Tverrfaglige arbeidslag – bedre for pasient og ansatt

Pasienter klager ofte over manglende kontinuitet og stadig nye leger og andre helsearbeidere å forholde seg til. Vi startet mot denne bakgrunn høsten 1997 en omorganiseringsprosess.

Avdelingen ble inndelt i fem tverrfaglige arbeidslag. Pasienten blir knyttet til «sitt» lag fra første kontakt med sykehuset og til siste kontroll. Hvert lag har en lagoverlege som har behandlingsansvaret for lagets pasienter. Arbeidsuken er organisert med fast program hver dag. Assistentlegene er knyttet til lagoverlegen i et strengt mester-svenn-system. Lagene har egne sekretærer.

Ordningen ble evaluert høsten 2000. Systemet krever streng styring av arbeidstid og fravær. Den enkeltes frihet til selv å styre arbeidsdagene kan føles redusert. Gevinsten er at alle kjenner sine pasienter og sine daglige arbeidsoppgaver. De fleste ansatte er fornøyd med omorganiseringen. Pasientene var mer fornøyd med avdelingens organisering i 1998 og 2000 enn i 1996 og de følte i større grad at de hadde én fast lege som hadde ansvaret for dem. Avdelingens produksjon økte i perioden med 15 %. Liggetiden gikk ned. Sykehusledelsen anbefaler tilsvarende organisering ved sykehusets øvrige avdelinger.

Ortopedisk avdeling ved Sykehuset Buskerud hadde i 1996 to sengeposter. Poliklinikken ble drevet sammen med kirurgisk avdeling. Avdelingsledelsen administrerte ventelister og inntak av pasienter. Alle henvisninger fra primærhelsetjenesten ble vurdert av avdelingsoverlegen. Kontortjenesten arbeidet systemrettet, og alle hadde sine faste oppgaver. Pasienter gav tilbakemelding om at de hadde for mange helsearbeidere å forholde seg til og at de ikke visste hvilken lege som hadde behandlingsansvaret for dem. De klaget ofte over at informasjonen ikke var god nok. Dette inntrykket ble bekreftet gjennom en pasienttilfredshetsundersøkelse utført av Stiftelse for helsetjenesteforskning (Heltef) i 1996 (1).

Fastlegereformen i primærhelsetjenesten var på denne tiden under planlegging, og vi spurte oss selv: Hvorfor har vi ikke «fastlege» ved sykehusene?

Siri Vedeld Hammer*
siri.hammervedeld@ulleval.no
Finnur Snorrason
finnur.snorrason@sb-hf.no
Norvald Langeland
norvald.langeland@sb-hf.no
Ortopedisk avdeling
Sykehuset Buskerud
3004 Drammen

* Nåværende adresse:
Administrasjonen
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Hammer SV, Snorrason F, Langeland N.

Continuity of treatment and care: Interdisciplinary teams benefit patients and staff.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 801–3.

Background. Patients in Norwegian hospitals often feel that they do not know which specialist is responsible for their treatment. We reporton a reorganisation carried out in the orthopaedic department at Buskerud county hospital in 1997–98.

Material and methods. Staff members are allocated to five groups, each responsible for 12–15 beds and including one or two specialists, one or two residents, nurses, physiotherapists and secretaries. Patients are treated by the same group throughout their stay in hospital; the group's specialist is responsible for each patient's treatment.

Results. A study established that patient satisfaction with the organisation of the department was higher in 1998 and 2000 than in 1996, and more patients felt that one specialist was responsible for their treatment. A high percentage of staff members were satisfied with the reorganisation. The system may, however, be vulnerable, as it demands exact planning and a high degree of staff loyalty.

Interpretation. The results indicate that this mode of organisation benefits patients as well as staff.

Materiale og metode

Vi satte ned en prosjektgruppe, som våren 1997 la frem forslag til endringer. Hovedinnholdet i forslaget var å organisere avdelingen i fem tverrfaglige arbeidslag som så langt som mulig skulle ha totalansvar for «sine» pasienter.

