

Region Midtjylland

Undersøgelse af kontaktpersonordningen i Region Midtjylland

Bilag

**til Regionsrådets møde
den 24. oktober 2007**

Punkt nr. 20

**Når kontaktpersonordningen tages i brug
- Om anvendelse af kontaktpersoner til
organisering af patientforløb og
inddragelse af brugerne.**

Indholdsfortegnelse

Resumé	3
Indledning: Praktisering og implementering af kontaktpersonordningen	4
Kapitel 1: Ramme og indhold - En ordning der skal tilpasses så den giver mening!.....	6
En lokalt defineret ansvars- og funktionsbeskrivelse for kontaktpersoner	7
Til gavn for patienten – muligheder og udfordringer	11
At arbejde med grænseflader	14
Kapitel 2: Organisering af patientforløb	17
Kapitel 3: Kontaktpersonordningen og Brugernes sundhedsvæsen.....	23
Litteraturliste	26

Resumé

Regeringen og amterne indgik i 2004 aftale om tildeling af kontaktperson til patienter i hospitalsvæsenet. Kontaktpersonordningen har til formål at skabe sammenhæng, tryghed og kvalitet i patientforløbene. Med udgangspunkt i en kvalitativ undersøgelse ved forskellige hospitaler i Region Midtjylland belyses det, hvilke muligheder og barrierer sundhedspersonalet oplever i forbindelse med kontaktpersonordningen. Den grundlæggende udfordring for personale og ledere har været at integrere kontaktpersonordningen i det daglige arbejde på en sådan måde, at ordningen bidrager til både et patientoplevet kvalitetsløft, en bedre organisering af sammenhængende patientforløb og en udvikling af et *brugernes* sundhedsvæsen. Undersøgelsen understreger, at det er muligt at indfri alle disse forventninger, men at det kræver, at en række barrierer overkommes og at organisatoriske udfordringer løses i det daglige arbejde på afdelingerne. Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonalets erfaringer med kontaktpersonordningens realisering *i og igennem praksis* bliver beskrevet nøjere. Det er dette nærværende rapport vil belyse.

En stor tak skal lyde til alle medvirkende, både sundhedspersonale og øvrige ansatte, som har bidraget med deres erfaringer og hjælp til at få gennemført undersøgelsen.

Charlotte Jonasson, Fuldmægtig
Kvalitet og Sundhedsdata
Region Midtjylland
2007

Indledning:

Praktisering og implementering af kontaktpersonordningen

Der har de seneste år været et stigende fokus på at skabe sammenhængende patientforløb, hvor patientens ønsker om god kommunikation og kontinuitet i forløbet sættes i højsædet¹. Særligt ved patientforløb med mange overgange er det en udfordring for ledelse og sundhedspersonale at få tilrettelagt et forløb, hvor patienten ikke 'tabes', hvor behandlingen fortsætter kontinuerligt, og hvor patienten ikke på noget tidspunkt kommer til at stå uden en personlig kontaktindgang til et komplekst og stort sundhedsvæsen.

I forbindelse med at skabe sammenhæng i patientforløb, er kontaktpersonordningen blevet indført. Kontaktpersonordningen blev til ved økonomiaftalerne mellem Amterne/H:S og Regeringen i 2004: *"Der er enighed om, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste navngivne kontaktpersoner til patientens forløb gennem sygehusene, for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed"*.

Der er fra både fagfolk, politikere og brugeres side store forventninger til kontaktpersonordningen. Kontaktpersonordningen betragtes ideelt set som et gode for patienten, idet ordningen skal bidrage til at højne den brugeroplevede kvalitet i patientens forløb. På samme tid er der også forventninger om, at ordningen med kontaktpersoner kan indgå som anvendeligt redskab til en koordinering af arbejdsopgaverne og af kontakten til patienterne i et mere sammenhængende patientforløb.² Men én ting er ideal – og en anden ting er i praksis at få implementeret kontaktpersonordningen efter de gode hensigter. Her er det vigtigt at understrege, at brugen af kontaktpersoner ikke er nøjere udspecificeret i de fælles rammer, der er opstillet for kontaktpersonordningen. Undersøgelsen viser, at dette er en opgave, som er pålagt ledere og sundhedspersonale på hospitalerne at løse.

Der har nogle steder været mange problemer med at implementere ordningen – i hvert fald hvis man ser på de seneste opgørelser over, hvor mange

¹ Se eksempelvis: Landsdækkende Patientoplevelsesundersøgelser 2004; 2006; Patienttilfredshedsundersøgelser fra Århus Amt 2004; 2006; Patientens møde med sundhedsvæsenet, De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet 2003; Grønvold et al. 2006.

² Se eksempelvis Lægeforeningens Debatoplæg 2005; Juul 2007; Andersen 2006II.

patienter der får tildelt en kontaktperson. Men med denne undersøgelse har målet været at gå bag om tallene og se, hvilke opfattelser og forventninger og praktisk håndtering af kontaktpersonordningen, der ligger til grund herfor.

I forbindelse med at få kontaktpersonordningen gjort til en integreret del af organiseringen af patientforløb påpeger undersøgelsen to centrale problemstillinger:

1) Kontaktpersonordningen bliver af mange blot betragtet som en 'skal-opgave' med pålagte kvartalsvise opgørelser, eller som en endeløs række af udleverede 'visitkort' til patienter og en opgave hvis nytteværdi man har svært ved at få øje på. Undersøgelsen vil belyse hvorledes kontaktpersonordningen ifølge informanterne skal integreres i det daglige arbejde for at give en god mening – for både personale og patienter (kapitel 1).

2) Selve organiseringen af sammenhængende patientforløb, hvor der med patienten i centrum skabes kontinuitet og god kommunikation, er en kompleks opgave, som skal løses på mange forskellige niveauer. Spørgsmålet er, hvordan kontaktpersonordningen passer ind i forbindelse hermed. Gennem informanternes erfaringer og holdninger vil det blive belyst hvorledes kontaktpersonordningen kan indgå som et centralt element i organisering af gode patientforløb. (kapitel 2).

Endelig vil disse udfordringer med at få implementeret kontaktpersonordningen på en hensigtsmæssig måde, både i forhold til sundhedspersonalets arbejde og skabelsen af sammenhængende patientforløb, blive sammenkædet med muligheden for udnytte samarbejdet mellem kontaktperson og patient til en bedre brugerinddragelse (kapitel 3).

Det er dermed ønsket med denne undersøgelse at bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvordan kontaktpersonordningen praktiseres og hvad det indebærer for personalet. Hvordan kontaktpersonordningen tildeles mening for både patient, pårørende og personalet selv.

Følgende rapport er baseret på en kvalitativ interviewundersøgelse af kontaktpersonordningen ved forskellige afdelinger på tre hospitaler i Region Midtjylland. Undersøgelsen er gennemført forår/sommer 2007 af sundhedsstaben, Region Midtjylland. Der tages i undersøgelsen udgangspunkt i sundhedspersonalets erfaringer med og holdninger til at integrere kontaktpersonen i det daglige arbejde med patientforløb. Det skal dermed understreges, at undersøgelsen ikke udgør et repræsentativt billede af praksis. I stedet er det håbet, at undersøgelsen kan danne platform for videndeling og idéudvikling i forhold til arbejdet med kontaktpersonordningen og skabelsen af sammenhængende patientforløb.

Kapitel 1:

Ramme og indhold - En ordning der skal tilpasses så den giver mening!

I dette kapitel belyses, hvordan sundhedspersonalet, både ledere og medarbejdere, arbejder med at integrere kontaktpersonordningen i arbejdet med patientforløb. Der er fra personalets side fokus på at definere kontaktpersonens funktion og formål i forhold til patienten. Samtidig er det også væsentligt, at ordningen med kontaktpersoner tilpasses på en hensigtsmæssig måde i forhold til sundhedspersonalets arbejdsgange.

