Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2015-11-18

LS 2015-0708

Landstingsstyrelsen

Förändrad organisation av den onkologiska specialistvården inom Stockholms läns landsting

Föredragande landstingsråd: Ella Bohlin

Ärendebeskrivning

Utredning av den icke kirurgiska onkologin för vuxna inom Stockholms läns landsting gjordes hösten 2014. Utredningen föreslog en ny onkologisk enhet på Capio S:t Görans sjukhus. Den onkologiska verksamheten på Södersjukhuset som idag drivs av Karolinska Universitetssjukhuset övergår i Södersjukhuset AB:s regi samt att den onkologiska verksamheten på Danderyds sjukhus och inom Radiumhemmet Solna fortsatt ansvaras för av Karolinska Universitetssjukhuset.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att godkänna utredningens förslag till ny organisation av den icke kirurgiska onkologiska vården innebärande inrättande av en ny enhet vid S:t Görans sjukhus, överförande av ansvaret för den onkologiska verksamheten vid Södersjukhuset från Karolinska Universitetssjukhuset till Södersjukhuset AB samt fortsatt onkologisk verksamhet vid Karolinska Universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus i Karolinska Universitetssjukhusets regi

att uppdra åt landstingsdirektören att säkerställa att beslutad förändrad organisation av den onkologiska vården sker så att patienter omhändertas på ett säkert och jämställt sätt på alla enheter och att medarbetare oavsett arbetsplats ges samma möjligheter till kompetensutveckling och förutsättningar för akademiskt arbete

att uppdra åt landstingsdirektören att tillse att ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset AB i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och landstingsstyrelsens förvaltning

skyndsamt fastställer en organisation av strålbehandlingsverksamheten som är ändamålsenlig för den nya organisationen av den onkologiska vården och det övergripande målet att skapa ett samlat ansvar för hela vårdprocessen på respektive sjukhus.

Landstingsrådsberedningens motivering

Den 28 april 2015 fattade hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om att förorda att den onkologiska verksamheten skall organiseras enligt det förslag som presenterades i en utredning den 1 januari 2015 i syfte att förbättra den onkologiska vården i Stockholms län.
Förslag på ny organisation var enligt utredningen en klinik på Karolinska Universitetssjukhuset inkluderande Danderyds sjukhus, en klinik på Södersjukhuset och en ny klinik på Capio S:t Görans sjukhus. Hälso- och sjukvårdsdirektören fick i uppdrag att förbereda vårdavtal avseende verksamhet på S:t Göran från och med den 1 januari 2016. Nämnden beslöt också att överlämna ärendet, undantaget Capio S:t Görans sjukhus, till landstingsstyrelsen för vidare beredning. Ärendet har därefter sänts ut på remiss till de berörda verksamheterna.

Med tre kliniker får vårdgivarna ett tydligt samlat ansvar som bidrar till en tydlighet gentemot patienterna. Alla patienter ska få en väl sammanhållen väg genom cancervården. Patientsäkerheten förbättras genom tydligare ansvar för vårdgivarna samtidigt som patienterna tydligare kan veta vart de ska vända sig. Det är viktigt att patientperspektivet är i fokus och att patientflöden säkras i verksamhetsövergångarna.

Möjligheterna för patienter att delta i klinisk forskning måste stärkas. Därför är det viktigt att ett starkt nätverkssammarbete skapas mellan de tre klinikerna som garanterar en samordning av forskning där patienter får lika möjlighet att involveras i forskning. Fler patienter kan erbjudas att delta i olika kliniska forsknings- och utvecklingsprojekt under hela vårdprocessen med delaktighet även från intressenter utanför universitetssjukhuset. Karolinska Institutet kommer även fortsättningsvis att ha en viktig samordnande roll för forskningen. Pluralism och en mångfacetterad kultur inom cancerforskningen underlättas, vilket är av stor betydelse för en sådan disciplin som cancervården utgör.

Den nya organisationen med tre kliniker kommer svara bättre mot framtidens hälso- och sjukvård och den regionala cancerplanens mål. Med förändringen väntar vi oss få en närmare och effektivare vård, bättre forskningsmöjligheter, tydligare organisation och ett förbättrat patientperspektiv i cancervården.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 5 november 2015
Utredning av den icke kirurgiska onkologiska vården för vuxna
Remiss från landstingsdirektören gällande Förändrad organisation av den icke kirurgiska vården för vuxna i Stockholms läns landsting
Yttrande från Karolinska Institutet
Yttrande från Karolinska Universitetssjukhuset
Yttrande från Capio S:t Görans sjukhus
Yttrande från Södersjukhuset AB

Torbjörn Rosdahl

Ella Bohlin

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-11-05

LS 2015-0708

Handläggare:
Peter Rönnerfalk

Landstingsstyrelsens
ägarutskott

Ankom
Stockholms läns landsting
2015 -11- 13
Dnr LS 2015-0708
Rotel VIII

Förändrad organisation av den onkologiska specialistvården inom Stockholms läns landsting

Ärendebeskrivning

Utredning av den icke kirurgiska onkologin för vuxna inom Stockholms läns landsting gjordes hösten 2014. Utredningen föreslog en ny onkologisk enhet på Capio S:t Görans sjukhus. Den onkologiska verksamheten på Södersjukhuset som idag drivs av Karolinska Universitetssjukhuset övergår i Södersjukhuset AB:s regi samt att den onkologiska verksamheten på Danderyds sjukhus och inom Radiumhemmet Solna fortsatt ansvaras för av Karolinska Universitetssjukhuset.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 5 november 2015
Utredning av den icke kirurgiska onkologiska vården för vuxna
Remiss från landstingsdirektören gällande Förändrad organisation av den icke kirurgiska vården för vuxna i Stockholms läns landsting
Yttrande från Karolinska Institutet
Yttrande från Karolinska Universitetssjukhuset
Yttrande från Capio S:t Görans sjukhus
Yttrande från Södersjukhuset AB

Förslag till beslut

Ägarutskottet föreslår arbetsutskottet föreslå landstingsstyrelsen besluta

att godkänna utredningens förslag till ny organisation av den icke kirurgiska onkologiska vården innebärande inrättande av en ny enhet vid S:t Görans sjukhus, överförande av ansvaret för den onkologiska verksamheten vid Södersjukhuset från Karolinska Universitetssjukhuset till Södersjukhuset AB samt fortsatt onkologisk verksamhet vid Karolinska Universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus i Karolinska Universitetssjukhusets regi

att uppdra åt landstingsdirektören att säkerställa att beslutad förändrad organisation av den onkologiska vården sker så att patienter omhändertas på ett säkert och jämställt sätt på alla enheter och att medarbetare oavsett arbetsplats ges samma möjligheter till kompetensutveckling och förutsättningar för akademiskt arbete

att uppdra åt landstingsdirektören att tillse att ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset AB i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och landstingsstyrelsens förvaltning skyndsamt fastställer en organisation av strålbehandlingsverksamheten som är ändamålsenlig för den nya organisationen av den onkologiska vården och det övergripande målet att skapa ett samlat ansvar för hela vårdprocessen på respektive sjukhus.

Förvaltningens förslag och motivering

Bakgrund
Icke kirurgisk onkologi bedrivs inom Stockholms läns landsting idag på tre enheter, Radiumhemmet i Solna, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus (öppenvård). Ansvar för alla enheterna ligger hos Karolinska Universitetssjukhuset. Enheten på Södersjukhuset står för ungefär en tredjedel av slutenvården och knappt hälften av öppenvården inom specialiteten.

Hösten 2014 genomfördes på uppdrag från Regionalt Cancercentrum en utredning i syfte att ge förslag på organisation av den icke kirurgiska onkologiska vården i Stockholms läns landsting. Detta utifrån målet att finna den organisation som ger bäst förutsättningar att uppfylla målen i den Nationella cancerstrategin, Regionala cancerplanen och planen för Framtidens hälso- och Sjukvård. Utredningen presenterades i januari 2015 och rekommenderar två förändringar; övergång av den onkologiska verksamheten vid Södersjukhuset från Karolinska Universitetssjukhuset till Södersjukhuset AB och etablerandet av en ny enhet på Capio S:t Görans sjukhus i detta sjukhus egna regi.

Förslaget framlades som ett ärende till hälso- och sjukvårdsnämnden den 28 april 2015 . Nämnden beslöt förorda ny organisation enligt utredningens förslag med en klinik på Karolinska Universitetssjukhuset inkluderande Danderyds sjukhus, en klinik på Södersjukhuset och en ny klinik på Capio S:t Görans sjukhus. Hälso- och sjukvårdsdirektören fick i uppdrag att förbereda vårdavtal avseende verksamhet på S:t Göran från och med den

1 januari 2016. Nämnden beslöt också att överlämna ärendet, undantaget Capio S:t Görans sjukhus, till landstingsstyrelsen för vidare beredning.

Den fortsatta beredningen har syftat till att efterhöra involverade enheters och Karolinska Institutets synpunkter på och beskrivning av hur olika organisationsformer kan komma påverka möjligheterna att uppfylla målen för vård, ekonomi, kompetensförsörjning och forskning/utveckling. Formella remissinstanser var Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Capio S:t Görans sjukhus, inkomna svar finns i bilagorna till tjänsteutlåtandet. Danderyds sjukhus AB har avstått från att svara. Yttranden har även inkommit från Radiumhemmets Forskningsfonder och Bröstcancerföreningen Amazona. Dessa kan inte formellt hanteras i detta ärende då en allmän förfrågan till de många intresseföreningar och organisationer som finns inom det onkologiska området, inte gått ut. Skrivelse från läkargruppen på Onkologiska kliniken Södersjukhuset har också inkommit (LS 2015-1251).

Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset avvisar förslaget till ny organisation och anför båda som främsta skäl till detta att modern cancervård och utveckling av densamma inklusive forskning kräver ett befolkningsunderlag av minst Stockholms läns landstings storlek, detta i samma organisation, för att uppnå de önskade målen och möta de berättigade kraven på kvalitet.

Södersjukhuset AB ser fördelar med en ny organisation vilket innebär möjligheter till en mer integrerad vårdprocess och patientlogistik på sjukhuset. De betonar att en förändrad organisation måste säkra att en egen enhet på sjukhuset får jämställda betingelser gällande möjligheter till behandling, kompetensutveckling för medarbetarna och deltagande i forskning/utveckling.

Capio S:t Görans sjukhus förordar den föreslagna nya organisationen och ser vårdprocessmässigt samma möjlighet som Södersjukhuset. De påpekar, liksom Södersjukhuset, vikten av att vård och akademiskt arbete kan bedrivas på lika villkor utifrån varje enhets förutsättningar.

I utredningen om icke kirurgisk onkologisk vård är frågan hur strålbehandlingsverksamheten bör organiseras i en ny struktur inte tydligt besvarad. Idag har Karolinska Universitetssjukhuset ansvaret för all strålterapi. Utifrån målbilden ett samlat ansvar för vården måste det snarast möjligt fastställas huruvida den verksamhet som idag finns på Södersjukhuset (fyra acceleratorer) ska överföras till Södersjukhuset AB i samband med överförande av den onkologiska vården eller fortsatt

ansvaras för av Karolinska Universitetssjukhuset (med ytterligare åtta acceleratorer i Solna). I syfte att ge bästa förutsättningar för en samlad vårdprocess talar mycket för att även strålverksamheten vid Södersjukhuset överförs till Södersjukhuset AB tillsammans med den kliniska onkologiska verksamheten. Den aktuella utredningen har dock inte utrett huruvida det föreligger praktiska och logistiska hinder för en sådan förändring och en sådan genomgång bör göras snarast möjligt och återrapporteras till Landstingsdirektören. För genomgången ansvarar ledningarna för Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset i samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen och landstingsstyrelsens förvaltning.

Sammanfattningsvis finns en stark oro från Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset att en ny organisation inom onkologi kommer försämra möjligheterna att uppfylla mål och krav i Nationell cancerstrategi och Regional cancerplan. Man ser också svårigheter att upprätthålla och utveckla modern standard inom vården och att fortsatt kunna vara i frontlinjen vad gäller forskning och utveckling. Dessa risker ser inte Södersjukhuset och S:t Göran förutsatt att man kan säkra en nära samverkan mellan involverade enheter avseende vårdprocesser, kompetensutveckling, forskning och utveckling av diagnostik och behandlingar i ett jämställt regionalt nätverk.

Överväganden
Utredningens förslag till organisation av icke kirurgisk onkologi kan enligt Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus ge möjligheter till en mer sammanhållen vårdprocess. Samtidigt förutsätts samma vårdprocess att kunna fortsätta utvecklas på Karolinska Universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus. Viktigt är dock att säkra ett konkret, praktiskt och fungerande nätverk mellan alla berörda enheter som garanti för att alla patienter får samma möjligheter till vård och att alla medarbetare får samma förutsättningar för kompetensutveckling. En särskild rutin bör också upprättas för att garantera att lämpliga patienter, oavsett var man vårdas, får lika möjlighet att involveras i forskning, metodutveckling och behandlingsprövningar. Den nyligen instiftade gemensamma biobanken i Stockholms läns landsting bör kunna bidra till att underlätta önskad samverkan.

Strålbehandlingsverksamheten vid Södersjukhuset bör inkluderas i en övergång av den onkologiska verksamheten till Södersjukhuset AB. Huruvida det föreligger praktiska eller andra verksamhetsmässiga risker med en sådan övergång är inte utrett vilket bör göras skyndsamt för att utesluta absoluta hinder för en dylik förändring.

S:t Görans sjukhus startar sin verksamhet inom onkologi januari 2016 och ett överförande av ansvaret för den onkologiska verksamheten vid Södersjukhuset till Södersjukhuset AB från Karolinska Universitetssjukhuset bör av hänsyn till medarbetare och sjukhusledningar ske så snart möjligt dock senast juni 2016. Detta överförande av ansvar är att betrakta som en verksamhetsövergång och ska följa Stockholms läns landstings regelverk och rutiner för en sådan.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Överflyttande av ansvaret för onkologisk verksamhet och eventuell strålbehandling från Karolinska Universitetssjukhuset till Södersjukhuset AB är att betrakta som en verksamhetsövergång med befintligt uppdrag och därtill kopplade resurser och ska i sig inte leda till förändrade kostnader.

Miljökonsekvenser av beslutet

Inga miljökonsekvenser kan förutses av detta beslut.

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Henrik Gaunitz
Vice VD LISAB

Utredning icke kirurgisk onkologi för vuxna i Stockholm

Stockholm, 2015 04 20

Innehåll

Slutsatser och rekommendation

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Slutsatser och rekommendation

Organisation

Helseplan rekommenderar att onkologkliniken efter 10 års drift som en klinik delas i enlighet med alternativ 3B med en Onkologisk klinik på Karolinska Universitetsjukhuset inklusive en enhet på Danderyd och en Onkologisk klinik på Södersjukhuset. Vidare rekommenderar Helseplan att St. Görans sjukhus gradvis bygger upp en ny onkologisk klinik vartefter patientvolymerna där ökar.

Helseplan förutsätter också att varje sjukhus får uppdrag, beställningar och ekonomiska driftsramar i som svarar mot aktuella uppdrag och patientvolymer.

Detta organisationsförslag, som innebär att onkologin skulle vara spridd på flera huvudmän, kräver en viss samordnande funktion för vissa gemensamma frågor (RCC/HSF/Specialitetsråd/Chefsråd).

Forskning

Man har haft en sammanhållen klinik under 10 år utan att detta upplevs ha medfört större spridning av forskningen. Cancerplanens förutsättningar att alla patienter ska ges möjlighet till delaktighet i klinisk forskning bör kunna tas tillvara i alla de aktuella organisationsalternativen. Detsamma bör gälla för olika projekt inom registerforskning. Forskningsprojekt på dels mindre dels speciella patientgrupper utförs idag på Karolinska och kräver redan idag samverkan över flera siter för att få ett tillräckligt patientunderlag. Detta bör kunna fortgå i framtiden oavsett organisationsform.

En viktig premiss för forskning oavsett organisationsalternativ är att alla siter har en väl tillrättalagd infrastruktur för att kunna infria Cancerplanens målbild om att alla patienter ska ges möjlighet att medverka. Infrastrukturen kan bl.a. omfatta ansluttning till Karolinska Institutet, forskningssjuksköterskor, tillgång till biobank, administrativt stöd, IT-stöd och fysiska lokaler.

Slutsatser och rekommendation

Radioterapi

I våra intervjuer och samtal har vi diskuterat strålbehandlingens framtida organisation i relation till framtidsutvecklingen generellt och i relation till utredningens olika organisationsalternativ. Det verkar finnas en bred enighet om en sammanhållen strålbehandlingsenhet oavsett organisationsalternativ och en bred enighet om att behovet av kapacitetsökning bör ske på de siter som redan nu har strålbehandling.

Helseplan stödjer detta och rekommenderar att det etableras en gemensam strålklinik för Stockholm (Alternativ 4A) organiserad under Karolinska Universitetssjukhuset och som omfattar strålbehandlingsenheterna på båda siter, strålläkare och delar av sjukhusfysik. Det förutsätts att samarbete med övriga kliniker runt utbildning, forskning, etc. upprätthålls och vidareutvecklas efter behov.

Övriga teman

- **Ekonomi**

Ur Cancerplanen: ”I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård.” Helseplan uppfattar inte att dagens ersättningssystem ger bra incitament till en effektiv vård. Helseplan rekommenderar en utveckling av ersättningssystem som bättre ger ”rätt incitament till en effektiv vård.”

- **Benchmarking**

Den jämförelse vi har utförd som led i utredningen indikerar att onkologkliniken i Stockholm relativt sett har lägre resurser i relation till befolkningsunderlaget än onkologkliniker i flera andra landsting. Denna jämförelse ger ingen entydig bild pga av olika sjukhustyper, olikt dataunderlag, mm, men indikerar att kliniker i andra landsting har bättre ekomomiska ramar än onkolgin i Stockholm. Helseplan rekommenderar en mer omfattande genomgång av onkologins aktiviteter och tillhörande resurser.

Slutsatser och rekommendation

- **Jämlik vård**

Enligt Helseplans uppfattning är det inte organisation i en, två eller fler kliniker som sätter möjligheten till jämlik vård. Istället styrs detta av flera relativt organisationsoberoende synpunkter;

  - Tillgång till forskning och dess resultat
  - Gemensamma riktlinjer baserade på best practice och att riktlinjer följs
  - Praktiska åtgärder för att skapa jämlik vård mellan patienter och cancergrupper

- **Kontaktsjuksköterskor**

Helseplans uppfattning är att en väl fungerande kontaktsjuksköterska utgör ett värdefull stöd och trygghet för den enskilda patienten, men att det fortsatt finns ett behov av en utveckling av funktionen.

- **ASIH/Specialiserad slutenvård (SPSV)**

Helseplan stöder Specialitetsråd Tumörsjukdomars uppmaning om en utredning av ASIH och behov av tillhörande vårdplatser och då gärna i en utvidgad omfattning till alla cancerpatienter inom ASIH, inte bara patienter i en palliativ fas.

Introduktion, upplägg och metod

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Grundläggande information

Transformation av sjukvården i SLL med Framtidsplanen som grund och där Cancerplanen är en viktig del, ställer krav på utveckling av processorienterad vård i nätverk med patienten i fokus.

I den nivåstrukturering som förutsätts i Cancerplanen och arbetet med framtidens hälso- och sjukvård sägs att en stor del av den kirurgiska och icke kirurgiska behandlingen av cancer ska ske på Karolinska Universitetssjukhuset. Men för flera av de stora tumörsjukdomarna kommer hela eller delar av den samlade patientprocessen att finnas även på de stora akutsjukhusen.

I dag ansvarar onkologiska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset för merparten av den icke kirurgiska behandlingen av cancer inom hela SLL, vilket innebär att den onkologiska verksamhet som bedrivs på övriga sjukhus gör det i Karolinska Universitetssjukhusets regi, eller genom att kompetens ställs till förfogande, reglerat i avtal (bröstonkologi vid Capio St. Göran).

Tidigare utredningar

Helseplan har tidigare på uppdrag arbetat med utredningar av onkologin i Stockholm. Hösten 2003 beslutade landstinget att samorganisera de två okologiska klinikerna i Stockholm; Radiumhemmet Karolinska Sjukhuset och Onkologkliniken Huddinge Universitetssjukhus till en klinik. Helseplan ledde arbetsgruppen som utredde och planerade sammanslagningen.

År 2006 genomförde Helseplan ”Fördjupad uppföljning” av den nya Kliniken för onkologi vid Karolinska Universitetssjukhuset.





Syfte

Syftet med detta projekt är att ta fram ett underlag till beslut för hur den icke kirurgiska behandlingen av cancer inom SLL ska vara organiserad i FHS för att erbjuda en vårdprocess som på bästa sätt kan svara upp mot de mål för nätverkssjukvård och processorientering med patientens perspektiv i fokus inom ramen för en samlad patientprocess som Framtidsplanen och cancerplanen ställer.

Framtidsplanen / Cancerplanen

- Vården ska ges av den vårdgivare som är mest lämpad att vårda patienten utifrån dennes medicinska behov, behov av omvårdnad och behov utifrån funktionsförmåga vid varje tillfälle.
- Vårdgivarna samarbetar kring patienten i nätverk – en ”Nätverkssjukvård” utvecklas.
- I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård.
- Insatserna knyts ihop av kontaktsjuksköterska och en multidisciplinär samverkan som håller ihop resurserna runt patienten.
- Den kliniska forskningen ska finnas med i alla delar och ska ge alla patienter möjlighet till delaktighet i forskningen.

Ett arbetsupplägg i fyra faser

Arbetets FAS 1
En inledande intervjurunda genomförs för förankring och för att få information från berörda sjukhus/kliniker, forskningsmiljöer, etc.

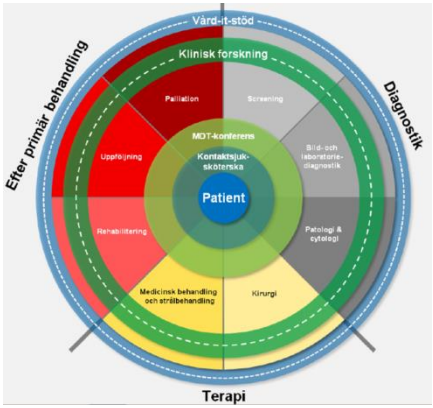
Arbetets FAS 2
Under FAS 2 tas en samlad beskrivning av cancersjukvården i SLL fram, ur producentperspektiv och ur befolkningsperspektiv. Beskrivningen baseras på existerande statistik/data och att nya data tas fram från olika datasystem inom SLL.

Arbetets FAS 3
Presenteras och analyseras olika alternativ till dagens organisation av den icke kirurgiska behandlingen av vuxna cancerpatienter baserad på Framtidsplanens och Cancerplanens intentioner och faktiska och framtida patientvolymer. Här ingår också frågeställningar kring patientnöjdhet och involvering, tillgänglighet och samverkan.

Beskrivs de olika alternativens drifts- och investeringskostnader i relation till dagens kostnader.

Arbetets FAS 4
Presenteras förslag till framtida organisation av den icke kirurgiska behandlingen av vuxna cancerpatienter baserad på Framtidsplanens och Cancerplanens intentioner och faktiska och framtida patientvolymer.
Beskriva ekonomiska konsekvenser för förslagen i relation till dagens kostnader.

Intervjuer med aktörer från hela kedjan



Inledande förankring:

Styrgruppen Cancerplanen, inkl. företredare för KI och HSF

Ledningspersoner för Södersjukhuset, St. Göran, Danderyd, Karolinska

Ledningsgruppen Onkologkliniken, Karolinska

Diagnostik: Patologi, Röntgen, Sjukhusfysik, Diagnostiskt centrum

Terapi: Onkologkliniken: Sektions- och områdeschefer, Chefssjuksköterskor från samtliga siter (KS, SÖS och DS), Medicinsk behandling och strålbehandling

Efter primär behandling: Palliativ vård, ASIH, Rehabilitering

Processövergripande: Patientföreningar: representanter från 10 olika patientföreningar deltog i workshop. Forskning och utveckling: KI representanter, professorer samt ST-chef

Regional samordnare för kontaktsjuksköterskor

Centrala roller och beställare: HSF: Processledare RCC inkl. representanter från fyra olika kvalitetsregister, enhetschefer och avtalshandläggare. Divisionschef, ansvariga programkontoret NKS, ordförande för det nationella Onkologichefsrådet

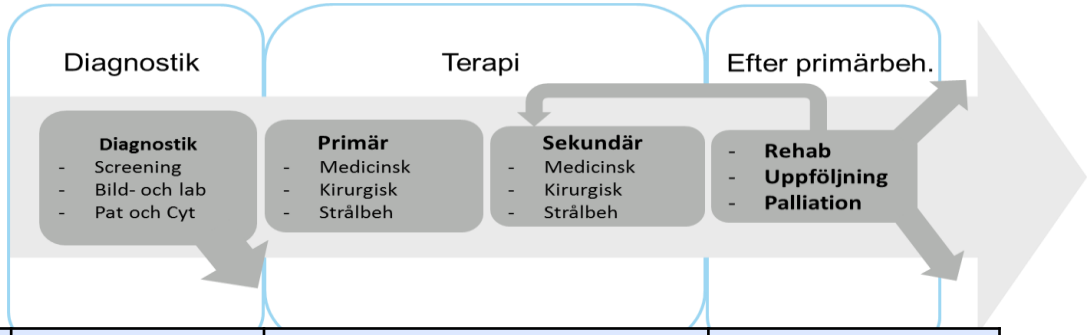
Totalt har 65 personer deltagit i tillsammans fler än 50 intervjuer/samtal/upprepade samtal inom projektet

helseplan

Vilken data har vi? – Vilka perspektiv belyses?

Initialt var det Helseplans intention att få fram data för att belysa patientarbetet i både ett individ-, produktions- och ett befolkningsperspektiv i kombination med patienternas olika utrednings- och behandlingsfaser, samt att utnyttja materialet som en del av våra intervjuer. Det visade sig inte vara möjligt. Till del saknas data helt. Det gäller framförallt data på individnivå, dvs hur många besök varje individ haft och av vilken typ.

För behandling och terapi finns data att tillgå på individnivå, men vi har inte fått ta del av dessa inom ramen för detta projekt. Det gör att vi inte kan se hur processen ser ut för individen. Producent- och befolkningsperspektivet täcks tillräckligt väl inom behandling och terapi. För diagnostik gäller generellt att datan är svårfångad, förmodligen pga det stora antalet utförare. Generellt kan sägas att datauthämtning är en trång sektor, både för externa och SLL-interna förfrågningar.



	Diagnostik	Behandling/Terapi	Efter prim.behandl.
Individ	**NEJ**	**Mindre delar**	**NEJ**
Producent	**NEJ**	**JA**	**Mindre delar**
Befolkning	**NEJ**	**JA**	**Mindre delar**

helseplan

Datakällor

Citat från utredningen:
”Att använda data internt är svårjobbat, att få ut data ur exempelvis VAL är en flaskhals.”

Incidens- och befolkningsutveckling:

- Rapporter från Socialstyrelsen, SKL och RCC
- Befolkningsdata från SKL

Kvalitet:

- Kvalitetsregister
- SKL öppna jämförelser

Väntetider:

- Kvalitetsregister, separat datauttag från fyra register som analyserats i samarbete med processledare och statistiker på RCC
- Årsrapporter för kvalitetsregister från RCC
- Rapporter från Socialstyrelsen, väntetider i cancervården

Ekonomi och produktion:

- Produktionsdata via VAL
- Klinikernas egna ekonomi- och produktionsdata

Personaldata och MA-nöjdhet:

- Nöjdhetsmätningar från Karolinska
- Personal- och kompetensdata från Onkologkliniken

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Sammanfattning av konsumtion och produktion inom cancervård idag

- De största cancergrupperna är bröstcancer, prostatacancer, tumörer i huden och kolorektalcancer. Av dessa planeras bröstcancer, prostatacancer och kolorektalcancer fördelas över flera sjukhus, och det är också dessa som vi i nulägesbeskrivningen har valt att fokusera på.

- I materialet ser vi att övervägande del av produktion inom cancervård sker på Karolinska, där Onkologkliniken står för en stor del. I statistiken ser vi att det finns också en lång ”svans” av vårdtillfällen och besök som fördelas över många mindre vårdgivare. Det rör sig troligen till stor del om patienter i en senare del av vårdkedjan, efter den primära behandlingen. I vårt material (till stor del från VAL-databasen) har vi inte möjlighet att skilja ut patienter i palliativ vård.

- I befolkningsperspektivet idag ser vi också att det är skillnader i vårdkonsumtion beroende på hemortskommun.

Produktion idag

Patientunderlag onkologklinken - cancerpatienter totalt i SLL idag

Prevalens

Cancertyp	Prevalens SLL 2011 tio största grupperna
Bröstcancer	22 961
Prostata	17 546
Melanom i hud	7 488
Annan tumör i hud	7 223
Urinorgan, ej njure	4 411
Cancer i livmoderkropp	4 078
Centrala nervsystemet	3 329
Cancer i ändtarm	3 249
Non-hodgkin	2 817
Livmoderhalscancer	2 292
Övrigt	?

Antal nya fall

Cancertyp	Antal nya fall 2011 SLL tio största grupperna
Prostatacancer	1 969
Bröstcancer	1 669
Annan tumör i hud	1 241
Lungcancer	849
Tjocktarm	769
Melanom i hud	652
Urinorgan, ej njure	462
Cancer i ändtarm	398
Non-hodgkin	320
Cancer i livmoderkropp	274
Övrigt	2 754

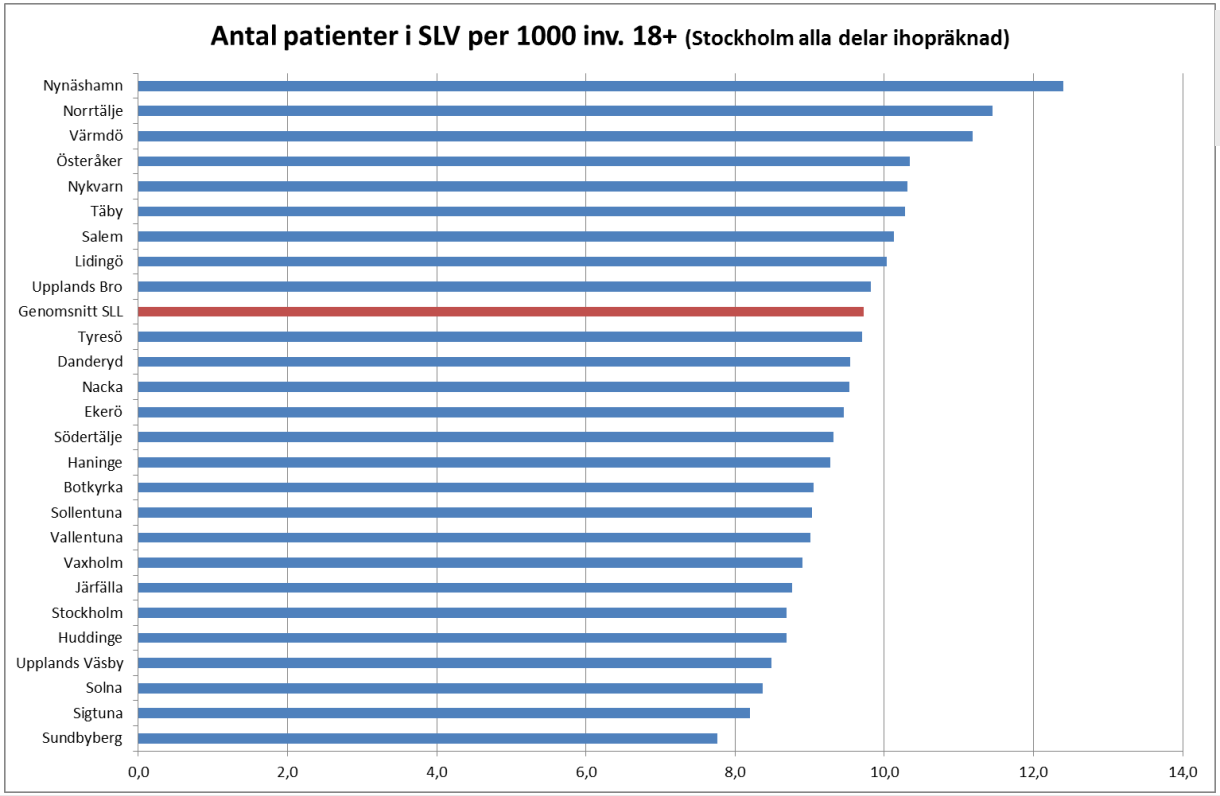
Till stor del återfinns de flesta patienter inom samma cancergrupper oavsett om man utgår från antal insjuknade eller antalet sjuka vid en viss tidpunkt. Undantag är t ex lungcancer, som har förhållandevis sämre överlevnad och livmoderhalscancer som har god överlevnad.

