VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Jämlik cancervård – uppföljande granskning

Diarienummer REV 2017-00172

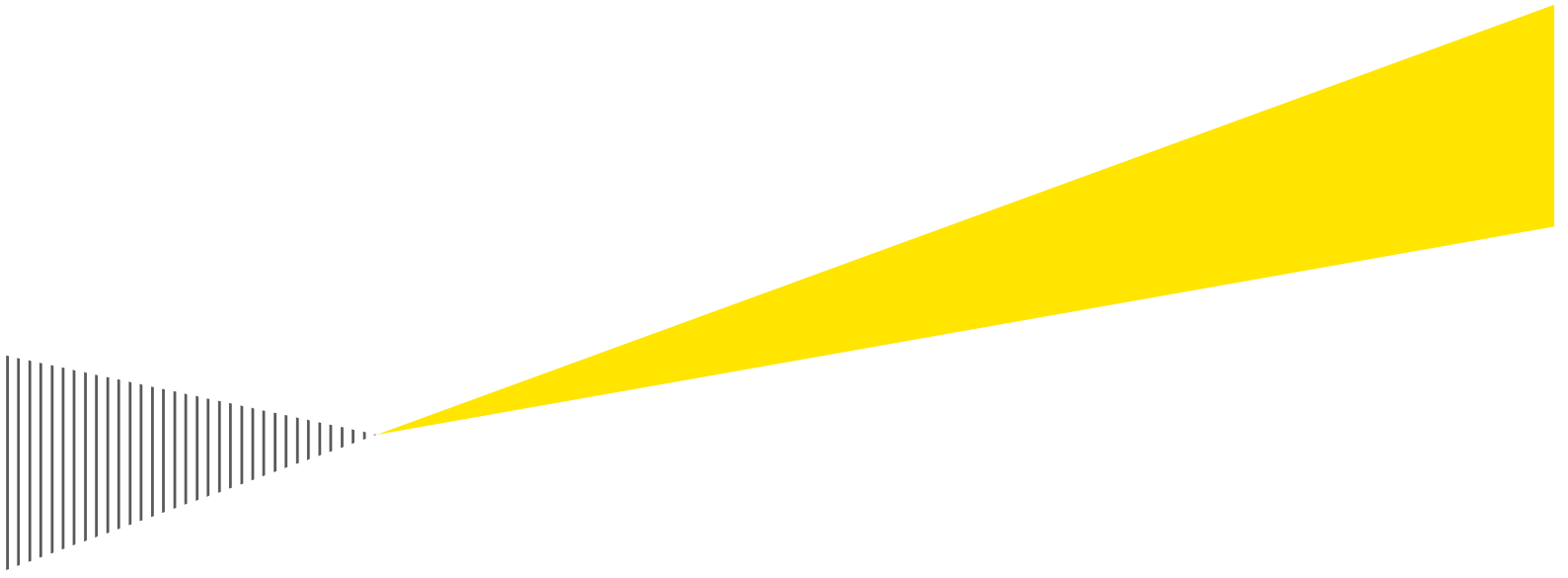
Genomförd av: EY

Behandlad av revisorskollegiet den 13 december 2017

Revisionsrapport 2017
Genomförd på uppdrag av revisorerna
December 2017

Västra Götalandsregionen

Uppföljande granskning av jämlik cancervård



Building a better working world

Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en uppföljande granskning av jämlik cancervård. Syftet med granskning har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om nämnder och styrelser har säkerställt att det finns tillräckliga diagnostiska och onkologiska resurser för cancervårdsflöden, uppföljning av eventuella undanträngningseffekter samt att alla cancerpatienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska. Granskningen avser cancervården och specifikt i samband med införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF).

Vår bedömning är att det inte fullt ut finns tillräcklig diagnostisk och onkologisk kapacitet för att säkerställa att de stipulerade ledtiderna för SVF-patienterna kan uppnås. Framför allt är det patologi, vars verksamhet domineras av cancerdiagnostik, som har svårigheter att klara ledtidskraven. I vissa fall leder det till medicinska risker men framför allt är det negativt för patienternas oro. Inom regionen pågår utvecklingssatsningar avseende kapacitet för strålning och digitala patologiska undersökningar vilka bedöms vara angelägna. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och sjukhusstyrelserna bedöms därför inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa tillräcklig kapacitet inom patologi, radiologi och onkologi.

Vi bedömer också att det finns en viss problematik med undanträngning mellan SVF-patienter och andra patienter. Med undanträngning avses att en patient prioriteras framför en annan patient med högre prioritet. Både verksamhet och styrelser bedöms dock i stort ha en god uppsikt över vilka undanträngningseffekter som uppstått. Området är komplicerat och svårbedömt eftersom det sker prioriteringar på olika systemnivåer. SVF innebär att en grupp patienter ska prioriteras framför andra samtidigt som den enskilde läkaren ska prioritera mellan individuella patienter. Detta utvecklas i rapporten. SVF-konceptet i sig innebär att fler patienter än tidigare sorteras in i snabbspår för diagnostik och eventuellt behandlingsbeslut. Vi bedömer det angeläget att systematiskt följa vilka effekter SVF-prioriteringen får för andra patienter.

Cancerpatienter inom de fyra granskade cancerprocesserna erbjuds i stort en namngiven kontaktsjuksköterska. Tillgänglig statistik för alla cancerformer visar dock att cirka 20 procent av patienterna inte får en namngiven kontaktsjuksköterska. Det som inte svarar upp mot målsättningarna är att kontaktsjuksköterskorna genomgår utbildning samt att aktiva överlämningar ska göras då patienten får en kontaktsjuksköterska vid annan enhet. När det gäller utbildning och aktiva överlämningar är regionen långt ifrån målen.

Sjukhusstyrelserna har bevakat samtliga tre ovan beskrivna områden, dock i något olika omfattning. Det återstår emellertid väsentligt arbete innan målen för cancervården är uppnådda. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen bedöms ha en god uppföljning och information om införandet av SVF via den projektgrupp som är kopplad till koncernledningsgruppen.

Utifrån granskningens resultat ges följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsstyrelsen och sjukhusstyrelser:

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att intensifiera arbetet med att alla inblandade verksamheter enkelt kan ta fram produktionsstatistik, inte bara de ledtider som rapporteras nationellt. Även de ingående ledtiderna är väsentliga för att verksamheterna ska kunna utveckla vårdlogistiken.

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att vidta analyser och förbättringsåtgärder för att säkerställa kvaliteten i statistiken (se punkt ovan).
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att regionen får ett enhetligt förhållningssätt till de ledtidskrav som finns i de standardiserade vårdförloppen. För närvarande är regionen långt ifrån att uppfylla dessa mål och i flera fall är de inte styrande för verksamheten.
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att tillse att riktlinjer upprättas för hur undanträngningseffekter ska hanteras. Ett exempel är de patienter som får återfall men vars process inte ingår i de standardiserade vårdförloppen. Sjukhusstyrelserna rekommenderas att fastställa dessa riktlinjer lokalt.
- Sjukhusstyrelserna vid NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset rekommenderas att vidta åtgärder för att säkerställa att aktiva överlämningar sker mellan kontaktsjuksköterskor. Antingen utifrån den definition som finns i de nationella riktlinjerna eller med alternativa lösningar som säkerställer patienternas behov av kontinuitet och psykosocialt stöd.
- Sjukhusstyrelserna vid NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör säkerställa att tillräcklig kompetens finns hos utsedda kontaktsjuksköterskor.

Innehåll

1. Inledning 5

1.1. Bakgrund 5

1.2. Syfte och revisionsfrågor 5

1.3. Avgränsning 5

1.4. Ansvarig nämnd 6

1.5. Metod 6

1.6. Revisionskriterier 6

1.7. Disposition 6

2. Övergripande styrning och uppföljning 7

2.1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fattar övergripande beslut kring cancervården 7

2.2. Hälso- och sjukvårdsnämndernas styrning och uppföljning av cancervården 7

2.3. Sjukhusstyrelsernas styrning och uppföljning 9

2.4. Verksamheterna för statistik över ledtider på olika sätt 10

2.5. Sjukhusen litar inte fullt ut på den statistik som finns idag 12

2.6. Ledtidsmålen ses delvis som orealistiska och som en utgångspunkt för ett lärande 12

2.7. Bedömning 12

3. Diagnostiska specialistfunktioner samt onkologi 14

3.1. Patologi 15

3.2. Radiologi 18

3.3. Onkologiska resurser 20

3.4. Vår bedömning 20

4. Konsekvenser av SVF – undanträngningseffekter 22

4.1. De granskade klinikerna klarar inte SVF:s ledtidskrav 24

4.2. Undanträngningseffekter finns men i flera fall är det snarare en medveten prioritering 25

4.3. Vår bedömning 26

5. Kontaktsjuksköterskor 28

5.1. Tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska 28

5.2. Vår bedömning 30

6. Samlad bedömning 31

Bilagor:

Bilaga 1 Källförteckning

Bilaga 2 Revisionskriterier

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Västra Götalandsregionens revisorer har beslutat att genomföra en uppföljande granskning av jämlik cancervård. Revisorskollegiet beslutade 2015 om granskning av cancervården i tre steg. Psykosocialt stöd till cancerpatienter granskades under 2015. Verksamhetens eller professionernas styrning mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer granskades under 2016. Båda granskningarna genomfördes av EY. Denna tredje granskning kommer följa upp förändringsprocessen emot effektiv vård och ändamålsenlig vårdorganisation för cancerpatienten. Granskningen följer upp iakttagelser gjorda i de två tidigare delgranskningarna och syftar till att ge svar på om nämnder och styrelser genomfört åtgärder utifrån revisionens rekommendationer.

De två tidigare genomförda granskningarna samt erfarenheter från andra landsting och regioner visar att styrningen av cancervården riskerar att få konsekvenser för andra patienter än cancerpatienter. Det kan skapa dilemman för sjukvårdspersonalen att prioritera utifrån det medicinska tillståndet. Därför är det viktigt för ansvariga nämnder att informera sig om vilka konsekvenser de standardiserade vårdförloppen får och eventuellt vidta åtgärder för att hantera effekterna. En annan erfarenhet är att en av de enskilt viktigaste framgångsfaktorerna för cancervårdsprocessen är kontaktsjuksköterskerollen och att patienter erbjuds en namngiven sådan. Tidigare granskningar visade brister i organisation och tillgång till kontaktsjuksköterska. En tredje erfarenhet från Västra Götalandsregionen (VGR) och andra landsting är att de diagnostiska resurserna radiologi och patologi samt behandlingsresursen onkologi får en utmaning att säkra korta ledtider. Revisorerna har valt att rikta denna tredje granskning mot dessa risker.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att ge revisorerna underlag för att bedöma om nämnder och styrelser har säkerställt att:

- Det finns tillräckliga diagnostiska och onkologiska resurser för cancervårdsflöden för att därigenom säkerställa att de stipulerade ledtiderna kan uppnås?
- Uppföljning sker av eventuella undanträngningseffekter som konsekvens av införandet av utvalda standardiserade vårdförlopp, dels mellan cancerpatienter och andra patienter dels mellan olika cancerdiagnoser?
- Åtgärder vidtas vid identifierade problem?
- Alla cancerpatienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska?

