

25. marts 2015

Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge

Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeföreningen og Yngre Læger vil sammen i dette oplæg og via efterfølgende pilotprojekter tydeliggøre ”den behandlingsansvarlige læge”. Pilotprojekterne igangsættes som indsatser i forbindelse med Borgernes Sundhedsvæsen.

Formålet med det fælles rammepapir

Formålet med dette papir er at beskrive en behandlingsansvarlig læge i sygehusvæsenet. Papiret præsenterer Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeföreningen og Yngre Lægers fælles forståelse af et styrket lægeligt ansvar i forhold til at sikre bedre kontinuitet i patientforløbene, øge patienternes tryghed og øge den faglige kvalitet i behandlingen. Den fælles forståelse er en ramme for de initiativer, der allerede er i gang i regionerne, og for initiativer som vil blive afprøvet i en række pilotprojekter i regionerne.

Formålet med pilotprojekterne er at tydeliggøre figuren i forhold til de mange benævnelser og forståelser, som pt. eksisterer på området. Ambitionen er, at ”den behandlingsansvarlige læge” er så entydigt defineret, så den på sigt kan erstatte den kontaktpersonordning, som er fastlagt i Sundhedsloven.

Pilotprojekterne skal bidrage til at kvalificere den generiske beskrivelse. Det er således afgørende, at hospitalsledelser og sundhedspersonalet inddrages i denne kvalificering, så det sikres, at den generiske beskrivelse tager højde for den kulturelle diversitet og de organisatoriske forskelle mellem hospitaler mv.

Baggrunden

Udrednings- og behandlingsforløb stiller store krav til sundhedsvæsenets organisering og faglige indsats i forhold til at sikre patienterne kvalitet, kontinuitet og tryghed gennem behandlingsforløbet:

- En udfordring ved specialisering er, at patienter ofte udredes og modtager behandling fra flere forskellige enheder, og ansvaret for patientens samlede behandlingsforløb (”den røde tråd”) kan fortones sig – ikke blot for patienten men også for det sundhedsfaglige personale.

- Jo flere overgange et patientforløb indeholder, jo større er risikoen for utilsigtede hændelser.
- Patienter oplever ofte frustrationer på grund af oplevelsen af utilstrækkelig koordination og overblik over deres behandlingsforløb.
- Mange læger oplever det demotiverende ikke at have bedre mulighed for at følge den enkelt patients forløb.

Der er behov for at øge patienternes tryghed gennem større lægelig kontinuitet og koordination. Det skal være tydeligt for både patient, pårørende og sundhedspersonale, hvem der har ansvaret for den enkelte patient, og patienterne skal være trygge ved, at den lægefaglige vurdering bygger på de rette kompetencer på tværs af specialerne. Det skal ske ved, at alle patienter som udgangspunkt får en behandlingsansvarlig læge tildelt i hvert speciale, når det giver mening. Ved komplicerede forløb, hvor den aktuelle behandling samtidigt involverer flere specialer/matrikler, skal der desuden udpeges en tværgående patientansvarlig læge.

Realiseringen af denne kulturændring forudsætter både et betydeligt engagement hos den enkelte læge og et betydeligt ledelsesmæssigt fokus.

Begge figurer fokuserer på at forbedre den lægelige kontinuitet og tydeliggøre det lægelige ansvar for den enkelte patient – vel vidende, at arbejdet med at skabe sammenhæng i patientforløb i praksis forudsætter et teamsamarbejde mellem repræsentanter fra forskellige fagprofessionelle grupper, herunder sygeplejersker, lægesekretærer mv.

Formål med de to figurer

Det overordnede formål med de to figurer er *at øge patienters tryghed og kvaliteten i behandlingen*. Konkret skal opnås:

- Større patienttilfredshed og en reduktion i antallet af negative patientrapporteringer i overgange både mellem sundhedspersoner inden for egen afdeling/speciale og på tværs af afdelinger og matrikler.
- En styrket inddragelse af patienter og pårørende ved at gøre dialogen med lægerne mere overskuelig.
- bedre sammenhæng og fremdrift i patientforløbene og dermed undgå unødvendig ventetid/spildtid.
- En øget arbejdsglæde hos lægerne ved at øge deres mulighed for at følge de enkelte patienters behandlingsforløb og ved at øge lægens mulighed for at udnytte sin viden og ekspertise bedre.
- En kulturændring der indebærer, at behandlingsforløb tilrettelægges i samarbejde mellem læge, patient og pårørende og med hensyn til patientens ønsker og samlede livssituation.

