


Granskning av cancervården Landstinget i Värmland

Juni 2017



Anders Hellqvist
Elin Mausén

Innehåll

1. Inledning	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och avgränsning.....	3
1.3. Revisionsfrågor	3
1.4. Avgränsning	4
1.5. Ansvarig nämnd	4
1.6. Metod.....	4
1.7. Revisionskriterier.....	4
2. Kort introduktion	5
2.1. Nationell styrning av cancervården.....	5
2.2. Sjukvårdsregional styrning	5
2.3. Beskrivning av de aktuella cancerformerna	5
2.4. Vårdprocessen startar oftast på vårdcentralen	6
3. Granskningens resultat – en väl genomförd implementeringsprocess men med tillgänglighetsproblem och sviktande uppföljningsdata	8
3.1. Nivåstrukturering innebär oftast att behandling koncentreras till färre utbudspunkter för att säkerställa kvalitet.....	8
3.2. Implementering av de standardiserade vårdförloppen har fungerat väl.....	9
3.3. Tillgång till kompetens.....	11
3.4. Kunskap och kännedom om de aktuella vårdprocesserna.....	13
3.5. Tillgänglighet till cancervården, jämlik vård och uppföljning.....	14
4. Samlad bedömning	19
4.1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer	20

Bilagor:

Bilaga 1 Revisionsfrågor med underfrågor

Bilaga 2 Källförteckning

Bilaga 3 Revisionskriterier

Bilaga 4 Vårdprocessens övergripande moment

Sammanfattning

EY har på uppdrag av landstingets revisorer granskat på vilket sätt landstingsstyrelsen säkerställer att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet. Granskningen är avgränsad till att omfatta landstingets cancervård avseende lung-, bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning att landstingsstyrelsen i stort säkerställt att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet när det gäller förloppet fram till behandlingsstart.

Granskningen visar att införandet av tydliga mål för ledtider inom processen från symtom via diagnos till behandling samt processrelaterade funktioner har haft en betydande positiv påverkan på den vård som erbjuds till cancerpatienter. Vår bedömning utifrån erfarenheter från andra landsting är att primärvården, där de allra flesta cancervårdsprocesser börjar, fungerar väl. Remissflödet fungerar i huvudsak väl men ledtiderna mäts från det besök hos läkare där den välgrundade misstanken om cancer formuleras. Det innebär att patienter som vänder sig till vårdcentraler med långa väntetider till besök hos läkare vilket kan få betydelse för vårdens utfall om cancer ligger bakom det upplevda symtomet. Tillgängligheten inom sjukhusen är i huvudsak tillfredsställande för tre av de granskade cancerformerna. Tillgängligheten för patienter med prostatacancersymtom är dock inte tillfredsställande.

I de granskade vårdprocesserna är roller som processansvariga och kontaktsjuksköterskor väl etablerade och de senare beskrivs som mycket viktiga för patienternas trygghet och kontinuitet. Vårdkoordinatorer är också centrala men det återstår arbete med att etablera den rollen vid vissa verksamheter.

Granskningen visar emellertid att det finns några brister och utvecklingsområden som behöver uppmärksammas och åtgärdas. Vi ger därför landstingsstyrelsen följande rekommendationer:

- Säkerställ att informationen till patienterna förbättras så att vårdprocesserna inte fördröjs på grund av att patienterna inte förstått att en misstanke om cancer har formulerats och att vårdprocessen därför får en speciell utformning med krav på korta ledtider.
- Initiera åtgärder för att komma tillrätta med de långa ledtider som präglar vårdprocessen för prostatacancer.
- Vidtag åtgärder så att verksamheterna i realtid kan analysera statistik, speciellt ledtider, i utvecklingsarbetet och i produktionsplaneringen.
- Säkerställ att sjuksköterskor som arbetar i telefonrådgivningen på vårdcentralerna har god kunskap om vad de standardiserade vårdförloppen innebär.
- Säkerställ att varje cancervårdprocess har en organiserad koordinatorfunktion enligt beskrivningen i de standardiserade vårdförloppen.
- Initiera ett utvecklingsarbete i syfte att möta de prioriteringsproblem som redan uppstått och som sannolikt kommer att öka i samband med införandet av standardiserade vårdförlopp. I grunden är dock detta problem orsakat av dålig tillgänglighet med långa väntetider. Minskas dessa problem minskas även prioriteringsdilemman.
- Gör en riskanalys ur ett cancervårdsperspektiv avseende de olika vårdcentralernas tillgänglighet och vidtag åtgärder för att hantera dessa risker.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

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

I Landstingsplanen för 2017 framhålls att landstingets arbete utgår ifrån Socialstyrelsens definition av god vård som säger att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik samt tillgänglig.

I landstingsplanen anges att "Socialstyrelsens nationella riktlinjer med kvalitetsindikatorer är kunskapsbaserade rekommendationer inom specifika områden utifrån forskning och beprövad erfarenhet. De är ett stöd vid prioriteringar och ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder verksamheter bör satsa resurser på". Det anges också att följsamheten till nationella riktlinjer ska förbättras under 2017.

De utvecklingsuppdrag som formulerats i landstingsplanen är inriktade på att förbättra hälso- och sjukvården och tandvården och handlar mycket om att förnya, förbättra och prioritera arbetssätt, processer och strukturer. Syftet med den utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård som tagits fram i landstinget, är att kunna erbjuda en bättre hälso- och sjukvård som håller högre kvalitet, är säkrare, mer effektiv och mer jämlik och tillgänglig för befolkningen i Värmland.

Mot bakgrund av ovanstående har revisionen i sin revisionsplan 2017 aktualiserat en granskning avseende landstingets cancervård.

1.2. Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen är att följa upp på vilket sätt landstingsstyrelsen säkerställer att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet. Granskningen avgränsas till att omfatta landstingets cancervård avseende lung-, bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer.

1.3. Revisionsfrågor

Granskningen syftar till att besvara revisionsfrågorna nedan. Revisionsfrågorna har brutits ner i ytterligare frågeställningar vilka framgår i bilaga 1.

- Har landstingsstyrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna samt har aktuella vårdprogram implementerats?
- Är riktlinjerna och vårdprogrammen kända på verksamhetsnivå och används kunskaperna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?
- Har landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt?
- Är tillgängligheten till cancervården god?

1.4. Avgränsning

När det gäller vårdprogram är granskningen i första hand avgränsad till det diagnostiska förloppet fram till påbörjad behandling, d.v.s. det som regleras av de standardiserade vårdförloppen.

1.5. Ansvarig nämnd

Granskningen avser landstingsstyrelsen i Landstinget i Värmland.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer, se källförteckning i bilaga 2. Samtliga intervjupersoner har haft möjlighet att granska rapportutkast och inkomma med synpunkter.

1.7. Revisionskriterier

I denna granskning utgörs revisionskriterierna bland annat av kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, landstingsstyrelsens reglemente och de standardiserade vårdförloppen (SVF) för de aktuella cancerformerna. Samtliga revisionskriterier beskrivs i bilaga 3.

2. Kort introduktion

2.1. Nationell styrning av cancervården

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

Satsningen SVF fokuserar på att förkorta vårdförloppet från den tidpunkt då en välgrundad misstanke om cancer uppstår till det att första behandling startar. Ansatsen, som har hämtat inspiration från främst Danmark, är att standardisera vårdförloppet för varje diagnosområde inom cancer till ett förutbestämt och innehållsmässigt definierat utredningsförlopp. För varje diagnosområde definieras:

- „ Vad som ligger till grund för välgrundad misstanke om cancer.
- „ Vilka utredningar som ska göras för att ställa diagnos och fatta beslut om behandling.
- „ Vilka maximala tider som gäller för varje utredning som ingår.

