



Rapport

Fördjupad uppföljning

Kliniken för onkologi

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm
2006-02-28

Innehållsförteckning:

0.	Sammanfattning	sida 2
1.	Fördjupad uppföljning – Kliniken för onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset	sida 5
2.	Är tillgängligheten god?	sida 6
3.	Är remissflödet snabbt och säkert?	sida 18
4.	Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom vård och behandling?	sida 20
5.	Sker en smidig samverkan med andra vårdgivare inom och utom sjukhuset?	sida 23
6.	Psykologiskt/psykosocialt välanpassat bemötande av enskilda patienter	sida 26

Fem underlagsrapporter finns med som bilagor i rapport-2:

Underlagsrapport-1
Är tillgängligheten god?

Underlagsrapport-2
Är remissflödet snabbt och säkert?

Underlagsrapport-3
Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom vård och behandling?

Underlagsrapport-4
Sker en smidig samverkan med andra vårdgivare inom och utom sjukhuset?

Underlagsrapport-5
Psykologiskt/psykosocialt välanpassat bemötande av enskilda patienter

0. Sammanfattning

Med bakgrund i en intern diskussion samt en omfattande debatt i media kring onkologkliniken från såväl patienter, patientorganisationer som anställda har Beställare Vård beställt en "fördjupad uppföljning" av vårdavtalet med huvudvikt på logistik, samarbete och remisshantering. Arbetet har omfattat hela Kliniken för onkologi på Karolinska Universitetssjukhuset (KU), dvs. såväl Radiumhemmet som driftsenheterna på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

Med utgångspunkt från uppdragsdirektivet har vi analyserat och besvarat följande fem frågor:

- *Är tillgängligheten god?*
- *Är remissflödet snabbt och säkert?*
- *Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom utredning/ behandling?*
- *Sker en smidig samverkan med andra vårdgivare inom och utom sjukhuset?*
- *Fokuserar verksamheten på ett gott och psykologiskt välanpassat bemötande av den enskilda patienten?*

Är tillgängligheten god?

Vi har belyst tillgängligheten till följande: vårdplatser, medicinsk behandlingsavdelning, strålbehandling, öppenvårdsmottagning, läkare, röntgen och patologi.

Vårdplatser

Den beslutade ökningen till 72 vårdplatser, större koncentration av vårdplatserna och en god nyrekrytering av sjuksköterskor gör att situationen framöver värderas som tillfredsställande. Detta förutsätter dels en oförändrad funktionsfördelning med den övriga akutsjukvården i Stockholm, men också att närsjukvården tar hand om "sina" palliativa patienter. Det behövs också fortsatt tillgång till ett visst antal avlastningsplatser.

Det finns idag en vårdplatskoordinator på KU efter kl. 1500. Onkologklinikens erfarenheter talar för att denna funktion bör finnas en större del av dygnet.

Medicinsk behandlingsavdelning

Det är övervägande god tillgänglighet till de medicinska behandlingsavdelningarna, och det finns möjlighet att öka kapaciteten genom att utöka öppettiderna.

Strålbehandling

Tillgängligheten är för tillfället god, det arbetas aktivt med att säkra enheten en stabil drift och det finns planer på ytterligare kapacitetsökningar.

Öppenvårdsmottagning

Det är övervägande god tillgänglighet till öppenvårdsavdelningarna, och det finns möjlighet att öka kapaciteten genom att utvidga öppettiderna vid behov. Det finns ett problem med tillgänglig läkartid.

Läkare

Det är inte vår uppgift i detta projekt att ta ställning till det totala antalet läkare vid onkologkliniken. Vår uppgift är knutet till patientens tillgänglighet till utredning och behandling. Vi kan konstatera att onkologkliniken prioriterar den direkt patientinriktade verksamheten högt och att de i stort sett har en kapacitet i överensstämmelse med efterfrågan.

Alla delar av hälso- och sjukvården önskar sig utökade resurser, vilket även onkologkliniken gjort. En förutsättning för ett gott resursutnyttjande är att alla i organisationen bidrar till att de samlade resurserna används på bästa sätt samt att allas kompetens och engagemang utnyttjas för helheten. Vi ser därför ett klart behov av att det arbete som sjukhusledningen inlett med

bemanningsanalysen går vidare. Vi tror också att det är nödvändigt med en mer djupgående beskrivning och analys av arbets- och läkarfördelningen internt inom kliniken.

En metod för att synliggöra arbetsbelastning och produktivitet är *benchmarking*. Benchmarking kan göras individuellt eller gruppvis. Man kan benchmarka sig själv över tid eller göra jämförelser med andra kliniker. Det är relativt enkelt att etablera system för benchmarking av den patientinriktade delen av uppdraget.

Avtalen mellan beställare och utförare bör utvecklas till att bli mer konkreta med fastställda tal för förväntade aktiviteter och produktionsmål (direkta och/eller indirekta).

Man bör se över möjligheterna att avlasta sektionschefer och andra ledare från administrativa uppgifter som med fördel kan utföras av annan personal. Detta vill bidra till att frigöra deras tid till andra uppgifter.

Röntgen

Det pågår ett arbete för att inom 12-18 månader åtgärda de stora kapacitetsproblem som finns på Centralröntgen på sjukhuset i Solna. Om man vill öka kapaciteten snabbare, är ett alternativ att få externa läkare att under en övergångsperiod driva ett eller flera av röntgenlaboratorierna inne på Centralröntgen.

Patologi

Tillgången till patologisk service är under gradvis förbättring och det pågår ett internt arbete på KU om lokalsituationen på Solna.

Är remissflödet snabbt och säkert?

Utifrån det som kliniken beskrivit förefaller remissflödet vara såväl snabbt som säkert. Det är dock svårt att säkert uttala sig eftersom det saknas faktiska data om såväl remissflöden som externa remissinstansers uppfattning.

De system som finns för remisshantering kräver administrativa insatser, som idag delvis utförs av andra än sekreterare.

Vi rekommenderar:

- att varje sektion försäkras sig om att remisshanteringen fullt ut följer de riktlinjer som kliniken och sektionen har tagit fram för detta ändamål
- att system för uppföljning och avvikelserapportering införs
- en förstärkning av administrativ personal, primärt med tanke på frigöring av läkarkapacitet

Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom utredning/behandling?

Om svaret på frågan skall begränsas maximalt är det: Ja.

Det finns fungerande vårdkedjor i verksamheten med sammanhang mellan kedjans olika steg. Men granskningen har visat följande:

- att det finns brister i kedjan när det gäller stöd och information i perioden innan patienten kallas till onkologkliniken samt under behandlingsperioden
- att det kan finnas brister i effektiviteten när det gäller kontinuitet, ledtider, medicinskt ansvar samt slussning till eftervård
- att kliniken har avsevärd potential att utveckla systematiken i målstyrning och uppföljning
- att styrning och säkring bör ta fasta på såväl medicinska som andra aspekter av patienternas samlade behov samt arbetsfördelningen för läkargrupperna

Skjer en smidig samverkan med andre vårdgivare inom og utom sjukhuset?

Utredningen har inte visat något som talar för annat än en fungerande samverkan med andre vårdgivare. Däremot har det framkommit betydande brister i den interna samverkan. Dessa brister är av sådan grad og art att åtgärder bör prioriteras i klinikens fortsatta utveckling.

Med utgångspunkt i redovisade iakttagelser og analys rekommenderar vi følgende:

- att förtydliga mål og sikre samverkan inom organisationen
- att förtydliga chefernas ansvarsområden og sikre att dessa blir kända og accepterade i hela organisationen
- att överväga alternativ sammansättning av ledningsgruppen med bättre balans mellom diagnosområden og funksjonsområden
- att se över läkarnas tjänstgöringsscheman og förtydliga riktlinjer för "kort-varsel-frånvaro"

Fokuserar verksamheten på ett godt og psykologiskt välanpassat bemötande av den enskilda patienten?

Sammanfattningsvis viser studien att de viktigaste bristerna är att det nästan helt saknas mål för den patientfokuserade kvaliteten samt att dokumenterte rutiner og riktlinjer som sikrer kvaliteten saknas. Dessutom skjer bristfällig oppfølging og redovising av viktige data.

Vi vill kraftfullt understreke att det faktum att verksamheten har brister i det metodologiske sikkerandet av den patientfokuserade kvaliteten inte betyder att vården är bristfällig eller att personalen gör ett dåligt arbeid. Det som framforallt har framkommit som en forbedringspotential i denna rapport är att lyfte fram den patientfokuserade kvalitetsens vikt, att sette mål og følge opp samt att strukturere arbeid for å sikre den på ønsket nivå.

1. Fördjupad uppföljning – Kliniken för onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset

1.1 Bakgrund

Med bakgrund i en intern diskussion samt en omfattande debatt i media kring onkologkliniken från såväl patienter, patientorganisationer som anställda har Beställare Vård beställt en "fördjupad uppföljning" av vårdavtalet med huvudvikt på logistik, samarbete och remisshantering.

Arbetet har omfattat hela Kliniken för onkologi på Karolinska Universitetssjukhuset. Det vill säga både Radiumhemmet i Solna och driftsenheterna på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

1.2 Uppdragsdirektiv

Med utgångspunkt från uppdragsdirektivet har vi i utredningen analyserat och besvarat följande fem frågor:

- *År tillgängligheten god?*
- *År remissflödet snabbt och säkert?*
- *Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom utredning/behandling?*
- *Sker en smidig samverkan med andra vårdgivare inom och utom sjukhuset?*
- *Fokuserar verksamheten på ett gott och psykologiskt välanpassat bemötande av den enskilda patienten?*

1.3 Arbetsupplägg

Utredningsarbetet har genomförts som en konsultutredning, och arbetet har baserats på en mycket bred genomgång med intervjuer och annan kontakt med aktuell personal på onkologkliniken och andra aktuella enheter. Vi har också genomfört en bred insamling och genomgång av aktuella dokument och annat underlagsmaterial.

Det har utarbetats separata underlagsrapporter för var och en av de fem frågorna. Projektets huvudrapport är ett sammandrag av dessa. För de läsare som är intresserade av mer detaljerade upplysningar har vi utarbetat en rapport-2 i vilken de fem underlagsrapporterna finns med som bilagor.

1.4 Kontaktpersoner och medarbetare

Uppdragsgivare har varit Beställare Vård via Anna-Stina Nordmark-Nilsson, beställardirektör/ bitr. landstingsdirektör. Kontaktpersoner har varit Jöran Tyllström, chefläkare och Olle Olofsson, direktör.

Vid Kliniken för onkologi har tf verksamhetschef Margareta Randén varit huvudkontaktperson. Hela onkologklinikens ledning och andra anställda som blivit berörda, har på ett mycket positivt sett bidragit till och möjliggjort genomförandet av utredningsarbetet.

