

Granskning av Jämlik cancervård – professionernas styrning

Dnr: Rev 14-2016

Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 14 december 2016



**Följebrev, Fördjupad granskning
av jämlik cancervård – professionernas
styrning**

Datum 2016-12-14

Diarienummer REV 14-2016

**Västra Götalandsregionen
Revisionsenheten**

Handläggare: Marianne Förars

Telefon: 070 887 56 61

E-post: marianne.forars@vgregion.se

Till Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning

Revisorskollegiet har genomfört en granskning av cancervården. Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer. Att nämnder och styrelser styr mot följsamhet till vårdprogram och effektiv organisation med korta ledtider utgör grund för bästa möjliga vård och god hushållning med resurser.

Väl utvecklad övergripande styrning. Granskningen visar en väl utvecklad övergripande styrning men pekar också ut allvarliga kapacitetsbrister och oklart ansvar vid desamma. Professionsstyrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god. Standardiserade vårdförlopp har lett till avsevärda förbättringar. De undanträngningseffekter som uppstått beror av kapacitetsproblem och är inte en konsekvens av standardiserade vårdförlopp

Oklart ansvar vid kapacitetsbrister. En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblem, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblem som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd.

Avsevärda förbättringar men allvarliga kapacitetsproblem centralt. På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor. Brister där kan leda till konkurrens mellan och undanträngning vid vissa cancerpatienter.

Generellt tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade grupper

Granskningen visar även att patienter som söker för besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna. Detta tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

Förslag till beslut

Revisorskollegiet beslutar att godkänna rapporten och överlämna den till berörda nämnder och styrelser följt av följande rekommendationer:

1. Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifierade brister i cancervården.
2. Primärvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att säkerställa att primärvårdens läkare SVF-märker alla patienter med misstanke om cancer. Annars riskerar patienter med cancer bli lågt prioriterade med långa väntetider som följd och därmed få vård för sent.
3. Utförarstyrelsen för SU rekommenderas vidta åtgärder för att lösa den bristande tillgängligheten till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt för avancerade urinblåseoperationer (cystectomi).
4. Utförarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.
5. Utförarstyrelsen vid SÄS rekommenderas vidta åtgärder för att säkerställa att alla cancerpatienter får en namngiven kontaktsjuksköterska.
6. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att analysera orsakerna till att blåscanceroperationer vid sjukhusen genomförs på olika sätt, polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer. Regionen bör kunna svara på frågan om detta är förenligt med kravet på likvärdig vård eller ej.

Genomförande av beslut

Rekommendationerna riktar sig till samtliga nämnder och styrelser som diagnosticerar, vårdar och behandlar cancersjuka. Granskade nämnder och styrelser förväntas vidta initiativ, åtgärder och beslut med anledning av rekommendationerna. Likaså vill revisorskollegiet få information om hur berörda nämnder och styrelser kommer att följa upp och rapportera effekterna av åtgärder och beslut. Övriga nämnder och styrelser uppmanas ta del av rekommendationerna samt vid identifierade brister vidta erforderliga åtgärder.

För revisorskollegiet

Birgitta Eriksson
Ordförande

Ulf Sjösten
Vice ordförande

För kännedom:

Regionfullmäktiges presidium

Regionstyrelsen

Samtliga politiska sekreterare

Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Ann-Sofi Lodin, regiondirektör

Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör

Joakim Björck, ekonomidirektör

Eva Arrdal, direktör koncernstab utförarstyrning och utförarsamordning

Marina Olsson, personaldirektör

Boris Ståhl, koncernstab intern utveckling och utredning

Rolf Ottosson, avdelningschef verksamhetsuppföljning ekonomi och inköp

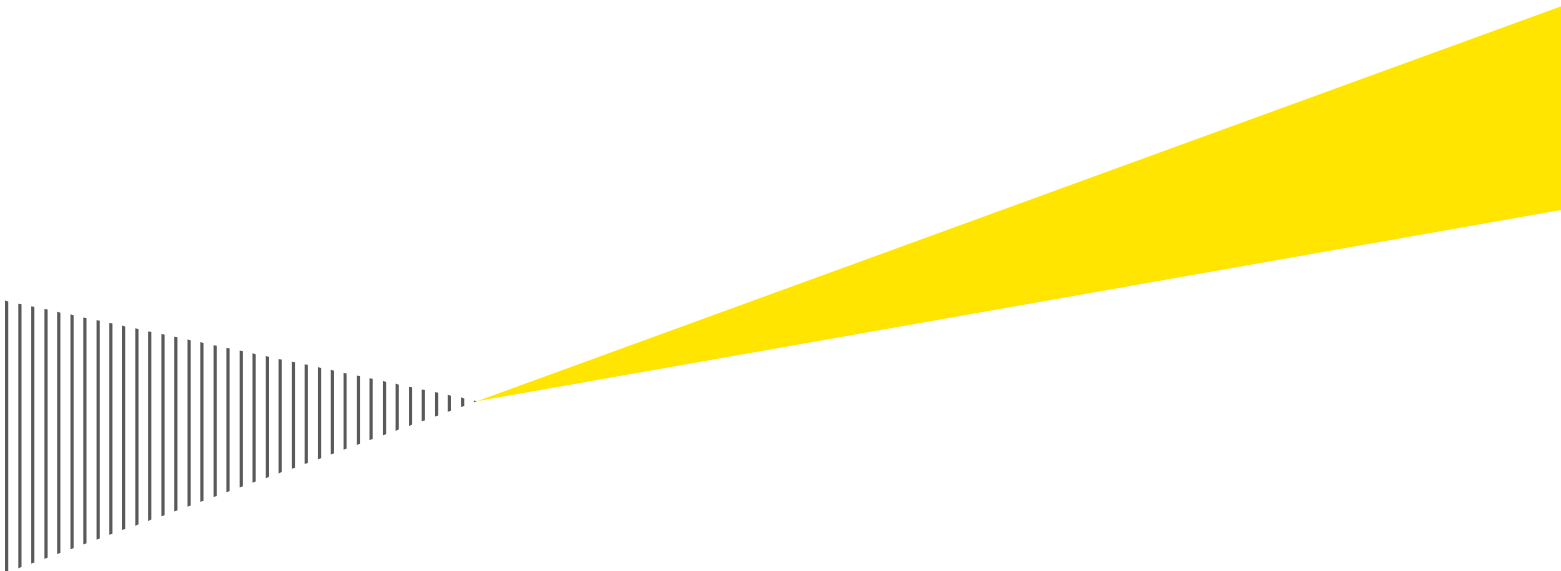
Johan Flarup, avdelningschef koncernavdelning ärendesamordning och kansli

Elisabet Ericsson, koncernavdelning ärendesamordning och kansli

Västra Götalandsregionen

Granskning av cancervården

Jämlik cancervård – professionernas styrning



Innehåll

Innehåll	2
Sammanfattning	4
1 Inledning	1
Bakgrund	1
1.1 Syfte.....	1
1.2 Avgränsningar	2
1.3 Ansvarig styrelse/nämnd.....	2
1.4 Revisionskriterier	2
1.5 Metod.....	3
2 Organisation och styrning av cancervården	4
2.1 Politik, profession och förvaltning	4
2.2 Organisatoriskt sammanhang för cancervården	5
2.2.1 <i>Den politiska organisationen och regionledningen</i>	5
2.2.2 Styrning och uppföljning på politisk nivå.....	6
2.2.3 <i>Utförarstyrelserna</i>	8
2.3 Professionsstyrning.....	9
2.3.1 <i>Kunskapsstyrning</i>	9
2.3.2 <i>RCC Väst</i>	10
2.3.3 <i>Riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp</i>	11
2.3.4 <i>Ansvarsroller i vårdprocessen</i>	12
3 Vårdprocessen blåscancer	14
3.1 Kort om blåscancer och de aktuella klinikerna.....	14
3.2 Information och stöd till verksamheten	15
3.3 Vårdförloppet	15
3.4 Kompetensförsörjning	16
4 Vårdprocessen – lungcancer	17
4.1 Kort om lungcancer och de aktuella klinikerna	17
4.2 Vårdförloppet	18
4.2.1 <i>Förändringar i och med SVF och flaskhalsar</i>	19
4.3 Kompetensförsörjning	20
5 Primärvården	22
5.1 Information och stöd	22

5.2	Implementering	22
6	Slutsatser och bedömningar.....	23
6.1	Svar på revisionsfrågorna	23
6.2	Sammanfattande bedömning och rekommendationer	24
Bilaga 1	Intervjuade funktioner.....	26

Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av cancervården. Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer.

Den övergripande styrningen av cancervården bedöms vara väl utvecklad i ett flertal avseenden. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har via Regionalt cancercentrum (RCCVäst) utvecklat en roll- och uppföljningsstruktur som gör att regionen kommer att ha en god överblick över cancervårdens kvalitet och kapacitet. Professionsstyrningen, d.v.s. den medicinska styrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. I de fall cancervården brister eller kommer att uppvisa brister så kommer det att bli synligt i den struktur som byggts upp. Det gäller även behov av eventuella förändringar i utbudsstrukturen. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god.

En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblemm, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblemm som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd vilket gör att Hälso- och sjukvårdsstyrelsens personalutskott därmed har ett ansvar.

En annan bedömning som gäller den politiska styrningen avser de olika hälso- och sjukvårdsstyrelserna. De prioriterade mål som respektive nämnd formulerat ser olika ut. Det är dock svårt att se att målens olikheter grundas på skilda demografiska, geografiska eller utbudsmässiga skillnader vilket i så fall skulle kunna motivera olikheter. Målen är generellt formulerade varför de borde vara desamma för de olika delarna av regionen för att styra mot jämlik vård.

På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor. Brister där kan leda till konkurrens mellan och undanträngning av vissa cancerpatienter.

Granskningen visar även att patienter som söker besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna. Detta är inget problem om klinikerna har god tillgänglighet vilket inte alltid är fallet. Detta tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifiera brister i cancervården.
- ▶ Primärvårdsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att säkerställa att primärvårdens läkare SVF-märker alla patienter med misstanke om cancer. Annars riskerar patienter med cancer bli lågt prioriterade med långa väntetider som följd och därmed få vård för sent.
- ▶ Utförarstyrelsen för SU rekommenderas vidta åtgärder för att lösa den bristande tillgängligheten till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt för avancerade urinblåseoperationer (cystectomi).

