

Inte omöjligt förändra

– många lärdomar kring SVF från Södersjukhusets satsning

Att införa nya tvärprofessionella arbetsätt – det har varit den viktigaste framgångsfaktorn när personalen vid den urologiska kliniken på Södersjukhuset summerar erfarenheterna av att införa standardiserade vårdförlopp för patienter med prostatacancer och urinblåsecancer. Andra nycklar har varit samverkan, förankring och återkoppling. Förståelsen för andras arbetsuppgifter har ökat och det har bildats viktiga nätverk samtidigt som många fått insikten att det faktiskt går att förändra sådant som man ibland tror är omöjligt. Med denna erfarenhet kommer klinikkens personal att vara väl förberedd inför 2017 då SVF för njurcancer och testikelcancer införs, skriver **Nina Hageman**, sjuksköterska och verksamhetsutvecklare vid kliniken i en sammanfattning av erfarenheter och angreppssätt.

Riksdag och regering satsar 500 miljoner kronor per år under perioden 2015–2018 för att förkorta väntetiderna för cancerpatienter genom att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) inom alla landsting i Sverige. Projektet förväntas genomföras genom ett utökat multidisciplinärt samarbete mellan olika specialiteter som är involverade i patientens diagnos och behandling.

Utöver att förkorta väntetiderna syftar SVF också till att patienterna ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård. Regionala skillnader i cancer vården ska försvinna och linjeorganisationen ska knytas närmare de regionala cancercentrumen. Patienterna ska få en mer jämlik vård med högre kvalitet och de ska känna sig nöjdare. Varje process utgår från det nationella vårdprogrammet för respektive diagnos och ska inte på något sätt avvika från vårdprogrammet.

Modellen är inspirerad av den danska modellen "pakkeforløb" som infördes 2007 och som där gett påtagligt förkortade väntetider i cancer vården. En förutsättning för att lyckas är ett personcentrerat arbetsätt som också kräver kommunikation och involvering av patient och närstående. Först ut i Sverige för detta projekt var fem olika cancerdiagnoser där bland annat prostatacancer och cancer i urinblåsan och övre urinvägar ingår. Prostatacancer är med cirka 9 000 diagnostiserade patienter per år den vanligaste cancersjukdomen i Sverige. När det gäller blåscancer diagnostiseras 2 400 nya fall per år.

Regionalt cancercentrum för Stockholm/Gotland utsåg Danderyds sjukhus som pilot för att införa SVF för cancer i urinblåsan och Södersjukhuset fick uppdraget att införa SVF för prostatacancer som pilotprojekt.



”det omöjliga”



••• standardiserade vårdförlopp

SVF identifieras och mäts genom olika KVÅ-koder kopplade till respektive diagnos och dokumenteras sedan i patientens journal beroende på var i förloppet patienten befinner sig. Koderna redovisas vidare till Socialstyrelsen för regionala och nationella mätningar av resultaten gällande ledtider.

AMBITIONERNA MED SVF

Till skillnad mot flertalet landsting i övriga Sverige sker cirka 86 procent av all prostatacancer-diagnostik i den öppna specialistvården för urologi. Majoriteten av cystoskopier för utredning av misstänkt cancer i urinblåsan sker även i vårt nätverk av öppenvårdsurologer. De skickar sedan remiss till oss för vidare behandlingsdiskussion och start av behandling.

Ambitionen för oss hösten 2015 var, förutom att minska ledtider, att öka kvaliteten, utöka det multidisciplinära arbetet och korta de administrativa vägarna för bättre logistik i SVF-processerna.

Redan från start bestämde vi oss för att införa båda förloppen parallellt. Vi bildade interna processgrupper utifrån våra olika professioner och kompetenser, varav två urologläkare utsågs som medicinskt ansvariga för respektive diagnos. Som processledare antog jag den övergripande rollen att driva, samordna, koordinera och organisera vårt arbete.

