Stockholms läns landsting

22

Skrivelse av Gunilla Roxby Cromvall (V) om de tjugo cancerpatienter som ej fått vård i tid

LS 2017-1419

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2018-02-14

LS 2017-1419

Landstingsstyrelsen

Skrivelse av Gunilla Roxby Cromvall (V) om de tjugo cancerpatienter som ej fått vård i tid

Föredragande landstingsråd: Irene Svenonius

Ärendebeskrivning

Gunilla Roxby Cromvall (V) har till landstingsstyrelsen lämnat en skrivelse med tre frågor kring försenade canceroperationerna på Karolinska Universitetssjukhuset sommaren 2017.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att anse skrivelsen besvarad.

Landstingsrådsberedningens motivering

Varje fall där patienter får vänta längre än garantitid eller medicinsk bedömning anger, är oacceptabelt. I synnerhet gäller detta vid diagnoser där lång väntan riskerar att avsevärt försämra patientens tillstånd. Stockholms läns landsting – och Karolinska Universitetssjukhuset – måste säkerställa att kösituationen inom cancervården under sommaren 2017 inte uppstår igen.

I Mål och Budget 2018 klargörs att målet för Hälso- och sjukvården i Stockholms län är ”trygg, tillgänglig, av hög kvalitet och präglas av valfrihet.” Ett viktigt mål är vård i rätt tid och på rätt plats. Det i sin tur innebär rimliga väntetider, där omhändertagande efter individens behov och inom vårdgarantins gränser är vägledande parametrar, liksom de tider som anges för cancer enligt standardiserade vårdförlopp.

Det landsting med högst andel patienter som överlever cancer är Stockholms läns landsting (73,6 procent relativ 5-årsöverlevnad hos patienter 30-89 år).

Dessvärre har köerna till operationer ökat kraftigt i hela landet sedan den rödgröna regeringen tillträdde 2014 och tog bort den effektiva kömiljarden. Detta har lett till att varje enskilt landsting har fått ett större ansvar att ta egna initiativ för att hålla nere väntetiderna.

Därför satsar Alliansen i SLL ytterligare en halv miljard 2018 på att korta köer i den budget som redan omsluter 59 miljarder kronor och som klubbades så sent som i juni. 160 miljoner ska gå till husläkarmottagningarna och 340 miljoner ska användas för att minska köerna till operationer, med fokus på barnsjukvård och patienter med cancer.

Som mest stod i somras 20 personer i operationskö för cancer i övre bukhålan. Denna kö, specifikt för patienter med cancer i övre delen av bukhålan, är bortarbetad av medarbetarna på Karolinska Universitetssjukhuset. Det förutsätts att sjukhuset har sådan kontroll i sin verksamhet att den inte återuppstår.

Karolinska Universitetssjukhuset har tydligt redogjort för det i skrivelsen berörda händelseförloppet och för vidtagna åtgärder. Bland annat har två fall där cancerpatienter kan ha orsakats skada av att de väntat för länge anmälts enligt Lex Maria. Nu inväntar landstinget IVO:s utlåtande i dessa fall. IVO:s utlåtande och bedömning är avgörande för om landstinget behöver vidta ytterligare åtgärder för att skaffa mer uttömmande kunskap om händelseförloppet.

Det tar tid att komma upp i kapacitet efter en flytt och Karolinska trappar upp långsamt av patientsäkerhetsskäl. 2018 kommer att vara ett utmanande år för Karolinska där många av de förändringar som planerats ska genomföras. Sjukhusets och landstingets resurser ska i första hand användas till att underlätta detta arbete, förbättra vården och korta ner väntetider för det gagnar patienterna.

Karolinska arbetar aktivt med hanteringen av det aktuella köläget och har fullt fokus på att korta köerna. Karolinska universitetssjukhusets styrelse kommer ytterligare att stärka kontroll och styrning av vårdköer och vårdkapacitet genom styrelseutskottsarbete. Karolinska har också fört dialoger med de andra sjukhusen och andra vårdgivare inom länet för att utvärdera möjligheten till stöd rörande de kirurgiska köerna och har även initierat flera samarbeten, initialt i mindre skala, som kommer att utvidgas under våren. Landstingsdirektören har också fått ett uppdrag att vidta

åtgärder för bättre styrning ledning och kontroll, där också en översyn av rutiner för samarbete och informationsöverföring mellan sjukhusen görs.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 22 januari 2018
Skrivelse från Gunilla Roxby Cromvall (V) den 14 november 2017
Informationsunderlag från Karolinska Universitetssjukhuset
Informationsunderlag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Irene Svenonius