Det ble oppnevnt en prosjektledelse med avdelingsoverlegen som leder. Takket være økonomisk støtte kunne vi engasjere en prosjektkoordinator på heltid. En referansegruppe med medlemmer fra fylkeskommunen, avdelingsledelsen, de ansatte og Norsk Pasientforening var rådgivende for prosjektet. Det ble lagt stor vekt på å ha med de ansatte i avdelingen, bl.a. ved at 30 % av dem ble engasjert i arbeidsgrupper. Med dette utgangspunktet har avdelingen i perioden 1997 til 2000 gjennomgått en omfattende endring.

Før endringer ble gjennomført, ble forslag presentert for ansatte gjennom allmøter og i en egen informasjonsavis.

Lagorganisering

De fem arbeidslagene har faste leger, sykepleiere/hjelpepleiere, kontorpersonell og fysioterapeuter. Fra det øyeblikk pasienten henvises til sykehuset fra primærlegen, eller dersom pasienten legges inn som øyeblikkelig hjelp, blir han/hun knyttet til ett av lagene. Dette laget har ansvaret for pasienten gjennom hele behandlingsperioden – frem til siste polikliniske kontroll.

En overlege er definert som lagoverlege (pasientansvarlig lege), med hovedansvar for lagets pasienter. Hvert lag har 2–3 faste operasjonsdager, og en fast poliklinikkdag hver uke. For eksempel ser hovedtrekkene i ett lags ukeprogram slik ut:

Mandag: Rask visitt. Poliklinikk. Tirsdag: Rask visit, operasjoner. Onsdag: Grundig visitt, planlegging, fordypning. Torsdag: Rask visitt, operasjoner. Fredag: Grundig visitt, dagkirurgi.

Hvert arbeidslag har egen venteliste for elektive pasienter, både for poliklinikk, dagkirurgi og innleggelser. Lagoverlegen vurderer og prioriterer søknadene. Lagets sekretærer registrerer dem, sender brev til pasientene, kaller inn til poliklinisk undersøkelse og skriver senere alle journalnotater etc. vedrørende pasienten. Lagoverlegen setter opp lagets operasjonsprogram. De fleste lagene har enten to overleger og en assistentlege eller en overlege og to assistentleger. Disse er sammen om visitt, operasjoner, poliklinikk etc. Slik overføres og utvikles kompetanse gjennom et fast mester-svenn-system. Hvert lag disponerer 12–15 senger. Lagets leger planlegger, blant annet gjennom daglig visitt, behandlingsforløpet for sine pasienter i samarbeid med lagets sykepleiere og fysioterapeuter.

Avdelingsledelsen har eget sekretariat. De har ansvar for skriving av daglig og ukentlig operasjonsprogram samt ukentlige innleggelseslister. Det er utarbeidet regler for styring av søknadsbehandling, ventelister og operasjonsplanlegging for avdelingen, hvor avdelingsledelsen har en sentral rolle. Det er laget funksjonsbeskrivelser hvor legenes, pleiepersonalets og lagsekretærenes ansvars-

Tabell 1 Spørreskjema til ansatte – antall svar og svarprosent (i parentes)

Påstand	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
Lagorganiseringen er en god organisasjonsform for pasientene (N = 50)	32 (64)	12 (24)	4 (8)	2 (4)	0
Lagorganisering er en god organisasjonsform for de ansatte (N = 51)	22 (43)	24 (47)	4 (8)	1 (2)	0
Jeg opplever bedre samarbeid med andre yrkesgrupper (N = 51)	20 (39)	16 (31)	3 (6)	3 (6)	9 (18)
Visittarbeidet er blitt lettere etter lagorganiseringen (N = 39)	15 (39)	8 (21)	5 (13)	2 (4)	9 (23)
Jeg får større mulighet for faglig utvikling med lagorganisering (N = 51)	8 (16)	14 (27)	12 (24)	4 (8)	13 (25)
Jeg vil tilbake til det gamle systemet slik det var i 1996 (N = 51)	4 (8)	1 (2)	5 (10)	31 (63)	8 (16)

og arbeidsområde er definert i forhold til den nye organisasjonsstrukturen. For å minimalisere sårbarheten i systemet har vi faste rutiner for fravær og ferieavvikling, og ansvarsoverføring i slike perioder. Disse er nedfelt i avdelingshåndboken.