”Nyckeln till framgång vid förändrings- och utvecklingsarbete är att till en början förstå syftet med förändringen, vad man förväntar sig att förändringen ska leda till och vad som påverkar processen.”

KARTLÄGGNING AV VERKSAMHETEN

För övergripande förståelse för hur vi arbetade i vår egen verksamhet och utifrån våra respektive ansvarsområden började vi med att kartlägga administrationen kring våra patienter och vilka aktörer som var involverade i patientens väg genom vården från remissankomst till dess patienten startade sin behandling.

Genom nationella kvalitetsregistret INCA försökte vi själva få fram antalet patienter som tidigare passerat oss under 2014 för att få en uppfattning om volymen av patienter som skulle ingå i de båda SVF-processerna. Trots olika IT-system och kvalitetsregistreringssystem visade det sig inte helt lätt att få fram korrekta siffror för att spegla verkligheten.

Vi lyckades inte på ett enkelt och tillförlitligt sätt få fram antalet prostatacancerfall av låg/intermediär och högrisk som hade handlagts hos oss under det senaste året, utan vi fick gå igenom patient för patient manuellt. Resultatet visade att

vi delar av 2014 och 2015 handlagt cirka 300 nyupptäckta prostatacancerfall och omkring 150 nydiagnostiserade blåscancerfall. Utifrån denna volym patienter utförde vi sammanlagt 86 prostatektomier och 150 transuretrala resektioner av ny urinblåsa (TURB).

Varje SVF-process är utformad med rekommenderade ledtider för varje del i vårdförloppet, från det att patienten får besked om välgrundad misstanke om cancer till start av behandling. Exempel på detta är när patienten ska genomgå vissa röntgenundersökningar, få besked om röntgensvar samt få sitt PAD-besked för att vi i slutänden ska leverera rätt ledtid från start till stopp. I enlighet med ovanstående beskrivning har aktiviteter som hanteras av våra medaktörer varit, och är till viss del fortfarande, sådant som vi haft svårt att påverka inom vår specialitet men som vi är ytterst beroende av för att ta nästa steg i diskussion och beslut om patientens behandling.

Därför var det tidigt viktigt att bilda nätverk med nyckelpersoner inom patologi, radiologi, onkologi och öppenvårdsurologer för att få kunskap om hur långt de kommit i sina SVF-processer. Representanter från olika specialistområden har därför regelbundet deltagit i våra processmöten för att diskutera hur vi tillsammans kan hitta effektivare sätt att samarbeta.

BEHOV- OCH RESUR SINVENTERING

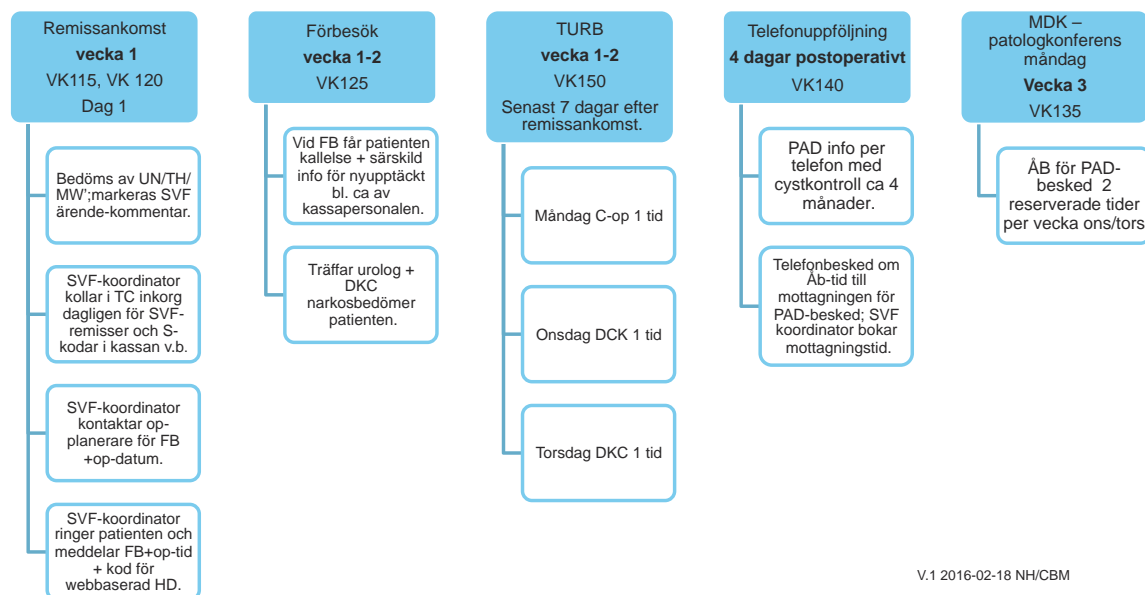
Nyckeln till framgång vid förändrings- och utvecklingsarbete är att till en början förstå syftet med förändringen, vad man förväntar sig att förändringen ska leda till och vad som påverkar processen. Långsiktigt hållbara förändringar måste ta tid och man måste våga utmana vissa övertygelser, fördomar och värderingar hos medarbetare – men också skapa en tillit till att förändringen kommer att kunna genomföras.