- ▶ Utförelsestyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.
- ▶ Utförelsestyrelsen vid SÄS rekommenderas vidta åtgärder för att säkerställa att alla cancerpatienter får en namngiven kontaktsjuksköterska.
- ▶ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att analysera orsakerna till att blåscanceroperationer vid sjukhusen genomförs på olika sätt, polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer. Regionen bör kunna svara på frågan om detta är förenligt med kravet på likvärdig vård eller ej.

En sammanställning av svaren på revisionsfrågorna återfinns på sidan 23.

1 Inledning

Bakgrund

Cancersjukvården är en komplex och omfattande verksamhet med flera vårdgivare med olika lokalisering och styrning. Vården kräver specialiserad kunskap, individuell anpassning och tillika följsamhet till fastställda medicinska riktlinjer och vårdprogram. Bristande följsamhet till riktlinjer och långa ledtider medför ineffektivitet och sämre utfall för patienterna. Det kan både handla om stort lidande under väntan på vård och om högre dödlighet.

Cancervården är inte alltid jämlik. Utvärderingar visar att det finns stora nationella skillnader. Likaså visar jämförelser på inomregionala skillnader. Dessa skillnader kan bero av skillnader i population men också av skillnader i organisation, vårdgivarnas handlande och vårdens utförande. Att nämnder och styrelser styr mot följsamhet till vårdprogram och effektiv organisation med korta ledtider utgör grund för bästa möjliga vård och god hushållning med resurser.

Styrningen kan beskrivas i tre dimensioner: Nämndens styrning utifrån hur den beskrivs i kommunallagen 6:7, organisatorisk styrning och professionsstyrning. Uppdraget för nämnderna är att var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt enligt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Med organisatorisk styrning avses allokering av resurser, organisering av resurser, kompetensförsörjning och uppföljning. Med professionsstyrning avses de legitimerade yrkesgruppernas styrning via kunskapsstyrning och processutformning. Professionsstyrningen styr innehållet i vården.

Västra Götalandsregionens revisorer har i en förstudie identifierat riskområden inom cancervården. Revisorskollegiet har 2015 beslutat om granskning av cancervården i flera steg. Psykosocialt stöd till cancerpatienter har granskats under 2015. Granskningens resultat redovisades i rapport Jämlik cancervård – psykosocialt stöd, genomförd av EY.

Denna andra granskning berör ett annat av revisorerna identifierade riskområden; verksamhetens eller professionernas styrning mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer.

En tredje granskning planeras av förändringsprocessen mot effektiv vård och ändamålsenlig vårdorganisation för cancerpatienten. Den kommer delvis baseras på iakttagelser i de två första delgranskningarna.

1.1 Syfte

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer.

Följande revisionsfrågor besvaras:

- Har styrelsen utformat en ändamålsenlig styrning och uppföljning för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer i urinvägarna och lungcancer efterlevs?
- Svarar vården för de utvalda cancerformerna upp mot kraven i de standardiserade vårdförloppen/vårdprogram/riktlinjer?

- Har införandet av de standardiserade vårdförloppen haft inverkan på vården av övriga cancerpatienter eller annan vård?
- Sker den lokala implementeringen av de standardiserade vårdförloppen på ett ändamålsenligt sätt?
- Sker uppföljning på lokal nivå som stödjer regionuppdraget?
- Sker uppföljning på regional nivå som stödjer regionuppdraget?

1.2 Avgränsningar

Granskningen avgränsas till vårdkedjan (vårdprocessen) för cancer i urinvägarna och lungcancer. Geografisk avgränsning görs till NU-sjukvården och geografiska området runt NU-sjukvården och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och området runt SÄS samt till Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) samt delar av geografiska området runt SU.

Med jämlik vård avses i denna granskning vård på lika villkor oberoende av geografi och vårdgivare. Med jämlik vård avses också att den ska vara på lika villkor oberoende av kön, utbildning, ålder, födelseland, socioekonomi och psykisk sjukdom. Med lika villkor avses att patienter med samma sjukdom och vårdbehov ska behandlas likvärdigt utifrån varje individs unika förutsättningar. För mer information om vad som avses med jämlik vård hänvisas till exempelvis Vårdanalys rapport *"En mer jämlik vård är möjlig"*¹.

1.3 Ansvarig styrelse/nämnd

Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

1.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Kommunallagen 6 kap 7 §
- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 (god vård på lika villkor, delaktighet)
- Patientlag (2014:821)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOFS 2011:9 (ansvar)
- Regionfullmäktiges mål och uppdrag i budget 2016
- Handlingsplan för införande av standardiserade vårdförlopp 2015, Dnr HS 87-2015
- Regional utvecklingsplan för cancervården i västra sjukvårdsregionen 2015 och framåt., Dnr HS-166-2015
- Lungcancer - Beskrivning av standardiserat vårdförlopp Regionala cancercentrum i samverkan dec 2015
- Lungcancer – nationellt vårdprogram Regionala cancercentrum i samverkan mars 2015
- Cancer i urinvägarna – Beskrivning av standardiserat vårdförlopp, Regionala cancercentrum i samverkan 2015

¹ En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Vårdanalys, Rapport 2014:7.

- Nationellt vårdprogram för cancer i urinblåsa, urinledare, urinrör och njurbäcken
Regionala cancercentrum i samverkan augusti 2015
- Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna - Beskrivning av standardiserat vårdförlopp
Regionala cancercentrum i samverkan december 2015

1.5 Metod

Granskningen baseras på dokumentanalys och intervjuer. I bilaga 1 framgår vilka funktioner som intervjuats. De dokument som granskats är handlingsplaner, riktlinjer, protokoll, verksamhetsplaner och uppföljningar. Vilka dokument framgår i texten i rapporten.

2 Organisation och styrning av cancervården

2.1 Politik, profession och förvaltning

Cancervårdens innehåll i Sverige styrs på olika nivåer. På nationell nivå finns den nationella cancerstrategin och riktlinjer för cancervården som Socialstyrelsen utfärdat. På regional nivå finns regionala cancercentrum (RCC). De vårdprogram och standardiserade vårdförlopp som de regionala cancercentrerna fastställt i samverkan är viktiga inslag i styrningen av cancervården.

Mot bakgrund av att den nationella styrningen är väl utvecklad sker det lokalt begränsade kompletteringar av de nationella direktiven samt de som ges från RCC till verksamheterna. Direktiven på landstings/regionnivå handlar framförallt om resursfördelning och beslut om var och vilken vård som ska ges. I verksamheterna utformas vården utifrån de lokala förutsättningarna och de nationella riktlinjerna.

När begreppet professionsstyrning används sätts det ofta i en kontext och relateras till politik och förvaltning. Relationen mellan politik, förvaltning och profession är central och den senare villkoras delvis av och definieras i förhållande till förvaltning och politik.



Hälso- och sjukvård är i jämförelse med många andra verksamheter i hög grad styrd via kunskap och i mindre grad via politik och organisation. Professionen utgörs av legitimerade yrkesgrupper som definierar de problem som ska lösas och beslutar om adekvata åtgärder. Professionen har en ganska stor autonomi och får därmed stor påverkan på politik och förvaltning, både formellt och informellt.

Tjänstemän i regionledningen och politiker har begränsat inflytande över den medicinska professionsutövningen. Den politiska styrningen skapar dock förutsättningar för professionsstyrningen genom att bl.a. fördela resurser till olika verksamheter.

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården innebär att de tre sfärerna i stora delar integreras. Vårdförloppen är framtagna av professionen men i högsta

grad sanktionerade och beslutade av politiken. Införandet påverkar även förvaltningen då cancervården får en tydligare prioritering än tidigare och frågor om var olika delar av vården ska äga rum för bästa kvalitet och resursutnyttjande blir förvaltningens huvudbry. Det är dessutom så att SVF har fokus på ledtider vilket är begripliga och mätbara mål och som därför får genomslagskraft i alla tre sfärer.

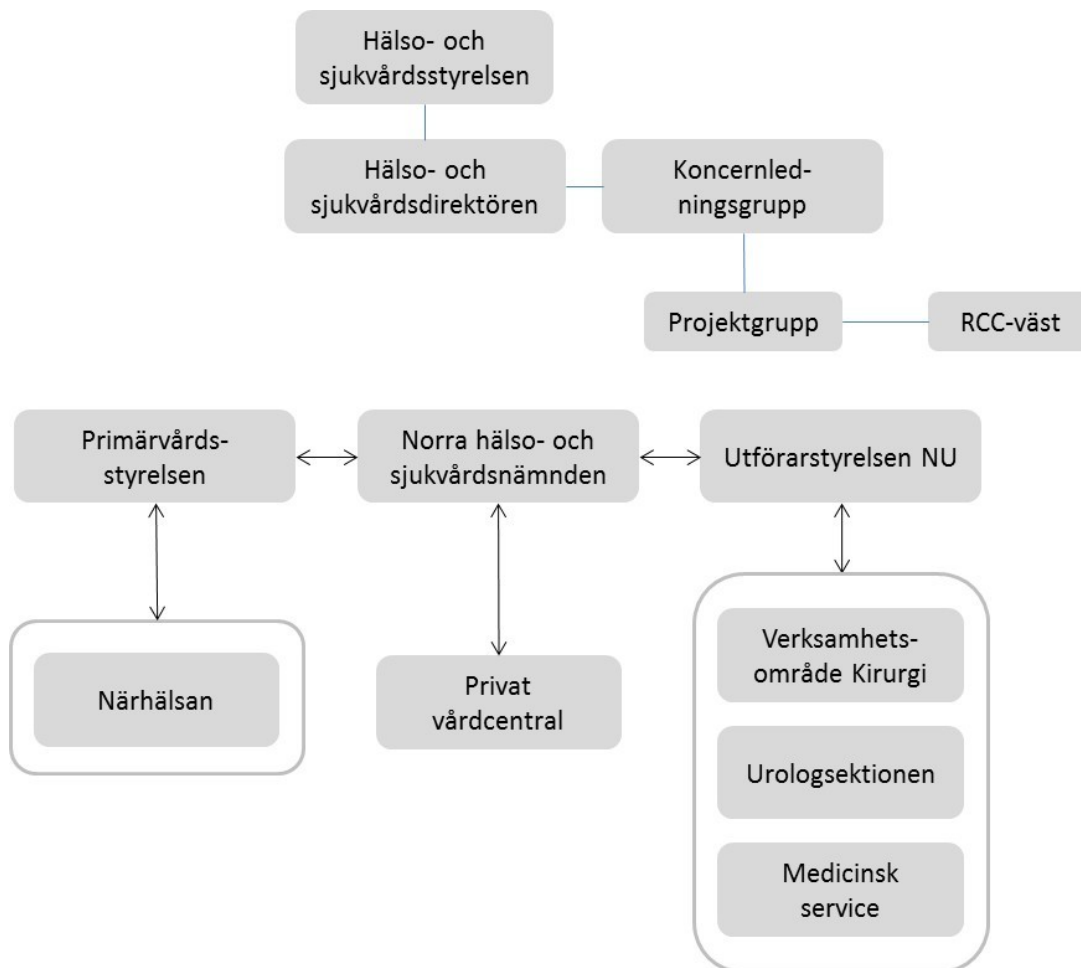
Denna granskning handlar om styrningen mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer. I detta avsnitt behandlas politiska fastställda styrdokument som har relevans för granskningen samt förvaltningens styrning.