2.2. Sjukvårdsregional styrning

Landstinget i Värmland ingår i en gemensam samverkansnämnd inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Samverkansnämndens övergripande mål är att erbjuda invånarna i sjukvårdsregionen tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård. Samverkansnämndens beslut är inte bindande utan riktar sig till landsting/regioner i form av rekommendationer. Nämnden är också uppdragsgivare för det regionala cancercentrumet RCC Uppsala/Örebro i vilket Värmland ingår. RCC fungerar som en samordnande funktion och beredande organ för samverkansnämndens beslut. Kunskapsstyrning, processutveckling, utbildning och nivåstrukturer är frågor som hanteras av RCC. Processägarna och processansvariga träffas i gemensamma forum som RCC arrangerar för de sju ingående landstingen/regionerna. Vårdprogram tas fram nationellt genom deltagande från landstingen och de regionala cancercentrumen. Via ovan nämnda vårdprocessgrupper för respektive cancerform anpassas vårdprogrammen till de lokala förhållandena.

De statliga stimulansmedel som ges för införandet SVF administreras av Sveriges kommuner och landsting (SKL). För att få ta del av stimulansmedlen ska respektive landsting inkomma med handlingsplaner samt redovisa aktiviteter utifrån handlingsplanen. Värmland missade 2015 att ta del av den aktivitetsbaserade delen, inte beroende på att brister i genomförandet utan på grund av en feltolkning av slutdatum för inlämnande av redovisning.

Samordning av RCC:s arbete med det lokala arbetet i respektive landsting sker i lokala cancerråd vilkas ordförande är medlem i RCC:s styrgrupp.

2.3. Beskrivning av de aktuella cancerformerna

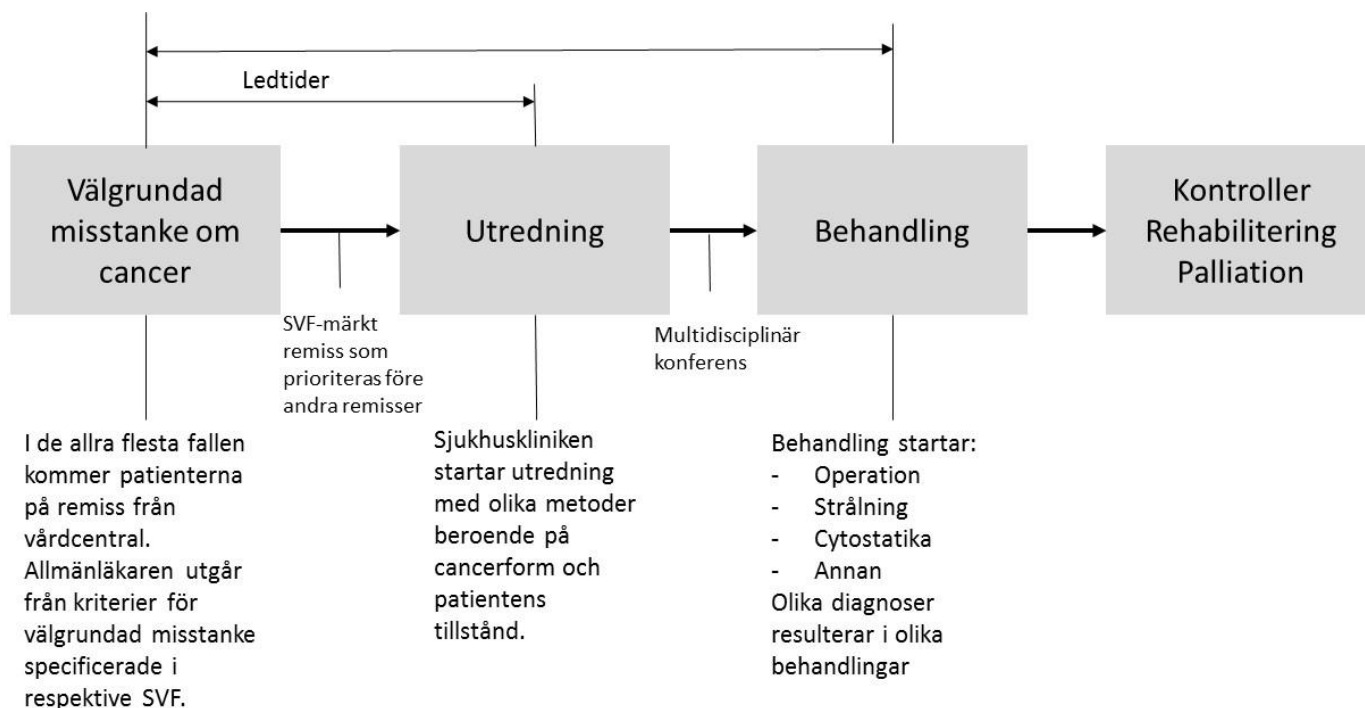
Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Varje år insjuknar drygt 8000 kvinnor i Sverige. Den relativa 5-årsöverlevnaden är 90 %. I Värmland sker behandlingen främst i vid Centralsjukhuset i Karlstad, men några patienter opereras också vid Sjukhuset i Arvika.

Lungcancer drabbar årligen omkring 3 800 personer i Sverige och är den cancerform som årligen tar flest liv i Sverige. Den totala femårsöverlevnaden är omkring 16 %. Behandlingen sker uteslutande i Karlstad. *Prostatacancer* är den vanligaste cancerformen hos män. Cirka 10 000 män diagnosticeras med sjukdomen varje år. Den relativa 5-årsöverlevanden är drygt 90 %. De allra flesta patienter i Värmland behandlas i Karlstad. *Tjock- och ändtarmscancer* är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige, efter bröst- och prostatacancer. Årligen drabbas omkring 6 200 personer. Femårsöverlevnaden är i genomsnitt 63 % för båda cancerformerna. I Värmland sker behandling i form av operation vid Centralsjukhuset i Karlstad (ändtarmscancer) och vid Sjukhuset i Torsby (tjocktarmscancer).

Den onkologiska verksamheten utgår från Karlstad där behandlingen initieras av ordinerande läkare. Viss cytotatika- och tablettbehandling är förlagd till sjuksköterskemottagningar i Arvika och Torsby. Enligt verksamhetschef för onkologi fungerar kommunikationen mellan de ordinerande läkarna och behandlande sjuksköterskorna väl trots det geografiska avståndet, inte minst då landstinget sedan förra året har ett särskilt ordinationsprogram för cytotatikabehandling. Strålbehandling för samtliga cancerformer sker i Karlstad.

2.4. Vårdprocessen startar oftast på vårdcentralen

Bilden nedan illustrerar vårdprocessen för de standardiserade vårdförloppen. Vårdprocessen startar oftast på vårdcentralen för de granskade cancerformerna, med undantag för bröstcancer där merparten av SVF-remisserna kommer från screeningverksamheten eller bröstcentrum på kirurgmottagningen. Bröstcancervården är den process som formats längst innan SVF och det har bland annat medfört att stora delar av befolkningen känner till vart man ska vända sig vid dessa symtom.



Figur 1: Vårdprocessens delar fram till behandling.

Den del av vårdprocessen som styrs av de standardiserade vårdförloppen är tiden från det att en läkare finner att det föreligger en välgrundad misstanke om cancer till att behandling startar. Varje SVF innehåller ett antal olika ledtider som tid till remissbedömning, tid till diagnostik, tid till behandlingsbeslut m.m. beroende på vilken cancerform det rör sig om. I bilaga 4 finns en mer detaljerad beskrivning av vårdprocessens olika delar. Vad som inte fångas i mätningen av ledtiderna är den tid som förflyter från att patienten upplever något symptom till att besök. Det innebär att en patient som söker till en vårdcentral med långa väntetider till läkarbesök får en lång väntetid innan SVF-ledtidens klocka startar.