Gustaf Drougge

Stockholms läns landsting

2018-01-22
LS 2017-1419

Landstingsstyrelsen
Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab
Ingela Erneholm

Landstingsstyrelsen

Skrivelse av Gunilla Roxby Cromvall (V) om de tjugo cancerpatienter som ej fått vård i tid

Ärendebeskrivning
Gunilla Roxby Cromvall (V) har till landstingsstyrelsen lämnat en skrivelse med tre frågor kring försenade canceroperationerna på Karolinska Universitetssjukhuset sommaren 2017.

Beslutsunderlag
Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 22 januari 2018
Skrivelse från Gunilla Roxby Cromvall (V) den 14 november 2017
Informationsunderlag från Karolinska Universitetssjukhuset
Informationsunderlag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Förslag till beslut
Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att anse skrivelsen besvarad.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Gunilla Roxby Cromvall (V) har lämnat en skrivelse med tre frågor gällande försenade canceroperationer på Karolinska Universitetssjukhuset sommaren 2017, bland annat om Stockholms läns landsting kommer att gå ut med en offentlig ursäkt till de drabbade.

Karolinska Universitetssjukhusets chefläkare har gått igenom de aktuella patientfallen och i tre fall bedömt att handläggningstiden skulle ha kunnat ge upphov till en undvikbar vårdskada. Dessa har anmälts till Inspektionen

för vård och omsorg (IVO) och sjukhuset har bett dessa patienter och närstående om ursäkt för att de har väntat länge.

Förvaltningen föreslår att skrivelsen ska anses besvarad.

Bakgrund
Gunilla Roxby Cromvall (V) har den 14 november 2017 lämnat en skrivelse i landstingsstyrelsen med anledning av artiklar i media gällande försenade canceroperationer på Karolinska Universitetssjukhuset. I skrivelsen ställs följande frågor:

1) Kommer Stockholms läns landsting gå ut med en offentlig ursäkt till de drabbade?
2) Kommer Stockholms läns landsting betala ekonomisk ersättning till de drabbade?
3) Kommer Stockholms läns landsting tillsätta en haverikommission för att utreda vad som gått fel och säkerställa att det aldrig händer igen?

Överväganden
Hälso- och sjukvården i Stockholms län ska vara trygg, tillgänglig, av hög kvalitet och präglas av valfrihet, vilket uttrycks i SLL Mål och budget 2018, LS 2017-0452. Ett viktigt mål för hälso- och sjukvården är därför Vård i rätt tid och på rätt plats. Det innebär att vården ska utmärkas av rimliga väntetider, där de vägledande parametrarna för omhändertagandet är individens behov och vårdgarantins gränser.

Karolinska Universitetssjukhusets chefläkare har gått igenom de aktuella patientfallen och i de fall chefläkaren bedömt att handläggningstiden skulle ha kunnat ge upphov till en undvikbar vårdskada, har dessa anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt sedvanliga rutiner. Tre Lex Maria-anmälningar kopplade till det aktuella ärendet har gjorts. Karolinska Universitetssjukhuset har bett dessa patienter och närstående om ursäkt för att de har väntat länge och vidtagit riskförebyggande åtgärder för en ökad tillgänglighet.

Det inkomna faktaunderlaget från Karolinska Universitetssjukhuset kring händelseförloppet och sjukhusets förebyggande arbete bifogas, liksom faktaunderlag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Mot bakgrund av den inkomna informationen och Karolinska Universitetssjukhusets arbete med riskförebyggande åtgärder föreslår förvaltningen att skrivelsen ska anses besvarad.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet har inte några ekonomiska konsekvenser.

Malin Frenning
Landstingsdirektör

Carl Rydingstam
Chef ledningsstaben

Beslutsexpediering:
Akt
Landstingsdirektörens stab

Godkänd av Malin Frenning, 2018-01-24

Stockholms läns landsting

SKRIVELSE

LANDSTINGSSTYRELSEN
Vänsterpartiet

2017-11-14

Skrivelse från Gunilla Roxby Cromvall om de tjugo cancerpatienter som ej fått vård i tid

Dagens Nyheter har de senaste veckorna rapporterat om tjugo svårt sjuka cancerpatienter som i somras fastnade i kön till livsavgörande operation. För åtminstone en av dem hann cancern under tiden sprida sig så att den inte längre kunde opereras.

