

Casestudie viser, at patienter med kræft benytter forløbskoordinatorfunktionen forskelligt

Stine Finne Jakobsen, Anne Bjerrum, Tanja Le Grønberg, Pauline Thomsen & Charlotte Topp

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

Finsencentret,
Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2014;176:V12130708

I aftaleteksten til Kræftplan III indførte man en obligatorisk forløbskoordinatorfunktion for patienter med kræft med det formål, at bidrage til at undgå unødigt ventetid og sikre løbende koordinering af de forskellige elementer i behandlingen på tværs af sygehusafdelinger og sygehuse [1]. I de gældende aftaler er funktionens ansvars- og opgaveområde sparsomt beskrevet, og der lægges op til, at den udvikles og organiseres lokalt. Med udgangspunkt i et casestudie af forløbskoordinatorerne på Onkologisk Klinik, Rigshospitalet, ser vi i denne artikel nærmere på, af hvem og til hvad forløbskoordinatorfunktionen benyttes.

Casestudiet blev gennemført af Kræftens Bekæmpelse i januar-februar 2013 i tæt samarbejde med Onkologisk Kliniks ledelse og forløbskoordinatorer [2]. Onkologisk Kliniks fire forløbskoordinatorer er sygeplejersker og primært et fagligt kontaktilbud til patienter, der er henvist til klinikken, deres pårørende og sundhedsprofessionelle. De er også involveret i tværfagligt og tværgående kvalitetsudviklingsarbejde med særligt fokus på den organisatoriske og patientcentrerede kvalitet, dog uden en fællessynlig systematik i forhold til samtlige kræftpakkeforløb. Udvalgte opgaver i forløbskoordinatorfunktionen blev fra april 2011 til oktober 2012 dokumenteret i en database med ca. 3.000 samtalerregistreringer af ad hoc-henvendelser fra patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. I casestudiet beskrives forhold gældende for patienter, der var henvist til eller var i aktive behandlingsforløb på Onkologisk Klinik, og der kan ikke generaliseres på baggrund af dem.

METODE

Casestudiets metode og datagrundlag er beskrevet i **Tabel 1**. Den kvantitative analyse af databasen af-dækker bl.a., hvem der ringede/blev ringet til, samtaltens indhold og de afledte handlinger, dvs. om forløbskoordinatorerne informerede, koordinerede eller støttede. Desuden blev det sundhedsfaglige personales brug af forløbskoordinatorfunktionen belyst gennem to gruppeinterview med kirurgiske klinikkers sygeplejersker, der koordinerer patientforløb. Syv kirurgiske afdelinger blev inviteret til at deltage, men kun fem sundhedsprofessionelle fra tre afdelinger deltog, hvilket udgør en betydelig begrænsning i datagrundlaget. Patienters eller pårørendes brug af forløbskoordinatorfunktionen er belyst gennem individuelle telefoninterview med ti patienter eller pårørende, der henvendte sig til Onkologisk Kliniks forløbskoordinatorer i perioden januar-februar 2013.

RESULTATER

Databasen

Samtaleregistreringerne viser, at 38% af alle indgående og udgående samtaler var med sundhedsprofessionelle, typisk koordinationsansvarlige, som ringede på vegne af en patient, der havde et særligt komplekst patientforløb eller særligt behov for støtte, og 62% var med patienter og pårørende. Af de indgående opkald fra patienter og pårørende (n = 1.408) var der lige mange fra mænd og kvinder, og to tredjedele befandt sig i overgangsfasen fra anden behandling til onkologisk behandling. Halvdelen af opkaldene var fra patienter eller pårørende til patienter med mave-/spiserørskræft (28%) eller lungekræft (22%), mens brystkræftpatienter udgjorde 6%. Af samtalerne var 30% registreret som omhandlende psykosociale emner og 19% fysiske symptomer. Flest samtaler drejede sig om koordinering af patientforløbet og information (87%), tilrettelæggelse af behandlingsforløbet (64%) og organisatorisk koordinering og sikring af kontinuitet (20%). Som respons på 34% af henvendelserne ydede forløbskoordinatorerne, som funktionens formål foreskriver, en koordinerende indsats ved at ringe op til andre sundhedsprofessionelle på eller uden for Rigshospitalet. Desuden ydede koordinatorerne sygeplejefaglig information,



undervisning og vejledning (43%) samt psykosocial støtte (23%) til patienter og pårørende.