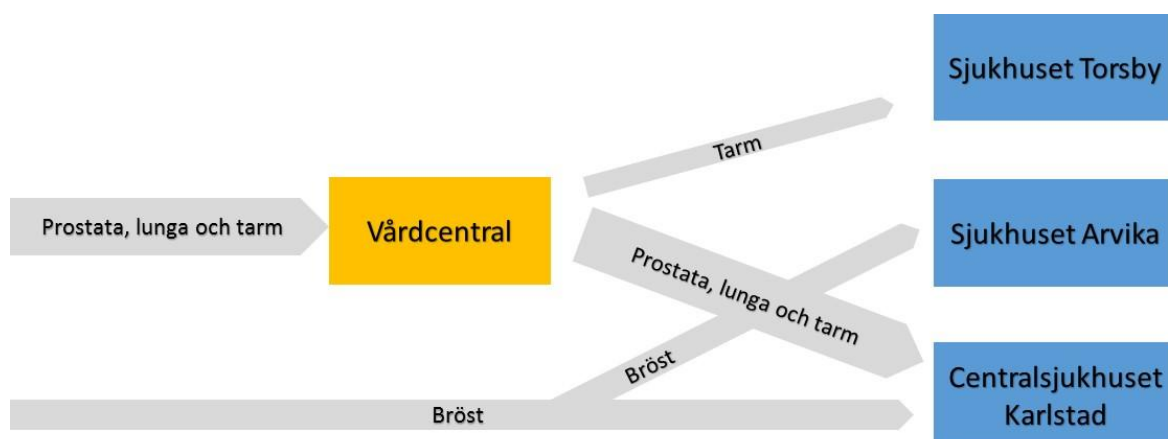
3. Granskningens resultat – en väl genomförd implementeringsprocess men med tillgänglighetsproblem och sviktande uppföljningsdata

3.1. Nivåstrukturering innebär oftast att behandling koncentreras till färre utbudspunkter för att säkerställa kvalitet

Nivåstrukturering som begrepp innebär att vårdprocesserna planeras utifrån vilka vårdnivåer och vid vilka utbudspunkter de olika momenten ska organiseras. Effektiva flöden och säkerställande av att kompetens kan upprätthållas är två viktiga utgångspunkter. I landstingsplanen 2017 har landstingsfullmäktige gett landstingsstyrelsen i uppdrag att fortsätta arbeta med nivåstrukturering inom slutenvården. Intentionerna av den regionala och nationella nivåstruktureringen av cancervården är en central utgångspunkt i det arbetet.

Landstingsstyrelsen beslutade i november 2015 om regional nivåstrukturering av gynekologisk och urologisk cancer. Beslutet innebar att radikal prostatektomi enbart ska utföras i Karlstad, Uppsala, Västerås, Eskilstuna och Falun. Samtidigt beslutades att nefronsparande kirurgi vid njurcancer inte ska behandlas i Värmland utan i andra landsting. Ytterligare beslut om nivåstrukturering på nationell nivå väntas framöver. I januari 2017 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda en nivåstrukturering av den högspecialiserade vården i syfte att fasa ut dagens system för rikssjukvård. Uppdraget ska redovisas i juni 2017¹. Enligt intervjuer med företrädare för RCC och regionkansliets chef är syftet med uppdraget till Socialstyrelsen att antalet utförare som diagnosticerar och behandlar cancer både regionalt och inom varje landsting troligtvis kommer att minska. På regional nivå pågår diskussioner om eventuell ytterligare koncentration av prostatacancerbehandling till färre sjukhus vilket möjligen skulle kunna innebära att Karlstad kan komma att behandla fler patienter i framtiden, men inga beslut är fattade. I hela sjukvårdsregionen behandlas 19 % av patienterna utanför regionen.

Patientströmmarna för de granskade cancerformerna ser ut på följande vis.



Figur 2: Flödena för SVF-remisser för de fyra granskade vårdprocesserna. De tarmremisser som går till Torsby sjukhus avser misstanke om tjocktarmscancer.

¹ Regeringen.se, se källförteckning.

Vid sjukhuset i Torsby genomförs 25-30 tjocktarmsoperationer per år och vid Sjukhuset i Arvika görs cirka 40 bröstcanceroperationer per år. Det finns en vedertagen princip om att det krävs en volym om minst 50 patienter/år för att ett team ska kunna upprätthålla god kvalitet. Landstinget i Värmland har emellertid inga planer på att koncentreras alla bröstoperationer eller tjocktarmsoperationer till Karlstad. Processägaren poängterar att all utredning sker efter gemensamma riktlinjer och att gemensamma multidisciplinära konferenser (MDK) hålls via videolänk. Enligt processägaren stärks samarbetet ytterligare genom att vissa operatörer är verksamma på båda orterna, exempelvis både i Arvika och Karlstad vad gäller bröstcancer.

Intervjuad verksamhetschef vid RCC beskriver att Uppsala/Örebro sjukvårdsregion alltjämt har en mer decentraliserad cancersjukvård än vad som rekommenderas i Indelningskommitténs betänkande och i Socialstyrelsens granskning 2016 av RCC:s arbete med nivåstrukturering.

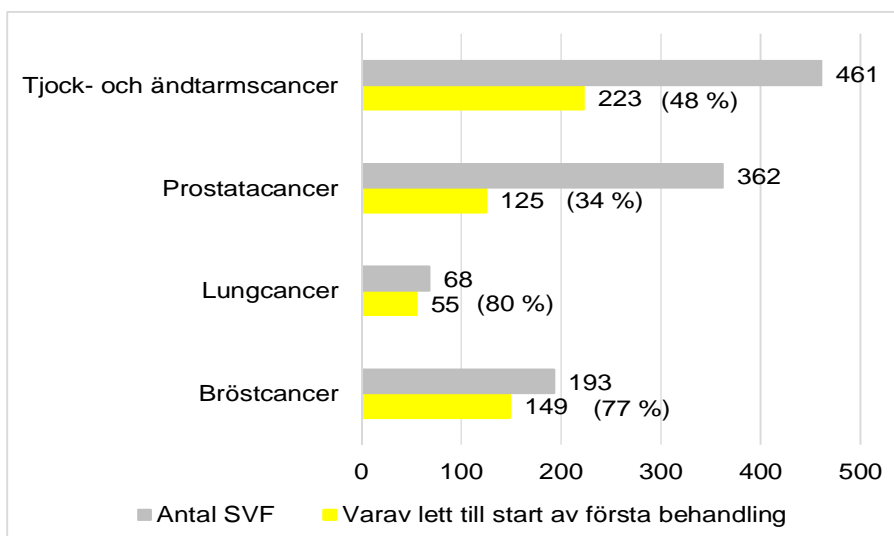
3.1.1. Vår bedömning

Bedömningen är att arbetsfördelningen och nivåstruktureringen i länet fungerar väl för de fyra granskade cancerformerna och att flödena säkerställer en likvärdig vård för alla patienter. Bedömningen gäller endast SVF-förloppet d.v.s. processen fram till start av behandling. Huruvida behandlingen är likvärdig ger denna granskning inte svar på. Vi konstaterar att de operationer som görs i Arvika (bröst) och i Torsby (tjocktarm) är avvikelser från normen 50/år. Mot bakgrund av att den nationella inriktningen mot ökad koncentration (nivåstrukturering) av cancervården är stark bör landstinget ha goda skäl till denna avvikelse.

3.2. Implementering av de standardiserade vårdförloppen har fungerat väl

Landstingsstyrelsen beslutade i maj 2016 att anta *Cancerplan 2016-2018* för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. I samband med detta beslutade styrelsen också att ge landstingsdirektören i uppdrag att upprätta en handlingsplan för hur planens mål och aktiviteter ska genomföras i landstinget. Handlingsplanen följs upp två gånger per år. Landstingets senaste uppföljning lämnades till socialdepartementet, RCC och SKL i mars 2017.