En gennemgående pointe i forhold til at få implementeret kontaktpersonordningen er, at den skal give mening for både patient og sundhedspersonale. Og der har været stor modstand – ja faktisk er der nogle steder blevet gjort noget grin med kontaktpersonordningen, der *”jo har været på alle de seneste revy’er [på hospitalet]”* (inf³). En informant påpegede også, *”at der for tiden nærmest er et større fokus på kortet, end på hvad ordningen kan gøre af gavn for patienten. Det var efter, Amtet indførte kontaktkortet, så blev det for formaliseret. Og vi tænkte: ’de kan ha’ det, kan de’”* (inf).⁴

Samtidig er det for mange svært at se hensigten med de kvartalsvise opgørelser af, hvor mange patienter der får tildelt en kontaktperson⁵. Men enkelte peger på, at selvom det i sig selv er en opgave der blot tager tid, så er det relevant at følge med i, at selve udleveringen af kontaktpersoner finder sted og samtidig påminde alle om, hvad denne ordning gerne skal medvirke til.

Det påpeges af flere informanter, at ordningen med en kontaktperson skal tages alvorligt af personalet – og selvom der kan være forbehold, og mange umiddelbart kun kan se *”en masse administrations-bøvl”* (inf) i det, så er det kun gennem kontinuerlig anvendelse af kontaktperson og udlevering af kort *hver gang*, at ordningen kan blive forankret i det daglige arbejde med patientforløb.

³ 'Informant' er i rapporten forkortet til 'inf'.

⁴ De patienter, som har krav på at få en kontaktperson, skal meddeles om kontaktpersonens navn både mundtligt og skriftligt. Sidstnævnte løses stort set alle steder ved at udlevere et kontaktkort i form af et visitkort.

⁵ Navnet på den tildelte kontaktperson skal registreres i patientjournalen, og det er disse registreringer, som ved stikprøve tælles ved de kvartalsvise opgørelser.

Da jeg kom med kontaktpersonordningen og serverede den for personalet var der bare stor modstand og det var svært at få implementeret. Og der har vi aftalt med afdelingsledelsen, at de ikke skal drøfte meningen – de skal bare sørge for at få den implementeret, hvor det giver bedst mulig mening. I skal gøre det på den bedste måde på jeres afsnit – og det er *ikke* til diskussion. Og så tror jeg også det giver ejerskabsfølelse på sigt. Vi er ikke gode til at lave meningsløst arbejde, der skal være en mening nu og her. Men man må altså også prioritere det for at det giver mening. Man må sætte det i den kontekst det giver mening i (inf).

Mange informanter har grundlæggende det forbehold, at det ikke i alle patientforløb er lige relevant at tilknytte en kontaktperson til patienten. Men alligevel er den grundlæggende holdning, at ideen med en kontaktperson som udgangspunkt er god, og at der generelt bør udleveres kontaktkort og tildes kontaktperson hver gang. For som det påpeges af en informant, kan det jo godt være, at patienten oplever det at få tildelt en kontaktperson som et væsentligt kvalitetselement. De fleste informanter kender også til eksempler fra privat regi, hvor en pårørende ikke er blevet tildelt en kontaktperson – og hvor de selv mener, at dette kunne have været en fordel. Men én ting er, som informanternes indlæg vil vise, at udlevere en række kontaktkort, noget andet er at give ordningen et indhold og en mening.

Der er vidt forskellige opfattelser af, hvordan og i hvilken sammenhæng ordningen om en kontaktperson kan og skal give mening også for personalet. Det afhænger meget af, hvilke patienter der er tale om, hvilke arbejds gange og hvilken organisering, der er tilrettelagt på afdelingen.

I det følgende beskrives, hvorledes der forskellige steder arbejdes med at få tilpasset kontaktpersonordningen, så den kan være til nytte for patienterne og også kan indgå i det daglige arbejde på en hensigtsmæssig måde.

En lokalt defineret ansvars- og funktionsbeskrivelse for kontaktpersoner

Ifølge Danske Regioners fælles definitioner er kontaktpersonen en sundhedsfaglig person, som er involveret i patientens forløb og har et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet. Men der er i forhold til denne definition behov for yderligere at definere kontaktpersonens funktion,

ansvar og beføjelser. Der lægges op til, at det er en opgave, som skal udføres på driftsniveau⁶.

I visse sammenhænge nævnes, at der godt kan være et behov for flere retningslinjer for kontaktpersonordningen (Andersen 2006). Men det bliver mange steder også nævnt, at kontaktpersonordningens indhold og formål kun kan fastlægges på afdelings- eller afsnitsniveau på de enkelte hospitaler, idet anvendelsen af kontaktperson skal tilpasses typen af patientforløb. Informanterne påpeger, at det er vigtigt at erkende, at patienterne kan have vidt forskellige behov, og derfor kan man ikke fra centralt hold funktionsbestemme eller fagperson-afgrænse kontaktpersonen.

På den baggrund er der en række overvejelser, som er blevet drøftet ved de fleste afdelinger⁷:

- Kan man have et 'team' af kontaktpersoner knyttet til samme patient?
- Har kontaktpersonen ansvar for at strukturere al information til og kommunikation med patienten?
- Skal kontaktpersonen være koordinator af selve patientforløbet for den enkelte patient, herunder holde et team opdateret om patientens forløb?
- Er kontaktpersonen den ansvarlige for behandlingen, eller indgår vedkommende blot passende centralt i patientens forløb/har overblik over patientens forløb?
- Er Kontaktpersonen patientens personificerede indgang til sundhedsvæsenet/repræsentant for den ydelse der finder sted?
- Hvordan overleveres patienten til en anden kontaktperson?
- Hvordan sikres det, at patienten ser så få personer som muligt?
- Hvordan minimeres antallet af udleverede kontaktkort- og personer når patienten har flere besøg?
- Hvordan og hvornår informeres patienten tilstrækkeligt om, hvad kontaktpersonordningen indebærer, og hvad man kan forvente af kontaktpersonen?
- Hvordan sikres, at kontaktpersonordningen lever op til den overordnede hensigt om kontinuitet i et sammenhængende patientforløb?

Et punkt som omhandler kontinuitet i patientforløbet er ønsket om at minimere antallet af de læger og sygeplejersker, som patienten skal have kontakt med.

⁶ Danske Regioner har dog nedsat en gruppe af repræsentanter fra regionerne, som skal drøfte definitioner og registreringspraksis for kontaktpersonordningen.

⁷ Disse overvejelser stammer også fra andre afdelinger end de implicerede i undersøgelsen – dels fra regionens øvrige hospitaler og dels fra andre regioner.

Langt de fleste steder arbejdes der med et *team* af personer, som den udpegede kontaktperson er tilknyttet til. Det er hensigten, at dette team skal være opdateret om patientens forløb og kommunikation med patienten. På den måde kan kontaktfladen til patienten fortsætte uafhængigt af, om kontaktpersonen er til stede eller ej. Det nævnes flere steder fra, at det ikke ville give mening at udnævne kun én kontaktperson, da der grundet skiftende vagter er langt flere involverede centralt i forløbet.

Men som flere informanter nævner, er en generel problematik i forhold hertil, at patienten som udgangspunkt får navn på én person udleveret. Der ligger derfor først og fremmest en særlig formidlingsopgave i at få informeret patienten klart om, at denne ikke kan forvente, at en enkelt kontaktperson er til stede til alle tider. I øvrigt er det vigtigt at informere patienten om, hvad der kan forventes af kontaktpersonen.

Du vil naturligvis møde mange andre medarbejdere under dit besøg på hospitalet, men din kontaktperson er specielt tilknyttet dig, og hvis du har spørgsmål eller lignende, kan du henvende dig til ham eller hende (velkomstbrochure på hospital)

Mange nævner, at en primær opgave for kontaktpersonen er at strukturere kontakten mellem patient, og pårørende og sundhedspersonalet. På en af de afdelinger, hvor kontakten med de pårørende er særlig stor, er det eksempelvis op til kontaktpersonen at få aftalt informationsmøder med de pårørende og at følge op på disse møder og få videreformidlet relevant information til det resterende team.

