

Kontaktpersonordningen – fra navn til gavn?

Oversygeplejerske Birthe Rosenkrantz Lindegaard & overlæge Peter Qvist

RESUME

INTRODUKTION: Kontaktpersonordningen er i 2009 blevet en del af Sundhedsloven. Ordningen monitoreres kvartalsvis ved indberetning fra sygehusene til regionerne. Målopfyldelsen for tildeling af en kontaktperson er generelt høj, men der er kun sparsom viden om udførelsen af den tiltænkte funktion. I denne undersøgelse søger vi at klarlægge, i hvor høj grad kontaktpersonerne opfylder intentionerne i ordningen.

MATERIALE OG METODER: To medicinske og to kirurgiske sengeafdelinger deltog. Der gennemførtes et struktureret interview med indlagte patienter, og kontaktpersoner gennemgik en spørgeskemaundersøgelse. Såvel patienter som kontaktpersoner blev bedt om at besvare spørgsmål vedrørende planlægning/kordinering, løbende information samt udskrivning/overdragelse.

RESULTATER: I alt 107 af 125 inkluderbare patienter i undersøgelsesperioden blev interviewet. Femogtyve patienter erklærede sig vidende om tildeling af en kontaktperson. Patienternes vurdering af personalets udførelse af de opgaver, der forventes af kontaktpersonordningen, var generelt god og uafhængig af oplevelsen af tildeling af en kontaktperson. 22% af patienterne oplevede i mindre grad eller slet ikke at få information løbende, mens kun 13% i mindre grad eller slet ikke oplever generel sammenhæng i indlæggelsesforløbet. I alt 110 kontaktpersoner besvarede spørgeskemaet. Mindre end halvdelen følte sig velinformerede om ordningen. Kun få kontaktpersoner formåede efter eget udsagn at leve op til ordningens intentioner, specielt lykkedes det sjældent at medvirke ved patientens udskrivelse.

KONKLUSION: Der synes fortsat at være behov for en målrettet indsats, hvis kontaktpersonordningen skal bringes til at fungere efter hensigten.

Begrebet kontaktpersonordning blev introduceret i 1999 [1] og har siden været en del af økonomiaftalen mellem regeringen og amterne og senere regionerne. Primært var der ikke fastsat regler for kontaktpersoner på sygehusene, men udelukkende tale om en aftalebaseret ordning, om tilknytning til en fast navngivet person. Fra politisk side ønskede man yderligere at styrke indsatsen for at sikre patienter en mere sammenhængende behandling, hvorfor kontaktpersonordningen indgik i revisionen af Sundhedsloven, som blev vedtaget til ikrafttræden 1. januar 2009 [2]. Med denne lovvedtagelse forpligtes regionsrådene til at tilbyde en kontaktperson til alle ambulante patienter med mere end et ambulante besøg, og til alle indlagte patienter, hvis behandling strækker sig over mere end et døgn.

Politisk blev det besluttet at implementeringen af

ordningen løbende skulle monitoreres, og Danske Regioner har udarbejdet fælles information og en målemetode [3]. Først fra 2006 har der været monitoreret systematisk på landsplan med obligatorisk kvartalsvis registrering af, hvor mange indlagte patienter, der får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson. Dækningsgraden offentliggøres på Sundhed.dk [4].

De aktuelle monitoreringer begrænser sig til opgørelser over succesraten med hensyn til dokumentation af udpegning af kontaktpersoner. Denne undersøgelse blev iværksat for at få et indtryk af, i hvor høj grad kontaktpersonordningen aktuelt lever op til funktionens indhold som beskrevet i aftaler og lovgrundlag.

Det primære formål med undersøgelsen var at undersøge, om indlagte patienter oplever at få de ydelser og den service, der forventes i henhold til formålet med kontaktpersonordningen. Desuden ville vi undersøge, om kontaktpersonen varetager de funktioner og det ansvar, der forventes i forhold til intentionerne med ordningen, og endelig om kontaktpersonen oplever at have haft vilkår, der muliggjorde, at de kunne varetage funktionen.