2.2 Organisatoriskt sammanhang för cancervården

I detta avsnitt beskrivs kortfattat organisationen inom SU, SÄS och NU för de båda diagnosgrupperna.

2.2.1 Den politiska organisationen och regionledningen

Det finns stora likheter mellan de granskade enheterna och dess organisering av vården för diagnosgrupperna. De sorterar under den gemensamma regionledningsnivån och får sina uppdrag av nämnder och lyder under en utförarstyrelse. Vi har valt att illustrera det organisatoriska sammanhanget med exemplet cancer i urinvägarna inom NU-sjukvården genom nedanstående bild.



Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) är enligt reglementet det ledande hälso- och sjukvårdsorganet. HSS ska verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen i Västra Götaland. Styrelsen ska i sin roll som systemägare säkerställa att invånarnas behov av hälso- och sjukvård samt möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt i hela Västra Götaland.

I styrelsens arbete ingår bland annat att besluta om medicinska riktlinjer och prioriteringar i vården samt att följa upp vårdbehov, vårdkonsumtion och vårdens kvalitet. Hälso- och sjukvårdsdirektören är den högste ansvariga tjänstemannen och rapporterar till hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS).

Avseende cancervården har HSS hjälp av RCC Väst. För att cancervården ska kunna belysas på lämplig detaljnivå finns sedan flera år en projektgrupp som är ett slags beredande organ. Den rapporterar resultat till hälso- och sjukvårdsdirektören och koncernledningsgruppen samt bereder frågor som kräver beslut i linjeorganisationen. Oftast är det hälso- och sjukvårdsdirektören som rapporterar till både koncernledningsgruppen och HSS.

RCC Väst har uppdraget att vara ett nav i professionsstyrningen som beskrivs nedan. Hälso- och sjukvårdsdirektören beskriver vid intervju att RCC, koncernledningsgruppen och hälso- och sjukvårdsstaben har ett ansvar att övervaka utvecklingen av cancervården.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) har enligt reglementet ett befolkningsansvar inom sitt geografiska område. HSN ska verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen inom sitt område. De ska genom överenskommelser och avtal säkerställa att befolkningen har tillgång till bl.a. primärvård och sjukhusvård. De följer upp vårdgivarnas verksamhet och rapporterar till HSS.

Utförarstyrelserna och dess förvaltningsorganisation har ansvaret att leverera den sjukvård som definieras i vårdöverenskommelserna med hälso- och sjukvårdsnämnderna. Styrelserna svarar för drift, förvaltning och utveckling av sjukhus, primärvård, tandvård och handikappverksamhet. De ansvarar för att vården bedrivs med professionell kompetens. I detta ligger, enligt reglementet, i första hand att säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten.

2.2.2 Styrning och uppföljning på politisk nivå

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

I styrelsens budget 2016 behandlas RCC Väst, hädanefter benämnt RCC. Under 2016 ska RCC särskilt arbeta med stöd till förvaltningarna för införande av de 10 standardiserade vårdförlopp (SVF) som fastställts nationellt under hösten 2015 och fortsatt stöd ska ges i implementeringen av de fem SVF som införts tidigare under år 2015.

Stödet innefattar; diskussioner i projektgrupper, handlingsplan, fördelning av stimulansmedel för införandet och rapportering till Socialdepartementet, utvecklingsorienterade lärandeseminarier för berörda medarbetare, utbildningar för koordinatorena och registrering i administrativa system (se vidare under rubriken Professionsstyrning).

Jämte den ekonomiska uppföljningen återrapporteras delegationsbeslut avseende regionala riktlinjer. I juni fick styrelsen information om att hälso- och sjukvårdsdirektören beslutat om medicinsk riktlinje för lungcancer. I delårsrapporten per sista mars behandlas det stöd RCC ger i arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp i enlighet med fastställd handlingsplan. En mer samlad uppföljning ska göras per sista november 2016.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Cancerpatienter uppmärksammas i de tre granskade nämndernas mål och inriktningsdokument. Att vården ska vara jämlik behandlas i samtliga styrdokument.

Ett av **Södra hälso- och sjukvårdsnämndens** övergripande mål är en jämlik- och jämställd hälso- och sjukvård och tandvård som kännetecknas av hälsofrämjande synsätt, hög tillgänglighet och god kvalitet som ges inom givna resurser och på lika villkor. Personer med cancer är en av fyra prioriterade befolkningsgrupper. För denna grupp finns tre mål med tillhörande framgångsfaktorer:

1. Minskning av antal personer som insjuknar i cancer
 - Hälsofrämjande och förebyggande insatser med fokus på levnadsvanor
 - Följsamhet till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
 - Ökat deltagande i screening
 - Utförarstyrelserna (De berörda)
2. Personer med cancer erbjuds en kunskapsbaserad vård och behandling med hög kvalitet som är tillgänglig i enlighet regionens fastställda garantitider
 - Tidig diagnostik och behandling med högsta kvalitet
 - Följsamhet till regional cancerstrategi med fokus på fastställda garantitider
 - Följsamhet till regionala vårdprogram
 - Öppen retur
 - Utveckla sammanhållna vårdprocesser
 - Råd, stöd och information till barn som är närstående
3. Vid livets slutskede erbjuds personer med cancer vård och behandling som hjälper individen att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att främja välbefinnande och ge god symtomlindring
 - Följsamhet till vårdprogram för den palliativa vården
 - Sjukhusens anslutning till palliativregistret samt systematisk uppföljning av resultat för att säkerställa kvaliteten i palliativ vård

I mål och inriktning 2016 för **Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd** finns flera mål som berör de två diagnosgrupper som denna granskning avser. Ett prioriterat mål är att livslängden ska öka för alla, speciellt för de grupper som har den kortaste livslängden och cancerpatienter är ett fokusområde. Det ska tillses att cancerbehandling sätts in omedelbart efter diagnos och kompetenscentrum för smärta ska stödja primärvården. I nämndens budget framgår att tiden från diagnos till behandling för cancer ska sänkas.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har som ett av flera prioriterade mål att invånarnas behov ska vara styrande för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges. Personer med cancersjukdom är ett fokusområde till vilket följande aktiviteter hör:

- Genomföra snabb utredning för en tidig diagnos
- Tidigt identifiera hälsorisker
- Korta ledtiderna, till max 14 dagar, vid utredning samt snabb behandlingsstart efter diagnos
- Samverkan mellan sjukhusen för att öka tillgängligheten till exempel över sommaren
- Genomföra multidisciplinära terapikonferenser och fastställda vårdplaner
- Erbjuder kontaktsköterska

- Ta tillvara patienternas uppfattningar om vården
- Följa handlingsplanen för palliativ vård och vara anslutna till och registrera i nationella kvalitetsregistret identifiera hälsorisker

Nämnderna tar i sina budgetar upp att det sker förändringar av cancervården i enlighet med regionens produktionsstyrning där behandling av vissa diagnoser koncentreras till vissa enheter och därmed överförs prestationsersättningarna till dem. Detta är dock inte aktuellt för de två diagnoserna som granskas.

En granskning av nämndernas handlingar och protokoll visar att de följer upp väntetider vid väl grundad misstanke om cancer vilka bl.a. behandlas i beställarboksluten. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden behandlar summariskt införandet av SVF i delårsbokslut per sista mars. Enligt uppgift behandlas samtliga mål i rapporteringen vid årets slut.

2.2.3 Utförarstyrelserna

I NU-sjukvårdens budget finns inget specifikt som rör cancervården. I Sahlgrenska Universitetssjukhusets (SU) budget framgår att sjukhuset i sin vårdöverenskommelse fått förändrad finansiering för ett antal särskilda uppdrag som rör bl.a. cancer. I budgeten för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) framgår att sjukhuset tecknat tilläggsöverenskommelser till följd av att sjukhuset övertagit behandlingen av vissa cancerdiagnoser från Alingsås sjukhus, dock ingen av de som denna granskning avser. Budgeten för läkemedel har förstärkts, bl.a. till följd av volymökningar inom cancervården.

Vid de granskade sjukhusen rapporteras statistik månatligen till sjukhusledningarna. Här följer exempel på rapporterade uppgifter avseende urologi vid SÄS:

Remissinflöde bokningsorsak CYSTO (Borås)



Härutöver rapporteras:

- SVF och förloppet i dagar kopplat till måltal
- Väntande till första besök i dagar kopplat till måltal
- Väntande till efterföljande besök kopplat till måltal

- Remissinflöde, interna och externa

Uppgifterna behandlas i avvikelserapporter som går till styrelserna.

Av intervjuerna framgår att de frågor som sjukhusledningen på SU uppmärksammat och fått information om är:

- Tillsättandet av koordinator
- Förbokade röntgentider
- Att patienterna kommer igenom förloppet på stipulerad tid i SVF

En granskning av styrelsernas handlingar och protokoll visar att de under året fått information om införandet av standardiserade vårdförlopp. I patientsäkerhetsberättelserna kommenteras samarbetet med RCC samt införandet av värdebaserad vård för cancerdiagnoser. I delårsbokslut kommenteras införandet av SVF.

Den medicinska uppföljningen utgörs av registrering i blåregister respektive lungcancerregister. Det senare beskrivs som tidskrävande och måste utföras av läkare. Det innebär att det på vissa enheter utförs på fritiden då det inte finns utrymme under arbetstid. Resultat i kvalitetsregister följs upp av RCC men rapporteras inte i linjen. Informationen uppges dock vara tillgänglig för utförarstyrelserna. Det förekommer bland de granskade enheterna att det är kontaktsköterskorna som registrerar de uppgifter som ska in i kvalitetsregistret på uppdrag av läkarna.

Den politiska organisationen fokuserar på ledtider och väntetider i sin uppföljning, enligt intervjuade. Intresset från ledningarna uppges oftare vara på andra parametrar än medicinska resultat, t ex. trycksår och fall. Detta anses inte oviktigt men ger ingen information om huruvida patienterna blir friska. Av intervjuerna framgår att SÄS ska utveckla sin hemsida för att informera om behandlingsresultat.

Om väntetid eller budget väger tyngst i direktiven från politikerna uppges av flera intervjuade variera beroende på när under året frågan ställs. Fram till midsommar är det kötid och efter sommaren budget, enligt en av dem.

Det är i uppföljningen starkt fokus på nybesök vilket uppges ha en stark styreffekt och detta leder till att återbesöken fördröjs. Det är bara nybesök av patienter med misstänkt blåscancer som rapporteras till sjukhusledningen på SU men verksamhetsledningen följer även tiderna får återbesök.

Flera intervjuade emotser den uppföljning av patienternas upplevelser som RCC ska genomföra och som är en del av SVF.

2.3 Professionsstyrning

2.3.1 Kunskapsstyrning

Den styrning som utövas av professionen handlar om kunskapsstyrning och syftet är att åstadkomma en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården där kvalitetssäkrad kunskap sprids och används. I cancervården handlar det om vårdprogram, vårdförlopp, kvalitetsregister samt kliniska och epidemiologiska studier. Det nationella cancerregistret och kvalitetsregister ger både tillgång till och kvalitet på data.

Socialstyrelsen har definierat en infrastruktur med nödvändiga förutsättningar för en fungerande kunskapsstyrning vilken består av följande delar:

- En kunskapsbas: Kliniskt och experimentell forskning samt grund- och efterutbildning av aktuella professioner/specialister

- En systematisk uppföljning och utvärdering som stöds av en gemensam informationsstruktur och terminologi samt hälsodataregister och kvalitetsregister
- Riktlinjer/rekommendationer, som bygger på bästa tillgängliga kunskap, arbetas fram i en transparent process med hög legitimitet
- Ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete

2.3.2 RCC Väst

Som framkommit har "RCC i samverkan" en nyckelroll i kunskapsstyrningen. Inom VGR är det RCC Väst som på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska verka för en kunskapsstyrning för VGR och norra Halland. RCC:s uppdrag är att:

- Delta i arbetet med nationella riktlinjer och vid behov utarbeta regionala vårdprogram
- Stödja att nationella riktlinjer och vårdprogram och annat kunskapsstöd inom cancervården införs
- Arbeta för att nationella kvalitetsregister används för cancervårdens verksamhetsutveckling

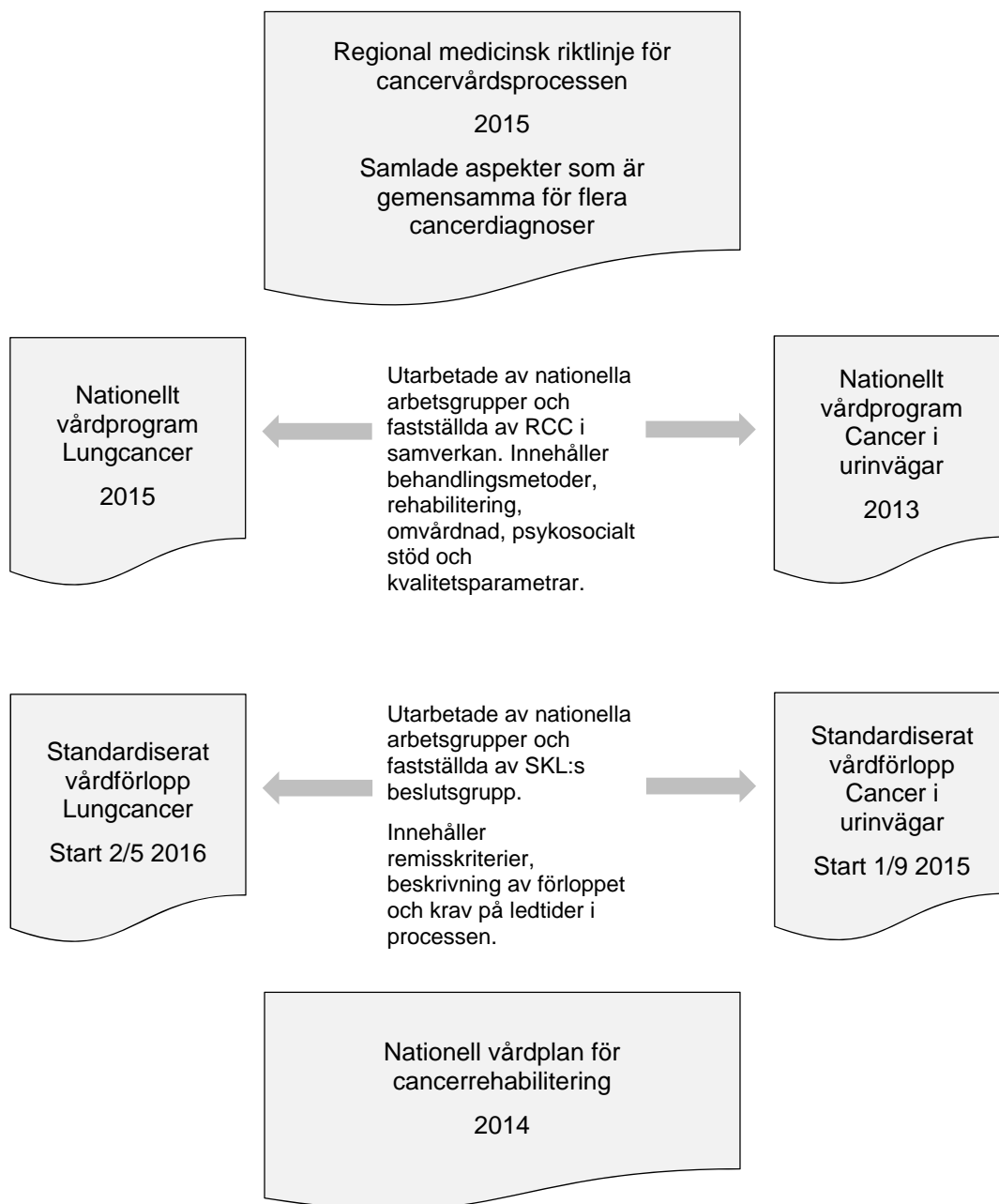
En stor del av RCCs arbete med den nationella cancerstrategin har som övergripande mål att bidra till en mer jämlik cancervård. En mer jämlik och patientfokuserad vård ingår som en dimension i flera av de kriterier som utgör RCCs samlade uppdrag. Enligt intervjuad chef för RCC ska RCC i förhållande till linjeorganisationen ha en fristående roll men är organisatoriskt placerad under hälso- och sjukvårdsdirektören och denne har delegerat styrningen till en styrgrupp till vilken RCC rapporterar.

Flera intervjuade är nöjda med de utbildningar som RCC haft för att stödja implementeringen av SVF men det finns också kritik mot RCC. Utöver utbildningarna uppges stödet haft låg kvalitet. Ett par anser att RCC:s roll är diffus. Någon berättar att de goda exempel som RCC förmedlat i begränsad omfattning gått att omsätta då de rört andra cancerdiagnoser och verksamheter med mindre volymer och annan organisation.

Den information som verksamheterna önskat har de fått söka efter på RCC:s hemsida, t ex hur kodning ska ske. På lungsektionen vid SU har klinikchefen utsett en vårdutvecklare som har uppdraget att bevaka RCC:s hemsida så att de inte missar något. En annan svaghet som ett par påtalar är att RCC inte följt upp hur deltagarna ser på de utbildningar som varit och den information som givits.

2.3.3 Riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp

Cancervården styrs av ett antal riktlinjer och vårdprogram. Med utgångspunkt i de två cancerformerna som denna granskning avser ser styrdokumentet ut på följande sätt:



Professionen har utformat SVF liksom vårdprogram och riktlinjer som beslutats politiskt. De är därför mycket väl förankrade i professionen. Det finns inga motstridigheter i dessa dokument förutom bedömningskriterierna för vad som kan anses vara grund för misstanke om lungcancer. Se nedan.

2.3.4 Ansvarsroller i vårdprocessen

Kopplat till vårdprocessen finns det fyra ansvarsroller vars funktion utgår från professionsstyrningen. Ansvarsrollerna är kopplade till processen och inte till den organisatoriska strukturen och det är via dessa som den medicinska kunskapen och patientperspektivet ska mötas.