Kontaktpersonen står så dels for kontakt til pårørende og dels for organisering og overblik over patientens planer og over møder om patienten – i forhold til teamet (inf.)

På den måde har kontaktpersonen en vigtig vidensformidler-funktion, som kan være utroligt væsentlig netop for at sikre en kontinuitet i patientforløbet.

Men at strukturere og have ansvaret for, at kontakten og kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale forløber hensigtsmæssigt, er ikke nødvendigvis det samme som at være den primært ansvarlige for behandlingen. Det er blevet drøftet mange steder, hvorvidt kontaktpersonen som udgangspunkt skal være den der har det primære behandlingsansvar eller blot i nogen grad behøver at være involveret i patientens forløb.

Visse interviewede læger fastholder, at kontaktpersonen bør have en fremtrædende rolle i forhold til at få lagt planerne for patientens behandlingsforløb. I den forbindelse er nogle inde på, at det bør være den

behandlende læge, som er sat på som kontaktperson. En grund til dette er, at patienten i mange tilfælde først og fremmest er interesseret i kontakt med en person, som kan informere om, og svare på spørgsmål om behandlingsforløbet, eksempelvis en forestående operation:

Det handler om at kunne besvare faglige spørgsmål... man skal vide noget om sygdomsforløbet, for det er jo også de spørgsmål, som kommer fra patienten (inf).

Om det ville være nemmere, hvis man var den der kendte deres forløb [når man svarer på opkald og henvendelser]? Måske, men det betyder i hvert fald noget, at man har kompetence til at kunne svare dem. .. Jeg synes uanset navn på kortet, at det er vigtigt man søger kompetencen (inf).

Men på den måde bliver kontaktpersonordningen heller ikke betragtet så meget som en særskilt ordning, men som en 'naturlig' del af forberedelse og opfølgning på den behandling patienten skal igennem, hvor kommunikation mellem behandler og patient er en forudsætning for et godt forløb.

Sådan opleves kontaktpersonordningen dog ikke alle steder, og som tidligere nævnt afhænger det af patientforløb og afdelingens funktion i et forløb. Ved visse afdelinger eller afsnit har patienten meget korte indlæggelsesforløb på ned til få timer, og efter et afsluttet forløb er det meningen, at patienten på ny skal henvende sig til egen læge, hvis der opstår problemer. Det er ved sådanne afdelinger, at ideen med at udlevere kort og kontaktperson til patienten af mange bliver betragtet som noget formålsløs:

Det er jo det, at det er så korte indlæggelser. Jeg kan da godt se det med, at man får det rigtige nummer og det rigtige sted at vide som patient. Men her ude i modtagelsen tror jeg, mange synes det er ligegyldigt. Vi oplever, at ofte så glemmer de at tage kortet med, så ligger det der på bordet når de går (inf).

Det opleves altså visse steder, at patienterne ikke anvender tilbuddet om en kontaktperson. Men alligevel påpeger visse informanter, at en tildelt kontaktperson, trods lille konkret anvendelse af patienterne, godt kan opleves af patienten som en værdifuld service fra sundhedsvæsenets side. Og tilmed som en service, der på sigt kan indarbejdes, så der skabes mere sammenhængende patientforløb.

Der har været meget fokus på ordningen her – og der har da også været rigtig mange frustrationer over at skulle endnu en ting. Men det er bare til vi får det indarbejdet i rutinen. Vi er, tror jeg, alle i almindelighed enige

om, at det er godt for patienten – ja så de ikke falder mellem to stole (inf).

Til gavn for patienten – muligheder og udfordringer

Helt grundlæggende skal kontaktpersonordningen være til gavn for patienterne. Og sundhedspersonalet er ikke i tvivl om, at tildeling af en kontaktperson og udlevering af kontaktkort af patienterne opleves som et godt tilbud. Men der er forskel på, hvorledes man får ordningen til at virke efter hensigten, og hvad der lægges vægt på i forhold til patienten.

En af de adspurgte informanter var allerede i slutningen af 90'erne med til at tage visitkort i brug, da afdelingen blev flyttet til et nyt hospital og gik over til meget kortere indlæggelsesforløb. Der var på afdelingen mange drøftelser om, hvordan man kunne sikre, at patienterne ikke oplevede det som et meget kort og hektisk forløb – og at personalet ikke følte, at der var for lidt tid til patienterne. Der blev visitkortet et signal om, at patienterne kunne henvende sig, hvis der var spørgsmål, de ikke havde fået med.

Men ressourcerne var altså knappe. I den proces blev patientforløb for flere dage skåret ned til en dag. Og hvordan skulle vi så gøre det, vise patienterne at vi stadig interesserede os for dem med så korte forløb. Da fandt vi på det med visitkort. De kom jo herind til forundersøgelse og fik så et kort de havde, indtil de kom herind til den en-dags indlæggelse. Jeg tror det udfyldte et tomrum både for patienten og for os selv. Det var som compensation for, at vi var bange for at være mindre serviceminded, viste mindre nærvær – så fik vi disse lyserøde visitkort (inf.)

Der peges af flere informanter på, at kontaktpersonordningen først og fremmest skaber tryghed for patienten i forhold til et stort og måske for patienten uoverskueligt sundhedsvæsen med mange ansigter at forholde sig til. Det gives der også eksempler på fra hospitalsafdelinger, hvor man har arbejdet med en kontaktpersonfunktion helt tilbage fra slutningen af 1980'erne (Hansen 2005, Thimmer 2006). Her er det med én kontaktperson til hver patient lykkedes at skabe mere tryghed. Og *”At patienterne føler sig trygge betyder helt konkret, at mange patienter vender hjem flere dage end tidligere, end før ordningen med faste kontaktpersoner blev indført. Patienten ved nemlig, at hun eller han kan ringe direkte til sin kontaktsygeplejerske eller – læge, hvis der er brug for at blive indlagt igen”* (Thimmer 2006).

Mange informanter peger på, at et gennemgående dilemma i forhold til patienten kan være, at man med kontaktpersonordningen kommer til at signalere og stille patienten forventninger om noget, man ikke i alle tilfælde kan leve op til, nemlig én gennemgående kontaktperson, som er til stede det

meste af den tid, man er indlagt. Det kan lade sig gøre nogle steder (se også Frederiksberg Hospital 2006; Bjørnsson 2007), men det kan ifølge informanterne godt være vanskeligt at indføre i alle typer af patientforløb, og særligt ved akutte forløb. Det er ifølge informanterne derfor vigtigt med en god og klar kommunikation af, hvad patienten kan forvente af forløbet og af den tildelte kontaktperson.

Ved mere planlagte og/eller kroniske sygdomsforløb mener de fleste informanter, at der bør og *kan* sikres en kontinuitet i forløbet ved hjælp af en fast tilknyttet læge eller sygeplejerske. Eksempelvis bør patienter med kronisk sygdom ikke skulle fortælle egen sygdomshistorie forfra hver gang. Mange afdelinger forsøger at tilrettelægge møder således, at kontaktpersonen altid er til stede. Men som visse informanter påpeger, er de gode intentioner ikke altid lige lette at realisere.

Fra flere informanter lyder det, at der godt kan være flere sundhedspersoner involveret i samme patientforløb, uden at det behøver at gå ud over patientens fornemmelse at en vis kontinuitet i forløbet. Her handler det virkelig om at være god til at videreformidle den kommunikation, der har været med patienten til de andre i 'teamet'.

Jo men det handler da også om det indtryk af, at det hele ikke skal starte forfra [når en ny læge kommer til] – som nogle der sidder og bladrer i papirer hver gang, det tror jeg er vigtigt, at man fornemmer, at de er inde i sygdomshistorien, ved hvad det handler om, og jeg tror da meget det er det (inf.)

