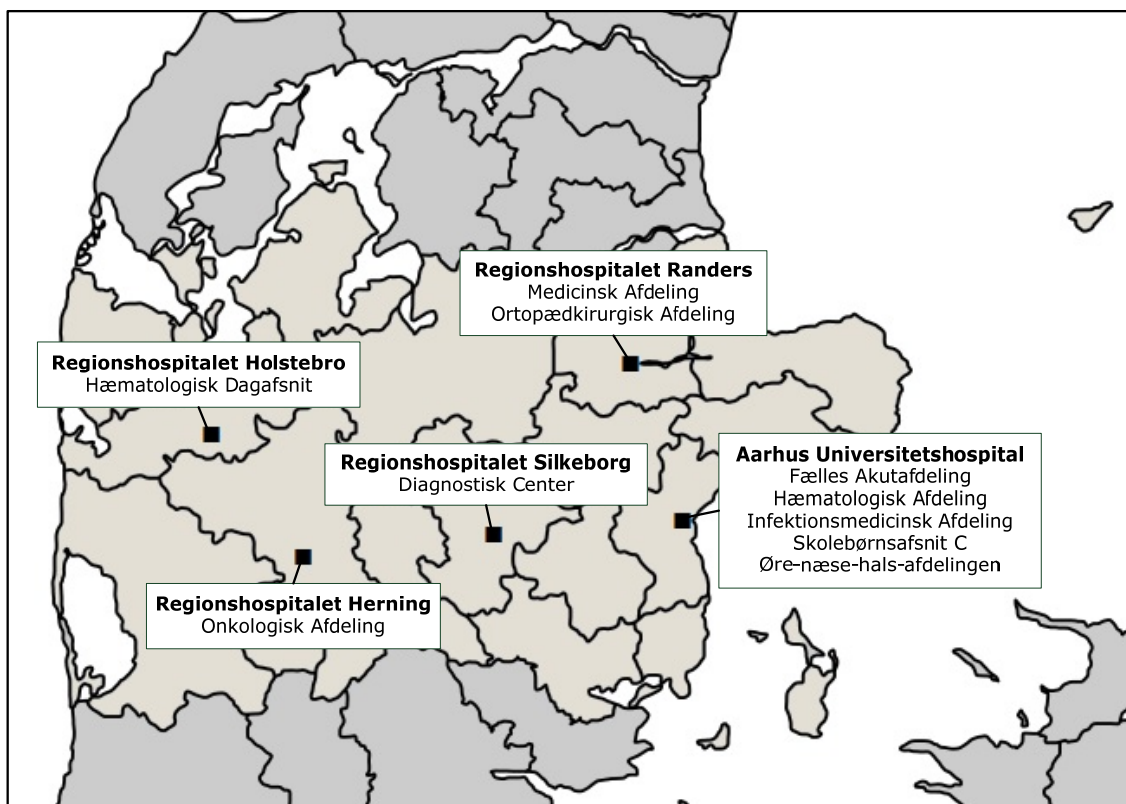
<sup>1</sup> "Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge", marts 2015.

<sup>2</sup> For en uddybende beskrivelse af evalueringens design og gennemførelse, se den tværgående rapport.

<sup>3</sup> [www.defactum.dk/publikationer](http://www.defactum.dk/publikationer)

## 1.1 Overblik over pilotprojekterne

Som vist på kortet nedenfor fordeler de ti pilotprojekter sig på fem forskellige hospitaler fra hele regionen. Pilotprojekterne fra Aarhus Universitetshospital (AUH) repræsenterer desuden fire forskellige hospitalsmatrikler.



I det følgende giver vi en kortfattet introduktion til de enkelte implementeringsprojekters fokus og aktuelle status, i den rækkefølge de behandles i resten af baggrundsrapporten.

**Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning:** Med start i januar 2016 har afdelingen sat sig for at gennemføre en vidtgående omlægning af organisering og arbejdstilrettelæggelse. Lægernes dagsprogram lægges fra dag til dag med stuegang, ambulatorium, administration m.m. afhængig af behovet hos lægens egne patienter. Endvidere er der med start i januar 2017 indført en sygdomsspecifik, tværfaglig teamstruktur med få speciallæger i hvert team. De foreløbige vurderinger fra patienter og fagpersoner tyder på, at afdelingen er kommet ganske langt med implementeringen, og opnår lovende resultater af indsatsen.

**Hæmatologisk Dagafsnit, Regionshospitalet Holstebro:** Hæmatologisk afsnit er en del af Medicinsk Afdeling. Afsnittet vurderede fra projektstart i maj 2016, at man i forvejen havde en arbejdstilrettelæggelse og kultur, som nøje matcher princippet om den patientansvarlige læge. Projektet har derfor primært haft fokus på yderligere at skærpe opmærksomheden på lægekontinuiteten i dagafsnittets patientkontakt. Der er bl.a. etableret en tværfaglig teamstruktur. Evalueringen tyder ikke på, at pilotprojektet har haft væsentlig indflydelse på afsnittets i forvejen sammenhængende behandlingsforløb med stor lægelig kontinuitet.

**Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers:** Afdelingen oplevede ved projektstart i september 2016 at have en kultur (og ambulatoriedrift), som beforder patientansvaret, mens arbejdstilrettelæggelsen i forhold til de indlagte patienter er et udviklingsområde. Projektet har derfor fokus på, med start i januar 2017 at afprøve tre forskellige modeller for den patientansvarlige læges stuegang hos egne patienter på afdelingens sengeafsnit. Det er endnu for tidligt at vurdere resultaterne af indsatsen, men de første tegn er lovende.

**Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers:** Afdelingens implementering af princippet om patientansvarlig læge kan føres tilbage til foråret 2013, og der er således ikke gennemført et egentligt pilotprojekt i 2016. Afdelingens model for den patientansvarlige læge fokuserer særligt på en styrket og rationaliseret stuegangsfunktion med afsæt i en teamorganisering. Evalueringen peger på, at implementeringen af patientansvarlig læge i afdelingen har en høj grad af målopfyldelse. Der kan bl.a. henvises til data vedrørende en række konkrete indikatorer, som underbygger denne konklusion.

**Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg:** Diagnostisk Center er dannet i 2011 ved en fusion af Radiologisk Afdeling og Medicinsk Afdeling på hospitalet. Implementeringen startede i foråret 2015, men blev relanceret som pilotprojekt et år senere. Centret har valgt en implementeringstilgang, hvor dets fire team har mulighed for at udvikle hver deres model for patientansvarlig læge. Centret synes som helhed at have taget visse skridt i retning af et mere sammenhængende patientansvar, men implementeringsopgaven er ikke afsluttet. Patientinterviewene viser en meget positiv vurdering af forløbene i centret, men interview- og surveydata rejser tvivl om, hvorvidt dette kan tilskrives pilotprojektet.

**Skolebørnsafsnit C, BUC Risskov, AUH:** Afsnittets pilotprojekt med start i september 2016 tager afsæt i, at behandlingsindsatsen allerede i forvejen var kendetegnet af en høj grad af læge- og behandlerkontinuitet inden for rammen af "patientens team". Dette underbygges af baseline-målingen blandt pårørende. Projektets fokus er således en skærpelse af eksisterende arbejdsgange og en tydeliggørelse af lægefunktionen over for patienter og pårørende. Opfølgingsmålingen blandt pårørende er endnu ikke afsluttet, men interviewdata indikerer, at pilotprojektet, på grund af de relativt små ændringer, ikke har haft væsentlig indvirkning på den i forvejen høje grad af tryghed og dialog i afsnittets behandlingsforløb.

**Fælles Akutafdeling, AUH:** Afdelingen påbegyndte arbejdet med at tydeliggøre patientansvaret i løbet af 2015, og man har således ikke haft et egentligt pilotprojekt i 2016. Implementeringen har taget udgangspunkt i en analyse af utilsigtede hændelser ved overgange i patientforløb. Fokus har været på en tydeliggørelse af det læge- og sygeplejefaglige ansvar for hver enkelt patient i afdelingen, internt og udadtil. Med forbehold på begrænsningerne i datagrundlaget, tyder evalueringen på, at tiltaget har opnået en god målopfyldelse.

**Hæmatologisk Afdeling, AUH:** Afdelingen har arbejdet med substansen i "patientansvarlig læge" i en årrække (tidligere under betegnelsen "kontaktlæge"), men siden januar 2016 har man haft særligt fokus på kontinuerligheden i lægeopfølgningen på afdelingens patienter indlagt på intensivafsnit. Der er dog ikke tale om et egentligt pilotprojekt, og data giver ikke mulighed for at vurdere målopfyldelsen i forhold til arbejdet med patientansvarlig læge.

**Infektionsmedicinsk Afdeling, AUH:** Som det er tilfældet med de to ovenstående AUH-afdelinger, ligger implementeringen af centrale elementer af patientansvarlig læge flere år tilbage. Der er dog gjort en fokuseret indsats i 2016 med sigte på at omlægge arbejdstilrettelæggelsen for de læger, som har funktionen som patientansvarlig læge, så der afsættes øremærket tid til stuegang hos egne patienter i ambulatorieprogrammet. Heller ikke her giver evalueringsdata mulighed for at bedømme målopfyldelsen i forbindelse med indsatsen. Afdelingen har dog foretaget korte patientinterview, som indikerer høj patienttilfredshed.

**Øre-næse-hals-afdelingen, AUH:** Pilotprojektet i Øre-næse-hals-afdelingen blev igangsat i maj 2016 med fokus på at sikre den patientoplevede lægelige personkontinuitet i forbindelse med stuegangsfunktionen, som tidligere blev varetaget af vagtholdet. Ambitionen er at sikre størst mulig personkontinuitet fra forundersøgelse til postoperativ opfølgning. Evalueringen indikerer, at afdelingen på flere punkter har opnået de ønskede resultater af indsatsen; det er dog samtidig klart, at implementeringsprocessen ikke er afsluttet, og at der fortsat kan peges på forbedringspotentiale i afdelingens arbejde med patientansvarlig læge.

## 2 Onkologisk Afdeling, Herning

Onkologihuset i Herning rummer Onkologisk Ambulatorium, Sengeafsnit, Palliativt Team og Stråleterapien, som er en satellitfunktion under Aarhus Universitetshospital. Afdelingens optageområde omfatter ca. 600.000 patienter i det midt- og vestjyske, og der tilbydes behandling til patienter med colon-, ovarie-, lunge-, pancreas- og mammacancer. Forløbene varierer fra få fremmøder til årelange forløb. Der er omkring 27.000 ambulante besøg pr. år, og der henvises ca. 1.000 nye patienter om året. Onkologisk Sengeafsnit har tolv sengepladser, hvoraf tre er forbeholdt patienter tilknyttet Palliativt Team samt én bufferplads. Der indlægges omkring 1.350 patienter pr. år. Gennemsnitlig indlæggelsestid er 3,1 dage.

Der er ansat 80 medarbejdere i afdelingen fordelt som følger: Seks overlæger på fuldtid og én på deltid, to medicinske læger, som hver arbejder i afdelingen én dag om ugen samt én turnuslæge. Derudover gøres der brug af onkologiske overlæger fra Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital i gennemsnit seks timer pr. uge. Der er desuden tilknyttet fire læger til Palliativt Team. Normeringen omfatter derudover 50 sygeplejersker og 20 lægesekretærer.

### Overordnede projekterfaringer

Den centrale erfaring fra pilotprojektet er foreløbig, at det har vist sig muligt at implementere en ambitiøs model for patientansvarlig læge på en kræftafdeling – trods konkrete udfordringer i form af bl.a. underbemanding med speciallæger. Organisatorisk er arbejdet med patientansvarlig læge forankret i en nydannet sygdomsspecifik teamstruktur. Undersøgelsen indebærer ikke en egentlig effektmåling, men de gennemførte interview med såvel fagpersoner som patienter underbygger, at projektets målopfyldelse indtil videre har været ganske høj i et patientoplevelse såvel som et organisatorisk perspektiv.

Pilotprojektet har desuden givet anledning til positive erfaringer med konkrete implementeringsstøttende tiltag. Særligt kan man i den forbindelse fremhæve betydningen af tydelig og vedholdende afdelingsledelse i en implementeringsproces; den drivende rolle som afdelingens tværfaglige projektgruppe har spillet; og værdien af afdelingens korte, ugentlige tavlemøder med deltagelse af alle faggrupper som en ramme om løbende og efter behov bl.a. at drøfte og udvikle implementering af patientansvarlig læge i en hospitalsafdeling.

### Indsatsbeskrivelse

<b>Projektfokus</b>	Afdelingens projekt sigter overordnet på at sikre, at alle funktioner (stuegang, vagtfunktion, opgaver i ambulatoriet osv.) dag-til-dag integreres som elementer i den enkelte læges dagsprogram med udgangspunkt i princippet om den patientansvarlige læge. Samtidig er der i projektet stor opmærksomhed på, hvordan nytænkningen af lægernes arbejdstilrettelæggelse kan spille godt sammen med de øvrige faggruppers rammer og opgaveløsning. Målet er at udvikle en tværfaglig og teambaseret udmøntning af princippet om den patientansvarlige læge.
<b>Omfang</b>	Hele onkologisk afdeling – sengeafdeling og ambulatorium – indgår i pilotprojektet.
<b>Patientgrupper</b>	Alle patienter med et behandlingsforløb i afdelingen er omfattet af implementeringen af patientansvarlig læge.
<b>Formål</b>	Hvad angår de eksplicite målsætninger for afdelingens pilotprojekt, er der undervejs primært blevet refereret til den lokale projektbeskrivelse. Projektbeskrivelsen opstiller som overordnet mål for projektet at afprøve, hvorvidt en ny arbejdstilrettelæggelse kan sikre, at patienten har en patientansvarlig læge, og at patienten møder læger, som hovedsageligt be-



	<p>skæftiger sig med den specifikke kræftsygdom, patienten har. Herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At et team følger patienten både under den ambulante behandling og under indlæggelse</li> <li>• At den patientansvarlige læge møder patienten ved svar på behandlingsresultater eller (væsentlige) ændringer i behandlingsplanen</li> <li>• At der udvikles en håndtering af at midlertidige læger eller vikarlæger har et første møde eller et møde undervejs med patienter, samtidig med at man har en patientansvarlig læge</li> <li>• At der skabes robuste tværfaglige arbejdsprocesser og -strukturer for læger, sygeplejersker og sekretærer, der bidrager til gode patientforløb</li> <li>• At projektet bidrager til øget arbejdsglæde for faggrupperne.</li> </ul> <p>Pilotprojektet har samtidig haft fokus på at indfri de fem overordnede mål opstillet i det nationale rammepapir.</p>
<b>Tidsplan</b>	<p>Afdelingen gik i gang med at afprøve nye måder at opbygge lægernes dagsprogram på fra januar 2016, og man gjorde nyttige erfaringer allerede i denne fase. Den egentlige pilotafprøvning af modellen som helhed gik dog først i gang i forbindelse med første modul på Kon-Tiki-kursusforløbet i maj 2016 (se appendiks A). Det grundlæggende implementeringsarbejde med modellen blev afsluttet med udgangen af 2016, dog således at den nye teamorganisering først trådte i kraft fra 1. januar 2017.</p>
<b>Ledelse</b>	<p>Pilotprojektet har stor bevågenhed fra afdelingsledelsen, både i den forstand, at projektgruppen er blevet aktivt støttet og holdt til ilden undervejs, men også således at der har været opbakning til det tidsforbrug, som har knyttet sig til udviklings- og implementeringsforløbet. Også på hospitalsledelsesniveau har projektet været sat på dagsordenen – bl.a. har projektgruppen på et tidspunkt holdt et oplæg på et møde i hospitalsledelsen, og hospitalsledelsen har tilsvarende deltaget i afdelingsmøder. Den ledende overlæge betoner, at afdelingsledelsen på den måde aktivt har efterspurgt hospitalsledelsens bidrag til processen.</p>
<b>Organisering</b>	<p>Pilotprojektet har fra starten været organiseret med vægt på det tværfaglige samarbejde. Projektgruppen, som bl.a. har deltaget i Kon-Tiki-kurset, har således både haft repræsentation fra læge-, sygeplejerske- og sekretærside.</p> <p>Da pilotprojektets første implementeringsproces var afsluttet, rettede man opmærksomheden mod de næste skridt i realiseringen af intentionerne med initiativet. Konkret ønsker man bl.a. at sikre, at afdelingens velfungerende kontaktsygeplejerskeordning ikke undermineres af det øgede fokus på det lægelige patientansvar. Fra 1. januar 2017 er afdelingens teamorganisering derfor blevet omlagt til en tværfaglig model med tre sygdomsspecifikke og patientforløbsorienterede team med deltagelse af læger, sygeplejersker og sekretærer. Tidligere har lægernes teamorganisering været opbygget efter funktion – således at man fx har haft et ambulatorie-team, som har haft til opgave at modtage nyhenviste patienter.</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Patientansvarlig læge tildeles efter diagnose i forbindelse med konference. Tildeling sker med udgangspunkt i den nødvendige ekspertise og derefter eventuelt efter en vurdering af kapacitet hos de pågældende læger. Der er under alle omstændigheder tale om en speciallæge.</p> <p>Oplysninger om tildelingen registreres og opdateres i EPJ og, ved indlæggelser, på Klinisk Logistik-tavlerne.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>Rollen som patientansvarlig læge omfatter især:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At følge patienten både under ambulant behandling og eventuelt</li> </ul>

	<p>under indlæggelse, herunder så vidt muligt i forbindelse med stuegang hos den pågældende patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At møde patienten ved svar på prøver vedrørende behandlingsresultater eller (væsentlige) ændringer i behandlingsplanen</li> <li>• Deltagelse i de ugentlige møder i teamet.</li> </ul> <p>Der arbejdes aktuelt desuden på at sikre, at den første samtale med nyhenviste, elektive patienter også varetages af den patientansvarlige læge.</p>
<b>Kontakt til PAL</b>	<p>Afdelingen arbejder med kontaktlister til registrering af henvendelser fra patienter og pårørende. Henvendelserne modtages, vurderes og skrives på listen med henblik på en relevant opfølgning. Opfølgning kan fx være i form af en opringning fra den patientansvarlige læge, en aftale om en telefonsamtale eller lignende. Erfaringen er dog, at langt de fleste henvendelser kan håndteres tilfredsstillende af teamenes sygeplejersker.</p>
<b>Eksterne snitflader</b>	<p>Afdelingen har indtil videre prioriteret at få solidt greb om den interne PAL-model, og det er først i den kommende tid, at man forventer at tage hul på de udfordringer, der i visse patientforløb knytter sig til koordination af og overgange mellem behandling i forskellige specialer og regi.</p>
<b>Kvalitetsafvigelse</b>	<p>Afdelingen har en stadig udfordring med underbemanding af faste læger, hvorfor der løbende trækkes på speciallægetid tilkøbt udefra. Det betyder aktuelt, at nyhenviste patienter sidst på dagen ofte tilses af midlertidige læger, som af gode grunde ikke kan være patientansvarlig læge for den pågældende patient. Dette hænger sammen med, at afdelingen skal følge med tilgangen af patienter, som starter i kemoterapi under henvisning til tidsfristerne i behandlingsgarantien. Efter kræftplanen er dette en vigtig patientkontakt, og afdelingen ønsker at sikre, at den patientansvarlige læge kan løfte denne opgave. Man arbejder på en mulig løsningsmodel, som indebærer, at de faste lægers aften- og nattevagter flyttes over på de eksternt tilkøbte lægers program, således at der kan frigives timer hos de faste læger til at se nyhenviste patienter, som de dermed bliver patientansvarlig læge for. Samtidig er det planen at sikre, at disse nyhenviste patienter også mødes af en sygeplejerske fra det sygdomsspecifikke team. Midlet er at booke patienterne på de dage, hvor en læge og sygeplejerske fra det relevante team er på arbejde.</p> <p>En yderligere udfordring, som der ikke findes en enkel løsning på, er de situationer, hvor unormalt mange patienter fra én bestemt sygdomsgruppe, bookes til første besøg på den samme dag. Her vil det ofte ikke kunne lade sig gøre at booke tid hos en læge fra det relevante sygdomsspecifikke team.</p> <p>Som en sidste faktor fremhæver projektgruppen, at man i den kommende tid sætter særligt fokus på at skærpe lægernes opmærksomhed på vigtigheden af at melde rettidigt ind, når den enkelte læge ikke er tilgængelig på grund af ferie, konferencer m.m.</p>
<b>Erfaringsopsamling</b>	<p>Afdelingens faste "stående" tavlemøder alle torsdage kl. 8-8.25 fungerer som en ramme for opsamling på og problemløsning i forhold til bl.a. PAL-implementeringsarbejdet. Tavlemøderne har samtidig bl.a. bidraget til at sprede viden og "holde gryden i kog" i forbindelse med pilotprojektet. Konkret fungerer mødet således, at medarbejderne i ugens løb kan sætte sedler på en foldetavle, som så danner udgangspunkt for de korte drøftelser på mødet. Alle der er på arbejde torsdag morgen – læger, sygeplejersker og sekretærer – deltager i møderne. Drøftelserne har den form, at gruppen hurtigt afklarer, om den enkelte problemstilling kan håndteres på stedet, og, hvis det ikke er tilfældet, hvem der efterfølgende skal arbejde med en løsning.</p> <p>Øvrige tvær- og monofaglige fora udgør desuden en ramme for drøftelse,</p>

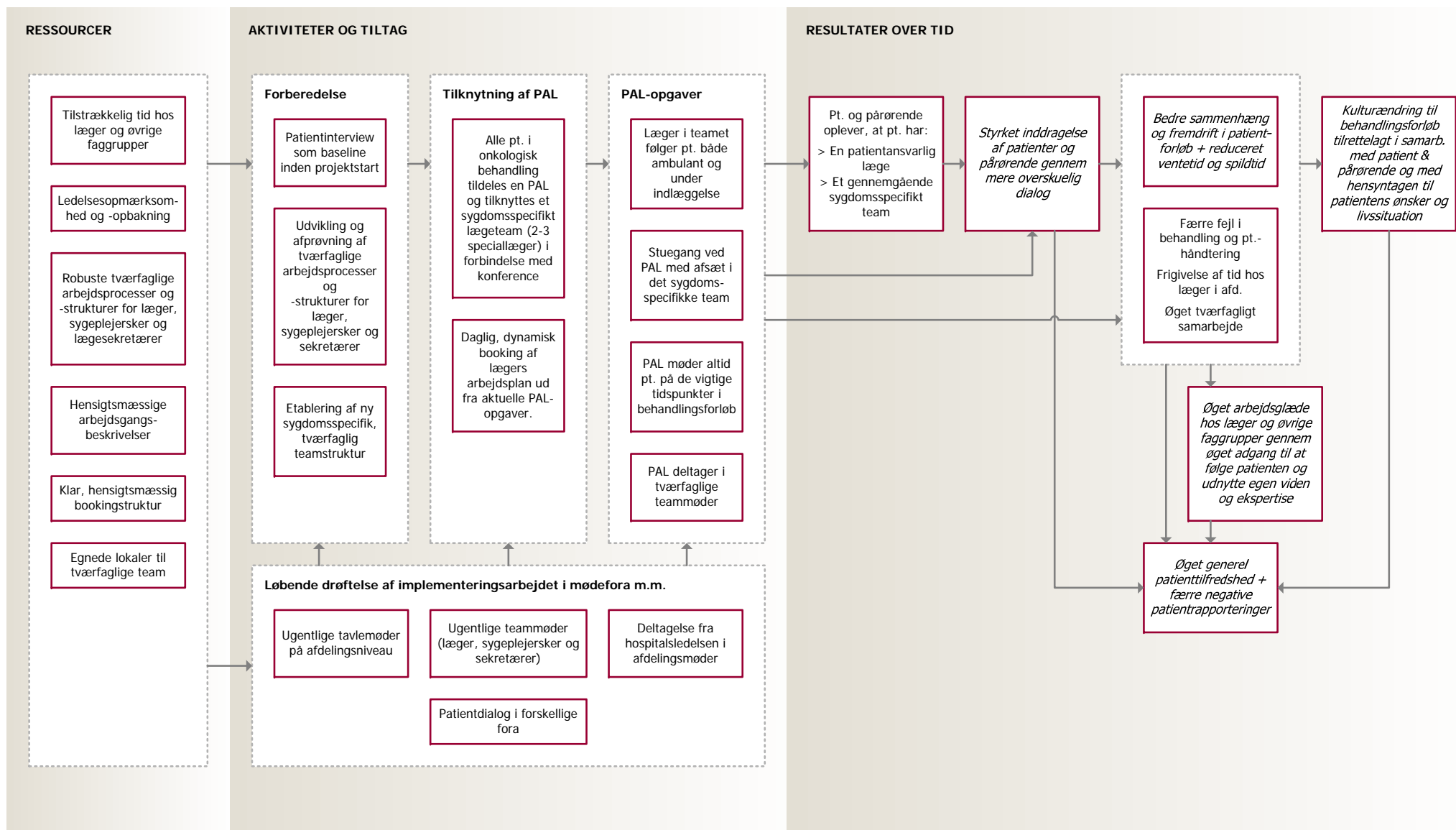
	koordinering og udvikling af implementeringen af patientansvarlig læge. Herunder bl.a. ugentlige møder i de tre tværfaglige team og månedlige møder i et læge-sygepleje-forum. Den brede introduktion til og drøftelse af pilotprojektet skete i forbindelse med et fælles temamøde i september 2016.
<b>Øvrige implementeringstiltag</b>	<p>Som et led i forberedelsen af pilotprojektet har den ledende overlæge m.fl. lavet korte interview med patienter i afdelingens venteværelse – bl.a. med fokus på, om den enkelte patient oplever at have en gennemgående læge. Patientperspektivet er desuden blevet inddraget via præsentation og drøftelse af projektet i forskellige patientgrupper, herunder i Kræftens Bekæmpelses hus i Herning.</p> <p>Den tværfaglige projektgruppe har været den primære udførende kraft i processen, men der har også været nedsat ad hoc-arbejdsgrupper med konkrete, tidsafgrænsede opgaver.</p> <p>Sluttelig skal det nævnes, at den første fase i implementeringsprocessen blev grebet an som afgrænsede afprøvninger af bl.a. nye arbejdsgange i forbindelse med booking af patientansvarlig læge til enkeltpatienter.</p>
<b>Kontaktpersoner</b>	<p>Ledende overlæge Hanne Linnet, hannsind@rm.dk, 78 43 74 10</p> <p>Sygeplejerske Tina Tejlmand, tinatejl@rm.dk, 78 43 74 00</p>

Figuren på den følgende side visualiserer Onkologisk Afdelings overordnede model for implementering af patientansvarlig læge. 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 PAL-opgaver, ledelsesbevågenhed, beskrevne arbejdsgange, egnede lokaler til tværfaglige team m.m.

Det midterste felt viser de vigtigste aktiviteter og tiltag i forbindelse med implementeringen fordelt på fire kategorier: For det første aktiviteter i den forberedende fase (herunder udvikling af nye arbejdsgange m.m.); for det andet løbende opgaver i forbindelse med tilknytning og booking af patientansvarlig læger for patienter; og for det tredje de løbende opgaver knyttet til den enkelte læges patientansvar. Dertil kommer, for det fjerde, løbende drøftelse af patientansvarlig læge i forskellige fora og sammenhænge. 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 – som det er tilfældet i denne sammenhæng i forbindelse med bl.a. arbejdsgangsbeskrivelserne.

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 figuren) såvel som supplerende resultatforventninger opstillet i det lokale pilotprojekt (tilføjet med normal skrift).



Model for patientansvarlig læge:  
**Onkologisk afdeling, Regionshospitalet Herning**

Kursiv = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
 PAL = Patientansvarlig læge  
 Pt. = Patient

## Implementeringserfaringer

Som det vil fremgå af det følgende, underbygger de gennemførte interview samlet set, at Onkologisk Afdeling er kommet langt med at gøre den ovenfor beskrevne model for patientansvarlig læge til virkelighed. Der er dog åbenhed omkring, at man stadig mangler at håndtere visse faglige og praktiske udfordringer.

### *Implementeringsproces*

De gennemførte interview fremhæver både positive og mindre positive aspekter af implementeringsprocessen i Onkologisk Afdeling. I den positive ende af spektret peger flere af de interviewede læger på værdien af afdelingsledelsens tydelighed og vedholdende opfølgning hele vejen igennem implementeringsforløbet. En række interviewpersoner vurderer samtidig, at afdelingens tværfaglige projektgruppe i væsentlig grad har bidraget til at fastholde fokus og fremdrift undervejs, bl.a. ved at arbejde konkret med at forberede omstillingen af arbejdsgange i forbindelse med booking m.m. Som en overlæge udtrykker det:

*"Jeg kan ikke gennemskue andre fornuftige måder at gøre det på. Jo, chefen kunne have sagt, at vi gør sådan og sådan, men så var der jo mange ting, der ville være gået galt. Det har været en tværfaglig arbejdsgruppe, og det, tror jeg, er meget vigtigt. Ellers lykkes det ikke."*

Pilotprojektets tydelige tværfaglige fokus tillægges i det hele taget væsentlig positiv betydning for engagementet og handlekraften i projektgruppen og i afdelingen som helhed. Én effekt er fx, at projektgruppen har haft gode muligheder for at afklare konkrete tvivlsspørgsmål på stedet i forbindelse med gruppearbejderne på Kon-Tiki-kursusdagene.

Sluttelig er flere inde på, at det har været værdifuldt at have en række relevante fora, hvor arbejdet med patientansvarlig læge løbende har kunnet sættes på dagsordenen (bl.a. tavlemøderne) – og faktisk også er blevet det. I denne forstand vurderer flere interviewpersoner, at der har været god og bred medarbejderinddragelse i processen, herunder at der har været gode rammer for at opsamle og reagere på erfaringer undervejs.

Det mest problematiske aspekt af implementeringsprocessen er ikke desto mindre, ifølge adskillige interviewpersoner, at den brede inddragelse af den tværfaglige medarbejdergruppe på visse punkter er kommet for sent i forløbet. Den ledende overlæge har fx selv denne refleksion. I implementeringsforløbets første del erkender hun, at der kunne have været mere fokus på at sikre, at dialogen om patientansvarlig læge også kom ud i hjørnerne af afdelingens læge-, sygeplejerske- og sekretærgrupper. Interview med både en overlæge, sygeplejerskerne og en sekretær underbygger da også, at lanceringen af patientansvarlig læge for en del medarbejderes vedkommende er kommet lidt for "pludseligt", og at man undervejs har oplevet at savne viden om pilotprojektet. Flere interviewpersoner peger konkret på, at det ville have været værdifuldt, hvis der havde været indlagt en temaeftermiddag for alle tidligt i processen som supplement til den, der fandt sted et halvt år inde i forløbet (medio 2016). De interviewede sygeplejersker fremhæver fx, at sygeplejegruppens bekymringer vedrørende konsekvenserne af patientansvarlig læge for afdelingens veletablerede kontakt-sygeplejeordning er blevet skærpet på denne baggrund.

### *Ledelse og organisation*

Interviewmaterialet underbygger generelt, at der er en meget høj grad af overensstemmelse i synet på patientansvarlig læge hos afdelingsledelsen og på tværs af afdelingens tværfaglige medarbejdergrupper. En af de interviewede overlæger nævner ganske vist, at der stadig er visse spændinger i forhold den konkrete udmøntning, og sygeplejerskerne tager som nævnt et forbehold vedrørende betydningen for kontaktsygeplejerskeordningen, men samlet set er billedet ganske entydigt – selv når der spørges uddybende.

Den væsentligste organisatoriske ændring i forbindelse med pilotprojektet vedrører omstillingen af afdelingens teamstruktur fra en funktions- til en sygdomsorienteret og tværfaglig opbygning. Den oprindelige plan var at etablere de nye tværfaglige team i efteråret 2016, men afdelingsledelsen vurderede, at der var for mange uafklarede spørgsmål vedrørende bl.a. lokalefordeling, sygeplejerskefordeling (bl.a. knyttet til kompetencer i forhold til kemo-behandling) m.m., og organisationsændringen blev derfor udskudt til januar 2017.

Evalueringsens telefoninterview er gennemført kort før teamstrukturens ikrafttræden. Det generelle mønster i disse interview er på den ene side, at en række interviewpersoner ser positivt på tankegangen bag ændringen. Flere fremhæver fx, at de forventer sig gevinster i form af et bedre indbyrdes kendskab og samarbejde via en teamorganisering, der også inddrager sygeplejersker og sekretærer. På den anden side henviser enkelte interviewpersoner til den usikkerhed – og sårbarhed – der kan knytte sig til at etablere en teamstruktur omkring en kerne på kun 2-3 faste speciallæger pr. team, når afdelingens tilgang til patientansvarlig læge netop betoner speciallægerollen i den forbindelse.

Evalueringsens kilde til de faktiske erfaringer med den nye teamstruktur er et fokusgruppeinterview med syv tværfaglige deltagere gennemført i slutningen af februar 2017. De første erfaringer med teamstrukturen er, at de positive forventninger vedrørende styrket indbyrdes kendskab, kollegial holdånd m.m. indtil videre er blevet underbygget. Overlægerne i interviewgruppen fremhæver fx særligt, at teamenes sygeplejersker på kvalificeret vis løfter mange opgaver, som aflaster lægerne i det daglige (fx planlægning, håndtering af henvendelser fra pårørende m.m.). Det har de fået bedre mulighed for med den tværfaglige, patientorienterede teamstruktur, lyder vurderingen. Forbeholdene vedrørende sårbarhed ved fx fravær og i forbindelse med ferier er stadig gældende, men den samlede vurdering af omstillingen er indtil videre positiv. De tre sygeplejersker i interviewgruppen vurderer desuden ikke, at organisationsændringerne indtil videre har haft væsentlig negativ betydning for kontaktsygeplejerskeordningen. Det er fortsat ofte muligt at tage hensyn til kontinuitet i sygeplejerskekontakten på patientniveau.

Ovenstående vurderinger og erfaringer skal fortolkes på baggrund af, at afdelingen – i tilgift til generel lægemangel – har været udfordret af flere sygdomsmeldinger i sekretærgruppen i denne del af implementeringsperioden. På den baggrund er gruppens deltagere enige om, at det fulde potentiale i teamstrukturen endnu ikke er realiseret.

### **Arbejdsgange**

Indførelsen af patientansvarlig læge har især medført én central ændring af afdelingens arbejdsgange: Hver enkelt læges dagsprogram sammensættes nu skræddersyet under hensyntagen til de opgaver, som på dagen knytter sig til lægens egne patienter. Det betyder, at dagsprogrammet først fastlægges endeligt ved et fordelingsmøde med deltagelse fra sekretær- og sygeplejerskeside hver morgen før kl. 8 – det være sig booking til konference, ambulatorium, stuegang hos egne patienter, vagtfunktion, administrative eller andre forefaldende opgaver osv. Er der undtagelsesvist resterende tvivlsspørgsmål, afklarer planlæggerne disse med lægerne, når de møder kl. 8.

Indkøringen af denne model er sket trinvist siden begyndelsen af 2016, og en række af de gennemførte interview underbygger, at arbejdsgangen efterhånden har fundet en velfungerende og robust form. En af fokusgruppedeltagerne beskrev det aktuelle billede af arbejdsprocessen således:

*"Noget af bookingen er lavet i forvejen, dagen inden. Og så sker finjusteringen om morgenen. Kemo er fx booket i forvejen. Stuegang begynder vi også at booke dagen før. Så er det kun dem, hvor man er i tvivl, eller hvor der ikke er tid nok ved lægen – ved sygdom eller andet – vi tager ved fordelingsmødet om morgenen."*

Det er gennemgående i interviewene, at alle faggrupper ser positivt på denne ændring af hverdagen på afdelingen. Værdien af arbejdsgangen og den lægelige personkontinuitet, den skaber, viser sig således ikke mindst, når princippet må fraviges. En af interviewpersonerne (en sygeplejerske) illustrerer dette ved at henvise til et tilfælde, hvor det skabte problemer for et team som helhed, at en patient var blevet booket til en lægevikar flere gange i træk med uhensigtsmæssig uklarhed og "tomgang" i behandlingsforløbet til følge. Sygeplejerskerne fremhæver det som særlig positivt for alles arbejdstilrettelæggelse, at lægerne går stuegang på de bookede tidspunkter med en høj grad af forudsigelighed.

Fokusgruppeinterviewet viste dog også, at der stadig er et udviklingsbehov. De to sekretærer efterspurgte fx bedre retningslinjer for, hvordan forskellige typer af patientkontakter skal prioriteres i forhold til hinanden (fx når patienten skal ind i et kemospor, versus når patienten skal have svar på en statusscanning). Hvad er det vigtigst, at den patientansvarlige læge er med til, hvis begge dele ikke er muligt? Ligeledes var en af overlægerne inde på, at der måske er brug for tydeligere vejledning i forhold til, hvor lang tid forskellige typer patientkontakter tager. Ind imellem sker det fx stadig, at planlæggerne afsætter for kort tid i programmet til bestemte patienter med et forudsigeligt stort behov. En af de deltagende overlæger afrundede denne snak med at konstatere, at afdelingen har behov for at nedsætte en arbejdsgruppe til at kigge på disse forhold.

### ***It-understøttelse***

De fleste af interviewpersonerne opfatter ikke it-understøttelsen af arbejdet med patientansvarlig læge – herunder patientjournalssystemet EPJ og afdelingens Klinisk Logistik-tavler – som en væsentlig barriere for pilotprojektet.

Både en overlæge og en sekretær pointerer ganske vist, at der er flere uhensigtsmæssigheder i denne forbindelse. Konkret handler det bl.a. om, at det kræver for mange klik at manøvrere rundt i systemet for at finde de nødvendige oplysninger i forbindelse med booking (herunder at identificere den patientansvarlige læge). Også den manglende integration mellem EPJ og Klinisk Logistik (med dobbeltregistrering til følge), nævnes i denne forbindelse. Utilstrækkelige EPJ-udtræksmuligheder (bl.a. på lægeniveau) udgør en udfordring i forhold til at planlægge lægernes dag og understøtte deres eget overblik. Disse problemstillinger adresseres dog som udgangspunkt i forbindelse med et igangværende it-udviklingsarbejde i Regionen med forventet levering februar 2018 (se appendiks B).

Desuden lægger projektgruppen vægt på, at det er en svaghed i it-understøttelsen, at der ikke er defineret hensigtsmæssige indikatorer for implementering og målopfyldelse som grundlag for løbende at udtrække monitoreringsdata på disse indikatorer genereret via den daglige drift. Det kunne bl.a. være en mulighed for at kode patientkontakter efter, hvorvidt der er tale om en kontakt med den patientansvarlige og, hvis dette ikke er tilfældet, hvorvidt fravigelsen er efter aftale med patienten eller ej (det kan fx gælde i de tilfælde, hvor patienten foretrækker at få et hurtigt prøvesvar frem for at afvente, at den patientansvarlige læge er tilgængelig).

Desuagtet er hovedtendensen i interviewene, at der er tale om reelle, men forholdsvis overkommelige udfordringer for arbejdet med implementering af patientansvarlig læge.

### ***Fysiske rammer m.m.***

Projektgruppen fremhæver, at det har været af stor positiv betydning for afdelingens arbejde med patientansvarlig læge, at afdelingen rent fysisk ligger meget samlet med korte afstande mellem fx sengeafsnit og ambulatorium. I praksis betyder dette, at det er uproblematisk at sammensætte den enkelte læges dagsprogram med bookinger til forskellige typer opgaver forskellige steder i huset.

Interviewene bragte et andet forhold vedrørende de fysiske rammer frem: Afdelingen har ikke fundet den endelige model for kontorrammerne om de sygdomsspecifikke team. Der er som udgangspunkt enighed om, at det er fremmende for samarbejdet at dele et kontor på tværs af teams faggrupper. Omvendt ser især sekretærerne en udfordring i at sikre et arbejdsmiljø med ro til fx koncentreret arbejde ved computeren. Som udgangspunkt råder afdelingen ikke over tilstrækkeligt mange af de store kontorer med mulighed for fx skærmning, der er brug for. En løsning på dette problem er endnu ikke fundet.

### **Eksterne snitflader**

Generelt vurderer projektgruppen, at en god håndtering af patientovergange og andre snitfladeproblemer som helhed vil kræve en indsats og opmærksomhed på et mere overordnet plan. I nogle tilfælde er det forholdsvis uproblematisk at afklare, hvor opgaven som patientansvarlig læge bør ligge (fx hvor en af afdelingens patienter er uheldig at brække hoften i en faldulykke). Her vedrører patientens kræftbehandlingsforløb oplagt "hovedsygdommen". I andre tilfælde har patienten måske sideløbende, komplekse medicinske behandlingsforløb, og her bliver vurderingen mere vanskelig. I særdeleshed bliver afstemningen på tværs mere udfordrende, når store dele af hospitalsvæsenet begynder at arbejde med patientansvarlig læge. Enkelte af de øvrige interviewpersoner gav da også udtryk for, at de ikke oplever, at pilotprojektet har arbejdet selvstændigt med forløb og relationer over afdelingens grænser.

I fokusgruppeinterviewet lagde flere af deltagerne vægt på, at afdelingen fremover bør have styrket fokus på samarbejdet med de praktiserende læger, således at man understøtter egen læge i at udfylde sin tovholderfunktion for den enkelte patient. Den patientansvarlige læge ses som nøglefiguren i den forbindelse. I det hele taget betoner flere af interviewpersonerne, at en skærpelse af helhedssynet på behandlingsforløbene er et udviklingsområde fremover, således at man fx i fællesskab kan undgå meningsløse kardiologiske kontrolforløb i forhold til en kræftpatient med ganske kort levetid tilbage. En overlæge gav et illustrativt eksempel:

*"Jeg sad for en måned siden med en patient, som havde været på en kirurgisk afdeling, hvor man nu var ved at gøre klar til et indgreb, der krævede, at patienten skulle fuldt bedøves. Patienten var dødssyg af en lungekræftsygdom, som havde spredt sig. ... Der var det et 'overkill' at udrede og behandle for noget, som ikke ville give ham problemer de næste mange år, for dem ville han alligevel ikke komme til at opleve. ... Der havde det været rart, hvis jeg havde stået som patientansvarlig læge, og den kirurgiske afdeling havde kontaktet mig først."*

### **Ressourceforbrug**

I løbet af 2016 har der knyttet sig et mertidsforbrug til afdelingens pilotprojekt – især for så vidt angår projektgruppens møder og øvrige opgaver, deltagelse i Kon-Tiki-forløbet m.m. Til gengæld har man i afdelingen haft en hypotese om, at indførelsen af patientansvarlig læge vil muliggøre varige ressourcebesparelser, når implementeringsfasen er overstået. Hvis den enkelte læges stuegang og øvrige opgaver i højere grad kommer til at vedrøre egne kendte patienter, vil tidsforbruget til forberedelse og gennemførelse af stuegangen over tid blive reduceret. På længere sigt er der også en antagelse om, at den nye arbejdsform kan give ressourcemæssige besparelser via færre og kortere indlæggelser/genindlæggelser.

Der foreligger ikke kvantitative data, som kan belyse sidstnævnte hypotese. De gennemførte interview underbygger til gengæld, at hypotesen vedrørende frigørelse af lægetid er blevet underbygget af erfaringerne. Både læger, sygeplejersker og sekretærer vurderer, at lægernes arbejdsdage overordnet betragtet er blevet mere strømlinede, og derfor mindre preskede, i og med at kendskabet til den enkelte patient er blevet markant forøget.

På den anden side anerkender både den ledende overlæge og flere af de øvrige interviewede læger, at denne gevinst står og falder med et velfungerende støttesystem drevet af sygeple-



jersker og sekretærer – hvorfor der ligger et vist mertidsforbrug hos disse faggrupper. Det er dog værd at bemærke, at de interviewede sygeplejersker og sekretærer ikke selv lægger vægt på denne faktor.

## **Foreløbig vurdering af målopfyldelsen**

Dette afsnit er baseret på interviewene med ledere og medarbejdere fra afdelingen samt med otte tilfældigt udvalgte ambulante og indlagte patienter. Disse to typer af kilder behandles hver for sig i det følgende. Evalueringen har ikke datagrundlag for at give en egentlig effektvurdering af patientansvarlig læge som indsats betragtet, men interviewmaterialet muliggør en forsigtig, foreløbig vurdering af målopfyldelsen i forbindelse med pilotprojektet.