Personalbrist uppges som en orsak till de växande köerna. Enligt rapporteringen valde en grupp erfarna operationssjuksköterskor under våren att sluta eftersom de hamnat efter lönemässigt. Att byta arbetsplats var det enda sättet för dem att få upp sin lön. Karolinska lyckades inte ersätta dem som slutat och kunde därför inte bemanna alla sina operationssalar.

Dålig planering framstår som en annan orsak. Chefsläkaren i Stockholms läns landsting uppger att han aldrig fått information om situationen. På Danderyds sjukhus kände de till läget och signalerade till Karolinska sjukhuset Huddinge att de hade kapacitet att ta emot patienterna istället, men Karolinska ansåg inte att Danderyds sjukhus hade kompetens att genomföra dessa operationer. Således fick patienterna fortsätta vänta.

Oavsett om det är dålig planering, bristande personalpolitik eller prestige som ligger bakom det som nu har inträffat, så har tjugo människor råkat oförsvarbart illa ut.

Mot bakgrund av ovanstående vill jag ha svar på följande frågor:

1. Kommer Stockholms läns landsting gå ut med en offentlig ursäkt till de drabbade?

2. Kommer Stockholms läns landsting betala ekonomisk ersättning till de drabbade?

3. Kommer Stockholms läns landsting tillsätta en haverikommission för att utreda vad som gått fel och säkerställa att det aldrig händer igen?

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Somatisk Specialistvård

PM
2018-01-04

Lena
Sundberg

Underlag från HSF (beställaren) ang skrivelse ställd till LS från Gunilla Roxby Cromvall (V)

Tillgänglighet är en prioriterad fråga när Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer upp akutsjukhusens avtal. I enlighet med akutsjukhusens avtal utgår också viten för väntande över vårdgarantins gränser. Det är varje vårdgivares ansvar att göra de medicinska prioritering som behövs. Karolinska Universitetssjukhuset (K) har under en tid haft problem med för många väntande över vårdgarantins gränser. Uppföljning av aktuella väntetider och åtgärdsplaner har diskuterats vid varje uppföljningsmöte med sjukhuset.

Mot bakgrund av brister i tillgängligheten vid K har landstingsdirektören sedan september 2016 begärt in månatliga rapporter avseende antal väntande samt åtgärdsplaner.

Problemen med bristande tillgänglighet vid K har förklarats framförallt av personalbrist främst vad gäller sjuksköterskor vilket i sin tur skapat problem med att kunna hålla alla vårdplatser öppna. Vidare är sjukhuset mitt inne i en förändringsperiod till följd av flytten till NKS och en förändring mot ett mer renodlat högspecialiserat uppdrag.

Karolinska Universitetssjukhuset har inte påtalat att man inte skulle kunna klara sitt högspecialiserade uppdrag inklusive cancervården. När det gäller ledtider för cancerpatienter så gäller andra tidsgränser än vårdgarantins gränser. Inom ramen för det nationella arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) har ledtider för varje cancerområde tagits fram.

Cancerförloppet mäts från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling. Ett rapportverktyg har tagits fram under ledning av Regionalt Cancercentrum (RCC) och detta kan börja användas under december 2017.

Under försommaren 2017 fick Hälso- och sjukvårdsförvaltningen signaler om för långa ledtider avseende operation av cancerpatienter inom övre abdominell kirurgi. HSF kontaktade då K som återkom med besked att de klarade sitt uppdrag.

Ledningarna för Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har också kontinuerligt särskilda möten med Karolinska Universitetssjukhusets ledning där tillgänglighetsfrågor alltid finns med på dagordningen.

Information om aktuella väntetider och problem med väntande över vårdgarantins gränser har presenterats vid flera tillfällen av HSF vid akutsjukvårdens beredningsgrupp.

Ersättning för inställda operationer finns i SLL om operationen ställts in inom 48 timmar. Patienten måste själv ansöka om detta hos vårdgivaren. Ersättningen är 1500 kronor.