Samtliga medarbetare, oavsett profession, fick utbildning om SVF och om vad som krävdes av oss för att uppnå målen. Under hösten deltog vi på varje enhets APT för att förmedla SVF-budskap, informera om vad det praktiskt skulle innebära för oss på kliniken, inhämta eventuella invändningar och farhågor från medarbetarna och besvara frågor. Under dessa möten var vi också noga med att förmedla målet att ha tydliga uppföljningar och utvärderingar för varje förlopp under projektets gång. Vi sökte medel från RCC och anställde en SVF-koordinator som bland annat har till uppgift att vara patientens kontakt vid frågor, boka in undersökningar, följa tillgänglighet och aktuella väntetider.

Majoriteten av de prostatacancerpatienter som diagnostiseras insjuknar i cancer av låg eller intermediär risk. För att undvika förhastade beslut kan det vid lågriskcancer och första behandlingsdiskussion finnas ett värde för patienten i att pausa inför vidare planering för behandling. När väl beslut tagits för kirurgisk behandling ska patienten erbjudas, enligt SVF, en operationstid 14 till 28 dagar efter behandlingsbeslut beroende på om det är en hög-, intermediär- eller lågriskcancer.

För att vi ska kunna leverera en operationstid inom denna ram har vi under våren omstrukturerat robotteamet för ökad flexibilitet vid operationsplanering. Tidigare opererade robotteamet för prostatacancer varannan vecka med förskjutning i patientens förlopp som resultat. Genom att prostatateamet

SVF urinblåsecancer – flödesschema



V.1 2016-02-18 NH/CBM



och njurcancerteamet nu assisterar varandra vid sina respektive operationer skapar det ett jämnare leveransflöde.

För blåscancerbehandling (TURB) har vi reserverat tre operationstider i veckan för att i möjligaste mån behandla patienten inom rätt ledtid. Vi har även reserverat fasta mottagningstider för PAD-besked och behandlingsdiskussioner. Vi identifierade också behovet av fasta tider varje vecka för magnetröntgen, skelettscint och datortomografiundersökningar för ett jämnt och snabbt flöde, men av olika skäl har vi tyvärr ännu inte lyckats få sådana tider från röntgenavdelningen.

VIKTIG KVALITETSSÄKRING

Som tidigare nämnts har landstingen i Sverige ålagts att registrera KVÅ-koden för välgrundad misstanke om cancer och start av behandling. Resterande KVÅ-koder har inte varit tvingande att journalföra i år, men för att kvalitetssäkra våra egna ledtider och identifiera flaskhalsar i patientens flöde har vi valt att KVÅ-koda samtliga aktiviteter som vi ansvarar för i patientens journal. På så sätt kan vi enkelt identifiera hur många dagar det tagit för patienten från remissankomst till dess patienten har deltagit i exempelvis MDK och vidare till att patienten haft sin första behandlingsdiskussion med urologläkaren.

Med blåscancer först ut började vi i februari att arbeta med vårt nya utarbetade flöde enligt SVF:s rekommendationer, tätt

följt av prostatacancerförloppet. Under tiden har vi haft regelbundna avstämningsmöten och resultatuppföljningar med våra processmedlemmar och medarbetare för respektive SVF-process.

Vi upptäckte då att medarbetarnas följsamhet till tidigare tagna beslut ibland sviktade. Det amerikanska kvalitetsinstitutet för hälso- och sjukvård, Joint Commission, beskriver att rapporterade vårdavvikelser som resulterat i vårdskador i över 60 procent av fallen beror på bristande kommunikation mellan olika vårdgivare. Kommunikation är ofta komplex och bristerna beror sällan på att någon slarvar eller inte är uppmärksam. Istället handlar det ofta om missförstånd mellan medarbetare eller att man tolkat informationen på annat sätt än vad som var avsett. Därför har det varit extra viktigt att ha dessa täta uppföljningar för att stämma av att vi gör det som vi har beslutat eller att vi behöver tänka om och revidera vissa beslut.

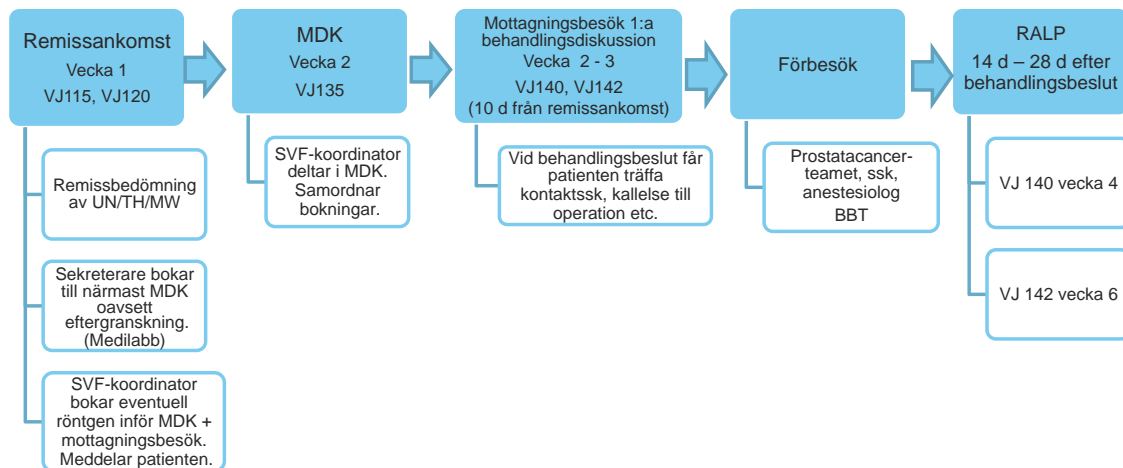
HÖGA MÅL SATTES UPP

Vi har saknat verktyg för att på ett systematiskt sätt rapportera administrativa avvikelser i våra förlopp på ungefär samma sätt som när man rapporterar vård- och/eller arbetsmiljöavvikelser inom vården. Det har gjort att det varit svårt att identifiera och förstå varför och vilka medarbetare inom respektive profession som inte följt tagna beslut.

