



Spørgeskema- undersøgelse om forløbskoordination på kræftområdet

Udarbejdet af temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling*,
december 2012

Udarbejdet af temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling* under Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb

© Temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling*, december 2012

Dette projektnotat citeres således:

Temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling*, "Spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination på kræftområdet", Projektnotat, København, december 2012.

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:

Temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling*
Kvalitet & Patientsikkerhed
Kræftens Bekæmpelse
Strandboulevarden 49
2100 København Ø
www.cancer.dk

Telefon: 35 25 75 00

E-mail: mbar@cancer.dk

Forord

Kræftens Bekæmpelse og De Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) tog i efteråret 2011 - efter aftale med Danske Regioner - initiativ til etablering af en national arbejdsgruppe for patientsikkerhed i kræftforløb. Under den nationale arbejdsgruppe blev flere temagrupper nedsat. Denne analyserapport er udarbejdet af temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling*, der har haft til formål at belyse, hvilke patientsikkerhedsrisici kræftpatienter udsættes for i overgangssituationer, og på udvalgte områder at komme med anbefalinger og forslag til løsninger.

Temagruppen valgte, som en del af sit arbejde, at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination på kræftområdet. Spørgeskemaet blev udformet med udgangspunkt i pakkeforløbene og aftaleteksten for Kræftplan III vedrørende den organisatoriske forløbskoordinationsfunktion, som det blev pålagt regionerne at indføre. Formålet var at få viden om, og indsigt i, hvordan forløbskoordinationsfunktionen udmøntes lokalt, med særligt fokus på forhold relateret til kvalitet og sikkerhed i patientovergange. Med undersøgelsen ønsker temagruppen at bidrage til den fortsatte udvikling af forløbskoordination på kræftområdet og til sygehusenes og de kliniske afdelingers arbejde med at styrke sikkerheden i patientovergange.

Spørgeskemaet, dataanalysen og analyserapporten er, i tæt samarbejde med temagruppens øvrige medlemmer, udarbejdet af:

- Janne Lehmann Knudsen, Afdelingschef (formand)
Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse
- Hanne Nafei, Afdelingssygeplejerske
Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus
- Per Gandrup, Ledende overlæge
Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling, Aalborg Sygehus
- Karina Rahbek Jespersen, Sundhedsfaglig konsulent (faglig sekretær)
Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse
- Stine Finne Jakobsen, Kvalitativ analysekonsulent
Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse

Spørgeskemaundersøgelsens resultater indgår i temagruppens dokumentationsrapport, der beskriver gruppens arbejde i detaljer, herunder gruppens afgrænsning af problemstillingen, analyser og konklusioner, der tilsammen har dannet baggrund for de anbefalinger, gruppen har fremsat.

København, december 2012

Temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling*,
Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammenfatning	6
1. Introduktion til rapporten	9
2. Fremgangsmåde og datagrundlag	11
2.1 Spørgeskemaundersøgelsen	11
2.2 Deltagerne.....	11
2.3 Dataanalyse.....	12
3. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen	13
3.1 Den organisatoriske ramme.....	14
3.2 Forløbskoordinatorernes arbejdsopgaver	16
3.3 Patientsikkerhed og oplevede barrierer	26
4. Skematisk opsummering af undersøgelsens resultater	36
5. Diskussion af resultaterne i forhold til sammenhæng i patientforløb	38
6. Afrunding	42
7. Referencer	43
Anneks 1 - Spørgeskema	44
Anneks 2 - Kvantitative analyseresultater	56

Liste over figurer og tabeller

Figur 1: Organisatorisk placering.....	14
Figur 2: Respondenternes uddannelse.....	15
Figur 3: Har patientkontakt	19
Figur 4: Afdelingen har særlig forløbsleder/ansvarlig	26
Figur 5: Har funktionen forbedret kvaliteten i patientforløbet?.....	27
Figur 6: Har funktionen forbedret patientsikkerheden?	28
Tabel 1: Antal forløbskoordinatorer per enhed	15
Tabel 2: Andel af arbejdstid, der bruges på forløbskoordination	16
Tabel 3: Beslutningsmyndighed til at ændre i patientforløb	25
Tabel 4: To modeller for udmøntning af forløbskoordinationsfunktionen.....	37

Sammenfatning

Temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling* under Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb gennemførte i juni-august 2012 en spørgeskemaundersøgelse om forløbskoordination på alle kliniske afdelinger, der udreder og/eller behandler kræftpatienter. Det blev i 2010 politisk vedtaget, at indføre organisatoriske forløbskoordinatorer på sygehusniveau for patienter med livstruende kræft eller hjertesygdom. I følge udmøntningsplanen for Kræftplan III og retningslinjerne for pakkeforløbene for kræft skal forløbskoordinatorfunktionen aftales, tilpasses og udvikles lokalt. Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse har været, at indsamle faktuelle beskrivelser af hvordan forløbskoordinationsfunktionen udmøntes på de kliniske afdelinger, herunder den organisatoriske ramme, funktionsområder og styrker og svagheder.

Spørgeskemaundersøgelsens resultater og konklusioner skal ses i lyset af, at undersøgelsen er designet som en form for "egen evaluering", hvor forløbskoordinatorer beskriver egne arbejdsopgaver og oplevede positive effekter og barrierer. Undersøgelsens overordnede konklusioner bevæger sig ind på det organisatoriske og driftsmæssige område omkring forløbskoordinationsfunktionen, og kan forhåbentlig inspirere Danske Regioner og andre der arbejder med videreudviklingen af forløbskoordinationsfunktionen indenfor såvel kræft som andre sygdomsområder.

Undersøgelsens metode

Spørgeskemaets 75 spørgsmål afdækker organisatoriske forhold, arbejdsopgaver og oplevede barrierer i opgavevaretagelsen. Efter en pilottest af skemaet på tre afdelinger på tre forskellige sygehuse, blev den endelige version udformet. Ud fra Kræftens Bekæmpelses oversigt over enheder, der udreder og/eller behandler patienter med kræft blev 96 kliniske afdelinger identificeret. Spørgeskemaet blev fremsendt elektronisk til den ledende overlæge og afdelingssygeplejerske, som blev bedt om at videresende skemaet til forløbskoordinatorerne.

Datasættet udgøres af 90 fuldt besvarede og 17 delvist besvarede spørgeskemaer fra 72 forskellige kliniske afdelinger, hvoraf nogle har indsendt flere spørgeskemaer. Det dækker alle landets regioner samt alle sygehuse på nær ét. Af de resterende afdelinger/enheder reagerede 12 ikke på henvendelsen, 10 svarede at de ikke har en forløbskoordinator, og to ønskede ikke at deltage. De lukkede svar blev gjort til genstand for kvantitativ analyse, og der blev foretaget en kondensering og meningsanalyse af de åbne svar som identificerede gennemgående temaer.

Den organisatoriske ramme

Den største faggruppe blandt respondenterne er sygeplejersker (62 %), herefter følger sekretærer og andet (26 %), og dernæst læger (12 %); 3/4 er organisatorisk placeret på klinik eller afdelingsniveau, heraf flest på kirurgiske og dernæst på onkologiske afdelinger. Afhængig af klinikken eller afdelingens type og størrelse udredes og/eller behandles fra 3-5 til 3-400 kræftpatienter per uge. Blandt de kliniske afdelinger har 14 % ingen forløbskoordinator ansat, her er forløbskoordinationsfunktionen typisk lagt ind i eksisterende stillinger og varetages f.eks. af en læge eller sekretær, knap 50 % har ansat én forløbskoordinator, og resten har ansat to eller flere. 56 % af respondenterne bruger 75-100

% af deres arbejdstid på forløbskoordination og resten bruger 25-50 %. Overordnet udmøntes forløbskoordinationsfunktionen efter principperne i "stafetmodellen" og varetages sekventielt af forskellige fagpersoner igennem patientens forløb; omkring 10 % angiver, at de følger patientens forløb på tværs af behandlende afdelinger og sygehuse.

Forløbskoordinatorernes arbejdsopgaver

I relation til forløbskoordinationsfunktionen varetager respondenterne følgende arbejdsopgaver: 1) patientkontakt og vejledning, 2) planlægning og koordinering af patientforløb og multidisciplinære team (MDT) konferencer, 3) overvågning af patientforløb, 4) internt og eksternt samarbejde, 5) registrering og dokumentation og 6) vejledning og undervisning. 81 % har som regel eller altid patientkontakt, og mange ser sig selv primært som kontaktperson og vejleder for patienterne. 46 % deltager som regel eller altid i MDT-konferencer med stort fagligt og organisatorisk udbytte. For at sikre patientovergangene tager forløbskoordinatorerne ofte personlig kontakt til den modtagende enhed.

Af datamaterialet fremstår to forholdsvis tydelige modeller for udmøntning af forløbskoordinationsfunktionen: a) "Planlæggende koordination", som omfatter patientkontakt, visitering, planlægning af pakkeforløb og tidsbestilling, der typisk foregår i enheder som udreder patienter henvist til pakkeforløb for kræft, og b) "Problemløsende koordination", som omfatter monitorering og organisatorisk støtte til enkelte særligt komplicerede patientforløb, der typisk foregår i behandlende enheder, f.eks. onkologiske afdelinger, der modtager patienter som er i gang med et pakkeforløb.

Patientsikkerhed og oplevede barrierer

Overordnet er der enighed blandt respondenterne om, at forløbskoordinationsfunktionen gør en positiv forskel for koordineringen af kræftpatienters forløb, og 59 % vurderer, at patientsikkerheden er forbedret. Især fremhæves bedre information og vejledning af patienter, hurtigere forløb med mindre unødigt ventetid i overgangene, bedre registrering og monitorering, der betyder, at fejl og utilsigtede hændelser hurtigere opdages og forebygges og et styrket tværfagligt samarbejde. Etableringen af samarbejdsaftaler mellem afdelinger, afsnit eller sygehuse fremstår som et særdeles vigtigt redskab, herunder muligheden for at booke tider direkte i andre afdelingers systemer. I praksis betyder det, at den henvisende afdeling med det samme kan informere patienten om tidspunktet for næste undersøgelse eller behandling. Der er gode erfaringer med, at forløbskoordinatorerne har fast telefontid, hvor patienter og samarbejdspartnere kan ringe og få information og vejledning. Dette aflaster resten af personalet, og for patienterne betyder det, at de altid kan få fat i en person, som kender til deres forløb.

Samtidig identificerer undersøgelsen en række barrierer, som bør adresseres for at forløbskoordinationsfunktionens potentiale for at fremme patientsikkerhed i overgange udnyttes til fulde. Bl.a. risikoen for at funktionen bliver et 'ekstra led', som komplicerer rettere end forenkler patientforløbene, hvis der ikke foreligger en tydelig ansvars- og kompetencefordeling imellem fagpersoner på de enkelte afdelinger. Ligeledes begrænses funktionen af organisatoriske barrierer, bl.a. flaskehalse skabt af begrænset ambulant kapacitet, udfordringer i det eksterne samarbejde, problemer med registreringssystemerne og mangel på fælles journaliseringssystemer mellem sygehuse og sektorer. 27 % af respondenterne har ikke, eller ved ikke om de har, en funktionsbeskrivelse, hvilket giver

anledning til uklarheder i forhold til målsætning og prioritering af arbejdsopgaver. Et kontinuerligt indtag af nye patienter betyder ofte, at planlægningen af nye pakkeforløb prioriteres over monitoreringen af igangværende patientforløb. På trods af at gældende retningslinjer fordrer, at forløbskoordinationsfunktionen er repræsenteret ved MDT konferencer, deltager 42 % sjældent eller aldrig. Koordineringen og monitoreringen af patientforløb, der afviger fra kræftpakkernes fastlagte trin udgør en særlig udfordring, som kræver øget organisatorisk bevågenhed. Enkelte respondenter har mødt modstand fra kolleger og samarbejdspartnere, når de agerer talerør for patienterne og påpeger fejl, mangler og uhensigtsmæssige patientforløb.

Forslag til forbedring af funktionen

Respondenterne kommer med en lang række konstruktive forslag til ændringer og forbedringer af forløbskoordinationsfunktionen. Bl.a. at funktionen tænkes på tværs af afdelinger, således patienten kun har én forløbskoordinator gennem hele sit forløb, at fast repræsentation ved MDT-konferencerne vil sikre, at funktionen udnyttes optimalt og at en fast telefontid vil aflaste resten af personalet og virke som en kontaktfunktion for patienterne, der dermed sikres bedre adgang til information og vejledning. Samtidig fremhæves klare funktionsbeskrivelser, at ledelsen prioriterer arbejdet med kvalitetsudvikling og funktionens potentiale for at skabe kvalitetsforbedringer samt etableringen af samarbejdsaftaler mellem forskellige afdelinger for at sikre optimal koordinering af patientforløb og øget patientsikkerhed. Slutteligt efterspørges kurser eller temadage samt vidensdeling og faglig sparring med forløbskoordinatorer i andre afdelinger eller på andre sygehuse.

1. Introduktion til rapporten

På kræftområdet har arbejdet med at styrke kvaliteten, og sikre overgangene, i patienternes forløb haft stor politisk bevågenhed de sidste 10 år. Tre kræftplaner, opfølgende økonomiaftaler, finanslove og øvrige politiske aftaler har sat scenen for indsatsen. Kræftplan II fra 2005 introducerede ideen om patientforløb organiseret i pakker, her defineret som "patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd fastlagt forløb" (3, afsnit 6). Med aftalen mellem den daværende regering og Danske Regioner om Akut Kræft fra 2007 kom det politiske grundlag på plads for en fuld udbredelse af pakkeforløb til at omfatte alle kræftformer i løbet af 2008/2009 (4, 5). Aftalen lægger vægt på kræftpatienters krav på akut handling og klar besked fra sundhedsvæsenet; information til patienterne ses om en integreret del af forløbspakkerne, og alle kræftpatienter skal have en fast *kontaktperson*. Uden at koordinering nævnes specifikt præciseres det, at arbejdsgangene og arbejdstilrettelæggelse skal forbedres, og flaskehalse forebygges for at undgå unødigt ventetid.

I marts 2010 indgik den daværende regering og Dansk Folkeparti en aftale om, at *alle* kræft- og hjertepatienter hvis sygdom er livstruende har ret til en *forløbskoordinator*, der skal sikre koordination af de ofte længerevarende sygdomsforløb (6, side 64). Næsten samtidig konkluderede Sundhedsstyrelsen i sit faglige oplæg til Kræftplan III, at der mangler overblik og viden om effekterne af de forskellige koordinationsformer der er iværksat for, at understøtte sammenhængende patientforløb for kræftpatienter (ibid.). I den fælles udmøntningsplan for Kræftplan III præciseres det, at *forløbskoordinatorfunktionen* skal inkluderes som et nyt element ved revisionen af pakkeforløbene i 2011, jf. aftaleteksten, dog "under hensyntagen til allerede eksisterende forløbskoordinatorfunktioner og deres organisering" (1). Der er således lagt op til lokal variation i den konkrete varetagelse af den nu obligatoriske funktion.

Ifølge pakkeforløbsbeskrivelser fra 2011/2012 retter *forløbskoordinationsfunktionen* sig mod koordineringen af det enkelte patientforløb, idet formålet er, "at sikre sammenhæng i pakkeforløbet og undgå unødigt ventetid" (7). Det slås fast, at for at sikre sammenhængende aktiviteter og kontinuitet bør funktionen være repræsenteret ved MDT-konferencer. Der åbnes op for, at forløbskoordinationsfunktionen kan varetages på mange måder, være placeret hos én eller flere personer, som varetager forløbskoordinationen i fællesskab eller successivt, forankret i forskellige afdelinger, sygehuse eller sektorer. Det er et lokalt ledelsesansvar at sikre en beskrivelse af, hvordan forløbskoordinationsfunktionen udvikles, organiseres og forankres i de konkrete sammenhænge (7).

Både i udmøntningsplanen for Kræftplan III og i pakkeforløbsbeskrivelserne tages hensyn til lokale forhold og allerede eksisterende forløbskoordinatorfunktioner, og der opstilles derfor ingen klar fælles definition af den nye funktions ansvarsområde og evalueringsmål. Den Danske Kvalitetsmodel opstiller ingen specifikke krav og standarder om forløbskoordinationsfunktionen, men udelukkende krav om udpegning af en forløbsansvarlig. Forløbskoordinationsfunktionen er således defineret og udmøntet på de kliniske

afdelinger ud fra lokale behov og eksisterende funktioner. Nogle sygehuse har oprettet nye fuldtidsstillinger og/eller deltidsstillinger, og andre har frikøbt timer hos eksisterende medarbejdere. Status er, som Sundhedsstyrelsen også konkluderer i sit faglige oplæg til Kræftplan III, at der mangler overblik over de lokale løsningsmodeller for forløbskoordinationsfunktionen, og effekterne af at indføre funktionen er sparsomt dokumenterede (6).

For at genere viden om, og indsigt, i forløbskoordinationsfunktionens lokale udmøntning valgte temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling* under Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb, at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse på alle kliniske afdelinger, der kræftudreder og/eller behandler patienter. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var, at indsamle faktuelle beskrivelser af hvordan forløbskoordinationsfunktionen udmøntes lokalt, herunder den organisatoriske ramme, de konkrete arbejdsopgaver og oplevede styrker og svagheder. Undersøgelsen blev gennemført i juni-august 2012, og denne rapport præsenterer metoden, datasættet og resultaterne.

Rapportens opbygning

Kapitel 1 giver en introduktion til baggrunden for rapporten.

Kapitel 2 præsenterer spørgeskemaundersøgelsens metode og datasættet, der ligger til grund for rapporten.

Kapitel 3 præsenterer resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen vedrørende forløbskoordinatorernes organisatoriske forankring, arbejdsopgaver og udfordringer.

Kapitel 4 præsenterer en model med to typologier af forløbskoordinationsfunktion.

Kapitel 5 er en diskussion af hvad forløbskoordinationsfunktionen betyder for patientsikkerhed i overgangene.

Kapitel 6 er en afrunding på rapporten

2. Fremgangsmåde og datagrundlag

2.1 Spørgeskemaundersøgelsen

Rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse som temagruppen *Overgange i udredning, diagnostik og behandling* gennemførte i perioden medio juni 2012 til ultimo august 2012.

Spørgeskemaet blev udarbejdet af medlemmer af temagruppen på baggrund af den eksisterende viden om forløbskoordinationsfunktionen. Inden spørgeskemaet blev udsendt, blev en pilottest af skemaet gennemført. Her blev spørgsmålene testet for forståelse og relevans med personer på tre forskellige afdelinger på tre forskellige sygehuse. Dette gav anledning til enkelte ændringer. Den endelige version kan ses i annek 1. Spørgeskemaet indeholder 75 spørgsmål – både lukkede og åbne, hvor respondenter selv skriver svaret i fritext. Spørgsmålene i spørgeskemaet handler om:

- Den organisatoriske ramme omkring forløbskoordinationsfunktionen
- De vigtigste opgaver og ansvarsområder i forløbskoordinationsfunktionen
- Afrunding og oplevede barrierer i hverdagen.

Tilsammen søger spørgsmålene at give en mere uddybende og nuanceret viden om, hvordan forløbskoordinationsfunktionen udmøntes på de kliniske afdelinger.

Der eksisterer ikke en samlet oversigt over forløbskoordinatorer ansat indenfor kræftområdet.¹ Spørgeskemaet blev derfor sendt til afdelingsledelsen (1 overlæge og 1 oversygeplejerske) på 96 kliniske afdelinger, der udreder og/eller behandler patienter med kræft. Afdelinger og klinikker blev identificeret med udgangspunkt i Kræftens Bekæmpelses oversigt over afdelinger der behandler kræftpatienter i Danmark (2).

2.2 Deltagerne

Spørgeskemaet blev fremsendt elektronisk (via programmet SurveyXact) direkte til afdelingsledelsen, der blev bedt om at hjælpe med at videresende skemaet til forløbskoordinatorerne, med henblik på, at hver enkel forløbskoordinator udfyldte et skema. Det har kun været muligt for én forløbskoordinator at udfylde spørgeskemaet via det fremsendte link. Såfremt at mere end én forløbskoordinator i afdelingen, har ønsket at udfylde skemaet har afdelinger haft mulighed for at rette henvendelse til temagruppen, der har fremsendt flere spørgeskemaer til den pågældende afdeling. Afdelingerne har haft mulighed for at efterspørge skemaer i papirformat (én afdeling har benyttet sig af den mulighed).

¹ På spørgsmål stillet i Folketinget 20/10-2011 om antallet af forløbskoordinatorer på kræftafdelingerne svarer Minister for Sundhed og Forebyggelse på baggrund af tal indhentet af regionerne, at der er ansat 35 i Region Nordjylland og 32½ i Region Hovedstaden. For de andre regioner er det ikke muligt at opgøre det præcise antal fuldtidsstillinger idet der er et større antal personer som løbende varetager forløbskoordination uden at have det som primært arbejdsområde.

