

Evaluering av praksis med pasientansvarlig lege (PAL) i spesialisthelsetjenesten

KLoK-oppgave gruppe 6

12. semester, H03

31/03-09

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin



Amund Hovengen Ringen

Inger Benedicte Elve

Otto Andreas Langmoen

Ingvild Marie Grøndalen

Lars Christian Kvalbein Olsen

Karianne Larsen

Jan Magnus Aronsen

Innledning

Sykehusansatte leger merker i hverdagen myndighetenes krav til effektivitet og produksjon. Et mer spesialisert og effektivt helsevesen gjør ikke pasientenes behov for omsorg mindre. Økt effektivitet betyr ofte mindre tid til hver pasient. Det betyr mindre tid på operasjonsstuer og undersøkelsesrom. Men det betyr også mindre tid til å snakke med, ta vare på, informere og gjøre pasientene trygge. Vi må ikke glemme at selv om behandlingsformene blir mer avanserte og tekniske er det fortsatt mennesker som behandles. For pasienter kan det være vanskelig å forholde seg til mange leger i løpet av sykehusoppholdet. Dette kan være en ekstra stressfaktor i tillegg til selve sykdommen.

I desember 2000 innførte Sosial- og helsedepartementet "Lov om spesialisthelsetjenesten", § 3-7: Forskrift om pasientansvarlig lege m.m. Ikrafttredelse for den nye loven var 1.1.2001. Formålet med forskriften var å skape kontinuitet i møtet mellom pasienten og helsetjenesten ved å styrke samordnet behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient.

Det har nå gått 8 år siden loven ble innført, og man skulle tro at alle pasienter har en pasientansvarlig lege når de er i kontakt med spesialisttjenesten. Vår erfaring som siste års medisinstudenter er at loven ikke blir gjennomført i praksis og kun er en formalitet. Vi ønsket derfor å undersøke om pasientene vet hvem som er deres pasientansvarlig lege (PAL). I tillegg ville vi finne ut hva legene synes om ordningen PAL. Som ledd i et kvalitetsforbedringsprosjekt ville vi finne ut om PAL ordningen var mangelfullt integrert på sykehusavdelinger. Som følge av det vil vi vurdere tiltak til eventuell forbedring, og den praktiske utførelsen av denne endringen. Til slutt i oppgaven har vi oppsummert hvordan gruppeprosessen i forbindelse med denne KLoK-oppgaven har vært.

Denne KLoK-oppgaven vil ha andelen pasienter som vet hvem deres PAL er som indikator, og tiltak vil være et visittkort som pasientansvarlig lege kan dele ut ved første møte. For å bekrefte at denne ordningen faktisk bedrer tilgangen til den pasientansvarlige legen kan det gjennomføres en ny undersøkelse etter at ordningen med visittkort har blitt gjennomført.

Det har vært en spennende og lærerik prosess. Vi har fått en introduksjon til faget kvalitetsforbedring som vi tror vil være nyttig for oss som fremtidige leger.

Vi vil takke vår veileder Pål Gulbrandsen for gode råd og tips!

Innholdsfortegnelse

Del I.....	4
Kunnskapsgrunnlag	4
Bakgrunn for forskrift om pasientansvarlig lege	4
Hva sier loven?	5
Hvordan fungerer loven?	7
Spørreskjema og utforming.....	10
Konkretisering av spørsmål til pasientene	10
Konkretisering av spørsmål til legene:	11
Skjemaene i praksis:	12
Resultater fra pasientundersøkelsen	14
Sammenlikning av medisinske og kirurgiske avdelinger	19
Resultater fra legeundersøkelsen	21
Årsaker til at ordningen ikke fungerer og forslag til forbedringer	22
Vårt forslag til tiltak	24
Konklusjon	29

Del I

Kunnskapsgrunnlag

Bakgrunn for forskrift om pasientansvarlig lege

I 1997 ble det utarbeidet en offentlig utredning som het "Pasienten først". Denne utredningen danner grunnlaget for forskriften om pasientansvarlig lege¹. Her legges *pasientens behov* til grunn for all behandling og som kjernen i all pleie, og pasientens behov skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Utvalget har utarbeidet retningslinjer for hva det innebærer å ivareta pasientens behov; de såkalte "Pasienten først"-retningslinjene. Der står det blant annet under punktet *ansvarlighet* at: "Pasienten bør ha én ansvarlig person å forholde seg til."²

I utredningen står det at "behovet for *en* lege å forholde seg til er klart formulert fra mange pasienter". I forsøk på å finne rapportens kunnskapsgrunnlag for dette utsagnet tok vi kontakt med Hans Nielsen Hauge som satt i utvalget. Han fortalte at utsagnet ikke var basert på forskning eller eksplisitt dokumentasjon, men klart uttrykt fra flere pasientorganisasjoner og fremtredende representanter for pasientgrupperinger, samt hentet fra klinisk erfaring over lang tid³. Når det gjelder kvalitetsforbedringstiltakene som utvalget foreslår så er de "hentet fra sykehus som har hatt initiativrike og dyktige medarbeidere med ønske om å lage et enda bedre tilbud."⁴

Utvalget trekker fram følgende pasientbehov som brukes som begrunnelse for pasientansvarlig lege - tiltaket⁵:

- *Ansvarsforhold*: Ansvar for pasienten kan oppleves som uklart og ikke knyttet til enkeltpersoner. Ved sykehusinnleggelse vil pasienten møte en rekke forskjellige helsearbeidere, og kvaliteten av sykehusoppholdet vil være avhengig av at ansvarslinjene er klare.
- *Oversiktighet*: Sykehusorganisasjonen kan virke stor og uoversiktlig for pasientene. Mengden av transaksjoner i sykehuset virker forvirrende på alle som ikke selv inngående kjenner sykehuset, dets organisasjon og struktur. For syke mennesker kan dette gi opphav til avmaktsfølelse og uklare forestillinger om hvem som har ansvaret for behandlingen.
- *Kommunikasjon*: Det er viktig at informasjonen som gis pasienten ikke spriker og at tilstrekkelig informasjon blir gitt tilbake snarest mulig etter utskrivning.

I følge utredningen vil en pasientansvarlig lege bedre pasientens situasjon i sykehuset ved at⁶:

- Ansvarsforholdene blir mer oversiktlige og at pasientene føler seg tryggere. Pasienten får et definert forankringspunkt ved at en navngitt lege blir pasientens faste lege gjennom hele sykehusoppholdet.
- Bedre koordinering av undersøkelser og behandling. Det at framdriftsansvaret for hver pasient legges til en navngitt person vil ofte gi en bedre planlegging og koordinering av oppholdet og bidra til at pasientflyten i sykehusene kan bedres.
- Kommunikasjon bedres i forhold til pasient, pårørende, primærhelsetjeneste og eventuelt andre institusjoner dersom videre henvisning er nødvendig. Muligheten for inkonsistent informasjon fra forskjellige fagfolk vil også bli redusert. Det vil med en slik ordning sjelden være tvil om hvem man skal henvende seg til under oppholdet, og det vil være lettere å finne fram til rett person når man henvender seg til sykehuset utenfra.

Det er på dette grunnlag utvalget foreslo at det forskriftsfestes en ordning med pasientansvarlig lege.⁷

Hva sier loven?

Forskriften om pasientansvarlig lege er gitt med hjemmel i Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999.

Forskriftens § 1 lyder: *”Formålet med forskrifta er å skape kontinuitet i møtet mellom pasienten og helsetenesta ved å styrkje samordna behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient.”*
Departementet uttaler i merknadene til forskriften: ”Ved å opprette ei ordning med pasientansvarlig lege får den enkelte pasienten og dei pårørande eit klart definert forankringspunkt i behandlinga. Særleg når det gjeld medisinske spørsmål vil det vere trygt for pasienten å få peikt ut ein særskild lege som sin eigen kontaktperson / pasientansvarleg lege. Det er viktig å vere klar over kor mykje god kommunikasjon har å seie mellom lege og pasient. Betre kontakt og kommunikasjon kan skape større tillitt og lette opphaldet for pasienten, og hjelpe til med å effektivisere og betre helsetenesta.”

I tillegg til å bedre kommunikasjonen mellom institusjon, pasient og pårørende ønsker man med pasientansvarlig lege å: *”Styrke kommunikasjon og koordinering mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.”* Pasientansvarlig lege bør altså være et kontaktpunkt og en samarbeidspartner for pasientens allmennlege i kommunen.

Forskriftens § 2 tar for seg virkeområde: *” Forskrifta gjeld ved innlegging i somatiske institusjonar og institusjonar i det psykiske helsevernet, ved polikliniske tenester før og etter innlegging, og ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling.”*

For hver enkelt pasient skal det utpekes en pasientansvarlig lege. Forskriftens § 3 lyder: *”Dersom det ikkje er klart unødvendig, skal ansvarleg leiar i avdelinga/eininga peike ut ein pasientansvarleg lege snarast råd etter innlegging eller poliklinisk forundersøking. Pasienten skal straks få vite kven som er hans/hennar pasientansvarlege lege, og orienterast om kva oppgåver den pasientansvarlege legen har.”* Videre står det i §3: *”Ved innlegging på nytt att, eller ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling, skal pasienten få den same pasientansvarlege legen dersom det er tenleg og praktisk mogleg.”* Og: *”Det skal alltid gå fram av pasientjournal og epikrise kven som er pasientansvarleg lege. Dersom det synest klart unødvendig å peike ut ein pasientansvarleg lege, skal dette grunnjevast i journalen.”* I forskriftens merkander står det at dersom det er mulig bør pasienten selv kunne påvirke valget av pasientansvarlig lege.

