

IMPLEMENTERING AF PATIENTANSVARLIG LÆGE

Erfaringer fra Medicinsk Afdeling
Regionshospitalet Randers

RAPPORT

April 2018



Implementering af patientansvarlig læge

Erfaringer fra Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers

DEFACTUM®, Region Midtjylland, april 2018

Emneord: Patientansvarlig læge, hospital, implementering, pilotprojekt, målopfyldelse, erfaringsopsamling, kvalitative og kvantitative data

Forsidefoto: Regionshospitalet Randers

Udarbejdet af:

Chefkonsulent Morten Greve og konsulent Jakob Sevelsted, DEFACTUM, Region Midtjylland

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 7841 0003

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

RESUMÉ	1
1 INDLEDNING	3
2 RAPPORTENS DATAGRUNDLAG	3
3 MODEL FOR PATIENTANSVARLIG LÆGE	4
4 IMPLEMENTERINGSERFARINGER	8
4.1 Implementeringsforløbet i MS2	8
4.2 Implementeringsforløbet i MS3	12
4.3 Opsamling	15
5 MÅLOPFYLDELSE	17
5.1 Resultater fra patientundersøgelsen	18
5.2 Resultater fra medarbejderundersøgelsen	20
5.3 Opsamling	26
6 OPSAMLING OG KONKLUSIONER	28
7 APPENDIKS	30
7.1 Spørgsmålsformuleringer i patientskemaet	30
7.2 Indekskonstruktion (patientbesvarelser)	30
7.3 Kausal fortolkning af spørgeskemabesvarelser	31

Resumé

Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers har med projektstart i december 2016 implementeret princippet om den patientsvarlige læge (PAL). Denne rapport opsamler erfaringer fra implementeringsforløbet med afsæt i kvalitative interviewdata såvel som kvantitative spørgeskemabesvarelser fra patienter og medarbejdere i afdelingen.

Afdelingens PAL-model

Afdelingens pilotprojekt har taget afsæt i en model med bl.a. følgende karakteristika:

- Der er særligt fokus på de indlagte patienter
- Alle indlagte patienter skal tilknyttes en PAL
- Alle afdelingens læger undtagen KBU-læger kan fungere som PAL
- Der etableres et tværfagligt "patientens team" omkring patienten
- PAL-tilknytningen sker primært via morgentavlemøder
- PAL er ansvarlig for en række specifikke opgaver ved indskrivning, under indlæggelse, og op til 14 dage efter udskrivning
- Afdelingens fire sengeafsnit har afprøvet fire forskellige organiseringer af stuegangen. I MS2 får den enkelte læge hver dag et dagsprogram udfyldt med både stuegang, ambulante opgaver m.m. I MS3 udfylder én læge PAL-rollen for hver enkelt patient en uge ad gangen, hvorefter ansvaret stafetoverleveres til en ny PAL den efterfølgende uge. I de to mindste sengeafsnit MS1 og MS4 er der arbejdet efter to forskellige mindre vidtgående PAL-stuegangsmodeller.

Implementeringserfaringer

Den interviewbaserede belysning af implementeringserfaringerne har fokus på sengeafsnittene MS2 og MS3, som har implementeret de mest vidtgående PAL-stuegangsmodeller.

I begge afdelinger synes den beskrevne PAL-model i vidt omfang at være blevet implementeret efter hensigten. Især i MS2 er der dog visse forbehold på dette punkt. I MS2 har især en af de to klinikkers sekretærer og sygeplejersker således oplevet et implementeringsforløb med utilstrækkelig vægt på det tværfaglige perspektiv og medejerskab. I MS3 ses derimod en overvejende tværfaglig accept af implementeringstilgangen.

I MS2 er den lægelige personkontinuitet i forhold til indlagte patienter øget, men der opleves problemer i klinikkerne med forsinkelser, ombookinger m.m. samt negative konsekvenser for lægekontinuiteten i klinikforløbene. I MS3 er lægekontinuiteten øget betydeligt, om end der også har vist sig barrierer for det opnåelige niveau af kontinuitet.

I MS2 er personkontinuiteten i sygeplejen øget betydeligt i løbet af afprøvningsperioden, ligesom der er tilfredshed med øget fællesskab og kontinuitet. I MS3 har et tilsvarende forsøg på at øge personkontinuiteten i sygeplejen måttet opgives.

I MS2 er konklusionen, at afsnittets stuegangsmodel samlet set ikke kan bringes til at fungere tilfredsstillende, hvorfor en ny model med afsæt i MS3-modellen er implementeret fra 1. januar 2018. I MS3 har PAL-modellen fungeret tilfredsstillende fra et kvalitetsperspektiv og fastholdes. Status pr. marts 2018 er endvidere, at afdelingen som helhed har oplevet en effektiviseringsgevinst via en stor reduktion i omfanget af overarbejde i forbindelse med stuegangsafvikling for læger og sygeplejersker samt via tidligere udskrivelser.

Målopfylde

Konklusionerne på den spørgeskemabaserede patientundersøgelse er:

1. Patienter oplever en højere grad af inddragelse ved efter-målingen

2. Patienter oplever en større sammenhæng i behandlingsforløbet ved efter-målingen
3. Patienter oplever, at behandlingsforløb er mindre præget af ventetid og/eller spildtid ved efter-målingen
4. Patienter har øget generel tilfredshed med behandlingsforløbet ved efter-målingen
5. Patienters oplevelser af de ovennævnte parametre varierer ikke på tværs af afsnit (kun baseret på data fra efter-målingen).

De væsentligste konklusioner på medarbejderundersøgelsen er:

1. Medarbejdere oplever generelt en øget grad af sammenhæng og koordination i arbejdsgange og behandlingsforløb
2. Overlæger vurderer sammenhæng og koordination i behandlingsforløbene mere positivt end de øvrige faggrupper
3. Medarbejdere fra MS1, MS3 og MS4 vurderer graden af sammenhæng og koordination i behandlingsforløbene mere positivt end medarbejdere fra MS2 (kun baseret på data fra efter-målingen).

1 Indledning

I november 2016 indgik regeringen, Danske Regioner samt en række faglige organisationer og patientorganisationer en aftale om at omstille det danske hospitalsvæsen til at arbejde efter princippet om den "patientansvarlige læge". Aftaledokumentet fastslår, at patienterne i det danske sundhedsvæsen skal opleve, at de har én læge, som tager ansvar for deres behandlingsforløb – en patientansvarlig læge (PAL). Den politiske og faglige forventning er, at denne omstillingsindsats vil være til stor gavn for patienternes oplevelse af sammenhæng, kontinuitet og tryghed i mødet med hospitalsvæsenet.

I løbet af 2016 har de fem regioner igangsat en række pilotafprøvninger af princippet om den patientansvarlige læge. Region Midtjylland udpegede i den forbindelse tolv pilotafdelinger og -afsnit, hvor ti pilotforløb har været genstand for en implementeringsevaluering af-rapporteret i juni 2017.¹ Blandt pilotafdelingerne er Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers, men da afdelingens implementering og afprøvning af patientansvarlig læge først blev igangsat december 2017, nåede erfaringerne fra dette forløb kun i begrænset omfang at indgå som en del af grundlaget for den tværgående evalueringsrapport. Nærværende rapport udgør derfor et supplement, hvor der kan drages fordel af de interessante data vedrørende pilotforløbet i afdelingen, som er indsamlet i den mellemlæggende periode.²

Resten af rapporten er disponeret i fem hovedafsnit. I det følgende afsnit redegør vi kort for datagrundlaget. Afsnit tre præsenterer hovedlinjerne i den model for patientansvarlig læge, som Medicinsk Afdeling satte sig for at implementere i slutningen af 2016. Det fjerde afsnit analyserer implementeringserfaringerne på basis af interviewdata, mens afsnit fem rummer en statistisk analyse af en før- og efter-måling baseret på survey-besvarelser fra patienter henholdsvis medarbejdere i afdelingen. Afslutningsvis sammenfattes rapportens analyser i et konklusionsafsnit.

2 Rapportens datagrundlag

Rapporten trækker som nævnt på flere forskellige datakilder. For det første har vi foretaget flere interview med forskellige informanter – herunder afdelingens ledende overlæge – i løbet af efteråret 2016 og foråret 2017. Disse interview havde fokus på at afdække afdelingens model for implementering af patientansvarlig læge.

For det andet har vi gennemført før- og efter-målinger i form af spørgeskemabesvarelser vedrørende oplevelsen af behandlingsforløbene i afdelingen. Data er indsamlet hos henholdsvis patienter og tværfaglige medarbejdere i efteråret 2016 og igen i efteråret 2017. Data-sættet omfatter knapt hundrede patientbesvarelser på begge måletidspunkter, mens der er indsamlet knapt hundrede før-besvarelser og ca. 150 efter-besvarelser blandt afdelingens medarbejdere. Patientsvarene er afgivet på stedet med tablet eller papirskema i forbindelse med udskrivningen, mens medarbejdersvarene er afgivet via et web-spørgeskema. Før- og efter-spørgeskemaerne var med få undtagelser identiske.

Det tredje element i dataindsamlingen var tværfaglige fokusgruppeinterview gennemført i to runder med interviewpersoner fra de to af afdelingens fire sengeafsnit, som har afprøvet de mest ambitiøse stuegangsmødder i forbindelse med patientansvarlig læge – dvs. Medicinsk Sengeafsnit 2 (MS2) og Medicinsk Sengeafsnit 3 (MS3). Første runde bestod af tre fokusgruppeinterview (ét interview i MS2 og to interview i MS3) gennemført i april 2017 af konsulenter fra Koncern HR Udvikling i Region Midtjylland i forbindelse med et beslægtet udvik-

¹ De to delrapporter fra evalueringsundersøgelsen kan hentes her:

<http://www.defactum.dk/publikationer/ShowPublication?publicationId=633&pageId=309986>

² Herunder både data vedrørende implementeringserfaringerne og målopfølgningen knapt et år inde i implementeringsforløbet.

lingsprojekt om bedre vagttilrettelæggelse. Interviewreferaterne har også relevans i denne sammenhæng og inddrages derfor. Anden runde omfattede to fokusgruppelinterview med deltagere fra henholdsvis MS2 og MS3 gennemført af DEFACTUM i november 2017. Der blev her spurgt målrettet til de første knapt et års erfaringer med implementeringen af patientansvarlig læge.

3 Model for patientansvarlig læge

Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers varetager udredning og behandling af patienter med sygdomme inden for alle de medicinske specialer. Afdelingen har omkring 330 ansatte, inklusive ca. 75 læger (hvoraf knapt 30 er overlæger). Derudover består personalet af sygeplejersker, sekretærer, SOSU-assistenten og enkelte terapeuter. Afdelingen har på årsbasis ca. 45.000 ambulante patientbesøg og 5.000 indlæggelser omsat til ca. 37.000 senge dage. Den har 109 sengepladser, og er en af de største af sin art i Danmark.³

Afdelingen har fire team, med sengeafsnit og tilhørende specialeklinikker: MS1 med kardiologi, MS2 med lungemedicin, reumatologi, hæmatologi/infektionsmedicin, MS3 med endokrinologi og gastroenterologi, MS4 med geriatri. Speciallægerne er fast tilknyttet fagteam med fast sengeafsnit og kliniktilknytning. Yngre læger roterer af uddannelseshensyn i afdelingen til alle team, nogle har også længere perioder i specialeteam. Rotation sker hver 4. måned. Afdelingen har mange yngre læger i uddannelsesstillinger af forskellig varighed, fra 6 mdr. til 24 mdr. Det gør, at der er en stor løbende udskiftning af yngre læger ved udløb af uddannelsesstilling. Heri har ligget en implementeringsmæssig udfordring.

Oversigten i Tabel 1 nedenfor giver en forkortet version af den modelbeskrivelse, som blev udarbejdet i forbindelse med den tværgående evaluering.

Tabel 1 – Tematisk præsentation af Medicinsk Afdelings model for patientansvarlig læge

Projektfokus	Afdelingen oplever at være kommet langt i retning af intentionerne med patientansvarlig læge, hvad angår de ambulante patienter. Pilotprojektets fokus har således været på de indlagte patienter. 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 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 m.m. håndteres.
Omfang	Afdelingens fire sengeafsnit har alle været 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.
Patientgrupper	Alle patienter tilknyttet de fire afsnit – indlagte såvel som i ambulant regi – tilknyttes en patientansvarlig læge efter de beskrevne principper.
Formål	Der er i afdelingen generelt stor opbakning til de fem opstillede hovedmålsætninger i det nationale PAL-projekt. Særligt har det dog haft en positiv, motiverende betydning hos lægerne, at der eksplicit henvises til et mål om øget arbejdsglæde hos medarbejderne. Derudover har målet om styrket patientdialog og -inddragelse stået centralt.
Tidsplan	Det forberedende arbejde begyndte i september 2016. Igangsætningen af

³ Dette afsnit – og dele af det følgende – trækker på baggrundsrapporten udgivet i juni 2017 i forbindelse med den tværgående evaluering.