1.3. Avgränsning

Granskningen avser hela regionen vad gäller statistik och tillgänglig data men avgränsas till tre geografiska områden efter inledande analys av statistik. En geografisk avgränsning har gjorts till NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Granskningen avgränsas också till uppföljning av tidigare

granskade diagnosområden, det vill säga bröstcancer, prostatacancer, cancer i urinvägarna och lungcancer.

1.4. Ansvarig nämnd

Granskningen avser styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för SÄS, styrelsen för SU, norra hälso- och sjukvårdsnämnden, södra hälso- och sjukvårdsnämnden, Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd samt hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen.

1.5. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer, se källförteckning i bilaga 1. Samtliga intervjuade har haft möjlighet att faktagranska ett utkast av rapporten.

1.6. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier i denna granskning är exempelvis kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen. Samtliga revisionskriterier beskrivs i bilaga 2.

1.7. Disposition

I kapitel 2 beskrivs hälso- och sjukvårdsstyrelsens (HSS), hälso- och sjukvårdsnämndernas samt sjukhusstyrelsernas styrning och uppföljning av cancervården. I kapitlet beskrivs också hur verksamheterna för statistik över de ledtider som finns inom de standardiserade vårdförloppen (SVF).

Kapitel 3 innehåller en beskrivning av om det finns tillräckliga diagnostiska och onkologiska resurser för cancervårdsflöden för att säkerställa att ledtiderna inom SVF uppnås. Kapitlet innehåller en beskrivning av kompetensförsörjning, ledtidskrav och eventuella undanträngningseffekter vid respektive sjukhus avseende de diagnostiska resurserna patologi och radiologi.

I kapitel 4 beskrivs vilken uppföljning som sker av eventuella undanträngningseffekter som konsekvens av införandet av SVF.

Kapitel 5 beskriver kontaktsjuksköterskerollen och om samtliga cancerpatienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska.

I kapitel 6 framgår en samlad bedömning samt rekommendationer.

2. Övergripande styrning och uppföljning

2.1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fattar övergripande beslut kring cancervården

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett särskilt ansvar för övergripande för strategiska frågor inom regionen. Exempelvis frågor såsom invånarnas tillgång till sjukvård, kvalitet och tillgänglighet. En sådan strategisk fråga är införandet av standardiserade vårdförlopp och användandet av de statliga stimulansmedel som är kopplade till dessa. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade i september 2016 om fördelning av statliga stimulansmedel för införandet av SVF år 2017. Statsbidragen ska användas till utvecklingsarbete i cancersjukvården inom VGR för att korta väntetiderna och säkerställa en mer jämlik vård. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade att använda stimulansmedlen till:

- Stödjande strukturer och flaskhalsåtgärder på förvaltningar och vårdenheter. Fördelningen sker utifrån patientunderlag samt vårdåtagande.
- Fortsatt införande av fem diagnostiska center inom VGR.
- Projektledning av införandet av SVF inom VGR samt ledtidsregistrering och uppföljning.

Enligt våra intervjuer finns det viss kritik mot fördelningsnyckeln av dessa medel. Eftersom patienter rör sig mellan sjukvårdsområdena under själva vårdprocessen kan fördelningen bli snedvriden.

I februari 2017 gav HSS ett uppdrag till Regionalt cancercentrum i Väst (RCC) om att utreda behovet av strålbehandling inom VGR 2017-2027. Utredningen ska beakta omvärldsanalys inklusive öppettider för patientbehandlingar på andra onkologkliniker i Sverige, förebygga oönskade väntetider, resurslokalisering och kompetensförsörjning. Uppdraget ska återrapporteras till HSS under hösten 2017.

Vid intervju med hälso- och sjukvårdsdirektör framkommer att HSS vidtagit ytterligare åtgärder utifrån införandet av SVF. HSS har initierat utredande och utvecklande åtgärder kring områdena patologi och radiologi. När det gäller patologi handlar det om att införa så kallad E-patologi vilket innebär att vävnadsproverna fotograferas och analyseras på datorskärmar istället för i mikroskop. En av fördelarna med metoden är att proven kan analyseras på olika sjukhus beroende på var det finns kapacitet. Utvecklingen pågår och det är ännu oklart vilka och hur stor andel prover som kommer att kunna analyseras digitalt.

2.2. Hälso- och sjukvårdsnämndernas styrning och uppföljning av cancervården

Inom Västra Götalandsregionen finns fem hälso- och sjukvårdsnämnder. Hälso- och sjukvårdsnämnder företräder befolkningen i sina respektive områden och beställer hälso- och sjukvård av olika utförare. I detta ingår att upprätta vårdöverenskommelser och genomföra upphandlingar av vård. Som beställare kan nämnderna välja att ge riktade uppdrag och medel till styrelserna inom de områden de vill satsa extra på.

I regionens budget 2017 har regionfullmäktige beslutat om ett antal strategiska och prioriterade mål samt fokusområden. Inga av dessa har en specifik koppling till cancervården, men cancervården berörs utifrån målen att *patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas* och att *den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten*

förbättras. Till regionfullmäktiges mål kopplar nämnder och styrelser aktiviteter. Därtill får nämnder och styrelser besluta om högst två prioriterade mål som är anpassade för verksamheten utöver de regionövergripande målen. Samtliga tre hälso- och sjukvårdsnämnder som omfattas av granskningen har antagit mål eller aktiviteter med koppling till cancervården i sina respektive dokument *Mål och inriktning 2017*. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har antagit aktiviteter utifrån nämndens eget mål om att *Invånarnas behov ska vara styrande för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges*. Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd har antagit aktiviteter utifrån ett av regionfullmäktiges mål. Södra hälso- och sjukvårdsnämnden har antagit aktiviteter utifrån att personer med cancer är en av de grupper som nämnden valt att prioritera i sitt mål- och inriktningsdokument. Aktiviteterna presenteras i nedanstående figur.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden	Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd	Södra hälso- och sjukvårdsnämnden
▸ Vårdgivarna ska följa regionens plan för standardiserade förlopp ▸ Stärka kontaktsjuksköterskornas roll ▸ Ta tillvara patientens uppfattningar om vården ▸ Följa det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och vara anslutna till och registrera i nationella kvalitetsregister	▸ Cancersjukvården måste tillförsäkras resurser för att möta det ökade behovet ▸ Patienter med långvarig cancer måste garanteras välfungerande vårdkedjor även under en längre tid ▸ Standardiserade vårdförlopp ska implementeras	▸ Minskning av antal personer som insjuknar i cancer ▸ Personer med cancer erbjuds en kunskapsbaserad vård och behandling med hög kvalitet som är tillgänglig i enlighet med regionens fastställda garantitider ▸ 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

Figur 1. Aktiviteter kopplade till cancervården i nämndernas Mål och inriktning 2017.

Utöver att besluta om aktiviteter har hälso- och sjukvårdsnämnderna under året valt att göra särskilda satsningar på cancervården och följt upp tillgängligheten för cancerpatienter.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade vid sitt sammanträde 2016-10-28 att godkänna vårdöverenskommelse 2017 med NU-sjukvården. I vårdöverenskommelsen har nämnden gjort en beställning till NU-sjukvården att cancersjukvården ska utvecklas. Utifrån detta har NU-sjukvården ett antal åtaganden såsom att genomföra standardiserade vårdförlopp och stärka kontaktsjuksköterskornas roll.

Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd godkände 2016-10-28 en vårdöverenskommelse 2017 med styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset. I överenskommelsen framkommer att Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd finansierar en tillgänglighetssatsning till Sahlgrenska Universitetssjukhuset för barn- och cancervård om totalt 20 mnkr. Vad gäller satsningen på cancervården ska finansieringen enligt överenskommelsen användas till ökad kapacitet vid

cancergenetisk mottagning, protonstrålning vid Skandionkliniken i Uppsala[1] samt material till onkologisk behandling och kirurgi. Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd beslutade 2017-10-17 att avsätta 10 mnkr som en engångssatsning till Sahlgrenska Universitetssjukhuset för gruppen cancersjuka som i första hand rör extra kostnader för protonstrålning vid Skandionkliniken i Uppsala. Användningen kommer enligt beslutet bli föremål för uppföljning i början av 2018.

Södra hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att godkänna delårsrapport 1 år 2017 vid sitt sammanträde 2017-04-27. I rapporten framgår att tillgängligheten för patienter med välgrundad misstanke om cancer försämrades i slutet på 2016. I november 2016 fick 85 % av patienterna med välgrundad misstanke om cancer ett läkarbesök inom 14 dagar, vilket var sjukhusets lägsta måluppfyllelse sett till ett år tillbaka. I nämndens delårsrapport 2 framkommer att det fortsatt var 85 % som fick ett läkarbesök inom 14 dagar per juli 2017.

2.3. Sjukhusstyrelsernas styrning och uppföljning

Sjukhusstyrelserna ansvarar för att vården utförs enligt vårdöverenskommelserna samt lagar och förordningar. Sjukhusstyrelserna förfogar därmed över genomförandet av vården.

Styrelsen för NU-sjukvården och styrelsen för SU har inte antagit några specifika aktiviteter kring cancervården i sina respektive detaljbudgetar för 2017. Däremot har styrelsen för SÄS brutit ner ett av regionfullmäktiges mål till följande aktivitet:

- Genom etablerandet av de standardiserade vårdförloppen kommer sjukhuset för cancerdiagnoserna att fortsatt korta ledtiderna från diagnos till behandling

Utöver detta har styrelserna följt upp cancervården genom delårsrapporter och begärt övrig uppföljning vid sammanträdena. En redogörelse för detta presenteras nedan.

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade att godkänna delårsrapport 2 för 2017 vid nämndens sammanträde 2017-09-29. I rapporten framkommer att 6 av 31 anmälningar avseende Lex Maria under årets första månader avsåg försenad diagnos av cancer. Fyra av fördröjningarna inträffade på endoskopimottagningen. Enligt delårsrapporten kan det kopplas till kösituationen inom verksamheten. I delårsbokslutet framkommer också att NU-sjukvården har infört standardiserade vårdförlopp enligt plan men att det kvarstår utmaningar för att nå målet att 80 % av patienterna ska utredas inom uppsatta måltider. Enligt delårsbokslutet utgör tillgängligheten till patologi den största flaskhalsen där intensivt arbete pågår för att rekrytera och utveckla interna processer. Intervjuad ordförande och vice ordförande beskriver att diskussioner förts kring eventuella undanträngningseffekter. Det framkommer också att styrelsen har svårt att hitta sin roll i cancervårdsstyrningen. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen agerar ofta via RCC direkt till verksamheten, vilket är en konsekvens av den politiska organisationen enligt de intervjuade.

