Stockholms läns landsting

22

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 4/2018 Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov

HSN 2018-1261

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
Lena Sharp

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-11-15

HSN 2018-1261

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 4/2018 Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har översänt rapporten 4/2018 Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov till hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), Stockholms läns landsting (SLL) för yttrande. Revisorerna har granskat om styrningen av sjukvården genom implementering av cancerplanen givit förutsättningar för att bedriva cancervård som tillgodoser patientens behov. Revisorernas samlade bedömning är att cancersjukvården styrs i enlighet med nationella, regionala och landstingsinterna styrdokument. HSN bedöms genom sättet att styra och organisera arbetet ha skapat förutsättningar för att implementera cancerplanen. Många relevanta funktioner och verktyg har utvecklats av regionalt cancercentrum (RCC) för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna.

Revisorerna ser vidare förbättringsområden och vill särskilt framhålla att årlig uppföljning inklusive utfallsdata och analys av nuläge, bör efterfrågas för att få en samlad bild av hur cancervården i landstinget fungerar.

Vidare efterfrågas kommentar om hur primärvården snabbare kan föras in i processen och hur uppföljning av samverkan mellan patienter och cancervården sker. I ärendet redovisas hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSFs) rekommendationer.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Landstingsrevisorernas rapport 4/2018

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Revisorernas samlade bedömning är att cancersjukvården styrs i enlighet med nationella, regionala och landstingsinterna styrdokument. Vidare bedöms styrdokumenten inom cancervården stämma väl överens med den omställning av sjukvård som pågår i SLL utifrån Framtidsplanen.
I rapporten framför landstingsrevisorerna tre rekommendationer varav två är riktade till HSN och en är riktad till HSF:

- *Hälso- och sjukvårdsnämnden bör efterfråga en regelbunden (årlig), samlad uppföljning och analys av läget inom cancervården, inkl. utfallsdata, för att få en bild av hur hela cancersjukvården i landstinget fungerar.*

- *Hälso- och sjukvårdsnämnden bör se till att uppföljningar görs av hur samverkan mellan patienter och cancervården sker för att säkerställa sammanhållna patientprocesser.*

- *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att ledtidsdata kan användas för att förbättra patientflödet inom cancervården.*

Överväganden
Förvaltningen delar revisorernas bedömning att fortsatt arbete behövs med de uppmärksammade parametrar utifrån rapport 4/2018.

Den gällande regionala cancerplanen 2016–2019 har regelbundet följts upp internt av RCC. Under hösten 2018 (november) genomförs en analys av status gällande alla aktiviteter i cancerplanen. Här identifieras områden som kommer behöva ytterligare åtgärder under 2019 för att nå de uppsatta målen. Samordning och nära samarbete sker mellan RCC och andra avdelningar inom HSF, vilket innebär att tydligare ledtidsdata kommer finnas i SLL:s egen databas för vidare analyser samt även som stöd vid

uppföljning av vårdavtal. Arbete pågår också med framtagande av nya omställningsavtal samt med en ny uppföljningsmodell för vårdavtal. Detta arbete ökar möjligheten att systematiskt följa arbetet hur patienter, närstående och cancervården samverkar.

Sedan revisorernas genomgång har arbetet fortsatt och tydliga indikatorer för måluppfyllnad avseende ledtider inom standardiserade vårdförlopp (SVF) är framtagna. Dessa kommer ingå i HSFs indikatorbok för 2019. Inrapportering av SVF-data har utvecklats ytterligare sedan revisorernas analys, genom att skapa bättre rapporter till vårdgivare i syfte att underlättat verksamhetsförbättringar. Flera cancerspecifika kvalitetsregister utvecklar också den struktur som skapats inom bröstcancer och prostatacancer, där rapporter med realtidsdata gör det möjligt att använda kvalitetsregisterdata i verksamhetsutveckling.

HSF vill framhålla gällande samverkan mellan patienter och cancervården att även närståendes perspektiv bör uppmärksammas. En regional processledare tillika närstående arbetar aktivt med dessa frågor. Arbete pågår med att tydligare belysa närståendes situation.

Gällande primärvårdens roll i cancervården är, precis som revisorerna påpekat, nätverket Cancer i Primärvården, CaPrim, ett mycket bra exempel på långsiktigt arbete med kunskapsstyrning och bättre omhändertagande som bidrar till bättre sammanhållna patientprocesser. Trots att 70 procent av all cancer upptäcks i primärvården är nyupptäckt cancer en liten del av primärvårdens dagliga arbete. Siffror indikerar att en primärvårdsläkare träffar ett fåtal patienter som uppvisar symtom för välgrundad misstanke om cancer per år och ännu färre där diagnosen cancer ställs. Detta gör att en kontinuerlig dialog behövs och ett lärande som passar patienter, närstående och medarbetare inom primärvården skapas. Det pågående arbetet med införande av så kallade teledermatoskopi är ett exempel på arbetssätt som bidrar till bättre kunskapsöverföring mellan primärvård och specialistvård, samt att patienten får rätt vård på rätt nivå.