	<p>selve implementeringsforløbet på sengeafsnittene skete december 2017. Den første implementeringsfase sluttede i foråret 2017, men pilotarbejdet er fortsat frem mod udgangen af 2017.</p>
Ledelse	<p>Pilotprojektet har været drevet af afdelingens tværfaglige funktionsleder-gruppe. Der afholdes møder i denne kreds en gang om måneden, hvor patientansvarlig læge har været et selvstændigt drøftelsespunkt i projekt-perioden. Samtidig er der brugt meget tid på at drøfte projektet i overlægegruppen, som mødes hver 14. dag.</p>
Organisering	<p>Afdelingen havde i forvejen en teamorganisering på afsnitsniveau, men pilotprojektet skulle etablere en tydeligere subgruppering i forbindelse med dannelsen af "patientens team". En afløser for den patientansvarlige læge skal dermed findes blandt 3-4 læger, ikke blandt fx 30 læger, hvis patientens læge er syg, på konference eller lignende. Dette forventes at gøre sig gældende også i forhold til sygeplejerskernes teamtilknytning.</p>
Tildeling af PAL	<p>Tilknytningen af patientansvarlig læge og patientansvarligt team til den enkelte indlagte patient sker fra projektstart via morgentavlemøder med udgangspunkt i et oplæg udarbejdet af koordinerende sygeplejerske. Patienten tildeles PAL den første hverdag i afdelingen. 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 PAL-funktionen, men når en introduktionslæge er patientansvarlig læge, er der tilknyttet en speciallæge som "med-patientansvarlig".</p>
PAL-ansvaret	<p>PAL-ansvaret for de indlagte patienter kan opsummeres som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den patientansvarlige læge har mål- og plansamtale med patienten første hverdag efter ankomst • Hvis patientansvarlig læge har anden funktion, superviserer vedkommende så vidt muligt stuegangslægen. Patientansvarlig læge går stuegang ved særligt behov • Yngre læger i PAL-funktion har supervisor med ved behov • Den patientansvarlige læge skal altid involveres ved væsentlige behandlingsbeslutninger eller planændringer • Hvis en patient flyttes fra sengeafsnit til intensivafsnit, fastholdes PAL-ansvaret for den enkelte patient, ligesom det opretholdes, når patienten vender tilbage til sengeafsnittet • Den patientansvarlige læge har udskrivningssamtale hvis muligt • Den patientansvarlige læge er kontaktlæge for pt. op til 14 dage efter udskrivning • Tilknytning til patientansvarlig læge (og sengeafsnit) fastholdes så vidt muligt ved genindlæggelser inden for 14 dage.
Stuegang	<p>Medicinsk Afdeling har afprøvet fire forskellige tilgange til stuegang i forbindelse med patientansvarlig læge:</p> <p>MS1 (Hjerte): I MS1 tilstræbes lægelig personkontinuitet i forhold til den enkelte patient, men ikke efter en specifik model.</p> <p>MS2 (Lunge, Reumatologi, Fælles Medicinsk Ambulatorium): Arbejdet er lagt om, sådan at den enkelte læge hver dag får både stuegangs- og ambulante opgaver sat sammen i et blandet dagsprogram, hvor egne patienter på sengeafsnit og i klinik er booket ind.</p> <p>MS3 (Endokrinologi og Gastroenterologi): Et hold af 4-5 læger (speciallæger og yngre læger) går stuegang en uge ad gangen. Stuegangslægerne fungerer som patientansvarlige læger for egen gruppe af patienter. Fredag opsummeres der, så det er let for næste PAL at overtage planen.</p>

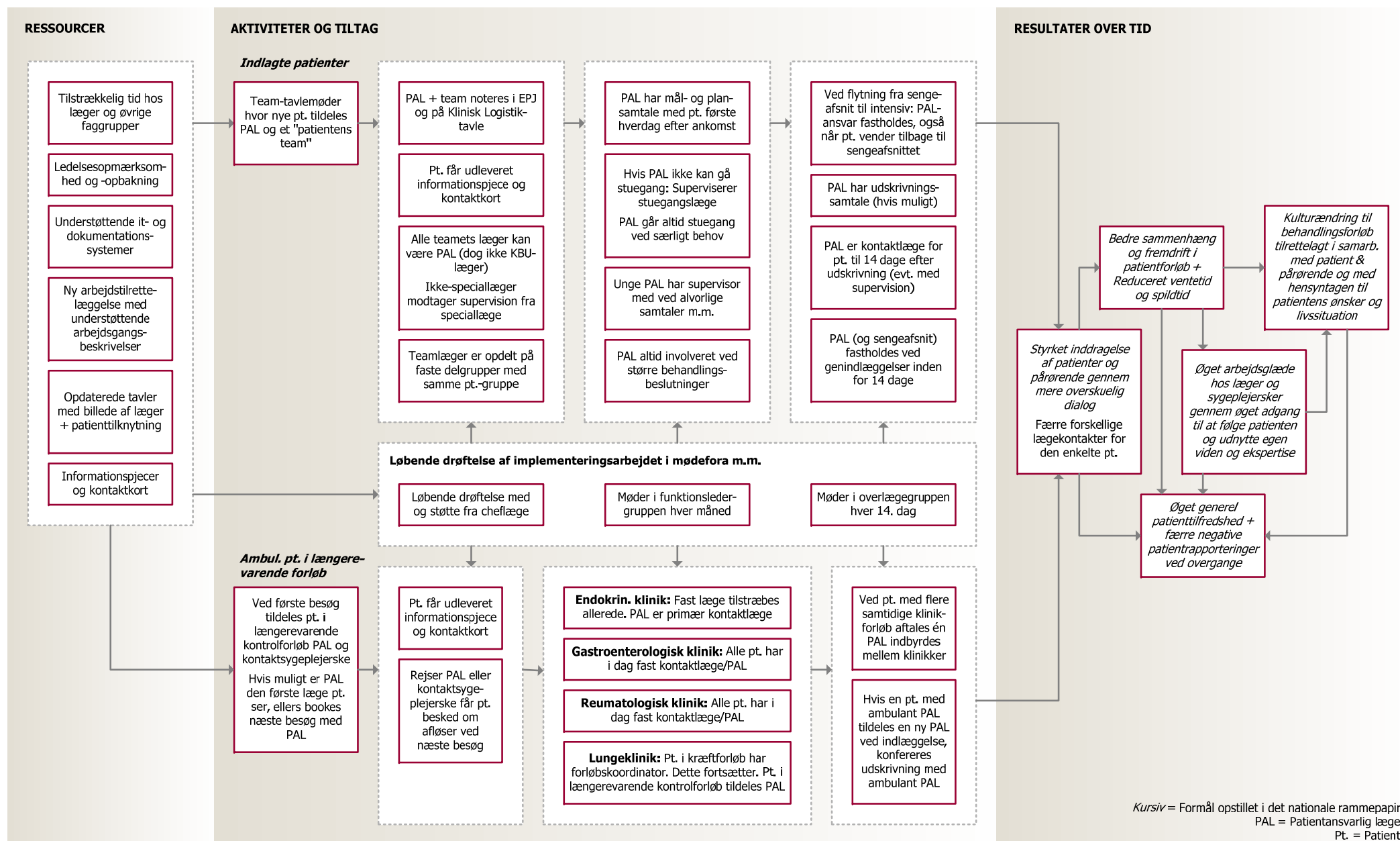
	MS4 (Apopleksi-team og Udkørende team): Patienterne deles op i tre grupper, hvor der er tilknyttet en speciallæge til hver. Disse læger udfylder PAL-funktionen i forhold til patienterne i gruppen. Speciallægen går ofte stuegang, men har samtidig løbende supervision i forhold til de øvrige læger i teamet.
Kontakt til PAL	Både i forbindelse med indlæggelse og efter udskrivning vil man som patient kunne bede om at få kontakt til den patientansvarlige læge (der udleveres pjece med bl.a. kontaktinfo). 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.
Pårørendekontakt	Pårørende inviteres til at deltage i den daglige stuegang på afdelingen.
Eksterne snitflader	Den ledende overlæge ser mange udfordringer i forhold til patientovergange, som ikke er håndteret i afsættet for det nationale pilotprojekt. Fx nævnes en situation, hvor en patient fra lungemedicinsk afsnit, Medicinsk Afdeling får brystsmerte og skal flyttes til Kardiologisk Afsnit på Regionshospitalet Randers – skal der i den situation skiftes patientansvarlig læge? Ambitionen for pilotprojektet er, at man på hospitalet – forløb for forløb – foretager en fælles helhedsvurdering af, hvor det tjener patienten bedst at placere opgaven som patientansvarlig læge.
Kvalitetsafvigelser	Den ledende overlæge anerkender, at der på konkrete tidspunkter kan opstår flaskehalse fx i form af utilstrækkelige lægeressourcer, men hun ser dette som et spørgsmål om løbende at udvikle modellen, indtil den bliver robust over for dette. Den største bekymring blandt afdelingens speciallæger går på, om "oprustningen" i forhold til indlagte patienters forløb vil forringe de ambulante patienters oplevelse af lægekontakten.
Ressourcer	Det er en generel forventning blandt afdelingens læger, at afdelingen over tid vil opleve en ressourcebesparende effekt af, at stuegang frem over sker på grundlag af en bedre forhåndsviden hos lægen om den enkelte patient. I implementeringsfasen ser man derimod en risiko for, 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.

Figuren på den følgende side (Figur 1) visualiserer modellen for implementering af patientansvarlig læge i Medicinsk Afdeling.

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, m.m. Det midterste felt viser de vigtigste aktiviteter og tiltag i forbindelse med implementeringen af patientansvarlig læge fordelt på tre kategorier: For det første opgaver og arbejdsgange knyttet til rollen som patientansvarlig læge for de indlagte patienter. For det andet de eksisterende procedurer knyttet til ambulante patienter i længerevarende forløb. Og for det tredje de løbende understøttende drøftelser i forskellige mødefora. I feltet længst til højre vises de forventede resultater af indsatsen, herunder de fælles målsætninger opstillet i det nationale rammepapir (med kursiveret skrift i figuren) såvel som supplerende resultatforventninger opstillet i det lokale pilotprojekt (med normal skrift).

Det skal bemærkes, at udviklingen af en tydelig og ensartet PAL-model også for de ambulante patienter er et centralt indsatsområde i afdelingen i 2018.

Figur 1 – Model for implementering af patientansvarlig læge i Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers



4 Implementeringserfaringer

Formålet med dette afsnit er at belyse erfaringerne med implementering af patientansvarlig læge i Medicinsk Afdeling. Som beskrevet ovenfor har tyngden i implementeringsforløbet ligget i afdelingens to største sengeafsnit MS2 og MS3. Det er i disse to afsnit, man har afprøvet PAL-modeller, som udgør en væsentlig nyskabelse i forhold til den tidligere arbejdstilrettelæggelse. Af samme årsag er den interviewbaserede opfølgning på implementeringserfaringerne, som præsenteres i det følgende, fokuseret på MS2 og MS3.

Datagrundlaget

Dette afsnit er for det første baseret på tre fokusgruppeinterview gennemført af Koncern HR Udvikling i april 2017 som led i et projekt vedrørende bedre vagttilrettelæggelse. Interviewene berørte bl.a. de første erfaringer med patientansvarlig læge. I sammensætningen af grupperne var der lagt vægt på, at de skulle være tværfaglige og inddrage synspunkter fra både sengeafsnit og klinikker, da der var stor forskel på holdningen til projektet. Fokusgruppeinterviewet i MS2 havde deltagelse af tre speciallæger, tre yngre læger samt en sygeplejerske og en sekretær, begge fra klinik. I MS3 gennemførtes to fokusgruppeinterview; ét med deltagelse fra endokrinologi-teamet (to overlæger, en yngre læge og afdelingssygeplejersken) og ét med deltagelse fra gastroenterologi-teamet (to overlæger og to yngre læger).

Datagrundlaget omfatter for det andet to fokusgruppeinterview gennemført af DEFACTUM ultimo november 2017 i MS2 henholdsvis MS3. Afdelingssygeplejersken, en overlæge samt to sekretærer og to sygeplejersker (fra både sengeafsnit og klinik) deltog i interviewet i MS2. MS3-interviewet havde deltagelse af tre overlæger, to yngre læger, en sygeplejerske og en sekretær fra sengeafsnittet. Det skal nævnes, at de to hold fokusgruppedeltagere udvalgt til denne interviewrunde bevidst overrepræsenterede et forholdsvis kritisk mindretal i både MS2 og MS3. Dette med henblik på at sikre, at et kendt kritisk perspektiv kunne komme til orde i forbindelse med interviewene. Det følgende skal således fortolkes i dette lys.

4.1 Implementeringsforløbet i MS2

Som beskrevet i afsnit 4 ovenfor har MS2 pilotimplementeret en stuegangsmodel, hvor lægernes dagsprogram lægges med en blanding af stuegangsfunktion og resten af dagen ambulant funktion i klinik med udgangspunkt i patientansvaret. I det følgende belyses erfaringerne ud fra de to runder interview med hovedvægt på interviewet i november 2017.

4.1.1 Implementeringsstatus april 2017

Interviewene tegner et billede af en implementeringsproces, som generelt er blevet oplevet som lidt for hovedkulds i den første fase, og som fortsat ikke var faldet helt på plads på interviewtidspunktet. Interviewpersonerne blev bl.a. bedt om at angive på en skala fra 1 til 10, hvor tæt de vurderer, at afsnittet er kommet på at få sin organisering af patientansvarlig læge til at virke fuldt ud efter hensigten (svarende til værdien 10). Her svarede alle 5 eller 6. Interviewpersonerne pegede i den sammenhæng på flere konkrete eksempler på fortsat problematiske elementer. Især nævnes problemer med, at den afsatte tidsplan for formiddagene kan vælte 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 påpeger de positive aspekter af øget lægekontinuitet i patientkontakten – og at de ser et stort potentiale videre frem. Flere understregede således, at de ikke ønsker at opgive bestræbelsen på at implementere patientansvarlige læge, uanset de fortsatte udfordringer.

4.1.2 Implementeringsstatus november 2017

Diskussionen af interviewmaterialet er i det følgende struktureret med afsæt i to overordnede spørgsmål: Hvordan svarer den faktisk implementerede PAL-model til det generelle koncept, som beskrives i afsnit 3? Og i forlængelse heraf: Hvad er interviewdeltagernes erfaringer med og vurderinger af implementeringsprocessen?

Den faktisk implementerede PAL-model

Overordnet tegner interviewet et billede af, at Medicinsk Afdelings PAL-implementering i løbet af 2017 – set fra et tværfagligt MS2-perspektiv – ligger tæt på den oprindeligt fastlagte PAL-model. Interviewpersonerne peger samtidig på, at afsnittets PAL-model i praksis indebærer meget betydelige ændringer på en række punkter. En sekretær udtrykker det med disse ord:

"Det har været den største organisatoriske ændring for mig nogensinde."