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

10/01/2018 Dnr: K 2017-5485

Handläggare Karolinska:
Mia Ejendal

Ingela Erneholm
Landstingsdirektörens stab

Underlag från Karolinska universitetssjukhuset till svar på skrivelse från Västerpartiet respektive Socialdemokraterna och Miljöpartiet beträffande försenade canceroperationer

Chefläkare har gått igenom relevanta patientfall och i de fall man bedömt att handläggningstiden skulle ha kunnat ge upphov till en undvikbar vårdskada, har dessa anmälts till IVO enligt sedvanliga rutiner. Tre sådana Lex Maria-anmälningar kopplade till det aktuella ärendet har gjorts. Sjukhuset har bett dessa patienter/närstående om ursäkt för att de har väntat länge.
Orsaken till väntan var företrädesvis kapacitetsbrist avseende vårdplatser och operationsresurser förorsakat av brist på personal, företrädesvis sjuksköterskor. Vi har även noterat förbättringsområden inom Patientområde Övre buk avseende planering och uppföljning av verksamheten samt medicinsk prioritering av patienter.

Definitioner väntetid

Man bör ha i åtanke att det finns olika gränsvärden för väntetid.
Vårdgarantin är en del av hälso- och sjukvårdslagen samt patientlagen och reglerar hur snabbt man som patient skall erbjudas icke-akut behandling. Vårdgarantin innebär att man som patient skall erbjudas operation/behandling/besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar.
Utöver vårdgarantin har Karolinska lagt ett *internt tröskelvärde* för de flesta typer av canceroperationer med målet att patienten ska opereras inom 30 dagar från det att hen anmälts till operation.
För flera cancerdiagnoser har *standardiserade vårdförlopp*, SVF, definierats. Arbetet med SVF inleddes 2015 i form av ett stegvis införande. Primärt fokus initialt är att skapa en sammanhållen utredningsprocess som på sikt ska förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. De stipulerade tidsgränserna varierar mellan diagnoser och behandlingar, och det är just tidpunkten för välgrundad misstanke om cancer och tidpunkten för start av första behandling/åtgärd som registreras. Jämfört med vårdgarantin är siffrorna för tidsuppföljning inom SVF mer osäkra eftersom startpunkten för de olika förloppen inte mäts på samma sätt inom och mellan landsting och eftersom startpunkten ofta ligger inom primärvården vilken ofta har ett annat IT-system än den specialiserade vården. Eftersom införandet av SVF sker gradvis och dagens siffror inte är helt tillförlitliga mäter och relaterar Karolinska i dagsläget till vårdgarantin och den interna tidsgränsen på 30-dagar

samtidigt som vi arbetar med SVF-tiderna som målsättning

Riskförebyggande åtgärder

De riskförebyggande åtgärder som vidtagits för en ökad tillgänglighet på Karolinska har under inledningen av hösten fokuserat på sjukhusets väntetider inom, t.ex. övre abdominell cancer. Förutom den lokala uppföljningen har sjukhuset var 14e dag en central uppföljning av väntande inom våra olika grupper av cancerpatienter. Genom interna omprioriteringar och samarbete i SLL-nätverket har väntetiderna inom dessa områden nu kommit under rimlig kontroll. Parallellt med detta har en plan som knyter an till nivåstrukturering och utökat samarbete inom SLL-nätverket tagits fram på sjukhusdirektörsnivå om en tydligare koncernsamverkan kring applicering av framtidsplanen, styrning av akuta flöden och obalanser i tillgänglighet mellan olika vårdgivare.

Fyra fokusområden internt och externt för ökad tillgänglighet är:

- Minska behovet av slutenvård och operation genom fortsatt poliklinisering samt identifiering av ingrepp som kan göras av andra vårdgivare utanför Karolinska.
- Öka tillgänglig kapacitet dels på vårdplatssidan (Se appendix 1), dels på operationssidan där operationskapacitet har upphandlats externt och samtidigt har kontakt tagits med de andra sjukhusen inom SLL för större samverkan kring patientgrupper där Karolinska inte är ensamutförare. Funktion Perioperativ medicin och Intensivvård (PMI) har på sjukhuset också startat ett program med betald utbildning av operations-, IVA- och anestesisjuksköterskor vilket på längre sikt kommer att stärka sjukhusets interna kapacitet.
- Öka utnyttjandet av befintlig kapacitet genom tydligare uppdelning av akuta och elektiva flöden, förbättrade rondrutiner, bättre utnyttjande av operationsavdelningarna samt synkronisering mellan vårdplats- och operationskapacitet.
- Medicinska prioriteringar inom befintlig kapacitet där fokus för resurstilldelningen ligger på de områden där Karolinska är ensamutförare som t.ex. övre abdominell cancer.

Patientområde Övre buk

Karolinska har kunnat utöka antalet slutenvårdsplatser inom Patientområde (PO) Övre buk från 18 platser i början av augusti till 28 platser under hösten, och planen är att vi ska ha 35 platser under början av feb.