Hva innebærer det så å være pasientansvarlig lege? § 4 definerer ansvarsinnholdet:

” Pasientansvarleg lege skal ha ein samordningsfunksjon for behandling av pasienten, og skal vere det faste medisinskfaglege kontaktpunktet for pasienten under opphaldet. Pasientansvarleg lege skal helst vere den same under heile opphaldet, med mindre omsynet til pasienten og ei fagleg forsvarleg oppfølging av han talar for at ein annan blir peikt ut som pasientansvarleg lege.” I merknadene til forskriften står det at pasientansvarlig lege skal ta vare på pasientens interesser i forhold til hans / hennes medisinskfaglige behandling.

Det understrekes videre i merknadene at: *”Pasientansvarleg lege har ikkje nødvendigvis det medisinske ansvaret for pasienten. Det kan t.d. tenkjast at ein assistentlege er pasientansvarleg lege*

mens ein annan lege ved same avdelinga eller eininga har ansvaret for sjølve behandlinga. I andre situasjonar må ein pasient ha med ulike legar å gjere når det gjeld behandlinga, slik sjukdommen artar seg. Pasientansvarleg lege bør da vere den same heile tida, slik at forholdet mellom pasienten og institusjonen blir halde ved like.”

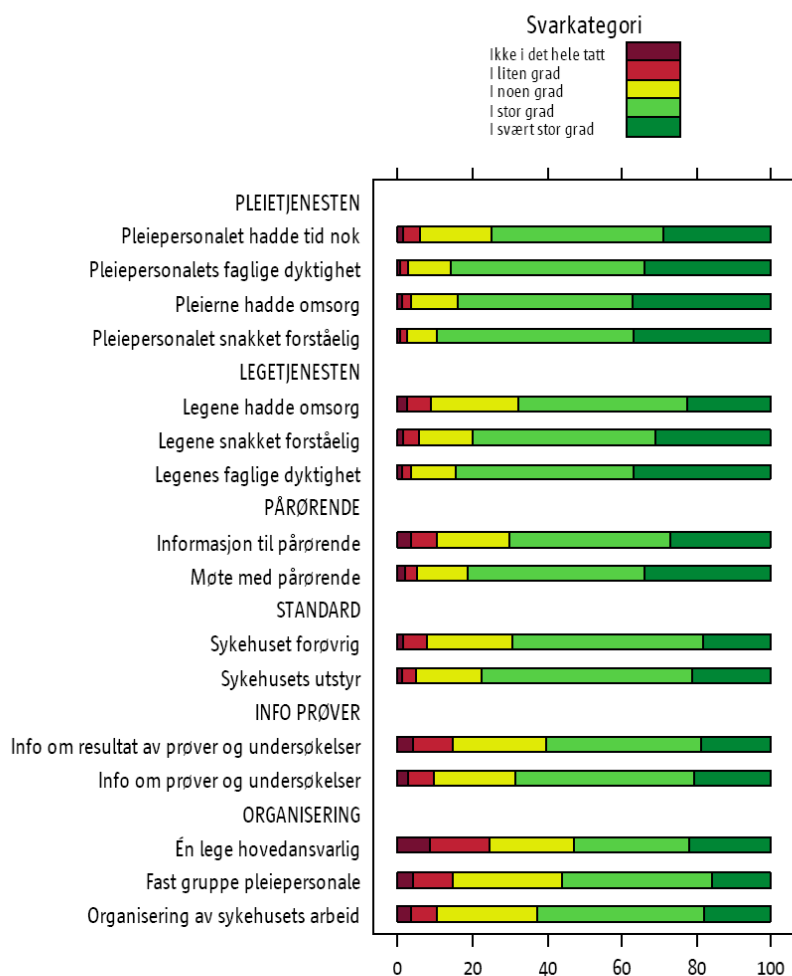
I tillegg til sin direkte funksjon overfor pasienten innebærer pasientansvarlig lege oppgave å skulle være et bindeledd mellom pasienten og ledelsen på ulike nivå. *”Slik kan pasienterfaringar formidlast og danne grunnlag for å vurdere korleis system, holdningar og driftsopplegg i institusjonen kan gjerast betre. Det ligg til leiinga å utforme nærmare innhald i ansvaret og leggje til rette ordninga i tråd med intensjonane.”*

Det sentrale i den pasientansvarlige leges ansvar for sin pasient er altså at pasienten skal ha en lege som har en koordinerende funksjon, og at pasienten skal oppleve å ha en trygg og fast informasjonskilde og samtalepartner, et ”medisinskfaglig kontaktpunkt.”⁸

Hvordan fungerer loven?

For å finne dokumentasjon på hvordan ordningen med pasientansvarlig lege fungerer, har vi søkt blant PasOpp-rapporter i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og tilsynsrapporter av helseforetak utført av Helsetilsynet. Vi vil trekke frem tre aktuelle rapporter:

- I en rapport fra kunnskapssenteret i 2006 kom indeksen for organisering av sykehuset dårligst ut av de seks hovedområdene i undersøkelsen. Indeks for organisering handlet blant annet om hvorvidt pasientene opplevde at én lege var hovedansvarlig for dem, om de opplevde å bli tatt hånd om av en fast gruppe pleiere samt i hvilken grad de fikk inntrykk av at sykehusets arbeid var godt organisert⁹. Spørsmålet om én lege var hovedansvarlig trekker i særlig stor grad ned snittet for denne indeksen¹⁰. Dette illustreres av følgende figur¹¹:



Figur 2: Nasjonale resultater på enkeltspørsmål gruppert etter hovedområder. Prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene. Mest negativ svarkategori i rødt til venstre, mest positiv svarkategori i grønt til høyre.

- I rapporten til Helsetilsynet i Nordland, Troms og Finnmark fra 2005 vektla tilsynet kommunikasjon med pasienter. Det ble gitt avvik til helseforetakene når det gjaldt å utpeke pasientansvarlig lege, samt journal- og informasjonsansvarlig person¹². Ved to av sykehusene ble det ikke utpekt pasientansvarlig lege (PAL) for den enkelte pasient. Ved det tredje sykehuset ble pasientansvarlig lege utpekt, men ordningen fungerte ikke i praksis: det var uklart for de ansatte (inklusive legene) hva som er pasientansvarlig leges oppgaver, pasientene ble kun sporadisk informert om hvem som var deres PAL og det fremgikk ikke av journalen hvem som var PAL. Ett sykehus fikk merknad på området, fordi det ikke var etablert rutiner som sikrer at pasientene informeres om hvem som er deres pasientansvarlige lege¹³.

- I en rapport fra 2008 med tilsyn ved Molde sjukehus ble det konkludert med avvik når det gjaldt implementering av ordningen med pasientansvarlig lege¹⁴.

Utfra disse tre rapportene kan vi konkludere med at ordningen med pasientansvarlig lege ikke fungerer tilfredstillende etter forskriftens intensjon.

Spørreskjema og utforming

Som beskrevet tidligere ønsket vi å få et mest mulig gyldig svar på om hvordan ordningen med PAL fungerer i praksis. Våre observasjoner og kommentarer fra diverse helsepersonell ville naturlig nok ikke være et representativt svar for pasientene, og gruppa syntes da andelen pasienter som vet hvem deres PAL er, kunne være en passende indikator på om det fungerer i realiteten.

Vi anså det som et fint estimat hvis hver av oss delte ut skjemaer til ca 10 pasienter rundt på de forskjellige avdelingene vi skulle ha avdelingstjeneste på i løpet av vinteren. I tillegg tenkte vi å lage et eget spørreskjema til leger, der vi fikk et inntrykk av deres formening om PAL i praksis. Det måtte fortrinnsvis være leger som kunne ha vært utnevnt som en PAL. Vi anslo at fem "legeskjemaer" fra hver av oss burde være tilstrekkelig.

Av egen erfaring visste vi at avkrysningsundersøkelser er tidsbesparende, både for de som utspørres og for de som samler inn og skal analysere dataene, og vi valgte derfor å bruke nettopp et avkrysningsskjema. Vi valgte å i tillegg ha en åpen rubrikk til slutt i legeskjemaene der de kunne komme med mer konkrete forslag som kunne gi oss innspill i vår vurdering og analysering av problemet. Se vedlegg 1 for det ferdige skjemaet for pasienter, vedlegg 2 for det ferdige skjemaet for leger.

Konkretisering av spørsmål til pasientene

Øverst på skjemaet til pasientene valgte vi å innlede kort med en informativ tekst om oss og om formålet med undersøkelsen. I og med at pasientene ikke satt med samme bakgrunnskunnskap som oss om PAL, syntes vi også at det var greit å ha med en kort forklaring av hva PAL er. Vi presiserte også at det skulle være en helt anonym undersøkelse.

Da hadde mistanke om at pasientene ikke ante hvem som faktisk var deres pasientansvarlige lege, fant vi det naturlig å ha som hovedspørsmål kort og godt; "Vet du hvem din pasientansvarlige lege er?" Det var i hovedsak et ja/nei-spørsmål, men da vi regnet med at endel av pasientene ikke hadde hørt om ordningen, lagde vi en egen rute der de kunne krysse av for dette.