Den behandlingsansvarlige læge

Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for patientens behandlingsforløb på afdelingen/i specialet (overblik og fremdrift) og udpeges som udgangspunkt på baggrund af den aktuelle aktionsdiagnose. Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for en plan, et overblik og en sammenhæng i indsatsen for patienten, og for at der er drivkraft i processen på afdelingen/i specialet. Alle patienter skal have tilknyttet en behandlingsansvarlig læge, med mindre patienten ikke finder det nødvendigt og derfor frabeder sig dette.

Den behandlingsansvarlige læge er selv behandlende læge, men vil ikke altid være det i alle dele af behandlingsforløbet. At være behandlingsansvarlig læge betyder således ikke, at man skal være til rådighed døgnet rundt. Den aktuelt behandlende læge kan ændre patientens behandlingsplan baseret på nye kliniske oplysninger, men det er en grundlæggende forståelse, at de behandlende læger eller teamet som organisatorisk enhed ikke kan erstatte det lægefaglige *overblik over og ansvar for* behandlingen, som påhviler den behandlingsansvarlige læge.

Ansvaret som behandlingsansvarlige læge kan overdrages til en anden speciallæge, når det vurderes relevant, fx når patienter flyttes fra akut modtagelsen til specialafdeling. Overdragelse skal ske ved en overlevering af relevant viden om patienten og forløbet, og det skal være klart for alle – patient, pårørende og relevant personale – hvilket ansvar der er overdraget, og dermed også hvem der skal kontaktes og hvordan, hvis der opstår problemer/spørgsmål i behandlingsforløbet. Oplysningerne skal dokumenteres i journalen.

Den behandlingsansvarlige læge skal stå anført som kontaktperson ved udskrivelse/afslutning i forhold til patienten og den praktiserende læge. På den måde sikres, at den praktiserende læge ved, hvilken læge der skal kontaktes, hvis der er forhold vedrørende patientens behandlingsforløb, som ønskes drøftet.

Den behandlingsansvarlige læge er som udgangspunkt speciallæge. Alle speciallæger skal kunne varetage opgaven. Læger i videreuddannelsesforløb skal oplæres i funktionen og kan i mindre komplicerede forløb få tildelt opgaven som behandlingsansvarlig læge via konkret delegation. Dette skal ske ud fra en individuel vurdering af lægens kompetenceniveau i forhold til det konkrete patientforløb.

Den behandlingsansvarlige læge kan vælge at uddelegere opgaver vedrørende forløbskoordinering (logistik), behandling og pleje til andre faggrupper, fx sekretærer og sygeplejersker.

Naturlige opgaver for den behandlingsansvarlige læge:

- Tilrettelægge behandlingen sammen med patient, pårørende og det sundhedsfaglige personale på afdelingen.
- Sikre at der foreligger en behandlingsplan for patienten.
- Formidle kontakt mellem patienten og relevant(e) behandlende læge(r).
- Stille spørgsmål og handle, hvis der fx opstår bekymringer om kvalitet, eller hvis der ikke sker den ønskede fremdrift i udredningen/behandlingen.
- Foretage forventningsafstemning med patienten, herunder inddrage patienten og pårørendes viden og præferencer i beslutninger om forløbet for at sikre, at der træffes beslutninger, som passer til den enkelte patient.
- Indhente supplerende lægefaglig vurdering fra et andet behandlingsteam på eget eller andet hospital, hvis patienten er usikker på den lagte behandlingsplan.
- Tage ansvar for, at de faglige beslutninger træffes.
- Overdrage patientansvar efter ”stafetmetoden”, hvor den overdragende læge skal sikre sig, at depechen er modtaget af den modtagende læge, og at præmisserne for overdragelsen er dokumenteret.

Den tværgående patientansvarlige læge

Når patientforløbet er eller forudses komplekst for personalet og/eller patienten, bliver en af de behandlingsansvarlige læger også tværgående patientansvarlig læge (typisk den behandlingsansvarlige læge inden for den afdeling/det speciale, hvor patienten pga. diagnosen hører til). Det gælder fx for patienter, hvis behandlingsforløb går på tværs af afdelinger/sygehuse, og det gælder i høj grad ved særligt komplicerede forløb, som fx patienter med flere parallelle aktionsdiagnoser (multitraumepatienter, multisyge, intensivpatienter), og/eller patienter, hvis forløb strækker sig over flere matrikler/regionsgrænser.