Ekonomiska konsekvenser
Yttrandet över landstingsrevisorernas projektrapport 4/2018 om Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov förväntas inte få några direkta ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
En fortsatt strukturerad uppföljning av ledtider samt ökad samverkan mellan patienter, närstående och vårdens medarbetare stärker

patientsäkerheten. Att följa upp och verksamhetsutveckla säkra överlämningar är ett tydligt exempel på gott arbete kring patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förbättrad uppföljning bedöms förbättra förutsättningarna för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Inga konsekvenser för miljön förväntas.

Administrativa konsekvenser
Förbättrade uppföljningar med ledtidsdata förväntas underlätta vårdgivarnas administrativa arbete.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lena Sharp
Tf. avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Landstingsrevisorerna

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-11-15

PROJEKTRAPPORT NR 4/2018

Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

För att möta cancervårdens ökade behov har landstinget förstärkt sitt arbete för att bl.a. trygga vårdprocesser i cancer sjukvården. Revisionen har låtit granska om styrningen genom implementeringen av cancerplanen ger förutsättningar att bedriva cancervård som tillgodoser patientens behov. Hälso- och sjukvårdsnämnden bedöms genom sättet att styra och organisera arbetet ha skapat förutsättningar för att implementera cancerplanen i samverkan med berörda verksamheter. Relevanta funktioner och verktyg har utvecklats, men i många fall har nämnden ännu inte lyckats säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienter i cancervården. Nämnden bör efterfråga en årlig uppföljning och analys av läget för att få en samlad bild av cancervården i länet. Vidare bör uppföljningar göras av hur samverkan mellan patienter och cancervården sker för att säkerställa sammanhållna patientprocesser.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2018-09-27 RK 2017-0069

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 4/2018
Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2018-09-27 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2018-12-08

Revisorernas samlade bedömning är att cancersjukvården styrs i enlighet med nationella, regionala och landstingsinterna styrdokument. Hälso- och sjukvårdsnämnden bedöms genom sättet att styra och organisera arbetet ha skapat förutsättningar för att implementera cancerplanen i samverkan med berörda verksamheter för att kunna tillgodose patientens behov. Många relevanta funktioner och verktyg har utvecklats av regionalt cancercentrum (RCC) för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna. Uppföljningar, främst avseende ledtider, visar att nämnden i många fall i praktiken ännu inte lyckats säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienter i cancervården.

Revisorerna vill till hälso- och sjukvårdsnämnden särskilt framhålla att de bör efterfråga en regelbunden (årlig), samlad uppföljning och analys av läget inom cancervården, inkl. utfallsdata, för att få en bild av hur hela cancersjukvården i landstinget fungerar. Nämnden bör även kommentera hur primärvården i sin helhet snabbare kan föras in i processen. Nämnden bör vidare se till att uppföljningar görs av hur samverkan mellan patienter och cancervården sker för att säkerställa sammanhållna patientprocesser.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

1 Slutsatser och rekommendationer

Planering och styrning av cancersjukvården sker på många nivåer. Socialstyrelsen har tagit fram en nationell cancerstrategi och formulerat nationella riktlinjer för olika cancerformer. Ett Regionalt cancercentrum (RCC) för Stockholm-Gotland har etablerats. En regional cancerplan för Stockholms läns landsting (SLL) har beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden. Vidare har den omställning av sjukvården som pågår i SLL utifrån Framtidsplanen inneburit förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot och hur vården ska organiseras. Revisionen har låtit granska om styrningen genom implementeringen av cancerplanen ger förutsättningar att bedriva cancervård som tillgodoser patientens behov.

Inom SLL ansvarar hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) för att cancervården styrs, samordnas och utvecklas i enlighet med strategier och riktlinjer och landstingets tillgängliga resurser. HSN beställer cancervård från vårdgivare via vårdavtal/omställningsavtal. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har i uppdrag att initiera, understödja och följa upp implementeringen av cancerplanen. Implementeringen av cancerplanen leds av RCC som är en avdelning inom HSF. RCC leder också utvecklingen av standardiserade vårdförlopp (SVF) som syftar till att säkerställa goda vårdsamband och kortare ledtider för patienter som utreds för cancer.

Revisionens samlade bedömning är att cancersjukvården styrs i enlighet med nationella, regionala och landstingsinterna styrdokument. HSN bedöms genom sättet att styra och organisera arbetet ha skapat förutsättningar för att implementera cancerplanen i samverkan med berörda verksamheter för att kunna tillgodose patientens behov. Många relevanta funktioner och verktyg har utvecklats av RCC för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna. Uppföljningar, främst avseende ledtider, visar att HSN i många fall i praktiken ännu inte lyckats säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienter i cancervården. HSN bör efterfråga en regelbunden (årlig) och samlad uppföljning och analys av läget inom cancervården för att få en bild av hur hela cancersjukvården i SLL fungerar.

Granskningen har, under ledning av revisionskontoret, genomförts av konsult. Revisionen har nedan sammanfattat de slutsatser som kan dras och lämnar rekommendationer med anledning av granskningen. Ansvarig projektledare vid revisionskontoret har varit Eva Hansson Risberg. Konsultens iakttagelser och bedömningar framgår i bilaga. Ansvarig konsult har varit Andreas Endredi, KPMG.