Vi syntes imidlertid det var en passende anledning til å få litt tilleggsinformasjon fra pasientene omkring temaet. Påfølgende spørsmål ble da om hvor mange ganger de faktisk hadde møtt sin pasientansvarlige lege. Vi valgte å kategorisere svarene i "aldri", "én gang" og "flere ganger". Det ble presisert over at dette spørsmålet kun skulle besvares hvis de hadde svart "ja" på spørsmål 1.

I tillegg kunne vi tenke oss å vite hvor mange av pasientene som faktisk syntes det betydde noe å ha en egen pasientansvarlig lege på sykehuset. Vi lot det også være en rute for "jeg vet ikke", da vi anså dette for å være en mellomting for de som ikke bryr seg fullt så mye.

Til slutt valgte vi å spørre de om hvordan de som pasient syntes ordningen med PAL fungerer, på en skala fra en til seks, der en er dårlig og seks veldig bra. Vi anså det for å være et enkelt og greit kvalitativt mål på pasientenes vurdering.

I det opprinnelige skjemaet hadde vi også spørsmål 5 og 6, hvor vi ønsket å få inn enda mer tilleggsinformasjon. Vi tenkte det kunne være verdifullt å få vite litt mer nøyaktig hva som var pasientenes behov i forhold til legeoppfølging. Spørsmål 5 lød: «Hva kan du se som den viktigste fordelene med en slik ordning hvis den fungerer som den skal?» Her skulle pasientene krysse av blant forskjellige alternativer. Disse omfattet: «Tryggere å ha en hovedlege å forholde seg til», «Lettere å vite hva som skjer og hvor», «Ikke så farlig med mange leger», «Lettere å spørre en man har møtt før» og et eget felt med «Annet» hvor de kunne fylle ut egen tekst.

Siden vi allerede hadde drøftet et visittkort som mulig tiltak, anså vi det som fornuftig å «lufte» dette for pasientene. Spørsmål 6 lød slik: «Ville du satt pris på om det var en normal ordning at du fikk utdelt et visittkort med legens navn og telefonnummer slik at du kunne kontakte din ansvarlige lege når du hadde viktige spørsmål om din behandling?». Her kunne de krysse av blant «Ja», «Nei» og «ikke noe problem for meg å vente til visitt neste dag».

Konkretisering av spørsmål til legene:

Vi innledet også disse skjemaene med en kort presentasjon, samt minnet om at ordningen med PAL er hjemlet i "lov om spesialisthelsetjenesten".

Deretter stilte vi legene samme spørsmål som det siste pasientspørsmålet; Hvordan de synes ordningen fungerer i praksis. De skulle konkretisere på samme måte på en skala fra én til seks.

Videre syntes vi det var naturlig å gi legene en mulighet til å forklare mulige årsaker til at de ikke syntes ordningen fungerer tilfredsstillende. Det var slett ikke sikkert at alle var misfornøyde med ordningen, men da det alltid er rom for forbedringer, valgte vi å også la de kunne komme med konkrete forbedringsforslag. Vi regnet ikke med at alle skulle svare så utfyllende på dette, men det kunne likevel være nyttig å lytte til de med mye mer praktisk pasienterfaring enn oss hvis de hadde noen håndfaste forslag. Det var ment for å belyse våre egne vurderinger av mulige tiltak på en bedre måte.

Da vi hadde et ferdig utkast, sendte vi det til vår veileder for å få en kommentar. Det var nyttig for oss, og fikk oss til å gjøre noen endringer før vi trykte opp de ferdige skjemaene. Han mente spørsmål 5 var et spørsmål med alternativer det var vanskelig å sammenligne. Vi mottok også noen meget gode alternative spørsmål med flere utsagn hvor pasientene skulle besvare det de var mest enige i. Disse kunne nok gitt oss veldig mye bra tilleggsinformasjon omkring temaet, men vi valgte å droppe de for at det ikke skulle bli for omfattende å svare på for pasientene. Vi fikk også en innvending mot spørsmål 6, at slik det var kom vi nok nesten utelukkende til å få «ja»-svar. Det gjorde at vi droppet det spørsmålet også. Etter noe drøfting oss imellom fant vi ut at vi fikk mer enn nok informasjon gjennom de 4 første pasientspørsmålene til å kartlegge problemet og løse oppgaven vår på en god måte.

Dermed trykket vi de endelige skjemaene med 4 spørsmål til pasientene og 3 spørsmål til legene i den formen som vi har vedlagt. Videre la vi opp til at hver av gruppemedlemmene delte ut skjemaer til 10 pasienter og 5 leger i løpet av siste uka av avdelingstjenesten.

Skjemaene i praksis:

Å dele ut skjemaene i løpet av avdelingstjenesten skulle vise seg å være et bra og tidsbesparende valg. Vi hadde god tilgang til inneliggende pasienter på avdelinger vi allerede var blitt kjent med. Imidlertid skulle det at vi var på ulike avdelinger vise seg å bli litt utfordrende også. Det sier seg jo

selv at pasienter som skal eller er transplantert har en helt annen kjennskap og informasjon om sin(e) ansvarlige leger i forhold til pasienter som kommer inn for elektive inngrep og gjerne bare blir over natta. Vi prøvde likevel å få med pasienter av mange forskjellige kategorier, selv om det viste seg å være en ganske klar sammenheng i antall inneliggende døgn og det faktum at de visste om sin PAL og eventuelt hadde møtt denne flere ganger. Men loven krever jo at alle skal ha en PAL, så vi valgte å fullføre prosjektet med spørreskjemaene likevel. Reelle resultater ville jo uansett ha større verdi enn tenkte.

Et annet moment vi støtte på ovenfor pasientene er at vi kunne selvsagt ikke velge de sykeste og skrøpeligste pasientene da disse hadde problemer med både å forstå spørsmålene og å besvare. Så gjennomsnittspasienten var nok relativt oppegående kognitivt samt ikke av de mest kritisk syke.

Legene var som forventet mer travle enn pasientene med tanke på å besvare skjemaene. Men det hjalp at mange av legene allerede var noe kjent med oss fra avdelingstjenesten. I tillegg tror vi at en del faktisk ble ganske engasjert av at PAL ble tatt opp. Selv om noen naturlig nok ikke besvarte skjemaet der og da, fikk vi inn de fleste av skjemaene også fra legene.

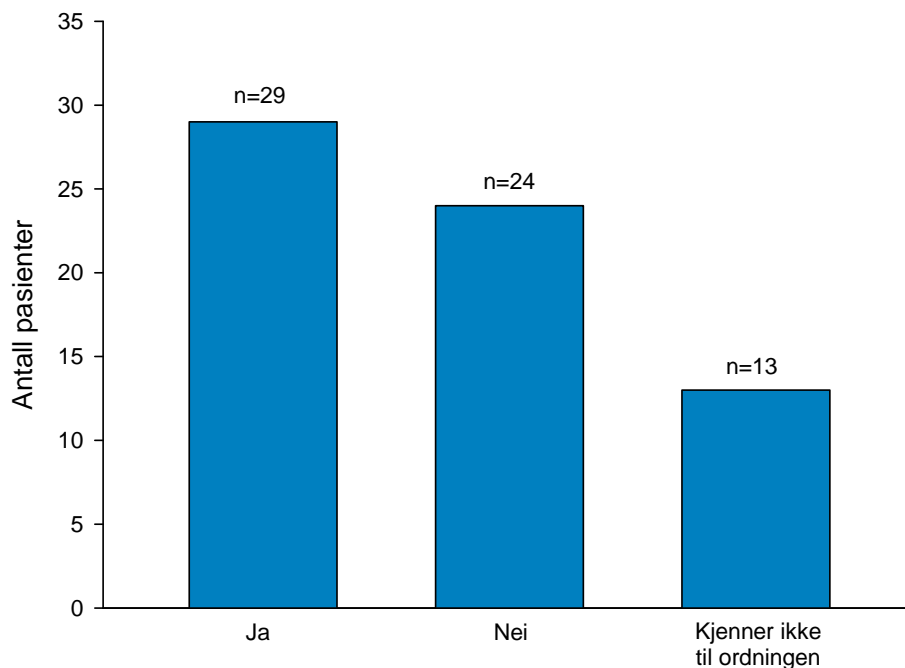
Resultater fra pasientundersøkelsen

Spørreskjemaene ble delt ut på følgende avdelinger på Rikshospitalet og Ullevål sykehus: (Tallene i parentes angir antall besvarte skjemaer.)

- Medisinsk avdeling, Rikshospitalet (10)
- Hjertemedisinsk avdeling, Rikshospitalet (7)
- Lungemedisinsk avdeling, Rikshospitalet (10)
- Hjertemedisinsk avdeling, Ullevål sykehus (10)
- Onkologisk avdeling, Ullevål sykehus (9)
- Ortopedisk avdeling, Ullevål sykehus (10)
- Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål sykehus (10)

Totalt 66 pasienter leverte spørreskjema.

Spørsmål 1: Vet du hvem som er din pasientansvarlige lege?