Hos Helseplan har Dag Gjestebjerg varit ansvarig för arbetet, och i tillägg har Connie Larsen, Anna Roland och Eva Enehammar deltagit i genomförandet av arbetet. Arbetet har varit upplagt så att var och en av de fem frågorna haft en ansvarig konsult för utredningsdelen; tillgänglighet – Dag Gjestebjerg, remissflöde – Connie Larsen, slussas patienterna effektivt – Anna Roland, smidig samverkan – Anna Roland, välanpassat bemötande – Eva Enehammar.

2. Är tillgängligheten god?

2.1 Uppdraget

Uppdraget omfattar Kliniken för onkologi vid Karolinska Universitetssjukhuset (KU) med dess enheter vid Radiumhemmet, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Uppgiften har varit att ur ett patientperspektiv belysa frågeställningen "Är tillgängligheten god?".

Under arbetet har vi valt att belysa tillgängligheten till de faktorer/resurser som har framförts i diskussionerna med uppdragsgivare och onkologkliniken; vårdplatser, medicinsk behandlingsavdelning, strålbehandling, öppenvårdsmottagning, läkare, röntgen och patologi.

2.2 Arbetsmetod

Vi har genomfört intervjuer med alla sektionschefer och andra berörda ledare på aktuella enheter på kliniken och verksamhetscheferna för röntgen och patologi. Vi har inhämtat dokument och annat material från kliniken och andra. Vi har också använt material från den aktuella bemanningsanalysen för läkare, "Regional utvecklingsplan för cancervården i Stockholms län år 2006-2007" och 3S-utredningen "Stockholm onkologi".

2.3 Vårdplatser

2.3.1 Beskrivning

Behovet av vårdplatser påverkas av många olika förhållanden och inte minst av onkologklinikens roll och plats i den totala cancervården i Stockholm. Som en indikator på dess plats inom "helheten" kan nämnas att onkologkliniken vid KU stod för ca 25 % av de totala kostnaderna och bara ca 10 % av slutenvårdskostnaderna för cancervården vid akutsjukhusen i Stockholms län under 2005 (källa: Regional utvecklingsplan). I ett vårdplatsperspektiv innebär detta att de allra flesta vårdplatserna för utredning och behandling av cancerpatienter finns vid andra kliniker än Kliniken för onkologi på KU.

Inom cancervården sker det stora flertalet vårdkontakter mellan patienter och vårdgivare polikliniskt. Det måste dock finnas ett visst antal vårdplatser tillgängligt på KU för att kunna genomföra nödvändig utredning och behandling. Detta antal vårdplatser påverkas både av arbetsfördelningen mellan onkologkliniken och de andra akutklinikerna i Stockholm och onkologklinikens möjligheter för utskrivning av patienter som är i en sen palliativ fas.

I 3S-utredningsarbetet "Stockholm onkologi" som var ett av grundlagsdokumenten för etableringen av den nuvarande "Kliniken för onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset", blev behovet av vårdplatser beräknat till 74 vårdplatser (en vårdavd. 20 vpl. SÖS, 3 vårdavd. 54 vpl. Rah). Här framgick också att den dåvarande vårdplatsorganisationen kunde effektiviseras genom att fördela antalet vårdplatser på 3 vårdavdelningar i stället för på 4 vårdavdelningar.

I kvalitetsbokslutet för kliniken för 2005 skriver man:

"Under 2005, liksom under 2004 har antalet öppna slutenvårdsplatser varit mindre än ursprungligen planerat. Detta har medfört att vårdtiderna har varit korta och periodvis har många patienter vårdats i slutenvård på annan klinik som "satellitpatienter". Detta har inneburit att klinikkens interna riktlinjer och rutiner inte alltid kunnat tillämpas och att faktorer av betydelse för patientfokus och kvalitet i vården inte alltid kunnat upprätthållas på ett önskvärt eller planerat sätt."

Under hösten 2005 och över årsskiftet 2005/2006 har det totala vårdplatsantalet legat på ca 60, vilket av och till medfört betydliga praktiska problem. I tillägg till egna vårdplatser har kliniken kunnat utnyttja några vårdplatser på Stockholms sjukhem.

<i>Vårdplatser:</i>	<i>Hittills</i>	<i>Framöver</i>
Avd 20 SÖS	22	22
Avd P14 Rah	12	18 (13/02)
Avd P52 Rah	18	18
"Hotell-platser" spritt Rah	(0-8)	-
"Hotell-platser" samlat Rah	8	- (30/01)
Avd P51 Rah	-	14 (01/09)
	60	72
Stockholms sjukhem	0-8	?

De fem områdena i utredningen har överlappande teman som berör varandra, och i intervjuer i andra delar av utredningen har vi fått följande uttalanden:

- Slutenvården har under senaste året minskat medelvårdtiden från 5 till 3,5 dygn. Det är en följd av ökad systematik i styrningen med s.k. flyttronder två gånger per dag och ett ökat engagemang av överordnad läkare. Vårdplanering för eftervård görs redan inläggningsdagen.
- Trots ökat utnyttjande av vårdplatserna uppstår problem vid belastningstoppar. Ett exempel är brist på enkelrum i samband med terminalt skede.

I våra intervjuer på kliniken kan noteras uttalanden enligt följande:

- Bristen på vårdplatser är klinikens största problem
- Slutenvården har varit en kärna till de problem vi har nu
- Slutenvården har utvecklat sig till att bli en onkologisk akutvårdsavdelning
- Vi har alltid några patienter som ligger inne och väntar på plats på ett annat ställe
- Antalet vårdplatser har minskat för mycket, vi klarar inte topparna
- Det finns behov av vårdplatser för intermediär vård
- Stort behov av en vårdplatskoordinator hela dygnet vid KU

2.3.2 Diskussion

Orsakerna till vårdplatsreduktionen på Radiumhemmet har beskrivits som effekter av tidigare besparingar vid KU och en besvärlig rekryteringssituation av sjuksköterskor generellt och för sjuksköterskor med specialkunskap inom onkologi speciellt.

Det relativt låga vårdplatsantalet har medfört genomsnittligt kortare vårdtider för patienterna, större problem för kliniken att hantera "belastningstoppar" med resultat att vissa patienter måste läggas in på andra avdelningar på sjukhuset ("hotellpatienter") och att generellt sett "tyngre" patienter behandlas i öppenvård.

Det låga vårdplatsantalet har medfört merarbete speciellt för läkarna. Dels har de fått ett utökat arbete med att finna lediga vårdplatser på andra vårdavdelningar och dels har det blivit ett betydligt merarbete knutet till den dagliga uppföljningen av "hotellpatienterna".

2.3.3 Slutsatser

Den beslutade ökningen till 72 vårdplatser (sept. 2005), större koncentration av vårdplatserna och en god nyrekrytering av sjuksköterskor gör att situationen framöver värderas som tillfredsställande. Detta forutsätter dels en oförändrad funktionsfördelning med den övriga akutsjukvården i Stockholm och dels att närsjukvården tar hand om "sina" palliativa patienter. Det behövs också fortsatt tillgång till ett visst antal avlastningsplatser på Stockholms sjukhem eller motsvarande (två aktuella patientgrupper: svårt sjuka rehab-patienter och palliativa patienter under 65 år).

Det finns idag en vårdplatskoordinator på KU efter kl. 15.00. Onkologklinikens erfarenheter talar för att denna funktion bör finnas en större del av dygnet.

2.4 Medicinsk behandlingsavdelning

2.4.1 Beskrivning

Medicinska behandlingsavdelningar för poliklinisk cytostatikabehandling, blodtransfusioner och nutritionsbehandling finns vid Radiumhemmet (Rah), Södersjukhuset (SÖS) och Danderyds sjukhus (DS).

Beskrivning av de *medicinska behandlingsavdelningarna* på sjukhusens hemsidor:

Radiumhemmet:

"Behandlingsavdelningen har 20 vårdplatser för poliklinisk cytostatikabehandling, blodtransfusioner och nutritionsbehandling.

Patienter från hela Stockholms läns landsting kan erbjudas behandling som ordinerats av patientens behandlande läkare.

Cytostatika bereds på Karolinska apotekets beredningscentral som finns på Radiumhemmet i nära anslutning till avdelningen.

Personalen har särskild utbildning och erfarenhet av tung cytostatikaterapi. Personalkontinuiteten på avdelningen är hög.

Stor vikt läggs vid antiemetikabehandling, det vill säga att motverka illamående. Avsikten är att minska direkt behandlingsframkallat och betingat illamående. Till detta använder vi bland annat videofilmer som visas för patienten under behandlingen samt kassetband med musik och avslappningsövningar. Lokalerna är skilda från mottagningarnas stress och vårdavdelningarnas mat- och sjukvårdsrutiner."

Södersjukhuset:

"Medicinsk behandlingsavdelning är en öppenvårdsavdelning där patienter kommer poliklinisk för medicinsk onkologisk behandling. Huvuddelen av behandlingen består av cytostatika."

Danderyd:

"Vår medicinska behandlingsavdelning är en poliklinisk öppenvårdsavdelning där vi framförallt ger cytostatikabehandling och blodtransfusioner. Vid denna enhet finns också en specialistsjuksköterska för patienter med svår smärta."

De fem områdena i utredningen har överlappande teman som berör varandra. I intervjuer i andra delar av utredningen har vi fått följande uttalanden:

- De medicinska behandlingsavdelningarna, där cytostatikabehandlingar ges, har ofta problem att få kontakt med läkare när behov uppstår, t ex i samband med bieffekter. Patientansvarig läkare är inte alltid anträffbar och befintliga system med särskild sökare fungerar inte optimalt.
- Avdelningarna har olika lösningar för det medicinska ansvaret för pågående behandlingar och vid Radiumhemmet saknas medicinskt ansvarig läkare för de mer långsiktiga aspekterna av medicinskt ansvar.

I våra intervjuer på onkologkliniken har vi noterat uttalanden enligt följande:

- Enheterna för dagbehandling borde ha större kapacitet
- Vår sektion har liknande aktivitet året runt och får problem när kliniken "trappar ned" på sommaren.

2.4.2 Diskussion

Behandlingsavdelningarna är huvudsakligen bemannade med sjuksköterskor. Det är likartade behandlingsregimer på alla tre enheterna. Utifrån intervjuerna förefaller dock sättet att lägga upp arbetet vara lite olikt mellan enheterna. Det ges mer direkt patientinformation i förbindelse med behandlingarna på SÖS och DS i förhållande till Rah. På Rah ligger denna uppgift på mottagningarna.

Alla enheter drivs på ordinär kontorstid. En enhetlig planering inom hela onkologkliniken inför sommaren kan förbättra tillgängligheten till behandling under semesterperioden. Det är för övrigt möjligt att öka kapaciteten genom att utvidga öppettiderna, något som i så fall skulle kräva ökad bemanning.

2.4.3 Slutsats

Det är övervägande god tillgänglighet till de medicinska behandlingsavdelningarna, och det finns möjlighet att öka kapaciteten genom att utöka öppettiderna.