Alle faggrupper repræsenteret i interviewgruppen erklærer sig enige i denne vurdering.

Afsnittets patienter tilknyttes alle en patientansvarlig læge, og med undtagelse af KBU-læger er alle ansatte læger i spil til at udfylde en PAL-funktion. Som det fra starten var planen, har MS2 afprøvet en stuegangsmodel, der indebærer, at hver enkelt læges dagsprogram tilrettelægges med afsæt i ansvaret for egne patienter. Der er således hver dag afsat ca. to timer til stuegang hos egne patienter afvekslende med dagens øvrige opgaver i ambulatorium osv. Afsnittets stuegangsmodel blev dog først fuldt implementeret fra marts 2017, nogle måneder efter indførelse af en konsekvent PAL-tilknytning for alle indlagte patienter.

En række interviewpersoner giver med forskellige ord udtryk for, at stuegangsmodellen i MS2 forudsætter en stram disciplin hos lægerne og skarpt fokus på planlægning og overblik hos sygeplejersker og sekretærer. Lægerne skal bevæge sig mellem sengeafsnit og klinikker i løbet af dagen i henhold til deres program. Modellen indebærer derfor en indbygget risiko for forsinkelser med afledte konsekvenser for tværfaglige kolleger og både ambulante og indlagte patienter. Det fremgår af interviewet, at planlægning og booking foregår i en tværgående proces, der ikke hviler på detailkendskab til de specialespecifikke team og de enkelte læger. Opgaven ligger primært hos den koordinerende sygeplejerske og med et stort overordnet ansvar hos afdelingssygeplejersken.

Den deltagende overlæge pointerer, at den implementerede PAL-model tager nogle pragmatiske hensyn, hvor der generelt sker en afvejning mellem effektivitet, faglighed og hensynet til lægekontinuitet i patientkontakten. Konkret peger han fx på, at nyhenviste patienter ikke altid får tildelt en PAL inden for det relevante speciale i første omgang, da tildelingen i høj grad sker ud fra, hvor den ledige lægekapacitet findes på henvisningstidspunktet. Efterfølgende kan der dermed blive tale om at flytte PAL-ansvaret til en læge inden for specialet. Afdelingssygeplejersken nævner dog, at indførelse af tavlemøder har styrket den indledende matchning mellem patienter og læger med den rette specialisering.

På et enkelt punkt antyder interviewet en afstand mellem den faktiske PAL-model i afsnittet og det koncept, der dannede afsæt for implementeringen (se afsnit 3). Interviewpersonernes beskrivelser af erfaringerne hidtil indikerer, at teamforankringen af PAL-arbejdet ikke i praksis har fået helt den centrale betydning, der var lagt op til i modelbeskrivelsen. Herunder især ikke i form af en indsnævring af, hvor mange forskellige læger, der kan komme i spil i den enkelte patients behandlingsforløb på afsnittet. Både den deltagende overlæge og de tre sygeplejersker fremhæver til gengæld, at PAL-implementeringen i praksis har pustet nyt liv i indførelsen af tildelt sygepleje på afsnittet – til stor gavn for både sygeplejersker, læger og patienter. Det var allerede en ambition før PAL-implementeringsprojektet, men er ifølge interviewpersonerne først for alvor blevet virkeliggjort i forbindelse med afdelingens

PAL-proces. På denne vis er en del af intentionen med "patientens team" blevet realiseret i form af øget kontinuitet i sygeplejerskekontakten til den enkelte patient.

Erfaringer med implementeringsprocessen

De deltagende sygeplejersker og sekretærer fra klinikkerne tegner generelt et ret samstemt billede af deres oplevelse af implementeringsforløbet. Ifølge interviewpersonerne er der forholdsvis sent i processen fra afsnitsledelsen blevet udmeldt en overordnet ramme med tre modeller for organiseringen af lægernes stuegang på afsnittene. Forventningen har så været, at sygepleje- og sekretærgrupperne ville gøre det nødvendige for at få den samlede PAL-model til at fungere. Oplevelsen er, at patientansvarlig læge fra starten er udsprunget og tænkt som et lægeprojekt, hvor etablering af et stærkt tværfagligt medejerskab ikke har været et tungtvejende hensyn. Alle understreger de dog samtidig, at der har været og fortsat er opbakning til grundtanken bag PAL-initiativet hos alle faggrupper. Både sygeplejersker og læger oplever således den forbundne implementering af tildelt sygepleje som en stor gevinst for alle interessenter.

Det fremgår, at den sene og forholdsvis ukonkrete udmelding af PAL-modellen til sygeplejersker og især sekretærer i klinikkerne har kostet unødvendige frustrationer hos disse faggrupper – den deltagende overlæge medgiver i den forbindelse, at han godt kan genkende problematikken. Samtidig giver en række interviewpersoner udtryk for, at især den vidtgående omlægning af stuegang og lægebooking har haft utilsigtede negative effekter for patienterne i klinikernes ambulante spor. Med en sekretærs ord:

"Nu kom vi meget sent på, sekretærene; det var faktisk sådan lige: 'Vi starter PAL i næste uge, sæt i gang!', og der har vi nok haft lidt svært ved det, i og med at vi netop har kørt med en form for PAL i vores klinikker, og det har vi jo set lidt skudt i stykker, så vi har ikke helt kunne se en mening med det. ... Igen også fordi vi ikke har været med i processen."

Det handler både om reduceret personkontinuitet i lægekontakten i klinikkerne og om et øget antal flytninger af allerede aftalte konsultationer. Interviewet afspejler med andre ord, at sygeplejersker og sekretærer i klinikkerne generelt har oplevet en del problemer og udfordringer i forbindelse med pilotimplementeringen af patientansvarlig læge. Flere interviewpersoner nævner i den forbindelse, at de ikke rigtig oplever, at kritisk feedback undervejs i processen er blevet taget i betragtning og ledelsesmæssigt omsat i relevante justeringer.

Hvad angår lægeperspektivet, betoner den deltagende overlæge, at grundprincippet bag patientansvarlig læge nyder opbakning i overlægegruppen. Omvendt er der fortsat ikke fodslag omkring detaljerne i udmøntningen af princippet. Han nævner i den forbindelse, at der på interviewtidspunktet stadig foregår en diskussion om, hvorvidt det er velbegrundet at tilknytte alle patienter en patientansvarlig læge. Faktisk anser nogle af afdelingens læger med hans ord fortsat afsnittets konkrete PAL-model som "åndssvag".

Det ovenstående illustrerer, at der er en del forbehold over for afsnittets PAL-model blandt de tværfaglige personalegrupper. Både overlægen og afdelingssygeplejersken i interviewgruppen betoner dog, at PAL-implementeringen må betegnes som en meget svær forandringsledelsesopgave – og at dette også må anerkendes blandt kritikerne. Ingen har på forhånd vidst, hvordan denne meget omfattende ændring af arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse bedst ville kunne komme til at fungere, og man har således været nødt til at prøve sig frem. Især overlægen peger på, at det i sådan en sammenhæng også er vigtigt med ledelsesmæssig tydelighed. Han formulerer det således:

"[H]vis man ikke fra ledelsens hold er klar i spyttet og siger, at 'nu er det sådan, vi gør fra den og den dato, og det kan I godt forberede jer på', så bliver der også lidt rumlen."

Uanset de beskrevne spændinger og vanskeligheder er alle interviewpersonerne enige om, at afsnittet faktisk som helhed har arbejdet helhjertet og seriøst med pilotafprøvningen i løbet af 2017. Eksempelvis peges der på, hvordan der er foretaget konkrete tilpasninger undervejs – bl.a. justeringer af mødeformer (tavlemøder, teamkonferencer), tiltag til styrket makkerskab mellem overlæger og reservelæger osv. Ikke alle disse bud på justeringer har vist sig virkningsfulde, endsige realiserbare, men denne indsats fremhæves som eksempler på, at der har været engagement i afprøvningsprocessen.

Interviewpersonerne er ligeledes enige om, hvad konklusionen på pilotimplementeringen undervejs i 2017 er: Samlet set fungerer tilgangen til stuegang og booking af lægernes dagsprogrammer ikke tilfredsstillende. Den er fremragende for alle parter, når alt foregår efter den først lagte plan – hvor fx afsnittets faste læger har mulighed for at være kontinuert på afsnittet alle ugens dage – men ofte går alt netop ikke efter planen. Først og fremmest er der mange kilder til "huller" i lægernes kontinuerlige tilstedeværelse på sengeafsnit og i klinikker – ferie, kurser, sygdom, vagter osv. Den tidsdisciplin, som kræves af lægerne, er desuden svær og stressende for især de yngre læger, hvorfor modellen let kan medføre forsinkelser og spildtid andre steder. Samtidig kan uregelmæssigheder i forhold til det først planlagte udløse omfattende røkering af tidsplanen med ombookinger af patienter til gene for alle parter. Både sygeplejersker og sekretærer peger samtidig på, at der ofte, helt banalt, er problemer med at finde lægerne, når programmet skrider. Afdelingssygeplejersken oplever således, at modellen rummer en dobbelt sårbarhed, hvor det rammer både stuegang og klinik, når en enkelt læge sygemelder sig.

En række interviewpersoner pointerer, at de negative erfaringer til dels hænger sammen med utilstrækkelig kontinuitet og præcision i lægebookingen til stuegang og klinik. Afdelingssygeplejersken beskriver det således:

"Der er ikke blevet kigget på, hvilken læge det nu er, jeg piller ud for at dække et andet hul. Og det har jo ødelagt det. Det er jo ikke lige meget, hvilken yngre læge der kommer i en klinik; om det fx er en læge i hoveduddannelse, som skal være inden for det speciale, for han kan tage nogle flere patienter i en klinik i forhold til en yngre læge, der ikke har været der før. Den kontinuitet har vi manglet, og det er noget af det, sekretærgruppen har påpeget som en svaghed, at de ikke har kunnet rulle spor ud, for de vidste ikke, hvilken læge der kom: 'Er det nu en læge, man kan give så mange patienter? Eller er det en yngre læge, der kan have færre patienter?'."

Planlægningsopgaven er i klinikkerne blevet aftalt placeret hos sygeplejersker, fremgår det, og især interviewgruppens sygeplejersker ser dette som en u hensigtsmæssig løsning. Fra dette perspektiv er der tale om en lægeopgave i den forstand, at den bl.a. kræver en forholdsvis høj grad af behandlingsfaglig indsigt. Pointen synes at være, at afprøvningsbetingelserne havde været bedre, hvis planlægningsarbejdet i forbindelse med patientansvarlig læge var blevet placeret hos en planlægger med lægebaggrund.⁴

Alle interviewpersonerne tilslutter sig dog den overordnede vurdering af, at pilotstuegangsmodellen i MS2 under ingen omstændigheder har udsigt til at kunne fungere tilfredsstillende på afsnittet. Overlægen og flere af de øvrige deltagere i gruppen fremhæver, at MS2 er en del af en af landets største og mest behandlingsfagligt komplekse medicinske afdelinger, hvor patienterne overvejende indlægges akut. Dette skaber nogle helt anderledes udfordringer, end dem man fx ser i nogle af de øvrige, mindre komplekse pilotafdelinger i Region Midtjylland. Det fremgår således af interviewet, at der netop var truffet beslutning om med

⁴ Som det fx er tilfældet i ortopædkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Randers, hvor en 1. reservelæge har medansvar for opgaven – se side 39-47 i baggrundsrapporten fra Region Midtjyllands PAL-evaluering: <http://www.defactum.dk/Api/CfkPage/Download/?fileId=540>

virkning fra 1. januar 2018 at implementere en ny stuegangsmodel i MS2 med afsæt i erfaringerne fra MS3. Overlægen i gruppen ser frem for alt denne beslutning som et udtryk for, at kritik fra alle faggrupper er blevet taget alvorligt, rent ledelsesmæssigt – og afdelingssygeplejersken tilføjer, at implementeringen af den nye stuegangsmodel skal kobles med et fornyet fokus på klinikkerne og de ambulante patienter.

Denne udgang på interviewet affødte dog en replik. En af sekretærerne rejste således spørgsmålet "sker det samme igen?" med henvisning til, at den bebudede omlægning endnu ikke havde fået konkret form på tidspunktet for interviewet (ultimo november 2017), ligesom der foreløbig ikke var lagt op til at afsætte tid til at sikre den tværfaglige forankring af den nye model. Det var en bekymring, som fik tilslutning fra flere af sygeplejerskerne og sekretærerne i gruppen.

4.2 Implementeringsforløbet i MS3

Den stuegangsmodel, som er pilotafprøvet i MS3, betyder, at et hold af overlæger og hovedparten af de yngre læger skiftes til at have stuegang hos faste patienter i en uge i træk. Argumentet for modellen er især, at den er lettere at administrere. Da de fleste patienter er indlagt på afsnittet i højst tre dage, vil forholdsvis få patienter reelt opleve et skift af patientansvarlig læge, lyder argumentet.

4.2.1 Implementeringsstatus april 2017

De to fokusgruppeinterview indebar ikke en belysning af selve implementeringsprocessen, men interviewpersonernes vurderinger var derudover ganske tæt sammenfaldende med interviewene i MS2. Der var dog lidt større spredning i, hvor langt deltagerne angav, at afsnittet var kommet i retning af at få modellen helt på plads, og gennemsnittet var desuden en smule højere (knap 7 mod knapt 6 i MS2). Som det var tilfældet i MS2 pegede en række af interviewpersonerne på 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 er et yderligere udviklingspotentiale fremover. Flere interviewdeltagere nævnte fx, at der aktuelt var øget fokus på mulighederne for også at løfte kontinuiteten i patienternes sygeplejerskekontakt, i takt med stigende lægelig personkontinuitet. Som et andet eksempel gav 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 henviste til vigtigheden af at sikre adgang til konferering med speciallægerne, uanset travlhed hos disse.