Gruppeinterview med sundhedsprofessionelle

De kirurgiske koordinatore beskrev, at de var placeret i klinikkerne og havde fokus på at støtte individuelle patientforløb med ad hoc-interventioner, herunder facilitering af kontakt, ændring af tider og hurtig identifikation af fejl, forsinkelser og misforståelser. Ved henvisning til Onkologisk Klinik informeres patienterne om klinikens forløbskoordinatore. Om kontaktmuligheden benyttes, varierer for de enkelte kræftsygdomme, hvilket evt. kan afhænge af ventetiderne på behandling på Onkologisk Klinik, muligheden for at fastholde kontakt til de kirurgiske afdelingers koordinatore og informationskontinuiteten i overgangen. For nogle kræftsygdomme, f.eks. brystkræft, kræft i hjernen og kræft i æggestokkene, er der etableret samarbejdsaftaler mellem Rigshospitalets kirurgiske klinikker og de respektive onkologiske team. Det betyder, at patienterne får en indkaldelse til samtale på Onkologisk Klinik, inden de udskrives fra kirurgisk regi. Koordinatorerne efterspørger lignende samarbejdsaftaler for alle kræftsygdomme, en gennemførelse af det afhænger dog af ledelsesbeslutninger.

Individuelle interview med patienter eller pårørende

Her fremgik en række mulige årsager til patienters eller pårørendes konkrete henvendelse til Onkologisk Kliniks forløbskoordinatore (Tabel 2). Behovet for koordinering og information om det videre forløb var gennemgående. Patienter og pårørende oplevede generelt, at forløbskoordinatorene formidlede det, de efterspurgte, og det blev fremhævet som positivt, at koordinatorene var lettilgængelige over telefonen og tog ansvar for at få løst patientens eller den pårørendes aktuelle problem.

DISKUSSION

Casestudiet har belyst, af hvem og til hvad den onkologiske forløbskoordinatorfunktion blev benyttet. Det fremgår af casestudiet, at forløbskoordinatorene reponderede på patienters, pårørendes og sundhedsprofessionelles henvendelser og i høj grad leverede den efterspurgte information og koordination. Behovet for løbende koordination fremstår dog meget forskelligt kræftsygdommene imellem. Analysen af databasen viser et mønster i, hvem der henvendte sig, idet 50% af henvendelserne var fra patienter og pårørende til patienter med mave-/spiserørskræft eller lungekræft, mens brystkræft, som er en af de hyppigste kræftformer hos kvinder, kun var baggrund for 6% af henvendelserne. Mens databasen i sig selv ikke giver anledning til at pege på entydige årsager hertil,



TABEL 1

Casestudiets metode og datagrundlag.

| | |
|-------------------|---|
| Kvantitative data | Dataudtræk fra database med ca. 3.000 samtaleregistreringer |
| Kvalitative data | 2 semistrukturerede gruppeinterview med i alt 5 koordinationsansvarlige sygeplejersker fra 3 kirurgiske klinikker Semistruktureret gruppeinterview, observationer af praksis og samtaler med Onkologisk Kliniks forløbskoordinatore 10 semistrukturerede individuelle interview med patienter eller pårørende Deltagerne blev inkluderet på baggrund af, at: a) deres henvendelse drejede sig om information, støtte eller overblik over et behandlingsforløb, b) de var forskellige steder i behandlingsforløbet, c) behandlingsforløbet involverede flere afdelinger eller sygehuse |



TABEL 2

Årsager til patienter eller pårørendes henvendelser til Onkologisk Kliniks forløbskoordinatore.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Brudt organisatorisk kontinuitet [3] | Oplevede belastende ventetid pga. mangelfuld koordinering på tværs mellem sygehuse eller afdelinger, der var involveret i behandlingsforløbet Ønskede at være sikre på, at koordineringen af behandlingsforløbet var på plads, fordi de tidligere havde oplevet mangelfuld koordinering på tværs af enheder |
| Manglende informationskontinuitet [4] | Oplevede usikkerhed om, hvorvidt der var styr på forløbet pga. mangelfuld information om den videre behandlingsplan Harde svært ved at komme igennem til andre afdelinger på telefonen og/eller oplevede at blive sendt videre i systemet |
| Uklart behandlingsansvar [5] | Blev af henvissende enhed opfordret til at tage kontakt og selv følge op på prøvesvar, henvisning eller indkaldelse Oplevede uklarhed om, hvem der havde ansvaret for behandlingsforløbet, og hvortil henvendelse kunne rettes i tilfælde af problemer |

fremhævede de interviewede koordinatore varierende organisatoriske forhold for de enkelte kræftsygdomme, herunder at samarbejdsaftaler mellem de kirurgiske klinikker og de respektive onkologiske team sikrer patienter med nogle kræftsygdomme bedre kontinuitet i overgangen.