### ***Patientperspektivet***

Patientinterviewene givet en overvejende positiv vurdering af mødet med afdelingen. I syv af de otte patientinterview svarer interviewpersonen således bekræftende på, at behandlingsforløbet til dato er blevet oplevet som sammenhængende samlet set. I det ottende interview er svaret mere forbeholdent, især under henvisning til, at et indledende løfte om lægelig personkontinuitet ikke er blevet opfyldt i praksis.

I seks tilfælde fremgår det af interviewet, at patienten har oplevet en høj grad af personkontinuitet i lægekontakten i det aktuelle behandlingsforløb. I et syvende tilfælde nævner patienten, at han er blevet set af flere forskellige læger undervejs, men han tilføjer, at dette ikke er blevet oplevet som et problem. I disse syv interview svares der generelt bekræftende på, *at* der løbende har været mulighed for at få svar på spørgsmål; *at* der har været overensstemmelse mellem det, de sundhedsprofessionelle har sagt undervejs; og *at* beslutninger om behandlingsforløbet er taget med udgangspunkt i patientens ønsker og hele situation.

En af de ovennævnte patienter var på interviewtidspunktet indlagt til observation i forbindelse med et brystkræfttilbagefald. Patientens fortælling er interessant i den forstand, at den vedrører en historik i Onkologisk Afdeling, der går adskillige år tilbage. Hun giver således af egen drift udtryk for at have oplevet en markant forskel mellem sit oprindelige, forebyggende forløb i afdelingen og det aktuelle behandlingsforløb med kemoterapi – herunder ikke mindst i form af en højere grad af personkontinuitet. Adspurgte til hvad hun forbinder med udtrykket "patientansvarlig læge", svarer patienten:

*"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."*

I det enlige interview, hvor patientoplevelsen har været mindre positiv, henviser patienten som sagt til betydning af for stor udskiftning på lægesiden, men det har også haft betydning, at kontakten til en bestemt læge er blevet oplevet som upersonlig og ikke-inddragende – patienten beskriver, at hun følte sig "som et nummer". Billedet er dog ikke entydigt negativt: Hun har bl.a. oplevet god overensstemmelse i information m.m. fra de sundhedsprofessionelle og god adgang til at stille spørgsmål.

### ***Ledelses- og medarbejderperspektivet***

De interviewede læger og sygeplejersker peger generelt alle på, at pilotprojektet har betydet en mærkbart forøget personkontinuitet i lægekontakten til den enkelte patient. Et par af interviewpersonerne (en læge og en sygeplejerske) tager det forbehold, at afdelingens lægebemanding ikke i praksis tillader, at alle patienter reelt kan tilbydes én gennemgående læge.

Den nævnte overlæge tilføjer dog, at "kontinuitetsfaktoren er tårnhøj" i Onkologisk Afdeling sammenlignet med den kræftafdeling, vedkommende arbejdede i indtil for to år siden.

Den fremherskende vurdering i telefoninterviewene såvel som i fokusgruppelinterviewet er, at personkontinuiteten generelt har forbedret patientkendskabet hos de patientansvarlige læger. Øget patientkendskab har på sin side muliggjort en bedre hensyntagen til patientens samlede psykosociale situation og dermed givet en bedre patientoplevelse sammenhæng og tryk i behandlingsforløbet. Som en af overlægerne formulerer det:

*"Patienter siger tit noget i retning af 'nå, det er dig igen. Det var da rart!'."*

I flere af interviewene siger informanterne, at de afventer en mere kontant måling af udviklingen i den faktiske patienttilfredshed, men mange giver udtryk for en forventning om, at der vil vise sig en positiv effekt i forbindelse med næste runde af de tilbagevendende LUP-målinger.

Den ledende overlæge supplerer disse perspektiver med en henvisning til det fald, der har været i de gennemsnitlige liggetider undervejs i projektperioden. Hun forbinder udviklingen med en forbedret fremdrift i behandlingsforløbene til gavn for patienterne; en fremdrift som har tæt sammenhæng med satsningen på patientansvarlig læge efter hendes vurdering.

Hvad angår de interne, organisatoriske effekter af implementeringen af patientansvarlig læge tegner interviewpersonerne et stort set entydigt positivt billede. Særligt fremhæves det, at stuegang hos patienterne i dag er en mere rationel og fagligt tilfredsstillende proces sammenlignet med tidligere. Sygeplejerskerne oplever samtidig en gevinst i form af, at det er blevet lettere at få afklaret konkrete spørgsmål vedrørende den enkelte patient, i og med at det er blevet lettere at finde den rette læge. Desuden har vedkommende typisk lettere ved hurtigt at opklare det pågældende spørgsmål. Et par interviewpersoner tog mindre, fremadrettede forbehold – en læge henviste til de stadige udfordringer med lægeunderbemanding, og en sygeplejerske pointerede, at der fortsat skal være fokus på at undgå negative konsekvenser for kontaktsygeplejerskeordningen – men de tilsluttede sig samtidig begge den positive vurdering af de hidtidige organisatoriske effekter af patientansvarlig læge.

Samlet set tegner interviewene et billede af en udviklingsproces, som har haft yderst positiv indflydelse på den fælles, tværfaglige opgaveløsning i afdelingen. I forbindelse med fokusgruppelinterviewet udtrykte en af sygeplejerskerne det således: "Det er svært at få armene ned." De øvrige deltagere samtykkede alle mere eller mindre aktivt til dette udsagn.

### ***Opsamling***

Det dominerende mønster i interviewene med fagpersonerne er, at implementeringen af patientansvarlig læge som helhed har gjort en mærkbar positiv forskel for afdelingens møde med patienterne på en række af de punkter, der bliver fremhævet i bl.a. det oprindelige nationale rammepapir. Samlet set må de gennemførte patientinterview siges at underbygge denne vurdering.

### **Datagrundlag**

Datagrundlaget for dette afsnit er indsamlet i to runder. I efteråret 2016 gennemførtes et telefoninterview med en sygeplejerske fra afdelingens udpegede PAL-projektgruppe samt et gruppeinterview på stedet med deltagelse af ledende overlæge, oversygeplejerske samt en overlæge, en sygeplejerske og to sekretærer. Dette interviewmateriale samt skriftligt projektmateriale fra afdelingen dannede grundlag for beskrivelsen af modellen for den patientansvarlige læge. Denne er efterfølgende blevet kvalificeret via kommentarer fra afdelingen.

Materialet fra anden runde tjener især til at belyse implementeringserfaringer og foreløbig målopfyldelse. Det omfatter tre elementer. I december 2016 gennemførtes individuelle tele-

foninterview med ledende overlæge, tre overlæger, to sygeplejersker og én sekretær. Bortset fra den ledende overlæge var der ingen gengangere på personniveau sammenholdt med første interviewrunde. I januar 2017 blev der foretaget interview med otte patienter i forbindelse med et besøg i afdelingen (to indlagte og seks ambulante patienter). Sluttelig gennemførtes et fokusgruppeinterview med deltagelse af to overlæger, tre sygeplejersker og to sekretærer i februar 2017. Med undtagelse af én af overlægerne var der tale om nye informanter. Samlet set er afsnittet således baseret på interview med 18 tværfaglige ledelses- og medarbejderrepræsentanter for afdelingen.

### 3 Hæmatologisk Dagafsnit, Holstebro

Hæmatologisk afsnit på Hospitalsenheden Vest er en del af Medicinsk Afdeling. Afsnittet varetager udredning, behandling og kontrol af de hæmatologiske patienter fra et stort optageområde i den vestlige del af Region Midtjylland (det tidligere Ringkøbing Amt, Skive, Viborg og Silkeborg kommuner). Hæmatologisk afsnit omfatter et stort ambulant dagafsnit med ca. 10.000 besøg pr. år samt et stationært afsnit med 16 sengepladser. I øjeblikket er ca. 1.700 patienter tilknyttet afsnittet. Malign hæmatologi udgør langt den største del af de hæmatologiske diagnoser, ligesom der oftest er tale om kronisk sygdom. Afsnittet følger på denne baggrund mange patienter livslangt – og ofte i mange år. Nyhenviste patienter inkluderes i de hæmatologiske kræftpakker, som varetages af hæmatologer og forløbskoordinatorer. De hæmatologiske behandlinger omfatter mange forskellige kemoterapiregimer, antistof- og immunglobulinbehandling, transfusioner og meget andet. I afsnittet drives hæmatologisk forskning via deltagelse i adskillige hæmatologiske forskningsprotokoller, ligesom rehabilitering er et stort fokusområde. I afsnittet er ansat fire hæmatologiske overlæger, én afdelingslæge (hæmatolog), et varierende antal hoveduddannelseslæger og øvrige yngre læger. Desuden omkring 40 sygeplejersker, to SOSU-assistenten og fem sekretærer.

#### Overordnede projekterfaringer

Pilotprojektet i Hæmatologisk Dagafsnit udgør et eksempel på et implementeringsforløb på et hospitalsafsnit, hvor patientforløbene allerede i forvejen efter alt at dømme har ligget ganske tæt på grundtanken bag patientansvarlig læge. En række af de interviewede medarbejdere ser på den baggrund en risiko for en uhensigtsmæssig overfokusering på patientansvarlig læge set i forhold til andre forhold af betydning for den samlede behandlingskvalitet.

I forhold til selve implementeringstilrettelæggelsen skiller projektet sig ud ved at være det eneste af de ti pilotprojekter, hvor man lokalt har gennemført en løbende monitorering af et centralt aspekt af målopfyldelsen: Den lægelige personkontinuitet i kontakten til patienterne. Det har vist sig muligt at gennemføre monitoreringen ud fra manuel optælling, men tidsforbruget har været betydeligt. Projektgruppen er desuden nået til den erkendelse, at det er vanskeligt at opstille valide monitoreringskategorier. Udbyttet af monitorering i forhold til centrale kvalitetsparametre vurderes derfor som usikkert.

#### Indsatsbeskrivelse

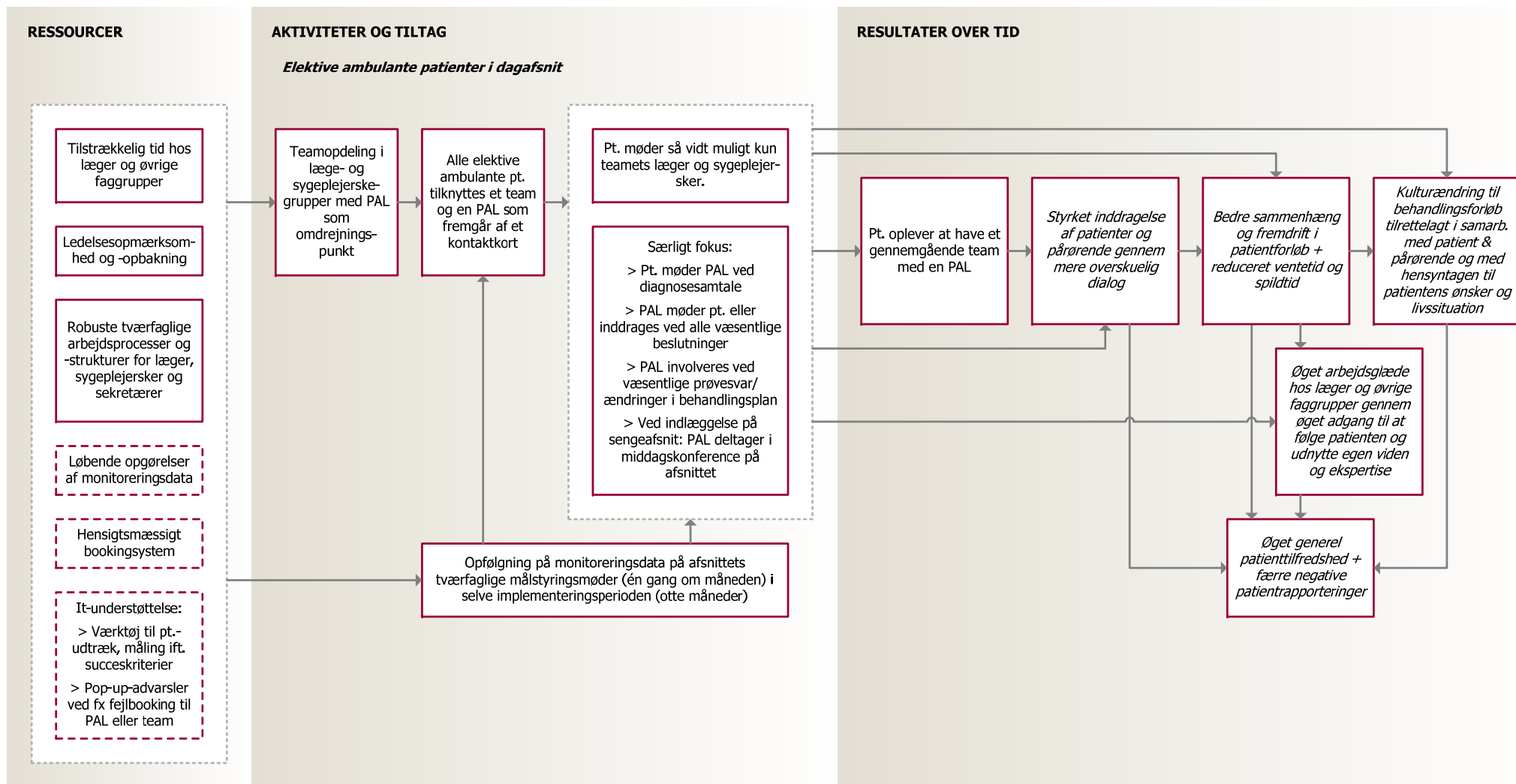
<b>Projektfokus</b>	Pilotprojektet om patientansvarlig læge bygger videre på et fundament, som allerede var lagt i afsnit og afdeling, vurderer projektgruppen. Dette hænger bl.a. sammen med, at afsnittet har mange længerevarende behandlingsforløb med jævnlige patientkontakter, både ambulant og på sengeafsnit. Pilotprojektets fokus har således primært været på at tydeliggøre og skærpe ambitionerne vedrørende bestemte aspekter af kontakten mellem den enkelte patient og pårørende henholdsvis den patientansvarlige læge og det patientansvarlige team. Det gælder bl.a. tilknytning af patientansvarlig læge samt denne læges deltagelse i diagnosesamtale, ved væsentlige beslutninger og ved væsentlige prøvesvar og væsentlige ændringer i behandlingsplanen. Generelt er der fokus på at sikre, at alle kontakter med patienter og pårørende så vidt muligt varetages af det patientansvarlige team.
<b>Omfang</b>	Pilotprojektet har deltagelse af det hæmatologiske speciales dagafsnit i Medicinsk Afdeling.
<b>Patientgrupper</b>	Afsnittets elektive ambulante patienter er omfattet af arbejdet med princippet om patientansvarlig læge.

<b>Formål</b>	Pilotprojektet har som udgangspunkt haft fokus på at fortsætte og udbygge et allerede centralt arbejde med patientinddragelse som en vej til øget patienttilfredshed. Samtidig har der i forløbet været selvstændigt fokus på øget arbejdsglæde hos de deltagende faggrupper. Overordnet betragtet har de fem overordnede målsætninger i det nationale rammepapir været meningsfulde og værdifulde som sigtelinjer for pilotprojektet.
<b>Tidsplan</b>	Pilotprojektet startede 1. maj 2016 i form af en "rullende start", hvorefter alle nye patienter, som kommer til diagnosesamtale, og som skal have et efterfølgende behandlingsforløb i afsnittet, tildeles en patientansvarlig læge. Den nye PAL-model var i princippet kørt ind efter et par måneder, men efterfølgende har der været et arbejde i at udvikle og tilpasse modellen, således den først har fundet en mere færdig form efter et halvt år regnet fra starttidspunktet (dvs. november 2016).
<b>Ledelse</b>	Afsnittets specialeansvarlige overlæge og specialeansvarlige sygeplejerske har begge kontinuerligt været aktive i planlægning og udførelse af projektet. Med afsæt i de faste målstyringsmøder i afsnitsledelsen hver anden uge har der løbende været fokus på og drøftelser af projektet, som sættes på dagsorden i dette regi hver anden gang med opfølgning på konkrete måltal, i den periode hvor man har foretaget monitorering (se nedenfor).
<b>Organisering</b>	<p>Pilotprojektet er blevet forankret i en tværfaglig projektgruppe, som udover specialeansvarlig overlæge og sygeplejerske tæller en overlæge, en sygeplejerske og en sekretær. Gruppen har bl.a. sideløbende deltaget i Kon-Tiki-kursusforløbet (se appendiks A).</p> <p>Som led i projektet har afsnittet foretaget en opdeling af alle afsnittets læger (knap ti læger pr. team) og sygeplejersker i to team, der primært bruges i forbindelse med lægebooking til den enkelte patient. Derudover har pilotprojektet ikke nødvendiggjort væsentlige ændringer af organisering, tværfaglige samarbejdsformer m.m.</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Udgangspunktet er, at den enkelte patient får den læge, de er til diagnosesamtale hos, som patientansvarlig læge. I forbindelse med booking til diagnosesamtale er det primære tildelingskriterium at tilknytte patienten en læge, som har den rette ekspertise. Tildelingen registreres og opdateres i EPJ.</p> <p>Der kan være særlige tilfælde, hvor der bliver behov for et efterfølgende skift af patientansvarlig læge, men det gælder primært i situationer, hvor den læge, som har specialiseret ekspertise i forhold til patientens specifikke diagnose (fx kronisk leukemi), ikke er tilgængelig på det tidspunkt, hvor diagnosesamtalen bookes.</p> <p>Som udgangspunkt arbejder man med, at alle afsnittets læger kan udfylde funktionen som patientansvarlig læge, dvs. også yngre læger, som superviseres af en speciallæge. Blandt de yngre læger er det dog kun hoveduddannelseslæger, som er et stykke inde i forløbet, der får ansvar for diagnosesamtaler, og som dermed får en PAL-rolle.</p> <p>Det kan ind imellem betyde, at en patient, der har haft en yngre læge som patientansvarlig læge, må skifte til en anden læge, når den yngre læge skifter til en ny stilling i sit uddannelsesforløb. I disse tilfælde vil den nye patientansvarlige læge være speciallæge for at reducere risikoen for, at et yderligere lægeskift bliver nødvendigt.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>PAL-funktionens primære elementer er, at...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ...diagnosesamtalen varetages af patientansvarlige læge</li> <li>• ...den patientansvarlige læge møder patienten eller på anden vis inddrages ved alle væsentlige beslutninger i behandlingsforløbet</li> <li>• ...den patientansvarlige læge involveres ved væsentlige prøvesvar</li> </ul>

	<p>eller væsentlige ændringer i behandlingsplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ...læge- og sygeplejerskekontakten til patienten generelt varetages af læger og sygeplejersker fra patientens team</li> <li>• ...den patientansvarlige læge følger egne patienter, når disse eventuelt er indlagt, via deltagelse i den daglige middagskonference på afdelingen. Afsnittet har mange langvarige patientforløb, og udgangspunktet er derfor, at det lægelige patientansvar fastholdes også ved indlæggelse.</li> </ul>
<b>Stuegang</b>	<p>Det er som udgangspunkt ikke en del af funktionen som patientansvarlig læge at gå stuegang hos de patienter, man har ansvar for, hvis disse indlægges på et sengeafsnit på hospitalet. I stedet deltager den patientansvarlige læge i middagskonference på sengeafsnittet. Projektgruppen peger desuden på, at det er en del af kulturen på Medicinsk Afdeling, at den læge, som går stuegang hos en patient, som har en patientansvarlig læge i et ambulant forløb, efter behov konfererer med sidstnævnte.</p>
<b>Kontakt til PAL</b>	<p>Patienten kan ringe til dagafsnittet alle hverdage i dagtiden, og får her kontakt med den ene af sine kontaktsygeplejersker. I mange af tilfældene har patienten spørgsmål, som sygeplejersken kan tage stilling til. I de tilfælde hvor hun vurderer, at der er behov for lægelig involvering, kontakter hun den patientansvarlige læge. Kontaktsygeplejersken formidler derefter svar tilbage til patienten.</p> <p>Derudover har langt de fleste af afsnittets patienter åben indlæggelse, hvilket betyder, at patienten på alle tider af døgnet året rundt kan kontakte sengeafsnittet ved forværring i sygdom. Den patientansvarlige læge er ikke nødvendigvis til stede i disse tilfælde, men bliver automatisk orienteret, når vedkommende møder.</p>
<b>Pårørendekontakt</b>	<p>Ved tildeling af patientansvarlig læge får patienten et kontaktkort, hvor oplysninger om patientansvarlig læge, kontaktsygeplejerske m.m. er samlet. De pårørende inviteres altid med til diagnosesamtaler, og afsnittet lægger vægt på at understøtte, at pårørende faktisk deltager. På kontaktkortet står der bl.a., at man ikke kan forvente, at det er den patientansvarlige læge, man kommer til at snakke med hver gang, man snakker med en læge. Som nævnt ovenfor tilstræbes det dog, at det faktisk er den patientansvarlige læge eller en anden af teamets læger, patienter og pårørende møder.</p>
<b>Eksterne snitflader</b>	<p>Projektgruppen oplever generelt ikke, at det nationale projekt om patientansvarlig læge har haft tydeligt fokus på spørgsmålet om overgange og snitflader, og der er en bevidsthed om, at der er en del udfordringer, som ikke alle er håndterede aktuelt.</p> <p>Som beskrevet ovenfor er det dog en del af modellen at tage højde for en situation, hvor en patient i et ambulant forløb i afsnittet i en periode indlægges på et sengeafsnit. Generelt er oplevelsen, at det ligger i kulturen på hele afdelingen, at den enkelte læge har opmærksomhed på – efter en konkret vurdering – at sikre, at patienter med flere forskellige sideløbende klinikforløb, oplever sammenhæng. I praksis betyder dette, at afsnittets læger løbende tager et ansvar for forløbet (i modsætning til specifikke behandlingstiltag, fx kirurgiske indgreb). I denne forbindelse spiller sygeplejersker med koordinerende funktioner desuden en central rolle.</p>
<b>Erfaringsopsamling</b>	<p>Projektet vedrørende patientansvarlig læge drøftes løbende i forbindelse med afsnits- og afdelingsmøder.</p> <p>Der arrangeres desuden tilbagevendende feedback-møder med patienter og pårørende, hvor bl.a. spørgsmålet om patientansvar sættes på dagsorden. Det er bl.a. sket medio 2016 og i foråret 2017.</p>

<b>Øvrige implementeringstiltag</b>	Afsnittet har i perioden maj-december 2016 foretaget en manuel monitorering af, hvem der har tilset patienten ved aftalte konsultationer. Data er i monitoreringsperioden blevet drøftet på afsnittets tværfaglige målstyringsmøder hver måned. Det er den specialeansvarlige sygeplejerske, som har stået for dataindsamlingen, og hun har generelt udfyldt en særlig tovholderrolle i pilotprojektet.
<b>Kontaktpersoner</b>	Specialeansvarlig overlæge Stanislaw Pulczynski, stanislaw.p@vest.rm.dk, 78 43 68 47 Specialeansvarlig sygeplejerske Merete Haubjerg Sørensen, meret-ser@rm.dk, 78 43 64 75.

Figuren på den følgende side giver en visualisering af den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Hæmatologisk Dagafsnit. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
**Hæmatologisk Dagafsnit, Regionshospitalet Holstebro**

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
 Rød boks med punkteret kant = Ressourcer som ikke fuldt ud er til rådighed i dag  
 PAL = Patientansvarlig læge  
 Pt. = Patient



## Implementeringserfaringer

Datagrundlaget afspejler generelt, at informanterne ikke oplever pilotprojektet og tanken om den patientansvarlige læge som en væsentlig nyskabelse i dagafsnittets hverdag. Tværtimod ses intentionerne med projektet som sammenfaldende med det faglige og værdimæssige grundlag, arbejdspladsen i mange år har arbejdet ud fra.

### *Implementeringsproces*

Aktiviteterne i den tværfaglige projektgruppe har udgjort omdrejningspunktet i implementeringsforløbet i afsnittet. Interviewpersonerne udtrykker generelt, at projektgruppen på tilfredsstillende vis har orienteret om implementeringen undervejs i processen, og om de resultater, der arbejdes hen imod. Herunder fremhæves især den specialeansvarlige sygeplejerske, som har haft tovholderrollen for implementeringen. Hun har varetaget en stor opgave med at styre processen og har sørget for at informere om, hvordan arbejdet med patientansvarlig læge skulle bygges op, og hvad der skulle til for at få det til at hænge sammen med de øvrige arbejdsopgaver. Der har været mulighed for at diskutere implementeringsmæssige anliggender løbende i dagligdagen, og den specialeansvarlige sygeplejerske har været tilgængelig for sparring, hvis personalet har oplevet udfordringer.

En sygeplejerske har imidlertid oplevet, at der har været frustration i forhold til praktiske udfordringer på tværs af faggrupper, da de ifølge hendes udsagn havde et system, der var velfungerende, som det var i forvejen. En overlæge angiver herudover, at projektgruppen måske har "ladet sig rive med" i forhold til PAL-implementeringen, forstået på den måde, at ambitionen har ligget højere, end hvad der er realistisk i praksis. Han udtrykker dog respekt for det stykke arbejde, projektgruppens medlemmer har udført.

### *Ledelse og organisation*

I interviewmaterialet fremgår det, at der er divergerende opfattelser af, hvorvidt der er overensstemmelse i synet på patientansvarlig læge på tværs af ledelsen og medarbejdergrupperne. Flere sygeplejersker udtrykker, at de ikke ser nogen grundlæggende forskel på deres egen opfattelse af projektet og ledelsens opfattelse – at projektet skal skabe tryghed og kontinuitet i behandlingsforløbet for patienterne. En del af de interviewede overlæger og en enkelt sygeplejerske vurderer derimod, at der ikke nødvendigvis er fuld overensstemmelse. Som ovenstående indikerer, er der en opfattelse af, at det af afdelingsledelsen er blevet overfortolket, hvad der politisk er udmeldt om projektet. Eksempelvis i kraft af et fokus på, at der skal være én læge til én patient. Denne tankegang kan ifølge en overlæge resultere i en ansvarsudtynding, hvor det kan blive vanskeligt at træffe beslutninger, hvis ikke den patientansvarlige læge er til stede.

En anden læge problematiserer i den sammenhæng, at projektet kommer længere "oppefra" i systemet, hvor der ikke nødvendigvis er en forståelse for, hvad der kan lade sig gøre i den kliniske hverdag:

*"Min opfattelse er, at desto længere vi kommer fra patientbehandlingen og den kliniske hverdag, desto mere antager man, at idealforestillingerne er realistiske. Jo nærmere vi kommer det politiske niveau, jo mere urealistiske bliver forestillingerne om, hvad kan lade sig gøre. [...] i mange tilfælde vil det gøre mere skade end gavn med et alt for rigtigt system"*

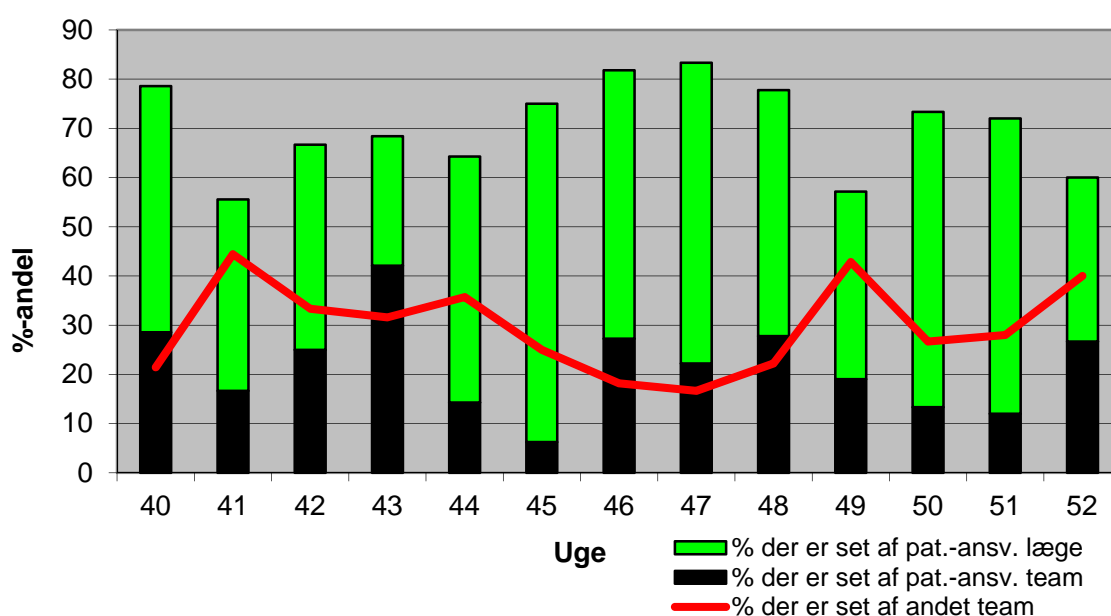
Denne ledelsesmæssige (over-)fortolkning kan ifølge lægen have betydning for manglende entusiasme blandt medarbejderne på Hæmatologisk Dagafsnit, men han vurderer dog, at der grundlæggende eksisterer sympati for tanken bag. En anden overlæge nævner således, at man har forsøgt at håndtere disse uoverensstemmelser på pragmatisk vis ved at justere konceptet i praksis.

Til trods for at afsnittet tidligere har opereret med en teamstruktur, fremhæves dette i interviewene som den væsentligste organisatoriske ændring i forbindelse med pilotprojektet. Læge- og sygeplejerskegrupperne er blevet opdelt i to team, hver bestående af ca. ti læger. Både yngre læger og speciallæger er repræsenteret i begge team, og der er ligeledes taget højde for faglig kompetencesammensætning. Patienterne bookes til en patientansvarlig læge i et af de to team, og hvis patientens ansvarlige læge ikke er til stede en dag, så tilskrives denne en anden læge fra samme team. Gevinsten ved dette er ifølge interviewpersonerne, at det begrænser antallet af læger, som skal tilse den samme patient, hvilket understøtter kontinuiteten i patientforløbet. En sygeplejerske tilføjer i den forbindelse, at værdien af, at en patient tilses af en anden læge, og at der dermed kommer endnu et par øjne på patienten, ikke skal underkendes.

### Arbejdsgange

En overlæge udtaler, at der ikke har været væsentlige ændringer i arbejdsgangene som følge af pilotprojektet, men at de samme arbejdsgange blot er blevet tydeligere italesat og systematiseret. En sygeplejerske nævner i tråd hermed, at der opstår en følelse af, at systemet besværliggøres ved, at arbejdsgangene skal systematiseres på en specifik måde.

Dette hænger sammen med, at indførelsen af patientansvarlig læge har medført den mindre ændring i arbejdsgangen i forhold til booking af patienterne, at afsnittets sekretærer nu forsøger at booke patienterne til en læge i ét af de førnævnte team. Der er en udfordring forbundet med denne arbejdsgang, da det kan være vanskeligt for sekretærerne at finde tid hos de patientansvarlige læger – også to-tre uger fremme. PAL-lægerne har mulighed for at melde ind til sekretærerne, hvis de er overbebyrdede, og sekretærerne kan derpå så vidt muligt ombooke en patient til en anden læge fra samme team. I afsnittet har patienterne desuden mulighed for at ønske at blive tilset af én bestemt læge, hvilket der tages højde for i bookingen, også selv om det betyder, at patienten skifter til et andet team. Bookingen af læger kan således være en tidskrævende logistisk udfordring, hvor sygeplejerskerne ofte hjælper til i vurderingen af, hvornår det bør være den patientansvarlige læge, der tilser patienten, og hvornår det kan være en anden læge.



Projektgruppen har monitoreret målopfyldelsen i forbindelse med selve implementeringsperioden (maj-december 2016). Konkret har den specialansvarlige sygeplejerske foretaget en manuel registrering af, om patienters lægekontakter var med den patientansvarlige læge; med en læge fra patientens team; eller med en anden læge. Resultatet af monitoreringen

sidste tre måneder er gengivet i figuren ovenfor. I gennemsnit omfatter opgørelsen kontakt med knapt 17 forskellige patienter om ugen.

Projektgruppen havde på forhånd opstillet en målsætning om, at patienterne skulle tilses af deres patientansvarlige læge eller en af teamets øvrige læger ved mindst 80 % af konsultationerne. Som det fremgår, har afsnittet i de fleste uger ligget lidt under målsætningen – i den viste periode ligger gennemsnittet på lidt over 70 %. Flere af interviewpersonerne vurderer, at dette er det realistisk opnåelige niveau inden for de nuværende rammebetingelser i betragtning af hvor meget fokus, der faktisk har været på personkontinuiteten i perioden.

Problemer med overbooking af speciallægerne bliver nævnt af alle faggrupper i interviewene. De kan enten føre til, at patienten ikke bliver tilset af den patientansvarlige læge, eller at der sker forsinkelser i behandlingsforløbet. En sygeplejerske formulerer det således:

*"Hvis man kommer til en diagnosesamtale den ene dag og skal påbegynde i behandling 1-2 dage efter, så kan man risikere at blive tilset af to forskellige overlæger. [...] skulle de starte behandling op med den første læge, de bliver set af, så bliver de nødt til at vente, til han er ledig (måske en uge), hvilket ikke er hensigtsmæssigt behandlingsmæssigt."*

En del af overbookingerne hos speciallægerne skyldes ifølge sygeplejersken, at de yngre læger er svære at placere patienter hos især grundet deres vagtplan, som kun kendes en måned frem. Derfor bliver de yngre læger fordelt ud på patienterne dagen før, hvilket ikke er hensigtsmæssigt. En løsning herpå efterspørges ligeledes af afsnittets sekretærer.

På Hæmatologisk Dagafsnit er det som nævnt i den overordnede beskrivelse for projektet aktuelt ikke en del af funktionen som patientansvarlig læge at gå stuegang hos de indlagte patienter, som man har lægeligt ansvar for. Flere af de interviewede overlæger påpeger i den forbindelse, at det hverken er optimalt eller en effektiv udnyttelse af ressourcer at skifte fra ambulatorium til stuegang på samme dag. Den specialeansvarlige overlæge bemærker i den sammenhæng, at indlæggelser af hæmatologiske patienter typisk vedrører komplikationer, ikke den hæmatologiske hovedsygdom. I stedet deltager den patientansvarlige læge derfor i middagskonferencen på sengeafsnittet, når vedkommende har patientansvar i forhold til indlagte patienter. Adskillige interviewpersoner ser dette som et velfungerende alternativ.

### ***It-understøttelse***

Ingen af de interviewede sekretærer eller sygeplejersker ser it-understøttelsen som en væsentlig faktor i forbindelse med patientansvarlig læge – hverken positivt eller negativt. Flere af de interviewede overlæger er imidlertid af den opfattelse, at der har knyttet sig flere it-relaterede udfordringer til pilotprojektet. De nævner bl.a., at man savner en enkel adgang til løbende at udtrække monitoreringsdata vedrørende målopfylldelsen i en implementeringsproces. Dette vil frem for alt forudsætte, at det bliver muligt på enkel vis at knytte en relevant kode til de enkelte patientkontakter. Denne registrering skal bl.a. kunne tage højde for det forhold, at patienten i visse tilfælde selv prioriterer en hurtig lægekontakt frem for at afvente, at det bliver muligt at få en tid hos den patientansvarlige læge. Et andet betydningsfuldt forhold er, at tidsfaktoren spiller ind på meget forskellig vis i forbindelse med forskellige sygdomme. I visse tilfælde er hurtig lægefaglig opfølgning et spørgsmål om liv og død for patienten, hvorfor hensynet til PAL-princippet må vige. Projektgruppens oplevelse er generelt, at man er usikre på, hvad man fra regionens side ønsker, at der skal måles og følges op på i forbindelse med en implementering af patientansvarlig læge.

Projektgruppen og flere interviewpersoner savner endvidere adgang til, enkelt og uden dobbeltregistreringsarbejde, at registrere og kontrollere, hvem der er patientansvarlig læge for en patient. Projektgruppen har oprettet en patientliste med tilknytningen af patientansvarlig

læge til de enkelte patienter. Der er et manuelt arbejde i løbende at ajourføre denne liste med registrering af diagnosesamtaler m.m. i EPJ. Samtidig har man ikke de muligheder for at lave udtræk, som ville gøre det lettere at overskue og følge arbejdet med PAL-princippet. Disse udfordringer ser dog ud til at blive adresseret i forbindelse med det igangværende it-udviklingsarbejde i regionen (se appendiks B).

Som en tilføjelse til ovenstående skal det nævnes, at flere personer fra afsnittet – herunder både specialeansvarlig overlæge og sygeplejerske – deltog i en session vedrørende it-understøttelse på det fælles seminar, der blev afholdt i marts 2017 som et led i nærværende evaluering. Her blev der udtrykt almindelig enighed blandt deltagerne om at afvise, at en implementeringsmonitorering tilsvarende den, man har foretaget på Hæmatologisk Dagafsnit (fx på basis af registreringer i EPJ), i praksis vil kunne blive retvisende og brugbar. Det vil være for vanskeligt at fastlægge nogle registreringskategorier, som kan fortolkes tilstrækkeligt sikkert, var konklusionen. Synet på behovet for en monitoreringsløsning har tilsyneladende ændret sig for i hvert fald nogle af de interviewede medarbejdere.

### ***Fysiske rammer m.m.***

Betydningen af Medicinsk Afdelings fysiske rammer på Regionshospitalet Holstebro stod generelt ikke centralt i interviewene. Indirekte spiller det logistiske aspekt dog ind i forhold til spørgsmålet om patientansvarlig læges stuegang hos egne patienter indlagt på sengeafsnittet. Flere af de interviewede læger vurderer, at tidsforbruget til systematisk opfølgning på disse patienter – herunder det til fysiske regiskifte i den forbindelse – ville være ude af proportioner med de gevinster, der ad den vej kunne skabes for den enkelte patient.

### ***Eksterne snitflader***

I forhold til de eksterne snitflader nævner flere interviewpersoner, at det er svært i praksis at skulle efterleve en ambition om, at den patientansvarlige læge er ansvarlig for hele patientforløbet på tværs af specialer og/eller hospitaler. Det er generelt enighed om, at de sundhedsprofessionelle ikke skal blande sig i andre afdelingers arbejde, men patienterne i Hæmatologisk Dagafsnit har ofte komplekse forløb på tværs af specialer, og det er ikke noget nyt for lægerne, at de holder øje med, hvad der foregår i patientforløbet på andre afdelinger. Hertil tilføjer både læger og sygeplejersker, at lægerne på afsnittet altid har formået at konferere med samarbejdspartnere fra andre specialer, hvis der opstår komplikationer eller tvivl. En sygeplejerske siger i den sammenhæng:

*"Jeg synes, at vores overlæger er så ansvarsfulde, at det ikke behøver at blive sat i bås og formuleret i så høj en grad, som projektet ligger op til."*

En overlæge ser det som en ideel løsning, at den praktiserende læge fungerer som tovholder og dermed patientansvarlig læge, da de i højere grad har adgang til prøvesvar mv. fra alle dele af behandlingsforløbet.

### ***Ressourceforbrug***

Vurderingen er ikke, at pilotprojektet overordnet betragtet har haft væsentlig indflydelse på lægernes tidsforbrug hverken i positiv og negativ retning – bl.a. som et udtryk for projektets forholdsvis pragmatiske implementeringstilgang. Der er dog indtil videre et mertidsforbrug hos den specialeansvarlige sygeplejerske og sekretærerne forbundet med opfølgningen på bookinger, lægekontakter m.m. En sekretær nævner, at PAL kræver flere ressourcer fra overlægernes side. Omvendt vurderer en overlæge, at der faktisk er en effektiviseringsgevinst ved projektet i form af sparet tid, ved at den patientansvarlige læge kender patienten og fx ikke skal bruge så meget tid på at læse i journalen.

## Foreløbig vurdering af målopfyldelsen

Dette afsnit er baseret på interviewene med ledere og medarbejdere fra afdelingen samt med fire tilfældigt udvalgte patienter i afsnittet. Evalueringen har ikke datagrundlag for at give en egentlig effektvurdering af patientansvarlig læge, så det nedenstående skal ses som en forsigtig, foreløbig vurdering af målopfyldelsen i forbindelse med pilotprojektet.

### **Patientperspektivet**

Alle fire interviewede patienter (og pårørende) giver en yderst positiv vurdering af både personale og behandling på Hæmatologisk Dagafsnit, herunder bliver oplevelsen af sammenhæng, god kommunikation og tryghed betonet. Overordnet set er det opfattelsen, at afsnittet lever op til, hvad man kunne forvente af en organisation, der arbejder med patientansvarlig læge, og at man som patient ikke har følt, at man skulle tale med for mange forskellige læger. På baggrund af en kort forklaring af hvad intentionen med patientansvarlig læge er, siger én patient fx "det er sådan, jeg har oplevet det her på stedet."

Patienterne siger i det hele taget, at de har oplevet personkontinuitet i lægekontakten i det aktuelle behandlingsforløb. En enkelt patient fortæller, at vedkommende har haft kontakt med 2-3 forskellige læger, hvilket dog ikke i praksis er blevet opfattet som et tab af kontinuitet. Med en af de interviewede patienters ord:

*"De har været helt fantastiske til at tage imod mig, fx den første gang. Mange af deres patienter kommer løbende, så på den måde er det lidt en anden afdeling. Det er en meget rolig fornemmelse, som jeg har ved stedet."*

Det er ligeledes patienternes vurdering, at der har været god overensstemmelse mellem det, de sundhedsprofessionelle har sagt undervejs. Hertil udtrykker en patient fx tilfredshed med, at sygeplejersken har formået at "oversætte" informationen fra lægen. Patienterne oplever ligeledes, at de bliver inddraget i beslutninger vedrørende behandlingsforløbet – også selv om de ikke altid føler, at de har forudsætninger for det. En patient siger i den forbindelse, at der ikke altid er tale om et valg mellem flere behandlingsmuligheder, men at vedkommende ikke desto mindre har følt sig godt inddraget i beslutninger om behandlingen.

Samlet tegner de fire interview med andre ord et entydigt positivt billede af patienternes oplevelse af kontakten til og behandlingsindsatsen fra afsnittets læger og øvrige personale.

### **Ledelses- og medarbejderperspektivet**

Medarbejdervurderingen af pilotprojektets gevinster for patienterne er forholdsvis enslydende på tværs af informanterne. På den ene side vurderer de fleste af de interviewede læger, sygeplejersker og sekretærer, at projektet har givet anledning til en vis forøgelse af personkontinuiteten i den enkelte patients behandlingsforløb – og at dette er noget, mange patienter sætter pris på. På den anden side understreger adskillige interviewpersoner, at der er tale om en beskeden forskel sammenlignet med tidligere, og at den reelle patientgevinst derfor er forholdsvis ubetydelig. En overlæge formulerer det således:

*"Vi kender vores patienter godt, og dermed er dialogen med patienterne uændret. Det rykker ikke væsentligt med flere konsultationer. Vi er i forvejen omhyggelige med fx diagnosesamtalerne. Dermed er der ikke den store virkning ved selve patientforløbene i forhold til sammenhæng og fremdrift. Dette skal dog ses i lyset af vores ekstremt velfungerende organisation. Tanken [patientansvarlig læge] vil muligvis medføre en optimering i andre specialer, men vi var der egentligt lidt i forvejen."*

Under alle omstændigheder forbinder de interviewede læger generelt de mulige gevinster med øget tryghed og overskuelighed for patienter og pårørende; ikke med forøget faglig behandlingskvalitet endsige forbedrede behandlingsudfald.

Hvad angår de organisatoriske resultater, fremhæver flere interviewpersoner, at der har været et vist besvær og merarbejde forbundet med pilotprojektet – især hos den specialeansvarlige sygeplejerske og hos sekretærerne. Samtidig nævnes det, at der har været en tendens til, at det er blevet sværere at finde åbninger i speciallægenes programmer, hvilket kan gøre det vanskeligt at sikre kontinuiteten i de patientforløb, hvor behandlingsbehovet er akut, og hvor behovet for kontinuitet er særlig udtalt. Det fremgår dog også, at afsnittets optageområde er blevet udvidet undervejs i projektperioden, hvorfor det er tvivlsomt, om de mere bookede speciallægeprogrammer skyldes pilotprojektet. Omvendt er en sygeplejerske inde på, at det har haft en positiv betydning, at det er blevet ekstra tydeligt for alle, hvilken læge der har ansvaret for den enkelte patient – fx i forbindelse med spørgsmål fra patienten eller fra pårørende.