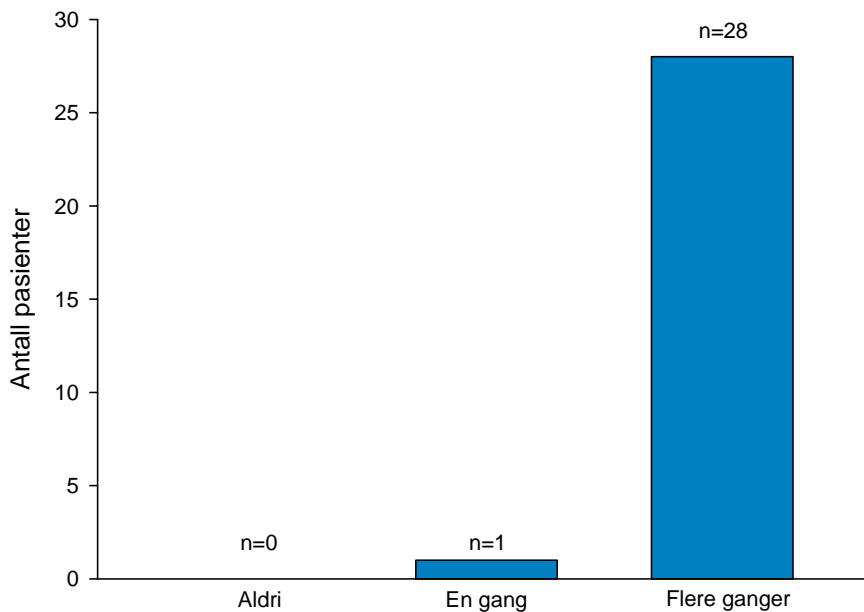


- Kommentar: 44% (29/66) av pasientene visste hvem deres PAL var, 36% (24/66) visste ikke hvem deres PAL var og 20% (13/66) kjente ikke til ordningen. En mulig feilkilde ved dette spørsmålet er

at noen pasienter kan ha misforstått spørsmålet og trodd at den legen som har hatt mest kontakt med pasienten er deres PAL, slik at antall som svarte "Ja" på dette spørsmålet kanskje er kunstig høyt. Vi har heller ikke dobbeltsjekket at den pasienten oppfatter som sin PAL virkelig er det.

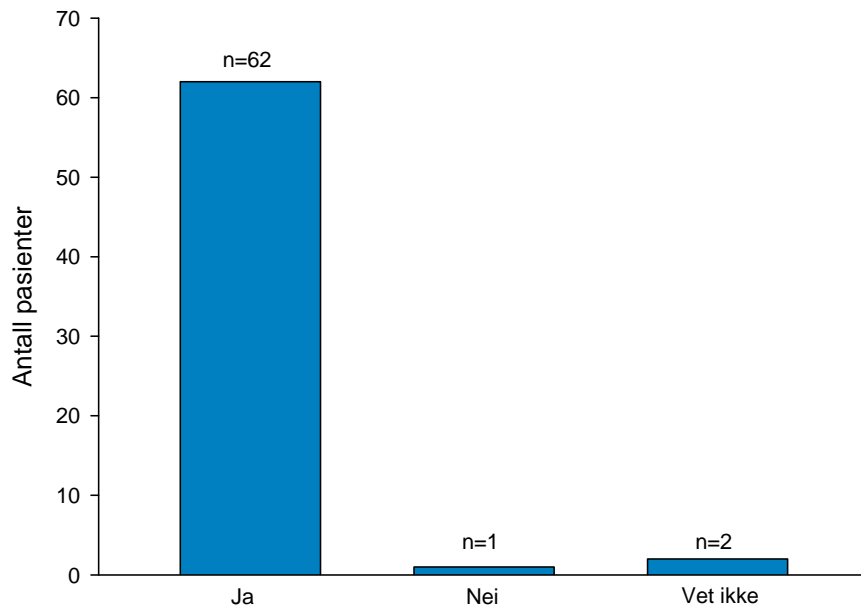
- Konklusjon: Under halvparten (29/66) av pasientene i undersøkelsen visste hvem sin PAL var, og tallet her er nok kunstig høyt på grunn av flere feilkilder som nevnt over.

Spørsmål 2: Hvor mange ganger har du selv møtt din pasientansvarlige lege?



- Kommentar: Dette spørsmålet gjelder kun de pasientene som svarte "Ja" på spørsmål 1 og vet hvem sin PAL er. Dette utgjorde totalt 29 pasienter. Av disse hadde 97% (28/29) truffet sin PAL flere ganger, 3% (1/29) truffet sin PAL en gang, mens 0% (0/29) hadde aldri truffet sin PAL. En feilkilde som nevnt i forrige kommentar kan være at noen pasienter automatisk antar at den legen de har truffet flest ganger er deres PAL, slik at dette tallet nok kan være kunstig høyt. Vi har ikke kontrollert for hvor lenge pasientene har ligget inne på avdelingen før de ble inkludert i studien, slik at det for eksempel er mulig at pasienten som hadde truffet sin PAL en gang hadde ligget inne i et kort tidspunkt da spørreskjemaet ble utdelt. Det er samtidig rimelig å anta at liggetidene varierer betydelig mellom de ulike avdelingene studien ble gjennomført på. Vi valgte derfor å kategorisere svarene på dette spørsmålet som aldri, en gang eller flere.
- Konklusjon: De aller fleste pasientene som vet hvem sin pasientansvarlige er har truffet PAL flere ganger i løpet av oppholdet på avdelingen.

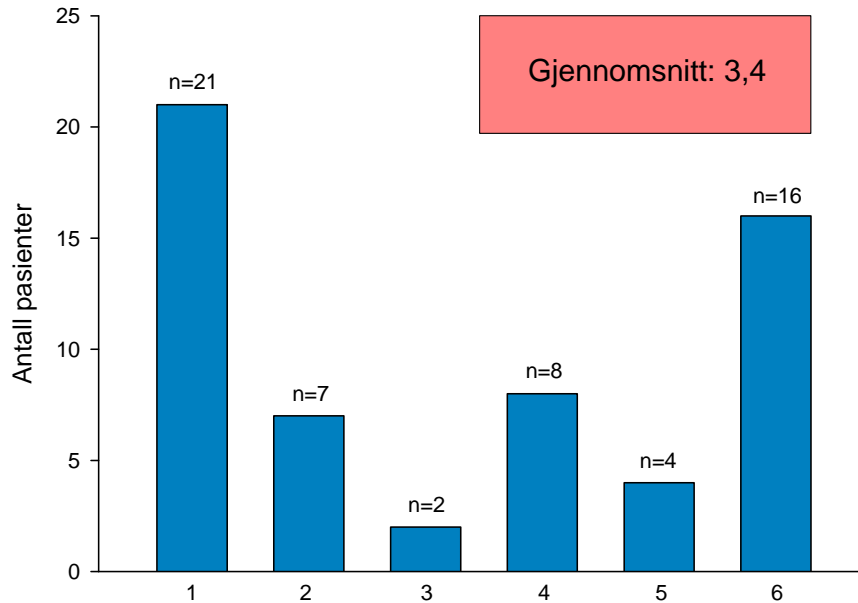
Spørsmål 3: Betyr det noe for deg å ha en egen ansvarlig lege på sykehuset?



- Kommentar: 94% (62/66) svarte at det betydde noe for de å ha en definert ansvarlig lege for sykehusbehandlingen. 2% (1/66) svarte at det ikke hadde noen betydning, mens 3% (2/66) ikke visste. 2% (1/66) svarte ikke på dette feltet. En feilkilde i forhold til tolkningen av dette spørsmålet kan være formuleringen av spørsmålet – her kan det være vanskelig for pasientene å skille mellom det praktisk/faglige ansvaret i løpet av sykehusoppholdet og det juridiske ansvaret gjennom PAL-ordningen som vi ønsket å evaluere. Her burde spørsmålsstillingen vært knyttet opp mot PAL og ikke bare "ansvarlig lege" som godt kan knyttes mot faglig og praktisk ansvar.
- Konklusjon: De aller fleste pasientene som svarte på spørreskjemaet ønsket å ha en egen ansvarlig lege på sykehuset. Her er det ikke spesifisert om dette gjelder praktisk/faglig ansvar eller juridisk ansvar som PAL det menes, og må has i mente ved implementering av tallene.

Spørsmål 4: Hvordan syns du ordningen med PAL fungerer?

