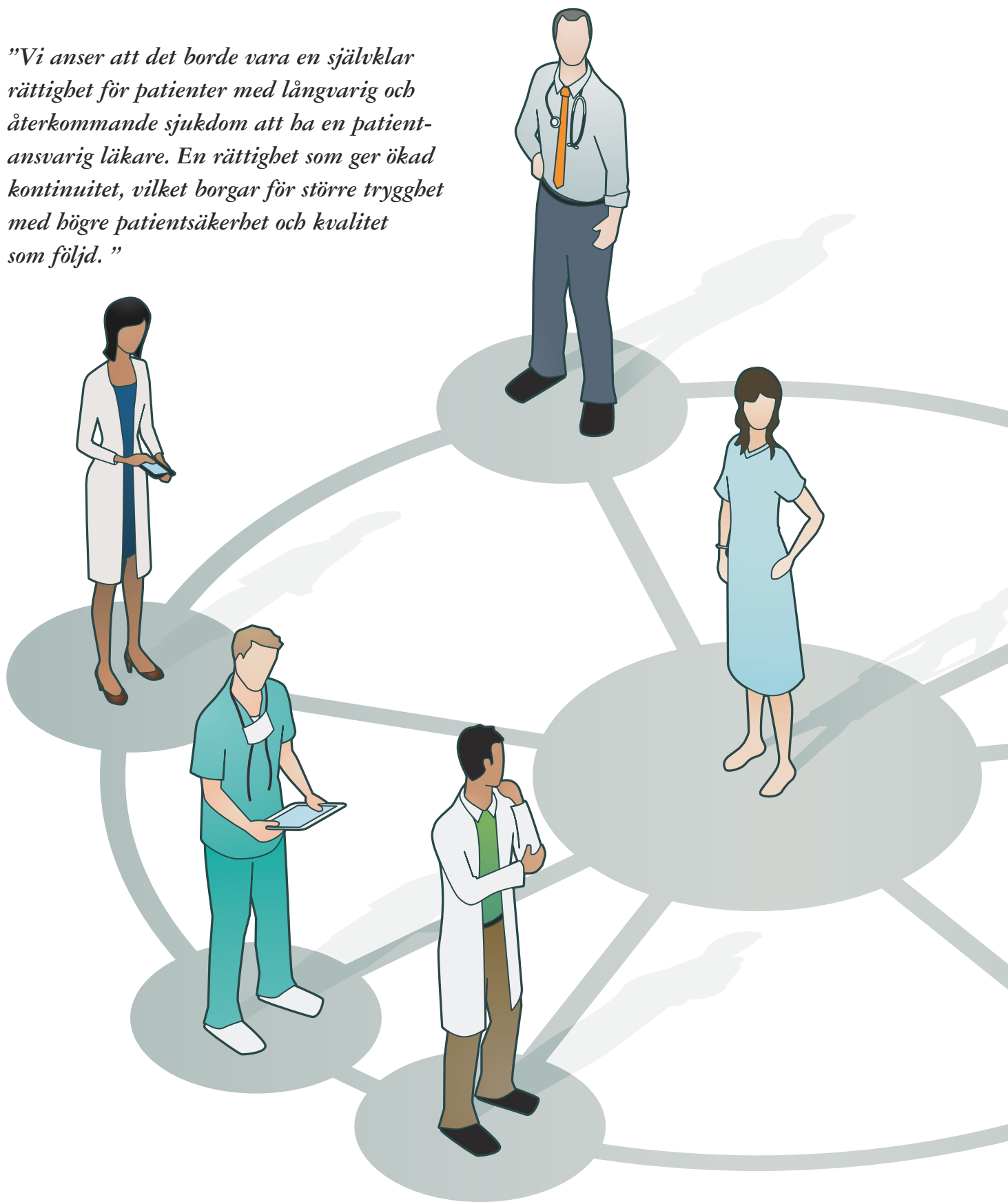


”Vi anser att det borde vara en självklar rättighet för patienter med långvarig och återkommande sjukdom att ha en patient-ansvarig läkare. En rättighet som ger ökad kontinuitet, vilket borgar för större trygghet med högre patientsäkerhet och kvalitet som följd.”



Mätning av kontinuitet



"Kontinuitet i vården, att ha en patientansvarig läkare borde vara en självklar rättighet för patienter med långvarig och återkommande sjukdom," skriver **Elisabeth O Karlsson**, verksamhetschef vid Cancercentrum, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Under 2014 undersökte verksamheten kontinuiteten av läkarbesök.