Planering, styrning och uppföljning av cancervården

Styrningen av cancersjukvården i Stockholms län utgår från nationella, regionala och landstingsinterna mål och riktlinjer. Granskningen har visat att den regionala cancerplanen i hög grad överensstämmer med den nationella cancerstrategin och att målen sammanfattar målen i den nationella cancerstrategin. Den regionala cancerplanen bedöms vidare stödja Framtidsplanens intentioner avseende cancersjukvården som konkretiserats i landstingets omställnings- och tilläggsavtal med akutsjukhusen. Regionalt cancercentrum (RCC) för Stockholm-Gotland har en central roll i arbetet med att förändra och utveckla cancervården i länet.

HSN får en regelbunden och omfattande redovisning av utvecklingen inom cancervården men granskningen har visat att ärenden om uppföljning av cancervården i vissa fall har stannat i beredningen för stora folksjukdomar där inga ställningstaganden har redovisats. HSN bör regelbundet efterfråga en redovisning av hur hela cancersjukvården i länet fungerar genom exempelvis relevanta utfallsmått för cancersjukvården och förändringar över tid.

Organisering för delaktighet och implementering av cancerplanen

Granskningen har visat att strukturförändringar, som till exempel nivåstrukturering och koncentration av cancervården, som framgår i Framtidsplanen och i den Regionala cancerplanen till stora delar har genomförts.

Granskningen har visat att det finns ett relativt stort stöd för strukturförändringarna inom cancervården bland vårdens företrädare. Funktioner som t.ex. regionala och lokala processledare har skapats eller förstärkts genom den regionala cancerplanen och satsningen på kontaktsjuksköterskor och SVF har tillkommit i syfte att uppfylla cancerplanens intentioner. RCC:s uttalade ambition att de regionala processledarna ska hämtas från vårdens professioner och vara kliniskt verksamma har i intervjuerna lyfts fram som avgörande för trovärdigheten i genomförandet. En central del i de regionala processledarnas arbete är också att skapa professionella nätverk för varje cancerform. Sådana har etablerats och bedöms av revisionen ha betydelse för delaktighet i implementeringen av cancerplanen från berörda verksamheter.

Även om arbete återstår innan allt är på plats så bedöms RCC arbeta systematiskt med implementeringen av cancerplanen. Intervjuer med sjukhusföreträdare för sex olika cancerdiagnoser pekar på att implementeringen av cancerplanen har påverkat utformning och struktur av cancersjukvården. Revisionen bedömer att HSN har tagit ansvar för att cancerplanen implementeras och att vårdens aktörer är delaktiga i implementeringen.

Ansvarsfördelning och samverkan för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna

Syftet med den nationella och regionala satsningen på cancersjukvård är att säkerställa en sammanhållen vård för patienterna. I landstingets budget för 2018 finns ett mål om att vården ska erbjuda en patientansvarig läkare. Inget arbete pågår ännu avseende frågan om patientansvarig läkare.

Enligt den nationella cancerstrategin ska alla patienter ha en individuell skriftlig vårdplan[1]. Tidigare har den individuella vårdplanen funnits tillgänglig för patienten i pappersform men under 2018 ska patienten även ha möjlighet att ta del av sin vårdplan digitalt via den nationella e-tjänsten www.1177.se. Under 2018 påbörjas vidare ett utvecklingsarbete med att den individuella vårdplanen ska kunna delas över vårdgivargränser.

[1] Syftet med den individuella vårdplanen är att säkerhetsställa att patienten och anhöriga får individuellt anpassad information samt skapa en ökad delaktighet genom att involvera patienten i utformningen av vårdplanen. Vidare ska vårdplanen stärka möjligheten till egenvård som ska utformas utifrån varje enskild patients behov och förutsättningar.

Mer än 70 procent av alla cancerutredningar startar i primärvården vars uppgift är att snabbt identifiera symtom som kan bero på cancer och remittera patienten vidare utan dröjsmål. Inom ramen för arbetet med SVF pågår ett projekt för att ta fram ett enhetligt upplägg för de olika handläggningsstegen för olika SVF i primärvården. De intervjuade inom primärvården uppger att arbetet lett till ett adekvat stöd och att handläggningen av patienter med misstänkt cancer blivit enklare och snabbare.

Uppföljning av hur samverkan fungerar sker bland annat med enkäter till patienter där de t.ex. får uppge om de har fått erbjudande om kontaktsjuksköterska och om de haft en individuell vårdplan. Däremot har uppföljning av i vilken grad aktiva överlämningar sker ännu inte gjorts. Revisionen bedömer att mer patientrapporterade data behövs som underlag till uppföljningar för att öka kunskapen om hur samverkan fungerar mellan patienter och cancervården i syfte att säkerställa sammanhållna patientprocesser.

Uppföljning av delprocesserna i SVF för att utveckla goda vårdsamband och kortare ledtider

Granskningen visar att arbetet för att skapa kortare ledtider i de standardiserade vårdförloppen går åt rätt håll men långsamt. Införandet av nationellt finansierade SVF-koordinatorer[2] har varit avgörande för att mätning av ledtider i vårdförloppet har påbörjats. Det finns stora variationer mellan olika cancerdiagnoser och flertalet av de standardiserade vårdförloppen klarar inte ännu ledtidsmålen, som är satta att nås 2020.