Styrelsen för SU fick information om att införandet av SVF innebär en mycket stor utmaning för verksamheterna i styrelsens delårsrapport 1 för 2017. I rapporten framkommer att antalet patienter inom SVF kan komma att öka vilket riskerar att skapa undanträngningseffekter inom

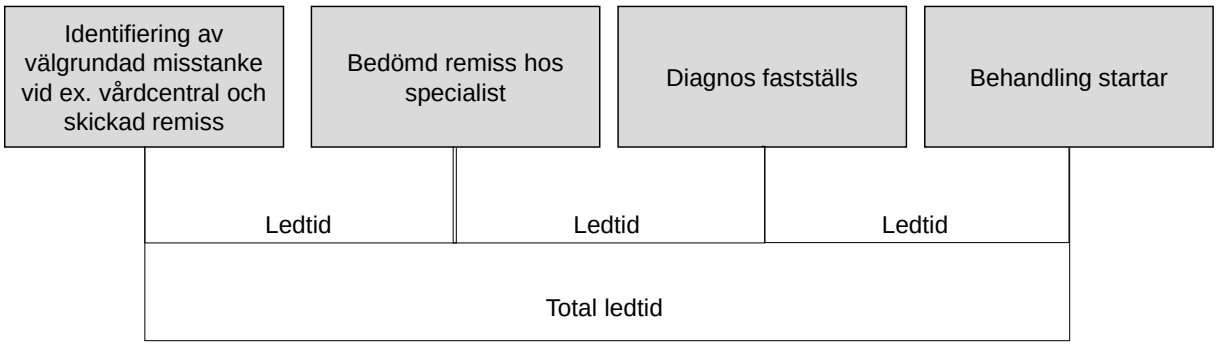
[1] Protonstrålning används för att förhindra skador på andra organ vid strålbehandling.

de diagnostiska och terapeutiska verksamheterna. Styrelsen har i delårsrapporten också följt upp cancergarantin som innebär att patienter vid välgrundad misstanke om cancer ska erbjudas läkarbesök inom 14 kalenderdagar från remissankomst. Detta uppnåddes i olika omfattning av specialiteterna, mellan 88-100 %. Inom urologin fick 88 % tid inom cancergarantin i mars 2017. Enligt delårsrapporten beror det på att verksamheten under första kvartalet hade svårt att hitta en balans mellan förbokade tider för första besök och tider för återbesök. Cancergarantin följdes även upp i delårsrapport 2 som styrelsen godkände 2017-09-29. En större andel av patienterna fick då besök inom garantitiden, mellan 91-100 %. Lägst andel var även denna gång inom urologin. Styrelsen beslutade i oktober 2016 att uppdra åt sjukhusdirektören att utreda hur tillgängligheten kunde öka inom urologin. En muntlig redovisning presenterades vid styrelsens sammanträde 2017-05-24. Utifrån revisionsrapporten *Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning* beslutade styrelsen 2017-05-24 att uppdra åt sjukhusdirektören att säkerställa de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för klinisk patologi och radiologi. Detta för en såväl kortsiktig som långsiktig förbättrad tillgänglighet av undersökningar och diagnostik med särskild tonvikt på de standardiserade vårdförloppen. En uppföljning av förbättringsarbetet ska redovisas till styrelsen i april 2018. Ordföranden beskriver också i intervju att styrelsen regelbundet följer ledtider för olika verksamheter, men inte specifikt för cancervården.

Styrelsen för SÄS besvarade revisionsrapporten *Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning vid* sitt sammanträde 2017-03-23. Vid mötet beslutade styrelsen att ge sjukhusdirektören i uppdrag att återkomma med en uppföljning kring effekterna av vidtagna åtgärder och beslut. En sådan uppföljning presenterades vid styrelsens sammanträde 2017-09-21 vilken visade att ledtiderna inom patologin har förbättrats. Detta efter rekrytering av en specialist och en biomedicinsk analytiker. Av uppföljningen framgår också att vissa undanträngningseffekter kan ses när alla SVF:er är införda vilket beskrivs som ett förbättringsområde. Intervjuad ordförande uppger att styrelsen får bra med information om hur läget ser ut med införandet av SVF och att de problem som finns till största del handlar om kompetensförsörjningsproblem.

2.4. Verksamheterna för statistik över ledtider på olika sätt

Syftet med de standardiserade vårdförloppen är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Inom respektive SVF finns ett antal stipulerade ledtider. Ledtiderna är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling. Uppdraget till de medicinska specialistgrupper som utformat respektive SVF har varit att inte ta hänsyn till nuvarande organisation, resursbegräsningar och arbetssätt utan varje landsting ansvarar för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande. Nedanstående bild visar hur uppföljningen av ledtider är uppbyggd. Bilden är en förenkling; det verkliga förloppet kan se ut på många olika sätt beroende på cancerform och sjukhus. Det finns också fler ledtider än vad som illustreras nedan.



Figur 2. Illustration över uppföljningen av ledtider.

Inom Västra Götalandsregionen finns också en regional vårdgaranti för cancer som anger att vuxna med välgrundad misstanke om cancer ska erbjudas besök hos specialistläkare inom 14 dagar, räknat från det datum då vårdbegäran initierats.

Landsting och regioner ska rapportera datum för start av SVF och slut av SVF (total ledtid) till en nationell väntetidsdatabas. Övriga ledtider inom förloppet rapporteras inte till den nationella databasen. Landstingen kan följa delledtiderna för sin interna styrning. Landstingen har därtill en IT-plattform med kvalitetsregister på cancerområdet, kallat INCA. Det är ett register som möjliggör uppföljning av vad som utförs i sjukvården för alla patienter i landet inom ett specifikt diagnosområde.

Kopplat till INCA finns ett lokalt vårdregister som heter SVF-INCA. Registret är uppbyggt som ett patientkoordinerings- och uppföljningsverktyg där datum för respektive utfört moment inom SVF sammanställs. På så sätt dokumenteras alla ledtider inom vårdprocessen. Inom RCC Väst har man påbörjat ett arbete med att implementera SVF-INCA men det är ännu upp till varje klinik om de vill rapportera i registret. För SVF som omfattas av den här granskningen används SVF-INCA i den utsträckning som framgår av tabellen nedan.

Cancerform	Använt SVF-INCA under hela 2017	Använt SVF-INCA sedan maj 2017	Använder i dagsläget inte SVF-INCA
Bröstcancer	SU	NU	SÄS
Lungcancer		SU och SÄS	NU
Prostatacancer	NU och SU		SÄS
Cancer i urinvägarna	NU och SU		SÄS

Tabell 1. Användning av SVF-INCA. Källa: Produktägare SVF-INCA i RCC Väst.

Sammantaget varierar alltså tillgången till ledtidsdata mellan olika SVF och olika sjukhus inom regionen. De kliniker som använder SVF-INCA har mer detaljerad data över ledtider än de som ännu inte använder registret. I viss utsträckning följer övriga kliniker ledtider inom processerna på andra sätt såsom genom besöksplaneringsdokument och statistik från journalsystem. Visst utvecklingsarbete pågår inom ramen för SVF-INCA men det finns ännu

inga krav på klinikerna att använda registret[2]. Att dokumentera i SVF-INCA innebär en dubbeldokumentation vilket är en av orsakerna till att alla inte gör det. En annan förklaring kan enligt intervjuad verksamhetschef för RCC Väst vara att de olika sjukhusen historiskt har gjort olika val av IT-stöd vilket i sin tur påverkar förutsättningarna för dokumentation och överföring av data.

2.5. Sjukhusen litar inte fullt ut på den statistik som finns idag

Vid samtliga tre sjukhus har vi stött på synpunkter om att det är svårt att använda ledtidsstatistiken för utveckling och åtgärder. Skälet är att det finns kvalitetsbrister i data. Vissa enheter har gjort egna parallella analyser som visar på andra resultat än INCA. Urologen vid SÄS är ett exempel där processledare beskriver att de gått igenom 36 patienter och kommit fram till helt andra slutsatser än vad som framgår av INCA-registrets ledtider.

Verksamhetschefen för RCC menar att IT-stöden och kvalitetssäkring av data inte var färdigutvecklat vid starten 2015 vilket det fanns vetskap om. Om målsättningen hade varit att det skulle vara fullt färdigutvecklat hade man fått skjuta på starten i flera år.

2.6. Ledtidsmålen ses delvis som orealistiska och som en utgångspunkt för ett lärande

I föregående avsnitt ser vi att ledtidsmålen inte uppnås för alla patienter. Det kan även konstateras att ledtidskraven skiljer sig kraftigt mellan olika SVF:er. Vi har ställt frågor till intervjupersonerna om hur de förhåller sig till ledtidsmålen. Av dessa intervjuer framgår att skillnaderna mellan de olika ledtiderna inte kan förklaras utifrån medicinska bedömningar. Varje specialistgrupp som utformat respektive SVF har oberoende av andra grupper tänkt vad som kan vara önskvärt och möjligt att genomföra givet att full kapacitet är tillgänglig.

Den helt dominerande uppfattningen är att det förmodligen är orealistiskt att tänka sig att 100 procent av patienterna ska kunna få diagnostik och behandling inom ledtidskraven. SVF beskrivs som ett lärande där anpassningar behöver ske utifrån vad som är möjligt resursmässigt, flödesmässigt och tekniskt.

Intervjuad verksamhetschef för RCC Väst menar att ledtidsmålen med all sannolikhet kommer att revideras efter de förutsättningar som råder.

2.7. Bedömning

Vår bedömning är att både sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsstyrelsen håller sig informerade om hur införandet av de standardiserade vårdförloppen fungerar. Ledtider följs kontinuerligt, både generellt och specifikt för SVF-processerna. De diagnostiska resurserna patologi och radiologi uppmärksammas och sjukhusstyrelserna har initierat åtgärder för att förbättra situationen för patologi. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har överblick över

[2] Jämförelsevis är kodning i SVF-INCA är ett krav i Stockholms Läns landsting (se cancercentrum.se/stockholm-gotland).

cancervården via ledningsgruppen och den projektgrupp för införandet av SVF som är kopplad till ledningsgruppen.