Inom verksamheten PO Övre buk har regelbundna planerings- och prioriteringsmöten med läkar- och omvårdnadschefer samt vårdplanerare, liksom med PMI startats för att

- balansera och optimera utnyttjandet av befintlig vårdplats- och operationsresurs,
- utifrån en mer stringent medicinsk prioritering planera för patienter med störst behov av en snar operation
- genom minutiös uppföljning tidigt kunna agera på diskrepans mellan inflöde och tillgänglig kapacitet

Åtgärderna är alla påbörjade men vissa delar, tex poliklinisering, är gradvisa processer som under hösten 2017/våren 2018 kommer att fortgå och kontinuerligt följas upp och utvärderas. Ansvaret för uppföljning av de sjukhus- och SLL-övergripande åtgärderna ligger hos

ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset. Ansvar för implementering av åtgärderna på patientområdesnivå åligger patientområdeschefen (motsv. verksamhetschef). Information till Hälso- och sjukvårdspersonalen sker genom Karolinskas interna hemsida Inuti och genom dialogmöten (Se appendix 2) samt lokalt genom verksamhetsinformationsmöten på PO Övre buk respektive på APT.

Appendix 1

Inuti 2017-11-08

Åtgärder för att öppna fler vårdplatser

VÅRDPLATSER: Karolinskas ledningsråd (tema-, funktions- samt stabschefer) har under hösten fokuserat på att ta fram konkreta åtgärder för att öppna fler vårdplatser. Nu finns en handlingsplan för ökad bemanning.

Tillgången på sjuksköterskor inom slutenvården, och särskilt nattsjuksköterskor, har identifierats som ett speciellt viktigt område att förbättra. Under hösten har möten och workshops genomförts för att identifiera vilka aktiviteter som kan bidra bäst till detta.

Nu har ett antal åtgärder identifierats utifrån principerna att de ska ha hög effekt där bristen är som störst (inom slutenvården) och att de ska kunna genomföras snabbt samt kräva minimalt med utvecklingsåtgärder för att kunna sättas i verket.

Alla chefer har nu fått information om dessa åtgärder, så att de kan använda dem vid rekrytering. Några exempel på nya åtgärder är:

- En kvarstannandebonus baserad på dubblering av natt-ob införs under en prövotid mellan 1/11 2017 och 28/2 2018 för sjuksköterskor som arbetar natt inom slutenvården. Därefter utvärderas effekten och möjligheter till expandering och förlängning.
- För alla sjuksköterskor inom dygnet-runt-verksamheten ger arbetstidsavtalet mellan Stockholms läns landsting (SLL) och Vårdförbundet (VF) nu bland annat möjlighet till bonus motsvarande 20 timmar i timbank alternativt utbetalning i pengar för 2017. För 2018 utökas bonus till att motsvara 40 timmar i timbank alternativt utbetalning.

Andra, redan pågående aktiviteter som nu förstärks ytterligare är:

- Utökat chefsstöd i samband med rekrytering via Rekryteringscenter och rekryteringspartner.
- En rekryteringsbonus till medarbetare som bidrar vid rekrytering av sjuksköterskor till dygnet-runt-verksamhet utanför SLL till Karolinska.
- Fortsatt införande av hälsosamma scheman och stärkt fokus på arbetsmiljöarbete. Vårdtyngdsmätning inom hela slutenvården och genomlysning av rutiner för tidig rondning ska genomföras.
- "Workshifting" som ger effektivare användning av kompetens ska användas i större utsträckning. Det handlar om att möjliggöra för till exempel sjuksköterskor och undersköterskor att arbeta på toppen av sin kompetens genom att de avlastas uppgifter som andra grupper kan göra genom exempelvis samarbete med hälsoprofessioner och vårdnära service.
- Fortsätta implementera kompetensstegen för att tydliggöra kompetensutveckling och karriärvägar.

Har du frågor om satsningen så kontakta i första hand din chef.

Vill du få mer information om Karolinskas arbete för att öppna fler vårdplatser och öka bemanningen så välkommen till de öppna dialogmöten som hålls inom kort.

Appendix 2

Inuti 2017-11-06

Välkommen på dialogmöte om vårdplatser och köer

ÖPPNA MÖTEN. Svårt att hitta vårdplatser och långa köer till operation – det är en verklighet som många av oss möter i vardagen. Annika Tibell bjuder nu in alla som är intresserade av dessa frågor till öppna möten för att ge en helhetsbild och berätta om vad som görs men också för att ge möjlighet att ställa frågor.