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

Væsentlige forudsætninger

Hvis det skal lykkes at sikre bedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen gennem øget lægelig kontinuitet, så forudsætter det, at lægen har:

- Det tværgående lægefaglige overblik og ansvar for patienten på afdelingen/på tværs af afdelinger.
- En tillidsbaseret relation med patienten.

- Adgang til nødvendige data om patientens forløb for at understøtte arbejdet. Det er vigtigt at afklare, hvilke typer af data, der skal/kan være tilgængelige på tværs, fremadrettet/bagudrettet mv., herunder at lægen kan journalføre kontakt med patienten.
- Tilstrækkelig viden om det samlede forløb til at kunne indgå i en dialog med patient og pårørende om de overordnede forhold, så patienten oplever tryghed i overgangen mellem specialer/afdelinger/sygehuse.

Afgrænsning ift. behandleransvar

Indførelsen af behandlingsansvarlig læge og tværgående patientansvarlige ændrer ikke på eksisterende lægeansvarsforhold. Enhver læge, der deltager i behandlingen har således et ansvar i forhold til autorisationsloven.

Fremadrettede initiativer og projekter

Indførelsen af den behandlingsansvarlige læge og den tværgående patientansvarlige læge er et udviklingsprojekt, hvor den præcise udformning og indsamling af erfaringer må ske i samarbejde med relevante aktører. Der findes således ikke en færdig løsning for, hvordan dette skal indføres og tilrettelægges på de enkelte afdelinger og sygehuse. Der er dog erfaringer at hente på danske hospitaler.

I første omgang ønsker regionerne i samarbejde med Overlægeföreningen, Yngre Læger, Kræftens Bekæmpelse og Danske Patienter at afprøve de nye organiserings- og arbejdsformer på udvalgte sygehuse og afdelinger med udgangspunkt i ovennævnte rammebeskrivelse. Den præcise udformning af projekterne vil ske lokalt. Det kan fx dreje sig om tilpasning af organisatoriske forhold, herunder blandt andet tilpasning af arbejdstilrettelæggelse og vagtplaner, så det bliver muligt at tilgodese kontinuitet i relationen mellem patient og læge bedst muligt.

Afprøvningen af de nye organiserings- og arbejdsformer kan omfatte pilotafprøvning af nogle af de mere overordnede modeller, som regionerne er langt i udviklingen af, og som ligger inden for rammerne af ovenstående beskrivelse af behandlingsansvarlig læge.

Det vil være naturligt at afprøve initiativer på områder, som berører store patientgrupper. Det vil derudover være hensigtsmæssigt at afprøve initiativer, som fx håndterer meget komplekse forløb og forløb der går på tværs af regions- og kommunegrænser. Det kan fx dreje sig om forløb med mange forskellige afdelingskontakter på tværs af matrikler, og hvor det er vanskeligt at udrede patientens primærdiagnose. Det kunne her være relevant at afprøve en model, hvor patientansvaret for disse relativt få tilfælde fx placeres i en passende regional enhed hos en overordnet læge.

Det vil derudover være oplagt, hvis mindst ét af de pilotprojekter der igangsættes vil omhandle forløb, der går på tværs af regions- og kommunegrænser – vel vidende, at den regionale ledelseskompetence i realiteten slutter ved regionsgrænsen – for at indhente erfaringer med såvel det intra-organisatoriske som det inter-organisatoriske perspektiv, herunder koblingen til den praktiserende læge.

Ved evalueringen er det vigtigt at fokusere på forskellige perspektiver (patient, organisation, teknologi og økonomi), fx ved at anvende mini-MTV, forbedringsmetode eller lignende metoder.

Undersøgelse af hidtidige forsøg

Det foreslås derudover at undersøge nogle af de forsøg med behandlingsansvarlig læge, som allerede er gjort i regionerne. Her kan fokus med fordel være på:

- Hvad ville de løse (hvad var problemet)?
- Har de løst problemet (hvilke resultater har de nået)?
- Hvordan ved de, om de har løst problemet (hvilke effektmål har de målt på)?

Projektperiode

Initiativerne igangsættes som indsatser i forbindelse med Borgernes Sundhedsvæsen. Pilotprojekterne igangsættes i løbet af 2015, en første status gives i løbet af 2016, hvorefter alle initiativers evalueringer samles i 2017. Det forventes at kunne implementere en entydig definition af behandlingsansvar senest medio 2018.