

Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb

Jan Mainz^{1,2} & Jens Winther Jensen³

STATUSARTIKEL

1) Psykiatrien, Psykiatriledelsen, Region Nordjylland
 2) Aalborg Universitets-hospital, Psykiatrien
 3) Direktionen, Region Nordjylland

Ugeskr Læger
 2015;177:V05150436

Det er sundhedsvæsenets kerneopgave at sikre, at patienterne og andre brugere modtager relevant forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering (herefter omtalt samlet som behandling). Grundlaget herfor er kliniske retningslinjer og pakkeforløb, der tilsammen skal sikre, at patienterne får evidensbaserede sundhedsydelse på det rigtige tidspunkt.

Den store udfordring for sundhedsvæsenet er at tilrettelægge et forløb, der sikrer, at patienten modtager evidensbaseret behandling til tiden, og samtidig er velkoordineret på tværs af sektorgrænserne, dvs. mellem den praktiserende læge, det kommunale sundhedsvæsen og hospitalsvæsenet og eventuelt også andre sektorer, f.eks. socialektoren. Samtidig udfordrer specialisering i det moderne sundhedsvæsen, hvor patienten ofte udredes og behandles i forskellige enheder, det hensigtsmæssige patientforløb. Undersøgelser viser, at jo flere overgange et forløb indeholder, jo større er risikoen for, at patienten oplever utilsigtede hændelser, fejl eller komplikationer, der kan føre til fysisk eller psykisk skade [1-6].

Ifølge sundhedsloven er det intentionen, at patienterne skal inddrages aktivt i forløbet i sundhedsvæsenet. Undersøgelser viser, at når det sker, bliver patienterne ikke kun mere tilfredse, men kvaliteten stiger, og omkostningerne falder [7].

Der stilles således store krav til patientforløbet i det moderne sundhedsvæsen.

I Region Nordjylland er der gennemført en ny forløbsbaseret ledelsesmæssig organisering med henblik på at sikre entydig ledelse, som kan understøtte hensigtsmæssige patientforløb. Den grundlæggende ide, der arbejdes med i de konkrete patientforløb, betegnes »patientens team« [4-6] og repræsenterer den mindste kliniske frontlinjeeenhed, hvor mødet mellem patienten og sundhedspersonalet og behandlingen foregår. I patientens team er der et entydigt lægeligt ansvar [1]. Visionen er, at alle patienter skal opleve, at deres forløb er sammenhængende med få svigt i overgangene og god kvalitet.

I denne artikel beskrives brug af patientens team som en grundlæggende metode til at sikre hensigtsmæssige patientforløb og skabe løbende justeringer og forbedringer.

PATIENTENS TEAM

Patientens team er inspireret af principperne fra kliniske mikrosystemer og udgøres af en gruppe af fagpersoner eller et tværfagligt team, der i samspil med patienten har til opgave at opnå størst mulig kvalitet i pleje og behandling [4-6].

Patientens team er en dynamisk organiserings- og arbejdsform, hvor man organiserer samarbejdet om opgaverne i patientforløbet i et koordinerende netværk (Figur 1). Patientforløbets kompleksitet definerer graden af samarbejde, teamets sammensætning og omfanget af det koordinerende netværk, som patienten er i kontakt med i sit behandlingsforløb, og som arbejder ud fra fælles mål, fælles viden samt gensidig respekt gennem en kommunikation, der understøtter dette. Der kan være fast tilknyttede medlemmer og mere løst tilknyttede medlemmer fra hospitalsvæsenet, den praktiserende læge og fagpersoner i kommunerne. Patientens team er kendetegnet ved, at patienten og evt. pårørende er en aktiv del af teamet i den udstrækning, de kan og ønsker det. Patienten sætter dagsordenen i forhold til de behov, der skal imødekommes. Patienten og evt. pårørende skal vide, hvem der indgår i patientens team, hvordan teamet kontaktes, og hvem der har det sundhedsfaglige ansvar for patientforløbet og behandlingen.

FAKTABOKS

Samarbejdet i patientens team er kendetegnet ved:

- ▶ en behandlingsansvarlig læge
- ▶ en tværgående patientansvarlig læge (ved komplicerede forløb)
- ▶ at patienten er for bordenden i eget forløb
- ▶ fælles mål for patient og klinisk personale
- ▶ komplementære færdigheder og viden, der kan kvalificere opgaveløsningen
- ▶ aftalte evidensbaserede behandlings- og arbejdsmetoder
- ▶ gensidig forpligtelse og respekt
- ▶ empatisk og ligeværdig dialog mellem de involverede
- ▶ kombinationen af team- og netværkstækning.