Set under ét indikerer fagpersoninterviewene, at der måske nok har været visse gevinster forbundet med pilotprojektet, men set i forhold til afsnittets udgangspunkt er de forholdsvis beskedne. En række af interviewpersonerne peger således på, at projektet har givet erfaringer med grænserne for, hvor langt man kan komme med patientansvarlig læge under de eksisterende rammebetingelser.

### ***Opsamling***

Interviewmaterialet underbygger, at patientforløbene i Hæmatologisk Dagafsnit ligger ganske tæt på de målsætninger, der er opstillet for det nationale initiativ vedrørende patientansvarlig læge. Data giver ikke mulighed for at foretage en nærmere vurdering af, hvor stor forskel pilotprojektet har gjort sammenlignet med udgangspunktet. Medarbejderinterviewene sandsynliggør dog, at der måske nok har været en vis gevinst målt på den dokumenterbare kontinuitet i lægekontakten, men at det reelle patientudbytte af dette er overskueligt. Flere af de interviewede overlæger lægger således vægt på, at man ikke overbetoner denne parameter på bekostning af andre fagligt vigtige fokusområder.

### **Datagrundlag**

Beskrivelsen af dagafsnittets PAL-indsats er for det første baseret på pilotprojektbeskrivelsen samt et telefoninterview med den specialeansvarlige sygeplejerske og et gruppeinterview med deltagelse af den specialeansvarlige overlæge, den specialeansvarlige sygeplejerske, en sekretær og yderligere en overlæge (de to interview er gennemført i oktober-november 2016). Belysningen af pilotprojektets forløb omfatter tre interviewtyper. I januar-februar 2017 gennemførtes syv individuelle telefoninterview med specialeansvarlig overlæge, tre overlæger, to sygeplejersker og en sekretær. På personniveau var kun den specialeansvarlige overlæge genganger i forhold til den indledende dataindsamling. I februar 2017 blev der foretaget interview med fire patienter i forbindelse med et besøg på dagafsnittet. Sluttelig gennemførtes et fokusgruppeinterview i marts 2017 med deltagelse af en 1. reservelæge, to sygeplejersker og to sekretærer. Bortset fra én af sekretærerne var der tale om nye informanter i forhold til de forudgående interview. Evalueringen er dermed baseret på interview med 14 tværfaglige ledelses- og medarbejderrepræsentanter. Vi har desuden haft adgang til data fra den monitorering af implementeringen, som dagafsnittet foretog i andet halvår af 2016.

## 4 Medicinsk Afdeling, Randers

Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers varetager udredning og behandling af patienter med sygdomme inden for alle de medicinske specialer. Afdelingen har i alt omkring 330 ansatte, inklusive ca. 75 læger (hvoraf 27 er overlæger). Derudover består personalet primært af sygeplejersker, sekretærer, SOSU-assistenten og enkelte terapeuter. Afdelingen har på årsbasis ca. 45.000 ambulante patientbesøg og 5.000 indlæggelser dækkende over ca. 37.000 senge dage. Afdelingen har 109 sengepladser.

### Overordnede projekterfaringer

Pilotprojektet i Medicinsk Afdeling indebærer en ledelsesbesluttet afprøvning af flere forskellige modeller for patientansvarlig læge med fokus på stuegangen i afdelingens fire sengeafsnit. Herunder indebærer især én af disse en forholdsvis vidtgående ændring af lægernes arbejdstilrettelæggelse, hvor programmet dag for dag sammensættes af ambulatorium, stuegang m.m. med afsæt i ansvaret for egne patienter. Der er gennemført en spørgeskemabaseret baseline-undersøgelse blandt patienter og medarbejdere i slutningen af 2016. Resultaterne indikerer, at afdelingens udgangspunkt hvad angår kvaliteten i patientkontakten er ganske godt, men også at der er et spillerum for forbedring gennem implementering af patientansvarlig læge. Det egentlige implementeringsforløb i afdelingen er startet for så forholdsvis kort tid siden (januar 2017), at det er for tidligt at afdække implementeringsprocessen og målopfyldelse, men de første erfaringer er overvejende positive.

### Indsatsbeskrivelse

<b>Projektfokus</b>	Der er tale om en stor medicinsk afdeling, hvor man selv vurderer at være kommet langt i retning af intentionerne med det aktuelle nationale projekt vedrørende patientansvarlig læge for så vidt angår de ambulante patienter (hvor man har anvendt betegnelsen "kontaktlæge"). Fokus i afdelingens pilotprojekt ligger således i særlig grad på to af afdelingens fire sengeafsnit. Afprøvningen af patientansvarlig læge indebærer for det første en specifikation af, hvilke læger der kan påtage sig patientansvaret, og på hvilke betingelser, samt af hvordan den enkelte indlagte patient knyttes til en patientansvarlig læge. For det andet angives patientansvarets vigtigste elementer og opgaver. For det tredje omfatter modellen en angivelse af, hvordan udskrivning og overgang til anden afdeling samt evt. genindlæggelse håndteres. En del af indsatsen er slutteligt, at afprøvningen kontinuerligt sættes på dagsordenen i forskellige ledelsessammenhænge og mødefora.
<b>Omfang</b>	Afdelingens fire sengeafsnit er alle omfattet af pilotarbejdet med patientansvarlig læge. Der er dog særlig vægt på de to største sengeafsnit, MS2 og MS3, som afprøver de mest ambitiøse stuegangsmodeller.
<b>Patientgrupper</b>	Alle patienter tilknyttet de fire afsnit – indlagte såvel som i ambulant regi – tilknyttes en patientansvarlig læge/kontaktlæge efter de beskrevne principper. Afdelingens ambulante patientforløb svarede i hovedtræk til princippet om patientansvarlig læge, allerede før pilotprojektet gik i gang, så implementeringsindsatsen har især haft fokus på indlagte patienter.
<b>Formål</b>	Principperne fra det nationale rammepapir spiller en stor rolle i pilotprojektet, og der er generelt stor opbakning til de fem opstillede hovedmål-sætninger i afdelingen. Særligt har det dog haft en positiv, motiverende betydning hos lægerne, at der eksplicit henvises til et mål om øget arbejds glæde hos denne faggruppe. Dette ses som et velkomment nybrud sammenlignet med andre nationale initiativer med fokus på produktivitet, effektivitet m.m. Og som et værdifuldt opgør med "episodelægen". Der-

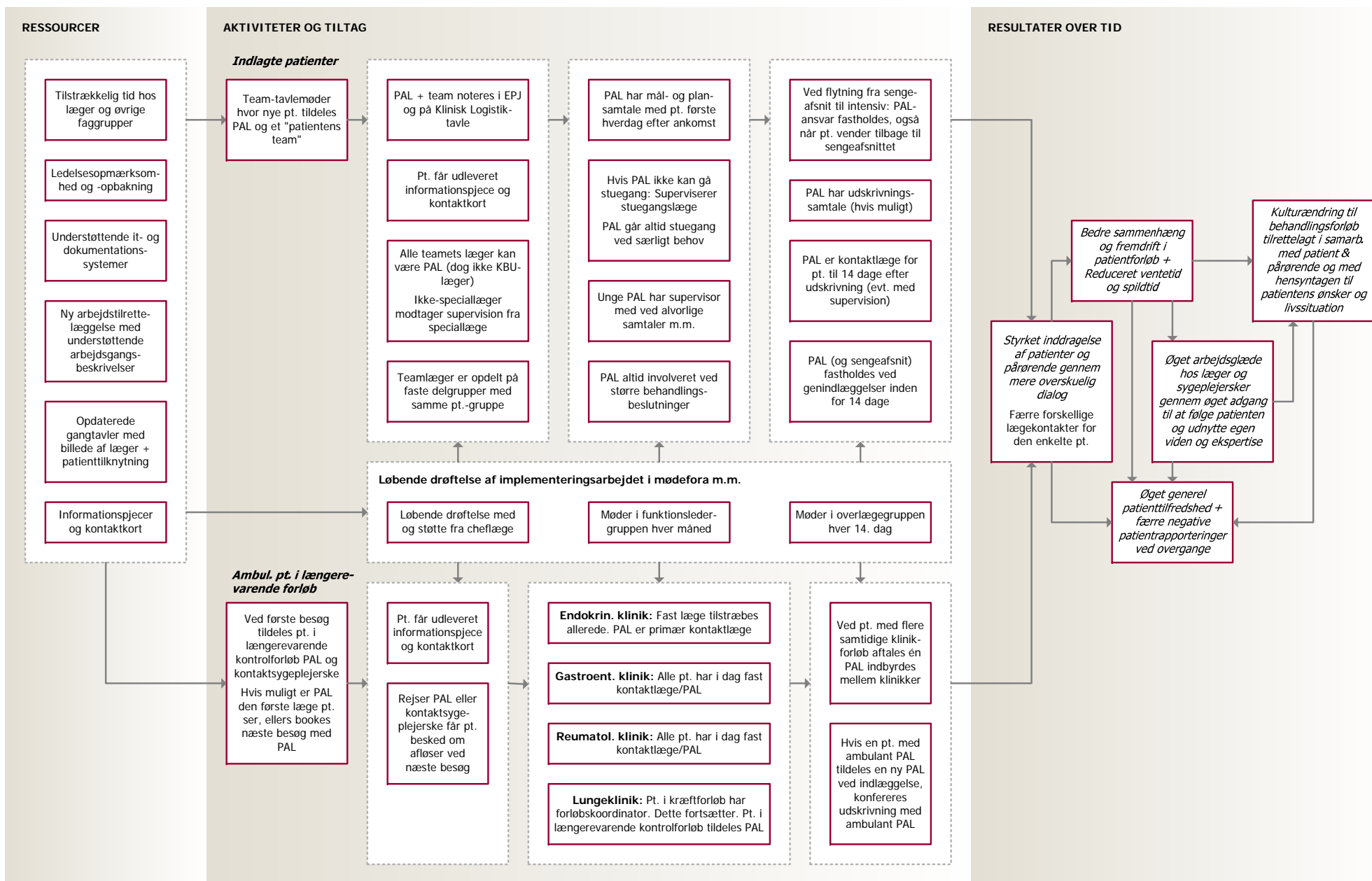
	<p>udover har målet om styrket patientinvolvering også stået centralt, men dette mål var allerede i forvejen et opmærksomhedspunkt på Medicinsk Afdeling. Den ledende overlæge vurderer til gengæld ikke, at det er dækkende at tale om pilotprojektet som et spørgsmål om "kulturændring", i og med at patientorientering og fokus på sammenhængende forløb i forvejen er en veletableret værdi og målsætning i personalegruppen.</p>
<b>Tidsplan</b>	<p>Pilotprojektets forberedende arbejde begyndte i september-oktober 2016 (som led i evalueringen er der på dette tidspunkt gennemført en spørgeskemabaseret før-måling blandt patienter, læger og sygeplejersker). Igangsætningen af selve implementeringsforløbet på sengeafsnittene skete dog december-januar 2017. Den første implementeringsfase er afsluttet i foråret 2017, men arbejdet fortsætter frem mod eftermålingen, som gennemføres til efteråret 2017.</p>
<b>Ledelse</b>	<p>Pilotprojektet er blevet til i en forholdsvis topstyret proces, i den forstand at der har været en tæt og kontinuerlig inddragelse af afdelingens funktionsledergruppe (herunder afdelingssygeplejersker og ledende lægesekretærer). Der afholdes møder i denne kreds en gang om måneden, hvor patientansvarlig læge hver gang er et selvstændigt drøftelsespunkt. Samtidig er der brugt meget tid på at drøfte projektet i overlægegruppen, som mødes hver 14. dag. Det er hensigten, at denne form for ledelsesmæssig opfølgning vil fortsætte på samme niveau i en periode.</p> <p>På et højere ledelsesniveau er der ligeledes betydelig opbakning. Hospitalets cheflæge deltager i projektets tværregionale styregruppe, og hun har generelt givet stor opbakning til afdelingens arbejde med patientansvarlig læge – også hvor der kan siges at ligge en mulig konflikt med andre målsætninger og forpligtelser (ikke mindst i forhold til udrednings- og behandlingsret). Samtidig har hun ansporet til, at arbejdet med patientansvarlig læge så småt sættes i gang også på hospitalets øvrige afdelinger.</p>
<b>Organisering</b>	<p>Afdelingen havde i forvejen en teamorganisering på afsnitsniveau, men hensigten er at arbejde med en tydeligere subgruppering i forbindelse med etableringen af "patientens team". En eventuel afløser for den patientansvarlige læge skal dermed findes blandt tre i stedet for fx ti læger, hvis patientens læge er syg, på ferie, konference eller lignende. Dette forventes at gøre sig gældende også i forhold til sygeplejerskernes teamtilknytning.</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Tilknytningen af patientansvarlig læge og patientansvarligt team til den enkelte indlagte patient sker fra 1. december 2016 via morgentavlemøder med udgangspunkt i et oplæg udarbejdet af sygeplejerskerne. Oplysninger om tildelingen registreres og opdateres i EPJ og på Klinisk Logistik-tavlerne.</p> <p>Samme dag lægges der en behandlingsplan, og stuegangen struktureres efterfølgende på dette grundlag. Alle læger i de enkelte team (bortset fra KBU-læger) kan udfylde funktionen som patientansvarlig læge, men når en uddannelseslæge er patientansvarlig læge, er der tilknyttet en speciallæge som "med-patientansvarlig" og supervisor.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>PAL-ansvaret for de indlagte patienter kan opsummeres som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den patientansvarlige læge har mål- og plansamtale med patienten første hverdag efter ankomst</li> <li>• Hvis patientansvarlig læge ikke kan gå stuegang, superviserer vedkommende stuegangslægen. Patientansvarlig læge går altid stuegang ved særligt behov</li> <li>• Yngre læger i PAL-funktion har supervisor med ved alvorlige samtaler m.m.</li> <li>• Den patientansvarlige læge er altid involveret ved større behand-</li> </ul>



	<p>lingsbeslutninger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis en patient flyttes fra sengeafsnit til intensivafsnit, fastholdes PAL-ansvaret for den enkelte patient, ligesom det opretholdes, når patienten vender tilbage til sengeafsnittet</li> <li>• Den patientansvarlige læge har udskrivningssamtale hvis muligt</li> <li>• Den patientansvarlige læge er kontaktlæge for pt. op til 14 dage efter udskrivning (evt. med supervision)</li> <li>• Tilknytning til patientansvarlig læge (og sengeafsnit) fastholdes ved genindlæggelser inden for 14 dage.</li> </ul>
<b>Stuegang</b>	<p>Medicinsk Afdeling afprøver tre forskellige modeller for stuegang i forbindelse med patientansvarlig læge:</p> <p><b>MS1 (Hjerte) og MS4 (Apopleksi-team og Udkørende team):</b> Patienterne delt op i tre grupper, hvor der er tilknyttet en speciallæge til hver, således at disse læger udfylder PAL-funktionen i forhold til patienterne i hver sin gruppe. Speciallægen går ofte stuegang, men har samtidig løbende supervision i forhold til de øvrige læger i teamet.</p> <p><b>MS2 (Lunge, Reumatologi, Fælles Medicinsk Ambulatorium):</b> Arbejdet lægges helt om, sådan at den enkelte læge hver dag får både stuegangs- og ambulante opgaver samt administration sat sammen i et dagsprogram, hvor egne patienter er booket ind.</p> <p><b>MS3 (Endokrinologi og Gastroenterologi):</b> Et hold af læger (speciallæger såvel som yngre læger) går hver især stuegang en uge ad gangen. Stuegangslægerne fungerer som faste patientansvarlige læger for hver enkelt af de indlagte patienter i den pågældende uge.</p> <p>Den differentierede tilgang giver mulighed for at sammenligne erfaringerne med de forskellige modeller for stuegang m.m. Denne afprøvning kører foreløbig frem til efter-målingen i efteråret 2017.</p>
<b>Kontakt til PAL</b>	<p>Både i forbindelse med indlæggelse og efter udskrivning vil man som patient kunne bede om at få kontakt til den patientansvarlige læge (der udleveres kontaktkort). I de tilfælde, hvor patientansvarlig læge ikke er til stede, afklares det i dialog med patienten, om henvendelsen kan vente, eller om en anden læge fra patientens team kan tage over.</p>
<b>Pårørendekontakt</b>	<p>Pårørende har en stående invitation til at deltage i stuegang på Medicinsk Afdeling. I det hele taget fylder pårørendesamarbejdet meget i afdelingen, især i forhold til de ældre patienter.</p>
<b>Eksterne snitflader</b>	<p>Den ledende overlæge ser mange udfordringer i forhold til overgange, som ikke er håndteret endnu i afsættet for det nationale projekt. Som eksempel nævnes en situation, hvor en lungepatient fra Medicinsk Afdeling får bryst smerter og skal flyttes til Kardiologisk Afsnit på Regionshospitalet Randers – skal der i den situation skiftes patientansvarlig læge? I dag arbejdes der med en stafetmodel, hvor virkeligheden reelt ofte er "ude af øje, ude af sind", men med patientansvarlig læge skal der tages et samlet ansvar, og det vil umiddelbart opleves som en ekstraopgave. Overvejelserne på hospitalet går aktuelt på, at man på tværs – forløb for forløb – foretager en fælles helhedsvurdering af, hvor det tjener patienten bedst at placere opgaven som patientansvarlig læge (hvorefter evt. øvrige involverede lægelige aktører skal respektere PAL-funktionen).</p>
<b>Kvalitetsafvigelser</b>	<p>Den ledende overlæge anerkender, at der på konkrete tidspunkter kan opstå flaskehalse fx i form af utilstrækkelige lægeressourcer, men hun foretrækker at se udfordringen som et spørgsmål om løbende at udvikle og tilpasse modellen, indtil den bliver robust over for disse betingelser. Målet er, at variation i belastning og bemanning ikke kommer til at betyde, at der fires på den overordnede målopfyldelse i forbindelse med pati-</p>

	entansvarlig læge. Hun vurderer i denne forbindelse, at den største bekymring blandt afdelingens speciallæger går på, om "oprustningen" på sammenhæng i de indlagte patienters forløb i praksis kommer til at gå ud over de ambulante patienters oplevelse af kontakt med deres læge.
<b>Erfaringsopsamling</b>	Opsamlingen på erfaringerne fra de forskellige afprøvninger sker i de ovenfor omtalte ledelsesmæssige og faglige fora. Der er ikke tale selvstændig lokal monitorering af afprøvningsforløbet.
<b>Ressourcer</b>	<p>Den ledende overlæge har en forventning om, at afdelingen over tid vil opleve en ressourcebesparende effekt af, at stuegang frem over kommer til at ske på grundlag af en bedre forhåndsviden hos lægen om den enkelte patient. Fx vil den enkelte læge have bedre mulighed for at tage en konkret behovsvurdering af, hvorvidt det er nødvendigt at se til den enkelte patient på en konkret dag. Som arbejdet har været organiseret hidtil, vurderer hun, at man som læge typisk ikke har villet springe en enkeltpatient over, men derimod under alle omstændigheder har villet læse journalen og tilse patienten, uanset om der reelt er et behov. Hun oplever, at det er en generel forventning blandt afdelingens læger, at der er dette rationaliseringspotentiale.</p> <p>I implementeringsfasen vurderer hun derimod, at der vil være tale om et mertidsforbrug i og med at en god implementeringsproces forudsætter, at man som afdeling bruger tid på at lære rollen samt udvikle og tilpasse afdelingens model for patientansvarlig læge. Hun oplever, at der på Regionshospitalet Randers er ledelsesaccept af denne investering.</p>
<b>Kontaktpersoner</b>	Ledende overlæge Lene S. Mortensen, lenemt@rm.dk, 78 42 16 01

Figuren på den følgende side visualiserer den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Medicinsk Afdeling. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Kursiv = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
PAL = Patientansvarlig læge  
Pt. = Patient

## Implementeringsstatus

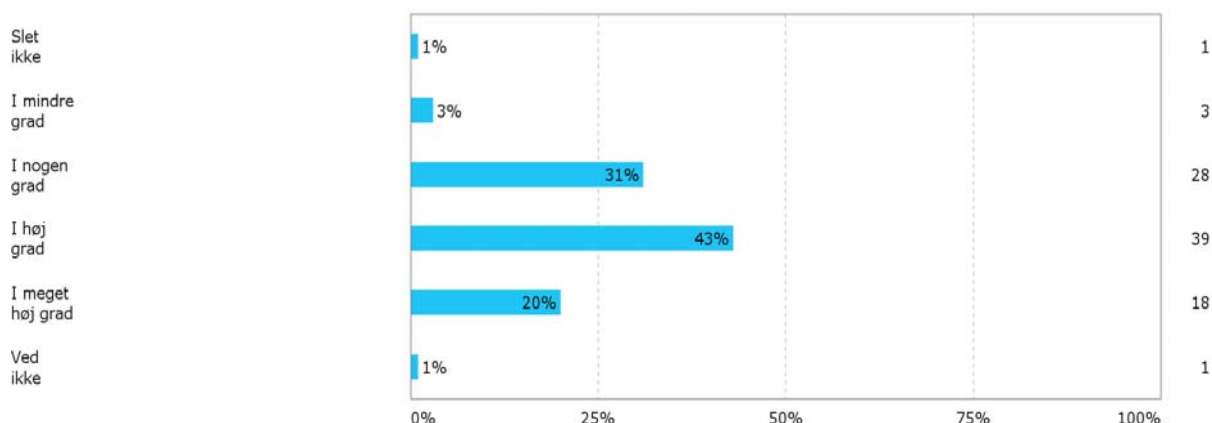
Datagrundlaget muliggør en foreløbig status på implementeringsarbejdet. For det første kan surveydata kaste lys på, hvad Medicinsk Afdelings implementeringsmæssige udgangspunkt var i slutningen af 2016. Eller med andre ord: På i hvor høj grad afdelingen allerede arbejdede i pagt med intentionerne med patientansvarlig læge ved indgangen til pilotprojektet. For det andet har evalueringen fået adgang til et interviewmateriale indsamlet i april 2017 i forbindelse med et parallelt, beslægtet projekt, som kan give et indtryk af erfaringerne fra den første implementeringsfase.

### *Implementeringsmæssigt udgangspunkt: Patientperspektivet*

Dette og det følgende afsnit bygger på spørgeskemabaserede før-målinger blandt patienter og medarbejdere gennemført i oktober-december 2016. De to spørgeskemaer afdækker svarpersonernes oplevelse af en række forhold, som kan have betydning for patienternes oplevelse af tryghed, inddragelse og sammenhæng i deres behandlingsforløb i afdelingen.

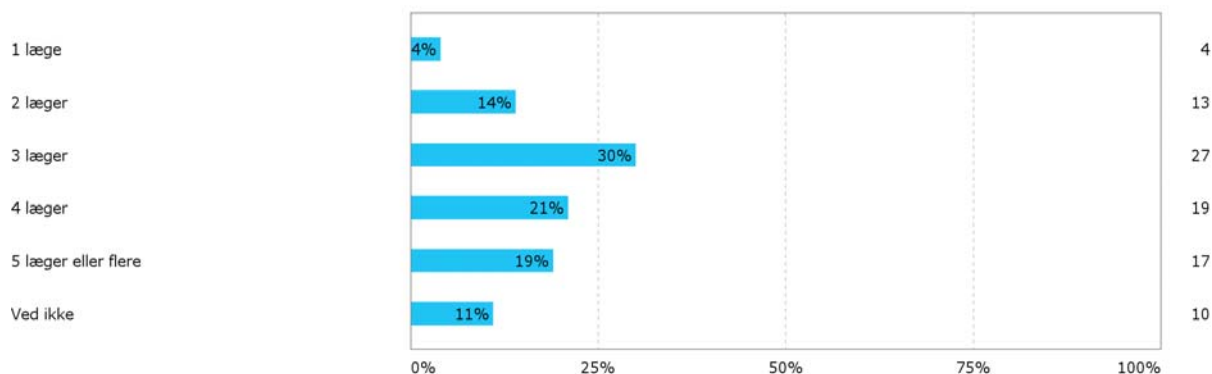
Som det fremgår af figur 1, giver patienterne en forholdsvis positiv overordnet bedømmelse af deres behandlingsforløb frem til svartidspunktet. Blandt svarpersonerne angiver 63 % således at være "i høj grad" eller "i meget høj grad" tilfredse med det samlede forløb – mens kun 4 % vælger svarmulighederne "slet ikke" eller "i mindre grad" tilfreds.

**Figur 1: "Jeg er tilfreds med mit samlede forløb hidtil"**



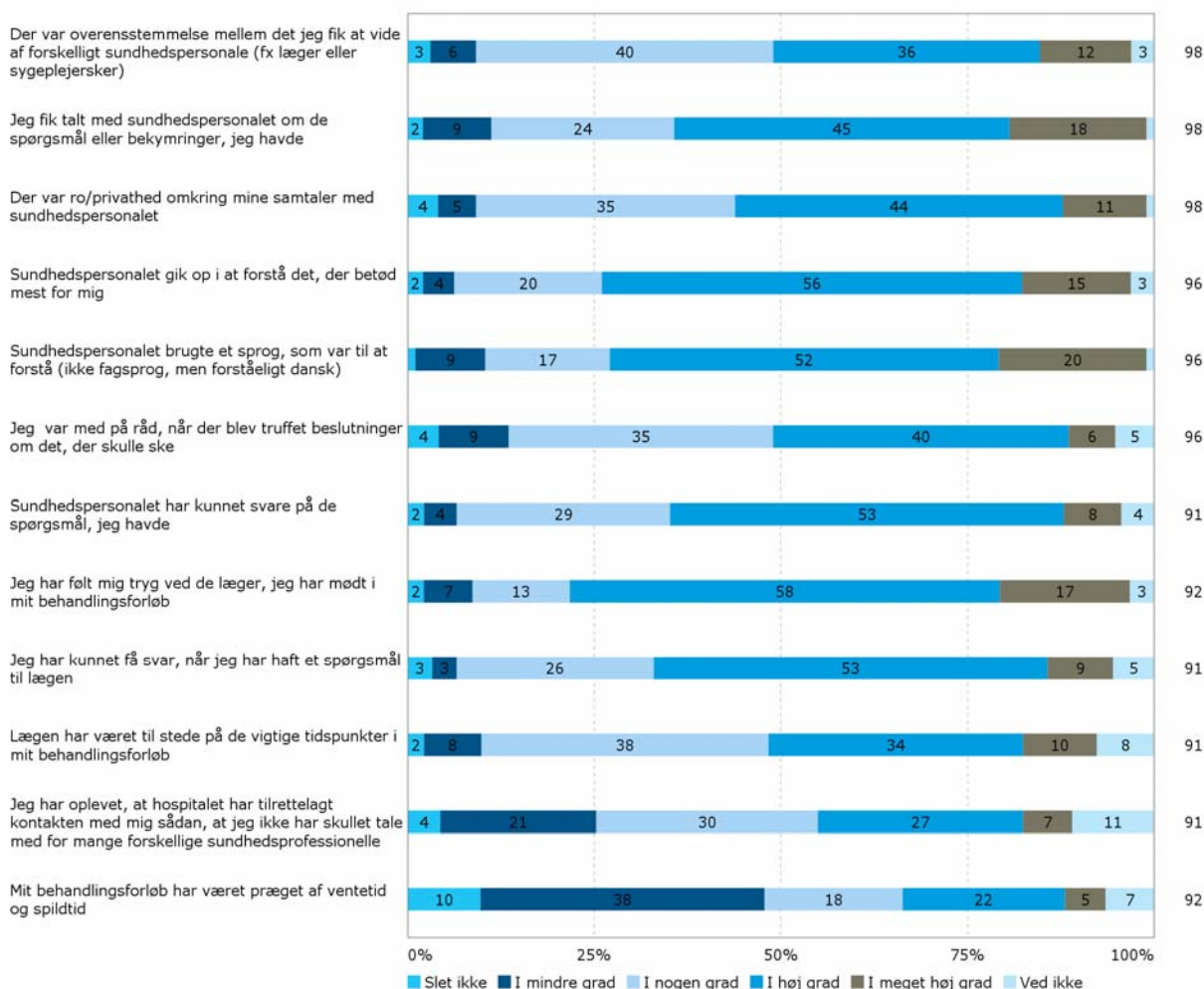
En forholdsvis stor andel af patienterne (40 %) opgiver at have mødt fire eller flere læger undervejs i deres behandlingsforløb (se figur 2). I fortolkningen af dette svarmønster skal der tages højde for, at svarpersoner kan have indregnet læger fra andet regi end Medicinsk Afdeling i det samlede antal.

**Figur 2: "Hvor mange læger vil du tro, du har været i kontakt med i dit behandlingsforløb?"**



Figur 3 viser svarfordelingerne på spørgeskemaets tolv kvalitetsparametre med fokus på patientoplevelsen. Svarmønstrene tyder overordnet på, at få patienter har haft en overvejende negativ oplevelse af deres behandlingsforløb frem til svartidspunktet. Således benytter svarpersonerne generelt kun i beskedent omfang de to mest negative svarmuligheder – i forhold til otte ud af tolv temaer gælder det for 10 % eller derunder af besvarelsene. Undtagelsen er temaerne om, hvorvidt forløbet har været præget af vente- og spildtid (27 %), og hvorvidt forløbet har været sådan, at patienten ikke har skullet tale med for mange forskellige sundhedsprofessionelle (25 %). Sidstnævnte svarfordeling skal muligvis ses i sammenhæng med den forholdsvis store andel, der angiver at have mødt fire eller flere læger.

**Figur 3: Parametre vedrørende tryghed, inddragelse og sammenhæng i behandlingsforløbene**



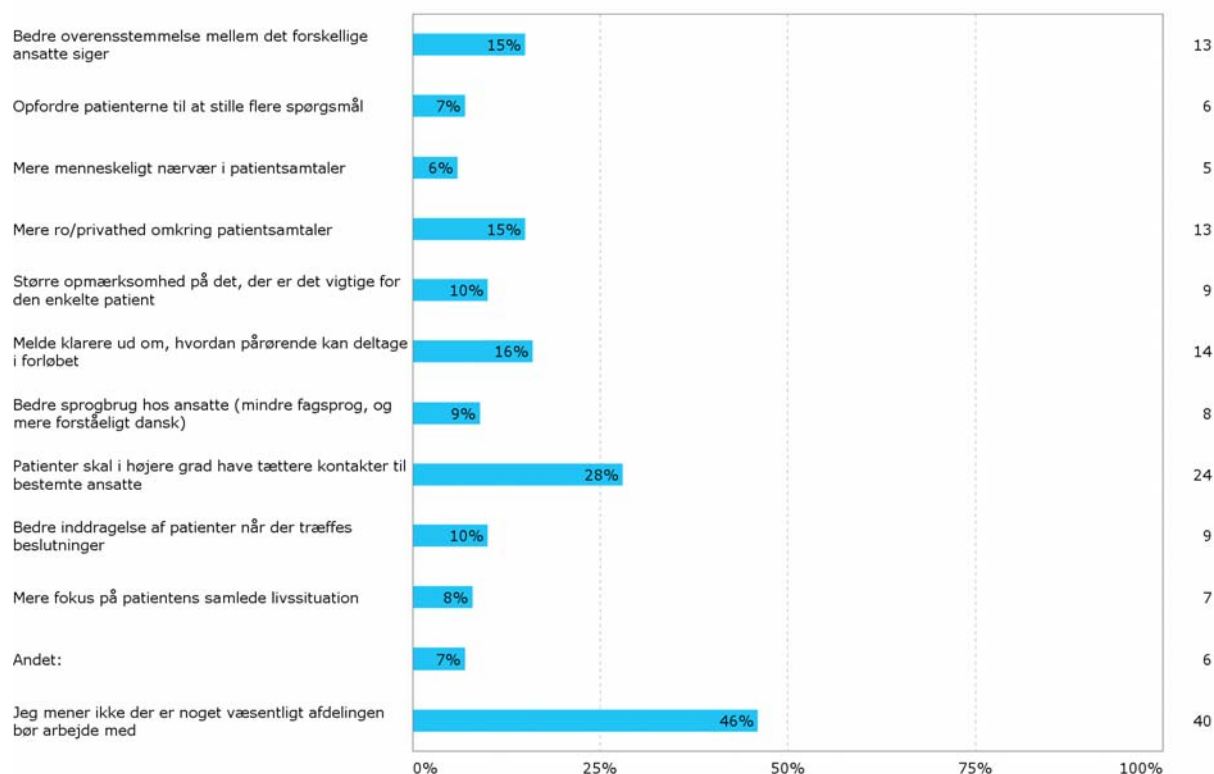
De mest positive svarfordelinger ses i forhold til disse tre temaer: "Jeg har følt mig tryk ved de læger, jeg har mødt", "Sundhedspersonalet gik op i at forstå det, der betød mest for mig" og "Sundhedspersonalet brugte et sprog, der var til at forstå". På disse tre punkter – hvoraf især de to førstnævnte forekommer relevante i denne sammenhæng – valgte 71-75 % af patienterne de to mest positive svarmuligheder "i høj grad" eller "i meget høj grad".

Den mindst positive svarfordeling ses ved temaet "Jeg har oplevet, at hospitalet har tilrettelagt kontakten med mig sådan, at jeg ikke har skullet tale med for mange forskellige sundhedsprofessionelle", hvor 55 % svarede i de tre mindre positive kategorier – heraf 25 % i "slet ikke" eller "i mindre grad". I den mindre positive ende er dog også de tre temaer "Der var overensstemmelse mellem det, jeg fik at vide af forskelligt sundhedspersonale", "Jeg var med på råd, når der blev truffet beslutninger om det, der skulle ske" og "Lægen har været til stede på de vigtige tidspunkter i mit behandlingsforløb". Her faldt lige under halvdelen af

svarene i de tre mindre positive kategorier. For alle disse tre temaer dog med klar hovedvægt på midterkategorien "i nogen grad".

Sluttelig blev patienterne bedt om at pege på områder, som afdelingen fremover kan arbejde med til gavn for patientsamarbejdet (figur 4). Knap halvdelen svarede, at der ikke er noget væsentligt, afdelingen kan arbejde med, men blandt de øvrige forslag på listen skiller "Patienterne skal i højere grad have tættere kontakter til bestemte ansatte" sig ud. 28 % af svarpersonerne pegede på denne mulighed med oplagt relevans for patientansvarlig læge.

**Figur 4: "Hvad mener du, at Medicinsk Afdeling særligt skal arbejde med for at skabe bedre samarbejde med patienterne og deres pårørende?" (sæt gerne flere krydser)**



Der er ikke adgang til et sammenligningsgrundlag som udgangspunkt for fortolkningen af svarmønstrene, men med dette forbehold kan data berettigt følgende konklusioner:

- Medicinsk Afdeling har forholdsvis få utilfredse patienter
- På flere parametre af relevans for patientansvarlig læge giver patienterne en forholdsvis positiv vurdering af afdelingen: Mange patienter oplever tryghed i lægekontakten, og at personalet går op i at prøve at forstå, hvad der betyder mest for patienten
- På andre relevante parametre er vurderingen mindre positiv. Især savner en del patienter personkontinuitet i kontakten til de sundhedsprofessionelle, men også lægens tilstedeværelse på de vigtige tidspunkter og oplevelsen af at være taget med på råd i forbindelse med behandlingsmæssige beslutninger er opmærksomhedspunkter.

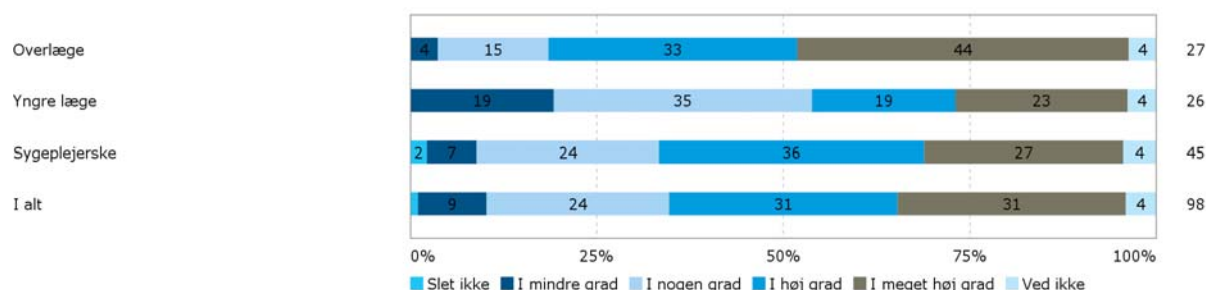
### **Implementeringsmæssigt udgangspunkt: Medarbejderperspektivet**

Umiddelbart efter patientundersøgelsen blev der distribueret et webskema til 175 læger og sygeplejersker i afdelingen, hvor de fleste spørgsmål er blevet besvaret af knapt 100 personer.<sup>4</sup> I det følgende præsenteres svarfordelingerne på seks særligt relevante spørgsmål udvalgt blandt de 16 elementer i det fulde skema.

<sup>4</sup> Enkelte spørgsmål blev kun stillet til lægerne blandt svarpersonerne.

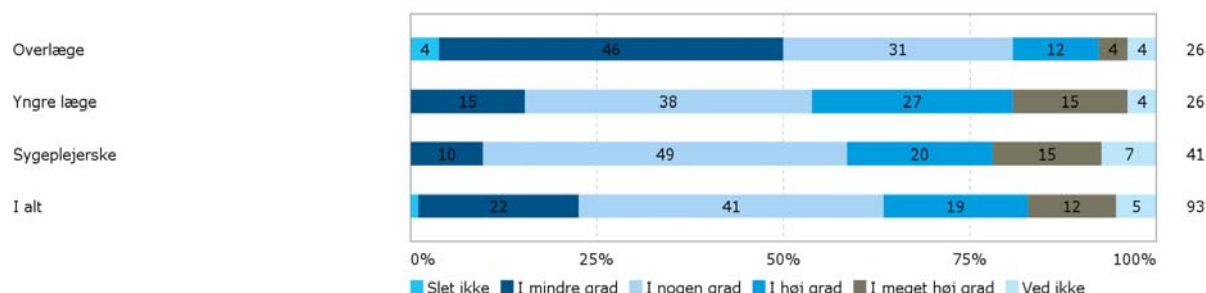
Et forholdsvis stort flertal (62 %) angiver, at man inden for svarpersonens egen faggruppe "i høj grad" eller "i meget høj grad" ved, hvem der har ansvaret for en patient (figur 5). Der er dog stor forskel på medarbejderkategorierne: Overlægegruppen har en markant større svarandel i de to mest positive kategorier (77 %) sammenlignet med de yngre læger (42 %). Sygeplejerskerne placerer sig nogenlunde midt mellem de to øvrige grupper.

**Figur 5: "Inden for min faggruppe ved vi altid, hvem der har ansvaret for en patient"**



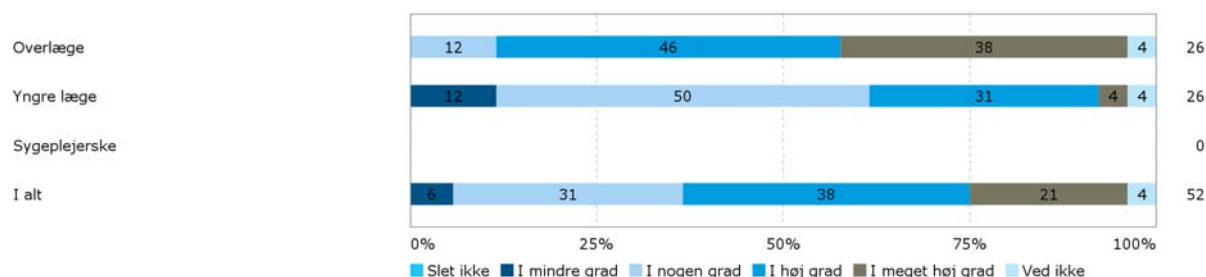
Figur 6 viser et tilsvarende mønster. 42 % af de yngre læger oplever, at der forekommer uhensigtsmæssige personskift i behandlingsforløbene "i høj grad" eller "i meget høj grad", mens det samme kun gælder for 16 % af overlægerne. På dette punkt ligger sygeplejerskerne til gengæld tæt på de yngre læger – faktisk vælger 84 % af sygeplejerskerne de tre mindre positive svarmuligheder, fire procentpoint flere end blandt de yngre læger. Samlet svarer 72 % af alle respondenter således "i nogen grad" eller derover.

**Figur 6: "Der forekommer uhensigtsmæssige personskift i behandlingsforløbene i afdelingen"**



Hvad angår oplevelsen af at have et godt kendskab til den enkelte patient, gentager billedet sig (figur 7). En markant større andel af overlægerne end af de yngre vælger her de to mest positive svarmuligheder (84 % mod 35 %). Dette spørgsmål blev kun stillet til lægerne.

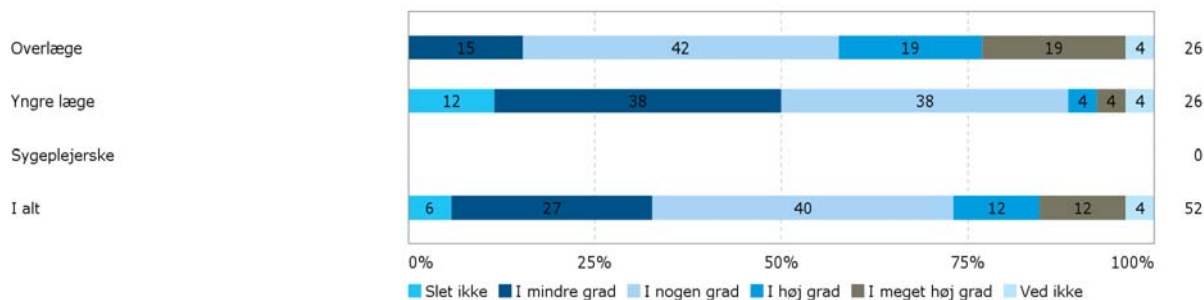
**Figur 7: "Jeg har et godt kendskab til den enkelte patient"**



Spørgsmålet om muligheden for at følge den enkelte patient blev ligeledes kun stillet til lægerne (figur 8). Også her er der iøjnefaldende forskel på svarene fra overlæger henholdsvis yngre læger: 8 % af de yngre læger mod 38 % af overlægerne vælger de to mest positive svarmuligheder. 50 % af de yngre læger svarer "slet ikke" eller "i mindre grad".

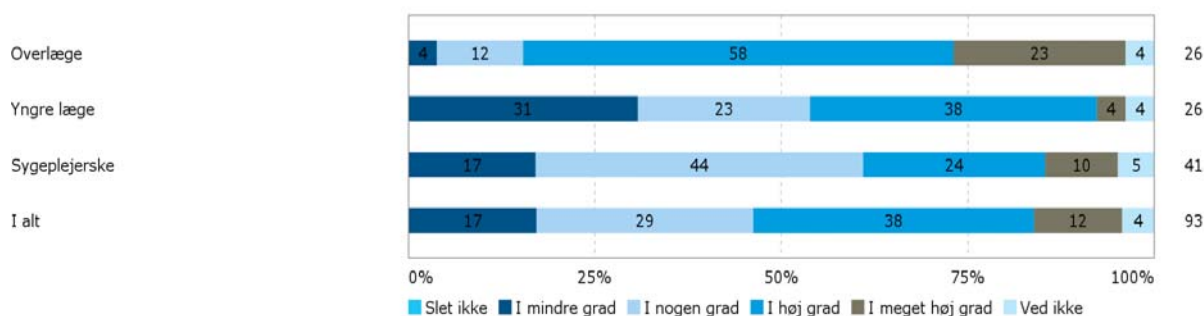


**Figur 8: "Vores arbejdstilrettelæggelse giver mig mulighed for at følge den enkelte patient"**



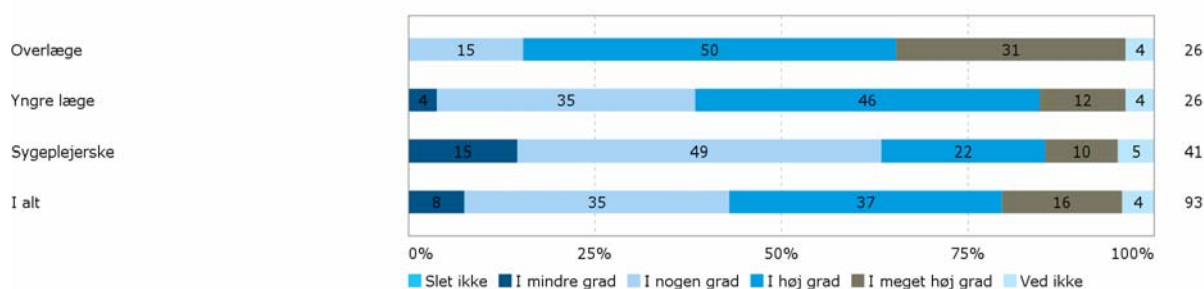
Afstanden mellem de to lægegrupper er også markant, hvad angår vurderingen af, om behandlingsforløbene tilrettelægges i samarbejde med patienter og pårørende (figur 9) – 81 % af overlægerne og 42 % af de yngre læger svarer i de to mest positive kategorier. Her ligger sygeplejerskerne dog med den mindste andel (34 %). De yngre læger har til gengæld den klart største andel i kategorien "i mindre grad" (31 %).