Arbetet har ännu inte funnit sina former och det är oklart för verksamheterna hur rapportering ska ske samt om och i så fall varifrån tillförlitlig uppföljning av ledtider finns att hämta. Arbetet med att mäta ledtider kräver i dag manuell hantering och registrering i flera system. Regionalt cancercentrum bedriver ett arbete med bl.a. utbildningar för de regionala processledarna för att förbättra förutsättningarna för en tillförlitlig registrering och uppföljning av ledtider, men ännu har inte alla verksamheter enkel tillgång till ledtidsinformation från en gemensam databas. I granskningen har inga exempel framkommit på att verksamheterna systematiskt använder ledtidsdata för att identifiera och eliminera olika problem i patientflödet.

Ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör vidta åtgärder för att mätningen av ledtider och formerna för rapportering och uppföljning förbättras och kommuniceras till verksamheterna. Ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör vidare säkerställa att verksamheterna kan använda ledtidsdata för att identifiera och eliminera olika problem i patientflödet.

Rekommendationer

[2] Koordinatorn är ett administrativt stöd som ska underlätta för sjukvården att hålla uppsatta ledtider. Koordinatorn är bl.a. ett stöd i remisshantering och registrering av SVF. SVF-koordinatorer arbetar vid sjukhus och finansieras av nationella medel via RCC.

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör efterfråga en regelbunden (årlig), samlad uppföljning och analys av läget inom cancervården, inkl. utfallsdata, för att få en bild av hur hela cancersjukvården i landstinget fungerar.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör se till att uppföljningar görs av hur samverkan mellan patienter och cancervården sker för att säkerställa sammanhållna patientprocesser.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att ledtidsdata kan användas för att förbättra patientflödet inom cancervården.

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på Landstingsrevisorernas hemsida www.sll.se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se/rev
Org.nr: 232100-0016

Granskning av cancersjukvården

Revisionsrapport

Stockholms läns landsting

Slutrapport

KPMG AB

2018-08-27

Antal sidor 30

Antal bilagor 1

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 1

2 Inledning/bakgrund 2
2.1 Revisionsfrågor 3
2.2 Avgränsning 4
2.3 Revisionskriterier 4
2.4 Metod 5
2.5 Läsanvisning 5
2.6 Centrala begrepp och funktioner i cancersjukvården 5

3 Resultat av granskningen 6
3.1 Planering, styrning och uppföljning av cancervården 6
3.2 Organisering för delaktighet och implementering av cancerplanen 16
3.3 Ansvarsfördelning och samverkan för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna 21
3.4 Uppföljning av delprocesserna i SVF för att utveckla goda vårdsamband och kortare ledtider 27

Bilaga 1 Arbetet inom sex cancerområden

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

1 Sammanfattning

KPMG har på revisionskontorets uppdrag genomfört en granskning av cancersjukvården i Stockholms läns landsting (SLL). Övergripande har uppdraget handlat om att *granska om styrningen och utformningen av cancervården ger förutsättningar att bedriva vård som tillgodoser patientens behov*. KPMG:s samlade bedömning är att styrningen och utformningen av cancervården ger dessa förutsättningar, men att det inte granskats om förutsättningarna är uppfyllda eller om cancerpatienters behov tillgodoses i tillräcklig grad. En fortsatt planmässighet och systematik i genomförandet av cancerplanen och följsamhet till standardiserade vårdförlopp (SVF) bör dock kunna leda till det.

Väntetiderna från välgrundad misstanke till start av behandling är långa inom stora delar av cancersjukvården, vilket sannolikt påverkar vårdens möjligheter att ge rätt vård i tid. Försiktiga förbättringar kan skönjas men det är generellt sett långt kvar innan de professionellt grundade ledtidsmålen är uppnådda. Trots att fler drabbas av cancer lever allt fler patienter länge med sin cancersjukdom. Mätt som femårsöverlevnad syns klara förbättringar inom många cancerdiagnoser. Även om cancersjukvården rent medicinskt uppvisar tydliga förbättringar över längre tid finns behov av förbättringar inom cancersjukvården när det gäller att skapa en mer tillgänglig, jämlik, patientcentrerad och sammanhållen vård.

Detta är också fokus såväl i den nationella och regionala styrningen som i landstingets egen styrning av cancervården. En omfattande satsning har skett och sker på cancersjukvården och tillskapandet av Regionala cancercentra (RCC) är helt centralt i satsningen. En annan hörnpelare är att arbetet inom respektive cancerområde hålls samman av regionala processledare. Att genom processorientering åstadkomma mer sammanhållen vård har teoretiskt stöd. Det finns regionala processledare utsedda för alla cancerområden. Processledare liksom använda arbetssätt i det regionala processarbetet har en förhållandevis hög legitimitet hos intervjuade verksamhetsföreträdare vid sjukhus. En viktig framgångsfaktor enligt denna granskning har varit att processledarna arbetar kliniskt vid sidan av sitt uppdrag som processledare vid RCC.

RCC driver genom sina process- och projektledare en mängd processer och projekt i syfte att genomföra den regionala cancerplanen och dess mål. Sammantaget är det omfattande satsningar som sker för att via olika samordningsfunktioner och stödverktyg uppnå cancerplanens mål. KPMG:s bedömning är att tydliga uppdrag och ansvar formulerats för de olika samordningsfunktionerna (t.ex. processledare och kontaktsjuksköterska). Socialstyrelsen har i sina uppföljningar bekräftat att RCC Stockholm - Gotland uppfyller de kriterier som ställts upp utifrån den nationella cancerstrategin avseende initiering och uppbyggnad av RCC.