4.2.2 Implementeringsstatus november 2017

Dette afsnit med fokus på den seneste runde erfaringsopsamling er disponeret under de samme to overskrifter som det tilsvarende afsnit om erfaringerne fra MS2.

Den faktisk implementerede PAL-model

Også i MS3 oplever interviewpersonerne på tværs af faggrupper, at PAL-implementeringen har medført store ændringer af dagligdagen på afsnittet. Undervejs i interviewet bliver det dog klart, at der i praksis ikke er tale om en lige så omfattende omlægning som i det andet afsnit – dette bekræftes også direkte af flere interviewpersoner. Det fremgår desuden i den forbindelse, at man må sondre mellem afsnittets gastroenterologi-team og endokrinologi-teamet. Sidstnævnte har allerede arbejdet med en PAL-lignende model i tre år, mens det andet team først er kommet i gang i forbindelse med pilotprojektet i 2017.

Lægerne i interviewgruppen fremhæver, at det vigtigste nye i forbindelse med patientansvarlig læge er indførelsen af kontinuerlig stuegang en uge ad gangen. De normale faste ambulatorietider, og dermed patientansvaret for den enkelte læges patienter i ambulante forløb, falder ud i den pågældende uge.

På tværs af faggrupperne er der enighed om, at PAL-implementeringen er blevet prioriteret meget højt rent ledelsesmæssigt i afdelingen som helhed – også set i forhold til klinikkernes behandlingsforløb. Med en sygeplejerskes ord:

"Det har været meget tydeligt, at det var PAL, der skulle prioriteres, sådan at det skulle gå op. Og hvordan alt det andet skulle gå op bagved for at få det til at fungere, har der så skullet holdes møder om, og jeg tror, at skemalæggeren har revet sig i håret. Men det har været sekundært. For PAL har jo bare kørt. Det har været et lokomotiv."

Både sygeplejersken og en sekretær nævner således, at ledelsesforventningen og forventningen på afsnittet fra starten har været, at der samlet set kan spares ressourcer rundt omkring via kortere, mere præcise stuegangsnotater, mere effektiv stuegang m.m.

Flere læger såvel som sygeplejersken i gruppen giver udtryk for, at afsnittets grundlæggende PAL-model ikke er blevet justeret væsentligt undervejs i afprøvningsperioden. Der har snarere været tale om, at man har foretaget nogle udbygninger og præciseringer hen ad vejen (fx med hensyn til korrekt journalføring, afholdelse af tavlemøder osv.). Det gælder således også for retningslinjerne for, hvilke læger der udfylder PAL-funktionen. Som det er tilfældet i MS2, fungerer også afsnittets yngste uddannelseslæger som patientansvarlige læger. KBU-lægerne er faktisk også ifølge flere af overlægerne på MS3 til en vis grad koblet på den kontinuerlige stuegang som stand-in for PAL.

Både læger og øvrige interviewpersoner pointerer dog, at virkeligheden på afsnittet kan ligge et stykke fra idealet om, at man som læge har fem sammenhængende dage med stuegang i sine "PAL-uger". I praksis skal der ofte findes afløsere for den patientansvarlige læge en eller flere dage i løbet af ugen. Dialogen mellem to af overlægerne i gruppen afslører i den forbindelse, at der kan være tvivl om, i hvor høj grad bookingen af den enkelte læges program tager hensyn til PAL-stuegangen. De to læger var enige om, at der ikke placeres afspadsering eller ferie i PAL-uger. Ligeledes var de enige om, at andre højt prioriterede opgaver, herunder især akutte koloskopier, derimod kan fortrænge PAL-stuegangen. De havde til gengæld ikke samme opfattelse af (og erfaring med), om administrationsopgaver kan gøre det samme. Den ene oplevede, at det faktisk forekommer; den anden var af den opfattelse, at dette går imod de aftalte retningslinjer.

Som det er fremgået, påpegede interviewpersonerne grænserne for den kontinuerlige PAL-stuegang. Det blev dog samtidig nævnt, at afsnittets forankring af PAL-opgaverne i forhold til den enkelte patient i et mindre team af læger delvist kompenserer for dette.

Både læger, sygeplejersker og sekretærer fremhæver, at der har været gjort et forsøg på at øge kontinuiteten i sygeplejerskekontakten, men det har indtil videre ikke vist sig muligt. Normeringen tillader ikke, at det kan gå op med både kontinuerlig deltagelse i stuegang og den enkelte sygeplejerskes øvrige opgaver knyttet til udskrivelser m.m. Dette udgør indtil videre en begrænsning på mulighederne for at realisere tanken om "patientens team".

En sidste begrænsning i realiseringen af afsnittets overordnede PAL-model blev nævnt i forbindelse med interviewet: Ifølge begge de to deltagende 1. reservelæger efterfølges princippet om, at alle væsentlige ændringer i behandlingsplanen konfereres direkte med den patientansvarlige læge, ofte ikke i praksis, når vedkommende er forhindret i at gå stuegang hos egne patienter. En overlæge nævner supplerende, at især afsnittets overlægebemanding set

i forhold til det samlede patientvolumen udgør en barriere for at kunne efterleve konfereringsprincippet i praksis.

Erfaringer med implementeringsprocessen

Der er bred enighed i interviewgruppen om, at der er en forholdsvis klar fælles forståelse af, hvad patientansvarlig læge konkret betyder på afsnittet og i afdelingen. Interviewet efterlader også det indtryk – i højere grad end det var tilfældet i MS2-interviewet – at der er bred og tydelig opbakning til PAL-modellen. Det medgives, at der til dels er tale om "gynger og karusseller", hvor der både er positive og mindre positive ting at sige. Blandt de problematiske aspekter nævnes således også her konsekvenserne for de ambulante behandlingsforløb. Samlet set tillægges gevinsterne i form af en mere tilfredsstillende stuegang hos de indlagte patienter dog størst vægt. En overlæge formulerer det således:

"[D]et team, som er omkring stuegangen, er meget mindre. Jeg synes, at før fløj det jo ud og ind med den ene og den anden læge. I dag synes jeg, at man ligesom er tilknyttet et team, og så ved man cirka, hvem det er, der kommer."

Flere af lægerne giver udtryk for en forståelse for, at man med indførelsen af patientansvarlig læge prioriterer at forbedre behandlingsforløbene for de indlagte patienter – en gruppe som omfatter nogle af afdelingens svageste patienter – og i den forbindelse accepterer et mindre tab af lægelig personkontinuitet i forhold til fx ambulante kontrolforløb.

Hvad angår selve implementeringsprocessen lægger interviewpersonerne vægt på, at selve beslutningen om at indføre og prioritere patientansvarlig læge på afdelingen har ligget i ledelsesregi. Til gengæld beskrives det efterfølgende konkrete implementeringsforløb i noget mere positive termer, end det var tilfældet i MS2-interviewet. For det første er der bred accept af, at implementeringen af et nyt princip for mødet med de indlagte patienter må indebære en afprøvning ud fra en ledelsesbesluttet model med efterfølgende justeringer efter behov. For det andet oplever interviewdeltagerne sig ganske godt inddraget i den praktiske implementeringsproces – det gælder også gruppens sygeplejerske og sekretær.

Der er i gruppen enighed om, at PAL-implementeringen samlet set indebærer et løft for patienter, pårørende og faggrupper. En sygeplejerske oplever, at gevinsterne er tydeligst i forhold til patienter, som fx har visse personlige ressourcer og pårørendeopbakning, mens de svageste patienter på afsnittet ikke på samme måde synes at vægte den kontinuerlige lægekontakt. Dette er dog en nuance, ikke en anfægtelse af det positive samlede billede. Til gengæld giver flere af lægerne udtryk for, at det er den mere kontinuerlige stuegang, som primært giver gevinsten, snarere end det er udpegning af én gennemgående lægelig tovholder for det samlede behandlingsforløb. Med en 1. reservelæges ord:

"Det er en kolossal gevinst for patienter, for os og for plejepersonalet at indføre kontinuerlig stuegang, men PAL-tankens om, at der er én læge, der skal sidde og have overblikket og principielt tage stilling til, om der skal ændres kurs undervejs... den bliver ikke effektueret og efterlevet – og den, mener jeg heller ikke, har nogen værdi."

Som nævnt i det foregående afsnit ses dette bl.a. ved, at væsentlige justeringer i behandlingsplanerne ikke konsekvent konfereres med PAL, når vedkommende er forhindret i at gå stuegang på sine patienter i løbet af ugen. De deltagende læger synes ikke at betragte dette som en væsentlig svaghed i afsnittets implementering af patientansvarlig læge.

Der nævnes til gengæld andre fortsatte udviklingsområder. Det gælder især de "huller", der som tidligere nævnt kan opstå i stuegangen i en læges "PAL-uge", men også tydelig kommunikation med patienter og pårørende omkring patientansvarlig læge bringes af flere op som et område, hvor der er plads til forbedring. Som et tredje punkt fremhæver både sekre-

tæren og sygeplejersken i gruppen, at nogle af de forventede ressourcegevinster i forbindelse med patientansvarlig læge ikke har materialiseret sig endnu. Det drejer sig både om de forventede kortere og mere præcise stuegangsdiktater fra lægerne og en generelt mere strømlinet stuegang. Flere af lægerne genkender billedet og henviser til, at det bl.a. handler om at skubbe på en adfærdsændring hos de yngre uddannelseslæger. Det spiller dog også ind, nævnes det, at en del patienter er indlagt henover weekenden. Med en PAL-model, der er afgrænset til en uge, betyder dette, at noget af kontinuiteten uundgåeligt tabes.

Opsamlende efterlader interviewet det indtryk, at der, uanset disse udfordringer, er relativt stor tilfredshed med implementeringsstatus, hvad angår lægernes kontakt til de indlagte patienter. Den største frustration blandt interviewpersonerne knytter sig til, at normering og arbejdstilrettelæggelse på sygeplejesiden ikke har muliggjort det samme niveau af personkontinuitet i forbindelse med stuegangen, som lægerne har opnået. Sygeplejersken i gruppen siger i den forbindelse:

"Når der nu er en PAL, så kunne det også være rart, at der fulgte en sygeplejerske med. Og der har vi bare måttet sande, at det ikke kan lade sig gøre. Vi har haft den oppe hver gang, faktisk. Til alle de her møder; at det egentlig er dét, der hæmmer os lidt for, at det fungerer rigtig optimalt, hvor man bare kan sige: 'nu kører det!'."

4.3 Opsamling

I Tabel 2 nedenfor gives en tematisk opstillet oversigt over det billede af de to implementeringsforløb, som tegnes via fokusgruppeinterviewene i MS2 og MS3.

Tabel 2 – Implementeringserfaringer belyst via fokusgruppeinterview

Tema	Interview i MS2	Interview i MS3
Specifik PAL-model	Lægers programmer opbygges dag-for-dag ud fra PAL-opgaver med stuegang, klinik, akutfunktioner osv. PAL-tilknytningen er ikke tids-afgrænset.	PAL-læger går kontinuerlig stuegang hos egne patienter. PAL-tilknytningen er afgrænset til en uge.
Implementeringsgrad	PAL-modellen er i vidt omfang implementeret efter hensigten, dog med et forbehold vedrørende problematisk kliniklægebooking set i forhold til den enkelte patients specifikke behandlingsbehov. Der er generelle forbehold over for modellen blandt især visse af afsnittets læger og sygeplejersker.	PAL-modellen er i vidt omfang implementeret efter hensigten med visse modifikationer især knyttet til kravet om konferering af væsentlige ændringer i behandlingsplanen med den patientansvarlige læge. Opbakning til modellen blandt alle faggrupper med et forbehold vedrørende værdien i kun at tilknytte patienten én lægeligt ansvarlig person.
Implementeringsforløb	PAL-modellen opleves af sygeplejersker og sekretærer fra klinikkerne som for sent og ukonkret udmeldt fra afsnitsledelsen. Afprøvningsforløbet har ikke haft tilstrækkelig vægt på det tværfaglige perspektiv og medejerskab i klinikken.	Overvejende tværfaglig accept af implementeringstilgangen. Medarbejderinddragelsen på tværs af faggrupperne har overordnet været tilfredsstillende.
Lægers patient-	Den lægelige personkontinuitet ift. indlagte patienter er øget, men der	Den lægelige personkontinuitet ift. indlagte patienter er øget betyde-

kontakt	er problemer med forsinkelser, mange ombookinger, spildtid m.m. i klinikkerne. Desuden betydelige negative konsekvenser for lægelig personkontinuitet i klinikforløb.	ligt, om end der også har vist sig grænser for det opnåelige niveau af kontinuitet.
Sygeplejerskers patientkontakt	I løbet af afprøvningsperioden er personkontinuiteten i sygeplejen ved stuegang øget betydeligt.	Et forsøg på at øge personkontinuitet i sygeplejen ved stuegang har måttet opgives undervejs især med henvisning til utilstrækkelig normering.
Konklusion på afprøvning	<p>Den afprøvede PAL-model kan samlet set ikke bringes til at fungere tilfredsstillende fra et organisatorisk perspektiv. Medarbejderne oplever dog, at der har været en betydelig patientgevinst.</p> <p>Eventuelle rationaliseringsgevinster opleves som overskygget af meget besværlig og tidsrøvende planlægning i klinikkerne med negativ effekt på arbejdsmiljøet.</p> <p>En ny model med afsæt i MS3-erfaringer implementeres i stedet fra 1. januar 2018 – dog i første omgang med PAL-ansvar i en 14-dages periode.</p>	<p>Den afprøvede PAL-model har fra et kvalitetsperspektiv fungeret tilfredsstillende og fastholdes. De forventede rationaliseringsgevinster har dog ikke vist sig endnu ifølge interviewpersonerne. Der henvises til, at adfærdsændringer blandt især yngre læger tager tid.</p> <p>I 2018 afprøves en PAL-model, hvor ansvaret som patientansvarlig læge går fra onsdag til onsdag i stedet for mandag til mandag.</p>
OPDATERING MARTS 2018	<p><i>Den ledende overlæge påpeger, at afdelingen konkret har oplevet en objektiv effektiviseringsgevinst via en stor reduktion i omfanget af overarbejde i forbindelse med stuegangsafvikling for læger og sygeplejersker samt via tidligere udskrivelser, da stuegang i dag stort set er afviklet ved middagstid. Det giver ekstra tid til andre lægelige opgaver onsdag-fredag – bl.a. supervision og undervisning.</i></p>	

5 Målopfyldelse

Med henblik på en vurdering af målopfyldelsen i forbindelse med implementeringen af patientansvarlig læge på Medicinsk Afdeling er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt både patienter og medarbejdere. Der er for begge grupper vedkommende foretaget en før- og eftermåling.