**Figur 9: "Vores behandlingsforløb tilrettelægges i samarbejde med patienter og pårørende"**



I figur 10 vises sluttelig besvarelserne af spørgsmålet om, i hvilken grad behandlingsforløbene tilrettelægges med hensyntagen til patienternes ønsker og livssituation. Her er der størst afstand mellem svarene fra overlæger og sygeplejersker: 81 % af overlægerne svarer "i høj grad" eller "i meget høj grad" mod 32 % af sygeplejerskerne. De yngre læger placerer sig på dette punkt omtrent midt mellem overlæger og sygeplejersker.

**Figur 10: "Vores behandlingsforløb tilrettelægges med hensyntagen til patientens ønsker og livssituation"**



Samlet indikerer surveyresultaterne for det første, at Medicinsk Afdeling havde et ganske godt udgangspunkt for arbejdet med at sikre en tydelig ansvarstagen i forhold til den enkelte patients behandlingsforløb bedømt ud fra patientbesvarelserne. Disse data underbygger dog også, at der er et rum for forbedring, generelt og på konkrete punkter. For det andet tegner medarbejderbesvarelserne under ét ligeledes et billede af, at der er et forbedringspotentiale bl.a. knyttet til muligheden for som læge at følge den enkelte patient og til muligheden for at undgå u hensigtsmæssige fagpersonskift i behandlingsforløbene. Til dette skal tilføjes, at der



er markant og systematisk forskel på vurderingerne fra overlægerne henholdsvis de yngre læger og sygeplejerskerne. Overlægerne besvarer konsekvent spørgsmålene mere positivt end de to øvrige faggrupper.

### ***Implementeringsproces og -fremskridt***

Dette afsnit er baseret på interview gennemført af Koncern HR Udvikling i Region Midtjylland i MS2 og MS3 (se uddybende beskrivelse af interviewene i det følgende afsnit) – dvs. de to sengeafsnit, der afprøver de umiddelbart mest ambitiøse modeller for stuegang i forbindelse med patientansvarlig læge.

MS2 afprøver den stuegangsmodel, der indebærer, at lægernes dagsprogram lægges dag for dag med ambulatorietider og stuegang hos egne patienter. En ganske vidtgående ændring af arbejdstilrettelæggelsen. Interviewene tegner et billede af en implementeringsproces, som generelt er blevet oplevet som lidt for hovedkulds i den første fase, og som fortsat ikke er faldet helt på plads. Interviewpersonerne blev bl.a. bedt om at angive på en skala fra 1 til 10, hvor tæt de vurderer, at afsnittet er på at få sin organisering af patientansvarlig læge til at virke fuldt ud efter hensigten (svarende til værdien 10). Her svarer alle 5 eller 6. Interviewpersonerne peger i den sammenhæng på flere konkrete eksempler på fortsat problematiske elementer. Især nævnes problemer med, at den afsatte tidsplan for formiddagene ind imellem kan vælte alvorligt for især de yngre læger, men der peges også på, at middagskonferencerne kan forekomme mere diffuse, og at det især om eftermiddagen er blevet mere vanskeligt at lokalisere speciallægerne på afdelingen. Det er imidlertid også gennemgående, at interviewpersonerne allerede nu har erfaret de positive aspekter af øget lægekontinuitet i patientkontakten – og at de ser et stort potentiale videre frem. Flere understreger således, at de ikke ønsker at opgive eller reducere i den ambitiøse model for patientansvarlig læge, uanset de fortsatte udfordringer.

Den stuegangsmodel, som afprøves i MS3, betyder, at et hold af overlæger og udvalgte yngre læger skiftes til at have stuegang hos faste patienter i en uge i træk. Argumentet for modellen er, at den er lettere at administrere, og da de fleste patienter er indlagt på afsnittet i højst tre dage, vil de færreste reelt opleve et skift af patientansvarlig læge. De to fokusgruppeinterview indebærer ikke en belysning af selve implementeringsprocessen, men interviewpersonernes vurderinger er derudover ganske tæt sammenfaldende med interviewene i MS2. Der er dog lidt større spredning i, hvor langt deltagerne angiver, at afsnittet er kommet i retning af at få modellen helt på plads, og gennemsnittet er en smule højere (knap 7 mod knapt 6 i MS2). Som det var tilfældet i MS2 peger en række af interviewpersonerne til gengæld på, at de oplever positive gevinster i form af en mere personligt og fagligt tilfredsstillende patientkontakt i forbindelse med stuegang og, især for de yngre lægers vedkommende, i ambulatoriet. Ligesom i MS2-interviewene fremgår det samtidig, at der ses et yderligere udviklingspotentiale fremover. Flere interviewdeltagere nævner fx, at der er øget fokus på mulighederne for også at løfte kontinuiteten i patienternes sygeplejerskekontakt, i takt med at den lægelige personkontinuitet stiger. Som et andet eksempel giver en af de deltagende overlæger udtryk for, at man som overlæge sætter pris på det tydeligere patientansvar, mens det for visse yngre læger har vist sig som en udfordring. Dette underbygges af, at flere yngre læger henviser til vigtigheden af at sikre adgang til konferering med speciallægerne, uanset travlhed hos disse.

### **Datagrundlag**

Der er tre datakilder til dette afsnit. Som første skridt blev der gennemført to interview med afdelingens ledende overlæge, først i forbindelse med et besøg på stedet i september 2016 og dernæst i form af et telefoninterview i oktober 2016. Formålet med disse interview var især at udbygge den beskrivelse af PAL-modellen, som fremgik af afdelingens oprindelige

projektbeskrivelse. Indsatsbeskrivelsen er desuden blevet suppleret og opdateret via et telefoninterview med en AC-fuldmægtig fra den administrative stab i maj 2017.

For det andet er der gennemført "før"-målinger på basis af spørgeskemabesvarelser fra henholdsvis patienter og tværfaglige medarbejdere. Der er således i forbindelse med udskrivningsproceduren indsamlet besvarelser fra knapt 100 patienter (og enkelte pårørende) i løbet af oktober 2016. Ca. 60 af disse besvarelser er indsamlet på stedet af en studentermedhjælper ved hjælp af en tablet-computer; de resterende er indsamlet af medarbejdere på afdelingens fire afsnit med brug af udleverede papirskemaer. Der er derudover indsamlet ligeledes knapt 100 besvarelser blandt afdelingens medarbejdere i løbet af november-december 2016. Disse data er indsamlet som websurvey distribueret pr. e-mail til i alt 175 respondenter. Der er planlagt "efter"-målinger blandt patienter og medarbejdere efter samme fremgangsmåde som ovenfor beskrevet i efteråret 2017, men disse data kan i sagens natur ikke indgå i forbindelse med denne rapport.

Det tredje element i dataindsamlingen er tværfaglige interview gennemført i to runder. Første runde har taget form af tre fokusgruppeinterview med tværfaglige medarbejdere fra de to sengeafsnit, som afprøver de mest ambitiøse stuegangsmodeller i forbindelse med patientansvarlig læge (ét interview i MS2 og to interview i MS3). Desuden blev der i den forbindelse foretaget et telefoninterview med en afdelingssygeplejerske fra MS2. Fokusgruppeinterviewet med medarbejdere fra MS2 havde deltagelse af to overlæger, fire yngre læger, en sygeplejerske og en sekretær. De to fokusgruppeinterview i MS3 omfattede to overlæger, en afdelingssygeplejerske og en yngre læge (Gastro-team) henholdsvis to overlæger og to yngre læger (Endo-team). Alle de nævnte interview er gennemført i april 2017 af konsulenter fra Koncern HR Udvikling i Region Midtjylland i forbindelse med et beslægtet udviklingsprojekt om bedre vagttilrettelæggelse. Interviewreferaterne har også delvis relevans i forbindelse med denne evaluering og inddrages derfor.

Der er planer om yderligere to-tre tværfaglige fokusgruppeinterview med fokus på implementeringserfaringerne i de enkelte afsnit til efteråret 2017, men dette materiale kan naturligvis heller ikke indgå i grundlaget for denne rapport.

Årsagen til, at centrale dele af dataindsamlingen falder *efter* afgivelsen af denne rapport, er, at pilotprojektet i Medicinsk Afdeling først har kunnet sættes i gang så sent, at det ville have været uhensigtsmæssigt at gennemføre "efter"-målinger og opfølgningsinterview allerede i foråret 2017. Disse opfølgninger afreporteres i stedet i notatform sidst på efteråret 2017 til gavn for læring og evt. tilpasning af PAL-modellen internt i afdelingen.

## 5 Ortopædkirurgisk Afdeling, Randers

Kirurgisk Center på Regionshospitalet Randers rummer Ortopædkirurgisk Afdeling og Kirurgisk Afdeling. Samlet er der ca. 365 ansatte, fordelt på læger, sygeplejersker, sekretærer, SOSA-assistenten, enkelte serviceassistenter, fysio- og ergoterapeuter. Det fælles sengeafsnit rummer 48 senge.

På Ortopædkirurgisk Afdeling er der ca. 39 læger, heraf ca. 17 overlæger. Her varetages udover ortopædkirurgi også funktioner inden for øjne (tre overlæger) og øre-næse-hals (med læger fra AUH). På årlig basis er der ca. 29.000 ambulante patientbesøg, ca. 3.000 operationer (eksklusiv øjne og øre-næse-hals) samt 2.500 indlæggelser. Både antal af indlæggelser og den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldende.

### Overordnede projekterfaringer

Erfaringerne fra Ortopædkirurgisk Afdelings årelange arbejde med patientansvarlig læge underbygger, at det er muligt at omstille en ortopædkirurgisk afdeling til en ambitiøs version af dette princip. Evalueringen har ikke adgang til selvstændige data vedrørende målopfyldelsen. Der kan til gengæld henvises til en række forskellige data vedrørende en positiv udvikling i ressourceudnyttelse, patientmorbiditet og patientoplevet kontinuitet i lægekontakten. Sammenholdt med interviewmaterialet giver disse data belæg for, at afdelingens centrale målsætninger med omstillingen i vidt omfang er blevet indfriet – både fra et ledelses-, et medarbejder- og et patientsynspunkt.

En yderligere erfaring fra afdelingens implementeringsforløb er, at det i denne kontekst har vist sig muligt at indføre patientansvarlig læge uden omfattende, selvstændige implementeringstiltag i form af udpeget projektgruppe, særlige implementeringsfora, forberedende aktiviteter m.m.

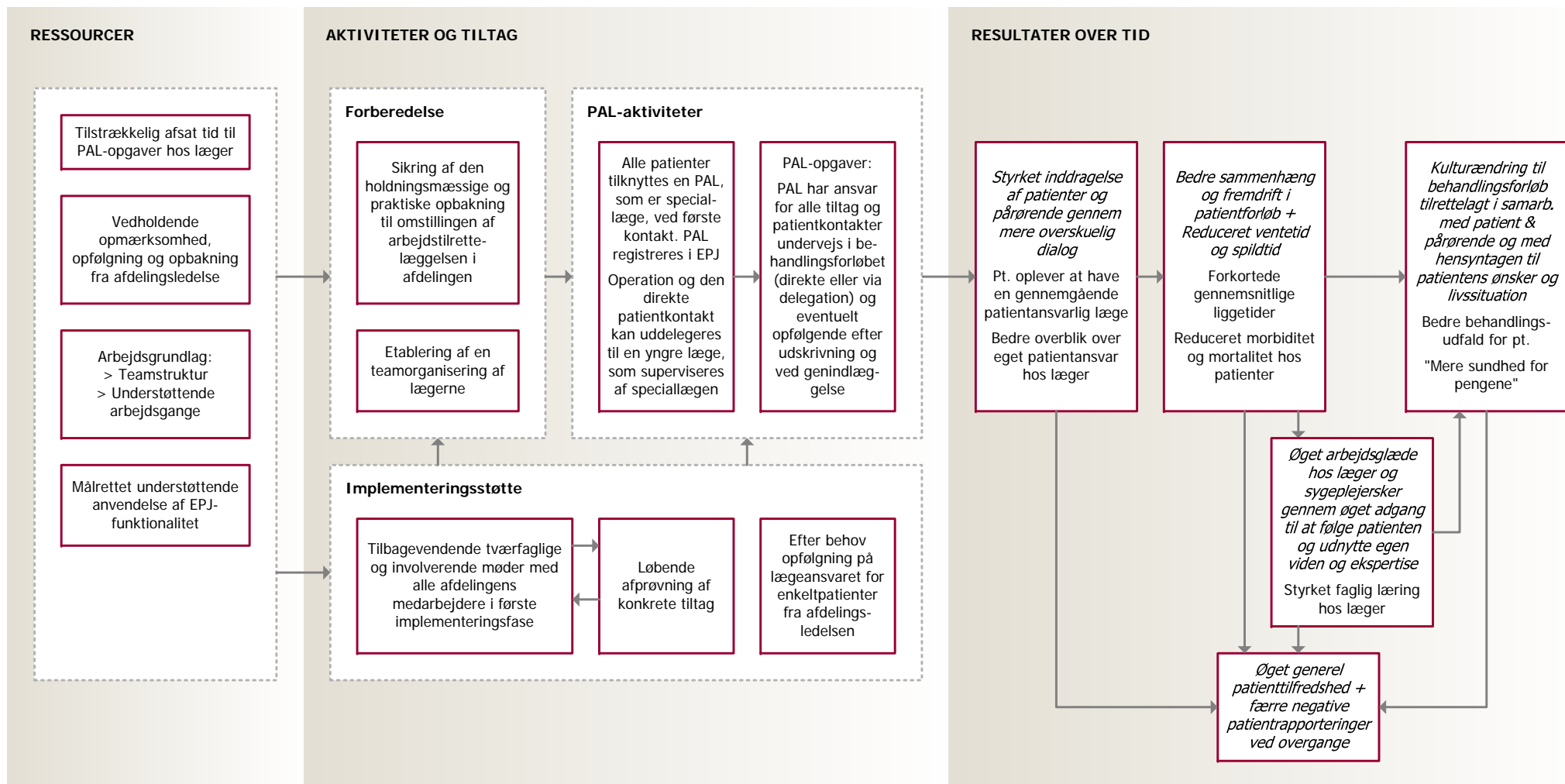
### Indsatsbeskrivelse

<b>Projektfokus</b>	Indførelsen af patientansvarlig læge er ikke sket inden for rammen af et egentligt pilotprojekt som led i regionens overordnede afprøvning. Indsatsen startede således for over fire år siden. Afsættet for at indføre patientansvarlig læge på Ortopædkirurgisk Afdeling var en beslutning i lægegruppen. Man ønskede at gøre op med en arbejdstilrettelæggelse, der indebærer, at man som læge igen og igen skal gå stuegang hos et stort antal patienter, man ikke på forhånd kender noget til. Derudover var man også løbende udfordret af overbelægning på sengeafsnittet.
<b>Omfang</b>	Implementeringen af patientansvarlig læge omfattede fra starten hele Ortopædkirurgisk Afdeling.
<b>Patientgrupper</b>	Alle ambulante såvel som indlagte patienter er omfattet af modellen for den patientansvarlige læge.
<b>Formål</b>	Implementeringen fokuserede i første omgang særligt på at rationalisere stuegangsfunktionen med afsæt i en teamorganisering, og på at reducere afdelingens lange gennemsnitlige liggetider. Begrebet "patientansvarlig læge" kom således først i spil senere i forløbet.
<b>Tidsplan</b>	Spørgsmålet om en nytænkning af stuegangstilrettelæggelsen kom første gang på dagsordenen i form af mødedrøftelser i 2012, men den nye stuegangsmodel blev implementeret fuldt ud i afdelingen fra maj 2013.
<b>Ledelse</b>	Den primære ledelsesopgave har ligget hos afdelingsledelsen og har især handlet om, indledningsvist og undervejs, at sikre afdelingens holdningsmæssige opbakning til at arbejde med en ny stuegangsorganisering og i

	<p>sidste ende i henhold til princippet om patientansvarlig læge. Det er fx sket ved aktivt at tage hånd om, at alle indlagte patienter faktisk har en patientansvarlig læge, i forbindelse med morgenkonference. Det kan fx være i en situation, hvor patientens team ikke er repræsenteret på dagen pga. ferie, sygdom m.m.</p> <p>Det har desuden været en central ledelsesopgave at sikre, at de logistiske forudsætninger er til stede for, at den enkelte læge kan løfte patientansvaret – herunder at lægerne fx ikke bookes fuldt ud til andre opgaver i længere forløb.</p> <p>Afdelingen oplever at have fået generel opbakning fra hospitalsledelsen, men interviewpersonerne vurderer generelt, at den primære ledelsesopgave i forbindelse med implementeringen har ligget hos afdelingsledelsen.</p>
<b>Organisering</b>	<p>Afdelingens læger (og dermed patienterne) er som led i implementeringsprojektet blevet inddelt i seks team, "sektorer", med hver deres farvekode (skulder, hånd osv.). Hvert team har en sektoransvarlig speciallæge. Teamene er uformelle fora, i den forstand at teamets læger løbende aftaler, hvordan fx en overbelastning hos den enkelte læge kan håndteres nu og her. Der arbejdes derimod ikke med egentlige teammøder. I forbindelse med fx sommerferieplanlægning er der opmærksomhed på og retningslinjer for, hvordan teamets læger kan placere ferie, således at der højst må være én uge i sommerens løb, hvor ingen af sektorens læger er repræsenteret på afdelingen.</p> <p>Afdelingen har ikke haft en særlig projektgruppe eller lignende i forbindelse med implementeringen. Vægten har været på at understrege det fælles ansvar for at realisere den nye organisering af patientansvaret.</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Tilknytning af en patientansvarlig læge til den enkelte patient sker enten i forbindelse med ambulant forundersøgelse til elektiv indlæggelse, hvor ambulatorielægen efterfølgende får patientansvaret, eller i forbindelse med akut indlæggelse, hvor bagvagten på det pågældende tidspunkt tilknyttes som patientansvarlig. 70-80 % af afdelingens indlagte patienter er i sidstnævnte kategori. PAL-tilknytningen registreres i EPJ. Der følges op på, at alle patienter faktisk har fået tilknyttet en patientansvarlig læge ved morgenkonference.</p> <p>Det er altid en speciallæge, som har det endelige lægeansvar for den enkelte patient, men i konkrete tilfælde kan den patientansvarlige læge uddelegere operation og patientkontakt til en gennemgående yngre læge, som så modtager supervision fra den patientansvarlige læge. Delegation kan ske til alle uddannelseslæger efter en vurdering af patientens behov og lægens kompetencer.</p> <p>Desuden kan det forekomme, at patienter med specielle sygdomme overføres fra den læge, som var bagvagt på indlæggelsesdagen, til en anden læge med specialisterfaring på sygdomsområdet. I givet fald sker dette normalt dagen efter indlæggelsen i forbindelse med morgenkonference.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>Den patientansvarlige læge har som udgangspunkt ansvar for alle tiltag og patientkontakter undervejs i patientens behandlingsforløb enten direkte eller via delegation til en yngre læge. Ved delegation er det endelige patientansvar fortsat hos speciallægen, som samtidig løbende superviserer den yngre læge. Henvendelser udefra efter udskrivning håndteres af den patientansvarlige læge. Genindlægges patienten aktiveres patientansvaret også igen.</p> <p>Den patientansvarlige læge kan ved fravær, spidsbelastning osv. uddelegere fx en stuegang hos en given patient til en anden læge fra teamet under forudsætning af, at det er klart for patienten, at der blot er tale om en afgrænset uddelegering fra den gennemgående patientansvarlige læge. Det sker i givet fald som en stafetoverdragelse med en klar aftale de</p>

	to læger imellem.
<b>Stuegang</b>	<p>I den enkelte læges ambulatorieprogram er der afsat en time til opgaverne som patientansvarlig læge, herunder især stuegang hos egne patienter på sengeafsnittet samt evt. assistance til de øvrige læger i teamet. Afdelingsledelsen lægger stor vægt på at sikre, at den afsatte time reelt er til rådighed for opgaverne som patientansvarlige læge. Derudover inddrages eventuel ledig tid i operationsprogrammet til stuegang og andre PAL-opgaver.</p> <p>Af hensyn til lokalekapacitet, sygeplejerskekapacitet m.m. foretager tre af afdelingens team normalt stuegang kl. 9-10, mens de tre resterende team har stuegang kl. 10-11. Dermed er stuegang normalt afsluttet kl. 11 hver dag, hvorefter der fx kan ske udskrivning m.m.</p>
<b>Kontakt til PAL</b>	Den tilknyttede patientansvarlige speciallæge (eller den yngre læge, som operation og patientkontakt eventuelt delegeres til) præsenterer sig og giver ved samme lejlighed et kontaktkort til patienten. Hvis det efter en akutindlæggelse besluttet at overføre patientansvaret til en anden læge med specialistekspertise på sygdomsområdet, præsenterer sidstnævnte sig for patienten. Hvis pårørende eller patienten selv efterfølgende har spørgsmål til behandlingen og patientens situation, rettes disse til den patientansvarlige læge – eventuelt formidlet via en sygeplejerske.
<b>Eksterne snitflader</b>	Den patientansvarlige læges opgaver omfatter håndtering af eventuelle opfølgende henvendelser fra pårørende, andre afdelinger, praktiserede læge m.m. efter udskrivning, ligesom den patientansvarlige forventes at formidle information, vurderinger m.m. videre til patientens praktiserede læge som en stafetvideregivelse af patientansvaret.
<b>Erfaringsopsamling</b>	Løbende spørgsmål i forbindelse med arbejdet med patientansvarlig læge drøftes i eksisterende fora – herunder bl.a. på sengeafsnittets møder.
<b>Øvrige implementeringstiltag</b>	<p>Afdelingsledelsen arrangerede et par fælles tværfaglige temaeftermiddage med gruppearbejder m.m. undervejs i den første del af implementeringsforløbet – dvs. et indledende møde inden man gik i gang, og et erfaringsopsamlende møde efter nogle måneder. Disse møder er blevet suppleret med en generel holdningsbearbejdning i afdelingen med fokus på intentionerne med og værdierne bag princippet om patientansvarlig læge.</p> <p>Som en videreførelse af et tiltag i projekt "Ny styring i patientperspektiv" foretager afdelingen desuden en løbende monitorering af forskellige aspekter af den patientoplevede kvalitet. En tilfældig stikprøve af patienter spørges ved udskrivning og så vidt muligt ved en telefonisk opfølgning seks måneder efter udskrivning. Patienterne spørges ved udskrivningen bl.a. til, om de oplever at have haft en gennemgående læge.</p> <p>I interviewene nævnes det generelt, at implementeringen i den første fase har taget form af en løbende afprøvning og videreudvikling af konkrete tiltag.</p>
<b>Kontaktpersoner</b>	<p>Overlæge Hans Boie, hansboie@rm.dk, 7842 2124</p> <p>Ledende overlæge Søren Rasmussen Deutch, soerdeut@rm.dk, 7842 2086</p>

Figuren nedenfor visualiserer den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Ortopædkirurgisk Afdeling. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
**Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers**

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
 PAL = Patientansvarlig læge  
 Pt. = Patient

## **Implementeringserfaringer**

De følgende afsnit tegner et billede af en afdeling, hvor tanken om den patientansvarlige læge er blevet fastslået som et tværfagligt værdsat omdrejningspunkt. Interviewpersonerne beskriver på den ene side en proces, som løbende har fundet energi i en fælles "fortælling" om formålet med og værdierne bag patientansvarlig læge. På den anden side beskrives en udviklingsproces, hvor selve implementeringsindsatsen er blevet nedtonet til fordel for en pragmatisk justering af organisering og arbejdsgange i afdelingen.

### ***Implementeringsproces***

Interviewpersonerne lægger generelt vægt på, at afdelingen har indført patientansvarlig læge uden omfattende implementeringstiltag, fx i form af udpegning af en særlig projektgruppe, forberedende arbejde, småskalaafprøvninger eller lignende. Generelt ses dette ikke som et savn – bl.a. fordi afdelingsledelsen såvel som en række overlæger og yngre læger løbende har udfyldt en ildsjælerolle og på den måde bidraget til at fastholde fokus i medarbejdergruppen. Omdrejningspunktet i implementeringsforløbet har været at skabe og fastholde en fælles lyst til og et fælles engagement i at indføre og fastholde den nye organisering og arbejdsform via italesættelse og dialog i eksisterende mødefora og samarbejdsrelationer. Den ledende overlæge peger på, at man let kan komme til at overkomplicere omstillingsprocessen. Interviewene indikerer i hvert fald, at en enkel, engagements- og formålsdrevet implementeringstilgang har fungeret godt for Ortopædkirurgisk Afdeling.

Der er dog et enkelt implementeringstiltag, som interviewpersonerne fremhæver som betydningsfuldt for processen: De tværfaglige temamøder for alle medarbejdere, som blev indlagt i den første fase af implementeringsforløbet, var med til fra første færd at skabe en fælles forståelse af indholdet i, formålet med og potentialet i den nye model for stuegang på afdelingen, som siden er blevet koblet med princippet om den patientansvarlige læge.

### ***Ledelse og organisation***

Organisatorisk har den væsentligste ændring i omstillingsprocessen været etableringen af en teamstruktur med bl.a. navngivne sektoransvarlige speciallæger. Interviewpersonerne peger på, at afdelingen har høstet flere forskellige gevinster som følge af denne organisationsændring. To forhold bliver særligt fremhævet: For det første giver "sektoriseringen" struktur til uddannelseslægerens ophold i afdelingen, forstået på den måde at der er planlagt tre måneders ophold i én sektor, seks måneder i den næste osv. For det andet er kulturen omkring teamopbygningen, at teamenes læger føler en udtalt gensidig forpligtelse. Hvis en af lægerne i et team fx har en spidsbelastning med mange egne patienter på sengeafsnittet, aftaler man indbyrdes, at en af teamets på dagen mindre belastede læger kan tage over på nogle af førstnævnte lægers opgaver. Præmissen er, at der er klare aftaler mellem de to læger, og at den enkelte patient ikke bringes i tvivl om, at det fortsat er den patientansvarlige læge, som står for behandlingsplanen.

I forhold til den ledelsesmæssige forankring er et centralt tema i interviewene betydningen af det vedholdende og synlige engagement i afdelingens omstillingsproces hos den ledende overlæge og en række toneangivende overlæger. Den høje prioritering af indsatsen har fx givet sig udtryk ved, at der fra starten ledelsesmæssigt blev taget beslutning om at afsætte en time først på dagen i lægernes ambulatorieprogrammer til især stuegang hos egne patienter. Et andet udtryk for det samme er et vedholdende ledelsesfokus på, at alle patienter faktisk har en patientansvarlig læge og, efter behov, direkte opfølgning på fremdriften i de patientforløb, som er delegeret til yngre læger. Interviewene afspejler, at afdelingen har oplevet opbakning til omstillingen fra hospitalsledelsen, men den aktive og betydningsfulde ledelsesopgave har ligget på afdelingsniveau.

## **Arbejdsgange**

På arbejdsgangsniveau er den centrale ændring i forbindelse med indførelsen af patientansvarlig læge på ortopædkirurgisk afdeling, at ansvaret for hver enkelt patient placeres hos én navngiven speciallæge – og som nævnt at lægernes dagsprogrammer frigør tid øremærket til faktisk at udfylde de funktioner, der følger med patientansvaret.

Interviewpersonerne vurderer enslydende, at den nye arbejdstilrettelæggelse i dag er faldet særdeles godt på plads og nyder bred, tværfaglig opbakning – ikke mindst fordi dens kvantitative og kvalitative betydning for afdelingens behandlingsforløb har været markant positiv. Den overlæge som deltog i fokusgruppeinterviewet forklarer det på denne måde:

*"Det er jo sådan, at når man uddeler ansvar, så føler man også ansvar. Man vil dermed gøre det "mere perfekt", end hvis man får tildelt en patient i dag og en ny i morgen. Det øger dermed kontinuiteten hele vejen rundt. Jeg vil understrege, at det giver tryghed, sammenhæng og overblik for patienten. Det er ikke kun den kommunikative del, men også den lægefaglige del."*

Ifølge alle de interviewede læger er en nøgelfaktor i den forbindelse, at det er blevet en fast del af morgenkonferencen at gennemgå oversigten med alle ambulante og indlagte patienter, team for team, med henblik på at sikre, at den enkelte patient er tilknyttet en patientansvarlig læge, og at denne læge – eller evt. en læge fra teamet – faktisk påtager sig dagens opgaver i den forbindelse. Aktuelt er denne funktion delt mellem den ledende overlæge, en uddannelsesansvarlig overlæge og en 1. reservelæge med en planlægningsfunktion.

Det fremgår dog samtidig af interviewene, at der har været udfordringer undervejs. For det første var der i den indledende fase brug for at finde en fælles forståelse mellem sygeplejersker og læger, da lægegruppen gik over til at arbejde som patientansvarlige læger. Sygeplejerskerne arbejdede tidligere med gruppepleje, og skiftet til tildelt patientpleje – ud fra et ønske om at matche lægernes arbejdstilrettelæggelse – skabte nogle gnidninger, indtil sygeplejerskerne faldt på plads i det nye system. Den ledende overlæge nævner i den forbindelse, at man i praksis anlægger en pragmatisk tilgang til kontinuitet i sygeplejerskekontakten til den enkelte patient. Afdelingens løbende indsamling af patientvurderinger har nemlig vist, at patienterne generelt lægger størst vægt på lægekontinuiteten. Den interviewede sygeplejerske bekræfter dette billede: Man forsøger at få det til at gå op, men hovedvægten er på at sikre lægekontinuiteten. Den interviewede sygeplejerske udtrykker det således:

*"Selvfølgelig kan I [lægerne] jo godt komme op og gå stuegang, hvor vi står i noget, som vi ikke lige kan gå fra. Men så kan I jo næsten selv gå stuegang..."*

For det andet er flere af de interviewede læger, herunder den ledende overlæge, åbne omkring, at ikke alle de seniore læger tog entydigt vel imod den nye model for arbejdet i afdelingen. Der er tale om et paradigmeskifte for især overlægerne. Arbejdsdagen bliver mere uforudsigelig og "urolig", i den forstand at det personlige patientansvar – herunder ansvaret som supervisor for yngre læger – jævnligt melder sig på en mere påtrængende måde, end man har været vant til som erfaren læge. Erfaringen fra afdelingen er, at det er glæden ved at arbejde på en lægefagligt mere tilfredsstillende måde, der skal drive værket. Det er derfor vigtigt, at kvantitative såvel som kvalitative gevinster synliggøres og erkendes.

Interviewene satte dog fokus på et enkelt endnu uløst problem: I og med at lægerne ikke er udstyret med arbejdstelefoner, er det jævnligt en udfordring for sygeplejersker og øvrige læger at få kontakt til en patients ansvarlige læge i forbindelse med spørgsmål, henvendelser m.m. Betydningen af dette er mærkbar sammenlignet med kontakten til sygeplejerskerne, som *har* arbejdstelefoner til rådighed.



### ***It-understøttelse***

Generelt ser interviewpersonerne positivt på it-understøttelsen af arbejdet med patientansvarlig læge. EPJ er en central ressource i forhold til løbende at sikre læger og øvrige medarbejdere overblik over patientansvaret. Afdelingen anvender i den forbindelse en EPJ-kolonne, som ellers var afsat til registrering af sygeplejerskernes fagteam. Kolonnen er i stedet, med bistand fra Regionshospitalet Randers' afsnit for sundheds-it, taget i brug til registrering af lægeansvar og teamtilknytning for den enkelte patient. Desuden har afdelingen inddraget intranettet til at gøre en opdateret oversigt over lægernes fordeling på de farvekodede team tilgængelig for alle. Oversigten ligger dog også i printet form forskellige steder i afdelingen.

Afdelingen har derimod undervejs i forløbet opgivet at bruge Klinisk Logistik i forbindelse med registrering og opdatering af patientansvarlig læge for hver enkelt patient. Der er ikke integration mellem EPJ og Klinisk Logistik, og den dobbeltregistrering dette afføder, ser man som for tidskrævende i forhold til den selvstændige værdi, brugen af tavlerne kan tilføre i en PAL-sammenhæng. Bemærk, at bl.a. dette problem adresseres i forbindelse med det igangværende it-udviklingsarbejde (se appendiks B).

### ***Fysiske rammer m.m.***

I interviewet med bl.a. den ledende overlæge blev det understreget, at omstillingen til patientansvarlig læge ikke har nødvendiggjort væsentlige ændringer af patientlogistik, lokaletildisponering osv. Interviewene indikerer i det hele taget ikke, at de fysiske rammer på hospitalet udgjort en væsentlig faktor eller udfordring i implementeringsarbejdet.

### ***Eksterne snitflader***

Interviewene tegner det billede, at afdelingens patientansvarlige læger på den ene side respekterer autonomien hos fagspecialisterne i andre afdelinger, hvor deres patienter måtte modtage behandling. På den anden side er praksis, at den patientansvarlige læge bevarer en koordinatorrolle og opmærksomheden på patienten. I forbindelse med fokusgruppeinterviewet sagde en overlæge fx følgende:

*"Det er sådan hos os, at får du en trafikulykke ind, så har du patientansvaret ved den trafikulykke. Vi ved, at hvis vedkommende flyttes til Aarhus næste dag, så kommer de tilbage hertil. Det er stadigvæk den samme person, der er patientansvarlig læge. Det er det samme med intensivafdelingen. Det er PAL, der har ansvaret, ikke bagvagten."*

Ligeledes vil den patientansvarlige læge sikre stafetoverdragelse til praktiserende læge via fyldestgørende epikrise m.m. – fx i en situation, hvor patienten efterfølgende skal udredes for diabetes, KOL eller lignende.

Generelt giver interviewpersonerne udtryk for, at de forskellige snitfladeproblematikker indtil videre har kunnet håndteres godt inden for rammerne af afdelingens PAL-model.

### ***Ressourceforbrug***

De interviewede ledere og medarbejdere vurderer, at implementeringen af patientansvarlig læge på afdelingen har frigjort lægelige og andre ressourcer. Det er primært sket via en mere rationel og velfungerende stuegang samt patientforløb med bedre behandlingsmæssig sammenhæng og fremdrift. I den forstand har øremærkningen af en time i den enkelte læges program ikke betydet et tab af ambulatorietider, da der bl.a. frigives lægeressourcer andre steder. Samtidig har der været generelt fokus på effektiviseringspotentiale. Afdelingen har bl.a. indført "sygeplejeambulatorium" i forhold til bestemte opgaver (fx forbindelsesskift), mens fx udskrivelser typisk foretages af lægen alene. Både læge og sygeplejerske er således, sammenlignet med tidligere, til stede i forbindelse med færre faglige processer.

Overordnet peger den ledende overlæge på, at afdelingen leverer mere sundhed for pengene med patientansvarlig læge. Det giver sig udtryk i reduceret behov for sengepladser, færre re-operationer m.m., men også i form af reduceret tidsforbrug hos andre faggrupper. Fx brugte sygeplejersker og læger tidligere meget tid på "forstuegang", hvor den stuegangsgående læge blev opdateret på de enkelte patienters tilstand og behandlingsforløb. Som et andet eksempel: Sekretærerne på afdelingen oplever at få mere strukturerede og præcise diktater fra lægerne, hvilket igen giver anledning til en tidsbesparelse i deres arbejde.

## Foreløbig vurdering af målopfyldelsen

Ortopædkirurgisk Afdeling har arbejdet med "patientansvarlig læge" i betydeligt længere tid end de fleste af de øvrige pilotafdelinger, og afdelingen kan derfor også vurdere målopfyldelsen mere konkret og nuanceret.

De interviewede overlæger vurderer frem for alt, at afdelingens model for den patientansvarlige læge betyder, at patientansvaret ikke længere forskydes mellem læger, hvorfor behandlingen også planlægges mere sammenhængende og langsigtet. Det handler både om motivation og tvang. "Motivation" fordi lægearbejdet bliver mere tilfredsstillende og meningsfuldt, og "tvang" fordi opgaver og udfordringer i det enkelte patientforløb bliver ved med at være den pågældende læges ansvar dagen efter og eventuelt i den efterfølgende uge. Når man på forhånd ved, at man konfronteres med samme patient ved næste stuegang, anspores man til at sikre bedst mulig fremdrift i behandlingsforløbet. Modellen for patientansvarlig læge betyder dermed også, at den enkelte patient ikke ses af mange forskellige læger. I forbindelse med afdelingens løbende kvalitetsmonitorering har 94 % af efterhånden knapt 900 af afdelingens patienter således angivet ved udskrivningen, at de har oplevet at have en gennemgående læge i forbindelse med deres behandlingsforløb.

Afdelingsledelsen vurderer, at disse resultater er omsat i reduceret mortalitet og morbiditet blandt afdelingens patienter. Konkret har afdelingen oplevet målbart reduceret morbiditet i form af reducerede liggetider og, afledt heraf, reduceret forekomst af komplikationer som blærebetændelse, lungebetændelse m.m. I kraft af det tydelige patientansvar ser man netop styrket fremdrift i de patientforløb, som tidligere ofte gav anledning til komplikationer.

Erfaringerne fra afdelingen er, at de nævnte gunstige virkninger i princippet kan opnås ganske hurtigt, hvis man lykkes med en PAL-implementering, eftersom de ovennævnte mekanismer træder i kraft med det samme. Allerede ved det første afsluttede forløb vil der ofte melde sig en værdifuld læring for den enkelte læge – det være sig speciallæger såvel som yngre læger. Det styrkede fokus på hele patientforløb og det gennemgående patientansvar – det forhold at man som læge ved, at man skal stå til ansvar for patienten også i morgen og i overmorgen – motiverer den enkelte læge til at søge bedst mulig fremdrift i behandlingsforløbet, herunder opsøge viden hos mere erfarne kolleger. Med en 1. reservelæges ord:

*"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."*

Afslutningsvist skal det nævnes, at den ledende overlæge tager forbehold for overførbareheden af Ortopædkirurgisk Afdelings model for patientansvarlig læge. Den beskrevne model har vist sig at fungere godt i en ortopædkirurgisk afdeling, men erfaringerne fra andre afdelinger i Regionshospitalet Randers viser, at der fx er brug for justeringer i forbindelse med en PAL-implementering på en kirurgisk afdeling eller en medicinsk afdeling, hvor patientprofiler og behandlingsforløb afviger på flere punkter.

## **Datagrundlag**

Dette afsnit baserer sig på to interview gennemført i forbindelse med et besøg på stedet i april 2017 samt efterfølgende indhentning af supplerende oplysninger hos en AC-fuldmægtig fra hospitalets administrative stab. Selve modellen for implementering af "patientansvarlig læge" på afdelingen og målopfyldelsen i den forbindelse er afdækket via et interview med ledende overlæge, en overlæge med en mellemliderfunktion samt den førnævnte AC-fuldmægtige. Den uddybende afdækning af implementeringserfaringerne er sket via et fokusgruppeinterview med en sekretær, en sygeplejerske, en 1. reservelæge og en overlæge samt den AC-fuldmægtige.

## 6 Diagnostisk Center, Silkeborg

Diagnostisk Center er en fusion af Radiologisk Afdeling og Medicinsk Afdeling med alle de 9 medicinske specialer (samt socialmedicin, klinisk immunologi og onkologi). Diagnostisk Center er af Region Midtjylland udnævnt til udviklingshospital, der skal skabe "de praktiserende lægers hospital" og udvikle "hensigtsmæssige patientforløb på tværs af specialer og sektorer samt konvertere akut indlagte til ambulante forløb".

Diagnostisk Center har status af Universitetsklinik for Innovative Patientforløb og har tilknyttet to professorer i Innovative Patientforløb. Diagnostisk Center er ét af to centre med regionsfunktion i reumatologi. Regionsrygcenter Midt dækker hele regionen. Idrætsklinikken (i samarbejde med ortopædkirurgerne) er en af de største i landet, og der er i Diagnostisk Center en professor i idrætsmedicin og ultralydsdiagnostik.

Diagnostisk Center modtager visiterede medicinske, akutte patienter kl. 8-17 på hverdage samt flexible- og åbne indlæggelser døgnet rundt. I alt godt 4.000 akutte medicinske indlæggelser om året. Endvidere ses 60.000 ambulante kontroller. Der er 30 medicinske senge og 20 Modtage- og Observationsstole. Der er ca. 100 læger i centret, heraf 45 medicinske overlæger, 15 radiologer og godt 30 uddannelseslæger. Dertil fire kiropraktorer. Diagnostisk Center har desuden ca. 250 sygeplejersker og ca. 60 sekretærer ansat.

### Overordnede projekterfaringer

Pilotprojektet i Diagnostisk Center er for det første kendetegnet ved, at der er valgt en decentral implementeringsmodel, hvor hvert af centrets fire team har haft mulighed for at fastlægge deres egen model for patientansvarlig læge. Datamaterialet gør det for det andet tydeligt, at der har været og til dels fortsat er skepsis over for tankegangen blandt en betydelig andel af lægerne. En del af interviewene tyder da også på, at implementeringen ikke er afsluttet. En udbredt holdning blandt lægerne er, at man i forvejen har haft høj kontinuitet og kvalitet i patientforløb og patientdialog, hvorfor tiltag i retning af at indskærpe og udvide det lægelige patientansvar kan virke unødvendige eller decideret uhensigtsmæssige. De gennemførte patientinterview tegner under alle omstændigheder et altovervejende positivt billede af patientforløbene i Diagnostisk Center.