I samband med våra intervjuer (april och maj 2018) framkommer att inte alla verksamheter på ett enkelt sätt har tillgång till ledtidsinformation ifrån en gemensamt överenskommen och tillämpad datakälla. KPMG:s bedömning är att RCC:s arbete med en ny IT-plattform för att följa ledtider inom SVF, kan leda till förbättringar avseende såväl möjligheter att registrera och få ut data som när det gäller att få grund för åtgärder som kan förkorta ledtider. Ett fortsatt viktigt utvecklingsområde är att minska behovet av manuell registrering.

I revisionens tidigare granskning av cancersjukvården (2009) konstaterades att cancervården var decentraliserad, att många enheter var involverade och att ingen tar ett helhetsansvar. I relation till detta är vår bedömning att cancersjukvården i dag är betydligt mer sammanhållen och koncentrerad. Ett större helhetsansvar tas genom tillskapandet av regionala processledare

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

men ansvarstagandet för helheten har kommit olika långt för olika cancerdiagnoser. I en förlängning kan hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) överväga att tilldela de regionala processledarna en formell roll i samband med att nya vårdavtal ska tas fram. Nuvarande avtal stödjer inte uttalat en processorientering av länets cancersjukvård.

Det kan konstateras att det sker en hel del uppföljning av cancersjukvården inom Stockholms läns landsting. Trots det saknas en övergripande samlad bild av hur cancervården fungerar De olika uppföljningar som finns pekar i rätt riktning men vi anser att det finns mer att göra för att presentera informationen på ett tydligt och sammanhållet sätt. Sådana uppföljningar bör efterfrågas av politiska organ som även har att ta ställning till om resultaten är tillfredsställande i relation till resursinsatsen. En del i detta bör vara en samlad lägesrapport av arbetet med de ca 80 arbetspunkter i den regionala cancerplanen som kopplar direkt till olika cancerformer.

2 Inledning/bakgrund

Allt fler personer får en cancerdiagnos fastställd. Enligt beräkningar kommer antalet cancerfall att fördubblas inom mindre än 20 år. För att möta detta förstärker Stockholms läns landsting cancervården. Syftet är att öka tillgänglighet, effektivitet och bidra till sammanhållna och trygga vårdprocesser. Planering och styrning av cancersjukvården inom SLL sker främst utifrån Framtidsplanen[1], den regionala cancerplanen, överenskommelsen mellan staten och SKL om kortare väntetider i cancervården och Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Senast revisionen genomförde en större granskning av cancervården var 2009. Granskningen visade bland annat att cancersjukvården var decentraliserad, att många vårdenheter/kliniker var involverade i utredning och behandling och att ingen tog helhetsansvar för vården av patienten utan bara för sin del i vårdkedjan. Det framkom även att det finns olika uppfattningar mellan specialister i onkologi och organspecialister om var i organisationen som behandling av patienter med cancer ska ske. Granskningen visade vidare att behandlingen av patienter med cancerdiagnos oftast diskuteras i samverkan mellan olika specialister och att kontaktsjuksköterskorna till stor del står för kontinuiteten i vården av patienten vid sjukhusen.

Sedan föregående granskning har Socialstyrelsen kommit med nationella riktlinjer för olika cancerformer och ett Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland har etablerats. Den senaste regionala cancerplanen beslutades av hälso- och sjukvårdsnämnden den 1 december 2015 och avser perioden 2016–2019. Karolinska Universitetssjukhuset har det nationella uppdraget för sex högspecialiserade cancerbehandlingar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ansvarar för att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov. HSN beställer cancervård från akutsjukhusen via vårdavtal och för de egenägda akutsjukhusen genom omställningsavtalen. Onkologisk vård finns nu främst på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Södersjukhuset (SÖS), Capio S:t Görans sjukhus och Danderyds sjukhus. Omställningen av sjukvården inom ramen för Framtidsplanen innebär förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot och hur vården ska organiseras. Husläkarverksamheten beskrivs som nav, lots eller koordinator i nätverkssjukvården. Då stora förändringar genomförs

[1] Framtidsplanen är ett strategiskt styrdokument i SLL som finns i flera versioner. Den senaste och mest relevanta för denna granskning är Framtidsplanen, tredje steget i genomförandet, dnr 1409-1068. Det är detta dokument som avses när begreppet Framtidsplanen används i denna rapport.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård (FHS) finns risk att planeringen, styrningen och uppföljningen av verksamheten inte är tillräcklig.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har i uppdrag att initiera, understödja och följa upp implementeringen av cancerplanen samt att de till att åtgärder vidtas där så krävs. Implementeringen av cancerplanen leds av Regionalt cancercentrum (RCC) som är en avdelning inom HSF. För att implementeringen ska lyckas kan inte RCC ensam hantera alla åtgärder utan flera konkreta åtgärder i cancerplanen måste lämnas vidare som uppdrag/beställning till olika vårdgivare både inom och utanför akutsjukhusen. Om cancervårdens organisation inte anpassas till den tänkta strukturen i cancerplanen finns risk att verksamheterna inte klarar sina åtaganden vilket kan leda till ökade väntetider.