Svårt att hitta vårdplatser och långa köer till operation – det är en verklighet som många av oss möter i vardagen och som också har rapporterats och diskuterats i media. I slutet av sommaren tillträdde jag min nya roll som operativ direktör och biträdande sjukhusdirektör. Sedan dess har mitt fokus legat på vårdplatser och operationsresurser, för att vi på Karolinska ska kunna ge den högspecialiserade och specialiserade vård som är vårt uppdrag.

Vi är många som tillsammans arbetar med dessa frågor. Flera åtgärder för att minska köerna påbörjades i våras och fortsätter under hösten. Bland annat har det upphandlats mer kapacitet för barnoperationer av externa aktörer. En liknande insats planeras för vuxenoperationer. Satsningen på mer dagvård är också en viktig del, som kommer att intensifieras. Flera andra åtgärder planeras med målsättningen att vi ska nå det läge där vi vill vara i vår verksamhet – ett läge där våra patienter alltid får den vård de behöver vid rätt tidpunkt och där medarbetarna har en god och utvecklande arbetsmiljö.

Jag vill bjuda in alla som är intresserade av dessa frågor till öppna möten för att ge en helhetsbild och berätta om vad som görs men också för att ge möjlighet att ställa frågor. Tid för dialog kommer att prioriteras. På mötena deltar, tillsammans med mig, några tema- och funktionschefer varje gång.

Varmt välkommen!

Annika Tibell, operativ direktör och biträdande sjukhusdirektör

Tid och plats:

Solna

Måndag 13 nov kl 12-13 i Nanna Svartz
Måndag 13 nov kl 20-21 i Nanna Svartz

Huddinge

Måndag 20 nov kl 20-21 i Birkeaulan
Onsdag 22 nov kl 10-11 i C187

Appendix 3

Händelserna kring de aktuella operationerna, Gastrocentrum, Karolinska

När sommarplaneringen 2017 klarlagts kontaktade verksamhetschefen på Gastrocentrum under maj – juni, vid flera tillfällen, andra universitetssjukhus i landet som omfattas av nivåstrukturering v g behandling av cancer i bukspottskörtel och lever. Situationen var ansträngd på övriga regionala centra med långa operationsköer.
DN har beskrivit att Karolinska tackade nej till hjälp från Danderyds sjukhus (DS) under sommaren 2017. Första mailkontakt från DS om väntetid inom canceroperation ägde rum den 21 juni, då sektionschefen för övre abdominal kirurgi på DS uttryckte sin oro för långa väntetider vid Karolinska Huddinge för patienter med cancer i övre delen av bukhålan. Sektionschefen meddelade att DS skulle kunna avlasta Karolinska genom att operera patienter med premaligna pankreasförändringar (ej cancerfall), samt utföra mindre leveroperationer samt operationer av patienter med magsäckscancer. Mailet besvarades inom 1 dygn från patientflödeschefen för esofagus/magsäckssjukdomar. Med tanke på att man på DS inte har opererat patienter med pankreascancer på länge* och inte heller medelavancerad/avancerad levercancer, har sektionschefen på Karolinska Huddinge föreslagit att DS kunde avlasta Karolinska med att operera icke-högspecialiserade fall i syfte att frigöra resurser på Karolinska för att kunna operera patienter med bukspottskörtel- och levercancer.
Den 27 juni svarade sektionschefen på DS att DS sedan flera år har ett pågående arbete med att avlasta Karolinska och man hade inget förslag på möjliga planer för extra insatser under sommaren.
Tillförordnad verksamhetschef för Gastrocentrum frågade per mail den 28 juni sektionschefen på DS om vilka resurser man hade under sommaren i syfte att skicka utvalda patienter till DS. Man fick ett svar den 4 juli att man kan ta emot en patient under juli (v 29) och möjlighet att ta 1-2 patienter per vecka from v 31. DS fick en patient med magsäckscancer som diskuterades på en konferens i början av juli. En annan patient med tidig magsäckscancer överremitterades i början av augusti. Ansvariga läkare på Karolinska bedömde att dessa två patienter kunde opereras på DS utan att detta skulle innebära extra risker för patienterna då sådan kirurgi har utförts på DS till helt nyligen. Patienter med premaligna förändringar på bukspottskörteln (ej cancer) bedömdes kunna vänta på operation.
Behovet var störst under juli månad p g a mycket minskade operationsresurser under dessa veckor. DS kunde då enbart ta emot den patient som remitterades då. Under början av augusti hölls flera möten internt på Karolinska om situationen med väntande patienter och operationsmöjligheterna förbättrades successivt under augusti och början av september efter att man styrt om resurser. Dessa förändringar har lett till mycket bra effekt på tillgänglighet inom cancer. I slutet av augusti hade Gastrocentrum få patienter med cancer som väntade på operation och vår bedömning var då att det är säkrare för patienterna att vänta på operation något längre tid i stället för att bli opererade på ett sjukhus där man saknar erfarenhet av att operera patienter med avancerad cancersjukdom i pankreas och levern. Även om en kirurg från Karolinska skulle kunna operera på DS saknas den högspecifika kompetensen i resten av vårdteamet före, under och efter operationerna och i vissa fall även speciell operationsutrustning.
Gastrocentrum hade fortlöpande dialog med DS. Målet var att remittera fler patienter dit men p g a mycket begränsade resurser även på DS och bristande erfarenheter kring att operera och ta hand om patienter med medelsvår och svår cancersjukdom av dessa typer var det svårt att remittera flera patienter än ovanbeskrivna två patienter. För högspecialiserad kirurgi krävs kompetens i ett helt team, både på operation, på vårdavdelning och på mottagningen och det tar lång tid att utveckla dessa kompetenser. Det är mycket viktigt att det ska finnas resurser och erfarenhet att ta hand om eventuella komplikationer på plats och att inte transportera