### Indsatsbeskrivelse

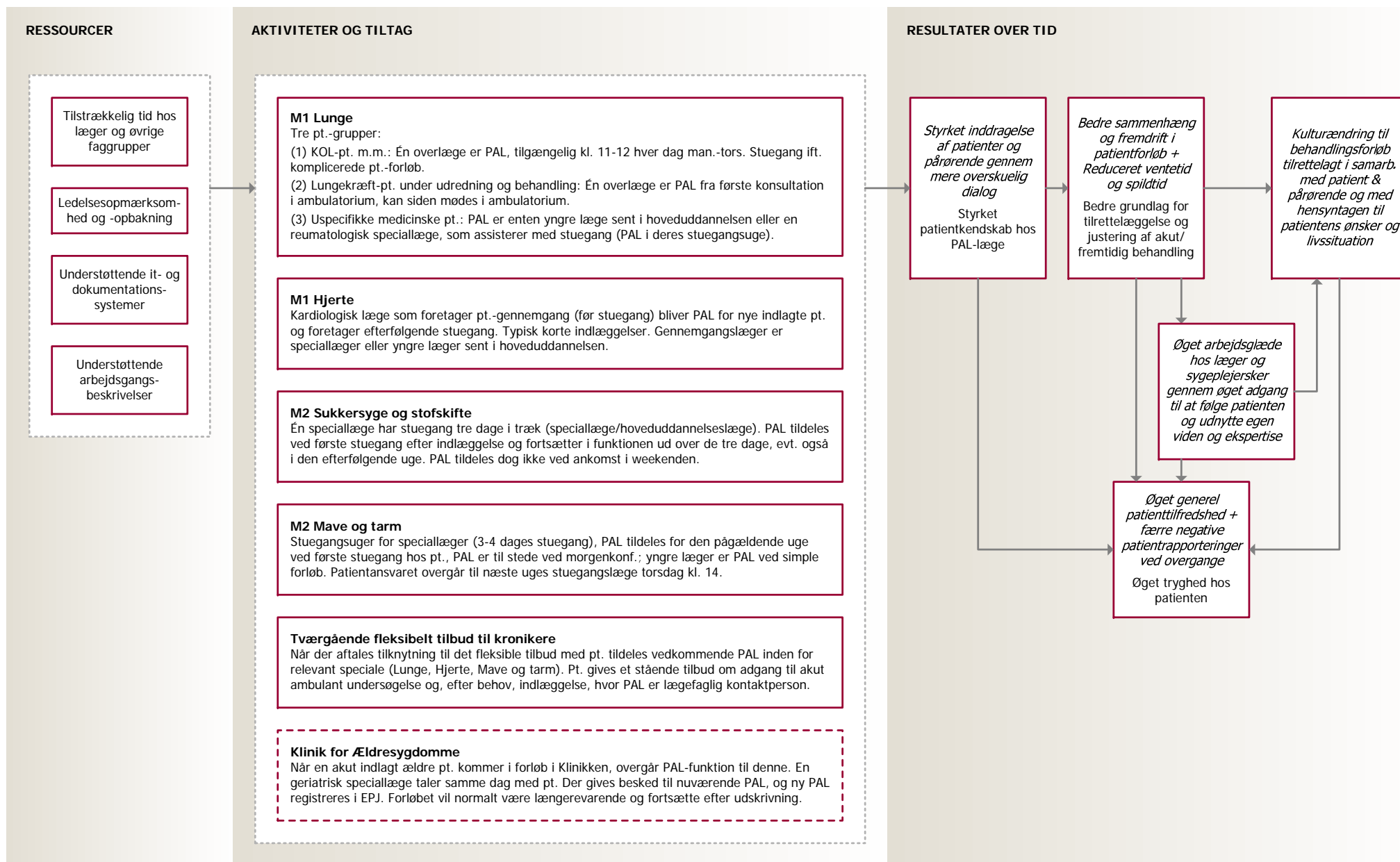
<b>Projektfokus</b>	I Diagnostisk Center har man valgt en model for patientansvarlig læge, hvor den nærmere tilrettelæggelse af arbejdet sker på teamniveau. Der er med andre ord flere forskellige udmøntninger af patientansvarlig læge i centrets fire team. Det gælder fx tildeling af patientansvarlig læge, patientens adgang til den patientansvarlige læge og den nærmere beskrivelse af PAL-opgaverne (stuegang m.m.). De respektive modeller er beskrevet uddybende i den logiske model (se figuren nedenfor).
<b>Omfang</b>	Pilotafrøvningen af patientansvarlig læge omfatter specialerne i de to deltagende medicinske afdelinger (Lunge og Hjerte i M1 henholdsvis Mave/Tarm og Sukkersyge/Stofskiftesygdomme i M2) samt det tværgående, fleksible tilbud til kronikere (akut ambulant behandling eller evt. indlæggelse). I praksis har centrets Klinik for Ældresygdomme også indgået i arbejdet med patientansvarlig læge.
<b>Patientgrupper</b>	I og med at pilotprojektet er forankret som ovenfor beskrevet, omfattes et bredt udsnit af patienterne i Diagnostisk Center af pilotafrøvningen, men hovedvægten er på de indlagte patienter.
<b>Formål</b>	I betragtning af Diagnostisk Centers differentierede tilgang til arbejdet med patientansvarlig læge kan der ikke gives én fuldt ud dækkende be-

	<p>skrivelse af pilotprojektdeltagernes syn på og vægtning af projektets primære målsætninger.</p> <p>Den interviewede overlæge med en projektlederrolle peger dog på, at pilotprojektet for det første har særlig vægt på at styrke sammenhængen i patientforløbene, hvor forkerte "afstikkere" så vidt muligt undgås. For det andet er en nøglemålsætning styrket inddragelse af patienter og pårørende, herunder ikke mindst opbygning af et forhold og en relation, som i en kvalitativ forstand understøtter patientinddragelse i behandlingsforløbet. Med dette menes en kontakt, som går ud over den formelle tilknytning af et bestemt læge, uddeling af kontaktkort osv. Interviewpersonen ser det således, at det nationale rammepapir giver projektdeltagerne en åbning, som skal udfyldes nærmere, og det er på ovennævnte områder, man har en særlig opmærksomhed i centret.</p> <p>Den ledende overlæge lægger vægt på, at projektet har særligt fokus på en mindre gruppe af patienter med komplekse og længerevarende behandlings- og eventuelt indlæggelsesforløb.</p>
<b>Tidsplan</b>	<p>Implementeringen af patientansvarlig læge startede i forbindelse med en sparerunde i foråret 2015, og den er således fra starten blevet set i et ressourceoptimeringsperspektiv. Afprøvningen blev besluttet i sammenhæng med, at det nationale rammepapir blev offentliggjort. I den første fase var intentionen at implementere én fælles model for patientansvarlig læge på tværs af de deltagende team og specialer. Der viste sig dog en del udfordringer i forbindelse med udmøntningen af en fælles model. I foråret 2016 blev det derfor i forlængelse af en reorganisering på centerniveau besluttet at bemyndige de enkelte team til at tilrettelægge deres egen model for patientansvarlig læge i forbindelse med en relancering af implementeringsarbejdet.</p> <p>I og med at Diagnostisk Center er endt med at arbejde med flere forskellige teamspecifikke modeller, kan der ikke sættes én bestemt dato på, hvornår princippet om patientansvarlig læge forventes at være fuldt implementeret. Sygdomsspecialerne har defineret deres respektive modeller og arbejder aktuelt med dem.</p>
<b>Ledelse</b>	<p>Drivkræfterne i afprøvningsforløbets første fase var centerledelsen og medarbejdere med særligt ansvar for innovation (Diagnostisk Center blev i efteråret 2013 udnævnt til Region Midtjyllands universitetsklinik for innovative patientforløb). Som beskrevet ovenfor er det primære ledelsesmæssige ansvar for afprøvningen fra foråret 2016 overgået til en decentral forankring hos teamenes funktionsledere (sygeplejersker og overlæge). I en periode var der en vis opfølgning på implementeringsarbejdet fra centerledelsen, men projektgruppen vurderer, at denne siden er blevet nedtonet til fordel for en decentral projektledelse.</p>
<b>Organisering</b>	<p>Diagnostisk Center har i flere år haft en tværfaglig teamopbygning på specialeniveau (Lunge, Hjerte osv.), som også fungerer som afsæt for implementering af patientansvarlig læge.</p> <p>Den primære PAL-projektgruppe i Diagnostisk Center består af to overlæger, én fra hver af de to medicinske afdelinger. Disse to læger har bl.a. deltaget i Kon-Tiki-kursusforløbet med fokus på patientansvarlig læge (se appendiks A). Projektgruppen har dog samtidig haft fokus på at involvere afdelingssygeplejerskerne.</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>I kraft af den decentralt tilrettelagte PAL-model arbejdes der med forskellige modeller for tildeling af patientansvarlig læge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M1 Lunge:</b> To navngivne overlæger er altid patientansvarlig læge ift. hver deres specifikke patientgruppe. Ift. uspecifikke medicinske pt. er patientansvarlig læge enten en yngre læge i slutningen</li> </ul>

	<p>af hoveduddannelsen eller en reumatologisk speciallæge som fast assisterer med stuegang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M1 Hjerte:</b> Den kardiologiske læge som foretager patientgennemgang (før stuegang) bliver patientansvarlig læge for alle ny-indlagte patienter. Gennemgangslæge er speciallæge eller en yngre læge i slutningen af hoveduddannelsen.</li> <li>• <b>M2 Sukkersyge og stofskifte:</b> En læge har stuegang hos patienten tre dage i træk (speciallæge/yngre læge i slutningen af hoveduddannelsen). Patientansvarlig læge tildeles ved første stuegang efter indlæggelse og fortsætter i funktionen ud over de tre dage. Resten af ugen som supervisor for en yngre læge. Patientansvaret stafetoverleveres efter behov (hvis patienten ikke udskrives) til stuegangslægen for den efterfølgende uge.</li> <li>• <b>M2 Mave og tarm:</b> Stuegangsuger for speciallæger (3-4 dage med stuegang), patientansvarlig læge tildeles for den pågældende uge ved første stuegang hos pt. (yngre læger er patientansvarlig læge ved simple forløb). Torsdag kl. 14 overgår patientansvaret til den efterfølgende uges stuegangslæge.</li> <li>• <b>Klinik for Ældresygdomme:</b> Når en akut indlagt ældre patient kommer i forløb i Klinikken, overgår funktionen som patientansvarlig læge til denne. En geriatrisk speciallæge taler samme dag med patienten; der gives besked til den nuværende patientansvarlige læge. Ny patientansvarlig læge registreres derefter i EPJ.</li> <li>• <b>Tværgående fleksibelt tilbud til kronikere:</b> Patienten tildeles patientansvarlig læge inden for det relevante speciale (Lunge, Hjerte, Mave og tarm), når der aftales tilknytning til det fleksible tilbud.</li> </ul> <p>Som udgangspunkt registreres og opdateres tildeling af patientansvarlig læge i EPJ og på Klinisk Logistik-tavler. Der følges generelt op på, om tildeling af patientansvarlig læge for den enkelte patient er på plads i forbindelse med lægefaglige teamkonferencer tre dage om ugen.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>Diagnostic Centers decentralt tilrettelagte model for patientansvarlig læge sætter forskellige rammer for de patientansvarlige lægers opgaver og møde med patienterne på specialniveau. Disse forskelle er i hovedtræk beskrevet i den logiske model, men da der indtil videre ikke er udarbejdet detaljerede beskrivelser af en patientansvarlig læges opgaver og funktioner for de enkelte team, er det ikke muligt at udfolde dette nærmere i denne sammenhæng.</p>
<b>Kontakt til PAL</b>	<p>Det forhold, at tilrettelæggelsen af PAL-modellerne på teamniveau ikke er beskrevet nærmere, sætter ligeledes grænser for dette afsnit. Nedenfor gives dog en overordnet præsentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M1 Lunge:</b> KOL-patienter m.m.: Patientansvarlig læge er tilgængelig kl. 11-12 hver dag man.-tors., desuden stuegang i forhold til komplicerede patientforløb. Lungekræftpatienter under udredning og behandling: Patientansvarlig læge kan mødes i ambulatorium. Uspecifikke medicinske patienter: I forbindelse med stuegang.</li> <li>• <b>M1 Hjerte:</b> I forbindelse med stuegang.</li> <li>• <b>M2 Sukkersyge og stofskifte:</b> I forbindelse med stuegang (og i ambulatorium på dage, hvor patientansvarlig læge ikke har stuegang).</li> <li>• <b>M2 Mave og tarm:</b> I forbindelse med stuegang.</li> <li>• <b>Klinik for Ældresygdomme:</b> Klinikens læger går kontinuerligt stuegang hos de indlagte geriatriske patienter, man tager PAL-</li> </ul>

	<p>rollen i forhold til, og man opretholder også den lægelige kontakt til den enkelte patient efter udskrivning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tværgående fleksibelt tilbud til kronikere:</b> Patienter har stående tilbud om adgang til akut ambulant undersøgelse og evt. indlæggelse, hvor patientansvarlig læge er lægefaglig kontaktperson.</li> </ul>
<b>Pårørendekontakt</b>	Involvering af og samarbejde med pårørende opfattes generelt som betydningsfuldt for gode patientforløb i centret, men projektgruppen vurderer ikke, at denne dimension foreløbig har fået en central placering i udmøntningen af princippet om patientansvarlig læge i de dele af Diagnostisk Center, som deltager i pilotprojektet.
<b>Eksterne snitflader</b>	Patientansvarlig læge i Diagnostisk Center indebærer konkrete tiltag til håndtering af interne overgange. Fx bevarer lungekræftpatienter i M1 Lunge deres tilknytning til patientansvarlig læge, når de overgår fra udredning og behandling til palliativ indsats, og dermed som udgangspunkt skulle tilknyttes en ny speciallæge. Tilsvarende er der, som beskrevet ovenfor, en procedure for patientens overgang til Klinik for Ældresygdomme.
<b>Kvalitetsafvigelser</b>	Man kan se beslutningen om at implementere princippet om patientansvarlig læge i forskellige versioner som et forsøg på at tage højde for de forskellige betingelser for behandlingsarbejdet på specialniveau.
<b>Erfaringsopsamling</b>	I pagt med den valgte decentrale PAL-model i Diagnostisk Center findes der aktuelt ikke en fælles ramme for erfaringsopsamling, monitorering m.m. Projektgruppen har ikke fuldt overblik over situationen på speciale-niveauet, men indtrykket er ikke, at der er etableret denne type fora eller datagrundlag heller på dette niveau.
<b>Kontaktpersoner</b>	<p>Ledende overlæge Ulrich Fredberg, ulrifred@rm.dk, 78 41 78 00</p> <p>Overlæge Torben Legaard, torblega@rm.dk, 78 41 78 32</p>

Den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Diagnostisk Center er visualiseret i figuren nedenfor. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
**Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg**

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
Rød boks med punkteret kant = PAL-aktiviteter uden for selve pilotprojektet  
PAL = Patientansvarlig læge  
Pt. = Patient



## Implementeringserfaringer

I det følgende tegnes et billede af en implementeringsproces, som trods en meget decentral og fleksibel tilgang har været præget af en del forbehold og modstand, og som derfor heller ikke er kommet i mål endnu. Især får man indtryk af, at det har været vanskeligt at skabe bredt engagement og medejerskab i medarbejdergruppen, herunder især blandt lægerne.

### *Implementeringsproces*

Implementeringsprocessen i Diagnostisk Center tog afsæt i en ledelsesbeslutning om at reagere hurtigt på intentionerne i det nationale rammepapir fra marts 2015. Denne beslutning blev således meldt ud i organisationen via forskellige fora. Den ledende overlæge lægger dog ikke skjul på, at afdelingsledelsen i den første fase undervurderede de udfordringer, der kunne knytte sig til implementeringen. Der viste sig en del modstand, og implementeringsarbejdet bevægede sig forholdsvis langsomt.

Da pilotafprøvningen i resten af Region Midtjylland tog fart i begyndelsen af 2016, så afdelingsledelsen derfor en mulighed for at relancere processen. Belært af erfaringerne fra den første fase – hvor udgangspunktet var, at der skulle implementeres én fælles model for patientansvarlig læge – blev oplægget i stedet, at hvert af centrets fire team fik ansvar for (og råderum til) udvikle deres egen model for patientansvarlig læge, som passer til teamets præferencer, patientprofiler, behandlingsforløb osv. Som garanter for den tværgående afstemning og erfaringsudveksling blev der udpeget en projektgruppe med deltagelse af en overlæge fra hver af de to afdelinger og med støtte fra en AC-fuldmægtig. Generelt har der dog ikke været tale om omfattende selvstændige implementeringsaktiviteter på tværs af eller inden for teamene.

Interviewmaterialet tegner et tvetydigt billede af selve implementeringsprocessen. Flere af overlægerne ser på den ene side grundlæggende positivt på den "slanke", decentrale implementeringstilgang og fremhæver i den forbindelse, at kommunikationen fra den ledende overlæge ved relanceringen har været prisværdigt klar og tydelig, og på at de, som læger, har oplevet en passende, tidlig inddragelse i tilrettelæggelsen af processen.

På den anden side er det generelt kendetegnende for de øvrige interview, at forløbet er blevet oplevet som vanskeligt og udfordrende. Den ledende overlæge vurderer selv, at man med fordel kunne have gjort mere for at sikre det tværfaglige engagement i og medejerskab til patientansvarlig læge. Især sygeplejerskernes rolle ville han, set i bakspejlet, gerne have sat mere fokus på. I det tværfaglige fokusgruppeinterview var dette også et tema. Deltagerne – to overlæger, en afdelingssygeplejerske og en afdelingssekretær – var enige om, at det er en svaghed i implementeringen af patientansvarlig læge, at den tværfaglige dimension ikke er kommet til at stå stærkere. En af deltagerne oplever fx, at der er sket en vis "politisering" af processen – måske drevet af de øvrige faggruppers oplevelse af, at patientansvarlig læge (som beskrevet i bl.a. det nationale rammepapir) er et "lægenes projekt".

Et gennemgående tema i en del af interviewene med både læger, sygeplejersker og sekretærer er, at det havde været fremmende, hvis der var blevet gjort mere ud af at skabe en fælles forståelse af formål, mening og ansvar i processen gennem tværfaglig dialog og inddragelse. Flere ser således en forbindelse mellem en utydelig oplevelse af formålet og et utilstrækkeligt engagement i rent praktisk at virkeliggøre princippet. Med en afdelingssygeplejerskes ord:

*"Det er det, der nogen gange er svært i sådan en pilotfase. Man skal jo have folk med, ikke? ... den enkelte skal jo kende formålet med det her. ... Vi har haft møder, og vi har snakket om det ... men den store udfordring har været at få den enkelte til at tage ansvar og få det gjort."*

En af overlægerne vurderer i den forbindelse, at projektgruppens sammensætning kunne have været mere formålstjenlig. Han peger i den forbindelse på vigtigheden af tværfaglig repræsentation og inddragelse af fagpersoner med organisatorisk gennemslagskraft.

På et mere konkret niveau peger flere interviewpersoner da også på, at der i praksis har været løbende tvivl om – og diskussion af – hvilke fagpersoner skal tage hånd om hvilke opgaver – hvem står fx for registrering og opdatering af oplysninger om, hvem den patient-ansvarlige læge er?

### ***Ledelse og organisation***

Den organisatoriske forankring af patientansvarlig læge er sket i med udgangspunkt i den eksisterende teamstruktur, hvor hver af centrets to afdelinger er opdelt i to specialespecifikke team. Der har således ikke været tale om væsentlige organisatoriske ændringer i forbindelse med pilotprojektet. Ledelsesmæssigt var afsættet for relanceringen af patientansvarlig læge, som beskrevet, en ledelsesbeslutning og -melding efterfulgt af en overvejende decentral videre proces, hvor funktionslederne i de enkelte team har haft projektledelsen.

Generelt er billedet i interviewene, at den ledelsesmæssige grundholdning til implementeringsopgaven bliver oplevet som tydelig og afstemt af de tværfaglige informanter. Realisering af patientansvarlig læge ses i særdeleshed som højt prioriteret fra afdelingsledelsens side. Tilsvarende vurderer en række interviewpersoner, at der er bred kollegial enighed om og opbakning til det *overordnede* princip om et tydeligt patientansvar, inden for og mellem faggrupperne.

Lige så markant er det dog også, at mange interviewpersoner oplever betydelige udfordringer i forhold til at omsætte grundtanken til organisatorisk virkelighed for så vidt angår de indlagte patienter. Der peges på flere forskellige årsager. Flere læger giver for det første udtryk for, at patientansvarlig læge i deres øjne kun giver mening i forhold til de længerevarende behandlingsforløb. Mere generelt sætter en læge spørgsmålstejn ved, om stuegang hos egne patienter ud over de tre afsatte stuegangsdage giver nok værdi for den indlagte patient til at berettigede tab af ambulatorietid og -kontinuitet. For det andet er der både læger og sygeplejersker, som ser en barriere i, at bestemte læger forholder sig fodslæbende til dette initiativ – og i øvrigt generelt til faglige og organisatoriske forandringsprocesser. Sluttelig oplever enkelte interviewpersoner, at ledelsessynet på implementering af patientansvarlig læge er for "rosenrødt" set i forhold til rammebetingelser og eksisterende arbejdstilrettelæggelse. Generelt underbygger interviewene, at der er betydelig skepsis i medarbejdergruppen – omend med varierende begrundelser. En overlæge formulerer det således:

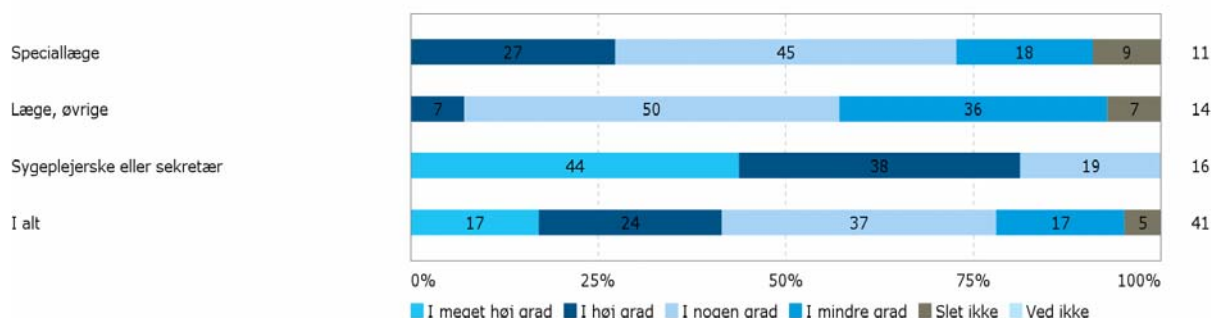
*"Jeg tror, at de fleste mener, at det er fjollet og populistisk politisk tiltag. Jeg tror, at alle læger ønsker at gøre det bedst mulige for patienten, og det har de altid gjort. Jeg tror ikke, at de føler, at det bliver bedre ved at indføre 'patientansvarlig læge'."*

I forbindelse med enkelte interview – herunder bl.a. fokusgruppeinterviewet – var interviewpersonerne inde på, at der i praksis er forskel på, hvordan patientansvarlig læge er blevet udfoldet i teamene. Forskellene forbindes med samarbejdskulturen i det enkelte team såvel som med karakteren af patientforløbene og speciallægetilstedeværelsen. Hjerteteamet vurderer fx selv at have mulighed for en høj grad af kontinuitet i lægekontakten til patienterne. Den ledende overlæge vurderer dog, at det samlet set ikke er lykkedes at opnå den ønskelige tværfaglige teamforankring af patientansvarlig læge – især fordi sygeplejerskerne ikke har taget tanken til sig endnu.

Besvarelser fra evalueringens survey blandt primært læger og sygeplejersker kan kaste interessant lys på overstående. I figur 1 nedenfor præsenteres forskellige faggruppers angivelse

af, i hvilken grad de ser indførelsen af patientansvarlig læge i Diagnostisk Center som en fornuftig prioritering.

**Figur 1: "Mener du, det er en fornuftig prioritering at indføre 'patientansvarlig læge' i Diagnostisk Center?"**



Set på tværs af grupperne er der stor spredning – fx svarer 17 % "i meget høj grad", mens 22 % vælger "i mindre grad" eller "slet ikke". Dette billede dækker dog over, at sygeplejerskerne ser markant mere positivt på initiativet end speciallægerne og især de øvrige læger. 82 % af sygeplejerskerne vælger således de to mest positive svarmuligheder. Den tilsvarende andel er 7 % blandt ikke-speciallægerne, som derimod benytter de to mest negative svarmuligheder i 43 % af tilfældene. Blandt sygeplejerskerne kommer disse kategorier slet ikke i brug.<sup>5</sup> Survey- og interviewdata må derfor samlet siges at underbygge, at en overvejende skeptisk holdning til patientansvarlig læge primært findes i lægegruppen, herunder i særdeleshed blandt yngre læger.

### Arbejdsgange

På arbejdsgangsniveau har implementeringen af patientansvarlig læge i centret primært indebåret tiltag på tre punkter: Tildeling af patientansvarlig læge og evt. overdragelse af patientansvaret; registrering af tildelingen og information til patienten; samt organisering af stuegangen, så det i højere grad bliver muligt for de patientansvarlige læger at tilse egne patienter.

Interviewmaterialet indikerer generelt, at der stadig er visse udfordringer på flere af disse punkter. De forskellige modeller for *tilknytningen* af en patientansvarlig læge til den enkelte patient synes at fungere uden væsentlige knaster, men flere interviewpersoner – især sygeplejersker og sekretærer – peger på udfordringer i forhold til både registrering af og information om tilknytningen. Både sygeplejersker, læger og sekretærer nævner således, at der stadig er tvivl om arbejdsgange og ansvar i forbindelse med registrering og opdatering af PAL-tilknytningen. Flere af lægerne argumenterer i den forbindelse for, at registreringsarbejdet bør være en opgave for plejepersonalet og/eller sekretærene. En afdelingssygeplejerske udtrykker det sådan, at disse opgaver aktuelt "skubbes rundt" mellem de tre faggrupper.

Både i et sygeplejerske- og et sekretærinterview bliver det tilsvarende nævnt, at lægerne ikke altid husker at få sig skrevet på kontaktkortene eller at præsentere sig for patienten.

Hvad angår omstillingen af stuegangen, har interviewpersonerne ikke en afstemt vurdering af, i hvilket omfang de patientansvarlige speciallæger i praksis er aktive i stuegangen hos egne patienter. De interviewede overlæger giver overvejende udtryk for, at fx ordningen med tre stuegangsdage i træk i to af teamene fungerer godt og har gjort en forskel. Den ledende overlæge fremhæver i den sammenhæng, at der tidligt i pilotperioden var en over-

<sup>5</sup> Svarfordelingen skal fortolkes med det forbehold, at kun 41 af de 93 medarbejdere, som blev opfordret til at deltage, faktisk besvarede webspørgeskemaet (en svarandel på 44 %).

læge, som registrerede tidsforbruget til stuegang på enkeltstående dage henholdsvis flere dage i træk. Resultatet – at stuegang to dage i træk giver en tidsbesparelse på 10 %, mens fx en hel uge kan give en gevinst på 50 % – har været med til at "sælge" ændringen blandt lægerne, oplever den ledende overlæge. Hans synspunkt er generelt, at centret dermed har taget et vigtigt skridt mod målet.

Flere sygeplejersker har dog en anden vurdering af situationen. En afdelingssygeplejerske giver fx udtryk for, at det i praksis fortsat primært er yngre læger, som går stuegang på sengeafsnittene i hendes afdeling, mens overlægerne overvejende er at finde i ambulatorierne. Man bruger således stadig udtrykket "stuegangsgående læge" til at betegne de yngre læger, der går stuegang hos et større antal patienter uden hensyntagen til patientansvaret, fremgår det af interviewene. En af de interviewede sygeplejersker formulerer det således:

*"Det [patientansvarlig læge] påvirker os ikke som sygeplejersker. Jeg synes derudover ikke, at lægerne tager det så alvorligt. De når ikke at se eller tale med alle deres patienter. Jeg har ikke en fornemmelse af, at det er en vigtig sag for lægerne."*

Konkret fremhæver et par interviewpersoner desuden, at det er en svaghed i modellen for patientansvarlig læge, som Diagnostisk Center har udviklet den indtil videre, at der ikke er klar afstemning mellem ambulatorium og sengeafsnit – fx således at en ambulatoriepatient, der indlægges, kan regne med at bevare sin patientansvarlige læge under indlæggelsen. En overlæge pointerer i den forbindelse, at det er vanskeligt at få stuegang hos egne patienter til at gå op med et fuldt ambulatorieprogram, som arbejdstilrettelæggelsen er i dag.

Afrundingsvist skal det dog nævnes, at flere af de interviewede læger lægger vægt på, at kontinuiteten i stuegangen på egne patienter fortsat er et udviklingsområde, hvor der er opmærksomhed på de gode erfaringer. En overlæge fra Hjerte-teamet fremhæver fx, at teamets læger har gode erfaringer med en effektiv, "uformel" stuegang hos egne patienter, de møder på gangen. Det fremgår desuden, at der aktuelt i flere team er overvejelser om at afsætte en time i ambulatorieprogrammerne, således at de patientansvarlige læger efter behov kan følge op på de af deres egne patienter, som fortsat måtte være indlagt, ugen efter den pågældende læges stuegangsuge. Der er dog en del modstand mod dette forslag i lægegruppen, fremgår det.

### ***It-understøttelse***

Interviewpersonerne fordeler sig i to grupper, når det kommer til spørgsmålet om det it-mæssige grundlag for implementering af patientansvarlig læge. Adskillige læger ser manglerne i it-understøttelsen som et betydeligt problem. Der peges bl.a. på, at navigation og registrering er for besværlig; på at der mangler muligheder for at foretage udtræk af fx patientoversigter for den enkelte læge såvel som for teamene; og på at den manglende integration mellem EPJ og Klinisk Logistik-tavlerne udløser besvær og dobbeltarbejde.

Den ledende overlæge anerkender disse svagheder, men vurderer dog, at det mest handler om, at it-systemerne ikke er den ressource, de *kunne* være i processen – ikke om at de udgør en egentlig barriere. De interviewede sygeplejersker er generelt på linje med dette synspunkt. Sygeplejerskerne ser nogle af de samme begrænsninger som lægerne, men betragter generelt ikke disse som en væsentlig hæmsko. De essentielle overblik- og registreringsmuligheder findes, og omfanget af dobbeltarbejde er i praksis overskueligt. Bemærk i øvrigt, at de ovennævnte udfordringer adresseres helt eller delvist i forbindelse med det igangværende udviklingsarbejde i regionen (se appendiks B).

### ***Fysiske rammer m.m.***

Det er primært de interviewede læger, der forholder sig til spørgsmålet om de fysiske rammer for arbejdet med patientansvarlig læge. To temaer bliver bragt op i den forbindelse. For

det første er flere inde på, at Diagnostisk Center alt andet lige er begunstiget af Regionshospitalet Silkeborgs overskuelige og kompakte bygningsmasse – korte afstande mellem ambulatorium, sengeafsnit, undersøgelsesfaciliteter m.m. gør det mere realistisk at realisere tanken om fx målrettet stuegang hos egne patienter, end det formentlig er tilfældet andre steder. Herunder via "uformel" stuegang som beskrevet i afsnittet om arbejdsgange ovenfor. Desuagtet er der dog flere læger, som oplever, at netop disse skift af regi i løbet af en dag kan være logistisk besværlige.

For det andet fremhæver et par af interviewpersonerne, at der er andre potentielle flaskehalser knyttet til de fysiske rammebetingelser – der tænkes på lokaler og diverse udstyr. Ifølge flere interviewpersoner forholder det sig konkret sådan, at stuegang i centret er nødt til at være spredt henover den første del af dagen af den simple grund, at den typiske stue på sengeafsnittene såvel som udstyrsbeholdningen (diktafoner, bærbare computere osv.) gør det umuligt at afvikle stuegang efter princippet om patientansvarlig læge på et bestemt, skemalagt tidspunkt.

### ***Eksterne snitflader***

En række af lægeinterviewene tematiserer spørgsmålet om snitflader til behandlingsindsatser og -forløb i andre regi. På den ene side betoner interviewpersonerne generelt, at denne problemstilling foreløbig ikke har været i fokus i forbindelse med pilotprojektet – og at den i det hele taget har beskedent omfang, hvad angår Diagnostisk Centers patienter. Én læge fremhæver, at man på Regionshospitalet Silkeborg ikke arbejder så skarpt specialeopdelt som på andre hospitaler. Det letter adgangen til at konferere på tværs i de tilfælde, hvor dette er påkrævet. Flere andre læger vurderer supplerende, at omfanget af patienter med behandlingsforløb i andre hospitalsregi er beskedent. Under alle omstændigheder fastslår bl.a. den ledende overlæge, at man indtil videre primært ser den patientansvarlige læges rolle ved fx patientens skift til en ny afdeling som afgrænset til at sikre en god overlevering.

På den anden side anerkender flere af lægerne, at der er visse undtagelser fra dette billede. Eksempelvis nævner en overlæge de situationer, hvor det på forhånd vides, at den pågældende patient skal tilbage til Diagnostisk Center. Her vurderer hun, at den patientansvarlige læge i Diagnostisk Center vil sikre kontakt til og relevante aftaler med den anden afdeling. Som et andet eksempel nævnes patienter i kræftforløb, men her har patientens kræftafdeling normalt altid tovholderfunktionen, så den patientansvarlige læge i Diagnostisk Center primært har en orienterings- og overleveringsopgave ved endt behandling i centret. Ud over disse generelle undtagelser vedgår en af interviewpersonerne, at der i sjældne tilfælde kan være særlige, helt patientspecifikke forhold, som nødvendiggør en udvidet opfølgning på parallelle behandlingsindsatser. Dette ser hun dog som et spørgsmål om dømmekraft – ikke som noget, der på nogen måde kan sættes på formel.

Afslutningsvis skal det nævnes, at flere interviewpersoner forudser udfordringer knyttet til netop de eksterne snitflader for den patientansvarlige læges arbejde, når en stor del af landets hospitalsafdelinger i den kommende tid implementerer patientansvarlig læge. De pågældende læger oplever ikke at have noget svar på disse udfordringer ud fra de hidtidige erfaringer. En enkelt lægger dog vægt på vigtigheden af fremover at fastholde eller måske ligefrem styrke den gennemgående patientansvarlighed hos patientens praktiserende læge.

### ***Ressourceforbrug***

Der er ganske forskelligartede vurderinger i interviewene af den ressourcemæssige betydning af patientansvarlig læge. Den ledende overlæge henviser i første række til den tidligere omtalte opgørelse foretaget af en overlæge i centret, som underbygger, at der ses en systematisk tidsbesparelse ved stuegang flere dage i træk. I det lys forventer den ledende overlæge, at der over tid samlet set vil blive frigjort ressourcer, når det ekstraordinære ressour-

cetræk i forbindelse med selve implementeringen klinger ud. Især én af de øvrige overlæger tilslutter sig vurderingen af, at der har vist sig en tidsgevinst i forbindelse med omlægningen af stuegangen.

En række af de øvrige interviewpersoner anlægger dog et anderledes perspektiv på problemstillingen, idet de primært fremhæver, hvad de oplever som en forøget belastning på de seniorer læger. De yngre læger trækkes derimod ud af nogle opgaver, de tidligere har haft, lyder vurderingen. En afdelingssygeplejerske ser dette som et fornuftigt udtryk for, at specialkompetencer sættes bedre i spil, mens overlægerne typisk har en mere forbeholden vurdering. Én læge ser fx en risiko for, at de yngre lægers uddannelsesforløb forringes; en anden oplever, at arbejdsdagen er blevet mere presset, endog stressende. Sluttelig skal det dog tilføjes, at en af de interviewede overlæger vurderer, at ressourcetrækket reelt er uændret. Hun henviser til, at hendes team arbejder meget bevidst med at målrette patientansvarlig læge til de længerevarende forløb – og at deres praksis reelt er stort set uændret sammenlignet med før pilotprojektet.

## Foreløbig vurdering af målopfyldelsen

Vi kan i dette afsnit trække på interview med og spørgeskemabesvarelser fra ledende overlæge og tværfaglige medarbejdere samt interview med otte patienter. Materialet muliggør en foreløbig vurdering af projektets målopfyldelse.

### *Patientperspektivet*

De otte patientinterview tegner samlet set et særdeles positivt billede af behandlingsforløbene i Diagnostisk Center.<sup>6</sup> Fem af patienterne vurderer således deres respektive forløb positivt på alle de parametre, som belyses i interviewene. De oplever bl.a. personkontinuitet i lægekontakten, høj grad af overensstemmelse i informationen fra de sundhedsprofessionelle, god adgang til at stille spørgsmål, en høj grad af inddragelse med respekt for deres ønsker og behov samt god sammenhæng i forløbet som helhed.

Alle de fem nævnte patienter giver klart udtryk for at deres behandlingsforløb svarer til det, de vil forvente af en afdeling, som arbejder med patientansvarlig læge. På det direkte spørgsmål om, hvorvidt forløbet indtil videre har svaret til det, han forbinder med patientansvarlig læge, svarer en patienterne eksempelvis:

*"Ja, det vil jeg nok mene, det gør, uden at jeg ved helt, hvad man mener med patientansvarlig. Det vil jeg mene."*

Som citatet illustrerer, har enkelte patienter umiddelbart vanskeligt ved at sætte ord på, hvad de forbinder med begrebet "patientansvarlig læge". Efter at have fået nogle forklarende stikord svarer syv ud af otte patienter dog bekræftende på, at deres oplevelser svarer til intentionerne med patientansvarlig læge. Den ottende patient var blevet overført fra Regionshospitalet Viborg for nyligt, og oplevede ikke at have forudsætninger for at besvare spørgsmålet endnu.

Det hører med til billedet, at tre af patienterne har haft en oplevelse af at være blevet tilset af en del forskellige læger og øvrige sundhedsprofessionelle. Én patient beskriver fx sin oplevelse på dette punkt med disse ord:

*"Det er nok, som det plejer. For ti år siden var jeg indlagt med nyresten, og der var det en ny hver gang. ... Det var nemmere, hvis det var den samme; hvis det var den, der først præsenterede sig, som skulle føre én igennem forløbet. Men det er nok ikke realistisk."*

---

<sup>6</sup> Syv af patienterne var indlagt på interviewtidspunktet, én var mødt op til en ambulant konsultation.

En anden fortæller, at han har haft svært ved at skelne mellem de mange, han har mødt undervejs – han vælger således at bruge udtrykket "Københavns Hovedbanegård" til at beskrive sin oplevelse. Det er dog vigtigt at tilføje, at to ud af disse tre patienter giver udtryk for en klart positiv vurdering af behandlingsforløbet i øvrigt – og den tredje er den ovenfor omtalte patient, som var nyankommet til Diagnostisk Center, og som derfor endnu ikke synes, han havde forudsætninger for at give en vurdering.

### **Ledelses- og medarbejderperspektivet**

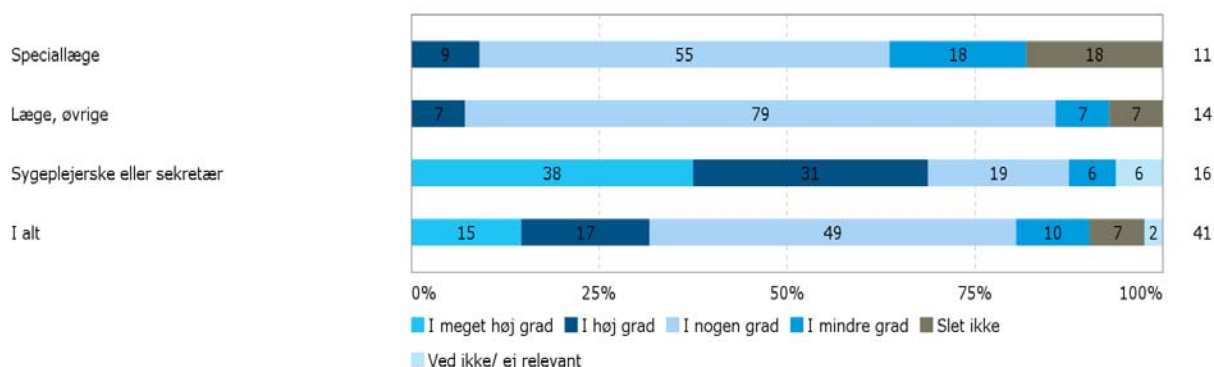
Lægeinterviewene tegner generelt et billede af, at pilotprojektet kun i beskedent omfang har gjort den ønskede mærkbare forskel for patienterne. I det omfang der er opnået en gevinst for konkrete patienter knytter denne sig, ifølge en række læger, primært til kommunikationen med og informationen til patienten. På dette punkt vurderes der samlet set at være sket en vis forbedring sammenlignet med tidligere. Lægerne pointerer dog i de fleste tilfælde, at dette hænger sammen med den høje kvalitet og ansvarlighed, der i deres øjne kendetegnede Diagnostisk Center i forvejen. En overlæge formulerer det fx således:

*"Vi gør, som vi altid har gjort, så de læger, der kender patienterne, går ind og fungerer som patientansvarlig læge ved de længere forløb. Vi synes selv, at vores hidtidige system har været velfungerende."*

Hvad angår den kommunikative del, nævner flere af lægerne, at der stadig er et potentiale for en yderligere strømlining af informationen til patienten om patientansvarlig læge, så alle får en god forståelse af princippet – ikke mindst i lyset af de store mængder information, der i øvrigt henvendes til patienter og pårørende. Også i interviewene med de øvrige faggrupper – sygeplejersker og sekretærer – ses det samme mønster som i de fleste af lægeinterviewene: Den største forskel, pilotprojektet har gjort handler om informationen til patienterne om det lægefaglige ansvar, som i visse tilfælde er blevet tydeligere, end den var før.

Svarfordelingen i figur 2 nedenfor illustrerer den lidt lunkne lægeholdning til projektets betydning for patienterne – i dette tilfælde for kontinuiteten i forløbene. En stor andel af lægerne benytter den midterste svarmulighed "i nogen grad", og blandt speciallægerne placerer over en tredjedel deres kryds i en af to mest negative kategorier. Omvendt fremgår det at sygeplejersker og sekretærer ser betydeligt mere positivt på sagen.

**Figur 2: "Hvad forventer du, at udbyttet vil være af "patientansvarlig læge" i Diagnostisk Center? – Bedre kontinuitet i patientforløbene"**



Det skal nævnes, at en enkelt af de interviewede overlæger skiller sig ud fra de øvrige interviewpersoner ved at give en mere substantielt positiv vurdering af projektets målopfyldelse i forhold til patienterne. Hun vurderer, at der er sket en styrkelse af personkontinuiteten i stuegangen i forbindelse med pilotprojektet, som, hun bl.a. forventer, vil give sig udtryk i et løft i Diagnostisk Centers i forvejen høje patienttilfredshed.

Hvad angår medarbejdernes vurdering af målopfyldelsen fra et organisatorisk synspunkt – bl.a. som mere hensigtsmæssige behandlingsforløb og større arbejdsglæde – fordeler interviewpersonerne sig groft sagt i to kategorier. På den ene side er der flere læger, som allerede nu ser mærkbare gevinster, eller som forventer at komme til at se dem fremover. På den anden side er der en gruppe informanter, som vurderer, at gevinsterne har været ubetydelige, og som heller ikke umiddelbart ser et stort potentiale videre frem.

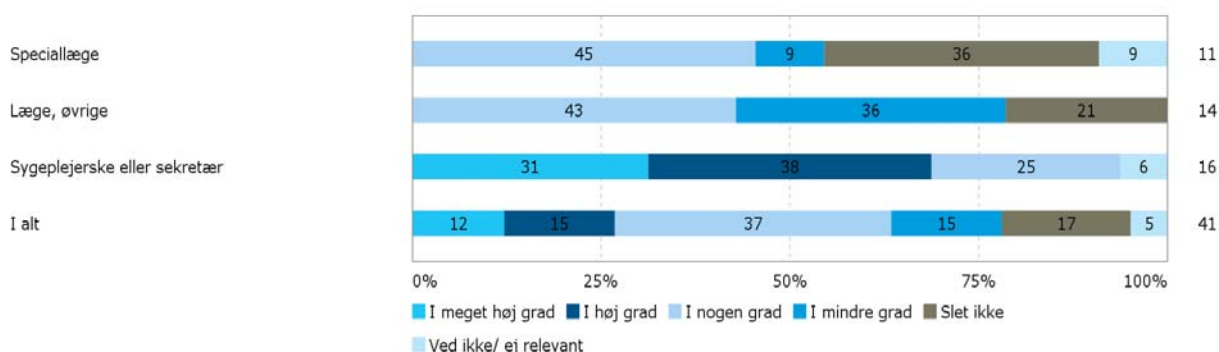
I den førstnævnte kategori finder man den ledende overlæge og et par af overlægerne, som alle især peger på den nye stuegangsmode med flere fortløbende dage, som en konkret kilde til en mere tilfredsstillende arbejdsdag såvel som bedre ressourceudnyttelse.<sup>7</sup> Alle understreger dog også, at der trods alt er tale om en *justering* – den basale ansvarlighed og kontinuitet i patientkontakten var høj, også før denne ændring blev foretaget. Yderligere én af lægerne ser snarere et potentiale videre frem. Han peger på, at forandringsprocesser af denne type uundgåeligt skaber dønninger og tager tid om at "falde til ro". Gevinsterne i form af øget arbejdsglæde vil især komme med tiden, vurderer han.