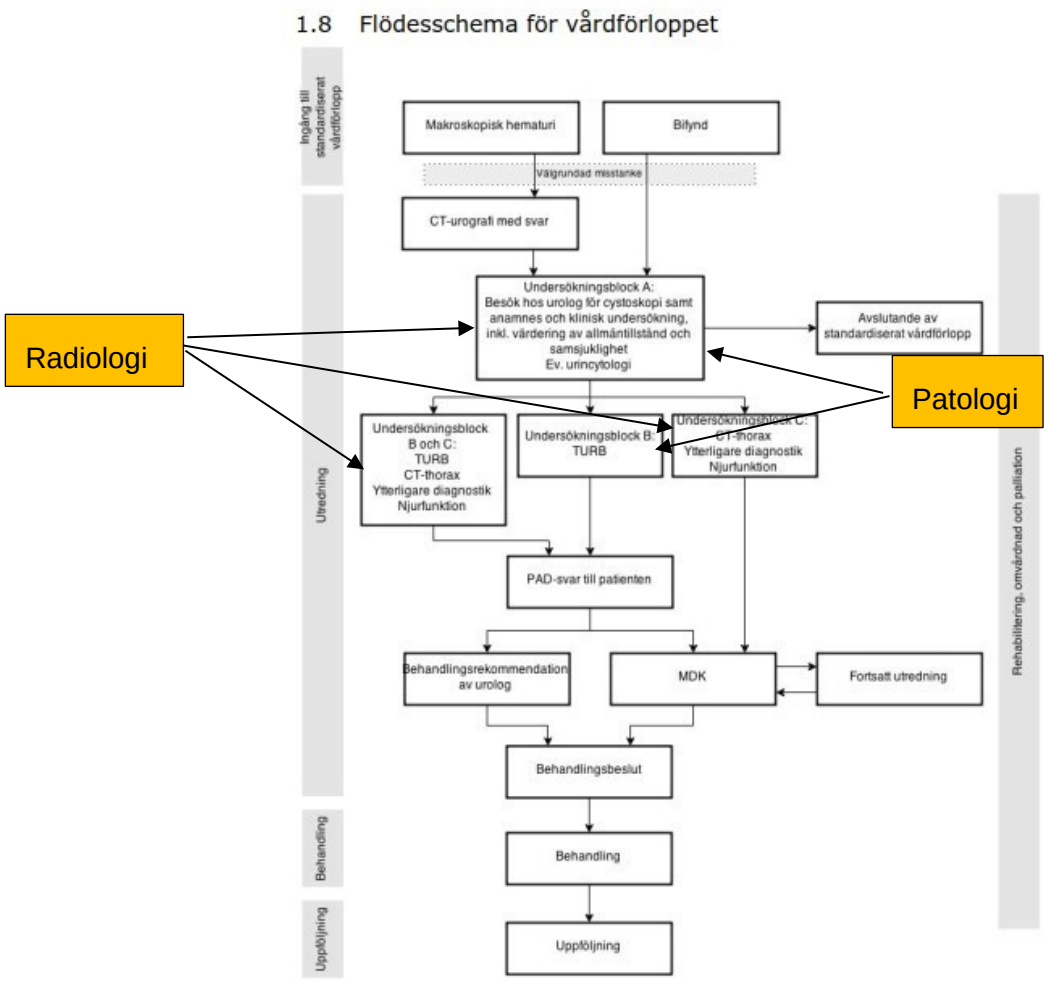
Vidare är bedömningen att produktionsstatistiken behöver förbättras både vad gäller administrativ effektivitet och kvalitetssäkring av data. Det är centralt att verksamheterna enkelt kan ta fram tillförlitlig data för att åtgärda både kortsiktiga och långsiktiga problem. Lika viktigt är det att hanteringen inte genererar för mycket administration för sjukvårdspersonalen.

För det tredje är bedömningen att uppföljning och analys bör göras av de faktiska ledtiderna eftersom de i flera fall inte ligger inom SVF-kraven och att styreffekten av SVF:s ledtidskrav är svag eller i alla fall skiftande inom verksamheterna.

3. Diagnostiska specialistfunktioner samt onkologi

De standardiserade vårdförloppen ska styra processen fram till start av behandling. Två mycket centrala funktioner i detta förlopp är patologi och radiologi. I detta avsnitt beskrivs de båda verksamhetsområdenas kapacitetssituation i förhållande till SVF. Generellt kan sägas att cancerdiagnostik utgör den helt dominerande delen av patologens verksamhet. Cancerdiagnostiken utgör däremot inte den dominerande delen av radiologins verksamhet, även om det skiljer sig mellan SU å ena sidan och NU och SÄS å den andra sidan. SU:s radiologi består av en större andel cancerdiagnostik än vid NU och SÄS. Sammantaget innebär detta att de olika verksamheterna i olika grad har påverkats av införandet av SVF.

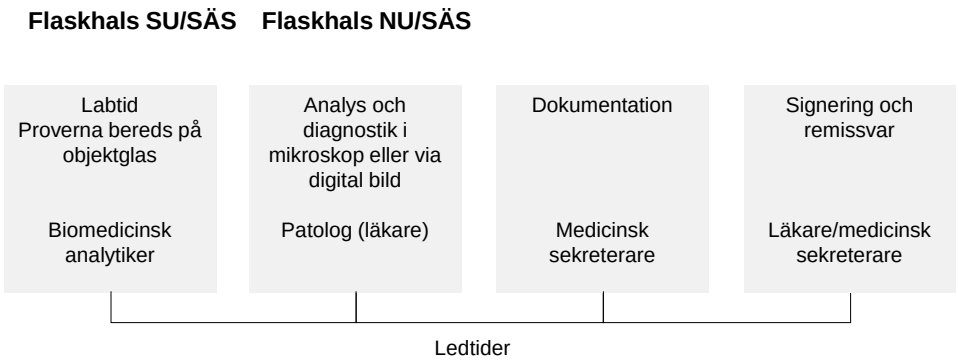
I nedanstående bild utgör processbeskrivningen för SVF Urinvägscancer ett exempel som visar att både patologi och radiologi är viktiga stationer för att utredningsförloppet ska fortskrida i önskad takt.



Figur 3. Processbeskrivning för SVF. Källa: Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna, beskrivning av standardiserat vårdförlopp. December 2015.

3.1. Patologi

Patologen utför PA (patologisk-anatomisk diagnos) vilket är en mikroskopisk undersökning av vävnadsprov. En grov beskrivning av analysprocessen är att den består av fyra delprocesser. De olika laboratorierna vid sjukhusen har flaskhalsproblem vid olika skeden i processen vilket framgår av figuren nedan.



Figur 4. Illustration av analysprocessen inom patologi.

Inom SU beskrivs tiden för att bereda proverna på objektsglas som en flaskhals. Inom NU-sjukvården är det istället patologens analys och diagnostik som beskrivs som en flaskhals. Tiden för lab och diagnostik är också tröga delar i flödet för patologen vid SÄS, även om intervjuad chef uppger att man generellt har ett bra flöde. Inom SÄS har en medicinsk sekreterare anställts för att undvika flaskhalsar inom dokumentation, signering och remissvar. Detta gjordes för att bibehålla ett snabbt flöde och minimera riskerna för att färdigdiagnosticerade prover fastnade inom administrationen.

Processen är beroende av att det finns tillräckligt med adekvat utrustning och kompetens. Beredningen av vävnadsproverna kan vara olika komplicerade och i vissa fall kan proverna behöva göras om. En viss del av proverna vid NU och SÄS skickas till SU för *second opinion* och då skickas objektglasen eller proverna med bil. Nedan framgår en beskrivning av nuläget vid respektive patologiskt laboratorium vid sjukhusen.

Patologi NU-sjukvården	
Kompetensförsörjning	Verksamheten har haft brist på patologer under våren och sommaren 2017 vilket gjort verksamheten sårbar. Situationen har förbättrats under hösten men patologen är alltjämt sårbar. Flaskhalsen finns alltså i diagnosfasen av flödet. De remitterande klinikerna beskriver läget som problematiskt även om ledtiderna blivit kortare efter sommaren med hjälp av en anställd pensionär och inhyrda patologer.
Prioriteringar	Verksamhetschef för patologen uppger att verksamheten försöker gå efter rekommenderad svarstid för de olika SVF:erna men utifrån nuvarande kapacitetsbrist behandlas alla SVF på samma sätt. Patologerna är inte specialiserade på vissa SVF. En person sorterar remisserna och bevakar de olika remittenternas behov av svar.

	Remittenterna märker vissa remisser som snabbsvar vilket prioriteras. När ledtiderna blir längre ökar telefontiderna med remittenterna.
Hur klaras ledtidskraven?	Det är få ledtidskrav som uppfylls utifrån de krav som ställs i SVF. Man försöker istället utgå från hur processen ser ut på urologen, bröstcentrum, lungmedicin med mera med målet att vårdprocessen inte ska försenas. ”Det viktiga är att de har svaret innan de ska träffa patienten”. Det är svårt att förstå varför de olika ledtidskraven ser ut som de gör i olika SVF, enligt intervjuad verksamhetschef. Vid intervjutillfället i slutet på september arbetar en hyrläkare med att beta av de köer som finns. Som längst är ledtiden 40 dagar mot tidigare 10 dagar.
Undanträngningseffekter?	Någon märkbar ökning av volymerna i samband med SVF:s införande har inte registrerats. Det som har förändrats är att de prover som är lågt prioriterade får vänta längre än tiden innan SVF. Det är det som benämns som undanträngningseffekt.
Remittenternas uppfattningar om ledtider	Bröstcancer: Bröstcentrum uppger en avsevärd försämring i samband med SVF:s införande. Cellprover kan dock analyseras på plats men biopsier tar för lång tid. Prostatacancer: Svaret på biopsier dröjer för länge och är ofta inte framme då de träffar patienten. Läget var något förbättrat vid intervjun i slutet på september. Cancer i urinvägarna: För SVF-patienter kommer svar inom 6 dagar. Kravet är 4 dagar men det spelar ingen medicinsk roll. Däremot får andra patienter, exempelvis återfallspatienter, vänta alldeles för länge med svar från patologen. Lungcancer: Svaret på biopsier kommer ofta inom 7 dagar men sedan tar det i regel 7 dagar till för att få reda på vilken typ av cancer. Komplett svar kan ta upp till 21 dagar. Det bedöms inte vara medicinskt allvarligt men leder till mycket oro hos patienten.

Patologi SÄS	
Kompetensförsörjning	Kompetensförsörjning är tillfredsställande. De extraresurser som kommit i samband med SVF har använts till att anställa en medicinsk sekreterare, specialistläkare och biomedicinsk analytiker.
Prioriteringar	Det sker ingen prioritering mellan olika SVF:er utan alla behandlas i ett och samma flöde. En läkare har ansvar för SVF:er varje dag.
Hur klaras ledtidskraven?	År 2014 hade verksamheten stora problem med långa ledtider. Ett utvecklingsarbete initierades för att effektivisera processen inom laboratoriet. Bland annat är daglig styrning infört för att ha en aktuell bild av flödet av prover. Målet i verksamhetsplanen är att alla prover ska vara processade på laboratorium inom 4 dagar. Detta uppnås

	enligt intervjuad chef. Ledtiden inom SVF omfattar även dock tiden för diagnostik där man inte alltid uppnår ledtiden. De olika SVF:ernas ledtidskrav bildar inte utgångspunkt för styrningen utan målet gäller alla prover och det är huruvida remittenten är nöjd som är styrande.
Undanträngningseffekter?	Andelen remisser där snabbsvar begärs har ökat från 10 till 20 procent. Det har medfört att lågt prioriterade prover riskerar att få vänta längre än tidigare eftersom SVF-märkta remisser alltid prioriteras. Enligt intervjuad chef har dock lågt prioriterade prover en kortare svarstid nu jämfört med innan SVF. Det beror på de tidigare nämnda åtgärderna med fler resurser och daglig styrning.
Remittenternas uppfattningar om ledtider	Prostata och urinvägscancer: Svarstiderna är inte så korta att de vågar boka besöket inom två veckor efter att provet tas.