Processägare	För varje cancerform finns det en processägare för hela regionen. Processägaren har ett övergripande ansvar för att vården följer vårdprogrammet och SVF. Processägaren ska även ta initiativ för att bevaka likvärdigheten i vården samt driva utvecklingen. Varje termin eller år gör processägaren för respektive cancerform en turné till respektive sjukhus. Processägaren rapporterar till den projektgrupp som rapporterar till koncernledningsgruppen. Se sidan 9.
Processledare	Vid varje specialistenhet/sjukvårdsområde ska det finnas en processledare som ansvarar för vårdprocessen på lokal nivå inklusive vårdcentralerna. Processledaren har ett ansvar att styra och säkerställa att det standardiserade vårdförloppet följs och processledaren har därför en dialog med resursägaren, d.v.s. linjecheferna. Processledarna i de granskade fallen är specialistläkare.
Koordinator	Koordinatorn, som oftast är en sjuksköterska, är en funktion för att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras utvecklas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsrollen behöver enligt SVF inte bemannas av samma person under hela förloppet men det är det allra vanligaste. Koordinatorrollen är explicit angiven i SVF. I några fall är det en av kontaktsjuksköterskorna som också är koordinator.
Kontaktsjuksköterska	Funktionen finns för att patienten ska få en kontakt som håller samman de olika aktiviteterna och utgör ett stöd för patienten och närstående. Kontaktsjuksköterskan kan förmedla kontakter till andra kompetenser för psykosocialt stöd. Vidare ska kontaktsjuksköterskan säkra patientens inflytande och dessutom bevaka ledtider. Rollen är tydligt definierad i de nationella vårdprogrammen.

Vid varje sjukhus finns dessutom styrgrupper för införandet av SVF:er. Där ingår bland annat processledare och linjechefer. Samspelet mellan processen och resurserna är centralt för att anpassa vårdplatser och andra resurser till behovet, ett samspel som bör fungera även med aktörer vid andra delar av regionen. Flera av de intervjuade betonar vikten av detta regionala samspel.

Det kan tilläggas att flera av dessa ansvarsroller har funnits tidigare i olika omfattning och beroende på i vilken grad behandlingsformer har utvecklats för de olika cancerformerna. Från och med 2009 och framför allt i samband med införandet av SVF har rollerna formaliserats och standardiserats.

Vården är inte likvärdig i alla avseenden trots standardiseringen. Det är det stor skillnad mellan Göteborg och kranskommunerna där de senare kommunerna inte har lika utvecklad vård, enligt intervjuade. Det är dock oklart i vilket avseende.

Som en ytterligare komponent i kunskapsstyrningen finns sedan 2009 "Kunskapscentrum jämlik vård" vid koncernledningskontorets kansli. Centret har som uppdrag att bevaka och göra insatser för att öka jämlikheten i vården med utgångspunkten i socialstyrelsen definition av att vården ska erbjudas med gott bemötande och på lika villkor till alla oavsett kön, bostadsort, ålder, utbildning, sexuell läggning, funktionsvariation, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet. Den intervjuade representanten för centret betonar att jämlik vård inte är detsamma som lika vård. Istället handlar det om hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa sig till individernas olika förutsättningar och behov där faktorer som språk, kunskap, kognitiv förmåga, social situation etc. kan ha stor betydelse. Centret har inte analyserat eller gjort några informationsinsatser specifikt för de två cancerformer som denna granskning handlar om. Däremot har centret medverkat i utbildningen av kontaktsjuksköterskor.

3 Vårdprocessen blåscancer

3.1 Kort om blåscancer och de aktuella klinikerna

Cancer i urinblåsan behandlas vid samtliga granskade sjukhus. Vid urologklinikerna/sektionerna är prostatacancer den största cancerformen, cancer i urinvägarna en mindre. Den helt dominerande delen patienter kommer via remiss från vårdcentral och oftast med indikationen blod i urinen. SVF innehåller kriterier för när misstanke om cancer kan anses vara välgrundad. Dessa remisser är då "SVF-märkta" vilket betyder att de ska prioriteras och att ledtiden till besök vid specialistkliniken ska vara högst 4 dagar. Specialistklinikerna i regionen varierar när det gäller tillgänglighet men inga klarar alla patienter inom 4 dagar. Det är enligt processägaren ännu inte helt inarbetat hos all personal vid vårdcentralerna att dessa remisser ska SVF-märkas.

	SU	SÅS	NU
Antal SVF-remisser/månad (Jan-sep 2016) (Medel)	21 4 kvinnor, 18 män	18 8 kvinnor, 17 Män	33 9 kvinnor, 24 män
Andel som får cancerbesked	12 %	15 %	11 %
Operationssätt* (Mindre komplicerade)	Främst öppenvårdsoperationer	Främst slutenvårdsoperationer	Främst slutenvårdsoperationer
Processledare	Ja	Ja	Ja
Koordinator	Ja	Ja	Ja
Kontaktsjuksköterskor	Ja	Ja	Ja
Ledtid	14-42 dagar beroende på cancerform. Maximal ledtid enligt SVF är 38 dagar.		

* Ett mindre antal av patienterna behöver avancerade operativa ingrepp. Samtliga dessa genomförs vid SU för hela regionen. När det gäller de mindre avancerade ingreppen har sjukhusen olika strategier huruvida operationerna genomförs som polikliniska operationer eller som slutenvårdsoperationer. Utvecklingen går mot en allt större andel polikliniska operationer.

Väntetiderna till de avancerade operationerna där hela urinblåsan opereras bort (cystectomi) har varit långa och utgjort ett problem för de remitterade patienterna. Enligt intervjuad processägare för blåscancerprocessen ser dock situationen bättre ut nu efter att den puckel som tidigare fanns är bortarbetad. Situationen är dock ännu inte tillfredsställande. Enligt processledaren vid NU-sjukvården är väntetiderna fortfarande så långa att möjligheterna till bot kan påverkas negativt. Det ska enligt SVF ta maximalt 9 dagar från beslut till utförande av cystectomi – ett mål som inte uppfylls.

Över tiden har andelen remitterade patienter som får cancerbesked minskat vilket enligt intervjuerna beror på en önskvärd glidning av indikationen misstänkt cancer. Risken för att missa cancerpatienter har därmed minskat vilket var avsikten. I och med att fler nu remitteras till specialistklinikerna så ökar antalet utredningar och provtagningar vid sjukhusen och motsvarande minskning sker inom primärvården. Denna förändring har varit något mindre vid NU än vid övriga sjukhus.

När vi ställt frågan om SVF medfört undanträngningseffekter så har de flesta svarat att så är fallet. Vid exempelvis SU har väntetiden till nybesök förkortats från ca 2 veckor till 4 dagar för dessa patienter. Flera påpekar emellertid att ordet undanträngning blir missvisande eftersom det inte är nya patienter. Det rör sig snarare om att det skett ändrade prioriteringar i de redan existerande köerna till specialistklinikerna. Samtliga kliniker har väntetider för urologpatienter trots att både SU och NU har en överproduktion i förhållande till beställningen. Processledaren vid NU-sjukvården uppger att det i princip bara är cancerpatienterna man hinner med idag. Risken med kösituationen är att det kan finnas cancerpatienter bland de som remitteras men som inte är SVF-märkta.

I granskningen har det framkommit beskrivningar av vad som kan benämnas som undanträngning och det handlar om att prostatacancerpatienter och blåscancerpatienter behandlas vid urologklinikerna/sektionerna. På SU tränger prostatacancerpatienter ibland undan blåscancerpatienter, vid SÅS tränger uppföljningen av blåscancerpatienter undan uppföljning av prostatacancerpatienter. Flera av de intervjuade betonar vikten av en aktiv produktionsplanering för att klara uppdraget och att denna produktionsplanering till viss del sker i ett regionalt perspektiv. Processledaren vid NU menar att det snarare handlar om en medveten och avsiktlig ommöblering i vårdköerna än en undanträngning.

När det gäller vårdcentralernas arbete ger de intervjuade cheferna en positiv bild av införandet av SVF. Arbetet har förenklats betydligt för vårdcentraler genom den standardisering som SVF innebär. Kriterierna för indikationer är gemensamma, tydliga och bygger på evidens vilket gör att kvaliteten kan vidmakthållas även vid omsättning på läkare vid vårdcentralerna.

3.2 Information och stöd till verksamheten

Implementeringen av det standardiserade vårdförloppet för blåscancer startade 1 september 2015 och var implementerat vid årsskiftet. Våren 2015 gick RCC ut med information om implementeringen till sjukhusen och alla distriktsläkare fick information om vad SVF innebär för primärvården. RCC har inte varit med i själva implementeringsarbetet men hade i juni 2015 ett avstämningsmöte för att följa upp arbetet.

Processägaren har varit på turné och besökt primärvården och informerat. Ansvariga läkare vid urologverksamheterna (processledare) ingår i nätverk i regionen som processägaren för SVF bjuder in till några gånger per år.

Under 2015 genomförde RCC 10 heldagarsutbildningar kring SVF för 470 av primärvårdens 800 läkare. Även koordinators och kontaktsjuksköterskor har utbildats av RCC. Enligt intervjuad chef för RCC sker utbildningar även under hösten 2016 men för de nya SVF som är på väg är planen att sjukhusen själva tar över dessa arrangemang men med stöd från RCC. De vi intervjuat i denna granskning vittnar samtliga om att dessa utbildningar varit bra och uppskattade fastän koordinatorsutbildningen kom lite sent på hösten efter att flera SVF införts.

IT-stödet har däremot brustit vid införandet av SVF, enligt intervjuade på SU. Systemet INKA som används för prostatacancer testas för blåscancer för att ha aktuella uppgifter om varje patient och dess ledtider. Chefen för RCC uppger att ett fungerande IT-stöd beräknas vara i funktion under hösten 2016. Då ska alla ledtider enkelt kunna följas upp.

3.3 Vårdförloppet

Som beskrivits ovan börjar processen nästan alltid på vårdcentralen. Alla patienter över 40 år och med blod i urinen remitteras som SVF-märkta remisser. Även yngre med identifierade

riskfaktorer remitteras. Patienten informeras om hur det kommande förloppet kommer att se ut.