Under 2015 och 2016 har 18 SVF implementerats i landstinget. Ytterligare 10 SVF har fastställts för införande under 2017, det vill säga totalt 28. Omkring 180 – 260 patienter per månad har inkluderats i något av de 18 vårdförloppen under 2016, varav ungefär hälften fick en cancerdiagnos. Hur många patienter som efter en välgrundad misstanke får en cancerdiagnos beror på hur kriterierna definierats. En tanke är att "tratten" ska vara så bred att man inte missar några patienter som har cancer. Om tratten görs mycket bred utreds många patienter som inte har cancer och dessa patienter för företräde i eventuella köer framför patienter som lider men inte har cancer. Som figuren nedan visar är tratten som bredast för prostatacancer efter den justering som gjordes tidigare under 2017.



Figur 3: Antal inrapporterade SVF-patienter samt antal av dessa som startat cancerbehandling i Landstinget i Värmland mellan maj 2016 till mars 2017 (andel inom parentes). Källa: Statistik från RCC:s hemsida, se källförteckning.

I början på 2017 förändrades kriterierna för välgrundad misstanke om prostatacancer, bland annat genom att sänka gränsen för PSA-prov. Utvidgningen av tratten har enligt slutenvårdschefen medfört att landstingets största tillgänglighetsproblematik för cancervården i dagsläget är för prostatacancer. Processansvarig uppger också att situationen kan leda till problem för läkare att i enskilda fall prioritera utifrån rent medicinska bedömningar (se vidare avsnitt 4.5). Även tjock- och ändtarmscancer har en lägre andel patienter som får cancerdiagnos. Exempelvis ska ändring av annars stabila avföringsvanor i mer än fyra veckor för patienter över 40 leda till SVF-remiss. Det är symptom som enligt processansvarig för tjock- och ändtarmscancer i stor utsträckning kan stämma in på andra patienter. Enligt intervjuad processägare kan det dock ses som positivt ur patientsynpunkt att även patienter med annan sjukdomsbild fångas upp inom SVF, eftersom dessa patienter annars hade skickats mellan olika instanser på grund av sina diffusa symptom.

Inom primärvården har SVF introducerats dels via allmöten, dels genom den allmänläkare som fått ett samordnande ansvar för införandet av SVF. Samtliga intervjuade, inklusive representanter för RCC, uppger att implementeringen har fungerat väl inom läkarkåren i Landstinget i Värmlands landstingsdrivna primärvård. Vid intervjuer med vårdcentralrepresentanter framkommer att övrig sjukvårdspersonal inte fått lika god information om SVF, exempelvis vad gäller sjuksköterskor som arbetar i telefonrådgivningen.

Under 2017 har det visat sig att informationen till patienterna vid vårdcentralerna har brustit. I ett flertal fall har patienter, vars sökorsak resulterat i en SVF-remiss, inte förstått att vårdprocessen är standardiserad och att de olika stegen sker skyndsamt. De har då blivit överraskade av att det funnits en välgrundad misstanke om cancer som orsakat det snabba förloppet. Den landstingsdrivna primärvården är därför i färd med att säkerställa att patienter blir bättre informerade.

3.2.1. Vår bedömning

Den övergripande bedömningen är att implementeringen har fungerat väl och att Värmland i förhållande till andra län har varit tidigt ute med implementeringen av SVF vid vårdcentralerna. Det finns dock ännu ett behov av att säkerställa god kännedom om SVF bland sjuksköterskor i vårdcentralernas telefonrådgivning samt att säkerställa att hyrläkare har god kännedom om hur vårdprocesserna ska se ut i länet.

Vidare är bedömningen att det är angeläget att de åtgärder som är planerade leder till att patienter får bättre information om att de ingår i en SVF-process. Patientlagen ställer tydliga krav på detta.

3.3. Tillgång till kompetens

Kopplat till den ovan beskrivna processen finns det tre centrala funktioner (inom varje landsting) som definierats nationellt i de standardiserade vårdförloppen.

Processansvariga	Vid varje specialistenhet/sjukvårdsområde ska det finnas en processansvarig som ansvarar för vårdprocessen på lokal nivå inklusive vårdcentralerna. Processansvarig har ett ansvar att styra och säkerställa att det standardiserade vårdförloppet följs och har därför en dialog med resursägaren, d.v.s. linjecheferna.
Koordinator	Koordinator, 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.

Funktionerna processansvarig och kontaktsjuksköterska är bemannade i samtliga vårdprocesser. Merparten av kontaktsjuksköterskorna (25 av 42) har enligt uppgift även genomgått en utbildning för uppdraget via Karlstads universitet². Enligt processägare har

² Utifrån uppdragsbeskrivningen för kontaktsjuksköterskor har utbildningen "Kontaktsjuksköterskan i cancervården 7,5 hp" tagits fram. Kursen har godkänts av RCC i samverkan.

landstinget inte några särskilda krav på utbildning för att få arbeta som kontaktsjuksköterska utan det viktiga är att få engagerade personer med god kännedom om verksamheten.

Vid intervjuer framkommer att behandlingsansvarig sjuksköterska ibland ersätter kontaktsjuksköterskans roll inom onkologin. Det gäller cancerformer där patienten främst har kontakt med behandlingsansvarig sjuksköterska. Vid nybesök för bröstcancerpatienter deltar exempelvis behandlade sjuksköterska istället för kontaktsjuksköterska för att skapa en kontinuitet för patienten. Vid cancerformer där patienten har fler vårdkontakter används kontaktsjuksköterskor som vanligt. Det pågår för närvarande ett utvecklingsarbete inom onkologin för att anpassa rollerna behandlingsansvarig sjuksköterska och kontaktsjuksköterska till respektive SVF, det vill säga vårdprocess. Målet är att patienterna inte ska behöva ha så många olika kontakter.

Vårdkoordinatorrollen är inte lika tydligt utformad vad gäller hur den ska organiseras men är viktig för att det inte ska bli några stopp i flödet. Bland de granskade vårdprocesserna är det bröstcancerprocessen som inte ännu etablerat någon koordinatorfunktion. Det arbetet sköttes redan tidigare av kontaktsjuksköterskorna och arbetssättet har egentligen inte ändrats sedan införandet av SVF eftersom bröstcancervården har organiserats enligt SVF:s principer sedan länge. Intervjuad processansvarig uppger dock att det sannolikt skulle finnas flera fördelar med att en mer renodlad koordinatorfunktion etablerades. I övrigt är koordinatorfunktionen bemannad i varierande omfattning och vissa är placerade på onkologen. Vad gäller prostatacancer finns en heltidsanställd koordinator för urologiska diagnoser.

För samtliga 18 SVF har vårdprocessgrupper tillsatts. Processgrupperna ansvarar för att implementera SVF och sedan driva det fortsatta arbetet. Processgrupperna består av en kliniskt verksam läkare inom det aktuella området, förbättringsledare, kontaktsjuksköterska, koordinator, företrädare för de diagnostiska disciplinerna, representanter för primärvård, journal- och IT-system samt i vissa processer även patient eller närstående. Kontaktsjuksköterskan har vid intervjuer lyfts fram som en funktion som påverkat patientperspektivet mycket positivt. RCC i samverkan har beslutat om en uppdragsbeskrivning för kontaktsjuksköterskor, som bland annat anger att kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för patienten och närstående under hela vårdkedjan. Det finns kontaktsjuksköterskor i olika delar av vårdprocessen. När patienten får strålbehandling eller cytostatikabehandling får patienten en tilldelad kontaktsjuksköterska från onkologen i Karlstad. Vid dessa tillfällen sker en överlämning mellan kontaktsjuksköterskorna.