MATERIALE OG METODER

Projektet blev gennemført i samarbejde mellem Region Syddanmarks Center for Kvalitet (CfK) og fire sengeafdelinger på Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus (OUH) i perioden fra august 2008 til oktober 2008. Der blev valgt to kirurgiske afdelinger (en abdominal- og en ortopædkirurgisk afdeling) og to medicinske afdelinger. Der blev med valget af afdelinger tilstræbt en så blandet patientpopulation som muligt.

På alle fire afdelinger gennemførtes et struktureret interview med indlagte patienter og en spørgeskemaundersøgelse blandt den del af personalet, der fungerede som kontaktpersoner i undersøgelsesperioden.

Vi har i denne undersøgelse kun set på ordningen for indlagte patienter og har i udvælgelsen af spørgsmålskategorier til patienter og kontaktpersoner tilladt os at ekstrahere, hvad vi opfatter som de hyppigst anførte intentioner med ordningen: at planlægge og koordinere indlæggelsesforløbet, at sikre løbende information om undersøgelser, resultater og behandling samt at medvirke ved overdragelse/udskrivning.

Udgangspunktet for udarbejdelse af interview-

ORIGINALARTIKEL

Region Syddanmark,
Center for Kvalitet



TABEL 1

Patienternes vurdering af, i hvor høj grad de har modtaget udvalgte ydelser i relation til kontaktpersonordningen. Værdierne er antal (n = 107).

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ikke besvaret
Informeret om plan for indlæggelsen	73	11	12	11	-
Løbende information	58	25	18	6	-
Planlagt udskrivelse	66	24	9	6	2
Oplevet sammenhæng	77	13	6	8	3

guiden var tidligere validerede relevante spørgsmål bl.a. fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) [5].

Patienter, der var indlagt i mindst 24 timer, og som ifølge afdelingens oplysninger havde fået tilknyttet en kontaktperson, blev inkluderet i undersøgelsen, mens patienter med demens, anden mental svækkelse eller kommunikationsvanskeligheder samt patienter, der ikke ønskede at medvirke, blev ekskluderet.

Til kontaktpersonerne blev der udarbejdet et spørgeskema, hvis mål var at afdække, om kontaktpersonen varetog de opgaver og det ansvar, der forventes i henhold til intentionen med ordningen, samt om kontaktpersonen oplevede at have haft vilkår/mulighed for at varetage funktionen som kontaktperson. Der blev lagt vægt på, at skemaet blev overskueligt, og at det skulle være nemt at skabe sig et klart overblik over spørgsmål og svarkategorier. Spørgsmålstyperne var en blanding af evaluerings- og faktuelle spørgsmål, og svarskalaen var en ordinalskala med rangordnede svarkategorier [6].

DATAINDSAMLING

Forud for undersøgelsen blev der gennemført pilotafprøvning med henblik på validering af såvel interviewguiden som spørgeskemaet. Der blev gennemført i alt seks patientinterview og otte spørgeskemaundersøgelser for at vurdere, hvordan spørgsmålene blev forstået, hvordan deres relevans blev vurderet og endelig, om der kunne peges på væsentlige emner, der burde indgå i undersøgelsen. Efterfølgende blev såvel guiden som spørgeskemaet justeret.

Alle patientinterviews blev gennemført af samme interviewer på den dag, hvor patienten skulle udskrives, eller så tæt på udskrivelsen som muligt. Interviewene blev foretaget på forskellige ugedage på hver afdeling indtil som minimum 25 patienter fra hver afdeling var inkluderet. Spørgeskemaerne blev udleveret af afdelingssygeplejersken og udfyldt frivilligt og anonymt. I hver afdeling var det aftalt, hvornår og til hvem skemaerne skulle afleveres.

ETISKE HENSYN

Via Kvalitetsafdelingen på OUH blev der indhentet tilladelse hos de respektive afdelingsledelser til gennemførelse af undersøgelsen. Ligeledes er Videnskabs-etisk Komite i Region Syddanmark forespurgt. Undersøgelsen er ikke anmeldt til Datatilsynet, da der ikke er sket registrering af personhenførbare data.

DATAANALYSE

Data blev indtastet og behandlet i OnBase/Access.