Der er ganske rigtigt også et antal interviewpersoner, som ikke kan få øje på de helt store organisatoriske gevinstmuligheder i forbindelse med pilotprojektet – allerede realiserede eller potentielle. En afdelingssekretær hæfter sig fx ved den betydelige modvilje mod ændringerne i forbindelse med patientansvarlig læge, som hun oplever blandt lægerne i det daglige. Flere af lægeinterviewene falder i tråd med dette indtryk ved at betone det, de oplever som de besværlige eller frustrerende aspekter ved centrets model for patientansvarlig læge. Med en af overlægernes 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 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."*

Figur 3 nedenfor underbygger, at den brede lægegruppe deler sig i en stor gruppe, der "i nogen grad" forventer øget lægelig arbejdstilfredshed, og en lige så stor eller lidt større gruppe, som svarer "i mindre grad" eller "slet ikke". Ingen benytter overhovedet de to mest positive kategorier. Det gør næsten 70 % blandt sygeplejersker og sekretærer, og mønstret med, at disse faggrupper ser markant mere positivt på patientansvarlig læge end lægerne, går igen i denne sammenhæng.

**Figur 3: "Hvad forventer du, at udbyttet vil være af "patientansvarlig læge" i Diagnostisk Center? – Øget arbejdstilfredshed hos læger"**



<sup>7</sup> Den ledende overlæge nævner, at ét konkret udtryk for dette er, at omfanget af overarbejde knyttet til stuegang er faldet i løbet af projektperioden.



## ***Opsamling***

De gennemførte patientinterview underbygger alt andet lige, at behandlingsforløbene i Diagnostisk Center faktisk ligger ganske tæt på intentionerne med patientansvarlig læge.

Enkelte interviewpersoner vurderer, at der er opnået en vis positiv effekt i form af patientudbytte og organisatoriske gevinster. Hovedparten af interview- og surveymaterialet lægger dog op til, at dette overvejende skal ses som udtryk for en veletableret arbejdstilrettelæggelse i centret, snarere end som et resultat af pilotprojektet. Evalueringsdata kan ikke afklare dette spørgsmål, men de afdækker i hvert fald, at en stor del af informanterne hælder til sidstnævnte fortolkning.

## **Datagrundlag**

Beskrivelsen af PAL-modellen i Diagnostisk Center er udarbejdet på baggrund af centrets projektbeskrivelse samt et gruppeinterview med tre overlæger og en AC-fuldmægtig. Beskrivelsen blev efterfølgende kvalificeret via telefoninterview med den projektansvarlige overlæge. De nævnte interview er gennemført i oktober 2016.

Implementeringserfaringer, foreløbig målopfyldelse m.m. er for det første belyst via individuelle telefoninterview med den ledende overlæge samt yderligere fem overlæger – tre fra den ene afdeling, to fra den anden. Der er desuden foretaget telefoninterview med en afdelingssygeplejerske, en sygeplejerske og en afdelingssekretær. Alle telefoninterview er gennemført i januar 2017. Som et supplement til disse interview er der for det andet foretaget et kort websurvey blandt 44 læger og 49 sygeplejersker og sekretærer (41 besvarelser). For det tredje er der gennemført otte personinterview med patienter, fire fra hver af centrets to sengeafdelinger, i forbindelse med to besøg på stedet i januar og februar 2017. Sluttelig er der foretaget et fokusgruppeinterview i marts 2017 med deltagelse af en afdelingssygeplejerske, en afdelingssekretær og to overlæger.

Den eneste ganganger på personniveau i alle de ovennævnte interview er den afdelingssekretær, som både har bidraget med et telefoninterview og deltagelse i fokusgruppeinterviewet. Interviewmaterialet omfatter således bidrag fra 17 tværfaglige ledelses- og medarbejderrepræsentanter.

## 7 BUC's Skolebørnsafsnit, Risskov

Skolebørnsafsnit C er en del af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Risskov under Aarhus Universitetshospital. Afsnittet varetager undersøgelse og behandling af børn mellem 7-13 år med børnepsykiatriske lidelser, herunder bl.a. børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser m.m. Afsnittet varetager udredning og behandling på såvel hovedfunktionsniveau som regions- og højt specialiseret niveau i form af observation, psykologisk undersøgelse, børnepsykiatrisk vurdering, anamneseoptagelse, børnepsykiatrisk lægeundersøgelse, tilbagemelding til børnene og familierne, afholdelse af netværksmøder samt skriftlig og mundtlig formidling til samarbejdspartnere. Desuden foretages der farmakologiske og terapeutiske behandlingsforløb.

Afsnittet består af et sengeafsnit med ni døgnpladser samt tre ambulante team. De ambulante team består af speciallæger, uddannelseslæger, psykologer, sygeplejersker, pædagoger, socialrådgiver samt sekretærer. Sengeafsnittet består af læger, psykologer, sygeplejersker og pædagoger samt en sekretær. Afsnittet har til stadighed studerende, både medicinstuderende, sygeplejestuderende, psykologpraktikanter og lægesekretærelever. I 2016 var volumen i ambulatoriet 603 henvisninger, 3.709 ambulante besøg og 2.751 forældresamtaler samt andre ydelser som hjemmebesøg, skolebesøg, netværksmøder, mail- og telefonkonsultationer m.v. Ambulatoriet har i skrivende stund 28 ansatte. Volumen i døgnafsnittet, som aktuelt har 21 ansatte, var 3.312 sengedage med 89 dages gennemsnitlig liggetid.

### Overordnede projekterfaringer

I BUC's Skolebørnsafsnit vurderede man ved projektstart i september 2016, at afsnittets arbejdstilrettelæggelse i forvejen lå tæt på grundtanken bag patientansvarlig læge i form af en høj grad af læge- og behandlerkontinuitet med afsæt i en tværfaglig teamorganisering. Pilotprojektet har derfor især sigtet på en skærpelse af eksisterende arbejdsgange og en tydeliggørelse af lægefunktionen over for patienterne og deres pårørende. Der har kun i beskedent omfang været tale om selvstændige implementeringsaktiviteter.

Til brug for evalueringen er der gennemført en spørgeskemabaseret baseline-undersøgelse blandt de pårørende i efteråret 2016. Resultaterne underbygger, at patientoplevelsen af kontakten til afsnittets læger og behandlere er altovervejende positiv. Opfølgningsundersøgelsen er fortsat under gennemførelse. Evalueringens interviewdata indikerer, at pilotprojektet har haft forholdsvis beskeden betydning for afsnittets behandlingsforløb. Blandt forbedringspotentialerne nævner de interviewede medarbejdere til gengæld skærpet opmærksomhed på skift af patientansvarlig læge ved overgangen mellem ambulant og stationært regi samt på samarbejdet med primær sundhedssektor.

### Indsatsbeskrivelse

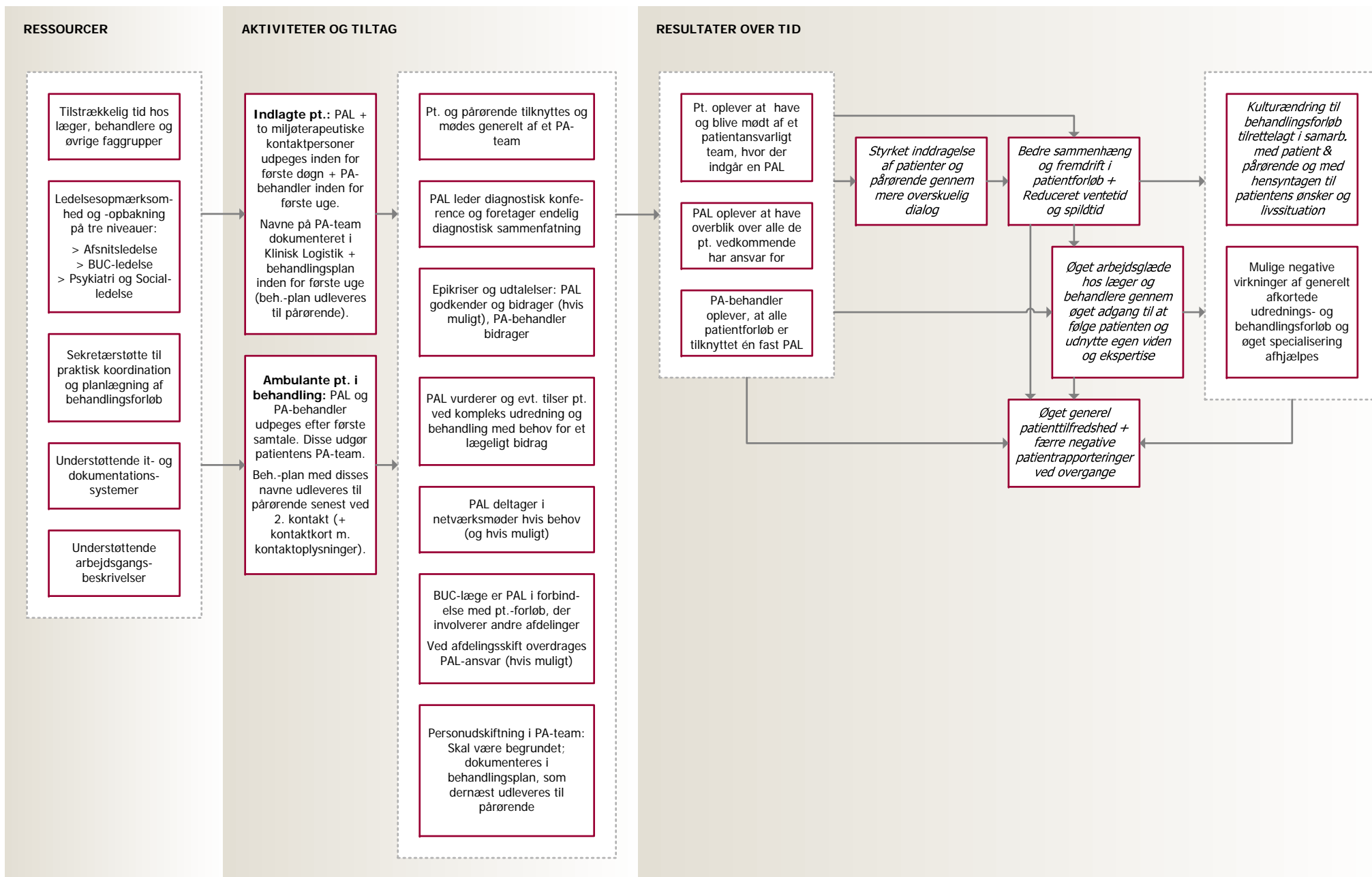
<b>Projektfokus</b>	<p>Skolebørnsafsnit C – og BUC mere generelt – har i en årrække arbejdet med tydeligt sagsansvar. Det nye i pilotprojektet består derfor i, at det tydeliggøres over for patienter og pårørende såvel som øvrige faggrupper, at der indgår en navngiven speciallæge i det patientansvarlige team. Samtidig indebærer afprøvningen, at man er mere opmærksom på kontinuiteten i hele det patientansvarlige team undervejs i patientforløbet.</p> <p>Konkret omfatter modellen for patientansvarligt team i skolebørnsafsnit C tre grundkomponenter. For det første er der opstillet procedurer for, hvordan og hvornår den enkelte patient tildeles et patientansvarligt team. Det patientansvarlige team består af en patientansvarlig behandler (en psykolog, læge, sygeplejerske, pædagog eller socialrådgiver) og en patientansvarlig speciallæge (PAL). For det andet specificeres PAL-funktionens og -ansvarets nærmere indhold, og det understreges, at patienter og</p>
---------------------	--

	pårørende generelt skal opleve at have et fast patientansvarligt team med en tydelig og hensigtsmæssig rollefordeling. For det tredje er det en del af modellen, at det specificeres, hvordan eventuelle ændringer i det tildelte patientansvarlige team kan finde sted.
<b>Omfang</b>	Pilotafrøvningen af patientansvarligt team i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center omfatter det alment børnepsykiatriske Skolebørnsafsnit C, som har patienter i aldersgruppen 7-13 år. Der er i alt fire afsnit i BUC Risskov, som arbejder med målgruppen under 14 år.
<b>Patientgrupper</b>	Patientansvarligt team afprøves i forhold til alle afsnittets patienter i behandling. Dvs. indlagte patienter samt alle ambulante patienter, der har haft den første afklarende samtale, som muliggør, at et udrednings- og behandlingsforløb kan igangsættes.
<b>Formål</b>	<p>Afsnittets særlige fokus i forbindelse med pilotafrøvningen er at understøtte følgende tre oplevede effekter af initiativet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patienten oplever at have og blive mødt af et patientansvarligt team, hvori der indgår en patientansvarlig læge</li> <li>2. Den patientansvarlige behandler oplever, at alle patientforløb er tilknyttet én fast patientansvarlig læge</li> <li>3. Den patientansvarlige læge oplever at have overblik over alle de patienter, vedkommende har lægefagligt ansvar for.</li> </ol> <p>Skolebørnsafsnit C arbejder generelt med fokus på de fem formål angivet i det nationale rammepapir. Den afsnitsledende overlæge betoner dog, at elementerne i og intentioner bag afsnittets PAL-model har været kendetegnende for arbejdet i afsnittet i en årrække, dvs. lang tid før pilotprojektet gik i gang. Vurderingen er derfor, at mange af de forventede gevinster allerede er indhøstet. Samtidig ser nøglepersonerne faktisk en risiko for, at opfyldelsen af den nationale målsætning om reduceret ventetid i patientforløbene kan blive presset. Dette hænger sammen med pilotprojektets styrkede betoning af, at det så vidt muligt er den patientansvarlige læge, som skal varetage bestemte lægefaglige funktioner (også i forbindelse med ferie, kurser osv.).</p>
<b>Tidsplan</b>	Pilotprojektet igangsættes 1. september 2016, hvor der også blev sat gang i en baseline-måling af patientoplevelsen af BUC's patient- og pårørendesamarbejde. Der kan ikke sættes en bestemt dato for fuld implementering af den nye model, da der løbende udvikles på de enkelte elementer. Den igangværende udviklingsrunde afsluttes med en opfølgingsmåling af patientperspektivet medio 2017.
<b>Ledelse</b>	Den afsnitsledende overlæge har i startfasen haft en afklarende dialog med såvel Psykiatri & Social-ledelsen i Viborg som med BUC's ledelse. Endvidere har hun fremlagt og drøftet projektet for overlægegruppen på et fælles møde. I forlængelse af disse drøftelser oplever hun selv at have fået et tydeligt og tilfredsstillende mandat fra alle disse parter. Den efterfølgende løbende ledelsesopgaver har således været tydeligt placeret hos den afsnitsledende overlæge, og hun har haft en aktiv rolle i udviklingen af projektet, i planlægning af evaluering m.m. Der har dog samtidig været adgang til, efter behov, at drøfte konkrete spørgsmål med de nævnte samarbejdspartnere.
<b>Organisering</b>	Der er blevet foretaget mindre organisatoriske og arbejdsangsmæssige justeringer som led i projektet. Det gælder bl.a. en opdatering af strukturen i patientlisten; en skærpelse af procedurerne for notering af oplysninger på samme; og en omstilling fra én tværgående medicinkonference for hele afsnittet til en model med teamspecifikke medicinkonferencer (hvorved det sikres, at lægen med ansvar for den enkelte patient kan deltage).

	Afsnittet har allerede forud for projektet haft teamorganiseret behandling, og projektet benyttes som anledning til at konsolidere teamorganiseringen. Den praktiske koordinering af det enkelte patientforløb efter tildeling af patientansvarligt team varetages af afsnittets sekretærer.
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Tildeling af patientansvarligt team sker med udgangspunkt i et overblik over ledig kapacitet til at se nye patienter i det enkelte team. Tildelingen registreres i EPJ. Der er tale om et alment afsnit, og afsnittets team er derfor fagligt bredt sammensat. Ved indlæggelse udpeges teamet (læge og behandler) umiddelbart efter indlæggelsen. Ved ambulante forløb sker tildelingen normalt efter første samtale.</p> <p>Hver enkelt patient kan i princippet tilknyttes ethvert af afsnittets team. PAL-funktionen varetages altid af en speciallæge. Bemærk, at der skal skelnes mellem afsnittets faste teamstruktur og "patientens team", som dannes ad hoc inden for det enkelte team. Sidstnævnte er mindre, hvad angår antal medarbejdere. Patienten informeres om tildeling af patientansvarlig behandler og patientansvarlig læge via udlevering af behandlingsplan til de pårørende ved den anden samtale på BUC.</p>
<b>Ansvar (PAL)</b>	<p>De centrale opgaver for den patientansvarlige læge omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At lede diagnostisk konference og foretage endelig diagnostisk sammenfatning</li> <li>• At varetage medicinkonferencer vedrørende børn i medikamentel behandling</li> <li>• At godkende og bidrage til epikriser og udtalelser (hvis muligt i forhold til ferie m.v.)</li> <li>• At vurdere og evt. tilse patienten ved kompleks udredning og behandling med behov for et lægeligt bidrag</li> <li>• At deltage i netværksmøder hvis behovet for speciallægedeltagelse er til stede (og hvis muligt i forhold til ferie m.v.)</li> <li>• At fungere som patientansvarlig læge i forbindelse med patientforløb, der involverer andre afdelinger</li> <li>• At sikre overdragelse af lægeligt patientansvar ved afdelingsskift, fratrædelse og lignende (hvis muligt).</li> </ul>
<b>Ansvar (PAL-team)</b>	<p>De centrale opgaver for teamets patientansvarlige behandler omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At være patientens kontaktperson ind i hospitalet</li> <li>• At varetage de udrednings- og behandlingsopgaver omkring patienten, der hører til behandlerens faglige kompetenceområder, herunder også tværfaglige opgaver som fx fremlæggelse på tværfaglig konference, udarbejdelse af epikriser og udtalelser samt tilbagemelding til familien vedrørende undersøgelsesresultater.</li> <li>• At sikre, at andre relevante fagpersoner inddrages ved behov</li> <li>• At holde overblik over patientens forløb fagligt og i forhold til fremdrift</li> <li>• At inddrage patientansvarlig læge, når der er behov for det</li> <li>• At sikre overdragelse til anden patientansvarlig behandler ved afdelingsskift, fratrædelse og lignende.</li> </ul>
<b>Stuegang</b>	Skolebørnsafsnit C anvender ikke stuegang. Der er i stedet dispositionskonference i sengeafsnittet en gang om ugen, hvor alle patienter og behandlingsforløb drøftes. Det patientansvarlige team inklusiv den patientansvarlige læge deltager i disse møder (med forbehold for ferie m.m.). Desuden afholdes der konferencer vedrørende det enkelte barn, hvor patientansvarlig læge oftest deltager sammen med det patientansvarlige team. Patientansvarlig læge deltager altid, når der stilles diagnoser eller træffes beslutninger vedrørende medikamentel behandling, udskrivningstidspunkt m.m.

<b>Kontakt til PAL</b>	Det ligger i karakteren af behandlingsforløbene i BUC, at patient og pårørende ikke nødvendigvis har tæt, direkte kontakt med den patientansvarlige læge, idet behandlingsarbejdet ofte ligger hos teamets patientansvarlige behandler. Pilotprojektet vægter dog at tydeliggøre over for patient og pårørende, at der altid er tilknyttet én patientansvarlig læge, som følger og understøtter teamets arbejde.
<b>Pårørendekontakt</b>	De pårørende involveres tæt i forløbet i betragtning af patienternes unge alder. De holdes bl.a. orienteret om ændringer i sammensætningen af det patientansvarlige team via udlevering af opdaterede behandlingsplaner.
<b>Eksterne snitflader</b>	<p>Der peges på tre væsentlige "BUC-interne" snitflader:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra ambulant til stationært regi i afsnit C (og det modsatte)</li> <li>• Mellem to afsnit i BUC Risskov med baggrund i alder (til et ungdomspsykiatrisk afsnit)</li> <li>• Ved overgang fra højt specialiseret regi i Risskov til videreført behandling efter færdigudredning i øvrige geografisk mere tilgængelige BUC-afsnit (Herning, Viborg) og omvendt.</li> </ul> <p>Håndtering af disse overgange sker efter et stafetprincip, og ligger enten direkte hos den aktuelle patientansvarlige læge i afsnit C eller hos den patientansvarlige behandler, som i givet fald konfererer med den aktuelle patientansvarlige læge.</p>
<b>Kvalitetsafvigelser</b>	<p>Både på grund af praktiske omstændigheder (ferie, konferencer, barsel osv.) og på grund af den betydelige mangel på børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger er det nødvendigt at tage forbehold over for visse af funktionerne som patientansvarlig læge (markeret med "hvis muligt" visse steder i figuren nedenfor). Der lægges dog vægt på, at disse afvigelser begrænses til de tilfælde, hvor hensynet at undgå unødigt ventetid for patienten eller uomgængelige praktiske forhold nødvendiggør dem.</p> <p>I forhold til overgange til andet regi udgør det en udfordring, at der aktuelt ikke arbejdes efter princippet om patientansvarlig læge i de øvrige BUC-afsnit, på andre hospitalsafdelinger (herunder somatiske afdelinger) eller i almen praksis.</p>
<b>Erfaringsopsamling</b>	De primære fora for generel erfaringsudveksling og -opsamling er personalemøder samt speciallægemøder. Forventningen er dog, at opsamlingen på projekterfaringerne især vil ske, i takt med at der kommer til at foreligge data og analyser fra projektets evalueringsdel, som i forhold til Skolebørnsafsnit C omfatter en spørgeskemabaseret før-efter-måling møntet på pårørende (på patienternes vegne) samt fokusgruppeinterview med medarbejdergrupper.
<b>Ressourcer</b>	Den afsnitsledende overlæge vurderer indtil videre projektet som ressourcedrænende, hvorimod der ikke er udsigt til en effektiviseringsgevinst. Gevinsterne ved projektet handler om en mulig kvalitetsgevinst, ikke om effektivisering. Omvendt pointerer hun, at en tilbagerulning af afsnittets veletablerede sags- og patientansvar formentlig ville indebære et mærkbart effektivitetstab.
<b>Kontaktpersoner</b>	Overlæge Merete Juul Sørensen, meresoer@rm.dk, 78 47 31 18 AC-fuldmægtig Dan Ravn Larsen, danrla@rm.dk, 21 52 95 94

Figuren på den følgende side visualiserer den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge og patientansvarligt team i Skolebørnsafsnit C. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig team (og patientansvarlig læge):

Skolebørnsafsnit C, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Risskov, Aarhus Universitetshospital

Kursiv = Formål opstillet i det nationale rammepapir

PAL = Patientansvarlig læge

Pt. = Patient

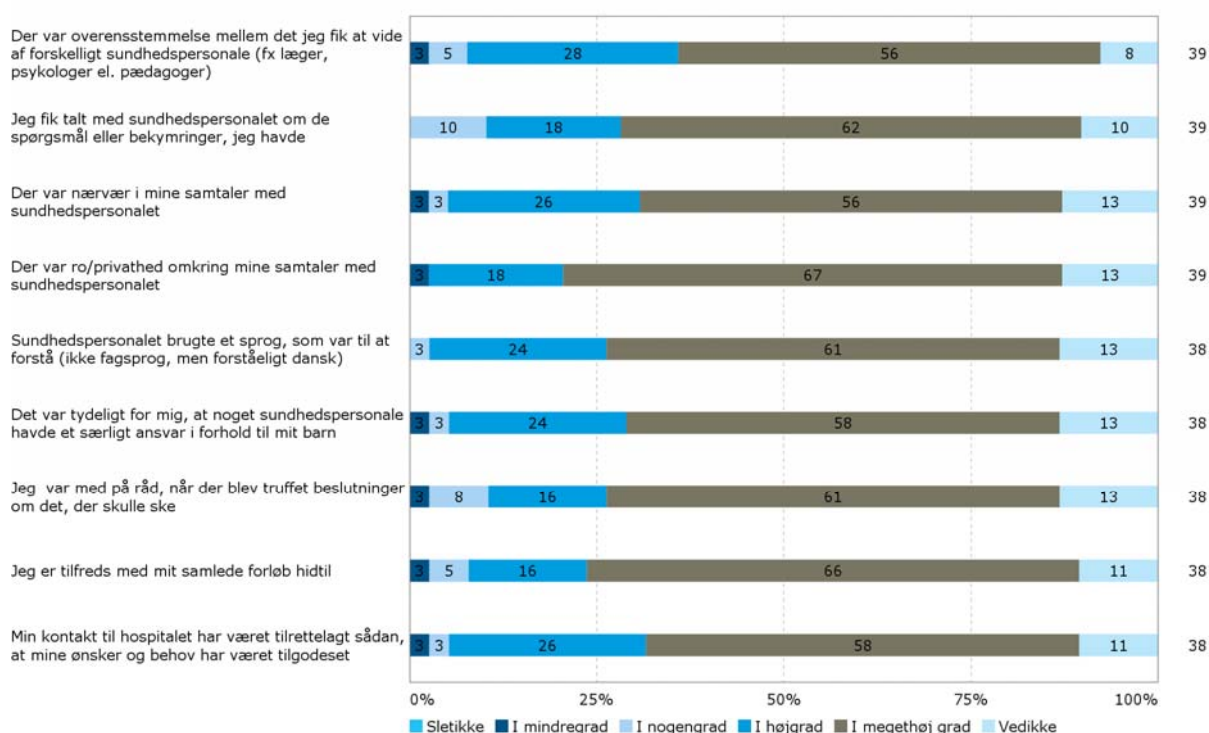
## Implementeringsstatus

Som det var tilfældet i afsnittet om Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers muliggør data vedrørende BUC's Skolebørnsafsnit kun en foreløbig implementeringsstatus med fokus på det implementeringsmæssige udgangspunkt og de hidtidige projekterfaringer. Forskellen på de to projekter er til gengæld, at selve implementeringsforløbet startede senere i Medicinsk Afdeling (januar 2017 mod september 2016), og at pilotprojektet i Medicinsk Afdeling indebærer en betydeligt mere vidtgående ændring af arbejdstilrettelæggelsen, end tilfældet er i Skolebørnsafsnittet.

### *Implementeringsmæssigt udgangspunkt: Pårørende perspektivet*

I forbindelse med evalueringen er der foreløbig gennemført en baseline-undersøgelse blandt pårørende til patienterne i afsnittet. Figur 1 nedenfor viser svarfordelingerne på ni kvalitetsparametre i spørgeskemaet med fokus på pårørendeoplevelsen. Svarmønstrene tyder overordnet på, at et stort flertal af de pårørende har haft en positiv oplevelse af de respektive behandlingsforløb frem til svartidspunktet. Ud for alle ni temaer har mellem 77 % og 85 % af svarpersonerne valgt 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.

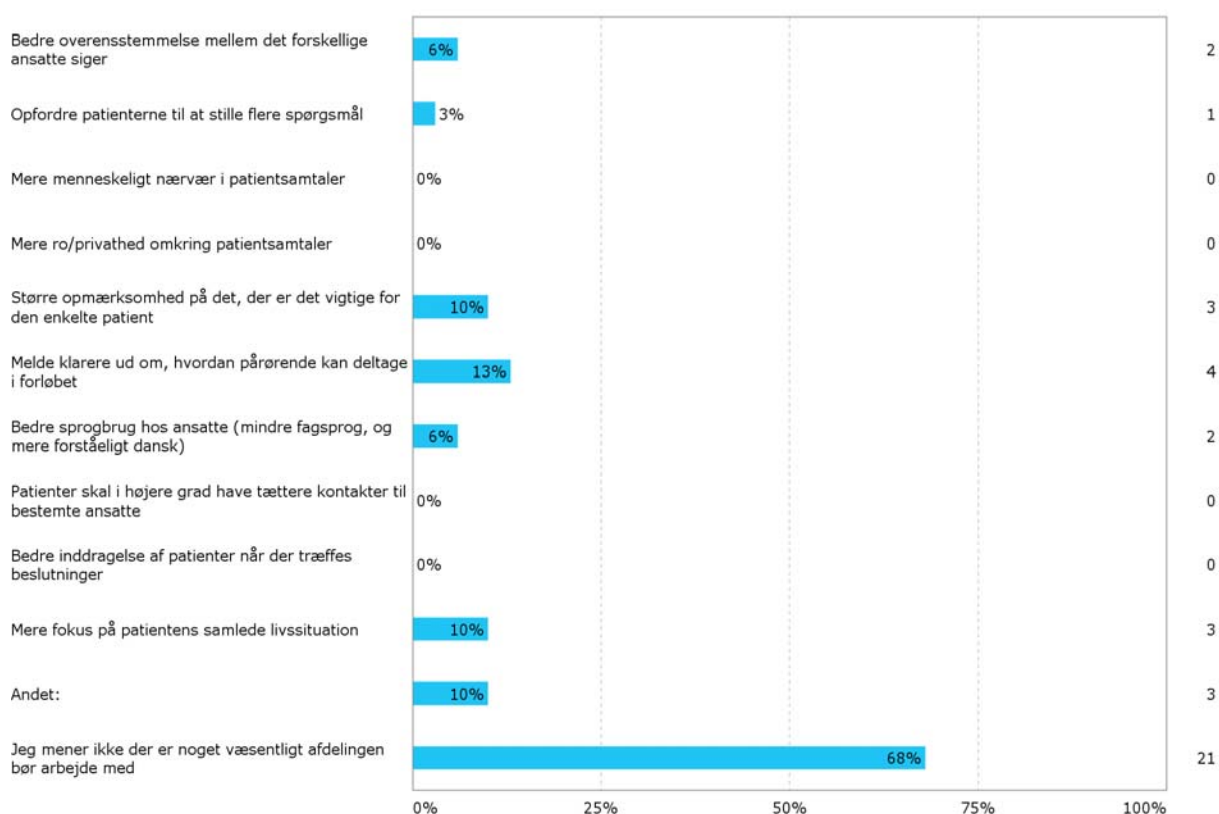
**Figur 1: Parametre vedrørende dialog og inddragelse i behandlingsforløbene**



Med patientansvarligt team og 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.

De pårørende blev også bedt om at pege på indsatsområder, som afsnittet med fordel kan arbejde med fremover (figur 2 nedenfor). Enkelte henviste i denne sammenhæng til et behov for klarere udmeldinger vedrørende de pårørendes rolle i et behandlingsforløb samt for et styrket fokus på patientens prioriteringer og samlede livssituation. Et stort flertal (68 %) svarede dog, at de ikke kunne pege på relevante indsatsområder.

**Figur 2: Hvad mener du, at BUC særligt skal arbejde med for at skabe bedre samarbejde med patienterne og deres pårørende? (sæt gerne flere krydser)<sup>8</sup>**



Spørgeskemabesvareelserne giver set under ét støtte til afsnitsledelsens vurdering af, at behandlingsforløbene i Skolebørnsafsnit C var ganske tæt på intentionerne med patientansvarligt team og patientansvarlig læge allerede ved igangsætningen af pilotprojektet – i hvert fald på udvalgte punkter.

### **Implementeringsproces**

Det er gennemgående i interviewene, at man i Skolebørnsafsnittet ikke har set et behov for at foretage omfattende ændringer i organisering og arbejdsgange – og at der følgelig heller ikke har været tale om væsentlige selvstændige implementeringsaktiviteter.

Afsnitsledelsen har løbende orienteret om målsætninger og tiltag i forbindelse med pilotprojektet, og det er blevet gjort klart, at der primært er tale om at skærpe eksisterende kommunikation og procedurer. En af deltagerne i fokusgruppeinterviewene giver således udtryk for, at medarbejderne undervejs i implementeringsprocessen i et passende omfang har haft mulighed for at drøfte relevante problemstillinger på flere niveauer, herunder til personale-møder, faggruppemøder og teammøder. Flere andre interviewpersoner vurderer, at der har været tale om en smidig implementering for medarbejderne, hvor de bliver inddraget i et omfang, som er nødvendigt og passende i betragtning af de beskudte ændringer i afsnittet.

Flere interviewpersoner fra ambulatoriet nævner dog, at de har oplevet, at de ikke er blevet tilstrækkeligt inddraget i planlægningen af baseline-målingen i forbindelse med evalueringen. Konkret påpeges det, at dataindsamlingen tidsmæssigt karambolerede på uhensigtsmæssig vis med den årlige tilfredshedsundersøgelse blandt de pårørende (LUP). Herudover sætter interviewpersonerne spørgsmålstegn ved beslutningen om at foretage dataindsamlingen ved behandlerens første samtale med familien i forbindelse med selve behandlingsforløbet, hvor

<sup>8</sup> De pårørende kunne sætte flere krydser, men kunne også springe spørgsmålet helt over. Der er således kun 31 pårørende, som har afgivet besvarelser af dette spørgsmål.



forældrene typisk er belastede af, at deres barn fx har fået en ny diagnose, og hvor de i det hele taget skal forholde sig til mange informationer. Det er således efterfølgende blevet besluttet, at opfølgingsrunden af dataindsamlingen foretages i forbindelse med det andet møde med behandleren.

### ***Ledelse og organisation***

Pilotprojektet har ikke givet anledning til organisatoriske ændringer i afsnittet. Gentagne gange tilkendegiver en række af interviewdeltagerne da også, at grundlaget for patientansvarligt team og patientansvarlig læge allerede eksisterede for så vidt angår både organisering og rolle-/ansvarsfordeling i Skolebørnsafsnittet.

Blandt interviewdeltagerne er der desuden bred enighed om, at der på afsnittet er en fælles forståelse af betydningen af patientansvarligt team og patientansvarlig læge. Det handler i høj grad om ansvar; ansvar i forhold til, hvem der er aktiv, og hvem der sørger for, at information bliver givet videre. Der er forskellige ansvarsniveauer i patientens team, som er tydeligt defineret fra start i patientforløbet. Udtrykket patientansvarlig læge bliver derfor heller ikke anvendt i dagligdagen, da der kun er én speciallæge knyttet til det enkelte forløb. Placeringen af det lægelige patientansvar for forløbet er derfor i praksis en given sag.

Interviewpersonerne beskriver, at det har været gavnligt for arbejdet i afsnittet, at der har været stabilitet omkring teamorganiseringen, hvilket også kan tænkes at forplante sig hos børnene og forældrene. Flere interviewpersoner tilføjer, at det er velfungerende at arbejde i tværfaglige team, og det er vigtigt at bibeholde det i en tid, hvor der sker mange øvrige forandringer. En interviewperson fortæller, at værdien i at være i et team er, at man har mulighed for at mødes med hinanden og drøfte tingene, så det bliver et fælles anliggende. Der var bred opbakning til dette synspunkt i interviewgruppen. Interviewdeltagerne udtrykte ligeledes generel enighed om, at der ikke er noget væsentligt spændingsforhold mellem patientansvarlige team og andre forhold eller hensyn.

Hvad angår ledelsesforankringen af pilotprojektet giver den afsnitsledende overlæge udtryk for undervejs at have kunnet trække på støtte og opbakning fra de øvrige ledelsesniveauer, ledelsen i BUC og i psykiatrien som helhed. Hun betoner dog, at processen primært har været drevet af ledelse og medarbejdere i afsnittet. Dette afspejles generelt i fokusgruppeinterviewene, hvor deltagerne ikke har oplevet, at andre ledelsesniveauer end afsnitsledelsen har spillet en synlig rolle.

### ***Arbejdsgange***

Den primære ændring i forbindelse med projektet er, at det er blevet gjort til en eksplicit del af patientens behandlingsplan, at det anføres, hvem den patientansvarlige speciallæge er, hvor det før var mere indforstået. Det skal således også angives i EPJ, hvem der er patientansvarlig læge og sagsansvarlig. Det fremgår desuden af interviewene, at hvis en patient flytter team, har der i kraft af projektet været fokus på at få præciseret, hvem der er den ansvarlige læge i det nye team. Generelt efterlader fokusgruppeinterviewene det indtryk, at disse mindre justeringer har været forholdsvis uproblematisk.

I forhold til overgange mellem ambulant og indlagt regi i BUC mangler der derimod ifølge flere deltagere i fokusgruppeinterviewene stadig en afklaring af arbejdsgangene. Hvis en patient fx skifter fra ambulant behandling til indlæggelse, kan der opstå tvivl om, hvorvidt det er afsnittets overlæge eller den patientansvarlige læge (teamlægen), der har det overordnede ansvar under indlæggelsen. Interviewpersonerne pointerer, at der netop her er et forbedringspotentiale i forhold til at præcisere mundtligt over for patienten og de pårørende, når der sker et skift i den patientansvarlige læge. Der er ikke enighed blandt interviewpersonerne med hensyn til, om der udarbejdes en ny behandlingsplan ved et skift fra ambulant til

indlagt regi eller omvendt. Flere er af den opfattelse, at der skal lægges en ny behandlingsplan, når det træffes nye beslutninger, herunder beslutning om indlæggelse.

### ***It-understøttelse***

Den afsnitsledende overlæger giver udtryk for, at en fuldt tilfredsstillende it-understøttelse af arbejdet med det tydelige patientansvar ikke er kommet på plads endnu. Behandlingsplansskabelonen giver ganske vist mulighed for at registrere patientansvarlig behandler og patientansvarlig læge, men der er fx endnu ikke en automatiseret mulighed for at udtrække lister med den enkelte læges patienter. I stedet er man henvist til at vedligeholde en separat, manuel liste, hvor dette fremgår – med nærliggende risiko for, at der opstår fejl m.m. i forbindelse med opdateringen – ligesom der naturligvis er tale om et u hensigtsmæssigt dobbeltarbejde. Bemærk, at disse udfordringer formentlig vil blive håndteret i forbindelse med det igangværende udviklingsarbejde i regionen (se appendiks B).

### ***Eksterne snitflader***

Flere interviewpersoner vurderer, at pilotprojektet ikke giver anledning til store ændringer i afsnittet i forhold til kontinuitet og kontakt til somatikken. En interviewperson tilføjer, at det generelt er et begrænset antal af deres patienter, som oplever en overgang til somatikken. Det kan dog tænkes, at BUC's udflytning til Skejby vil betyde flere parallelle forløb, som ifølge interviewpersonerne vil nødvendiggøre en afklaring i forhold til, hvem der har det lægelige patientansvar. Heller ikke i relation til kontakten til almen praksis har pilotprojektet haft væsentlig indflydelse. Der hvor snitfladen til primær sektor kan give udfordringer, er derimod koblingen til kommunalt regi. Interviewpersonerne giver udtryk for, at afsnittets muligheder for at sikre en god overgang til den kommunale sammenhæng ophører ved, at ansvaret flyttes, hvor det derefter er ude af deres hænder. Det er derfor primært tiden frem mod barnets overgang til kommunalt regi, hvor psykiatrien stadig har ansvaret, at de kan forsøge at begrænse antallet af kontakter og understøtte kontinuiteten. Flere interviewpersoner påpeger, at netværksmøder kan lette overgangen, men at besparelser samt manglende kapacitet og forventningsafstemning er barriererne for at afholde møderne. Forudsætningen for at føre psykiatriens arbejde videre i kommunerne er dermed udfordret.

## **Foreløbig vurdering af målopfyldelsen**

Interviewpersonerne vurderer, at pilotprojektet ikke har haft den store betydning i det daglige arbejde, da det ikke har medført væsentlige forandringer for medarbejderne. En interviewperson fortæller eksempelvis, at det har fungeret sådan i mange år, at de har udleveret et kort til patienten, hvorpå navnene på patientens team står beskrevet, hvor der er en ansvarlig læge tilknyttet, som i sidste ende har det overordnede ansvar. Selve begrebet "patientansvarlig læge" er nyt for BUC, men tankegangen bag er velkendt, da det er tæt forbundet med den måde, man i årevis har foretaget udredning og behandling på i børne- og ungepsykiatrien.

Der er bred enighed blandt interviewpersonerne om, at pilotprojektet har formået at skabe større tydelighed med hensyn til, hvem der er patientansvarlig læge for den enkelte patient. En interviewperson påpeger imidlertid, at der ikke er mange af deres patienter eller pårørende på afsnittet, som er interesserede i, hvem lægen er, mens det måske oftere er tilfældet i somatikken. En anden foreslår, at man kan spørge forældrene i denne sammenhæng. Nogle kun vil vide på papiret, hvem der er den ansvarlige læge, da de i mange tilfælde aldrig vil se lægen. Interviewpersonen tilføjer, at dette måske kan være et problem, og at det derfor vil være relevant at tale med forældrene om det. En tredje interviewperson fortæller, at afsnittet tidligere har modtaget klager fra forældre over, at de ikke har mødt en læge, og at de generelt oplever, at forældre spørger efter en læge. Den afsnitsledende overlæge pointerer dog i denne forbindelse, at langt de fleste patienter i dag bliver undersøgt af en læge.

Som beskrevet i ovenstående, er det interviewpersonernes opfattelse, at der særligt er forbedringspotentialer i forhold til skift i patientansvaret ved overgangen mellem ambulant og indlagt samt ved snitfladen til primær sektor.

## **Datagrundlag**

Beskrivelsen af indsatsen med fokus på patientansvarlig læge og patientansvarligt team i Skolebørnsafsnit C er udarbejdet på basis af pilotprojektbeskrivelsen fra afsnittet samt flere runder interview med og kommentarer fra afsnitsledende overlæge og en AC-fuldmægtig fra en stabsenhed. Pilotprojektets implementeringserfaringer er afdækket via to fokusgruppeinterview gennemført i november 2016 med medarbejdere fra ambulatoriet (to distriktspædagoger, to distriktssygeplejersker, én psykolog) henholdsvis døgnafsnittet (to psykologer, én pædagog, én sygeplejerske og én overlæge). Interviewmaterialet omfatter således bidrag fra 12 tværfaglige ledelses- og medarbejderrepræsentanter. Den foreløbige målopfyldelse er i et vist omfang belyst via fokusgruppeinterviewene.

Der er desuden indsamlet spørgeskemabesvarelser blandt pårørende (forældre m.m.) med fokus på oplevelsen af dialog og inddragelse som en baseline-undersøgelse i september-oktober 2016 (39 besvarelser). Disse data kan belyse det implementeringsmæssige udgangspunkt ved pilotprojektets begyndelse. På grund af en forsinkelse af dataindsamlingen til opfølgningsmålingen kan disse data ikke indgå i belysningen af målopfyldelsen i denne rapport.

## 8 Fælles Akutafdeling, Aarhus

Fælles Akutafdeling modtager uafklarede akutte patienter, visiteret fra egen læge, vagtlæge eller efter 112-opkald. Afdelingen består af skadestue, traumecenter, tre akutte sengeafsnit samt lægevagt, og dækker tillige en række akutte funktioner på hospitalsniveau. I 2016 modtog afdelingen cirka 41.000 akutambulante patienter og cirka 17.000 patienter til indlæggelse, hertil kommer de patienter, der ses i lægevagts konsultation. Afdelingen er bemannet med sekretærer, sygeplejersker og læger. Lægearbejdet varetages i et tæt samarbejde mellem uddannelsessøgende læger, speciallæger ansat i Fælles Akutafdeling og læger fra andre afdelinger med funktion i Fælles Akutafdeling eller på tilkald. Afdelingen flytter oktober 2017 til de nye bygninger, der udgøres af Aarhus Universitetshospital "under fælles tag" i Skejby. Bemandingen i afdelingen består af 40 læger (hvoraf femten er KBU-læger, mens tre er hoveduddannelseslæger), 190 sygeplejersker og 32 lægesekretærer.

### Overordnede projekterfaringer

Fælles Akutafdelings arbejde med patientansvarlig læge og sygeplejerske startede ca. et år før de egentlige pilotprojekter i regionen. Projektet skiller sig ud ved at have taget udgangspunkt i en analyse af en konkret kvalitetsudfordring i afdelingen (i form af utilsigtede hændelser ved overgange til andre afdelinger). Med forbehold for begrænsningerne i evalueringsdata underbygger interviewmaterialet, at det er muligt at styrke tydelighed og kvalitet i håndteringen af patientansvaret med en målrettet indsats – selv i en stor akutafdeling med de udfordringer, det giver i form af en overvægt af meget korte patientforløb. I forhold til selve implementeringsprocessen peger interviewpersonerne særligt på betydningen af en kombination af lokalt ledelsesengagement og en tidlig, bred medarbejderinvolvering.