Källa: Incidens och prevalens av cancer 2005-2011 RCC Stockholm Gotland

helseplan

Antal patienter i slutenvården per 1000 invånare

Inom Stockholms län är det stora variationer i hur stort antal individer från olika kommuner som behandlas i onkologisk slutenvård. Sundbyberg har lägst antal patienter per invånare medan Nynäshamn har flest. Utomlänspatienter står för ca 6 % av alla individer i slutenvården (motsvarar 1030 individer)

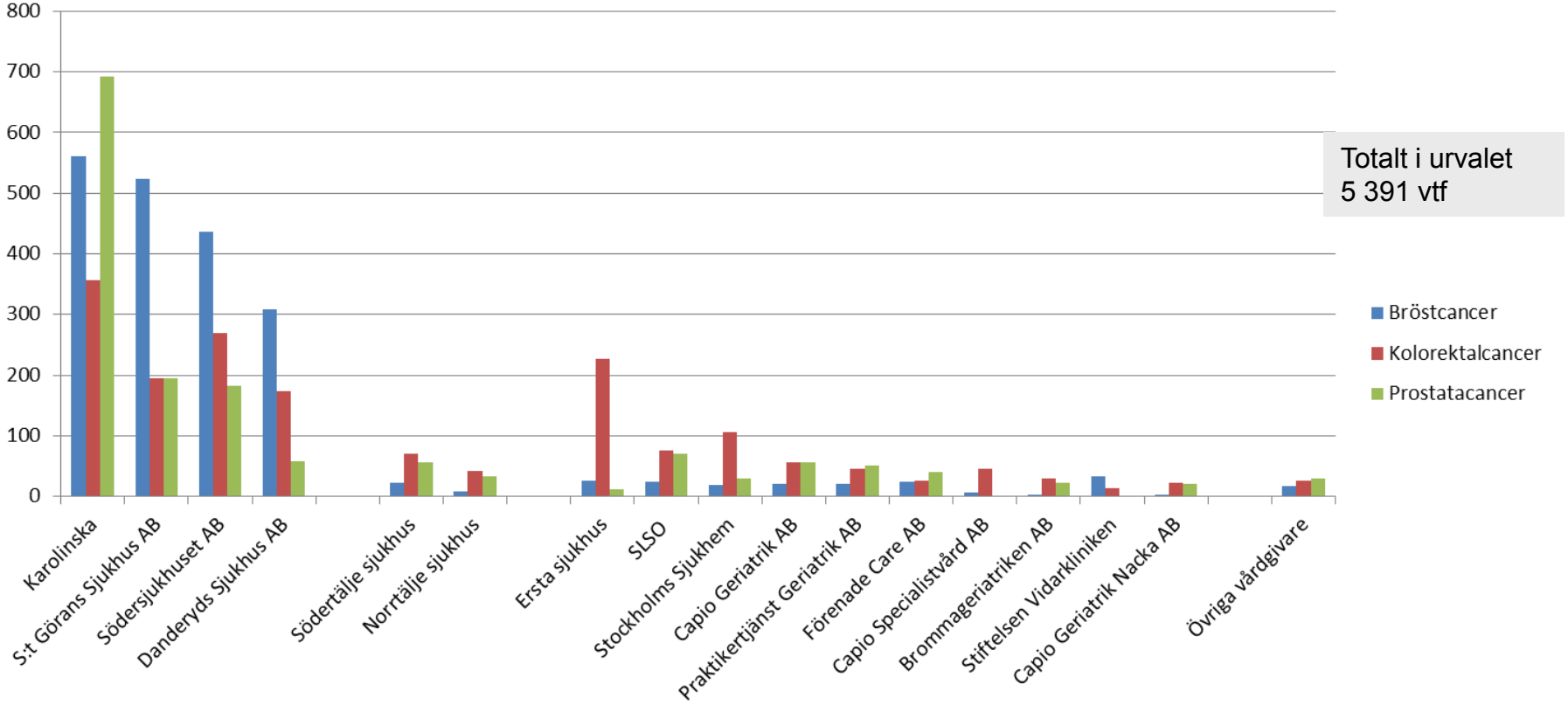


Totalt i urvalet
15 461 individer
(0,9% av inv 18 år+)

Filtrering/Urval: År 2013. Individer i slutenvård med cancer i diagnos 1 samt z510, z511, osäkert om barn är inkluderade.
Källa: VAL-data körning, separata tabeller från HSF/KB

helseplan

Slutenvårdstillfällen för utvalda tumörgrupper



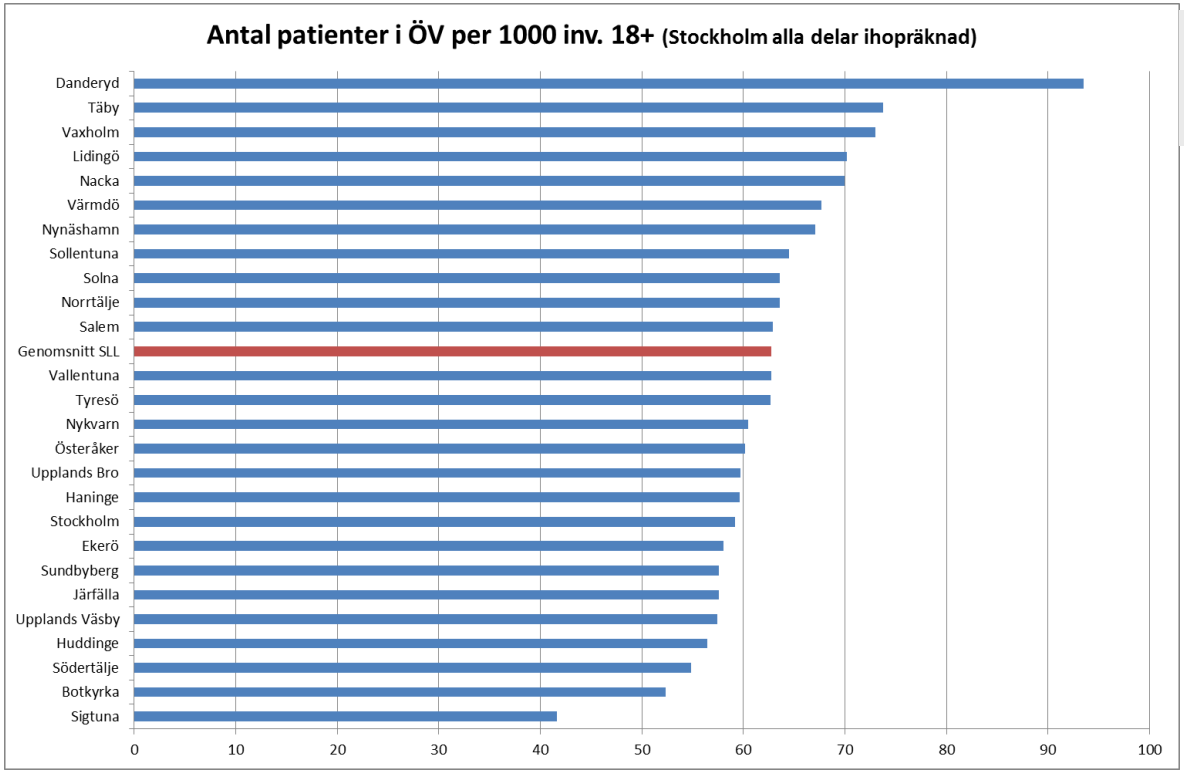
Totalt i urvalet
5 391 vtf

Analys: Diagrammet visar fördelningen av slutenvårdstillfällen för tre av de största cancergrupperna. I materialet görs ingen selektion om patienten vårdas t.ex. palliativt, vilket gör att inte alla vårdtillfällen ska flyttas. Bröstcancer förväntas öka på Södersjukhuset och St Göran medan Solna minskar (och Danderyd inget alls). Danderyd samt Södersjukhuset (i samarbete med Ersta sjukhus) förväntas öka i omfattning av kolorektalcancer medan St. Göran ska ha mindre eller oförändrad nivå.

Filtrering/Urval: År 2013. SLV-tillf för vuxna patienter >17 år för några tumörgrupper i diagnos 1. Alla kliniker på resp sjukhus. Alla maligna tumörer (exkl benigna och inkl tumörer av osäker natur). Exklusive slutenvårdstillfällen för behandlingar radioterapi z510 och kemoterapi z511. Källa VAL.

Antal patienter i öppenvården per 1000 invånare

Inom Stockholms län är det stora variationer i hur individer från olika kommuner behandlas i onkologisk öppenvård. Sigtuna och Botkyrka har minst antal patienter per invånare medan Danderyd och Täby har flest. Utomlänspatienter står för ca 3 % av alla individer i öppenvården (motsvarar 3 408 individer)

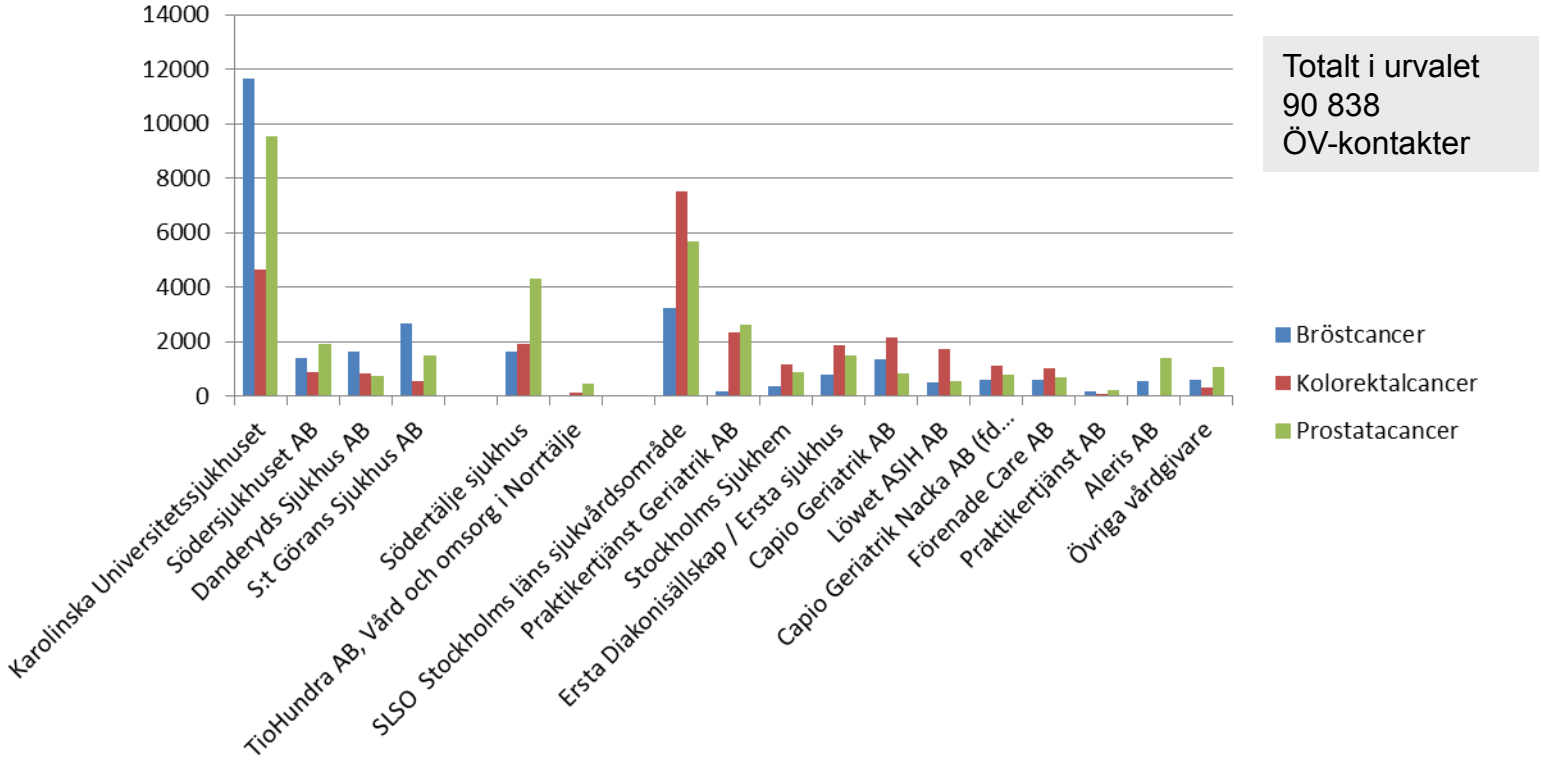


Totalt i urvalet
103 063 individer
(6,1% av inv 18 år+)

Filtrering/Urval: År 2013. Individer i öppenvård med cancer i diagnos 1 samt z510, z511, osäkert om barn är inkluderade.
Källa: VAL-data körning, separata tabeller från HSF/KB

helseplan

ÖV-kontakter för utvalda tumörgrupper



Totalt i urvalet
90 838
ÖV-kontakter

Analys: Diagrammet visar fördelningen av öppenvårdskontakter för tre av de största cancergrupperna. I materialet görs ingen selektion om patienten vårdas t.ex. palliativt, vilket gör att inte alla öppenvårdstillfällen ska flyttas. Bröstcancer förväntas öka på Södersjukhuset och St. Göran medan Solna minskar (och Danderyd inget produktion alls). Danderyd samt Södersjukhuset (i samarbete med Ersta sjukhus) förväntas öka i omfattning av kolorektalcancer medan St. Göran ska ha mindre eller oförändrad nivå.

Filtrering/Urval: År 2013. ÖV-kontakter för vuxna patienter >17 år för några tumörgrupper i diagnos 1. Alla kliniker på resp. sjukhus. Alla maligna tumörer (exkl benigna och inkl tumörer av osäker natur). Exklusive öppenvårdskontakter för behandlingar radioterapi z510 och kemoterapi z511. Källa VAL.

helseplan

Onkologkliniken idag

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

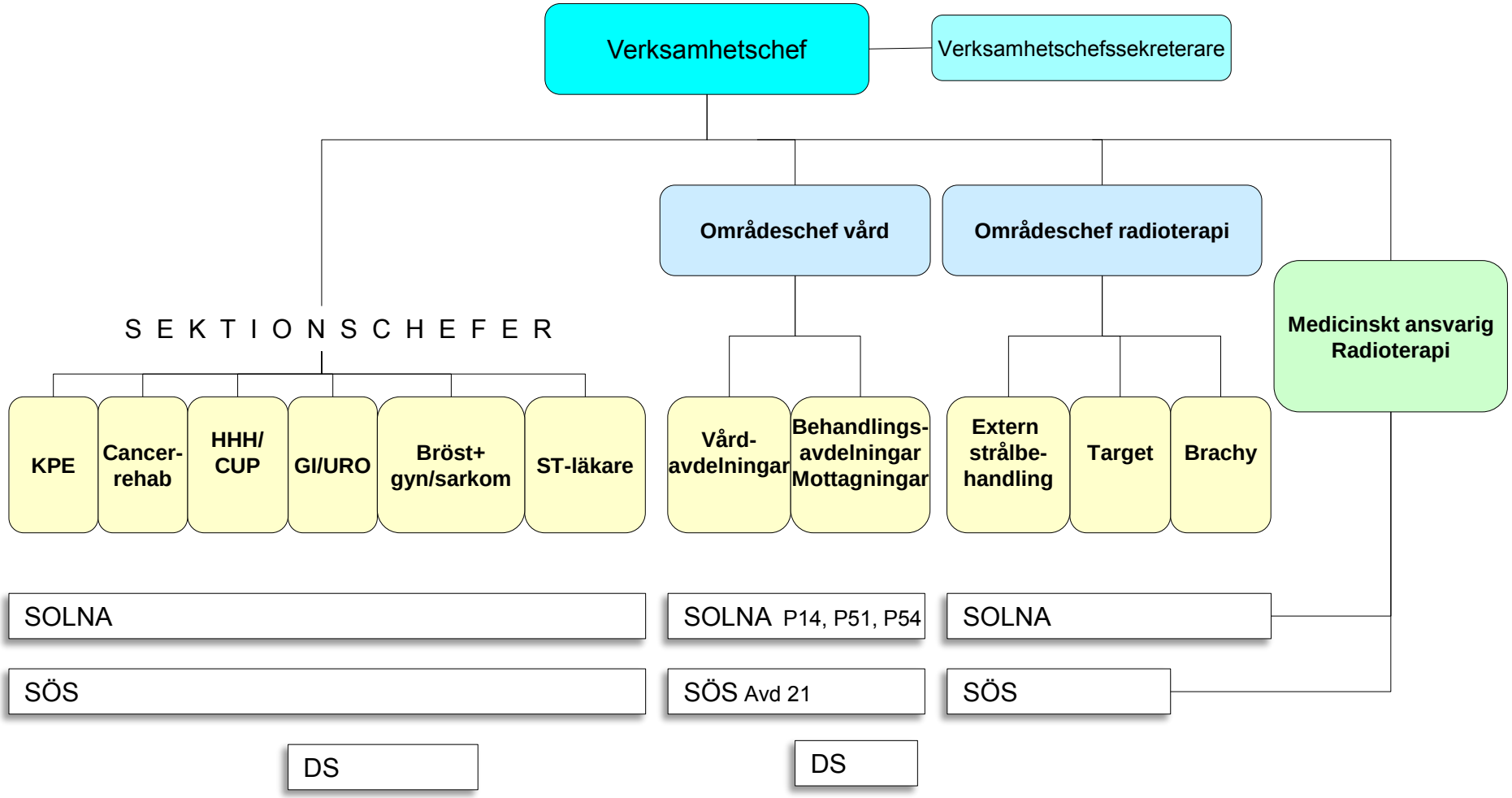
Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Onkologkliniken idag – analysområden

- Organisationskarta
- Produktion i öppenvård och slutenvård
- Tjänster och ekonomi
- Benchmark
- Ledarskap och medarbetare
- Organisatorisk struktur
- Forskning och utbildning
- Strålbehandling
- Kontaktsjuksköterskor
- Patientperspektivet
- Jämlik vård
- Patient-läkarkontinuitet
- ASIH och palliativ vård

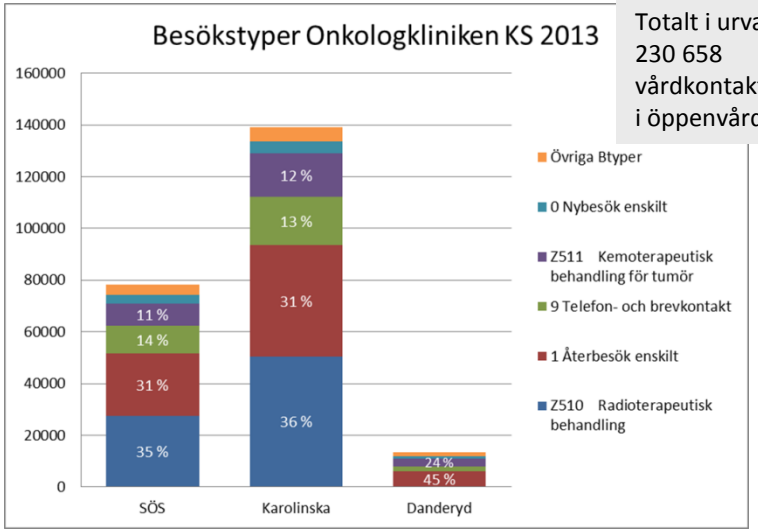
Onkologiska kliniken

Karolinska Universitetssjukhuset



helseplan

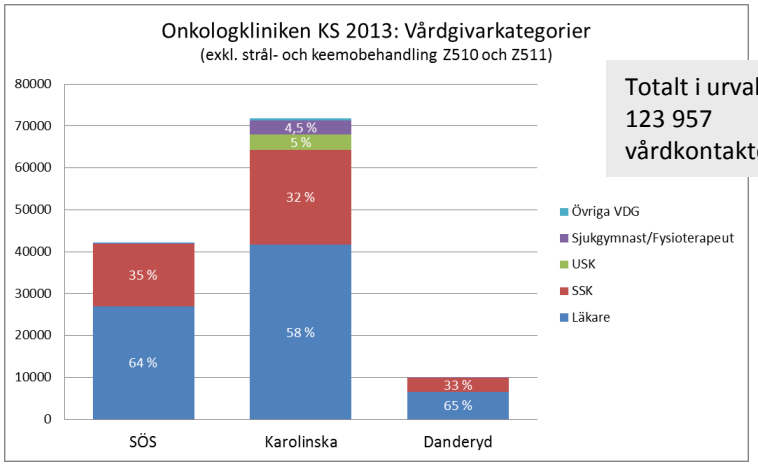
Produktionsdata – Onkologkliniken



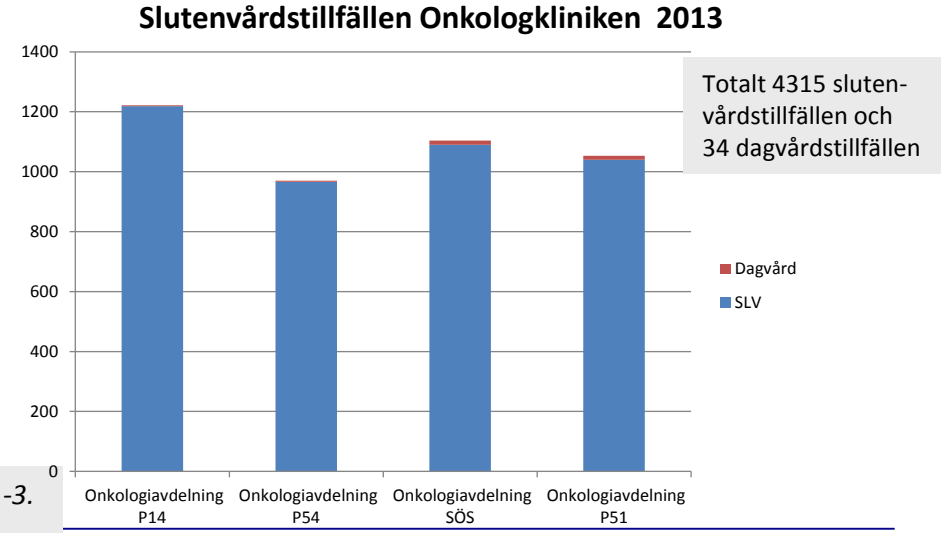
Totalt i urvalet 230 658 vårdkontakter i öppenvård

Besökstyper - På siterna SÖS och Karolinska utgör strålbehandling ca 35 % av alla vårdkontakter. Kemoterapeutiska åtgärder står för 11 resp. 12 % på samma siter, på Danderyd utgör Kemoterapin 24 % av samtliga öppenvårdskontakter. Kemoterapi registreras under återbesök och Radioterapi registreras under teambesök – redovisas dock separat i detta diagram

Vårdgivarkategorier - På SÖS resp. Danderyd-siterna registreras i princip bara läkare och SSK.



Totalt i urvalet 123 957 vårdkontakter



Totalt 4315 sluten-vårdstillfällen och 34 dagvårdstillfällen

Filtrering/Urval: År 2013. Alla ÖV-kontakter för patienter med diagnos 1-3. Onkologkliniken KS. (3802) Källa: VAL-data "Onkologkliniken"

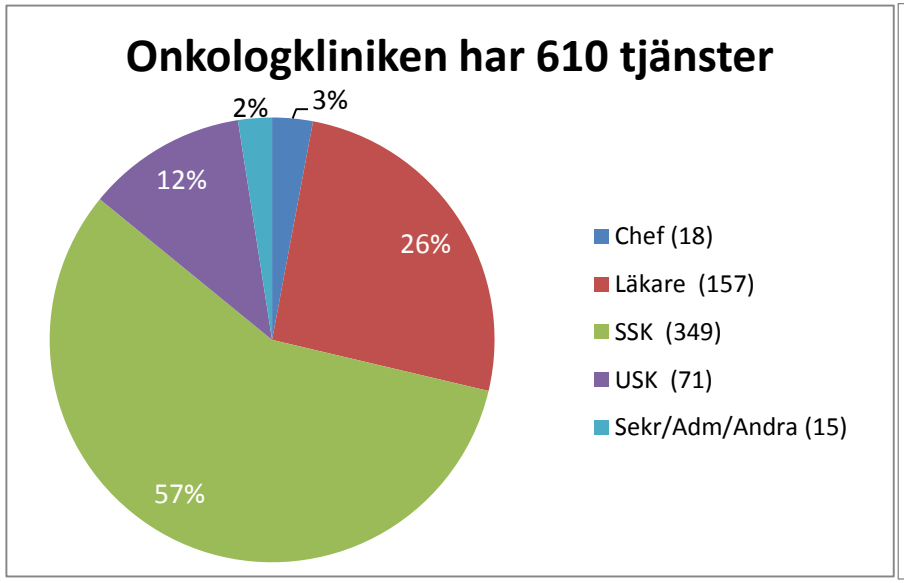
helseplan

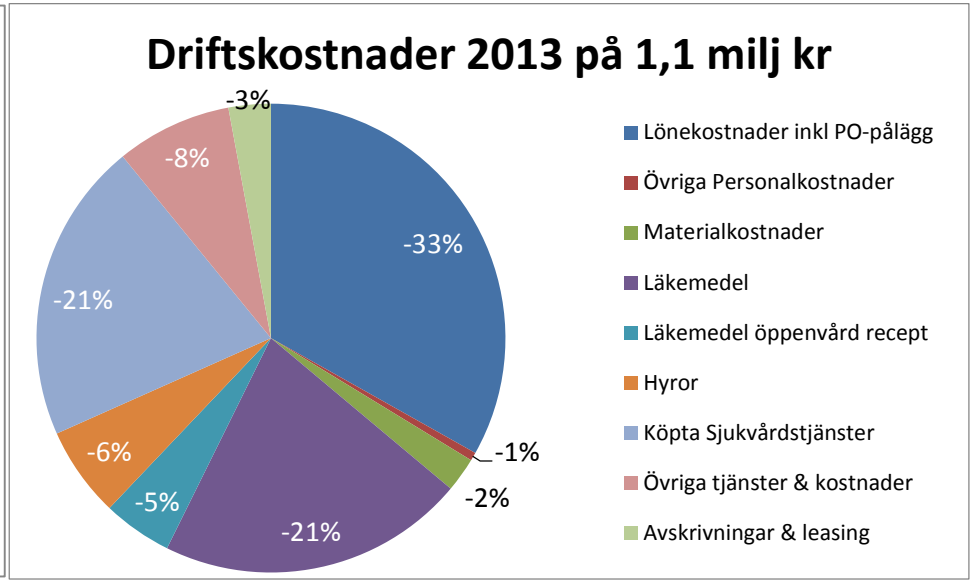
Onkologklinikens storlek

Onkologkliniken har totalt 610 tjänster, där läkare utgör 26% och ssk utgör 57%. Övriga är chefer och usk.

Driftskostnaderna uppgick år 2013 till 1,1 miljarder kronor, där personalkostnader utgör den största posten med 34 %. Näst störst är läkemedel på sammanlagt 27 % och därefter köpta sjukhustjänster på 21%. Övriga poster består av övriga tjänster och kostnader, hyror samt avskrivningar och leasing och material.

Onkologen är den näst största kliniken på sjukhuset.





helseplan

Onkologklinikens joursystem för läkare

Onkologkliniken har läkarjour dygnet om med primärjour och bakjour på båda siter. Periodvis är det relativt låg kompetens på Onkologklinikens primärjourer, medan remittenterna som efterfrågar konsultationerna ofta har högre kompetens. I intervjuer framkommer att kompetensen på primärjourer betraktas som låg. I intervjuer från avdelningarna kritiseras även läkarbemanningen på avdelningarna. Joursystemet genererar ca 19 000 timmar i omräknad tid per år.

Kort info om vilka jourlinjer som finns

Jourlinje Rah

Primärjour må - to 16.00 - 08.00, fr 14.45 - 09.30, lö dag 9-18.30, lö natt 18.00 - 09.30, sö dag 9-18.30, sö natt 18 - 08.00

Således primärjour på plats på huset från ordinarie arbetstids slut, under kvällar, nätter och helger

Leg vik, ST, specialist

Dagjour må - fr 10.00 - 1800

Tjänstgör från 1/10 2014 på Bedömningsenehten och inte på akuten

Leg vik, ST, specialist, enstaka gånger erfaren vik ul före AT

Beredskap B (bakjour) må - to16.45 - 08.00 fr 15.30 - 09.00 lö 09.00 - 09.00 sö 09.00 - 08.00

Specialist/BÖL/ÖL

(Beredskap B (Gyn) endast helger fr 15.30 - 21.00 lö - sö 09.00 - 16.00)

Avskaffad från v 36 2014

Dagbakjour dagtid vardagar, har mobiltelefon som bemannas av specialaist på sektionerna. Ej "fredad", dvs har mott, konf, etc

Jourlinje SÖS

Beredskap A (primärjour): Månd-torsd 16.45 -8.00 , fr 15.30- lö ca 10, lö 9.00 -sö ca 10, sö 9.00-må 08.00

Leg vik, ST, specialist, enstaka gånger erfaren vik ul före AT

Beredskap B (bakjour): Lördag samt söndag (samt storhelger) 9.00-16.00

Specialist/BÖL/ÖL

Ersättningssystem onkologi

Ur Cancerplanen:

”I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård.”

Ersättningssystemet idag:

- HSF beställer i DRG-poäng och beräknar också volymer på detta.
- HSF gör en beställning på hela Karolinska och sedan fördelar de själva ersättningen mellan olika kliniker.
- Parallellt finns krav om hantering av akutpatient och remitterade patienter.
- Om faktisk produktion överstiger beställningen utgår en reducerad ersättning där produktion upp till 4% över beräknad volym ger 40% av basersättningen.
- Förslag för framtiden är att ersättningen revideras till att överproduktion upp till 5% över beställningen ersätts med 50% av basersättningen.

De stora akutsjukhusen i Stockholm har uppgifter knutna till patientbehandling, forskning, utveckling och undervisning. Sjukhusen får ersättning för hela sitt uppdrag, men den DRG-baserade ersättningen varierar och har fokus på antal behandlade patienter. Ersättningen per patient ska täcka alla de resurser sjukhuset utnyttjar för vården av patienten oavsett vilken intern klinik resursen tillhör. Kraven på ett välfungerande ersättningssystem bör vara att det stimulerar till att uppfylla klinikens och sjukhuset mål samt att det ger incitament till en effektiv drift och utveckling.

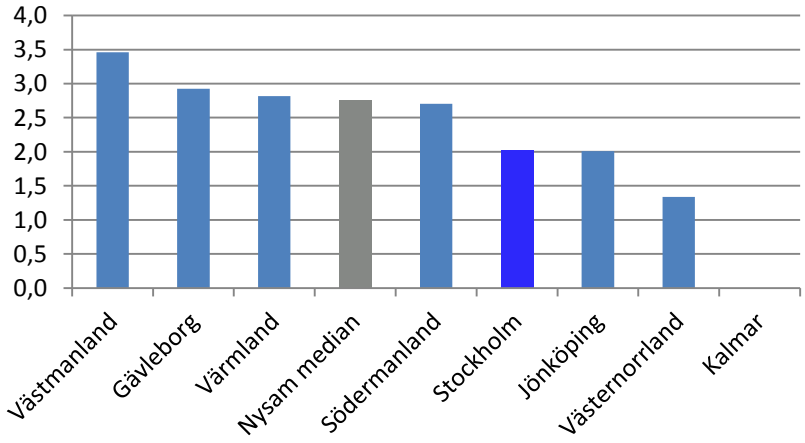
Genom våra intervjuer har vi fått många synpunkter på att dagens ersättningssystem i alltför hög grad fokuserar på antal patienter i förhållande till hela uppdraget inkl FoUU, samt att den interna fördelningen inom Karolinska inte fungerar optimalt. Ersättningssystemet stimulerar inte till en utveckling från slutenvård till behandling i öppenvård och stimulerar inte heller till en utveckling rörande överföring av läkaruppgifter till andra vårdgivarkategorier.

Benchmark mot Nysam Onkologi 2013

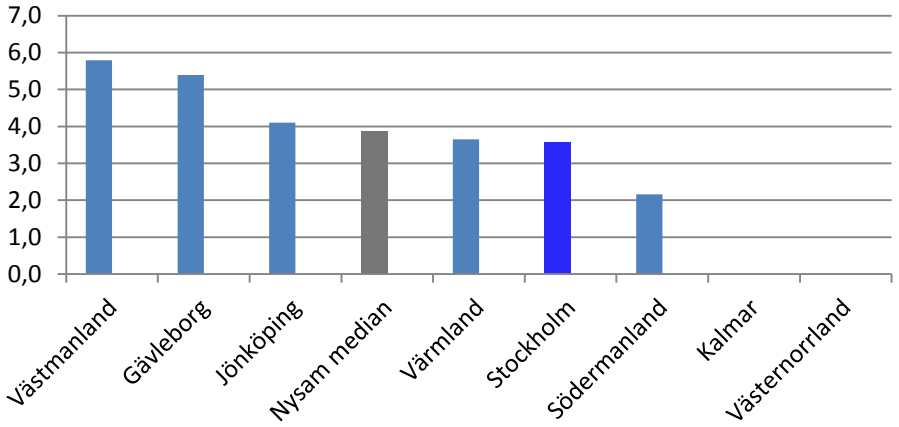
En jämförelse med Nysamdata* för onkologkliniker har gjorts. Alla onkologkliniker i Nysam har både öppen- och slutenvårdsonkologi utom Kalmar som enbart har öppenvård. Benchmarking mellan kliniker på universitetssjukhus och länssjukhus blir aldrig helt rättvisande eftersom universitetssjukhus har större andel FoUU-uppdrag, men kan ändå ge intressanta indikationer att analysera vidare.

Data från Nysam är inte helt jämförbara med de data vi har från Onkologkliniken i Stockholm. I Nysam används disponibla vårdplatser, men för Onkologkliniken Stockholm används fasta vårdplatser, ej justerade för periodvis neddragning. I Nysam används antal läkartjänster beräknat från arbetade timmar som omräknats till antal årsarbetare, medan vi för Onkologkliniken i Stockholm bara har information om antal tjänster.