RESULTATER

På de fire afdelinger blev i alt 107 patienter interviewet, og 18 patienter blev ekskluderet. Gennemsnitsalderen var 65 år. Der blev i alt besvaret 110 spørgeskemaer, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på mellem 50 og 80% på hver af de deltagende afdelinger.

Alle patienter blev spurgt, hvorvidt de blev informeret om planen for indlæggelsen, om de løbende blev informeret om undersøgelser, resultater og behandling under indlæggelsen, hvorvidt de oplevede udskrivelsen som planlagt samt oplevede sammenhæng i indlæggelsesforløbet. Resultaterne fremgår af **Tabel 1**. I alt 73 (68%) af patienterne oplevede i høj grad at være informeret om planen for indlæggelsen, 58 (54%) erklærede, at de i høj grad havde fået løbende information om undersøgelser, resultater og behandling, 66 (62%) oplevede i høj grad udskrivelsen som planlagt, mens 77 (72%) i høj grad oplevede sammenhæng i indlæggelsesforløbet.

Samtlige patienter blev også spurgt, hvorvidt de var vidende om, at de havde en kontaktperson tilknyttet under den aktuelle indlæggelse. I alt 25 af patienterne erklærede sig vidende herom, og ud af disse erklærede 21 patienter, at de havde fået udleveret navnet på vedkommende. Otte af de 25 patienter erklærede sig vidende om, at deres kontaktperson havde medvirket ved planlægning af deres udskrivelse, og ud af de 25 oplevede de 13, at det havde haft stor betydning, at der var tilknyttet en kontaktperson.

Kontaktpersonerne blev bedt om at besvare spørgsmål om, hvorvidt de medvirkede i planlægning af undersøgelse og behandling samt i patientens udskrivelse. Endvidere blev de spurgt, om de for de patienter, de var kontaktperson for, informerede om planen for indlæggelsen, om de løbende gav information under indlæggelsen, og om de gennemførte afsluttende samtaler inden udskrivelse. Supplerende blev de spurgt, om de følte sig velinformerede om kontaktpersonens opgaver og ansvar i afdelingen, samt om hvordan de oplevede muligheden for at varetage funktionen. Resultaterne fremgår af **Tabel 2**. Mindre

end halvdelen føler sig velinformede om kontaktpersonens rolle og ansvar i afdelingen. Mere end halvdelen medvirker slet ikke – eller i mindre grad ved planlægning af udskrivelsen, og endnu færre gennemfører en afsluttende samtale med patienten. Blandt kontaktpersonerne er der stor variation i varetagelsen af funktionen; kun få oplever, at de har haft mulighed for at varetage de funktioner og det ansvar, der forventes i henhold til intentionerne med ordningen. Dog har 34 (31%) af de adspurgte kontaktpersoner angivet, at de i nogen grad eller i høj grad har medvirket ved både planlægning, løbende information og ved udskrivelsen af den enkelte patient.

DISKUSSION

Kontaktpersonordningen har nu eksisteret i ca. ti år. Ordningen blev primært indført med henblik på løsning af de ofte fremførte problemer med mangel på sammenhæng i patientforløbene [7, 8]. Udpegning af kontaktpersoner og dokumentation heraf monitoreres nu i form af kvartalsvise opgørelser, som er offentligt tilgængelige [4]. Resultaterne peger generelt i retning af en god målopfyldelse. De seneste data, der er opgjort, er for perioden fra september til december 2008. De viser, at Odense Universitetshospital har en dækningsgrad på 79%, og at Sygehus Fyn (OUH Svendborg) har en dækningsgrad på 96% [9].

Der eksisterer ingen større aktuelle undersøgelser af patienters oplevelse af kontaktpersonordningen for indlagte patienter. En nylig spørgeskemaundersøgelse blandt mere end 20.000 ambulante patienter fra de to østdanske regioner viser, at en stor del af de ambulante patienter fortsat ikke oplever at have en fast læge eller sygeplejerske tilknyttet [10].