I granskningen framkommer att det saknas specialister inom flera områden. Landstinget har behov av fler urologer, mammografiläkare, specialister med lungmedicinsk kompetens och erfarna onkologer. På kort sikt löser landstinget kompetensbehovet genom att använda bemanningsläkare och pensionerade läkare inom exempelvis onkologin. Man arbetar också med utbilda ST-läkare för att säkerställa kompetensförsörjning på längre sikt. Primärvårdsansvarig uppger vidare att det råder en nationell brist på allmänspecialister vilket skapar hyrläkarberoende inom primärvården, främst på mindre orter. Vad gäller tjock- och ändtarmscancer är dock tillgången på specialister god.

3.3.1. Vår bedömning

Alla de funktioner och roller som anges som standard i vårdprogram och standardiserade vårdförlopp är tillsatta för de fyra granskade cancerformerna. Ett undantag är koordinatorrollen som inte är tydligt definierad med personer som har avsatt tid för detta vid alla berörda enheter. Eftersom ledtiderna är centrala för cancervården är det viktigt att säkerställa denna funktion. Det finns stor frihet att skapa denna funktion organisatoriskt och kompetensmässigt, det behöver exempelvis inte vara en sjuksköterska.

Behovet av specialistläkare är en kritisk faktor och utgör för vissa cancerformer en situation som kräver åtgärder. Så som situationen ser ut nu för urologin framstår det som problematiskt att den regionala nivåstruktureringen skulle kunna resultera i att urologin Karlstad skulle kunna ta emot fler SVF-patienter från andra län.

3.4. Kunskap och kännedom om de aktuella vårdprocesserna

Riktlinjerna och vårdprogrammen inom de fyra cancerformerna beskrivs vid intervjuer i huvudsak vara kända i verksamheten. Information om SVF har getts vid s.k. "allmöten" som hålls två gånger per år. Där deltar läkare från slutenvården, primärvården och företagsvården. För landstingets personal är träffarna obligatoriska och även privata vårdgivare är inbjudna. Information om SVF har också getts vid nätverk för distriktssjuksköterskor. Landstingets primärvårdsansvarige för SVF har i viss mån även informerat vid arbetsplatsträffar på vårdcentraler för att träffa ytterligare funktioner såsom undersköterskor och vårdadministratörer. En av vårdcentralerna vi talat med har inte haft information om SVF för sjuksköterskor som tar emot samtal till vårdcentralen, vilket beskrivs som ett viktigt utvecklingsområde.

Vid intervjuer framkommer att vårdprogrammen i viss mån är anpassade efter lokala förhållanden, exempelvis avseende remisshantering. I huvudsak utgår dock vårdprogrammen de från de nationella vårdprogrammen. Någon lokal anpassning av vårdprocessen för bröstcancer har ännu inte gjorts, men ska tas fram under 2017.

Den helt dominerande uppfattningen bland de intervjuade är att SVF med tydliga kriterier för vad som definieras som välgrundad misstanke och en tydlig diagnosprocess, har underlättat arbetet väsentligt för distriktsläkarna. Evidensbaserad kunskap styr vårdprocesserna mer och det garanterar en enhetlig och likvärdig vård för alla invånare i länet.

Det har under 2017 visat sig att läkare som remitterar patienter inom sjukhuset inte alltid är medvetna om eller känner till att patienterna är SVF-patienter och därför inte märker remissen som SVF. Detsamma gäller även för hyrläkare vid vårdcentralerna. Det händer att hyrläkare missar att SVF-märka remisser.

3.4.1. Vår bedömning

Med tanke på att många SVF har implementerats under kort tid är bedömningen att kännedomen om hur vårdprocesserna ska se ut och vad som gäller för SVF-patienter är god. Kunskapsstyrningen har fått ett betydligt större genomslag än tidigare vilket resulterat i en snabbare och mer enhetlig vård av cancerpatienter. Det finns alltså utvecklingsområden när det gäller remisser inom sjukhusen och information till hyrläkare inom primärvården. Det finns

också ett behov av att stärka kännedomen om vårdprocessernas utformning hos sjuksköterskor i telefonrådgivningen vilket beskrevs tidigare i avsnitt 4.2.

3.5. Tillgänglighet till cancervården, jämlik vård och uppföljning

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

Tillgängligheten inom cancervården mäts genom de ledtider som definierats inom respektive SVF. Den yttersta ledtiden är från välgrundad misstanke till behandlingsstart. Den statistik vi fått tillgång till visar att ledtiderna för tre av vårdprocesserna ligger inom de stipulerade ledtiderna när det gäller medianen för hela grupperna. Det innebär att det finns ett antal patienter som fått vänta längre än målsättningen. Medianen för prostatacancer överskrider SVF:s ledtider väsentligt.

Cancerform	Antal dagar i Värmland (median)	Antal dagar enligt SVF
Bröstcancer	28	28
Lungcancer	43	30-44*
Prostatacancer	105	47-68*
Tjock- och ändtarmscancer	40,5	39-53*

Figur 4: Antal dagar från välgrundad misstanke till behandlingsstart (median). *Ledtiden från välgrundad misstanke till beslut om behandling varierar beroende på behandlingsform. Källa: Statistikrapport från processägare.

Att behandlingen av prostatacancer inte når ledtidsmålen uppges bero på olika faktorer. Dels råder det brist på specialitläkare inom urologien. Enligt processansvarig skulle kliniken behöva åtta till tio specialitläkare sett till upptagningsområdet, i dagsläget är man fyra. Dels har de reviderade kriterierna för välgrundad misstanke breddat "tratten" vilket medför att fler patienter ska hanteras inom SVF. I landstingets uppföljning till Socialstyrelsen i mars 2017 framför urologin en stark oro för att volymen på SVF-remitter avseende prostatacancer kommer att öka avsevärt.

Övriga tre cancerformer klarar medianledtiderna till start av behandling. Däremot finns delledtider som man inte uppnår vilket i huvudsak förklaras av att det är brist på olika specialistkompetenser. Processansvarig för bröstcancer uppger att det saknas mammografiläkare, vilket medför att man inte håller ledtiderna fram till diagnostik. Processansvarig för tjock- och ändtarmscancer uppger att bristen på radiologer bland annat medför att analys från röntgen dröjer och att MDK kan få flyttas fram. En annan flaskhals för radiologin är PET-CT-undersökningar som används för att utreda eventuell lungcancer. Undersökningarna görs enbart i Örebro vilket enligt processansvarig skapar viss tillgänglighetsproblematik.

Slutenvårdschefen uppger att radiologin har en bra tillgänglighet men att de påverkas mycket av SVF då flera cancerformer diagnosticeras genom röntgen. Cancerrådet följer månadsvis tillgängligheten inom radiologin. Vid några tillfällen har rådet noterat ett ökat behov av reserverade tider och har då haft möjlighet att justera antalet. Vid uppföljningen i april 2017 var den genomsnittliga väntetiden till datortomografi 8,1 dagar och till magnetröntgen 13,2 dagar.

Enligt slutenvårdschefen finns en god tillgänglighet även inom patologin, även om också den verksamheten påverkats mycket i och med införandet av SVF. Verksamhetschef för patologin är sedan 1 maj 2017 ny ordförande i cancerrådet vilket slutenvårdschefen menar är bra ur ett planeringsperspektiv.

Verksamhetschef för onkologi uppger att omkring 97 % av patienterna får ett nybesök inom den ledtid som stipuleras av SVF. Processansvarig för lungcancer uppger att landstinget inte klarar ledtiden från beslut om behandling till behandlingsstart avseende lungcancer, vilket uppges bero på resursbrist på onkologen. Kontaktsjuksköterska för lungcancer uppger att man tidigare haft problem med läkartider inom onkologin men att man sedan årsskiftet i huvudsak kunnat erbjuda detta i samband med MDK. Lungcancer uppges därtill ha speciella förutsättningar då ett så kallat efgr-prov är avgörande för att bestämma vilken typ av behandling patienten behöver. Provet analyseras i Örebro vilket enligt kontaktsjuksköterskan kan ta tid och medföra att SVF-patienter får vänta längre på start av onkologisk behandling.