Utöver att korta ledtider satte vi höga mål såsom minskad administration, ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter,

••• standardiserade vårdförlopp

Behandling RALP



SÖS
SÖDERSJUKHUSET

skapa delaktighet hos medarbetarna och patient samt att ta vara på varandras kompetens. Som exempel på enkla åtgärder och resultat kan nämnas att vi har minskat vår pappersadministration. Remisser faxas istället för att skickas per post med flera dagars förseningar, vi har minskat eftergranskningar av PAD-preparat för prostatacancer, vi placerar prostata i "rätt" burk vid operationstillfället vilket underlättar för Patologen och vi har säkerställt att de veckovisa MDK-träffarna inte inträffar på röda dagar för att undvika att patientbedömning skjuts upp med dominoeffekt.

Samarbetet med urologerna i öppenvården har alltid varit viktigt för oss för att på ett så snabbt sätt som möjligt hantera patienterna i deras olika vårdprocesser. I och med tillskottet av vår SVF-koordinator har vi knutit ännu tätare kontakt med urologerna inom öppenvården vilket resulterat i en enklare och snabbare dialog och att vi med kort varsel kan utnyttja lediga mottagningstider hos varandra.

Vid remissankomst för en patient med misstänkt blåscancer bedömer våra särskilt ansvariga urologer remissen redan samma dag. SVF-koordinatörn kontaktar samtidigt patienten per telefon och informerar om SVF-förloppet, det planerade operationsdatumet och om nödvändigheten av att lämna blod- och urinprov så snart som möjligt vid närmsta Karolinska-laboratorium. Patienten fyller samtidigt, tillsammans med SVF-koordinatörn, i en elektronisk hälsodeklaration för att säkerställa status inför förbesök hos urolog och anestesibedömning.

"Utöver att korta ledtider satte vi höga mål såsom minskad administration, ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter, skapa delaktighet hos medarbetarna och patient samt att ta vara på varandras kompetens."

Prostatacancerförloppet är som tidigare nämnts komplext och det är svårt att få fram resultat på hur vi arbetar med ledtider, men från och med januari 2016 har vi i skrivande stund registrerat 153 kompletta förlopp från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling. Tack vare enkla åtgärder slussar vi idag patienten snabbare genom förloppet än vi tidigare gjort.

För blåscancerförloppet har vi under samma period registrerat 133 kompletta förlopp. Genomsnittligt antal dagar från välgrundad misstanke till start av behandling (TURB) eller till avslut av SVF till följd av andra skäl är 15 dagar. Medianledtiden för TURB är 7 dagar.

Dessa siffror är tagna från vår interna statistik efter att ha registrerat samtliga KVÅ-koder i respektive förlopp.

VÅRA FARHÅGOR – OCH HUR DET GICK

Vi hade en del farhågor innan vi startade med våra utarbetade SVF-flöden, till exempel att vi skulle riskera outnyttjade tider på mottagning och operation. Majoriteten av patienter med nydiagnostiserad cancer i urinblåsan är över 70 år och ofta multisjuka. Enligt tidigare erfarenhet har de ibland haft svårt att anpassa sig till korta ledtider då vi snabbt har försökt boka in dem för operation. Under våren har vi inte haft problemet med ombokningar eller patienter som uteblivit från bokade besök. Kanske tack vare att vi blivit tydligare i vår kommunikation med patienten kring misstanke om cancer och vad ett standardiserat vårdförlopp innebär.

I och med införandet av SVF var vi oroliga för en ökad undanträngningseffekt för våra övriga patienter som inte ingår i SVF, patienter med benigna sjukdomsförlopp. Vi har ingen effektiv eller tillförlitlig metod att mäta undanträngningseffekter som ett resultat av SVF-införandet, förutom möjligheten att följa antalet viten som vi varje månad betalar på grund av att vi inte klarar vårdgarantin. Att vi inte klarar vårdgarantin beror på många olika saker utöver SVF såsom brist på sjuksköterskor, urologer och operationssalar samt ett eventuellt ökat inflöde av remisser. Av den anledningen kan vi inte dra några slutsatser kring detta.