Avdelingen har felles morgenmøte med alle legene, avdelingssykepleierne og fysioterapeutene. Her gjennomgås siste døgns innleggelser, dagens operasjonsprogram og gårsdagens operasjoner slik at alle er orientert. Legene samles til et oppsummeringsmøte på ettermiddagen. Her blir også neste dags elektive operasjoner endelig fastlagt.

Evaluering

Heltef utførte en pasienttilfredshetsundersøkelse – Resultatforskning og kvalitetsevaluering i sykehus (RESKVA) – ved mange sykehus, inklusive vårt, i 1996 og 1998 (2). I tillegg ble samme undersøkelse gjentatt ved vår avdeling høsten 2000.

Vi hadde ønsket å bruke infeksjoner som kvalitetsmål, men registreringene har vært for dårlige. Trykksår kan ansees som en indikator på pleiekvalitet. Vi har fra mars 1999 registrert forekomst (prevalens) av trykksår en gang hver måned. Tallene for 1999 og 2000 er sammenliknet.

De ansattes reaksjoner på endringene ble forsøkt evaluert. Vi utarbeidet et enkelt spørreskjema om hvilke erfaringer de hadde med organisasjonsendringen. Noen av spørsmålene var felles for alle, andre spesifikke for den enkelte yrkesgruppe.

En oversikt over sykefraværet, som kan indikere ansattes tilfredshet med arbeidsplassen, ble tatt ut fra personalavdelingens statistikk for 1996 og 2000.

For å få et mål på i hvilken grad pasienten hadde kontinuitet i sin legekontakt ble 100 journaler fra 1996 og 2000 gjennomgått. Utvalget ble gjort fortløpende fra 1.9. 1996 og fra 1.9. 2000. 50 pasientjournaler for hvert år ble gjennongått, 32 for elektive pasienter og 18 for øyeblikkelig hjelp-pasienter. Alle journalnotater, innleggelsessøknad, operasjonsbeskrivelse, henvisninger, epikrise og polikliniske etterkontroller ble registrert.

Resultater

Avdelingens driftsstatistikk viser at antall operasjoner økte fra 1996 til 2000 med 15,3 %, fra 2 410 til 2 779. Antall liggedøgn gikk ned fra 17 589 til 15 813, og gjennomsnittlig liggetid er redusert fra 6,6 til 5,8 døgn. Prosentandelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser økte fra 70,0 % i 1996 til 72,5 % i 2000.

Antall legestillinger er uendret, antall sykepleiere er redusert med to og antall kontoransatte er økt med to.

Sykefravær, både kortids- og langtidsfravær, for alt personell ved avdelingen utgjorde i 1996 7,3 % og i 2000 6,1 %.

Tabell 2 Dokumentasjoner i journal

	1996	2000
Gjennomsnittlig antall leger som har dokumentert i journalen	2,96	2,16
Andel journalnotater av samme lege (N = 50) (%)	55	68[1]
Andel journalnotater hos øyeblikkelig hjelp-pasienter (N = 18) (%)	52	69[2]
Andel dokumentasjoner av leger innen laget (%)		88

[1] Statistisk signifikant forskjell (p = 0,002)
[2] Statistisk signifikant forskjell (p = 0,03)

Det ble sendt ut 81 spørreskjemaer til de ansatte, 51 svarte, svarprosenten var 63. Ti lagssekretærer (100 %), 11 leger (79 %) og 30 syke- og hjelpepleiere (55 %) besvarte spørreskjemaet (tab 1).