Processen på sjukhuset kan variera något vid olika sjukhus men i stora drag följer den ett mönster som styrs av SVF. Vid besöket på sjukhuset sker flera insatser samma dag. Förloppet med att komma för provtagning och CT och sedan träffa urolog för cystoskopi finns i Uddevalla. På övriga sjukhus finns inte samma uppbyggnad. Ofta finns inte CT färdig då patienten är hos läkare för cystoskopi på övriga enheter, enligt processägaren. Inga kliniker klarar av allt inom 4 dagar men det varierar i regionen. Patienten kallas på morgonen för provtagning varefter det sker röntgen. På eftermiddagen träffar patienten läkare. De patienter som får cancerdiagnos kallas till operation efterföljande vecka. Innan vårdförloppet infördes tog det cirka fyra veckor från provtagning till operation, idag tar det dryga veckan. I övrigt uppges det inte vara någon skillnad mot tidigare, patientgruppen var högprioriterad också före SVF. Koordinatören på kliniken svarar för planering av operationer, kontakt med remittenterna, sortering av remisser och bokning av provtagning samt andra koordinerande uppgifter. Administrationen av provtagningar är central eftersom specialistkliniken svarar för detta nu och för att de ledtidskrav som finns är beroende av att diagnostikdelarna fungerar. SVF stipulerar att det ska finnas förbokade tider på röntgen för dessa patienter vilket också är fallet vid de granskade sjukhusen. I vissa fall är det en av kontaktsjuksköterskorna som också har rollen som koordinator.

Alla patienter har en kontaktsjuksköterska på de granskade sjukhusen. Deras arbetssätt är likartat men det finns vissa variationer sjukhusen emellan. Om det finns indikation på cancer redan vid första besöket får patient information om kontaktsjuksköterska, annars får den information om detta när cancerbesked ges. Om inte kontaktsjuksköterskan kan vara med vid besöket tas en telefonkontakt samma dag. Vi vissa sjukhus har patienten endast en kontakt medan vid andra har tillgängligheten prioriterats vilket innebär att patienten alltid kan nå en kontaktsjuksköterska men de kan vara olika personer.

Förebyggande åtgärder är att sluta röka. De flesta som får cancerdiagnos är mycket motiverade att sluta, enligt intervjuade. Om behov finns erbjuds rökavvänjning både vid sjukhuset och inom primärvården.

Sammantaget kan det konstateras att vårdprocessen har blivit väsentligt uppstyrd via införandet av SVF, inte bara när det gäller ledtider utan även remissförfarandet.

3.4 Kompetensförsörjning

Det är stor brist på urologer i Sverige men av intervjuer framgår att specialitetens status har förbättrats och därmed intresset att välja denna inriktning. Vid SÄS finns sex urologer och en ST, kliniken överväger att utöka med ytterligare en ST. Målsättningen är att rekrytera personer som bor inom upptagningsområdet. Cirka hälften av läkarna vid SÄS bor i Göteborg och erfarenheten är att läkare som har längre restider slutar när det ges möjlighet till jobb närmare bostaden. Vid NU-sjukvården är alla tjänster besatta både vad gäller läkare och sjuksköterskor men produktionen täcker inte det totala behovet trots en överproduktion. Samma sak gäller SU.

Sjuksköterskor till mottagningarna är lättare att rekrytera än till avdelningarna. Idag är alla platser öppna men flera kommer behöva stängas p.g.a. sjuksköterskebrist vid SÄS. Problematiken diskuteras återkommande inom sjukhusledningen. Det efterlyses mer stöd från regionen av de intervjuade för att öka attraktiviteten som arbetsgivare.

På SU finns en utbildad sjuksköterska som genomför cystoskopikontroller och ytterligare två ska få utbildningen.

Inom regionen är det urologmöten en gång per termin vilket är det primära fortbildningstillfället för läkare. Då läkemedelsinslaget är litet i behandlingen av blåscancer erbjuds få utbildningar av läkemedelsföretagen, i det avseendet är det stor skillnad mellan olika diagnoser.

Kontaktsköterskorna har fått utbildning för rollen. Idag finns ingen specialisering som urologsjuvsköterska så de har sin specialisering i allmän kirurgi. Urologkliniken vid SÄS överväger att utbilda en sjuvsköterska för att genomföra cystoskopi vid återbesök. Det är ett sätt att minska väntetiderna. Erfarenheterna av att utbilda sjuvsköterskor för liknande undersökningar för andra diagnoser är god. NU-sjukvården har samma planer men den intervjuade processledaren menar att eftersom alla tjänster är besatta kan man inte minska läkarbemanningen då köerna är betydande.

Sammanfattning av iakttagelser i blåscancerprocessen:

Positiva	Brister
Många ledtider har kortats väsentligt	Det är inte helt inarbetat att alla remisser ska SVF-märkas vid misstanke om cancer
Andelen remisser med misstänkt cancer där patienten får cancerdiagnos har minskat vilket innebär ökad säkerhetsmarginal	Väntetiderna till cystectomi är längre än kravet i SVF
Vårdcentralernas arbete har förenklats och kvalitetssäkrats bättre än tidigare	Måltiden från remiss till förstasbesök klaras inte av alla kliniker
RCC:s utbildningar för läkare och sjuvsköterskor har varit uppskattade	Undanträngning av andra cancerpatienter sker på olika sätt vid olika sjukhus
	Det finns risk för att vårdplatser kan komma att stängas vid SÄS på grund av sjuvsköterskebrist
SVF-patienter har prioriterats framför andra patienter med benigna och andra besvär. I flera fall har dessa patienter svårt att nå specialistvården. Det kan även finnas cancerpatienter bland de som inte är SVF-märkta. Samtliga granskade kliniker har väntetider för urologpatienter.	
De granskade sjukhusen tillämpar olika strategier för de operationer som genomförs lokalt. Det råder inte samsyn mellan sjukhusen eller inom sjukhusen huruvida dessa operationer bör genomförs polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer.	

4 Vårdprocessen – lungcancer

4.1 Kort om lungcancer och de aktuella klinikerna

Även dessa patienter är i huvudsak remitterade från vårdcentralerna men vissa kan vara remitterade från andra specialiteter. Av de patienter som diagnostiseras för lungcancer lever ca 85 procent 2-3 år men ofta kortare. Femårsöverlevnaden ligger strax under 15 procent, något högre för kvinnor än män. Dödligheten är således hög. Förekomsten av lungcancer har varit ganska stabil de senaste fem åren (800-850 fall/år) inom regionen men med skillnader mellan HSN-områden. I Göteborg har antalet fall minskat något.

Kriterierna i SVF för misstanke är bland annat hosta för personer (rökare eller f.d. rökare) över 40 år i sex veckor. Enligt vissa intervjuer med vårdcentraler är det omöjligt att följa eftersom det skulle innebära ett mycket stort remissflöde till specialistvården. Det sker oftast en anpassning där bedömningen görs i beaktande av andra riskfaktorer som rökning, etc.

	SU	SÅS	NU
Totalt antal SVF-remisser (maj-sep 2016)	44	17	7
Andel som får cancerbesked	48 %	59 %	Ingen uppgift
Processledare	Ja	Ja	Ja
Koordinator	Ja	Ja	Ja
Kontaktsjuksköterskor	Ja	Delvis	Ja

Det standardiserade vårdförloppet startade i maj 2016 vilket förklarar att volymerna är små. RCC har heller inte hunnit få in statistik på ledtider.

Lungcancerpatienter vårdas i de flesta fall av specialister inom lungmedicin. Det är brist på specialistläkare och det pågår arbete för att klara vårdbehovet, bland annat koncentration av arbetsuppgifter för läkare där läkarkompetensen är nödvändig. Det är också brist på sjuksköterskor. Vid SU har det lett till stängda vårdplatser och på SÅS att alla patienter inte har en utsedd kontaktsjuksköterska. Se vidare 4.3. Även vid NU-sjukvården råder brist på både specialistläkare och sjuksköterskor.

En viss del av patienterna behöver bildiagnostik i form av en datortomografisk röntgen (s.k. PET) för att se om cancer spridits. Denna undersökning görs endast vid SU. Undersökningen ligger till grund för beslut om behandlingsinsatser. I maj 2016 var väntetiden 1,5 månad men bör vara två veckor, enligt några intervjuade läkare.

Kirurgiska ingrepp, vilket sker i de fall cancer är i ett tidigt stadium, sker endast vid SU. Strålbehandling sker vid SÅS och SU.

4.2 Vårdförloppet

Den 2 maj 2016 infördes SVF för lungcancer i Sverige. Enligt intervjuerna har arbetet redan tidigare präglats av både vårdprogrammet och SVF men det som är en märkbar skillnad är kravet på ledtiderna. Mätningar av ledtider har gjorts sedan 90-talet men idag uppges komplexiteten i vården vara större än när mätningarna startade. Förloppet tar dock inte längre tid vilket är ett uttryck för högre effektivitet idag än då, menar vissa intervjuade.

I korthet ser vårdförloppet ut så här:

- ▶ Remiss (SVF-märkt) skickas till specialistklinik då symtom identifieras vid vårdcentral eller annan vårdenhet
- ▶ Lungröntgen genomförs (Vissa kan avslutas efter denna röntgen)
- ▶ Därefter vidtar upp till 8 utredningsblock beroende på problematiken, fram till beslut om behandling
- ▶ Behandling startas och ska starta mellan 30 och 44 dagar efter att välgrundad misstanke konstaterats. Ledtiden varierar beroende på behandling.

Svårigheten med att minska ledtider är, enligt ett par intervjuade, att det inte är ett jämnt inflöde av patienter varför det måste finnas en god förmåga att hantera variationer. Det kräver också förmåga till omställning av produktionskapaciteten. Processledaren på SU har i flera år arbetat med en professor på Chalmers rörande kapacitets- och produktionsstyrning. Detta arbete och andra analyser som gjorts visar att det bör finnas en överkapacitet på upp till 15 % för att ha en optimal produktivitet.

Cirka hälften av de patienter som utretts de senaste åren på SU uppges ha ledtider som svarar mot de som föreskrivs med SVF. Orsakerna till längre ledtider varierar. Patienter kan välja att åka på resa, avvakta behandling p.g.a. svag hälsa och av andra skäl. Den största flaskhalsen är tillgång till PET-tider. De med låg misstanke kan få vänta fyra veckor på undersökning. Viss väntan är det också på bronkoskopi. Idag har mottagningen på SU sex förbokade PET tider i veckan men skulle behöva 15. Bemanningssituationen kan också påverka förloppet. 70-80 procent av patienterna bedöms kunna få behandling inom föreskriven tid om det finns personalresurser. För övriga finns andra skäl, i huvudsak faktorer som patienten styr, som gör att det tar längre tid. Vid NU-sjukvården beskriver intervjuad processledare att det kommer att bli en utmaning att klara SVF:s krav på ledtider. Ledtiden var vid införandet i maj ca 14 dagar till nybesök, nu ska den vara max 5 dagar.

Samtliga tre granskade specialistkliniker genomför olika åtgärder för att klara de nya ledtiderna. Vid SU arbetar exempelvis ett flertal arbetsgrupper med remissflödet, diagnostiken och behandlingsflödet. Vis SÄS införs nu produktions- och kapacitetsplaneringsmetoder för lungsjukvården.

Kontaktsköterskorna får ett starkt och positivt gensvar från patienterna, enligt intervjuade sköterskor. Patienterna vet att de finns och kan nå dem.

4.2.1 Förändringar i och med SVF och flaskhalsar

Följande förändringar är en konsekvens av införandet av SVF enligt intervjuade (vissa variationer förekommer):

- Remisserna inkommer via fax och läggs på ett ställe. Koordinatorer sorterar.
- Förbokade tider på röntgen förekommer i allt högre grad.
- Nya krav för ledtider.
- Formaliserad koordinatorfunktion som leder till bättre logistik. Koordinatorrollen finansieras med medel som utgick för SVF från sjukhusledningen. Underlaget för att erhålla medlen var att beskriva flaskhalsar i befintligt arbetssätt för att klara kraven med SVF:s ledtider.
- Resursförstärkning till röntgen och patologi med SVF-medel för att klara det ökade trycket från många SVF.
- Läkare träffar patient några dagar efter inkommen remiss, tidigare tog det ca 10 – 14 dagar.

Implementeringen av SVF för lungcancer på SÄS innebar mindre förändringar sett till tidigare rutiner, enligt intervjuade. Skillnaden är en mer utvecklad dokumentation vilket uppfattas som positivt. Då många SVF införs samtidigt har det blivit en hård belastning på röntgen. SVF har fått ett mycket positivt mottagande av professionen. Även om det inte innebär förändringar är det bra att ha dokumenterat vem som svarar för vad, enligt intervjuade.

Vid SÄS finns en av regionens tre apparater för att genomföra bronkoskopi med ultraljud. Den har varit trasig en tid vilket lett till väntetider. En läkare vid SÄS behärskar denna teknik,

sårbarheten uppges vara densamma vid de andra sjukhusen i regionen. Denne läkare kan aldrig vara ledig mer än två veckor för då växer kön. Undersökningen är skonsam för patienten, tar 30 minuter och ger mycket tillförlitlig information som ligger till grund för beslut om behandlingar. Det nya bildcentret på SU och ytterligare en kamera nästa år kommer eventuellt minska köerna till bronkoskopi med ultraljud. Processledaren vid SÄS är dock tveksam till att den effekten uppstår. Idag, med en kamera och med rådande väntetider, görs inte alla undersökningar i rätt ordning vilket innebär att en del kan behöva göras om, enligt uppgift.

Enligt SVF ska behandlingen starta inom 30 - 44 dagar från det att remissen inkommit. Det uppfyllts inte idag vid SÄS p.g.a. nämnda flaskhals. Därtill kommer väntetider hos patolog och hos den läkare som gör biopsi.

På SU är ledtiderna en utmaning. Det är många inblandade kompetenser som sektionen inte har rådighet över såsom röntgen och patolog och strålning. Det är enklast att klara ledtiderna där det enbart är aktuellt med palliativ vård och mer utmanande för patienter som bedöms ha överlevnadsmöjlighet då det fordras en serie av insatser av varierande kompetenser. Sektionschefen vid lungkliniken på SU kan inte säga när de klarar målet om ledtider men att de hoppas ha kommit en god bit på vägen om ett år.

Läkarna som är ansvariga för SVF lungcancer på sjukhusen, har ett nära samarbete och det sker löpande uppföljningar och erfarenhetsutbyten under ledning av processägaren. Samarbetet handlar bl.a. om PET-tider och samordning av dessa. De har sedan tidigare möten några gånger per år men dessa har varit mer frekventa nu inför SVF.

Undanträngningseffekter av SVF har diskuterats på alla granskade enheter och i de nätverk där processledarna träffas. På SU noteras att återbesök för patienter med andra lungsjukdomar lett till längre väntetider. KOL hanteras vid annan enhet vilket gör att dessa patienter inte påverkas. Sektionen har i uppdrag att dokumentera undanträngning och detta ska rapporteras till sjukhusledningen.

Med SVF görs olika block med undersökningar. Det innebär att fler undersöks men den individuella bedömningen är inte lika stor då det ska gå fort. Sannolikt kommer inflödet av utredningar öka. Det är erfarenheten från Danmark och andra länder. SVF har en marginell påverkan på överlevnad för lungcancer men har en psykosocial betydelse eftersom patienten upplever att det går snabbt, enligt intervjuade läkare. Det får dock inte ske på bekostnad av kvalitet.

Effekter av SVF som patienterna märker, enligt intervjuade på SU och vid NU, är ett snabbare förlopp, en mer utvecklad roll för kontaktsköterskan och användandet av Min vårdplan som tidigare bara använts vid behandlingsmottagningen och nu implementeras vid utredningsmottagningen.

Genom vårdplanen dokumenteras patienternas delaktighet i större utsträckning. Patienterna har dock i flera år fått skriftlig information om behandling, enligt intervjuade. De kan t ex få röntgenbilder utskrivna och uppmuntras att ta del av dem men det varierar om patienterna vill. Idag kan patienten också läsa sin egen journal på nätet.

4.3 Kompetensförsörjning

Det överordnade problemet och utmaningen för bl.a. SVF är kompetensförsörjningen, enligt i stort sett samtliga intervjuade på sjukhusen som arbetar med lungcancerpatienter. Idag måste vården minska i omfattning p.g.a. bemanningen. NU och SU har lyckats rekrytera läkare men på SÄS och SKAS är läget akut. NU har dock för få specialister trots att de rekryterat.

Flera intervjuade berättar att det saknas cirka 100 lungläkare i Sverige. Det har inte varit något riktigt genombrott i behandlingen av lungcancer och det påverkar intresset för specialiteten, enligt dem. Nu kommer dock nya läkemedel som kan förlänga livet en aning men något verkligt genombrott är ännu inte i sikte. De nya medicinerna som visat sig ge viss effekt handlar om tumörer kopplade till genetiska förändringar.

Flera ser gärna rekrytering av nyanlända bl.a. för att få tillgång till deras språkkunskaper och kulturella kompetens. Idag är det fler patienter med turberkolos och många nyanlända röker vilket troligen kommer innebära att lungcancer blir mer vanligt förekommande.

Patologer är nyckelkompetenser för behandlingen. Det är en bristvara i Sverige men SÄS har lyckats rekrytera. Digitaliseringen och de nya arbetssätt som kan följa med denna bedöms öka intresset för patologi. De intervjuade ser fram emot en ökad digitalisering i verksamheten, det är fortfarande väldigt mycket papper som tar tid. Med digitaliseringen bedöms också patientsäkerheten kunna öka.

Det uppges vara stora bemanningsproblem både på onkologiska kliniken och på utredningsmottagningen på SU. Det är vakanser, och bristen på sköterskor möts upp med koordinatorkfunktionen och en förstärkning med två administrativa sekreterare.

Sektionschefen på SU ser att lösningen för sjuksköterskor är workshifting, d.v.s. att administratörer tar över uppgifter från sjukvårdsutbildad personal eller att arbetsuppgifter flyttar mellan olika yrkesgrupper. Erfarenheten är begränsad än så länge men där det prövats uppges det ha fungerat mycket bra.

Det har hittills gått att rekrytera sjuksköterskor till medicinkliniken på SÄS. Det finns dock viss oro i organisationen till följd av den förändrade organisationen, enligt intervjuade. Nya sjuksköterskor har rekryterats till följd av förändrade arbetssätt. Vid NU-sjukvården råder brist på sjuksköterskor och det finns en uppenbar risk att vårdplatser kan behöva stängas.

En av läkarna vid SU ger korta utbildningar och handleder kollegor för att föra över kompetens om lungcancer. Olika lathundar har upprättats. Lungläkarna måste ha kompetens inom ett stort antal områden och dagens bemanningssituation medger inte en långtgående specialisering, enligt intervjuade. Mindre erfarna läkare arbetar med utredningar sedan ett par år. Det har fördröjt utredningstiderna, enligt en av de intervjuade.

Samtliga lungläkare inom regionen träffas två gånger per år och uppges ha en god kunskapsdelning mellan dessa möten där bland annat kunskap från konferenser sprids i kollegiet.

Sammanfattning av iakttagelser i lungcancerprocessen:

Positiva aspekter	Brister
Många ledtider har kortats väsentligt	Alla patienter får inte en namngiven kontaktsjuksköterska vid SÄS.
Vårdcentralernas arbete har förenklats och kvalitetssäkrats bättre än tidigare	Det råder inte samsyn kring kriterierna för välgrundad misstanke som ska resultera i SVF-remiss
RCC:s utbildningar för läkare och sjuksköterskor har varit uppskattade	Det råder brist på specialistläkare och sjuksköterskor
	Väntetiden till datortomografisk röntgen (PET) är avsevärt längre än vad som stipuleras i SVF.

5 Primärvården

5.1 Information och stöd

Primärvårdens läkare har av RCC fått information om SVF vid ett tillfälle om tre dagar där blåscancer var en av fem diagnoser som avhandlades. Utbildningarna har varit mycket uppskattade och bidragit till kompetenshöjning inom området enligt de intervjuade. Intervjuad chef vid Frölunda vårdcentral² berömmar det stöd som RCC givit till vårdcentraler för hur arbetet kan styras på vårdcentralen. Chefer har fått ett bra stöd för införandet.

5.2 Implementering

Utöver utbildningstillfällena har RCC Väst även givit stöd till vårdcentraler under införandet av SVF. Vid vårdcentralerna arbetar man på olika sätt med att sprida kunskapen om SVF och de intervjuade menar att den standardisering som detta inneburit har gjort det betydligt enklare för läkarna att agera rätt trots att det finns ett flertal olika cancerformer. Det har inneburit en kvalitetssäkring i sig.