patienter mellan olika sjukhus under samma vårdtillfälle. På DS har man inte opererat patienter med pankreascancer sedan länge. Att operera patienter med pankreascancer på ett sjukhus utan att det finns förutsättningar för sådana operationer kan innebära att patienterna utsätts för allvarlig risk.

Efter sommaren har Karolinska kunnat göra en särskild insats inom operation för cancer i övre bukhålan tack vare ett samarbetat mellan Gastrocentrum, PO Övre buk och andra avdelningar inom sjukhuset samt andra sjukhus inom SLL. Man har fördelat om resurser och optimerat samarbetet mellan olika kliniker och har även utvecklat ett prognosverktyg som ger bättre överblick över patientflödet och väntetiderna inom cancer. Detta har gett resultat och PO Övre buk har sedan flera månader tillbaka inte längre cancerpatienter som har väntat längre än 30 dagar (dvs internt tröskelvärde). PO Övre buk har klarat av jul- och nyårshelgerna utan att ha någon patient med cancer i övre bukhålan som har väntat längre än 30 dagar på operation.

*Angående regional nivåstrukturering. I Stockholm inleddes centralisering av operationer av bukspottskörtel- och levercancer till Huddinge sjukhus 2005. Idag är patientflödet pankreas/bukspottskörtel en av Europas 5 största och resultatet står sig väl i internationell jämförelse. Under 2016 diskuterades 1900 fall med pankreassjukdom på den multidisciplinära teamkonferensen. I konferensen deltar pankreaskirurger, röntgenläkare, onkologer och vissa fall patologer från Karolinska samt inremitterade läkare som har möjlighet att delta via länk. Uppskattningsvis 1000 fall rörde bukspottskörtelscancer. 260 patienter opererades. I en andel av fallen, 2016 13%, kunde kurativ kirurgi tyvärr ej genomföras (sk open/close). Trots noggrann utredning är det inte alltid möjligt att upptäcka spridning före operationen.
Från och med november 2017 har Karolinska ett nationellt uppdrag att operera lokalt avancerad bokspottskörtelscancer och gallgångscancer. Dessa operationer kommer bara att utföras på två centra i landet, där det andra är Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Appendix 4

Inuti
2017-11-10

Brist på högspecialiserad personal orsak till ökade väntetider för behandling inom pancreasflöde

AKTUELLT. Sommarens väntetider för operation inom patientflöde pancreas, bukspottkörtelcancer, orsakades bland annat av brist på sjuksköterskor inom slutenvården och operationsavdelningen. En flaskhals som inte löses i en handvändning, då operationerna kräver högspecialisering i alla led, från operation till eftervård. Samtidigt var andra cancercentra i landet fullbelagda.

Enligt ett landstingsuppdrag från 2005 ska de mest högspecialiserade canceroperationerna i länet utföras på Karolinska Universitetssjukhuset. Det innebär bland annat cancer i övre bukhålan, som lever och pancreas (bukspottskörteln).

