



Ny sjuksköterskeledd onkologmottagning

Två specialistsjuksköterskor inom onkologi har fått i uppdrag att starta upp en sjuksköterskeledd mottagning på Gävle Sjukhus. Syftet är att patienterna ska få snabbare kontakt med vårdpersonal, att tiden till att träffa läkare förkortas och att patienten blir tryggare. Positiva resultat syns redan efter första halvåret. **Helene Henriksson** och **Karin Horn**, sjuksköterskor med specialistinriktning, Region Gävleborg, Division Operation, Onkologisk dagsjukvård Gävle, berättar här om arbetet med den nya mottagningen.

Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren ansvar för att personal i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter samt att patienter tas om hand på rätt vårdnivå. Det behövs mer resurser till cancervården idag, bland annat i samband med olika standardiserade vårdförlopp som ska inrättas och följas. Antalet cancerfall ökar och fler lever längre med sin sjukdom. Varje år får 58 000 personer en cancerdiagnos i Sverige, varav 65 procent botas^{1, 2}. Resur-

serna vad gäller bemanning har inte ökat i samma takt som patienttillströmningen, vilket gör att trycket på vårdpersonal ökar på mottagningarna. Idag kan ett läkarbesök innefatta en stor del omvårdnadsproblematik vilket kan leda till att patienter med renodlade medicinska problem inte får komma i tid till mottagningen eller får tillräckligt med tid vid besöket, en så kallad undanträngningseffekt.

PROJEKT STARTADES

Den Nationella cancerstrategin uppmanar regionerna att se över sina arbetssätt vad gäller kontinuitet, tillgänglighet och ledtider i cancervården.

Som ett led i detta började ledningen på onkologkliniken i Gävle arbeta fram en plan på hur tillgängligheten för patienterna ska ökas och säkerställa att rätt vård ges på rätt vårdnivå. Tanken på en specialistsjuksköterskeledd mottagning med syfte att styra de patienter som har medicinska behov till läkare, och de med omvårdnadsbehov till sjuksköterska, började växa fram. Fokusgrupper för läkare och sjuksköterskor bildades och en projektplan för ett år arbetades fram.

Projektets syfte och mål är att erbjuda en ökad tillgänglighet för patienterna, bättre kontinuitet, ge en personcentrerad vård, hantera cancerrelaterade komplikationer, frigöra läkartider och avlasta jouren.

Vår förhoppning i projektet var och är att detta sammantaget skulle ge ökad trygghet och bättre livskvalitet hos patienterna.

PATIENTKRITERIER

Projektet riktar sig till patienter med följande problem:

- Sekundärpreventiva åtgärder exempelvis hjälp till rökstopp
- Nutritionsproblem
- Bedömning av svullna ben
- Utslag
- Cytostatika- och strålbehandlingsutlösta biverkningar
- Problem med centrala infarter
- Provtagning
- Samordna kontakter med exempelvis kurator, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut och präst
- Telefonuppföljningar
- Smärtanalys
- Psykosociala uppföljningar när patienten fått tråkigt besked på läkarbesök eller dylikt.

Utifrån patientens aktuella status görs en bedömning på mottagningen om jourläkare måste tillkallas.

SPECIALISTSJUKSKÖTERSANS ROLL

Specialistsjuksköterskan med onkologisk inriktning är en nyckelperson i det professionella team som arbetar runt personer med cancer. Hen har en tvärvetenskaplig kompetens inom omvårdnad, medicin och beteendevetenskap^{1,3}.

En intern intresseanmälan gällande två sjukskötersketjänster på halvtid utlystes. Kriterierna för dessa var att ha en spe-

cialistutbildning med inriktning på onkologisk vård och/eller mångårig erfarenhet inom onkologi.

Vi som fick projektanställningen har båda vidareutbildning inom onkologisk vård och har arbetat inom onkologi i 17 respektive 18 år. Båda har arbetat på olika enheter inom kliniken såsom på avdelning, mottagning, tidbok och dag-sjukvård.

FRÅN IDÉ TILL VERKLIGHET

Startdatum för öppnandet av specialistsjuksköterskemottagningen sattes till 1 november 2015. Då det oss veterligen inte finns någon annan sjuksköterskeledd mottagning med denna inriktning i Sverige fick vi fria händer att utforma mottagningen enligt projektplanen och inom befintlig budget.

De två första veckorna gick åt till att planera mottagningsarbetet. Vi gjorde allt från att lägga upp egen tidbok, utforma remisser, marknadsföra mottagningen för de övriga enheterna på kliniken, till att möblera mottagningsrummet. Som utvärdering bestämdes att patientenkäter fortlöpande ska delas ut och även nya fokusgruppintervjuer kommer att genomföras.