RCC leder också utvecklingen av standardiserade vårdförlopp (SVF) som syftar till att säkerställa goda vårdsamband och kortare ledtider för patienter med cancerdiagnos. Cancersjukvården har svårt att följa upp ledtider i SVF, framförallt för de olika ingående delprocesserna, vilket riskerar att försvåra utvecklingen av kortare ledtider. Arbetet med SVF finansieras med nationella bidrag som upphör efter 2018 och risk finns att arbetet med SVF kan påverkas negativt framöver då den nationella finansieringen upphör.

Flera åtgärder har vidtagits för att stödja primärvårdens arbete som första linjen i vårdstrukturen, t.ex. genom det särskilda webbaserade professionsstödet www.viss.nu och genom tillkomsten av diagnostiska centra. En risk finns att överföring av ansvar till primärvården för uppföljning/kontroller av cancerpatienter inte sker på ett tydligt sätt. Inom specialistvården finns kontaktsjuksköterskor som ska fungera som ett nära stöd för cancerpatienter och bidra till kontinuitet i vården. Utöver detta finns även s.k. SVF-koordinatorer och samordnande kontaktsjuksköterskor. Risk finns att de olika rollerna inte är tydliga vilket kan påverka kontinuiteten och övergångar för patienten mellan vårdenheter och vårdgivare. Cancervården bygger dessutom i stor utsträckning på samverkan mellan olika vårdgivare och om samverkan inte fungerar riskerar patienter att inte få den vård de behöver.

Under hösten 2017 genomförde KPMG på uppdrag av revisionskontoret en förstudie av cancervården i SLL. Sammanfattningsvis identifierades två övergripande problemområden: Det första handlar om den övergripande styrningen och uppföljningen av cancersjukvården och det andra om delaktighet och nära stöd till cancerpatienter.

Mot denna bakgrund och mot bakgrund av att det var nio år sedan revisorerna granskade cancersjukvården har revisionen beslutat gå vidare i ett fördjupat projekt. Granskning har genomförts av hur den övergripande styrningen och utformningen av vården tillgodoser cancerpatientens behov.

2.1 Revisionsfrågor

Baserat på genomförd förstudie har följande revisionsfrågor formulerats:

Övergripande revisionsfråga:

Ger styrningen och utformningen av cancervården förutsättningar att bedriva vård som tillgodoser patientens behov?

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Delfrågor:

- Hur sker planeringen, styrningen och uppföljningen av cancervården?
- Hur organiseras cancervården så att cancerplanen kan realiseras och hur involveras vårdgivarna i implementeringen av cancerplanen?
- Hur sker samverkan mellan vårdgivare för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna? Är ansvar och roller tydliga?
- Hur sker uppföljning av delprocesserna i standardiserade vårdförlopp för att utveckla goda vårdsamband och kortare ledtider?

2.2 Avgränsning

Granskningen har berört HSN:s ansvar för sjukvårdens planering, styrning och uppföljning, men även akutsjukhusens och primärvårdens uppdrag i cancervården har berörts.

Granskningen har fokuserat på cancersjukvården för vuxna. Barncancer omfattas inte av SVF varför barncancer inte har granskats. Efter kontakter med RCC, verksamhetsföreträdare och uppdragsgivaren har sex cancerformer valts ut för att spegla styrning och samordning på regional och lokal nivå, uppföljningen av delprocesserna i standardiserade vårdförlopp och samverkan i vårdkedjan.

Rehabiliteringens del i vårdkedjan liksom cancerprevention har endast granskats indirekt genom att frågan berörts i intervjuer med företrädare för vården vid sjukhus.

2.3 Revisionskriterier

Granskningen utgår övergripande ifrån följande revisionskriterier:

- Hälso- och sjukvårdslagen, § 2 a: Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.
- Reglemente Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting Arbetsordningar, reglementen och delegationsordning, Dnr 1410–1211. Följande delar bedöms som mest relevant för denna granskning:
- SLL Budget 2018, Dnr 2017–0452
- Framtidsplanen, Tredje steget i genomförandet, Stockholms läns landsting, Dnr 1409–1068
- Cancerplan 2016 – 2019, Regionalt cancercentrum Stockholm – Gotland Dnr HSN 1505–0561
- Nationell cancerstrategi SOU 2009:11
- SFS 2017:80, 5 kap Vårdgaranti
- I arbetet med SVF, nationellt fastställda ledtider från välgrundad misstanke till behandlingsstart (som grund för detta finns Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting, SKLs dnr 17/05956)
- Att arbetet med att få fram och etablera stödsystem för att fånga ledtider i cancervården är samordnat och leder till att aktuell och säker information kan erhållas utan onödig tidsinsats eller dubbelregistrering. Stödsystemen ska även kunna ge information om

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

delledtider (eller ledtider i delprocesser) så att stöd erhålls för att identifiera flaskhalsar i flödet.

2.4 Metod

Uppdraget har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning. Det har utförts av Andreas Endrédi - projektledare och certifierad kommunal revisor tillsammans med Sofie Wiessner - granskare och Ewa Axelsson - praktikant. Stefan Lundström har agerat rådgivare till projektledaren. Magnus Larsson har varit kvalitetsgranskare.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktagranska rapporten.