Patologi SU	
Kompetensförsörjning	Det finns en brist på vissa patologer. Till skillnad från NU och SÄS är denna verksamhet subspecialiserad vilket gör att olika SVF-remisser går till olika sektioner. Den största bristen på patologer är vid bröst- och gastrosektionerna. Det är även svårt att rekrytera biomedicinska analytiker (BMA) och medicinska sekreterare. Personalen är generellt överarbetad på grund av köer och svårarbetade lokaler. Ombyggnad är planerad till år 2018 men helt nya lokaler är planerade till år 2023. Söktrycket till ST-tjänstgöring inom patologin är dock högt vilket bådar gott för framtida kompetensförsörjning.
Prioriteringar	SVF utgör ca 15 procent av alla prover. Varje sektion hanterar sina remisser och prioriteringar. I labtidsfasen görs inga prioriteringar av SVF, däremot kan patologen göra en sådan prioritering i granskningsfasen. Det finns SVF:er där det inte finns skäl att ha så bråttom. Ett exempel är hudprover där man skurit brett för att ha bred marginal. Tidigare var ledtiden för dessa två veckor men nu har man förhandlat sig till ett krav på längst fyra veckor. Båda parter är överens om att detta inte påverkar de medicinska riskerna. Hälften av de maligna proverna kom från remisser som inte var SVF-märkta.
Hur klaras ledtiderna?	Även här uppges att det är svårt att förstå olikheterna mellan ledtidskraven inom olika SVF. Sektionerna särbehandlar inte SVF-proverna utan strävar efter att få ledtiden för alla prover att vara korta. De administrativa kostnaderna för att särbehandla SVF var för stora. Risken finns att exempelvis barnleukemier skulle bli undanträngda.

	På SU är flaskhalsen labtiden. Det beror dels på underbemanning av BMA, dels på trånga lokaler vilket inte möjliggör parallellkörning i önskad omfattning. För de fyra diagnoserna i denna granskning skiftar ledtiderna till svar mellan 6 dagar upp till flera veckor. Istället för att låta SVF-märkningen styra flödet uppmanar patologin remittenterna att ange snabbsvar oavsett om det är SVF eller ej. Snabbsvaren utgör för närvarande ca 20 % av remisserna vilket bedöms fungera. Om de ökar i andel försvinner effekten. Snabbsvar är dyrare.
Undanträngningseffekter?	De intervjuade menar att de tidigt såg att det skulle bli en undanträngningseffekt om de särbehandlade SVF:er. Det skulle sänka effektiviteten på labbet som helhet. Därför har SVF inte särbehandlats.
Remittenternas uppfattningar om ledtider	Bröstcancer: Första biopsin tar 1 – 2 veckor och efter operationen tar det upp till fyra veckor vilket inte är acceptabelt ur medicinsk synvinkel. Prostatacancer: Svar fås inom 8-10 dagar men det räcker inte för att kunna ha svaret tills nästa besök med patienten. Mycket sårbart om någon personal är sjuk eller är hemma för vård av barn. Då kan det ta två veckor. Cancer i urinvägarna: Situationen är ansträngd och man vet att patologen har personalbrist på labsidan. När cancern misstänks vara aggressiv begärs snabbsvar trots att det är dyrare. Lungcancer: När man gick in i SVF var patologin en stor flaskhals men efterhand har situationen blivit bättre, även om ledtiderna för SVF inte nås.

Inom regionen pågår ett arbete med att implementera så kallad E-patologi. Det innebär att vävnadsprovet fotograferas digitalt och att granskningen kan ske vid datorskärm istället för i mikroskop. Vid laboratorierna pågår försöksverksamhet med denna utrustning. Förhoppningarna är stora att om en betydande volym av prover kan granskas digitalt så kan man lättare utnyttja ledig kapacitet. Idag är granskningsfasen starkt bunden till det fysiska laboratoriet.

3.2. Radiologi

Vid alla fyra cancerformer genomförs radiologiska undersökningar som tillsammans med vävnadsprov bildar underlag för diagnosmeddelandet till patienten samt för multidisciplinär konferens (MDK) då behandlingsstrategin läggs upp. De radiologiska undersökningarna utförs med olika så kallad modaliteter, det vill säga som vanlig röntgen, CT-skanning eller magnetröntgen. Vid samtliga granskade enheter har de olika cancerprocesserna förbokade

tider vid radiologen. Koordinatorerna vid remittenternas kliniker bokar in patienter på dessa tider. Det gäller dock inte för lungcancer vid NU-sjukvården där radiologen bokar in tiderna.

Radiologi NU-sjukvården	
Kompetensförsörjning	Radiologin är underbemannad och beroende av hyrläkare. Granskning köps utomlands men inte för SVF eftersom de kräver korta ledtider.
Prioriteringar	Radiologin prioriterar alla SVF. Det finns ingen konkurrens mellan olika SVF:er.
Hur klaras ledtiderna?	Ledtiderna till prostatacancer och cancer i urinvägarna ligger nära eller helt inom SVF-kraven. Det gäller däremot inte för bröst- och lungcancer där medelvärdena kan ligga mellan 12-15 dagar. Många förbokade SVF-tider utnyttjas inte vilket kräver mycket administration att utnyttja dessa tider till andra patienter.
Undanträngningseffekter?	De remisser som inte är SVF-märkta får vänta längre än tidigare enligt intervjuad chef.

Radiologi SÄS	
Kompetensförsörjning	Radiologin är beroende av cirka 40 veckor hyrläkare per år men behovet beräknas vara noll inom ett och ett halvt år. Man köper viss extern granskning, 800 CT-undersökningar samt 1000 MR-undersökningar per år.
Prioriteringar	Radiologin prioriterar SVF men har samma ledtidsmål för alla undersökningar vilket gör prioritering till en mindre fråga.
Hur klaras ledtiderna?	Radiologin klarar SVF-tiderna för mellan 85 – 90 procent av patienterna. SVF utgör ca 2 procent av hela verksamheten. Radiologin använder daglig styrning. Förbokade tider upplevs fungera bra.
Undanträngningseffekter?	Radiologin ser i princip inga undanträngningseffekter vilket beror på att det inte finns någon köproblematik.

Radiologi SU	
Kompetensförsörjning	Vissa sektioner har vakanser avseende radiologer. Granskning köps inte externt men undersökningar köps ibland av andra sjukhus i regionen på grund av sjuksköterskebrist.
Prioriteringar	SVF prioriteras av respektive sektion. Ingen konkurrens mellan olika SVF:er. Arbetar sektionsvis mot respektive remittent.
Hur klaras ledtiderna?	Radiologin klarar i stort sett ledtidskraven i SVF. Det är dock oklart varför olika SVF kommit fram till så olika tidskrav. Radiologin sluter överenskommelse med respektive remittent. Problem uppstår när

	remisserna inte är SVF-märkta av någon anledning. Det kan vara återfall och då kan det dra ut på tiden. Det händer också att svaret dröjer i avvaktan på signering men remittenten kan läsa svaret ändå. Förhandsbokade tider fungerar i stort sett bra. Remittenternas koordinatorer administrerar dessa tider. Enligt intervjuad verksamhetschef är det största kapacitetsproblemet deltagande i MDK. Detta kräver förberedelser och tar mycket tid.
Undanträngningseffekter?	Radiologernas medverkan i MDK för cancerdiagnostiken kan få effekten att andra undersökningar får vänta längre på att bli genomförda, granskade eller signerade.

De intervjuade uppger att det är något fler patienter som undersöks efter att SVF införts. Det beror på att kriterierna för misstanke om cancer har vidgats för att inte missa några cancerfall. Det finns synpunkter på att vissa undersökningar görs helt i onödan. Exempelvis ska ibland både CT och MR göras på vissa patienter för att upptäcka metastaser. Om då MR inte visar något anses CT vara meningslösa att göra.

Det förekommer cancerpatienter som kan få vänta på undersökning eller där granskningen dröjer. Det är de som får symtom på återfall och behöver diagnosticeras. Då SVF-märks inte remissen. Problemet uppstår inom NU och inom vissa sektioner på SU eftersom det finns köproblematik. Vid SÄS är däremot detta inte ett stort problem eftersom samtliga undersökningar, eller den dominerande delen, genomförs med korta ledtider.

Vid samtliga tre sjukhus medverkar representanter för radiologin i de samverkansforum som finns för SVF och cancervården.

3.3. Onkologiska resurser

SVF avser vårdprocessen fram till start av första behandling. Det innebär att onkologi, liksom operation och andra behandlingsresurser, är en behandlingsform och ligger efter SVF-förloppet. De onkologiska resurserna är organisatoriskt koncentrerade till SU när det gäller strålning. Det finns strålningskapacitet i SÄS men verksamheten ligger organisatoriskt under SU. Vid intervju med hälso- och sjukvårdsdirektör samt med ordföranden i styrelsen för SU framgår att strålningskapaciteten är en betydande flaskhals och att den resursen är föremål för uppmärksamhet från både SU:s styrelse och hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Det har i granskningens intervjuer med processledare inte framkommit att onkologiska resurser har varit någon betydande orsak till utdragna ledtider. Vid intervjuer framkommer att cytostatikabehandling kan bli fördröjd på grund av brist på sjuksköterskor. De medicinska effekterna kan variera beroende hur länge det fördröjs och vilken cancerform det avser. Denna granskning kan inte precisera hur stor denna risk är.

3.4. Vår bedömning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Lagen anger också att varje patient som vänder sig till hälso- och

sjukvården snarast ska ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om inte det är uppenbart obehövligt.

I granskningen framkommer avseende patologi att alla tre laboratorier har svårigheter att klara de ledtidskrav som finns i SVF:erna. I de flesta fall är SVF:ernas ledtidskrav inte styrande. Istället är det remittentens önskemål och bedömning av den enskilde patienten som är utgångspunkt för prioritering och styrning. Detta sker på olika sätt. Antingen med en snabbsvarsbeställning vilket är dyrare, eller med uppgift om när svar önskas på varje remiss. Laboratorierna försöker på olika sätt minimera skadan av en trång sektor och dessutom minska undanträngningseffekter eller det faktum att lågt prioriterade prover får långa svarstider.

Granskningen visar att införandet av SVF har haft störst betydelse för radiologin inom NU-sjukvården, där det även är störst personalbrist och en köproblematik. Det är främst avseende bröstcancer och lungcancer som ledtiderna inte uppnås. Inom SÄS och SU uppnår radiologin i stort ledtiderna i SVF. I SÄS fall beror det på att det inte finns någon köproblematik inom radiologin.

Vår bedömning är att både styrelser och verksamheter uppmärksammat bristerna inom patologin. Styrelsen för NU-sjukvården och SÄS har följt tillgängligheten till patologi i delårsbokslutet och särskilda rapporteringar. Styrelsen för SU har uppdragit åt sjukhusdirektören att säkerställa de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för klinisk patologi. Åtgärder har även vidtagits inom verksamheterna, med bland annat förbättringar inom SÄS. Det kvarstår arbete för att säkra kompetensförsörjning inom NU och lokalförhållandena inom SU.

Inom radiologin är problemen störst vid NU-sjukvården. Styrelsen för NU-sjukvården bör initiera fortsatta aktiviteter för att minska sårbarheten vid radiologin.