(1 = Dårlig, 6 = Veldig bra)

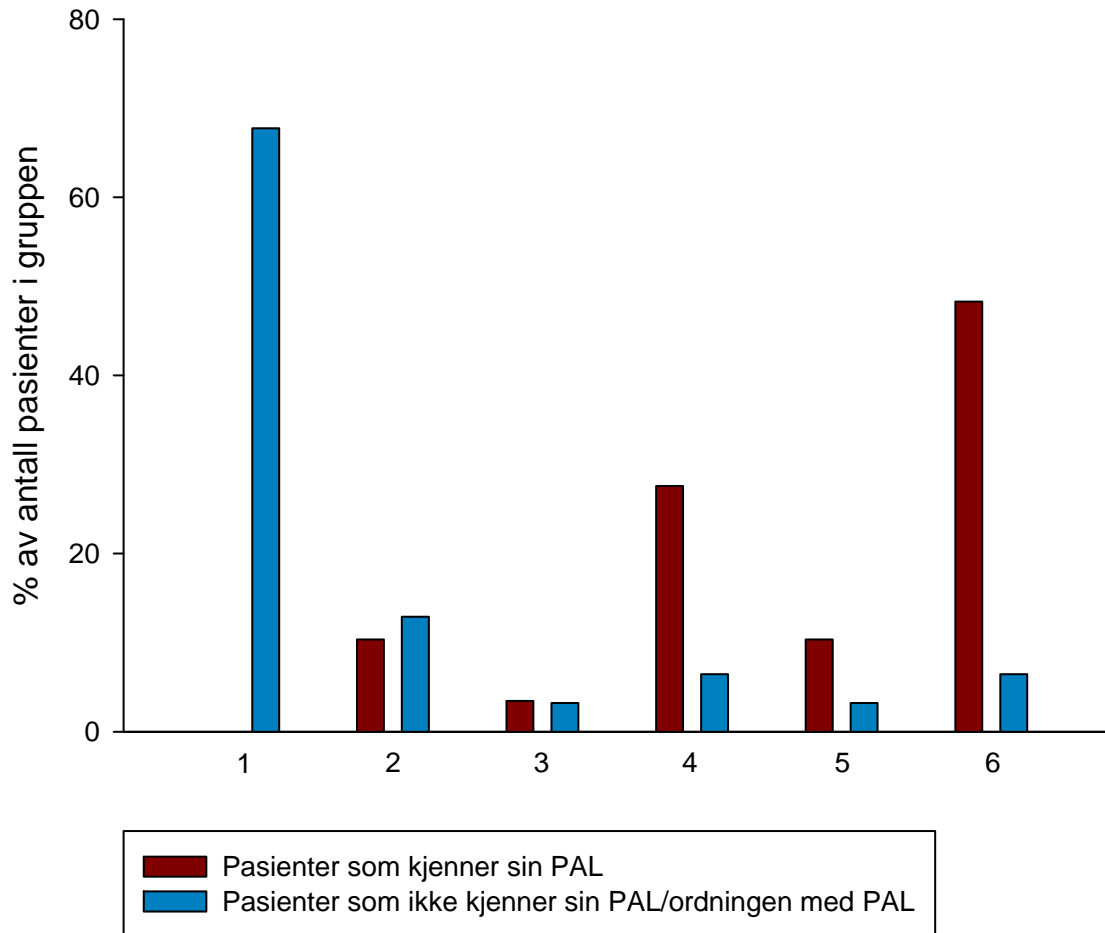


- Kommentar: Fordelingen av antall pasienter som ga ordningen med PAL karakter 1-6 var som følger: 1: 32% (21/66), 2: 11% (7/66), 3: 3% (2/66), 4: 12% (8/66), 5: 6% (4/66) og 6: 24% (16/66). Gjennomsnittskåre for alle pasientene var 3,4, med et standardavvik på 2,1 som skyldes det høye antallet høye og lave verdier. Vi har ikke beregnet et 95% konfidensintervall da dataene åpenbart ikke er normalfordelt.
- Konklusjon: Det er stor spredning blant pasientene over hvordan de synes ordningen med PAL fungerer – med en opphopning av lave og høye verdier, slik at gjennomsnittet blir midt mellom. Denne figuren inneholder data fra samtlige leverte pasientskjemaer, og inkluderer både de pasientene som kjenner og de som ikke kjente sin PAL.

For å differensiere mellom de som kjente til og ikke kjente til sin PAL har vi laget en egen graf som sammenlikner disse to gruppene.

Sammenlikning tilfredshet med PAL- ordningen mellom pasienter som kjenner sin PAL og pasienter som ikke kjenner sin PAL

(1 = Dårlig, 6 = Veldig bra)



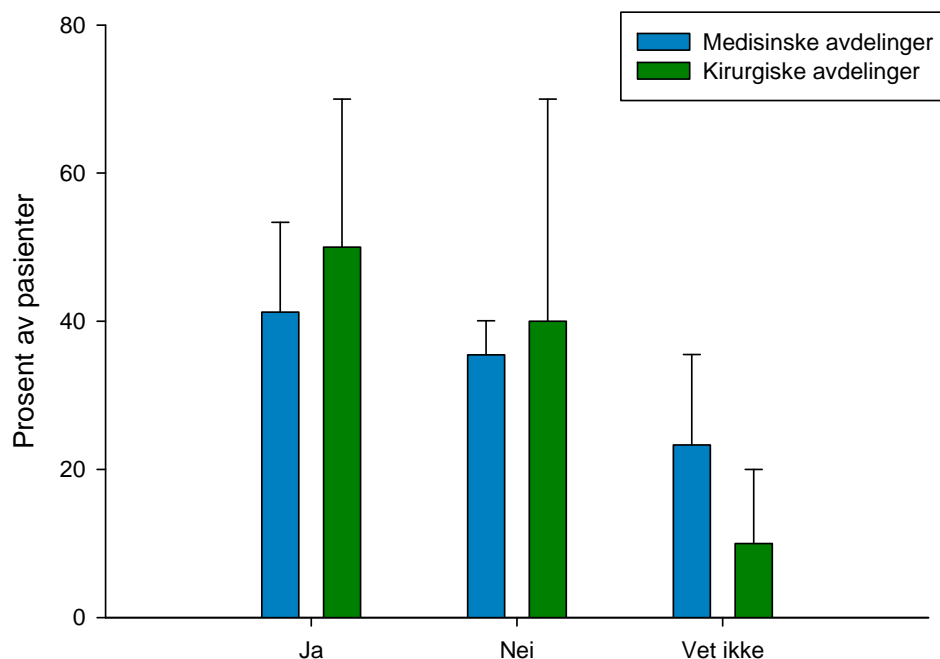
- Kommentar: For pasienter som kjente sin PAL (totalt 29) var fordelingen: 1: 0% (0/29), 2: % (3/29), 3: 3% (1/29), 4: 28% (8/29), 5: 10% (3/29), 6: 48% (14/29). For pasienter som ikke kjente sin PAL/ordningen med PAL var fordelingen (totalt 31): 1: 68% (21/31), 2: 13% (4/31), 3: 3% (1/31), 4: 6% (2/31), 5: 3% (1/31), 6: 6% (2/31). Gjennomsnittskåre for pasienter som kjenner sin PAL er 4,8 med et standardavvik på 0,3, mens gjennomsnittskåre for pasienter som ikke kjenner sin PAL/ordningen med PAL er 1,8 med et standardavvik på 0,3. Ved å bruke student's t-test med to haler og uavhengige utvalg får vi en p-verdi på <0,01.
- Konklusjon: Pasienter som kjenner sin PAL har høy grad av tilfredshet med PAL-ordningen, mens pasienter som ikke kjenner sin PAL/ordningen med PAL. Forskjellen mellom de to gruppene er betydelig (gjennomsnittskåre 4,8 vs. 1,8, $p < 0.01$).

Sammenlikning av medisinske og kirurgiske avdelinger

Vi har gjennom studiet og sommervikariater opplevd at hverdagen og organiseringen av medisinske og kirurgiske avdelinger er nokså ulik i mange sammenhenger. Vi ønsket derfor videre å undersøke om det var noen forskjeller mellom de medisinske og kirurgiske avdelingene som ble inkludert i undersøkelsen. Disse var (RH = Rikshospitalet, UUS=Ullevål sykehus):

- Medisinske avdelinger: Hjertemedisinsk avdeling (RH), Lungemedisinsk avdeling (RH), Medisinsk avdeling (RH), Hjertemedisinsk avdeling (UUS) og Onkologisk avdeling (UUS). Totalt 46 pasienter.
- Kirurgiske avdelinger: Gastrokirurgisk avdeling (UUS) og Ortopedisk avdeling (UUS). Totalt 20 pasienter.

Spørsmål 1: Vet du hvem som er din pasientansvarlige lege?

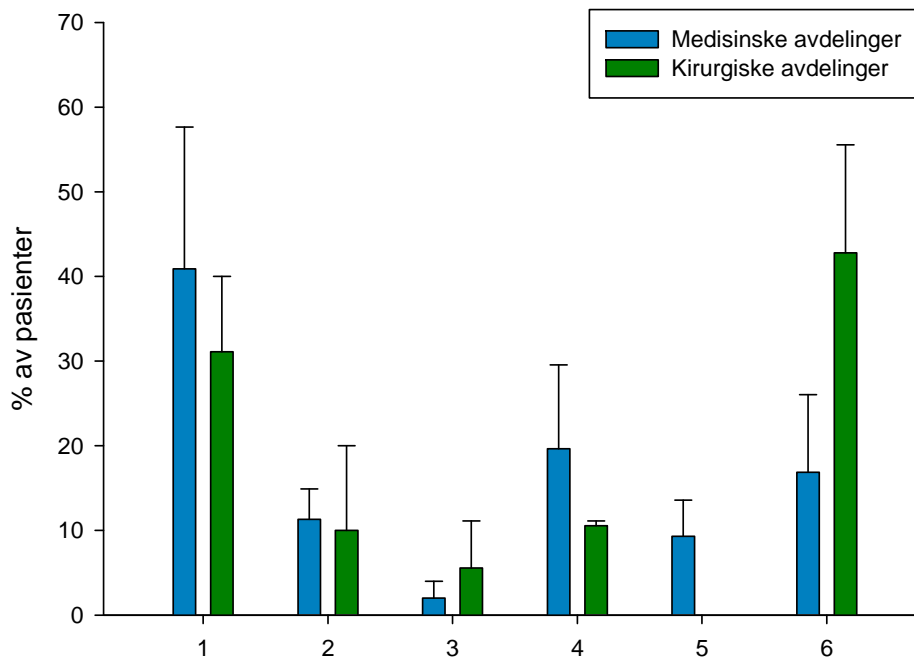


- Kommentar: På de medisinske avdelingene visste 41% (19/46) av pasientene hvem sin PAL var, 35% (16/46) visste ikke hvem sin PAL var og 23% (11/46) kjente ikke ordningen. På de kirurgiske avdelingene visste 50% (10/20) hvem sin PAL var, 40% (8/20) visste ikke hvem sin PAL var og 10% (2/20) kjente ikke ordningen. Ved å bruke to-halet Student's t-test med uavhengige variable fant vi $p < 0.05$ for sammenlikning mellom de to gruppene for alle tre variabler.
- Konklusjon: Utifra dataene ser det ut til å være omtrent like stor andel på medisinske og kirurgiske avdelinger som kjenner sin PAL. Grunnet få inkluderte pasienter i hver gruppe (som

gjenspeiles i høy standardfeil), spesielt på de kirurgiske avdelingene har vi for liten power i datamaterialet til å fange opp små forskjeller i dette antallet.

