

Hvad er meningen med Patientens team?

Region Nordjylland har siden 2013 arbejdet med at omorganisere sundhedsvæsnets, dels i ledelsesstrukturen, dels i den kliniske praksis. Denne artikel fokuserer på spirende erfaringer og intentioner med omorganiseringen af den kliniske praksis, der går under betegnelsen Patientens team. Men hvad er meningen med Patientens team? Artiklen er en sammenskrivning af de intentioner, udviklingstiltag og de spæde erfaringer, der er arbejdet med i Psykiatrien og på de somatiske hospitaler i det nordjyske for at matche de udfordringer, der er i sundhedsvæsnets.

Af Ph.D., udviklingskonsulent i KoncernHR, Region Nordjylland Anne Mølholm og Professor, vicedirektør, Ph.D. Psykiatrien i Region Nordjylland og Aalborg Universitetshospital, Jan Mainz.

Patientens team

Patientens team er Region Nordjyllands samarbejds- og organiseringsform, der skal skabe et øget fokus på en patientcentreret klinisk praksis samt skabe mere sammenhæng i patientforløbene. Patientens team er en ramme for, hvordan samarbejdet kan organiseres. Det er en organisering af forventninger mellem patient og professionelle og forventninger de professionelle imellem. Forventninger som er under forandring i sundhedsvæsnets, hvor rammen Patientens team markerer, at samspillet forventes at foregå i en partnerskabsrelation. Patienten opfattes som en aktiv deltager, en partner, der i samarbejde med de professionelle skaber sikre og effektive patientforløb, hvor mennesket står centralt for beslutningerne.

Principper for Patientens team

De principper, der definerer Patientens team som organiseringsform er, at

1. Patienten er aktiv deltager i teamet, hvis de kan og vil – patienten er partner
2. Patient beslutter om pårørende er deltagere i teamet, samt hvilken rolle de ønsker at pårørende tager, hvis de kan og vil
3. Det tilknyttes en behandlingsansvarlig læge, der har hovedansvaret for behandling, behandlingsplan og forløb
4. En person har stafetholder-funktionen med ansvar for forløb. Denne person kan være den behandlingsansvarlige læge eller anden fag-person (ofte en sygeplejerske). Stafetholder koordinerer de personer, der skal involveres i forløbet, samt kommunikerer med patient om forløbet.
5. Patientens team sammensættes og organiseres i forholdt til, hvorvidt forløbet er simpelt, sekventielt eller komplekst samt de ressourcer, det er muligt at få i spil.

Patienten som partner

Patientens team hviler på en forståelse, hvor patientinvolvering handler om, at patienten ses som en aktiv deltager i de beslutninger, der træffes om behandling. Patienten er ikke en passiv modtager, der samtykker på baggrund af informationer fra behandler. Patienten tager ansvar for at bidrage ind i forløbet i det omfang, hun har ressourcerne til det. De professionelle efterlader ikke patienten med ansvaret, de tager ansvaret for forløbet. De professionelle giver patienten mulighed for at tage mest mulig ansvar uden, de er på overarbejde for at orientere sig og finde en farbar vej gennem behandler-systemet.

Sundhedsprofessionelle gør derfor mere af det, de allerede gør, men på en anden præmis. Præmissen er at møde patienten som partner som er noget andet end 'informeret samtykke'. Når partnerbegrebet vinder ind som begreb, er det for at distancere sig fra en forståelse fra, at

patienten er en modtager eller en slags kunde, der får en ydelse. En partner bidrager på lige fod med de professionelle, men ikke med de samme ting. Patientens bidrag er viden om patientens egen livshistorie, der har betydning for behandlingen, samt et bidrag med de præferencer og værdier patienten har i forhold til behandling og forløb. De professionelle rolle ændrer sig fra at være en slags leverandører af behandlingsydelser til at være partnere med patienten. Det er en organisering af den etik, der beskriver, hvordan de professionelle møder patienter og pårørende, hvor de sammen finder ud af, hvordan ydelsen (behandling og forløb) skal skrues sammen.

Etik

Den etik mødet mellem behandler og patient sker på er i disse år ved at tage en drejning. Aalborg Universitetshospital har eksempelvis formuleret et etisk kodeks, der har overskriften Patientens som partner. Kontakten til sundhedsvæsnet bliver i højere og højere grad et fælles anliggende mellem behandler og patient. Den forandring sundhedsvæsnet er inde i er en bevægelse væk fra at se lægen som den alfaderlige ekspert, der foreslår en behandling, patienten nikker og samtykker til, og som patienten måske, måske ikke gennemfører. Patienten møder i højere grad de professionelle på en måde, hvor patienten involverer de professionelle i deres liv og lidelser for at finde den rette behandling og vej gennem systemerne. Mødet mellem professionelle og patient får derfor mere karakter af en samskabende proces, som Patientens team skal være med til at danne rammen for.

Opgaver i Patientens team

Patientens team bruger ordet 'team' for at signalere, at deltagerne er fælles om at løse forløbskoordinations- og behandlingsopgaven. Begrebet 'team' signalerer et mindsæt til måden opgaverne løses på. Teamet arbejder ud fra et *fælles mål* og har adgang til den viden, der kan sikre, at patienten har et hensigtsmæssigt behandler- og patientforløb. Det særlige i denne organisationsform er, at patienten og evt. pårørende er medlemmer af teamet – sammen med relevant sundhedspersonale. Et ad-hoc team der består så længe patienten har kontakt med sundhedsvæsnet. Sundhedspersonalets opgaverne i Patientens team har således to omdrejningspunkter, et patientcentreret og en inter-professionel omdrejningspunkt:

Patient og pårørende centreret praksis:

1. Involvere patient og evt. pårørende som partnere i udredning, behandling og rehabilitering
2. Kommunikere fortløbende om det igangværende behandlingsforløb med patient og pårørende, sætte mål og følge op på mål i behandlingsplanen

Inter-professionel praksis:

3. Koordinere og kommunikere om behandling og forløb på tværs af specialer uden unødigt ventetid eller tomgang i forløbet
4. Opfølgning på mål i behandlingsplanen

Koordination og kommunikationsopgaven er både rettet mod patient og pårørende og de professionelle. Kommunikation med patient foregår så vidt muligt sammen *med* patienten og i mindre grad samtaler *om* patienten. Det vil sige, involverende stuegang, behandlingsmøder med patienter som deltager bliver relevante arbejdsformer. Formøder og forstuegang og konferencer uden patienter skal derfor genovervejes for deres relevans. Udviklingsopgaven er, at

sætte lys på, om patienten med fordel kunne deltage og give sit bidrag, også selv om de professionelle er i tvivl eller er uenige om behandling.

Patientcentreret praksis

Den arbejdsform Patientens team forventes at arbejde ud fra betegnes *fælles beslutningstagen*. Det er en samtale- og arbejdsform, hvor patientens ønsker, behov og præferencer inddrages inden den endelige behandlingsplan lægges. Patienten ses i et livsperspektiv i modsætning til et sygdomsperspektiv. Holdningen til patienten er, at patienten er et menneske, der lever sit liv men har fået en lidelse. Patienten er ikke kun sin sygdom eller sin diagnose, men har fået en lidelse, som behandlersystemet måske kan hjælpe med. For at understøtte dialogen om mulig behandling kan der tilbydes et beslutningsunderstøttende værktøj, hvor forskellige behandlingsmetoder introduceres for patienten. Er det f.eks. bedst med væggtab og genoptræning ved slidgigt i knæet, eller er operation med disse risici, den bedste løsning i det liv, patienten ønsker at leve.