Der bør ifølge de adspurgte læger også altid lægges vægt på den rette behandling frem for på at afgrænse antallet af læger i et forløb. Og generelt så handler det ifølge dem også om, at man som sundhedsperson er til stede når man taler med en patient – hvad enten man er patientens kontaktperson eller ej - *"at de oplever, at nu er det altså dig det drejer sig om, nu er det dit forløb vi skal snakke om"*(inf).

Et andet spørgsmål, der nogle steder er stillet, er om man kan nøjes med at skrive telefonnummer på afdelingen på kontaktkortet. Og visse steder anvender man da også blot kontaktpersonens initialer, således at hvis patienten kontakter afdelingen, ved personalet, hvem der er patientens kontaktperson. På den måde kan også undgås et mere personligt dilemma, som nogle informanter peger på: At kontaktpersonen bliver ringet op privat af patienten. Ingen af de adspurgte informanter havde dog oplevet noget sådan.

Fra mange steder har det lydt, at en sådan fremgangsmåde med ikke at tilkendegive en konkret kontaktperson ikke er hensigtsmæssig over for

patienten: *"nej det er vigtigt, at der er et navn og jo gerne et ansigt på".* Og flere blandt sundhedspersonalet påpeger, at det er vigtigt med den personificerede indgang, og det at der er mulighed for at se den samme person flere gange – og det påpeges også, at det bør kunne lade sig gøre mange steder, om end det kan være lettere at organisere ved mindre afdelinger:

For det patienterne meget søger, det er kontinuitet, tryghed, at de kender det. Og hvor det er kontaktpersonens opgave at lave fremadrettede planer, hvis ikke de er der. Så hvis de er på arbejde så bliver det dem der er der, men nogle gange kan det ikke lade sig gøre. Men sådan nogle samtaler om opfølgende planlægning og sådan nogle ting, det kan godt planlægges efter hvornår man så er der eller er på arbejde (inf).

Jeg synes der er noget helt logisk i det, for det man må bestræbe sig på, er at få en vis grad af personligt kendskab til den patient der handler om. Det er noget vi lægger vægt på. Også det at patienten i det her store hus har en bestemt person at henvende sig til. Men nu ved jeg også godt, at vi er privilegerede, for vi har et meget lille område, hvor vi skal behandle patienten, og det giver altså nogle fordele, det kan jeg da godt se (Inf).

En anden problematik der bliver nævnt er at, ved meget korte forløb skal selve udleveringen af kontaktkort og kontaktperson koordineres nøje i forhold til al anden relevant information. Derfor bestræber mange afdelinger sig på, at patienten allerede ved modtagelsen får navn på en kontaktpersonen, så det sikres at patient og pårørende ved hvem de inden for de næste dage kan kontakte.

Sådan gøres det også ved en række længere indlæggelsesforløb. Men problemet kan så være, at den udpegede kontaktperson ikke nødvendigvis bliver den der står for den primære pleje. Her fortæller en informant, at deres løsning er at opdatere navnet på kontaktpersonordningen under forløbet eller ved udskrivelsen. Men i praksis bliver det ofte ikke gjort. Forklaringen lyder, at hensynet til patientens ro vægtes højere, og at personalet ofte oplever, at patienten undervejs i forløbet ikke bekymrer sig om kontaktkort og person. Men som informanten selv påpeger, så har de ikke udspurgt patienterne om dette, og ved derfor ikke, om patienterne måske efter udskrivelsen efterspørger en sådan opdatering af kontaktpersonen.

Informanternes erfaringer peger på, at der skal arbejdes aktivt med ordningen, den skal prioriteres og tilrettelægges, da den ikke blot kommer til at fungere af sig selv. Krav og forventninger til en kontaktperson skal defineres for patienterne. Som en informant påpeger: *"Og så ser jeg det sådan at vi har en pligt til at gøre det. Det er så op til os at finde frem til anvendelsesmulighederne for patienterne".*

Undersøgelsen viser, at hvis kontaktpersonordningen skal kunne medvirke til et patientoplevet kvalitetsløft, må sundhedspersonalet og ledelsen nøje overveje, hvordan de på den enkelte afdeling kan få indarbejdet kontaktpersonfunktionen. Uanset længde og type af forløb skal der tages højde for en række organisatoriske barrierer i forhold til at gavne patienten mest muligt.

At arbejde med grænseflader

Overordnet set er arbejdet med at integrere kontaktpersonordningen med til at sætte fokus på *grænseflader* mellem kollegaer, mellem faggrupper, mellem patient og sundhedspersonale og mellem forskellige afdelinger/hospitaler. I det følgende ses, hvordan der arbejdes med at definere og afgrænse selve kontaktpersonordningen.

Flere informanter påpeger, at der er et behov for at få præciseret snitfladen mellem eksempelvis kontaktpersonen og lignende kontaktperson i den kommunale sektor.

Der kommer udfordringen jo så nu, at meget af terapien den flytter sig til kommunen. Der hindrer man faktisk den kontakt [mellem kontaktperson og patient] når man med den nye lov siger, at kommunerne skal tage sig af meget af forløbet. Så der bør man også sørge for at have en kontinuitet (inf).

Vi har jo meget kontakt i overgange efterfølgende, hvor vi overfører dem til hjemmesygeplejersker. Der er jo også en [kontaktperson] som sidder på området og som ved, hvem der sidder her. Det hjælper på overgangen. Men jeg synes så med hjemmeplejen, der er problemet at vi jo ikke ser den person, der er deres kontakt i hjemmeplejen. Alt går jo til en visitator, og man kan nærmest ikke komme i tale med den sygeplejerske, der har været inde og have med patienten at gøre ved kommunen. Og det synes jeg har kompliceret det meget. Der bliver ikke stillet samme krav til primærsektoren. Det vil sige det kommer til at gå igennem mange personer, og der går mange ting tabt. Og det synes jeg er kritisabelt (inf).

Generelt har indføring af den Elektroniske Patient Journal (EPJ) ved visse hospitaler hjulpet på kontinuiteten i forhold til de *interne* overgange – man kan følge journalen på alle afdelinger på hospitalet. Og som en informant påpeger, kan man som kontaktperson følge med i en patients forløb, selv om man måske står i ambulatoriet og skal give svar til én i sengeafdelingen – man behøver ikke have papirerne på sig. Det gør det lettere at følge patienterne på

tværs af afdelings- eller afsnitsgrænser. Problemet er dog, at ikke alle hospitaler på nuværende tidspunkt har en EPJ.

Kontaktpersonordningen skal som tidligere nævnt også defineres i forhold til, hvilket indhold og hvilken mening den skal have for patienten – ordningen skal defineres og afgrænses i forhold til, hvad patienten kan forvente sig af sin kontaktperson.

Der er stor forskel på, om patienterne eller deres pårørende ringer til kontaktpersonen eller afdelingen, efter at de er blevet udskrevet.

De fleste informanter erfarer, at det kun er i ganske få tilfælde, at patienterne ringer for meget – og er af den holdning, at de hellere må ringe en gang for meget end en gang for lidt. Ved nogle afdelinger har de en decideret telefonkonsultation, hvor de ringer til patienten én gang efter udskrivelsen, såvel som patienterne også ofte ringer til dem. Og de ser disse samtaler med patienterne som en del af forløbet, som ikke nødvendigvis er afsluttet, når de siger farvel ved udskrivelsen.

Og som patient kan du også bruge det – jamen får du stærke smerter når du kommer hjem, så skal du da ringe. Men det er vigtigt at informere om, hvad de kan bruge kortet til – ikke bare udlevere det. Der skal en forklaring med. Jeg tror, at vi også skal erkende, at vi ikke er ufejlbarlige – eksempelvis nu med genoptræningsplanen som patienten ikke forstod ordlyden af – så skal patienten da ikke have dårlig samvittighed over at ringe (inf).