Spørgeskemaerne

I spørgeskemaet til patienter er der stillet tolv spørgsmål, der berører punkterne sammenhæng i patientforløb, tilfredshed og inddragelse angivet i formålsbeskrivelsen for patientansvarlig læge i Danske Regioners hvidbog.⁵ Seks af spørgsmålene er kodet sammen i et indeks og måler tilsammen graden af patientinddragelse. Fem spørgsmål måler sammenhæng i forløbet, og er kodet sammen i et andet indeks. De præcise spørgsmålsformuleringer og uddybende information om indekskonstruktionerne fremgår af appendiks (se afsnit 7.1 og 7.2 bagest i rapporten).

I spørgeskemaet til medarbejderne er der stillet fjorten spørgsmål til punkterne koordinering og sammenhæng i patientforløb fra udformålsbeskrivelsen af PAL i hvidbogen. Her kan spørgsmålene ikke på samme måde grupperes, hvorfor effekterne af PAL er undersøgt for hvert spørgsmål. Medarbejderne er konkret blevet præsenteret for følgende udsagn:

1. Inden for min faggruppe ved vi altid, hvem der har ansvaret for en patient
2. Min nærmeste leder prioriterer reelt, at patienter inddrages og lyttes til
3. Vores samtaler med patienten har fokus på mere end det biomedicinske (også det psykosociale)
4. Vi er gode til at omsætte den enkelte patients erfaringer/ønsker til løsninger, der passer patienten
5. Vores arbejdsdeling mellem faggrupperne giver mulighed for, at patienterne inddrages
6. Der forekommer unødvendig ventetid i behandlingsforløbene i afdelingen
7. Der forekommer uhensigtsmæssige personskift i behandlingsforløbene i afdelingen
8. Jeg har et godt kendskab til den enkelte patient*
9. Vores arbejdstilrettelæggelse giver mig mulighed for at følge den enkelte patient*
10. Vores arbejdstilrettelæggelse gør det muligt for mig at udnytte min viden og faglighed i det enkelte behandlingsforløb*
11. Vores arbejdstilrettelæggelse giver mig et hensigtsmæssigt, selvstændigt fagligt ansvar
12. Vores behandlingsforløb tilrettelægges i samarbejde med patienter og pårørende
13. Vores behandlingsforløb tilrettelægges med hensyntagen til patientens ønsker og livssituation
14. Vores arbejdstilrettelæggelse muliggør patientforløb med sammenhæng og høj kvalitet

For hvert udsagn er personalet blevet bedt om at angive, i hvor høj grad udsagnet svarer til respondentens egen oplevelse og vurdering. Der svares ud fra en 5-punktsskala fra "Slet ikke" til "I meget høj grad".

Tre spørgsmål er kun stillet til det lægefaglige personale (mærket med "*" ovenfor). Denne afgrænsning er foretaget ud fra en ressource- og relevansvurdering. Spørgsmålene "Der forekommer unødvendig ventetid i behandlingsforløbene i afdelingen" og "Der forekommer uhensigtsmæssige personskift i behandlingsforløbene i afdelingen" er i analyserne "vendt

⁵ Hvidbogen og andet PAL-relateret materiale kan hentes her: <http://www.regioner.dk/gf17/services/gf-nyheder/patientansvarlige-laeger-skal-sikre-sammenhaeng-og-tryghed>

om", sådan at positive værdier altid udtrykker en forbedring. Det svarer til at indsætte et "ikke" efter "forekommer" i hvert af de pågældende spørgsmål. Altså fx "Der forekommer *ikke* unødvendig ventetid i behandlingsforløbene i afdelingen".

Datagrundlaget

Patientbesvarelsesne baserer sig både på indsamling via papirskemaer og indsamling via interviewerassisteret tablet-besvarelse. Kombinationen af de to dataindsamlingsmetoder er valgt på baggrund af et ønske om, at indsamle så mange svar som muligt inden for projektets budgetramme. Der har ikke kunne etableres et eksakt overblik over, hvor mange patienter, der har afslået at besvare spørgeskemaet, og der kan derfor ikke udregnes en egentlig svarprocent blandt patienterne. En interviewer skønner dog, at mindst 80 procent af de adspurgte i tablet-delen af dataindsamlingen faktisk var i stand til at besvare spørgeskemaet.

Medarbejderbesvarelsesne er indsamlet elektronisk via mail-distribuerede links. Ved før-målingen foregik dataindsamlingen via et generisk link. Der blev sendt mails til 183 ansatte på afdelingen. 91 besvarelser ud af 183 udsendte invitationer giver en svarandel på 51 procent. Ved eftermålingen foregik dataindsamlingen med udsendelse af unikke links. Svarandelen på efter-målingen blandt personale er ca. 61 procent. Dette tal er dog ikke justeret for ugyldige elementer (fx medarbejdere, der har skiftet job, medarbejdere på barsel i perioden m.m.). Da der ikke er anvendt samme teknik i forbindelse med dataindsamlingerne blandt personale, kan besvarelsesne ikke kobles på individniveau.⁶ Det samlede antal besvarelser på alle undersøgelser fordeler sig som vist i Tabel 3 nedenfor.

Tabel 3 – Antal besvarelser fordelt på målgruppe og måletidspunkt

Målinger	Patientundersøgelse	Medarbejderundersøgelse	Total
Før-måling	90	93	183
Efter-måling	92	150	242
Total	182	243	-

5.1 Resultater fra patientundersøgelsen

Præsentationen af resultaterne fra analyserne af patientbesvarelsesne falder i følgende underafsnit:

- Effekter af PAL på patientinddragelse
- Effekter af PAL på sammenhæng i behandlingsforløb
- Effekter af PAL på oplevelse af ventetid og spildtid i behandlingsforløb
- Effekter af PAL på generel tilfredshed med behandlingsforløb
- Effekten af afsnit på patienternes oplevelse (kun ved efter-måling)

I tabellen nedenfor (Tabel 4) ses resultaterne af fire regressionsanalyser. Hver talkolonne viser resultaterne fra én regressionsanalyse. I regressionsanalyserne er variablerne "Måletidspunkt", "Alder", "Helbred", "Køn" og "Antal læger" inddraget som uafhængige variabler. For samtlige fire modeller gælder det, at tidspunkt for måling er den primære uafhængige variabel. Det vil sige, at de øvrige uafhængige variabler er inddraget som kontrolvariabler. De er vigtige at have med i modellen, for at sikre, at de ikke forklarer effekten af tidspunkt for

⁶ Før-målingen blev planlagt og igangsat under et meget betydeligt tidspres. Dette fik især to uheldige konsekvenser. For det første den nævnte variation i indsamlingsmetoder og respondentlister på tværs af før- og efter-målingerne. For det andet det forhold, at der ikke kom en afsnitsvariabel med i før-spørgeskemaerne.

måling. De er dog ikke relevante i sig selv. Der vil derfor ikke blive gået i detaljer med fortolkningen af dem.

Tabel 4 – Effekten af måletidspunkt på de afhængige variabler (med kontrolvariabler)

	Indeks: Patientoplevet inddragelse	Indeks: Sammenhæng i behandlingen	"Mit behandlingsforløb har været præget af ventetid og spildtid"	"Jeg er tilfreds med mit samlede forløb hidtil"
Før-måling	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Efter-måling	1,215*** (0,000)	1,453*** (0,000)	1,520** (0,003)	1,357*** (0,000)
Alder	0,00908 (0,294)	0,00473 (0,595)	0,0269 (0,114)	-0,0127 (0,259)
Helbred	0,122* (0,027)	0,0199 (0,722)	0,00681 (0,950)	0,0850 (0,226)
Mand	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Kvinde	0,0387 (0,879)	0,122 (0,642)	0,514 (0,307)	0,179 (0,585)
Antal læger	0,102 (-0,16)	-0,0513 (0,637)	0,296 (0,156)	0,0718 (0,598)
Konstant	4,999*** (0,000)	6,070*** (0,000)	2,398 (0,133)	7,141*** (0,000)
N	159	158	152	160

Note: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, p-værdier i parentes.

I de følgende underafsnit fortolkes resultaterne fra analyserne. Alle primære uafhængige variabler er skaleret fra 0 til 10. Fx svarer en stigning på 1,2 på indekset for patientoplevet inddragelse således til en stigning i den patientoplevede inddragelse på ca. 12 procent.

Oplevet patientinddragelse

Når man går fra før-målingen (referencekategori i Tabel 4 ovenfor) til efter-målingen stiger den gennemsnitlige værdi på indekset for patientoplevet inddragelse med ca. 1,2, svarende til 12 procent. Det kan således siges, at patienterne angiver sig 12 procent bedre inddraget ved efter-målingen, end svarpersonerne ved før-målingen gjorde. Desuden er ændringen signifikant på $p > 0,0001$ -niveau, hvilket indikerer, at det er meget usandsynligt, at der ingen forskel er i gennemsnit fra før- til efter-målingen.

Patientoplevet sammenhæng i behandlingsforløbet

I anden række, anden kolonne i Tabel 4, ser vi, at overgangen fra før- til eftermålingen medfører en gennemsnitlig stigning i indekset for patienternes oplevelse af sammenhæng i behandlingen på ca. 1,5. En ændring på ca. 1,5 svarer til en ændring på ca. 15 procent. Patienterne ved eftermålingen oplever altså i 15 procent højere grad sammenhæng i behandlingen. Resultatet er signifikant på $p < 0,0001$ -niveau. Det er altså usandsynligt, at der ikke finder en ændring sted fra før- til eftermålingen, på trods af, at det ikke er de samme patienter, der er interviewet to gange.

Patientoplevet spildtid og ventetid i behandlingsforløbet

I eftermålingen vurderer de adspurgte patienter, at omfanget af ventetid og spildtid i behandlingsforløbet er ca. 1,5 mindre, end hvad de adspurgte patienter i før-målingen vurderer. Patienternes svar er her vendt om, sådan at højere værdier nu er et udtryk for mindre patientvurderet ventetid og spildtid. En ændring på 1,5 på en skala fra 0 til 10 svarer til ca. 15 procent. Altså vurderer patienterne, at mængden af vente- og spildtid er 15 procent lavere ved efter-målingen end ved før-målingen (signifikant på $p < 0,01$ -niveau). Det er altså usandsynligt, at der ikke er en ændring i gennemsnitsværdi fra før- til efter-målingen.

Patienttilfredshed med behandlingsforløbet

I efter-målingen er patienternes samlede tilfredshed steget med ca. 1,4 sammenlignet med niveauet ved før-målingen, altså ca. 14 procent. Den samlede tilfredshed er målt ved hjælp af et enkelt spørgsmål. Patienterne adspurgt ved efter-målingen er altså 14 procent mere tilfredse end patienterne adspurgt ved før-målingen. Resultatet er signifikant på $p < 0,0001$ -niveau. Det er altså meget usandsynligt, at der ingen ændring er fra før- til efter-målingen.

Variation på tværs af afsnit ved eftermålingen

Der er foretaget en række supplerende analyser for at afklare, om der er forskel på, hvordan de respektive afsnits patienter oplever graden af inddragelse, sammenhæng, vente-/spildtid og samlede tilfredshed ved efter-målingen. Der fokuseres udelukkende på forskelle ved efter-målingen, fordi det i forbindelse med før-målingen ikke blev angivet, hvilket afsnit den interviewede patient var i kontakt med. Analyserne (lineær regression) viser, at der kun er tilfældige forskelle på, hvordan afsnittene præsterer i forhold til patienternes oplevelse af inddragelse, sammenhæng, vente-/spildtid og samlet tilfredshed. Outputtet fra analyserne er derfor ikke rapporteret.

5.2 Resultater fra medarbejderundersøgelsen

Præsentationen af resultaterne fra analyserne af spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejdere i afdelingen falder i følgende underafsnit:

- Effekten af indførelse af patientansvarlig læge
- Effekten af variation i faggruppetilhørsforhold
- Effekten af variation i afsnitstilhørsforhold

Der er som nævnt stillet 14 spørgsmål med henblik på måling af effekterne af PAL. For hvert af disse spørgsmål er der opstillet en regressionsmodel med de pågældende spørgsmål som afhængig variabel og personalegruppe og tidspunkt for måling som uafhængig variabel. Resultatet er 70 estimater, der siger noget om mål opfyldelse i forbindelse med PAL. I det følgende opsummeres de overordnede tendenser.⁷ Der fokuseres på udviklingen fra før- til efter-målingen, men også på forskelle i personalegruppers svar på spørgsmålene. Til sidst præsenteres resultaterne af analyser af afsnitsforskelle. Da der kun er spurgt til afsnit i forbindelse med efter-målingen, baserer resultaterne sig alene på disse data.