Antal VTF egna lt / 1000 inv



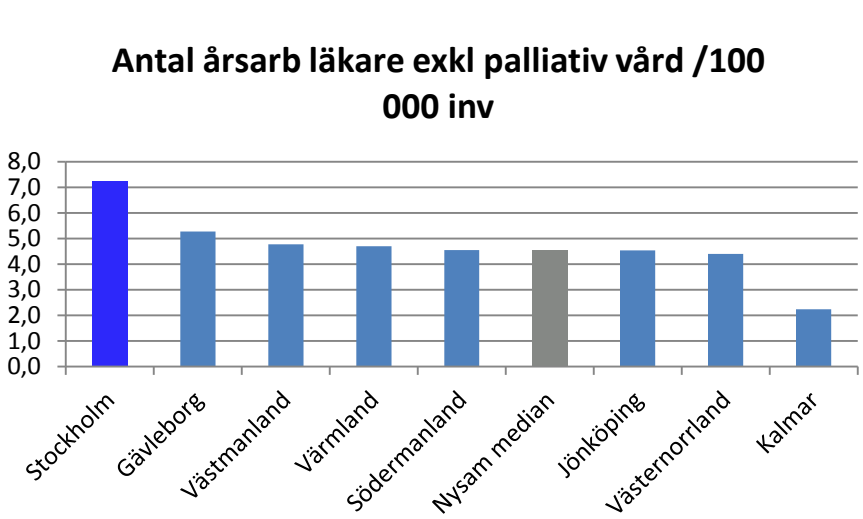
Antal disponibla VPL exkl palliativ vård /100 000 inv

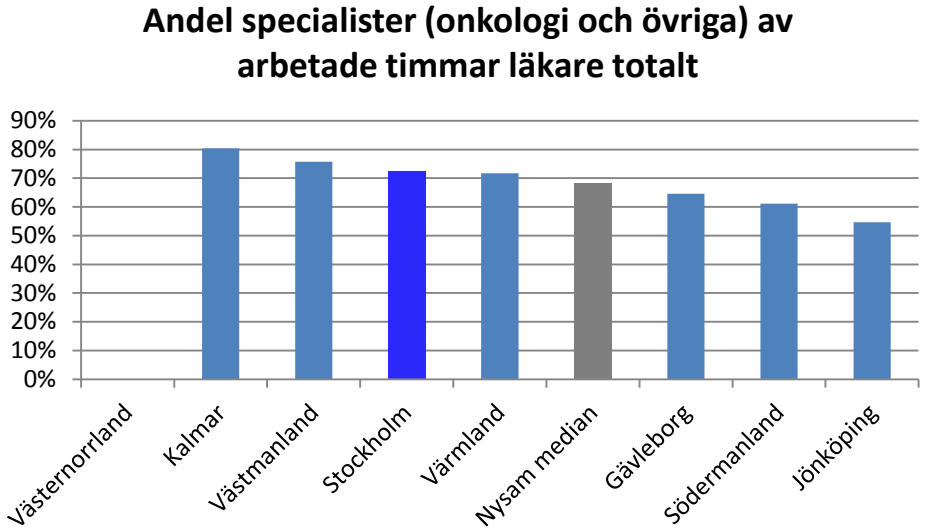


* Nysam = Nyckeltalssamverkan

helseplan

Benchmark mot Nysam Onkologi 2013





Underlaget visar att Stockholm har relativt få vårdtillfällen och vårdplatser inom onkologi i förhållande till befolkningsunderlaget.

Bemanningsdata innefattar personal (här läkare) som är anställda och får sin lön från kliniken. Personal som får sin lön utbetald från universitet eller via projekt ingår inte och således tillkommer dessa lönekostnader. För Stockholm är information om antal läkare baserat på antal tjänster, medan Nysammaterialet utgår från antal arbetade timmar omräknat till årsarbetare.
Bemanningsdata för läkare visar att antal läkare inom onkologi i Stockholm är relativt högt i relation till övriga landsting, dock har läkargruppen på universitetssjukhus fler åtaganden knutna till FoUU än läkare på centralsjukhus. När det gäller andel specialister inom läkargruppen visar översikten att Stockholm ligger nära medianvärdet för kliniker som ingår i Nysam.

Stor rotation av verksamhetschefer (inkl tf) på onkologkliniken i tiden efter sammanslagningen

Tiden efter sammanslagningen av onkologkliniken har präglats av en stor rotation av verksamhetschefer. Cheferna har sällan stannat mer än två år. Verksamhetschefer sedan 2005 för onkologkliniken inklusive tillfälliga/tillförordnade:

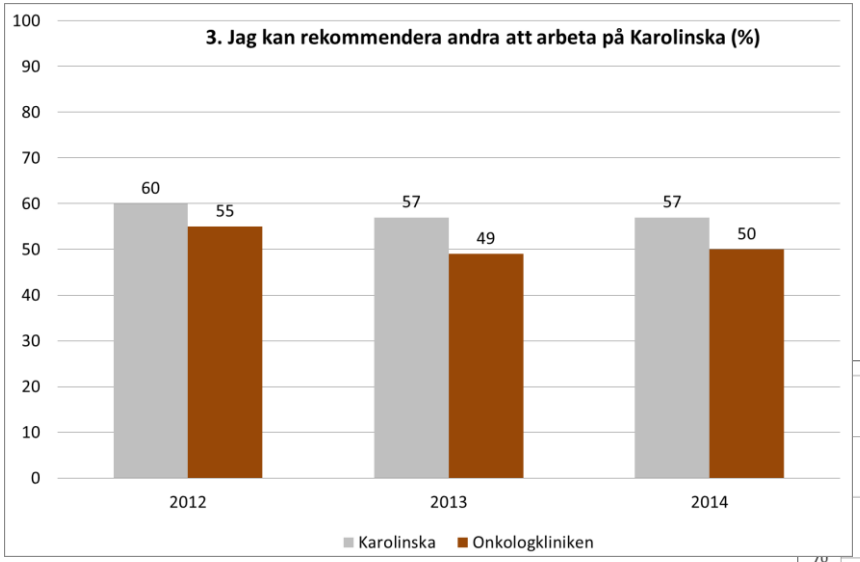
- Ulrik Ringborg -2005
- Margareta Randén 2006-2008
- Sten Nilsson 2008
- Harald Blegen 2008-2009
- Roger Henriksson 2009-2011
- Thomas Walz 2012-2014
- Annelie Liljegren 2014-

Denna rotation skapar svårigheter i att skapa en chefskontinuitet. För att få exakt anledning till den korta tiden på uppdraget behöver varje chef intervjuas. I intervjuer med annan personal på onkologkliniken har den svåra uppgift som ledarskap av kliniken innebär lyfts fram. Klinikens storlek och många siter har nämnts.

Citat från intervju:
”Följsamhet till beslut existerar inte och man tillåter detta. Starka individer som har fått fortsätta arbeta såsom de alltid har gjort. Avsaknaden av management har varit stor.”

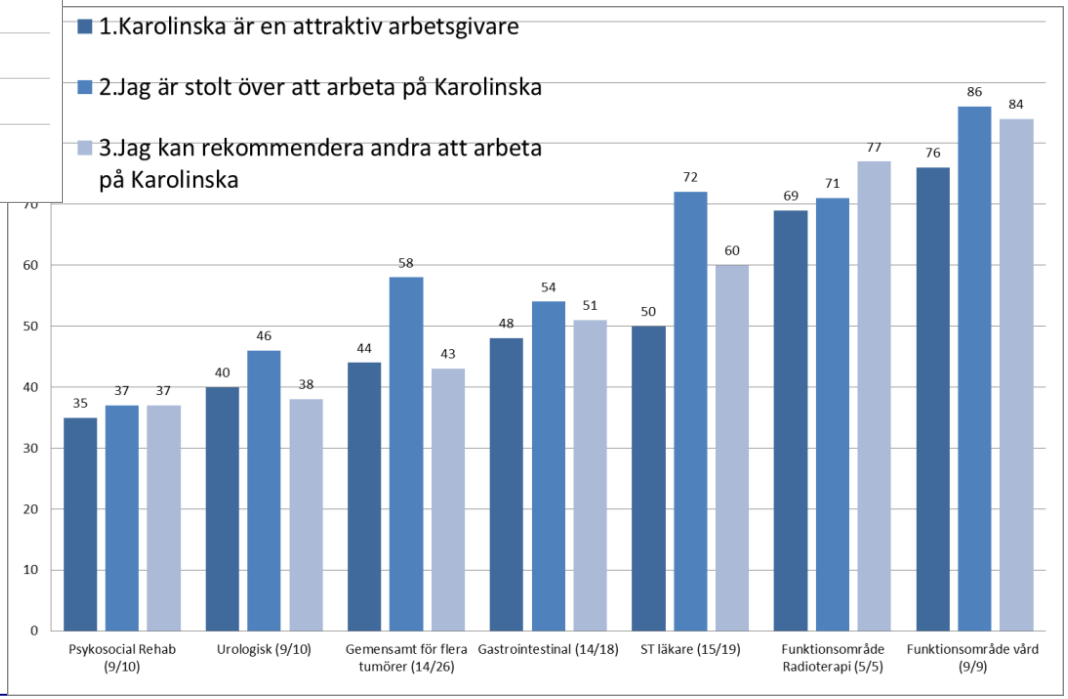
Citat från intervju:
”Management måste bli bättre – ett bra ledarskap är viktigt och vi kan inte byta chef vartannat år.”

Nöjdhet enligt Medarbetarenkät



På sektionsnivå är det läkare och chefer som svarar på enkäten, och det är deras svar som återfinns i grafen. Sektionen för bröst, sarkom och gyn redovisas inte separat i grafen nedan, då de saknade sektionschef vid tidpunkt för enkäten.

I grafen ovan visas svaren från Onkologkliniken totalt, där alla sektioner och alla yrkeskategorier finns med.



helseplan

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Organisationsstruktur (1/4)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Nulägesupplevelse

Struktur

- Dagens organisation upplevs som otydlig.
- Chefsuppdraget upplevs som svårt i och med spridning på tre siter. Det är svårt att vara närvarande i en så stor organisation. Det är också svårt att skapa gemensamma mål och strategier. Vissa svårigheter i samarbete har belysts och siters önskan om att klara sig själva.
- De olika siterna har olika kulturer och miljöer vilket sätter särskilda krav på såväl organisation, kommunikation, sammarbete och arbetssätt. Det finns också en viss ”vi” och ”dom”-känsla.
- Vissa läkare ses inte ha en hemvist vilket ger en mer otrygg situation. En väldefinierad organisation som kan påverkas och vidareutvecklas efterfrågas.
- Site-fördelningen har även en upplevd fördel i möjligheter att hjälpa varandra över siter vid personalbrist.
- För forskningen finns en sammanhållen enhet i och med nuvarande struktur. Dock har detta inte fullt nyttjats.

Medarbetare

- I dagsläget upplevs åldersfördelningen ojämn för läkare och sjuksköterskor. Det finns flera yngre och äldre medan medelåldersgruppen saknas.
- Patient-läkarkontinuiteten är låg och flera faktorer framhävs såsom många ST-läkare, hur specialistläkare används i slutenvården samt forskningsuppdrag .
- Belastningen på läkaren har ökat då man upplever att övrigt personal i form av läkarsekreterare, undersköterskor och sjuksköterskor har minskat. Detta påverkar läkarens kliniska produktivitet. Tror att alla tycker ASIH bör ha en stor roll i framtiden men vi måste ha bra vårdövergångar.
- För medarbetare är den nuvarande situationen sådan att onkologkliniken kan upplevas som en ”monopolarbetsgivare”.

ASIH

- Behovet av ASIH även där slutenvårdsplatser finns lyfts fram i intervjuer.

Jämlik vård och patientperspektivet

- Trots att det är samma organisation upplever patienterna att det är olika vård beroende på om de bor norr eller söder om Slussen. T.ex. finns skillnad i att på Karolinska i Solna träffar patienten en läkare efter strålbehandlingen medan på SÖS har patienten läkarbesök i samband med sista strålbehandlingen.
- I intervjuer framkommer att det är svårt att få in patienter till Onkologkliniken från akutsjukhusen. Onkologkliniken menar att så inte är fallet.
- Skillnader i behandlingsupplägg bör kunna undvikas.
- Idag är strukturen otydlig för patienten; exempelvis kan patienten ha en kontaktsjuksköterska på Karolinska, genomföra en strålning på Karolinska för att sedan göra nästa strålning på Södersjukhuset.

helseplan

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Organisationsstruktur (2/4)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Nulägesanalys

Struktur

- Både stora och små enheter har sina styrkor och svagheter. Under intervjuerna har fördelar med mindre enheter nämnts i form av närvaro. På stora enheter har man nämnt behov av tydliga roller, tydlig ledningsstruktur samt sektionschefer med rätt ansvar. I dagsläget känner sig många i personalen chefslösa.
- I förhållande till nuläget kan det ses att det behövs etableras en ny och ”bättre” ledningsstruktur, som också ger möjlighet för cheferna att vara fysiskt närvarande och där det finns möjlighet till kontinuitet i chefsrollen.
- Utanför Sverige pratar man mycket om särskilda cancersjukhus.
- Det finns även röster för att bevara nuvarande struktur och att en uppdelning blir som att backa 10 år, att nuvarande organisation fungerar bättre än den tidigare. Behov av närvarande och lokala chefer lyfts dock fram.
- En delning av kliniken diskuteras i intervjuer men antal enheter hålls upp till tre stycken.
- En uppdelning ses kunna missgynna forskningen men även kompetensöverföring mellan sjukhusen.

Samarbeten

- Med flera kliniker har ökade samarbetsmöjligheter med övrig verksamhet på varje site lyfts fram. Dock finns även risk att vården skiljer sig mer då varje sjukhus/site har en kultur och vid en uppdelning av kliniken så kan anpassningen till den lokala kulturen bli tydligare. Vidare kan samarbeten mellan sjukhus inom klinikens områden försvåras vid uppdelad organisation.

Medarbetare

- Vad som händer med medarbetare och onkologklinikens kompetens vid en splittring av kliniken är oklart, dock har risker rörande kompetensfördelning lyfts upp i intervjuer. Flera kliniker ger flera arbetsgivare vilket kan dock också ge fördelar i form av konkurrens.

Jämlik vård

- Det har lyfts fram fördelar med en klinik för att kunna ge jämlik vård. Dock har det i kommentarerna framkommit att det i dagsläget inte upplevs vara jämlik vård.
- För att skapa jämlik vård behövs best practice och heltäckande kvalitetsregister. Genom att enas om best practice finns möjlighet att skapa en mer effektiv, säkert och jämlik vård. Därutöver tillkommer en fortsatt möjlighet av individuella anpassningar.
- Det behövs en plan för hur man ska ta hand om det ökade antalet patienter som kommer att komma.

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Organisationsstruktur (3/4)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Organisation av onkologkliniker – en klinik

Fördelar

- Viktigt för forskningen med en och samma kunskapsbas
- Resursutnyttjande blir bättre med en klinik då vi kan ha samma pool läkare som roterar
- Kompetensutvecklingsmässigt och variationsmässigt bra med en stor klinik/stora sektioner
- Spjutspetskompetens kräver en viss patientvolym
- Av vissa anses organisationen fungera bra, trots dess storlek (dock finns brister i integrationen efter sammanslagningen)
- Samarbete mellan sjukhus kan minska

Nackdelar

- Arbetsgivarmonopol. Missnöjda medarbetare kan inte söka sig till annan arbetsgivare, vilket inte är bra för varken medarbetare, arbetsgivare eller patient
- Svårt att vara chef för alltför stora sektioner samt över flera siter, då man inte är på plats på båda/alla (bröst fungerar dock bra jmf gyn)
  - Extra svårt för chefer som roterar mellan olika siter De anställda upplever att chefen inte är närvarande trots att den lägger mycket tid på att åka till alla siter
- Gemensam klinik som idag fungerar inte, ex sju VC på ni år
  - Många chefer är tf då chefsrollerna är tuffa och svåra
  - Upplevts som rörigt med många chefer som har kommit och gått
- Samordningen för hela den onkologiska kliniken är idag svår pga olika viljor och arbetssätt
  - En klinik men det är olika kultur på olika siter
  - Chefer upplever också svårigheter att vara chef med olika viljor och arbetssätt

helseplan

Nulägesbeskrivning

Organisationsstruktur (4/4)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Organisation av onkologkliniker – två eller flera kliniker

Fördelar

- Kortare beslutsvägar, större känsla av tillhörighet
- Ökad möjlighet till ”konkurrens” och möjligheter till benchmark inom onkologin
- Ökad möjlighet till samarbete med andra kliniker på siten
- Idag är det i praktiken två kliniker om man ser till kultur och arbetssätt
  - I praktiken, olika arbetssätt på de olika siterna idag trots en klinik
  - Representanter på SöS tenderar att vara mer positivt inställda till en splittring medan flera personer uttryckligen talar för en klinik.

Nackdelar

- Vid två eller fler kliniker så behöver landstinget ta på sig en styrande roll för att undvika rivalisering mellan klinikerna
- Flera kliniker skapar behov för en samordningsfunktion mellan onkologklinikerna för at säkra en jämlik vård med god kvalitet.

helseplan

Tilläggskommentarer

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Organisationsstruktur – tillägg medarbetare

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Utmaningar rörande medarbetare

Läkare

- Läkarbrist på slutenvårdsavdelningar. Svårigheter att få en kontinuitet i arbetet
- Brist på läkare leder till förseningar i utskrivningar och risk för felaktig vård
- Brist på personal hos anestesikliniken påverkar strålbehandlingen. Under sommaren behöver dessutom brachy stänga under två veckor på grund av brist på anestesi- och brachyläkare.

Sjuksköterskor

- Enligt lag måste sjuksköterskor som hanterar strålbehandlingsutrustningen vara specialistutbildade. Idag är det svårt att rekrytera personal inom denna kategori. Vid personalbrist så kan utrustningen inte användas fullt ut.

Patologer

- Rekrytering av patologer är särskilt svår i och med brist på patologer i Sverige
  - I och med bristen blir delegering inom patologienheten viktigare och idag görs sådan mellan vissa yrkesroller
  - Idag görs 33% av patologernas prover av extrainsatta pensionärer eller personer nära pensionsåldern. Det skulle krävas nära 3 gånger så många nyanställda yngre för att ersätta dessa i och med deras erfarenhet
  - Ökning av ST-block kan möta behovet av patologer

Delegering

- Inom några verksamhetsområden kan delegering lösa vissa utmaningar med brist på kvalificerad personal.

helseplan

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Forskning (1/3)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Nulägesupplevelse

Situation

- Idag finns nästan 60 studier, drygt 100 studier om de i uppföljningsfas inkluderas.
- Stockholm är starkt nationellt och internationellt inom forskning bröstcancer. Övriga områden sägs ligger efter. För att kunna vidmakthålla god forskning inom bröstcancer (som idag står för cirka 30-40 procent av all forskning) så är det viktigt att behålla tillgången till ett stort patientunderlag.
- Onkologkliniken väldigt aktiv inom forskning och är den största aktiva forskningskliniken på KS.
- Vid intervju framkom att sjukhusledningen på KS har en bild om att forskningen är mycket viktig men inte ska bedrivas på bekostnad av dagens patienter. Det upplevs som att det på onkologen är mycket viktigt med forskning och att medarbetare tar sina 6-8 veckors forskningsledighet vilket påverkar patient-läkarkontinuiteten. Styrkan med det stora engagemenaget rörande forskning i alla personalgrupper lyftes dock också fram. Även svårt att hitta balans mellan tid för forskning och tid för patient.
- Sverige har dock tappat internationellt inom forskning och färre kliniska prövningar genomförs här.
- Hur mycket som arbetas med forskning varierar. T.ex. har SÖS inte lika stort fokus på forskning som Karolinska.
- I dagens journalsystem kan inte klinisk data tas ut till forskning (mycket ”*hands on*”)
- Forskningen behöver inkludera fler geografiska områden än storstadsregionerna.
- Forskning av olika yrkesgrupper nämns i en intervju prioriteras lika högt, läkare prioriteras högre än exempelvis sjuksköterskor.
- Privata har inte tillgång till ALF-medel och har därför inte samma ekonomiska förutsättningar för att forska. Det är generellt ojämn fördelning rörande ALF-medel.

Struktur

- Solna sägs ”lägga beslag” på all forskning. Delade uppfattningar kring om detta är bra eller dåligt.
- Relationen mellan onkologkliniken och Karolinska Institutetet (forskning) skulle kunna vara mer utvecklad och bättre på omvårdnadssidan. KI har majoriteten av forskningen (liten del Sofiahemmet och liten del Röda Korset).
- Det behövs tydligare ramar för när medarbetare ska få plocka ut sin FoU-tid. Behöver även veta tydligare vilken forskning som genererar något och vilken som inte gör genom tätare samarbete med KI.
- Sammanhållenhet är önskvärt inom forskningen. Idag är snabbhet viktigt inte endast hög kvalitet. Vid intervjuer framkommer att om t.ex. Roche måste prata med 3 olika verksamhetschefer på olika sjukhus så kan Sverige bli mindre intressant. Ur denna synpunkt kanske lättare med en klinik.

Områden

- Det finns en del pågående omvårdnadsforskning. Det är dock svårt att få FoU-medel till denna forskning. Önskemål finns om ökad forskning inom området.

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Forskning (2/3)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Nulägesanalys

Kravställning

- Universitetssjukvårdens uppdrag är att förutom att bedriva sjukvård även bedriva forskning och undervisning. Övriga har större fokus på enbart sjukvård.
- Viktigt att fortsätta att sätta höga krav på forskningen inte endast inom bröst.
- Det finns behov av att få forskningen att bli del av den kliniska verksamheten, detta kan t. ex. underlättas av forskningssjuksköterska som jobbar kliniskt.
- Den patientnära forskningen är volymmässigt svag.
- Geografisk spridning kräver gott nätverk.

Struktur

- För att hålla svensk forskning internationell gångbar säger man i intervjuer att de knappa resurserna behöver koncentreras. En enhet som bedriver forskningen framhävs här då ge ett samlat angreppssätt rörande handläggning, men även att det skulle kunna bli lättare att få ihop tillräckligt med material.
- Det behövs tydligare ramar för när medarbetare ska använda sin forskningstid. Schemaläggning som även hanterar forskningstid.
- Det behövs tydligare regler kring hur forskningen för bedrivas.
- Det kan finnas bättre möjlighet till klinisk forskning om medarbetarnas erfarenheter tillvaratas mer och om man instiftade mer närvarande strukturer för forskning. Det finns viss problematik relaterad till flera siter. Detta anses ha att göra med en stelbent organisation vilket försvårar forskningen när patient byter läkare och sjukhus.
- För att få jämlik vård med bra kvalitet lyfts behovet av forskning fram. Forskningen ska visa vägen och ”ny kunskap” bör implementeras på alla sjukhus.
- Ska det finnas utbildningsenheter utan forskningsanknytning?
- Det tar lång tid att bygga upp en bra forskningsstruktur men relativt snabbt att få en att dala.
- Idag mäter man antal doktorander, dock slutar många innan de har blivit professorer.

Organisationsstruktur

- Det finns flera exempel på stora forskningsprojekt oavsett var patienten befinner sig. Inom t.ex. urologin finns ett brett nätverk.
- Det är svårt att säga om förändringen av struktur för 10 år sedan har lett till något förbättring rörande forskningsmöjligheter.
- Vissa risker med flera kliniker har lyfts fram då vissa sjukhus kan få lägre fokus på forskning. Patienter på alla sjukhus/mottagningar bör kunna ingå i forskning. Svårigheter rörande patientunderlag lyfts fram vid många siter. Samverkan behövs då forskning i många fall kräver stora volymer.
- Det kan finnas legala hinder beroende på organisationsstruktur.

Områden

- Finns önskan om ökad forskning inom vissa områden såsom inom palliativ vård och omvårdnad.

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Forskning (3/3)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Framtida förslag

En klinik

- Forskning har behov av gemensamma resurser.
- En klinik kan möjliggöra större patientvolymer – dock redan beslut om geografisk spridning.
- Skapa jämlikvård och jämnare spridning av forskningsresultat genom tydligare koppling oavsett var forskningen geografiskt bedrivs.

Två eller flera kliniker

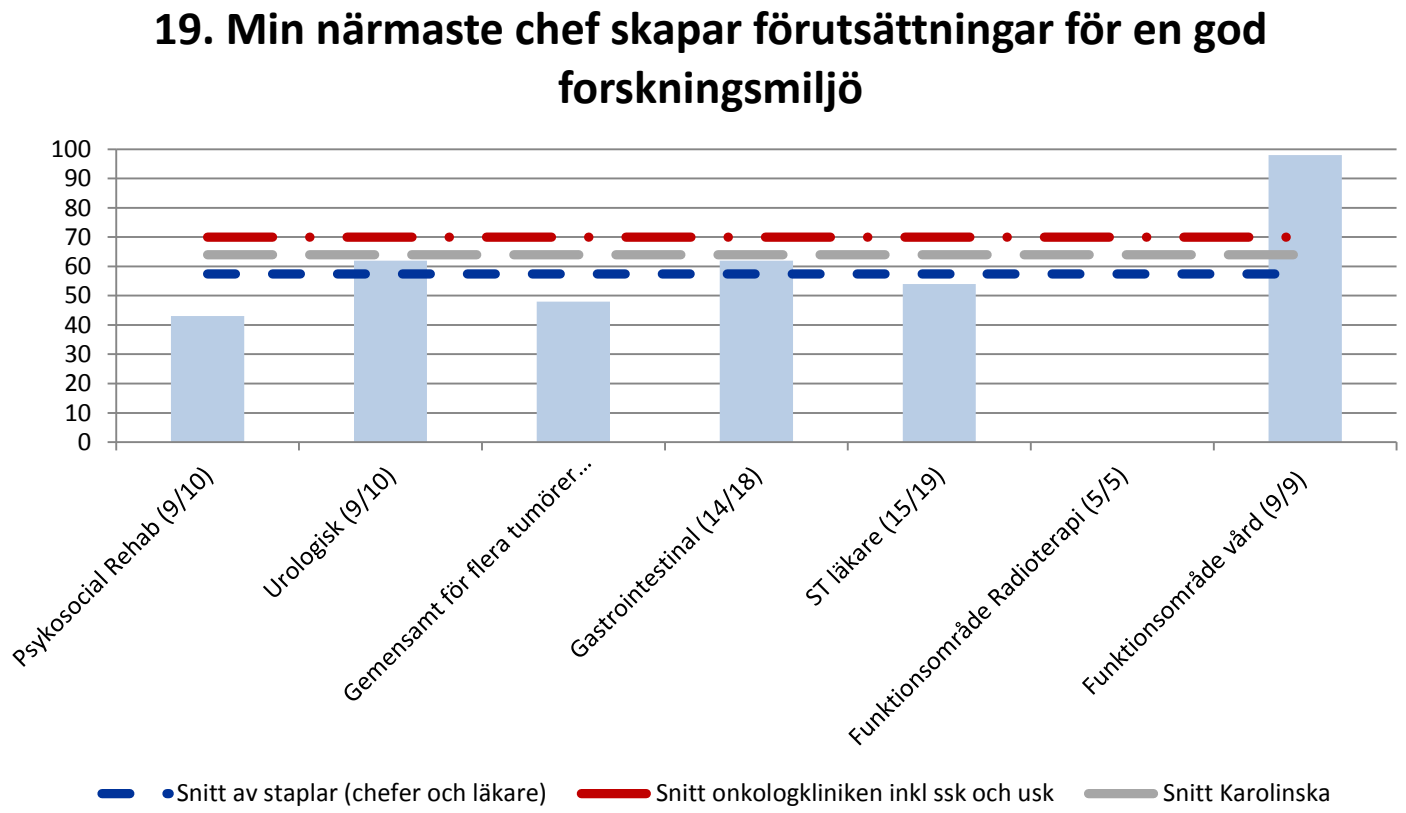
- Risk för ojämnt fokus rörande forskning mellan olika kliniker. Universitetssjukvården har ett större fokus på forskning då det ligger i deras uppdrag att även arbeta med det.

Organisationsoberoende

- Knappa forskningsresurser kräver samarbete oavsett struktur, inklusive tillgång till patientdata.
- Forskning kräver samarbete som måste fungera oavsett huvudman
  - I klinisk forskning, t ex kirurgi, kan inte cancer ligga separat eftersom man är beroende av narkos, IVA etc.
- Skapa möjlighet för tvärprofessionell forskning.

helseplan

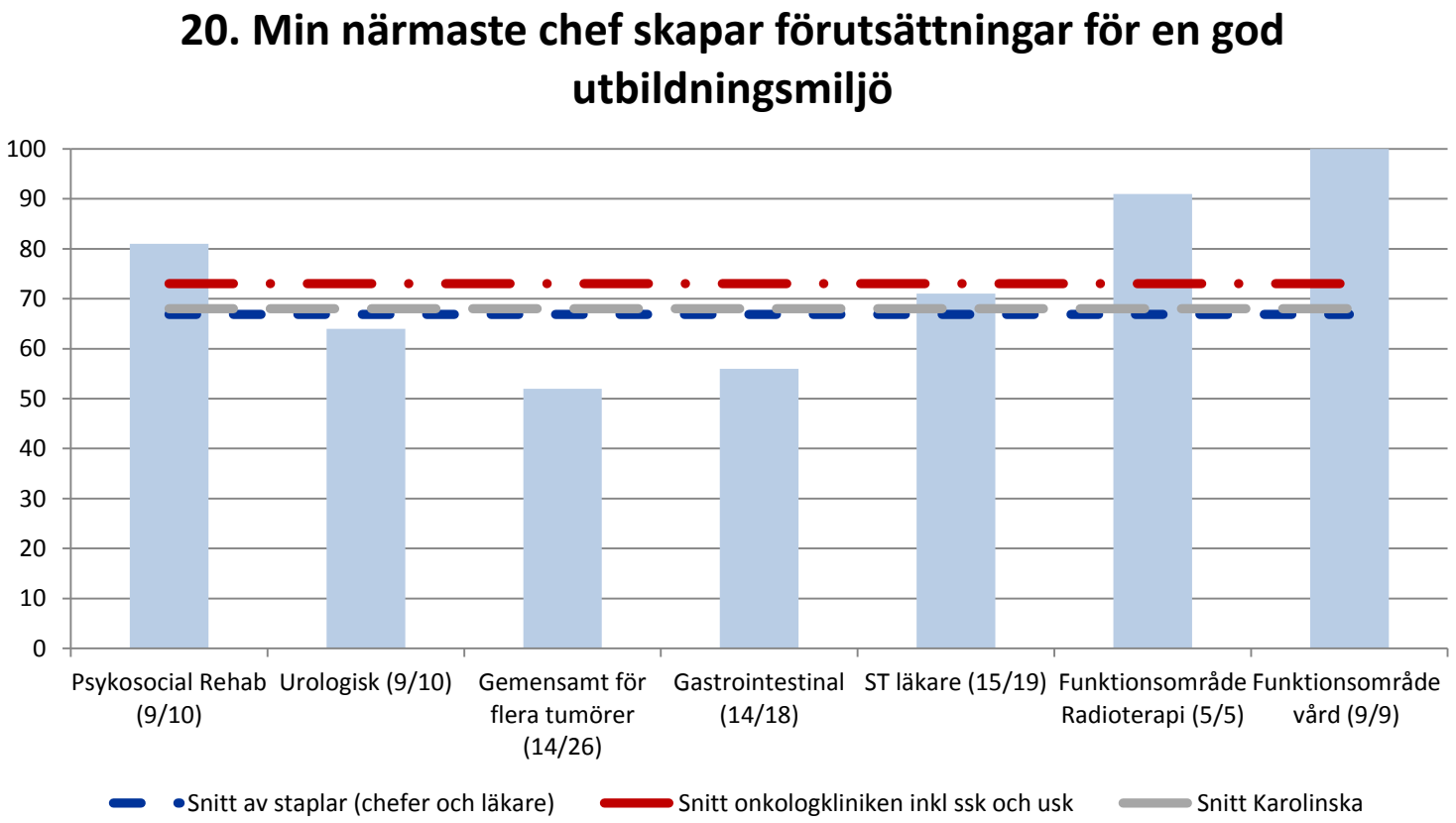
Om Forskning i MA-enkät



De blå staplarna är svaren från chefer och läkare på Onkologkliniken. I dessa ingår inte svar från ssk och usk. De tre linjerna betecknar medel för 1. De blå staplarna, dvs med svar från chefer och läkare, 2. Ett snitt med hela Onkologklinikens svar inkl ssk och usk samt 3. Snittet för hela Karolinska. Medelvärdet för Onkologkliniken totalt, när ssk och usk är med i svaren, ligger högre än när bara läkare och verksamhetschefer svarar. Sektionen för bröst, sarkom och gyn redovisas inte separat, då de saknade chef vid tidpunkt för enkäten.

helseplan

Om undervisning i MA-enkät



De blå staplarna är svaren från chefer och läkare på Onkologkliniken. I dessa ingår inte svar från ssk och usk. De tre linjerna betecknar medel för 1. De blå staplarna, dvs med svar från chefer och läkare, 2. Ett snitt med hela Onkologklinikens svar inkl ssk och usk samt 3. Snittet för hela Karolinska. Medelvärdet för Onkologkliniken totalt, när ssk och usk är med i svaren, ligger högre än när bara läkare och verksamhetschefer svarar. Sektionen för bröst, sarkom och gyn redovisas inte separat, då de saknade chef vid tidpunkt för enkäten.

helseplan

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Strålbehandling (1/2)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Nulägesupplevelse och nulägesanalys

Situation

- I Stockholm finns 12 strålkanoner; 8 på Solna och 4 på Södersjukhuset. Sjukhusen samarbetar frekvent även om det i intervjuer också har framkommit att organisationen som helhet inte kommit så långt sedan sammanslagningen.
- Strålbehandling ökar varje år. Visst kapacitetsproblem finns på grund av åldrad maskinpark men köer undviks genom logistisk fördelning.
- SÖS strålkanoner behöver bytas ut men upphandlingen kommer att göras tillsammans med Karolinska.
- Sjukhusfysik och strålbehandlingen arbetar mycket tillsammans idag. De är idag olika kliniker inom samma division. Dock finns utvecklingspotential i samarbetet.

Vård

- Vanlig behandling är varje vardag under fyra till sex veckor. Det finns även engångsbehandlingar men även behandlingar upp till sju veckor, kombinationer såsom cytostatika och strålbehandling.
- Patienten tillhör sin sektion under behandlingen. Patientansvar har strålbehandlingen endast under den faktiska stråltiden.
- Kapacitetsförändringar (kopplade till nya Karolinska i Solna) och ökad befolkning kommer ställa ökade krav. Ett förslag som läggs är ökade öppettider (kväll och helg).
- Det är viktigt att utveckla ledtiderna och titta på hela processen från att strålbehandlingsmottagningen har mottagit remissen till det att behandlingen påbörjas.

Kompetensförsörjning och organisationstillhörighet

- Kompetensförsörjning ses som ett viktigt och komplicerat område. Det är svårt att rekrytera strålsjuksköterskor och strålläkare.
- Det finns en läkargrupp som roterar mellan Karolinska och SÖS. Man säger i intervjuer att detta kan vidareutvecklas.
- Sjukhusfysik ansvarar för dosplanering.

Strålbehandling och sjukhusfysik

- Det är viktigt att sjukhusfysik och strålbehandling är samkörda vad gäller prioriteringar, utvecklingsområden, resursdisponering och omdisponeringar, även gemensam ledning.
- Sammanhållen struktur för strålbehandlingsverksamheten framhävs som viktig, även tydliga ansvar och roller för att underlätta flöde och för att öka patientsäkerheten. Här ses förbättringspotential.
- Gemensam organisation sägs också ge bättre möjligheter för koordinering rörande service på maskiner.