Av de fem assistentlegene som svarte var to helt enige i at det var lettere å få råd og at de opplevde mer systematisk opplæring, mens de tre andre var delvis enige i dette. Alle assistentlegene var ansatt etter at organisasjonsendringen hadde startet.

Av de seks overlegene som svarte, sa tre seg helt enig i at assistentlegene fikk mer systematisert opplæring, en var delvis enig, en delvis uenig og en helt uenig.

Tabell 2 viser at det i større grad enn i 1996 var de samme legene som skrev journalnotater på én pasient i 2000. I år 2000 var 88 % av lagets journalnotater utført av leger tilknyttet laget.

I RESKVA-undersøkelsene (1, 2) var det en prosentvis økning i positive svar fra 1996 til 1998 på mange av spørsmålene, men bare på følgende tre spørsmål var det en statistisk signifikant endring: «Hadde du tillit til at sykehuslegene var faglig dyktige, eller følte du noen usikkerhet med hensyn til dette?», «Opplevde du at det var en lege som hadde hovedansvaret for deg?» og «Hvilket inntrykk fikk du av organiseringa av arbeidet på sykehuset i alminnelighet?». Ved undersøkelsen i 2000 var svarprosenten svært lav, 41,5. Det kom ikke frem noen statistiske forskjeller sammenliknet med 1998.

Resultatene viser en forekomst av trykksår for 1999 på 5,8 %, mens prevalensen for 2000 var 4,2 %.

Diskusjon

Det er ikke mulig i en kompleks, pulserende sykehusavdeling å være sikker på at de endringer man har gjennomført, er årsaken til de resultatene man måler. Svært mange faktorer som ikke kan kontrolleres kan tenkes å ha betydning (3). Noen av de parametrene vi forsøkte å evaluere, var registrert med annen hensikt, andre viste forskjeller som ikke var statistisk signifikante. Også dette svekker muligheten for å trekke sikre konklusjoner.

Vi kjenner ikke til at andre sykehus eller avdelinger i Norge tidligere har etablert denne typen arbeidslag for å bedre kontinuiteten for pasientene, men ved gastrokirurgisk avdeling ved Bispebjerg Hospital i København foretok man i perioden 1990–97 en liknende omorganisering (3, 4). Erfaringene derfra er positive, som hos oss.

Å endre rutiner, prosesser, arbeidstider, ansvarsforhold og å lære opp ansatte til nye oppgaver er ikke enkelt. Det er heller ikke enkelt å hindre tilbakefall til gamle uvaner. For at medarbeidere skal være mest mulig positive til og aktive i endringsprosesser, er det viktig at flest mulig føler eierskap til endringene. Selv om alle hadde marginalt med tid og deltakelse krever tid, valgte vi å involvere mange medarbeidere i prosessen. Vi tror det har vært avgjørende for å lykkes.

Selv om de endringene som er gjort utvilsomt har lagt ekstra bører på mange ansatte og i større grad skjemalagt deres arbeidsdag, viser spørreundersøkelsen blant medarbeiderne at de fleste er fornøyd med det som er gjort.

Antall senger og antall ansatte har endret seg lite i prosjektperioden, mens antall operasjoner har økt med 15 %. Særlig har antallet øyeblikkelig hjelp-operasjoner økt. I en ortopedisk avdeling innebærer dette i stor grad eldre mennesker med lårhalsbrudd. Man kan vanskelig tenke seg at det inneliggende pasientbelegget er blitt lettere. En rapport fra Norsk institutt for sykehusforskning (5) viser at antall heldøgnsopphold for eldre over 80 år økte med 40 % i Buskerud fra 1991 til 1999. Likevel har liggetiden hos oss gått ned i prosjektperioden. Vi tror noe av årsaken til dette kan være at når de samme legene går visitt daglig, øker kjennskapet til den enkelte pasient og det blir lettere å finne et hensiktsmessig tidspunkt for utskrivning. Den som kjenner pasienten, har størst mulighet for å finne optimalt behandlingsforløp og unngå dobbeltarbeid. Det at det samme pleiepersonalet forholder seg til pasienten, gjør at planen for opphold og utreise stadig vedlikeholdes.