HSS har vidtagit åtgärder för att förbättra tillgängligheten till de diagnostiska och onkologiska resurserna. I februari 2017 gav HSS ett uppdrag till RCC Väst om att utreda behovet av strålbehandling för de kommande tio åren. HSS har också initierat utredande och utvecklande åtgärder kring områdena patologi och radiologi, däribland införandet av E-patologi.

4. Konsekvenser av SVF – undanträngningseffekter

Socialstyrelsen följer och utvärderar införandet av standardiserade vårdförlopp och en av de frågor som bevakas är undanträngningseffekter. Den arbetsdefinition av begreppet som Socialstyrelsen (SoS) använder är[3]:

> *Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter, medvetet eller omedvetet, ges vård före patienter som har högre prioritet*

Socialstyrelsen beskriver i sin uppföljningsrapport i november 2016 att begreppet undanträngning saknar en enhetlig och allmänt känd definition, vilket gör att olika aktörer gör olika tolkningar. Vi kan bekräfta det i denna granskning. Flera av de intervjuade är tveksamma till begreppet och i några fall har vi fått beskrivningar av undanträngningar men inte utifrån ovanstående definition. Det har då snarare handlat om att SVF har förändrat prioriteringen i den kö som redan finns.

SVF- patienter ska prioriteras och det är ett politiskt förankrat beslut. Det innebär dock att en patient som inte känner symtom, men som kan misstänkas ha cancer, snabbare får ett läkarbesök än en patient med mindre livshotande sjukdom men med stora smärtor och sociala problem. Det är den typen av prioriteringsdilemman som de intervjuade processledarna ger uttryck för. Dilemmat förstärktes i samband med införandet av SVF eftersom ”tratten” gjorts ganska bred för flera vårdförlopp. Det bör betonas att problemet blir en ickefråga i de verksamheter som lyckas ha balans mellan inflöde och utflöde och där köbildning inte uppstår.

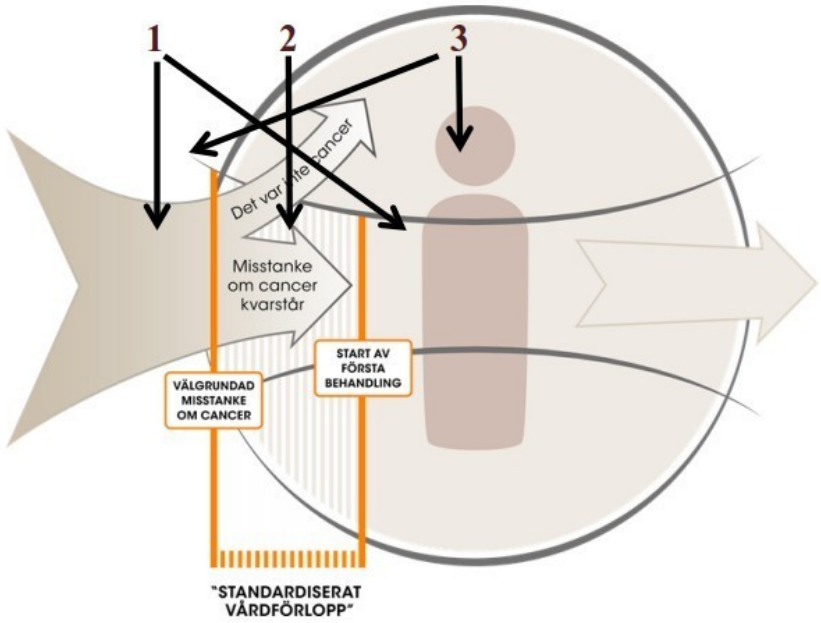
Socialstyrelsen beskriver vidare i sin uppföljningsrapport att undanträngning är förknippat med prioritering. De etiska principerna som gäller för prioritering är *människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen* och *kostnadseffektivitetsprincipen.* Den första anger hur man inte ska prioritera. Den andra innebär att om prioriteringar måste ske mellan olika effektiva åtgärder ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, det vill säga patienterna med svårast tillstånd och sämst livskvalitet, Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid val mellan åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas. För att komplicera det ytterligare anförs ofta termen medicinskt behov vilket kan sägas vara ett snävare begrepp än behovssolidaritetsprincipen. Det är i förhållande till behovssolidaritetsprincipen/medicinskt behov som det är relevant att diskutera undanträngning som konsekvens av SVF.

Socialstyrelsen utgår från ovan nämnda definition och analyserar undanträngningseffekter före, under och efter den del av vårdförloppet som SVF styr. Se figur nedan.

[3] Standardiserade vårdförlopp i cancervården Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen nov 2016

Olika typer av undanträngning som riskerar uppstå vid införande av SVF:

1. Undanträngning av andra delar inom vårdförloppet
2. Undanträngning inom samma patientgrupp samt de som inte passar in/klarar av/vill följa SVF
3. Undanträngning av annan vård, både vertikalt och horisontellt



Figur 5. Undanträngningseffekter som riskerar att uppstå vid SVF. Källa: SoS rapport, s. 40.

Exempel på undanträngning i den första gruppen som ges i rapporten är patienter med återfall. I denna granskning har vi sett detta problem både inom patologin och radiologin men även vid flödet på specialistklinikerna. De remisser som avser återfall blir inte SVF-märkta.

I den andra gruppen kan det vara patienter som närmar sig de uppsatta tidsgränserna och prioriteras före de som har mer tid kvar till tidsgränsen. De diagnostiska verksamheter som ingår i denna granskning har i viss mån försökt eliminera detta genom att inte utgå från SVF-ledtiderna utan från remittentens bedömning av om det finns medicinska skäl att skynda på ett provsvar. Radiologen vid SÄS har till stor del eliminerat problemet genom att sätta mål om korta ledtider för alla prover.

I den tredje gruppen handlar det om att resurssatsningar till SVF-flödet medför att resurser begränsas till andra områden, utan att det skett efter medvetna prioriteringar. Ett exempel i SoS:s rapport är patienter eller tillstånd med inflammatoriska tarmsjukdomar. I denna granskning har vi stött på liknande exempel vid urologklinikerna gällande patienter med övriga benigna urinvägsbesvär som kan vålla smärta och dålig livskvalitet.

I den uppföljningsrapport som SoS presenterade i november 2016 framgår att riskerna för undanträngningseffekter till följd av SVF finns tydligast inom diagnostisk verksamhet. I förra avsnittet framgick att framför allt patologen vid NU och SÄS uppgav att lågt prioriterade remisser får vänta längre än tidigare. Detta är dock inte undanträngning utifrån definitionen

ovan utan en konsekvens av att SVF är en beslutad prioriteringsgrund samt att verksamheten i fråga inte lyckas skapa en kapacitet som motsvarar inflödet av remisser.

4.1. De granskade klinikerna klarar inte SVF:s ledtidskrav

Nedan följer en kort beskrivning av i vilken utsträckning de granskade verksamheterna klarar av att starta behandlingen av SVF-patienterna inom den stipulerade tidsramen. Värdena avser hur stor andel av patienterna där behandling startat inom den stipulerade tiden. Underlaget varierar både avseende tidsperiod, underlag och detaljeringsgrad men syftet är att skapa en bild av hur läget ser ut. Orsaker till bristande måluppfyllelse kan vara mycket varierande; patologins ledtider, radiologins ledtider, operationsresurser, strålningskapacitet. Den bakomliggande orsaken är ofta personalbrist.

Tabellen nedan visar ledtider utifrån den statistik som vi fått tillgång till. Endast de ledtider som omfattar fler än tio patienter redovisas.

NU-sjukvården	Andel inom ledtid	Period	Kommentar
Bröstcancer	Tid till första behandling 1:a kvartal ca 60 % 2:a kvartal ca 40 %	1/1 – 30/6 2017	Av statistiken framgår inte vilken behandling
Cancer i urinvägarna	Till TUR-B: 36 %	1/1 -31/8 2017	För övriga behandlingar saknas data
Prostatacancer	Till kirurgi: 67 % Till strålning: Inga data Till läkemedel: 83 %	1/1 -31/8 2017	Aktiv monitorering 96 %
Lungcancer	Saknas ledtider för olika behandlingar.	1/1 – 14/11 2017	Tiden till diagnos klaras inte fullt ut. Genomsnittligt antal dagar till start av första behandling är 68 dagar, median 49 dagar.
SÄS			
Cancer i urinvägarna	Ingen statistik. Processledaren uppger att de inte klarar tiderna till operation. Men det fungerar att prioritera svårare fall.		Processledare ser inga medicinska risker men oro hos patienterna.
Prostatacancer	Ingen statistik tillgänglig för granskningen. Processledaren uppger även kvalitetsbrister i befintlig statistik.		Operationer genomförs inte längre i Borås utan på SU. Brist på erfaren operatör.

SU			
Bröstcancer	Tid till första behandling (Oklart vilken): 14 % Median 48 (Krav 28 dagar)	1/1 -31/8 2017	Främsta orsaken till den låga andelen är brist på operationsresurser på SU enl. intervjuad processledare
Cancer i urinvägarna	Till TUR-B: 11 %	1/9 2015 – 30/8 2017	Enligt intervjuad processledare är väntetiden till den större operationen 55 dagar. Kravet är inom 31 dagar.
Prostatacancer	Till kirurgi: 21 % Till strålning: 0 % Till läkemedel: 60 %	1/1 -31/8 2017	Median strålning: 145 dagar
Lungcancer	Tid till start av behandling: KIR: 9 % Strålning: 26 % Läkemedel: 34 % Palliativ behandling: 53 %	1/1 -31/8 2017	75 % startar behandling inom 85 dagar. Kravet är 42 dagar.

Tabellen ovan visar att det inte är någon av de granskade processerna som klarar av att ge patienterna start av behandling inom de tider som SVF:erna har satt upp som mål. Då har patienter som inte fick cancerdiagnos räknats bort. I flera fall är det en avsevärd del av patienterna som får vänta längre än ledtiden. Medianerna ligger ibland väsentligt högre än måltiden vilket i sin tur innebär att det finns ett antal patienter som väntar i flera månader.

Detta skall ses i ljuset av att de flesta processledare i intervjuerna beskriver att de längre väntetiderna inte väsentligen ökar de medicinska riskerna. Däremot är den oro som väntetiderna skapar ett betydande besvär för många patienter. Flera av de intervjuade återkommer också till resonemanget att SVF:ernas ledtidskrav är satta utan hänsyn till organisatoriska och kapacitetsmässiga begränsningar.

I vissa cancerprocesser har antalet remisser väsentligen ökat i samband med SVF:s införande medan andra är volymmässigt opåverkade av SVF. Exempel på det första är cancer i urinvägarna och ett exempel på det andra är bröstcancer.

4.2. Undanträngningseffekter finns men i flera fall är det snarare en medveten prioritering

För att redogöra för vad som framkommit i granskningen när det gäller undanträngning eller effekter av SVF återges här ett urval synpunkter som framförts i våra intervjuer med processledare och kontaktsjuksköterskor:

- I och med att kriterierna för vilka patienter som ska ingå i SVF är så pass breda (den så kallade tratten) lägger klinikerna ner arbete på patienter som inte är i behov av sjukhusvård. Den tiden tas från andra patienter.