En del i att lösa frågan om kompetensförsörjning är genom arbetsväxling. I landstingsplanen 2017 framkommer att landstinget ska prioritera åtgärder som bidrar till att rätt yrkesgrupp eller kompetens utför rätt arbetsuppgifter. Det kommer delvis att innebära en tyngdpunktsförskjutning från traditionell sjukhusvård till nya uppdrag inom primärvården. På sikt menar öppenvårdschefen att detta kommer att frigöra tid för läkare både inom sjukhusen och inom öppenvården.

3.5.1. Vården är i huvudsak jämlik i länet – frånsett vårdcentralernas olika förutsättningar

Landstingsstyrelsen godkände i september 2015 *Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård*. I utvecklingsplanen framgår att ambitionen är att skapa en mer jämlik vård genom att utveckla nya typer av vårdnivåer och fler ingångar till vården. En del i detta är nivåstrukturer som beskrivits i avsnitt 4.1. Landstingsstyrelsen följer månadsvis arbetet med vidtagna och planerade åtgärder utifrån utvecklingsplanen.

I granskningen framkommer att de intervjuade i huvudsak anser att cancervården i Värmland är jämlik. Vården uppges inte påverkas av var i länet patienten bor. Det som däremot anses skapa ojämlikhet i vården är vårdcentralernas olika förutsättningar. I genomsnitt får 91 % av patienterna i Värmland ett besök på vårdcentral inom vårdgarantin, vilket är högre än snittet i riket som är 89 %. Dock finns stora inomregionala skillnader. Andelen patienter som får ett besök inom sju dagar varierar mellan 69 % och 100 %, beroende på vårdcentral³. Att patienter får vänta olika länge på ett läkarbesök i primärvården kan försena upptäckten av cancer väsentligt.

³ Från vantetider.se, se källförteckning.

En annan utmaning för primärvården är att vårdcentralerna i varierande grad är i behov av hyrläkare. Vid intervjuer framkommer att hyrläkare ofta inte har samma kunskap om SVF. De deltar exempelvis inte vid allmöten och det finns enligt primärvårdsansvarig ingen central strategi för hur hyrläkare ska informeras om SVF. Bristande kunskap om SVF riskerar leda till att patienter med välgrundad misstanke om cancer inte hanteras enligt standard. Processägaren uppger att risken minimeras genom att alla inkomna remisser, SVF eller inte, bedöms av läkare på sjukhuset. Om en remiss inte är märkt med SVF men misstanke om cancer föreligger kan remissen märkas om och patienten prioriteras. Samtliga processansvariga uppger att remisser bedöms inom en eller två dagar även om de inte är märkta som SVF-remiss.

3.5.2. SVF har inneburit omprioriteringar i vårdköerna

Införandet av SVF i cancervården har enligt preliminära uppgifter från SKL resulterat i kortare väntetider för de patienter som remitterats till de första förloppen. Det innebär en stor vinst för patienter som utreds för cancermisstanke. Samtidigt diskuteras om SVF tränger undan andra patientgrupper. Socialstyrelsens definition av undanträngning lyder⁴:

”Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har en högre prioritet”.

Socialstyrelsen har i sin lägesrapport 2016 sammanställt de risker för undanträngning vid införandet av SVF som framkommit vid landstingens uppföljning av sina handlingsplaner, möten, enkäter och intervjuer. Flera av Socialstyrelsens generella iakttagelser har vi också uppmärksammat i intervjuer i denna granskning.

Socialstyrelsens uppföljning visar att risken för undanträngning bedöms högre ju närmare patienten de intervjuade arbetar. De som dagligen har kontakt med patienter ser stora utmaningar och risker för undanträngning, medan representanter för ledning generellt enbart ser en liten (eller ingen) risk för undanträngning. Det överensstämmer i huvudsak med vad som framkommit i vår granskning. Exempelvis menar intervjuade ledamöter från landstingsstyrelsen att professionens medicinska prioritering ska ligga till grund för behandling. Även om SVF finns ska de patienter som behöver resursen mest få den först. Flera medicinskt verksamma personer som vi pratat med i granskningen menar dock att SVF i praktiken i viss mån leder till undanträngning. Exempelvis prioriteras prostatacancerpatienter framför patienter med andra urologiska besvär. Det kan enligt processansvarig medföra att personer med godartad prostataförstoring får vänta upp till ett år på operation, trots att tillståndet kan medföra stor smärta och försämrad livskvalitet. På samma sätt prioriteras patienter med tjock- och ändtarmscancer framför patienter med exempelvis kroniska tarmsjukdomar. Processansvarig uppger också att patienter med stomi kan få behålla den längre än nödvändigt på grund av att cancerpatienter prioriteras inom kirurgin, vilket leder till försämrad livskvalitet och risk för följsjukdomar. Inom onkologin prioriteras nybesök vilket innebär att patienter i pågående behandling inte får komma på uppföljningsbesök i önskad omfattning för att se om behandlingen fungerar, uppger förbättringsledare.

⁴ Socialstyrelsens ”Standardiserade vårdförlopp i cancervården, lägesrapport 2016” s. 54.

Eventuella undanträngningseffekter påverkas av hur kriterierna för välgrundad misstanke är definierade. Socialstyrelsen anger att SVF inte borde leda till att fler patienter utreds, men att förändringen i arbetssätt under en period kan leda till att onödiga undersökningar sker. I vår granskning har detta främst uppmärksammats inom SVF för prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer där "tratten" bedöms som särskilt bred. Processansvarig för bröstcancer uppger därtill att bröstmottagningen ofta får SVF-remitter från primärvården där mottagningen inte tror att det föreligger välgrundad misstanke. SVF-remissen medför att mammografi bokas in innan besök på mottagningen vilket kan leda till att patienter som troligtvis är friska riskerar att tränga undan andra patienter.

3.5.3. Uppföljning av cancervården

Landstingsstyrelsen får viss uppföljning av cancervården och arbetet med de standardiserade vårdförloppen. I mars 2017 tog landstingsstyrelsen del av årsredovisning för 2016. I årsredovisningen framgår att överlevnaden inom cancer ligger i nivå med riket och föregående års resultat. Där framgår också att landstinget fortsätter med införandet av SVF, arbetsväxling och schemaläggning för att ge bättre resursutnyttjande och kvalitet. Vid tiden för granskningens genomförande har landstingsstyrelsen ännu inte tagit del av någon delårsrapport för året.

Uppföljning av cancervården sker även inom den regionala samverkansnämnden. Samverkansnämnden fick i februari 2017 en rapport från RCC som bland annat behandlade SVF, revidering av den regionala cancerplanen och nationell nivåstrukturering av cancerbehandling. I den senaste uppföljningen av nämndens aktivitetsplan, som ska behandlas av nämnden i slutet på maj 2017, framkommer att fokus under året varit nivåstrukturarbete, standardiserade vårdförlopp och uppföljning av vårdprocessgrupperna.

Cancerrådet följer kontinuerligt ledtider inom SVF. I mars fick rådet information från arbetsutskottet där det bland annat framgår att knappt hälften av de som utreds enligt SVF startar behandling. Cancerrådets arbetsutskott följer statistik över de ledtider som finns tillgängliga via RCC:s hemsida vid varje sammanträde. Enligt cancerrådets samordnare sker ingen formaliserad återrapportering från vårdprocessgrupperna till cancerrådet, vilket skulle kunna vara ett framtida utvecklingsområde.

Vid intervjuer lyfter flera personer att det finns utvecklingsområden vad gäller statistik. Bland annat uppges det inte gå att följa ledtider i realtid, vilket gör det svårt att använda statistiken till utvecklingsarbete och produktionsplanering. Det uppges också vara svårt att följa patienterna mellan verksamheterna vilket försvårar möjligheten att identifiera flaskhalsar. Den data som finns tillgänglig uppges inte heller ha tillräckligt bra kvalitet, vilket delvis beror på att fel uppgifter läggs in i systemet. Ledamöter i landstingsstyrelsen menar att det är svårt att fatta beslut utifrån de statistiska underlag som presenteras för nämnden då uppgifterna ofta är minst ett år gamla.