Andre steder, måske særligt ved yngre patienter eller patienter, hvor pårørende spiller en stor rolle, *“er [patienterne] hurtige til at gribe røret”* (inf) og ringe med spørgsmål, som ikke vedrører det konkrete forløb. Det påpeges derfor, at det er vigtigt at definere nøje, at kontaktpersonen kun kan kontaktes i forbindelse med spørgsmål om det pågældende sygdomsforløb – ikke hvis der opstår helt andre sygdomssymptomer. Her skal egen læge kontaktes.

Af sådanne årsager skrives en e-mail adresse på afdeling eller kontaktperson også meget sjældent på kontaktkortet. De fleste er enige i, at en sådan kommunikationsform vil gøre, at patienten forventer svar nu og her og på alle tidspunkter af døgnet. I stedet påskrives mange steder på kontaktkortet et vist tidsrum, hvor kontaktpersonen eller afdelingen kan træffes. Men som én siger, så er det også meget vigtigt, at man faktisk er til stede og til at træffe i det lovede tidsrum.

Det er kun i få tilfælde, at de adspurgte har oplevet, at der i kontakten med patienten opstår problemer. Men af og til er der sager, måske særligt med

pårørende, hvor de henvender sig gentagne gange og sår tvivl om kollegaernes dømmekraft og håndtering af patientforløbet – og det er netop i sådanne sager nødvendigt, at kun én person koordinerer, hvad der er sagt til patient og pårørende om behandling og forløb, så der netop ikke opstår tvivl blandt hverken sundhedspersonalet eller mellem sundhedspersonale og patient om, hvordan kontakten forløber (se også Ringkjøbing Amt et al. 2007).

Grundlæggende lægger kontaktpersonordningen op til, at der sættes en signatur på de ydelser man får i sundhedsvæsenet. Man kommer ifølge informanterne til at stå som 'repræsentant' udadtil for den behandling der foretages. Og det oplever dele af sundhedspersonalet generelt som en positiv udvikling i forhold til patienterne.

Vi har også diskuteret, om der skal stå navn på – men jeg synes nok det giver en tryghed at der står et navn. Det er også det, at der er én der vil skrive sit navn på – det er da en der er committed. Tidligere havde vi jo røde telefonkort, men ikke med navn – men jeg synes ikke det er så personligt... det er godt at patienten kan se ens navn. Men jeg kunne godt tænke mig, at lægens navn var på – det giver både et andet signal til patienten og også det, at de så tager et ansvar – det kan godt være meget tungt som sygeplejerske at stå der alene. Vi står jo på en måde inde for forløbet alene på den måde (inf).

Men tilsyneladende er det flere steder oftest sygeplejersken, som bliver udnævnt til kontaktperson, og som dermed kommer til at stå alene med det mere repræsentative ansvar over for patient og pårørende.⁸ Det er nævnt fra en informant, at *"jamen hvis du spørger lægerne om, hvad kontaktpersonordningen er, ja så tror jeg bare de vil se helt spørgende ud – jeg ved ikke hvorfor, men det er blevet endnu en 'sygeplejerske-opgave'"*.

Her påpeger nogle, at det er et stort ansvar at lægge på en sygeplejerske, som måske ikke er primær i behandlingen. Visse steder fastslås da også, at lægen, som har ansvar for behandlingen, også bør være kontaktperson – der kan så skrives en sygeplejerske på også. Men andre steder er det altså blevet en 'sygeplejerske-opgave', som ikke er inkorporeret blandt lægerne.

⁸ Det skal nævnes, at en tværregional arbejdsgruppe ved Danske Regioner netop for nyligt har præciseret, at kontaktpersonen ikke umiddelbart kan anlægges et ansvar for andre sundhedspersoners fejl i behandlingen. Kontaktpersonens ansvar afhænger af, hvorledes den enkeltes opgaveportefølje er beskrevet. Læge Martin Huldgaard påpeger dog i anden sammenhæng, at 'kontaktpersonen bør kunne drages til ansvar for ikke at skabe den fornødne kontakt' (Andersen 2006).

Man må altså med kontaktpersonordningen også ind og gøre sig nogle overvejelser om, hvordan man skal repræsentere sundhedspersonalet over for patienterne – og samtidig skal et ansvar i forhold hertil også drøftes indbyrdes mellem faggrupper. Og det kan tage tid at få alle indstillet på, at der skal arbejdes aktivt med kontaktpersonordningen, og at det i og for sig er alles ansvar at bidrage dertil.

Eksemplerne har vist, at arbejdet med kontaktpersonordningen i høj grad består i at få defineret kontaktpersonordningens indhold på en sådan måde, at arbejdet med kontaktpersoner både medfører et kvalitetsløft for patienterne og giver god mening i det daglige arbejde. En sådan implementeringsproces kan også medføre, at forholdet mellem både patienter og sundhedspersonale og sundhedspersonalet imellem bliver nærmere diskuteret og defineret. Der opstår mulighed for at drøfte, hvorledes samarbejde og kommunikation mellem alle parter bedst muligt kan finde sted i praksis – en mulighed som måske kan ses som en 'sidegevinst' af arbejdet med kontaktpersonordningen.

Det er imidlertid ikke kun forholdet mellem patient og personale som står åbent for videre drøftelser. Personalet diskuterer også selve hensigten med en kontaktpersonordning i forhold til en forbedring af patientforløb. Det vil blive belyst i næste kapitel.

Kapitel 2:

Organisering af patientforløb

Kontaktpersonordningen bliver i flere sammenhænge fremhævet som et vigtigt tiltag for skabe sammenhængende patientforløb. Tildeling af en kontaktperson skal medvirke til at sikre en bedre koordinering af patienternes forløb⁹. Dette kapitel vil belyse, hvorvidt og hvorledes kontaktpersonordningen, udover at medvirke til en kvalitetsoptimering i den enkelte patients forløb, også kan bidrage til en generelt set bedre planlægning af sammenhængende patientforløb i sundhedsvæsenet.

Det er af nogle informanter blevet nævnt, at ordningen først og fremmest er igangsat fordi både sundhedsvæsenets ledelse og politikerne vil undgå "*sager som Esmann-sagen*" (inf). Der refereres her til en artikel, som journalisten Knud Esmann skrev for nogle år siden. Denne artikel beskrev, hvordan hans

⁹ se eksempelvis Andersen 2006; Andersen 2006II; Juul 2007

kone under et sygdomsforløb blev overflyttet mellem forskellige afdelinger og hospitaler utallige gange, med gentagne brud på kontinuitet i behandlingen. Det blev fra flere politikere og fagfolks side påpeget, at netop kontaktpersonordningen kunne løse sådanne forløbsproblemer og bidrage til en bedre kontinuitet i patientforløbene og en bedre kommunikation mellem sundhedsvæsen og patient (Esmann 2004).

Men ifølge flere informanter er det én ting, at man med tildeling af en kontaktperson kan få ansvar for at følge – og følge op på en patients overgang mellem forskellige afdelinger. Ifølge informanterne er det en helt andet ting at ville løse kompleksiteten i planlægningen af patientforløb i sundhedssektoren generelt:

Og efter Esmann-sagen, jamen alle troede det kunne løse alt muligt, også professionsproblemer og så videre. Og *organisering* – det er altså ikke kontaktkortet der kan afhjælpe det. Men en god organisering beror da på ønske om høj kvalitet også ved svære gange. Jo det er da vigtigt med kontaktkortet og den kvalitet det gerne skal medføre. Men en anden ting – netop i forhold til organisering, og som kontaktpersonordningen ikke kan løse, det er skellet mellem akutte og elektive patienter i sygehusvæsenet. Eksempelvis de akutte – hvor vi ikke kan planlægge dem, de kommer ud af skadestuen og hurtigt ind på afdelingerne. Og det er altså en ledelsesopgave at lave den rette organisering – på alle niveauer. Det kan en kontaktperson ikke gøre. Men det er problematisk når kortet bliver anvendt som løsning på organisering og kompleksitet. Jeg synes det var sådan, det blev introduceret (inf).