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Strålbehandling (2/2)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Framtida förslag

Två strålkliniker

- Arbetssätt och process uppges fungera bra på strålkliniken idag, vilket stärks av medarbetarenkät 2014.

Fler än två strålkliniker

- Flertalet aktörer, även de sjukhus som idag inte har strålbehandling, tror inte det är samhällsekonomiskt effektivt att utöka till ytterligare fler strålsiter än idag
- Att processen splittras då patienten behandlas på andra sjukhus sägs inte vara ett tillräckligt gott argument för att utöka. Detta motiveras med att strålbehandlingen är en kort del av behandlingen.

Sammanslagning med (delar av) sjukhusfysik

- Det finns fördelar om strålbehandling och sjukhusfysik är en och samma klinik.
- Ökad integrering och samarbete.
- Gör att strålningsläkarna tillhör samma organisation som sjukhusfysikerna.
- Risken finns att man tappar patientfokus i alltför stora verksamheter. Delar av sjukhusfysik kan vara aktuella.

Nulägesanalys

Kontaktsjuksköterskor (kontaktssk)

Nuläge

Framtida möjligheter

Bakgrundsinformation

Kontaktssk har funnits i SLL sedan 2006, och sedan 2009 ska alla patienter enligt Nationella cancerstrategin, erbjudas en kontaktssk. Förlaga finns i ”Nursing navigators” där man sett att det förbättrar ledtider/tillgängliget och patienternas trygghet.

Styrkor

- Rollen upplevs överlag som värdefull, fyller en stor funktion som lots, att hålla reda på tider, kontakter, etc.
- Kontaktssk:s insats ersätter i många fall läkarbesök på onkologen.
- Intern utvärdering på stråll har visat på ökad tillgänglighet, kontinuitet och information.

Förbättringsområden

- Oklart vad som är kontaktssk:s roll, olika behov och arbetssätt på olika kliniker och mellan onkologens siter.
- Vissa menar att kontaktssk inte har tillräcklig medicinsk kunskap för att vara mer än koordinator.
- Någon menar att det idag saknas strukturerad uppföljning av vad kontaktssk gör eller bidrar med.
- Vårdens organisation (stuprör och flera kliniker inblandade) gör att kontaktssk:s roll inte blir optimal.
- Kontaktssk är knuten till en klinik vilket gör att patienten kan ha flera kontaktssk, samtidigt som kontaktssk upplevs brista i överlämnandet mellan kliniker.
- Vissa patienter vet inte vem som är deras kontaktssk.
- Kontaktssk kommer in försent i processen idag.

Åtgärder / framtida möjligheter

- Rollen bör utvecklas och förtydligas mer.
- Skulle kunna delas upp i en administrativ del – mer ”koordinator” och en mer medicinsk del, jmf vårdlotsar i Danmark. För att kunna besvara medicinska frågor speciellt knutna till patientens problem, måste kontaktssk vara knuten till en viss klinik.
- Mer sammanhållna vårdkedjor, ex bröstcancercentrum, kan i framtiden möjliggöra en och samma kontaktssk.
- Borde utnyttja kontaktssk mer, ex som föreläsare.
- När barn blir vuxna fungerar övergången mellan kontaktssk dåligt.
- Viktigt att inte lägga alltför mkt på kontaktssk – blir lätt att han/hon ska göra allt, då urholkas rollen.
- Koordinator eller informatör/Utbildare? Renodla rollen - ha två olika roller där en har direkt patientkontakt och en jobbar mer ”back office” (logistiker/vårdcoach…).

helseplan

Nulägesanalys

Patientperspektivet - workshop med Patientföreningar

Nuläge

Styrkor

- Överlevnaden är relativt hög
- Hög medicinsk kompetens i SLL
- Stort kliniskt underlag för de som jobbar skapar mer erfarenhet och kunskap
- Närhet till vården (geografiskt)
- Trevliga sjukhus, god standard och välutrustade
- Patienter upplevs få politisk förankring genom RCC

Förbättringsområden

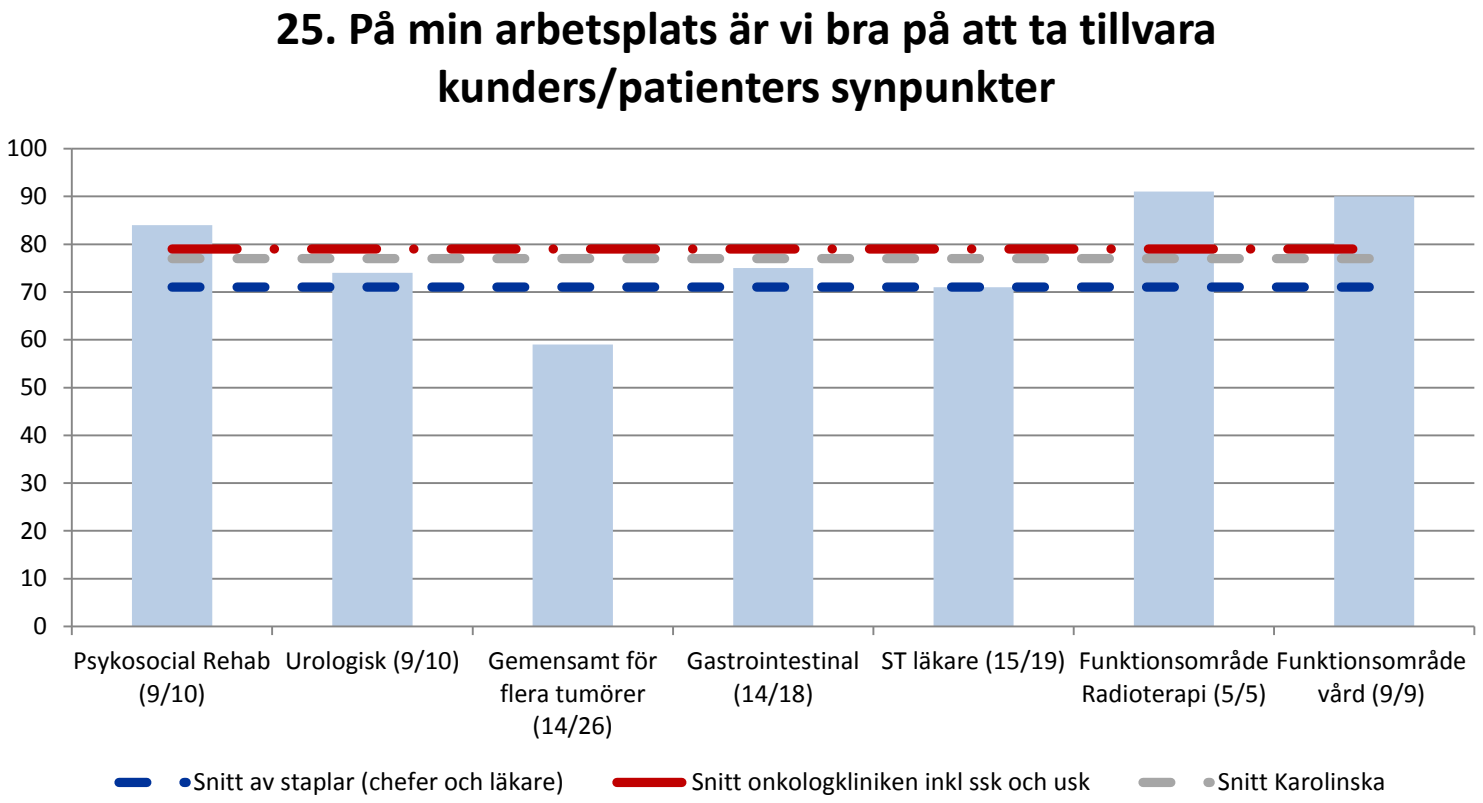
- Rehabilitering upplevs inte som att den riktar sig till samtliga som behöver det, snarare de mest svåra – fler har behov.
- Följande aspekter leder till ökad administration för både patienter och personal:
  - Dålig IT-struktur: t.ex: remisser som försvinner, ej kompatibla system mm
  - Komplicerade regler för sjukresor
- Vårdpersonals tid används fel/(= personalbrist).
- För lite läkartid
- Information om vilken forskning som är på gång. Många patienter känner inte till detta. Detta inger hopp hos patienter.
- Biverkningar och ”seneffekter” – upplevs som bristande kunskap om detta i vården idag.
- Det borde finnas populärversioner/patient-FASS.

Framtida möjligheter

Åtgärder / framtida möjligheter

- Informera om när det är mjöligt för patienter att få tillgång till rehabilitering – bättre öppenhet kring detta. Vilka krav kan man ställa som patient? Viktigare då även fler patienter går tillbaka till jobb.
- Satsa på gemensamt journalsystem samt stimulera till mer samverkan överlag utöver journalföring, nationella nätverk, etc.
- Anställ logistiker på sjukhus för att frigöra tid till t.ex. läkare.
- Borde utnyttja Gotland mer – kan passa vissa delar av vården bra. Lokalisera t.ex. rehabcenter till Gotland.
- Personcentrerad vård – lyssna och förstå vad patienten har kunskap om att göra själv
- Vi tycker att det är oerhört viktigt att man informerar om patientföreningar. Information bör finnas på avdelningar. Patienterna efterfrågar för att kunna få råd.

Om patientcentrering i MA-enkät



De blå staplarna är svaren från chefer och läkare på Onkologkliniken. I dessa ingår inte svar från ssk och usk. De tre linjerna betecknar medel för 1. De blå staplarna, dvs med svar från chefer och läkare, 2. Ett snitt med hela Onkologklinikens svar inkl ssk och usk samt 3. Snittet för hela Karolinska. Medelvärdet för Onkologkliniken totalt, när ssk och usk är med i svaren, ligger högre än när bara läkare och verksamhetschefer svarar. Sektionen för bröst, sarkom och gyn redovisas inte separat, då de saknade chef vid tidpunkt för enkäten.

helseplan

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Jämlik vård

Nulägesupplevelse

Analys

Framtida förslag

Nulägesupplevelse och nulägesanalys

Generellt

- Man upplever att sjukhusen fortfarande arbetar på olika sätt trots att man jobbat ”tillsammans” under så många år. ”Vi borde bli betydligt bättre på att arbeta efter best practice. Alla siter behandlar tydligen inte patienterna lika bra. Vi bedriver ej jämlik vård.”
- Av praktiska skäl har det införts ändringar i behandlingsförlopp med ”biologiska pauser” under sommaren och långhelgar.

Mellan sjukhus

- För att få jämlik vård behöver forskningen visa väg och forskningens nya kunskap behöver implementeras på flera kliniker. Kliniker behöver närhet till forskningen oavsett site.
- Man upplever att det erbjuds olika tjänster beroende på var man bor, det vill säga inte jämlik vård. Dock behöver detta inte betyda sämre vård men vården framhävs som olika. Det framkommer dock i andra intervjuer att vården är jämlik mellan sjukhusen.
- I intervju har det framkommit att med undantag för mammografin så saknas det heltäckande register inom radiologin. Ett sådant register skulle kunna ge best practice och där med sätta gemensamma riktlinjer vilket kan skapa ökade möjligheter till jämlik vård. Riktlinjer tar inte bort möjligheten till individualisering där behov finns. Detta rör även t.ex. MDT-konferenser och hur de genomförs, inte bara mellan sjukhus utan även mellan cancergrupper.
- Svårigheter att skapa jämlik vård mellan sjukhus då det är olika cancergrupper i form av svårighetsgrad som kommer till de olika sjukhusen.

Mellan cancergrupper

- Mellan cancergrupper framkommer det i intervjuer att bröstcancer ligger i framkant. Detta gäller även internationellt. Övriga cancergrupper börjar komma ifatt. Vid analys av väntetider inom bröstcancer har denna grupp kortare väntetider än andra grupper.

Organisationspåverkande

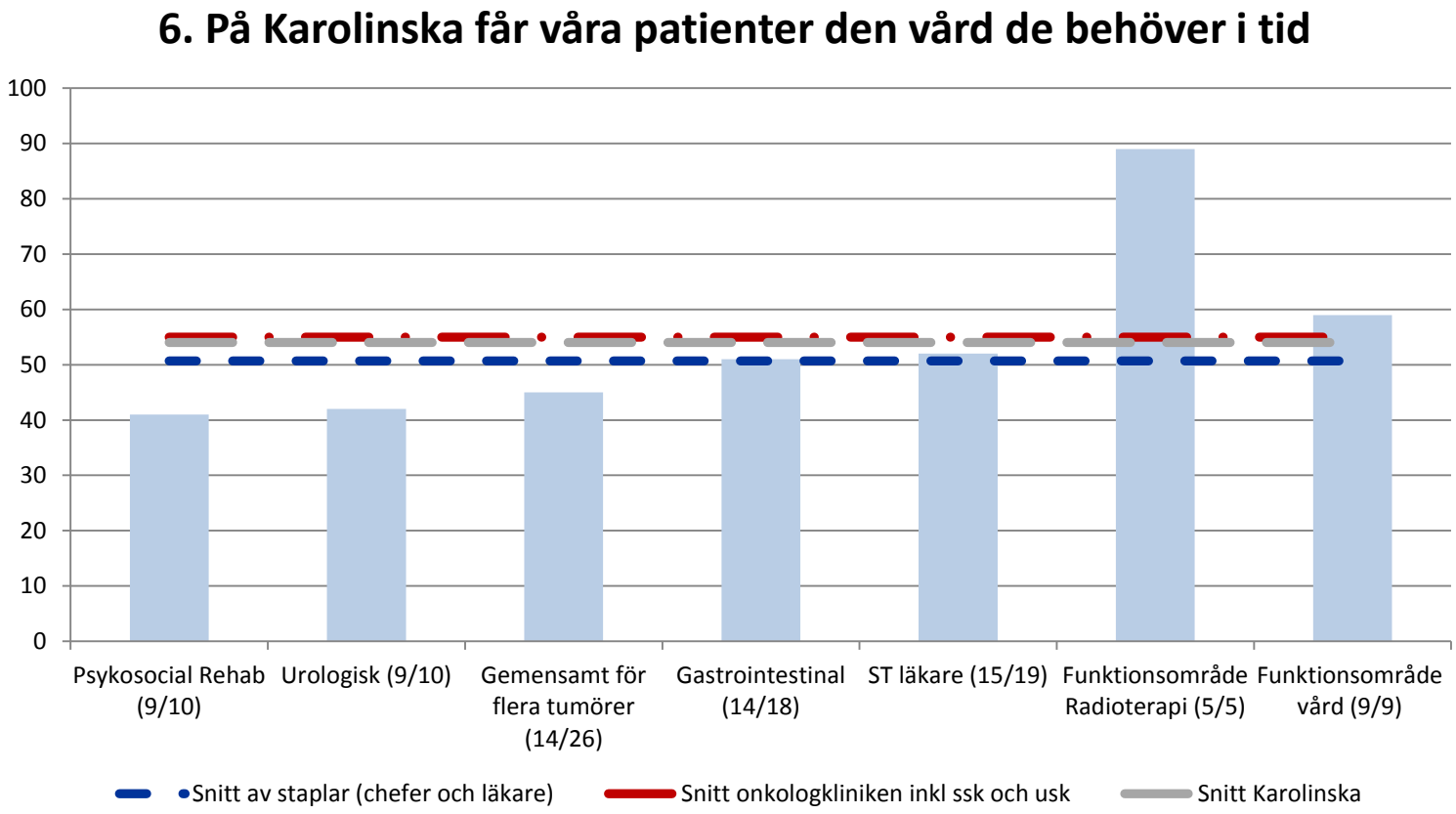
- Jämlik vård sägs i vissa intervjuer vara lättare att eftersträva med en gemensam klinik. I andra saknas tydligt svar utan behovet av en lösning som möjliggör jämlik vård framhålls.
- Andra lyfter möjligheten till ökad jämlik vård om sjukhusfysik och strålbehandling blir en sammanhållen enhet.

Framtida förslag

- I intervjuerna framkommer det inte tydligt om en eller två (eller fler) kliniker är det som sätter möjligheten till jämlik vård. Istället framhävs följande relativt organisationsoberoende synpunkter;
  - Tillgång till forskning och dess resultat
  - Gemensamma riktlinjer baserade på best practice
  - Översyn för att skapa jämlik vård mellan cancergrupper

helseplan

Om väntetider i MA-enkät



De blå staplarna är svaren från chefer och läkare på Onkologkliniken. I dessa ingår inte svar från ssk och usk. De tre linjerna betecknar medel för 1. De blå staplarna, dvs med svar från chefer och läkare, 2. Ett snitt med hela Onkologklinikens svar inkl. ssk och usk samt 3. Snittet för hela Karolinska. Sektionen för bröst, sarkom och gyn redovisas inte separat, då de saknade chef vid tidpunkt för enkäten.

helseplan

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

Patient-läkarkontinuitet (inklusive kontakt-ssk)

Nulägesupplevelse

Analys

Framtida förslag

Nulägesupplevelse och nulägesanalys

Övergripande (inklusive kontinuitet genom kontaktsjuksköterskor)

- Patient-läkarkontinuiteten lyfts fram som viktig.
- I någon intervju lyfts behovet av att införa primär patientansvarig läkare fram.
- Enligt Nationella Cancerstrategin (SOU 2009:11) så ska alla cancerpatienter som önskar erbjudas en kontaktsjuksköterska. Målet är att det ska ge en bättre tillgänglighet, kontinuitet och trygghet välinformerade patienter. Funktionen kontaktsjuksköterska har funnits i Stockholms läns landsting sedan 2006 (30 tjänster år 2006 som finansierades med särskilda medel). Kontaktsjuksköterskan, så som beskriven i cancerplan 2013-2015, är en nyckelfunktion för patientens väg genom cancervården och för att skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet för patienterna. Idag finns cirka 170 kontaktsjuksköterskor (delar på 130 tjänster) i Stockholms läns landsting. Rollen upplevs som värdefull för kliniken och för patienter. Dock finns förbättringsområden rörande
  - Skapa tydlighet i rollen. Vissa menar att kontaktsjuksköterskorna inte har tillräcklig medicinsk kunskap för att vara mer än koordinator.
  - Skapa uppföljning kring vad rollen innebär och gör.
  - Se över vårdens struktur för att undvika stuprör som försvarar arbetet för rollen. Vidare är kontaktsjuksköterskan knuten till en klinik och det kan göra att patienten har flera kontaktsjuksköterskor. I intervjuer har brister i överlämnandet mellan kliniker belysts.

Situation

- Läkarkontinuiteten framhävs som låg, särskilt inom slutenvården. Dålig kontinuitetsgrad hos samma läkare för varje patient. Särskilt för långliggande slutenvårdspatienter.
- Den bristande läkar- och sjuksköterskekontinuiteten påverkar samarbetet med ASIH negativt.
- ASIH lyfts ofta fram som ett exempel med god kontinuitet för sina patienter.

Framtida förslag

- Att säkra en patient-läkarkontinuitet framhävs som viktigt och idag bristande. Dock framkommer inte någon tydlig koppling till organisatorisk lösning och möjlighet att säkra en god kontinuitet.
- Vad gäller kontaktsjuksköterskor så finns behov av att utveckla och förtydliga rollen och eventuellt i framtiden skapa möjlighet till en kontaktsjuksköterska för patienten genom sammanhålla vårdkedjor

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

ASIH och palliativ vård (1/2)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Nulägesupplevelse och nulägesanalys

Uppdrag

- Uppdraget för ASIH har förändrats och de arbetar nu både i en kurativ och palliativ fas. Det upplevs alltså som att ansvaret för vårdnaden av patienten har blivit mer delat. Därför behöver ansvarsfördelningen mellan ASIH och kliniken ses över.
- ASIH kan göra mycket så länge rätt komptens finns. Om ansvarsområdet för ASIH förändras så behöver man säkra att ASIH får rätt kompetens för att kunna utföra detta, såsom att ge lättare cytostatikabehandlingar i hemmet efter de första behandlingarna på sjukhus. Dock finns kommentarer om att ASIH inte ska göra behandlingar som tar lång tid och minskar möjligheten till fler besök.
- Cirka 80 % av ASIHs patienter är onkologpatienter.
- Det upplevs finnas en otydlig avgränsning mot andra verksamheter, såsom hemsjukvården.
- I intervju har det framkommit att onkologkliniken upplever svårigheter att få plats för patienter inom ASIH eller palliativ vård.

Struktur

- Idag består ASIH av många aktörer (cirka 30) och det upplevs att det är svårt att få till samverkan med dem. Detta är ett viktigt utvecklingsområde.
- ASIH drar ner under sommaren vilket försvårar att få ut palliativa patienter och patienter får ligga kvar över sommaren.
- För de palliativa patienterna finns ett extra behov av en övergripande vårdkoordinator. Detta är utsatta grupper som ofta förlistar sig på anhöriga.
- Generellt finns kunskapsbrist kring palliativ vård .
- I intervjuer har man sagt att det är svårt att ge svar på om det är en reell brist på ASIH-vårdavdelningar eller om det är brist på vårdavdelning just i närhet till där patienten bor och man då hellre väljer att hamna på akuten än långt bort.
- I intervju framkommer även en positiv inställning till fortsatt utbyggnad av ASIH för att avlasta onkologkliniken.
- Det framkommer ingen tydlig bild av hur ASIH-verksamheten borde vara organiserad. Någon nämner att varje sjukhus borde ha särskilda ASIH-enheter kopplade till sig, andra säger att det inte är en bra idé och att detta går emot vårdval.
- Det finns tro om att det är lättare att hitta vårdplats för patienter som får ASIH hos leverantör som själv har SPSV – söker andra akuten oftare?
- Finns signaler om att f a SPSV är för snålt ersatt

För patienten

- Det finns ASIH-enheter som arbetar med tydlig patientansvarig läkare och sjuksköterska.
- Patientföreningar lyfter fram att hemmet ibland måste få vara en frizon.

Nulägesbeskrivning och framtida lösning

ASIH och palliativ vård (2/2)

Nulägesupplevelse → Analys → Framtida förslag

Framtida förslag

Förslag på åtgärder

- Skapa tydliga avgränsningar.
- Lära av arbetssättet inom ASIH med team och högre kontinuitet.
- Utvärdera om det kan finnas ett mellanting mellan basal hemsjukvård och ASIH.
- Fler borde kunna arbeta som ASIH – med team som fungerar och högre kontinuitet.
- Behov av tydligare kriterier för när en patient har behov av och ska remitteras till ASIH/SPSV – utveckla beslutsstöd.
- Skärpa kraven kring att leverantören själv ska kunna hålla med SLV-platser – idag två separata avtal.
- Finns inte idag, men det bör finnas ett direktintag på akuten för patienter som vårdas i hemmet – prövas nu för KS onkologi och DS för tarmpatienter.
- Representanter för patienter (patientföreningar) lyfter särskilt vikten av att hemsjukvård är på patientens villkor – det passar inte alla och det är viktigt med lätta kontaktvägar då ångest kan vara hög på natten.
- Specialitetsråd Tumörsjukdomer uppmanar om en utredning av ASIH och behov av tillhörande vårdplatser.

helseplan

Onkologkliniken idag

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag - Annat

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Nulägesanalys

HSF övergripande - Specialitetsrådet

Nuläge

Beskrivning

Specialitetsråd Tumörsjukdomar har genom brev av 2014 10 15 till HSF reagerat på förändring inom upphandling av specialiserad palliativ vård bedriven i hemmet, dvs inom ASIH uppdraget:

”Från och med 2014 behöver Vårdgivaren inte längre förfoga över ett antal specialiserade palliativa slutenvårdplatser. Dock kvarstår kravet att beredskap ska finnas för att kunna överföra patienter till specialiserad palliativ vård inom fyra timmar.

Specialitetsråd Tumörsjukdomar ser bekymrat på denna viktiga förändring. Risken är uppenbar att man förlorar den sammanhållna palliativa vård som är så väsentlig i livets slutskede. Inläggning på specialiserad palliativ vårdavdelning kommer inte kunna garanteras vi behov av akuta slutenvårdsinsatser t.ex. på grund av patientens egenvilja, svåra smärtgenombrott eller andra plågsamma symtom, akut aggregerad förvirring eller då närstående inte orkar ta ansvar för den sjuke. Patienter i livets slutskede som vårdas av ASIH vårdgivare som saknar tillgång till palliativa vårdplatser riskerar, framför allt under kvälls- och nattetid, att behöva flyttas till akutsjukvården.”

Framtida möjligheter

Åtgärder / framtida möjligheter

Genom våra intervjuer har man på flera av akutsjukhusen refererat till problematik runt cancerpatienter på akutmottagningarna och där deras problem med att ta hand om och slussa patienterna vidare till rätt sjukhus/klink/vårdnivå. Specialitetsrådet skriver vidare: ”Specialitetsråd Tumörsjukdomar vill därför med emfas uppmana HSF att göra en utredning av hur väl överföring av palliativa patienter från ASIH till SPSV fungerat.”

Med bakgrund i våra intervjuer har Helseplan önskat att få mer information om omfånget av situationen med cancerpatienter på akutsjukhusen och deras uttalade problem med att kunna överföra dessa vidare till rätt vårdgivare. Det har inte varit möjligt att få fram denna typ av data för oss i utredningen och vi stöder Specialitetsrådets uppmaning om en utredning och då gärna i en utvidgad omfattning till alla cancerpatienter, inte bara patienter i en palliativ fas.

helseplan

Nulägesanalys

Nationella Onkologichefsrådet

Nuläge

Beskrivning

Helseplan har intervjuat Ordförande i det Nationella Onkologichefsrådet Pehr Lind. Rådet har haft den framtidiga organisationen av den icke-kirurgiska onkologin i Stockholm dragen som en informationspunkt på ett av sina möten. Helseplan har som utredare mottagit rådets synpunkter i skriftlig form från ordförande:
”Onkologin i Stockholm har sedan 10 år varit organiserad i en klinik. Verksamheten har under denna period tyvärr inte utvecklats på ett gynnsamt sätt. Det har t.ex. visat sig vara mycket svårt att leda organisationen, vilket det stora antalet chefsbyten är ett bevis för. Enheterna på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus har dessutom saknat chefsnärvaro, vilket utgjort en hämsko för deras utveckling. Att landets största klinik fungerar mindre väl påverkar även resten av Sveriges onkologkliniker negativt, bl.a. när yngre, färdigutbildade specialister i stor omfattning slutar och går till t.ex. läkemedelsindustrin. Enheten på Karolinska-Solna ska i närtid överflyttas till Nya Karolinska-Solna, vilket kommer att kräva fortsatt stort fokus på denna och ytterligare ha undanträngande effekt för enheterna på Danderyd och Södersjukhuset, om nuvarande organisation bibehålls.

Jag bedömer därför att Landstingsledningen i SLL bör överväga en återgång till två separata kliniker centrerad till Södersjukhuset respektive Nya Karolinska-Solna. Strålenheterna bör ingå i dessa kliniker.”

Framtida möjligheter

Åtgärder / framtida möjligheter

Helseplan tar med sig Onkologichefsrådets synpunkter som ett viktigt inspel inför fortsatt arbete.

Onkologkliniken idag

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

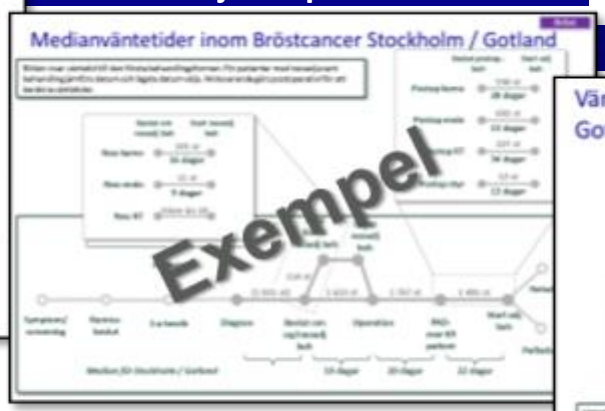
Väntetider inom bröst-, kolorektal- samt prostatcancer – Analys av kvalitetsregisterdata finns i separat bilaga

1 Introduktion



Övergripande introduktion
Varje cancerområde presenteras övergripande med de steg som är aktuella inom den cancertypen. Medianväntetider mellan dessa steg presenteras och där det är möjligt jämförs dessa med median eller medel för riket.

2 Detaljerad presentation



Detaljer kring väntetider
Vissa specifika väntetider presenteras i ytterligare detalj. Detta kan vara väntetider såsom väntetider för adjuvant behandling.

3 Jämförelser

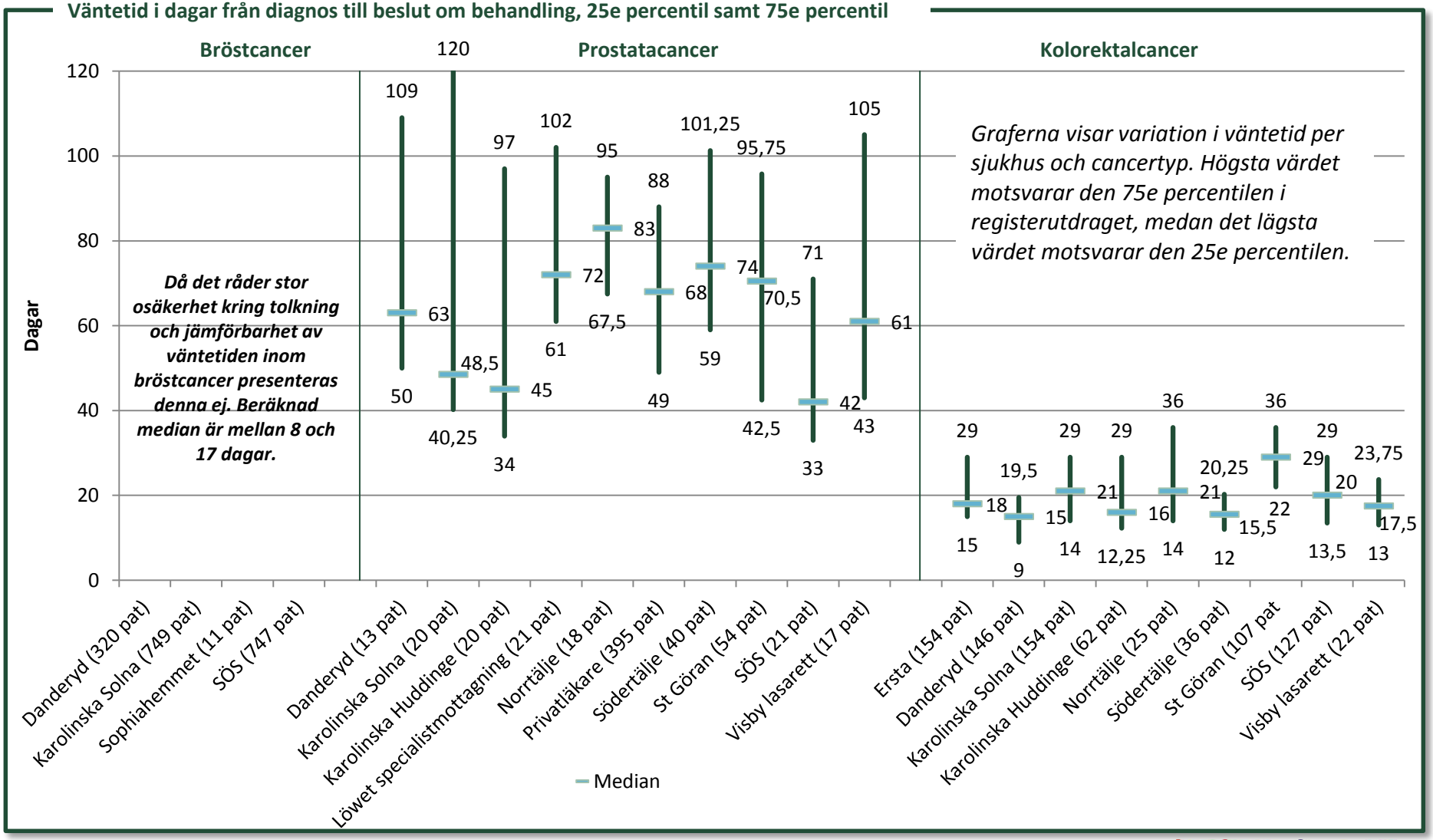


Jämförelse mellan väntetider
Väntetider i olika steg jämförs där möjligt mellan sjukhus. Vilka väntetider som är möjliga att jämföra beror på vilket register som har använts.