Äldre läkare upplever en stor poäng med att det nu blir likartade arbetssätt läkare emellan. För yngre läkare ger SVF en bra vägledning och kompetenshöjning då de inte så frekvent kommer i kontakt med patienter som kan ha en cancerdiagnos. Detta gör att det är stort intresse från läkarna som vill vara med och diskutera de aktuella patienterna.

På vårdcentralen Heimdal har man exempelvis gått igenom hur remisser ska skrivas för att säkerställa att de är kompletta så att det inte behövs göras tillägg och därmed att det sinkar tid. Instruktioner har taigts fram och plastats in och finns på varje skrivbord. Det är genom vecko- och månadsmöten som det säkerställs att överenskomna arbetsätt tillämpas.

Det upplevs som en fördel att det finns koordinatörer på sjukhusen, då är det tydligt enligt intervjuade vart de ska skicka remiser samt att de får bekräftelse samma dag de mottagits. Det är viktigt att informera patienten om SVF enligt intervjuade inom primärvården, bl.a. om samarbetet mellan VC och sjukhuset samt att det kan komma att gå snabbt så att de har beredskap. Detta bekräftas av intervjuade på sjukhusen. Patienterna måste t.ex. svara i telefon och infinna sig när de blir bokade. Detta är en utmaning i sig för patienterna.

De intervjuade inom vårdcentralerna har ännu inte kunnat se att SVF fått effekter för andra patienter. De har heller inte sett vilka effekter det kan ge för eftervården inom primärvården.

Sammantaget har införandet av SVF haft två positiva förändringar för vårdcentralerna. För det första har kunskapsstyrningen till allmänläkare förbättrats genom standardisering. För det andra har administration och kostnader för provtagning flyttats från primärvården till specialistvården.

² Den intervjuade hade nyligen avgått som chef och verkar nu som utvecklingsresurs inom Närhälsan.

6 Slutsatser och bedömningar

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer. I detta avsnitt ges kortfattade svar på revisionsfrågorna och en sammanfattande bedömning plus rekommendationer.

6.1 Svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar
1. Har styrelsen utformat en ändamålsenlig styrning och uppföljning för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer i urinvägarna och lungcancer efterlevs?	<p>Ja. Styrningen för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer i urinvägarna och lungcancer efterlevs sker främst genom de direktiv som ges till RCC Väst. I hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget ges tydliga direktiv till RCC och medel avsätts för processkoordinatorer. Det är också RCC som fördelar de statliga medel som utgår för cancervård. Även rollstrukturen för processtyrningen är tydligt formulerad och styrd. Styrelsen följer upp RCCs uppdrag.</p>
2. Svarar vården för de utvalda cancerformerna upp mot kraven i de standardiserade vårdförloppen/vårdprogram/riktlinjer?	<p>Delvis. Den övergripande bedömningen är att patienter med misstänkt eller konstaterad blåscancer har fått en betydligt snabbare process genom vården även om det är ett flertal ledtider som ännu inte uppfyller kraven i SVF ännu. Det finns alltså ett behov av att korta vissa ledtider.</p> <p>Det standardiserade vårdförloppet för lungcancer har ännu inte satt sig och det finns bara delvis en uppföljning som visar måluppfyllelsen. Det beror på att SVF infördes i maj 2016.</p> <p>Kompetensbrister är den viktigaste orsaken till de brister i följsamheten till SVF som finns.</p> <p>Även kapacitetsbrister orsakar problem. Det gäller dels de avancerade urinblåseoperationerna för blåscancer samt för datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter. I båda dessa fall är situationen klart otillfredsställande och utgör en risk för patienterna.</p> <p>I vårdprocessens inledande skede då patienten vänder sig till vårdcentral har införandet av SVF haft en tydligt positiv effekt genom att kriterier för vad som ska utgöra välgrundad misstanke för cancer standardiserats. Detta säkerställer god kvalitet och underlättar för läkare vid vårdcentralerna. Implementeringen av dessa kriterier är dock inte ännu fullständig. Det händer att läkare missar att "SVF-märka" remisser.</p> <p>Dessa brister rörande kapacitet, ledtider och kompetensförsörjning ligger i de flesta fall inom utförarstyrelsernas ansvar.</p>

<p>3. Har införandet av de standardiserade vårdförloppen haft inverkan på vården av övriga cancerpatienter eller annan vård?</p>	<p>Delvis. Cancerpatienter har fått en tydlig prioritering och vilket medfört förändringar i klinikernas köer och väntelistor. Detta har inneburit att andra patienter får stå tillbaka och i flera fall får vänta väldigt länge på vård inom regionen. Bedömningen är emellertid att uttrycket undanträngning leder fel eftersom detta är en medveten prioritering av patienter. I den mån andra patienter med benigna eller andra besvär får långa väntetider bör problemet formuleras som ett generellt köproblem. Det är inte ett problem orsakat av införandet av standardiserade vårdförlopp.</p>
<p>4. Sker den lokala implementeringen av de standardiserade vårdförloppen på ett ändamålsenligt sätt?</p>	<p>Ja Det finns processledare på respektive sjukhus som tillsammans med övriga roller och styrgrupper har god överblick över införandet. Dessutom får sjukhusen och även vårdcentralerna ett gott stöd av Regionalt cancercentrum Väst.</p>
<p>5. Sker uppföljning på lokal nivå som stödjer regionuppdraget?</p>	<p>Ja, utförarstyrelserna får information om arbetet med SVF samt utfallet på ett antal nyckeltal. Även beställarnämnderna får information om SVF. Sättet att följa upp och valet av parametrar skiljer sig mellan sjukvårdsområdena vilket bedöms som mindre ändamålsenligt. Den starkaste uppmärksamheten i den politiska styrningen riktas mot ledtiderna, vilket är den viktigaste förändringen i och med de standardiserade vårdförloppen. Det är däremot oklart i vilken mån uppdagade brister leder till initiativ från utförarstyrelserna eller hälso- och sjukvårdsnämnderna. Även patientupplevd uppföljning är utvecklad och bedömningen är att den framgent kommer att kunna fylla en viktig funktion i utvecklingsarbetet.</p>
<p>6. Sker uppföljning på regional nivå som stödjer regionuppdraget?</p>	<p>Ja, hälso- och sjukvårdsstyrelsen följer upp RCCs uppdrag. Regionalt cancercentrum Väst har också tagit ett stort ansvar för att uppföljningen ska bli ändamålsenlig.</p>

6.2 Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Den övergripande styrningen av cancervården bedöms vara väl utvecklad i ett flertal avseenden. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har via Regionalt cancercentrum (RCC Väst) utvecklat en roll- och uppföljningsstruktur som gör att regionen kommer att ha en god överblick över cancervårdens kvalitet och kapacitet. Professionsstyrningen, d.v.s. den medicinska styrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. I de fall cancervården brister eller kommer att uppvisa brister så kommer det att bli synligt i

den struktur som byggts upp. Det gäller även behov av eventuella förändringar i utbudsstrukturen. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god.

En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblemm, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblemm som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd vilket gör att Hälso- och sjukvårdsstyrelsens personalutskott därmed har ett ansvar.

En annan bedömning som gäller den politiska styrningen avser de olika hälso- och sjukvårdsstyrelserna. De prioriterade mål som respektive nämnd formulerat ser olika ut. Det är dock svårt att se att målens olikheter grundas på skilda demografiska, geografiska eller utbudsmässiga skillnader vilket i så fall skulle kunna motivera olikheter. Målen är generellt formulerade varför de borde vara desamma för de olika delarna av regionen för att styra mot jämlik vård.

På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor. Brister där kan leda till konkurrens mellan och undanträngning av vissa cancerpatienter.

Granskningen visar även att patienter som söker besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna. Detta är inget problem om klinikerna har god tillgänglighet vilket inte alltid är fallet. Detta tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifiera brister i cancervården.
- ▶ Primärvårdsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att säkerställa att primärvårdens läkare SVF-märker alla patienter med misstanke om cancer. Annars riskerar patienter med cancer bli lågt prioriterade med långa väntetider som följd och därmed få vård för sent.
- ▶ Utförarstyrelsen för SU rekommenderas vidta åtgärder för att lösa den bristande tillgängligheten till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt för avancerade urinblåseoperationer (cystectomi).
- ▶ Utförarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.
- ▶ Utförarstyrelsen vid SÄS rekommenderas vidta åtgärder för att säkerställa att alla cancerpatienter får en namngiven kontaktsjuksköterska.
- ▶ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att analysera orsakerna till att blåscanceroperationer vid sjukhusen genomförs på olika sätt, polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer. Regionen bör kunna svara på frågan om detta är förenligt med kravet på likvärdig vård eller ej.

Stockholm den 29 november 2016

Anders Hellqvist och Lena Joelsson

Certifierade kommunala revisorer, EY

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Processägare lungcancervården, SU

Processägare blåscancervården, SU

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Enhetschef Kunskapscentrum jämlik vård

Vid SU

Verksamhetschef urologi

Verksamhetschef lungmedicin och allergologi

Sektionschef lungmottagning

Processledare blåscancer

Processledare lungcancer

Kontaktsjuksköterska blåscancer

Kontaktsjuksköterska lungcancer

Vårdcentralschef Frölunda vårdcentral

Vid NU-sjukvården

Processledare lungcancer

Processledare blåscancer

Verksamhetschef Medicin

Kontaktsjuksköterska/koordinator lungcancer

Vårdcentralschef Färjelanda

Vid SÄS

Verksamhetschef Medicinkliniken

Verksamhetschef kirurgkliniken

Ansvarig läkare SVF lungcancer

Kontaktsjuksköterska lungcancer

Ansvarig läkare SVF blåscancer

Uroterapeut

Vårdcentralschef Heimdal

Vårdcentralschef Tranemo

RCC Väst

Chef för RCC-Väst (Var chef fram till sommaren 2016)

Samtal har även förts med tjänstemän kring statistik och uppföljning