Pårørende

Patient beslutter om pårørende er deltagere i teamet, samt hvilken rolle de ønsker at pårørende tager, hvis de kan og vil. Pårørende kan både være familie og venner eller støttepersoner, som kan have forskellige forudsætninger for at understøtte patientens behandling og koordineringen af patientforløbet. I dag påtager pårørende ofte et stort ansvar, der både kan være belastende, men også givende. Udviklingsopgaven ligger i, at de professionelle tager ansvaret for den interne koordinering og lader pårørende være pårørende, der støtter patienten. Den person, der har det endelige ansvar for behandling og forløb, er den behandlingsansvarlige læge.

Behandlingsansvarlig læge

Den behandlingsansvarlige læge er den læge¹, der har ansvaret for patientens kliniske vurdering, information, behandling og inddragelse i beslutningsprocesser samt at flowet i patientforløbet tilrettelægges hensigtsmæssigt. Den behandlingsansvarlige læge tager ansvaret for, at de faglige beslutninger træffes, men andre læger og andet sundhedspersonale kan udføre og træffe enkelte delbeslutninger om behandling og pleje. Den behandlingsansvarlige er så vidt muligt den gennemgående ansvarlige for behandlingsforløbet på tværs af afsnit og klinikker. De behandlingsansvarlige er forpligtiget på, at involvere andre relevante fagpersoner for patientforløbet, når der viser sig behov for det.

Behandlingsansvaret har både et lokalt og et globalt aspekt. Det lokale behandlingsansvar rækker så langt, lægen har sin faglighed. Det globale ansvar rækker ud over eget speciale, hvad angår forløbsansvar og koordinering af behandling. Forløbsansvaret skal sikre, at behandlingen koordineres på tværs af specialer. Den behandlingsansvarlige læge har således både et behandlingsansvar og et forløbsansvar.

Forløbsansvar kan uddelegeres til stafetholder og/eller koordinator, der koordinerer og driver patientforløbet effektivt og sikkert gennem systemerne. Denne stafetholder vil typisk være en sygeplejerske eller terapeut, måske i samarbejde med en sekretær, men kan også være den behandlingsansvarlige læge.

Patientens team skal sikre, at der arbejdes med at styrke den faglige kontinuitet, hvor de professionelle har fokus på, hvem der har ansvaret for den enkeltes patientforløb og sørger for at

¹ For Psykiatriens vedkommende kan det være en psykolog

patient og evt. pårørende bliver involveret i behandlingen. Konkret betyder det, at den behandlingsansvarlige læge kan vælge at

- overdrage ansvaret til anden læge, hvis sygdommen udvikler sig til, at det andet speciale ekspertise er mest relevant for behandlingen af den samlede behandling
- overdrager ansvar til læge fra eget speciale, hvis vagtplaner eller ekspertise fordrer dette
- tilkalde andre læger til tilsyn, der bidrager med deres ekspertise
- uddelegere opgaver i behandling til andre læger, så yngre læger og reservelæger også har patientkontakt
- uddelegere opgaver i behandling og pleje til plejepersonale, terapeuter, diætist og klinisk biokemisk og billeddiagnostik.

Forløb såvel som behandling skal både koordineres og kommunikeres indadtil såvel som udadtil.

Koordinering og kommunikation

Et møde med sundhedsvæsnet kan virke som en bygning med mange døre uden skiltning, hvor man som patient oplever sig selv som stifinder. En stifinder der selv skal finde vej gennem systemerne, hvor koordination og information sommetider virker tilfældig, modsatrettet eller fraværende. Stifinder-følelsen skal derfor gerne afløses af en følelse af, at sundhedspersonalet tager ansvaret for koordination. Der er brug for i højere grad at koordinere og kommunikere om behandling og forløb på tværs af specialer og afsnit, så patienten undgår unødigt ventetid og hospitalet undgår tomgang i forløbet, fordi planlægningen ikke er optimal. De koordinationsfigurer, der arbejdes med er en stafet-tænkning samt kombination af netværks- og teamtænkning i Patientens team.