Der synes ikke tidligere at være gennemført undersøgelser med henblik på at klarlægge, om kontaktpersonordningen har formået at løse de grundlæggende problemer med sammenhæng i indlæggelsesforløbene. Samtidig er der kun få internationale publikationer om ordninger, der svarer til den danske kontaktpersonordning. Publicerede udenlandske erfaringer stammer hovedsagelig fra USA, hvor man



Patient får udleveret pjecen om kontaktpersonordningen.

gennem en del år har haft sygeplejersker udpeget og ansat som såkaldte *case managers*. Opgaverne har i nogen udstrækning svaret til de opgaver, der forventes af den danske kontaktpersonordning [11-14]. I USA har rollen som *case manager* udviklet sig over de seneste år, formentlig fordi de gennemførte evalueringer ikke er overbevisende positive [15]. Det er således vanskeligt i litteraturen at finde belæg for, at udpegning af en kontaktperson er den rigtige løsning på de problemer, som den danske ordning blev iværksat på baggrund af.

Generelt viser resultaterne af denne undersøgelse, at de fleste patienter oplever velplanlagte forløb, løbende information og veltilrettelagt udskrivelse – uafhængigt af oplevelsen af tildeling af en kontaktperson. Det er påfaldende, at hovedparten af de patienter, der har fået tildelt en kontaktperson, ikke erklærer sig vidende herom. Dette kan hænge sammen med personalets angivelse af, at kendskabet til funktionen er mangelfuldt, og at mulighederne for at leve op til rollen er dårlige. Dog bør det bemærkes, at det for knap en tredjedel af kontaktpersonerne lykkedes at medvirke ved planlægning, løbende infor-



TABEL 2

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Medvirker i undersøgelse/behandlingsplan	13	31	48	18
Informerer om plan for indlæggelsen	41	32	25	12
Informerer løbende	24	29	41	16
Medvirker ved udskrivelse	19	31	42	18
Gennemfører afsluttende samtale	7	27	47	29
Har mulighed for at varetage funktionen	2	15	62	31

Personalets vurdering af varetagelse af funktionen som kontaktperson. Værdierne er antal (n = 110).

mation og udskrivning af den enkelte patient og dermed at fungere som en gennemgående person. Fra tidligere landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser ved vi, at personalekontinuiteten (forstået som 1-2 læger/sygeplejersker med særligt forløbsansvar) under indlæggelse ikke er optimal [5]. Den aktuelle undersøgelse tyder ikke på, at indførelse af kontaktpersonordningen – og specielt den obligatoriske kvartalsvise monitorering – ændrer noget på dette forhold. Det er med andre ord oplagt lettere at sætte navn på end at leve op til intentionen i ordningen. I den forbindelse er det væsentligt, at hovedparten af patienterne i denne undersøgelse oplever sammenhængende indlæggelsesforløb. Det lykkes tilsyneladende ganske godt for personalet at levere den vare, kontaktpersonordningen er sat i verden for at levere. Dette er ikke ensbetydende med, at funktionen ikke kan optimeres. En velfungerende kontaktpersonordning er dog tilsyneladende ikke en forudsætning for det gode sammenhængende patientforløb.

Med deltagelse af fire afdelinger er der i denne undersøgelse søgt at inddrage en bred patientpopulation. Patientantallet og besvarelsesprocenten er for lille til en sammenligning på tværs af afdelingerne og til at generalisere regionalt og på landsplan. Der synes dog ikke at være grund til at antage, at situationen er meget anderledes på andre afdelinger end på de undersøgte. I en rapport fra region Midtjylland konkluderes bl.a., at det er meget vanskeligt at få afdelingernes arbejdsplaner til at understøtte ordningens intentioner [16, 17]. Hertil kommer, at manglende sammenhæng i forløbene kan være forårsaget af forhold, som en kontaktperson ikke har nogen reel indflydelse på.