Af de 96 kliniske afdelinger der fik spørgeskemaet tilsendt kom der besvarelser fra 72, hvoraf nogle har indsendt flere spørgeskemaer. Det dækker alle landets regioner samt alle sygehuse på nær ét. Af de resterende afdelinger/enheder reagerede 12 ikke på henvendelsen, 10 svarede at de ikke har en forløbskoordinator, og to ønskede ikke at deltage. Respondenterne blev desuden bedt om at fremsende deres funktionsbeskrivelse, og der blev modtaget 30 stillings- eller funktionsbeskrivelse.

2.3 Dataanalyse

Datasættet består af 90 fuldt besvarede og 17 delvist besvarede spørgeskemaer, der er taget med i analysen. Ved at udvælge variable, lave krydsninger og opdelinger af datasættet efter forskellige parametre er de nedenfor beskrevne analyseresultater fundet. En central hypotese, der har været med til at guide dataanalysen er, at uddannelsesbaggrund, og dermed faglighed, influerer hvordan forløbskoordinationsfunktionen bestrides og opfattes af respondenterne.

De lukkede svar er analyseret kvantitativt og grafiske præsentationer af resultaterne er medtaget, hvor det skønnes relevant. En komplet oversigt over resultaterne af spørgeskemaundersøgelsens lukkede spørgsmål findes i anneks 2. De åbne svar er blevet gjort til genstand for en kondensering og meningsanalyse, som har ledt til de forskellige temaer listet under hvert spørgsmål.

3. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

I dette kapitel fremlægges de detaljerede resultater af spørgeskemaundersøgelsen om forløbskoordination på kræftområdet. Undersøgelsen omfatter besvarelser fra 107 forløbskoordinatorer fra 72 afdelinger/enheder fordelt over hele landet. Analysen af respondenternes svar følger spørgeskemaets tredeling: den organisatoriske ramme (spørgsmål 1-16), forløbskoordinatorens arbejdsopgaver (spørgsmål 17-69) og afrunding (spørgsmål 61-75).

Kapitlets hovedpunkter:

Uddannelse og organisatoriske forhold: Den største faggruppe blandt respondenterne er sygeplejersker (63 %), herefter følger sekretærer og andet (26 %) og dernæst læger (12 %). Af respondenterne er 73 % organisatorisk placeret på klinik eller afdelingsniveau, heraf flest på kirurgiske og dernæst på onkologiske afdelinger. Der er stor spredning på hvor stor en andel af arbejdstiden, der bruges på forløbskoordination: 56 % bruger 75-100 % og resten bruger 25-50 %.

Væsentligste arbejdsopgaver: I relation til forløbskoordinationsfunktionen varetages: 1) Patientkontakt og vejledning, 2) Planlægning og koordinering af patientforløb og MDT-konferencer, 3) Overvågning af patientforløb, 4) Internt og eksternt samarbejde, 5) Registrering og dokumentation, samt 6) Vejledning og undervisning. Af forløbskoordinatorerne svarer 81 %, at de som regel eller altid har patientkontakt, og mange ser sig selv primært som kontaktperson og vejleder for patienterne.

Forskelle imellem afdelinger: I udredende enheder har forløbskoordinatoren typisk kontakt til alle nyhenviste patienter og planlægger deres pakkeforløb, mens forløbskoordinatorerne i de behandlende enheder typisk kun har kontakt til de patienter, som oplever organisatoriske problemer i deres forløb.

Overgange mellem afdelinger/sygehuse: Der arbejdes overvejende med "stafetmodellen" hvor forløbskoordinationsfunktionen varetages sekventielt af forskellige fagpersoner igennem patientforløbet. Overgangene sikres ved at forløbskoordinatorerne tager personlig kontakt til den modtagende organisation, eller monitorere igennem de elektroniske patientjournaler.

Patientsikkerhed: 59 % vurderer, at funktionen har forbedret patientsikkerheden, herunder skabt sikrere overgange mellem afdelinger og sygehuse pga. tættere samarbejde og/eller faste samarbejdsaftaler, hurtigere og mere sammenhængende patientforløb, bedre registrering og monitorering så fejl hurtigt opdages og rettes, bedre information og vejledning af patienter og bedre kommunikation og tværfagligt samarbejde internt og eksternt.

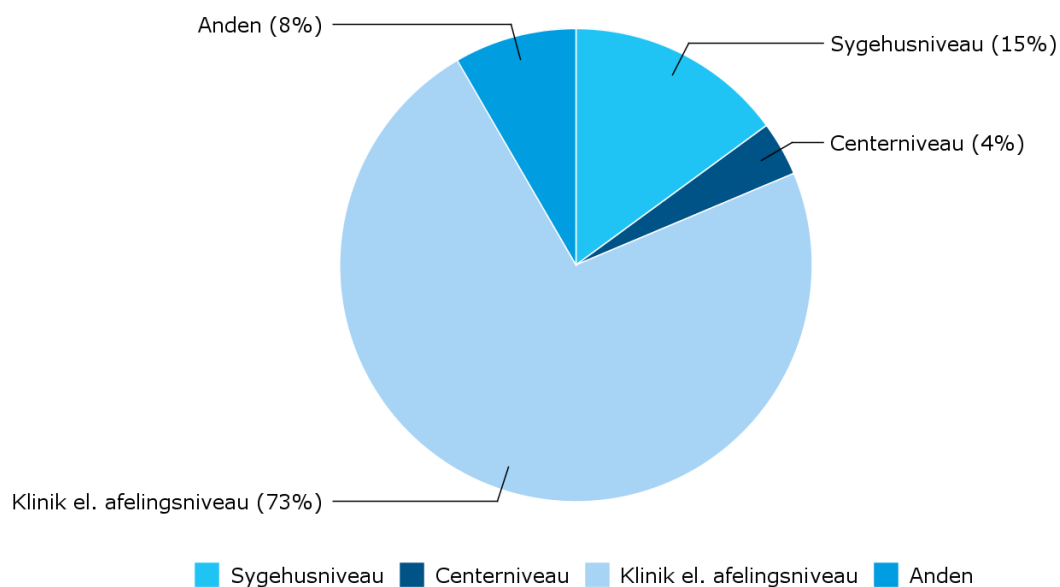
Oplevede barrierer: Begrænset ambulant kapacitet skaber flaskehalse, der er udfordringer i det eksterne samarbejde og problemer med registrerings- og journaliseringssystemerne.

Forslag til forbedringer: Bl.a. at funktionen tænkes på tværs af enheder, at der udarbejdes klare funktionsbeskrivelser og målsætninger for funktionen, at forløbskoordinatorerne er fast deltagere i MDT-konferencer, samt bedre muligheder for efteruddannelse og netværk med andre forløbskoordinatorer.

3.1 Den organisatoriske ramme

Blandt respondenterne er 73 % organisatorisk placeret på klinik eller afdelingsniveau, 19 % på sygehus- eller centerniveau, 8 % placeret i f.eks. team, ambulatorium, stabsfunktion eller direktion.

Figur 1: Organisatorisk placering



For respondenterne, der er organisatorisk placeret på klinik eller afdelingsniveau, er 55 % tilknyttet en kirurgisk, 20 % en onkologisk, 11 % en gynækologisk afdeling, 14 % er tilknyttet andre typer afdelinger, f.eks. urologi, pædiatrisk onkologi eller oftalmologi.

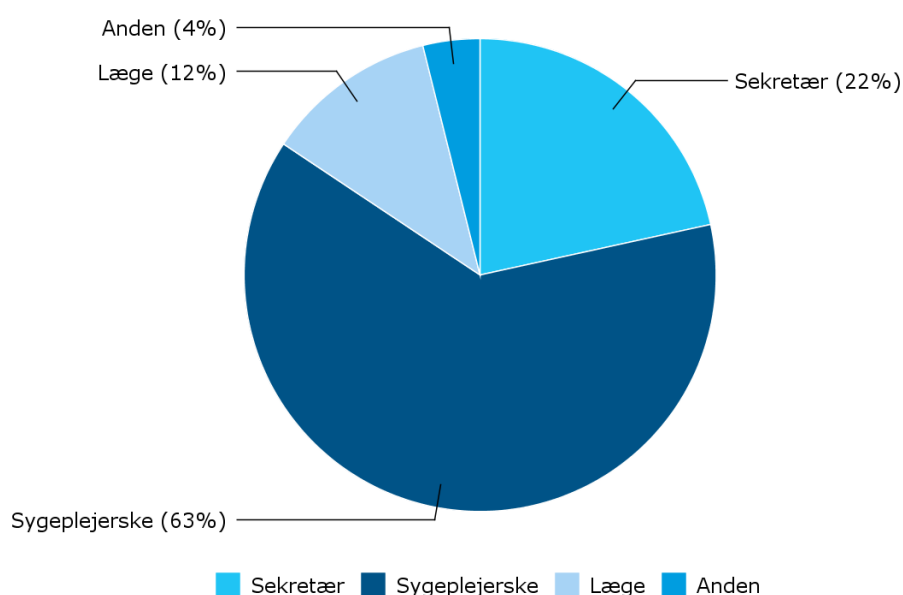
Respondenternes svar på spørgsmålet om, hvor mange kræftpatienter der udredes og/eller behandles per uge i deres afdeling, viser stor spredning afhængig af typen af afdeling eller klinik. Nogle enheder får henvist 3-5 nye patienter til kræftpakkeforløb per uge, andre har 300-400 i ambulant behandling eller kontrol per uge. Til at koordinere patientforløb i deres afdeling/klinik svarer 47 % af respondenterne, at der er ansat 1 forløbskoordinator, 21 % at der er ansat 1,5 – 2,0 og 16 % at der er ansat 3-5 forløbskoordinatorer. Der er 14 %, som angiver at der ikke er nogen forløbskoordinator ansat i deres enhed. Her er funktionen typisk lagt ind i eksisterende stillinger og varetages f.eks. af en læge eller sekretær.

Tabel 1: Antal forløbskoordinatorer per enhed

Antal FK per enhed	0	1	1,5-2	3	4-5	8-10
	14 %	47 %	21 %	8 %	8 %	2 %

Den største faggruppe blandt respondenterne er sygeplejersker (63 %), herefter sekretærer (22 %), læger (12 %) og anden uddannelse (4 %). Den sidste kategori dækker over respondenter, der er uddannet som social- og sundhedsassistent, cand.mag. og cand.scient.san., men som arbejder i en sekretærfunktion. Denne gruppe vil derfor blive lagt ind under 'sekretærer', der således kommer til at udgøre 26 %.

Figur 2: Respondenternes uddannelse



Der er stor spredning i andelen af arbejdstid, som respondenterne bruger på forløbskoordination: 28 % bruger 1/4 eller mindre af deres arbejdstid på forløbskoordination, 16 % bruger ca. halvdelen, og 56 % bruger 3/4 eller hele arbejdstiden på forløbskoordination. Delt op efter uddannelse er der flest sygeplejersker, der specifikt er ansat som forløbskoordinatorer og bruger hele, eller næsten hele, deres arbejdstid på disse opgaver. For læger gælder det, at de bruger en mindre del af deres arbejdstid på forløbskoordination og de dertil knyttede opgaver.

Tabel 2: Andel af arbejdstid, der bruges på forløbskoordination

Andel af arbejdstid	Sekretær	Sygeplejerske	Læge	I alt
ca. 25 %	41 %	16 %	78 %	28 %
ca. 50 %	18 %	16 %	11 %	16 %
ca. 75 %	18 %	16 %	0,0 %	14 %
ca. 100 %	23 %	52 %	11 %	42 %
I alt	25	56	9	90

Respondenternes svar på spørgsmålet om, hvor mange patientforløb de koordinerer per uge viser en spredning fra 2 til over 100. Typisk afhænger det af om respondenterne arbejder på en afdeling, der f.eks. har mange patienter i ambulatoriske kontrolforløb, eller en mindre afdeling med få sengepladser. Størstedelen angiver at de koordinerer opstarten af 10-30 nye patientforløb og 1-20 igangværende forløb per uge.

3.2 Forløbskoordinatorernes arbejdsopgaver

3.2.1 Funktionsbeskrivelser

Blandt respondenterne oplyser 3/4 at formålet med deres arbejde er beskrevet og/eller at de har en funktionsbeskrivelse, hvorimod den resterende 1/4 ikke har, eller ikke ved om de har, en funktionsbeskrivelse. I spørgeskemaet blev respondenterne opfordret til at fremsende deres funktions- eller stillingsbeskrivelse til Kræftens Bekæmpelse, og der er modtaget 30 funktionsbeskrivelser.

En gennemlæsning af funktionsbeskrivelserne viser, at arbejdsopgaver relateret til forløbskoordination, indeholdes af en række forskellige stillingsbetegnelser, som f.eks. "patientkoordinator", "lokal forløbskoordinator", "lægesekretær/forløbskoordinator", "patientforløbsvejleder", "sygeplejerske med særlig klinisk funktion", "forløbskoordinator/lægesekretær i visitationsteamet", "patientforløbsvejleder/forløbskoordinator", "forløbskoordinator og teamkoordinator for MDT-konferencer", "kræftforløbskoordinator", "urologisk forløbssygeplejerske", "klinisk sygeplejespecialist" og "specialist lægesekretær".

I forlængelse heraf er der i stillingsbeskrivelserne forskel på definitionen af forløbskoordinatorens ansvar og kompetencer, opgaver og funktioner, uddannelse, samarbejdspartnere og nødvendige personlige kvalifikationer. Dette betyder selvfølgelig også, at der er forskel på de konkrete arbejdsopgaver, som den enkelte respondent løser.

3.2.2 Vigtigste arbejdsopgaver

Respondenternes svar på spørgsmålet om hvilke 5 arbejdsopgaver, der fylder mest i deres hverdag viser at de primære arbejdsopgaver i relation til forløbskoordinationsfunktionen er følgende:

- **Patientkontakt.** Dvs. information og vejledning om diagnose og behandling, patient samtaler, fast telefontid, besvare henvendelser fra patienter og pårørende, kontaktperson for patienter samt håndtering af patienters akutte problemer, f.eks. bivirkninger.
- **Planlægning og koordinering af patientforløb.** Modtage henvisninger, koordinere visitation af patienter, oprette journaler, booke tider og rekvirere undersøgelser, sende indkaldelser, finde akut tider, klargøre journaler, indhente og rykke for svar samt forberede, deltage i og følge op på MDT-konferencer.
- **Overvågning af patientforløb og behandlingstider.** Bl.a. monitorerings- og tovholderfunktion, sikre kvalitet, kontinuitet og fremdrift i forløbene, identificere flaskehalse og problematiske overgange, justere og kvalitetsudvikle forløb og sikre bedst mulig ressourceudnyttelse af f.eks. operationslejer.
- **Intern og ekstern kontaktfunktion.** Herunder at facilitere og udvikle samarbejde, telefonkontakt til samarbejdspartnere, besvare forespørgsler fra praktiserende læger og andre, koordinere møder med f.eks. forløbskoordinatorer eller behandlere på andre sygehuse.
- **Vejledning og undervisning.** F.eks. af kolleger, elever, praktiserende læger og andre om kræftpakker, implementering af ændringer, udarbejde instrukser og informationsmateriale.
- **Registrering og dokumentation.** Indberetninger af koder og statistik til diverse databaser vedr. servicemål, ventetidsgarantier, beregning af ventetider eller monitorering af kvaliteten af andres indberetninger.

Den enkelte forløbskoordinators konkrete arbejdsopgaver hænger sammen med uddannelsesbaggrund, om de bruger en mindre eller større del af arbejdstiden på forløbskoordination, om de har daglig eller sjælden patientkontakt, og ikke mindst om den afdeling de er tilknyttet modtager patienter til udredning, eller primært patienter, der allerede er i et behandlingsforløb. Der er således respondenter, som beskæftiger sig med alle ovennævnte arbejdsopgaver, og respondenter der har en primær opgave, f.eks. at indberette og udfylde forløbsskemaer (mest sekretærer) eller at passe telefon og besvare opkald fra patienter og andre.

På spørgsmålet om hvilke arbejdsopgaver de finder vigtigst svarer enkelte respondenter, at de finder alle deres arbejdsopgaver lige vigtige, mens langt de fleste lister en eller flere arbejdsopgaver. Nedenfor er de arbejdsopgaver, der er nævnt som de vigtigste grupperet i temaer og rangeret efter hyppighed:

- **Kontaktperson for patienterne.** Dvs. at kommunikere med patienter og pårørende, lytte og informere, løse akutte problemer, være den gennemgående kontaktperson for patienterne, den der har overblik og tager ansvar for patientens forløb, sikre god service og at patienten føler sig godt behandlet.

- **Koordinering af optimale forløb.** Herunder hurtig opstart, finde akut tider, planlægge forløb, skabe sammenhæng, sikre fremdrift og kontinuitet, og undgå unødigt ventetid.
- **Monitorering af forløb.** Dvs. at være tovholder for patientforløbene, fortælle for patienterne i systemet, opfange og rette op på problemforløb og være på forkant med flaskehalse.
- **Facilitering af samarbejde internt og eksternt.** Herunder løbende kvalitetsudvikling og optimering af arbejdsgange, være ressourceperson i afdelingen og vejlede personalet i nyeste viden og ændringer på området. Etablere samarbejdsaftaler med eksterne samarbejdspartnere og være kontaktperson for eksterne samarbejdspartnere.
- **Fokusering på garantier og rettigheder.** Herunder overholdelse af servicemål og ventetidsgarantierne, oplyse patienter om deres rettigheder, samt sikre korrekt kodning, registrering og indberetning af kræftforløb.

Af svarerne fremgår det tydeligt, at for de forløbskoordinatorer, som har patientkontakt, vurderes denne som den vigtigste arbejdsopgave sammen med optimeringen af patientforløb. Registrerings- og dokumentationsopgaver derimod anses kun som vigtige af enkelte forløbskoordinatorer.

"Jeg synes den vigtigste opgave er, at være til at få fat i for patienter, andre afdelinger og pårørende - så de føler at de har et fast holdepunkt og at der er en, der har tjek på forløbet. Men sygehuset synes min vigtigste opgave er at sikre, at ventetidsgarantierne bliver overholdt."

FORLØBSKOORDINATOR, SEKRETÆR

Dette citat viser, at der kan være forskel på hvordan ledelsen og den enkelte forløbskoordinator opfatter funktionsområdet og arbejdsopgavernes vigtighed. At der ligeledes er forskel blandt forløbskoordinatorernes opfattelser, fremgår af svarene på nedenstående spørgsmål.

Med udgangspunkt i de eksempler på indhold i forløbskoordinatorrollen som Dansk Sundhedsinstitut har beskrevet i notatet "Ledelse af cancerforløb" (8), fik respondenterne følgende valgmuligheder til at beskrive deres egen rolle som forløbskoordinator:

1. Som en blæksprutte: sørger for at bestille tid til de relevante undersøgelser, og kan kontaktes af praktiserende læger.
2. Som en kontrollør: har særligt ansvar for løbende at monitorere patientforløbene, identificere flaskehalse etc., og melde om problemer til afdelings- eller hospitalsledelse.
3. Som et parallelt ledelseslag: en lægefaglig teamleder med ledelsesmæssige beføjelser, og som refererer til en overordnet kræftforløbschef.
4. Andet.

Med muligheden for at sætte 2 krydser valgte 2/3 de første to beskrivelser og 1/3 valgte muligheden *Andet*, og beskriver deres rolle med ord og betegnelser, som:

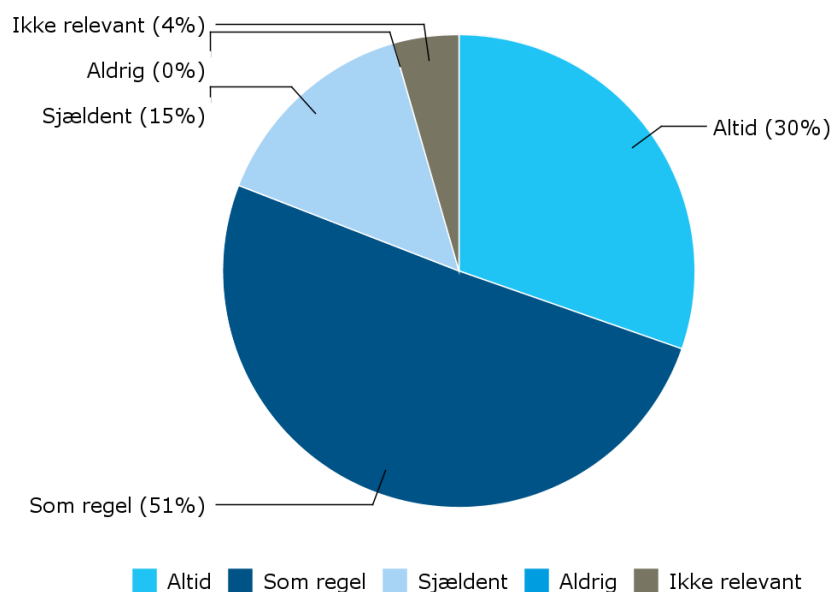
- Systemets ansigt udadtil
- Patientens GPS
- Særlig "kontaktperson" for patienter og pårørende
- Talerør for patienter og pårørende
- Støtte og vejleder for patienterne
- Den, der har et overordnet overblik over forløbet
- Den, der samler op når forløbene engang imellem går galt.