2.5 Strålbehandling

2.5.1 Beskrivning

Många cancerpatienter får strålbehandling som ett led i en behandlingskedja, som kan bestå av flera olika behandlingar. Strålbehandling kan också ges som smärtlindring till patienter i en palliativ fas.

Onkologkliniken har 12 strålkänor placerade på Radiumhemmet (8) och på SÖS (4). På bägge ställena finns utrustning för brachyterapi.

Beskrivning av strålbehandling på Radiumhemmets hemsida:

"I Sverige kommer 30-50 procent av alla cancerpatienter förr eller senare att erbjudas strålbehandling. Strålbehandling kan ges på två sätt, antingen extern eller med hjälp av brachyterapi som är intern. En del patienter får båda behandlingarna, andra får bara en av dem.

Bot eller lindring?

För drygt hälften av de patienter som får strålbehandling sker behandlingen med målsättningen att bota patienten (kurativ behandling). Övriga behandlingar syftar till att lindra eller förebygga symptom, till exempel smärta (palliativ behandling).

Kombination av behandlingsmetoder

Ibland ges strålbehandling som ett komplement till andra behandlingar som når hela kroppen, till exempel cytostatika eller biologiska behandlingar, för att förstärka behandlingsresultatet (så kallad adjuvant behandling).

Strålbehandling kombineras ofta också med kirurgi. Då använder man strålning före operation så att tumören krymper lite. Det blir då lättare för kirurgen att ta bort tumören, och ingreppet kan även bli mindre.

Vid vissa diagnoser är dock strålbehandling den allmänt rådande botande behandlingsmetoden. Ett exempel på detta är behandlingen av elakartad tumör på stämbanden, där patienten botas utan att förlora sin normala röstfunktion.”

De fem områdena i utredningen har överlappande teman som berör varandra, och i intervjuer i andra delar av utredningen har vi fått följande uttalanden:

- Inom strålbehandlingsområdet är flexibiliteten begränsad som följd av flera parallella IT-system. Det innebär att det inte är möjligt att under en behandlingsserie byta till annan accelerator, utan att först göra om dosplanering-targetarbete. Fördröjningar och väntetider kan uppstå när sådant byte blir nödvändigt. I framtiden avser man att samordna IT-systemen så att flexibiliteten förbättras.
- Läkarna inom radioterapisektionen är huvudsakligen sysselsatta med medicinska behov under pågående behandlingar. Det finns en ambition att i ökad utsträckning ta ansvar för helheten inom radioterapi. Det kan finnas en risk att kompetensen hos radioterapiläkarna tas tillvara i alltför låg utsträckning med bl.a. rekryteringsproblem som följd. Tumörgruppsläkarna sköter dosplanering och targetarbete inom radioterapi. De har också många andra arbetsuppgifter och ger uttryck för önskemål om ökade läkarresurser.

I Verksamhetsplanen 2005 skriver man att "Brist på specialiserade sjuksköterskor för radioterapi skall avhjälpas genom ökad utbildning och arbete skall fortgå för att upprätthålla full bemanning med rätt kompetens för verksamheten i öppen och slutenvård".

I våra intervjuer på kliniken har följande uttalanden noterats:

- Behov att diskutera samarbetet mellan läkarna på strålterapi och den enskilda sektionen – vem skall göra vad? Kompetensen bör ligga på sektionerna
- Arbetsfördelning genom att sektionens läkare gör "target" för all kurativ behandling, medan läkarna på strålbehandlingen gör "target" på palliativa patienter
- Vissa kapacitetsproblem vid stora remissinflöden och under sommarperioden

2.5.2 Diskussion

Periodvis har det uppstått väntetid till strålbehandling och orsaken har angetts vara brist på kompetent personal och problem av mer teknisk art (IT-problematik) knutet till ett effektivt utnyttjande av hela den tillgängliga utrustningen på bägge enheterna.

Arbetet med att upprätthålla en stabil bemanning med rätt kompetens fortsätter. Det finns konkreta planer på att under våren (april) öka tillgängligheten till strålbehandling genom att utvidga körtiden per dag från 8 timmar till 12 timmar (kapacitetsökning med ca 40 % från 80 timmar per vecka till ca 115 timmar per vecka). Vidare pågår ett arbete med att samordna IT-lösningarna mellan enheterna på Radiumhemmet och SÖS.

2.5.3 Slutsats

Tillgängligheten är för tillfället god, det arbetas aktivt med att säkra enheten en stabil drift och det finns planer på ytterligare kapacitetsökningar.

2.6 Öppenvårdsmottagningar

2.6.1 Beskrivning

Öppenvårdsmottagningar finns vid Radiumhemmet (Rah), Södersjukhuset (SÖS) och Danderyds sjukhus (DS).

Beskrivning av *öppenvårdsmottagningarna* på sjukhusens hemsidor:

Radiumhemmet:

"Öppenvården vid Radiumhemmet är uppdelad i flera mottagningar efter olika diagnostyper. Bröstcancer och Sarkom, Gastrointestinala tumörsjukdomar, Urologisk cancer, Sköldkörtelsjukdomar, Öron-näsa-halscancer samt lungcancer.

Sektionen för Gynekologisk cancer, gynekologisk onkologi är en regionspecialitet och har det övergripande vårdansvaret för gynekologiska cancersjukdomar inom Stockholm-Gotland regionen.

Strålterapi, cytostatikabehandling samt hormonell terapi är de dominerande behandlingsmetoderna. Majoriteten av patienter med tumörer utreds och behandlas tillsammans med andra kliniker."

Södersjukhuset:

"Behandlingsavdelning, bröstmottagning och konsultavdelning."

Danderyd:

"På läkarmottagningen arbetar vi i två team med läkare, sjuksköterska, undersköterska och sekreterare. Vår målsättning är att erbjuda kontinuerlig kontakt inom teamet.

På ärftlighetsmottagningen utreds frågor kring ärftlig cancer. I första hand ärftlig bröstcancer och ärftlig tjocktarmscancer. Där erbjuds genetisk utredning och i vissa förekommande fall genetisk testning. Vid påvisad förhöjd risk för ärftlig cancer erbjuder vi deltagande i förebyggande uppföljningsprogram.

Vid vår mottagning finns även dietist med särskild kunskap kring de matproblem som ibland kan följa med vissa cancersjukdomar och dess behandlingar. Till mottagningen är även sjukgymnast och lymfterapeut knuten."

De fem områdena i utredningen har överlappande teman som berör varandra, och i intervjuer i andra delar av utredningen har vi fått följande uttalanden:

- Det kan inte vara kostnadseffektivt eller bra för tillgängligheten att en mottagning stängs eller patienter måste ombokas, för att läkarna ska medverka i andra sammanhang.
- Sjukhusets forsknings- och utvecklingsuppdrag bör givetvis kunna bedrivas utan att mottagningspersonal går sysslösa en vanlig arbetsdag.
- Planering av mottagningsverksamhet styrs i hög grad av läkarnas åtaganden och ledigheter utan samordning med planering för övrig personal. En konsekvens är att mottagningens resurser riskerar att underutnyttjas.

I våra intervjuer på kliniken har följande uttalanden noterats:

- Brist på läkare till mottagning
- Lokalkapaciteten skapar problem
- Har stor sjuksköterskemottagning som fungerar bra
- Har fasta telefontider och fasta akuttider till läkare. Fungerar bra för personalen. Inte alla patienter är nöjda.
- Vår sektion har liknande aktivitet året runt och får problem när kliniken "trappar ned" på sommaren.
- Har en del patienter som väntar på återbesök. Ingen direkt medicinsk risk, men avvikelser från behandlingsprogram

2.6.2 Diskussion

Öppenvårdsmottagningarna har god personalkontinuitet i den fasta staben. Sättet att lägga upp arbetet förefaller variera mellan enheterna. Lokalsituationen beskrivs generellt som besvärlig vid Rah och det finns en allmän brist på lokaler inklusive mottagningsrum. Inte heller på DS beskrivs lokalsituationen som optimal.

Alla enheter drivs på ordinär kontorstid. En enhetlig sommarplanering inom onkologkliniken kan förbättra tillgängligheten till mottagningarna under semesterperioden. Det är för övrigt möjligt att öka kapaciteten genom att utvidga öppettiderna, något som i så fall skulle kräva ökad bemanning.

2.6.3 Slutsats

Det är övervägande god tillgänglighet till öppenvårdsavdelningarna, och det finns möjlighet att öka kapaciteten genom att utvidga öppettiderna vid behov. Det finns ett problem med tillgänglig läkartid.

2.7 Läkare

2.7.1 Beskrivning

Den bemanningsanalys som på uppdrag av sjukhusledningen och divisionsledningen blev genomförd av onkologkliniken läkare representerar det mest konkreta och bäst underbyggda materialet vi har fått om läkarbemanningen vid onkologkliniken. Vi har använt delar av materialet från den analysen i vår beskrivning.

I ett läkarperspektiv beskrivs onkologkliniken verksamhetsområde av klinikledningen i deras kommentar till den beskrivande delen av analysen av klinikens läkarbemanning:

*"I egenskap av universitetsklinik har kliniken att verka inom områdena **sjukvård, forskning, utveckling, utbildning** och **prevention**. Sjukvårdsuppdraget innebär att kliniken enligt avtal skall producera en viss volym av sjukvård inom avtalade ekonomiska ramar. Förutom volymmått såsom antal vårdkontakter av olika typ skall vissa data enligt avtal redovisas vad gäller produktionens egenskaper och kvalitet. De övriga uppdragen är inte preciserade avseende hur mycket som ska produceras, tidsåtgång eller vilka läkarresurser som krävs."*

Beskrivningar hämtade från bemanningsanalysen:

Verksamheten är geografiskt förlagd till olika sjukhus i Stockholm; Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Södersjukhuset samt Danderyds sjukhus. Konsultverksamhet förekommer i hela länet men också i Falun, Visby, Eskilstuna, Norrtälje och vid Danderyds-, S:t Görans- och Ersta sjukhus.

Kliniken är bemannad med

- Professor/överläkare
- Överläkare
- Biträdande överläkare
- Specialist/avdelningsläkare
- ST-läkare
- Leg läkare
- Underläkare

På kliniken tjänstgör dessutom några läkare under utbildning till dubbelspecialist. De flesta av läkarna tillhör en sektion eller ett funktionsområde.

Sju sektionschefer vid sektionerna och funktionsområdena samt 2 ST/UL-chefer är chefer för övriga läkare vid kliniken. De ansvarar bl. a. för utfallet av läkarkostnaderna, produktion samt fördelning mellan vård, prevention, forskning och utbildning/utveckling inom sina respektive områden.

Samtliga läkare arbetar måndag till fredag 40 timmar per vecka. Vid kliniken finns totalt 5 jourlinjer - primärjour och två beredskap B i Solna samt beredskap A och B på SöS.

Totalt är 166 personer anställda, vilket motsvarar 164 heltider. Totalt är 144 personer i tjänst.