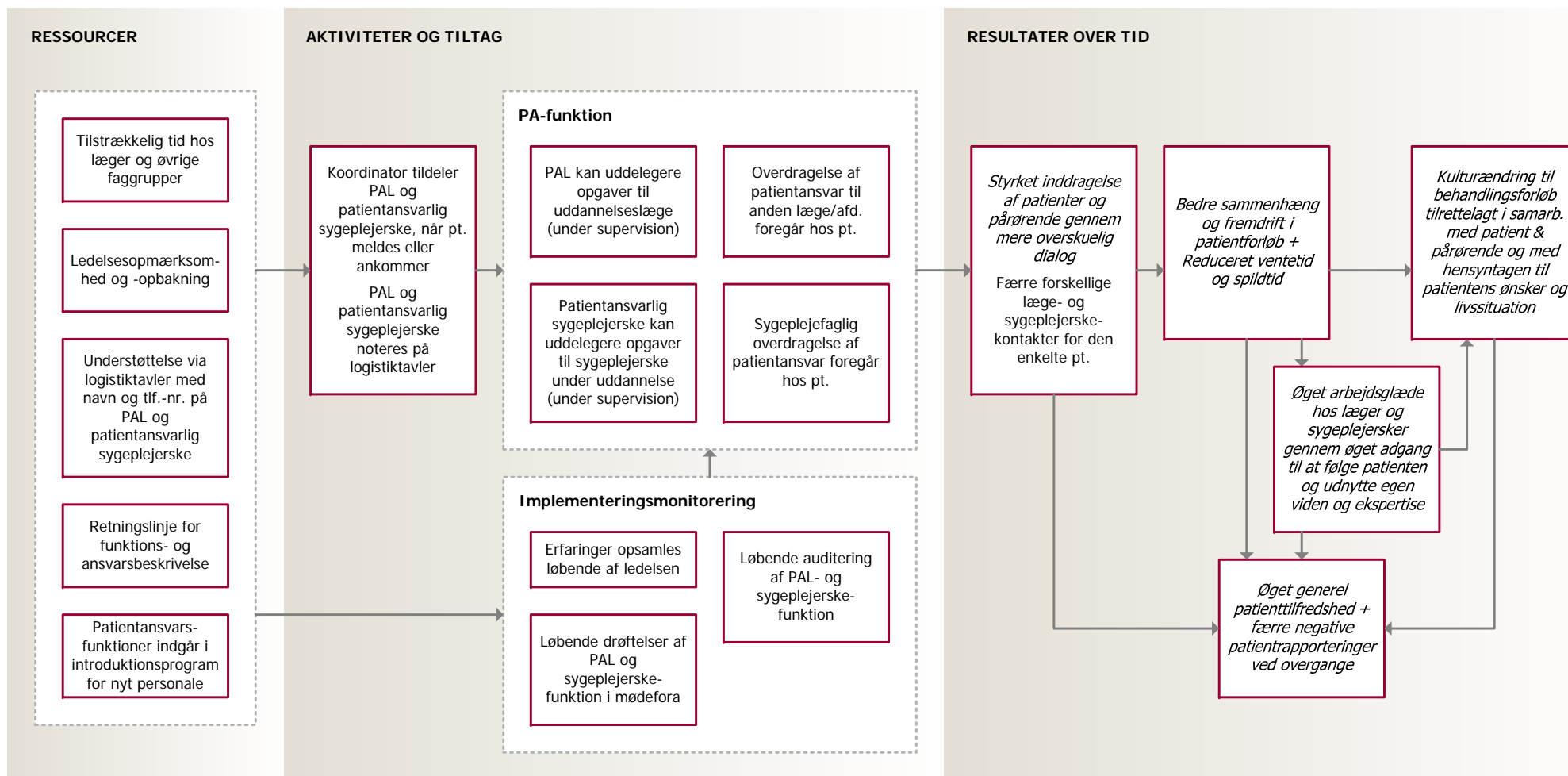
### Indsatsbeskrivelse

<b>Projektfokus</b>	<p>På baggrund af en analyse af utilsigtede hændelser ved overgange i patientforløb besluttede afdelingen at ændre på nogle arbejdsgange. Et nedsat udviklingsteam udarbejdede et forslag til indførelse af en model for patientansvarlig læge og patientansvarlig sygeplejerske. Forslaget handlede om at etablere et fælles team omkring patienten, bestående af netop den patientansvarlige læge og en patientansvarlig sygeplejerske, og om at udvikle de nødvendige arbejdsgange i den forbindelse.</p> <p>Indsatsen startede allerede i 2015, og der er i den forstand ikke tale om et pilotprojekt igangsat som led i Region Midtjyllands del af den nationale pilotafrøvning i 2016.</p>
<b>Omfang</b>	Modellen med patientansvarlig læge og patientansvarlig sygeplejerske omfatter hele afdelingen.
<b>Patientgrupper</b>	Alle patienter, der modtages i afdelingen, er omfattet af modellen.
<b>Formål</b>	<p>Formålet med implementeringen er:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entydig placering af sygeplejefagligt og lægefagligt ansvar for den enkelte patient</li><li>• Sikker overdragelse af patientansvar i og fra afdelingen</li><li>• Kontinuitet og sammenhæng i observation, pleje og behandling af patienter</li><li>• Inddragelse af patient og eventuelle pårørende i forløbet for derigennem at skabe tryghed og en oplevelse af en koordineret overflytning til andet regi.</li></ul> <p>Idet patienten bliver tildelt en patientansvarlig læge og en patientansvarlig sygeplejerske, og dette er synligt for alle, er det nemmere at finde</p>

	vedkommende, med henblik på prøver, svar på spørgsmål m.m.
<b>Tidsplan</b>	Afdelingen påbegyndte arbejdet i 2015, og indsatsen forventes fuldt implementeret inden udflytningen til nye bygninger i Skejby oktober 2017.
<b>Ledelse</b>	Den patientansvarlige læge refererer til den ledende overlæge og den patientansvarlige sygeplejerske refererer til egen afdelingssygeplejerske. Afdelingsledelsen er drivere af projektet og følger løbende op på status.
<b>Organisering</b>	Det vigtigste organisatoriske element i modellen er etableringen af det lille patientansvarlige team omkring den enkelte patient (speciallæge og sygeplejerske). Dertil kommer etableringen af det tværfaglige udviklings-team som led i selve implementeringsprocessen.
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Alle patienter tildeles en patientansvarlig læge (normalt bagvagten) og en patientansvarlig sygeplejerske. Tildelingen registreres og opdateres på Klinisk Logistik-tavlerne. Den patientansvarlige læge kan vælge at uddelegere opgaver til en uddannelseslæge, der så betegnes som "aktuelt behandlende læge" og superviseres af den patientansvarlige læge. Den patientansvarlige sygeplejerske kan på samme vis uddelegere opgaver til en sygeplejerske under uddannelse. Man har desuden søgt at styrke patientinddragelsen, ved at overdragelse til anden læge/sygeplejerske altid foregår hos patienten, og ikke, som førhen, på kontoret. Uddelegering foretages efter en konkret vurdering af patientens behov og kompleksitet.</p> <p>Tildeling af en patientansvarlig læge og en patientansvarlig sygeplejerske sker, når patienten meldes til afdelingen, eller lige når patienten ankommer til afdelingen. Funktionerne som patientansvarlig læge og patientansvarlig sygeplejerske indgår som en del af introduktionsprogrammet for nyt personale.</p> <p>Patienter visiteres af hospitalsvisitationen eller akutlæge til modtagelse under ansvar af Fælles Akutafdeling eller et speciale.</p> <p>Den ansvarshavende læge i den afdeling, der bærer patientansvaret, er patientansvarlig læge medmindre ansvaret uddelegeres til anden speciallæge. Hvor en uddannelsessøgende læge er aktuelt behandlende læge, er en speciallæge fra samme afdeling patientansvarlig læge.</p> <p>Den aktuelt behandlende læge fremgår altid af Klinisk Logistik-tavlerne. Hvor denne ikke er speciallæge, fremgår det, hvem der er bagvagt og dermed patientansvarlig læge.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	Den patientansvarlige læge har det overordnede ansvar for patientforløbet, men er ikke nødvendigvis den læge, der er til stede hos patienten. Den opgave kan i nogle tilfælde varetages af en aktuelt behandlende læge. Patientansvarets nærmere indhold såvel som procedurerne ved tildeling og overdragelse af samme er beskrevet i en intern retningslinje.
<b>Kontakt til PAL</b>	<p>Den patientansvarlige læge vil altid være til stede på hospitalet og kan kontaktes på telefon eller via den patientansvarlige sygeplejerske.</p> <p>Patient og pårørende vil møde den patientansvarlige sygeplejerske og den patientansvarlige læge. Opgaven som aktuelt behandlende læge kan dog være uddelegeret til uddannelsessøgende læge.</p> <p>Patienten er altid til stede ved stafetoverlevering fra patientansvarlig læge til en anden læge (anden afdeling eller praktiserende læge) og ligeledes ved overlevering fra patientansvarlig sygeplejerske til anden sygeplejerske.</p>
<b>Eksterne snitflader</b>	Ansvaret overdrages altid efter stafetmodellen læge til læge eller sygeplejerske til sygeplejerske ved vagtskifte eller overflytning til anden afdeling

	eller andet hospital.
<b>Erfaringsopsamling</b>	Erfaring opsamles løbende af afdelingsledelsen, mens funktionerne udvikles. Audit vurderes i de respektive fora i samråd med afdelingsledelsen.
<b>Øvrige implementeringstiltag</b>	Afdelingen har afholdt en fælles temadag i forbindelse med igangsættelsen af implementeringen. Audit har været inddraget til evaluering og erfaringsopsamling.
<b>Kontaktpersoner</b>	Afdelingssygeplejerske Hanne Bystrup Boyles, hanboy@rm.dk, 7846 2731

Figuren på den følgende side giver en visualisering af den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Fælles Akutafdeling. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
**Fælles Akutafdeling, Aarhus Universitetshospital**

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
 PAL = Patientansvarlig læge  
 Pt. = Patient

## **Implementeringserfaringer**

Som ovenfor beskrevet har Akutafdelingens indsats på patientansvarsområdet siden 2015 haft fokus på implementering af en ny tilgang til teamorganisering omkring den enkelte patient. Herunder bestemte arbejdsgange vedrørende bl.a. tildeling af patientansvar, uddelegering af opgaver samt stafetoverdragelse af patientansvaret.

### ***Implementeringsproces***

Implementeringen af patientansvarsmodellen er kommet løbende over en længere periode på knapt to år, fremgår det generelt af de gennemførte interview. Hovedopgaven i forbindelse med forberedelsen af forløbet lå hos et udpeget udviklingsteam. En afdelingssygeplejerske, som indgik i teamet, fremhæver dog også, at man tidligt i forløbet prioriterede at indlægge en fælles temadag, hvor afdelingen arbejdede tværfagligt med teamorganisering og nye arbejdsgange på baggrund af en introduktion fra afdelingsledelsen og udviklingsteamet.

Som en yderligere faktor i forbindelse med implementeringen peger flere interviewpersoner på, at afdelingsledelsen har engageret sig tydeligt i processen. Generelt nævnes det fx i flere interview, at den ledende overlæge har været aktiv og synlig undervejs, og som et konkret eksempel omtaler en af de interviewede overlæger, der er blevet ansat i afdelingen undervejs i projektperioden, at netop dette tema indgik i vedkommendes samtale med bl.a. den ledende overlæge inden ansættelsen.

Afdelingssygeplejersken fremhæver kontinuerlig dagsordenssætning som en sidste implementeringsfaktor. Som et tilbagevendende punkt på afdelingens morgensamlinger gøres der løbende opmærksom på vigtigheden af at få opdateret oplysningerne om patientansvarlig læge og sygeplejerske på Klinisk Logistik-tavlerne. Implementeringsprocessen er i det hele taget løbende blevet taget op i ledelses- og andre mødefora.

### ***Vurdering af implementeringsproces***

De interviewede medarbejderne har oplevet omstillingsprocessen som forholdsvis uddramatisk og velfungerende. Interviewene indikerer under ét, at det er lykkedes at skabe en høj grad af enighed om og opbakning til patientansvarsmodellen. Det forbindes med, at der er fodslag omkring værdierne bag og den grundlæggende mening med tiltaget, men også med at de konkrete fordele i hverdagen hurtigt er blevet synlige.

Modellen med forberedende arbejde i et udviklingsteam og en tværfaglig temadag bedømmes således også som velfungerende i interviewene. Det gælder eksplicit i interviewet med afdelingssygeplejersken, men også indirekte i form af en positiv generel vurdering af processen i de øvrige interview. Flere interviewpersoner tillægger også afdelingsledelsen og den ledende overlæges engagement i og opbakning til implementeringen positiv betydning.

Hvad angår ressourceforbruget i forbindelse med den nye organisering af patientansvaret vurderer afdelingssygeplejersken fra udviklingsteamet ikke, at modellen har medført et forøget ressourceforbrug. De øvrige interview underbygger dette. Flere peger faktisk på, at den øgede tydelighed med hensyn til det lægefaglige og sygeplejefaglige patientansvar indebærer en mærkbar rationalisering i dagligdagen. Både læger og sygeplejersker oplever, at det tværfaglige samarbejde set under ét flyder mere gennemsigtigt og kvikt end tidligere.

It-understøttelsen af patientansvarsmodellen bedømmes positivt af afdelingssygeplejersken, idet hun særligt betoner, at afdelingens Klinisk Logistik-tavler har vist sig velfungerende set i forhold til behovene – herunder lettilgængeligt overblik over personerne den enkelte patients team med kontaktoplysninger osv. Hun nævner, at det er en udfordring, at ikke alle de andre hospitalsafdelinger, Akutafdelingen samarbejder med om konkrete patienter, har fået



logistiktavler endnu. Dette problem bortfalder dog, i takt med at Universitetshospitalets aktiviteter samles i Skejby, og flytteafdelingerne derefter planmæssigt ibrugtager tavlerne.

## Foreløbig vurdering af målopfyldelsen

Interviewmaterialet giver mulighed for at belyse medarbejdervurderingen af den overordnede målopfyldelse på basis af interview med et antal overlæger og sygeplejersker fra afdelingen. Tendensen i interviewene er generelt, at tiltaget vurderes yderst positivt både for så vidt angår betydningen for arbejdsprocesser og samarbejde i afdelingen og for så vidt angår patientudbyttet af omstillingen. Interviewene indikerer generelt, at afdelingen i væsentlig grad har formået at adressere de konkrete kvalitetsbrist, som dannede afsæt for implementeringen.

Interviewpersonerne lægger i særlig grad vægt på de interne organisatoriske gevinster i form af et bedre, mere velsmurt tværfagligt samarbejde i det daglige. Det handler både om øget præcision og sikkerhed i arbejdsgange vedrørende patientansvaret, indadtil og udadtil, og om forbedret kommunikation, udveksling af information m.m. i det tværfaglige samarbejde. Interviewmaterialet underbygger under ét, at tiltaget vedrørende patientansvarlig læge og sygeplejerske. En overlæge beskriver virkningen med disse ord:

*"Jeg synes, at det er fantastisk med 'patientansvarlig læge'. Det gør, at man ved, hvem man skal kontakte osv. ved de akutte opgaver som læge, og man ved altid, hvem den ansvarlige er."*

Patientfordelene ved modellen fremhæves dog også i interviewene. Nogle af interviewpersonerne pointerer ganske vist, at der ikke er foretaget en målrettet undersøgelse af patientvurdering og patientudbytte – og at akutpatienter som udgangspunkt ikke kan sammenholde et før og et efter. Med dette forbehold vurderer flere af interviewpersonerne, at patienterne oplever en positiv forskel i form af færre forskellige læge- og sygeplejerskekontakter med afledte effekter i form af øget tryghed, tydelighed, kontinuitet og fremdrift i behandlingsforløbene. En sygeplejerske formulerer det således:

*"Jeg synes, at det gør mit arbejde nemmere, når der er en læge, der tager ansvar fra begyndelsen. Patienten tabes ikke på gulvet, men videregives til en anden læge direkte. Patienten kommer ikke til at 'svæve i det uvisse' og føle sig overset."*

## Opsamling

Data muliggør ikke en fyldestgørende, nuanceret vurdering af målopfyldelsen i arbejdet med patientansvarlig læge og sygeplejerske i Fælles Akutafdeling. Det er dog berettiget at se de gennemførte interview som en foreløbig underbygning af, at tiltaget i vidt omfang har haft den positive betydning, organisatorisk og i et patientperspektiv, som afdelingen tilsigtede fra starten i 2015.

## Datagrundlag

Indsatsbeskrivelse og logisk model for Fælles Akutafdeling AUH er baseret på projektbeskrivelse og andet skriftligt materiale fra afdelingen samt et telefoninterview og et interview på stedet med en afdelingssygeplejerske. De to interview blev gennemført september henholdsvis november 2016. Der er desuden foretaget korte interview om synet på og erfaringerne med tydeligt patientansvar med tre læger og en sygeplejerske ved et besøg på stedet i marts 2017.

## 9 Hæmatologisk Afdeling, Aarhus

Hæmatologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital varetager regions- samt højt specialiserede funktioner inden for så godt som hele det hæmatologiske speciale. Det vil sige udredning, behandling og efterkontrol af alle typer af såvel godartede som ondartede blodsygdomme. Afdelingens basis-optageområde tæller ca. 800.000 af Regionens ca. 1,3 mio. borgere, men optageområdet er afhængigt af patientens sygdom, og afdelingen modtager patienter med akut leukæmi fra hele regionen, ligesom der modtages visse sjældne undertyper af blodsygdomme fra hele Vestdanmark (Region Nord, Region Midt samt Region Syd). Afdelingen modtager patienter til allogen stamcelletransplantation fra hele Vestdanmark.

Afdelingen har omkring 250 ansatte, hvoraf omkring 120 er sygeplejersker, og omkring 40 er læger (25 speciallæger). Desuden er der lægesekretærer, bioanalytikere, molekylærbiologer, serviceassistenter, AC-medarbejder samt enkelte SOSU-assistenter ansat. Der er ca. 5.000 patienter med tilknytning til Hæmatologisk Afdeling, som hvert år afvikler ca. 30.000 ambulante besøg og ca. 3.000 udskrivelser fra afdelingens i alt 43 senge.

### Overordnede projekterfaringer

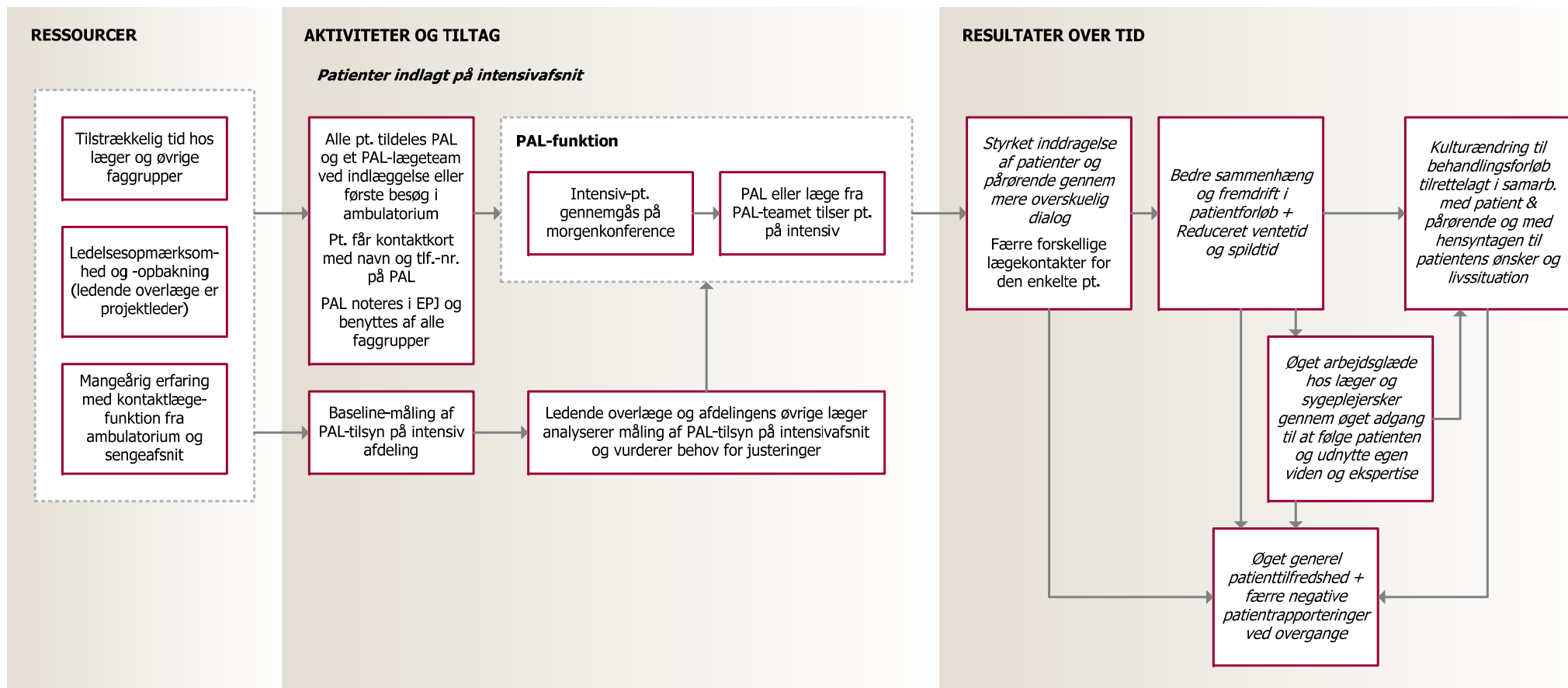
Projektet i Hæmatologisk Afdeling vedrører ikke en pilotimplementering af patientansvarlig læge – afdelingen vurderer selv at have arbejdet ud fra dette princip i en årrække. Der er derimod tale om en målrettet kvalitetsopfølgning vedrørende et aspekt af modellen med fokus på en bestemt, mindre patientgruppe (afdelingens patienter indlagt på intensivafsnit). Den primære erfaring fra projektet er således, at afdelingen har udviklet og afprøvet en forholdsvis enkel metode til journalbaseret opfølgning på kontinuiteten i lægekontakten til de nævnte patienter. Resultatet af opgørelsen faldt ud til afdelingens tilfredshed, så projektet har ikke givet anledning til yderligere intervention.

### Indsatsbeskrivelse

<b>Projektfokus</b>	Under betegnelsen "kontaktlæge" har Hæmatologisk Afdeling arbejdet med personkontinuitet i lægekontakten til patienterne i op imod ti år. Udgangspunktet for projektet var således, at afdelingen allerede har implementeret patientansvarlig læge. Afdelingen havde dog på tidspunktet for igangsætningen af pilotprojekterne i regionen en opmærksomhed på, at afdelingens patienter, der var indlagt på intensivafsnit, i konkrete tilfælde ikke var blevet tilset af deres patientansvarlige læge. Projektet har derfor fokus på denne problematik. Selve implementeringen af kontaktlægeordningen (i dag: Patientansvarlig læge) ligger som nævnt år tilbage.
<b>Patientgruppe</b>	Projektet vedrører de hæmatologiske patienter, der ligger på intensivafsnit (Opvågning og Intensiv Terapiafsnit – OVITA) i forbindelse med deres behandlingsforløb i Hæmatologisk Afdeling. OVITA er en del af samme hospitalsmatrikel som Hæmatologisk Afdeling, men hører til i en anden bygning.
<b>Formål</b>	Projektet har til formål at afdække og analysere problematikken vedrørende lægekontakt til intensivpatienter og, efter behov, foretage justeringer på grundlag af resultaterne. Tiltaget skal således ses som en målrettet kvalitetskontrol af funktionen som patientansvarlig læge i afdelingen, og vi anvender derfor ikke betegnelsen "pilotprojekt" i det følgende.
<b>Tidsplan</b>	I begyndelsen af 2016 blev projektet drøftet og aftalt på morgenkonference. På baggrund heraf foretog afdelingens AC-fuldmægtig en tilbageskue, journalbaseret opgørelse af de relevante patientkontakter i andet halvår af 2015 under vejledning fra den ledende overlæge. Da resultaterne forelå, blev de drøftet på morgenkonference. De gav ikke anledning til

	at iværksætte egentlig intervention med fokus på lægekontakten til den pågældende patientgruppe, og konferencedrøftelsen blev derfor sidste projektaktivitet.
<b>Ledelse</b>	Det er den ledende overlæge, der har initieret projektet. Det er fremlagt og drøftet på morgenkonference, hvor der var opbakning til det. Afdelingens kontaktlægeordning har fra starten nydt bred ledelsesbevågenhed.
<b>Organisering</b>	Arbejdet med det lægelige patientansvar, herunder kontakten til patienter på intensivafsnit, tager afsæt i den eksisterende lægelige teamstruktur.
<b>Tildeling af PAL</b>	Hver patient tildeles en patientansvarlig læge ved indlæggelse eller ved første ambulatoriebesøg. Tildelingen registreres og opdateres i EPJ. Tidligere har kontaktlægefunktionen været udfyldt af enten speciallæger eller hoveduddannelseslæger, men i forbindelse med tilpasningen til det nationale initiativ vedrørende patientansvarlig læge er funktionen blevet afgrænset til speciallæger. Patientansvarlig læge er også den behandlingsansvarlige læge.
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>Der foreligger ikke nogen skriftlig funktionsbeskrivelse af rollen som patientansvarlig læge, men forventningen er bl.a., at vedkommende i det omfang, det er muligt, går stuegang hos egne patienter. Generelt forventes den patientansvarlige læge at træde til, når et patientforløb kalder på særlig opmærksomhed og måske på konkret handling. Det kan fx være ved henvendelser udefra; fra en anden afdeling (ønske om vurdering eller udtalelse) eller fra en patient eller pårørende.</p> <p>Det er som udgangspunkt den patientansvarlige læge eller en læge fra teamet, der tilser PAL-lægens egne patienter på intensivafsnittet. Dog med forbehold for weekender og helligdage, hvor det ikke nødvendigvis er den patientansvarlige læge eller en læge fra teamet, der har vagten.</p>
<b>Kontakt til PAL</b>	Patienten får altid udleveret et kontaktkort med navn og telefonnummer på den patientansvarlige læge. Ligeledes kan patienterne altid kontakte afdelingen i forbindelse med forværring af sygdom. Patienterne kan altid ringe til deres patientansvarlige læge.
<b>Pårørendekontakt</b>	Pårørende informeres om tilknytning af patientansvarlig læge og inviteres med til samtaler i samråd med patienten.
<b>Eksterne snitflader</b>	Projektet vedrører en bestemt snitflade i forbindelse med modellen for patientansvarlig læge: Afdelingens patienter indlagt på intensivafsnit.
<b>Ressourcer</b>	Projektet har ikke haft betydning for ressourceforbruget i afdelingen udover et mindre tidsforbrug til at foretage selve opgørelsen. Ressourceforbruget vurderes generelt at være uændret i forbindelse med implementeringen af patientansvarlig læge.
<b>Kontaktpersoner</b>	Ledende overlæge Jan Maxwell Nørgaard, jannorga@rm.dk, 78 46 78 59

Figuren nedenfor visualiserer projektet og den overordnede model for patientansvarlig læge i Hæmatologisk Afdeling. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
**Hæmatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital**

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
 PAL = Patientansvarlig læge  
 Pt. = Patient

## Projekterfaringer

Projektets erfaringer knytter sig til opgørelsen af lægekontakten til patienter på intensivafsnit. Som succeskriterium satte afdelingen på forhånd, at den patientansvarlige læge eller en læge fra teamet skal tilse patienter på intensivafsnittet fire ud af fem indlæggelsesdage. Dette mål var dog suppleret med et forbehold om, at man i weekender og i ferieperioder ikke altid vil kunne nå dette niveau.

### *Resultater*

Opfølgningen på lægekontakten til patienter på intensivafsnit omfatter i alt 46 patienter og 205 registrerede lægekontakter. Enkelte af de udpegede patienter havde flere forskellige indlæggelsesforløb i løbet af perioden, enkelte andre blev i praksis aldrig indlagt. Det skal desuden bemærkes, at journalnotaterne ikke muliggjorde en identifikation af lægens navn i forbindelse med yderligere 42 kontakter. Disse er derfor trukket helt ud af opgørelsen.

Resultatet af opgørelsen blev, at de pågældende patienter på hverdage var blevet tilset af den patientansvarlige læge eller en læge fra teamet i 71,9 % af tilfældene. Ved 29,1 % af disse kontakter mødte patienten den patientansvarlige læge, i de resterende 70,9 procent af tilfældene tilsås patienten af en anden læge fra teamet. Denne del af opgørelsen omfatter 153 patientkontakter (26 uidentificerede kontakter er trukket ud). I weekender og på helligdage lå niveauet som ventet lavere: I 51,9 % af tilfældene var kontakten til den patientansvarlige læge eller en læge fra teamet (heraf var 18,5 % til patientansvarlig læge, 81,5 % var til en læge fra teamet). Denne del omfatter i alt 52 kontakter, mens 16 var trukket ud.

Selve opgørelsestilgangen fungerede samlet set til afdelingens tilfredshed med det ovenfor beskrevne forbehold vedrørende utilstrækkelige journaloplysninger. Den AC-fuldmægtig, der foretog registreringen brugte ca. to arbejdsdage på opgaven.

### *Opfølgning*

Lægegruppen konkluderede overordnet, at opgørelsesbilledet var så forholdsvis tilfredsstillende set i forhold til succeskriteriet, at man ikke fandt anledning til at iværksætte egentlige interventioner med fokus på patientgruppen. Den ledende overlæge vurderer dog, at projektet som helhed og drøftelsen af opgørelsen i særdeleshed har været med til at skærpe opmærksomheden på patientgruppen blandt afdelingens læger. Hans formodning er således, at andelen af patientkontakter ved patientansvarlig læge eller en læge fra teamet vil være højere, hvis halvårsopgørelsen blev gentaget i dag.

## Datagrundlag

Grundlaget for såvel indsatsbeskrivelse som afdækning af implementeringserfaringer m.m. er for det første pilotprojektbeskrivelsen og øvrigt materiale fra afdelingen – herunder den Excel-projektmappe, som opgørelsen er udarbejdet i – samt for det andet tre interview med afdelingens ledende overlæge og et interview med afdelingens AC-fuldmægtig. Interviewene er gennemført i forbindelse med besøg på stedet i august og oktober 2016 samt i form af to korte telefoninterview i maj 2017.

## 10 Infektionsmedicinsk Afdeling, Aarhus

Infektionsafdelingen varetager regionale og højtspecialiserede behandlinger inden for specialitet, herunder patienter med kroniske og akutte infektioner, immundefekt og cystisk fibrose. Herudover varetager specialitet udredning af sygdomme, som er erhvervet i udlandet. Afdelingen består af et sengeafsnit, et ambulatorium og et forskningsafsnit.

Patienter, der indlægges akut på Infektionsmedicinsk Afdeling, har altovervejende en akut smitsom sygdom og/eller en tilstand, der giver feber, og som kræver et diagnostisk forløb. Ofte er der tale om patienter, som har ingen eller få tidligere indlæggelser i hospitalsregi, da infektioner rammer bredt og i alle aldre. 95 procent af afdelingens patienter er akutte. I ambulatoriet findes primært tre grupper af patienter med kroniske lidelser: HIV, hepatitis og immundefekt. Der er gennemgående tale om udpræget komplekse patienter, hvoraf nogle er i længerevarende behandlingsforløb.

Afdelingen lægger vægt på at leve op til sin forpligtelse som del af et universitetshospital, og har således et væsentligt udviklings- og forskningsmæssigt fokus med over 40 aktive forskere. Herudover er der i afdelingen ansat i alt ca. 100 læger, sygeplejersker, SOSU-assistenters og sekretærer. Afdelingen har over 10.000 ambulatoriebesøg og 1.000 indlæggelser. Den råder over 24 sengepladser.

### Overordnede projekterfaringer

Da afdelingen oplever at have arbejdet med kernen i patientansvarlig læge i en årrække, ses projektet primært som et led i en varig indsats med at sætte fokus på patientansvaret – ikke som et egentlig pilotprojekt. Det centrale tiltag i den forbindelse er en tilpasning af lægernes arbejdstilrettelæggelse, herunder at der afsættes øremærket tid til bl.a. stuegang hos egne patienter. Vurderingen er, at denne tilpasning har forbedret lægernes mulighed for at tilse deres egne patienter. Afdelingen har i efteråret 2016 gennemført patientinterview som underbygger, at patienterne vurderer deres kontakt til afdelingens læger positivt.

### Indsatsbeskrivelse

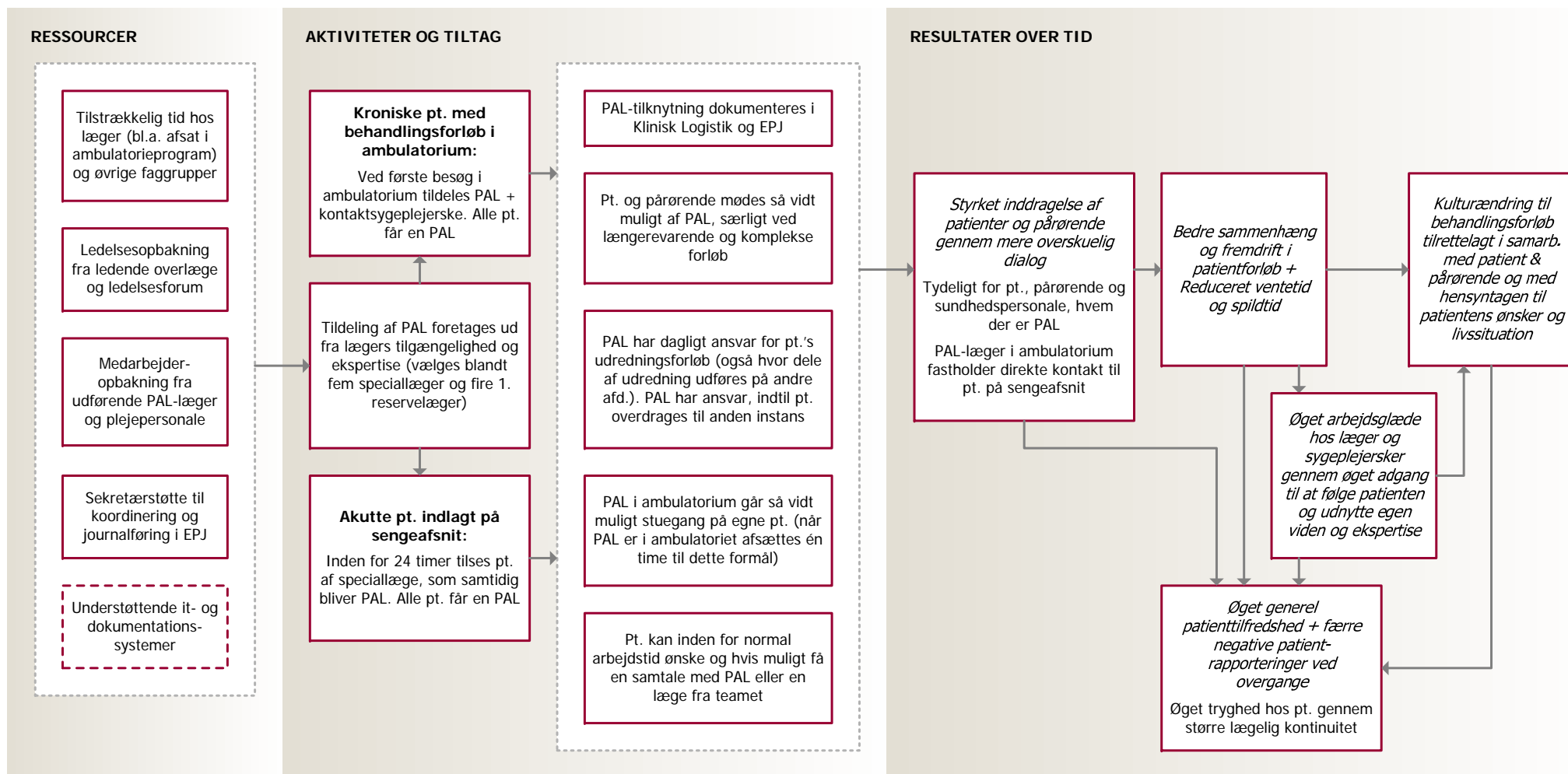
<b>Projektfokus</b>	Projektindsatsen med fokus på patientansvarlig læge er planlagt af et ledelsesforum med deltagelse af overlæger og afdelingssygeplejersker. Afdelingen har igennem en årrække arbejdet med forskellige elementer af patientansvarlig læge. Det nye består primært i en ny arbejdstilrettelæggelse, der skal sikre, at læger, der har funktionen som patientansvarlig, får afsat tid til stuegang, når de er i ambulatoriet.
<b>Omfang</b>	Indsatsen med fokus på patientansvar omfatter generelt både sengeafsnit og ambulatorium.
<b>Patientgrupper</b>	Patientansvarlig læge omfatter generelt både akutte patienter indlagt i sengeafsnit såvel om patienter i ambulante behandlingsforløb for kroniske sygdomme.
<b>Formål</b>	<p>Tilknytningen af en patientansvarlig læge har generelt til formål at øge patientens tryghed gennem lægelig kontinuitet og koordination. Det skal være tydeligt for både patient, pårørende og sundhedspersonale, hvem der har ansvaret for den enkelte patient. Patienterne skal være trygge ved, at den lægefaglige vurdering bygger på de rette kompetencer på tværs af specialerne.</p> <p>Den nye arbejdstilrettelæggelse som led i projektet sigter specifikt på at styrke den lægelige personkontinuitet i det enkelte patientforløb. Der er dog ikke et selvstændigt mål om, at patienten skal se færre læger i sit behandlingsforløb. Patienten skal se det antal læger, der er fagligt belæg</p>

	for i det enkelte forløb. Det er derimod et mål, at patienten oplever tillid til lægen, og at faglighed og information til patienten er i fokus.
<b>Tidsplan</b>	Indsatsen vedrørende patientansvarlig læge anskues ikke som et tidsafgrænset projekt. Den har derfor hverken en start- eller slutdato.
<b>Ledelse</b>	Indsatsen er forankret hos afdelingsledelsen med udøvende funktion hos ledelsen af sengeafsnit og ambulatorium. Der ligger ikke en proces med inddragelse af patienter eller øvrige medarbejdere bag valget af indsats. Den ledende overlæge vurderer, at patientansvarlig læge især forudsætter en løbende ledelsesopmærksomhed på, hvordan arbejdet optimeres inden for eksisterende rammer, og på at skabe en understøttende kultur.
<b>Organisering</b>	<p>På afdelingen varetages funktionen som patientansvarlig læge af et team på i alt fem speciallæger og fire 1. reservelæger.</p> <p>Siden august 2016 har afdelingen indført en ny organisering af arbejdet, der betyder, at speciallæger arbejder med samme funktion flere dage ad gangen. Tidligere kunne en speciallæge eksempelvis gå stuegang om mandagen, have kontordag om tirsdagen, være på ambulatoriet om onsdagen osv. Med omorganiseringen har lægerne eksempelvis en uge med stuegang, en uge i ambulatoriet osv. Med den nye arbejdstilrettelæggelse afsættes desuden tid til at gå stuegang hos læger, der er i ambulatoriet. Dette skal sikre, at den patientansvarlige læge kan opretholde direkte kontakt til egne patienter på sengeafsnittet.</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Alle patienter tilknyttes som udgangspunkt en patientansvarlig læge.</p> <p><b>Akutte patienter:</b> Den første læge, der tilser patienten, vil oftest være en reservelæge. Inden for 24 timer vil patienten møde en speciallæge, som samtidig bliver patientansvarlig læge. Tildelingen af patientansvarlig læge foretages af udvalgte speciallæger enten om aftenen eller om morgenen i forbindelse med morgenkonference, når der er overblik over, hvilke patienter der er kommet ind i løbet af natten. Fordelingen sker med udgangspunkt i, hvilke læger der er til rådighed på dagen samt efter lægernes ekspertise i forhold til den formodede sygdomsårsag.</p> <p><b>Kroniske patienter:</b> Ved første besøg i ambulatoriet tildeles patienten en kontaktsygeplejerske og en patientansvarlig læge, som derefter tager hånd om behandlingsforløbet.</p> <p>Oplysninger om tildelingen registreres (og opdateres) i EPJ og, ved indlæggelser, på Klinisk Logistik-tavlerne.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>Opgaverne omfatter som udgangspunkt udredning, stuegang og øvrig kontakt til patienter og pårørende, men der er særligt fokus på patientansvaret i længerevarende, komplekse forløb.</p> <p><b>Akutte patienter:</b> I det omfang det er muligt, har den patientansvarlige læge en tovholderfunktion for patienten gennem hele behandlingsforløbet. Den patientansvarlige læge har ansvaret, indtil patienten overdrages til en anden instans (fx en anden specialafdeling eller praktiserende læge).</p> <p><b>Kroniske patienter:</b> Den patientansvarlige læge er ansvarlig for behandlingsforløbet, også selv om udredning og behandling delvist sker på andre specialafdelinger. Det gælder ikke behandlinger, som varetages af praktiserende læge, og som er uafhængige af infektionen (fx behandling af forstørret prostata). Hvis en patient indskrives på sengeafdelingen, og senere skal følges i ambulatoriet, tilstræbes det, at patientansvaret fastholdes.</p>
<b>Stuegang</b>	Så vidt muligt går den patientansvarlige læge stuegang hos egne patienter sammen med en sygeplejerske, som også har godt kendskab til patienten. I uger, hvor lægen er på ambulatoriet, er der afsat én time til, at

	vedkommende kan forlade ambulatoriet og gå stuegang hos egne patienter indlagt på sengeafsnittet.
<b>Kontakt til PAL</b>	<p>Patienten kan kontakte koordinator på afdelingen (en sygeplejerske), som guider kontakten videre til den patientansvarlige læge, når det er relevant.</p> <p><b>Akutte patienter:</b> Ved tildeling af patientansvarlig læge orienteres patienten om dette. Patienten skal inden for normal arbejdstid kunne ønske en samtale med patientansvarlig læge eller en anden af teamets læger, såfremt patienten ikke er tilfreds med information eller forløb.</p> <p><b>Kroniske patienter:</b> Patientens efterfølgende kontroller vil ske hos kontaktsygeplejersken eller den behandlingsansvarlige læge. Patienten kan inden for normal arbejdstid kontakte sygeplejersken, der herefter vurderer, om det kan klares med eller uden patientansvarlig læge.</p> <p>Når patienter er i hjemmet, kan de kontakte en koordinator (sygeplejerske), som kan besvare patientens spørgsmål og sende information fra patienten videre til den patientansvarlige læge.</p>
<b>Pårørendekontakt</b>	Den patientansvarlige læge har en særlig rolle over for pårørende i forbindelse med komplicerede og langvarige behandlingsforløb. Her lægges særlig vægt på tydelighed om, hvilken læge de pårørende kan kontakte.
<b>Eksterne snitflader</b>	I det omfang det er muligt, skal den patientansvarlige læge følge patienten i hele udrednings- og behandlingsforløbet, herunder evt. ved behandling uden for afdelingen. Hvis der fx skal foretages en undersøgelse på Øre-næse-hals-afdelingen, er det fortsat den patientansvarlige læge, der er tovholder, når behandlingsforløbet tager udgangspunkt i Infektionsmedicinsk Afdeling. Men derudover skal den praktiserende læge være tovholder på patientens forløb. Der er ingen konkrete procedurer i forhold til at sikre patientansvaret i forbindelse med overgange til andre afdelinger. Så vidt muligt tager den patientansvarlige læge kontakt til modtagende enhed.
<b>Kvalitetsafvigelser</b>	Det er en gennemgående udfordring for afdelingen, at der opstår mange afvigelser fra det planlagte i forhold til patientansvarlig læge som følge af et højt antal akutte og komplekse patienter.
<b>Erfaringsopsamling</b>	Et ledelsesforum bestående af overlæger og afdelingssygeplejersker med daglig kontakt til patienter drøfter løbende erfaringer med PAL-arbejdet. Erfaringer bliver derudover drøftet på ledelsesmøder med deltagelse af hospitalsledelse og centerledelser.
<b>Øvrige implementeringstiltag</b>	Der er i september 2016 gennemført en intern interviewundersøgelse blandt 15 tilfældigt udvalgte indlagte og ambulante patienter. Patienterne blev spurgt til deres oplevelse af og tilfredshed med forløbet i afdelingen. Undersøgelsen blev foretaget af afdelingens kvalitetskoordinator ved at udspørge patienterne, hvor hun mødte dem på afdelingen.
<b>Kontaktpersoner</b>	Ledende overlæge Lars Jørgen Østergaard, larsoest@rm.dk, 7845 2800

Figuren nedenfor visualiserer den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Infektionsmedicinsk Afdeling. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.