3.5.4. 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. Socialstyrelsens

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

I granskningen framkommer att landstingsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att cancervården ska vara jämlik. Landstingsstyrelsen har antagit en cancerplan tillsammans med övriga landsting och regioner inom sjukvårdsregionen vilket ger förutsättningar för en jämlik vård. Landstingsstyrelsen har också antagit en *Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård* som bland annat anger att jämlikheten ska öka genom nivåstrukturering, det vill säga genom att minska antalet opererande sjukhus.

Vår bedömning är att cancervården bedrivs på ett sätt som säkerställer att alla patienter i länet vars symtom utgör välgrundad misstanke om cancer får en likvärdig vårdprocess utifrån SVF. Bedömningen gäller emellertid utifrån antagandet att patienterna får en läkartid vid vårdcentral eller mottagning inom en vecka vilket inte är fallet. En patient med cancersymtom som är listad vid en vårdcentral med långa väntetider får en betydligt sämre vård eftersom tiden är en avgörande faktor för framgång i vården.

Tillgängligheten till cancervården följs kontinuerligt upp av cancerrådet. Granskningen visar att tillgängligheten generellt är god för tre av de granskade cancerformerna, med ovan beskrivna begränsningar. Detta fransett prostatacancer som inte uppnår ledtiden från välgrundad misstanke till start av behandling. Det finns ingen klar bild över vad detta beror på. Brist på urologer och ett stort antal SVF-remisser till följd av ändrade kriterier för välgrundad misstanke beskrivs som ett par påverkansfaktorer. Kompetensbrister uppges orsaka väntetider inte bara inom urologin utan också radiologin och onkologin. Långsiktigt arbetar landstinget med arbetsväxling och att flytta ansvar till primärvården för att åtgärda problem med kompetensförsörjning. Effekterna av denna förflyttning bedöms ligga långt fram i tiden varför åtgärder bör initieras för att förbättra situationen inom främst prostatacancervården.

Bristen till tillförlitlig data och statistik medför att det är svårt att identifiera flaskhalsar i processen. Statistiken används enbart i begränsad omfattning till utvecklingsarbete mot bakgrund av att den anses vara opålitlig och daterad.

Vi bedömer mot bakgrund av ovanstående att landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt. Vi anser dock att det är av vikt att landstingsstyrelsen säkerställer att alla patienter får ett läkarbesök inom vårdgarantin för att säkerställa en jämlik vård.

Vår bedömning är även att det finns en problematik med undanträngning både mellan SVF-patienter och andra samt mellan SVF-patienter. Vi vill dock betona att problemet i botten är ett kö- och tillgänglighetsproblem oavsett SVF:s införande. Detta problem har genom SVF:s införande blivit synligare och besvärande för sjukvården. Cancerpatienter har definitivt gynnats vilket också har varit avsikten men vården bör inte planeras utifrån antagandet att långa väntetider eller köer kommer att vara normaltillstånd.

4. Samlad bedömning

Syftet med granskningen har varit att följa upp på vilket sätt landstingsstyrelsen säkerställer att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet. Nedan ges kortfattade svar på revisionsfrågorna och därefter en sammanfattande bedömning utifrån syftet.

Revisionsfrågor	Bedömning
Har landstingsstyrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna samt har aktuella vårdprogram implementerats?	I stort sett ja. Alla vårdprogram har inte anpassats fullt ut till lokala förhållanden men arbetet pågår. Den styrning som SVF innebär bedöms generellt vara väl implementerad, inte minst inom den landstingsdrivna primärvården.
Är riktlinjerna och vårdprogrammen kända på verksamhetsnivå och används kunskaperna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?	Kännedomen om vårdprogrammen generellt och de standardiserade vårdförloppen i synnerhet bedöms vara god både inom den landstingsdrivna öppenvården och sjukhusvården. Den statistik som finns kopplad till SVF är inte tillräckligt aktuell så att den kan användas fullt ut i utvecklings- och produktionsplaneringssyfte. För prostatavården är det angeläget att finna förklaringar till de nuvarande alltför långa ledtiderna från misstanke till behandlingsstart. Vår bedömning är att detta till viss del är möjligt med den data som finns tillgänglig idag.
Har landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt?	Ja. Grunden för bedömningen är att remisströmmarna är styrda mot de sjukhus som har kapacitet och kompetens att hantera dessa med god kvalitet i diagnosförloppet och behandlingsbeslut. Ett undantag från den bedömningen är att flera av länets vårdcentraler har för långa väntetider till besök varför det kan dröja alldeles för länge innan cancerdiagnostikens process startar. Huruvida vården är jämlik mellan kön, etnisk bakgrund eller utbildning ger denna granskning inget svar på.
Är tillgängligheten till cancervården god?	Delvis. Utifrån måttstocken medianvärden klarar tre av diagnoserna de stipulerade väntetiderna. Prostatavården klarar det inte och uppvisar betydande brister i tillgänglighet. Alla dessa remisser går till Centralsjukhuset i Karlstad. Det finns även vissa flaskhalsproblem när det gäller radiologi. Bedömningen är att landstinget bör analysera vilka effekter SVF får för andra patienter som, i händelse av kösituation, får träda tillbaka trots betydande besvär.

4.1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning att landstingsstyrelsen i stort säkerställt att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet när det gäller förloppet fram till behandlingsstart.

Den övergripande bedömningen är att landstinget i de flesta avseenden genomfört en tillfredsställande implementering av den standardisering som de standardiserade vårdförloppen innebär. Det står också klart att införandet av tydliga mål för ledtider inom processen från symptom via diagnos till behandling samt processrelaterade funktioner har haft en betydande positiv påverkan på den vård som erbjuds till cancerpatienter. Vår bedömning utifrån erfarenheter från andra landsting är att primärvården, där de allra flesta cancervårdsprocesser börjar, fungerar väl. Remissflödet fungerar i huvudsak väl men ledtiderna mäts från det besök hos läkare där den välgrundade misstanken om cancer formuleras. Det innebär att patienter som vänder sig till vårdcentraler med långa väntetider till besök hos läkare vilket kan få betydelse för vårdens utfall om cancer ligger bakom det upplevda symtomet. Tillgängligheten inom sjukhusen är i huvudsak tillfredsställande för tre av de granskade cancerformerna. Tillgängligheten för patienter med prostatacancersymtom är dock inte tillfredsställande.

I de granskade vårdprocesserna är roller som processansvariga och kontaktsjuksköterskor väl etablerade och de senare beskrivs som mycket viktiga för patienternas trygghet och kontinuitet. Vårdkoordinatorer är också centrala men det återstår arbete med att etablera den rollen vid vissa verksamheter.

Granskningen visar emellertid att det finns några brister och utvecklingsområden som behöver uppmärksammas och åtgärdas. Vi ger därför landstingsstyrelsen följande rekommendationer:

- Säkerställ att informationen till patienterna förbättras så att vårdprocesserna inte fördröjs på grund av att patienterna inte förstått att en misstanke om cancer har formulerats och att vårdprocessen därför får en speciell utformning med krav på korta ledtider.
- Initiera åtgärder för att komma tillrätta med de långa ledtider som präglar vårdprocessen för prostatacancer.
- Vidtag åtgärder så att verksamheterna i realtid kan analysera statistik, speciellt ledtider, i utvecklingsarbetet och i produktionsplaneringen.
- Säkerställ att sjuksköterskor som arbetar i telefonrådgivningen på vårdcentralerna har god kunskap om vad de standardiserade vårdförloppen innebär.
- Säkerställ att varje cancervårdprocess har en organiserad koordinatorfunktion enligt beskrivningen i de standardiserade vårdförloppen.
- Initiera ett utvecklingsarbete i syfte att möta de prioriteringsproblem som redan uppstått och som sannolikt kommer att öka i samband med införandet av standardiserade vårdförlopp. I grunden är dock detta problem orsakat av dålig tillgänglighet med långa väntetider. Minskas dessa problem minskas även prioriteringsdilemman.