I och med linjeorganisationen på Södersjukhuset hade vi en farhåga i hur processgrupperna skulle agera vid svårigheter att komma överens och ta beslut inom de multidisciplinära och tvärprofessionella professionerna. Vi var osäkra på vem eller vilken funktion som hade mandat att ta beslut som gruppen själva inte kunde enas kring eller om övergripande beslut behövdes tas. Denna farhåga besannades lyckligtvis inte utan vi har haft ett gott samarbete inom kliniken och mellan olika aktörer med lösningsorienterade, konstruktiva och kreativa diskussioner med patientens i fokus.

FORTSATTA UTMANINGAR I HÖST

Med SVF som katalysator för att påskynda patientens vårdförlopp har vi på kort tid genomfört många förändringar och utarbetat en del nya rutiner på kliniken. Vi har hållit ett högt tempo under dessa månader och en utmaning är att göra det även framgent.

Det övergripande målet var i första hand att minska ledtiderna för patienterna i de olika förloppen utan att förlora i kvalitet eller patientsäkerhet. Den största utmaningen är hur vi ska förvalta och driva arbetet vidare framöver – hur vi ska skapa en organisation för hur förvaltningen på sjukhuset ska se ut så att vi inte faller tillbaka i att, som tidigare, arbeta i "stuprör". Det finns behov av en övergripande förvaltningsgrupp på central nivå med ansvar och helikopterperspektiv för alla vårdförloppen på sjukhuset. Vi behöver även förvaltnings-, uppföljnings- och utvecklingsansvar på klinisknivå.

För att lyckas kommer vi under hösten att bilda en SVF-förvaltningsgrupp med processägare, processledare och processmedlemmar med tydliga leveransuppdrag utifrån våra olika roller och funktioner.

Det finns en risk att vi blir förblindade av att arbeta med att korta patientens ledtider i SVF. Vi måste påminna oss om att inte arbeta så snabbt att resultatet blir ogenomtänkt. För att utveckla kvaliteten i det vi levererar till patienten idag behöver vi arbeta fram rutiner för hur vi ska upprätta skriftliga individuella vårdplaner till varje patient, genomlys MDK och öka kvaliteten genom att förbereda oss bättre, vara tydligare med våra roller och funktioner – och att bättre använda oss av den kompetens som finns hos de olika specialisterna. Vi behöver också säkerställa olika funktioners arbetsuppgifter såsom kontaktsjuksköterskans, SVF-koordinators och mottagningsköterskornas utifrån ett SVF-perspektiv. Vi har även ambitionen att i högre grad arbeta med personcentrerad vård i SVF-förloppen, detta genom att samarbeta med patienterna i eventuella fokusgrupper i syfte att inhämta kunskap om patienternas behov.

ERFARENHETER I KORTHET

Den viktigaste framgångsfaktorn för vårt införande av kortare väntetider för prostata- och urinblåsecancer har varit att arbeta tvärprofessionellt och att införa nya arbetssätt. Andra nycklar har varit samverkan, förankring och återkoppling. Genom att från start få med många kompetensers perspektiv, exempelvis medicinska sekreterare och läkare, har vi effektivt hittat nya arbetssätt för att korta väntetiderna för våra patienter. Utöver det har vi bildat nätverk, ökat förståelsen för varandras arbeten och insett att det går att förändra sådant som man ibland tror är omöjligt. Med denna erfarenhet kommer vi att vara väl förberedda inför införande av SVF för njurcancer och testikelcancer 2017.

REFERENSER:

<http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>

Sharp, L. (2001). Effektiv kommunikation för säkrare vård

Alexandersson, C, Pettersson, S (2001). Leda med förtroende. Sisu idrottsböcker.

NINA HAGEMAN LEG. SJUKSKÖTERSKA,
VERKSAMHETSUTVECKLARE
UROLOGISKA KLINIKEN, SÖDERSJUKHUSET,
NINA.HAGEMAN@SODERSJUKHUSET.SE

