

Kontaktsjuksköterska nationell nivåstrukturering

Nationella arbetsgruppen för kontaktsjuksköterskor har valt att besöka nationella centra för peniscancer. Skånes universitetssjukhus (SUS) och Örebro universitetssjukhus är två nationella centra som tar emot patienter med peniscancer som ska genomgå kirurgi. Här nedan presenteras erfarenheter och förslag på förbättringar från kontaktsjuksköterskorna som arbetar med patientgruppen.

Aktiv överlämning av patient

Överlämning från kontaktsjuksköterskor på regional nivå är bristfällig, oftast saknas kontaktsjuksköterska helt. Enligt kontaktsjuksköterskorna skiljer sig förberedelserna åt beroende var patienten kommer ifrån. Patienter som kommer från något av de regionala centra ska vara informerade och förberedda inför operation samt eventuella prover, punktioner och undersökningar enligt planering ska vara utförda. Om underlag saknas försöker verksamheten i möjligaste mån få igenom undersökningar mm under samma dag vilket kan bli stressigt för patienten, speciellt om de har haft en lång väg att åka.

MDK

Vid den nationella MDK deltar flertalet yrkeskategorier som urolog, kontaktsjuksköterska, patolog, onkolog, hudläkare, kurator, sjukgymnast med flera. Sjukhusen (Malmö eller Örebro) delar på ordförandeskapet vid konferenserna och de regionala centra – Sahlgrenska sjukhuset, Södersjukhuset, Linköpings universitetssjukhus och Norrlands universitetssjukhus deltar. Även mindre sjukhus som har remitterat patienter kan delta men det förekommer nästan aldrig. En gång i månaden deltar även universitetssjukhus från London och Amsterdam för ett internationellt utbyte. Under konferensen diskuteras utredning av patienter, behandlingsregimer, inkludering av patienter i studier mm. Vid MDK diskuteras omvårdnad mycket sällan då det inte finns något underlag från den klinik som har remitterat patienten. Kontaktsjuksköterska från regionala enhet deltar mycket sällan eller aldrig vid MDK.

Informationsutbyte

Inkommande remisser till kliniken på SUS har en skiftande kvalitet på innehåll, från komplett remiss till undermålig remiss vilket försvårar arbetet för teamet att planera och förbereda för patienten. Vanligtvis faxas information till mottagningen från andra vårdgivare. Efter operationen faxas omvårdnadsepikris från Örebro till primärvården i hemlandstinget för handläggning av sår och drän.

Postoperativ handläggning

När patienten är opererad är det kontaktsjuksköterskan på vårdavdelningen som överlämnar patienten till annat sjukhus/vårdgivare. Kontaktsjuksköterskan ringer alltid till mottagande vårdgivare och till de flesta regionala centra fungerar det bra. Kontakten underlättas t.ex. om teamen har träffats vid nationella möten. Kontaktsjuksköterskan får lägga mycket tid på att söka efter kontaktuppgifter till andra vårdenheter runt om i landet. Oftast får journalkopior som epikris från läkare och sjuksköterska, ordination för omläggning mm faxas till den vårdgivare som ska ta över patienten. Kontaktsjuksköterska saknas på vissa enheter vilket försvårar arbetet med aktiv överlämningen. Flertalet patienter som tillhör SUS kommer postoperativt till mottagningen för omläggningar och en del patienter reser långt för sin behandling/omläggning. Flertalet omläggningar är omfattande och oftast dokumenteras sår och omläggningar med foto för att på så sätt kunna följa förloppet med läkning.

Kontaktsjuksköterskan har kontakt med patienten från operation fram till återbesök i hemlandstinget som sker 3 – 6 månader efter operationen. Om patienten under denna tid får komplikationer ringer patienten till kontaktsjuksköterskan i Örebro som då ska kontakta ansvarig läkare/kontaktsjuksköterska (om sådan finns) i hemlandstinget för att ordna att patienten blir omhändertagen.

Nationell "Min vårdplan"

Kontaktsjuksköterskorna från Malmö och Örebro har under året arbetat med att ta fram en nationell "Min vårdplan" som innehåller kontaktuppgifter, patientinformation och vårdplan. Även information om vilket stöd som kan erbjudas på det nationella centrat finns med. Tanken är att vårdplanen kan delas ut på den enhet som informerar och remitterar patienten vidare till ett nationellt centra eller så får patienten informationen vid ankomst till Malmö eller Örebro. Målet är att vårdplanen ska förbättra överlämningarna av patienter till nationell centra och att patientens behov lyfts och en rehabiliteringsplan kan starta redan vid diagnos.