Stafettænkning og netværks- og teamtænkning

Teamtænkningen er karakteriseret ved, at koordineringen sker på baggrund af de mål, der fastlægges i behandlingsplanen, og at medlemmerne i teamet varetager hver deres funktion for at løfte den fælles opgave. I teamet ved medlemmerne, hvem der gør hvad, hvornår og hvordan. Det er en mindre enhed af professionelle, der sammen med patient og evt. pårørende kan agere som en enhed, der arbejder ud fra fælles mål og en plan. Den behandlingsansvarlige læge er hovedansvarlig for, at de rette personer indgår i teamet, at de valgte behandlings- og arbejdsmetoder koordineres og kommunikerer inter-professionelt og med patient og pårørende. Den behandlingsansvarlige er en form for ad hoc teamleder for det enkelte patientforløb indenfor hospitalets organisatoriske grænse. Når samarbejdet rækker ud over hospitalet træder netværkstænkningen i kraft.

Netværkstænkning er karakteriseret ved en selvregulerende koordineringsform uden der er én, der har det naturlige hovedansvar. Behandling og andre indsatser er til forhandling i kommunikationen. Chancen for at behandlingen lykkes afhænger af, at de involverede i patientforløbet koordinerer deres indsatser ud fra et fælles mål og plan. Den enkelte indsats er afhængig af, at den koordineres med andre, derfor er der i komplekse patientforløb med mange aktører særligt brug for, at man koordinerer med hinanden og arbejder på at få et fælles mål og bruger behandlingsplan og andre planer som styring af patientforløbet. Pointen i Patientens team som samarbejdsform i kombinationen af team- og netværkstænkning er, at patient og pårørende samt professionelle er bekendt med *hvem*, der indgår i Patientens team, *hvem* der har ansvaret

for behandling og forløb, samt *hvordan* det kontaktes, så det er muligt at koordinere og kommunikere på tværs mellem praktiserende læge, kommune og specialer.

Stafettænkningen er karakteriseret ved måden, hvorpå ansvaret overdrages til andre. Når ansvaret skifter hænder, skal giver og modtager af depechen være omhyggelige i, at den nødvendige viden følger med i overdragelsen. Depechen er billedligt talt patienten og de informationer, der er tilknyttet behandlingsforløbet. Stafettænkningen skal sikre sammenhængen i patientforløb og sikre, at patienten er tryk i og har tillid til, at de professionelle har styr på patientforløbet, selv om ansvaret skifter hænder.

Stafettænkningen har således en lineær og horisontal koordinerings- og planlægningslogik indbygget i sig, mens teamtænkningen planlægnings- og koordineringslogik har en samtidighed og dermed en mere cyklisk logik som præmis. Den der på et givent tidspunkt har ansvaret for patientens forløb betegnes som stafetholder. Det vil oftest være den behandlingsansvarlige læge, der både indtager rollen som stafetholder og adhoc-teamleder, en som i perioder kan varetages af andre dertil dedikerede fag-professionelle.

Disse tre koordinerings- og planlægningslogikker udgør den logik, koordineringen og kommunikationen kredser omkring for at imødekomme patientens oplevelse af et sammenhængende patientforløb. Patienten har en sygdom, hvor patientens trækker på pårørende og er i kontakt med forskellige aktører for at få en behandling og få livet til at fungere med job, skole etc. Når disse aktører samarbejder med patient og pårørende ud fra fælles mål, er det lettere at være patient, fordi patienten ikke skal koordinere ind i et for dem ukendt system. Det er også lettere for kolleger at arbejde videre på et mål og en plan, når de pågældende personer ikke er til stede. Der arbejdes i øjeblikket med flere modeller på de enkelte sygehuse for at sikre den interne koordinering, så der er flow i patientforløbet. En model er at kombinere Patientens team med en forløbskoordinator i afsnittet for at sikre forløbskoordineringen.

Forløbskoordinator

Patientens team udgør den nære kontakt til patient og pårørende for at sikre kontinuitet, men hverdagen for en kliniker er skiftende vagter, krav om uddannelse, ferie osv., hvor kontinuiteten kan forsvinde. For at imødekomme denne udfordring arbejdes der med en overordnet koordinator (sygeplejerske, terapeut eller afsnitsleder/souschef), der går i fast dagvagt. Hun sørger for, at behandlingsforløbet kører optimalt for *flere* patienter, så forløbets fremdrift ikke er afhængig af, at de rigtige personer er på arbejde. Dvs. denne forløbskoordinator følger op på, at de rette aktiviteter sker, at der er fulgt op på tilsyn, blodprøver, røntgen, at udskrivningssamtaler og henvisninger bliver koordineret på den behandlingsansvarlige læges anvisninger osv. Denne koordinator kaldes forløbskoordinator eller patientkoordinator. Forløbskoordinatoren overtager stafetten i det tidsrum, stafetholderen ikke har mulighed for at løbe med stafetten for at sikre mest mulig effektivitet.

Denne forløbskoordinering kan ske, hvis behandlingsplanen er handlingsanvisende, så aktiviteter ikke for personafhængige, men kan ske uden behandlingsansvarlig læge, stafetholder eller sundhedsfaglig kontaktperson er på arbejde. Det optimale er, at de er på arbejde, når patienten har brug for det. En ændring af vagtplanlægningen, så professionelle har flere sammenhængende dage, er derfor også et indsatsområde, ligesom forbedringer af behandlingsplanen er en forbedringsindsats.

Styring i Patientens team

Det styringsredskab, der skal samle, koordinere og dokumentere behandling og forløb er behandlingsplanen. I dag anvendes behandlingsplanen ofte til at notere den medicinske behandling og i overordnede vendinger formulere, hvad der skal ske med patienten. Det er ofte lægernes redskab, hvor andre faggrupper har deres egne systemer, de dokumenterer i. Nogle steder i Region Nordjylland arbejder klinikere derfor på at forbedre behandlingsplanen. Den skal i højere grad bruges til at konkretisere, dokumentere og styre aktiviteter i forløbet, så fagpersoner, der skal udføre behandlingen, kan koordinere og udføre dette i et tværfagligt team. Der arbejdes med dokumentation af dele af behandlingen, så behandlingsforløbet kan fortsætte der, hvor den anden slap. Ved vagtskifte kan den næste arbejde videre ud fra den overordnede plan og ikke starte forfra, fordi man som professionel kan være i tvivl om arbejdet er gjort færdigt. Patientens team har derfor den opgave at følge op på dokumentation og koordinere den tværfaglige behandling, så der kan følges op på behandlingsplanens mål.

Erfaringer har vist, at hvis behandlingsplanen skal fungere som styringsredskab for patientforløbet, og at andre end den behandlingsansvarlige skal kunne handle på en delegation, skal behandlingsplanen skrives i konkrete adfærdsanvisninger ud fra et formuleret behandlingsmål. Et mål som patienten har været involveret i at formulere.

At sætte mål og være partner, er en anderledes måde at møde patienten på. Derfor er en forventningsafstemning vigtig.

Forventningsafstemning og samarbejdskontrakt

At etablere en samarbejdskontrakt er en måde at afstemme forventninger på. Samarbejdspartnerne er i dialog om, *hvad* mødet skal resultere i: en udredning, en diagnose, en behandling eller rehabilitering. Det er også en dialog om, *hvordan* dette kan gennemføres, hvis der er flere muligheder, og hvilke implikationer, der kan være ved den ene eller den anden behandling, eller *hvordan* opfølgningen af behandlingsplanen bedst tilrettelægges. Denne kontakt for samarbejdet giver patienten og dens eventuelle pårørende mulighed for at tage stilling blandt flere valgmuligheder, vælge det, der giver mening og som patienten har præference for.