Det finns en diskrepans mellan bemanningsmålen för specialister (*av sektionscheferna uttryckt behov av resurser för det kliniska arbetet*) och resursutfallet för den kliniska tjänstgöringen.

Specialister

- bemanningsmålet är 83,2 heltider exkl. jour och beredskap
- utfallet av tillgängliga timmar/vecka är 52,0 heltider
- frånvaro från kliniskt arbete är 39,4 heltider

Icke-specialister

- bemanningsmålet är 26,4 heltider exkl. jour och beredskap
- utfallet av tillgängliga timmar/vecka är 31,1 heltider
- frånvaro från kliniskt arbete är 28,2 heltider

Sektionscheferna har svårt att ange hur tiden bör fördelas mellan sjukvård, prevention, forskning och utbildning. Man anger också att man har svårt att ta ut tilldelad FoUU/ALF-tid.

I Verksamhetsplanen 2005 heter det "Det föreligger brist på onkologer i landet. I den nya kliniken måste balans skapas mellan specialister och ST-läkare."

De fem områdena i utredningen har överlappande teman som berör varandra och i intervjuer i andra delar av utredningen har vi fått följande uttalanden:

- Det tycks finnas en föreställning att läkarnas tjänstgöringsscheman tillåts påverkas mer av andra åtaganden, vetenskapliga möten och liknande, än av verksamhetens behov – även med kort varsel. Idag verkar det som om det förekommer att läkare i alltför hög utsträckning gör prioriteringar i sitt schema utan ett helhetsperspektiv på verksamheten, åtminstone när det gäller mottagningar och behandlingsavdelningar. Bemanningsanalysen stöder denna bild.
- Verksamhetens behov bör givetvis vara styrande för hur medarbetarnas kompetens och arbetstid tas till vara. Det kan inte vara kostnadseffektivt eller bra för tillgängligheten att en mottagning stängs eller patienter måste ombokas, för att läkarna ska medverka i

andra sammanhang. Vilka dessa andra sammanhang är har inte utretts, men det som nämnts är i första hand aktiviteter av akademisk karaktär (föreläsningar, konferenser eller forskning). Intrycket är att läkare tar sig rätten att själva styra över sina aktiviteter. Detta intryck är dock inte generellt – många av läkarna har säkert hög belastning av patientvård mer eller mindre ständigt. Men det går inte att bortse från de signaler som ges i intervjuer om att läkare i vissa fall agerar utan helhetsperspektiv på verksamhetens behov och prioriterar akademiska intressen före vårdproduktion.

- Sjukhusets forsknings- och utvecklingsuppdrag bör givetvis kunna bedrivas utan att mottagningspersonal går sysslolösa en vanlig arbetsdag. Det förefaller därför nödvändigt även i detta sammanhang med förtydligande av läkarnas uppdrag och vikten av att tjänstgöringsscheman kopplas tydligt till mottagningars och andra enheters verksamhet.
- En annan iakttagelse är skillnaden i arbetsbelastning mellan tumörgruppsläkarna och radioterapiläkarna. De förstnämnda har många sysslor (bekräftat i bemanningsanalysen) och har under utredningens gång betonat behovet av förstärkt läkarresurs. De sistnämnda uppfattar sig underutnyttjade. Sammantaget tycks det finnas utrymme att fördela om arbetsuppgifter mellan dessa grupper.

I våra intervjuer på kliniken har följande uttalanden noterats:

- Behov av att diskutera samarbetet mellan läkarna på strålterapi och den enskilda sektionen – vem skall göra vad?
- Läkare utför för många administrativa uppgifter (för få administratörer)
- Bör vara möjligt att utveckla läkarnas arbetsroll så att vissa uppgifter kan delegeras till eller övertas av andra personalgrupper
- Det är för mycket administration och byråkrati knutet till anställningar
- Alla sektioner upplever att de har för få läkare
- Vårt huvudproblem är att det är för få läkare
- Vårt största problem är läkarbemanning och läkarkompetens
- Undervisningsuppgifter kommer "i tillägg" – mycket förberedelse på fritid
- Bra med forskning på deltid – kan upprätthålla mottagningen parallellt
- Har gått igenom alla pågående kliniska studier inom kliniken och avslutat en del

2.7.2 Diskussion

Resurs- och uppgiftsfördelningen mellan patientinriktat kliniskt arbete och andra uppgifter är ett generellt dilemma för alla universitetssjukhus. Patientaktiviteter blir konkret beskrivna i form av prestationer (besök, VTF, etc.) eller via indirekta mål som till exempel vårdgarantin. Andra uppgifter knutna till utveckling, utbildning och forskning blir för det mesta mer generellt beskrivna och det finns ingen eller få konkreta mål för dessa aktiviteter.

Dessa förhållanden gäller också för onkologkliniken och framkommer tydligt i våra intervjuer om läkarbemanningen. Produktionskrav, en ökande patienttillströmning och naturliga variationer i tillströmningen över året, gör att det är behov av mer läkartid till det direkt patientinriktade arbetet. Det är teoretiskt alltid möjligt att förbättra effektiviteten i detta arbete så att antalet behandlade patienter blir högre. Vi har emellertid inte haft tillgång till bra aktivitets- och resursstatistik, för att kunna ta fram något analysmaterial på detta område.

Som en del av arbetet med bemanningsanalysen har sektionscheferna kvantifierat sina uppfattningar av hur många läkare som är önskvärdt för att täcka den direkt patientinriktade

verksamheten. Samlat beskrivs ett behov på ca. 26 fler läkare (+31 spec., –5 icke-spec.) till detta.

Vi tar med ett citat från bemanningsanalysen som belyser gränssnittet mellan direkt patientriktad tid och andra uppgifter:

"Antalet mottagningar per vecka är på vissa sektioner inte fastlagt. I viss utsträckning anpassas antalet mottagningar efter läkartillgången efter det att ledigheter t ex semestrar, jourkompledigheter och studieledigheter av olika slag är beviljade."

2.7.3 Slutsatser

Det är inte vår uppgift i detta projekt att ta ställning till det totala antalet läkare vid onkologkliniken. Vår uppgift är knutet till patientens tillgänglighet till utredning och behandling. Vi kan konstatera att onkologkliniken prioriterar den direkt patientriktade verksamheten högt och att de i stort sett har en kapacitet i överensstämmelse med efterfrågan.

Alla delar av hälso- och sjukvården önskar sig utökade resurser, vilket även onkologkliniken gör. En förutsättning för ett gott resursutnyttjande är att alla i organisationen bidrar till att de samlade resurserna används på bästa sätt samt att allas kompetens och engagemang utnyttjas för helheten. Vi ser därför ett klart behov av att det arbete som sjukhusledningen inlett med bemanningsanalysen går vidare. Vi tror också att det är nödvändigt med en mer djupgående beskrivning och analys av arbets- och läkarfördelningen internt inom kliniken.

En metod för att synliggöra arbetsbelastning och produktivitet är *benchmarking*. Benchmarking kan göras individuellt eller gruppvis. Man kan benchmarka sig själv över tid eller göra jämförelser med andra kliniker. Det är relativt enkelt att etablera system för benchmarking av den patientriktade delen av uppdraget.

Avtalen mellan beställare och utförare bör utvecklas till att bli mer konkreta med fastställda tal för förväntade aktiviteter och produktionsmål (direkta och/eller indirekta).

Man bör se över möjligheterna att avlasta sektionschefer och andra ledare från administrativa uppgifter som med fördel kan utföras av annan personal. Detta vill bidra till att frigöra deras tid till andra uppgifter.

2.8 Röntgen

2.8.1 Beskrivning

Tillgången till röntgenundersökningar är en nödvändig del i utredning och behandling av cancerpatienter. Under arbetet har det framkommit att tillgängligheten till röntgen är god på Danderyds sjukhus och Södersjukhuset, medan det av och till är lång väntetid på sjukhuset i Solna.

Beskrivning av röntgenklinikerna på Solna på sjukhusets hemsida:

"Röntgenklinikerna

På röntgenklinikerna utförs avancerade undersökningar som är en viktig del i utredning och behandling av olika sjukdomstillstånd. Varje röntgenklinik samarbetar med olika specialister.

Röntgenklinikerna är uppdelade i olika högspecialiserade verksamheter som bedrivs dygnet runt. Klinikerna använder i stor utsträckning avancerad teknik som datortomografi, magnetkamera och ultraljud samt utför behandlingar och provtagningar. Bilderna lagras digitalt vilket gör att de är tillgängliga på hela sjukhuset och det finns möjlighet att snabbt sända bilder till övriga sjukhus i Sverige.

Centrala röntgen

Sjukvården innefattar de vanligaste röntgenundersökningarna, t ex skelett och lungor samt specialundersökningar som datortomografi, magnetkamera, ultraljud, punktioner och benmineralmätningar inom öppen och sluten vård.

På Centrala röntgen ingår verksamhet i huvudbyggnaden på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna och en mammografienhet på Radiumhemmet, vilka tillsammans benämns Centrala röntgen. Dessutom ingår medicinskt ansvar för diagnostiken på Nuklearmedicin, som organisatoriskt tillhör Divisionen för Onkologi.”

I den Regionala utvecklingsplanen för cancervården i Stockholms län år 2006-2007 har man i sin beskrivning lagt vikt på röntgens betydelse för en välfungerande vårdkedja för utredning och behandling av cancerpatienter:

”Den växande betydelsen av MR inom tumördiagnostiken är parallell till metodens ökande betydelse inom den allmänna diagnostiken – där MR ger bättre resultat i allmänhet är det också bättre för mer noggrann beskrivning av fynd vid misstänkta tumörer. Tillgången på magnetkamerautrustning inom SLL är god och någon utökning av kapaciteten totalt sett behövs sannolikt ej – problemet för den onkologiska vården är dock att kapaciteten inte alltid finns på rätt plats. Det är allmänt accepterat att kvaliteten på en undersökning är beroende av var den görs och vem som utför den och förtroendet mellan de olika aktörerna i en vårdkedja är mycket viktigt. Detta leder till svårigheter att optimalt utnyttja en spridd maskinpark då risken för upprepade och dubbla undersökningar är stor om patienten inte initialt undersöks på den enhet som tar det fortsatta ansvaret för diagnostik och behandling.”

Under vår intervju med verksamhetschefen på röntgenklinken (Centralröntgen) har vi fått beskrivet ett betydligt problem med röntgenläkare. Man har 8-10 obesatta ställningar och en mycket besvärlig rekryteringssituation. Kapacitetsmässigt har denna situation medfört väntetider och att många ”mobila” polikliniska patienter får sina undersökningar genomförda vid andra röntgenenheter ”ute på stan”. Röntgenkliniken köper också tjänster från externa röntgenenheter för att få sina bilder beskrivna.