- Flera processledare och kontaktsjuksköterskor uppger att återbesöken, det vill säga kontrollbesöken, glesas ut mer än vad vårdprogrammet anger på grund av SVF. Det kan även få effekter på så kallad aktiv monitorering där man valt att inte behandla utan bevaka tumörens utveckling intensivt.
- Flera intervjupersoner, både inom de diagnostiska servicefunktionerna och inom specialistklinikerna, beskriver att tillstånd där patienter får återfall trängs undan av SVF eftersom de inte ingår i SVF-processen.
- Vid lungklinikerna finns synpunkten att exempelvis KOL-patienter i viss mån får stå tillbaka till förmån för SVF-patienter. Kompetensöverföring till sjuksköterskor kan lösa delar av det problemet.
- Vid urologklinikerna finns risk att patienter med stenar i urinvägarna ibland kan få stå tillbaka på grund av SVF. I allvarliga fall kan en sådan patient hamna i ett livshotande tillstånd om undersökning och behandling drar ut på tiden.
- Förkortningen av ledtiderna inom bröstcancerprocessen har på SU inneburit försämrad tillgänglighet för benign kirurgi och rekonstruktionskirurgi.

4.3. Vår bedömning

I hälso- och sjukvårdslagen framgår att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Socialstyrelsen definierar undanträngning som situationer när lägre prioriterade patienter, medvetet eller omedvetet, ges vård före patienter som har högre prioritet.

I granskningen framkommer starka indikationer på att det förekommer undanträngningseffekter som en effekt av SVF. Det gäller delvis remisser som avser återfall vilka inte blir SVF-märkta. Det kan också gälla patienter med benigna besvär eller uppföljande besök som får vänta längre. Vid intervjuer beskrivs det dock inte finnas någon problematik med undanträngning mellan SVF-patienter.

Samtliga SVF hanteras på ett liknande sätt inom patologin och radiologin. Detta gäller dock inte inom patologen på SU där man inte prioriterar utifrån SVF utan utgår från exempelvis barns behov. Flera av de intervjuade verksamheterna följer eventuella undanträngningseffekter genom att följa upp ledtider. Det gäller exempelvis patologin inom NU-sjukvården som sett att svarstiden för lågprioriterade ärenden har ökat. Inom bröstmottagningen på NU-sjukvården har man sett att patienter får vänta längre på sina uppföljande besök.

Granskningen visar att sjukhusstyrelserna har följt upp undanträngningseffekterna. Vid intervju uppger presidiet för NU-sjukvården att diskussioner förts kring eventuella undanträngningseffekter. Styrelsen för SU fick i sin delårsrapport 1 för 2017 information om att fler patienter inom SVF riskerar att undanträngningseffekter inom de diagnostiska och terapeutiska verksamheterna. Styrelsen för SÄS fick i september 2017 information om vissa undanträngningseffekter inom patologin. Av protokoll framkommer att styrelserna inte fattade beslut om några åtgärder utifrån rapporteringen.

Vi bedömer sammantaget att det finns undanträngningseffekter mellan SVF-patienter och andra patienter. HSS vidtagna åtgärder för att öka den generella tillgängligheten till cancervården, exempelvis genom att utreda behovet av strålbehandling och införa E-patologi,

kan ses som åtgärder för att minska undanträngningseffekterna. Detta då problemet med undanträngningseffekter i botten är ett kö- och tillgänglighetsproblem oavsett SVF:s införande som nu blivit mer synligt.

5. Kontaktsjuksköterskor

Enligt den nationella cancerstrategin ska alla cancerpatienter som önskar erbjudas en fast vårdkontakt på den cancervårdande kliniken i form av en kontaktsjuksköterska. Rollen som kontaktsjuksköterska finns tydligt definierad i de nationella och det regionala vårdprogrammen. I kontaktsjuksköterskans uppdrag ingår att:

- Ha speciell tillgänglighet och hänvisa till annan kontakt när han/hon inte är tillgänglig
- Informera om kommande steg
- Ger stöd till patienten och närstående vid normal krisreaktion
- Säkerställer patientens delaktighet och inflytande i sin vård
- Bevakar aktivt ledtider i samverkan med koordinator för SVF
- Ansvara för aktiv överlämning till en eventuellt ny kontaktsjuksköterska[4]

Som tidigare nämnts i avsnitt 3.2. har Norra hälso- och sjukvårdsnämnden samt NU-sjukvården antagit aktiviteter och åtaganden kopplat till kontaktsjuksköterskor. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden har som aktivitet att stärka kontaktsjuksköterskornas roll i sitt dokument *Mål och inriktning 2017*. Detta återfinns även som ett åtagande för NU-sjukvården i vårdöverenskommelsen 2017. Övriga styrelser och nämnder har inte några uttalade aktiviteter eller åtaganden avseende kontaktsjuksköterskor i sina respektive styrdokument.

Kontaktsjuksköterskorna introduceras vanligtvis för patienten vid diagnosbeskedet[5]. Då sitter kontaktsjuksköterska och patienten ner efter läkarsamtalet. Kontaktsjuksköterskan ger muntlig information om den fortsatta processen och ger även ut skriftlig information och sina kontaktuppgifter. Kontaktsköterskorna finns tillgängliga per telefon under större delen av dagen genom ett särskilt telefonnummer som delas av samtliga kontaktsjuksköterskor på mottagningen. Där kan patienten be att få tala med sin utsedda kontaktsjuksköterska. Om denna inte finns på plats kan någon annan av kontaktsjuksköterskorna hjälpa till.

5.1. Tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska

Enligt de nationella vårdprogrammen ska kontaktsjuksköterskan vara tydligt namngiven för patienten. Sveriges kommuner och landsting (SKL) samordnar månadsvis en mätning för att utvärdera hur patienterna upplever att utredas inom SVF. De senaste tillgängliga resultaten är från första kvartalet 2017. Där framgår att fler patienter uppger att de blivit erbjudna en fast

[4] Cancercentrum.se, se källförteckning.

[5] Inom lungcancer inom NU-sjukvården deltar kontaktsjuksköterska redan vid första besöket på mottagningen, innan diagnosbeskedet, eftersom kontaktsjuksköterskorna där även är koordinatorer.

vårdkontakt inom RCC Väst än snittet i riket. Drygt var femte patient uppger däremot att den inte blivit erbjuden någon fast vårdkontakt.

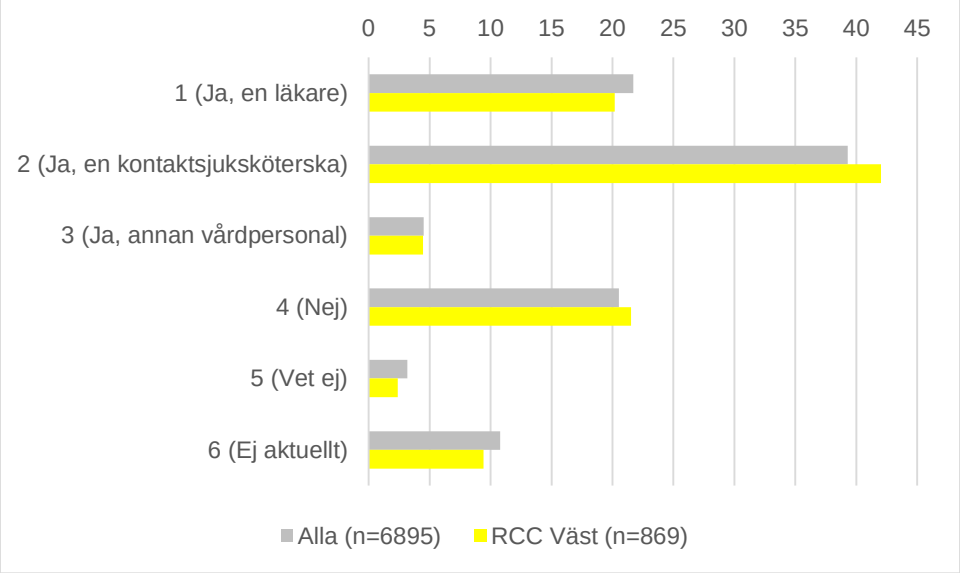


Diagram 3. Svar på frågan "Har du erbjudits en fast vårdkontakt?" Kvartal 1 2017. Källa: patientenkat.se.

Vid intervjuer beskrivs att den stora merparten av patienterna får en namngiven kontaktsjuksköterska. Av intervjuer framkommer att de patienter som av misstag inte får någon kontaktsjuksköterska kan vara patienter som redan är inlagda på sjukhus eller som opereras akut. Styrelsen vid Södra Älvsborgs sjukhus fick vid sitt sammanträde 2017-09-21 information om att enbart 47 % av lungcancerpatienterna hade en registrerad kontaktsjuksköterska. Vid uppföljningen framkom att förvaltningen kommer att skapa en IT-lösning för att kartlägga varför kliniken inte uppnår 100 %.

Generellt upplever verksamheterna vi talat med att det finns en god tillgänglighet till kontaktsjuksköterskor och att de är tillräckligt många för att kunna möta patienternas behov. Detta frånsett sommarmånaderna då det är färre kontaktsjuksköterskor på plats på grund av semesterledighet. Därtill beskrivs kontaktsjuksköterskor för prostatacancer vid SU vara för få, delvis mot bakgrund av att cytostatikamottagningen inte har några kontaktsjuksköterskor. Det medför att patienterna ringer urologens kontaktsjuksköterskor även under sin behandlingsperiod vilket leder till en ökad efterfrågan. Kontaktsjuksköterskor vid urologen inom NU-sjukvården uppger att tillgängligheten för patienterna är bra men att antalet kontaktsjuksköterskor är för få i förhållande till antalet patienter och de kontroller som bör göras.

En högskoleutbildning har tagits fram utifrån uppdragsbeskrivningen för kontaktsjuksköterskor. Utbildningen för kontaktsjuksköterskor omfattar totalt 30 högskolepoäng fördelade på tre kurser. Vissa av kontaktsjuksköterskorna har genomgått en 7,5 poängsutbildning. Det finns inget krav på att kontaktsjuksköterskor måste genomgå utbildningen.

Ingen av de kontaktsjuksköterskor vi intervjuat i granskningen har genomgått kursen men i några fall har deras kollegor gjort det. Att inte fler genomgått kursen uppges bero på att den tar lång tar tid i anspråk och att den generella sjuksköterskebristen medför att de snarare

behövs i den ordinarie verksamheten. Att kontaktsjuksköterskorna inte får någon vikarie som ersätter dem vid frånvaro för studier bidrar också till att det upplevs svårt att genomgå utbildningen, även om flera uppger att deras chefer är positivt inställda till att de genomgår utbildningen.