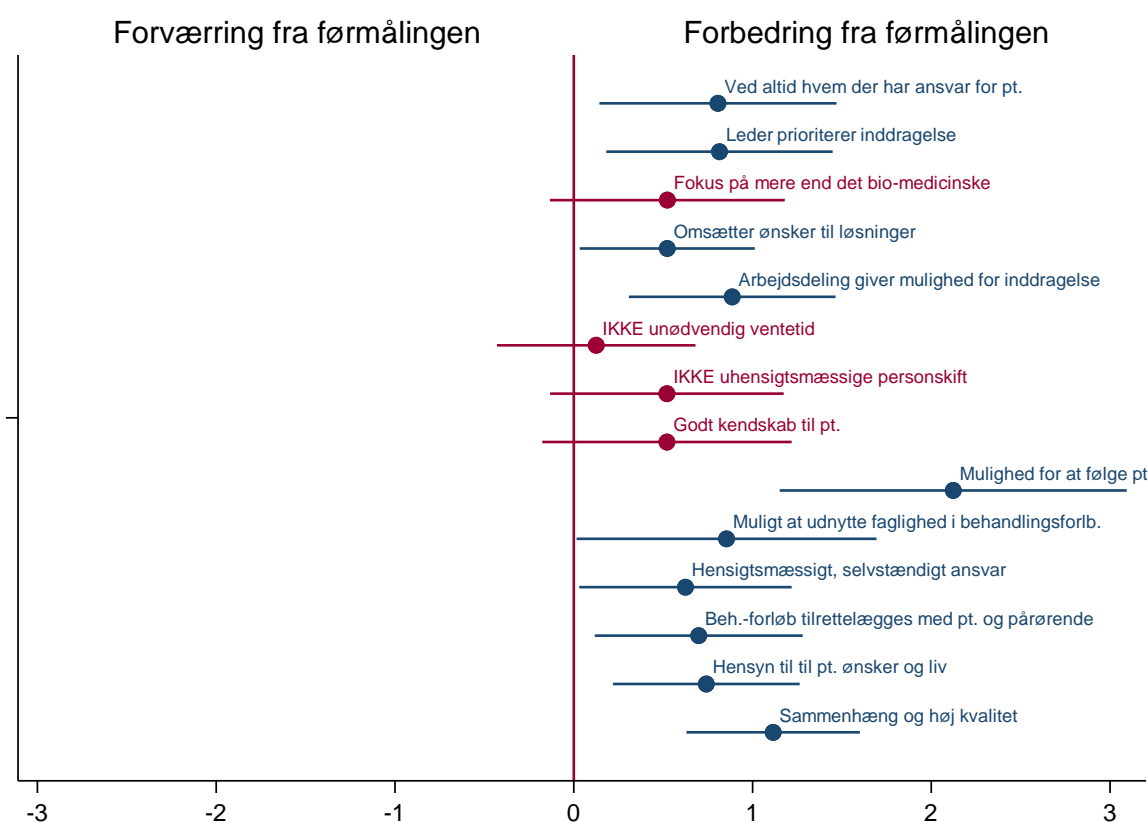
5.2.1 Effekt af implementering af patientansvarlig læge

Figur 2 nedenfor illustrerer udviklingen fra før- til efter-målingen. De runde punkter i figuren angiver den estimerede gennemsnitsværdi på et spørgsmål relativt til før-målingen, kontrolleret for forskelle mellem personalegrupper. Stregen igennem et punkt angiver punktets konfidensinterval (95 procent). På denne vis er der fx taget statistisk højde for, at overlæ-

⁷ En tabeloversigt med en detaljeret gennemgang af alle estimater kan rekvireres ved henvendelse til DEFACTUM.

gernes besvarelser udvikler sig mere positivt end de yngre lægers ditto fra før- til efter-målingen.

Figur 2 – Gennemsnitlig udvikling fra før- til efter-måling (alle medarbejderbesvarelser)



Note: Koefficienter med konfidensintervaller. Blå koefficienter er signifikante, røde koefficienter er ikke-signifikante. Kontrolleret for personalegruppe.

Umiddelbart over de runde punkter er spørgsmålet, som punktet vedrører, angivet med en kondenseret spørgsmålsformulering. Et blå punkt (med tilhørende blå konfidensinterval) angiver en signifikant udvikling fra før- til efter-målingen. Et rødt punkt (med tilhørende rødt konfidensinterval) angiver en ikke-signifikant udvikling fra før- til efter-målingen. Substantielt betyder en ikke-signifikant udvikling, at vi ikke med rimelig sikkerhed (95 procent) kan afvise, at der ingen ændring er fra før- til efter-måling. Omvendt betyder en signifikant udvikling fra før- til efter-måling, at sandsynligheden for, at der ikke er en ændring fra før- til efter-målingen er mindre end 5 procent. Det skal bemærkes, at samtlige estimerede gennemsnit ved efter-målingen er højere end ved før-målingen. En højere værdi vil sige, at svarpersonerne ved efter-målingen rapporterer en højere grad af koordination og sammenhæng i patientforløbene end svarpersonerne ved før-målingen. For fire af de 14 spørgsmål kan det dog ikke med sikkerhed siges, at gennemsnitsværdien er højere ved eftermålingen end ved før-målingen med kontrol for personalegruppe (med rødt).

Udviklingen fra før- til efter-målingen ligger i gennemsnit på lidt under 1. Da spørgsmålene er skaleret, så de går fra 0 til 10, svarer 0,1 til en ændring på 10 procent. Den største ændring fra før- til efter-målingen er sket i forhold til udsagnet "Vores arbejdstilrettelæggelse giver mig mulighed for at følge den enkelte patient". Her er ændringen fra før- til efter-målingen på 2,1 svarende til 20 procent – eller næsten til en hel kategori på skalaen fra ca. "I nogen grad" til ca. "I høj grad".

5.2.2 Forskelle på faggrupper

Der er også testet for forskelle på personalegruppers svar på spørgsmålene, kontrolleret for udviklingen fra før- til eftermålingen. Variablen personalegrupper omfatter følgende fire kategorier:

- Overlæger
- Yngre læger
- Sygeplejersker
- Øvrige personalegrupper (fx SOSU, sekretær, terapeut)

I regressionsanalyserne er overlæger anvendt som referencekategori, hvilket vil sige, at forskelle imellem personalegrupper angives relativt i forhold til overlæger.⁸ Faggruppen overlæger fremgår således ikke eksplicit af de enkelte grafer. De øvrige faggruppers placering fortolkes i forhold til x-aksens nulpunkt, som således udtrykker overlægernes position på spørgsmålene.

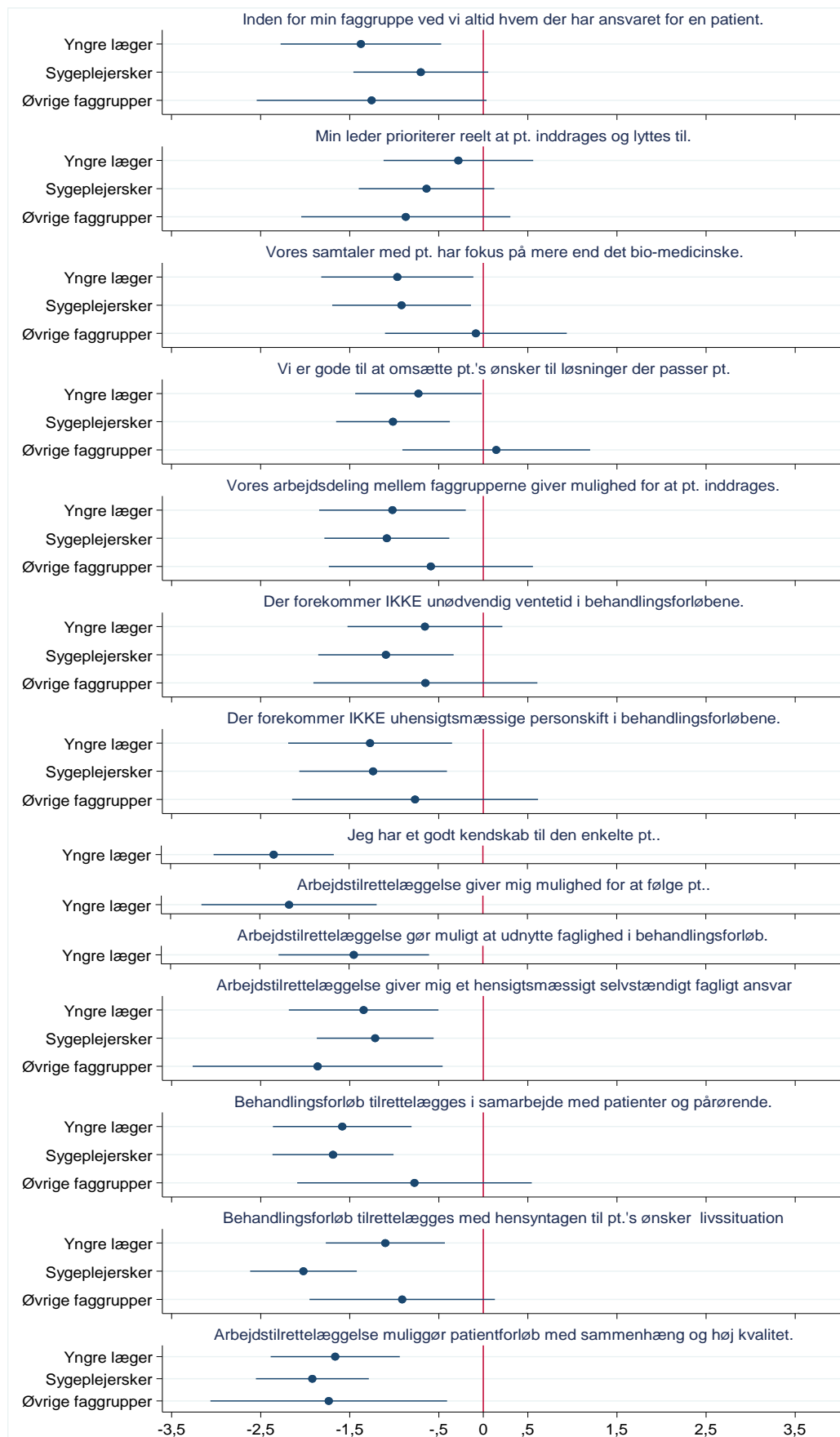
Figuren på den følgende side giver et overblik over, hvad regressionsanalyserne viser om forskelle på personalegrupperne (Figur 3). Den indeholder 14 små grafer, som hver viser dele af outputtet fra regressionsanalyserne, hvor forskelle på faggrupperne er undersøgt. Hvert punkt i hver af de 14 små grafer udtrykker forskellen mellem en given faggruppe og overlæger, kontrolleret for forskelle fra før- til efter-målingen. Ligger punktet til højre for den lodrette røde streg, der optræder i hver af de 14 små grafer, har den pågældende faggruppe besvaret spørgsmålet mere positivt end overlægerne. Ligger punktet til venstre for den lodrette røde streg, har den pågældende faggruppe besvaret spørgsmålet mere negativt end overlægerne. Igennem hvert punkt ses en vandret streg. Denne streg udtrykker konfidensintervallet på 95 procent. Er stregerne gennem punkterne fri af den lodrette røde streg i midten af de små grafer, er punktet, som stregen tilhører, signifikant. Et signifikant punkt betyder i denne sammenhæng en signifikant forskel på en given faggruppe og overlægerne, hvor vi altså med rimelig sikkerhed (95 procent) kan afvise, at der ikke er nogen forskel mellem den pågældende faggruppe og overlægegruppen.

Yngre læger sammenholdt med overlæger

På 12 ud af 14 spørgsmål er der en signifikant forskel på overlæger og yngre lægers svar på spørgsmålene, kontrolleret for måletidspunkt. De yngre læger svarer mere negativt på alle 12 spørgsmål end overlægerne. Forskellen på overlægerne og yngre læger ligger i niveauet 0,7 - 2,3. Grundet spørgsmålenes skalering fra 0 til 10 kan dette oversættes til, at de yngre læger svarer mellem 7 og 23 procent mere negativt end overlægerne. Som eksempel kan fremhæves spørgsmålet med den største forskel på overlæger og yngre læger. På spørgsmålet "Jeg har et godt kendskab til den enkelte patient" har de yngre læger en gennemsnitsværdi, der er 2,3 lavere end overlægernes, kontrolleret for måletidspunkt. Det svarer til 23 procent.

⁸ Rent teknisk skal der altid vælges en referencekategori i analyser af denne art. Overlægekategorien er valgt i denne sammenhæng i betragtning af den centrale rolle overlæger/speciallæger spiller i de nationale aftaledokumenter m.m., hvad angår forventningen til udmøntning af princippet om den patientansvarlige læge.

Figur 3 – Øvrige faggrupper sammenholdt med overlæger



Note: Estimerede gennemsnitsværdier med konfidensintervaller (95 procent) for faggrupperne overlæger, yngre læger, sygeplejersker og øvrige faggrupper. Overlæger er referencekategori og således = 0; de fremgår derfor ikke eksplicit af graferne. Der er kontrolleret for måletidspunkt (variabel udeladt af graferne). N=103-238.

Sygeplejersker sammenholdt med overlæger

Sygeplejerskernes svar på spørgsmålene adskiller sig statistisk signifikant fra overlægernes ditto på 9 af de 11 spørgsmål, som både sygeplejersker og overlæger har besvaret. Sygeplejerskernes svar ligger gennemsnitligt mellem 0,9 og 2 lavere end overlægernes. Dette svarer til, at sygeplejerskerne gennemsnitligt svarer mellem 9 og 20 procent mere negativt på spørgsmålene, end overlægerne gør. På spørgsmålet "Vores behandlingsforløb tilrettelægges med hensyntagen til patientens ønsker og livssituation" ligger sygeplejerskernes svar eksempelvis i gennemsnit 20 procent lavere end overlægernes, kontrolleret for måletidspunkt. Dette svarer til lidt under én kategori lavere på den anvendte 5-punktsskala.

Øvrige faggrupper (SOSU, sekretær, m.m.) sammenholdt med overlæger

Øvrige faggruppers gennemsnit på spørgsmålene ligger statistisk signifikant lavere på to ud af 11 spørgsmål, som både øvrige faggrupper og overlægerne har besvaret, kontrolleret for måletidspunkt. Der er forskelle på overlæger og øvrige faggrupper på spørgsmålene "Vores arbejdstilrettelæggelse muliggør patientforløb med sammenhæng og høj kvalitet" og "Vores arbejdstilrettelæggelse giver mig et hensigtsmæssigt, selvstændigt fagligt ansvar". Disse øvrige faggrupper ligger henholdsvis 1,7 og 1,9 lavere på de nævnte spørgsmål end overlægerne. Forskelle på mellem 1,7 og 1,9 svarer, på grund af spørgsmålenes skalering til mellem 17 og 19 procent. De øvrige faggrupper vurderer altså i lavere grad end overlægerne, at arbejdstilrettelæggelsen giver dem et hensigtsmæssigt selvstændigt fagligt ansvar samt at arbejdstilrettelæggelsen i lavere grad muliggør patientforløb med sammenhæng og høj kvalitet. Selv om kategorien "øvrige faggrupper" kun adskiller sig signifikant fra overlægerne på to spørgsmål, er det værd at bemærke, at tendensen er den samme på 10 ud af 11 spørgsmål, som både overlæger og øvrige faggrupper har besvaret. Som for yngre læger og sygeplejersker er der altså tale om klar systematik med hensyn til vurderingen af koordination og sammenhæng i patientforløb: Generelt set er koordinationen og sammenhængen i patientforløb dårligere ifølge de øvrige faggrupper end ifølge overlægerne.

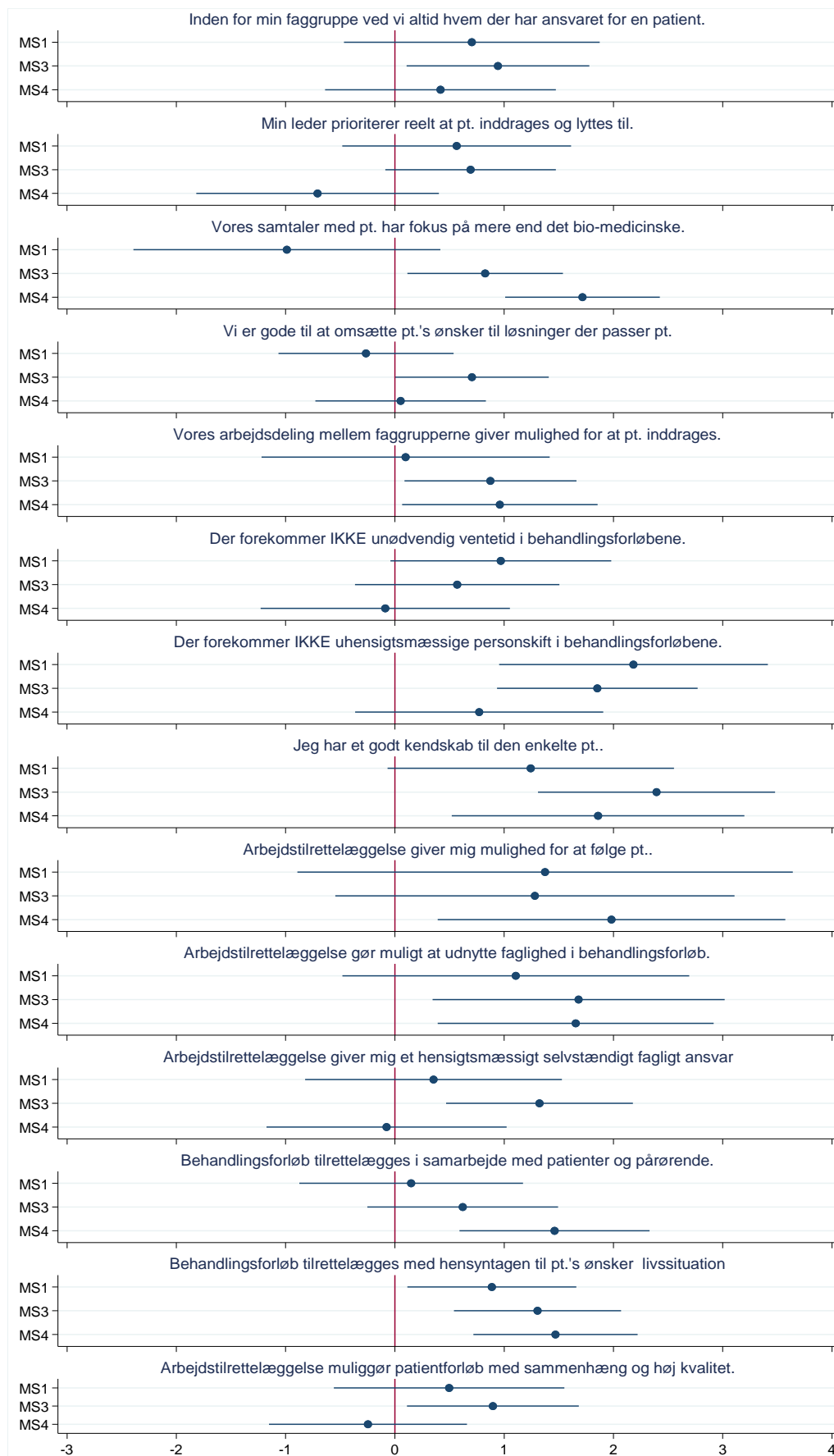
5.2.3 Forskelle på afsnit (data fra efter-målingen)

I analyserne af forskelle på afsnit ved efter-målingen er afsnit MS2 anvendt som referencekategori. Det vil sige, at forskelle på afsnit på de 14 spørgsmål ved efter-målingen er relative i forhold til afsnit MS2.⁹ I analyserne er der kontrolleret for faggruppe, for at sikre, at tilsyneladende forskelle på afsnittene ikke blot er et udslag af forskelle i, hvilke personalegrupper der har svaret.

Figur 4 nedenfor illustrerer forskellen på de fire afsnit på 14 spørgsmål. Datagrundlaget er udelukkende efter-målingen. I regressionsmodellen, hvor de estimer, som grafernes punkter repræsenterer, stammer fra, er der kontrolleret for forskelle i faggrupper. Afsnit MS2 er referencekategori, hvorfor dette afsnit ikke er illustreret eksplicit på grafen. Gennemsnitsværdierne for de øvrige afsnit (grafernes blå punkter med en vandret streg igennem) er udtrykt i forhold til afsnit MS2. Har et afsnit en værdi på ca. 1, er det et udtryk for, at afsnittets gennemsnitsværdi er ca. én højere end afsnit MS2. Er konfidensintervallerne (de blå vandrette streger) fri af den lodrette røde streg, der optræder i hver af de 14 små grafer, er der signifikant forskel på afsnittet, hvis konfidensinterval stregen repræsenterer, og afsnit MS2. Det gælder fx for afsnit MS3 i den øverste graf i Figur 4.

⁹ MS2 er valgt som referencekategori (jf. fodnote 8 ovenfor), da dette sengeafsnit som nævnt har afprøvet den mest ambitiøse stuegangsmode.

Figur 4 – Øvrige sengeafsnit sammenholdt med afsnit MS2 (baseret på efter-måling)



Note: Estimerede gennemsnitsværdier med konfidensintervaller (95 procent) for MS1, MS3 og MS4. MS2 er referencekategori og således = 0 (fremgår derfor ikke eksplicit af graferne). Kontrolleret for faggruppe (variabel udeladt af graferne). N=54-150.

Afsnit MS1 sammenholdt med afsnit MS2

Der er signifikante forskelle på afsnit MS2 og MS1 i to ud af 14 tilfælde, kontrolleret for forskelle i personalesammensætning. I begge tilfælde er gennemsnitsværdien på spørgsmålet højere for MS1 end for MS2. Forskellene på afsnit MS1 og MS2's estimerede gennemsnitsværdier ligger i intervallet 0,9 – 2,2, svarende til mellem 9 og 22 procent. Den højeste difference mellem det estimerede gennemsnit for afsnit MS2 og MS1 ses i tilknytning til spørgsmålet "Der forekommer uhensigtsmæssige personskift i behandlingsforløbene i afdelingen". Dette udsagn er personalet på afsnit MS1 altså mindre enig i end personalet på afsnit MS2, kontrolleret for forskelle i personalesammensætningen.

Afsnit MS3 sammenholdt med afsnit MS2

Der er signifikante forskelle på afsnit MS2 og afsnit MS3 på 10 ud af 14 spørgsmål, kontrolleret for forskelle i personalesammensætningen de to afsnit imellem. I alle 10 tilfælde er gennemsnitsværdien på spørgsmålet højere for MS3 end for MS2. Forskellene på MS2 og MS3's estimerede gennemsnitsværdier ligger i intervallet 0,8 – 2,4, svarende til mellem 8 og 24 procent. Den gennemsnitlige difference i estimeret gennemsnit på afsnit MS2 og MS3 er 1,4. 1,4 svarer til 14 procent. Koordinationen og sammenhængen i patientforløb er altså 14 procent bedre på MS3 end på MS2, bedømt ud fra personalets angivelser. Den største forskel mellem det estimerede gennemsnit for afsnit MS2 og MS3 forekommer på spørgsmålet "Jeg har et godt kendskab til den enkelte patient". Dette udsagn er personalet på afsnit MS3 i gennemsnit 24 procent mere enig i end personalet på afsnit MS2, kontrolleret for forskelle i personalesammensætningen.

Afsnit MS4 sammenholdt med afsnit MS2

Der er signifikante forskelle på afsnit MS2 og afsnit MS4 på syv ud af 14 spørgsmål, kontrolleret for forskelle i personalesammensætningen de to afsnit imellem. I alle syv tilfælde er gennemsnitsværdien på spørgsmålet højere for MS4 end for MS2. Forskellene på afsnit MS2 og MS4's estimerede gennemsnitsværdier ligger i intervallet 1-2, svarende til mellem 10 og 20 procent. Den største difference mellem det estimerede gennemsnit for afsnit MS2 og MS4 forekommer på spørgsmålet "Vores arbejdstilrettelæggelse giver mig mulighed for at følge den enkelte patient". Dette udsagn er personalet på afsnit MS3 i gennemsnit 20 procent mere enig i end personalet på afsnit MS2, kontrolleret for forskelle i personalesammensætningen. På den baggrund kan koordinationen og sammenhængen i patientforløb siges generelt at være bedre på MS4 end på MS2.

5.3 Opsamling

De fem væsentlige konklusioner fra patientundersøgelsen er følgende:

1. Patienterne oplever en højere grad af inddragelse ved efter-målingen
2. Patienterne oplever en større sammenhæng i behandlingsforløbet ved efter-målingen
3. Patienterne oplever, at behandlingsforløb er mindre præget af ventetid og/eller spildtid ved efter-målingen
4. Patienterne har øget generel tilfredshed med behandlingsforløbet ved efter-målingen
5. Patienternes oplevelser af inddragelse, sammenhæng, ventetid og samlede tilfredshed varierer ikke på tværs af afsnit (resultat baseret på data fra efter-målingen blandt patienter).

De tre væsentligste konklusioner fra medarbejderundersøgelsen er:

1. Medarbejderrespondenterne oplever generelt en øget grad af sammenhæng og koordination i arbejdsgange og behandlingsforløb (fremgang på 9 ud af 14 spørgsmål)

2. Overlæger vurderer generelt graden af sammenhæng og koordination i behandlingsforløbene mere positivt end de øvrige faggrupper
3. Medarbejdere fra MS1, MS3 og MS4 vurderer generelt graden af sammenhæng og koordination i behandlingsforløbene mere positivt end medarbejdere fra afsnit MS2 (resultat alene baseret på data fra efter-målingen blandt personale).

Det er vigtigt at være opmærksom på de forbehold, der knytter sig til en kausal fortolkning af den type før- og efter-målinger, der er tale om i denne sammenhæng. Disse forbehold diskuteres uddybende i et appendiks bagest i rapporten (se afsnit 7.3).

Designet kan dog også i et vist omfang taget højde for forbeholdene, hvorfor vi vurderer, at der er basis for en forsigtig kausal fortolkning af den statistiske sammenhæng mellem måletidspunkt og udviklingen i svarmønstrene – altså således at den observerede udvikling med en vis sandsynlighed kan årsagsforklares med implementeringen af patientansvarlig læge.

6 Opsamling og konklusioner

Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Randers har med projektstart i december 2016 implementeret princippet om den patientansvarlige læge (PAL). Denne rapport opsamler erfaringer fra dette implementeringsforløb i løbet af 2017 med afsæt i kvalitative interviewdata såvel som kvantitative spørgeskemabesvarelser fra patienter og medarbejdere i afdelingen.

Erfaringsopsamlingen har både fokus på selve implementeringsforløbet med afprøvning af forskellige stuegangsmønstre efter de enkelte teams ønsker og på målopfyldelsen mellem to måletidspunkter, en før-måling i efteråret 2016 og en efter-måling i efteråret 2017.

Afdelingens PAL-model

Sammenlignet med de øvrige afdelinger og afsnit, som har bidraget til pilotimplementeringen af patientansvarlig læge i Region Midtjylland, er afdelingens pilotprojekt kendetegnet ved følgende særlige karakteristika:

- Pilotprojektet bygger på positive erfaringer med afdelingens PAL-lignende model for de ambulante behandlingsforløb. Fokus er således på at implementere patientansvarlig læge i forhold til patienter indlagt på afdelingens fire sengeafsnit
- Alle indlagte patienter skal tilknyttes en patientansvarlig læge, og alle afdelingens læger undtagen KBU-læger er i spil til at udfylde denne rolle
- Der skal etableres et "patientens team" med en PAL samt et afgrænset antal læger og sygeplejersker omkring patienten
- PAL-tilknytningen sker primært via morgentavlemøder
- PAL-opgaverne omfatter bl.a. mål- og plansamtale med patienten; supervision til stuegangslægen, når PAL er forhindret; speciallægesupervision til yngre læger i PAL-funktion; involvering ved alle større behandlingsbeslutninger; fastholdelse af PAL-ansvar ved fx flytning til intensivafsnit; og fastholdelse af PAL-ansvar op til 14 dage efter udskrivning
- Stuegangen organiseres i pilotperioden på fire forskellige måder. I MS1 tilstræbes kontinuitet, men ikke efter en specifik model. I MS2 får den enkelte læge hver dag både stuegangs- og ambulante opgaver m.m. i forhold til egne patienter sat sammen i et blandet dagsprogram. I MS3 er lægernes PAL-ansvar med tilhørende stuegang afgrænset til en uge, hvorefter opgave og plan gives videre til næste uges PAL. I MS4 deles patienterne op i tre grupper, hvor en speciallæge i hver gruppe udfylder PAL-funktionen. PAL går ofte stuegang, og superviserer ellers stuegangslægen.