2.8.2 Diskussion

Kapacitetsproblemen vid Centralröntgen på KU skapar väntelistor och problem för alla brukare inklusive onkologkliniken. Verksamhetschefen förväntar att man inom 12-18 månader uppnått en väsentligt förbättrad situation genom att man anställt fler läkare, frigjort specialkompetenta läkare från jourarbete, så att de i större grad kan disponeras på dagtid och att man gett fler läkare specialupplärning i ultraljud och mammografi. Vidare kommer kliniken vara klar med digitalisering (sept. 06) och man kommer att ha tagit i bruk ny utrustning som nu är under leverans.

En mer långsiktig flaskhals är att man bara har en MRT-maskin (magnetkamera) och att det redan i dag finns ett behov av ytterligare en på röntgenkliniken.

I arbetet med den regionala utvecklingsplanen har man uttryckt sig enligt följande:

”Bilddiagnostiska resurser måste förstärkas och läkarkompetensen behöver säkras. Ett aktuellt problem är fördelningen av resurser inom länet där både kompetens och utrustning till för stor utsträckning befinner sig utanför cancervården. Beställningen måste ses över inom detta område men extra resurser behöver också tillföras.”

2.8.3 Slutsats

Det pågår ett arbete för att inom 12-18 månader åtgärda de stora kapacitetsproblem som finns på Centralröntgen på sjukhuset i Solna. Flera aktiviteter har igångsatts för att förbättra möjligheterna till rekrytering av läkare.

Om man vill öka kapaciteten snabbare, är ett alternativ att få externa läkare att under en övergångsperiod driva ett eller flera av röntgenlaboratorierna inne på Centralröntgen. Detta är en lösning som redan tagits i bruk för thorax. Ultraljud och eventuellt CT är områden som i så fall är mest aktuella med cancerpatienter som står för ca 75-80 % av undersökningarna.

2.9 Patologi

2.9.1 Beskrivning

Tillgången till patologiska laboratorietjänster är en nödvändig del i utredning och behandling av cancerpatienter.

Beskrivning av Avdelning för klinisk patologi/cytologi på sjukhusets hemsida:

"På laboratoriet utförs diagnostik av cell- och vävnadsprover från kliniker och mottagningar representerande såväl bassjukvård som högspecialiserad vård. Vi erbjuder även punktionscytologisk provtagning.

Vid enheten bedrivs integrerat även forskning, kliniskt utvecklingsarbete och undervisning i samverkan med Karolinska Institutet.

Verksamheten bedrivs vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, Solna och på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus."

I vår intervju med verksamhetschefen för laboratoriet framförde han att de har en del "svartidsproblematik". I praxis innebär denna väntetid. Analyser som blir medicinsk prioriterade får snabba svar.

Orsakerna till problemen blir av verksamhetschefen beskrivet som brist på ändamålsenliga lokaler och att det är brist på specialistläkare. Inom specialiteten råder en vanskelig rekryteringssituation både i Sverige och internationellt.

2.9.2 Diskussion

Verksamheten förväntar en gradvis förbättring av situationen, men påtalar samtidigt att det kommer att ta flera år fram till en fullgod service kan uppnås. Huvudorsaken till detta är knutet till ombyggnads- och lokalsituationen på KU Solna. Detta både för att man ska kunna ta i bruk ny teknologi och för att kunna öka kapaciteten. En kapacitetsökning kommer också att öka behovet av läkare.

2.9.3 Slutsats

Tillgången till patologisk service är under gradvis förbättring och det pågår ett internt arbete på KU om lokalsituationen på Solna.

3. Är remissflödet snabbt och säkert?

3.1 Uppdraget

Uppdraget är att beskriva och evaluera remissflödet till och från onkologkliniken (Solna, SÖS) för att besvara frågeställningen "Är remissflödet snabbt och säkert".

3.2 Arbetsmetod

Tillgängliga data har inhämtats och intervjuer med de fem berörda sektionerna har genomförts. Närmare beskrivning finns i bilagd underlagsrapport.

3.3 Beskrivning

Remisser mottas från andra sjukhus i Stockholm, andra kliniker på Karolinska Universitetssjukhuset, kliniker utomläns, mammografienheten, privata specialister, hemsjukvården, palliativa enheter, primärvården, mm. Egenremisser förekommer nästan aldrig.

För sektionerna Bröst och Gynonk sker bedömning av remissansvarig läkare dagligen. För sektionerna Gastrointestinal och Urologi/Nuklear/Endokrin har man varje vecka möten med remissgenomgång, men remissansvarig läkare går igenom remisserna dagligen så att akut- och högprioriterade patienter sorteras ut. Sektionen HoN/Lung/Neuro/Hud/Barn/Ögon får nästan alla sina patienter överrapporterade vid multidisciplinära konferenser.

Alla sektioner har system för bekräftelse av remissmottagning till remitterande instans kort tid efter att remissen är registrerad, men inte alla anger i detta sammanhang tidpunkten för första besök. De har också system för kallelse av patienter. Det är sektionernas uppfattning att detta fungerar bra.

Sektionerna ger normalt inte rapporter till remitterande instans under behandlingsförloppet, men har system för skriftliga svar till remitterande läkare vid behandlingsavslutning. Svaret sammanfattar den utredning eller de åtgärder som har blivit utförda. En sektion uppger att detta system utifrån deras perspektiv inte är optimalt.

Utgående remisser går till röntgen, patologen och övriga laboratediscipliner, paramedicin som dietister och sjukgymnaster, hemsjukvården samt för slutenvård, strålterapi och cytostatikabehandling.

Dokumentet "Riktlinjer för hantering av remisser vid Kliniken för Onkologi Karolinska Universitetssjukhuset" (daterat 2005-03-14) är utformat med utgångspunkt i "Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården, mm" (SOSFS 2204:11). Dokumentet beskriver en mycket detaljerad och i teorin ett mycket bra system för remisshantering vid Radiumhemmet. Vi kunde notera att dokumentet som sådant inte var känt överallt.

I intervjuerna blev det från sektionernas sida framfört att man vid bruk av systemet huvudsakligen upplever två problem:

- Systemet förutsätter inregistrering och remissuppföljning i det vårdadministrativa systemet Take Care. Alla moduler inom Take Care har av olika orsaker så här långt inte tagits i bruk vid KU, t.ex. måste man ha andra rutiner för bevakning av labsvar.
- Systemet lägger många uppgifter på sekreterare, som det är brist på.

Alla sektioner uppger att de har rutiner för "inkommande remisser", "utgående remisser" och "åtgärdslista" som följer samma principer som i riktlinjerna och som efter deras uppfattning

fungerar bra/tillfredställande. Intervjuszvaren uppsummeras kort i tabeller i den bilagda underlagsrapporten.

Åtgärdslista

Åtgärdsbevakning kan per idag inte göras i Take Care. Alla sektioner har en form för åtgärdslista som i stor grad uppfyller intentionen med det system som beskrivs i "Riktlinjer för hantering av remisser vid Kliniken för Onkologi Karolinska Universitetssjukhuset":

"Vid besök i öppenvård fyller läkaren i en för resp. mottagning/sektion resp. slutenvården fastställd åtgärdslista med uppgift om de remisser som skall sändas och de medicinska åtgärder som skall initieras."

Åtgärdslistan förvaras vanligtvis i patientens journal. En viss tid innan återbesöket kontrollerar sekreterare eller sjuksköterska om alla remissvar har kommit in (röntgen, lab., patologi, etc.). Om svar saknas efterlyses dessa.

Flera sektioner har i tillägg ett system där patienten är ombedd att meddela mottagningen om de undersökningar/behandlingsåtgärder som blivit ordinerade inte utförts inom rimlig tid.

3.4 Diskussion

Kommer alla remisser fram till Radiumhemmet? Sektionerna menar att detta inte är något större problem och att det bara är ett fåtal remisser som blir felsända, glömda eller kommer bort i posten.

Alla sektioner har system för remisshantering och de uppfattar att rutinerna fungerar bra. Insamling av data från remitterande instanser har legat utanför projektet. Det har emellertid från Beställare Vård hävdats att de har tagit emot klagomål på att remitterande enheter inte får bekräftelse på mottagen remiss från Radiumhemmet. Vi önskade att få detta konkretiserat och blev ombedda att kontakta Kirurgkliniken, Ersta sjukhus. Från verksamhetschefen där fick vi följande svar, vilket tyder på att systemet inte fungerar till 100 %:

"Vi får inte information om att remissen är mottagen. Remissvar fungerar med besked om att behandling inte skall ges eller när behandlingen är avslutad. Oftast inget svar om att behandling skall ges (behandlingsplan) vilket ger oss en viss osäkerhet när det gäller om patienten är omhändertagen."

Tiden från mottagande av remiss till bedömning av remiss förefaller vara acceptabel. Tiden från remissbedömning till första besök är avhängig av kapaciteten vid de respektive mottagningarna, samt väntetiden för eventuella undersökningar som skall besvaras/utföras innan patientens första besök. Röntgen och patologi uppges vara flaskhalsar.

Tiden från första besök till behandlingsstart är avhängig av kapaciteten vid respektive behandlingsenhet. Slutenvården på Radiumhemmet uppges av de flesta som en flaskhals. Det samma gäller behandlingsenheten på Radiumhemmet (cytostatikabehandling) och strålbehandlingsenheten, men detta varierar under året och gäller i huvudsak under semesterperioden. Undantag är brachybehandling, där det är väntetider.

Alla moduler av Take Care är inte implementerat vid KU, vilket innebär att man ännu så länge måste komplettera med andra rutiner. Om man önskar en elektronisk bevakning även av åtgärder, måste Take Care kompletteras. Sektionerna anger att de har brist på sekreterare. För att avhjälpa detta utför andra personalgrupper t.ex. läkare en del uppgifter som normalt utförs av sekreterare. Önskar man frigöra läkarkapacitet är en förstärkning av administrativ personal viktig.

3.5 Slutsatser

Utifrån det som kliniken beskrivit förefaller remissflödet vara såväl snabbt som säkert. Det är dock svårt att säkert uttala sig eftersom det saknas faktiska data om såväl remissflöden som externa remissinstansers uppfattning.

De system som finns för remisshantering kräver administrativa insatser, som idag delvis utförs av andra än sekreterare.

Vi rekommenderar:

- att varje sektion försäkrar sig om att remisshanteringen fullt ut följer de riktlinjer som kliniken och sektionen har tagit fram för detta ändamål
- att system för uppföljning och avvikelserapportering införs
- en förstärkning av administrativ personal, primärt med tanke på frigöring av läkarkapacitet

4. Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom vård och behandling?

4.1 Uppdrag

Uppgiften är:

- att kartlägga hur kliniken styr och säkrar verksamheten så att vården i patientens perspektiv hänger samman i en stabil och kontinuerlig vårdkedja
- att i möjligaste mån redovisa graden av effektivitet i väsentliga vårdkedjor
- att analysera iakttagelser med avseende på styrkor och förbättringsområden.

4.2 Arbetsmetod

Granskningen syftar till att ge uppdragsgivaren en bild av hur vården är organiserad och underlag att bedöma om i vilken utsträckning patienter erbjuds en smidig vårdprocess.