I somras var läget allvarligt, då väntetiden för några patienter översteg Karolinska Universitetssjukhusets målvärden. Bristen på operationssjuksköterskor var en av flera bidragande faktorer till att Karolinska hade svårt att ge vård i tid. Situationen var liknande på övriga cancercentra i Sverige, de enda sjukhus som utför de högspecialiserade operationer, med avancerad efterbehandling, som utvecklad pancreascancer innebär.

- Bristen på operationsresurser var dessvärre inget unikt för Karolinska under sommaren, alla universitetssjukhus hade problem med långa väntetider. Den här typen av operationer görs på bara sex ställen i landet, så antalet sjukhus som vi kan skicka patienter till är begränsat. Vi ringde runt till andra centra men fick nej, och vi fick i vår tur förfrågningar från andra håll i landet, liksom från Danmark, förklarar Karouk Said, patientflödeschef för Övre buk, Tema Cancer.

Anledningen till att enbart vissa cancercentra utför avancerade canceringrepp är att hela vårdförloppet måste vara uppbyggt kring ingreppen. Dels för själva det högspecialiserade ingreppet, som i fallen med framskriden pancreas- och levercancer kräver mycket erfarna kirurger och operationssjuksköterskor. Dels gällande för- och eftervården som även den fordrar högspecialiserade metoder på grund av den stora risken för komplikationer.

- Jobbar man med högspecialiserad kirurgi så krävs kompetens i ett helt team, både på operation, på vårdavdelningen, på mottagningen och även i forskningen, säger chefen för Tema Cancer, Harald Blegen. Vårdenhetschef Camilla Hultberg håller med:

- Det är ett hantverk som tar tid att lära sig. Det är som att vara kirurg, man måste ha x antal operationer i ryggen eftersom det vi gör är så specifikt, säger hon.

Med andra ord är frågan om att skicka patienter i detta patientflöde till andra sjukhus i länet för operation, inte enkel:

- Tack vare att vi är ett cancercentra som har det här patientflödet kan vi systematiskt flytta gränserna hela tiden. Med högre antal operationer och mer erfarenhet går det att operera mer

komplicerade fall. Vi kan ibland se på röntgenbilderna att det är gränsfall för att kunna operera, men vi gör det ändå för att kunna hjälpa patienterna. Och vi lyckas i många fall, där andra vårdgivare har sagt att det inte går, säger Karouk Said.

Urban Arnelo, överläkare, pancreaskirurg och numera patientflödeschef för pancreas menar att behandlingen, trots de väntetider som uppstod i somras, aldrig har varit bättre:

- Vi erbjuder fler patienter hjälp, äldre patienter, och sjukare patienter, som får väldigt bra vård, säger han.

Att operera en patient på ett annat sjukhus, ett icke-cancercentra, kan innebära större risker för patienten:

- Det kan vara en risk att operera en patient på ett sjukhus där man inte har gjort de här operationerna på länge, om teamet som jobbar under och efter operationen inte är tillräckligt högspecialiserat, säger Karouk Said.

Samarbetet med Danderyds sjukhus har även det ifrågasatts i media. Men eventuella brister kring samarbetet avvisar både Harald Blegen och Karouk Said:

- Vi har ett mycket bra samarbete, Danderyd har hög kvalitet bland annat gällande ablation av tumörer i levern, då man bränner tumörerna. Alla såna operationer görs på Danderyd,och de deltar även i våra multidisciplinära konferenser, där vi diskuterar patientfall. Under sommaren, då vi såg att vi hade väntetider, skickades flera cancerpatienter till Danderyd i de fall man bedömde att dessa patienter kunde opereras där, säger Karouk Said.

Ett grundproblem med just pancreascancer är att tumörerna upptäcks för sent. En tumör växer oftast i det tysta, och en screeningmodell liknande den för bröstcancer saknas.

- Det är patientens symptom som gör att de söker vård, och då har det oftast redan gått för långt. Upptäcks pancreascancer i tid kan man operera, men det handlar om 25 procent av patienterna. Av de som opereras lever bara 37 procent i tre år, säger Karouk Said.

För bara tio år sedan levde opererade patienter i snitt 18 månader efter pancreasoperationen. I dag är siffran 25 månader.

- Det är inte bra och vi är inte nöjda med detta, men det går framåt, säger Urban Arnelo.