DET LÆGELIGE ANSVAR I PATIENTENS TEAM

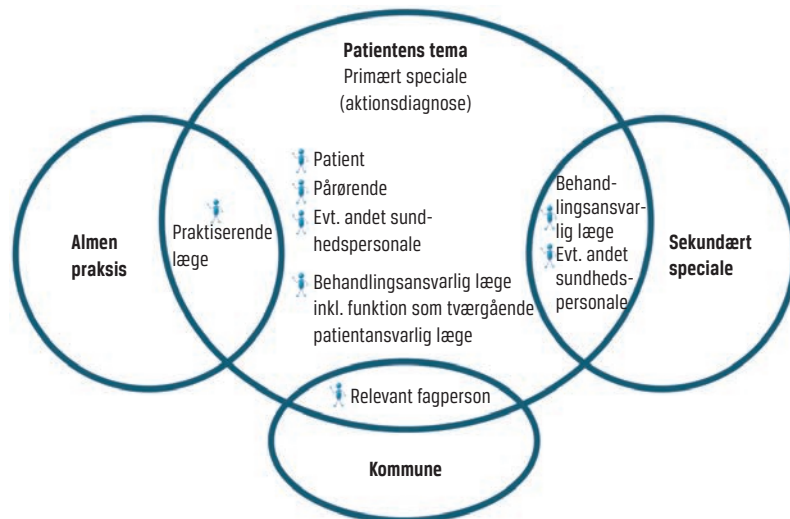
I patientens team er der et entydigt lægeligt ansvar. Alle patienter har en behandlingsansvarlig læge, der har det behandlingsmæssige ansvar inden for et givet speciale. I komplicerede patientforløb, hvor der indgår flere specialer, er der tillige en tværgående patientansvarlig læge, som har det overordnede lægelige ansvar på tværs af specialerne. Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for patientens behandlingsforløb inden for et speciale, herunder udarbejdelse af behandlingsplan samt logistik og fremdrift i forløbet [1]. Den behandlingsansvarlige læge er selv aktivt behandlende, men ansvaret kan overdrages til en anden speciallæge, når det vurderes at være relevant. I forbindelse med overdragelse skal det aktivt formidles til patienten, dennes pårørende og relevant sundhedspersonale, hvem der har ansvar for det videre forløb. Den behandlingsansvarlige læge er kontaktperson for patienten og den praktiserende læge ved udskrivelse. Som udgangspunkt er den behandlingsansvarlige læge speciallæge, men læger i videreuddannelse kan oplæres i funktionen og få opgaven tildelt ved delegation. Når patienten skifter afdeling, skal der ske en kvalificeret overdragelse fra en behandlingsansvarlig læge til en ny behandlingsansvarlig læge, såfremt dette vurderes at være hensigtsmæssigt.

Det forventes ikke, at den behandlingsansvarlige læge er til rådighed døgnet rundt, men den lokale planlægning af rådighedsperioden skal tilgodese lægen og patienten bedst muligt. Ud over ansvaret for den faglige kontinuitet har den behandlingsansvarlige læge ansvar for logistikken og for at koordinere det konkrete patientforløb. Den behandlingsansvarlige læge kan vælge at uddelegere opgaver vedrørende forløbskoordinering, dvs. logistik i patientens forløb til en logistikansvarlig/stafetholder/forløbskoordinator, der f.eks. kan være en sekretær eller en sygeplejerske, som varetager og sørger for de konkrete aftaler på afdelingen, mellem specialer og afdelinger samt med kommunerne og den praktiserende læge. I helt ukomplicerede patientforløb varetages stafetholderfunktionen af den behandlingsansvarlige læge med støtte af kliniske it-arbejdsværktøjer. I forbindelse med et kompliceret patientforløb, hvor der indgår flere specialer på tværs af afdelinger, hospitaler eller regionsgrænser, bliver en af de behandlingsansvarlige læger udpeget til tillige at være tværfaglig patientansvarlig læge [1]. Den tværfaglige patientansvarlige læge skal have det faglige overblik på tværs af specialer og sikre, at de relevante og nødvendige faglige kompetencer inddrages og koordineres. Den tværgående patientansvarlige læges ansvar går således ud over lægens eget speciale, idet lægen varetager patientforløbets samlede logistik og koordinering.