2.5 Läsanvisning

Detta är en omfattande rapport om ett relativt komplext område inom hälso- och sjukvården. Rapportens huvudkapitel (kapitel 3 – Resultat av granskningen) är strukturerat utifrån de fyra revisionsfrågor som ska besvaras. Vart och ett av de fyra avsnitten inleds med en beskrivning av de revisionskriterier som vi valt att använda för att belysa och bedöma den revisionsfråga som ska avhandlas. Sist i dessa avsnitt lämnas kommentarer, bedömningar samt svar på revisionsfrågan. Den övergripande revisionsfrågan besvaras i den inledande sammanfattningen. Vi ber också läsare som inte är väl insatta i cancersjukvårdens organisering och begreppsapparat att ta del av de definitioner till några begrepp som används frekvent i rapporten, se nästa avsnitt.

2.6 Centrala begrepp och funktioner i cancersjukvården

I detta avsnitt ger vi korta förklaringar till vissa begrepp och funktioner som används frekvent i rapporten. Några av dessa beskrivs närmare i kapitel 3.

RCC – regionalt cancercentrum. Det finns sex RCC i Sverige. RCC ska leda och samordna regionens arbete med att effektivisera cancersjukvårdens processer.

Stockholms läns landsting ingår i RCC Stockholm – Gotland som ska säkerställa att målen i den nationella cancerstrategin och de hälso- och sjukvårdspolitiska målen i Stockholms läns landsting och Region Gotland förverkligas.

SVF – standardiserat vårdförlopp, beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska ske i handläggningen av patienter inom en specifik cancerdiagnos samt inom vilken tidsram dessa ska utföras.

Kontaktsjuksköterska – För att öka tryggheten under sjukdomstiden ska samtliga cancerpatienter bli erbjudna en kontaktsjuksköterska som ska vara en fast kontaktperson tillgänglig för patienten.

Processledare medicin – Läkare som har ett samlat ansvar att införa den regionala cancerplanen och SVF för en patientgrupp.

Samordnande kontaksjuksköterska - Den samordnande kontaktsjuksköterskan ska ha ett övergripande regionalt ansvar i patientprocessen och en sammanhållande funktion. Syftet med att införa samordnande kontaktsjuksköterskor var dels att skapa en från patientens perspektiv

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

mer sammanhållen vårdkedja dels att stärka och utveckla kontaktsjuksköterskefunktionen. Sedan 1 oktober 2017 samordnas rollen med processledarrollen omvårdnad.

SVF-koordinator - Koordinatorn är ett administrativt stöd som ska underlätta för sjukvården att hålla uppsatta ledtider. Koordinatorn är bl.a. ett stöd i remisshantering och registrering av SVF. SVF-koordinatorer arbetar vid sjukhus och finansieras av nationella medel via RCC.

CaPrim – Står för Cancer i primärvården och är ett projekt som bedrivs av Akademiskt primärvårdscentrum (APC). Uppdraget är att införa SVF i primärvården.

SVF-INCA – INCA är en IT-plattform som används för registrering SVF ledtider och från vilken uppföljning kan hämtas. Förkortningen står för ”informationsnätverk för cancervården”. Den togs initialt fram av VGR (Västra Götalands Regionen) och används i SLL sedan våren 2017.

3 Resultat av granskningen

3.1 Planering, styrning och uppföljning av cancervården

3.1.1 Revisionskriterier

När det gäller planering och styrning söker vi efter tydlighet och systematik samt att övergripande styrsignaler tas omhand på underliggande nivåer samt blir föremål för uppföljning och att uppföljningen i sin tur vid behov tydligt påverkar det fortsatta arbetet.

En väsentlig bedömningsgrund är HSNs reglemente och vi relaterar befintlig styrning och uppföljning till gällande reglemente för HSN. Följande skrivningar bedöms som mest relevanta i reglementet:

- Nämnden ska utöva ledning av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvård i enlighet med 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
- Nämnden finansierar och styr vården genom avtal och överenskommelser med vårdgivarna. Nämnden ska med dessa utgångspunkter ansvara för att all hälso- och sjukvård i landstinget styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov och bidrar till förbättring av hälsotillståndet.
- Nämnden planerar och följer upp befolkningens sjukvårdsbehov och utifrån det beställer samt följer upp beställningar av sjukvård från utförarna.
- Under hälso- och sjukvårdsnämnden ska bl.a. finnas en programberedning för Stora folksjukdomar som bl.a. bereder frågor gällande tumörsjukdomar.
- Det framgår också att det åligger särskilt respektive programberedning att inom sitt programområde följa upp hälso- och sjukvården utifrån ett patientgrupps- och sektorsperspektiv.

Ytterligare en viktig bedömningsgrund är den nationella cancerstrategin och den regionala cancerplanen. Vi analyserar om innehållet i den nationella cancerstrategin har ett relevant genomslag i den regionala cancerplanen.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Följsamheten till de tre övergripande målen som formulerats i den regionala cancerplanen kommer också att ha en central roll när vi gör bedömningar i detta avsnitt.