Igen er det tydeligt, at patientkontakt er helt central for en stor del af forløbskoordinatorerne, og at de primært opfatter sig selv som kontaktperson og vejleder for patienterne.

3.2.3 Patientkontakt

Patientkontakten kan foregå ved at forløbskoordinatoren kontakter patienten og/eller at patienten tager kontakt til forløbskoordinatoren. På nogle afdelinger får nye patienter udleveret en pjece med information om forløbet og et telefonnummer til forløbskoordinatoren, som de kan kontakte, hvis de har spørgsmål. I andre afdelinger er det forløbskoordinatoren, der kontakter alle nye patienter for at informere om forløbet. På spørgsmålet om de har patientkontakt svarer 81 % af respondenterne, at det har de som regel eller altid, og 19 % svarer, at det har de sjældent eller at det ikke er relevant (Figur 3). Det er således langt de fleste forløbskoordinatorer, der har patientkontakt.

Figur 3: Har patientkontakt



Visiterende koordination

Afdelinger, der har patienter i udrednings- og diagnostiske forløb, modtager typisk en henvisning til pakkeforløb for kræft elektronisk eller via telefonopkald fra praktiserende læge, speciallæge, afdelinger på eget sygehus eller fra andre sygehuse i eller udenfor regionen. Visitationen af hvilke undersøgelser m.m. patienter skal have lavet foretages typisk af afdelingens overlæge eller på MDT-konference, og ofte, men ikke altid, med deltagelse af forløbskoordinatoren. Herefter begynder forløbskoordinatoren at planlægge udredningsforløbet, booke tider og indkalde patienten – ofte både per telefon og skriftligt. Ved den første telefonkontakt til patienten sørger forløbskoordinatoren for at forberede og informere patienten om det planlagte udredningsforløb samt svare på spørgsmål.

"Efter henvisningen er visiteret booker jeg tider til forundersøgelser og svar i ambulatoriet. Patienten kontaktes telefonisk, og orienteres kort om forløbet. Dette bliver også givet skriftligt. Patienten har samtidig mulighed for at stille spørgsmål."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, KIRURGISK AFDELING

Flere respondenter understreger, at det er meget vigtigt for dem at forsøge at sikre patienterne gode, hurtige og veltilrettelagte forløb, og i det hele taget yde en god service så patienter og pårørende føler sig godt behandlet. Forløbskoordinatorerne er især opsøgende i forhold til patienter, der skal påbegynde et udredningsforløb.

"I forhold til visitationen af nyhenviste patienter laver jeg bl.a. opkald [til patienten] om tiden til 1. samtale i vores afdeling, hvilket jeg får god respons på fra patienten, da det er trygt at kende forløbet samt opleve at nogen tager sig af én."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Samarbejdende koordination

Til afdelinger, der overvejende modtager patienter, der allerede er i gang med et pakkeforløb, f.eks. onkologisk afdelinger, henvises patienterne oftest fra de udredende afdelinger eller andre hospitaler og meget sjældent fra praktiserende læger. I denne type afdelinger og afsnit introduceres forløbskoordinationsfunktionen ofte til patienten via skriftligt informationsmateriale.

"Henvisende afdeling giver samtidig patienten skriftlig information om tilbuddet om kontakt til en forløbskoordinator sammen med et visitkort med billede og telefonnummer på mig."

"Ved første kontakt til patienten herfra udleveres/sendes pjece om vores funktion, således at vi er til rådighed for patienten efter henvisning."

Der er dermed lagt op til, at patienten selv henvender sig til forløbskoordinatoren, hvis de har spørgsmål, ønsker information om behandlingsforløbet eller oplever problemer i forløbet. Forløbskoordinatoren kan også blive kontaktet af pårørende, behandlende læge eller andet personale, som ønsker assistance til at få rettet op på et uheldigt forløb, f.eks. med unødigt ventetid.

"Typisk hvis den visiterende sektion ikke kan finde tid i ambulatoriet til patienten så bliver jeg inddraget. Eller hvis en læge har brug for at jeg koordinerer og planlægger mellem flere afdelinger."

Ligeledes kan det være forløbskoordinatoren, der igennem sin monitorering selv opdager et uhensigtsmæssigt forløb, der behøver koordinering. I behandlende afdelinger er forløbskoordinatoren således typisk kun involveret i særligt komplicerede patientforløb, eller forløb hvor der er opstået problemer.

Forløbskoordinatorene oplever det som en udfordring at sikre et optimalt forløb for de patienter, der ikke følger trinene fra start til slut i det fastlagte pakkeforløb, men initieres i pakkeforløbet ad anden vej. Det kan f.eks. være patienter med recidiv kræft, patienter der indlægges akut eller viderehenvises fra en anden afdeling/sygehus, hvor de allerede er indlagt. Disse benævnes indimellem som "skæve" forløb, og flere respondenter beskriver særlige udfordringer i relation til denne gruppe patienter.

"Der er mange patienter, som ikke er nyhenviste, men som har været i forløb med kontrol, hvor man lige pludselig finder en cancer, og så skal de have hurtige tider. Det kan være svært at holde styr på, når de ikke er nyhenviste og tit sker det via afdelingen, så får man ikke fingre i disse patienter."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

"Nogen gange kontaktes jeg af den scoperende læge og informeres om patient og bliver bedt om at styre dette forløb videre frem. Det kan også ske, at patienten af andre veje indlægges direkte i sengeafsnit og jeg ved kontrol af indlagte patienter finder dem og inkluderer dem i min patientgruppe og de møder så mig ved samtale i ambulatorium efter operation. Jeg forsøger at møde alle patienter ved diagnose og behandlingssamtalen og eller ved histologi efter op samtale, således de kan sætte ansigt på mig og nemmere kan ringe ved spørgsmål."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, KIRURGISK AFDELING

Patienthenvendelser

Patienter og pårørende henvender sig til forløbskoordinatorene med en bred vifte af spørgsmål og problemer. Særligt oplever de forløbskoordinatorer, som er i kontakt med nyhenviste patienter i udredningsforløb, at blive brugt meget. Den ambulante udredning, og ligeledes overgangsfasen fra udredning og diagnose og indtil behandlingen starter, er ofte krisepræget og patienterne har brug for menneskelig kontakt og støtte til at håndtere ventetiden. Henvendelserne omhandler typisk:

- **Tidsperspektiv i fht. udredning og behandling.** Bl.a. spørgsmål om ventetider, behandlingstid, fremrykning eller ændring af tider.
- **Opklarende spørgsmål om udrednings- og behandlingsforløbets indhold.** Herunder information om den videre plan, relevante undersøgelser, scanning eller operation, faste, udtømning og hvad der skal ske under indlæggelse eller om de har forstået samtalerne korrekt.
- **Organisatoriske spørgsmål.** Rykke for henvisninger eller manglende svar på undersøgelser, hvor de skal henvende sig med hvad, rehabiliteringstilbud, om afdelingerne har talt sammen.

- **Symptomer og sygdomsspørgsmål.** Bl.a. om sygdommen og behandlingsmuligheder, om medicin, bivirkninger, træthed, smerte, vægttab eller prognose.
- **Praktiske spørgsmål.** F.eks. vejledning og hjælp til hverdagen, ledsagere, transport, foreninger, hjemmehjælp, papirer til forsikringsselskab eller sygemelding.
- **Psykosociale emner.** Patienter og pårørende har brug for at snakke, angst, krise, utryghed, svære sociale problematikker eller manglende netværk.

Arbejdet som forløbskoordinator kræver således et bredt og indgående kendskab til kræftbehandling, kræftpakkerne og en lang række andre relaterede emner. Respondenternes beskrivelse af deres egne særlige kvalifikationer viser, at mange har lang erfaring indenfor onkologi, og for sygeplejerskernes vedkommende har flere taget lederuddannelse, kommunikationskurser og andet relevant efteruddannelse.

3.2.4 Monitorering og dokumentation

Respondenterne benytter forskellige journaliserings- og monitoreringssystemer i deres daglige arbejde med at koordinere patientforløb – lige fra notater i den elektroniske patientjournal over særlige planlægningsprogrammer til hjemmelavede huskesystemer. Blandt de IT-systemer og programmer der benyttes nævnes programmet OPUS notat, operationsplanlægningsprogrammet Orbit, patient registreringsystemerne Grønt System, AS400, PATS, sygeplejersjournalen VIPS og programmerne RIS, Web 1000 og DLCR. Det er et gennemgående kritikpunkt, at de eksisterende elektroniske systemer ikke indeholder de nødvendige funktioner til at monitorere patientforløb, og flere beskriver hvordan de har udarbejdet egne systemer (f.eks. flow-charts, tjekskemaer, oversigts-skemaer, huskelister) eller benytter gule lapper og papirkalendere.

Opgaven med at ajourføre og registrere de forskellige trin i udrednings- og behandlingsfasen for patienter i pakkeforløb, dvs. dage og datoer for henvisninger, indkaldelser og behandling, opleves af mange forløbskoordinatorer som en logistisk udfordring.

"Meget af mit arbejde dokumenteres i GS Åben og i RIS som jo indeholder alle patientens aftaler. Skal jeg dokumentere yderligere i tekstform bruger jeg OPUS. Der har fra starten manglet et samlet IT system, hvor man som koordinator kan få overblik over patientens samlede pakkeforløb. Jeg har valgt ikke at lave mit eget, men prøvet at fokusere på fornuftige arbejdsgange i stedet for. Det gør det imidlertid meget vanskeligt at trække tal på forløbstider."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Opgørelsen af forløbstider – og dermed statistik vedr. overholdelsen af ventetidsgarantier og servicemål – er altså en udfordring for de fleste forløbskoordinatorer, og flere vælger at opgøre tiderne manuelt.

"Forløbstiderne laves i et "hjemmegjort" Excel-ark. Der opdateres i vores eksisterende system, men det er umuligt at få det til at komme rigtigt ud på en opgørelse. Jeg sidder derfor manuelt og tæller hverdage i mit Excel-ark."

FORLØBSKOORDINATORER, SYGEPLEJERSKE

"I EPJ - Elektronisk Patient Journal. Derudover dokumenterer jeg overholdelse af maksimale ventetider i Excel-regneark, som jeg afrapporterer til afdelingsledelsen en gang om måneden."

FORLØBSKOORDINATORER, SYGEPLEJERSKE

En stor del af forløbskoordinatorernes arbejde omhandler patientkontakt, i form af samtaler, information, råd og vejledning, hvis indhold ikke altid dokumenteres systematisk. En del respondenter nævner, at de altid skriver notater i patienternes elektroniske journaler om indholdet af patientsamtaler, spørgsmål og andet, og på enkelte afdelinger har man udviklet særlige databaser til at registrere indholdet af disse samtaler:

"Jeg dokumenter relevante oplysninger i OPUS Notat. Derudover registrerer jeg indholdet og interventionen fra mine samtaler i en database, som vi har fået oprettet i april 2012. Det giver os en indsigt i særlige sårbare patientgrupper og kan evt. bidrage til identificering af organisatoriske flaskehalse, uhensigtsmæssige arbejdsgange og barrierer, som kan understøtte en videre kvalitetsforbedring."

FORLØBSKOORINATOR, SYGEPLEJERSKE

"Når jeg har haft samtale med en patient, hvor der i samtalen kommer oplysninger som har relevans for patientens videre forløb, laver jeg, efter aftale med patienten, et notat i journalen, som kan læses af alle afdelinger på RH samt på de øvrige hospitaler i regionen, hvis der aktivt søges efter det. Med henblik på at videreudvikle arbejdet som forløbskoordinator, og målrette tilbuddet ud fra patienternes behov, har vi oprettet en database til registrering af hvad patienterne henvender sig om. Databasen skal bruges til systematisk opsamling af erfaring på området."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Derudover udgør den personlige – oftest telefoniske - kontakt til patienterne, egen læge, andre afdelinger og sygehuse et vigtigt redskab i arbejdet med at monitorere patientforløbene. Dette er ofte tidskrævende men nødvendigt, især ved overgange hvor risikoen for unødigt ventetid er størst. I de tilfælde hvor forløbskoordinatoren har mulighed for at "overdrage" patienten til en forløbskoordinator i en anden afdeling, klinik eller sygehus, opleves overgangen som sikrest.

3.2.5 Funktionens ophør

For forløbskoordinatorer i afdelinger der udreder patienter henvist til kræftpakkeforløb, ophører funktionen typisk, når patienten diagnosticeres til at være uden kræft eller overgår til behandling. Herunder er listet nogle af de nævnte modaliteter:

- Forløbskoordinatoren er involveret i udredningsfasen for nyhenviste kræftpakkepatienter. Funktion ophører når patienten har været til første undersøgelse, får diagnosen afkræftet eller bliver indlagt og evt. tildeles en fast kontaktperson.
- Forløbskoordinatoren tager sig af registreringen af kræftpakkeforløb, indberetninger osv. (ingen patient kontakt) og funktionen ophører når pakkeforløbet afsluttes.
- Forløbskoordinatoren følger patient henvist til operation, og funktionen ophører ca. 1 måned efter, at operationen er overstået.

- Forløbskoordinatoren koordinerer patientforløb så længe patienten er indlagt. Funktionen ophører når patient udskrives eller overføres til anden afdeling/hospital.
- Forløbskoordinatoren følger patienter gennem udredning og behandling. Funktionen ophører når pakkeforløbet er afsluttet, og patient starter i kontrolforløb.

I behandelende afdelinger, hvor patienterne typisk modtager en pjece med information om, hvem der er forløbskoordinator og hvor patienterne opfordres til selv at tage kontakt hvis de har spørgsmål, nævnes følgende modaliteter for funktionens ophør:

- Patienter, pårørende eller personale kontakter forløbskoordinator, hvis der er problemer i et behandlingsforløb. Funktionen ophører når forløbet fungerer.
- Forløbskoordinatoren er kontaktperson for, og følger, patient indtil denne er færdigbehandlet eller henvises til en anden afdeling eller andet hospital.
- Efter behandlingsforløbet er afsluttet, fortsætter forløbskoordinatoren sin kontakt med patienten som en opfølgende funktion, og indtil kontrolforløb afsluttes efter ca. 5 år.
- Forløbskoordinatoren fortsætter med at stå til rådighed for patienten efter udskrivelse og lader det være op til patienten, hvornår deres kontakt skal ophøre.

Denne gennemgang af forløbskoordinatorernes forskellige måder at henholdsvis opstarte og afslutte deres koordination af patientforløb, viser store diversitet. Et stort flertal af forløbskoordinatorer nævner specifikt, at de udelukkende følger patienterne, mens de er på deres specifikke afdeling og at der jævnfør "stafetmodellen" sker en overdragelse af forløbskoordinationsfunktionen, når patienten henvises videre til en anden afdeling eller sygehus. Flere nævner, at de først ser deres rolle som helt afsluttet når der er "skabt kontakt" til den afdeling eller hospital patienten skal overføres til – gerne til en kontaktperson eller forløbskoordinator de kan "overdrage" det organisatoriske ansvar for patienten til.

"Det er tydeligt defineret, at jeg har ansvar for patientens forløb indtil "stafetten er givet videre og modtaget" hos en anden afdeling, som patienten skal tilhøre efter forløb hos os, men bliver jeg kontaktet af patienten alligevel efter afslutning i vort regi, tager jeg mig naturligvis af patientens spørgsmål og tvivl."

I praksis betyder det, at forløbskoordinatoren på henvisende afdeling/sygehus monitorerer, hvordan patientens overgang til anden afdeling/sygehus forløber – enten ved at følge med i den elektroniske patientjournal om forløbet er startet, eller ved at tage personlig kontakt med enten patient eller personale i modtagende afdeling.

Flere respondenter understreger, at de fortsætter med at stå til rådighed for patienten, også efter forløbets formelle ophør. I beskrivelserne af deres mest centrale eller vigtigste arbejdsopgaver er der 10 ud af de 107 respondenter, som specifikt nævner, at de fortsætter med at være "tovholdere" for patienternes forløb, også når de er viderehenvist til anden afdeling eller ikke længere er indlagt.

"Jeg hjælper patienter med at navigere rundt i systemet, både ved overgangen ind i onkologisk klinik, og når de henvises videre rundt i systemet. Jeg fungerer som patientens kontaktperson imellem de behandlende enheder."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, KLINIK- ELLER AFDELINGSNIVEAU

"Opfølgning på patientforløb (de patienter vi har henvist til andre steder) og koordinering af dette. Opfølgning på patienter i kontrolforløb. Bevare overblikket over alle vores patienter, så man kan forsøge at være på forkant i deres forløb."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, KLINIK- ELLER AFDELINGSNIVEAU

"Opfølgning på patienter der er henvist ud af afdelingen (eks. til leverkirurgi under kemo-forløb)."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, SYGEHUS NIVEAU

"Binde forløbene sammen for de mange kontakter, som patienterne har (også dem der ikke aktuelt er indlagt)"

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, KLINIK- ELLER AFDELINGSNIVEAU

3.2.6 Beslutningsmyndighed og ansvar

Afslutningsvis i forhold til forløbskoordinatorernes arbejdsopgaver er det interessant at kigge nærmere på beslutningsmyndighed til at foretage ændringer i et patientforløb. En opdeling af respondenterne efter uddannelse viser ikke overraskende stor forskel: 91 % af læger, 36 % af sekretærer og 33 % af sygeplejersker angiver at have beslutningsmyndighed til at foretage ændringer i patientforløb. Det er ikke specificeret i spørgsmålet hvilken type af ændringer forløbskoordinatoren har myndighed til at foretage - så svarerne kan dække over alt fra ombookninger af tider (sekretærer) til ændring i behandlingen (læger).

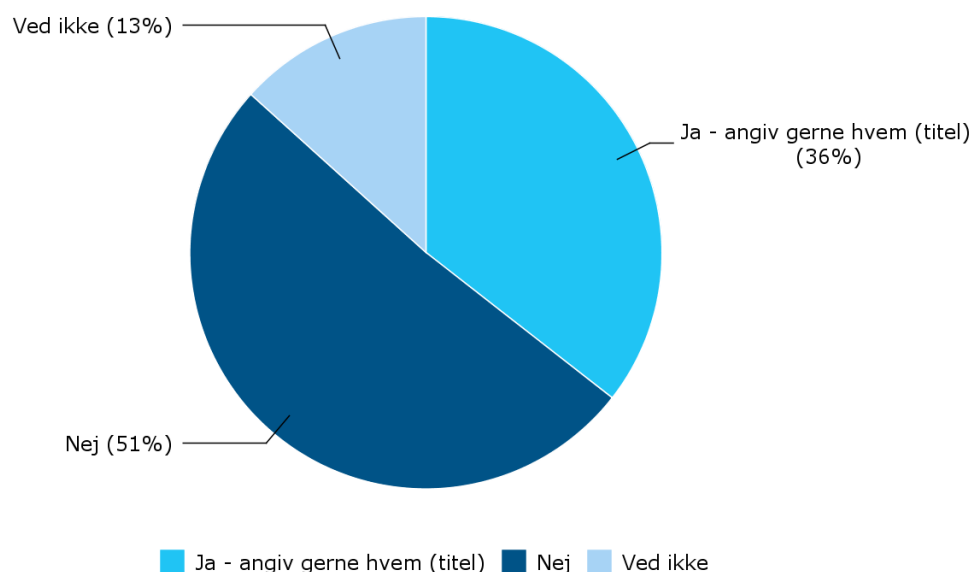
Tabel 3: Beslutningsmyndighed til at ændre i patientforløb

	Ja	Nej	Ikke relevant
Sekretær	36 %	46 %	18 %
Sygeplejerske	33 %	52 %	15 %
Læge	91 %	0,0 %	9 %
I alt	40 %	42 %	18 %

"Der er meget forskel på hvordan forløbskoordinering er planlagt og hvor stor indflydelse forløbskoordinatoren har på forløbet (hvor stort mandat de har til at korrigere forløbet o.l.) Der er også stor forskel på hvor stor ejerskabsfølelse man ligger i sin stilling. Stillingerne er meget forskellig bygget op. Der er ofte flere om "buddet", oftest når det gælder deling af funktionen i et evt. sekretariat o.l."

