

## Endringsoppgave:

Standardisert pasientforløp:  
«Utredning og behandling av  
hudtumor ved mistanke om  
malignitet (NMSC)»

Nasjonalt topplederprogram, kull 21

Ingeborg M. Bachmann

Bergen, 22/3-17

## 1. Rammer, bakgrunn og organisatorisk forankring for endringen

Styringsdokumentet til Helse Bergen for 2016 etterspør utarbeidelse av standardiserte pasientforløp for flere pasientgrupper:

«Kvaliteten i helsetenesta varierer for mykje, og for mange opplever unødvendig venting. Helseføretaka skal saman arbeide etter konkrete planar med mål for korleis ein reduserer variasjon i effektivitet og ventetid, og for å implementere standardiserte, gode og effektive pasientforløp. Kunnskap om variasjon i tenesta skal brukast aktivt som grunnlag for forbetningsarbeid».

Opprettelse av standardiserte pasientforløp er en del av bestillingen for 2017 til de enkelte klinikker i Helse Bergen.

## 2. Hvorfor er endringen nødvendig. Beskrivelse av behov.

Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, karakteriseres av stor poliklinisk aktivitet med ca. 37.000 konsultasjoner årlig fordelt på Hudpoliklinikken, Lysterapiavsnittet og Poliklinikk for seksuelt overførte infeksjoner. Hudpoliklinikken er den klart største enheten av disse. Per i dag prioriteres henvisningene av seksjonsoverlege før pasientene tildeles time av helsesekretær. Pasientene får time etter tidsprioritet og til en viss grad etter behov for spesialfunksjoner, f.eks. sårpleie eller operasjon. Hovedtyngden av pasientene fordeles ut fra ledig kapasitet i timebok, slik at pasientene møter leger med ulik kompetanse, fra lege i spesialisering med lite erfaring til spesialister med spisskompetanse innen feltet. Diagnostikk og behandling følger i hovedsak nasjonal og internasjonal konsensus, men kjennskap til slike retningslinjer vil variere mellom legene. Avdelingen har noen nedfelte prosedyrer i Elektronisk kvalitetshåndbok (EK), men varierende og dels manglende politikk/kultur for etterlevelse av disse. Det finnes heller ikke definerte mål for kvalitet eller prosess for de enkelte pasientforløp.

## 3. Målsetting

Pasienter henvist med ikke-melanom hudkreft (NMSC) utgjør et økende volum. Dette skyldes demografiske og sosioøkonomiske forhold med en aldrende befolkning som i stor grad er utsatt for UV-stråling fra sol. Standardisert pasientforløp for denne pasientgruppen vil kunne:

1. bidra til mindre variasjon i ventetid, diagnostikk og behandling
2. gi økt kvalitet på helsetjenesten (etterlevelse av retningslinjer for beste praksis)
3. øke brukermedvirkning og gi økt pasientsikkerhet
4. sikre god kapasitetutnyttelse
5. bedre kvalitet på spesialistutdanningen

6. bedre samhandling med primærhelsetjensten, både før og etter henvisning

På bakgrunn av beskrevne kvalitetssvikt vurderes det som hensiktsmessig å definere målsetningene i tre diskurser for forståelse av kvalitet:

Pasientperspektivet: Opplever pasienten tjenesten som god, trygg og hensiktsmessig?

Profesjonsperspektivet: Gjennomføres behandlingen av NMSC i tråd med evidensbasert medisin?

Samfunnsperspektivet: Sikres god ressursutnyttelse og oppfylning av myndighetskrav?

#### 4. Lederskapsperspektiv/lederutfordringer

Ledelsen er til enhver tid ansvarlig for tilrettelegging og styring av pasientarbeid, inkludert kvalitetsarbeid. Endringsprosjektet må helst initieres, og i alle fall sterkt støttes, av leder for å kunne gjennomføres og lykkes. En viktig lederutfordring vil være å prioritere ressurser til gjennomføring, monitorering og veldikehold av kvalitetsprosjekt i en ellers travel klinisk hverdag med strenge krav til produksjon og budsjettdisiplin. Det påligger også ledelsen å skape forståelse og kultur for viktigheten av kontinuerlig kvalitetsarbeid, og bidra til at dette blir en integrert del av virksomheten. Leder må velge ut en ansvarlig overlege og en prosjektgruppe til å drive prosjektet og sørge for avsatt tid, samt nødvendig merkantil hjelp og IT-støtte. I tillegg må leder sette klare mål og bidra aktivt i alle faser av kvalitetsarbeidet; kfr. Demings sirkel: Plan, Do, Study, Act. Videre vil kontinuerlig forbedringsarbeid med fokus på oppfølging over lang tid være avgjørende, og prosjektet bør med jevne mellomrom evalueres i ledergruppen.