Granskningen syftar också till att i förekommande fall identifiera förbättringsområden.

I arbetet har vi genomfört intervjuer med aktuella ledare och vi har inhämtat dokument från kliniken och andra. Närmare specifikation finns i bilagd underlagsrapport.

4.3 Beskrivning

4.3.1 Styrning och säkring

I vårdavtalet finns tydliga mål för vårdkedjan, medan kliniken i sin verksamhetsplan saknar sådana. Systematiska uppföljningar är inte rutin inom kliniken, men är under utveckling.

4.3.2 Vårdkedjor

Onkologklinikens verksamhet – icke-kirurgisk onkologi – innebär ett stort antal vårdkedjor för alla aktuella patient- och diagnosgrupper. Vården bedrivs i hög utsträckning enligt vårdprogram, 16 regionala och några nationella. Två huvudinriktningar kan identifieras: vårdkedja för kurativ vård respektive vårdkedja för palliativ vård.

Kurativ vårdkedja

Vårdkedjorna styrs i princip av de medicinska vårdprogrammen och är inte dokumenterade som vårdkedjor. Det finns därmed ingen säkring av att patientens behov tillgodoses under hela vårdprocessen.

Skedet mellan remiss till onkologkliniken och att patienten kallas dit för första besök innebär ofta stort behov av stöd men ringa tillgång. Detta skede behöver därför uppmärksammas mer i samarbete mellan onkologkliniken och remittenter. Det finns ingen uppföljning inom onkologkliniken att beslutade remisser anländer inom viss tid. Fördröjningar har inträffat med långa väntetider som följd.

Vårdprocessen inom onkologkliniken tycks i huvudsak löpa smidigt efter vårdprogrammen. Problem som kom fram i samband med våra intervjuer:

- En svaghet är bristen på säkrad individuell vårdplanering som täcker samtliga behov, dvs. inte enbart de medicinska.
- Inom strålbehandlingsområdet är flexibiliteten begränsad som följd av flera parallella IT-system. Det innebär att det inte är möjligt att under en behandlingsserie byta till annan accelerator, utan att först göra om dosplanering-targetarbete.
- De medicinska behandlingsavdelningarna, där cytostatikabehandlingar ges, har ofta problem att få kontakt med läkare när behov uppstår, t ex i samband med bieffekter.

Palliativ vårdkedja

Slutenvården har under senaste året minskat medelvårdtiden från 5 till 3,5 dygn. Trots ökat utnyttjande av vårdplatserna uppstår problem vid belastningstoppar. Ett exempel är brist på enkelrum i samband med terminalt skede.

Otillräcklig tillgång till vårdplatser för eftervård har varit en flaskhals för onkologkliniken slutenvård. Det kan innebära att patienter, som bedömts klara för utskrivning, blir kvar längre tid.

Som en länk mellan specialistvården vid kliniken och närsjukvården finns klinikens Enhet för psykosocial omvårdnad och rehabilitering, EPOR med multiprofessionell bemanning. Man håller en regelbunden kontakt med primärvård och de flesta hemsjukvårdsteamerna i länet. Enheten har därmed goda kunskaper om palliativa vårdresurser och ser sig som en resurs för bl.a. slutenvården när det gäller att hitta rätt vårdmiljö för patienterna. Enligt uppgift används dock inte enhetens kunskaper och nätverk i den utsträckning man inom enheten önskar.

4.3.3 Utvecklingsplaner

Kliniken har ambitionen att underlätta patientens kontakter med kliniken. Bl.a. ges alltid besked om telefonnummer att ringa vid behov av kontakt. Gynonkologiska patienter får också namn till en sjuksköterska på mottagningen.

Intrycket i intervjuer med företrädare för patientföreningarna är att patientens kontaktmöjligheter med kliniken kan och bör förbättras avsevärt.

Inom kliniken finns planer på utveckling av systematisk säkring av ledtider och multidisciplinär handläggning genom mätning av nyckeltal och förbättring av kontinuitet.

4.4 Diskussion

Verksamheten inom onkologkliniken är diversifierad och komplex. Medarbetarna är högspecialiserade. Målet att åstadkomma en för patienten sammanhängande vårdkedja kräver därför:

- tydlig styrning
- fungerande kvalitetssäkring
- rätt prioriteringar i utvecklingsarbetet.

4.4.1 Styrning och säkring

Klinikens verksamhetsplan ger endast i ringa utsträckning besked om vilka övergripande respektive mätbara mål man strävar mot i patientvården. Mål i vårdkedjeperspektivet saknas och klinikens omfattande sjukvårdsverksamhet (2 600 vårdtillfällen och nära 116 000 öppenvårdsbesök år 2005) intar en närmast blygsam plats i dokumentet.

Bilden är således att styrningen i ingen eller ringa utsträckning dokumenterat mål för verksamheten i styrdokument i andra än medicinska aspekter, t ex en sammanhängande vårdkedja. Sammantaget är därför intrycket att styrningen kan konkretiseras betydligt.

Verksamhetsplanens betydelse för klinikens verksamhet har inte undersökts. Det är sannolikt att eftersträfvade värden och övergripande mål finns mer eller mindre överenskomna inom organisationen, även om de inte dokumenterats i planen.

Styrning och säkring hänger samman – tillgång till tydliga mål underlättar utvecklingen mot systematisk uppföljning. Det är därför sannolikt att kliniken genom formulering av övergripande och mätbara mål också kommer att utveckla metoder att säkra dessa mål genom korrigerande rutiner där så behövs osv. Idag är det svårare att upptäcka var i organisationen de förbättringsområden finns, som bör prioriteras.

Planerna på en fortsatt utveckling med mätning av nyckeltal är därför angelägna och positiva.

Säkring utifrån patientens behov kan behöva utvecklas genom en tydligare vårdplanering. I samband med inskrivning vid kliniken kan det finnas anledning att begagna någon form av checklista som säkrar att alla viktiga aspekter har berörts. Det finns annars en risk att endast den patient som förmår aktivt uttrycka sina behov har möjlighet att få dessa tillgodosedda, medan andra riskerar att slinka genom nätet utan att viktiga omständigheter uppmärksammas.

4.4.2 Vårdkedjan

Den medicinska vården inom onkologkliniken förefaller skötas så smidigt det är möjligt med de förutsättningar som finns (otillräcklig tillgänglighet till röntgen, slutenvårdsplatser etc.).

Förmågan att tillgodose patientens behov av stöd under väntetid före inskrivning hos onkologkliniken, liksom under den ibland långa behandlingsperioden, kan utvecklas. Däremot kan det behövas en mer systematisk ansats för att säkra att varje patient får tillfälle att uttrycka sina behov, dvs. att införa någon form av checklista för att säkert kunna veta att även den mest försäglade får tillgång till det stöd och den information som behövs.

De svagheter som framförallt lyfts fram i samtalen med patientföreningarna är väl förenliga med den brist på systematik som iakttagits under utredningen.

Det kan vara en brist att behandlingsavdelningarna inte har långsiktighet i det medicinska ansvaret. Risken med systemet att tillgodose behoven av läkarinsatser med kortsiktiga lösningar (sökarsystem etc.) är att medicinska aspekter missas vid t ex utvecklingsinsatser inom enheterna. Det kan knappast gagna vare sig verksamhet eller arbetsmiljö. Det behövs därför en funktion med medicinskt ansvar och kontinuitet för delaktighet i enhetens utveckling. Läkarnas arbetsscheman, som inte granskats i uppdraget, tycks kunna förbättras. Uppgifterna om svårigheter att kontakta ansvarig läkare från behandlingsavdelningarna, läkarnas åtaganden inom annat än sjukvård som påverkar verksamheten inom mottagningar osv. leder till intrycket

att något annat än verksamhetens behov styr eller påverkar läkarschemat. Detta intryck gäller framför allt mottagningar och behandlingsavdelningar, i lägre utsträckning slutenvården. Där är å andra sidan intrycket att slutenvården till stor del överlämnats till unga, mindre erfarna och mindre kompetenta läkare.

4.4.3 Utveckling

Läkarpatientkontinuiteten är ett prioriterat värde för patienterna, men har hittills inte varit det i verksamheten. Patientenkäter visar låg grad av kontinuitet. Kliniken har ambition att utveckla system för bättre läkarpatientkontinuitet.

4.5 Sammanfattning och slutsatser

Uppdragsgivaren har ställt frågan: Slussas patienterna på ett effektivt sätt genom utredning och behandling? Om svaret på frågan skall begränsas maximalt är det: Ja.

Det finns fungerande vårdkedjor i verksamheten med sammanhang mellan kedjans olika steg. Men granskningen har visat följande:

- att det finns brister i kedjan när det gäller stöd och information i perioden innan patienten kallas till onkologkliniken samt under behandlingsperioden
- att det kan finnas brister i effektiviteten när det gäller kontinuitet, ledtider, medicinskt ansvar samt slussning till eftervård
- att kliniken har avsevärd potential att utveckla systematiken i målstyrning och uppföljning.
- att styrning och säkring bör ta fasta på såväl medicinska som andra aspekter av patienternas samlade behov samt arbetsfördelningen för läkargrupperna

5. Sker en smidig samverkan med andra vårdgivare inom och utom sjukhuset?

5.1 Uppdrag

Uppgiften är

- att förtydliga verksamhetens samverkansbehov
- att kartlägga hur kliniken styr och säkrar samverkan externt och internt
- att i möjligaste mån redovisa graden av smidighet i samverkan
- att analysera iakttagelser med avseende på förbättringsområden

5.2 Arbetsmetod

Utgångspunkter

1. Granskningen syftar till att ge uppdragsgivaren en bild av klinikkens samverkan med andra inom och utom sjukhuset.
2. Granskningen syftar också till att i förekommande fall identifiera förbättringsområden.
3. Granskningen avgränsas huvudsakligen till patientperspektivet, dvs. till samverkan med direkt betydelse för sjukvården, dess effektivitet och utveckling.

I arbetet har vi genomfört intervjuer med aktuella ledare och vi har inhämtat dokument från kliniken och andra. Närmare specifikation finns i bilagd underlagsrapport.

5.3 Beskrivning

I klinikens verksamhetsplan 2005 framgår att samverkan mellan funktionsenheter och sektioner är ett prioriterat område.

Extern samverkan styrs systematiskt och förefaller fungera huvudsakligen väl med framför allt läkarkontakter med externa aktörer och kontakter på sköterskenivå med aktörer inom sjukhuset.

Mycket av intern samverkan över professionella/funktionella gränser sker i vardagsarbetet. Inget i granskningen har framkommit som ger intryck av brister i denna form av samverkan i vården och den kommer därför inte att kommenteras ytterligare.

Klinikens matrisorganisation som gäller sedan 2005 ställer krav på systematisk samverkan mellan chefer i två dimensioner. Sektioner och funktionsenheter har "ett gemensamt ansvar för att de resultat uppnås som läggs fast i de gemensamt beslutade målen". Det tycks dock inte vara förtydligat i något styrdokument vad denna samverkan ska bestå av eller hur den ska gå till.