På spørgsmålet om der er etableret en særlig funktion som forløbsleder/-ansvarlig i afdelingen/klinikken svarer 51 % af respondenterne nej, 36 % svarer ja og 13 % svarer ved ikke. Enkelte forløbskoordinatorer nævner specifikt, at de planlægger nyhenviste patienters forløb i tæt samarbejde med forløbslederen.

Figur 4: Afdelingen har særlig forløbsleder/ansvarlig



Af de 29 respondenter, som har angivet titler på 'forløbsleder' eller 'forløbsansvarlig', nævner 15, at det er en overlæge, 5 at det er afdelingssygeplejerske, 5 at det er forløbskoordinatoren, og de sidste 4 nævner, at det er henholdsvis en patientforløbsvejleder, pakkeforløbsansvarlig, klinikledelse og sekretær. Dette viser, at funktionen 'forløbsleder' eller 'forløbsansvarlig' som forløbskoordinatorfunktionen - udmøntes forskelligt i organisationerne, og det giver derfor ikke et entydigt billede af, hvem der har det overordnede organisatoriske ansvar for patienter i kræftpakkeforløb.

Enkelte respondenter fremhæver, at de oplever en uklarhed om, hvem der bærer det overordnede organisatoriske ansvar for at alt går efter planen i patientens forløb. Er det forløbskoordinatoren eller behandlende læge? En sygeplejerske beskriver at hendes vigtigste arbejdsopgave som forløbskoordinator er "ansvarlighed for forløbene", men hendes oplevelse er, at:

"Det er dog et uklart ansvar idet den undersøgende læge kan synes at indikationen for ubrudt forløb er usikker."

Således kan der opstå uklarheder og forskellige opfattelser af en patients situation, indikatorernes alvorlighed og hvilket type forløb, patienten har brug for.

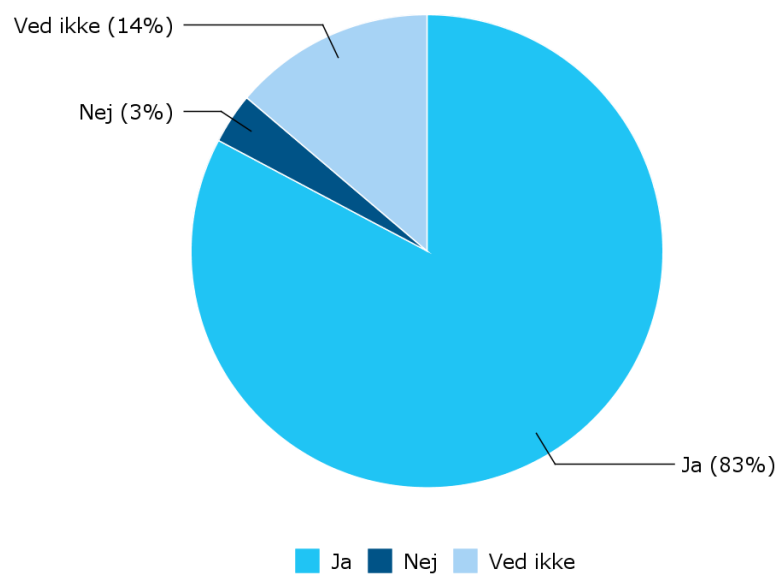
3.3 Patientsikkerhed og oplevede barrierer

Spørgeskemaets sidste del har overskriften "Afrunding", og her bliver respondenterne bl.a. spurgt om de mener, at funktionen har forbedret kvalitet og patientsikkerhed i forløbene, og bedt om at beskrive de barrierer der opleves i det daglige arbejde, og hvordan disse håndteres.

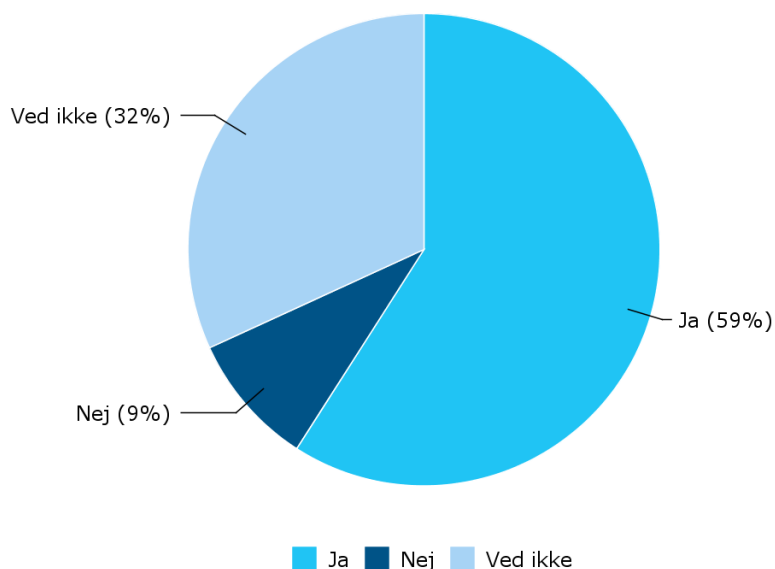
3.3.1 Kvalitet og patientsikkerhed

Respondenternes vurdering af, om forløbskoordinationsfunktionen har forbedret henholdsvis kvaliteten i patientforløbene og patientsikkerheden og i det hele taget gjort en forskel, er altovervejende positiv. Af respondenterne svarer 83 % at de har oplevet, at forløbskoordinationsfunktionen har forbedret kvaliteten i patientforløbet, 3 % svarer nej og 14 % ved ikke (Figur 5). På spørgsmålet om respondenterne har oplevet at forløbskoordinationsfunktionen har forbedret patientsikkerheden, f.eks. ved at forbygge utilsigtede hændelser i overgange i patientforløbet, svarer 59 % ja, 9 % svarer nej og 32 % ved ikke (Figur 6). En opdeling af respondenterne efter uddannelse – henholdsvis sekretær, sygeplejerske og læge – viser ingen signifikant forskel mellem faggrupperne i deres vurdering af funktionens betydning for kvalitet og sikkerhed i patientforløb.

Figur 5: Har funktionen forbedret kvaliteten i patientforløbet?



Figur 6: Har funktionen forbedret patientsikkerheden?



I forlængelse af disse to spørgsmål fik respondenterne mulighed for i fri tekst at angive eksempler på, hvordan forløbskoordinationsfunktionen har forbedret kvaliteten i patientforløbet, patientsikkerheden og generelt gjort en forskel. På grund af stor lighed i respondenternes svar på disse tre spørgsmål blev, de åbne svar analyseret under et. Analysen identificerede, rangeret efter hyppighed, følgende tematiske områder: hurtigere og bedre behandling, øget sikkerhed i forløbet, bedre information/kommunikation med patienten, og internt og eksternt samarbejde.

Hurtigere og bedre behandling

- Fremskyndet forundersøgelse, udredning og behandling
- Bedre planlagte og sammenhængende forløb
- Effektivisering af arbejdsgange, reducering af flaskehalse

Der er blandt respondenterne stor enighed om, at forløbskoordinationsfunktionen har gjort, og til stadighed gør, en stor forskel for styringen af patientforløbene. Det fremhæves især, at udredning af patienter er fremskyndet og behandlingsforløbet foregår mere strømlinet - idet unødigt ventetid undgås. Dog fremhæver enkelte respondenter, at de altid har haft godt styr på deres kræftpatienter og ikke oplever nogen væsentlig ændring med funktionen. Enkelte påpeger, at med funktionen er rammerne skabt for et bedre overblik over de enkelte patienters forløb, og den tætte monitorering åbner op for at justere forløbene fremadrettet, og dermed for at overholde kræftpakkernes ventetids- og behandlingsgarantier.

Øget sikkerhed i forløbet

- Bedre systematisering og registrering så ingen glemmes
- Klare forløbsbeskrivelser, ansvars- og arbejdsfordeling
- Centralisering af ansvaret for monitorering af patientforløb hos forløbskoordinatoren giver bedre overblik og sikrere overgange

Det øgede fokus på registrering, koder og statistiske indberetninger har betydet øget kvalitet i monitoreringen af patientforløb. Det har skabt bedre gennemsikuelighed, og mindsket risikoen for at noget eller nogen bliver "glemt". Kræftpakkernes forløbsbeskrivelser har systematiseret forløbene og udstukket klare retningslinjer, som giver en tydeligere arbejds- og ansvarsfordeling i afdelingerne, og dermed bedre udnyttelse af ressourcer. Med en centralisering af ansvaret for at modtage henvisninger, bestille prøver og undersøgelser hos forløbskoordinatoren ligger ansvaret kun ét sted, hvilket giver større overblik og sikkerhed. Det er nemmere at opdage og korrigere menneskelige fejl eller elektroniske brist undervejs i udrednings- og behandlingsforløbet, f.eks. at en henvisning ikke er blevet sendt af sted eller sendt forkert. I sig selv er dette ikke noget nyt og enkelte nævner, at det tidligere var afdelingens kontaktsygeplejersker, som sikrede overgange.

Bedre information/kommunikation med patienten

- Bedre vejledning/forberedelse/information til patienten om forløbet
- Fast kontaktperson giver patienter og pårørende tryghed
- Fast telefontid aflaster kolleger

I afdelinger, der modtager patienter til udredning, tager forløbskoordinatoren typisk telefonisk kontakt til patienten straks efter, at henvisningen er modtaget. Det sikrer hurtigere og bedre information til patienterne, der dermed bliver bedre forberedt til undersøgelserne. Samtidig får patienterne en person, der kender deres forløb, og som de kan kontakte ved eventuelle spørgsmål. Dette er en stor hjælp for de patienter, der har svært ved at overskue deres forløb. Samtidig er forløbskoordinatorernes tilgængelighed via telefonen en aflastning for sygeplejersker og sekretærer, der tidligere besvarede opringninger fra patienter med diverse spørgsmål.

Internt og eksternt samarbejde

- Bedre intern kommunikation og tværfagligt samarbejde
- MDT-konferencer giver bedre koordinering og arbejdsfordeling
- Etablering af samarbejdsaftaler og forløbsaftaler giver tættere samarbejde med bedre forløb og sikre overgange på tværs af afdelinger og sygehuse

De tværfaglige MDT-konferencer tilskrives stor betydning for forbedrede kræftforløb og kommunikation mellem de involverede parter. Læger og sygeplejersker kan koncentrere sig om patienterne, fordi de deltagende forløbskoordinatorer (sekretærer eller sygeplejersker) sørger for, at alle svar og undersøgelsesresultater ligger klar til konferencen og følger op på de henvisninger og udredende undersøgelser, der aftales på konferencen. Det er ressourcebesparende når forløbskoordinatoren sikrer, at undersøgelsesresultater foreligger, før en patient indkaldes til konsultation ved at rykke for svar, eller udskyder konsultationen så ingen går forgæves.

Etablering af samarbejdsaftaler med andre afdelinger og/eller sygehuse fremhæves som helt centralt for at sikre hurtigere og mere hensigtsmæssige forløb, f.eks. ved at en udredende afdeling får direkte adgang til at booke tider i en behandlende afdeling.

"Kvalitetsforbedringen har særlig fokus på at skabe gennemsækelighed og sammenhæng internt og på tværs, ved etablering af samarbejdsaftaler i forhold til henvisning, information, ansvarsplacering og ventetid. Denne opgave prioriteres højt."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Idet egne læger og læger fra andre afdelinger eller sygehus ved, at de skal henvende sig til forløbskoordinatoren, har man opnået et bedre og tættere samarbejde, og nogle af de tidligere eksisterende barrierer er blevet nedbrudt.

"FK fungerer som facilitator for fremdrift i processen, sikre patientperspektivet og er katalysator for samarbejde på tværs af afdelinger/klinikker/sygehuse. Bl.a. ved at arbejde med systematiske løsninger, frem for at blive ved med at løse de samme ad hoc problemstillinger. Patienten har klart oplevet et forbedret forløb, ved at det via FK er blevet gjort gennemsækeligt."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Ifølge respondenterne udtrykker de fleste patienter stor tilfredshed med hurtige udrednings- og behandlingsforløb. Dog nævner enkelte, at de meget hurtige pakkeforløb kan "overrumple" og virke angstskabende for nogle patienter. I det følgende redegøres for respondenternes oplevede barrierer og forslag til forbedringer af funktionen.

3.3.2 Væsentlige barrierer

Enkelte respondenter angiver, at de ingen barrierer oplever i deres daglige arbejde som forløbskoordinatoren, mens størstedelen angiver, at de oplever én eller flere barrierer. Analysen af respondenternes oplevede barrierer, som beskrevet i de åbne svar kan inddeles i følgende temaer: organisatoriske barrierer, begrænset kapacitet, eksternt samarbejde og registrering og journalisering.

Organisatoriske barrierer

- Manglende beskrivelse af forløbskoordinationsfunktionens målsætning/målstruktur
- Ingen eller begrænsede selvstændige handlekompetencer til at ændre patientforløb og/eller arbejdsgange
- Forløbskoordinatoren er ikke med til funktionsledermøder og/eller MDT konferencer.
- Forløbskoordinatorens monitorering og påpegning af uhensigtsmæssige forløb opfattes som kritik og mødes med modstand af kolleger og samarbejdspartnere.
- Forløbskoordinatoren er tilknyttet afdeling/klinik og følger ikke patienten på tværs af afdelinger
- De fysiske rammer/placering af Forløbskoordinatoren

De organisatoriske udfordringer den enkelte Forløbskoordinatoren oplever, afhænger dels af om det er en selvstændig stilling, eller om funktionen er lagt ind som en del af en eksisterende stilling. I sidst nævnte tilfælde mangler der ofte en ordentlig beskrivelse af funktionen og dens formål, hvilket skaber usikkerhed og gør det svært at prioritere i arbejdsopgaverne.

Ikke alle steder deltager forløbskoordinatoren i funktionsledermøder og/eller MDT-konferencer. Det tværfaglige samarbejde på MDT-konferencer indeholder særlige udfordringer og fordrer stor respekt for forskellige fagligheder, og der kan være barrierer i forhold til at forstå og prioritere hinandens arbejdsopgaver. Efter en noget svær opstart, hvor hendes tilstedeværelse mødte modstand fra speciallægerne, beskriver en respondent sin deltagelse i MDT-konferencer således:

"Jeg synes det er blevet lettere og lægerne kan se en fordel i at vi deltager til MDT-konference, idet vi nu er aktive medspillere, da vi sidder ved PC og hele tiden er med i patientens journal, PAS-system og patologisystemet, således man kan byde ind med evt. svar på spørgsmål."

FORLØBSKORDINATOR, SEKRETÆR

I tilknytning hertil bør det nævnes, at ikke alle sygehuse, afdelinger og afsnit endnu har indført MDT-konferencer.

Som nævnt tidligere arbejder 3/4 af forløbskoordinatorene på klinik eller afdelingsniveau (se Figur 1), og dermed risikeres et u hensigtsmæssigt "kikkertsyn", der gør det svært at skabe det bedste forløb for patienten. For patienterne betyder det, at de har en forløbskoordinator i udredende afdeling, en i behandlende afdeling og måske endnu en i en anden afdeling, hvis der opstår problemer.

De forløbskoordinatoren, der arbejder med monitorering og kvalitetsudvikling af forløbene ud fra et patientperspektiv, oplever indimellem at møde modstand i "systemet". At agere talerør for patienterne og påpege fejl, mangler og u hensigtsmæssige patientforløb bliver ikke altid modtaget lige vel af kolleger og samarbejdspartnere.

"Det er ind imellem en udfordring i forhold til at skabe det bedste forløb for patienten. Jeg opleves ikke altid som medspiller i patientens forløb, men som modspiller, hvilket skyldes forskellige perspektiver. Det betyder, at jeg ved mine henvendelser skal være meget opmærksom på, hvorledes jeg får præsenteret problemstillingen, forespørgslen eller en evt. opgave."

FORLØBSKORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Endeligt er det forskelligt, hvor forløbskoordinatoren fysisk er placeret. Hvis de sidder væk fra afdelingen opleves den daglige kommunikation med kolleger som besværlig og mangelfuld, og patientkontakten bliver udelukkende telefonisk. Det kan være svært at skabe gode rammer for dialog, og funktionen bliver ikke så synlig. Hvis de derimod sidder i selve afdelingen/klinikken er den daglige kommunikation med klinikerne og patienter nemmere, men til gengæld påvirkes arbejdet af afbrydelser og forstyrrelser, f.eks. konstante telefonopkald i fælleskontorer.

Begrænset kapacitet

- For mange arbejdsopgaver og for lidt tid, den enkelte koordinator håndterer mange patienter
- Opstart af nye patienter fylder meget og monitorering af igangværende patientforløb må nedprioriteres
- Problemer i ferieperioder/ingen afløser
- Det er en ny opgave uden medfølgende normering/økonomi
- For få tider til pakkepatienter til f.eks. ultralyd, scanning, operation – og forsinkede svartider på undersøgelser
- Lægemangel, for lang ventetid, må henvise patienter til det private
- Begrænset tid til at opgøre statistik og kvalitetsudvikle arbejdsgange

Som det er et vilkår i mange andre dele af sundhedsvæsenet oplever respondenterne, at de har for mange arbejdsopgaver og for lidt tid, og at der må prioriteres i opgaverne. Især volder ferieperioderne problemer, da der ofte mangler afløsere, og det er svært at overholde ventetidsgarantierne. Desuden nævner enkelte, at funktionen er blevet "føjjet til" en eksisterende stilling uden medfølgende ekstra normering/økonomi, hvilket begrænser den arbejdstid, der kan lægges i koordinationsopgaverne. Respondenter, der varetager andre opgaver sideløbende med deres forløbskoordinatorfunktion, oplever især, at de er pressede på tid og må prioritere. Det betyder ofte, at modtagelsen og registreringen af nye patienter kommer til at fylde mest, og opgaverne med at monitorere igangværende forløb og udvikle arbejdsgange nedprioriteres.

Undtagen et par enkelte, beskriver alle, respondenter at deres afdeling eller klinik har problemer med at overholde ventetiderne pga. begrænset kapacitet ambulant, billeddiagnostisk og operativt. Forløbskoordinatorerne oplever, at der bruges mange ressourcer på at forsøge at løse flaskehals problemer og finde tider til patienter. Ligeledes bruges tid og energi på at være opsøgende og få indhentet alle prøvesvar og resultater.

Barrierer i fht. eksternt samarbejde

- Der bliver ikke automatisk delt oplysninger og informationer
- Henvissende afdeling sender ikke alt relevant materiale, eller patienten er ikke færdigudredt
- Praktiserende læger glemmer at sende henvisninger eller informerer ikke patienten om undersøgelsesresultater
- Uensartede fremgangsmåder i afdelingerne skaber usikkerhed ifht. pakkeforløbene
- Patienter der kommer "skævt" ind i forløbene, f.eks. hvis der i kontrolforløb findes en ny cancer
- Overgang til andet sygehus/afdeling går nemmere hvis patienten kan "overdrages" til en anden Forløbskoordinator

Samarbejdet med andre afdelinger, sygehuse og praktiserende læger er utrolig centralt for kræftpatienternes forløb. Nogle forløbskoordinatorer deltager i møder i andre afdelinger for at udbrede kendskabet til funktionen, udarbejde samarbejdsaftaler, og lære hinanden bedre at kende og dermed fremme samarbejdet.

Samarbejdet med praktiserende læge er især vigtigt for nyhenviste patienter med mistanke om kræft, dog fungerer det ikke altid optimalt og kan medføre ubehagelige situationer.

"[Jeg] Har oplevet at kontakte patienter pr. telefon UDEN de var informeret om diagnosen fra egen læge/hudlæge, dette stiller store krav til kommunikation."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Problemer og forsinkelser i patientforløbene opstår især i overgangene mellem afdelinger/sygehuse. For at sikre kontinuitet i patientens forløb tager forløbskoordinatorerne personligt kontakt til en medarbejder på det sygehus eller den afdeling, patienten skal overgå til for at "overdrage" patienten – og gerne til en anden forløbskoordinator hvis en sådan funktion findes.

Registrering og journalisering

- I nogle journalsystemer er det svært at følge patienten
- Manglende/besværlig elektronisk kommunikation med eksterne afdelinger/sygehuse
- Ingen fælles elektroniske patientjournaler med samarbejdspartnere udenfor eget hospital
- Øget registreringsbyrde, indberetninger og registrering med koder er tidskrævende for Forløbskoordinatoren
- Manglende IT-færdigheder til at monitorere pakkeforløbene
- De løbende ændringer af garantier og servicemål skaber uklarhed

Manglen på fælles journaliseringssystemer sygehusene imellem skaber kontinuerligt problemer og besværer arbejdsgangene. Dette opleves også i mellem afdelinger, f.eks. nævnes det af enkelte, at de oplever problemer med at modtage scanninger elektronisk fra bestemte afdelinger, som benytter andre systemer.