De fremtidige udfordringer for afdelingsledelser og personale synes således at bestå i:

1. Sikring af, at patienten bliver gjort bekendt med tildelingen af en kontaktperson og informeret om, hvad ordningen indebærer. Dette kan f.eks. ske ved at udlevere skriftlig information i form af en folder, et visitkort eller lignende ved indlæggelsen.
2. Grundigere introduktion af medarbejdere til de opgaver, der ligger i kontaktpersonfunktionen.
3. Forsøg på i højere grad at tilrettelægge arbejdet, så kontaktpersonen får mulighed for at varetage funktionen.
4. Fokus på supplerende initiativer til styrkelse af sammenhængen i patientforløbene, idet kontaktpersonordningen næppe kan anses for at være en universalløsning til virkeliggørelse af visionen om det gode indlæggelsesforløb. Disse initiativer kunne bl.a. rettes mod forbedring af tværfaglig

planlægning og koordinering af den enkelte patients forløb.

Som et centralt initiativ kunne relevant materiale til såvel kontaktpersoner som patienter gøres let tilgængeligt på f.eks. Danske Regioners hjemmeside.

KONKLUSION

De fleste patienter erklærede sig uvidende om at have fået tildelt en kontaktperson, og kontaktpersonens opgaver var oftest fordelt blandt det tilstedeværende personale. Kontaktpersonerne følte sig utilstrækkeligt informerede om rollen og forventningerne til opgavevaretagelsen. Betingelserne for at varetage funktionen bedømtes af personalet som dårlige. Undersøgelsesresultater viser, at der er behov for en mere målrettet indsats, hvis ordningen skal bringes til at fungere ikke blot af navn men også af gavn.

KORRESPONDANCE: Birthe Rosenkrantz Lindegaard, Center for Kvalitet, P.V. Tuxensvej 3-5, DK-5500 Middelfart. E-mail: birthe.lindegaard@regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 14. april 2009

FØRST PÅ NETTET: 11. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Forfatterne ønsker at takke ledere og medarbejdere på de fire involverede afdelinger for deres medvirken ved undersøgelsens gennemførelse.

LITTERATUR

1. Aftale om Amternes økonomi for 2001. Finansministeriet, 13.06.2000.
2. Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer. Lov nr. 538 af 17. juni 2008.
3. Danske Regioner. Fælles definition og målemetode. 11.11.2008.
4. <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=29489.1> (8. oktober 2009)
5. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser. København Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2006: 36-37 og 40-47.
6. Freil M, Gut R, Jensen AJ. Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? Københavns Amt: Enheden for Brugerundersøgelser, Sundhedsforvaltningen, maj, 2005:39-51.
7. Riiskjær E. Bare der altid var en rød tråd... Århus: Kvalitetsafdelingen, Århus Amt, 2005
8. Jan Mainz. Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, teori, metode, resultater. København Munksgaard, 1996.
9. <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=29489.1> (8. oktober 2009)
10. Landsdækkende undersøgelse af patienters oplevelser på offentlige sygehuse og privathospitaler og – klinikkens ambulatorier 2008 – en spørgeskemaundersøgelse blandt 22,597 ambulante patienter. København Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.
11. Gilbert M, Counsell CM, Ross L. Evolution of a role to enhance care coordination. *Nurs Case Manag* 1997;2:19-22.
12. Tahan HA, Hubert DL, Downey WT. Case managers' roles and functions: Commission for Case Manager Certification's 2004 Research, Part I. *Lippincotts Case Manag* 2006;11:4-22; quiz 23-4.
13. Tahan HA, Hubert DL. The CCMC's national study of case manager job descriptions: an understanding of activities, role relationships, knowledges, skills, and abilities. *Lippincotts Case Manag* 2006;11:127-44; quiz 145-6.
14. Thomas PL. Case manager role definitions: do they make an organizational impact? *Prof Case Manag* 2008;13:61-71; quiz 72-3.
15. Reimanis CL, Cohen EL, Redman R. Nurse case manager role attributes: Fifteen years of evidence-based literature. *Lippincotts Case Manag* 2001;6:230-9; quiz 240-2.
16. Jonasson C. Kontaktpersonordningen og organisering af patientforløb – Muligheder og barrierer for innovativ udvikling af brugernes sundhedsvæsen. København: Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland, 2007.
17. Jensen K. Kontaktperson – en pligt eller et godt redskab? *Ugeskr Læger* 2007;169:3990.