I ett öppet brev i Dagens Samhälle den 19:e juni 2013 beskrev Britt-Marie Ahrnell hur hennes svårt sjuka man Rolf bollades mellan olika specialister. Kardiologer och onkologer tvistade om vem som hade ansvaret när hjärtskomplikationer tillstötte. Specialister på Radiumhemmet ansåg att det var kardiologernas ansvar, medan kardiologerna hänvisade till onkologerna. "Hjärtläkaren vinner duellen och slipper ordna sängplats. Rolf läggs in på Radiumhemmet," skrev Britt-Marie Ahrnell.

Artikeln publicerades av fler medier och den följdes av en offentlig debatt om vikten och värdet av kontinuitet.

Problemet och behovet har uppmärksammats sedan 1970-talet. Lagstiftning garanterade länge att det fanns patientansvariga läkare. Socialstyrelsen har gjort två utvärderingar av hur lagen fungerade, 1995 och 2005. Då konstaterades att ansvaret för patientens behov av samordning, kontinuitet och trygghet bör ligga på fler personer, från flera yrkesgrupper som är i kontakt med patienten, dvs. teamet, enheten eller avdelningen.

Därför ändrades lagen år 2010 och det personliga läkarsvaret togs bort. I och med lagändringen övergick det till att "Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten." En utvärdering 2012 av förändringen visade att det fanns en stor osäkerhet om hur lagen skulle tolkas.

av läkarbesök

MÄTNING AV KONTINUITET AV LÄKARBESÖK 2014

	Uppföljningstid- (mån)	≥ 50 % av besök hos samma läkare	Totalt antal läkare	Antal besök hos samma läkare	Totalt antal besök
V3	2-33	23 (3 hade 50%)	2-9	1-46	3-65
V12	2-36	20 (1 hade 50%)	1-9	1-23	3-26
V 35	2-36	26 (5 hade 50%)	1-7	1-41	3-57
V 44	2-36	20 (3 hade 50%)	1-9	2-31	3-35

Våra kvalitetsdata är kopplade till interna ersättningar och där sattes nivån 65 % som mått på när kvalitetsersättning skulle utgå. Resultaten för detta ses nedan sammanställt på helår, dvs för alla fyra mätningar

Målbild för ersättning:

65% av patienterna ska ha hälften eller fler av besöken hos samma läkare.

Besök	Antal patienter
< 50% hos en dr	31
50 % hos en dr	12
> 50 % hos en dr	77

74,2 av patienterna har > 50% av besöken hos samma doktor.

Det öppna brevet och de diskussioner som följde i olika media under sommaren och hösten 2013 blev också starten för en intern diskussion hos oss på Cancercentrum i Umeå. Vår initiala reaktion var: "Detta skulle inte kunna ske här," men var det mer en känsla och en önskan än ett faktum frågade vi oss.

Vi anser att det borde vara en självklar rättighet för patienter med långvarig och återkommande sjukdom att ha en patientansvarig läkare. En rättighet som ger ökad kontinuitet, vilket borgar för större trygghet med högre patientsäkerhet och kvalitet som följd.

Vår egen bedömning av vårt arbetssätt var att vi upprätthöll en god kontinuitet, men vi hade aldrig mätt detta. Vi valde därför att sätta "Läkar - patient kontinuitet" som ett av flera kvalitetsmått i vår verksamhetsplan 2014 och att mäta kontinuiteten i läkarkontakter.

VÅR ARBETSMODELL

Vid Cancercentrum i Umeå har man fortsatt att arbeta enligt ett PAL-system som prioriteras högt av klinikens läkare, som är stolta över den kontinuitet vi erbjuder våra patienter. Läkaren brukar samtala med patienten om detta redan vid första besöket. Det finns alltid en patientansvarig läkare för varje patient, och vi ser till att det även finns en kollega som kan ta över om den ansvariga läkaren är förhindrad.

Det innebär att det oftast finns minst två läkare som är insatta i varje patientberättelse samt de prover, röntgenbilder och beslut som rör patienten.

Cancercentrum omfattar onkologisk och hematologisk vård och behandling. Hit remitteras patienter från hela norra Sverige. Kliniken tillämpar direktintag av patienter som har en aktuell sjukdom. Det innebär att patienter bedöms av våra egna jourläkare och kan komma direkt till vårdavdelningen utan att passera akuten. Vi har totalt 62 vårdplatser. Patienter som behöver en vårdplats får det. Vi har fler vårdplatser än på många andra ställen i landet. Patienterna har onkologen som kontakt även efter avslutad behandling och vi tar hand om patienter som på andra ställen remitteras tillbaka, vårdas och följs upp på kliniker såsom urologen, kirurgen eller lungklinik. Det gör att vi kan få möjlighet att utveckla den onkologiska specialiteten till att gälla både vård och behandling. Om en patient på en vårdavdelning får problem med exempelvis hjärtat så kommer en konsult till oss. Kardiologen ger sitt förslag på hur problemet ska åtgärdas och så diskuterar vi det med specialisten. Vi tar det fulla ansvaret för vård och behandling.