Det er altså informanternes argument, at den komplekse organisering af eksempelvis akutte forløb ikke løses ved indførelse af kontaktpersonordningen - den sikrer ikke automatisk et forløb, hvor der er taget hånd om alle overgange.

En informant nævner behovet for at lave patientforløbsbeskrivelser for at få gennemgået og lagt en god organisering i afdelingernes patientforløb. *"... Jeg kan kun sige, at i forhold til organisering så er det bare patientforløbsbeskrivelser, der hjælper"* (inf). Dette patientforløbsarbejde indebærer også, at man får konkretiseret professionsansvar og arbejdsgange - som kontaktpersonordningen jo netop skal integreres i overensstemmelse med for at kunne medvirke til en bedre kontinuitet i forløbene.

Et eksempel på en organisering af patientforløb, hvor kontinuitet og sammenhæng prioriteres, er ved en afdeling¹⁰, som har sub-specialiseret forløbene for sygeplejerskernes vedkommende. På de fleste afdelinger er sygeplejerskerne kun involveret i en lille del af et samlet patientforløb, eksempelvis kan man arbejde på sengeafdelingen eller i ambulatoriet. Men en sub-specialisering af forløbene indebærer, at sygeplejerskerne får lov at følge patienterne hele vejen fra modtagelsen og til udskrivning. Det er dermed lagt vægt på i forløbet at få skabt en *faglig* kontinuitet, hvor det prioriteres at følge et bestemt sygdomsforløb helt til dørs og få indblik i hele processen. En sådan organisering af et patientforløb er ikke skabt med kontaktpersonordningens indførelse – men med kontaktpersonordningens formål i tankerne. Det er hensigten, at den faglige kontinuitet i høj grad kommer patienterne til gode. Det kan eksempelvis være lettere at informere patienterne om hele det samlede forløb og bevare et fagligt overblik fra start til slut. Det kan dog ikke dermed garanteres, at én sygeplejerske følger én patients forløb. Det afhænger af vagtplaner og den enkelte patients forløb. Men der er åbnet op for muligheden herfor.

Et andet eksempel på organisering af patientforløb er ved en afdeling, hvor man under udarbejdelsen af en patientforløbsbeskrivelse fandt frem til, at patienten ikke som hidtil behøvede at blive fulgt af en sygeplejerske ved flytning fra en afdeling til en anden – så længe der var helt klare aftaler om, på hvilket grundlag og med hvilke informationer patienten blev overført. Og i den sammenhæng er der netop gode eksempler at hente andre steder fra, hvor det er kontaktpersonen, som sikrer koordination af oplysninger om patientens forløb og informerer det resterende personale herom.

Det er også blevet nævnt, at alle typer af patientforløb ikke kan organiseres ens. Der er en stor forskel på akutte og på planlagte/elektive forløb – hvor det særligt menes at være ved sidstnævnte at der er god mulighed for, at ordningen med en kontaktperson kan komme til sin ret. Der er flere eksempler på, at det kan lykkes at organisere arbejdsgange og lægge vagtskemaer således, at der bliver 'en gennemgående person i patientens forløb. Det er svært at garantere ved akutte forløb. Men informanterne påpeger at det med den rette indsats og ledelse *bør* kunne lade sig gøre ved længere, elektive forløb. Hos én afdeling sørger personalet for hver dag at fordele dagens nye patienter imellem sig – alt afhængigt af behandlingsplan. På den måde er tildelingen af kontaktperson forsøgt struktureret. Og i en nyere artikel i bladet

¹⁰ For yderligere information om denne organiseringsform er man velkommen til at kontakte artiklens forfatter, som kan formidle kontakt til den afdelingssygeplejerske, som har forestået sub-specialiseringen.

'Sygeplejersken' (2007) refereres en leders særlige metode til at lægge vagtplaner således, at det er muligt at tilknytte en gennemgående kontaktsygeplejerske til patienterne (Bjørnsson 2007).

Generelt set nævnes det, at det er vigtigt, at ledelsen er klar i mæglet om, hvilket formål ordningen har, hvad patienterne bør kunne forvente, og hvilket ansvar og funktion kontaktpersonerne har. Ligeledes er det også en ledelsesopgave at skabe rum for de mange drøftelser, der er og har været om kontaktpersonordningen og at skabe rammerne for, at kontaktpersonen kan leve op til det opstillede formål. Ordningen skal organiseres ordentligt for at kunne tilpasses hverdagene så den giver mening. Kontaktpersonordningen implementeres ikke blot ved at indføre fælles definitioner og et fælles visitkort, men med tilrettelæggelsen af gode patientforløb.

Informanterne indikerer, at det at implementere kontaktpersonordningen, så den kan medvirke til mere sammenhængende patientforløb ikke er en opgave, som alene kan hvile på kontaktpersonerne. Som tidligere nævnt står kontaktpersonen visse steder for at koordinere det enkelte forløb og tage vare på formidlingen mellem hospital og patient – men informanterne lægger vægt på, at det sker i overensstemmelse med afdelingens øvrige planlægning af pleje og behandling i patientforløbene. Kontaktpersonen kan derved sikre en personalemæssig kontinuitet og en koordination af kommunikation og viden i forløbet. Men en mere strukturel kontinuitet og tilrettelæggelse af sammenhængende patientforløb er ifølge informanterne en central ledelses- og organiseringsopgave ved afdelingerne.

Det er trods god tilrettelæggelse og planlægning altid tilfælde, hvor kontinuiteten i et bestemt forløb af den ene eller anden årsag kan være brudt. Og det er her kontaktpersonordningen kommer til sin ret.

Vi har en patient der lige er blevet indlagt – godt nok er operationen nu lige blevet aflyst på grund af en akut, men hun skal altså til nu. Hun er 81 år og har ventet fra september, hvor hun var til undersøgelse – det var ved et andet sygehus, og de sendte en henvisning. Men den har vi aldrig fået. Og så for en måned siden henvendte hun sig her og havde det bare rigtig dårligt. Og der er altså gået fra september til nu [maj] det er da ikke godt. Hvis nu hun havde haft et kort kunne det jo være hun havde ringet til os – eller til det andet sygehus, altså man skal have et kort der hvor man har været sidst, indtil man får et nyt det nye sted (inf).

Kontaktpersonordningen udgør altså ifølge mange informanter ikke løsningen på den komplekse organisering af patientforløb. Og dog skal man heller ikke underkende det potentiale, der ligger i ordningen: Som et centralt element i organiseringen af patientforløbene. Og som centralt i forhold til den vigtige

kontakt med patient og pårørende. Den er grundlæggende med til at sikre, at patienten *"ikke skal havne mellem to stole. De får navn og afdeling og nummer – så de kan gribe fat i det, hvis der er noget"* (inf).

Det er netop ved sådanne sager, at kontaktpersonen kan gøre en forskel. Der kan endda være tale om, at tildeling af kontaktpersoner, gennem aktiv fastholdelse i en sikker kontaktflade mellem patient og kontaktperson, kan være med til at underbygge patientsikkerheden i forløbene. Her påpeges netop i flere sammenhænge, at patienten i mange tilfælde selv er den, der er mest inde i eget forløb, og derfor også skal gives muligheden for at følge op på eventuelle problemer i forløbet (Huset Mandag Morgen et al. 2007). Og i 'Patientens bog – en guide til et sikkert patientforløb' (2006) fremhæves netop 10 gode råd til patienter om deres egen indflydelse på og medvirken til et sikkert patientforløb.