Det blir både enklere og mer meningsfylt å gå visitt når man går bare til «egne» pasienter og disse er samlet. Samarbeidet med andre faggrupper blir bedre når den samme staben er samlet om et mindre antall senger hver dag. Når pasienten har møtt sin operatør både på poliklinikken, dagen før operasjonen og daglig etterpå, blir tilliten og fortroligheten bedre.

Gjennomgangen av pasientjournaler viser at fra 1996 til 2000 skjedde en dokumentert endring i pasientenes journaler i forhold til kontinuitet på legesiden, ved at det i større grad var samme lege som skrev notater i pasientens journal. Dette er særlig fremtredende i forhold til øyeblikkelig hjelp-pasienter. Det er interessant fordi det har blitt fremholdt fra enkelte spesialiteter at denne type organisering ikke er mulig ved avdelinger der man har høy andel av øyeblikkelig hjelp.

Lagoverlegene har fått mer administrativt arbeid – med vurdering, prioritering og planlegging. Dette var oppgaver avdelingsledelsen i stor utstrekning utførte tidligere. Noen lagoverleger opplever dette som mindre positivt, andre føler at de får bedre muligheter til å styre sin egen virksomhet og får økt innsikt og påvirkningsmulighet på avdelingens drift. Legenes vaktplaner er ikke endret ved organisasjonsendringen. Ved andre sykehus i Norden har man forsøkt ordninger hvor legene har uker hvor de ikke har vakter, nettopp for i perioder å kunne gå bare dagvakter for på den måten å skape bedre kontinuitet (6).

I dette prosjektet har vi gjort endringer som klart definerer hvem som er behandlingsansvarlig lege (pasientansvarlig lege). Når pasientansvarlig og behandlingsansvarlig lege er én og samme person, unngår vi at spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 (7) blir en papirbestemmelse. Ansvaret er også synliggjort i informasjonsbrev til pasientene.

Det er gjort undersøkelser som viser at leger i Norge opplever tidspress og stress i sitt arbeid (8). Ved en lagorganisering struktureres legenes arbeidsuke, og kanskje bidrar dette til mindre avbrytelser og frustrasjon. Viktig i denne sammenheng er også det økte ansvar og den økte pasientkontakt det merkantile personalet har fått. Pasientene får i første brev fra sykehuset vite navn og telefonnummer til lagets sekretær, og blir bedt om å henvende seg til vedkommende ved behov. Dermed avlastes legen.

Vi kan se en tendens til nedgang i sykefravær blant medarbeiderne. I hvilken grad dette skyldes organisasjonsendringen, er vanskelig å si. Man kan kanskje tenke seg at ved å lage mindre enheter og tydeliggjøre ansvars- og arbeidsoppgaver vil de ansatte strekke seg lenger for å være til stede.

Spørreundersøkelsen blant de ansatte tyder på at de opplever at denne typen organisering er god for pasientene, og flertallet mener at den er god for dem selv. Ca. 70 % ønsker å beholde lagorganiseringen.

De forskjellige lagene har forskjellig pasientprofil, avhengig av overlegenes kompetanse. Derfor er det nødvendig at assistentlegene roterer for å få en komplett spesialistutdanning. I prosjektperioden har de skiftet lag hvert halvår. Så hyppige skifter er negativt for kontinuiteten og bare delvis nødvendig for utdanningen. Vi har derfor valgt å endre dette slik at de ved enkelte lag blir ett år om gangen.

Evalueringen gir ikke gode mål på kvalitet. Det er vanskelig å legge vekt på en lite god infeksjonsregistering og en trykksårregisrering som gir positive signaler, men som kan skyldes registreringen i seg selv og ikke organisasjonsendringen.