Compliance, hvor behandlingsplanen følges, bliver bedre, når vi mennesker føler, vi har en vis kontrol og medbestemmelse over eget liv, og hvad vi udsætter os selv for. Chancen for at vi holder aftalen med os selv og den professionelle øges væsentlig, fordi vi har sagt JA til den foreslåede behandling og de bivirkninger eller følgevirkninger, der eventuelt følger med behandlingen. Det gælder ikke mindst, når behandlingen kræver omlægninger af livsstil eller indtagelse af medicin, der har bivirkninger, eller som kræver fysisk træning efterfølgende. Når patienten har været med til 'at sætte ord på' det, der skal ske i behandlingen og sætte mål op for behandlingen, kan den for mange virke mere forpligtende, fordi patienten selv har taget højde for de erfaringer, han har med sygdommen, og det som er vigtigt i patientens liv er indarbejdet i beslutningen.

Dynamisk organiseringsform

Der sker således megen pleje og behandling uden man nødvendigvis er en del af Patientens team, så er yderst vigtig for patienten og dens behandling. Når man som professionel er medlem af Patientens team har man en ansvarsopgave i forhold til at få flowet i forløbet og behandlingen til at skride frem efter planen. Den sundhedsfaglige kontaktperson vil derfor være et naturligt medlem, hvor kontaktpersonen har ansvaret for planlægning og måske udførelsen af

aktiviteter patienten deltager i. Dvs. hvis en diætist, en fysio- eller ergoterapeut, radiograf eller bioanalytiker er centrale for behandling eller koordinering inddrages de som en del af Patientens team. Patientens team er på den måde en dynamisk størrelse, der opstår, når patienten får kontakt med sekundær sektor og opløser sig, når opgaven er løst. Præcis hvornår og hvordan tilrettelægges i beskrivelserne i de enkelte patientforløb i de respektive klinikker, da der er forskel på behovet for koordination, kommunikation og styring af patientforløbene. Hvordan det enkelte Patientteam organiserer og koordinerer, er det op til det enkelte speciale, når det gælder simple forløb, men når patientforløbene bliver sekventielle og komplekse er der brug for fælles principper, så det er muligt at få forløbene til at være sikre og effektive.

For at Patientens team kan fungere ud over ét speciale, er der behov for gennemskuelighed i samarbejdsaftaler, eksempelvis om hvordan stafetten overdrages, og hvordan bookning foregår hos 'de andre' specialer, eller hvordan et team kan sammensættes, kommunikere og koordinere. Dette udviklingsarbejde er fortsat under udvikling i Region Nordjylland.

Perspektivering

Den forandringsproces Region Nordjylland er inde i er hele sundhedsvæsenet tilsyneladende inde i. Det er en bevægelse hen mod en helhedsorienteret pleje og behandling, hvor vi er i gang med at integrere forskellige relevante aktører (misbrugscenter, jobcenter, institutioner i kommuner, pårørende, civile organisationer) for patientforløbet. Det er en forståelse af, at borgerne har et liv, hvor de forskellige parter skal inddrages og skal samarbejde for at skabe bæredygtige løsninger. Denne forandring har svære vilkår i en overordnet bureaukratisk styringslogik. Derfor er teorien om kliniske micro-systemer en vigtig inspirationskilde til Patientens team.

Patientens team som klinisk microsystem

Patientens team er et lille klinisk microsystem, der har til opgave at forbedre kvaliteten, resultaterne, sikkerheden og tilfredsheden for patient såvel som andet personale ved at have fokus på det alle dybest set gerne vil, nemlig at have en nærværende kontakt og få opgaverne til at fungere i et komplekst sundhedsvæsen. Dialogen og samspillet i Patientens team skal derfor fungere som den ramme, hvor muligheder for forandringer og forbedringer synliggøres.

Referencer

Etiks kodeks, Aalborg Universitetshospital

Kliniske microsystemer, Kvalitetsudvikling med patienten i centrum, 2010

Læger og sygeplejersker forståelse af patientinddragelse, Videncenter for brugerinddragelse i samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd, 2014

Rammebeskrivelser og strategier for Patientens team fra Region Nordjylland

Erik Riiskjær: Patienten som partner – En nødvendig idé med ringe plads, Syddansk Universitetsforlag, 2014