Model for patientansvarlig læge:  
**Infektionsmedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital**

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
 Rød boks med punkteret kant = Ressourcer som aktuelt kun er delvist til stede  
 PAL = Patientansvarlig læge  
 Pt. = Patient

## Projekterfaringer

Afdelingens særlige indsats med fokus på patientansvarlig læge har primært omfattet to elementer. Mest centralt er omlægningen af de patientansvarlige lægers arbejdstilrettelæggelse med bl.a. hele stuegang suger og tid øremærket til stuegang hos egne patienter i ambulatorieprogrammerne. Dertil kommer afdelingens gennemførelse af korte patientinterview som opfølgning på patientoplevelsen af kontakten til afdelingens læger.

### *Resultater og analyse*

Den ledende overlæge vurderer generelt, at afdelingens patientansvarlige læger kan være mere fysisk til stede hos deres patienter, end de kunne tidligere. I den forstand er formålet med indsatsen indfriet. De aktuelle rammer for afdelingens arbejde sætter dog grænser for, hvor langt man kan komme i retning af intentionerne med patientansvarlig læge. Idealet er for ham at se den model, der bl.a. findes i Canada, hvor der er én-til-én relation mellem patient og læge, og hvor patienten til enhver tid kan komme i kontakt med lægen. Realisering af denne model i afdelingen vil dog kræve øget ressourcetilførsel sammenlignet med det nuværende niveau, vurderer han. Han nævner i den forbindelse, at en patient i gennemsnit vil møde syv forskellige læger i løbet af en uges indlæggelse på afdelingen.

I forbindelse med afdelingens patientinterview svarede alle 15 adspurgte (7 ambulante og 8 indlagte patienter) "ja" til, at...

- ...de har haft mulighed for at tale med en læge om spørgsmål og bekymringer
- ...de har fået svar på deres spørgsmål til lægen
- ...informationen fra lægerne har været overensstemmende med det, de faktisk har oplevet på afdelingen
- ...de overordnet er tilfredse med deres behandlingsforløb i afdelingen.

Hver patient blev desuden spurgt til, om vedkommende ved, hvilken læge der har haft det overordnede ansvar for den pågældende patients behandlingsforløb. Her svarede 6 ud af 7 blandt de ambulante patienter "ja", mens kun 2 ud af 8 blandt de indlagte patienter svarede "ja" til det samme spørgsmål. Blandt de 15 tilfældigt udvalgte patienter var der én ambulant patient og én indlagt patient, som ikke var blevet tilknyttet en patientansvarlig læge i afdelingen. Der var således fem af de indlagte patienter, der faktisk havde fået tilknyttet en patientansvarlig læge, men som ikke angav at vide, hvem vedkommende er. Som det er fremgået, slog dette dog ikke negativt ud i disse patienters svar på spørgsmålene vedrørende overordnet tilfredshed m.m.

Den ledende overlæge knyttede nogle yderligere kommentarer til implementeringserfaringerne. Det fremgår for det første af interviewet, at det kræver en del planlægning at få patientansvarlig læge til at fungere i praksis. For det andet nævner han, at det kan give udfordringer for lægerne, når opgaverne som patientansvarlig læge bliver skema- og timelagt. Det gælder fx, når lægen skal tage tid ud af ambulatorieprogrammet til stuegang, samtidig med at de står med en krævende problemstilling hos en patient. Sluttelig fremgår det af interviewet, at it-understøttelsen af patientansvarlig læge skaber udfordringer. Registreringen af patientansvarlig læge foretages særskilt på Klinisk Logistik-tavlerne og i EPJ. Det betyder, at der dagligt finder en dobbeltregistrering sted. Der forudsættes i den forbindelse klare rutiner, hvor sekretærer, der skriver referat af stuegang, bliver informeret om, hvem der er patientansvarlig læge. En yderligere udfordring er, at der ikke findes en rubrik til markering af patientansvarlig læge i Klinisk Logistik-systemet, ligesom det kan skabe problemer, at data i Klinisk Logistik forsvinder, når en patient udskrives. Disse problemer adresseres dog i forbindelse med det igangværende it-udviklingsarbejde i regionen (se appendiks B).

## **Datagrundlag**

Indsatsbeskrivelsen af patientansvarlig læge i Infektionsmedicinsk Afdeling er baseret på pilotprojektbeskrivelsen og andet skriftligt materiale fra afdelingen samt to interview på stedet i november 2016 med den ledende overlæge samt en overlæge fra afdelingen. Desuden er der, ligeledes i november 2016, foretaget en observation i forbindelse med en morgenkonference på afdelingen.

## 11 Øre-næse-hals-afdelingen, Aarhus

Øre-næse-hals-afdelingen yder regionale og højt specialiserede behandlinger inden for specialiet, herunder behandles mange kræftpatienter og patienter i kræftpakker. Derudover varetager afdelingen stort set alle højt specialiserede funktioner inden for øre- og næsebihulekirurgi. Afdelingen har i alt omkring 150 ansatte fordelt på ca. 35 læger (hvoraf 14 er overlæger, inkl. ledende overlæge) og ca. 50 sygeplejersker. Derudover er der ansat SOSU-assistenten, audiologiassistenter, sekretærer, AC-medarbejdere og en ingeniør. Afdelingen har på årsbasis ca. 40.000 ambulante patientbesøg og 3.150 indlæggelser. Der er 16 sengepladser, og indlæggelsestiden er faldende, aktuelt ca. 1,6 indlæggelsesdag i gennemsnit. Afdelingen foretager omkring 3.300 operationer pr. år.

### Overordnede projekterfaringer

Pilotprojektet udgør et eksempel på, hvordan en ambitiøs tilgang til patientansvarlig læge kan implementeres på en stor hospitalsafdeling i en form, der umiddelbart kun indebærer en forholdsvis beskeden omlægning af organisation og arbejdsgange. Data underbygger, at en del af intentionerne med projektet faktisk er blevet indfriet. Der synes dog stadig at være et udviklingspotentiale og -behov – især i et organisatorisk perspektiv, men i et vist omfang også i et patientperspektiv. Interviewmaterialet afdækker da også, at der er konkrete overvejelser i den retning.

I forhold til selve implementeringsforløbet udgør pilotprojektet et eksempel på, hvordan man kan fundere en implementering af patientansvarlig læge i en indledende baseline-afdækning af, hvad afdelingens udgangspunkt er på centrale punkter (herunder patientperspektivet). Det er endvidere værd at nævne, at implementeringsforløbet synes at vise, hvordan en tværfaglig projektgruppe kan give fremdrift til et implementeringsprojekt – men også hvordan der kan være en risiko for, at modellen med en projektgruppe kan skabe udfordringer i forhold til at sikre en tilstrækkelig bred medarbejderinddragelse i processen.

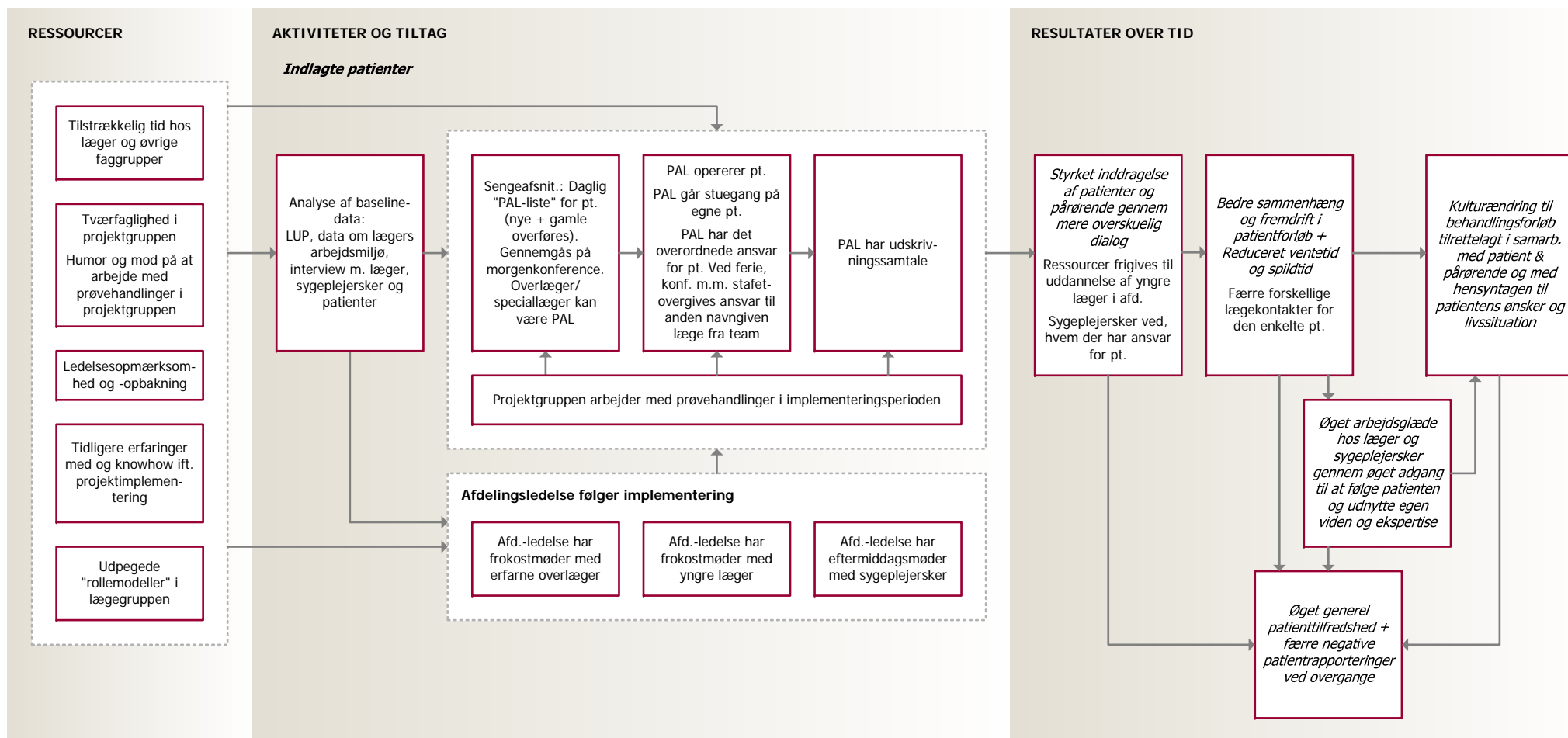
### Indsatsbeskrivelse

<b>Projektfokus</b>	Øre-næse-hals-afdelingen på AUH har en stor produktion af cancerrelaterede og højt specialiserede indgreb. Det medfører et betydeligt flow af potentielt komplicerede patienter, som kræver et bredt overblik hos den stuegangsgående læge dels over det aktuelle hos patienten, men også det videre udrednings- og behandlingsforløb. Afdelingen har valgt at sætte fokus på at sikre den patientoplevede lægelige personkontinuitet i forbindelse med stuegangsfunktionen, som tidligere blev varetaget af vagtholdet (for- og bagvagt).
<b>Omfang</b>	Pilotprojektet vedrørende patientansvarlig læge har deltagelse af de medarbejdere, som har arbejdsopgaver i forhold til patienter indlagt på Øre-næse-hals-afdelingens sengeafsnit.
<b>Patientgrupper</b>	Projektet omfatter foreløbig alle patienter indlagt på afdelingens sengeafsnit. Den ledende overlæge forventer dog, at ambulante patientforløb vil blive inkluderet i PAL-modellen på længere sigt.
<b>Formål</b>	<p>Projektet har fokus på at sikre den patientoplevede lægelige personkontinuitet i forbindelse med indlæggelse og operation. Målet er på længere sigt at sammenkoble de enkelte indlæggelsesforløb med den forambulante undersøgelse og postoperative opfølgning, således at alle patienter oplever en optimal, personlig kontakt til det lægefaglige personale.</p> <p>Projektet sigter samlet set på at opfylde det nationale rammepapirs fem mål med særlig vægt på styrket kontinuitet og patientinddragelse i be-</p>

	handlingsforløb samt øget arbejdsglæde hos personalet.
<b>Tidsplan</b>	Implementering af patientansvarlig læge i forbindelse med stuegang er indført som prøvehandling i maj 2016, og har fungeret lige siden. Der er i projektperioden kontinuerligt arbejdet med kvalitetsudvikling efter IHI's forbedringsmodel.
<b>Ledelse</b>	Ansvar for pilotprojektet er forankret hos ledende overlæge, ledende oversygeplejerske, afdelingssygeplejerske, teamansvarlig overlæge og ledende sekretær. Der har været en løbende dialog om implementeringsforløbet mellem afdelingsledelsen og de forskellige faggrupper i forskellige ad hoc-mødefora.
<b>Organisering</b>	<p>Pilotprojektet har ikke givet anledning til ændringer i afdelingens eksisterende lægefaglige teamstruktur baseret af tre søjler (øre, næse og hals). Der er mellem fire og ti læger i hvert team.</p> <p>Arbejdet med patientansvarlig læge er forankret i en projektgruppe består af ledende overlæge, ledende oversygeplejerske, afdelingssygeplejerske fra sengeafsnit, ledende sekretær, teamansvarlig overlæge, skemalæggende læge samt yderligere en yngre læge. Projektgruppen deltog i Region Midtjyllands Kon-Tiki-kursusforløb i løbet af 2016, hvor pilotafdelinger er blevet understøttet i at udvikle, afprøve og implementere funktionen som patientansvarlig læge (se appendiks A).</p>
<b>Tildeling af PAL</b>	<p>Projektet definerer som udgangspunkt operatøren som patientansvarlig for den pågældende patient. Den læge, der opererer, går dermed også stuegang hos patienten, og har det lægefaglige ansvar for udskrivelsen. Patientansvarlig læge er speciallæge. Hvis en yngre læge er medoperatør, kan denne dog få delegeret ansvaret for at gå stuegang m.m. hos patienten med supervision fra overlægen.</p> <p>Afdelingssygeplejersken sikrer dagligt, at patientansvaret er angivet på listen over indlagte patienter, således at det er tydeligt for det sundhedsfaglige personale, hvem der er den enkelte patients patientansvarlige læge. Sygeplejersker fra sengeafsnittet sætter lægens navn på Klinisk Logistik-tavlen, så det kan afklares på morgenkonferencen, hvornår der bliver gået stuegang hos patienten og af hvem. De akutte patienter bliver ligeledes sat på listen, i første omgang af for- og eventuelt bagvagt, således at de får endeligt tildelt en patientansvarlig læge ved morgenkonferencen. Hvis en akutpatient i forvejen har en patientansvarlig læge i afdelingen, fortsætter vedkommende i funktionen.</p> <p>Derudover noteres operatørens navn i EPJ, så man også på den måde er i stand til at se, hvem der er patientansvarlig.</p>
<b>PAL-ansvaret</b>	<p>Patientansvarlig læge er både behandlingsansvarlig og patientansvarlig. Afdelingen har ikke udarbejdet en decideret funktionsbeskrivelse i projektperioden, men er aktuelt i gang med dette. Udgangspunktet er, at patientansvarlig læge er den læge, der opererer patienten, går stuegang efter operation, og udskriver patienten.</p> <p>Er patientansvarlig læge ikke til stede i det afsluttende forløb eller i øvrigt, har vedkommende ansvar for at give stafetten og dermed patientansvaret videre til en anden navngiven læge fra teamet – afhængig af omstændighederne enten helt eller for en afgrænset periode. Det er en personlig overdragelse, hvor der informeres om patientens status og behandlingsplan. Der skal desuden foreligge en udførlig plan i journalen.</p>
<b>Stuegang</b>	Den enkelte patientansvarlige læge aftaler stuegang hos egne patienter med sengeafsnittet, og afsnittets personale videregiver besked herom til patienten. Stuegangen er ikke skemalagt; det er den patientansvarlige

	læges ansvar at orientere sengeafsnittet om det forventede tidspunkt.
<b>Kontakt til PAL</b>	Operatøren informerer patienten og pårørende om, at han/hun er patient-ansvarlig læge forud for operationen. Patienten har normalt daglig kontakt med patientansvarlig læge under indlæggelsen.
<b>Erfaringsopsamling</b>	Der er i pilotprojektet arbejdet efter IHI's forbedringsmetode. Der har i perioden været løbende opsamling af erfaringer både i projektgruppen i forbindelse med diverse møder.
<b>Øvrige implementeringstiltag</b>	<p>Projektgruppen har i den første projektfase etableret en baseline via interview med patienter (gennemført af en sygeplejerske på afsnittet) og indsamling af spørgeskemasvar fra læger og sygeplejersker. Udvalgte patienter, der gav udtryk for kritiske synspunkter, blev desuden interviewet uddybende. Den indledende analyse har samtidig inddraget data fra generelle patienttilfredsheds- og medarbejdertrivselsundersøgelser. Med nogle ugers mellemrum blev der efterfølgende gjort en implementeringsstatus via yderligere to runder patientinterview.</p> <p>Flere interviewpersoner peger desuden på, at afdelingen har arbejdet bevidst med implementeringsunderstøttelse via aktiv inddragelse af engagerede "rollemodeller" fra medarbejdergruppen.</p>
<b>Ressourcer</b>	<p>Afdelingsledelsen forventer ikke, at implementeringen af patientansvarlig læge vil medføre et forøget ressourcetræk hos læger eller andre faggrupper. Der forventes snarere en rationaliseringsgevinst i forhold til især de yngre lægers arbejde, idet disse i højere grad vil kunne koncentrere sig om egne patienter, som de kender i forvejen.</p> <p>Afdelingen har dog haft et ekstraordinært tidsforbrug til implementeringsaktiviteter i projektperioden – herunder især projektgruppens arbejde.</p>
<b>Kontaktpersoner</b>	<p>Ledende overlæge Karin Lambertsen, karilamb@rm.dk, 7846 3176</p> <p>Afdelingslæge Kristian Bruun Petersen, krispete@rm.dk</p>

Figuren på den følgende side giver en visualisering af den overordnede model for implementering af patientansvarlig læge i Øre-næse-hals-afdelingen. For en kort introduktion til logikken i figuren, se beskrivelsen i afsnittet om pilotprojektet i Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.



Model for patientansvarlig læge:  
Øre-næse-hals-afdelingen, Aarhus Universitetshospital

*Kursiv* = Formål opstillet i det nationale rammepapir  
PAL = Patientansvarlig læge  
Pt. = Patient

## Implementeringserfaringer

Dette afsnit afdækker på den ene side, at der er bred opbakning til tanken bag patientansvarlig læge på afdelingen, og at man på konkrete punkter har fået implementeret princippet i dagligdagen. Omvendt indikerer interviewene også, at der udestår nogle udfordringer i forhold til at skabe en fælles platform for patientansvarlig læge, som fungerer til bred tværfaglig tilfredshed, og som understøtter hensigtsmæssige arbejdsgange på afdelingen.

### **Implementeringsproces**

Erfaringerne med selve implementeringsforløbet i afdelingen beskrives ganske forskelligt af de enkelte faggrupper. Den ledende overlæge vurderer overordnet, at der har været en bred og god medarbejderinddragelse undervejs via udpegningen af en tværfaglig projektgruppe og strukturering af implementeringen i form af prøvehandlinger ud fra IHI's forbedringsmodel. Intentionen med den tværfaglige repræsentation i projektgruppen er netop at sikre, at implementeringsarbejdet gøres åbent for de forskellige faggrupper. Hun oplever desuden, at afsættet i baselinedata og en dynamisk implementeringstilgang har skabt en implementeringsproces med mere energi og engagement, end man typisk ser i hospitalsvæsenet.

De tre interviewede læger, hvoraf ingen har deltaget i projektgruppen, giver til gengæld udtryk for at have oplevet processen som forholdsvis lukket; og for at kendskabet til projektgruppens arbejde og drøftelser (herunder baselinedata) kun i begrænset omfang er blevet bredt ud i lægegruppen i øvrigt. Implementeringen er blevet oplevet som en ledelsesbeslutning, der kun i beskeden omfang har været genstand for diskussion i afdelingen. Især to af lægerne understreger dog samtidig, at de ikke ser dette som et tungtvejende problem; og alle tre læger giver klart udtryk for, at de grundlæggende ser patientansvarlig læge som et velbegrundet og perspektivrigt tiltag.

Interviewene med sygeplejersker og sekretærer viser det samme mønster. Både i den forstand at alle giver opbakning til grundtanken bag patientansvarlig læge, og i den forstand at interviewpersonerne har oplevet processen som besluttet og tilrettelagt af afdelingsledelsen og projektgruppen. Åbenheden over for bidrag og synspunkter fra den øvrige afdeling har indtil videre været beskeden, lyder det. I modsætning til lægerne vurderer de øvrige faggrupper dog, at den angiveligt lukkede proces har udgjort og til dels stadig udgør et problem i forhold til at opnå et godt resultat med fuld opbakning i den tværfaglige medarbejdergruppe. En af interviewpersonerne udtrykker det således:

*"Fra starten blev ideen ikke solgt så godt, fordi jeg oplevede, at der ikke er blevet lyttet til de udfordringer, som vi har fortalt om. Der er kommet lidt modstand mod ledelsen og den gruppe, der har siddet med det. Overordnet tænker jeg, at der er mange fine ting i det, men at det var givet godt ud, hvis man havde lyttet mere til dem, som arbejder med det, og som oplever udfordringer – og hvis man havde bestræbt sig på at lave lidt flere justeringer."*

Flere sekretærer og sygeplejersker bemærker, at de har rejst spørgsmål vedrørende konkrete udfordringer i hverdagen, mundtligt og skriftligt, uden at der for alvor er blevet responderet eller fulgt op på de enkelte punkter. Et enkelt eksempel: Den nye model for stuegang har – på grund af tidspres hos den enkelte patientansvarlige læge – i mange tilfælde medført, at stuegangsnotat mangler eller forsinkes til ulempe for især sekretærerne.

I forbindelse med fokusgruppeinterviewet – hvor flere fra projektgruppen deltog – blev der efterspurgt en respons på ovenstående kritikpunkter. Deltagerne var enige i, at der var nogle hængepartier; at arbejdet med forbedringsmodellen i særdeleshed mangler at blive omsat i erfaringsbaserede justeringer. Det fremgik også, at flere tilpasninger faktisk er undervejs, men at processen er forsinket af afdelingens forestående flytning til Skejby.



En mere entydigt positiv erfaring fra processen er til gengæld, ifølge en række interviewpersoner, at implementeringsforløbet har haft stor gavn af et vedholdende engagement hos en række læger; seniore læger såvel som yngre læger. Flere fremhæver i den forbindelse tovholderen i projektgruppen – en afdelingslæge – men det mest centrale eksempel synes at være den fælles, vedholdende opfølgning på patientansvaret ved især morgenkonference. En overlæge beskriver denne del af implementeringsprocessen således:

*"Vi har forsøgt at være hårde til morgenkonference og sige: "Så må du finde tid!". Der kræver det lidt hårdhed for at få det implementeret. Man skal være over det, i hvert fald den første tid. Ellers fristes man til at bede den yngre læge gøre det, og så vender man tilbage til den gamle trædemølle igen."*

### **Ledelse og organisation**

Pilotprojektet har ikke i væsentlig grad berørt organiseringen af arbejdet i afdelingen, idet der bygges videre på den eksisterende lægefaglige teamorganisering. Betydningen af dette forhold tematiseres generelt ikke i interviewene. En af de interviewede læger har ganske vist en refleksion over, om implementeringsprocessen kunne have haft gavn af en tværfaglig teamorganisering – således at fx sygeplejerskernes rolle i og perspektiv på implementeringen af patientansvarlig læge bringes mere i fokus. Interviewmaterialet giver dog ikke basis for at belyse dette nærmere.

Hvad angår synet på princippet om den patientansvarlige læge i organisationen, afspejler interviewene en forholdsvis høj grad af afstemthed på det overordnede plan. Det gælder både mellem ledelse og medarbejdere såvel som *mellem* faggrupperne og *internt* i faggrupperne. Den ledende overlæge betoner, at afdelingsledelsen internt er helt i fodslag på dette punkt. Sådan opleves ledelsesgruppen også udefra ifølge flere af de øvrige interviewpersoner – flere har en overvejelse om, at den meget samlede ledelsesfront utilsigtet kan have bidraget til oplevelsen af en forholdsvis lukket proces.

Som det allerede er fremgået, peger en række interviewpersoner til gengæld på, at der er væsentlig variation i holdningerne, når det kommer til synet på den praktiske realisering af princippet indtil videre. Uenigheden knytter sig især til vurderingen af de ændringer i afdelingens arbejdsgange, som pilotprojektet har givet anledning til. Dette er temaet for det følgende afsnit.

### **Arbejdsgange**

Den centrale ændring på arbejdsgangsniveau i forbindelse med pilotprojektet er, at operatøren – en speciallæge eller en yngre læge under supervision – går postoperativ stuegang, tager udskrivningssamtale m.m. Før i tiden varetog vagtholdet stuegangsfunktionen. Som en afledt konsekvens af dette er morgenkonferencen omlagt, således at den primært har fokus på afklaring af patientansvar og stuegang – hvem kommer og hvornår? – ikke i samme omfang som tidligere på at gennemgå status på patienterne for at klæde stuegangslægerne på.

Tankegangen bag den valgte model beskrives tydeligt i interviewet med den ledende overlæge. På grund af den betydelige uforudsigelighed i lægernes arbejdsopgaver – knyttet til bl.a. operationsvarighed, tilgang af akutte patienter m.m. – er det indtil videre vurderet urealistisk at skemalægge eller i det hele taget planlægge stuegang hos egne patienter i den enkelte læges dagsprogram. Den patientansvarlige læges evne til at disponere sin dag – til at udvise en ny form for ansvarlighed – er indtil videre udpeget som nøglen til at lykkes med patientansvarlig læge.

Den ledende overlæge nævner i den forbindelse, at sygeplejerskerne har gjort opmærksom på, at der er opstået udfordringer med øget ventetid på stuegang i forbindelse med den nye arbejdstilrettelæggelse, men hun vurderer, at der løbende er sket en håndtering af disse

udfordringer. Hun er dog samtidig åben omkring, at man ikke er færdige med at justere på modellen og peger således på, at nogle af de aktuelle overvejelser i afdelingen vedrørende næste skridt netop er spørgsmål som, "kan man booke en stuegang? Kan man lægge det ind i en arbejdsplan?".

De interviewede læger vurderer enslydende, at det ofte *er* meget vanskeligt at få en hensigtsmæssig stuegang hos egne patienter til at gå op med operationer og ambulatorieopgaver. Der peges på en række eksempler i interviewene: Det kan, som tidligere nævnt, knibe med at få skrevet stuegangsnotater. Fx god stafetoverdragelse samt opdatering af Fælles Medicinkort kan også halte. Frem for alt kan stuegangen ofte blive forsinket eller afbrudt på grund af manglende tid hos den patientansvarlige læge.

Netop sidstnævnte problemstilling vedrørende manglende struktur på arbejdet i sengeafsnittet er gennemgående i interviewene med sygeplejersker og sekretærer. En sekretær refererede fx denne historie:

*"Jeg sad til frokost og sagde, at jeg skulle interviewes, og så bad en af sygeplejerskerne mig om at give et eksempel: 'Jeg har tre patienter, der ikke er gået stuegang på endnu, og de to af dem skal udskrives i dag'. I den gamle struktur var der en forvagt og en bagvagt, der gik stuegang, og vi bestræbte os på, at stuegang skulle være færdig kl. 11. Og det var den tit."*

Ifølge en af overlægerne er det dog vigtigt at skelne mellem de tre team. I næseteamet, som han selv tilhører, har pilotprojektet faktisk ikke indebåret en væsentlig ændring af dagligdagen, vurderer han (teamet havde bl.a. i forvejen en kultur for, at operatøren går postoperativ stuegang). I halsteamet, som generelt har væsentligt flere operationer, er hverdagen derimod blevet mærkbart mere presset for speciallægerne, ifølge interviewpersonen.

En sygeplejerske beskriver betydningen af stuegangsproblematikken for patientkontakten – på de uheldige dage – med disse ord:

*"Det er klart, at det er os, der er i skudlinjen, fordi vi går op og ned ad patienterne, mens lægen er et andet sted. Så der bliver vi tit mødt med spørgsmål om, 'hvornår er der stuegang? Hvornår kommer lægen?'. Så må man bare smile og sige, at 'det ved jeg ikke...'. Og så går der måske 4-5 timer yderligere."*

Det skal dog understreges, at interviewene med alle tre faggrupper også rummer en positiv vinkel på arbejdsgangene i forbindelse med patientansvarlig læge: For det første oplever en række interviewpersoner, at afdelingen i almindelighed og de patientansvarlige læger i særdeleshed gradvist er blevet bedre til at håndtere den nye arbejdstilrettelæggelse. Og der er i øvrigt bred enighed om, at modellen med stuegang hos egne patienter isoleret set er mere fagligt hensigtsmæssig og tilfredsstillende end den model, man havde tidligere. For det andet vurderer flere – både læger og sygeplejersker – at udfordringerne vil kunne reduceres markant, hvis blot der afsættes en beskeden tidsramme til de nye opgaver som patientansvarlig læge hos de mest pressede læger.

### ***It-understøttelse***

Interviewpersonerne ser gennemgående ikke it-ressourcerne som en væsentlig *barriere* i forhold til velfungerende implementering af patientansvarlig læge. Flere henviser tværtimod til Klinisk Logistik-tavlerne som ganske velfungerende i forhold til at sikre overblikket og matche patienter med patientansvarlige læger.

Enkelte, bl.a. den ledende overlæge, peger på, at it-systemerne godt i højere grad kunne være en aktiv, støttende *ressource* i arbejdet – fx ved at lette og forenkle registrerings- og opdateringsarbejdet; ved at tilbyde bedre oversigtsfunktioner; og eventuelt ved at understøtte implementeringsmonitorering. Samlet set indikerer interviewmaterialet dog, at it-

spørgsmål har fyldt forholdsvis lidt i implementeringsprocessen til dato. Bemærk i den forbindelse, at de fleste af de nævnte svagheder i it-understøttelsen adresseres i forbindelse med det aktuelle udviklingsarbejde i regionen (se appendiks B).

### ***Fysiske rammer m.m.***

Logistikken er en del af de patientansvarlige lægers tidsudfordring, men generelt spiller de fysiske rammer ikke nogen central rolle i interviewene. Med én central undtagelse: I forbindelse med fokusgruppeinterviewet gjorde en af de deltagende 1. reservelæger opmærksom på, at den videre udvikling af patientansvarlig læge vil skulle tage højde for, at de fysiske afstande mellem operationsgang, ambulatorium og sengeafsnit under ét vil blive større efter flytningen til Skejby i slutningen af 2017, end de er i afdelingens nuværende lokaler på Nørrebrogade. De øvrige deltagere delte vurderingen af, at de aktuelle udfordringer med at få dagsprogrammerne til at hænge sammen for speciallægerne vil blive skærpet i den forbindelse. Der var således almindelig enighed om, at dette giver en yderligere grund til at overveje en øremærket tidsramme til opgaverne som patientansvarlig læge i forlængelse af flytningen.

### ***Eksterne snitflader***

Den del af afdelingens patientforløb, som involverer flere forskellige, helt eller delvist overlappende behandlingsforløb på hospitalsafdelinger, udpeges generelt ikke som en væsentlig udfordring i forhold til patientansvarlig læge i medarbejderinterviewene.

For det første henviser flere af interviewpersonerne til, at de centrale afdelinger i regi af Aarhus Universitetshospital har veludviklede samarbejdsformer på lægeplan – bl.a. fælles konferencer på tværs af udvalgte afdelinger – som kan bruge til at sikre afstemningen for den enkelte patient.

En af overlægerne henviser for det andet til, at der findes forskellige pragmatiske modeller for en smidig håndtering af koordinationen. Som et eksempel nævner overlægen en svært syg patient, han tidligere har behandlet. Patienten har opholdt sig et år i København, men vedkommende er vendt hjem til Aarhus, og er nu blevet indlagt på en anden AUH-afdeling. Den nye AUH-afdeling har henvendt sig til overlægen på patientens opfordring, sådan at overlægen kan overtage patientansvaret for patienten, selv om han aktuelt ligger på en anden afdeling. Pointen er, at overlægen i Øre-næse-hals-afdelingen har et kendskab til patienten og patientens komplekse forløb, som i rollen som patientansvarlig læge giver en gevinst målt på både patienttilfredsheden og ressourceforbruget i den afdeling, patienten aktuelt er indlagt på. Isoleret set en forøget belastning for Øre-næse-hals-afdelingen, men overlægen vurderer, at den slags pragmatiske løsninger, der vel at mærke går begge veje, vil være en nettogevinst for alle i den videre udvikling af arbejdet med patientansvarlig læge.

### ***Ressourceforbrug***

En række af de interviewede læger, herunder bl.a. den ledende overlæge, forholder sig til erfaringerne med ændringer i ressourceforbruget i forbindelse med patientansvarlig læge. Vurderingen er generelt, at der er tale om et forøget ressourcetræk hos speciallægerne og især de i forvejen travle overlæger – flere taler om, at det især handler om at "løbe hurtigere" – mens der er frigivet tidsressourcer hos de yngre læger, som tidligere havde et betydeligt større tidsforbrug til stuegang. Den ledende overlæge bedømmer nettoregnskabet som positivt, og hun tilføjer, at der er grund til at tro, at der også vil blive frigivet ressourcer på øvrige konti. Som eksempel nævner hun, at styrket patientkendskab vil over tid afspejle sig i færre blodprøver, scanninger og øvrige undersøgelser.

## Foreløbig vurdering af målopfyldelsen

Det nedenstående baserer sig på leder- og medarbejderinterviewene samt fem patientinterview gennemført på afdelingen. Dette datagrundlag muliggør kun en forsigtig vurdering af målopfyldelsen i forbindelse med pilotprojektet, men materialet giver med dette forbehold et foreløbigt bedømmelsesgrundlag.

### **Patientperspektivet**

De fem patientinterview underbygger kun delvist, at patientansvarlig læge giver mærkbare resultater for patienterne i afdelingen. Især hæfter man sig ved, at alle fem patienter har haft oplevelsen af, at have mødt en del forskellige læger under deres indlæggelse. Adspurgte svarer tre patienter desuden, at de ikke har haft oplevelsen af, at der er en bestemt læge, som tager hånd om deres forløb som helhed. Kun én af patienterne giver klart udtryk for, at vedkommendes oplevelser samlet set svarer til de forventninger, som for patienten knytter sig til udtrykket "patientansvarlig læge".

Et par af patienterne efterspurgte en kort uddybende forklaring af hvad "patientansvarlig læge" betyder, men alle fem havde forholdsvis let ved at forbinde noget med begrebet – og holde deres behandlingsforløb i afdelingen op imod denne reference. En af patienterne beskriver sin oplevelse af patientansvarlig læge i afdelingen således:

*"Vi er derhenne af, men hvis der blev noget senere, så ville det være dejligt, hvis det var den samme igen. Det, tror jeg, er et plus. Jeg ved ikke, om det er 100 % nødvendigt, men det er da et plus for lægen og mig, fordi så skulle vi ikke alt det der da capo. ... Det er lidt det, jeg har oplevet her, men ikke meget. Hvis det i dag havde været samme læge som sidste gang, så havde han måske været bedre forberedt. Det var en anden."*

Det er dog vigtigt at tilføje, at tre af patienterne har et helt eller i hvert fald overvejende positivt syn på deres behandlingsforløb i afdelingen frem til interviewtidspunktet. Denne patientudtalelse er et godt udtryk for en tendens i flere af interviewene:

*"Jeg snakkede med én til biopsien, og så snakkede jeg med en, der skulle give svar på biopsi og MR. Ham, der opererede mig, var en tredje læge, og ham, jeg lige har snakket med, var den fjerde læge. Ham, der opererede mig, skulle jeg have snakket med i dag, men han var på en anden afdeling. Men det har jeg ikke haft et problem med, fordi jeg har følt, at jeg er i de bedste hænder, og at jeg har fået svar på de ting, jeg skulle have svar på."*

Kun ét af patientinterviewene tegner et klart negativt billede af patientoplevelsen i afdelingen, og samlet viser interviewene, at der godt kan være en ganske høj patienttilfredshed, selv om oplevelsen af at have haft en patientansvarlig læge ikke er tydelig for den enkelte patient. Omvendt viser interviewene også, at patienterne alle har et positivt syn på tanken med patientansvarlig læge, og i det lys antyder fire ud af fem interview et større eller mindre rum for forbedring i Øre-næse-hals-afdelingen.<sup>9</sup>

### **Ledelses- og medarbejderperspektivet**

Det er gennemgående i interviewene, at informanterne lægger klart frem, hvad grundlaget for deres vurderinger er: *Formodninger* på basis af patient- og pårørendekontakten over de 6-9 måneders projektperiode op til interviewtidspunktet. Der foreligger ikke målrettede, databaserede analyser af udviklingen i patienttilfredshed, driftsmæssige nøgletal, indikatorer for behandlingskvalitet osv.

---

<sup>9</sup> Der er naturligvis kun tale om et lille udsnit af en langt større patientgruppe, så tendensen i denne håndfuld interview skal fortolkes med varsomhed.

Med dette forbehold er der en meget høj grad af sammenfald i interviewpersonernes svar. Alle eller de fleste læger, sygeplejersker og sekretærer peger på, at patienterne samlet set oplever øget personkontinuitet i lægekontakten med positiv betydning for det indbyrdes kendskab, for lægens kommunikation med patienten og for oplevelsen af tillid og tryghed i relationen. Dette, vurderer informanterne generelt, giver øget patienttilfredshed sammenlignet med tidligere.

Enkelte interviewpersoner har også nogle mere spekulative hypoteser vedrørende betydningen af patientansvarlig læge. Den ledende overlæge gisner om, at dialogen mellem læge og patient forbedres i en mere kvalitativ forstand (dvs. ikke blot i form af fx reduceret behov for at gentage oplysninger fra patientens side). Hun understreger dog, der vil være brug for en mere uddybende undersøgelse, end fx de patientinterview afdelingen selv har udført, hvis dette skal afdækkes. En af overlægerne har tilsvarende en hypotese om, at patientansvarlig læge kan have selvstændig betydning for gennemsnitsliggetiden på afdelingen via kortere, mere "strømlinede" behandlingsforløb.

Lægeinterviewene betoner alle de oplevede positive effekter for patienterne. På negativsiden påpeger både en sygeplejerske og en sekretær, at patientansvarlig læge efter deres opfattelse også betyder øget uforudsigelighed på sengeafsnittet, herunder især til tider lang, udefinerbar ventetid i forbindelse med stuegang for konkrete patienter. Begge nævner, at denne ventetid fx ind imellem kan give anledning til udskudte udskrivinger af patienter, som er helbredsmæssigt klar til at komme hjem, og som ønsker netop dette.

### ***Opsamling***

Ovenfor fremføres enkelte problematiske patientoplevede effekter af patientansvarlig læge. Det dominerende mønster i interviewene med fagpersonerne er dog, at interviewpersonerne både forventer og i det daglige oplever et positivt patientudbytte på en række punkter i forbindelse med indlæggelser på afdelingen set under ét. De fem patientinterviewe indikerer, at afdelingen formentlig endnu har et stykke vej at gå, før dens intentioner med patientansvarlig læge er kommet til fuld udfoldelse. Kun én af patienterne har haft en klart negativ oplevelse på afdelingen, men de fleste svarer, at der er en afstand mellem deres forventninger til indholdet i patientansvarlig læge, og det de faktisk har oplevet. Et vigtigt afsæt for at fortolke dette billede er, at afdelingens baseline-undersøgelse ved projektstart netop viste betydeligt rum for forbedring. Det er således meget muligt, at projektet faktisk *har* gjort en mærkbar positiv forskel sammenholdt med udgangspunktet (jf. fagpersoninterviewene), samtidig med at der på visse punkter endnu kan være et stykke til den ønskede tilstand (jf. patientinterviewene).

### **Datagrundlag**

Beskrivelsen af afdelingens model for patientansvarlig læge er udarbejdet på basis af pilot-projektbeskrivelsen samt et workshopinterview med den ledende overlæge, en afdelingslæge, en oversygeplejerske, en sygeplejerske samt en sekretær gennemført i forbindelse med Region Midtjyllands kursustilbud Kon-Tiki. Beskrivelsen er efterfølgende kvalificeret gennem skriftlige kommentarer fra afdelingens ledende overlæge. Implementeringserfaringer og foreløbig målopfyldelse er belyst via individuelle telefoninterview med afdelingens ledende overlæge, en afdelingslæge og to overlæger samt en sekretær og to sygeplejersker. Disse interview er gennemført i perioden januar-marts 2017. I forbindelse med et besøg i afdelingen i januar 2017 er der desuden foretaget interview med fem patienter indlagt på afdelingens sengeafsnit. I maj 2017 er der sluttelig gennemført et tværfagligt fokusgruppeinterview med deltagelse af to afdelingslæger, to reservelæger i første del af hoveduddannelsen og to afdelingssygeplejersker fra ambulatorium henholdsvis sengeafsnit. Samlet har 17 tværfaglige ledere og medarbejdere således bidraget til dataindsamlingen.

## 12 Appendiks A: "Kon-Tiki"-kursusforløb

Som et understøttende tilbud i pilotprojektarbejdet udbød Region Midtjyllands HR-afdeling et særligt tilrettelagt kursusforløb i perioden maj-september 2016. Forløbet blev knyttet til et eksisterende internt kompetenceudviklingstilbud, i den forstand at det blev benævnt "Kon-Tiki", som også er betegnelsen for Regionens kursusforløb med fokus på sammenhængende patientforløb.

Forløbet understøttede pilotafdelingerne i det konkrete arbejde med at udvikle, afprøve og implementere funktionen "patientansvarlig læge". Arbejdsformen byggede på teori og metoder fra bl.a. "Forbedringsfællesskaber" (IHI-modellen), men der er også inddraget elementer fra klassisk projekt- og implementeringslære. Dertil har der været lagt en særlig vinkel med interessant- og patientinterview og -involvering ud fra et ønske om at koble til Region Midtjyllands overordnede mål om at skabe et sundhedsvæsen på patientens præmisser.

Der var tale om et valgfrit tilbud, og i alt var der repræsentation fra fem af de ti pilotprojekter, som kom rigtigt i gang i løbet af 2016. Deltagerkredsen omfattede fra gang til gang ca. 25 personer – især læger, men også sygeplejersker og sekretærer deltog.

Forløbet strakte sig over fire moduler af hver én dags varighed. På modulerne arbejdede gruppen med korte oplæg, konkret pilotprojektarbejde, sparring og refleksion. Mellem modulerne arbejdede deltagerne med konkrete og intensive PDSA-test for på den måde at skabe fremdrift i den lokale udvikling og implementering.

Evalueringen af forløbet viste generelt, at det største udbytte sås hos de pilotafdelinger, der satsede helhjertet på pilotprojekt og kursusdeltagelse med tværfaglig repræsentation og stærk ledelsesopbakning. De afdelinger, som var monofagligt repræsenteret, og som oplevede et knapt så tydeligt ledelsesfundament for deltagelsen, gav udtryk for tilfredshed med moduler, niveau, sammensætning m.v., men tilkendegav også, at deres udbytte var mere begrænset.

De kursuselementer, som blev fremhævet positivt i evalueringen, er:

- Vægt på praksisnære, målrettede og forberedende aktiviteter frem for "øvelser" og bredt anlagt undervisning
- Inddragelse af fagfolk med konkret erfaring omkring implementering af patientansvarlig læge (ledende overlæger fra to forskellige hospitaler) samt andre fagfolk (fx en repræsentant for Region Midtjyllands it-afdeling)
- Inddragelse af en brugerkonsulent fra DEFACTUM (konsulent med patientbaggrund) i samskabende processer

Kontaktperson: Organisationskonsulent Kasper Bjørn, Koncern HR Udvikling, 7841 1047, [kaspbjoe@rm.dk](mailto:kaspbjoe@rm.dk)

## 13 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, louse-gronhoj@rm.dk