Utöver detta finns även tillvägagångssätt beskrivet i bilagan, det vill säga vilka variabler som har använts för att beräkna vilka väntetider. Det är viktigt att titta på vilka variabler som har använts samt de begränsningar som finns i beräkningar och jämförelser.

helseplan

Jämförelse mellan väntetider mellan sjukhus och cancertyper; från diagnos till beslut om behandling

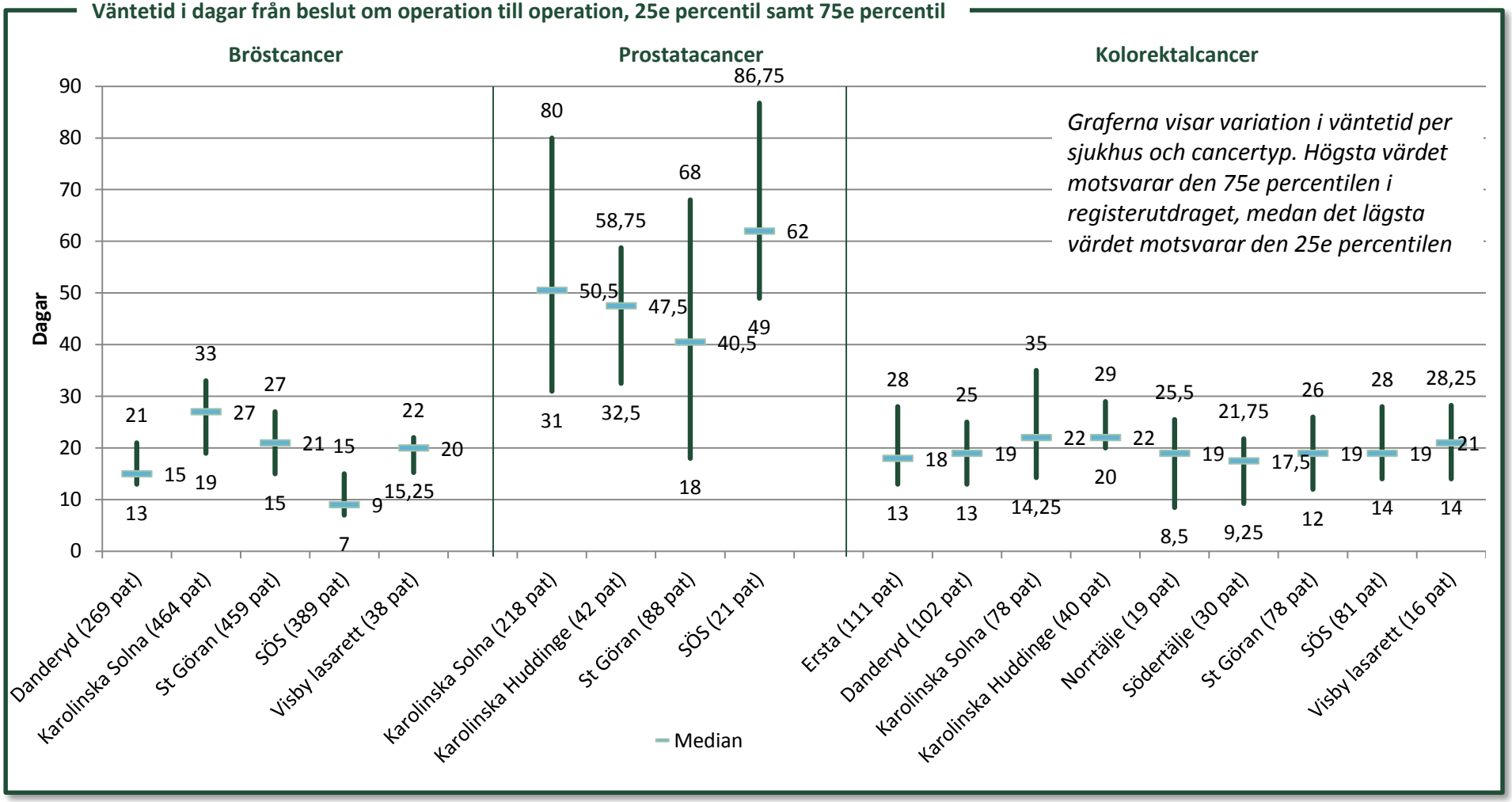


Källor: Kvalitetsregisterdata, diagnosår 2012 (Stockholm / Gotland)

Notera att det finns möjliga begränsningar till jämförbarheten i dessa siffor. Dessa finns förklarade vidare i bilagan till denna rapport.

helseplan

Jämförelse mellan väntetider mellan sjukhus och cancertyper; från beslut om operation till operation



Källor: Kvalitetsregisterdata, diagnosår 2012 (Stockholm / Gotland)

Notera att det finns möjliga begränsningar till jämförbarheten i dessa siffor. Dessa finns förklarade vidare i bilagan till denna rapport.

helseplan

Kommentarer kring väntetider från diagnos till operation per cancertyp och sjukhus

Väntetid i dagar från diagnos till beslut om behandling

Generella kommentarer

- Väntetider från diagnos till beslut om behandling visar längre väntetider inom prostatacancer än inom bröst- respektive kolorektalcancer.
- Det är även en stor variation rörande väntetider inom prostatacancer.
- Skillnaderna i väntetider är större mellan cancertyper än mellan sjukhus.
- Inom prostatacancer finns också fler kliniker som registrerar diagnos och remiss än inom de två andra grupperna.

Väntetid i dagar från beslut om operation till operation

Generella kommentarer

- Precis som för väntetider från diagnos till beslut om behandling visar väntetider från beslut om operation till operation betydligt längre väntetider inom prostatacancer än inom bröst- respektive kolorektalcancer.
- Det är även en stor variation rörande väntetider inom prostatacancer.
- Skillnaderna i väntetider är större mellan cancertyper än mellan sjukhus.

Intervjukommentarer till väntetider inom hela processerna

- Bröstcancerprocessen lyfts fram som en välfungerande process med korta väntetider.
- Väntetider för strålbehandling upplevs olika, vissa upplever att strålbehandlingen fungerar väl medan andra lyfter fram långa väntetider inför strålbehandling. I analys av kvalitetsregisterdata ses längre väntetider för strålbehandling särskilt inom prostatacancer
- Flera intervjuade upplever patologlaboratorierna som flaskhals med långa väntetider. Inom diagnostiken lyfts även röntgen fram av vissa intervjuade som en orsak till längre väntetider. För mer information rörande väntetider till patologlaboratorierna, så ”Väntetid provtagning till PAD-svar”.
- I intervjuer har det också framkommit att väntetider inom mindre cancergrupper är längre än inom stora cancergrupper.

Källor: Kvalitetsregisterdata, diagnosår 2012 (Stockholm / Gotland), Intervjuer 2014

Framtidens onkologklinik

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

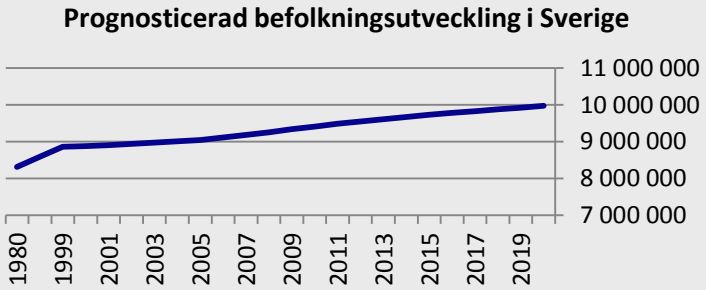
Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

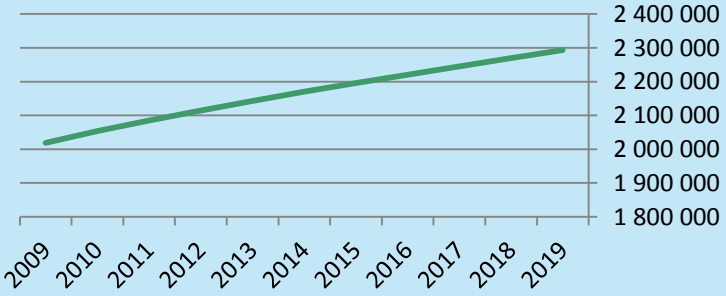
Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Vi blir allt fler samtidigt som andelen äldre ökar



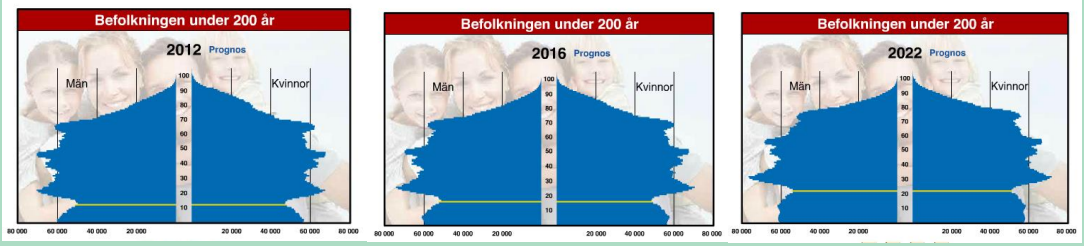
Källa: SCB

Sveriges befolkning ökar allt mer, och vid 2020 beräknas vi passera 10-miljonersgränsen



Källa: SCB

Stockholm beräknas öka mer än snittet i landet, och i Stockholms läns landsting kommer vi år 2020 att vara närmare 2,5 miljoner invånare. Mellan åren 2011-2020 ger detta en prognosticerad ökning med ca 17 %.

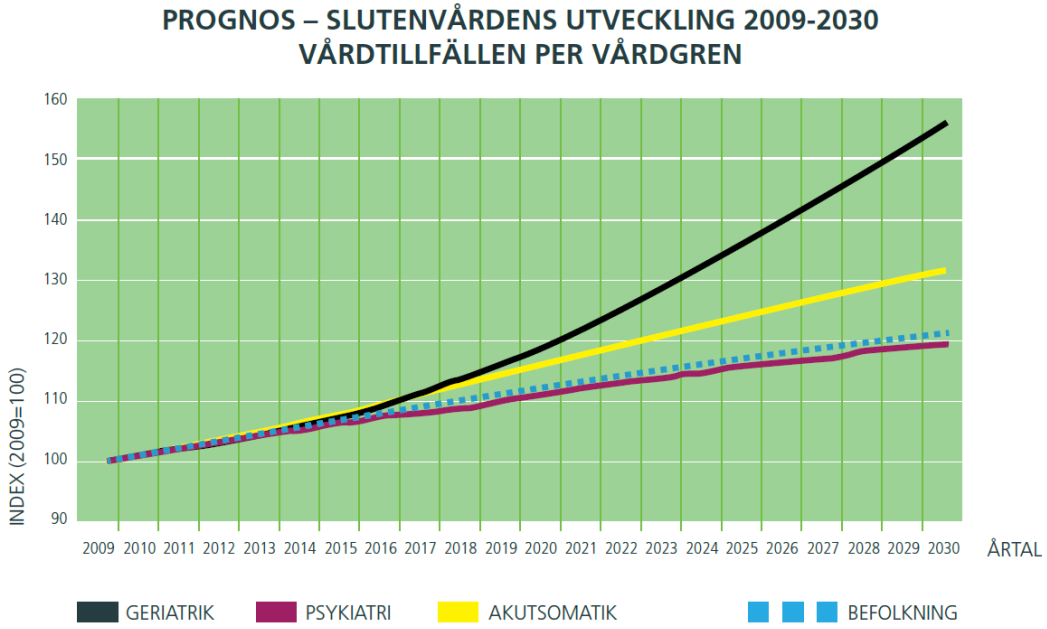


Källa: Socialstyrelsen

Ålderspyramiderna visar en fortsatt ökning av andelen äldre i Sverige, en utveckling som vi sett under längre tid och som enligt prognoser ser ut att fortsätta. Ökningen i befolkningen är störst i gruppen 65-80 år.

helseplan

Prognos av vårdbehovet i SLL i framtiden visar ett ökat slutenvårdsbehov på 10-20% till år 2020



FIGUR 1. Indexerad framskrivning av slutenvårdstillfällen per vårdgren 2009-2030

Behovet av geriatrik beräknas öka mer än befolkningstillväxten, pga att andelen äldre ökar. År 2020 kommer det geriatriska slutenvårdsbehovet vara 20% större än idag.

Behovet av psykiatrisk slutenvård följer befolkningsökningen och beräknas vara ca 10% högre år 2020 än idag.

Behovet av akutsomatik beräknas öka mer än befolkningsökningen och kommer år 2020 att vara 15% högre än idag.

helseplan

Framräkningar av några cancergrupper

Incidens- och prevalensökningarna för cancer tillskrivs bl a den ökade andelen äldre i befolkningen, bättre och tidigare diagnostik samt bättre behandlingar.

Bröstcancer som är den vanligaste formen av cancer hos kvinnor har ökat stadigt i antalet nydiagnosticerade fall de sista tio åren. En stabilisering av den åldersjusterade incidensen ses dock sista året. Prevalensen ökar också stadigt. Den ökade relativa överlevnaden är sannolikt en kombination av effekter av mammografiscreening och bättre behandling. Här räknar man med en sammanlagd ökning av incidensen fram under åren fram till 2020 på 20-30%.

Incidensen för **prostatacancer**, som är den vanligaste cancerformen hos män, ha ökat markant med 2 % per år, troligen pga testning av PSA. Detta test avslöjar även så kallad latent prostatacancer. Även i denna grupp ses en kraftigt förbättrad överlevnad, vilket förmodligen beror på tidigare upptäckt. Sammanlagd incidensökning under åren fram till 2020 beräknas bli kring 40%.

För **tjocktarmscancer**, som är den femte vanligaste cancerformen hos män och kvinnor och för **ändtarmscancer** är den åldersstandardiserade incidensen relativt konstant över tiden. Även här ses förbättrad överlevnad, sannolikt pga förbättrad behandling. Här räknar man med sammanlagd incidensökning fram till år 2020 på 20%.

För resterande stora cancergrupper (~tumörgrupper i Cancerplanen) räknar man med ökning av incidens på ca 20% fram till år 2020 hos både män och kvinnor. Undantaget är lungcancer som visat sjunkande incidens hos män, men en större ökning hos kvinnor. I vår rapport har vi valt att räkna med en incidensökning om 20% till år 2020 även för lungcancer. Prevalensökningen för all cancer till 2020 beräknas ligga kring 50%, med antagandet att prevalensen ökar med 3% årligen i SLL, vilket man sett de sista tio åren.

Källor: Den framtida ohälsan. Projektion av sjuklighet i Stockholms län och riket för några stora sjukdomar fram till år 2030. SLL.
Incidens och prevalens av cancer 2005-2011 RCC Stockholm Gotland

Beslutade placeringar Cancervård i Stockholms läns landsting



helseplan

Vårdvolym, estimat för framtiden

Fördelningen av onkologiska patienter och behandlingar grundar sig i de beslutade placeringarna i framtiden (HSF/RCC) av tumörgrupper. Enligt denna ska bröstcancer, prostatacancer, koloncancer och rektalcancer fördelas på fyra sjukhus i framtiden.

Tumörgrupp	Fördelningsnyckel	DS	KS	SöS	St Göran
Bröst	Enligt intervju	0	25%	42%	33%
Prostata	Naturlig täckningsgrad/befolkning	19%	37%	19%	25%
Koloncancer	Enligt beskrivning RCC	26%	21%	28%*	14%
Rektalcancer	Enligt beskrivning RCC	33%	33%	33%*	0
Strålbehandling	Fördelning av strålbeh idag	0	63%	37%	0
Kembehandling	Antal mottagningsbesök idag oavsett ca-form	8%	63%	29%	?
Slutenvård	Antal vårdplatser idag	0	54	23	?

* SÖS + Ersta

Vårdvolym, estimat för framtiden

Prognostiserad ökning av antal patienter från 2012/13 till år 2020 är ca 20% bortsett från bröst och speciellt prostata som förväntas öka mer.

Tumörgrupp	2012/13		Prognosfaktor	2020	
	Nya fall	Prevalens	Prognos ökning från 2012 till 2020	Prognos nya fall	Prognos prevalens
Bröst	1669	22961	25%	2090	28700
Prostata	1969	17546	40%	2760	24600
Koloncancer	769	6240	20%	920	7500
Rektalcancer	398	3249	20%	480	3900
	Antal pat.	Antal beh.		Antal pat.	Antal beh.
Strålbehandling	5500	82000	(RCC-utredn (+20%))	6500	98000
Kembehandling		36052	20%		43300
Slutenvård	4315	947**	20%	5200	1150**

* SÖS + specialistsjukhus **Dagvård på vårdavdelning

helseplan

Framtida organisationsalternativ

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

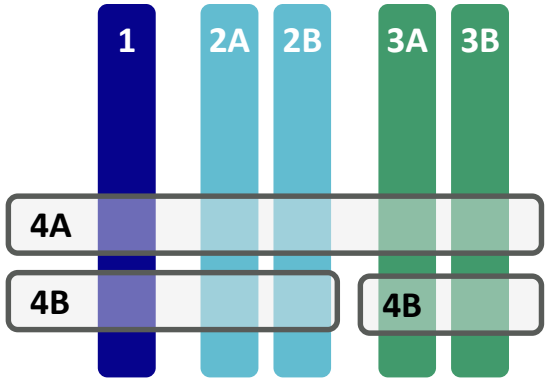
Tre olika organisationsalternativ har utvecklats inom ramen för projektet

Alternativen är byggda så att varje alternativ finns med alternativa mindre justeringar. Alternativ 1-3 kan kombineras med 4a eller 4b, därför är detta en matrislösning*

Alternativa modeller för organisation av icke kirurgisk onkologi för vuxna

Alternativ 1
Upprätthålla nuvarande organisation under Karolinska med en onkologisk klinik i Stockholm

Organisationsalternativ - illustration



Alternativ 3
Organisation med självständiga huvudmän och kliniker

A. *2 kliniker; en på Karolinska Solna och Danderyd samt en klinik på SöS och St. Göran i samverkan med Ersta*

B. *Flera kliniker; Separata kliniker på Karolinska Solna inkl. Danderyd, Södersjukhuset i samverkan med Ersta och en klinik på St. Göran.*

Alternativ 2
En samlande övergripande organisation med självständiga kliniker

A. *En klinik på Solna inklusive en enhet på Danderyd och en klinik på Södersjukhuset inklusive enhet på St. Göran och i samverkan med Ersta.*

B. *Flera kliniker; En klinik på Solna med enhet på Danderyd, en klinik på Södersjukhuset (samverkan med Ersta) och en klinik på St. Göran*

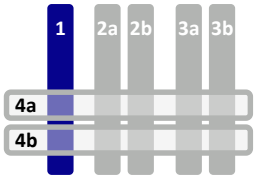
Matriskombination 4
Organisering av en gemensam strålklinik med strål- och sjukhusfysik

A. *En gemensam strålklinik för Stockholm oavsett vilket av lösningarna i alternativen 1-3 som väljs*

B. *En strålklinik på Karolinska och en strålklinik på Södersjukhuset (anpassat efter organisationsalternativ 3)*

*Matrislösning, ej matrisorganisation

helseplan

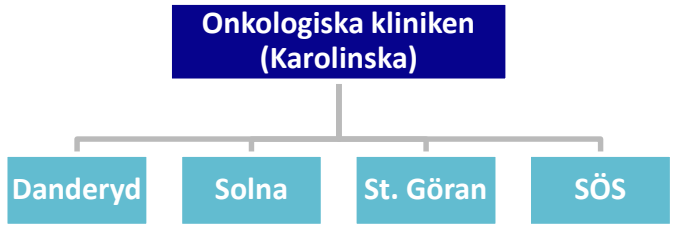


Alternativ 1 – Nuvarande organisationsstruktur

Alternativ 1 är nuvarande organisationsstruktur under Karolinska, en onkologisk klinik i Stockholm.

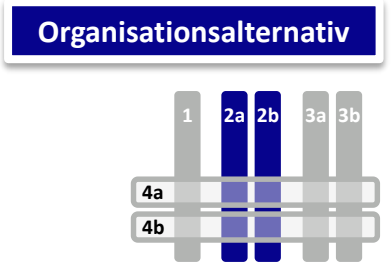
Kliniken kommer att få ett större ansvarsområde än dagens klinik i och med att St. Görans sjukhus också kommer att få en onkologisk enhet i framtiden.

Organisationsalternativ 1 – illustration



helseplan

Alternativ 2 – Gemensam övergripande organisation med självständiga kliniker



Alternativ 2 har en samlande övergripande organisation med självständiga kliniker under sig. Det finns två alternativ inom detta förslag:

A – Två kliniker: Solna och Södersjukhuset enligt följande:

Klinik på Solna med enhet på Danderyd

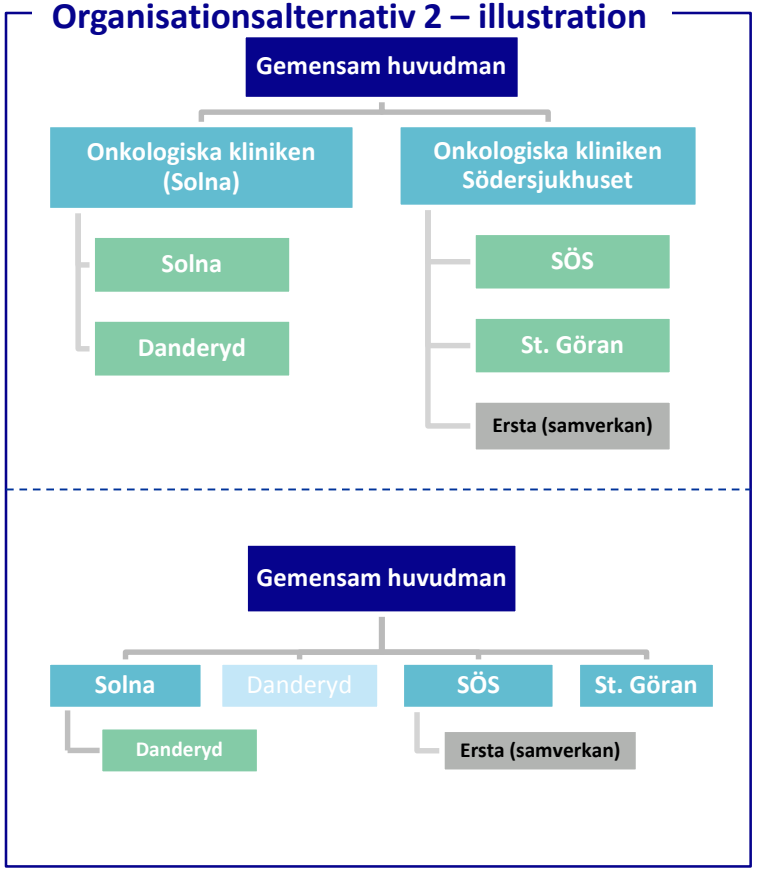
Klinik på Södersjukhuset med enhet på St. Göran och i samverkan med Ersta

B – Flera kliniker: Solna, Danderyd, Södersjukhuset och St. Göran enligt nedan:

Klinik på Solna med enhet på Danderyd (Evt. klinik på Danderyd)

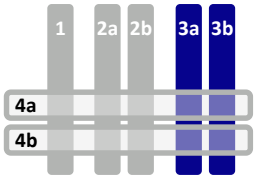
Klinik på Södersjukhuset (samverkan med Ersta)

Klinik på St. Göran



helseplan

Alternativ 3 – Självständiga huvudmän samt självständiga kliniker



Alternativ 3 innebär att organisera cancersjukvården genom självständiga huvudmän och kliniker. Det finns två alternativ inom detta förslag:

A – Två kliniker: Karolinska och Södersjukhuset med verksamhet på andra sjukhus:

Klinik på Karolinska med verksamhet i Solna och Danderyd

Klinik på Södersjukhuset med verksamhet på Södersjukhuset, St. Göran och i samverkan med Ersta

B – Flera kliniker: Karolinska med enhet på Danderyd, Södersjukhuset i samverkan med Ersta och St. Göran enligt nedan:

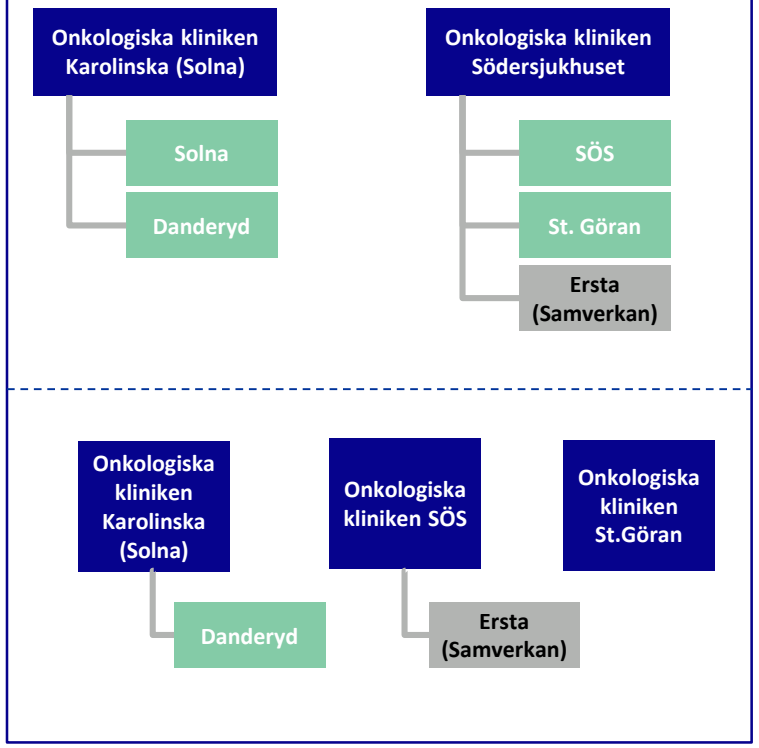
Klinik på Karolinska med verksamhet i Solna och på Danderyd

Klinik på Södersjukhuset, i samverkan med Ersta

Klinik på St. Göran

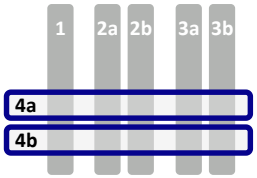
Alternativ 3 kräver en central samordnande funktion för vissa gemensamma frågor.

Organisationsalternativ 3 – illustration



helseplan

Alternativ 4 – Strålbehandlingsenheten



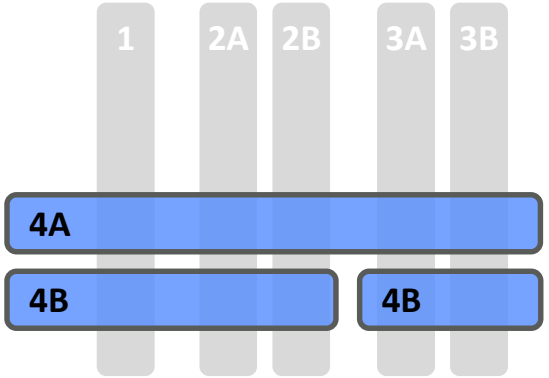
Alternativ 4 handlar om strålbehandlingsenheten. Strålbehandlingsenheten är idag en del av onkologkliniken medan sjukhusfysik är en självständig verksamhet. De samarbetar runt strålbehandling både på Solna och på Södersjukhuset. I utredningsarbetet har det framkommit synpunkter som talar för en samorganisering av dessa enheter i en ”strålklinik”.

Organisering av en eventuell strålklinik kan vara;

A – **En gemensam strålklinik för Stockholm** oavsett organisatorisk lösning i alternativen 1-3

B – **En strålklinik på Karolinska och en strålklinik på Södersjukhuset** (anpassat efter organisationsalternativ 3)

Organisationsalternativ 4 – illustration



helseplan

Sammanfattande analys

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Sammanfattande analys

Organisation och management

Onkologkliniken är en av Karolinska Universitetssjukhusets största kliniker och har uppgifter inom högspecialiserad patientbehandling, forskning, utveckling och utbildning. Kliniken har ca 600 tjänster fördelade på 12 olika sektioner/verksamhetsområden och har sin verksamhet spridd på flera siter. I de flesta av alla intervjuer och samtal har ”klinikens storlek och spridning” varit ett tema. De flesta anser att den stora omsättningen med sju verksamhetschefer efter sammanslagningen för 10 år siden beror på klinikens storlek och spridning.

Vi har också registrerat att medarbetarenkäter visar att anställda på Onkologkliniken är mindre nöjda med sin arbetsgivare/ arbetsförhållanden än på Karolinska Universitetssjukhuset generellt samt att det framkommer mycket stora skillnader mellan sektionerna internt på kliniken.

Många av intervjupersonerna menar att kliniken har kommit långt eller åtminstone ett stycke på väg i sitt integrationsarbete efter sammanslagningen för 10 år sedan. De menar att det finns en bra plattform för vidare utveckling och att arbetet med NKS kommer att bidra till en bättre sammanhållen organisation. Andra intervjupersoner menar helt motsatt att kliniken är för stor och bör delas upp.

En viktig förutsättning för den framtida organiseringen av onkolgin i Stockholm är de beslutade placeringarna av cancergrupperna på olika siter/sjukhus och förväntade patientvolymerna på de olika sjukhusen.

Helseplan menar att den utveckling kliniken har haft ur managementperspektiv under åren efter sammanslagningen är svag. Vi bedömer att man inte på relativt kort tid kan klara att utveckla organisationen då man inte har klarat det på 10 år.

Det har framkommit i flera intervjuer och i workshopen med patientföreningarna att patient-läkarkontinuiteten är låg eller ”nästan icke-existerande”. I intervjuer beskrivs orsakerna vara forskningstid och jour/ledighet efter jour. Helseplans bedömning är att detta i lika stor grad är ett managementproblem. Det måste vara möjligt att kombinera arbetet med dagens patienter parallellt med forskningsperioder/-dagar. Det bör vara ett rimligt krav att det finns en bra patient-läkarkontinuitet trots forskningsaktiviteter.

Utöver forskningstid förstärks problemet med läkarnas närvaro på dagtid vardagar och därigenom problemet med patient-läkarkontinuiteten genom klinikens joursystem. Idag finns tre jourlinjer på Karolinska och två på Södersjukhuset som utöver den aktiva jourtiden genererar ca 19 000 timmar (omräknad tid) per år vilket utgör 12-15 årsarbetande läkare (uttag i tid eller kronor).

Sammanfattande analys

Forskning

I Cancerplanen och i ramarna för onkologin i Stockholm anges att den kliniska forskningen ska finnas med i alla delar och ska ge alla patienter möjlighet till delaktighet i forskning. Onkologkliniken är väldigt aktiv inom forskning och är den största aktiva forskningskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset. Enligt intervjuer pågår idag nästan 60 studier, drygt 100 studier om de i uppföljningsfas inkluderas. Onkologkliniken står starkt nationellt och internationellt inom forskning om bröstcancer som idag står för cirka 30-40 procent av all forskning vid kliniken. Övriga områden sägs ligga efter.

Geografisk sker den största delen av Onkologklinikens forskning på Karolinska medan siterna på Södersjukhuset och Danderyd inte har lika stort fokus på forskning. Det finns flera exempel på stora forskningsprojekt oavsett var patienten befinner sig. I medarbetarenkäter ger chefer och anställda på Onkologkliniken högre betyg än på Karolinska Universitetssjukhuset generellt att det är en god forskningsmiljö och en god utbildningsmiljö. Det finns dock variationer i uppfattningen mellan sektionerna inom kliniken.

I intervjuer har det uttalats ”Det är svårt att säga ifall förändringen av struktur för 10 år sedan lett till någon förbättring rörande forskningsmöjligheter.” Andra intervjupersoner och KI har dock hävdat att forskningsperspektivet är det viktigaste argumentet för en samlad onkologi i Stockholm. Samverkan över siterna behövs då forskning i många fall kräver stora patientvolymer och onkologin oavsett organisationsform blir fördelat på flera siter.

Cancerplanens förutsättningar om att alla patienter ska ges möjlighet till delaktighet i klinisk forskning bör kunna tas tillvara i alla de aktuella organisationsalternativen. Det samma bör gälla för olika projekt inom registerforskning. Forskningsprojekt på mindre/speciella patientgrupper utförs idag på Karolinska och kräv redan idag samverkan över flera siter för att få ett tillräckligt patientunderlag.

Vid intervjuer har framkommit att ”sjukhusledningen på KS har en bild om att forskningen är mycket viktig men inte ska bedrivas på bekostnad av dagens patienter”. Helseplan vill uttrycka sin uppfattning att universitetssjukvården har ett sammansatt uppdrag; dels att arbeta med ”dagens patienter” som är klinisk arbete, ”morgondagens patienter” som är utvecklingsarbete och ”framtidens patienter” som är forskning. Genom bra management bör det vara möjligt att kombinera dessa uppgifter på ett bra sätt.

Sammanfattande analys

Radioterapi

I Stockholm finns 12 strålkanoner; 8 på Solna och 4 på Södersjukhuset. En vanlig behandling pågår varje vardag under fyra till sex veckor. Det finns engångsbehandlingar men även behandlingar upp till sju veckor och det finns kombinationsbehandlingar såsom cytostatika och strålbehandling. Patienten tillhör sin sektion under behandlingen och strålbehandlingsenheten har endast patientansvar under den faktiska stråltiden.

Kompetensförsörjning ses som ett viktigt och komplicerat område och det är svårt att rekrytera båda strålläkare och strålsjuksköterskor. Det är en sammanhållen läkargrupp med en viss rotation mellan siterna, medan sköterskorna mest arbetar inom sin site. Det finns dock ett mycket bra samarbete på ledningsnivå och ett generellt bra samarbete mellan siterna.

Strålbehandlingen och sjukhusfysik arbetar mycket tillsammans. De tillhör idag olika kliniker inom samma division. Det är viktigt att sjukhusfysik och strålbehandling är samkörda vad gäller prioriteringar, utvecklingsområden, resursdisponering och omdisponeringar. En sammanhållen struktur för strålbehandlingsverksamheten framhävs som viktig i flera intervjuer, även tydliga ansvar och roller för att underlätta flöde och för att öka patientsäkerheten. Här hävdas att det finns en förbättringspotential och att det finns en utvecklingspotential för samarbetet som helhet.

I intervjuerna har det framkommit uttalanden som ”Gör så att strålningsläkarna tillhör samma organisation som sjukhusfysikerna” och flera har framfört att en gemensam organisation mellan strålbehandlingsenheten och delar av sjukhusfysik skulle ge bättre möjligheter för en bra framtida utveckling.

I våra intervjuer och samtal har vi diskuterat strålbehandlingens framtida organisation i relation till framtidsutvecklingen generellt och i relation till utredningens olika organisationsalternativ. Det verkar finnas en bred enighet om en sammanhållen strålbehandlingsenhet oavsett organisationsalternativ och en bred enighet om att behovet av kapacitetsökning bör ske på de siter som redan nu har strålbehandling.

Sammanfattande analys

Övriga tema

Genom vårt arbetssätt i utredningen med en bred tillnärmning till hela vårdkedjan har vi registrerat en rad förhållanden som är viktiga för onkologin i Stockholm

- **Ekonomi**

Ur Cancerplanen: ”I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård.”

Helseplan uppfattar inte att dagens ersättningssystem ger rätt incitament till en effektiv vård. HFS beställer ”DRG-poäng” baserat på en viss planerad aktivitetsnivå på sjukhusnivå. Klinikerna styrs av sjukhusinterna ekonomiska ramar samtidigt som de ska täcka befolkningens behov av akut sjukvård och ta emot inremitterade elektiva patienter inom en viss tid. Planerad aktivitet i budget och den faktiska tillströmningen av patienter stämmer sällan överens. I praktiken är budgetdata underlag för planeringen och dimensioneringen på kliniken. När faktiska vårdvolymer avviker från budgeterade har det i praktiken visats sig svårt att snabbt ställa om verksamheten och ersättning under innevarande år.

Vi har fått information om att samma behandling ger högre ersättning/DRG-vikt i slutenvård än i öppenvård och att delegering från läkarbesök till bl.a. sjuksköterskebesök ger lägre ersättning. Detta även om det skulle vara bra båda för kliniken och patienten.