Flera intervjuade inom organisationen ger uttryck för uppfattningen att det finns avsevärd otydlighet i ansvar och befogenheter och att kollegiala nätverk utnyttjas på bekostnad av samverkansmöjligheter i matrisen.

Samverkan mellan radioterapiläkarna och tumörgruppsläkarna är begränsat. Läkarna inom radioterapin har, enligt uppgift, arbetsuppgifter som inte motsvarar eller utvecklar deras kompetens.

Planering av mottagningsverksamhet styrs i hög grad av läkarnas åtaganden och ledigheter utan samordning med planering för övrig personal. En konsekvens är att mottagningens resurser riskerar att underutnyttjas.

5.4 Diskussion

Samverkan inom en stor organisation är givetvis en mycket viktig framgångsfaktor, oavsett organisationsform. Onkologkliniken har enligt tillgängligt underlag hittills inga konkreta mål uppsatta för samverkan internt. Det är en svaghet som bör åtgärdas med hög prioritet.

De brister inom intern samverkan mellan förstalinjecheferna, som utredningen visat, kan vara uttryck för en viss omognad i organisationen – sammanslagningen av två stora sjukhus och införandet av en ny organisationsform kan ses som delar av en förklaring.

Ledningsgruppens sammansättning kan behöva övervägas. Idag finns en obalans mellan representation i gruppen för läkarna jämfört med övriga medarbetare. Att ha sex personer som företräder ett hundratal läkare och en enda person som företräder mer än dubbelt så många medarbetare kan vara förenat med risker. Ärenden som prioriteras av den välrepresenterade personalgruppen kan komma att få större uppmärksamhet i klinikledningen på bekostnad av ärenden som prioriteras av den underrepresenterade gruppen.

Många kritiska synpunkter på bristande samverkan har framkommit i utredningen och de flesta synpunkter av sådant slag hörs ifrån funktionsenhetscheferna. De uttrycker behov och ambition att utveckla samverkan med sektionscheferna i betydligt högre utsträckning än vice versa.

Utredningen visar inte bara flera exempel på oklarhet i ansvar och roller utan även frustration hos många över denna oklarhet. Det är inte utrett i vilken utsträckning iakttagelserna avseende dessa oklarheter kan bekräftas i befattningsbeskrivningar eller muntliga uppdrag från chefsnivå till nästa nivå i linjen.

Tydlighet i ansvar och befogenheter för chefer i organisationen liksom för alla som har någon form av uppdrag kan ses som en viktig förutsättning för smidig och effektiv verksamhet. I ett vidare perspektiv kan man säga att det är lika viktigt för alla medarbetare, oavsett roll, att känna till både den egna och arbetskamraternas arbetsuppgifter. För vårdpersonalen är uppdraget i allmänhet mer eller mindre självklart, dvs. att verka enligt sin profession för patienternas bästa, att följa rutiner och riktlinjer, notera och larma vid avvikelser osv. För chefer är det nödvändigt att uppdrag och befogenheter definieras och avgränsas på ett tydligt sätt, så att man som chef får möjlighet att ta kontroll över sitt ansvarsområde. Det är därför värdefullt att även medarbetarna har en någorlunda tydlig bild av sin närmaste chefs uppdrag och dess avgränsningar.

Utredningen ger hållpunkter för bilden av en stark läkarstyrning inom kliniken. Det behöver inte vara något problem, men det finns iakttagelser som antyder att läkarnas sätt att engagera sig i andra åtaganden påverkar vården negativt.

Verksamhetens behov bör givetvis vara styrande för hur medarbetarnas kompetens och arbetstid tas till vara. Det kan inte vara kostnadseffektivt eller bra för tillgängligheten att en mottagning stängs eller patienter måste ombokas, för att läkarna ska medverka i andra sammanhang.

Sjukhusets forsknings- och utvecklingsuppdrag bör givetvis kunna bedrivas utan att mottagningspersonal går sysslolösa en vanlig arbetsdag. Det förefaller därför nödvändigt även i detta sammanhang med förtydligande av läkarnas uppdrag och vikten av att tjänstgöringsscheman kopplas tydligt till mottagningars och andra enheters verksamhet.

En annan iakttagelse är skillnaden i arbetsbelastning mellan tumörgruppsläkarna och radioterapiläkarna. De förstnämnda har många sysslor (bekräftat i bemanningsanalysen) och har under utredningens gång betonat behovet av förstärkt läkarresurs. De sistnämnda uppfattar sig underutnyttjade. Sammantaget tycks det finnas utrymme att fördela om arbetsuppgifter mellan dessa grupper.

5.5 Sammanfattning och slutsatser

Uppdraget har varit att besvara frågan om det sker en smidig samverkan med andra vårdgivare inom och utom sjukhuset. Utredningen har inte visat något som talar för annat än en fungerande samverkan med andra vårdgivare.

Däremot har det framkommit betydande brister i den interna samverkan. Dessa brister är av sådan grad och art att åtgärder bör prioriteras i klinikens fortsatta utveckling.

Med utgångspunkt i redovisade iakttagelser och analys rekommenderar vi följande:

- att förtydliga mål och säkra samverkan inom organisationen
- att förtydliga chefernas ansvarsområden och säkra att dessa blir kända och accepterade i hela organisationen
- att överväga alternativ sammansättning av ledningsgruppen med bättre balans mellan diagnosområden och funktionsområden
- att se över läkarnas tjänstgöringsscheman och förtydliga riktlinjer för "kort-varsel-frånvaro"

6. Psykologiskt/psykosocialt välanpassat bemötande av enskilda patienter

6.1 Uppdrag

Uppdraget fokuserar på att bedöma om verksamheten ger ett rimligt bra bemötande av enskilda patienter. Studien syftar till att bedöma huruvida organisationens kvalitetssäkring är välanpassad. Viktigt är att påpeka att studien inte syftar till att följa upp enskilda patientärenden annat än i de fall de kan användas som indikatorer för bedömningen av organisationens kvalitetssäkring.

Uppdraget inkluderar följande fokusområden

- kontinuitet
- bemötande av och information till patienter och anhöriga

6.2 Arbetsmetod

För att lösa uppdraget har vi arbetat enligt följande:

- Vilken uppföljning av patientfokuserad kvalitet sker i dagsläget?

Vi har följt upp de mätningar som genomförs, främst i form av patientenkäter samt intervjuat handläggare på utvärderingsenheten.

- Hur fungerar den systematiska kvalitetssäkringen med avseende på patientfokuserad kvalitet?

Vi har intervjuat chefssjuksköterskor, sektionsledare, psykiater, studerat tillgänglig dokumentation samt intervjuat företrädare för patientorganisationer.

6.3 Beskrivning

6.3.1 Kontinuitet

Läkarkontinuitet

Enligt vad vi fått fram finns inga uttalade och kvantifierade mål för läkarkontinuiteten på kliniken. Det har dock framgått att en så hög kontinuitet som möjligt är eftersträvansvärd, detta inkluderar läkarkontinuitet.

Hur viktig är läkarkontinuiteten för patienter?

I en enkätstudie som gjorts av kliniken vid Radiumhemmet följs detta upp (olika sektioner, över flera år). Aktuell fråga är "Hur viktigt är det för Dig att få träffa samma läkare vid varje besök?" Av svaren framgår att 83-97 % av patienterna tyckte det var viktigt att träffa samma läkare vid varje besök. Endast 3-17 % av patienterna tyckte inte alls det viktigt att träffa samma läkare vid varje besök (tabell finns i bilagd underlagsrapport).

Kliniken följer läkarkontinuiteten genom enkätfrågan "Träffade du samma läkare som vid föregående besök?" (olika sektioner, över flera år). Resultaten visar att 26-68 % av patienterna träffade samma läkare som vid föregående besök (tabell finns i bilagd underlagsrapport).

För att kunna studera läkarkontinuiteten ur flera aspekter gav vi i uppdrag till utvärderingsenheten att ta fram ett förfinat underlag direkt ur datasystemen. För varje unik patient i öppenvården önskade vi följa hur många besök de haft och hur många läkare patienten haft under dessa besök. På grund av att detta inte är en standardframtagning ur datasystemen har

det funnits tekniska begränsningar och problem. Därför har bara funnits tid att utföra beräkningar på ett fåtal enheter (se t.ex. och tabeller i bilagd underlagsrapport).

Enhet	Solna Bröst och sarkom (bortfall 268 pat.)	Solna GI cancer (bortfall 129)	Solna Gyn cancer (bortfall 297)
Antal patienter med ett läkarbesök	1149	95	715
Antal patienter med fler än ett läkarbesök	485	173	211
Fördelning på läkarkontakter för patienter med fler än ett läkarbesök:			
1 läkarkontakt	49 %	43 %	88 %
2 läkarkontakter	36 %	42 %	12 %
3 läkarkontakter	10 %	13 %	-
4 och fler läkarkontakter	4 %	2 %	-

Sjuksköterskekontinuitet

I "lokala riktlinjer för planeringsansvarig sjuksköterska (PAS) inom slutenvårdsverksamheten på kliniken för onkologi" (2005) står att KUs mål är att upprätthålla en hög sjuksköterskekontinuitet för den enskilde patienten. Det framhävs att kontinuiteten är viktig för vårdkvalitetssäkring och bra kommunikation för att därmed kunna uppfylla patientens behov av säkerhet och trygghet. Riktlinjerna innehåller också punkter för vad det innebär att vara PAS.

Vid intervjuerna med chefssjuksköterskorna bekräftas att man anser att sjuksköterskekontinuiteten är mycket viktig. Man uppger också att man informerat sin personal om att alla patienter skall ha en kontaktsjuksköterska/patientansvarig sjuksköterska, och man tror också att det är så.

Ingen av de intervjuade har dock gjort någon uppföljning som visar om instruktionerna följs. Det finns inte heller någon annan möjlighet att få detta verifierat eftersom det enligt uppgift inte benämns eller registreras enhetligt i patientens vårdplan. Inte heller i någon av de båda typerna av patientenkäter som gjorts ställs någon fråga om sjuksköterskekontinuitet.

Företrädare för patientföreningarna framhåller också vikten av kontaktsjuksköterska/patientansvarig sjuksköterska. Vid intervjuerna menade föreningarna att deras medlemmars erfarenheter är att det är mera ovanligt än vanligt att man har någon kontaktsjuksköterska. I bröstcancerföreningen Amazonas svar på remissupplagan av den regionala utvecklingsplanen skriver man t ex under rubriken "bröstcancer" (5.2.1):

"Inom onkologin finns inte dessa kontaktsjuksköterskor och det är här vi har informerat om svårigheterna att komma i kontakt med vården. Här behövs insatserna bäst. Detta gäller i första hand Radiumhemmet. På Danderyd och SÖS fungerar det bättre"

I "Regional utvecklingsplan för cancervården i Stockholms län år 2006- 2007" redovisas bl.a. för en enkätfråga till de 26 klinikledningarna inblandade i vårdkedjan huruvida det fanns kontaktpersoner för patienter och vad de i så fall hade för uppgift. Resultatet visade att det skiljer mellan de olika enheterna, från att man inte alls har det till att man har det från första kontakten i såväl öppen och sluten vård för alla patienter. Många enheter uppger att man har det i sluten vård men inte i öppen vård.