”Patienterna får en lättare och snabbare kontaktväg med vården.”

PATIENTEXEMPEL

Patient under pågående cytostatikabehandling med feber ringer rådgivningen. Hen får en tid direkt till specialistsjuksköterskemottagningen då hen bor i Gävle. När patienten kommer kontrolleras vitalparametrar och prover tas, inklusive blododling. Jouren tillkallas som ordinerar infusion med Ringer Acetat och inom loppet av en timme är patienten inskriven och inlagd på vårdavdelning med antibiotikabehandling. Detta kan sättas i relation till den tid det skulle tagit mellan telefonkontakt och åtgärd om patienten istället gått via hälsocentral eller akutmottagning.

Patient ringer vår rådgivning och är bekymrad över ömmande insticksställe till Piccline. Patienten får komma samma dag för inspektion och åtgärd. Telefonuppföljning dagen efter visar att patienten är besvärsfri. Detta kan jämföras med om patienten gått via sin hälsocentral där man i sin tur i de flesta fall hänvisar till onkologen.

Allogentransplanterad patient med veckovisa blodprovskontroller samt omläggning av CVK. En långvarig kontakt med patienten som får träffa samma sjuksköterska varje vecka, vilken även bevakar provsvaren i samråd med jourläkare och utför eventuella åtgärder till exempel trombocytinfusioner.

Patient med skelettmetastaserad prostatacancer. Telefonuppföljning avseende smärta efter justering av patientens mediciner på läkarbesök tidigare i veckan. Detta i relation

••• vårdutveckling

till att patienten själv kontaktar vår rådgivning eller att ansvarig läkare avsätter tid till att själv kontakta patienten.

Patient med röntgenverifierad pneumonit relaterat till Gemcitabinbehandling som har påbörjat behandling med kortison dagen innan. Patienten bokas in till specialistsjuksköterskemottagningen för kontroll av vitalparametrar, provtagning samt bedömning av allmäntillstånd. Telefonuppföljning bokas in ytterligare tre dagar senare.

Patient med malignt melanom som på läkarbesök fått besked om recidiv. Telefonuppföljning dagen efter för att höra hur patienten mår och eventuellt förmedla kontakt med kurator eller andra önskade/behövda åtgärder.

SYNLIGA RESULTAT

De fördelar som tydligt framträder efter start av specialistsjuksköterskemottagningen är att patienterna får en lättare och snabbare kontaktväg med vården. De får hjälp samma dag de ringer vilket leder till tryggare patienter. Patienterna följs också upp i större utsträckning via telefon eller återbesök hos sjuksköterska. En positiv bieffekt blir även att jourläkaren och i viss mån även telefonrådgivningssköterskan avlastas. I de enkäter till patienterna som hittills lämnats ut är svaren enbart positiva. Vi är i och för sig i ett väldigt tidigt skede av utvärderingen men det ser ut som att specialistsjuksköterskemottagningen behövs.

Mottagningen är fortfarande under utveckling. Det som närmast håller på att introduceras är att blodtryckskontroller och upptitrering av insatta blodtrycksmediciner hos adjuvanta bröstcancerpatienter som behandlas med Trastuzumab där hypertoni konstaterats, ska skötas på mottagningen. Vi ska även se till att MUGA-undersökningar och EKG utförs enligt planering och bevaka svar på dessa för att sedan rapportera till läkare vid behov. Detta är ett led att i tid upptäcka hypertoni i samband med Trastuzumabbehandling. Därmed minskas risken för hjärtpåverkan och antalet "onödiga" MUGA-undersökningar som i dagsläget rutinmässigt görs var 3:e månad på alla adjuvanta Trastuzumabbehandlade patienter kan dras ner.

Det har kommit förslag på att specialistsjuksköterskemottagningen ska ha en samordnande funktion för nyupptäckta lymfompatienter innan behandlingsstart. Vi har i dagsläget inte löst kontaktsjuksköterskefrågan för samtliga diagnosgrupper, men förslaget är fortfarande enbart på diskussionsstadiet.

REFERENSER

1. De Leeuw & Larsson (2013). Nurse-led follow-up care in cancer; what is known and what is needed. *Supportive Care in Cancer*, 21: 2643-2649

2. Cancerfonden.se

3. Larsson et al. (2007), *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (1), 49-59

KARIN HORN OCH HELENE HENRIKSSON, SJUKSKÖTERSKOR
MED SPECIALISTINRIKTNING, REGION GÄVLEBORG,
DIVISION OPERATION, ONKOLOGISK DAGSJUKVÅRD GÄVLE.
KARIN.HORN@REGIONGAVLEBORG.SE,
HELENE.HENRIKSSON@REGIONGAVLEBORG.SE