Spørsmål 4: Hvordan syns du ordningen med PAL fungerer?

(1 = Dårlig, 6 = Veldig bra)

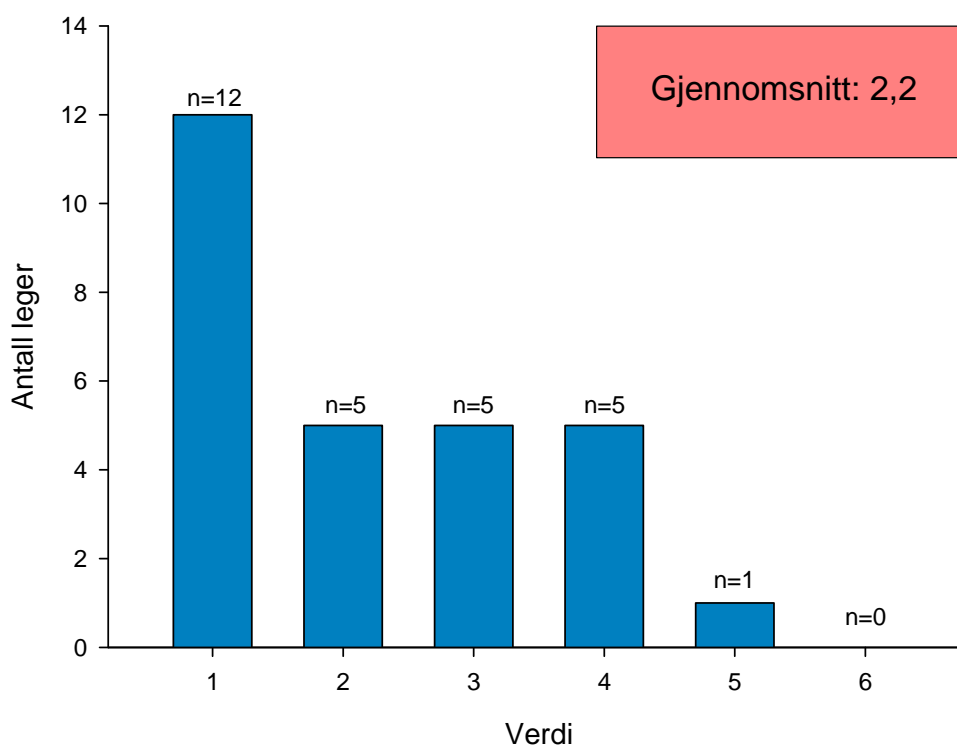


- **Kommentar:** Fordelingen for tilfredshet med PAL-ordningen på medisinske avdelinger var som følger: 1: 41% (16/46), 2: 11% (5/46), 3: 2% (1/46), 4: 20% (7/46), 5: 9% (4/46), 6: 17% (8/46). Gjennomsnittskåre var 3,0 med en standardfeil på 0,3. På de kirurgiske avdelingene var tilsvarende tall: 1: 30% (6/20), 2: 10% (2/20), 3: 4% (1/20), 4: 10% (2/20), 5: 0% (0/20) og 6: 45% (9/20). Gjennomsnittskåre var 3,8 med en standardfeil på 0,5. Sammenlikning av gjennomsnittskåre med to-halet Student's t-test med uavhengige utvalg ga en p-verdi på >0.05.
- **Konklusjon:** Også når det gjelder tilfredshet med hvordan PAL-ordningen fungerer ser det ut til å ikke være stor forskjell på de medisinske og kirurgiske avdelingene vi har undersøkt. Selv om det er en tendens til større tilfredshet på kirurgiske enn medisinske avdelinger er denne forskjellen ikke signifikant ($p > 0.05$) - og dersom det er en forskjell har vi altså for lite inkluderte pasienter i vår undersøkelse (power) til å påvise dette.

Resultater fra legeundersøkelsen

I tillegg til å se på pasientenes tilfredshet med Pasientansvarlig-lege ordningen (PAL), ønsket vi å se på hvor godt legene mente ordningen fungerer. Vi delte ut et skjema til 35 leger og spurte om hvor godt de syntes ordningen fungerer på en skala fra 1-6. I tillegg spurte vi om grunnen til en eventuell misnøye med ordningen og om legene hadde noen konkrete forslag til forbedringer. 28 leger svarte, noe som gir en svarprosent på 80%.

Det var generell misnøye med ordningen blant legene, se tab. 1. Et stort flertall mente at ordningen fungerer dårlig. På en skala fra 1 til 6 der 1 er veldig dårlig og 6 er veldig bra, svarte 11 av 28 at ordningen fungerer dårlig. Gjennomsnittsverdien var på 2,2.



Årsaker til at ordningen ikke fungerer og forslag til forbedringer

Bemannings situasjonen

Flere av legene mente at avdelingens organisering gjorde det umulig for den pasient ansvarlige legen å følge opp den pasienten de er opprettet som PAL for. Turnusarbeid, rotasjonen på avdelingen og dager på poliklinikken gjorde at det ble tilfeldig hvem av legene som så pasientene mest.

”Ofte er det visittgående lege som er ansvarlig. Visittgående lege varierer fra dag til dag.”

”Vi skal som leger ha mange funksjoner. Dermed klarer man ikke å opprettholde kontinuitet.”

Tidspress

Det er ikke avsatt tid til å følge opp den pasienten legen er ansvarlig for. Tiden hver lege kunne bruke på hver pasient ble minimal. Flere leger ønsket også at det ble satt av tid til å kunne følge opp pasienter. Det syntes som om det var en oppfatning blant legene at en god intensjon ikke ble fulgt opp av ledelsen.

”Eneste fokus for sykehusledelse i dag synes å være økonomi og produksjon”

En av lege hadde tre forslag til hvordan man kunne frigjøre tid til å følge ordningen bedre. Ved å ansette flere sekretærer, forbedre IT-tjenester og utvide arbeidstiden, ville man få større muligheter til å følge opp egen pasient. Samtidig burde ordningen implementeres i daglige rutiner.

Hvis ordningen skal ha noe for seg må det innføres i daglige rutiner som journalføring, morgenrutiner osv.

Formalitet

Flere av legene fortalte at selve ordningen med en PAL kun var en formalitet, men at det likevel ofte ble slik at det ble fordelt pasienter på ulike leger. Det kunne like gjerne være operatøren som fikk et slikt ansvar og ikke den legen som ble opprettet som PAL.

”Det er på vår avdeling kun en formalitet, uten rot i den praktiske hverdagen.”

”Avskaff ordningen. Jeg synes ikke den har praktisk mening.”

Dagens ordning

”Ingen forholder seg til til pasientansvarlig lege, pasientene vet ikke hvem det er og det er ingen sammenheng mellom behandlende lege og pasientansvarlig lege.”

Det var også andre mindre endringer som ble foreslått for å forbedre ordningen. En lege mente at det var uegnet at enkelt leger fulgte opp pasienter og at det derfor heller burde være en gruppe som var ansvarlig for pasientene. Andre mente at ordningen kun burde gjennomføres for elektive pasienter og var uegnet for øyeblikkelig hjelp pasienter.

Organiseringen av sykehusene er slik at flere leger har ansvar for samme pasientgruppe - og det å ha ansvar hos en enkelt er en fin byråkratisk tanke, men umulig å gjennomføre i praksis

Tilbakemeldingen vi har fått med våre spørreskjemaer er i all hovedsak negativ. Vårt inntrykk er at misnøyen først og fremst går på det formelle med dagens ordning og ikke på behovet for at en lege er ansvarlig for en pasient. I tillegg var det også et forslag om at en gruppe heller skulle være ansvarlig for pasienten og ikke enkelt leger. Det virker som om innsigelsene rundt ordningen går på at det er vanskelig å gjennomføre slik avdelingen er organisert. Legene deler seg i to grupper der enkelte ønsker å endre avdelingenes struktur og enkelte heller vil endre ordningen med pasient ansvarlig lege.

Vårt forslag til tiltak

Spørreundersøkelsen vår på de ulike sykehusavdelingene avdekket store sprik i hvor godt pasientene var informert om hvem som var deres pasientansvarlige lege under oppholdet på avdelingen, og også hvorvidt de kjente til ordningen i det hele tatt.

Vårt forslag til forbedringstiltak for å informere pasienten om deres ansvarlige lege under sykehusoppholdet, er å levere ut et visittkort med navnet på den pasientansvarlige legen. Legene kan ha hvert sitt visittkort som de deler ut ved første møte med pasienten. Det kan samtidig forklares hvilken rolle en pasientansvarlig lege har og formålet med ordningen, hvis ikke pasienten kjenner til denne. På visittkortet kan det eventuelt stå et telefonnummer legen kan treffes på. Visittkortene vil også øke oppmerksomheten rundt PAL-ordningen blant legene og annet helsepersonell, og vil kunne legge et større press på avdelingene for å få ordningen til å fungere.

Visittkorttiltaket forutsetter at legene som er PAL treffer pasientene de er PAL for minst en gang i løpet av sykehusoppholdet. Et annet alternativ er at sykehusposten eller avdelingen overbringer visittkortet. Ved en slik ikke-direkte overbringelse vil faren for misbruk eller feilbruk av visittkortene lettere kunne skje.

Vår spørreundersøkelse avdekket også at pasientansvarlig lege-ordningen ikke gjennomføres på alle avdelinger, at ikke alle pasienter får tildelt en pasientansvarlig lege eller seksjons-/avdelingsoverlegen blir automatisk oppført som pasientansvarlig lege for alle pasientene på avdelingen. Selv om *Forskrift om pasientansvarlig lege* ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 1. desember 2000 og satt i verk 1. januar 2001, synes det fremdeles å være en del uvitenhet rundt forskriften og uvillighet til innføring av ordningen blant helsepersonell. Det er institusjonens ansvar å legge til rette forholdene ved institusjonen slik at ordningen med pasientansvarlig lege kan etableres og praktiseres i tråd med forskriftens formål. Tiltaket med visittkort vil være helt meningsløst på en avdeling hvor avdelingsoverlegen automatisk står som PAL for alle pasientene og umulig der hvor det rett og slett ikke blir oppnevnt en pasientansvarlig lege.

Vi valgte andel pasienter som vet hvem sin PAL er som indikator for å belyse hvordan PAL-ordningen fungerer. I etterkant har det vist seg at problemet ikke kun lå i at pasientene ikke fikk opplyst hvem

sin PAL er under sykehusoppholdet, men at PAL-ordningen ikke er fulgt opp og implementert i tilstrekkelig grad i institusjonene.

Før vårt forbedringstiltak med innføring av visittkort kan gjennomføres, må ordningen med pasientansvarlig lege være bedre implementert på avdelingene enn det er idag.

Vurdering av gjennomførbarhet

I utgangspunktet er vårt tiltak med visittkort svært enkelt og vil ta lite eller ingen ekstra tid i daglig klinisk virke. Kostnadene ved innføring av visittkortene vil også være minimale, knyttet til trykking av kortene.

En forutsetning for at tiltaket skal kunne gjennomføres er imidlertid at pasientene *får* oppnevnt en pasientansvarlig lege når de er innlagt på sykehus, og at denne legen fungerer som en koordinator for pasienten og er det faste medisinskfaglige holdepunktet for pasienten under oppholdet, slik formålet med forskriften om PAL er.

Vi har ikke funnet litteratur knyttet til erfaringer ved bruk av slike visittkort. En svakhet ved vår spørreundersøkelse er at vi ikke spurte mer direkte både pasienter og leger hva de syntes om innføring av PAL-visittkort som et forbedringstiltak.

Fra ekstrajobb/sommerjobb under studietiden, har en av oss erfaringer fra hvordan de på barneavdelinger på tre ulike sykehus formidlet hvem som var pasientansvarlig sykepleier (PAS) under sykehusopphold og hvem som til en hver tid var pasientens ansvarlige sykepleier på vakt. På to av barneavdelingene ble det skrevet opp på en tavle med oversikt over romnummerene i korridoren, hvilke sykepleiere som var PAS og hvilke som var ansvarlige på hver vakt. En avdeling hadde tavler på dørene til pasientrommene, hvor det ble skrevet hvem som var pasientenes ansvarlige sykepleiere på nåværende vakt. På alle barneavdelingene fikk pasientene et kort når de ankom avdelingen og fikk tildelt rom hvor det stod velkommen og pasientenes navn. På en av avdelingene stod det også hvem som var PAS på dette kortet. Ordningene var godt innarbeidet, syntes å fungere bra og både pasienter og helsepersonell var fornøyde. Forslaget vårt om et PAL-visittkort kan minne en del om et slikt "velkomstkort" fra den ene barneavdelingen, og hvorfor skulle ikke dette kunne fungere like godt på en hvilken som helst avdeling og med PAL istedenfor PAS?

En forutsetning for at tiltaket skal kunne gjennomføres er imidlertid at pasientene får oppnevnt en pasientansvarlig lege når de er innlagt på sykehus, og at denne legen fungerer som en koordinator for pasienten og er det faste medisinskfaglige holdepunktet for pasienten under oppholdet, slik formålet med forskriften om PAL er.

Spørreundersøkelsen vår og litteratur har derimot vist at grunnen til at PAL ikke fungerer til dels er fordi ordningen ikke følges på avdelingene og pasientene ikke alltid får oppnevnt en pasientansvarlig lege i det hele tatt. Det synes som det fremdeles er stor misnøye og motstand mot innføring av PAL-ordningen blant legene, og at arbeidet med å legge til rette for ordningen i ordinære rutiner, vaktplaner mv. ikke blir fulgt opp av ledelsen.

Wisløff-utvalget foreslo i et høringsdokument i 2005: *Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste*¹⁵ at PAL-ordningen skulle avgrensnes til å oppnevnes for de pasientene som har behov for mange undersøkelser og flere spesialistvurderinger ved samme sykehusopphold, samt pasienter med gjentatte opphold og komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester, da ordningen ble ansett først og fremst viktig for disse pasientgruppene. Legeforeningen delte ikke synet om at ordningen burde begrenses, men ønsket å intensivere arbeidet med å implementere ordningen.

I Legeforeningens tilbakemelding på høringsdokumentet til Helse Sør-Øst, *Hovedstadsprosessen – Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst* av 1. 10. 2008 står det: "Det må gjøres ytterligere arbeid for å få rett ansvars plassering i kjeden. Ordningen med pasientansvarlig lege er til nå bare i liten grad implementert i helsetjenesten, og dette arbeidet må intensiveres. Den pasientansvarlige legen skal ha en samordningsfunksjon for behandling av pasienten og være det faste medisinskfaglige kontaktpunktet for pasienten under oppholdet."¹⁶

Det er åpenbart at innføringen av den lovpålagte forskriften om pasientansvarlig lege- ordningen, som nå har eksistert i åtte år, fremdeles ikke er gjennomført i store deler av spesialisthelsetjenesten. Det er likevel et sterkt ønske fra Legeforeningens side om at PAL-ordningen skal eksistere og et ønske om å intensivere arbeidet med å få dette systemet til å fungere.

Et implementeringsarbeid må komme fra ledelsen på sykehuset. PAL-ordningen har kanskje hatt behov for større endringer og mulige omstruktureringer for tilretteleggelse enn man så for seg i utgangspunktet. Det kan spørres om ledelsen har brukt tilstrekkelig tid på å planlegge

implementeringen og endringsprosessen i forkant og informert og motivert nok om PAL-ordningen før den skulle iverksettes¹⁷¹⁸. Det kan synes som om ikke bare legene, men også ledelsen ved spesialisthelsetjenesten har manglet motivasjon til å innføre og sørge for at PAL-ordningen praktiseres i tråd med forskriftens formål. Legeforeningen antyder også dette når den i sin kommentar til høringsdokumentet til Wisløff-utvalget sier at: *Innføring av et system med pasientansvarlig lege på sykehus må også forankres i ledelsen. Å tvinge umotiverte medarbeidere til å innføre en ny ordning vil ofte være som å snakke til døde ører. Medarbeiderne vil ikke føle de er aktivt med i prosessen, eierskap til konseptet uteblir og prosessen vil ofte mislykkes. Det er selvsagt ekstra vanskelig for en umotivert ledelse å skulle motivere sine medarbeidere.*

Endringer i en organisasjon krever at vi fjerner oss fra det forutsigbare og kjente til det nye og ukjente og vil kunne skape frustrasjon, frykt, angst og dårlig arbeidsmiljø. For å lykkes i endringsarbeid er det viktig at klimaet innad i organisasjonen er åpent, trygt, ryddig og variert nok til å gi rom for åpen kommunikasjon, omtanke og hjelpsomhet, personlig verdsetting og muligheter til å lære også av egne feil¹⁹. Svarene på spørreskjemaene fra legene på hvorfor ikke PAL-ordningen fungerer og forslag til hva som kan forbedre ordningen, vil være viktig i et forarbeid med å intensivere implementeringen av PAL. Mange av legene føler at PAL-ordningen er noe som er bestemt fra myndighetenes side og kun er blitt en formalitet uten rot i den praktiske hverdagen. Det er viktig at både ledelsen ved sykehusene og legene føler et eierskap til endringsprosessen og PAL-ordningen for å kunne få et vellykket resultat med implementeringen av ordningen.