#### 5. Analyse

Seksjonsoverlegen i Hudpoliklinikken har makt til å foreslå endringen og til å definere beste praksis ut fra dagens medisinske viten. Imidlertid vil gjennomføring av endringen kreve endringsvilje i organisasjonen, kfr. interessentanalysen. Videre vil kvaliteten på henvisningene fra fastleger og andre henvisende instanser være avgjørende. Nyinnførte «Dialogmeldinger» mellom sykehuset og fastlegene kan bli nyttige verktøy i innhenting av supplerende opplysninger knyttet til henvisningene. Opplysninger i henvisningen fra fastlege, sykehjemslege eller andre henvisende leger er avgjørende for god og rettferdig prioritering og gir primærlegen stor makt i denne delen av behandlingsskjeden. Det er iverksatt et samarbeidsprosjekt mellom fastleger representert ved praksiskonsulenter og spesialisthelsetjenesten for å forbedre henvisningene. Det er utarbeidet maler for henvisninger for å sikre at opplysninger som er nødvendig for god prioritering inngår, men på grunn av datatekniske utfordringer har endringene ikke blitt satt i verk. I tidsrommet 1/12/16-28/2/17 mottok Hudavdelingen 124 henvisninger med hudtumor som problemstilling. Av disse manglet 9 henvisninger opplysning om lokalisasjon av tumor, 67 manglet beskrivelse av tumorstørrelse og i kun 6 tilfeller var pasienten utredet med stansebiopsi før henvisning. Opplysning om bruk av antikoagulerende medisiner manglet i 32 henvisninger. Dette illustrerer henvisende leges nøkkelrolle som premissleverandør for prioritering. I etterkant av spesialistvurderingen er maktforholdet endret, og spesialisten må gi gode føringer for videre oppfølging og kontroll av pasienten

dersom dette skal delegeres til primærhelsetjenesten, noe som vil være ønskelig og faglig korrekt for et flertall av pasientene. Det er derfor viktig at også polikliniske epikriser struktureres og utvides med et avsnitt med retningslinjer for oppfølging, kontroll og om det eventuelt er indikasjon for ny henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Endringen bør være realisert slik at den kan implementeres når arbeidsplanene for høsten 2017 utarbeides, det vil si innen juni.

Omfanget av endringen vil oppfattes som begrenset for de fleste involverte, men innebærer endret arbeidsform for involverte leger og sykepleiere, og for sekretærer som planlegger timer.

Dagens kultur for samarbeid og fleksibilitet i arbeidsprosessene må bevares.

De berørte partene kan deles i tre grupper; pasientene med deres pårørende, henvisende leger/fastleger og ansatte i spesialisthelsetjenesten. Verdisynet vil være sammenfattende omkring målsetningen om best mulig helsetjeneste preget av høy faglig kvalitet, pasientens medbestemmelse og optimal utnytting av samfunnets samlede ressurser. Pasientgruppen domineres av eldre, dels multimorbide pasienter. Snittalder for pasienter henvist de tre siste måneder er ca. 74 år, og mange er avhengig av ledsager og/eller spesialtransport til konsultasjonen. Det er derfor viktig å planlegge utredning og behandling godt slik at antallet polikliniske besøk reduseres.

Kompetansen som foreligger er tilstrekkelig for å gjennomføre endringen. Endringen fører til at pasienter med mistenkt eller påvist NMSC får time på egne poliklinikkliker. Alle overleger i hudsykdommer innehar kompetanse til å håndtere problemstillingen, og vil kunne ha ansvar for NMSC-liste. Enkelte overleger har spisskompetanse på feltet og vil ha et særlig ansvar for metodeutvikling og utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer. Leger i spesialisering må også involveres i utredning og behandling av NMSC, og vil tidlig i utdanningsforløpet være med som hospitant, mens LIS senere i utdanningsløpet vil få ansvar for NMSC-lister under supervisjon. Det faktum at de fleste av avdelingens leger kan inngå i utredning og behandling av disse pasientene bidrar til at avdelingen kan håndtere det økte pasientvolumet med NMSC, og at risiko for flaskehals knyttet til ferie, fri og fravær for nøkkelpersoner reduseres. Det samme vil for en stor grad gjelde på sykepleiersiden, der alle sykepleiere i Hudpoliklinikken innehar kompetanse til å assistere ved utredning og behandling av pasientene, med unntak av PDT-kompetanse som innehas av et utvalg av sykepleiere. Dette utvalget må til enhver tid være stort nok til å forhindre flaskehalsproblematikk.