Forløbskoordinatorerne blev i 87% af henvendelserne fra patienter og pårørende benyttet som en ressource til at sikre koordinering af patientforløbet og information. De interviewede patienter og pårørende beskrev, at årsagen til deres henvendelse netop var mangelfuld information og belastende ventetid, og udtrykte generel tilfredshed med kontaktmuligheden og den ydede hjælp. Dette fund er på linje med, hvad man har fundet i andre studier af forløbskoordination, hvor der er rapporteret om forbedringer i patienttilfredshed og dimensioner af livskvalitet [6]. Funktionen fremstår således som et vigtigt supplement til løsningen af de patientoplevede koordinations- og kontinuitetsproblematikker, som er velbeskrevet i tidligere, lignende undersøgelser [7]. I Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse dokumenteres det, at patienterne oplever væsentlige problemer i forhold til manglende overblik, ansvar og sammenhæng især i kræftforløb, der går på tværs af enheder [8].

I dag udmøntes forløbskoordinatorfunktionen vidt forskelligt på landets kræftafdelinger, og der savnes en mere klar ledelsesmæssig definition af funktionens formål og strategien for at opnå dette [9]. De foreliggende erfaringer med forløbskoordinatorfunktionen giver anledning til at sætte spørgsmålstegn ved, om den opfylder sit formål og bidrager til systematiske kvalitetsforbedringer i forhold til at undgå unødigt ventetid og sikre løbende tværgående koordinering. Det er samtidig relevant at overveje, om helt andre løsningsmodeller skal i spil. Kræftens Bekæmpelse har i sine 2020-mål foreslået, at kræftpatienter får en personlig kræftlæge, der følger dem igennem hele behandlingsforløbet. Styrken ved denne model er, at det faglige og det koordinerende ansvar samles hos en person. En anden model er afprøvet i Region Nordjylland, hvor der er indført en ny ledelsesperson, en forløbschef, med ansvar for, at der udarbejdes fagligt optimale patientforløb, som samtidig er effektive [10]. Denne model sikrer et stærkt ledelsesmæssigt fokus på sammenhæng mellem sygehusenes funktioner. Mulighederne er mange, og opgaven er langtfra løst.

KORRESPONDANCE: *Stine Finne Jakobsen*, Sektion 2100, Finsencentret, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: stine.finne.jakobsen@regionh.dk
ANTAGET: 18. marts 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 23. juni 2014

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

TAKSIGELSER: *Janne Lehmann Knudsen*, Kræftens Bekæmpelse, takkes for kommentarer og sparring. Tak til temagruppen Overgange i udredning, diagnostik og behandling under Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb, hvis arbejde og anbefalinger inspirerede til casestudiet. I.M. Dæhnel Foundation takkes for økonomisk støtte til projektet.

LITTERATUR

1. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet. Fælles udmøntningsplan for Kræftplan III. <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/C5DF4146A8324B-299C3A27F5932D34BF.ashx> (4. apr 2014).
2. Jakobsen SF. Case studie af overgangsproblematikker i kræftpatienters behandlingsforløb. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.
3. Vinge S, Strandberg-Larsen M. Kontinuitet og koordinering i sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger* 2010;172:775-7.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Starfield BH et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Educ Debate* 2003;327:1219-23.
5. Knudsen JL, Sengeløv L, Gandrup P et al. Overgange i udredning, diagnostik & behandling. København: Kræftens Bekæmpelse, 2012.
6. Wulff C, Thygesen M, Søndergaard J et al. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008;8:227.
7. Kvalitetsheden. Patientsikkerhed i kræftbehandlingen – en sammenfatning af tre projekter. København: Kræftens Bekæmpelse, 2010.
8. Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse 2011. Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling. København: Kræftens Bekæmpelse, 2011.
9. Knudsen JL, Nafei H, Gandrup P et al. Spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination på kræftområdet. København: Kræftens Bekæmpelse, 2012.
10. Fremtidig klinisk ledelsesmæssig organisering. Aalborg: Region Nordjylland, Sundhed, Plan og Kvalitet, 2012.

Sundhedsstyrelsen

MEDLEM AF MEDICINTILSKUDSNÆVNET

Sundhedsstyrelsen indkalder forslag til et nyt lægefagligt medlem af Medicintilskudsnævnet for perioden 1. august 2015 til 30. juni 2017, fordi et medlem (praktiserende læge) af helbredsmæssige grunde har trukket sig.

Medicintilskudsnævnet rådgiver Sundhedsstyrelsen i sager om generelle og individuelle tilskud til lægemidler.

Medicintilskudsnævnet består af højst 8 personer, hvoraf mindst 2 skal være alment praktiserende læger og 1 skal repræsentere patient- og forbrugerinteresser. 7 medlemmer udpeges efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

Medlemmet bliver udpeget på baggrund af lægefaglige kompetencer og relevant erfaring for at opnå en bred lægefaglig ekspertise i nævnet.

Forslag til nyt medlem skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest 1. juli 2015.

Oplaget kan ses i sin helhed på Sundhedsstyrelsens netsted, hvor der også findes nærmere oplysninger om nævnets arbejde.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Telefon 44 88 96 96
www.lmst.dk