Omvårdnad

Förslag finns att teamen från Örebro och Malmö en gång i månaden har videomöte för att diskutera omvårdnad vid peniscancer.

Förslag från gruppen om pilotprojekt – information till andra urologiska vårdenheter om behandling av patienter med peniscancer för att säkerställa att patienterna får samma information oavsett var i landet patienter kommer ifrån:

- sjukdom
- pre och postoperativ information
- behandlingsrekommendationer
- omlägningsrutiner
- nationell "Min vårdplan"

Utökad kompetens för att förebygga lymfödem både inom enheten och andra vårdenheter.

Resor till och från nationella centra

Kontaktsjuksköterskorna både på SUS och Örebro universitetssjukhus lägger ner mycket tid med att söka information om rutiner för sjukresor då dessa är olika för olika landsting. Hemlandstinget ansvarar för att boka resa till nationellt centra med det är det den opererande enheten som bokar hemresan efter operationen. Inte sällan händer det att de inte kan boka resa då specialistvårdsremiss saknas, eller annat intyg som krävs i vissa landsting. I dessa fall får patienten själv bekosta resan hem. En bokad tågbiljett kan ju även behöva bokas om till taxi, om patienten inte mår så bra efter operation.

Lärdomar och förslag till förbättring generellt

- En samlad lista med kontaktuppgifter till urologiska vårdenheter inom Sverige – kontaktsjuksköterska, läkare, sjukgymnast, sexolog med flera. Information och kontaktuppgifter - vem som är ansvarig på hemsjukhuset och primärvård. Tydligt utsedd kontaktperson om kontaktsjuksköterska saknas
- När patienten remitteras till ett nationellt centra ska insamlad data från provtagning och undersökningar medfölja samt kontaktuppgifter till överlämnande vårdenhet och andra viktiga kontakter. Checklista/mall för vad som ska följa med patienten.
- Vid MDK ökat utrymme för att ta upp omvårdnadsbehov. En mall borde finnas för vilken information som ska vara tillgänglig vid MDK och då inte bara omfatta medicinska aspekter som radiologi och patologi, utan även omvårdnadsaspekter utifrån patientens behov. Kontaktsjuksköterska eller annan bör delta från regional enhet för att informera om patientens psykosociala situation och omvårdnads behov som kan vara avgörande för det planerade kirurgiska ingreppet.
- Nationell "Min vårdplan" som innehåller kontaktuppgifter, patientinformation och vårdplan där även information om vilket stöd som kan erbjudas på det nationella centrat finns med. Vårdplanen kan delas ut på den enhet som informerar och remitterar patienten vidare till ett nationellt centra eller så får patienten informationen vid ankomst. Vårdplanen ska förbättra överlämningarna av patienter till nationellt centra och att patientens behov lyfts och en rehabiliteringsplan kan starta redan vid diagnos. Nationell information om sjukdom, pre och postoperativ information, behandlingsrekommendationer och t.ex. omlägningsrutiner.
- Kontaktsjuksköterska på nationellt center bör ta kontakt med patient direkt när remiss kommer och skicka information per brev (om patient inte fått den via kontaktsjuksköterska på hemsjukhuset).
- Önskemål om ett nationellt resecentra som kan hantera information, beställning och samordning av sjukresor, kvitton från resor mm. Sammanställning av vilka regler som gäller för sjukresor i olika landsting och kontaktpersoner borde sammanställas och finnas tillgängliga för alla enheter. Örimligt att alla nya enheter ska göra samma jobb. Ansvarig person för denna sammanställning borde finnas på nationell nivå.

- System som kan hantera överföring av journaldata, bilder mm för att slippa använda fax.
- Viktigt att teamet upprätthåller kompetens enligt avtal/uppdrag för nationell nivåstrukturering.
- Vid planering av nationell nivåstrukturering för en diagnos bör team planera, diskutera och arbeta ihop för att prova på och utvärdera arbetet kontinuerligt.
- Förslag om RCC kan bidra med information och spridning av lärdomar och förslag på förbättringar till andra team som ska påbörja arbetet med nationell nivåstrukturering.