Registrering og kodning af kræftpakkerne opleves som uhensigtsmæssig og dermed, især af klinikere, som irrelevant. F.eks. kan lister over forløbstider ikke genereres direkte, men skal sammensættes og hentes fra flere systemer.² Dette betyder at nogle Forløbskoordinatorer arbejder med egne parallelle systemer, hvor de opgør den reelle ventetid. Nogle Forløbskoordinatorer savner bedre IT-kundskaber for at udføre monitoreringen af pakkeforløbene, og andre efterspørger øget sekretærhjælp til registreringen.

De løbende ændringer af reglerne for kræftpakkeforløbene skaber frustration; ændringer bliver ikke altid kommunikeret ud til alle og nogle gange opleves det, at de forskellige regler "spænder ben" for hinanden. Især er det problematisk, at de lovmæssige behandlingsgarantier og regionernes servicemål for pakkeforløb opstiller forskellige mål. Det skaber uklarhed om hvilke mål der skal overholdes.

² Dette problem udbedres forhåbentligt efter 2011/12 revisionen af pakkeforløbene hvor registreringen overgår fra hverdage til kalenderdage.

3.3.3 Forslag til forbedring af funktionen

I svarene på spørgsmålet om hvordan de håndterer de oplevede barrierer, samt i det afsluttende åbne kommentarfelt, kommer respondenternes med en lang række konstruktive forslag til ændringer og forbedringer af forløbskoordinationsfunktionen.

Forløbskoordination som tværgående funktion

Der er forslag om, at forløbskoordinationsfunktionen tænkes på tværs af afdelinger, i stedet for som nu hvor den er knyttet til en bestemt afdeling, således at patienten kun har én forløbskoordinator gennem hele sit forløb. Dette vil skabe bedre overblik over det samlede forløb, og patienten undgår at blive "overdraget" til en ny forløbskoordinator ved hvert skift af afdeling.

"Måden hvorpå forløbskoordinationen er tænkt og organiseret findes uhensigtsmæssig. Forløbskoordination burdes tænkes på tværs af organisationen, således at patienten havde en forløbskoordinator igennem hele sit forløb (bundet op på pakkeforløbene). Patienterne kan ikke forstå at de gennem deres forløb har en forløbskoordinator i fx. den udredende afdeling, en i den behandlende og måske endnu en eller flere hvis der optræder metastaser eller andre komplikationer."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

På den måde kan man bedre sikre kontinuitet i behandlingen, og patientperspektivet kan bedre fastholdes; muligvis kan det betyde at organisationen i det hele taget bliver bedre til at arbejde med patientperspektivet.

Klare funktionsbeskrivelser og målsætninger

For at forebygge modstand imod forløbskoordinationsfunktionen, og for at drage fuld nytte af dens potentialer, er det vigtigt med klare funktionsbeskrivelser, og at der ledelsesmæssigt tages stilling til forløbskoordinatorernes ansvar og arbejdsopgaver.

"I start af ansættelsen oplevede nogle at FK var en kontrol af deres opgaver og fratagelse af deres opgaver ledelsesmæssigt. Ved placering af forløbskoordinatoren er det derfor væsentligt at være opmærksom på ledelsesmæssigt, hvem der er ansvarlig for funktionen og selve funktionsbeskrivelsen er vigtigt at få drøftet på ledelsesniveau."

Ligeledes er der forslag fra nogle respondenter om, at funktionsbeskrivelserne for forløbskoordinatorer ensrettes i modsætning til nu, hvor de er defineret af den enkelte afdeling, og at der indføres en standardisering af hvilken uddannelsesbaggrund man skal have for at varetage funktionen.

Prioritering af kvalitetsudvikling

Ved at arbejde systematisk med monitorering af forløb, samt identifikation af både flaskehalse og gode eksempler, indsamler forløbskoordinatorerne værdifuld viden og indsigt, der kan bruges til at kvalitetsudvikle og sikre reelle forbedringer af patientforløbene. For at funktionens potentiale, for at skabe kvalitetsforbedringer udnyttes, forudsættes det at ledelsen prioriterer dette arbejde – ellers er der risiko for at forløbskoordinatorerne udelukkende løser akutte driftsopgaver og skaber ad hoc løsninger.

MDT-konferencer

Repræsentation ved MDT-konferencer fremstår som helt centralt for at forløbskoordinationsfunktionen udnyttes optimalt. Efter at de indledningsvise udfordringer er overkommet, udtrykker både læger, sygeplejersker og sekretærer stor tilfredshed med samtidig repræsentation ved konferencerne. Det letter arbejdsgangene, fordi det bliver klart, hvem der følger op og tager ansvar for hvad - og dermed forbedres kvaliteten og sikkerheden i patientforløbene betydeligt.

Fast telefontid

Det opleves som vigtigt, at patienterne kan kontakte forløbskoordinatoren. En fast telefontid aflaster resten af personalet og virker som en kontaktfunktion for patienterne, der sikres bedre adgang til information og vejledning, og måske vigtigst at patienten får en person i røret som kender til deres forløb.

Samarbejdsaftaler

Etableringen af samarbejdsaftaler med andre afdelinger og behandlere, der er involveret i pakkeforløbene, fremstår som centralt for at sikre optimal koordinering af forløb. Især er muligheden for at booke tider direkte i andre afdelingers systemer et vigtigt skridt hen imod sikrere overgange. Mere ensartede procedurer kan gøre forløbene endnu hurtigere og mere smidige. I det hele taget er øget samarbejde og kontakt imellem afdelinger og sygehuse noget der efterspørges, og opfattes som centralt for kvaliteten af patientforløbene.

Efteruddannelse og fagligt netværk

Uden at der i spørgeskemaet direkte er spurgt til om forløbskoordinatorerne føler sig godt nok "klædt på", nævner enkelte respondenter spontant, at de føler behov for efteruddannelse. Bl.a. efterspørges kurser eller temadage om kræftpakkerne, kurser i forløbskoordinering, opgradering af IT-kompetencer for at kunne udføre registreringsopgaverne og kurser i "den svære samtale". Vidensdeling og faglig sparring med Forløbskoordinatorer i andre afdelinger eller på andre sygehuse, f.eks. i form af studiebesøg, nævnes som en måde hvorpå den faglige ekspertise kan udvikles.

4. Skematisk opsummering af undersøgelsens resultater

En obligatorisk forløbskoordinationsfunktion er blevet indført som et middel til at sikre bedre koordinering af kræftpatienters ofte komplekse udrednings- og behandlingsforløb, og de gældende aftaler lægger op til, at den udvikles og organiseres lokalt på sygehuse. Spørgeskemaundersøgelsen afdækker ikke overraskende, at der er stor variation på tværs af de kliniske afdelinger i forløbskoordinationsfunktionens praktiske udmøntning. I en erfaringsopsamling om forløbskoordinering i regioner og kommuner gennemført af Implement Consulting Group for Sundhedsstyrelsen beskrives henholdsvis 'samarbejdende koordination' og 'visiterende koordination' som to modeller for forløbskoordination med en række sammenhængende elementer og arketyperiske træk (9, side 9).

I denne undersøgelse af forløbskoordinationsfunktionen på sygehusenes kliniske afdelinger fremkommer et lignende billede, som illustreres i nedenstående model. Modellen viser en skematisk oversigt over en række typiske træk ved de to tydeligste modeller for forløbskoordinationsfunktionen identificeret i undersøgelsen. For begge modeller gælder det, at det bærende princip for organiseringen er "staffetmodellen", hvor det organisatoriske ansvar søges afleveret eller overgivet effektivt og sikkert til næste led i patientens forløb. Helt grundlæggende betyder det, at forløbskoordinationsfunktionen udføres sekventielt af flere enkeltpersoner eller teams. Undersøgelsen fandt kun få forløbskoordinatorer, som angiver, at de følger patienten i gennem hele pakkeforløbet, på tværs af afdelinger og sygehuse.

Tabel 4: To modeller for udmøntning af forløbskoordinationsfunktionen

	Visiterende koordination	Samarbejdende koordination
Afdelingens arbejdsområde	Udredning og diagnose af patienter henvist til pakkeforløb (f.eks. kirurgisk afdeling)	Behandling af patienter i pakkeforløb (f.eks. onkologisk afdeling)
Uddannelse	Sekretær/sygeplejerske	Sygeplejerske/læge
Stillingsbetegnelser	Lægesekretær/forløbskoordinator, forløbskoordinator og teamkoordinator for MDT konferencer	Patientforløbsvejleder, patientkoordinator, kræftforløbskoordinator, klinisk sygeplejespecialist
Beslutningskompetence til at ændre i patientforløb	I fht. planlægning og bookning af tider	Lægerne har beslutningskompetence ifht. behandlingen, sygeplejerskerne har organisatorisk beslutningskompetence
Grundlag for udførelse af funktionen	Formelle aftaler, f.eks. samarbejdsaftaler og visitationsretningslinjer og kliniske retningslinjer	Personligt netværk og kontakter i samarbejdende afdelinger/sygehuse
Relation til almen praksis	Telefonisk og elektronisk kontakt med praktiserende læge og speciallæger	Typisk ingen relation
Patientkontakt	Informerer og vejleder alle patienter henvist til pakkeforløb, kontaktpersonsfunktion under ambulante udredningsforløb	Tilbud til patienterne som kan tage kontakt hvis de oplever problemer
MDT konferencer	Deltager som regel, forbereder, indhenter prøvesvar og følger op på det aftalte	Lægerne deltager, sygeplejersker deltager sjældent
Pakkeforløbenes rolle	Retningsgivende for planlægningen af patientens forløb	Begrænset betydning – mere fokus på individuelle behov og forløb, der afviger fra pakkerne
Tværgående	Modtager henvisninger fra almen praksis og andre sygehuse, koordinerer udredningsforløbet på tværs af afdelinger	Fokus på overlevering til andre afdelinger/sygehuse

5. Diskussion af resultaterne i forhold til sammenhæng i patientforløb

Overgange kan bredt defineres som de situationer, hvor ansvaret for patienten og/eller de processer, der knytter sig til udredning, diagnostik og behandling helt eller delvis, midlertidigt eller permanent overgår fra en sundhedsperson/organisation til en anden. For at sikre organisatorisk, faglig og patientoplevet sammenhæng i det enkelte patientforløb fremstår det essentielt, at det sundhedsfaglige ansvar for både patient, prøve, henvisning m.m. overdrages kvalificeret fra den ene sundhedsfaglige person til den anden, når patienter skifter mellem afdelinger, sygehuse eller sektorer. Forløbskoordinationsfunktionen er netop indført for at sikre en bedre sammenhæng internt mellem afdelinger, almen praksis og hospitaler i kræftpatientens forløb. Herunder diskuteres undersøgelsens resultater i forhold til patientoplevet, faglig og organisatorisk sammenhæng.

5.1 Patientoplevet sammenhæng

Uden at spørgeskemaundersøgelsen har afdækket patienternes oplevelse af sammenhængen i forløbene, kan der af respondenternes svar udledes følgende overordnede betragtninger.

Respondenterne refererer meget positive tilkendegivelser fra patienter, som oplever hurtige og velkoordinerede udrednings-, diagnose- og behandlingsforløb. Denne opfattelse bekræftes af andre undersøgelser, der har fokuseret på kræftpatienters perspektiv på forløbskoordinationsfunktionen og fundet, at de er udbredt tilfredse med systematisk planlagte og forholdsvis hurtige forløb (10), og at forløbskoordination forbedrer patienternes evaluering af behandlingsforløbet (11, 12). De meget hurtige kræftpakkeforløb kan dog "overrumple" enkelte patienter og komme til at virke angstskabende.

I kræftudrednings- og diagnosefasen har patienterne typisk mange spørgsmål og et stort behov for information om deres mulige sygdom og forløbet. Forløbskoordinatorerne fremhæver, at de udfylder en central rolle som "kontaktperson" for de nyhenviste patienter i det ambulante udredningsforløb, før en eventuel indlægges og egentlig behandling. Via kontakt til forløbskoordinatorerne får patienterne den nødvendige information og vejledning om undersøgelserne og deres videre forløb. For patienterne skaber det tryghed at kunne kontakte en i systemet, som kender til og følger op på deres forløb. Idet patienterne overgår til et egentligt behandlingsforløb udfases forløbskoordinatorens rolle som "kontaktperson", og de bliver i stedet en slags "problemløser", der kan rettes henvendelse til efter behov.

Tættere samarbejde og samarbejdsaftaler mellem afdelinger betyder, at patienter kan sendes hjem fra en konsultation med en indkaldelse i hånden til deres næste undersøgelse. Dermed undgås det, at patienterne går i uvished og afventer næste indkaldelse, og forløbet bliver mere flydende med færre overgange.

5.2 Faglig sammenhæng

De detaljerede forløbsbeskrivelser i kræftpakkerne udstikker en klar ansvars- og arbejdsfordeling imellem de forskellige faggrupper, og dermed danner de rammen for en bedre udnyttelse af de tilgængelige ressourcer.

Indførelsen af MDT-konferencer som fora for tværfaglig dialog tilskrives stor betydning for en bedre faglig sammenhæng i patientforløbene. Ved at samle behandlende læger og andet klinisk personale fra de afdelinger, der er involveret i et patientforløb - og i nogle tilfælde også patienten og pårørende – er det muligt at udnytte faglige ressourcer bedre, skabe sammenhæng i forløbet og gøre overgange mere sikre. Når forløbskoordinatoren varetager de organisatoriske opgaver, og f.eks. sørger for at prøvesvar og undersøgelsesresultater foreligger før en patient kommer op på konference, kan der sikres bedre fremdrift i patientforløbene, og de behandlende læger og sygeplejersker kan koncentrere sig om patienten.

Ansvarsfordelingen i det tværfaglige samarbejde er dog ikke altid entydig. Enkelte respondenter oplever, at der kan opstå uklarheden om hvilken sundhedsperson, der har det overordnede ansvar for patientforløbet i tilfælde af, at problemer opstår f.eks. med unødigt ventetid. Er unødigt ventetid forløbskoordinatorens eller behandlende læges ansvar? Ikke alle forløbskoordinatorer har beføjelserne til at gå ind og ændre i et patientforløb, der kører uhensigtsmæssigt, men skal gå igennem en overordnet.

5.3 Organisatorisk sammenhæng

Overordnet viser undersøgelsen, at kræftpatienterne følges successivt af forskellige forløbskoordinatorer, som hver på afdelingsniveau monitorerer og koordinerer dele af patientforløbet. I forhold til den organisatoriske sammenhæng er der områder, hvor forløbskoordinationsfunktionen har betydet en forbedring, og andre hvor betydningen er mere tvetydig.

I udredningsfasen udfører forløbskoordinatorerne typisk visiterende koordination, og her har funktionen sikret en bedre koordinering og planlægningen af pakkeforløb for nyhenviste patienter og dermed skabt bedre patientsikkerhed. Når forløbskoordinatoren tager organisatorisk ansvar for hver enkelt patients forløb og f.eks. sørger for at følge op på henvisninger og prøvesvar, minimeres unødigt ventetid, og kræftpatienterne får hurtigere stillet en diagnose og kommer behandling. Der spares tid og ressourcer ved at forløbskoordinatoren før patienten kaldes ind til konsultation sikrer, at alle relevante undersøgelsesresultater foreligger eller udsætter konsultationen, så ingen går forgæves.

"Det giver en bedre sikkerhed at det kun er en person inde over at få bestilt diverse prøver og procedurer - så der ikke er tvivl om det er blevet gjort."

FORLØBSKOORINATOR, SYGEPLEJERSKE

Det øgede fokus på registrering, koder og statistiske indberetninger i forhold til kræftpakkerne har genereret en mere detaljeret og gennemsigelig monitorering af patientforløbene. Ved at centralisere monitoreringen hos forløbskoordinatoren er der skabt bedre rammer for at der genereres et overblik over de enkelte patients forløb. Tilsammen betyder dette en mindsket risiko for, at en henvisning eller et prøvesvar bliver "glemt"

eller "tabt" imellem afdelinger, at fejlene opdages og hurtigere kan rettes, og det giver afdelingerne mulighed for at være på forkant med flaskehalse og justere patientforløbene fremadrettet.

I behandlingsfasen er forløbskoordinationsfunktionens betydning for den organisatoriske sammenhæng mere tvetydig, idet undersøgelsen både påviser forbedringer og fortsatte barrierer. Typisk monitorerer forløbskoordinatorerne patientovergangene mellem afdelinger og sygehuse og griber ind i tilfælde af problemer. Der arbejdes bevidst med "stafetmodellen" og koordinatorerne spiller en proaktiv rolle i "overdragelsen" af ansvaret for patienten til næste trin i forløbet. Rent praktisk betyder dette, at forløbskoordinatoren i den henvisende afdeling tager telefonisk kontakt til personalet på den modtagende afdeling/sygehus og sikrer sig, at modtagelsen af patienten forløber planmæssigt. Generelt fremstår etableringen af samarbejdsaftaler mellem afdelinger, afsnit og sygehuse, som et vigtigt redskab for at gøre overgangene nemmere at håndtere og dermed mere sikker for patienten.

Forløbskoordinationsfunktionen er tilføjet som en ekstra funktion til de i forvejen eksisterende på de kliniske afdelinger. Det er derfor vigtigt kontinuerligt at overveje forløbskoordinationsfunktionens relevans, og hvor og hvordan de relaterede arbejdsopgaver adskiller sig fra det, man i forvejen gør. Risikoen for opgaveglidning, og at forløbet kompliceres rettere end strømlines, får enkelte respondenter til at stille spørgsmål ved selve funktionens relevans.

"[Der sker] muligvis en opgaveglidning indenfor nogle områder, mellem sekretærer eller kontaktsygeplejerske og forløbskoordinatorfunktionen. Det kan være uhensigtsmæssigt, da vi bliver et ekstra led i forløbet. Det forbedrer og tilføjer ikke nødvendigvis noget nyt til patientforløbet."

"FK kan være et ekstra led i et forløb, det kan forlænge forløbet, øge kompleksiteten og risikoen for kontinuitetsbrud. Det bør derfor overvejes og beskrives nøje, hvilket formål FK funktionen har og skal opnå."

"Der er sket en ændring i hvem der er ansvarlig for henviste patienter og overholdelse af kræftpakkeforløb, så et nyt led i administrationen af forløb, og problemer kan opstå hvis der ikke er synlighed og dialog på tværs."

For at forløbskoordinationsfunktionen ikke bliver "et ekstra led", som ender med at komplicere patientforløbene, er det vigtigt at etablere tydelige ansvarsområder og klar kompetencefordeling imellem de forskellige fagpersoner. Fra patientens perspektiv er der måske ikke stor forskel på en kontaktsygeplejerske og en forløbskoordinator, der begge opfattes som kontaktperson, og på samme måde er der i nogle afdelinger måske ikke så stor forskel på de opgaver en visitationssekretær og en forløbskoordinator udfører. Der hvor forløbskoordinationsfunktionen muligvis adskiller sig tydeligst fra allerede eksisterende funktioner, er i relation til at kvalitetssikre, udvikle og ændre arbejdsgange.

"Det kan i højere grad være relevant at FK er med til at iværksætte systematiske løsninger, der øger sikkerheden, ensartetheden og bidrager til ændring af kulturen omkring patientforløbstankegangen."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

I det daglige arbejde med kontinuerligt indtag af nye patienter, tidspres og skarp prioritering i arbejdsopgaverne, er der stor risiko for at planlægning af nye patientforløb og ad hoc løsninger på akutte problemstillinger kommer til at dominere over monitoreringen af allerede igangværende patientforløb og kvalitetsudviklingen af arbejdsgange. For at funktionens potentiale for kvalitetsudvikling kan udnyttes, er der behov for ledelsesmæssig prioritering og anerkendelse af disse arbejdsopgavers vigtighed. Nogle steder har man formået at udnytte forløbskoordinationsfunktionen i arbejdet med udviklingen af systematiske løsninger på tværs af afdelinger, klinikker og sygehuse.

"FK fungerer som facilitator for fremdrift i processen, sikrer patientperspektivet og er katalysator for samarbejde på tværs af afdelinger/klinikker/sygehuse ved at arbejde med systematiske løsninger, frem for at blive ved med at løse de samme ad hoc problemstillinger."

FORLØBSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE

Det overordnede resultat af spørgeskemaundersøgelsen er, at der er stor enighed blandt respondenterne om, at forløbskoordinationsfunktionen har gjort, og til stadighed gør, en positiv forskel for styringen af patientforløbene. Især fremhæves tidsperspektivet, dvs. hurtigere forløb med mindre unødigt ventetid, men også øget og bedre tværfagligt samarbejde fremhæves som væsentlige faktorer med betydning for sammenhæng og sikkerhed i patientforløbene. Samtidig indeholder funktionen potentiale for arbejdet med kvalitetsudvikling og optimering af arbejdsgange, der dog ikke alle steder prioriteres og udnyttes optimalt.

6. Afrunding

Studier af patienternes perspektiv på sammenhængende forløb viser, at patienterne efterlyser bedre koordinering, mere gennemgående personale, og at nogen tager klart ansvar for deres forløb (13). Forløbskoordinationsfunktionen er blevet indført for præcis at forbedre nogle af disse forhold. Denne spørgeskemaundersøgelse afdækker forløbskoordinatorenes egne erfaringer med og perspektiver på funktionens styrker og svagheder. Undersøgelsen baserer sig på respondenternes selv-rapportering og udgør således ikke en egentlig evaluering af, om funktionen har medført de ønskede forbedringer.

Spørgeskemaundersøgelse bekræfter ikke overraskende, at der er stor variation i forløbskoordinationsfunktionens praktiske udmøntning. Alene det at den kan varetages af både sygeplejersker, læger og sekretærer viser, at arbejdsopgaver og ansvarsområder fortolkes meget bredt. Besvarelsene indikerer, at forløbskoordinatoren udfylder en meget vigtig kontaktpersonsrolle i ambulante udrednings- og diagnostiske forløb før en eventuel indlæggelse. Centraliseringen af ansvaret for planlægning af patientforløb, tidsbestilling m.m. hos forløbskoordinatoren betyder, at koordineringen kan optimeres. Under indlæggelse og behandling er forløbskoordinatorene ressourcepersoner, som patienter, pårørende og sundhedspersonale kan henvende sig til med spørgsmål og organisatoriske problemer, og som tager ansvar for at finde en løsning. Samtidig er forløbskoordinationsfunktionen reelt et 'ekstra led' med risiko for, at patientforløb kompliceres rettere end forenkles. For at imødegå dette, er der behov for en tydelig definition af arbejdsopgaver og ansvarsområder knyttet til forløbskoordinationsfunktionen, i både nationale aftaler og retningslinjer, samt i Den Danske Kvalitetsmodels standarder og krav.

Overordnet er der stor enighed blandt respondenterne om, at koordineringen af kræftpatienters forløb er blevet styrket med de detaljerede pakkeforløbsbeskrivelser, som har tydeliggjort arbejds- og ansvarsfordelingen mellem de forskellige enheder. Indførelsen af tværfaglige MDT-konferencer fremstår som et vigtigt redskab til at skabe overblik over de enkelte patientforløb. At monitorere patientforløb og intervenere når der opstår fejl og unødigt ventetid er en central arbejdsopgave for forløbskoordinatorene. Det betyder, at de har en nøgleposition og opsamler central viden, der kan bruges til at fremme arbejdet med at udvikle arbejdsgangene på sygehusene. En vigtig konklusion på baggrund af undersøgelsen er således, at der igennem forløbskoordinationsfunktionen er mulighed for at udføre systematisk dataindsamling til gavn for arbejdet med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

I forhold til at fastslå effekterne af de forskellige lokale udmøntninger af forløbskoordinationsfunktionen, og hvordan de hver især understøtter sammenhængende patientforløb for kræftpatienter, mangler der dog stadig viden. Forhåbentlig kan denne undersøgelse inspirere til andre og mere regelrette effektundersøgelser, og til videreudviklingen af forløbskoordinationsfunktionen indenfor såvel kræft som andre sygdomsområder.

7. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen et al. *Fælles udmøntningsplan for Kræftplan III*. Udarbejdet af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL, Indenrigs- og sundhedsministeriet), 27. maj, 2011.
2. Kræftens Bekæmpelse. *Patientens GPS – Oversigt over behandlingssteder for kræft. 2012*. Hentet 31. oktober 2012 på: <https://www.cancer.dk/gps>
3. Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
4. Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Regeringen og Danske Regioner, 2007. Link: <http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Om%20pakkeforloeb/Aftale%20om%20akut%20handling%20og%20klar%20besked.ashx>
5. Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter. Task Force for Kræftområdet, Sundhedsstyrelsen, 2008. Link: http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Om%20pakkeforloeb/akut%20handling%20og%20klar%20besked_generelle%20rammer%20for%20indfoerelse%20af%20pakkeforloeb%20for%20kraeftpatienter.ashx
6. Sundhedsstyrelsen. *Styrket indsats på kræftområdet- et sundhedsfagligt oplæg*. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til Kræftplan III, juni 2010, pp. 1-69.
7. Kapitel 1 i pakkeforløbsbeskrivelserne (fælles for de forskellige kræftformer). København: Sundhedsstyrelsen; 2011, 2012.
8. Kjellberg, J, P Kürstein Kjellberg og M Sandberg Buch. *Ledelse af cancerforløb*. Notat til Danske Regioner. DSI Publikation, pp. 1-26, 2008. Link: http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&type=book_whole&id=43&project_id=2456
9. Sundhedsstyrelsen/Implement Consulting Group. *Forløbskoordinering i regioner og kommuner. Indsamling af erfaringer*. Sundhedsstyrelsen/ICG, september 2011.
10. Kærgaard, G og H Hahn. Patientens oplevelse af et koordineret forløb – når tarm-kræft udredes og behandles som en akut sygdom. *Sygeplejersken*, vol. 11 (9), pp. 52-57, 2010.
11. Wulff, C, J Søndergaard, F Olesen og P Vedsted. *Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter*. Ugeskrift for Læger, 172/10, pp. 801-804, 2010.
12. Wulff, C. The Effect of Hospital-Based Case Management in Cancer Pathways. PhD Dissertation. The Research Unit and Section for General Practice, Aarhus University, 2012.
13. Martin, H. M. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. Dansk Sundhedsinstitut; DSI Rapport 2010.01.

Anneks 1 - Spørgeskema

Spørgeskemaundersøgelse blandt forløbskoordinatorer på kræftområdet

Dette spørgeskema er fremsendt til forløbskoordinatorer på alle kliniske afdelinger, der udreder og/eller behandler kræftpatienter i henhold til pakkeforløbene. Vi håber, at du vil besvare spørgeskemaet og på den måde hjælpe os med undersøgelsen.

Resultaterne vil være en del af den afrapportering, som den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb foreligger Danske Regioner i slutningen af 2012. Resultaterne vil ligeledes tilgå de deltagende afdelinger.

Det tager ca. 20 minutter at besvare skemaet. Følg vejledningerne i spørgeskemaet og sæt kryds i den kasse, hvor du synes, svaret passer bedst. Ved spørgsmål, der ikke passer ind i din situation, bedes du sætte kryds i "ikke relevant". Vi håber meget, du vil benytte dig af mulighederne for at skrive i kommentarboksene, idet vil give os en mere uddybende og nuanceret viden på området.

Besvarelsen afsluttes ved på sidste side at trykke på det kryds, der er angivet på statuslinjen.

Tidsrammen for besvarelse af spørgeskemaet er 4 uger - hvorfor vi håber, at du har mulighed for at besvare spørgeskemaet **senest tirsdag den 17. juli 2012**. Hvis du har spørgsmål til skemaet eller andre kommentarer til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte Kræftens Bekæmpelse (Karina Jespersen) på telefon 40 28 36 97 eller via mail på karrah@cancer.dk

På forhånd mange tak for hjælpen.

Med venlig hilsen og på vegne af:

Temagruppen overgange i diagnostik og behandling

Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb

Janne Lehmann Knudsen

MD, ph.d., MHM

Kvalitetschef

Kræftens Bekæmpelse



Del 1: Den organisatoriske ramme

Angiv venligst dit ansættelsessted

(navn på sygehus)

Angiv venligst din organisatoriske placering på sygehuset

- (1) ☐ Sygehusniveau
- (2) ☐ Centerniveau
- (3) ☐ Klinikniveau/afdelingsniveau
- (4) ☐ Anden - angiv gerne hvilken _____

Hvis din organisatoriske placering er på klinik- eller afdelingsniveau - angiv da venligst hvilken

- (1) ☐ Kirurgisk
- (2) ☐ Onkologisk
- (3) ☐ Hæmatologisk
- (4) ☐ Medicinsk
- (5) ☐ Gynækologisk
- (6) ☐ Anden - angiv gerne hvor _____

Hvem referer du til?

(f.eks. titel på nærmeste overordnede)

Hvilke kræftpatienter (sygdomsgrupper) har I ansvar for at udrede og/eller behandle?

Hvor mange kræftpatienter udreder og/eller behandler I om ugen?

(målt på antal indlagte og/eller ambulante kræftpatienter pr. uge)

Hvor mange forløbskoordinatorer er ansat til at koordinere disse forløb?

Hvad er din uddannelse?

- (1) ☐ Sekretær
- (2) ☐ Sygeplejerske
- (3) ☐ Læge
- (4) ☐ Anden - angiv venligst hvilken

Hvad er din erfaring?

(f.eks. tidligere ansættelser, erfaring med kvalitet og patientsikkerhed samt supplerende uddannelser)

Hvad er din ugentlige arbejdstid som forløbskoordinator?

(ifølge ansættelseskontrakt)

Hvor stor en del af din arbejdstid bruges aktuelt på forløbskoordination og dertil tilknyttede funktioner?

- (1) ☐ ca. 25%
- (2) ☐ ca. 50%
- (3) ☐ ca. 75%
- (4) ☐ ca. 100%

Er funktionen sikret under ferie og sygdom?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvis ja - beskriv gerne hvordan

Del 2: Dine arbejdsopgaver som forløbskoordinator

Er formålet med dit arbejde beskrevet?

(f.eks. i afdelingens målbeskrivelse)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Har du en funktionsbeskrivelse?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvis ja - vedlæg gerne via følgende link

Send funktionsbeskrivelse

Alternativt kan funktionsbeskrivelsen fremsendes til Kræftens Bekæmpelse på følgende adresse:

Kvalitet & Patientsikkerhed

Kræftens Bekæmpelse

Strandboulevarden 49

2100 København Ø

Hvis nej - beskriv gerne dit funktionsområde:

Hvad er de 5 arbejdsopgaver, der fylder mest i din hverdag?

(start med den opgave, der fylder mest)

Hvad synes du, er dine vigtigste arbejdsopgaver?

Hvor mange henholdsvis nyhenviste og igangværende forløb koordinerer du gennemsnitligt pr. uge?

Hvor og hvordan dokumenterer du dit arbejde?

(f.eks. i patientens journal eller i eget journalsystem)

Hvordan starter et patientforløb hos dig?

Hvordan følger du med i patientens forløb?

Er der etableret en særlig funktion som forløbsleder/-ansvarlig?

- (1) ☐ Ja - angiv gerne hvem (titel) _____
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Har du beslutningsmyndighed til at foretage ændringer i patientforløb?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ikke relevant

Samarbejder du med patientens kontaktperson?

- (1) ☐ Altid
- (2) ☐ Som regel
- (3) ☐ Sjældent
- (4) ☐ Aldrig
- (5) ☐ Ikke relevant

Samarbejder du med patientens behandlingsansvarlige læge(r)?

- (1) ☐ Altid
- (2) ☐ Som regel
- (3) ☐ Sjældent
- (4) ☐ Aldrig
- (5) ☐ Ikke relevant

Har du kontakt med patienten?

- (1) ☐ Altid
- (2) ☐ Som regel
- (3) ☐ Sjældent
- (4) ☐ Aldrig
- (5) ☐ Ikke relevant

Hvordan foregår kontakten med patienten?

(sæt gerne flere x)

- (1) ☐ Brev
- (2) ☐ Telefon
- (3) ☐ Personligt møde
- (4) ☐ Anden - beskriv hvilken _____

Har patienten mulighed for at komme i kontakt med dig?

- (1) ☐ Ja - angiv gerne hvordan _____
- (2) ☐ Nej
- (4) ☐ Ikke relevant

Hvilke temaer henvender patienten sig hyppigst med?

Har du kontakt med pårørende?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (4) ☐ Ikke relevant

Hvornår ophører din funktion med at koordinere patientens forløb?

Hvordan sikrer du sammenhæng i patientens forløb ved afslutning af patient til:

Ikke relevant

a) ... egen læge?

(1) ☐

b) ... mellem enhe-
der/funktioner i egen afde-
ling?

(1) ☐

c) ... anden afdeling (samme
sygehus)?

(1) ☐

d) ... anden afdeling (andet
sygehus i samme region)?

(1) ☐

e) ... anden afdeling (andet
sygehus i anden region)?

(1) ☐

f) ... kommunal sektor (fx
hjemmepleje, genoptræning
mv.)?

(1) ☐

Har patienten mulighed for at kontakte dig efter dennes forløb er afsluttet af dig?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ikke relevant

Får patienten oplyst, hvem forløbskoordinationen overgår til?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (4) ☐ Ved ikke
- (3) ☐ Ikke relevant

Er det dit indtryk, at din funktion er kendt af patienterne?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Er det dit indtryk, at din funktion er kendt af:

	Ja	Nej	Ved ikke
a) ... dine kollegaer på egen afdeling?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
b) ... forløbskoordinatorer i andre afdelinger (eget sygehus)?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
c) ... forløbskoordinatorer på andre sygehuse?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
d) ... afdelinger uden forløbskoordinatorer (eget sygehus og andre sygehuse)?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
e) ... praktiserende læger og speciallægepraksis?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
f) ... forløbskoordinatorer i kommunalt regi?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐

Deltager du i multidisciplinære konferencer?

- (1) ☐ Altid
- (2) ☐ Som regel
- (3) ☐ Sjældent
- (4) ☐ Aldrig
- (5) ☐ Ikke relevant

Indgår du i et netværk (eller lignende) med andre forløbskoordinatorer?

- (1) ☐ Ja - beskriv gerne _____
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ikke relevant

Del 3: Afrunding

Hvilke barrierer oplever du som væsentlige i forhold til at opfylde dine arbejdsopgaver?

Hvordan håndterer du disse barrierer?

Har du oplevet, at funktionen har forbedret kvaliteten i patientforløbet?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvis ja - angiv gerne hvordan

Har du oplevet, at funktionen har forbedret patientsikkerheden?
(f.eks. ved at forebygge utilsigtede hændelser i overgange i patientforløbet)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvis ja - angiv gerne hvordan

Giv gerne konkrete eksempler på, hvor din arbejdsfunktion har gjort en forskel

Er der eksempler på nyopståede koordinationsproblemer som følge af forløbskoordinatorfunktionen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvis ja - angiv gerne hvilke

Har du forslag til at forbedre funktionen som forløbskoordinator?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvis ja - angiv gerne hvilke

Hvordan vil du selv beskrive din egen rolle som forløbskoordinator?

(sæt kryds ved de(n) beskrivelse(r), som passer bedst på din rolle)

Sæt max 2 krydser.

- (1) ☐ Som en blæksprutte: Sørger for at bestille tid til de relevante undersøgelser, og kan kontaktes af praktiserende læge.
- (2) ☐ Som en kontrollør: Har særligt ansvar for løbende at monitorere patientforløbene, identificere flaskehalse etc. og melde om problemer til afdelings- eller hospitalsledelse.
- (3) ☐ Som et parallelt ledelseslag: En lægefaglig teamleder med ledelsesmæssige beføjelser, og som referer til en overordnet kræftforløbschef.
- (4) ☐ Andet - beskriv gerne _____

Du er velkommen til at skrive her, hvis du har øvrige kommentarer

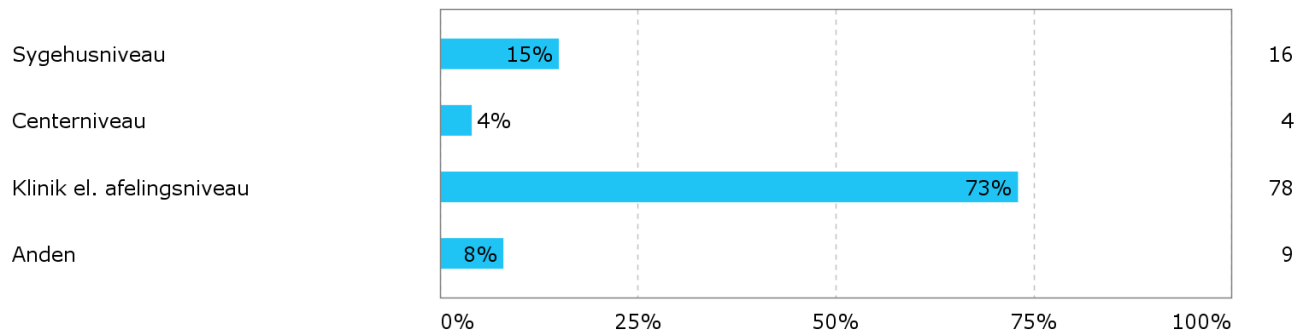
Må vi vende tilbage med opklarende spørgsmål hvis nødvendigt?

Angiv da venligst navn og telefonnummer:

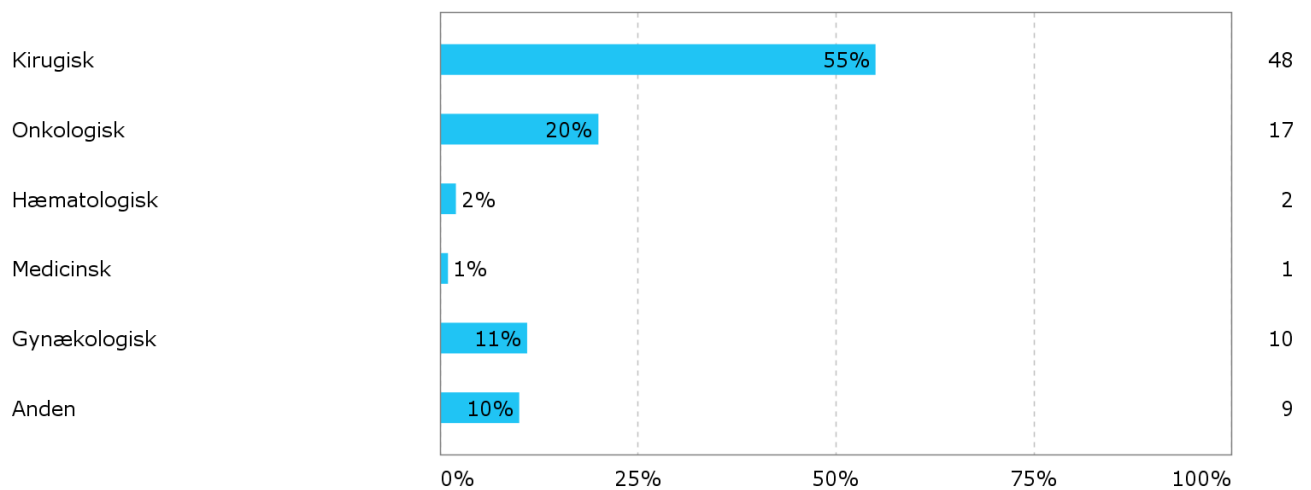
Tak for din besvarelse!