Lewin utformet i 1951 den såkalte *Kraftfeltmodellen*, en prosessteori om endring. Han deler opp endringsprosessen i tre faser:

- *Opptining* ("unfreezing") - Første fase hvor folk stiller spørsmål ved det vante og erkjenner forbedringsbehov.
- *Omforming* ("changing") – Andre fase hvor det defineres, velges og prøves nye løsninger ved å gjøre nye ting eller gjøre tingene på nye måter.
- *Konsolidering* ("refreezing") – Tredje fase som en går over i når de nye løsningene gir ønskede resultater. Det nye blir nå bygd inn i relativt stabile strukturer, prosedyrer og samhandlingsmønstre

Et viktig poeng hos Lewin er at en reell endring forutsetter at en har gått gjennom alle disse fasene i riktig rekkefølge. Ved for eksempel å gå rett på gjennomføringsfasen uten å ha gjennomgått opptiningsfasen først, vil det høyst sannsynlig utløses enten kraftig motstand eller passivitet og apati,

og endringene vil ikke føre til reell atferdsendring. I andre fase er det viktig med en grundig problemløsning og kompetanseutvikling, slik at ikke forandringene bare blir krusninger på overflaten og eventuelt bare skaper nye problemer. Følges det ikke opp med belønninger og teambygging i tredje fase, kan engasjementet for det nye lett tørke inn, og alt faller tilbake til det gamle, eventuelt med skuffelser og økt sårbarhet som resultat²⁰. En kan trekke paralleller til innføringen av PAL-ordningen, hvor det virker som om det ikke ble lagt tilstrekkelig vekt på opptiningsfasen.

Det har allerede gått åtte år siden forskriften om PAL trådte i kraft, og det kan synes som om det fremdeles er et stykke igjen før ordningen fungerer slik den var ment. Det blir således vanskelig å angi et tidsperspektiv for gjennomføring av vårt forslag til tiltak. Det blir også viktig at ikke visittkorttiltaket blir innført før PAL-ordningen er implementert bedre på avdelingene. Da vil en igjen gå rett på gjennomføringsfasen og vil kunne utløse mye motstand.

På tross av at vår spørreundersøkelse viser at grunnen til at PAL-ordningen ikke fungerer, ikke først og fremst er fordi pasientene ikke får informasjon om hvem som er hans/hennes PAL, mener vi fremdeles vårt tiltak med å innføre et visittkort er et godt tiltak på de avdelingene hvor pasientene får tildelt en PAL, og at tiltaket her vil være med på å øke oppmerksomheten rundt ordningen både blant pasienter og helsepersonell.

Konklusjon

44 % av pasientene visste hvem deres PAL er. Det er en større andel enn det vi hadde trodd på forhånd. 97 % av disse pasientene hadde møtt sin PAL flere ganger noe som speiler en viss kontinuitet i oppfølgingen av pasientene. Vi tror at disse tallene er kunstig høye slik det ble diskutert i resultatdelen av oppgaven. Det ville blitt mer nøyaktig hvis vi hadde dobbeltsjekket tallene opp mot informasjon om pasientens PAL. Dette bekreftes av muntlige kommentarer fra pasientene om at de for eksempel trodde at deres fastlege også var deres PAL, og flere trodde at operatøren var PAL.

Likevel må vi vokte oss for å tolke tallene i den retning som vi hadde sett for oss på forhånd. I fravær av bedre tall kan vi tenke oss at i hvert fall pasientenes opplevelse av å bli fulgt av en lege er bedre enn det vi trodde.

Det er negativt for ordningen hvis opplevd PAL ofte er en annen en faktisk PAL. Det vil gjøre det vanskelig for pasienten å adressere frustrasjon i riktig retning, og det kan også gi pasientene en følelse av å ha blitt fulgt tettere enn pasienten faktisk ble. Kanskje er ikke det et problem, men siden det i utgangspunktet er fastsatt at pasientene skal følges av en ansvarlig lege vil det være uheldig at pasientene får et inntrykk av at så skjer, uten at det er tilfelle.

Vår mening om at tallene våre er kunstig høye, underbygges av all misnøyen blant legene. Legene var svært misfornøyde med ordningen og mange ønsket ikke at ordningen skulle videreføres. Vårt inntrykk av holdningen blant legene var at ordningen ikke fungerte i det hele tatt.

Vi gjorde ingen seleksjon av pasienter til undersøkelsen. Det kan også være en svakhet. Det er stor forskjell på nytten av å ha en PAL mellom for eksempel en øyeblikkelig hjelps pasient som skrives ut etter en dag, og en kronisk syk pasient som blir liggende på avdelingen over lengre tid. Det kan også føre til at innsatsen for at pasienten får vite om PAL blir mindre for de pasientene som også har mindre nytte av ordningen.

Til tross for svakheter ved prosjektet så er det enkelt å konkludere med at ordningen må forbedres hvis den skal fungere etter intensjonen. Eventuelt så er det implementeringen av ordningen som ikke har vært god nok. En slik ordning blir lett en formalitet hvis ledelsen ikke ønsker det og heller ikke ser behovet. Samtidig er det viktig at det begrunnes godt nedover i alle ledd hvorfor det er et effektivt tiltak og hvorfor det er et behov. Det kan virke som om de legene vi snakket med ikke så det positive ved å innføre en slik ordning og dermed ikke var motiverte for å følge det. I en slik situasjon tar det kort tid før ordningen heller ikke har noen funksjon.

Det kan også argumenteres for at ordningen rett og slett ikke er bra nok og dermed like gjerne kan avskaffes hvis den ikke forbedres. Men det ser ut som om det er gode muligheter for forbedringer. Det kan gjøres mye med arbeidsdagen, selv om ikke alle er enige med kirurgen i at man helst bør utvide arbeidsuken.

Vi er også godt fornøyd med vårt forslag om å innføre et visittkort. Dette vil øke oppmerksomheten rundt ordningen blant legene, det vil gi pasienten bedre informasjon om deres PAL og det vil legge et press på avdelingen om å praktisere ordningen i større grad.

Vi håper vår oppgave vil gi nyttig informasjon om hvordan ordningen med pasient ansvarlig lege kan forbedres!

Amund Hovengen Ringen

Inger Benedicte Elve

Otto Andreas Langmoen

Ingvild Marie Grøndalen

Lars Christian Kvalbein Olsen

Karianne Larsen

Jan Magnus Aronsen

¹ NOU 1997 nr. 2 *Pasienten først!* Sosial- og helsedep. 1997.

² NOU 1997 nr. 2. *Pasienten først!* Sosial- og helsedep. 1997, s. 3.

³ Epostkorrespondanse med Hans Nielsen Hauge den 12.02.09.

⁴ Sitat fra NOU 1997 nr.2 s 11.

⁵ NOU 1997 nr. 2. *Pasienten først!* Sosial- og helsedep. 1997, s. 102.

⁶ NOU 1997 nr. 2. *Pasienten først!* Sosial- og helsedep. 1997, s. 102.

⁷ NOU 1997 nr. 107. *Pasienten først!* Sosial- og helsedep. 1997, s. 11.

-
- ⁸ Forskrift om pasientansvarlig lege og dens merknader fra Helsedepartementet.
- ⁹ Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 1- 2007 (PasOpp-rapport): *Pasienters erfaringer med døgneheter ved somatiske sykehus. Resultater fra en nasjonal undersøkelse i 2006*, s. 14.
- ¹⁰ Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 3 - 2007 (PasOpp-rapport): *Pasienters erfaringer med døgneheter ved somatiske sykehus. Institusjonsresultater for nasjonal undersøkelse i 2006*. Tabell 1 s. 195.
- ¹¹ Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 1- 2007 (PasOpp-rapport): *Pasienters erfaringer med døgneheter ved somatiske sykehus. Resultater fra en nasjonal undersøkelse i 2006*. Figur 2 s. 13.
- ¹² Rapport til Helse Nord RHF Oppsummering etter tilsyn ved gastrokirurgiske avdelinger i 2005 - Tema: *Kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling*. 2005
- ¹³ Rapport til Helse Nord RHF Oppsummering etter tilsyn ved gastrokirurgiske avdelinger i 2005 - Tema: *Kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling*. 2005.
- ¹⁴ Rapport fra tilsyn med helseforetak som behandler gynekologiske kreftsykdommer ved Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde sjukehus. 2008.
- ¹⁵ Den norske Legeforeningens kommentarer til Høring – NOU 2005 nr. 3: Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste(Wisløff utvalget), 9.5.2005
- ¹⁶ Den norske Legeforeningens høringsuttalelse til Helse Sør-Øst av 1.10.2008 på Høring: Hovedstadsprosessen – Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst
- ¹⁷ Nesje SB, Mye uklart i forskrift om pasientansvarlig lege, Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 28, 2000
- ¹⁸ Høie IM, Pasientansvarlig lege – mer enn honnørord?, Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 1, 2002
- ¹⁹ Schreider A, Kom i gang - Kvalitetsforbedring i praksis, Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling, Den norske legeforening, 2004
http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256_1.pdf
- ²⁰ Grønhaug K, Hellesøy O, Kaufmann G, Ledelse i teori og praksis, Fagbokforlaget, 2003