Exempelvis har vi i intervjuer fått information om att ca 750 patienter blev behandlade i slutenvård sommaren 2014 eftersom det fanns alltför låg kapacitet i öppenvården. Man kan naturligtvis diskutera huruvida orsakerna ligger i ersättningssystemet eller bristande management, men oavsett orsak är detta inte önskvärt.

Sammanfattande analys

- **Benchmarking**

I flera intervjuer har det framförts synpunkter om att onkologkliniken har för lite resurser och att det inte skett någon gradvis upprustning av kliniken parallellt med ökat patientunderlag; ökad befolkning, ökad incidens och ökad prevalens. Det har hävdats att detta har bidragit till att försvaga klinikens utveckling. Kliniken har hela Stockholm som täckningsområde och en årlig driftsbudget på ca 1,2 miljarder kronor.

I utredningen har vi inte genomfört någon djupgående utredning av klinikens ekonomi, kostnadseffektivitet eller produktivitet. Vi har dock använt vissa jämförelsesdata från sju andra landsting som är tillgängliga genom Nysam Onkologi 2013. Denna jämförelse indikerar att onkologkliniken i Stockholm relativt sett har något lägre resurser i relation till antal invånare än onkologkliniker i flera andra landsting. Denna jämförelse ger ingen entydig bild pga av olika sjukhustyper, olikt dataunderlag, mm, men indikerar klart att kliniker i andra landsting har bättre ekonomiska ramar än onkolgin i Stockholm.

- **Jämlik vård**

En jämlik vård behöver att forskningen visar väg och forskningens nya kunskap behöver implementeras på alla kliniker. Kliniker behöver närhet till forskningen oavsett site. Patienter upplever att det erbjuds olika tjänster beroende på var man bor, det vill säga inte jämlik vård. Dock behöver detta inte betyda sämre vård men att vården uppfattas som olika.

Inom personalen upplevs att sjukhusen fortfarande arbetar på olika sätt trots att man jobbat ”tillsammans” under så många år.

I intervjuerna framkommer det inte tydligt om en eller två (eller fler) kliniker är det som sätter möjligheten till jämlik vård. Istället framförs följande relativt organisationsoberoende synpunkter;

- Tillgång till forskning och dess resultat
- Gemensamma riktlinjer baserade på best practice
- Att riktlinjer följs
- Aktiviteter för att skapa jämlik vård mellan cancergrupper
- Aktiviteter inkl granskning och kvalitetssäkring i förbindelse med olika behandlingsförlopp (biologiska pauser) under året

Sammanfattande analys

- **Kontaktsjuksköterskor**

Kontaktsjuksköterskor har funnits i SLL sedan 2006, och sedan 2009 ska alla patienter enligt Nationella cancerstrategin, erbjudas en sådan.

Kontaktsjuksköterskans roll är fortsatt under utveckling och det förekommer idag olika arbetssätt mellan onkologens siter. En rad kommentarer har framkommit under intervjuerna :

- kontaktsjuksköterskor har inte tillräcklig medicinsk kunskap för att vara mer än koordinator
- det saknas strukturerad uppföljning av vad kontaktsjuksköterskor gör eller bidrar med
- vårdens organisation (stuprör och flera kliniker) gör att kontaktsjuksköterskors roll inte blir optimal
- kontaktsjuksköterskor är knutna till en klinik vilket gör att patienten kan ha flera kontaktsjuksköterskor
- kontaktsjuksköterskor upplevs brista i överlämnandet mellan kliniker
- vissa patienter vet inte vem som är deras kontaktsjuksköterska
- kontaktsjuksköterskor kommer in alltför sent i processen idag

- **ASIH/Specialiserad slutenvård (SPSV)**

Idag består ASIH av många aktörer (cirka 30) och det upplevs att det är svårt att få till en bra samverkan med dem. Detta anses vara ett viktigt utvecklingsområde. För de palliativa patienterna finns ett extra behov av en övergripande vårdkoordinator. Detta är utsatta grupper som ofta förlitar sig på anhöriga. Cirka 80 % av ASIHs patienter är cancerpatienter. ASIH arbetar med patienter båda i en kurativ och en palliativ fas. Det upplevs finnas en otydlig avgränsning mot andra verksamheter, såsom hemsjukvården. I intervju har det framkommit att Onkologkliniken upplever svårigheter att få plats för patienter inom ASIH eller palliativ vård.

I intervjuer har man sagt att det är svårt att ge svar på om det är en reell brist på ASIH-vårdavdelningar eller om det är brist på vårdavdelningar just i närhet till där patienten bor. Man väljer då hellre att komma till akuten än till vård långt bort. Det framkommer ingen tydlig bild av hur ASIH-verksamheten borde vara organiserad. Det finns en uppfattning om att det skulle vara lättare att hitta vårdplats för patienter som får ASIH hos vårdgivare som själv har slutenvårdsplatser samt att ASIH-patienter hos vårdgivare utan egna vårdplatser oftare söker till akutmottagningen på de stora sjukhusen.

Specialitetsråd Tumörsjukdomars uppmannar om en utredning av ASIH och behov av tillhörande vårdplatser.

Slutsatser och rekommendation

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och Cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Slutsatser och rekommendation

Organisation

Helseplan rekommenderar att onkologkliniken efter 10 års drift som en klinik delas i enlighet med alternativ 3B med en Onkologisk klinik på Karolinska Universitetsjukhuset inklusive en enhet på Danderyd och en Onkologisk klinik på Södersjukhuset. Vidare rekommenderar Helseplan att St. Görans sjukhus gradvis bygger upp en ny onkologisk klinik vartefter patientvolymerna där ökar.

Helseplan förutsätter också att varje sjukhus får uppdrag, beställningar och ekonomiska driftsramar i som svarar mot aktuella uppdrag och patientvolymer.

Detta organisationsförslag, som innebär att onkologin skulle vara spridd på flera huvudmän, kräver en viss samordnande funktion för vissa gemensamma frågor (RCC/HSF/Specialitetsråd/Chefsråd).

Forskning

Man har haft en sammanhållen klinik under 10 år utan att detta upplevs ha medfört större spridning av forskningen. Cancerplanens förutsättningar att alla patienter ska ges möjlighet till delaktighet i klinisk forskning bör kunna tas tillvara i alla de aktuella organisationsalternativen. Detsamma bör gälla för olika projekt inom registerforskning. Forskningsprojekt på dels mindre dels speciella patientgrupper utförs idag på Karolinska och kräver redan idag samverkan över flera siter för att få ett tillräckligt patientunderlag. Detta bör kunna fortgå i framtiden oavsett organisationsform.

En viktig premiss för forskning oavsett organisationsalternativ är att alla siter har en väl tillrättalagd infrastruktur för att kunna infria Cancerplanens målbild om att alla patienter ska ges möjlighet att medverka. Infrastrukturen kan bl.a. omfatta ansluttning till Karolinska Institutet, forskningssjuksköterskor, tillgång till biobank, administrativt stöd, IT-stöd och fysiska lokaler.

Slutsatser och rekommendation

Radioterapi

I våra intervjuer och samtal har vi diskuterat strålbehandlingens framtida organisation i relation till framtidsutvecklingen generellt och i relation till utredningens olika organisationsalternativ. Det verkar finnas en bred enighet om en sammanhållen strålbehandlingsenhet oavsett organisationsalternativ och en bred enighet om att behovet av kapacitetsökning bör ske på de siter som redan nu har strålbehandling.

Helseplan stödjer detta och rekommenderar att det etableras en gemensam strålklinik för Stockholm (Alternativ 4A) organiserad under Karolinska Universitetssjukhuset och som omfattar strålbehandlingsenheterna på båda siter, strålläkare och delar av sjukhusfysik. Det förutsätts att samarbete med övriga kliniker runt utbildning, forskning, etc. upprätthålls och vidareutvecklas efter behov.

Övriga teman

- **Ekonomi**

Ur Cancerplanen: ”I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård.” Helseplan uppfattar inte att dagens ersättningssystem ger bra incitament till en effektiv vård. Helseplan rekommenderar en utveckling av ersättningssystem som bättre ger ”rätt incitament till en effektiv vård.”

- **Benchmarking**

Den jämförelse vi har utförd som led i utredningen indikerar att onkologkliniken i Stockholm relativt sett har lägre resurser i relation till befolkningsunderlaget än onkologkliniker i flera andra landsting. Denna jämförelse ger ingen entydig bild pga av olika sjukhustyper, olikt dataunderlag, mm, men indikerar att kliniker i andra landsting har bättre ekomomiska ramar än onkolgin i Stockholm. Helseplan rekommenderar en mer omfattande genomgång av onkologins aktiviteter och tillhörande resurser.

Slutsatser och rekommendation

- **Jämlik vård**

Enligt Helseplans uppfattning är det inte organisation i en, två eller fler kliniker som sätter möjligheten till jämlik vård. Istället styrs detta av flera relativt organisationsoberoende synpunkter;

  - Tillgång till forskning och dess resultat
  - Gemensamma riktlinjer baserade på best practice och att riktlinjer följs
  - Praktiska åtgärder för att skapa jämlik vård mellan patienter och cancergrupper

- **Kontaktsjuksköterskor**

Helseplans uppfattning är att en väl fungerande kontaktsjuksköterska utgör ett värdefull stöd och trygghet för den enskilda patienten, men att det fortsatt finns ett behov av en utveckling av funktionen.

- **ASIH/Specialiserad slutenvård (SPSV)**

Helseplan stöder Specialitetsråd Tumörsjukdomars uppmaning om en utredning av ASIH och behov av tillhörande vårdplatser och då gärna i en utvidgad omfattning till alla cancerpatienter inom ASIH, inte bara patienter i en palliativ fas.

Översikt intervjuade personer

Introduktion, upplägg och metod

Beskrivning av idag, befolkningsperspektivet

Onkologkliniken idag

Väntetider - Kvalitetsregisterdata

Framtidens onkologklinik – cancerincidens, befolkningsutveckling och cancerplanen

Framtida organisationsalternativ

Sammanfattande analys

Slutsatser och rekommendation

Översikt intervjuade personer

Bilaga - Analys kvalitetsregisterdata

Översikt intervjuade personer

Anders Byström	*VC Röntgen St Göran*
Anders Ekbom	*Divisionsprefekt, professor och överläkare*
Anders Wennerberg	*VC Röntgen KS*
Annelie Liljegren	*ÖL, tf VC Onk klinik*
Annette Fransson Andreo-Hernandez	*Sjukhusfysik/Strål Karolinska Verksamhetschef / Cheffysiker strålsäkerhet*
Annika Tibell	*NKS/Programkontoret*
Ann-Kristin Säverin	*Chefssjuksköterska strålbehandlingen*
Ann Westergaard	*Chefssjuksköterska SöS*
Berit Lennfjord	*HSF, avtal-ersättning-uppföljning, Sjukhusavtal*
Björn Samnegård	*VC Njurmedicin Danderyd*
Bodil Westman	*Kontaktsjuksköterskor, RCC*
Camilla Gocial	*Chefssjuksköterska strålbehandlingen*
Camilla Hultberg	*Tf områdeschef omvårdnad*
Catharina Johansson	*Enhetschef Geriatrikenheten samt avtalshandläggare ASIH och Palliativ vård*
Charlotta Sävblom	*Projektledare RCC, Diagn centrum, MD och PhD*
Charlotte Forsberg	*Chefssjuksköterska Solna*
Christian Kylander	*VC kirurgkliniken St Göran*
Dan Grander	*Perfekt institutionen för onkologi och patologi KI*
Dan Lindblom	*Chefsläkare., Danderyd*
Elham Hedayati	*Sektionschef, Bröstcancer Sarkom Gyn cancer*
Elisabet Ryd-Ausen	*Chefssjuksköterska Solna*
Erik Syk	*Överläkare, Sektionschef kolorekta Ersta Sjukhus*
Eva. G. Gustafsson	*Områdeschef strålbehandling*
Fredrik Sjöö	*Medicinkliniken St Göran*
Fredrik Sandlund	*Ordf ASIH-rådet, SLSO*
Gabriella Frisk	*Sektionschef cancerrehab*
Gerd Lärfars	*VC Medicinkliniken SÖS*
Giovanna Gagliardi	*Sektionschef - sektionen Strålbeh.fysik och Teknik*
Hans Lindgren	*VC, VO Bild- och funktion, Klinfys/Sjukhusfysik*
Harald Blegen	*Karolinska - Divisionschef*
Helena Adlitzer	*Processledare för den palliativa vården, RCC*
Henry Lindholm	*Röntgen KS, fd VC*

Jan-Erik Frödin	*Spesak onkologi, Ordf Spec-råd Tumörsjukdomar*
Jeffrey Yachnin	*Sektionschef Klinisk provningsenhet*
Jonas Bergh	*Professor, FoUU/Överläkare, KI / KS*
Karin Leifland	*VC för området Bild, SÖS*
Katarina Hammarlund	*Chefssjuksköterska Solna*
Lena Sharp	*Fd chefssk vård Onk klin/RCC-Enhetschef/ verk-samhetsutvecklare för patient-/vårdprocesser*
Lena Sundberg	*Avtal-ersättning-uppföljning, Sjukhusavtal, HSF*
Lena Waller	*Avtalshandleggare ASIH / SPSV*
Lennart Boström	*Verksamhetschef Kirurgkliniken SÖS*
Maria Gustafsson	*Sektionschef GI Uro*
Maria Helde-Frankling	*ST-chef Onkologkliniken*
Mariann Liristo	*Överläkare, Sektionen för bröst/gyn/sarkom*
Mats Linderholm	*VC, Stockholms sjukhem*
Mattias Hedman	*Strålbehandling, medicinskt ansvarig*
May Len Ström	*Chefssk Onk klin Danderyd*
Mikael Björnstedt	*VC Klinisk patologi/cytologi, Karolinska*
Nina Markholm Nordgren	*Chefssjuksköterska Solna*
PA Dahlberg	*Chefsläkare, St. Göran*
Pehr Lind	*VC, Onk klin Sörmland, Ordf Onkologichefsrådet*
Pia Damsgaard-Jensen	*Chefssjuksköterska strålbehandlingen*
Rolf Hultcrantz	*Professor, KI/KS*
Sabina Westman	*Chefssjuksköterska Solna*
Signe Friesland	*Sektionschef HHH, mfl*
Sofia Palmquist	*vVD St Göran, Progr kontoret St Göran*
Stanley Holsteiner	*NKS/Programkontoret*
Stefan Carlens	*VC Kirurgkliniken, Ersta Sjukhus*
Thomas Arnroth	*Chefsläkare SÖS*
Thomas Walz	*VC Onkologkliniken (har slutat nu)*
Tina Bondesson	*Processledare Bröst samt chefsssk KS*
Tommy Fornander	*Överläkare och Docent. SÖS – Onk klin KI/SÖS.*
Ulf Norming	*VO-chef specialistvård / VC Urologkliniken SÖS*
Ulrika Ehrström	*Chefssjuksköterska strålbehandlingen*
Valentin Badega	*Divisionsstab KS*

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektören

REMISS
2015-06-05

Diarienummer
LS 2015-0708

Handläggare Peter Rönnerfalk

Sjukhusdirektör Melvin Samsom Karolinska Universitetssjukhuset, VD Stefan Jacobsson Danderyds sjukhus, VD Tomas Movin Södersjukhuset, VD Britta Wallgren Capio St Görans sjukhus Rektor Anders Hamsten Karolinska Institutet

Remiss av Landstingsstyrelsens ärende "Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting"

Cancervården i Stockholms läns landsting (SLL) ska följa riktlinjerna i Nationell Cancerstrategi och Regional Cancerplan. Riktlinjerna beskriver målsättningar för patientens väg i vården och för forskning och utveckling inom cancerområdet. I syfte att utvärdera huruvida nuvarande organisation av den onkologiska vården i SLL gagnar dessa syften eller om nya organisationsformer bättre skulle kunna hjälpa vårdgivarna uppnå målen inleddes på initiativ av Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland (RCC)) under hösten 2014 en utredning. Ansvarig för utredningen var Helseplan.

Utredningen presenterades för uppdragsgivaren i januari 2015 och är underlag i det tjänsteutlåtande kring förändrad organisation av den icke kirurgiska onkologiska vården i SLL som föredrogs i Hälso- och Sjukvårdsnämnden (HSN) den 28 april 2015. Nämnden beslöt förorda ny organisation enligt utredningens förslag med en klinik på Karolinska Universitetssjukhuset inkluderande Danderyds Sjukhus, en klinik på Södersjukhuset i detta sjukhus regi och en ny klinik på Capio St Görans sjukhus. Hälso- och sjukvårdsdirektören fick uppdrag att förbereda vårdavtal avseende verksamhet på St Göran från 1.1.2016. Nämnden beslöt också att övrig del av ärendet överlämnas till Landstingsstyrelsen för vidare beredning och slutgiltigt beslut.

Nämnder och bolag involverade i nuvarande verksamhet och aktuella för uppdrag i föreslagen ny organisation ombeds nu inkomma med synpunkter på den föreslagna förändringen och hur den påverkar verksamheten. Effekter på möjligheterna att nå målen i Cancerstrategi och Cancerplan bör särskilt beaktas liksom möjligheterna att ur patientens synpunkt förbättra vägen genom vården och förväntade resultat. Vilka effekter olika former av organisation av vården får på bemanning, kompetensförsörjning, ekonomi, forskning-utveckling bör också särskilt beskrivas.

Stockholms läns landsting
Box 22550
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
Fax: 08-737 49 95
E-post: registrator.lsf@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Inkomna yttranden samt kompletterande utredning ligger till grund för det beslutsunderlag som kommer framläggas för landstingsstyrelsen under första kvartalet 2016. Landstingsstyrelsens Förvaltning, Ägarfunktionen, ansvarar för sammanställning och framtagande av underlag.

Utredning från Helseplan och protokollsutdrag från HSN bifogas.
Se även budget 2016 avsnitt 7.2.

Yttranden samt protokollsutdrag från hantering av remissen i nämnd/styrelser ska vara inkomna till landstingsstyrelsens förvaltning, registratorsexpeditionen registrator.lsf@sll.se, **senast 28 september.**

Med vänliga hälsningar

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Peter Rönnerfalk
Medicinsk rådgivare

LS 2015-0708

Karolinska Institutet

Beslut
2015-09-22

Dnr: 1-498/2015
Sid: 1 / 1

Rektor

Stockholms läns landsting

Förslag om förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting

Ärendet

Karolinska Institutet har beretts tillfälle att lämna synpunkter på förslaget till förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting.
Bifogat yttrande har utarbetats av prof. Dan Grandér, Inst. för onkologi och patologi och prof. Rolf Hultcrantz, Inst. för medicin, Huddinge. Ärendet har beretts med Arbetsgruppen övergripande universitetsmiljö för cancerforskning bestående av professorerna Ingemar Ernberg, Maria Masucci, Anders Ekbom, Anna Martling, Arne Östman, Eva Hellström Lindberg, Henrik Grönberg, Jonas Bergh, Rune Toftgård och Yvonne Wengström samt Dr Annelie Liljegren, verksamhetschef.

Beslut

Beslut i detta ärende har fattats av prorektor Kerstin Tham i närvaro av universitetsdirektör Per Bengtsson, efter föredragning av Erik Forsse. Närvarande därutöver var bitr. universitetsdirektör Marie Tell, och Medicinska föreningens vice ordförande Andrea Montano Montes.

Kerstin Tham

Erik Forsse

Bilaga yttrande

Postadress
Karolinska Institutet
SE-171 77 STOCKHOLM

Org. Nummer 202100 2973

Handläggare
Erik Forsse

Telefon
08-524 800 00, vx

E-post
erik.forsse@ki.se
Webb
ki.se

Bilaga till rektorsbeslut 2015-09-22 (Karolinska Institutet dnr 1-498/2015)

Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting

Karolinska Institutet ställer sig avvisande till den föreslagna organisationsförändringen. Skälen sammanfattas nedan och utvecklas i den därpå följande texten.

Sammanfattning

Framgångsrik medicinsk forskning utgör grunden för en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Detta positiva samband förutsätter dock en systematisk implementering av forskningsresultat, vilket i sin tur bygger på en nära samverkan mellan forskning och hälso- och sjukvård. Den onkologiska vården i Stockholmsregionen är inom vissa områden världsledande och utgör belysande exempel på detta fruktbara samarbete. Forskningens förutsättningar är således i hög grad bestämmande för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det finns emellertid en potential för forskningsframgångar och förbättrad hälso- och sjukvård på det onkologiska området som ännu inte tagits tillvara.

Internationella erfarenheter visar att framgångsrika onkologiska forskningscentra har patientunderlag på ca 2-4 miljoner innevånare, och ca 2 miljoner har identifierats som ett minimum. Stockholmsregionen kan med sin befolkning nå upp till denna miniminivå under förutsättning att vård och forskning sker i nära samverkan i koncentrerade miljöer. Att minska splittringen av cancervården i Sverige har identifierats som ett viktigt mål i den Nationella Cancerstrategin (SOU, 2009). Den föreslagna organisationsförändringen verkar i rakt motsatt riktning. KI noterar med förvåning att organisationsförslaget saknar en redovisning både av internationella erfarenheter och av den nationella ambitionen på området.

Såväl den onkologiska forskningen som hälso- och sjukvården på området har sin naturliga utgångspunkt på universitetssjukhuset. En uppdelning av verksamheterna på föreslagna tre kliniker skulle antingen innebära en kraftig uttunning av forskningskompetens och övriga resurser eller lämna två kliniker utan FoU-kompetens. Ett kraftfullt ekonomiskt resurstillskott skulle på sikt kunna dämpa och kanske eliminera de negativa konsekvenserna av förändringen. Organisationsförslaget saknar dock ekonomiska perspektiv och innehåller följaktligen inga bedömningar av förslagets ekonomiska konsekvenser i nämnda avseenden.

Organisationsförslaget avviker från den gängse SLL-modellen för styrning av vårdens produktion och för samverkan med KI, och utgör en apart organisationsform av sjukvårdsstyrning och samordning via HSF, en sammanblandning av beställar- och utförarroller. Förslaget att låta en landstingsadministrativ enhet leda och samordna klinisk forskning visar på en uppenbar brist på insikt om under vilka förutsättningar som framgångsrik vetenskaplig verksamhet måste få verka.

Den internationella konkurrenskraften för kunskapsbildningen inom klinisk- och translationell forskning förutsätter samordning mellan samtliga enheter inom sjukvården för att tillräckligt med data ska kunna samlas in, ett stort patientunderlag för kliniska studier och nära samverkan med biologisk spetsforskning. En avvikande organisation för styrningen av onkologisk vård och annan cancersjukvård skulle på ett avgörande sätt störa kunskapsbildningen i cancervården och även försvåra för kliniska prövningar.

Trender vid internationellt framgångsrika miljöer för cancerforskning

Cancervården har utvecklats mycket kraftfullt det senaste decenniet tack vare en intensiv forskningsinsats. Utvecklingen fortsätter, men det kommer att krävas stora satsningar på universitetssjukvården i Stockholm för att den ska kunna fortsätta att vara ett ledande centrum inom de framgångsrika områdena och ytterligare satsningar för att förbättra de svagare delarna.

På många internationella centra har en nära växelverkan mellan translationell- och klinisk cancerforskning och cancervård lett till tydligt förbättrade behandlingsresultat, vilket också identifierats som en viktig framgångsfaktor i den Nationella cancerstrategin. En sådan miljö finns inom Karolinska universitetssjukhuset, och stärks i och med den stora satsning som görs med ett nytt sjukhus och de stora övriga infrastruktursatsningarna. I Stockholm finns således goda förutsättningar för fortsatt utveckling mot ett än mer kraftfullt ledande centrum inom internationell cancerforskning.

Cancervården står inför stora möjligheter till ytterligare förbättringar genom snabb utveckling av avancerad molekylär- och bilddiagnostik, kopplat till introduktion av nya målinriktade läkemedel och andra behandlingsformer samt utveckling av E-hälsa. Det är också tydligt att varje cancerdiagnos i verkligheten är många små undergrupper som behöver individualiserad behandling. De förbättrade behandlingarna leder också till att cancer, när den inte är botbar, blir en i ökande grad kronisk sjukdom, där vårdkedjan inte är avslutad inom loppet av en definierad tidsperiod. Denna snabba pågående utveckling ställer ökade krav på organisationen av både cancerforskningen och cancervården. För att möta dessa krav, och ge patienterna tillgång till nödvändig kompetens och effektivt resursutnyttjande, har den internationella utvecklingen inom cancerområdet entydigt gått mot att skapa större enheter med strukturell och samlad samverkan mellan akademi och vård, ett multidisciplinärt arbetssätt, och kritisk massa både avseende kompetens, resurser och patienter. Dessa enheter, ofta benämnda "Comprehensive Cancer Centers (CCC)", har en klinisk cancerverksamhet fullt integrerad med bland annat laboratoriebaserad- och avancerad klinisk forskning. De är också involverade i grund och vidareutbildning samt information riktad mot allmänheten. Framgångsrika CCC har ett befolkningsunderlag på 2-4 miljoner innevånare och två miljoner anses vara ett minimum. Ovanstående framgångsfaktorer identifierades också i den nationella cancerstrategin, som också pekade ut splittrad cancervård som en hämmande faktor för utvecklingen i Sverige. Det är därför förvånande att dessa mycket tydliga internationella trender för cancervårdens organisation samt slutsatser från den nationella cancerstrategin inte nämns i den utredning från Helseplan som ligger till grund för det liggande förslaget kring organisation av cancervården i Stockholm.

Cancerforskning och universitetssjukvård i Stockholm

Med pågående stora satsningar på gemensam infrastruktur mellan KI och SLL, såsom effektiv bio-bankning, kvalitetsregister och biologisk spetsteknologi (t.ex. SciLife Lab), samt satsningar på ledningsorganisation och utveckling av tematisk vård och forskning inom Nya Karolinska universitetssjukhuset, har Stockholmsregionens cancervård och kliniska- och translationella forskning potential att utvecklas på ett unikt sätt. Ett positivt exempel på denna samverkan är det s.k. 4D-projektet, där KI och SLL skapat gemensam infrastruktur för effektiv nätverkssjukvård och klinisk forskning- och kunskapsbildning inom bröstcancer, med onkologklinikens bröstcancerverksamhet som en viktig nod. För att ytterligare stärka denna utveckling planerar Karolinska Institutet också för en sammanhållen cancerforskningsorganisation. Denna planering har skett i nära samråd med Karolinska

universitetssjukhuset för att ge optimala förutsättningar för integration mellan forskning och vård. En förutsättning för att alla dessa satsningar ska ge optimal avkastning är dock en välfungerande och forskningsintegrerad onkologisk vård i regionen.

I Stockholmsregionen har den positiva utvecklingen inom cancerområdet varit betydande, med behandlingsresultat i yppersta världsklass vid många cancersjukdomar och en gradvis ökning i parametrar som speglar forskningskvalitet och produktion. En framgångsfaktor för den nuvarande forskningen och vården är en tydlig samordning av resurser för onkologisk vård, forskning (preklinisk, translationell och vårdforskning), utveckling och utbildning inom en sammanhållen organisatorisk struktur. Denna struktur har också underlättat för multidisciplinärt samarbete med klinisk cancerforskning inom andra specialiteter som t.ex. kirurgi och gynekologi.

Detta har också gett ett större patientunderlag för att göra Stockholm till en internationellt attraktiv aktör för kliniska prövningar i samverkan med läkemedelsindustri, och har också skapat en kritisk massa av kompetens och resurser.

Onkologkliniken har idag den största FoUU-aktiviteten av alla Karolinska universitetssjukhusets kliniker, enligt den senaste sammanställningen från FoU-ledningen. Den är således en viktig och kraftfull "motor" i att driva samverkan mellan akademi och cancersjukvård samt för att implementera forskningsresultat till förbättrade behandlingar. Två av de starkaste FoUU-områdena på onkologkliniken är inom bröst- och prostatacancer.

Genom sammanslagningen och bildandet av en gemensam onkologverksamhet för drygt tio år sedan i Stockholmsregionen samlades de tre dåvarande onkologiska enheterna (SÖS, DS och Karolinska) inom samma klinik. De fick också genom detta samma institutionstillhörighet på Karolinska Institutet, institutionen för onkologi-patologi, med tillhörande translationella cancerforskningsfacilitet i Cancercentrum Karolinska. Detta har tydligt gynnat skapandet av en produktiv och attraktiv klinisk-translationell forskningsmiljö som byggts upp av team, där de olika teammedlemmarna har spetskompetens inom olika områden. Detta är också en organisation som kan möta, och i vården implementera, den alltmer komplexa kliniska-, och translationella cancerforskningen, där den markerat ökade kunskapen om tumörernas biologi fungerar som bas för riskstratifiering och val av behandling; tillgången till speciella skräddarsydda mediciner, s.k. targeted drugs, som går mot identifierade molekylära mål, som är en huvudinriktning för de nuvarande forskningsaktiviteterna.

Även vårdforskning och omvårdnadsforskning har under senare år utvecklats, men i långsammare takt, bland annat med den första kliniskt förankrade omvårdnadsprofessuren, vars innehavare nyligen rekryterats till onkologkliniken på Karolinska universitetssjukhuset. För att lyckas med integreringen av klinik, forskning och vård krävs att vårdforskningen utgör en vital del av detta. För den fortsatta utvecklingen av infrastruktur för vårdforskning i cancervård krävs liksom i övrig cancerforskning en kritisk massa, mandat och tydligt ledarskap för att detta ska realiseras. Tidigare internationella exempel visar även inom detta område att utvecklingen gynnas av en sammanhållen organisation.

Konsekvenser för FOUU av en splittring av kliniken.

En splittring av den onkologiska vården i tre separata enheter, i enlighet med HSNs förslag, varav en enhet i dagsläget helt saknar infrastruktur och resurser för FoUU-verksamhet, skulle förutom att gå emot en samstämmig internationell trend, tydligt försvåra organisationen av FoUU-aktiviteter inom cancerområdet på flera sätt.

Kompetens – Det är redan idag utmanande att finna den typ av avancerad spetskompetens som behövs för att bedriva teambaserad FoUU-aktivtet av hög internationell klass i cancervården. Att kunna bemanna tre separata enheter med ledande forskande kliniker, i team med personer med andra nödvändiga kompetenser ter sig inte realistiskt. På den klinik som planeras på St Göran finns i dagsläget ytterst begränsad infrastruktur för forskning och utbildning, och det skulle således behövas betydande finansiella satsningar för att skapa likvärdiga förutsättningar för FoUU-aktiviteter där.

Kliniska prövningar – För att vara en attraktiv partner för läkemedelsindustrin i kliniska studier krävs ett stort patientunderlag och tillgång till avancerad molekylär diagnostik. Inte minst då många moderna studier enbart riktar sig till subgrupper av patienter vars tumörer har specifika biologiska karakteristika. Vid en splittring av kliniken i enheter med lägre patientunderlag, och ojämlik tillgång till avancerad diagnostik, finns det således en betydande risk att läkemedelsföretag istället vänder sig till andra större centra. Vidare finns i dagsläget en välfungerande klinisk prövningsenhet på kliniken, och sådan kompetens skulle behöva byggas upp på de två nya separata klinikerna.

Utbildning – I dagsläget finns endast en enhet med resurser och pedagogisk kompetens för att bedriva grundutbildning inom onkologi. För att sådan utbildning ska kunna bedrivas på tre separata kliniker behöver liknande kompetens byggas upp på de andra enheterna. Det är också oklart vilket uppdrag en klinik på St Göran skulle ha inom grund-, doktorand-, ST- och annan vidareutbildning. Karolinska Institutet och ALF stödjer i dagsläget inte St Göran med några medel.

Ekonomisk analys av förslaget

En omorganisering enligt det liggande förslaget skulle vara en mycket omfattande förändring för en stor grupp av landstingets patienter. Det är därför mycket förvånande att varken utredningen från Helseplan eller tjänstemannautlåtandet som ligger till grund för förslaget, innefattar en ekonomisk analys för FOU.

Som nämnts är det viktigt att understryka att en produktiv och attraktiv klinisk- translationell cancerforskningsmiljö byggs upp av team av individer med hög kompetens inom respektive område. Att på enstaka år bygga upp motsvarande kompetenser och strategier på två ytterligare enheter i Stockholm, kommer att vara mycket svårt. Dessutom kommer det att krävas mycket stora investeringskostnader om man vill eftersträva likvärdiga och samspelande cancerforskningsmiljöer på tre enheter i Stockholm, utan att man redogjort för några fördelar och hanterat svårigheterna som beskrivs i detta dokument.

Vid en delning, har man också forsknings- och utbildningsmässigt tre administrativa enheter som man ska samverka och interagera med, för att åstadkomma den totala samverkan för Stockholmsregionen. Det sistnämnda kommer att vara komplicerat, svårmanövrerat och, som ovan påtalats, kommer att kräva stora ekonomiska investeringar.

Landstingsstyrelsens förvaltning
Att: Toivo Heinsoo

Remissvar angående Landstingsstyrelsens ärende "Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting" (Dnr LS 2015-0708)

Karolinska Universitetssjukhuset har fått ovan ärende på remiss för att lämna synpunkter på hur den föreslagna förändringen med en delning av onkologin i Stockholm påverkar verksamheten. Karolinska Universitetssjukhuset skall belysa hur effekterna blir på möjligheter att nå målen i Nationell Cancerstrategi och regional Cancerplan och hur förslaget kan komma att påverka, ur patientsynpunkt, vägen genom vården och förväntade resultat. Vidare belysa effekter på bemanning, kompetensförsörjning, ekonomi, forskning och utveckling.

Sammanfattningsvis ställer sig Karolinska Universitetssjukhuset inte bakom lagda förslag på grund av effekten på:

Patienter avseende kontinuitet, tillgänglighetoch kompetens

- Patienter värderar kontinuitet, hög tillgänglighet och hög kompetens hos vårdgivaren. Cancervårdkedjorna innefattar många specialister inom olika kliniker där det idag finns risk att patienten kan hamna "mellan stolarna". I dag är onkologin samlad under en huvudman vilket håller ihop den onkologiska delen i vårdkedjan. Då medicinsk och radioterapeutisk onkologi blir allt mer avancerad skulle en uppdelning av onkologiska kliniken innebära att ytterligare led och mellanhänder introduceras i den redan komplexa vårdkedjan vilket skulle äventyra kvaliteten i den patientnära vården. Av samma skäl ställer sig tre stora patientföreningar starkt kritiska till förslaget (SvD 12 juni 2015).

Patienters tillgång till avancerad sjukvård, forskning och utveckling

- Patienter är i dag pålästa och väl medvetna om den snabba utvecklingen som sker inom cancerbehandling. Patienter vill delta i forskning och i kliniska studier för att få möjlighet att prova nya läkemedel. Läkemedelsföretagen är i första hand intresserade av att driva kliniska prövningar med större kliniska forskningscentra varför en delning av onkologiska kliniken bedöms leda till att patienterna vid den minst forskningstäta enheten får sämre tillgång till kliniska prövningar. Då endast Karolinska är en komplett onkologisk universitetsklinik med tillgång till avancerad diagnostik, klinisk betydelsefull laboratorieforskning samt grund- och vidareutbildning blir risken för ojämlik vård hög.

Patienter vill vårdas på enheter med välbemannad specialistkompetent personal

- Antalet personer som insjuknar och lever med cancer ökar vilket medför behov av nyrekrytering och vidareutbildning av specialistutbildade läkare och sjuksköterskor. Då utvecklingen och den avancerade cancersjukvården ökar i samma takt är kravet på en samlad kompetensutveckling på universitetssjukhuset hög. Man behöver därför samla specialistkompetens och värna om onkologisk kompetensutveckling inom universitetssjukhuset. Läkare med spetskompetens och internationellt kontaktnät är också en bristvara. En delning av onkologiska kliniken innebär därför en risk för minskad kompetensutvecklingen i en universitetsmiljö och svårighet att bemanna upp tre separata enheter med likvärdig kompetens.

Patienter och medborgare vill få ut bästa och mesta vård av de resurser som finns tillgängliga

- Det kostar pengar att bygga upp nya enheter med personal, likvärdiga FoUU-resurser och administration och genom att dela upp en klinik i flera medför detta krav på prioritering med risk för att vårdbudgeten blir ytterligare ansträngd. Introduktion av nya dyra läkemedel är att betraktas som högspecialiserad sjukvård och blir kostnadseffektivt endast om det görs inom *en* organisation.

Patienter förväntar sig att vi förhåller oss till planerad nationell och internationell cancerutveckling

- Förslaget om delning av onkologin strider mot både *Nationella Cancerstrategin och "En Nationell cancerstrategi för framtiden" (SOU 2009:11)* där *"Samlade cancerverksamheter bör eftersträvas för att erbjuda alla patienter högklassig cancervård, stödja utvecklingen av starka, kreativa miljöer för att kunna erbjuda patienterna evidensgrundande behandling"* Det vill säga samla istället för att dela. Vidare förordas ett befolkningsunderlag per centrum på minst två miljoner – liggande förslag innebär 700 000.

Förändring på Karolinska Universitetssjukhuset

- För att göra Karolinska mer tillgängligt, ge patienten bättre kontinuitet i en sammanhållen vårdkedja och ge bästa möjliga värde för patienten tar vi nu ett samlat grepp av förändring. Vi har kartlagt 283 patientgrupper och introducerar nu ett nytt arbetssätt där patienten placeras i centrum inom ramen för en ny organisation. Patientgruppens samlade behov utgör grunden för hur professionerna organiseras runt patienten, i stället för som tidigare, där patienten fick gå mellan klinikerna. Fokus på mått av de värden som patienten upplever som viktigast i kombination med processmått ligger till grund för bedömningen av om vi har gjort ett bra arbete. Därmed blir patientens delaktighet en viktig hörnsten i hur vi värderar vårt resultat. Den nya organisationen tar således avstamp i patientperspektivet och den som blir ansvarig för ett patientflöde kommer att få mandat och resurser att utifrån "sin " patientgrupps behov utveckla och förbättra vården inom och i övergång till och från Karolinska. Vi är nu mitt i ett förändringsskede där verksamhetens kraft behövs för denna större omstrukturering av cancervården och vi bedömer att en klinikdelning skulle vara kontraproduktiv för de kommande och betydligt större omstruktureringar som den högspecialiserade cancervården kommer att genomgå de närmaste åren. Den

nya patientcentrerade organisationen väntas även stärka medarbetarnas arbetsmiljö och i förlängningen vår attraktivitet som arbetsgivare samt bidra till en ekonomiskt mer långsiktigt hållbar sjukvård. Möjlighet att utveckla patientflöden mellan flera geografiska enheter (Danderyd, SÖS och K) skulle kunna tjäna som modell för Stockholms läns landsting. Karolinska tar aktiv del i att utveckla landstingets nätverkssjukvård och patientgrupper kommer som följd att flyttas ut från Karolinska. En uppdelning av onkologin inom SLL ligger dock inte i linje med profileringen inom nätverket.

Nedan följer en omvärldsanalys av den internationella utvecklingen inom cancervård och vilka konsekvenser vi kan se vid en delning av onkologin i Stockholm:

1. **Dagens och framtidens patienter vill själva välja vårdgivare och plats för sin behandling.** Ökad delaktighet och insyn för patienter är en självklarhet liksom krav på att vårdgivaren antingen är världsledande inom sitt område alternativt är fullt informerad om den internationella kunskapsnivån. En världsledande vårdgivare är också mer attraktiv som partner i kliniska studier av nya, ännu inte etablerade terapier, vilka då snabbare kan erbjudas patienter. Transparens beträffande vårdresultat och ökande användning av second opinion som väg till ökad kunskap är också en stark trend.
   Konsekvens: En uppdelning på tre kliniker ger visserligen patienter fler alternativ, men det är osannolikt att högsta kvalitet på vård och omvårdnad samtidigt kan upprätthållas på tre internationellt sett små kliniker. Tre kliniker innebär att onkologer i ökad omfattning behöver arbeta inom fler tumörgrupper, vilket är en återgång till föråldrade arbetssätt och går helt emot utvecklingen på framstående internationella enheter. Det är hög risk att olika vårdkedjor utvecklas beroende på vem som är huvudman. Detta ger risk för ojämlik tillgång till högspecialiserad vård och deltagande i kliniska studier.

2. **Patienter ställer krav på tillgänglighet**, personligt bemötande, kontinuitet, samt tillgång till kontaktsjuksköterska och till sin egen journal. Patienterna vill ha tillgång till bästa möjliga rehabilitering och palliation.
   Konsekvens: En uppdelning i tre små kliniker kommer att kräva mer resurser och blir därmed dyrare för landstinget. I en samlad organisation får man en ökad flexibilitet och ett bättre resursutnyttjande. Antalet vårdkontakter och steg i de olika cancervårdkedjorna kommer att öka väsentligt. I en redan mycket komplex vårdkedja introduceras ytterligare led och mellanhänder för de svårast sjuka vilket riskerar att patienten i högre grad än tidigare hamnar "mellan stolarna". Rehabilitering och palliation sker redan inom nätverkssjukvård och torde inte påverkas i större utsträckning.

3. **Cancerdiagnostik** blir mer avancerad och bygger på sk next generation sequencing, tumörens fingeravtryck, kombinerat med avancerad röntgen. Utvecklingen går mot att tidigare stora tumörgrupper (t ex bröst-, tarm-, och prostatacancer) uppdelas i ett stort antal undergrupper med olika prognos och behandling, Detta gäller i synnerhet återfallstumörer där det är ännu viktigare att behandlingen skräddarsys med hjälp av

avancerad diagnostik. Diagnostiken förutsätter multiprofessionella spetskompetenta team och dyr utrustning. För att utnyttja dessa resurser på ett kostnadseffektivt sätt krävs också ett befolkningsunderlag på flera miljoner.
Konsekvens: Allt annat än en sammanhållen och multiprofessionell diagnostik skulle på ett allvarligt sätt försämra (och fördyra) patienternas väg till diagnos och behandlingsstart. Diagnostisk infrastruktur är oerhört dyrbar och fordrar avancerad forskningsnära kompetens, vilket endast finns på Karolinska i samarbete med Karolinska Institutet. Om diagnostiken finns samlad som en gemensam resursstark infrastruktur blir vårdkedjan betydligt mer resurseffektiv. En delning av onkologin kommer att bli mer kostsam för SLL och riskerar att förlänga ledtider.

4. **Strålbehandling** kan idag ges med betydligt större precision än tidigare vilket betyder mindre strålning till friska organ och färre biverkningar. En förutsättning för detta är tillgång till avancerad bilddiagnostik och ett nära samarbete med spetskompetens inom radiologi och sjukhusfysik.
Konsekvens: Avancerad bilddiagnostik utvecklas snabbt och är avgörande för skräddarsydd strålbehandling för varje patient. Den moderna utrustning som krävs för morgondagens strålbehandling är koncentrerad till NKS. Strålbehandlings-avdelningarna på Karolinska och SÖS är ett exempel på lyckad integration genom att vi kan ge patienter bäst passande strålbehandlingstid oavsett folkbokföringsadress. Vi kan också garantera att patienterna får tillgång till samma kompetens inom strålbehandling i hela Stockholm oavsett var den ges.

5. **Medicinsk behandling - Cytostatikabehandling** kommer i högre grad kombineras med nya och dyra målriktade behandlingar utvecklade för nya undergrupper inom t ex bröstcancer, prostatacancer, lungcancer och melanom. Rätt använda är dessa nya läkemedel av potentiellt mycket stor patientnytta men detaljerad spetskunskap krävs för optimal användning och kostnadskontroll.
Konsekvens: En delning av onkologin ger stor risk för att ojämlik vård uppstår även i Stockholm, på samma sätt som vi ser stora skillnader mellan Sveriges regioner i användning av värdefulla terapier. Detta försvårar ett samlat förhållningssätt gentemot svenskt och europeiskt vårdprogramsarbete och läkemedelsföretagen. Introduktion av nya dyra läkemedel är att betraktas som högspecialiserad sjukvård och blir kostnadseffektivt endast om det görs inom en organisation. Optimal användning av nya läkemedel kräver provtagning av tumören för analys av tumörens egenskaper för rätt terapival och dosering, avancerade röntgenundersökningar (PET) för behandlingsutvärdering. Denna komplexa infrastruktur finns bara tillgänglig i Solna. Vid en delning av kliniken blir det betydligt mer komplicerat att säkra - "rätt medicin till rätt patient i rätt tid".

6. **Teambaserad vård** där medarbetare från olika specialiteter samarbetar kring en patientgrupp (bröst-, tarm-, prostatacancer, etc) och med patienten i centrum. Forskningen går samma väg med internationella multidisciplinära diagnosspecifika möten och utbildningar.
   Konsekvens: Teambaserad vård kan ges i olika organisationsformer men specialistkompetens inom medicinsk vård och omvårdnad bedöms bli svårt att bygga upp i tre upplagor. Karolinska genomgår nu dessutom ett förändringsarbete vilket innebär införande av en ny organisation med multiprofessionella team som arbetar gemensamt med givna patientgrupper. Förändringarna syftar till att bättre fokusera på patientens individuella behov och att erbjuda högspecialiserad vård och forskning av hög internationell kvalitet - helt i linje med internationell trend samt med nationella cancerstrategin och regionala framtidsplanen. Att dela onkologiska kliniken parallellt med denna process innebär att energin läggs på splittring och dess konsekvenser snarare än till att bygga upp en välfungerande stark organisation.

7. **Framgångsrik forskning** bygger i ökande omfattning på samarbete inom större team med olika kompetenser och på stora patientgrupper som underlag både för behandlingsforskning, biobanker och biologisk forskning.
   Konsekvens: En sammanhållen onkologi är en förutsättning för att stora patientmaterial skall kunna samlas för studier, kliniska prövningar och innovativt företagssamarbete. Vid en delning blir vi en mindre attraktiv samarbetspartner för internationella forskare och läkemedelsindustrin vilket i sin tur innebär en risk att Stockholmspatienter inte får delta tidigt i utveckling av potentiellt viktiga nya behandlingar. En delning av onkologin går helt emot hur man internationellt bygger forskningsintensiva cancercentra med starkt fokus på att erbjuda patienter den bästa vården. Förslaget innebär tre små enheter utan tillräcklig tyngd och med minskade resurser jämfört med den internationella miljön. Landstingsråd Gustav Hemming (C) uttalar sig om betydelsen av att stärka Stockholm som enda Nordiska region i den globala stadshierarkins näst högsta klass (DN, 150907). Den föreslagna delningen till tre små enheter skulle leda till att ingen onkologisk enhet i Norden skulle ha tillräcklig storlek för att genomföra en kraftfull satsning på framtidens cancervård.

8. **Arbetsmarknaden** för de främsta ledarna inom onkologin är internationell och det är vanligt med rekrytering mellan regioner och länder. För att utgöra ett attraktivt centrum krävs ett internationellt perspektiv i organisationen i nära samverkan med patientrelaterad laboratorieforskning, stora patientgrupper och tillräckliga resurser.
   Konsekvens: Det blir mycket svårt att rekrytera konkurrenskraftiga nationella och internationella ledare till Stockholm då respektive klinik blir för liten för att vara attraktiv. Det finns en betydande risk att nya yngre medarbetare söker sig bort från Stockholm till mera kompletta och resursstarka centra (Skåne, Göteborg, Uppsala, grannländer). Kompetensförsörjning till SLL:s onkologi hotas därför av det lagda förslaget.
   Det är redan idag en utmaning att upprätthålla optimal kompetensförsörjning inom kliniken på grund av rådande nationell sjuksköterskebrist men genom ett nära samarbete och gemensamt resursutnyttjande ger vi en god vård med god patientnöjdhet. En delning av kliniken ökar risken för ännu större brist på sjuksköterskor med specialistutbildning inom onkologi.

9. **Förstklassig grund-och vidareutbildning** bygger på klinisk och forskningsmässig bredd och hög kvalitet.
   Konsekvens: Vid en delning av kliniken skulle Karolinska sakna resurser för att utbilda samtliga ST-läkare i Stockholm. Södersjukhuset och/eller Capio St: Göran skulle behöva erbjuda ST-utbildning i onkologi där endast klinisk erfarenhet skulle tillgodoses inom bröst- ,tarm-, och prostatacancer och avsaknad av erfarenhet av den onkologiska grundpelaren strålbehandling på Capio ST:Göran. Dessa ST-läkare skulle behöva tjänstgöra 2-3 år på Karolinska för att uppnå de nationella lärandemålen. Det saknas en fördjupad analys och konsekvensbeskrivning av hur ST-tjänstgöringen i onkologi påverkas av en delning.
   Idag finns endast en enhet med resurser och pedagogisk kompetens för att bedriva grundutbildning inom onkologi. För att bedriva grundutbildning på tre separata kliniker behövs att universitetet tillför resurser.
   Dagens sammanhållna onkologiska klinik bidrar till att säkra god möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för specialistsjuksköterskor inom onkologi.

Slutsats

En fragmentering av onkologkliniken medför hög risk för de beskrivna konsekvenserna på vård, forskning och utbildning. Dessutom riskerar Stockholm att tappa sin internationella konkurrenskraft avseende klinisk forskning och utveckling vilken lett till ledande behandlingsresultat för många patientgrupper. Mot bakgrund av detta avråder vi bestämt tanken på uppdelning av den onkologiska cancervården vilket allvarligt skulle äventyra förutsättningarna att kunna ge jämlik och högkvalitativ cancervård.

Vi förordar därför en sammanhållen klinik med fördjupad samverkan mellan våra tre geografiska enheter. Vi föreslår att fortsätta bygga upp snarare än att riva ner och tappa ett decennium i utvecklingskraft.

Beslut i detta ärende har fattats av styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset genom ett per capsulam-förfarande.

Anders Ekblom
Styrelseordförande

Melvin Samsom
Sjukhusdirektör

Bil: Appendix

APPENDIX
- nuläge vid onkologiska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset

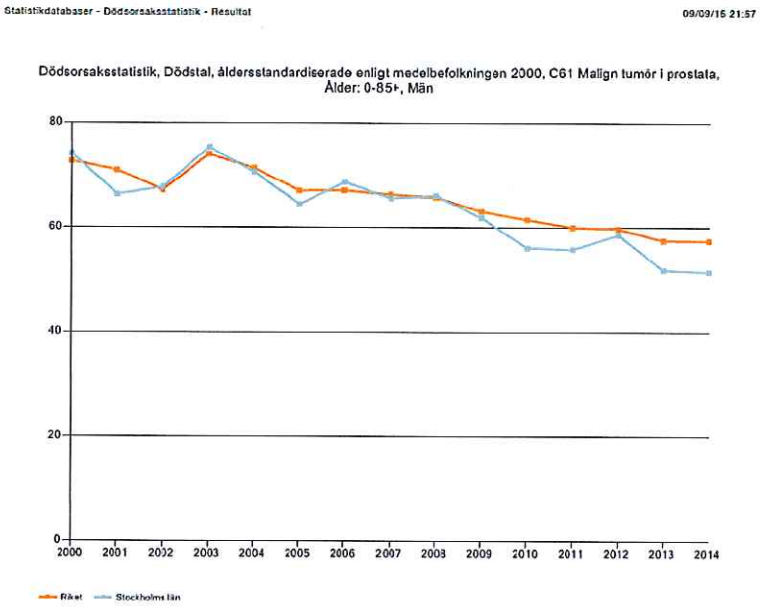
Organisationen
Onkologiska klinken har i tidigare omorganiseringar kontinuerligt minskat antalet chefer. Medarbetare, chefer och fackliga representanter signalerar i dagsläget negativa konsekvenser av bristande chefsnärvaro. Det har också funnits missnöje bland våra medarbetare på grund av de krav på ökad effektivisering kombinerat med ökade behov hos våra patienter med fler behandlingsmöjligheter. Detta återspeglas i årets ICQ med krav på handlingsplaner för att åstadkomma förändring. Onkologiska kliniken står även inför utmaningar i form av anpassning till ny organisation inom Tema Cancer i nya Karolinska. Arbetet erbjuder stora möjligheter till att utveckla arbetssätten och det är viktigt att bygga upp en stark organisation för att hantera de omställningar som nya Karolinska kommer innebära. Den nuvarande ledningen diskuterar att stärka upp nuvarande organisation inom kliniken, möjliggöra ökad chefsnärvaro samt forskningsverksamheten- och kliniska prövningsenheten på alla de tre geografiska enheterna Solna, SÖS och DS. Förslaget om delning av kliniken påverkar i hög grad planeringen av verksamheten på onkologiska kliniken.

Nuvarande diskussion innefattar:

1. Tillsätta en biträdande verksamhetschef med platsansvar för SÖS.
2. Återgå till två områdeschefer: en för vård och en för strålbehandling.
3. Anpassa sektionschefsrollen för att lättare docka in i sjukhusets nya organisation.
4. För att stärka forskningen på kliniken, utökas FoU-ansvariges befogenhet till en "Scientific director" vars ansvar inom onkologkliniken innefattar att dels leda ett FoU-utskott med representanter från alla tre geografiska enheter och sektioner, dels ansvara för forskningsområde vård.
5. Upprätta ett internt kontor för patientservice. Vi vill skapa en patientservice som hanterar avvikelser ännu mer systematiskt och effektivt.

Se organisationsskiss på sista sidan

Vårdkvalitet
Vården vid onkologkliniken är av hög kvalitet vid nationell och internationell jämförelse. De största patientgrupperna inom kliniken är bröst- tarm- och prostatacancer. I öppna jämförelser, årligen sammanställda av Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, visas att Stockholms patienter inom bröstcancer har en 5-årsöverlevnad på 88,6% jämfört med 87,7% i övriga landet. Inom tarmcancer är 5-årsöverlevnaden i Stockholm 65,1% jämfört med 63,9% i riket.
Bland män med prostatacancer är dödsorsak i prostatacancer lägre i Stockholm jämfört med riket, med en tydlig nedåtgående trend under de senaste åren, se fig nedan.



Dödstal malign tumör i prostata, 2000-2014

Inom lungcancer har Stockholms patienter i snitt en 1-årsöverlevnad på 44,8%, att jämföras med 41,6% på nationell nivå.
Internationella jämförelser visar att Sverige inom flera områden är bättre än genomsnittet i Europa, se nedan tabell publicerad 2014.

5-year age-standardised relative survival for adult patients with cancer, diagnosed 2000–07

Better than European mean

Northern and Central Europe:

	Stomach cancer	Colon cancer	Rectal cancer	Lung cancer	Skin melanoma	Breast cancer (women only)	Ovarian cancer	Prostate cancer	Kidney cancer	Non-Hodgkin lymphoma
European mean	25·1 (24·8–25·4)	57·0 (56·8–57·3)	55·8 (55·5–56·1)	13·0 (12·9–13·1)	83·2 (82·9–83·6)	81·8 (81·6–82·0)	37·6 (37·1–38·0)	83·4 (83·1–83·6)	60·6 (60·2–61·0)	59·4 (59·0–59·7)
Northern Europe	21·9 (21·2–22·6)	59·0 (58·5–59·4)	59·5 (58·9–60·2)	12·2 (11·9–12·5)	87·7 (87·2–88·2)	84·7 (84·4–85·1)	41·1 (40·3–42·0)	85·0 (84·6–85·3)	55·8 (55·0–56·6)	63·3 (62·7–63·9)
Denmark	16·0 (14·7–17·4)	53·6 (52·6–54·6)	54·6 (53·3–55·8)	10·3 (9·8–10·8)	87·8 (86·7–88·8)	81·5 (80·7–82·3)	35·5 (33·8–37·2)	69·3 (68·0–70·6)	44·8 (43·1–46·6)	63·6 (62·2–64·9)
Finland	25·3 (23·9–26·7)	61·2 (59·9–62·4)	60·1 (58·6–61·6)	11·5 (10·8–12·2)	85·3 (84·0–86·5)	85·7 (84·9–86·5)	43·1 (41·3–45·0)	90·1 (89·3–90·8)	59·3 (57·7–60·9)	59·7 (58·4–61·0)
Iceland	34·5 (27·8–41·3)	62·0 (56·8–66·8)	73·2 (65·2–79·6)	13·9 (11·5–16·7)	85·0 (77·8–90·0)	87·2 (83·1–90·4)	39·1 (30·6–47·4)	82·5 (78·2–86·0)	60·7 (54·3–66·5)	74·1 (67·2–79·8)
Norway	22·7 (21·1–24·3)	59·2 (58·1–60·2)	62·5 (61·1–63·8)	12·9 (12·3–13·6)	86·4 (85·3–87·5)	84·7 (83·8–85·6)	41·4 (39·5–43·3)	83·5 (82·6–84·3)	56·4 (54·6–58·2)	63·7 (62·3–65·1)
Sweden	21·7 (20·5–22·9)	61·1 (60·3–62·0)	60·8 (59·7–61·8)	14·7 (14·1–15·2)	89·2 (88·5–90·0)	86·0 (85·4–86·5)	44·1 (42·5–45·6)	87·5 (87·0–88·0)	59·6 (58·2–61·0)	64·5 (63·5–65·5)
Central Europe	28·1 (27·6–28·5)	60·5 (60·2–60·8)	60·1 (59·7–60·4)	14·8 (14·6–14·9)	87·6 (87·2–88·0)	83·9 (83·6–84·1)	40·5 (39·9–41·1)	88·1 (87·9–88·4)	64·6 (64·1–65·1)	62·5 (62·1–62·9)
Austria	31·0 (29·9–32·2)	61·2 (60·3–62·0)	61·1 (60·0–62·2)	16·7 (16·1–17·2)	83·1 (82·0–84·2)	82·1 (81·4–82·7)	41·4 (40·0–42·9)	90·4 (89·7–91·0)	71·4 (70·1–72·6)	61·0 (59·8–62·1)
Belgium*	30·5 (29·1–32·0)	61·7 (60·8–62·6)	62·9 (61·8–64·1)	15·4 (14·9–16·0)	83·4 (82·0–84·7)	82·7 (82·0–83·3)	42·4 (40·7–44·1)	89·6 (89·0–90·2)	62·8 (61·3–64·2)	65·1 (63·8–66·3)
France*	26·3 (24·9–27·6)	59·7 (58·7–60·5)	57·9 (56·8–59·0)	13·8 (13·2–14·4)	87·2 (85·8–88·4)	86·1 (85·4–86·8)	40·1 (38·2–42·1)	88·9 (88·2–89·6)	64·1 (62·5–65·7)	65·9 (64·8–66·9)
Germany*	31·3 (30·6–32·0)	62·2 (61·7–62·8)	60·2 (59·5–60·9)	15·6 (15·3–16·0)	89·4 (88·7–90·0)	83·6 (83·2–84·0)	40·3 (39·3–41·3)	89·4 (88·8–89·9)	70·2 (69·4–71·0)	63·5 (62·7–64·3)
Switzerland*	31·6 (29·2–34·1)	61·4 (59·8–63·1)	62·5 (60·2–64·6)	15·3 (14·4–16·3)	90·4 (88·9–91·7)	84·6 (83·4–85·7)	38·9 (36·0–41·8)	86·8 (85·5–87·9)	61·9 (59·1–64·6)	65·8 (63·8–67·7)
Netherlands	20·4 (19·7–21·2)	58·1 (57·6–58·7)	59·0 (58·2–59·7)	13·4 (13·1–13·7)	88·4 (87·7–89·1)	84·5 (84·0–84·9)	39·9 (38·7–41·1)	83·4 (82·8–83·9)	52·7 (51·7–53·7)	59·3 (58·4–60·1)

Source: (EUROCARE-5, Lancet Oncol. 15(1) 23–34, 2014)
Note: Data are % relative survival (95% CI). European mean data are population-weighted means of the country-specific relative survival estimates. *Countries with only part of national population covered by cancer registration.

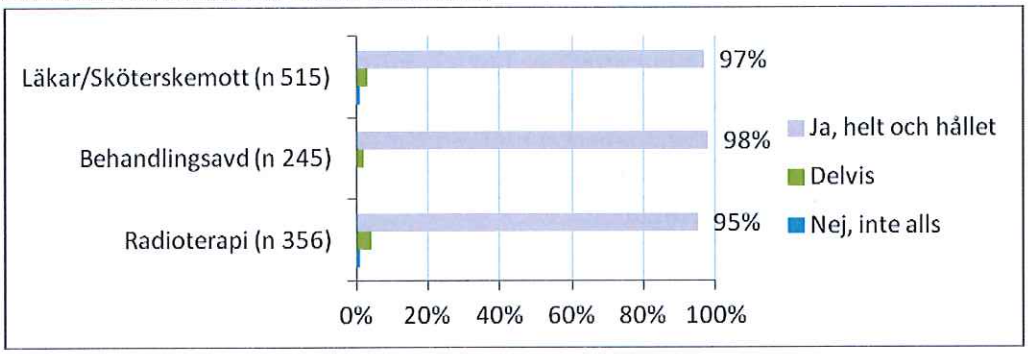
6

5-årsöverlevnad cancerdiagnoser, Europa

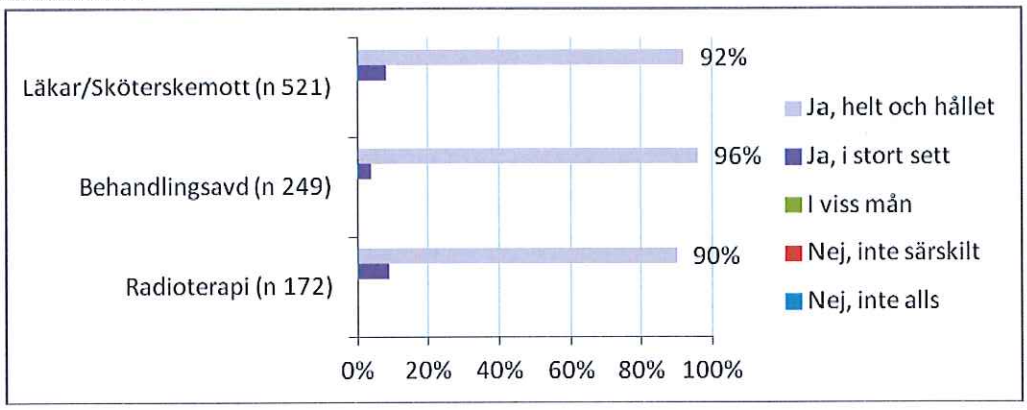
Patientupplevd kvalitet

Vi arbetar med att förbättra den patientupplevda kvalitén, och är väl medvetna om att det finns mer att göra. Varje år genomför Karolinska Universitetssjukhuset "minienkäter" där patienter får möjlighet att delge sina åsikter om vården. På frågan "Om behov uppstår, skulle du kunna rekommendera denna enhet till andra med liknande sjukdom/besvär som du har?" svarar nästan samtliga av onkologklinikens patienter "Ja, helt och hållet". I alla övriga frågor får vi mycket höga värden men inom området patientdelaktighet var värdet senast på en nivå vilket har identifierats i verksamhetsplanen som ett förbättringsprojekt.

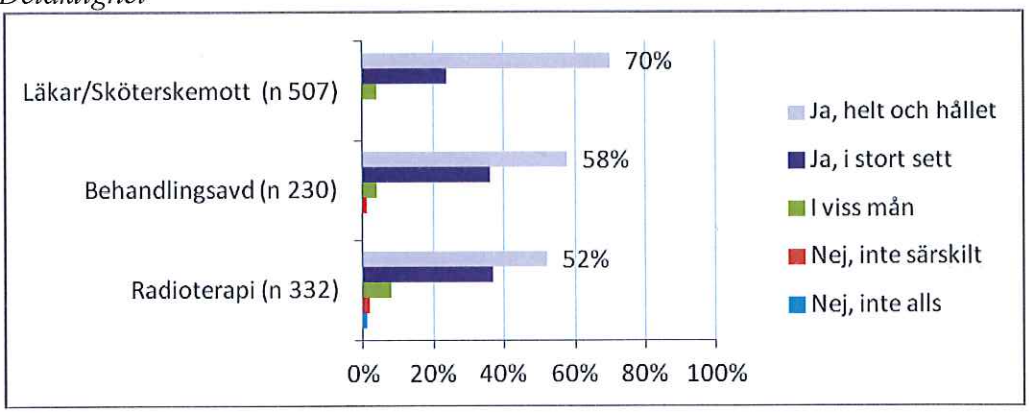
Rekommendera denna enhet till andra



Bemötande



Delaktighet



Forskning
Framgångsfaktorer för lyckad forskning är *samordning* av resurser för onkologisk vård och forskning. Den så kallade translationella forskningen (där man har en snabb överföring mellan laboratorieforskning och patient) är en hörnsten för att nå framgång och kunna konkurrera internationellt. Samordning är också helt avgörande för att finna nya botande behandlingar i samverkan med läkemedelsindustrin.
Onkologkliniken är en av Karolinska Universitetssjukhusets mest aktiva inom forskning och rankas i år som nr 1 avseende antalet vetenskapliga artiklar per år. I resultatet från FoU-ledningen har onkologkliniken den största FoU-ersättningen (som speglar ett sammantaget mått på forskningskvalitet) av alla sjukhusets kliniker. Två av de starkaste FoUU-områdena på onkologkliniken är inom bröst- och prostatacancer. Denna styrka beror bland annat på att det i dagsläget finns en etablerad attraktiv FoUU-miljö där klinisk- och laboratoriebaserad forskning samverkar tätt och integrerat med vården. Vårdforskning och omvårdnadsforskning har under senare år också utvecklats och nyligen har den första universitetssjuksköterskan med omvårdnadsprofessur anställts på onkologkliniken vilket kommer stärka omvårdnadsforskningen ytterligare.
Karolinska Onkologi är i dag fullvärdig medlem i OECI (http://www.oeci.eu/), som har till syfte att åstadkomma Comprehensive Cancer Center (CCC) i Europa syftande till en tät integrering av klinik, forskning, utveckling och utbildning under en gemensam ledarskapstruktur, allt syftande till att ha patienten i centrum. Utveckling i denna riktning pågår för närvarande i Norge, Danmark och i region syd i Sverige.

Utbildning
Idag finns en enhet med resurser och pedagogisk kompetens som driver grundutbildning inom onkologi. Utbildningsverksamheterna inom grund-, forskar- och ST-utbildning sker på samtliga geografiska enheter i god samverkan. Idag arbetar ett 30-tal ST-läkare under gemensam förstalinjechef och ST-studierektor. För att uppfylla Socialstyrelsens målbeskrivning har ST-läkarna kliniska placeringar om 3-9 månader inom de olika tumörgrupperna, strålbehandling respektive slutenvård. Primärjourerna på bägge sjukhusen bemannas i första hand av ST-läkarna. En välfungerande ST-driven internutbildning kompletterar obligatoriska externa kurser för att uppnå Socialstyrelsens teoretiska mål.

Framåtblick- Hur utvecklas cancervården i ett internationellt perspektiv?
Internationell cancervård utvecklas mot större enheter, ofta benämnda "Comprehensive cancer centra" CCC. Dessa centra har klinisk cancervård helt integrerat med avancerad forskning samt i grund- och vidareutbildning. Framgångsrika CCC har ett befolkningsunderlag på 4-10 milj och två miljoner betraktas som ett minimum. I England finns den bästa verksamheten i London med ett befolkningsunderlag på cirka 10-12 miljoner. De bästa cancercentra i Frankrike finns i Paris med ett underlag på 10 miljoner. Det råder inget tvivel om att det krävs stora befolkningsunderlag för att bedriva högkvalitativ utvecklande cancersjukvård. Karolinska Universitetssjukhuset skall vara ledande vilket ställer höga krav på att följa internationella trender och arbetssätt.