Endringen innebærer omorganisering innen dagens ramme, både når det gjelder budsjett og personellkapasitet.

I et tidrom på 3 mndr mottok Hudpoliklinikken totalt 1330 henvisninger og av disse utgjorde spørsmål om NMSC 124 (9 %). I tillegg kommer et stort antall pasienter som følges med regelmessige kontroller for denne problemstillingen. Et konservativt anslag er at 50 % av pasientene som henvises til Hudpoliklinikken og får påvist NMSC settes opp til minst én kontroll. Dette vil utfra tallene over innebære ca. 250 pasienter/år som settes opp til kontroll med 3-6 måneders mellomrom. Samlet sett innebærer dette at ca. 1000 konsultasjoner per år omhandler NMSC. Fordelt på 40 uker med full elektiv poliklinikkapasitet innebærer dette 25 konsultasjoner

per uke, inkludert PDT-kapasitet. Det vil derfor være behov for to hele poliklinikkdager, inkludert PDT, for å håndtere pasientstrømmen. Et resultat av prosjektet vil forhåpentligvis også være redusert antall polikliniske kontroller etter gjennomgått behandling for NMSC som følge av at gjeldende retningslinjer for kontroll i økende grad vil etterleves.

Endringen er forankret hos og støttet av Avdelingsdirektøren, og av de involverte leger, sykepleiere og merkantilt ansatte.

## 6. Framdriftsplan

Mål	Aktivitet	Ansvarlig	Tidrom	Kommentar
Mindre variasjon i ventetid	Lage arbeidsplan med egne NMSC-økter	Avd. dir + seksjonsoverlege	innen 1/6	
Diagnostikk og behandling	Oppdatere retningslinjer, informere om dem	seksjonsoverlege	innen 1/6	
Økt kvalitet på helsetjenesten	retningslinjer, god supervisjon	Avd. dir + seksjonsoverlege	innen 1/6	Lage plan for supervisjon av LIS
Bruker-medvirkning og pasientsikkerhet	Pasientinformasjon, Retningslinjer beste praksis, supervisjon	Avd. dir + alle overleger	kontinuerlig	
God kapasitetutnyttelse	Innkallingsbrev, sms-varsling, planlegge tiltak	Ledergruppe, kontorleder, prioriterende overlege		Se flytskjema (vedlegg)
Kvalitet på spesialistutdanningen	Planmessig hospitering og supervisjon	Avd. dir + seksjonsoverlege	innen 1/6	
Samhandling med primærhelsetjensten	Strukturert henvisning og epikrise med oppfølgingsplan	Avd. dir + seksjonsoverlege	innen 1/6	Utarbeide mal for strukturert epikrise. Følge opp henvisningsmal

## 7. Budsjett/nøkkeltall

Endringen innebærer omorganisering innenfor dagens budsjetttramme. I beste fall vil endringen frigjøre noe mer kapasitet til håndtering av nye pasienter. I så fall vil endringen kunne føre til inntektsstyrkning, men dette vil neppe være av betydelig omfang.

## 8. Sammendrag/anbefaling

Det anbefales at Hudavdelingen innfører nytt pasientforløp for pasienter med NMSC, der både nyhenviste pasienter og kontrollpasienter følges opp på egne poliklinikkdager. Alle nyhenviste pasienter bør få time innenfor myndighetsstyrte anbefalinger (innen 60 dager).

Det anbefales at alle avdelingens overleger inngår i håndtering av pasientene, og at leger i spesialisering får systematisk opplæring med mål om selvstendig å kunne diagostisere, vurdere og behandle pasienter med NMSC i tråd med beste praksis.

Det anbefales at det settes av to hele poliklinikkdager per uke med til sammen 24-25 pasienttimer, inkludert kapasitet for PDT. Det må være knyttet øremerket sykepleierressurs til alle NMSC-dager.

Det må arbeides aktivt med samhandlingstiltak for å bedre kvaliteten på henvisninger. Likeledes må polikliniske epikriser standardiseres og bli målrettede verktøy også for den videre oppfølging av pasienten utenfor sykehus.