Patienterna får utöver mottagningens kontaktsjuksköterska en ny när de exempelvis ska genomgå onkologisk behandling. Vid intervju framkommer att det inte sker någon aktiv överlämning mellan kontaktsjuksköterskorna i merparten av fallen på något av sjukhusen. Däremot har verksamheterna tillgång till varandras journaler och kan därmed följa patienten. De kan också kontakta varandra vid behov såsom vid frågor om medicinering. Aktiv överlämning sker endast i särskilda fall, såsom om patienten har stor oro eller ska övergå till en palliativ vårdenhet. Avsaknaden av aktiv överlämning kan ibland leda till att kontaktsjuksköterskan inte vet när patienten är färdigbehandlad inom exempelvis onkologin och är på väg tillbaka. Flera av de kontaktsjuksköterskor vi talat med beskriver aktiva överlämningar som ett utvecklingsområde. Frågan har exempelvis diskuterats vid en nätverksträff för kontaktsjuksköterskor inom prostatacancer vid Västsvenska urologmötet i november 2017.

5.2. Vår bedömning

Enligt patientlagen 6 kap. 2 § ska en fast vårdkontakt utses för patienten om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Av SVF:erna framkommer att alla cancerpatienter ska erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska.

Av intervjuer framkommer att den stora merparten av patienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska. Av patientenkäter och vid intervjuer framkommer dock att det förekommer att patienter inte erbjuds kontaktsköterska.

Vid intervjuer framkommer också att det sällan sker aktiva överlämningar mellan kontaktsjuksköterskor. Flera av de intervjuade antyder även att det är ett orealistiskt mål att aktiv överlämning sker för samtliga patienter.

Därtill framgår att få kontaktsjuksköterskor genomgått kontaktsjuksköterskeutbildningen.

Vi bedömer att cancerpatienter inom regionen inte fullt ut erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska. Vid de granskade processerna uppges att de allra flesta får en namngiven kontaktsjuksköterska men statistiken, som avser alla cancerprocesser, visar att det är ca 20 % som inte får detta. Det är av vikt att detta säkerställs för samtliga patienter. Därtill bedömer vi att åtgärder bör vidtas för att säkerställa aktiva överlämningar, antingen utifrån den definition som finns i de nationella riktlinjerna eller med alternativa lösningar som säkerställer att patienternas behov kontinuitet och psykosocialt stöd sker.

6. Samlad bedömning

Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om nämnder och styrelser har säkerställt att det finns tillräckliga diagnostiska och onkologiska resurser för cancervårdsflöden, uppföljning av eventuella undanträngningseffekter samt att alla cancerpatienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska.

Vår bedömning är att det inte fullt ut finns tillräcklig diagnostisk och onkologisk kapacitet för att säkerställa att de stipulerade ledtiderna för SVF-patienterna kan uppnås. Framför allt är det patologi, vars verksamhet domineras av cancerdiagnostik, som har svårigheter att klara ledtidskraven. I vissa fall leder det till medicinska risker men framför allt är det negativt för patienternas oro. Inom regionen pågår utvecklingssatsningar avseende kapacitet för strålning och digitala patologiska undersökningar vilka bedöms vara angelägna. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och sjukhusstyrelserna bedöms därför inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa tillräcklig kapacitet inom patologi, radiologi och onkologi.

Vi bedömer också att det finns en viss problematik med undanträngning mellan SVF-patienter och andra patienter. Med undanträngning avses att en patient prioriteras framför en annan patient med högre prioritet. Både verksamhet och styrelser bedöms dock i stort ha en god uppsikt över vilka undanträngningseffekter som uppstått. Området är komplicerat och svårbedömt eftersom det sker prioriteringar på olika systemnivåer. SVF innebär att en grupp patienter ska prioriteras framför andra samtidigt som den enskilde läkaren ska prioritera mellan individuella patienter. Detta utvecklas i rapporten. SVF-konceptet i sig innebär att fler patienter än tidigare sorteras in i snabbspår för diagnostik och eventuellt behandlingsbeslut. Vi bedömer det angeläget att systematiskt följa vilka effekter SVF-prioriteringen får för andra patienter.

Cancerpatienter inom de fyra granskade cancerprocesserna erbjuds i stort en namngiven kontaktsjuksköterska. Tillgänglig statistik för alla cancerformer visar dock att cirka 20 procent av patienterna inte får en namngiven kontaktsjuksköterska. Det som inte svarar upp mot målsättningarna är att kontaktsjuksköterskorna genomgår utbildning samt att aktiva överlämningar ska göras då patienten får en kontaktsjuksköterska vid annan enhet. När det gäller utbildning och aktiva överlämningar är regionen långt ifrån målen.

Sjukhusstyrelserna har bevakat samtliga tre ovan beskrivna områden, dock i något olika omfattning. Det återstår emellertid väsentligt arbete innan målen för cancervården är uppnådda. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen bedöms ha en god uppföljning och information om införandet av SVF via den projektgrupp som är kopplad till koncernledningsgruppen.

Rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att intensifiera arbetet med att alla inblandade verksamheter enkelt kan ta fram produktionsstatistik, inte bara de ledtider som rapporteras nationellt. Även de ingående ledtiderna är väsentliga för att verksamheterna ska kunna utveckla vårdlogistiken.
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att vidta analyser och förbättringsåtgärder för att säkerställa kvaliteten i statistiken (se punkt ovan).
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att regionen får ett enhetligt förhållningssätt till de ledtidskrav som finns i de

standardiserade vårdförloppen. För närvarande är regionen långt ifrån att uppfylla dessa mål och i flera fall är de inte styrande för verksamheten.

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att tillse att riktlinjer upprättas för hur undanträngningseffekter ska hanteras. Ett exempel är de patienter som får återfall men vars process inte ingår i de standardiserade vårdförloppen. Sjukhusstyrelserna rekommenderas att fastställa dessa riktlinjer lokalt.
- Sjukhusstyrelserna vid NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset rekommenderas att vidta åtgärder för att säkerställa att aktiva överlämningar sker mellan kontaktsjuksköterskor. Antingen utifrån den definition som finns i de nationella riktlinjerna eller med alternativa lösningar som säkerställer patienternas behov av kontinuitet och psykosocialt stöd.
- Sjukhusstyrelserna vid NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör säkerställa att tillräcklig kompetens finns hos utsedda kontaktsjuksköterskor.

Göteborg den 13 december 2017

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Elin Mausén
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Liselott Daun
Certifierad kommunal yrkesrevisor och kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1 - Källförteckning

Intervjuer

- Chef för RCC Väst
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- NU-sjukvården
  - Processledare och kontaktsjuksköterska för cancer i urinvägarna
  - Processledare och kontaktsjuksköterska för bröstcancer
  - Processledare och kontaktsjuksköterska för lungcancer
  - Processledare och kontaktsjuksköterska för prostatacancer
  - SVF-ansvarig överläkare radiologi
  - Verksamhetschef för patologi
- Ordförande för sjukhusstyrelsen SU
- Ordförande för sjukhusstyrelsen SÄS
- Presidiet för sjukhusstyrelsen NU
- Södra Älvsborgs sjukhus
  - Läkarchef radiologi
  - Processledare för cancer i urinvägarna och prostatacancer
  - Vårdenhetschef patologi
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset
  - Processledare och kontaktsjuksköterska för cancer i urinvägarna
  - Processledare och kontaktsjuksköterska för prostatacancer
  - Processledare och regional processägare för bröstcancer
  - Processledare och regional processägare för lungcancer
  - Tillförordnad verksamhetschef radiologi
  - Verksamhetschef för patologi

Dokumentation

- Budget 2017 för Västra Götalandsregionen
- Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna, beskrivning av standardiserat vårdförlopp. December 2015
- Detaljbudget för NU-sjukvården 2017 med bilagor

- Detaljbudget för SU 2017 med bilagor
- Detaljbudget för SÄS 2017 med bilagor
- Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd protokoll januari – november 2017
- Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnds delårsrapport 1 för 2017
- Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnds delårsrapport 2 för 2017
- Handlingsplan för arbetet med standardiserad vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i cancervården 2017 (Regionalt cancercentrum väst 2017-02-16)
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens protokoll januari – oktober 2017
- Ledtider för respektive cancerform vid de tre sjukhusen
- Mål och inriktning 2017-2019 för Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd
- Mål och inriktning 2017-2019 för Norra hälso- och sjukvårdsnämnden
- Mål och inriktning 2017-2019 för södra hälso- och sjukvårdsnämnden
- Norra hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 1 för 2017
- Norra hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2 för 2017
- Norra hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll januari – oktober 2017
- Standardiserade vårdförlopp i cancervården Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen nov 2016
- Styrelsen för NU-sjukvårdens delårsrapport 1 för 2017
- Styrelsen för NU-sjukvårdens delårsrapport 2 för 2017
- Styrelsen för NU-sjukvårdens protokoll januari – september 2017
- Styrelsen för SU:s delårsrapport 1 för 2017
- Styrelsen för SU:s delårsrapport 2 för 2017
- Styrelsen för SU:s protokoll januari – september 2017
- Styrelsen för SÄS:s delårsrapport 1 för 2017
- Styrelsen för SÄS:s delårsrapport 2 för 2017
- Styrelsen för SÄS:s protokoll januari – september 2017
- Södra hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 1 för 2017
- Södra hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2 för 2017
- Södra hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll januari – oktober 2017
- Vårdöverenskommelse 2017 mellan Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, västra hälso- och sjukvårdsnämnden och SU

- Vårdöverenskommelse 2017 mellan Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården
- Vårdöverenskommelse 2017 mellan södra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus

Internetbaserade källor

- Cancercentrum.se/stockholm-gotland: http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/regional-information/svf-register-pa-inca-plattformen/ Hämtad 2017-10-16 kl. 10.22
- Cancercentrum.se: http://www.cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska/ Hämtad 2017-11-13 kl. 08.17.
- Patientenkat.se: https://patientenkat.se/sv/resultat/svf-2017/ Hämtad 2017-11-13 kl. 09.56.

Bilaga 2 – Revisionskriterier

Kommunallagen 6 kap 7 §

I kommunallagen framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Hälso- och sjukvårdslag 2017:30

I hälso- och sjukvårdslagen framgår att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Patientlag (2014:821)

I patientlagen 6 kap. 2 § framkommer att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Socialstyrelsens definition av god vård

Socialstyrelsens definition av god vård anger att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Standardiserade vårdförlopp för de fyra cancerformerna

Revisionskriteriet utgörs av de standardiserade vårdförloppen för lung-, bröst- och prostatacancer samt cancer i urinvägarna vilka är antagna av Regionala cancercentrum i samverkan. Respektive SVF innehåller kriterier för välgrundad misstanke om cancer och ledtider för olika moment fram till beslut om behandling.

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOFS 2011:9

Enligt ledningssystemet har vårdgivaren ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Regionfullmäktiges mål och uppdrag i budget 2017

I budget 2017 har kommunfullmäktige beslutat om ett antal prioriterade mål för perioden 2017-2019. Prioriterade mål som har viss koppling till cancervården är:

- Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

Regionfullmäktige har även pekat ut ett antal fokusområden som verksamheterna särskilt ska bevaka under 2017:

- Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården
- Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser