

Koordinatorerne oplever bedre forløb for kræftpatienter efter indførelsen af forløbskoordinationsfunktionen

Karina Rahbek Axelsen¹, Hanne Nafei², Stine Finne Jakobsen³, Per Gandrup⁴ & Janne Lehmann Knudsen¹

I de senere år er der fra sundhedsmyndighederne kommet krav om nye aktører for at sikre øget sammenhæng i patientforløb, særligt på kræftområdet med kontaktperson, forløbskoordinator og forløbsleder. I 2010 blev det vedtaget at indføre organisatoriske forløbskoordinatorfunktioner på sygehusniveau [1]. Funktionen blev inkluderet i udmøntningsplanen for Kræftplan III og det generelle rammepapir for pakkeforløb med det formål at »sikre sammenhæng i pakkeforløb og undgå unødigt ventetid«. Funktionen var ikke nærmere beskrevet, dog blev det slået fast, at den skulle være repræsenteret ved multidisciplinære team (MDT)-konferencer for at sikre kontinuitet [2, 3]. Da der ikke forelå viden om, hvordan funktionen var udmøntet, eller om der var sikret sammenhæng i overgange, gennemførte temagruppen »Overgange i udredning, diagnostik og behandling«, der var nedsat af Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb, en spørgeskemaundersøgelse blandt forløbskoordinatorer i 2012. Formålet var at få belyst, hvorledes funktionen var udmøntet lokalt, og hvordan den havde bidraget i forhold til at styrke patientsikkerheden, når ansvaret for patienten overgik fra én instans til en anden. Resultaterne er præsenteret som en del af temagruppens samlede afrapportering [4].

UNDERSØGELSE

Spørgeskemaet blev udarbejdet på baggrund af eksisterende viden om forløbskoordinationsfunktionen og indeholdt i alt 75 lukkede og åbne spørgsmål med mulighed for at uddybe i fritekst. Der blev sat fokus på organisatoriske forhold, arbejdsopgaver samt oplevede styrker og barrierer. I juni 2012 blev skemaet sendt til

ledelsen på 96 kliniske afdelinger, hvor man udreder og/eller behandler kræftpatienter med en opfordring til at videresende det til deres forløbskoordinatorer [5]. I alt 72 ud af 96 afdelinger returnerede samlet 107 spørgeskemaer, af disse var 90 helt udfyldt.

Organisatoriske forhold

73% af forløbskoordinatorerne var ansat på klinik-/afdelingsniveau, 19% på sygehus-/centerniveau og 8% i f.eks. team eller ambulatorium. Blandt dem, der var ansat på klinik-/afdelingsniveau, var 55% tilknyttet kirurgien, 20% onkologien og 11% gynækologien. 14% var tilknyttet andre specialer.

Knap halvdelen af afdelingerne havde én forløbskoordinator, 36% havde to eller flere, mens 14% havde lagt funktionen ind i eksisterende stillinger. Den største faggruppe var sygeplejersker med 62%, herefter fulgte sekretærer/øvrige med 26% og læger med 12%. Andelen af arbejdstid, der blev brugt på forløbskoordination viste stor spredning faggrupperne imellem (**Tabel 1**). 46% deltog som regel eller altid i MDT-konferencer, mens 42% sjældent eller aldrig deltog.

Arbejdsopgaver

27% oplyste, at de ikke havde eller ikke vidste, om de havde en funktionsbeskrivelse. De primære arbejdsopgaver var:

- information og vejledning af patienter
- planlægning og koordinering af forløb og MDT-konferencer
- overvågning af forløbstider
- intern og ekstern kontaktfunktion
- registrering og dokumentation.

Ca. 10% angav at følge patienten gennem hele pakkeforløbet på tværs af afdelinger og sygehuse, resten af funktionen blev varetaget sekventielt. I overgange mellem afdelinger, sygehuse og primær-/sekundærsektor fulgte koordinatorerne ofte patienten via elektroniske systemer og tog i særlige tilfælde personlig kontakt for at sikre overlevering. 92% vurderede, at deres funktion var kendt på egen afdeling, 84% på andre afdelinger, 59% af andre sygehuse, 45% af

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

- 1) Kræftens Bekæmpelse
- 2) Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt
- 3) KORA-EVI København
- 4) Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V02140091



TABEL 1

Tiden brugt på forløbskoordination fordelt på respondenternes profession, angivet i %.

	Sekretær	Sygeplejerske	Læge
Ca. ¼ af tiden	41	16	78
Ca. ½ af tiden	18	16	11
Ca. ¾ af tiden	18	16	0
Al arbejdstiden	23	52	11

Koordinatorerne ser information og vejledning af patienter som en af deres primære opgaver, og langt de fleste svarer, at de kan kontaktes direkte af patienterne.



praktiserende (special)læger og 9% i kommunalt regi. 67% vurderede, at deres funktion var kendt af patienterne.

81% havde altid/som regel patientkontakt, og en stor del så sig selv primært som kontaktperson for patienter. 94% angav, at de kunne kontaktes direkte af patienter, og 86% svarede, at dette også kunne ske efter afsluttet forløb. 65% samarbejdede altid/som regel med patientens kontaktperson og 83% med den behandlingsansvarlige læge.

Styrker og barrierer

83% vurderede, at funktionen havde forbedret kvaliteten i patientforløbene, og 59% vurderede, at funktionen havde forbedret patientsikkerheden i overgangene. Dette var bl.a. betinget af:

- samarbejdsaftaler mellem afdelinger og sygehuse
- hurtigere og planlagte forløb
- bedre monitorering af fejl
- styrket patientvejledning
- tværfagligt samarbejde internt og eksternt.

Oplevede barrierer

Her beskrives bl.a.:

- flaskehalse skabt af begrænset ambulans kapacitet
- problemer med etablering af eksternt samarbejde
- it-problemer med monitoreringssystemer
- planlægning af nye pakkeforløb blev prioriteret over monitorering af igangværende forløb og forløb, der afveg fra kræftpakkernes fastlagte trin
- modstand fra kolleger, når uhensigtsmæssige forløb blev påpeget.

Forslag til forbedringer

Koordinatorernes forslag til forbedringer var:

- ledelsesmæssig stillingtagen til ansvar og arbejdsopgaver
- nedskrevne funktionsbeskrivelser og standardisering heraf
- organisering af funktionen på tværs af afdelinger modsat forankring i én afdeling
- ledelsesmæssig understøttelse af forbedring af arbejdsgange
- efteruddannelse.

KONKLUSION OG LÆRINGSPERSPEKTIVER

Formålet med denne undersøgelse var at belyse brugen af de obligatoriske forløbskoordinatorer på kræftområdet.

Resultaterne viste, at der var betydelig variation i tilrettelæggelse og organisation. Helt overordnet vurderede koordinatorerne, at sammenhængen i kræftforløbene var styrket, men at der også var en række udfordringer, som der burde blive taget hånd om. I forhold til den oprindelige intention med at styrke sammenhængen fremstod det især som en svaghed, at man i overvejende grad havde valgt at ansætte koordinatorerne i den enkelte funktionsenhed. Forløbskoordination blev således ikke varetaget af én person, som intenderet i aftalen, men successivt af flere personer. Aftalens brede formulering og hensyn til andre lokale forhold var formodentlig de primære årsager hertil. Dette skærper behovet for, at forløbskoordinatorerne har kendskab til eksterne samarbejdspartnere, herunder andre koordinatorer, og hvordan stafetten bedst kan overdrages til næste led. Samtidig oplevede flere, at eksisterende it-systemer ikke var egnede til at følge patientforløb på tværs af afdelinger og sygehuse, og it-understøttelse af den forløbskoordinerende monitorering fremstår derfor centralt, hvis funktionens potentiale skal udnyttes til fulde.

Der var stor forskel på forløbskoordinatorernes kompetencer, og hver fjerde havde ikke eller vidste ikke, om de havde en funktionsbeskrivelse. Resultaterne peger på, at manglende klarhed over formål og funktioner bidrog til uklarheder i forhold opgaver, herunder egne muligheder for at handle. Det anbefales af temagruppen, at forløbskoordinatorerne sikres klare funktionsbeskrivelser og opdateret oversigt med navn og kontaktdata på andre forløbskoordinatorer. Da koordination er funktionens centrale rolle, er det påfaldende, at kun halvdelen angav at deltage i MTD-konferencerne.

Resultaterne peger ligeledes på, at ansvaret for at sikre sammenhængen i kræftforløb – fagligt som organisatorisk – bør klargøres. De mange svigt i patientsikkerheden i overgange, når ansvaret skifter, understreger dette [4]. Koordinatorordningen indebærer, at kræftafdelinger kan have flere samtidige

personer med en rolle, dog uden at det er helt klart, hvem der varetager hvilke opgaver, og hvem der har det overordnede ansvar i forhold til den enkelte patient. Foruden forløbskoordinatoren er det kontaktpersonen og den behandlingsansvarlige læge. Det er temagruppens vurdering, at det lægefaglige ansvar og det overordnede ansvar for at sikre et koordineret forløb ikke kan adskilles, og at dette bør klargøres. Alternativt bliver forløbskoordinationsfunktionen blot et »ekstra led«, som komplicerer snarere end forenkler sammenhængen i patientforløb.

Deltagerne i denne undersøgelse var overordnet set enige om, at deres funktion gjorde en positiv forskel for koordineringen af patientforløb med mindre unødigt ventetid, øget patientsikkerhed og bedre sammenhæng. Det vil være interessant at få belyst de faktiske effekter. Hertil kræves dog en langt grundigere og uafhængig evaluering.

KORRESPONDANCE: *Karina Rahbek Axelsen*, Kræftens Bekæmpelse, Kvalitet & Patientsikkerhed, Strandboulevarden 49, 2100 København Ø.
E-mail: karina.rahbek@gmail.com

ANTAGET: 25. juli 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 13. oktober 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens interesseformularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Finansministeriet. Aftaler om Finanslov for 2011, Kræftplan III. 2010. www.fm.dk/Publikationer/2010/~/media/Publikationer/Imported/2010/Aftaler%20om%20finansloven%20for%202011/Aftaler%20om%20finansloven%20for%202011_web.ashx (22. okt 2012).
- Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet. Fælles udmøntningsplan for Kræftplan III. København: Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011.
- Kapitel 1 i pakkeforløbsbeskrivelserne (fælles for de forskellige kræftformer). København: Sundhedsstyrelsen, 2011/2012.
- Sekretariatet for Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb, Kvalitet og Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse. Patientsikkerhed ved overgang i udredning, diagnostik og behandling. Dokumentationsrapport. www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/4/1364/1385426809/microsoftworddokumentationsrapport_overgangeiudredningdiagnostikogbehandling_050213.pdf (25. jun 2014).
- Kræftens Bekæmpelse. Patientens GPS – oversigt over behandlingssteder for kræft. 2012. www.cancer.dk/gps (31. okt 2012).



PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK

1. JUNI 2015

Aspiration af blod sikrer ikke intravenøs placering af centralt venekateter

Sebastian Nyby

Ingen effekt af kompressionsbehandling i mere end syv dage efter behandling af varicer

Martin Lawaetz

Screening for cervixcancer hos kvinder over 65 år vil formentlig nedsætte incidensen og mortaliteten

Anne Hammer, Katrine Fuglsang, Kristine Høgsbjerg et al

Ved smerter i underlivet er deskvamativ inflammatorisk vaginitis en vigtig differentialdiagnose

Eva Johannsen, Jane Baumgartner-Nielsen & Mette Meinert

Fatal cerebral blødning på grund af mulig interaktion mellem paracetamol og warfarin

Signe Vinsand Naver, Maria Papina, Espen Jimenez Solem et al

Kemoterapi i andet og tredje trimester er foreneligt med forløbning af et raskt barn

Berit Woetmann Pedersen, Mette Borg Clausen, Jette Sønderskov Gørløv et al

Transitorisk epileptisk amnesi

Helene Jensen & Vaiva Petrenaitė



PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK

8. JUNI 2015

Der er øget risiko for selvmord efter apopleksi

Camilla Blindbæk Skovgaard, Jeppe Holm, Elsebeth Nylev Stenager et al

Et aktivt sexliv kan være muligt under kastrationsbehandling for avanceret prostatacancer

Mikkel Fode, Peter Østergren, Christian F.S. Jensen et al

Biomarkører ved diagnostik af Alzheimers sygdom i tidlig fase

Kristian S. Frederiksen, Steen Hasselbalch, Ian Law et al

En struktureret tværfaglig tilgang sikrer patienter med atriefibrin korrekt antikoagulationsbehandling

Andi Eie Albertsen, Eric Døssing Mønning, Bent Roni Ranghøj Nielsen & Dorthe Svenstrup Møller