FIGUR 1

Skematisk illustration af patientens team.



ORGANISERING AF PATIENTENS TEAM

Patientens team sammensættes så tidligt som muligt i forløbet. Ved indlæggelse etableres patientens team inden for 24 timer. Ved påbegyndelse af et ambulært forløb etableres patientens team i forbindelse med det første besøg. Som led i tilrettelæggelsen af patientforløbet etableres patientens team med de fagpersoner, som primært indgår i patientens behandling, sammen med patienten og eventuelt dennes pårørende. Patientens team består som minimum af patienten og eventuelle pårørende samt en behandlingsansvarlig læge og en stafetholder (de to sidstnævnte kan som nævnt være sammenfaldende). Ofte vil der være behov for flere funktioner (fagpersoner) fra hospitalsvæsenet eller fra den primære sundhedssektor, herunder den praktiserende læge eller personer fra det kommunale sundhedsvæsen. Tværfaglighed er et vigtigt element, hvilket indebærer, at alle relevante fagpersoner, der arbejder i frontlinjen og har signifikant kontakt med patienten, bør inddrages i patientens team.

I forløbet kan der ske udskiftning i teamet, men det skal altid fremgå klart, hvem der har ansvar for både behandlingen og forløbet (behandlingsansvarlig læge), og hvem der støtter disse funktioner (stafetholder).

Hvis patienten skal overflyttes til en anden organisatorisk enhed, skal overdragelse af ansvaret ske som overdragelse af en depeche i et stafetløb, hvor ansvaret for behandling og forløb ikke slippes, før den er kvitteret hos den modtagende enhed. En patient kan kun have et forløb og en behandlingsansvarlig læge i hospitalsvæsenet, og hvor der er parallelle behandlinger, skal teamet sammensættes, så der tages højde for det.

Den behandlingsansvarlige læge og patientens team

skal være synlige i patientjournalen, behandlingsplanen og for patienten. Informationen til patienten skal indeholde oplysninger om, hvordan man får kontakt til hospitalet (den behandlingsansvarlige læge og stafetholderen). Behandlingsplanen er omdrejningspunktet og forudsætningen for samarbejdet i patientens team, som derfor altid skal være opdateret, og teamets medlemmer, herunder patienten og de pårørende, skal have kopi af den.

Den behandlingsansvarlige læge og eventuelt den tværgående patientansvarlige læge og patientens team skal allerede ved starten af patientens forløb sammen med patienten opstille konkrete del- og slutmål, som skal anføres i behandlingsplanen. Alle parter skal kende og arbejde i forhold til disse mål. De opstillede mål skal med jævne mellemrum evalueres med henblik på at sikre, at de nås.

FORBEDRINGSPROCESSER I PATIENTENS TEAM

Patientens team er ud over at være den mindste organisatoriske enhed for patientforløbet også udgangspunktet for forbedringsprocesser i patientforløbet [4-6]. Patientens team anvender forbedringsmetoder fra forbedringsmodellen, hvilket indebærer, at der løbende og systematisk arbejdes med *plan-do-study-act* (PDSA)-cirkler [8-11]. De enkelte team arbejder med konkrete forbedringer i de enkelte forløb, hvilket kan anvendes i andre forløb.

DISKUSSION

Der er dokumentation for, at principperne fra anvendelse af kliniske mikrosystemer, som patientens team bygger på, har effekt på klinisk praksis, herunder optimering af kliniske processer, forbedring af organisatorisk kvalitet, forbedret patientkomplians, patienttilfredshed, medarbejdertilfredshed og økonomi [6-10]. Erfaringerne fra litteraturen om implementering af kliniske mikrosystemer og teambaseret klinisk praksis viser imidlertid også, at det kan være forbundet med en række udfordringer [11-15]. I litteraturen peges der på, at fem principper er vigtige for effekten af teambaseret klinisk praksis: 1) fælles mål for patientforløbet, 2) klar rollefordeling, 3) gensidig tillid, 4) effektiv kommunikation og 5) målbare proces- og resultatindikatorer [12]. Det anbefales, at der for det enkelte patientforløb i et samarbejde mellem patienten, eventuelle pårørende og sundhedspersonalet udarbejdes konkrete fælles mål, som er retningsgivende for behandlingsforløbet. I Region Nordjylland er det intensjonen, at der udarbejdes både fælles mål for patientforløbet og mål for slutresultatet [12]. Ligeledes anbefales det, at der i det enkelte team er en klar rollefordeling samt gensidig tillid, og der skal udnævnes en teamleder. I Region Nordjylland varetages denne funktion af den behandlingsansvarlige læge og i forbindelse med