Implementeringserfaringer

Den interviewbaserede belysning af implementeringserfaringerne har fokus på de to største sengeafsnit, MS2 og MS3, som har implementeret de mest vidtgående modeller for PAL-stuegangen.

Implementeringsgrad: I begge afdelinger synes den beskrevne PAL-model i betydeligt omfang at være blevet implementeret efter hensigten. Det største forbehold knytter sig til MS2, hvor den vigtige lægebooking ofte har været svær at koordinere i forhold til patientens specifikke behandlingsbehov. Interview indikerer desuden en vis generel modstand mod modellen i en del af lægegruppen. I MS3 er modellen primært modificeret, hvad angår kravet om konferering af væsentlige ændringer i behandlingsplanen med den patientansvarlige læge. Der er således et forbehold i lægegruppen vedrørende princippet om kun at tilknytte patienten én lægeligt behandlingsansvarlig person.

Implementeringsforløb: I MS2 har især kliniksekretærer og klinisygeplejersker oplevet implementeringsforløbet som delvist utilfredsstillende med en utilstrækkelig vægt på det tvær-

faglige perspektiv og medejerskab. I MS3 peger interviewmaterialet derimod på en overvejende tværfaglig accept af implementeringstilgangen.

Lægers patientkontakt: I MS2 er den lægelige personkontinuitet i forhold til indlagte patienter øget, men der opleves problemer med forsinkelser, mange ombookinger m.m. samt negative konsekvenser for den lægelige personkontinuitet i klinikforløb. I MS3 er den lægelige personkontinuitet øget betydeligt, om end der også har vist sig grænser for det opnåelige niveau af kontinuitet. Også her har man oplevet en vis negativ afsmitning på klinikforløbene.

Sygeplejerskers patientkontakt: I MS2 er personkontinuiteten i sygeplejen som en afledt effekt øget betydeligt i løbet af afprøvningsperioden. I MS3 har et tilsvarende forsøg på at øge personkontinuitet i sygeplejen måttet opgives undervejs med henvisning til utilstrækkelig normering, idet man mener, at patienttildelt pleje kræver opnormering.

Konklusion på afprøvning: I MS2 er konklusionen blevet, at afsnittets stuegangsmodel ikke kan bringes til at fungere tilfredsstillende, hvorfor en ny model med afsæt i MS3-modellen er implementeret fra 1. januar 2018. I MS3 har PAL-modellen samlet set fungeret tilfredsstillende fra et kvalitetsperspektiv og fastholdes. Afsnittet har dog endnu ikke realiseret de forventede rationaliseringsgevinster.

OPDATERING MARTS 2018: Den ledende overlæge påpeger, at afdelingen konkret har oplevet en objektiv effektiviseringsgevinst via en stor reduktion i omfanget af overarbejde i forbindelse med stuegangsafvikling for læger og sygeplejersker samt via tidligere udskrivelser, da stuegang i dag stort set er afviklet ved middagstid. Det giver ekstra tid til andre lægelige opgaver onsdag-fredag.

Målopfyldelse

Konklusionerne på den spørgeskemabaserede patientundersøgelse er:

1. Patienter oplever en højere grad af inddragelse ved efter-målingen
2. Patienter oplever en større sammenhæng i behandlingsforløbet ved efter-målingen
3. Patienter oplever, at behandlingsforløb er mindre præget af ventetid og/eller spildtid ved efter-målingen
4. Patienter har øget generel tilfredshed med behandlingsforløbet ved efter-målingen
5. Patienternes oplevelser af de ovennævnte parametre varierer ikke på tværs af afsnit (baseret på data fra efter-målingen).

De væsentligste konklusioner på medarbejderundersøgelsen er:

1. Medarbejdere oplever generelt en øget grad af sammenhæng og koordination i arbejdsgange og behandlingsforløb ved efter-målingen
2. Overlæger vurderer sammenhæng og koordination i behandlingsforløbene mere positivt end de øvrige faggrupper
3. Medarbejdere fra MS1, MS3 og MS4 vurderer graden af sammenhæng og koordination i behandlingsforløbene mere positivt end medarbejdere fra MS2 (baseret på data fra efter-målingen).

De forbehold, der kan knytte sig til en kausal fortolkning af den type før- og efter-målinger, der er tale om i denne sammenhæng, diskuteres kort i afsnit 5.3 ovenfor samt uddybende i et appendiks bagest i rapporten (se afsnit 7.3).

7 Appendiks

7.1 Spørgsmålsformuleringer i patientskemaet

Patientrespondenterne blev ved både før- og efter-målingerne bedt om at vælge den af de forskellige svarmuligheder, som svarer bedst til deres syn på udsagnene på listen nedenfor.¹⁰

- Der var overensstemmelse mellem det, jeg fik at vide af forskelligt sundhedspersonale (fx læger eller sygeplejersker)*
- Jeg fik talt med sundhedspersonalet om de spørgsmål eller bekymringer, jeg havde*
- Der var ro/privathed omkring mine samtaler med sundhedspersonalet*
- Sundhedspersonalet gik op i at forstå det, der betød mest for mig*
- Sundhedspersonalet brugte et sprog, som var til at forstå (ikke fagsprog, men forståeligt dansk)*
- Jeg var med på råd, når der blev truffet beslutninger om det, der skulle ske*
- Sundhedspersonalet har kunnet svare på de spørgsmål, jeg havde**
- Jeg har følt mig tryk ved de læger, jeg har mødt i mit behandlingsforløb**
- Jeg har kunnet få svar, når jeg har haft et spørgsmål til lægen**
- Lægen har været til stede på de vigtige tidspunkter i mit behandlingsforløb**
- Jeg har oplevet, at hospitalet har tilrettelagt kontakten med mig sådan, at jeg ikke har skullet tale med for mange forskellige sundhedsprofessionelle**
- Mit behandlingsforløb har været præget af ventetid og spildtid
- Jeg er tilfreds med mit samlede forløb hidtil.

De seks udsagn, som indgår i indekset for patientinddragelse, er ovenfor mærket med "**", mens de fem udsagn i indekset for sammenhæng i behandlingsforløbet er mærket med "***".

Derudover blev patienterne bedt om at besvare disse supplerende spørgsmål:

- Hvor mange læger vil du tro, at du har været i kontakt med i dit behandlingsforløb? (svarmuligheder: "1 læge", "2 læger", "3 læger", "4 læger", "5 læger eller flere", "Ved ikke")
- Hvordan synes du, dit fysiske helbred er alt i alt? (svarmuligheder: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt", "Dårligt")
- Hvad er dit fødselsår?
- Hvad er dit køn?

7.2 Indekskonstruktion (patientbesvarelser)

Analysen af data fra patientundersøgelsen i afsnit 5 gennemføres bl.a. på basis af to indekskonstruktioner (se spørgsmålssammensætningen ovenfor).

Med henblik på at afklare relevansen af indekskonstruktionerne er der foretaget tre forskellige analyser. For det første er målingsvaliditeten undersøgt ved hjælp af parvise Pearson-korrelationer (*Pearson's r*). For det andet er reliabiliteten (pålideligheden) undersøgt ved hjælp af *Cronbach's alpha*. For det tredje er der foretaget eksplorative faktoranalyser ved hjælp af *principal factors*-faktoranalyse. Der er foretaget uroterede analyser samt roterede faktoranalyser med *Varimax* hhv. *Promax* som rotationsformer. Analyserne er foretaget ite-

¹⁰ De seks gennemgående svarkategorier var: "Slet ikke", "I mindre grad", "I nogen grad", "I høj grad", "I meget høj grad", "Ved ikke".

rativt, forstået sådan, at analyserne er gentaget med få ændringer i variabelsammensætningen, med henblik på at finde de optimale indekssammensætninger.¹¹

7.3 Kausal fortolkning af spørgeskemabesvarelser

Det analytiske fokus i fortolkningen af patient- og medarbejderbesvarelserne er lagt på udviklingen fra før- til efter-målingen. Målet er at kaste lys på i hvilket omfang implementeringen af patientansvarlig læge har gjort den forventede positive forskel for patienter og medarbejderes oplevelse og vurdering af behandlingsforløbene i Medicinsk Afdeling.

Respondentgrupperne ved før-målingen kan dog ikke kobles på individniveau med respondentgrupperne ved efter-målingen. Det har betydning for, hvor stærkt der kan argumenteres for, at statistisk korrelation er et udtryk for kausalitet. Når grupperne ikke kan kobles svækkes argumenterne for, at statistisk korrelation er lig med kausalitet alt andet lige. Det skyldes, at der kan være forskel på gruppernes karakteristika ved før- og efter-målingerne. I den lineære regression, som anvendes til analyserne, er der mulighed for at kontrollere observerede baggrundsforhold ud. Det er dog ikke taget højde for alle muligt relevante faktorer. Derfor må man tage forbehold for, hvorvidt den statistiske sammenhæng faktisk er et udtryk for kausalitet. I forhold til patientbesvarelserne kan der tages højde for køn, alder og selvoplevet helbred samt antallet af læger, som patienten mener at have set i forbindelse med indlæggelsen. Hvad angår medarbejderbesvarelserne, kan der kontrolleres for faggruppe og måletidspunkt samt delvist for afsnit, men dog kun ved efter-målingen, da der ikke er spurgt til afsnit ved før-målingen.

I analyserne er hypotesen generelt den, at der vil være en fremgang at spore, og at fremgangen kan tilskrives implementeringen af patientansvarlig læge, da en PAL-model er implementeret imellem målingerne. Givet at kriterierne for kausalitet ikke er helt opfyldt under det aktuelle design, skal man selvsagt være åben for, at en eventuel fremgang ikke med sikkerhed kan tilskrives indførelsen af patientansvarlig læge. Der kan være sket mange andre ting på afdelingen, der har medført en forandring, i særdeleshed hvad angår patienternes oplevelse af inddragelse, men også personalets syn på koordinering og sammenhæng i patientforløb. På trods af, at kausaliteten ikke er specielt sikker, anvendes ordet "effekt" alligevel i rapporten til at beskrive udviklingen af før-målingen til efter-målingen, eller til at beskrive forskelle i afsnits gennemsnitsværdier.

Diskussion af resultaternes gyldighed.

Da forskningsdesignet ikke baserer sig på et eksperiment, kan det være ganske vanskeligt med sikkerhed at fastslå, at PAL er årsag til ændringerne i opfattelse af koordination og sammenhæng, inddragelse, osv. Der kan potentielt være tale om en kortvarig, såkaldt Hawthorne-effekt affødt af en generelt øget opmærksomhed på de relevante emner i forbindelse med dataindsamlingerne.¹² Der kan også være implementeret andre tiltag i perioden med betydning for inddragelse og sammenhæng i patientforløb. Det vil kræve flere undersøgelser at fastslå kausaliteten mellem patientansvarlig læge og patienternes oplevelse af inddragelse. Under forudsætning af at patientansvarlig læge er årsagen til ændringerne i syn på koordination og sammenhæng, inddragelse osv., kan de signifikante resultater som udgangspunkt generaliseres til alle andre lignende afdelinger.

Hvad angår medarbejderundersøgelsen er der stort set tale om en populationsundersøgelse. Derfor er forudsætningerne for at kunne generalisere resultatet til hele Medicinsk Afdeling

¹¹ Uddybende oplysninger og oversigter vedrørende indekskonstruktionerne kan rekvireres ved henvendelse til DEFACTUM.

¹² Se fx https://en.wikipedia.org/wiki/Hawthorne_effect

gode. I det usandsynlige tilfælde, at der er en stærk systematik i, hvilke faggrupper, der ikke har svaret (dette har ikke været muligt at undersøge i nærværende tilfælde), kan det være vanskeligere at generalisere. Det vurderes dog umiddelbart ikke at være et problem her. Derudover er der kontrolleret statistisk for faggrupper.

Hvad angår patientundersøgelsen, er dataindsamlingen baseret på tilfældigt udvalgte indsamlingsdage. Tilfældig udvælgelse giver i udgangspunktet gode forudsætninger for at generalisere til hele populationen, givet at alle patienter og alt personale er til stede på indsamlingsdagene har haft samme chance for at blive valgt ud. De svageste patienter er dog blevet skånet i forbindelse med dataindsamlingen, hvilket potentielt kan give anledning til en bias. Hvis det, at de svageste patienter er blevet skånet, skal give anledning til bias, kræver det, at disse patienters syn på de undersøgte forhold adskiller sig systematisk fra øvrige patienters syn. Sådanne mønstre vil selvsagt have en betydning for forudsætningerne for at generalisere resultatet. Gruppen med svage patienter tæller dog i denne sammenhæng relativt få individer, hvorfor det er tvivlsomt, om udeladelse af denne gruppe giver anledning til omfattende bias.

Hypotetisk set er der også mulighed for, at patientresultatet skyldes sæsonvariation. Dataindsamlingen er dog ved både før- og eftermålingen forløbet over alle ugens dage fordelt på adskillige uger på det samme tidspunkt på året, hvilket mindsker risikoen. Desuden er der ikke pågået dataindsamling i forbindelse med ferier. Der kan dog stadig være risiko for andre former for sæsonvariation, hvilket der skal tages forbehold for.