Anneks 2 - Kvantitative analyseresultater

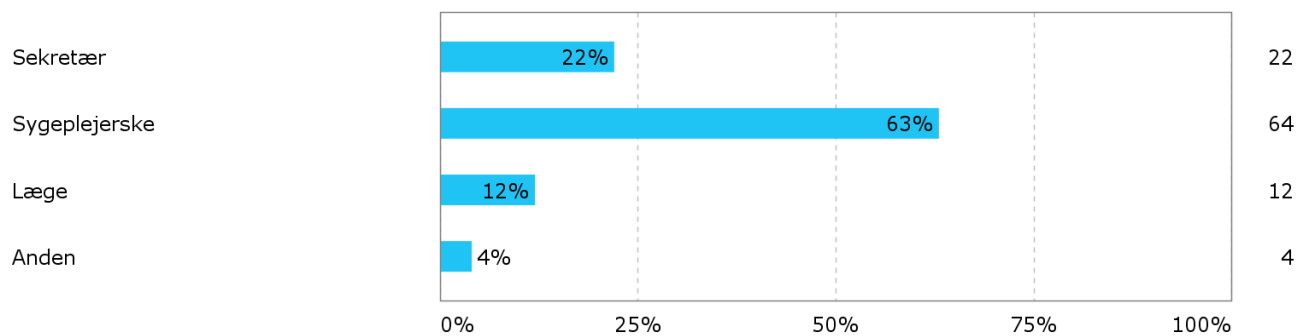
Organisatorisk placering



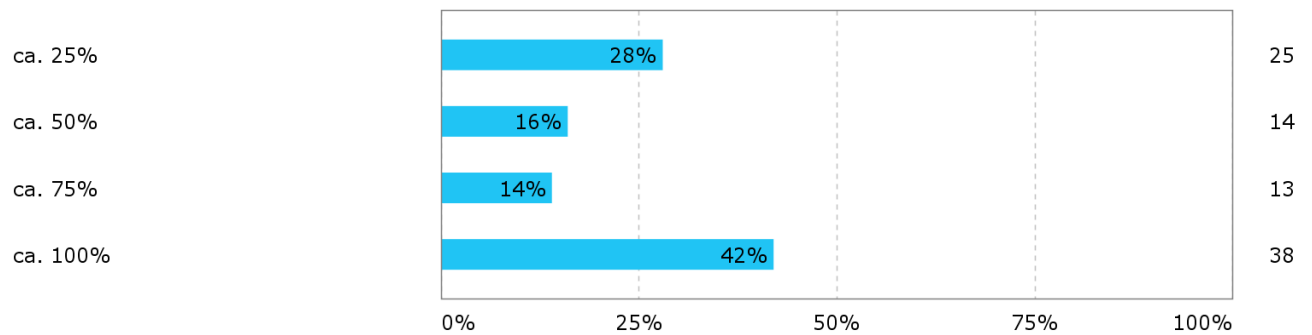
Klinik eller afdeling



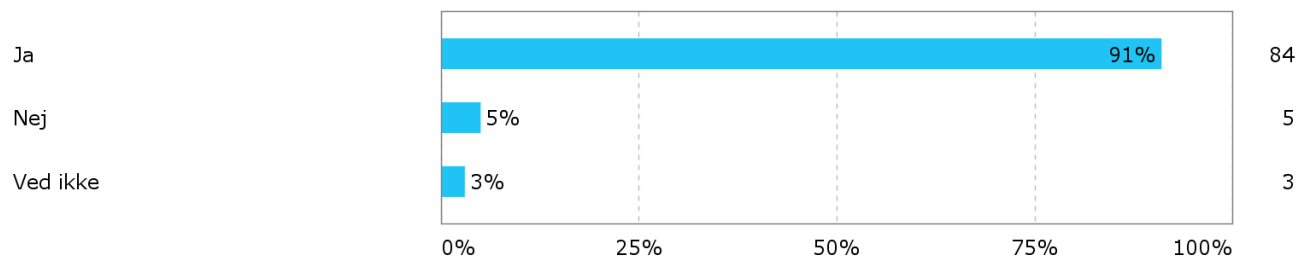
Uddannelse



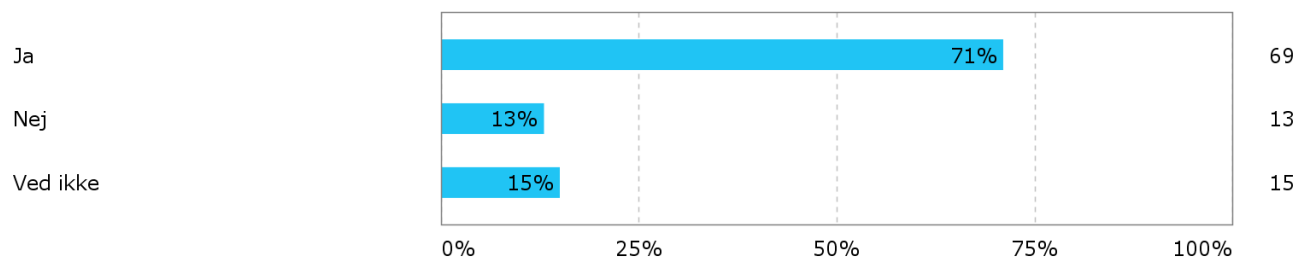
Andel af arbejdstid der bruges på forløbskoordination



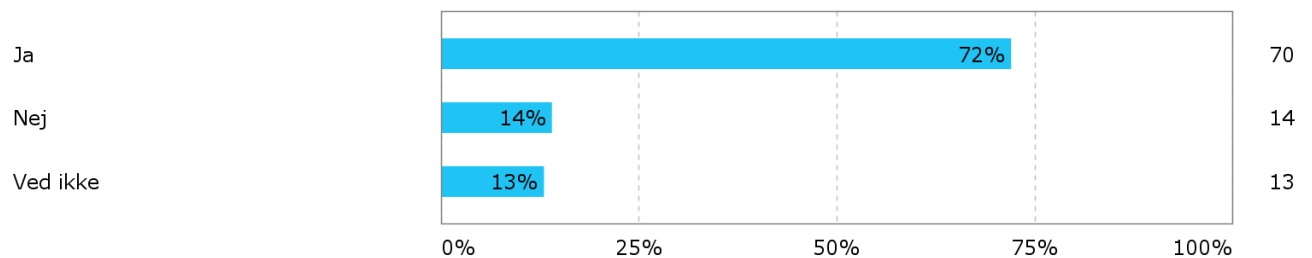
Er funktionen sikret under ferie og sygdom?



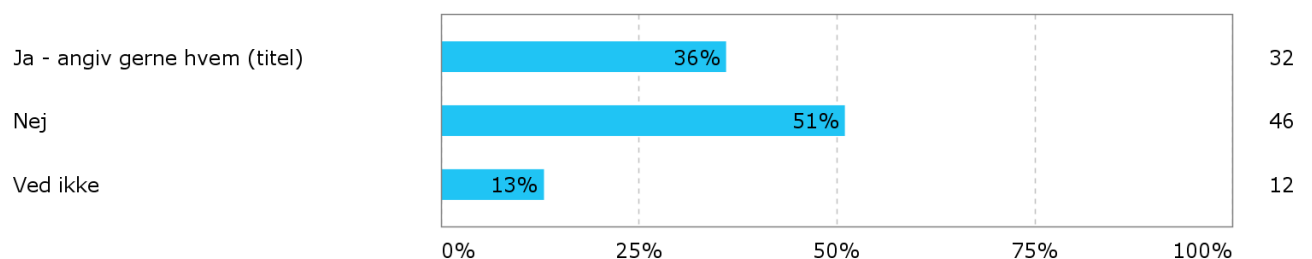
Er formålet med dit arbejde beskrevet? (f.eks. i afdelingens målbeskrivelse)



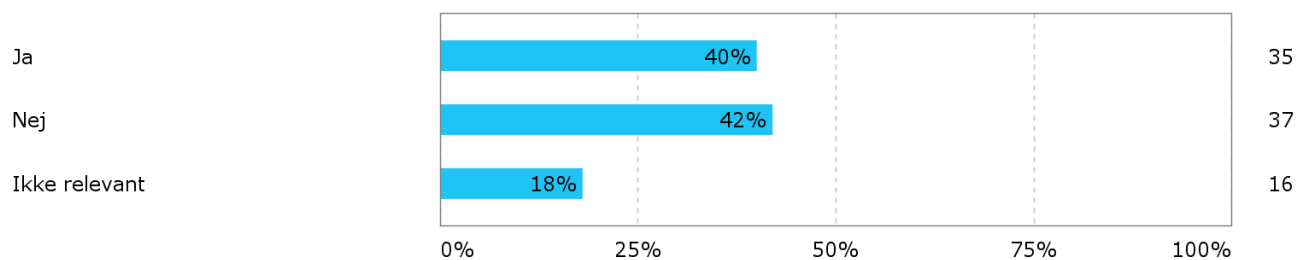
Har du en funktionsbeskrivelse?



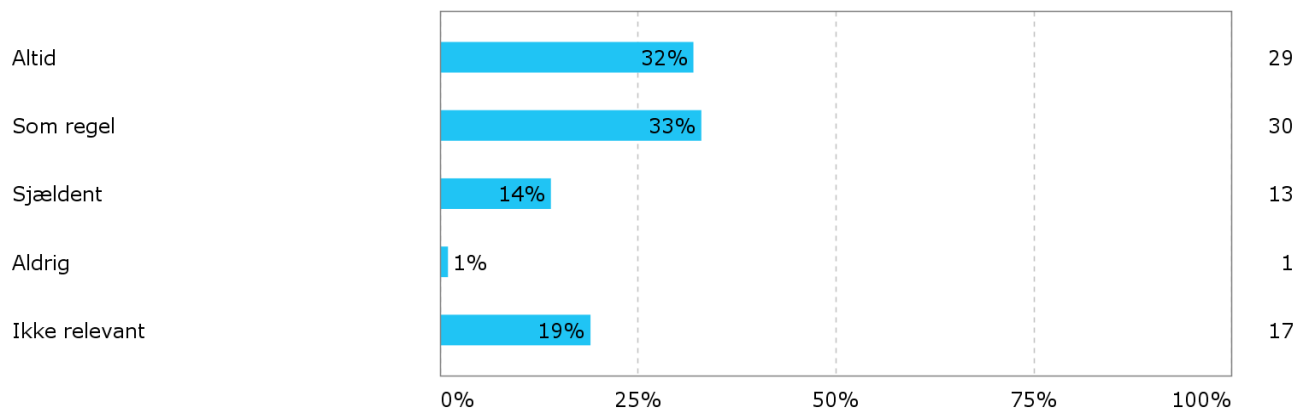
Er der etableret en særlig funktion som forløbsleder/-ansvarlig?



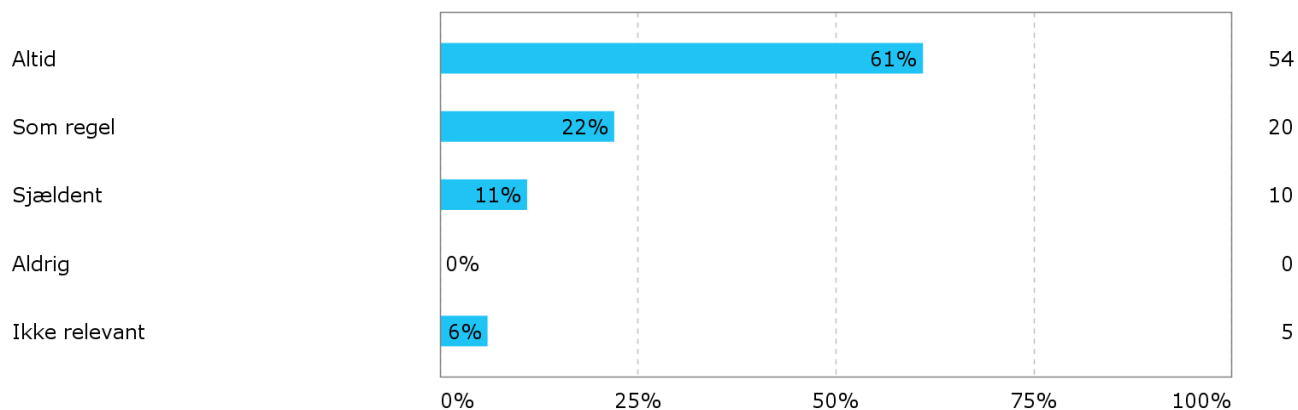
Kan foretage ændringer i patientforløb



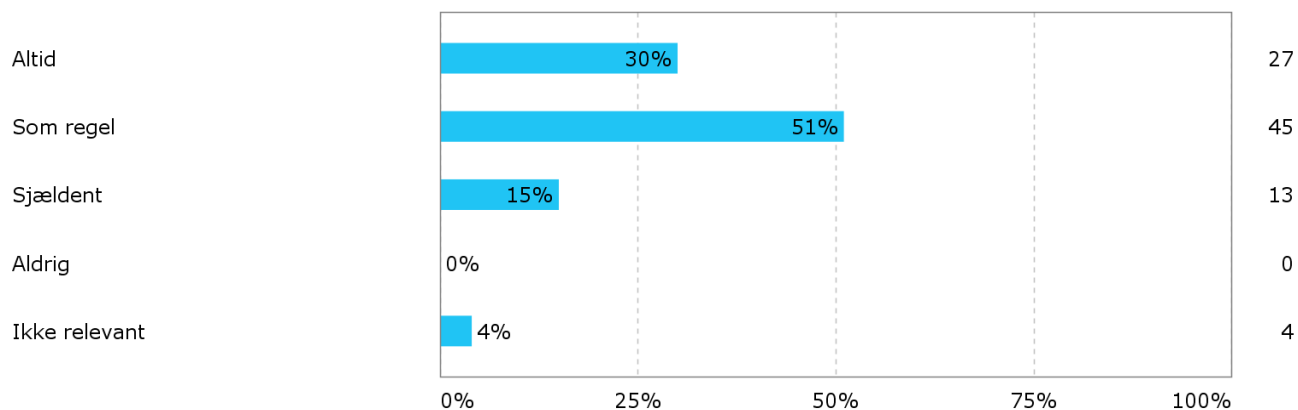
Samarbejder med patientens kontaktperson



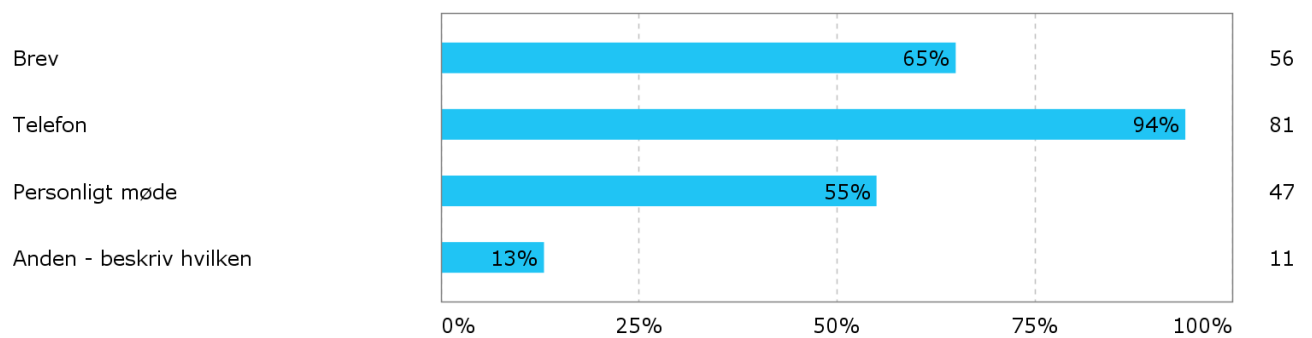
Samarbejder med patientens behandlingsansvarlige læge



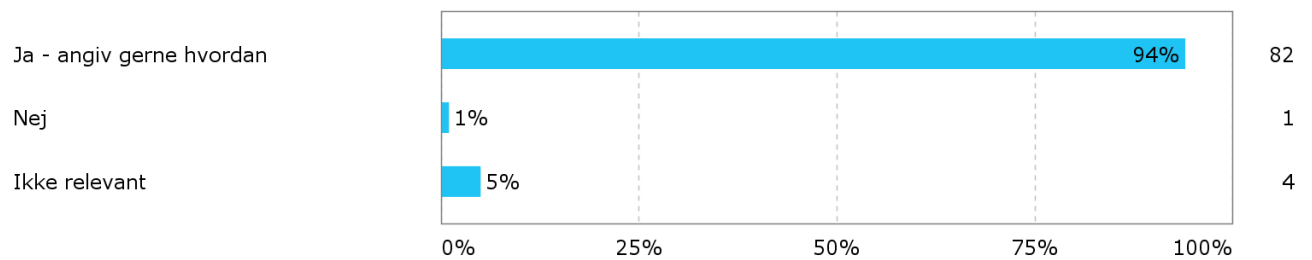
Har du patientkontakt?



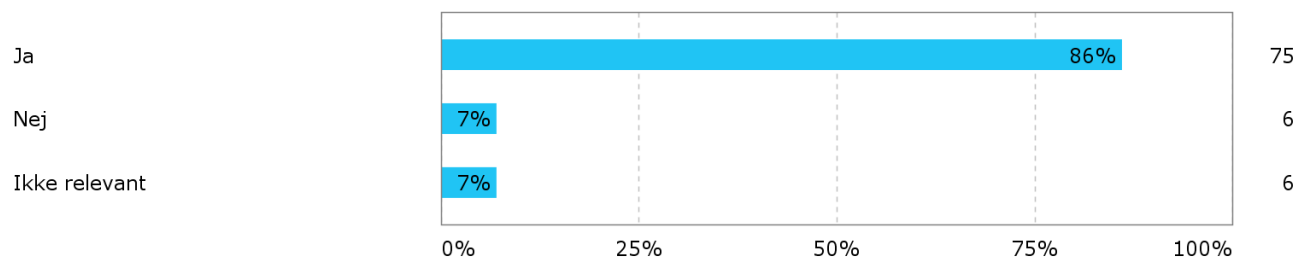
Hvordan foregår patientkontakt



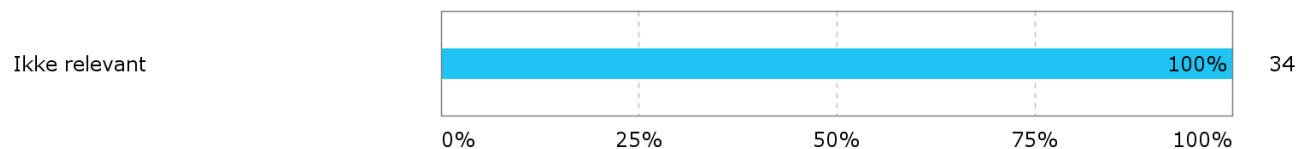
Kan patienten kontakte dig?



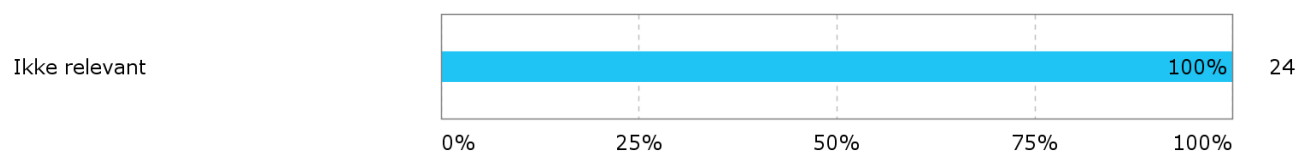
Har du kontakt med pårørende?