- Gör en riskanalys ur ett cancervårdsperspektiv avseende de olika vårdcentralernas tillgänglighet och vidtag åtgärder för att hantera dessa risker.

Karlstad den 15 juni 2017

Anders Hellqvist

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Ernst & Young AB

Elin Mausén

Verksamhetsrevisor

Ernst & Young AB

Ann-Mari Ek

Kvalitetssäkrare och certifierad kommunal yrkesrevisor

Ernst & Young AB

Bilaga 1 – Revisionsfrågor med underfrågor

- „ Har landstingsstyrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna samt har aktuella vårdprogram implementerats?
 - „ Är vårdprogrammen anpassade till de lokala förhållandena?
 - „ Är de stipulerade och rekommenderade processrollerna etablerade?
 - „ Har landstinget en strategi för var diagnos och behandling ska ske för de olika cancerformerna?
 - „ Har distriktsläkare, kontaktsjuksköterskor, koordinators m.fl. fått adekvat utbildning för sina roller?

- „ Är riktlinjerna och vårdprogrammen kända på verksamhetsnivå och används kunskaperna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?
 - „ Hur sker samverkan med RCC?
 - „ Vilket stöd finns från RCC?
 - „ Vilken uppföljning görs generellt och för respektive cancerform?
 - „ Hur används uppföljningsresultatet i utvecklingsarbetet?

- „ Har landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt?
 - „ Har landstinget identifierat var det finns skillnader inom länet?
 - „ Har åtgärder vidtagits för att minska skillnaderna?

- „ Är tillgängligheten till cancervården god?
 - „ Följs tillgängligheten upp kontinuerligt och vad visar resultaten?
 - „ Har effekterna för övriga patienter följts upp?
 - „ I de fall kompetensbrister orsakar väntetider, vad görs för att åtgärda problemet?

Bilaga 2 – Källförteckning

I granskningen har vi genomfört intervjuer med följande funktioner:

- „ Distriktsläkare och enhetschef vid Vårdcentral Hagfors
- „ Distriktsläkare vid Vårdcentral Karlstad
- „ Förbättringsledare
- „ Kansliansvarig för samverkansnämnden
- „ Ledamöter från samverkansnämnden och landstingsstyrelsen (totalt 2 st, däribland landstingsstyrelsens ordförande)
- „ Primärvårdsansvarig för implementering av SVF
- „ Processansvarig bröstcancer
- „ Processansvarig lungcancer
- „ Processansvarig prostatacancer
- „ Processansvarig tjock- och ändtarmscancer
- „ Processägare
- „ Samordnare i cancerrådet
- „ Slutenvårdchef
- „ Urval av kontaktsjuksköterskor (totalt 4 st från lungmedicin, onkologi och kirurgi)
- „ Urval av koordinatörer (totalt 3 st från onkologi och kirurgi)
- „ Verksamhetschef samt funktionschef för RCC Uppsala Örebro
- „ Verksamhetschef kirurgi
- „ Verksamhetschef onkologi
- „ Öppenvårdchef

Vi har tagit del av följande dokumentation:

- „ Cancerplan 2016-2018. Utvecklingsplan för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Landstingsstyrelsen 2016-05-10. Dnr LK/160575.
- „ Handlingsplaner för 2016 års SVF. Uppsala Örebro sjukvårdsregion, 2016-03-11.
- „ Landstingsplan 2017 för Landstinget i Värmland. Landstingsfullmäktige 2016-11-29. Dnr LK/162887.
- „ Landstingsstyrelsens protokoll januari – april 2017.
- „ Minnesanteckning från cancerrådet i Värmland 2017-03-31. Dnr LK/160015.
- „ Minnesanteckning från cancerrådet i Värmlands arbetsutskott 2017-04-18. Dnr. LK/160015.
- „ Nationellt vårdprogram för bröstcancer (2014-11-11)
- „ Nationellt vårdprogram för lungcancer (2015-03-10)
- „ Nationellt vårdprogram för prostatacancer (2017-02-28).
- „ Nationellt vårdprogram för tjock- och ändtarmscancer (2016-03-15)
- „ Redovisning av införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården 2017. Landstinget i Värmland, 2017-03-09. Dnr LK/153144.
- „ Reglemente för landstingsstyrelsen i Landstinget i Värmland. Landstingsfullmäktige 2014-11-26. Dnr LK/142184.
- „ Standardiserade vårdförlopp i cancervården – lägesrapport 2016. Socialstyrelsen november 2016. Artikelnummer 2016-11-5.
- „ Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård. Landstinget i Värmland 2015-09-22. Dnr LK/152175.
- „ Verksamhetsplan för samverkan om hälso- och sjukvård inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016-2019 (2016-02-22).

- „ Årsredovisning 2016 för Landstinget i Värmland. Landstingsfullmäktige 2017-04-04. Dnr LK-161478.

Elektroniska källor:

- „ Regeringen.se:
<http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/01/socialstyrelsen-ska-forbereda-for-en-nivastrukturering-av-den-hogspecialiserade-varden/> Hämtad 2017-05-30 kl. 11.05-
- „ RCC:s hemsida: <http://cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/resultat-och-statistik/> Hämtad 2017-05-04 kl. 14.37.
- „ Uppgifter om ledtider per SVF:
 - Bröstcancer: <http://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/cancerdiagnoser/brost/vardforlopp-brostcancer/gallande-vardforlopp/indikatorer-for-uppfoljning2#ledtider-for-nationell-uppfoljning> Hämtad 2017-05-18 kl. 10.50.
 - Lungcancer: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/lunga-och-lungsack/vardforlopp-lunga/gallande-vardforlopp/indikatorer-for-uppfoljning2/> Hämtad 2017-05-18 kl. 10.50.
 - Prostatacancer:
<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/prostata/vardforlopp/gallande-vardforlopp/indikatorer-for-uppfoljning2/> Hämtad 2017-05-18 kl. 10.50.
 - Tjock- och ändtarmscancer:
<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/tjocktarm-andtarm-och-anal/tjock--och-andtarm/vardforlopp-tarm/gallande-vardforlopp/indikatorer-for-uppfoljning2/> Hämtad 2017-05-18 kl. 10.50.
- „ Vantetider.se: <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Varmlands/PrimarvardBesok> Hämtad 2017-05-18 kl. 08.39.

Bilaga 3 – Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Nedan beskrivs de revisionskriterierna som använts i denna granskning.

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 1982:763

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.

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-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer vilka är antagna av Regionala cancercentrum i samverkan. Respektive SVF innehåller bland annat kriterier för välgrundad misstanke om cancer och ledtider för olika moment fram till beslut om behandling.

Reglemente för landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen ansvarar för landstingets verksamhet, utveckling och ekonomi. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs.

Landstingsfullmäktiges mål och uppdrag i landstingsplan 2017

I landstingsplan 2017 har landstingsfullmäktige formulerat ett utvecklingsuppdrag för hälso- och sjukvården som anger att arbetet med nivåstrukturering inom slutenvården ska fortsätta.

Cancerstrategi 2016-2018

RCC i Uppsala Örebro har visionen ”Regionalt samarbete för att minska insjuknandet i cancer och för en utvecklad cancervård med patientens fokus”. I cancerstrategin har visionen konkretiserats i fem områden med åtgärder: patienternas ställning, vårdens struktur, kompetensförsörjning, forskningssamordning samt prevention och tidig diagnostik.

Bilaga 4 – Vårdprocessens övergripande moment