Heltefs tre RESKVA-undersøkelser viser signifikante forbedringer på de områdene vårt prosjekt har vært innrettet mot: Organisering og det at én lege har ansvaret for pasienten. Det er fristende å tro at disse to faktorene også har medvirket til den tredje positive forskjellen fra 1996 til 1998, tilliten til sykehuslegenes faglige dyktighet.

I en sykehusorganisasjon er man i pasientbehandlingen ikke bare avhengig av det helsepersonell som er nærmest pasienten, andre avdelinger yter også nødvendig service og behandling overfor våre pasienter. De er viktige ledd i behandlingskjeden. Vi har i dette prosjektet konsentrert oss om vår avdelings organisering. Men vi opplever det som en svakhet og stundom et problem at resten av sykehuset ikke er organisert på tilsvarende måte.

En faktor som bryter med kontinuitetsprinsippet har vært politiske avgjørelser om behandling av pasienter utenlands og oversendelse av pasienter til andre sykehus på bakgrunn av det politikere og byråkrater definerer som lang ventetid. Dersom man på politisk nivå mener at pasienter skal ha en behandlingsansvarlig lege fra første kontakt med sykehuset og at man skal ivareta kontinuitet som et viktig prinsipp, kan ikke pasienter flyttes etter at de har oppnådd en forpliktende kontakt med avdelingen hvis det ikke er god faglige grunner for det.

Konklusjon

Lagorganisering er, etter vår erfaring, et viktig virkemiddel for å få bedre kontinuitet i pasientbehandlingen, derigjennom bedre kvalitet i diagnostikk, behandling og pleie. Systemet har prinsipper som kan overføres til enhver annen sykehusavdeling, også der øyeblikkelig hjelp-andelen av pasienter er enda høyere enn hos oss. En utfordring i fremtiden vil være å integrere serviceavdelingene som røntgen, operasjon, anestesi og intensiv etc. i pasientens lag. Organiseringen krever også disiplin hos medarbeiderne og vedlikehold.

Ved å organisere rundt pasientens behov, på tvers av profesjoner og yrkesgrupper, og ved å desentralisere ansvar og arbeidsoppgaver kan man oppnå større effektivitet, bedre kvalitet og mer fornøyde pasienter. Det gamle systemet med ledelse i lange linjer bør være historie.

Vi takker Forum for Organisasjonsutvikling i sykehus, Den norske lægeforening og Buskerud fylkeskommune for økonomisk støtte til prosjektet.

Litteratur

1. Pettersen KI, Veenstra M. Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet i norske sykehus. Resultater fra en tverrsnittsundersøkelse høsten 1996. Forskningsrapport nr. 3/99. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 1999.
2. Sjetne IS, Veenstra M, Pettersen KJ, Dimoski T, Høgheim S, Vassbakk K. Pasienterfaringer 1996 og 1998, Buskerud Sentralsykehus. Utredningsrapport nr. 39. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 1999.
3. Kjærgaard J, Sørensen LT, Bigaard JV, Jørgensen T. Effekten af patient-specialist-kontinuitet i en kirurgisk sygehusafdeling. Ugeskr Læger 2000; 162: 2324–9.
4. Sørensen LT, Fredriksen HJB, Kjærgaard J. Samme versus forskellige speciallæger på stuegang. II: Indvirkning på kontinuiteten og patienttilfredsheden. Ugeskr Læger 1998; 160: 6649–52
5. Huseby BM. Likhet og variasjon mellom norske fylker i bruk av sykehustjenester. I: Hansen FM, red. Sykehussektoren på 1990-tallet. Samdata sykehus. Rapport nr. 1/00. Trondheim: Sintef Unimed NIS SAMDATA, 2000: 25–40.
6. Brauer C, Richter S, Kjøller E. Kan etablering av af fast læge-/sygeplejerske-team gennomføres på en akut almen intern medisinsk afdeling? Ugeskr Læger 1993; 155: 154–7.
7. Besl. O. nr. 70 (1998–99). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
8. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D. Tidspress blant norske leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 954–8.