I förslagen till åtgärder i den regionala cancerplanen slås fast att alla cancerpatienter bör erbjudas en kontaktperson oavsett i vilket skede av sjukdomsförloppet patienten befinner sig i idag. Man föreslår en mera enhetlig lösning så att kontinuitet och trygghet skapas för alla

cancerpatienter. I förslaget berörs också vilket uppdrag kontaktsjuksköterskan bör ha. Uppdraget att ha kontaktperson ska skrivas in i sjukhusens uppdrag.

6.3.2 Bemötande

Vad är bemötande?

Det är viktigt att notera att begreppet *bemötande* omspanner ett vitt spektra av aspekter. I denna rapport kommer vi naturligtvis inte att kunna beröra alla dimensioner.

Bemötande brukar ofta benämnas psykosocialt/psykologiskt omhändertagande. Inom onkologin är det de flesta insatser riktade mot patienter som inte är en del av den rent medicinska behandlingen.

Våra erfarenheter är att man ofta förutsätter att organisationens bemötande per automatik är god. Detta är inte fallet utan om man önskar att organisationen ska ha en god nivå på sitt bemötande måste man medvetet sätta mål, utveckla tekniker samt följa upp och rapportera. Enligt våra erfarenheter från hälso- och sjukvården är det just i verksamheter och processer som förefaller vara mindre konkreta som behovet är störst av standardiserade arbetssätt och rutinbeskrivningar.

Mål

Vad är ett gott psykosocialt/psykologiskt omhändertagande? I den regionala utvecklingsplanen står att "viktiga steg har tagits inom alla områden från molekylärgenetik till psykosocialt omhändertagande". Enligt vad vi fått fram vid intervjuerna har bemötandefrågorna hos vissa yrkesgrupper fått ett ökat utrymme i diskussionerna. Dock saknas mål för vad man vill uppnå på detta område, ur alla aspekter.

Enligt genomförda intervjuer och erhållen dokumentation finns inte uttalade eller konkretiserade mål på någon nivå, från uppdrag till kliniken ner till enskild mottagning eller vårdavdelning.

Enligt våra erfarenheter är det viktigt att formulera och följa upp målsättningar på det man anser är viktigt. Förutom markeringen till organisationen ger målsättningar och mätningar av uppfyllandegrad möjligheter att i olika skeden fördjupa processer och diskussioner på temat såväl inom den egna enheten som mellan ledning och verksamhet.

Rutiner och riktlinjer

Hur "säkras" en god kvalitet? I de medicinska vårdprogram/riktlinjer etc. som finns såväl inom onkologin som inom de flesta andra specialiteter "säkras" kvaliteten på de rent medicinska insatserna genom att det tydliggörs vad som ska göras och hur i specifika lägen. Denna strävan efter standardiserat handlande, som ska vara lika oavsett vem som ger vården, anses vara nyckeln till den kvalitetshöjning på det medicinska området som skett under de senaste åren. Graden av följsamhet (måluppfyllelse) till de rekommenderade metoderna kan sedan följas i de medicinska kvalitetsregistren.

För att även det psykosociala/psykologiska omhändertagandet ska kunna "säkras" på önskad nivå måste samma metodologiska arbetssätt användas som ovan beskrivits. Genom detta säkerställs att patienten i hög grad möter samma rutiner och handlande oavsett vilken enhet denna får vård vid. Genom detta "säkras" det psykosociala/psykologiska omhändertagandet. Vid våra intervjuer har det framkommit att det vid vissa enheter finns riktlinjer för att vissa samtal skall förekomma. Det finns ett antal manualer som man också hävdar används. I övrigt framkom inga uppgifter om standardiserade moment för att säkra en god psykosocial/psykologisk omvårdnad av patienterna. För KU som helhet finns inga beslut om att använda gemensamma metoder för att säkra den psykosociala omvårdnaden.

Enligt patientföreningarna saknar man ett enhetligt agerande. Man berättar om att olika patienter får information förmedlad på olika sätt, och med olika innehåll, beroende på vilken vårdgivare man träffar samt avsaknad av samtalsstöd. Just behovet av struktur och enhetlighet i informationsinsatserna tycks vara det man saknar mest och som ofta framkallar oro.

Sammanfattningsvis kan konstateras att den struktur i arbetet som säkrar det psykosociala/psykologiska omhändertagandet saknas.

Mätningar

Den mätning av det psykosociala/psykologiska omhändertagandet som görs är patientenkäter. Dessa mäter patientens upplevda processkvalitet. Den ena enkäten är en klinikintern enkät som använts sedan ett flertal år på Radiumhemmet. Den andra enkäten är en enkät som är utformad på Pickerinstitutet.

Enligt uppgift har resultaten från enkätstudierna främst nyttjats för ett internt arbete på de enheter som haft ett intresse. Resultaten har inte i förekommande fall resulterat i uppdrag att ta fram åtgärdsplaner för att genomföra förändringar. Man har med andra ord inte på ett strukturerat sätt kommunicerat vare sig styrkorna, svagheter eller möjligheter.

I Pickerenkäten från 2003 är det upplevd brist på information som har den största förbättringspotentialen. Därutöver finns frågor som har bäring på organisation, delaktighet samt respektfullt bemötande. Alla dessa aspekter har nämnts tidigare i detta avsnitt som viktiga för bedömning av bemötande.

EPOR

Vid onkologiklinik finns en enhet benämnd EPOR, enheten för psykosocialt omhändertagande och rehabilitering. Vid enheten finns personal som är specialutbildade för att hantera det tunga psykosociala omhändertagandet, bl.a. svåra samtal. Personalkategorier är psykiater, terapeuter och sjuksköterskor. Patienter kommer via remiss från övriga enheter på kliniken, år 2005 fick man ca 1000 remisser.

Vid intervju med EPOR framkom att de förutom eget direkt patientarbete arbetar såväl med informell konsultation internt som med formell undervisning av övrig personal i psykosocialt omhändertagande.

Att övrig personal på kliniken får ta del av EPOR:s kunskaper är naturligtvis positivt. Enligt uppgift söker sig dock deltagarna till utbildningarna på grundval av eget intresse. Alternativet vore att detta gavs en sådan tyngd att vissa kurser hos EPOR blev obligatoriska för viss personal som har mycket patientkontakter. Vi är övertygade om att de knappa resurser som EPOR förfogar över nyttjas effektivast genom att de arbetar mer genom ordinarie vårdpersonal. Därför kan diskuteras om EPOR inte borde bedriva utbildningsinsatser i större utsträckning, om prioriteringar måste göras på bekostnad av eget direkt patientarbete.

6.4 Diskussion

Mål för den patientfokuserade kvaliteten saknas i allt väsentligt. I uppdraget från Beställare Vård till kliniken står att mätningar av patienttillfredsställelse skall göras, dock anges inga mål. Mål från klinikledningen till enheterna beträffande patientfokuserad kvalitet finns inte. Det enda mål som finns är att alla patienter skall ha en egen patientansvarig sjuksköterska.

För att den patientfokuserade kvaliteten ska "säkras" krävs att det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer. Detta innebär ett metodologiskt och genomtänkt arbetssätt, på samma sätt som för många av de rent medicinska insatserna. Genom ett metodologiskt arbetssätt, lika för alla enheter, "säkras" den patientfokuserade kvaliteten. Studien visade att de dokumenterade rutiner och riktlinjer som säkrar den patientfokuserade kvaliteten saknas i stor utsträckning.

Läkarkontinuiteten anser patienterna är viktig. Den uppföljning som gjorts på Radiumhemmet är genom en fråga om man träffade samma läkare som vid föregående besök. Andelen patienter som svarade ja varierade mellan 26-68 %, beroende på mottagning.

För att få en bättre bild av läkarkontinuiteten gav vi i uppdrag åt kliniken att ta fram ett förfinat underlag ur befintliga datasystem. För varje unik patient i öppenvården önskade vi följa hur många besök de haft och hur många läkarkontakter patienterna haft vid dessa besök. Resultat för läkarkontinuitet som framkom är att 53 % av de patienter som varit på 3 läkarbesök haft samma läkarkontakt vid alla besök. Kontinuiteten för de som varit på flera besök var lägre. Bortfallet innebär sannolikt att diskontinuiteten är högre än vad som framkommer ur det underlag som redovisas i rapporten.

Sjuksköterskekontinuiteten anses vara viktig. Det finns också instruktioner att en patient-ansvarig sjuksköterska skall finnas för varje patient. Det framkom dock att det inte gjorts någon uppföljning som visar om instruktionerna följs eller inte. Det finns inte heller någon annan möjlighet att få detta verifierat eftersom det enligt uppgift inte sker någon registrering av denna uppgift. Inte heller i någon av de båda typerna av patientenkäter som gjorts ställs någon fråga om sjuksköterskekontinuitet.

Mätningar av den patientupplevda kvaliteten görs i form av patientenkäter. I den enkät, Pickerenkäten, som gjordes i öppenvården senast år 2003 framkom olika grader av "förbättringsvärden" för olika områden. Av den redovisning för de 10 variabler som hade högst förbättringsvärde framgår att det främst är upplevd brist på information som patienter anser vara det största problemet.

Enligt uppgift har enkätresultatet från år 2003 inte föranlett diskussioner om mål, vilka områden som borde åtgärdas först eller andra tänkbara åtgärder. Även om varje enhet har ett egenansvar för att åtgärda brister så är ett klinikgemensamt intresse och förhållningssätt en förutsättning för en klinikövergripande kvalitetssäkring.

Enheten för psykosocialt omhändertagande, EPOR, har personal med hög kompetens för tungt psykosocialt omhändertagande. Vi anser att denna resurs bör nyttjas mera genom att bedriva utbildningsinsatser i större utsträckning.

6.5 Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattningsvis visar studien att de väsentligaste bristerna är att det nästan helt saknas mål för den patientfokuserade kvaliteten samt att dokumenterade rutiner och riktlinjer som säkrar kvaliteten saknas. Dessutom sker bristfällig uppföljning och redovisning av väsentliga data.

Vi vill kraftfullt understryka det faktum att verksamheten har brister i det metodologiska säkrandet av den patientfokuserade kvaliteten inte betyder att vården är bristfällig eller att personalen gör ett dåligt arbete. Det som framförallt har framkommit som en förbättringspotential i denna rapport är att lyfta fram den patientfokuserade kvalitetsens vikt, att sätta mål och följa upp samt att strukturerat arbeta för att säkra den på önskad nivå.