Det gør sig også gældende i andre situationer - eksempelvis hvor patienter ringer ind og vil have svar på prøver – og her kan det kun være en fordel, hvis der på afdelingerne er helt faste aftaler om kontaktpersonens funktion:

Vi har jo klare aftaler om, at hvis man nu afslutter en patient, efter diverse undersøgelser og blodprøver, som man ikke når at få svar på før man går hjem, skal det helt klart dikteres i journalen, at alle svar går til kontaktlægen og så kontakter kontaktlægen familien. Men vi oplever jo, at folk ringer 'en masse', og det er kl. 22 om aftenen for at få svar på en MR scanning. Men der ligger helt klare regler. Vi begynder ikke at ligge og rode i journalen, og ser: hvad viste den scanning så. Så må man simpelt hen henvise til, at deres kontaktlæge skal nok kontakte familien når svarene foreligger (inf).

Det er også blevet nævnt, at når man ved, hvem man skal henvende sig til, så kan det være nemmere på forhånd at koordinere eventuelle møder med patient og pårørende, hvor eksempelvis pårørende selv tager hånd om at få bestilt et møde til drøftelse af eksempelvis behandlingsformer eller andet de gerne vil have opklaring på.

Jeg har selv oplevet med min mor, som var syg på Sjælland – og der, ja hun fik faktisk ikke noget kontaktkort – men det kunne have været godt, for så vidste jeg, hvem jeg kunne ringe til og måske aftale en tid om en samtale – i stedet for blot at dukke op, det kan jo faktisk hjælpe lidt i forhold til planlægningen (inf).

Organisering og kvalitetsoptimering kommer på den måde til at hænge godt sammen. I forhold til kvalitetsoptimering er det i forskellige sammenhænge nævnt, at kontaktpersonordningen kan bidrage til, at patienterne får en så

tilfredsstillende kontaktflade med sundhedspersonalet som muligt, og at de derved er mere trygge ved at blive udskrevet – og særligt fordi denne kontakt ikke nødvendigvis afsluttes ved udskrivelsen (se Hansen 2005; Thimmer 2006). Der er eksempler fra både de adspurgte afdelinger og på afdelinger andre steder i landet, hvor en opringning eller såkaldt telefonkonsultation efter udskrivelse er en fast del af et accelereret forløb (Ringkjøbing Amt et al. 2007; Frederiksberg Hospital 2006; Søndergaard 2007). Det kan være en hensigtsmæssig tankegang i forhold til de efterhånden mange accelererede indlæggelsesforløb, hvor patienterne kan få en fordel ved at kunne henvende sig til afdelingen efter udskrivelsen.

Trods mange eksempler og erfaringer med kontaktpersonordningens potentiale i forhold til kvalitetsforbedringer, er der ifølge visse informanter stadig et behov for mere systematiske og strukturerede undersøgelser af, hvorvidt kontaktpersonordningen reelt medfører et kvalitetsløft – for både personale og patient. Måske særligt ved afdelinger, hvor ordningen ikke er tilpasset som en 'naturlig' del af organiseringen:

Men nu har vi jo haft det i 5 år – og selvfølgelig med tilrettelser. Men der er ingen kvalitetssikring – det forstår jeg ikke. Der er jo så ingen garanti for forbedring. Hvorfor er der ikke nogle der undersøger, om det bare er administrativt bøv, eller om det gavner patienterne eller behandlingen (inf).

Det påpeges, at der ikke blot bør følges op på hvor mange patienter, der får tildelt en kontaktperson. Der bør også følges op på kontaktpersonordningens kvalitetsmæssige virkning for patienten og for sundhedsvæsenets ydelser.

Ovennævnte eksempler påpeger at kontaktpersonordningen med fordel kan indgå som centralt koordinerende element i et patientforløb. Men der er et sideløbende behov for at planlægge og tilrettelægge patientforløbene – og kontaktpersonernes rolle i forhold hertil. Det er en kompleks organiserings- og ledelsesopgave, som ikke kan løses ved indføring af kontaktpersonordningen alene.

Undersøgelsen har vist, at der er en række barrierer og organisatoriske udfordringer, som skal løses for at kunne udnytte kontaktpersonordningens potentiale. Men undersøgelsen påpeger også, at der med anvendelsen af kontaktpersoner opstår nogle muligheder for at få inddraget brugerne i organiseringen af patientforløb. Det beskrives i næste kapitel.

Kapitel 3:

Kontaktpersonordningen og Brugernes sundhedsvæsen

Der er for tiden fokus på at udvikle et brugernes sundhedsvæsen, hvor brugerne er i centrum – ikke blot i forhold til den enkeltes behandling – men generelt som bruger af sundhedsvæsenet. Der tales for en sundhedsmæssig indsats nøjere tilrettelagt efter patientens medansvar og aktive inddragelse som bruger - i forbindelse med tilrettelæggelse og gennemførelse af eget og som inspirationskilde til andres patientforløb.¹¹

I den forbindelse må det være et grundlæggende vilkår, at patienten er tilstrækkeligt udrustet til at kunne indgå aktivt i gennemførelsen af et godt patientforløb. Det kræver at patienten som minimum er velinformeret om eget forløb og om sundhedsvæsenets 'indretning' i relation hertil samt at der er en god kommunikation mellem patient og sundhedspersonale. Og det er netop disse forhold, en god implementering af kontaktpersonordningen kan være med til at etablere.

Anbefalingerne fra 'Patientens møde med sundhedsvæsenet, De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet' (2003) peger på, at patienterne i årevis har tillagt god kommunikation og en høj grad af informationsniveau en vigtig betydning for et godt forløb.

Men derudover er det også et krav fra flere steder, at sundhedsvæsenet i fremtiden ikke blot skal opfylde allerede afdækkede behov og fastholde nuværende organisering af patientforløbene. Man skal i sundhedsvæsenet også følge med brugerens udviklede forståelse af og forventninger/krav til sundhedsvæsenets ydelser. Med inddragelse skulle gerne følge muligheden for at have indflydelse. Og man bør derfor have øje for den brugerdrevne innovation, hvor brugeren inddrages og får indflydelse på udviklingen af nye services og måder at tilrettelægge arbejdet og patientforløbene på - med det generelle fremtidsigte at udvikle et fornyet – og *forbedret* sundhedsvæsen, der er tilpasset brugernes udtrykte behov og ønsker og er med til at højne den brugeroplevede kvalitet¹².

¹¹ Patientens medansvar skal dog forstås således, at sundhedspersonalet ikke fratages ansvaret for pleje og behandling i forløbet (Huset Mandag Morgen et al. 2007).

¹² se eksempelvis Huset Mandag Morgen et al. 2007; Sundhedsstyrelsen 2007:10; Juul 2007; www.kvalitetsreform.dk

Formanden for Kræftens bekæmpelse, Frede Olesen (2004) påpeger i sammenhæng med tilrettelæggelse af kræftforløb, at der er behov for en reorganisering af sundhedsvæsenet. Man skal forsøge at udvikle et sundhedsvæsen, som aktivt går ind og med nye ledelses- og organiserings tiltag er med til at reorganisere sig selv. En reorganisering der ikke blot er i overensstemmelse med omgivelsernes nuværende forventninger og krav, men som også kan sikre, at fremtidige forventninger og krav kan opfyldes¹³.

Umiddelbart er det en meget stor opgave at stille sundhedsvæsenet. Det er store krav ikke blot om nærvær og hensyn – men også fremsyn. Men igennem informanternes egne erfaringer med og planer for kontaktpersonordningen øjnes mulighed for – gennem det daglige arbejde – at opnå en udvidet forståelse for brugerne. Der er mulighed for at *lære* af brugerne om deres behov og ønsker netop gennem den kontakt, der etableres via ordningen med en kontaktperson.