VAR STUDIE

Vi har mätt antalet läkarkontakter en patient haft inom klinikkens öppenvård. Mätningarna speglar hur många av en patients planerade läkarkontakter hen fick till samma doktor. Onkologens öppenvård omfattar totalt cirka 200 besök per vecka, fördelat på två team (gul och blå.) Mätningarna återger hur det såg ut för båda teamen.

Mätningarna utfördes på samma sätt vid samtliga mätningar, för att vi skulle kunna följa förändringar. Stickprov gjordes 4 gånger per år.

Vårt mål är att klinikens patienter har en bra kontinuitet i sina läkarkontakter. Vi anser att vi uppnått målet när *hälften eller fler* av en patients besök är till en och samma läkare.

I studien är vår definition av kontakt; nybesök, patienten ska ha varit första gången hos oss tidigast tre år innan mätningsdatum (för att undvika att beräkna på patienter som varit aktuella hos oss i över tre år.)

Kontrollbesök inför ny cytostatikakur och utskrivningsbesöket på strålbehandlingen räknas också som besök. Akutbesök noteras, men tas ej med i beräkningarna.

Mätning gjordes första veckan i januari med full mottagningsverksamhet, en vecka i maj, en i september och en i november.

Receptionslistan för team gul respektive blå användes som urvalsdokument. Den sorterades utifrån vald dags besökstider. Listan togs fram för måndag, tisdag och onsdag, då det är hög aktivitet på mottagningen. Vi tog fram de fem första patienterna som var bokade till ett specialistbesök, på för- och eftermiddagsmottagning dvs 5+5 patienter en utvald dag. Besöken för varje patient räknades.

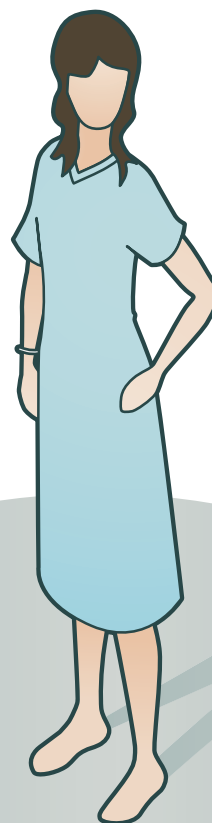
Totalt gav detta 10 patienter per dag under tre dagar vid 4 mättillfällen, sammanlagt blev det 120 patienter. De som räknades har gjort minst tre besök på kliniken. Besöken räknades från nybesök och framåt eller max 3 år bakåt från mätningsdatum.

FORTSATTA REFLEKTIONER

Mätningarna ger oss möjlighet att fördjupa oss i data och ställa oss ytterligare frågor. Det finns enstaka patienter som haft många läkare på få besök. Kan vi se något mönster eller någon förklaring till det? Finns det rutiner som vi bör förändra? Är vårt val med hälften av alla besök (oavsett antal) hos samma läkare en alldeles för låg nivå? Ska vi kanske mäta "till samma två läkare" då det är ett etablerat arbetssätt hos oss idag?

Kan vi få andra onkologkliniker i landet att mäta på samma sätt, för jämförelse? Kan vi gemensamt utveckla metoden och hitta relevanta målnivåer? Vidare ger vår mätning endast bilden av vilka kontakter patienten har vid besök på onkologen. Vi har inte studerat övriga eventuella läkarbesök i vården, något som också kan påverka kontinuitet och trygghet.

Vid Cancercentrum i Umeå kommer vi att fortsätta arbetet för att bibehålla en god kontinuitet i patient-läkarkontakter. Detta är minst lika viktigt för klinikens läkare som för dess patienter. Kontaktsköterskan är ytterligare en viktig del i arbetet med att skapa trygghet och tillgänglighet för våra patienter. Nya sätt att kommunicera och informera, till exempel via mail och mobiler kommer också att utvecklas. Allt sker i nära samarbete med patienter och patient/anhörigorganisationer – det är och förblir patienten som ska vara vårt fokus.



ELISABETH O KARLSSON, VERKSAMHETSCHEF CANCERCENTRUM, NORRLANDS UNIVERSITETSKLINIK, ELISABETH.O.KARLSSON@VLL.SE