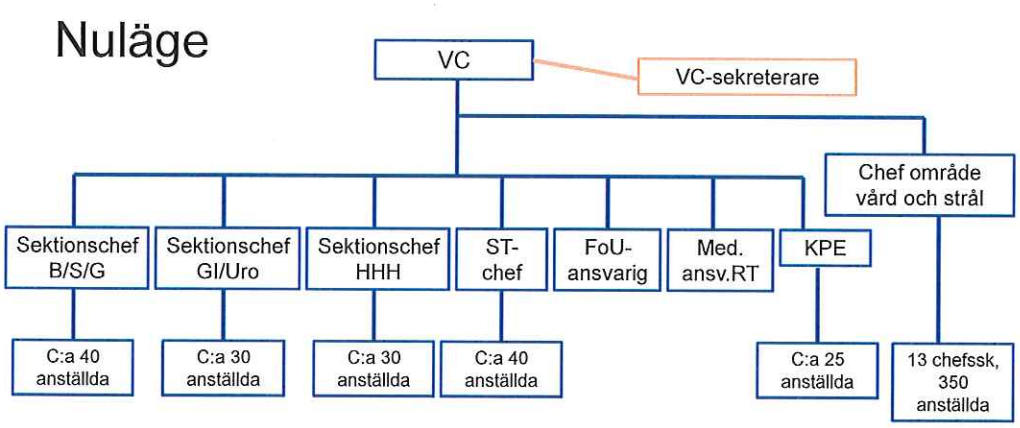
Den nationella cancerplanen i Sverige
Målsättningarna i den nationella cancerplanen är helt i linje med de internationella trenderna, men utvecklingen av transparens och valfrihet går långsammare i Sverige än i många andra västländer delvis beroende på uppdelningen i regioner och relativt lågt befolkningsunderlag i varje region.

"Mer förfinad diagnostik och individualiserad behandling, behov av multidisciplinära behandlingar, krav på stora investeringar, ökat behov av rehabilitering och uppföljning, förväntad brist på specialister, internt samarbete är ex på faktorer som bör påverka organisationen."
"Samlade cancerverksamheter bör eftersträvas för att erbjuda alla patienter högklassig cancervård, stödja utvecklingen av starka, kreativa miljöer för att kunna erbjuda patienterna evidensgrundande behandling. Organisation och arbetssätt som bygger på multidisciplinärt omhändertagande samt minimera de ledtider som innehåller oklara och onödiga väntetider".
Ovan nämnda citat från den Nationella cancerplanen är helt i linje med nya Karolinskas framtida arbetssätt och organisation där allt arbete utgår från patientens behov och vårdprocesserna organiseras multidisciplinärt med fokus på värdebaserad vård. Med en samlad onkologisk klinik säkerställer man att samtliga cancerpatienter får en vård som baseras på samma förutsättningar.

Utvecklingen i Stockholm
Förslaget om att dela upp onkologiska kliniken i Stockholm i tre delar med olika huvudmän innebär ett underlag på ca 700 000 patienter per klinik. Ur ett internationellt perspektiv är detta ett mycket litet underlag både avseende kritisk massa för klinisk kompetens och som underlag för högkvalitativ klinisk och preklinisk forskning. Ett litet befolkningsunderlag minskar möjligheten att ligga i framkant. 2030 räknar man med att varannan individ riskerar att utveckla en cancersjukdom under sin livstid. Det därför mycket viktigt att vi har en aktiv och intensiv forskningsprocess för att optimera riskanalyser för den enskilde patientens sjukdomsutveckling och behandlingsval baserat på detta, vilket baseras på alltmer avancerad molekylär diagnostik.

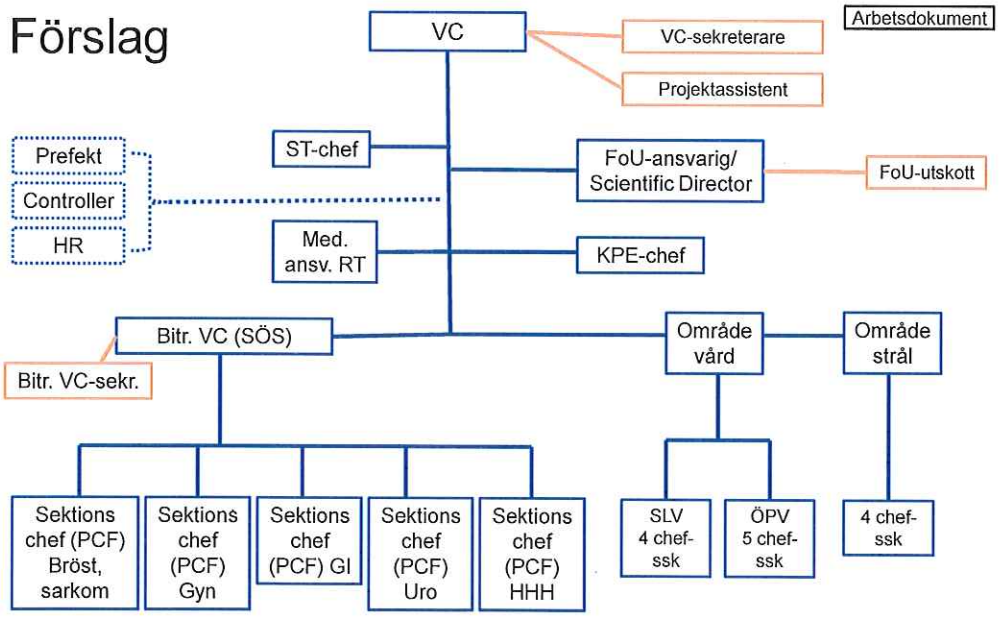
Nuvarande organisation

Arbetsdokument



3

Förslag på framtida organisation



4

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

PROTOKOLL 7/2015

2015-09-28

Styrelsen

Formalia

Ärendet har behandlats genom ett per capsulam-förfarande via e-post.

Deltagande

Anders Ekblom	Ordförande
Hans Winberg	Ledamot
Anette Holm	Ledamot
Catarina Andersson Forsman	Ledamot
Mikael Lövgren	Ledamot
Kerstin Tham	Ledamot
Siv Svensson	Ledamot

Styrelsen har givits möjlighet att yttra sig över förvaltningens förslag till yttrande över remissen "Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting" (dnr LS 2015-0708).

Beslut
att godkänna förslaget till yttrande.

Intygas

Gunnar Gustafsson Wiss
Adm dir, styrelsens sekr

Capio S:t Görans Sjukhus

Registrator
Landstingsstyrelsens förvaltning
Stockholms läns landsting
Box 22550
104 22 Stockholm

Stockholm den 28 september 2015

Angående: "Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting"

Bifogat är Capio S:t Görans sjukhus remissvar i ovannämnda fråga.

Med vänlig hälsning

Britta Wallgren
VD
Capio S:t Görans sjukhus

Capio S:t Görans Sjukhus AB
Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm
Tel: 08-58 70 10 00 www.capiostgoran.se

Organisationsnummer: 556479-1456

Capio S:t Görans Sjukhus

Remissvar från Capio S:t Görans Sjukhus angående föreslagen ”Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting”

Sammanfattande slutsatser

Capio S:t Görans sjukhus (CStG) ansluter sig till förslaget om ”Förändrad organisation av den onkologiska vården inom SLL” och stöder härigenom Hälso- och Sjukvårdsnämndens beslut att förorda en klinik vid Karolinska sjukhuset, en klinik på Södersjukhuset samt en ny klinik på CStG.

CStG har god erfarenhet att utifrån etablerade arbetsrutiner:

- Arbeta med sammanhållna vårdkedjor
- Ge alla patienter möjlighet till delaktighet och medverkan i såväl terapibeslut som klinisk forskning
- Samverka i nätverksjukvården med ett tydligt patientperspektiv i fokus
- Erbjuda tydliga och uppföljningsbara mål och utfall/resultat
- Sammantaget skapa en jämlik och personcentrerad vård

Benchmarking mellan länets akutsjukhus visar att CStG har mer nöjda patienter, en god kvalitet, bra tillgänglighet, mer nöjda medarbetare och lägst kostnad för att producera vård. Till detta skall läggas att CStG de senaste åren medvetet och strukturerat satsat på FoUU och en ”akademisering” av sjukhuset med det tydliga målet att uppfylla KI:s och SLL:s kravspecifikation för universitetssjukvård.

Förberedelser pågår sedan knappt ett år vid CStG att vid årsskiftet starta ett av länets tre Bröstcentrum. I förberedelserna ingår ett stort mått av samordning mellan RCC, K, SöS och CStG med särskilt fokus på målen i Cancerplanen. CStG:s erfarenhet från detta visar på de stora fördelar som uppstår när flera vårdgivares kompetenser kan tas till vara och utnyttjas i samverkan.

Sammantaget anser vi att CStG härigenom är väl lämpat för uppdraget att från och med 2016 successivt bygga upp onkologisk verksamhet utifrån målen i Nationella Cancerstrategin och Regionala Cancerplanen.

Capio S:t Görans Sjukhus

Innehållsförteckning

Sammanfattande slutsatser 1
Möjligheterna att nå målen i Nationella Cancerstrategin och Regionala Cancerplanen 3
Möjligheterna att ur patientens synpunkt förbättra vägen genom vården 3
Effekter på bemanning och kompetensförsörjning 4
Effekter på ekonomi 5
Effekter på forskning, undervisning och utveckling (FoUU) 6
Effekter på forskning, undervisning och utveckling (FoUU) - patientperspektiv 8
Möjligheter till samverkan 9

Figurförteckning

Figur 1 Medarbetarindex och sjuktal. Källa: Uppgifter från respektive sjukhus 2014 4
Figur 2 Systematiskt kvalitetsarbete enligt Capiomodellen 5
Figur 3 HSF:s jämförelse av kvalitetsutfall mellan akutsjukhusen inom SLL för 2014 6
Figur 4 Nuläge FoUU 7
Figur 5 CStG:s utbildningsåtaganden 2014 7

Capio S:t Görans Sjukhus

Möjligheterna att nå målen i Nationella Cancerstrategin och Regionala Cancerplanen

De övergripande målen i Nationella Cancerstrategin och Regionala Cancerplanen är *jämlik och personcentrerad vård.*

Jämlik vård innebär att alla patienter ges likartade förutsättningar avseende tillgänglighet, diagnostik, behandling, uppföljning och rehabilitering.

Inom cancervården pågår redan en strukturerad samverkan kring standardiserade vårdförlopp, gemensamma vårdprogram och koordinering av forskningsaktiviteter. CStG deltar i dessa aktiviteter med det tydliga målet att eliminera skillnader och samordna resurser för ett jämlikt omhändertagande av länets cancerpatienter. Även i vårt uppdrag inom somatisk akutsjukvård sker en ständig samverkan med övriga akutsjukhus för att optimera patientomhändertagandet.

Personcentrerad vård innebär att den enskilda individen ges möjlighet att vara aktiv i planering och genomförande av den egna vården och ges lika förutsättningar till delaktighet och medverkan i såväl terapibeslut som klinisk forskning.

Patientens delaktighet är en del av CStG:s verksamhetsplan vilket innebär att alla enheter vid sjukhuset regelbundet följs upp med avseende på patientmedverkan. På bröstcentrum CStG finns ett etablerat samarbete med PNR (patient- och närståenderådgivare) som är delaktiga i utformningen av behandlingsavdelning, rehabilitering, information. Patientrepresentanter, såväl anslutna till Bröstcancerföreningen som ”oorganiserade” är inkluderade i processen.

Möjligheterna att ur patientens synpunkt förbättra vägen genom vården

- Vården ska vara uppbyggd utifrån **patientens behov**, vilket innebär en organisation utifrån vårdprocess snarare än klinik.
- Vården måste vara **tillgänglig** och väntetider måste minimeras, på CStG sker ett kontinuerligt förbättringsarbete och resurser anpassas efter patientflödet. I detta ingår även att optimera kontinuiteten.
- Tillgänglighet och **kontinuitet** kräver förutom medveten planering även personella resurser. Ytterligare en arbetsgivare kan bidra positivt till att behålla/återknyta resurser inom onkologi som nu finns i andra delar av vården/läkemedelsindustrin.
- Vården måste vara tillgänglig genom olika kanaler, **e-hälsoarbete** är väl etablerat på CStG. På CStG finns välfungerande IT-stöd vilket ger möjlighet till snabb anpassning efter behov.
- Patienter måste ha tillgång till **information** och kunskap som medger en delaktighet i beslut om behandling och forskning. Projekt om patienters lärande, och utveckling av information samt av vårdgivares pedagogiska kunskap har startat vid Bröstcentrum CStG.
- Vårdens **resurser** måste användas på rätt sätt, läkare och sjuksköterskor ska ägna tid till patientarbete, administratörer ska sköta registrering.

- Vårdprogram/behandlingsriktlinjer ska vara samordnade. När det gäller bröstcancer finns ett **gemensamt vårdprogram** i Stockholm för adjuvant behandling vid bröstcancer. I framtiden behövs även gemensamma riktlinjer för metastatisk sjukdom. Det finns sedan tidigare etablerat samarbete mellan CStG och den onkologiska verksamheten på K och SöS, detta behöver ytterligare stärkas. En tydlig struktur kan minska skillnader i terapitraditioner som idag förekommer trots gemensamma behandlingsriktlinjer.

- En jämlik **tillgång till läkemedel** blir tvingande i systemet. Flera centra leder till en genomlysning och samordning. Dock kommer i framtiden vissa målinriktade läkemedel att vara specifika för mycket små patientgrupper varför vissa behandlingar bör samordnas till något av de olika centra.

- Nyligen har beslutats att all **strålbehandling** skall ske vid någon av Strålbehandlingsenheterna vid K. Rutiner för samarbete utarbetas för närvarande.

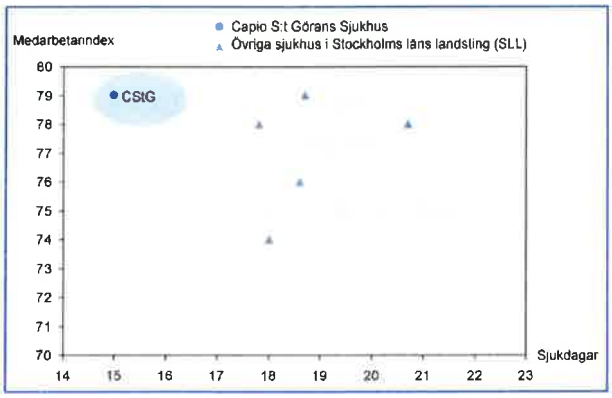
- För akut sjuka patienter samordnas bedömningsmallar med andra sjukhus i Stockholm. På CStG finns ett etablerat arbete med **direktinläggningar**. Inneliggande patienter kommer att skötas av läkare och sjuksköterskor från mottagning tillsammans med avdelningspersonal vilket kommer att leda till ökad kontinuitet.

- Det tydliga uppdraget att patienten ska vara i centrum i hela vårdkedjan leder till att samordning med "**sen palliativ vård**" etableras med gemensamma onkologiska/supportiva/palliativa mottagningar.

Effekter på bemanning och kompetensförsörjning

SLL växer med ca 30 000-40 000 invånare årligen och antalet äldre ökar med ca 2 % årligen. Diagnostik och behandling av tumörsjukdomar förfinas kontinuerligt. Sammantaget leder detta till allt längre överlevnadstider och allt fler cancerpatienter under diagnostik, behandling och/eller kontroll. En naturlig konsekvens av ovan är i sin tur ett ökat behov av personal med specifika kompetenser inom sina respektive vårdåtaganden för att möta cancerpatienter i olika stadier av vårdkedjan.

CStG är en attraktiv arbetsplats med hög personalnöjdhet jämfört med Stockholms övriga akutsjukhus (Figur 1).



Figur 1 Medarbetarindex och sjuktal. Källa: Uppgifter från respektive sjukhus 2014

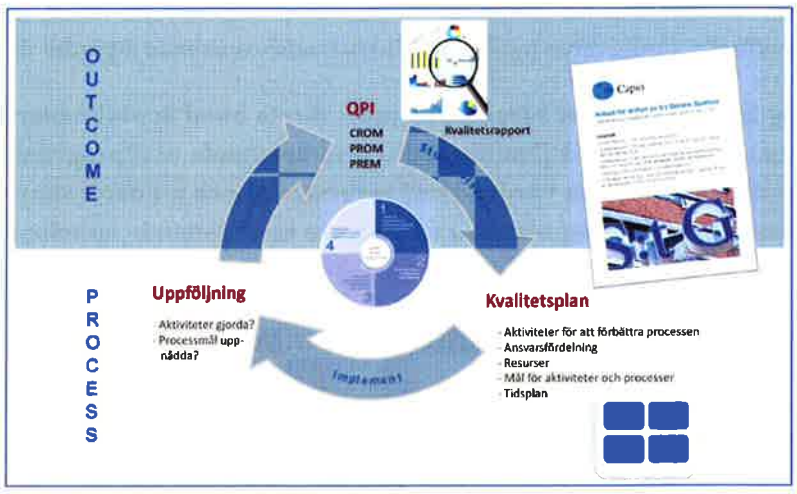
CStG:s bemanningssituation är för närvarande relativt god jämfört länets övriga akutsjukhus. Rekryteringen av olika personalkategorier till Bröstcentrum CStG har hittills gått bra. Personal som lämnat den onkologiska vården kan nu återvända till ett alternativ till den tidigare onkologiska organisationsstrukturen. Detta leder till ett nettokompetensinflöde i onkologisk verksamhet i Stockholm. Fördelen med detta är att uppbyggnaden av onkologisk verksamhet vid CStG i mindre utsträckning än befarat behöver rekrytera personal från den onkologiska vård som för närvarande bedrivs i landstingets regi.

Utöver specifik onkologisk kompetens kommer uppbyggnad av onkologisk verksamhet vid CStG att medföra utökade behov av andra specialiteter som infektion, smärtbehandling, intensivvård- och anestesi samt akut kirurgiskt omhändertagande. Dessa resurser finns redan vid CStG.

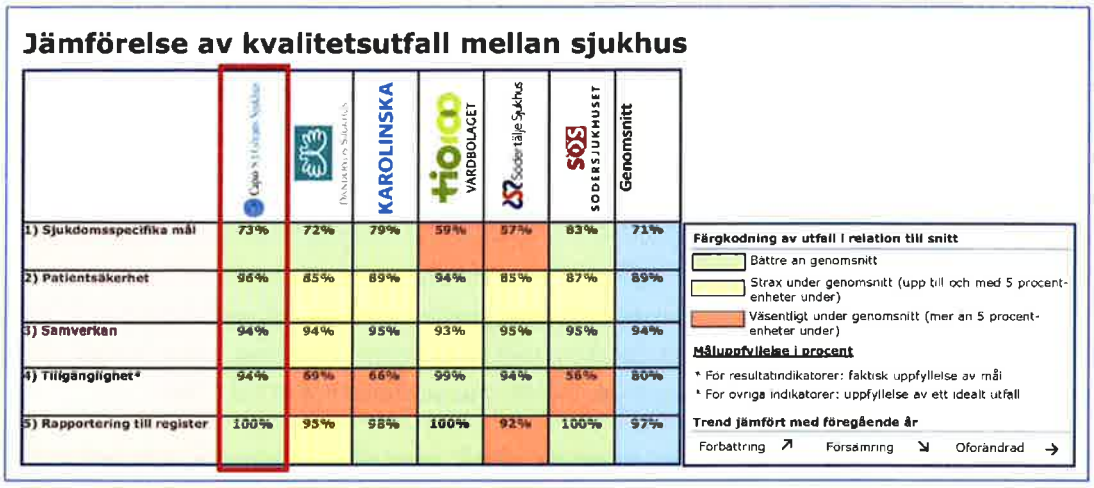
Cancervården befinner sig f.n. i ett mycket expansivt skede inom såväl diagnostik som behandling med snabbt ändrade förutsättningar. Detta leder till stora krav på kontinuerlig kompetensutveckling för personal hos - och systematisk samverkan mellan - vårdgivare med onkologiska åtaganden. CStG har väl utvecklade rutiner för strukturerad kompetensutveckling, som en del av Capiomodellen för verksamhets- och kvalitetsutveckling.

Effekter på ekonomi

Benchmarking mellan länets akutsjukhus har nyligen visat att CStG 2014 sammantaget var den resurseffektivaste vårdgivaren när hänsyn togs till produktivitet, vårdkostnad, kvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet, FoUU-åtaganden, patient- och personalnöjdhet. De goda resultaten är en följd av ett flerårigt systematiskt kvalitetsarbete enligt Capiomodellen utifrån övertygelsen att bättre kvalitet leder till högre effektivitet vilket i sin tur ger en sund ekonomi (Figur 2 och 3). Capiomodellen förutsätter regelbunden resultatredovisning och uppföljning.



Figur 2 Systematiskt kvalitetsarbete enligt Capiomodellen



Figur 3 HSF:s jämförelse av kvalitetsutfall mellan akutsjukhusen inom SLL för 2014

Grunden för jämlik vård är att alla patienter erbjuds samma möjligheter till utredning och behandling oavsett vårdgivare.

Cancervården befinner sig för närvarande i ett mycket utvecklingsintensivt skede inom såväl diagnostik som behandling med snabbt ändrade förutsättningar och möjligheter till mer individualiserad terapi. Molekylärdiagnostik, histopatologisk diagnostik, genetisk diagnostik och bilddiagnostik utvecklas alla i mycket snabb takt. Nya effektivare cancerläkemedel introduceras fortlöpandet. Parallellt med detta pågår arbetet med standardiserade vårdförlopp och kontinuerlig uppdatering av gemensamma vårdprogram och behandlingsstrategier – allt utifrån principen om jämlik vård. Detta ställer stora krav på systematisk samverkan hos vårdgivare med onkologiska uppdrag/åtaganden.

Framgångarna inom cancervården har samtidigt lett till snabbt stigande kostnader, framför allt för läkemedel där individuella vårdgivares möjlighet till kostnadsbesparande åtgärder är mycket liten.

CStGs uppfattning är att det därför i framtiden inte i första hand är skillnader i akutsjukhusens effektivitet, utan snarare kraven på jämlik vård och samordnade vårdprogram, som blir avgörande för hur den onkologiska vården skall resurssättas och att detta skapar mindre utrymme för skillnader i ersättning till olika vårdgivare med liknande onkologiska uppdrag.

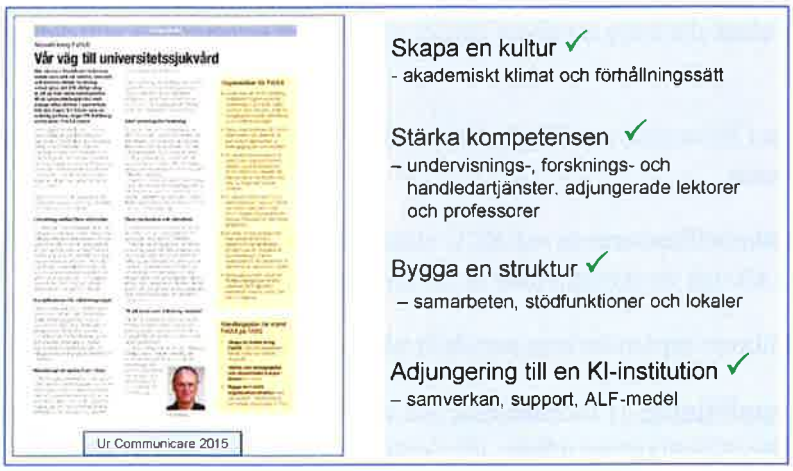
Effekter på forskning, undervisning och utveckling (FoUU)

En viktig premiss för klinisk forskning är att de onkologiska verksamheterna har en tillrättalagd och likartad infrastruktur så att alla patienter ges möjlighet till delaktighet och medverkan. Detta omfattar bl.a. anslutning till KI, forskningssjuksköterskor, biobank, IT-stöd, administrativt stöd och fysiska lokaler.

CStG har de senaste åren medvetet och strukturerat satsat på FoUU och en ”akademisering” av sjukhuset med det tydliga målet att uppfylla KI:s och SLL:s kravspecifikation för Universitetssjukvård (Figur 4). En handlingsplan har genomförts som syftar till:

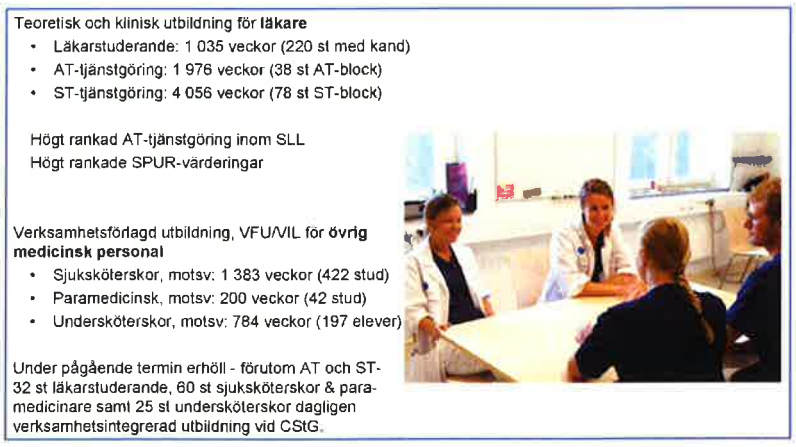
- Att i verksamheten utveckla ett akademiskt klimat, kultur och förhållningssätt

- Att aktivt medverka i landstingets undervisningsåtaganden (Figur 5)
- Att stärka de akademiska och pedagogiska kompetenserna hos medarbetarna
- Att med lämpliga stödfunktioner skapa en hållbar och faciliterande FoU-struktur
- Att ingå partnerskap med KI



Figur 4 Nuläge FoUU

CStG är redan ett undervisningssjukhus med stora åtaganden inom grund- och vidareutbildning av olika personalkategorier inom hälso- och sjukvård (Figur 5).



Figur 5 CStG:s utbildningsåtaganden 2014

CStG har inlett en fördjupad diskussion med KI kring förutsättningar och villkor för en adjungering till lämplig(a) institution(er) med syftet att den kliniska verksamheten vid sjukhuset skall stödja universitetets och landstingets ALF-åtaganden inom undervisning och forskning. CStG har även till SFI och Locum påtalat behovet av mer ändamålsenliga undervisningslokaler till det stora antal studenter och elever som har sin VFU/VIL förlagd till sjukhuset.

RCC har i dessa avseenden för Bröstcentrum starkt bidragit genom aktivt stöd till bl.a. forskningskoordinatorer, forskningssköterskor, gemensam biobank, IT-utveckling, vårdprogram m.m. CStG hoppas att motsvarande support även kan erbjudas i uppbyggnadsfasen av den onkologiska verksamheten inom prostata- och colorektalcancervården.

Effekter på forskning, undervisning och utveckling (FoUU) - patientperspektiv

- En **jämlik vård** ska även innefatta jämlik tillgång till information och deltagande i studier och forskning.
- I arbetet med Bröstcentrum CStG planeras för **forskning som en integrerad del** i hela organisationen.
- **Forskningskoordinatorer** är via RCC etablerade på de tre bröstcentra för att samordna studier och klinisk forskning vilket är en förutsättning för samverkan.
- **Biobanks**rutiner implementeras parallellt på alla tre bröstcentra inom ramen för 4D.
- En tydlig **uppföljning** av biobankning och deltagande i studier planeras inom forskningskoordinatorernas arbete, där centra kan jämföras med avseende på biobank och studier.
- Flera bröstcentra kräver en ökad transparens och **samordning av studier**, vilket möjliggör ökad delaktighet och deltagande för patienter. Gemensamma studiemöten är redan etablerade.
- **Samordning med KPE** (Kliniska Prövningsenheten) på K etableras under forskningskoordinator arbetet. Detta är centralt såväl för initiering av studier som inklusion av patienter i studier.
- Arbete är påbörjat med **gemensamma journalmallar** på alla tre bröstcentra vilket är ett första steg mot samordning med kvalitetsregister och biobank.
- Ett tydligare patientperspektiv och ökad **klinisk forskning** är önskvärd t ex om biverkningar och sideffekter. Vid CStG finns etablerade metoder för kvalitetsutveckling/forskning och återförande av resultat till klinisk rutin.
- En förbättrad **informationsstruktur** är nödvändig. På CStG pågår etablering av ett lärandecentrum där även forskningsperspektivet ska ingå.
- Vid Bröstcentrum CStG finns **forskningssjuksköterska** som finansieras av kliniken och RCC, för att säkerställa forskningsverksamhet.
- På CStG finns etablerade rutiner för **administrativt stöd** vilket är resurssparande.

Möjligheter till samverkan

Det nya organisationsförslaget kräver en systematisk samordnande funktion (via RCC, HSF, Specialitetsråd, Chefläkarråd och/eller Direktörsgruppen) för vissa gemensamma frågor som i stor utsträckning faller inom begreppet jämlik vård:

- Samarbete över organisationsgränser kring ledtider, utbildning, bemanning och kompetensförsörjning
- Utredning och diagnostik inför behandling såsom molekylärgenetisk-, bild (radiologisk)- och histopatologisk diagnostik
- Behandlingsprinciper och vårdprogram (standardiserade vårdförlopp, operationstekniker, läkemedelsbehandling, radioterapi/strålbehandling, rehabilitering)
- Genetisk utredning och rådgivning inför ärftliga cancerformer
- Forskning och utbildning – läkemedelsprövningar, biobank, grundutbildning och specialistutbildning, kompetensutveckling

Den onkologiska verksamheten ställer vidare krav på en väl strukturerad samverkan med berörda angränsande specialiter som infektion, smärt, anestesi- och intensivvård, kirurgi, geriatrik, psykiatri, ASIH och palliativ vård. I dessa avseenden är CStG väl förberedd genom redan upparbetade samarbetsrutiner med vårdgrannar som Norra Stockholms Psykiatri, Stockholmsgeriatriken och Brommageriatriken, Stockholms Sjukhem med flera förutom mellan redan befintliga interna resurser/specialiteter.

Framtidsplanen (FHS) förutsätter – och ställer stora krav på - ett stort mått av samverkan i vårdnätverket. Allt sedan upphandlingen av den somatiska akutsjukvården vid S:t Görans sjukhus avgjordes 2011/2012 är detta en del av CStG:s verksamhetsplan som regelbundet rapporteras till och uppföljs av HSF.

Capio S:t Görans Sjukhus



Britta Wallgren, VD CStG
Sofia Palmquist, Chef Programkontoret CStG
PA Dahlberg, Chefläkare Programkontoret CStG
Erika Isaksson-Friman, överläkare och forskningskoordinator Bröstcentrum CStG

SÖDERSJUKHUSET

Sjukhusledningen

SÖS 1508-0991

Södersjukhusets remissvar avseende Landstingsstyrelsens ärende "Förändrad organisation av den onkologiska vården inom Stockholms läns landsting" (LS 2015-0708)

HSN har den 28 april 2015 fattat beslut om uppbyggnad av en onkologisk klinik vid Capio S:t Görans sjukhus och överlämnat ärendet avseende delning av Karolinska Universitetssjukhuset onkologklinik till Landstingsstyrelsen för vidare beredning.

Södersjukhuset har ombetts att inkomma med synpunkter på föreslaget beslut där den onkologiska verksamheten på Södersjukhuset som idag tillhör Karolinska Universitetssjukhuset i framtiden skall tillhöra Södersjukhuset AB.

Styrelsen har sedan tidigare kännedom om ärendet dels genom att ha tagit del av Helseplans utredning och genom brev som inkommit från medarbetare vid onkologiska klinikens verksamhet vid Södersjukhuset.

Utifrån inkomna underlag ser vi goda möjligheter till att utveckla onkologin vid Södersjukhuset som en del av den samlade onkologin i Stockholm.

Inför Landstingsstyrelsens kommande beslut och inför föreslagen organisationsförändring måste flera aspekter beaktas.

- Vi noterar att man i ovan nämnda HSN beslut har utelämnat Radioterapins framtida tillhörighet. I Helseplans utredning förordas en gemensam strålbehandlingsklinik under ledning från Karolinska Universitetssjukhuset (alternativ 4A). Södersjukhusets uppfattning är att radioterapin är en central del av den onkologiska processen och dess organisatoriska hemvist måste klargöras.

- "Central samordningsstruktur"- i utredningen talas om en samordningsstruktur och vi anser att samordning kan delas upp i flera delar. Vi anser att samordningsansvaret skall ligga hos ägarfunktionen eller delegeras därifrån.

    - Fördelning av diagnosgrupper – i linje med cancerplanen.

    - Samordning av vårdprocesser och behandlingsriktlinjer mm - Södersjukhuset förordar en partsammansatt grupp mellan de tre kommande aktörerna och där RCC har en rådgivande funktion.
    - Kompetensförsörjning – vid uppdelning av verksamheten måste en plan finnas för att säkra kompetensen både vid

Södersjukhuset AB
Besöksadress: Sjukhusbacken 10 *Postadress* 118 83 Stockholm *Telefon:* 08-616 10 00
E-post: thomas.arnhjort@sodersjukhuset.se *Styrelsens säte:* Stockholm *Organisationsnummer* 55 65 95-7403

verksamhetsövergången och för framtiden, en plan som tydliggör ansvar för t.ex. utbildningsuppdrag och finansiering för dessa.

- Forskning och utveckling. En gemensam plan behöver tas fram för fördelning av medel och för att få tillgång till nödvändigt patientunderlag samt för att sprida nya forskningsrön och behandlingsmetoder till samtliga patienter.

- Frågor som bör hanteras av HSF är bland andra:

  - Palliativvård med kostsamma läkemedel måste särskilt beaktas för att ge länets medborgare än mer jämlik vård.

  - Jämlik vård – kontinuerlig benchmarking mellan de tre siterna bör ske för att alla patienter skall uppleva att vården är likvärdig utifrån flera aspekter som till exempel behandlingsrutiner, tillgänglighet, läkarkontinuitet och bemötande. Framtagande av gemensamma uppföljningskriterier avseende kvalitet, implementering av forskningsresultat, kompetensnivåer mm bör tas fram.

- Akademisk tillhörighet – måste utredas i särskild ordning tillsammans med Karolinska Institutet.

- Ekonomi – Södersjukhuset förutsätter liksom utredaren från Helseplan att den framtida onkologiska verksamheten kommer att ha ekonomiska förutsättningar som täcker kostnader men också för att utveckla verksamheten mot en än mer individualiserad vård.

Slutligen vill vi framföra önskemål om att beslut och verkställighet i frågan fattas skyndsamt. Detta för att undvika oro i medarbetargruppen och för att vända aktuell frustration till konstruktiv utveckling.

Ovanstående remissvar har styrelsebehandlats den 30 september.

Stockholm 2015-09-30

Kajsa Lindståhl
Styrelseordförande

Tomas Movin
Vd

Södersjukhuset AB
Besöksadress Sjukhusbacken 10 *Postadress* 118 83 Stockholm *Telefon* 08-616 10 00
E-post thomas.arnhjort@sodersjukhuset.se *Styrelsens säte* Stockholm *Organisationsnummer* 55 65 95-7403