

Reduserte ventetiden med elleve uker

Pasienter med mistanke om brystkreft fortalte om påkjenningene med ventetid, uvisshet og uvitenhet. Det dannet grunnlaget for et samarbeidsprosjekt som har redusert pasientforløpet betydelig.

FORFATTERE

Vibeke Schou Jensen
Onkologisk sykepleier

HOVEDBUDSKAP

Myndighetene fokuserer på tidsfrister. Pasientene er opptatte av å bli ivaretatt. En tverrfaglig arbeidsgruppe jobber for å tilby et kvalitetsmessig godt pasientforløp som ivaretar pasienten i alle fasene.

Da fire sykehus ble slått sammen til Oslo universitetssykehus (OUS), var et av målene at pasientene skal utredes og behandles på ett sted. Etter sammenslåingen ble utredning, kirurgi og onkologisk behandling utført både på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Det medfører store utfordringer for både pasienter og ansatte.

I 2011 ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av ansatte innen onkologi, kirurgi, radiologi og patologi som arbeidet med brystkreftpasienter. Arbeidet skulle danne grunnlaget for å etablere et felles brystsenter. Da dette arbeidet var utført, hadde vi blitt en velfungerende gruppe. Mens vi venter på et samlet brystsenter, jobber vi med hvordan pasientforløpet kan bli best mulig for pasienter ved mistanke om brystkreft.

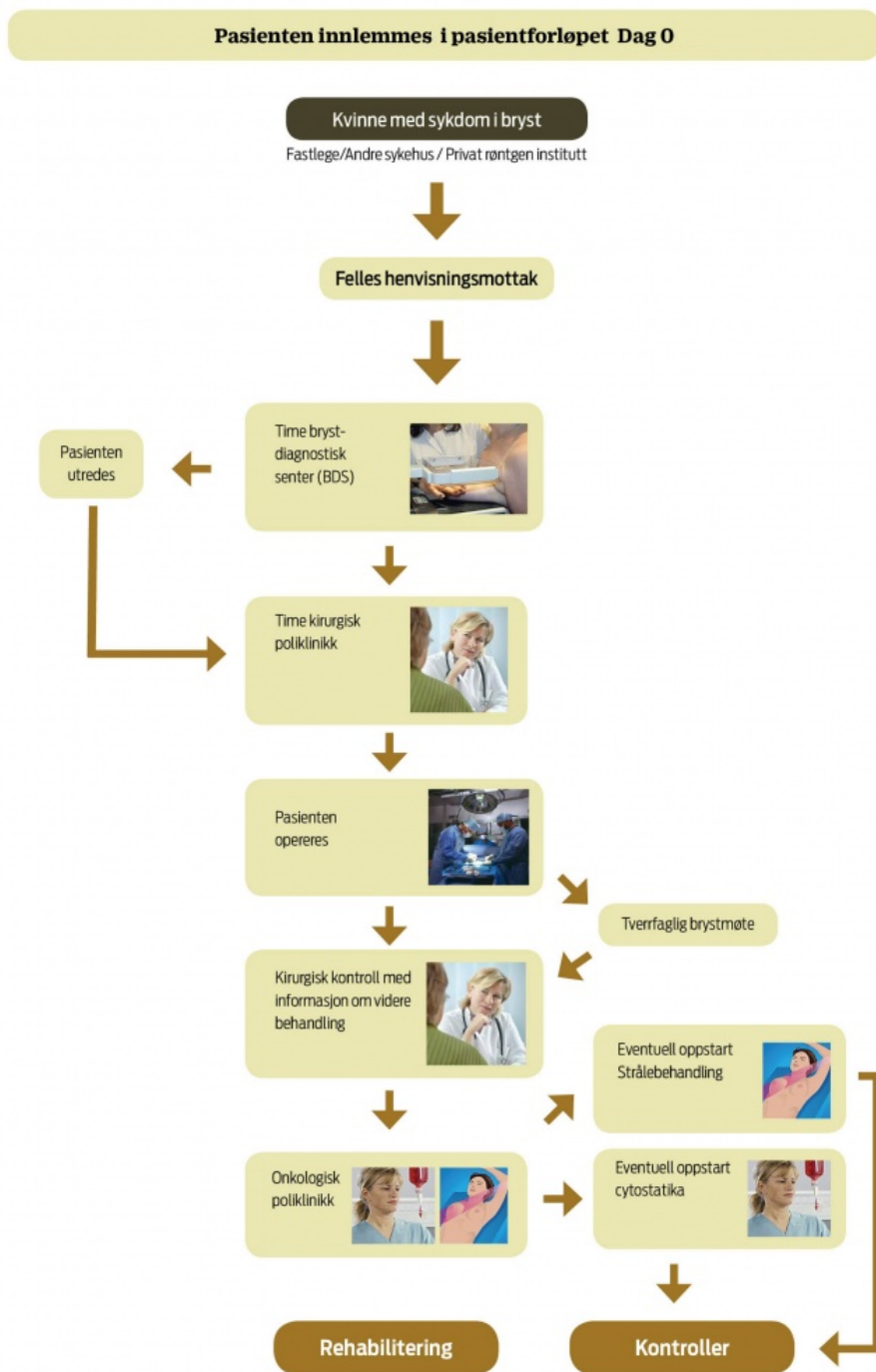
OPTIMALT PASIENTFORLØP

Vi hadde hørt at de hadde etablert «pakkeforløp for kreftpasienter» i Danmark. Målet var at alle pasientene skulle oppleve et vel tilrettelagt forløp uten nødvendig ventetid. Tidsperspektivet i pakkeforløpet skulle beskrives med utredning, prosedyrer og behandling. Det skulle ikke være passiv ventetid. Som gruppens representant dro jeg til Rigshospitalet i København og hospiterte der i to dager mens jeg fotfulgte pasientkoordinatoren. Hun var sykepleier med spesialutdanning og lang klinisk erfaring.