komplekse forløb af den tværgående patientansvarlige læge [12]. I det konkrete forløb er der behov for tydelig kommunikation, information og klare aftaler. Dette stiller krav til it-support, således at teamet har let adgang til information om det konkrete forløb. Endelig anbefales det, at det konkrete forløb overvåges på grundlag af målbare proces- og resultatindikatorer. I Region Nordjylland vil de enkelte patientforløb blive monitoreret på grundlag af servicemål, proces- og resultatindikatorer fra de kliniske databaser og pakkeforløb samt indikatorer til belysning af udrednings- og behandlingsret. Det kan ligeledes være relevant at monitorere, hvorledes de enkelte team fungerer som team [13].

I Region Nordjylland skal visionen om effektive og sikre patientforløb realiseres ved implementering af den behandlingsansvarlige læge og patientens team i løbet af 2015-2017. Der gennemføres kompetenceudvikling på alle ledelsesmæssige niveauer, herunder i hospitalsledelserne, klinikledelserne og på mellemlederniveauerne samt for alle kliniske medarbejdere. De praktiserende læger og kommunerne inddrages i patientens team som led i sundhedsaftalerne [6, 11].

SUMMARY

Jan Mainz & Jens Winther Jensen:

The patient's team and the responsible doctor as a condition for efficient patient courses

Ugeskr Læger 2015;177:V05150436

In the health-care system in The North Denmark Region the patient's team has been implemented in order to create and ensure efficient patient courses. Each patient has his or her own team, which is responsible for the entire patient course. As part of the team there is one doctor, who has the ultimate responsibility for the patient's treatment and pathway within the health-care system. The patient's team is implemented in 2015-2017 in the health-care system in The North Denmark Region.

KORRESPONDANCE: Jan Mainz. E-mail: jan.mainz@rn.dk

ANTAGET: 10. september 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 23. november 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeforeningen, Yngre Læger. Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge. København: Danske Regioner, 2015.
2. Martin HM. Er der styr på mig – sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2010.
3. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2013. Kræfttramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.
4. Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. Quality by design: a clinical microsystem approach. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
5. DSI. Danske Regioner. Center for kvalitet. Introduktion til kliniske mikrosystemer. Kvalitetsudvikling med patienten i centrum. København: Danske regioner, 2010.
6. Mainz J, Kjølbye M, Sloth A. De mange aktører og deres samarbejde. I: Jørgensen P, Thomsen C. Fysisk helbred blandt psykisk syge. København: FADL's Forlag, 2014.

7. Riiskjær E. Patienten som partner. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2014.
8. Moen RD, Nolan TW, Provost LP. Quality improvement through planned experimentation. 3rd edition. New York: McGrawHill, 2012.
9. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harvard Business Review 2013;50-70.
10. Birkedal HL, Hvestendahl M, Dabelsteen D. Kliniske mikrosystemer. I: Mainz J, Bartels P, Bek T et al. Kvalitetsudvikling i praksis. København: Munksgaard Danmark, 2011:315-32.
11. Axelsson R, Axelsson SB, Gustafsson J et al. Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework. Int J Integrat Care 2014;14:1-9.
12. Mitchell P, Wynia M, Golden R et al. Core principles & values of effective team-based health care. Washington, DC: Institute of Medicine, 2012.
13. Gittel JH, Beswick J, Goldmann D et al. Teamwork methods for accountable care: relational coordination and TeamSTEPPS. Health Care Manage Rev 2015;40:116-25.
14. Okun S, Schoenbaum S, Andrews D et al. Patients and health care teams forging effective partnerships. Washington DC: Institute of Medicine, 2014.
15. Doherty RB, Crowley RA. Principles supporting dynamic clinical care teams: an American College of Physicians position paper. Ann Intern Med 2013;159:620-6.