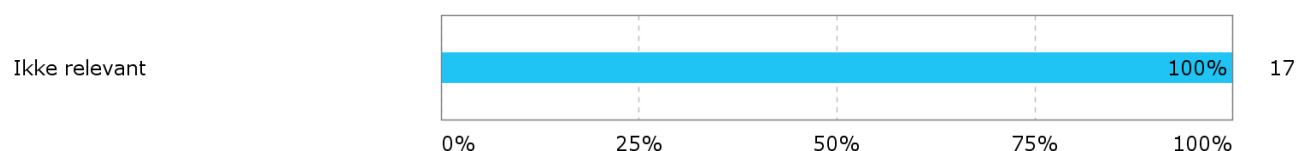
Sikring af sammenhæng i patientforløb ved afslutning til egen læge



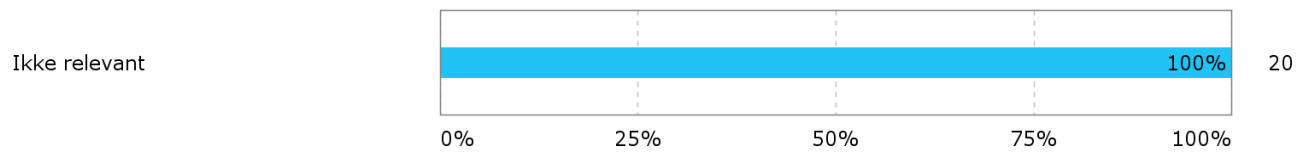
Sikring af sammenhæng i patientforløb ved afslutning til egen afdeling



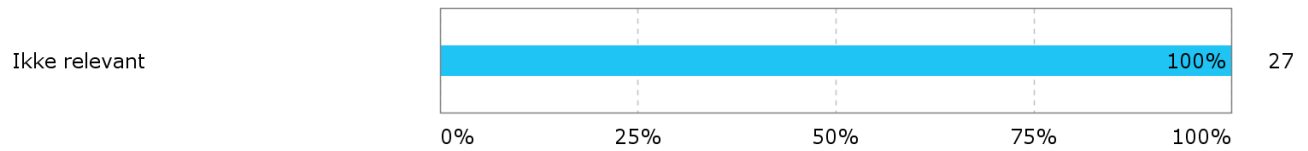
Sikring af sammenhæng i patientforløb ved afslutning til anden afdeling



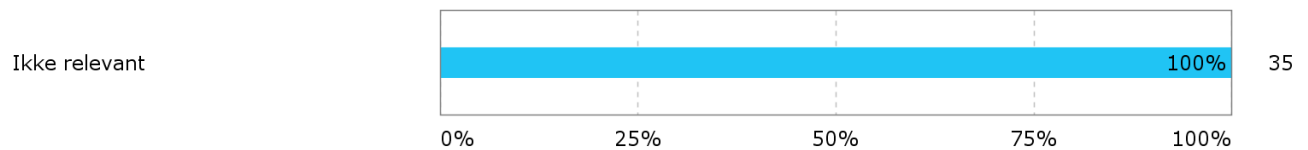
Sikring af sammenhæng i patientforløb ved afslutning til andet sygehus



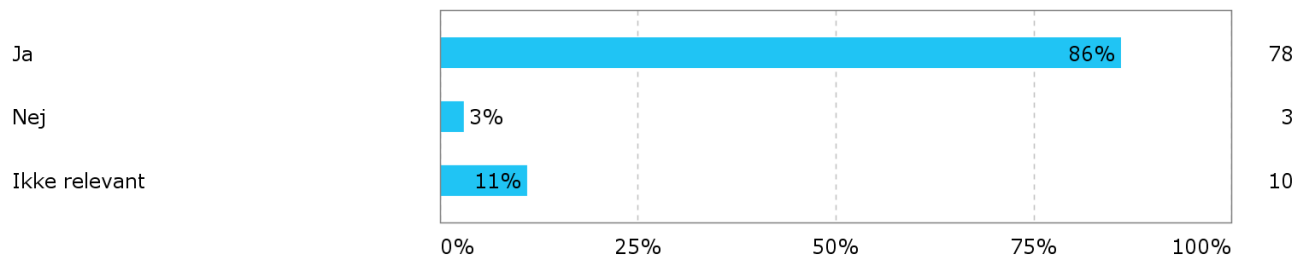
Sikring af sammenhæng i patientforløb ved afslutning til anden region



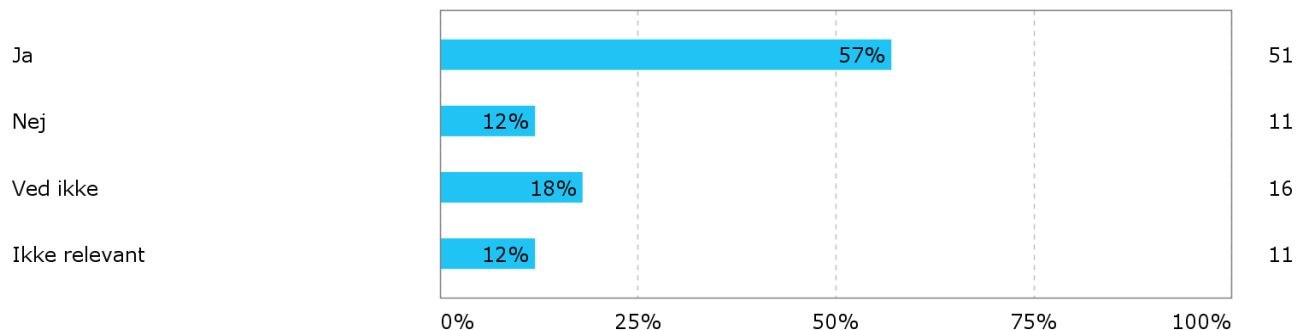
Sikring af sammenhæng i patientforløb ved afslutning til kommunal sektor



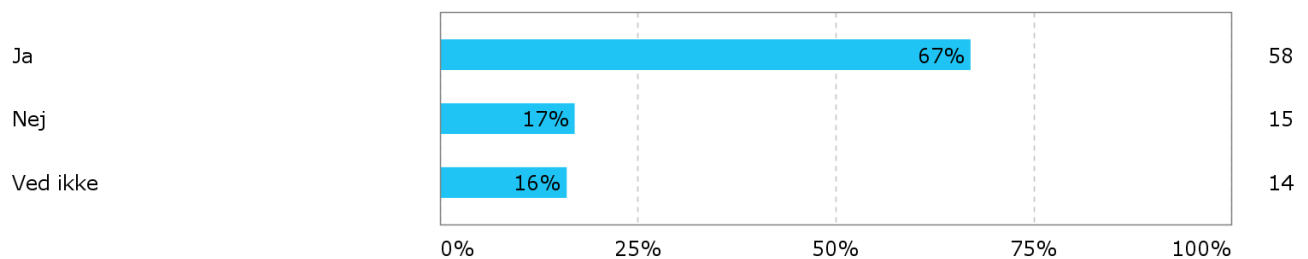
Kan patienten kontakte FK efter afsluttet forløb?



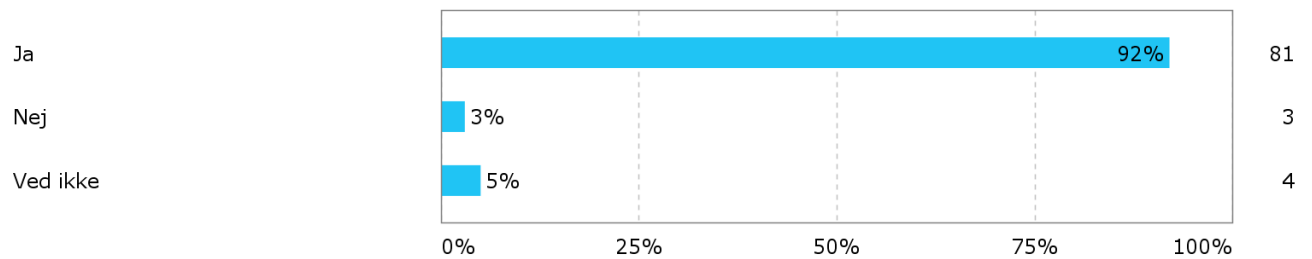
Oplyses patienten om hvem FK funktionen overgår til?



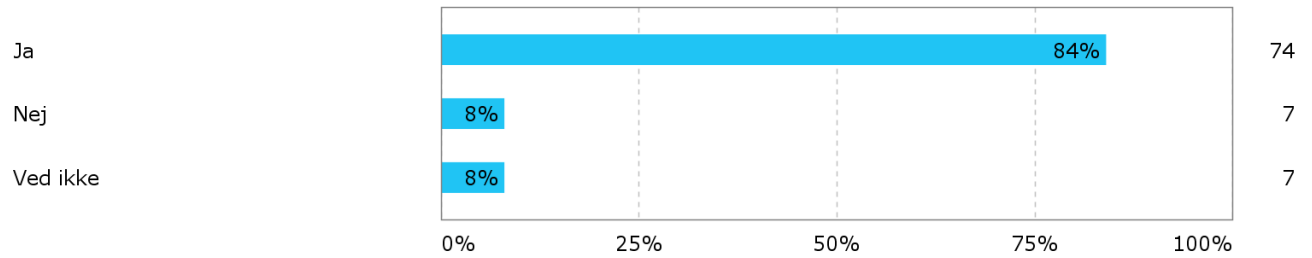
Er funktionen kendt af patienten?



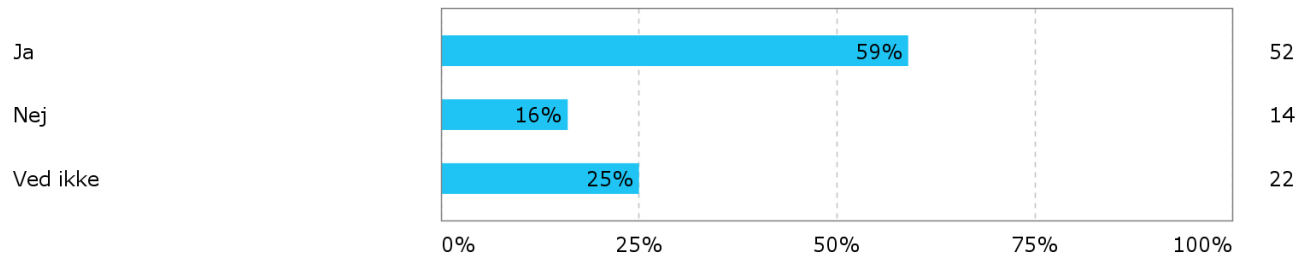
Er funktionen kendt af dine kolleger?



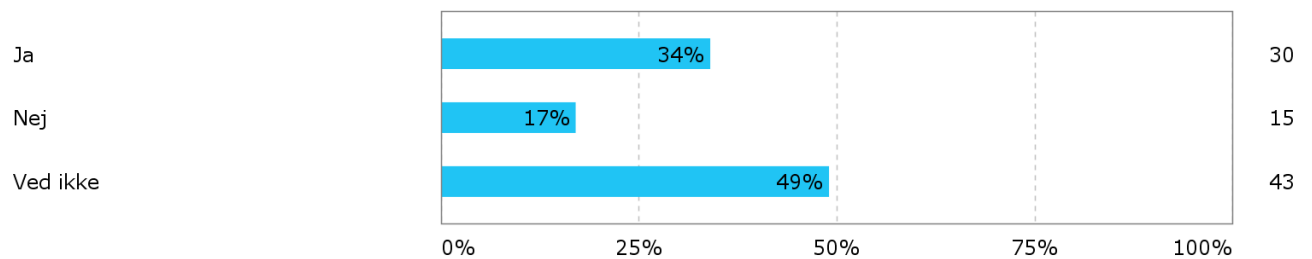
Er funktionen kendt af FK på andre afdelinger?



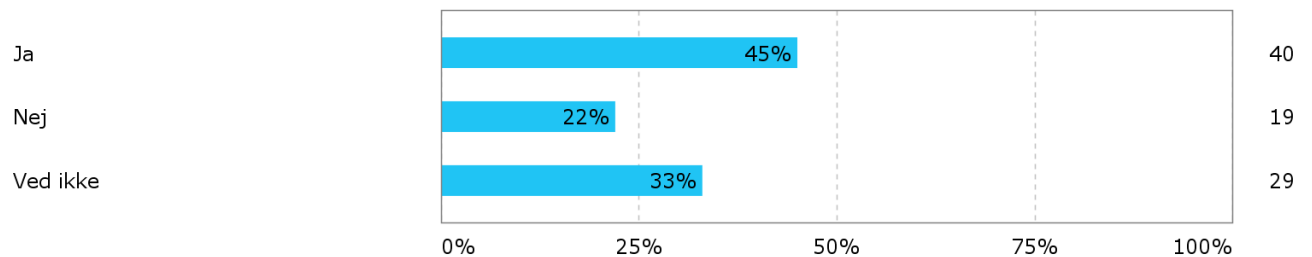
Er funktionen kendt af FK på andre sygehuse?



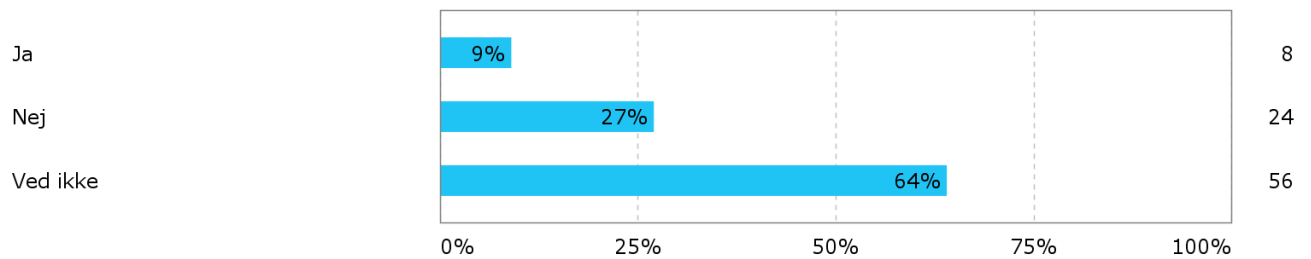
Er funktionen kendt af andre afdelinger uden FK?



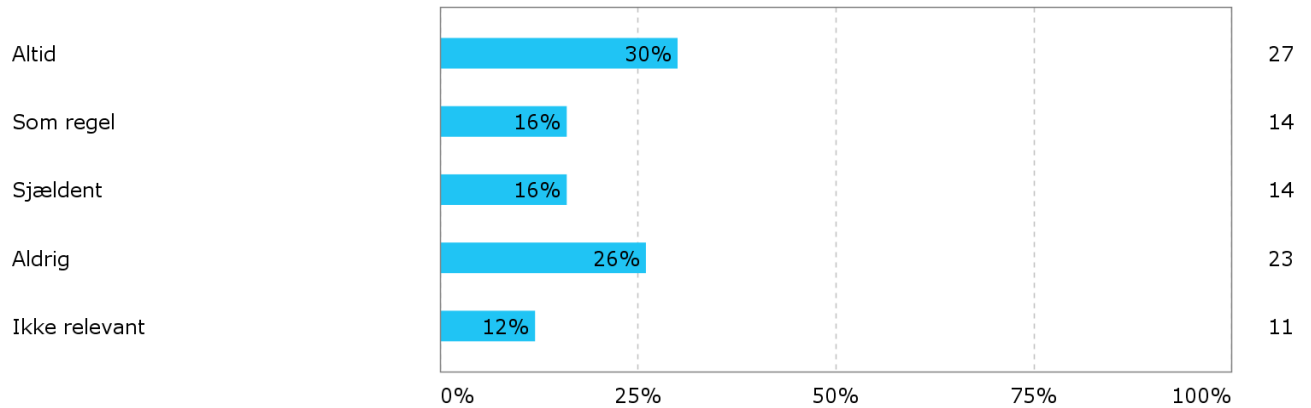
Er funktionen kendt af praktiserende og special læger?



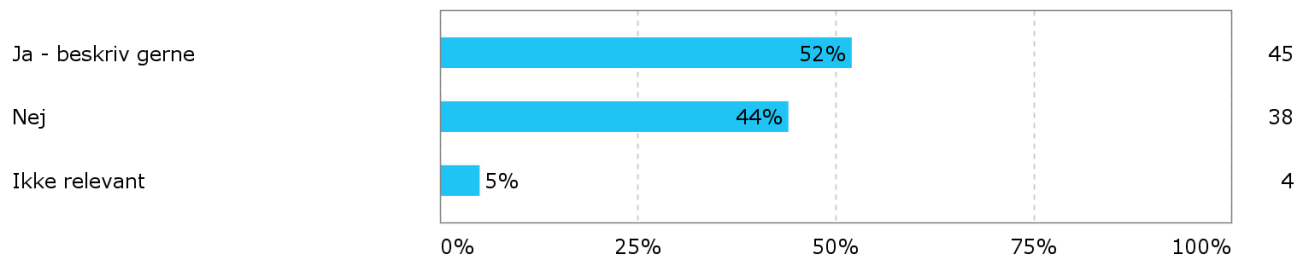
Er funktionen kendt af FK i kommunalt regi?



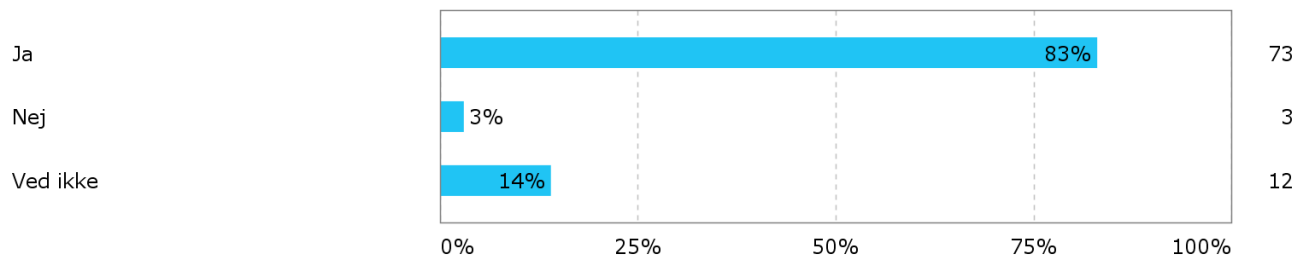
Deltager du i MDT-konferencer?



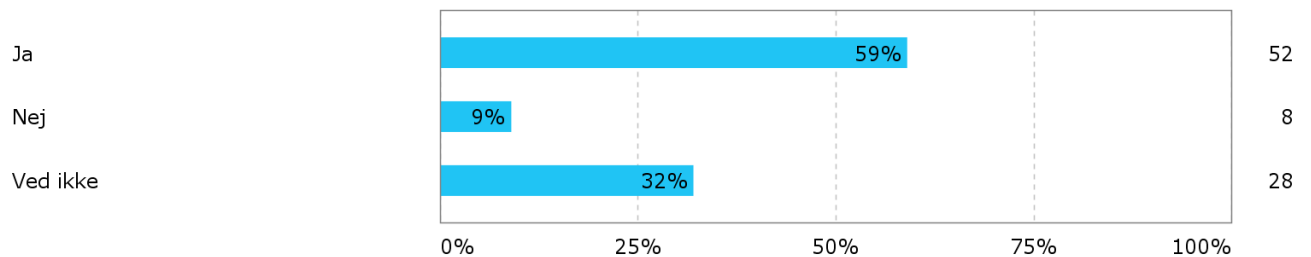
Deltager du i netværk med andre FK?



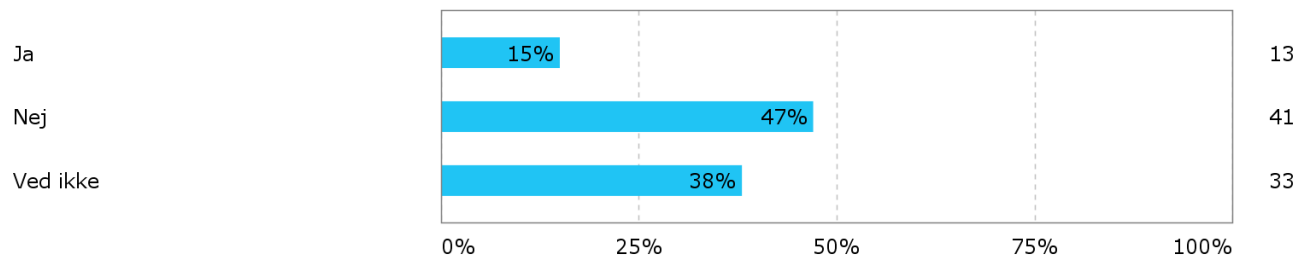
Har KF forbedret kvaliteten i patientforløb?



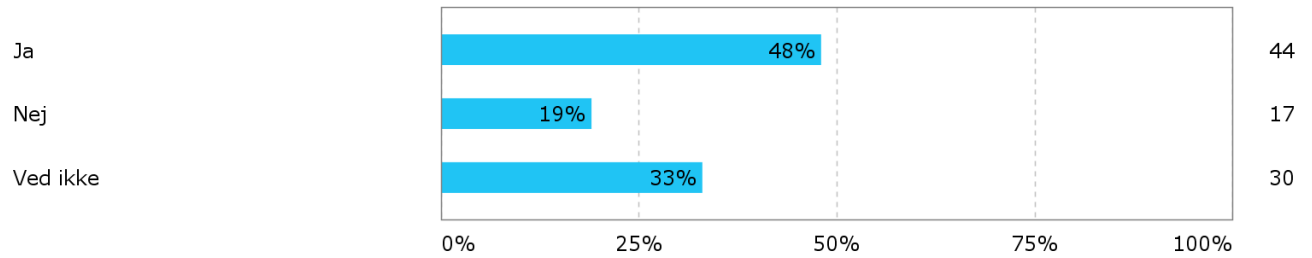
Har du oplevet, at funktionen har forbedret patientsikkerheden? (f.eks. ved at forebygge utilsigtede hændelser i overgange i patientforløbet)



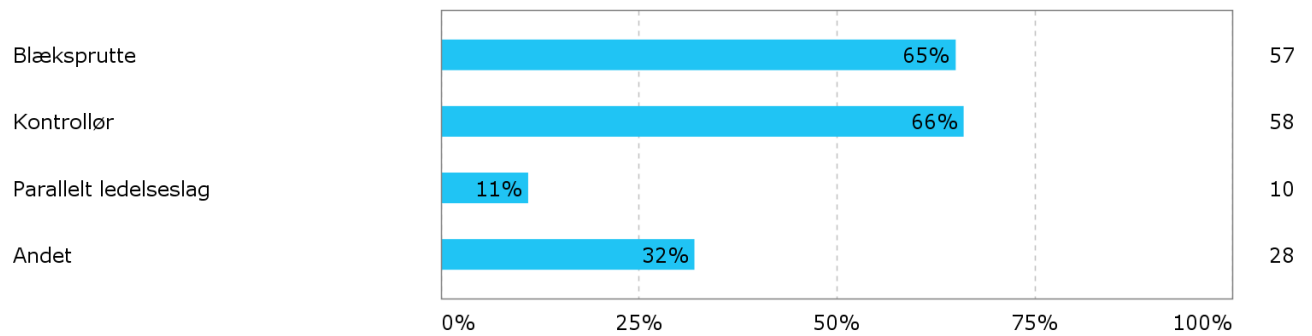
Nyopståede koordinationsproblemer



Forslag til at forbedre FK funktionen



Beskriv din rolle som FK



Samlet status for besvarelser