Ved en af de adspurgte afdelinger planlægger de at evaluere de forholdsvis mange opkald, som de får fra patienterne og via de udleverede kontaktkort:

Vi ved jo ikke, om det har betydet noget for patienten [at vi ikke har fået opdateret navnet på kontaktpersonen] Det kan jo være det er betydningsfuldt for patienten. Men det interessante ved at analysere samtalerne er – vi kunne jo måske finde ud af, hvad der ikke fungerer ved en udskrivningssamtale. Det kunne være fint at få viden om, hvad de tænker på når de kommer hjem og også få en tilbagemelding – er der noget vi kunne gøre bedre eller anderledes. For vi kan jo også lave fejl (inf).

Og problemet er da, at vi får mange opringninger. Men vi har så lavet et skema, så vi kan registrere opkald og karakter, tidsforbrug... så vi kan se, hvor meget tid der går med det og hvilken type opkald der er tale om. Hvad er det patienterne efterlyser? (inf).

Umiddelbart er der mulighed for, at personalet får et bedre kendskab til deres patienter og får input til forbedring af den kontakt, de har haft med patienten under forløbet. Ved visse adspurgte afdelinger er de via kontakten med patienterne blevet mere bevidste om, hvilken type information patienten måske savner - samt hvornår og i hvilket omfang det er mest hensigtsmæssigt

¹³Der er her tale om en form for *double loop læring* (se Argyris & Schön 1978)

at uddele denne information. Det er sådanne oplysninger, som kan være gavnlige for strukturering af patientforløbene. Evaluering af samtaler mellem kontaktperson og patient kan medføre en bedre forståelse af, hvilke ønsker og forventninger patienter har til et godt forløb samt hvilke ting der har fungeret og ikke fungeret – præcist ved den pågældende afdeling. Efterfølgende samtaler mellem kontaktperson og patient, hvor enten patienten ringer, eller kontaktpersonen ringer patienten op, er et basalt initiativ, som kan anvendes helt ned på den konkrete afdeling i forhold til at få tilpasset arbejdet til brugernes ønsker og behov. Det er en kontakt, som også kan hentes gennem det daglige arbejde, men som med kontaktpersonordningen har muligheden for at blive struktureret og systematiseret således, at videndelingen mellem patient og personale, bruger og sundhedsvæsen er sikret bedre vilkår.

På længere sigt og med en måske mere systematisk og gennemgående analyse af kontakten mellem patient og kontaktperson er der en mulighed for også at finde nye måder at strukturere patientforløbene på – ud fra de nye ideer og mulige måder at servicere de efterhånden mere og mere brugerbevidste og mangfoldige patientgrupper. Dermed er det altså muligt at 'begynde i det små', på et praksisnært niveau for på den måde at få skabt brugernes sundhedsvæsen. En god implementering af kontaktpersonordningen kan bidrage til en brugerrettet kvalitetsoptimering og re-tænkning af sundhedsvæsenets funktion. Til stadighed må den faglige behandling være den centrale opgave, men efterhånden går det at være et service og informationsorgan hånd i hånd hermed.¹⁴

Undersøgelsen af arbejdet med kontaktpersonordningen har vist, at det både er en nødvendighed og en mulighed, at inddrage både brugere og sundhedspersonale i denne udvikling af sammenhængende patientforløb. Og netop i den forbindelse er det et udtrykt ønske fra informanternes side, at der fremover tages mere hensyn til deres erfaringer med de muligheder, men også barrierer og udfordringer, som opstår, når tiltag som kontaktpersonordningen skal indarbejdes i det daglige arbejde til udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Derigennem kan indføring af kontaktpersonordningen gå fra at opleves som en 'skal' opgave til at være en opgave, der giver mening for både brugere og personale – og som kan medvirke til at opnå en dybere forståelse for, hvordan sammenhængende patientforløb skal tilrettelægges.

¹⁴ Se eksempelvis Huset Mandag Morgen et al. 2007; Sundhedsstyrelsen 2007:10; www.kvalitetsreform.dk

Litteraturliste

Amtsrådsforeningen et al. (2003) *Patientens møde med sundhedsvæsenet, De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet* Århus Amt, Trøjborg Bogtryk

Andersen, C. (2006) Sammenhæng nu *Ugeskrift for Læger* 2006;168(14):1408

Andersen, T. K. (2006 II) Mange patienter stadig uden kontaktperson *Mandag Morgen* 23. oktober 2006, 36

Argyris, C., & Schön, D. (1978) *Organizational learning: A theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison Wesley.

Bjørnsson, K. (2007) Sådan lykkes kontaktsygeplejen *Sygeplejersken* 23. februar 2007 107. årgang s. 20-22

Danske Regioner (2007) *CaseNo04-4187_#695223_v2_kontaktpersoners ansvar(1).DOC*

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Trygfonden (2006) *Patientens bog, En guide til et sikkert patientforløb*, Aschehoug Dansk Forlg A/S

Den landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser (LUP):

http://sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1859/.cmd/ad/.ar/sa.qxknpHErkFCkpzFkJroksByqrEknpgvBAk8vFSByqrENpGvBA/.c/628/.ce/7056/.p/5354?PC_5354_contextfolderids=1014050207112506%2C1023031028210133%2C2093031015155903&PC_5354__FOLDER_UNDER_ATTRIBUTE_=1023040618113818&PC_5354__FOLDER_ROOT_ATTRIBUTE_=1014050207112506&PC_5354__FOLDER_ID_=1023040618113818#7056

Esmann, K. (2004) Det syge system *Morgenavisen Jyllandsposten* 22.08.2004, 6. sektion, s. 5

Frederiksberg Hospital (2006) *10 år, EKC, Elektivt Kirurgisk Center* Green Graphic, København

Grønvold, M. et al. (2006) *Kræftpatientens Verden, en undersøgelse af, hvad danske kræftpatienter har brug for* Kræftens Bekæmpelse, København

Hansen, J. B. (2005) Kontaktkort til patienter virker *Århus Stiftstidende* Søndag d. 1. maj 2005 s. 7

Huset Mandag Morgen/innovationsrådet, Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance (2007) *Brugernes Sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform* Huset Mandag Morgen A/S

Juul, E. (2007) *Rundrejse i det danske sundhedsvæsen, Statsministerens repræsentant Erik Juul, Juni 2007*

Lægeforeningens Debatoplæg (2005) *Sammenhængende patientforløb, Kontinuitet – Kerneydelse – Koordination – Kommunikation*

Olesen, Frede (2004) Kræft, der opdages i tide, kan vente – og lidt andet om ventelister *Ugeskrift for læger* 166 (38):3316

Ringkjøbing Amt og kommunerne i Amtet (2007) *Apopleksi, Sammenhæng og kvalitet i rehabilitering* Fælles rapport og Delrapport 1, 2 og 3

Schmidt, C. og Bendsen, J. (2007) Store krav til kontaktpersonens rolle *Sygeplejersken* 18. maj 2007, nr. 10, 107. årgang s. 46-48

Sundhedsstyrelsen (2007) *Opfølgning på Kræftplan II* <http://www.sst.dk>

Søndergaard, B. (2007) En sygeplejerske i røret hjælper hoftepatienten *Sygeplejersken* Blad nr. 15 2007

Thimmer, N. (2006) Mere tryghed og bedre behandling *Morgenavisen Jyllandsposten* Søndag d. 5. marts 2006, 1. sektion s. 3

www.kvalitetsreform.dk

www.regioner.dk:

<http://www.regioner.dk/ServiceOgAdministration/Kontaktpersonordning.aspx>).

Økonomiaftale for 2005 mellem regeringen og amtsrådsforeningen/H:S d. 11. juni
2004

Århus Amt Patienttilfredshedsundersøgelser:

http://sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1917?_ARTIKEL_ID_=1014050207123940&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1026061220192146&contextfolderids=1014050207112506%2C1014050207112506

(18.09.2007)

For nærmere oplysninger om undersøgelsen kan følgende kontaktes:

**Charlotte Jonasson, Antropolog
Fuldmægtig
Kvalitet og Sundhedsdata
Region Midtjylland
charlotte.jonasson@stab.rm.dk
8728 4845**