«I praksis etablerte vi "en dør inn".»

Vel tilbake i Norge med mye nyttig informasjon, tok vi for oss alle delene av vårt eksisterende forløp. Vi identifiserte flaskehalsen og hvilke tiltak vi mente måtte til for å nå målene vi hadde satt oss. Dette arbeidet resulterte i det vi mente var et «optimalt pasientforløp», samt en fylldig rapport. Etter dette skjedde det lite inntil vi ble anbefalt å søke Norsk Designråd om penger til å engasjere et designbyrå som skulle fungere som et bindeledd og «talk» mellom pasienter og helsepersonell. Hensikten var brukerinvolvering og samskaping, og byrået ga oss hjelp til å se muligheter og kommunisere dem på en annen

måte.



Figur 1: Pasientforløp

Vi søkte og fikk penger, innhentet anbud og inngikk avtale. Avtale ble også etablert med ansvarlige klinikkledere. Vi etablerte en prosjektstruktur med referansegruppe bestående av aktuelle klinikkledere, direktører i OUS og prosjektgruppe med mange av oss som hadde arbeidet frem «optimalt pasientforløp». Arbeidsprosessen samlet ledelse og fagfolk som var involvert i pasientforløpet.

SLET MED UVISSHET

Mange mente at vi hadde gjort dette før, at det var «keiserens nye klær». Ja, vi hadde gjort det før, og vi hadde hatt med en brukerrepresentant. Men vi hadde ikke gjort det i like stort omfang, ikke involvert like mange, verken ansatte eller pasienter. Ledelsen forpliktet seg også på en annen måte.

Ansatte i designbyrået intervjuet pasientene, som beskrev hva som var viktig for dem. De uttrykte at de slet mest med ventetid, uvisshet og uvitenhet:

- Venting i utredningsfasen var en påkjenning.
- De manglet informasjon.
- Det var mye venting i overgangene mellom fastlege, utredning og behandling – perioden da de ikke hadde kontakt med personalet.

Basert på utsagnene til pasienten landet vi på følgende overordnede mål. Vi skal:

- skape en bedre opplevelse for brystkreftpasienter
- redusere pasientens ventetid og usikkerhet
- skape en felles forståelse av hva det betyr å sette pasienten i sentrum

I praksis betød det følgende: Vi startet der pasientene som oftest starter – hos fastlegen når «alarmen går». Vi laget en standard henvisning som fastlegene kan bruke, og pasientinformasjon som forklarer pasienten hva som skjer under utredningen, med et telefonnummer de kan ringe. Begge deler ligger på våre hjemmesider og kan lastes ned av fastlegen. Telefonnummeret er til Brystdiagnostisk senter og ikke til koordinator, da 85–90 prosent av dem som utredes, ikke har funnet det skal gjøres mer med.

REDUSERTE VENTETIDEN

Vi etablerte et felles henvisningsmottak der fastleger, andre sykehus og røntgeninstitutt kan sende sine henvisninger. I praksis etablerte vi «en dør inn»; god henvisning gjør at man raskt kan få inn dem som trenger det mest.

«Pasientene gir tilbakemeldinger om at de føler seg ivaretatt.»

Vi har redusert utredningsfasen ved å samle alle undersøkelser som inngår i en vanlig utredning, til å foregå på én dag. Samtidig fikk Brystdiagnostisk senter anledning til å benytte eksterne røntgensentra for å øke kapasiteten. Pasientene får nå raskt tilbud om time for utredning, og ventetiden er sterkt redusert. Ventetiden har gått ned fra inntil tolv uker til mindre enn én uke. Ofte synes pasientene at det går litt vel raskt. Radiolog informerer pasienten om malign mistanke, og forteller at prøvesvarene vil bli diskutert på tverrfaglig møte (MDT, multidisiplinære team). Pasienten får samtidig skriftlig informasjon om koordinators funksjon, samt et telefonnummer. Pasienten blir oppringt etter MDT-møtet av koordinator, som forteller hva som skal skje videre.

SYKEPLEIER KOORDINERER

Kanskje er en koordinator det viktigste vi har fått på plass: en sykepleier med onkologisk videreutdanning og lang klinisk erfaring. Noen mener en sekretær kan gjøre jobben til en koordinator. Dette er vi ikke enige i fordi mange av våre pasienter får beskjed om at de har kreft. Vi mener derfor at det krever en koordinator som har kunnskap om og erfaring med brystkreft og -behandling, som også kan hjelpe pasienter i krise. Koordinator sørger for at pasienten blir ivaretatt og får time til oppstart av behandling. Hun er tilgjengelig for spørsmål fra pasient og pårørende om hva som skal skje i behandlingsforløpet, og følger opp pasienter ved behov. Vi søkte Brystkreftforeningen og fikk midler til tre år. Nå er disse tre årene gått, og stillingen er innlemmet i fast drift.

Det er tiden mellom fastlege, utredning og operasjon eller onkologisk behandling vi har redusert – ikke selve utredningen eller behandlingen. Det er disse fasene pasientene omtalte

som «overgangene». Pasientene gir tilbakemeldinger om at de føler seg ivaretatt. De trekker frem at de alltid har et sted å henvende seg, og at de får svar. Da jeg innledningsvis sa at vi fremdeles arbeidet med dette, skyldes det at vi fortsatt er spredt på forskjellige steder og sliter med ulike datasystemer. Målet med et felles brystsenter er ennå ikke nådd. Imidlertid ser vi at vi gir pasientene et langt bedre tilbud.