3.1.2 Nationell och regional styrning

3.1.2.1 Nationella cancerstrategin

År 2007 tillsattes en särskild utredning av regeringen i syfte att lämna förslag till en nationell cancerstrategi för framtiden. Betänkandet överlämnades till regeringen i februari 2009 (SOU 2009:11). Den nationella cancerstrategin har ett helhetsperspektiv och fokuserar på framtiden och dess utmaningar. Detta innebär att den inte ska ses som en handlingsplan för dagens problem utan den syftar till att åstadkomma och stödja långsiktiga lösningar. Det finns i strategin fem övergripande mål beskrivna som syftar till att vara en drivkraft för genomförande och för att bedöma om avsedda effekter har uppnåtts. De fem målen är:

- att minska risken för insjuknande i cancer
- att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer utifrån ett tydligt patientperspektiv
- att förlänga överlevnadstiden efter en cancerdiagnos och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- att minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos
- att minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid

Strategin är uppdelad i tre delar: Cancer ur ett medborgarperspektiv, Cancer ur ett patientperspektiv och avslutningsvis Kunskaps- och kompetensförsörjning.

Den första delen rör alla människor som lever i Sverige och tar framförallt upp preventionsarbete och insatser för tidig upptäckt. Under delen ”cancer ur ett patientperspektiv” ligger fokus främst på att förbättra kvaliteten på cancervården och öka patienternas delaktighet i vården. Den sista delen handlar om att säkerställa en god framtida tillgång på kunskap och kompetens i cancervården. Till detta hör bl.a. nivåstrukturering och förbättrad uppföljning av cancervårdens resultat.

I den nationella cancerstrategin föreslogs att regionala cancercentrum (RCC) ska utvecklas i anslutning till universitetssjukhusen och att de bl.a. skulle innehålla både diagnostik, behandling och befolkningsinriktad prevention som preklinisk och klinisk forskning samt utbildning.

Arbetet inom RCC baseras på tio kriterier som togs fram av regeringen år 2011 och som beskriver vad som ska utmärka ett cancercentrum. Landstingen och regionerna har ställt sig bakom de gemensamma kriterierna som utgör RCCs huvudsakliga uppdrag och förutsättningarna för RCCs verksamhet och organisation under de fyra första åren vilka betraktas som en initierings- och uppstartsperiod.

3.1.2.2 Regional cancerplan

Cancerplan 2016 – 2019 beslutades i Hälso- och sjukvårdsnämnden i december 2015. Enligt beslutet ges hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att initiera, understödja och följa upp implementering av cancerplanen samt att där så krävs vidta åtgärder.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Cancerplan 2016 - 2019 bygger vidare på Cancerplan 2013 – 2015 och baseras på målen som finns för den nationella och regionala[2] cancerstrategin. Den syftar till att vara grunden för utvecklingen av framtidens cancervård inom Region Stockholm Gotland och har tre mål uppsatta:

- att minska risken för insjuknande i cancer och förbättra överlevnaden,
- bättre vård och bemötande och
- jämlik vård genom att minska omotiverade skillnader mellan regioner och befolkningsgrupper.

Cancerplanen har samma indelning som den nationella cancerstrategin men innehåller även separata kapitel för 16 olika cancerformer där det bl.a. beskrivs vilka sjukvårdsresurser (vårdnivå och i vissa fall vilket sjukhus) som tar hand om patientgruppen. De flesta kapitel avslutas med en redovisning av vad som genomförts utifrån föregående cancerplan följt av en lista med arbetspunkter för att nå uppsatta mål i nuvarande cancerplan och i den nationella cancerstrategin. Uppgifterna är riktade till RCC, SLL och Region Gotland och totalt finns det närmare 200 arbetspunkter varav ca. 80 st är direkt kopplade till de 16 cancerformerna.

3.1.2.3 Hur förhåller sig den Regionala cancerplanen till den Nationella cancerstrategin?

Den regionala cancerplanen 2016 – 2019 i Stockholms läns landsting fångar upp den nationella cancerstrategins fem mål under sina tre egna mål. Målen beskrivna i cancerplanen är formulerade på ett något mer övergripande sätt än de i den nationella cancerstrategin.

Nedan följer en genomgång av hur den nationella cancerstrategin har integrerats i den regionala cancerplanen.

Cancer ur ett medborgarperspektiv

Den första delen handlar om förebyggande arbete, tidig upptäckt och kunskapsspridning. Som förebyggande arbete finns både i cancerstrategin och cancerplanen bl.a. ett fokus på minskad tobaksanvändning. Cancerplanen ser screeningsverksamheter som möjliga kanaler för att nå ut till medborgarna vad gäller både riskbeteende och övrig kunskapsspridning. För att öka sannolikheten för tidig upptäckt av cancer föreslår cancerstrategin målnivåer för deltagarfrekvensen för cellprover och mammografi. I cancerplanen finns inga specifika målnivåer angivna utan planen fokuserar på att delta, utveckla och stödja arbetet och möjligheterna till tidig upptäckt och screening.

Cancer ur ett patientperspektiv

Patientperspektivet på cancer handlar i cancerstrategin bl.a. om information och kommunikation mellan patient och vårdare där det föreslås att patienterna ska ha fasta vårdkontakter och individuella vårdplaner. Tidsramar för ledtider bör definieras och de faktiska ledtiderna bör följas upp och utvärderas. Vidare föreslås även utveckling av både verksamheter och ledning exempelvis genom att etablera vårdkoordinatorer för bevakning av patientflöden och ledtider samt att patientföreträdare ska ha möjlighet att delta i planering och utformning av cancervården. Den regionala cancerplanen inrymmer stora delar av cancerstrategins förslag och har

[2] Cancerplan 2013 – 2015 är utarbetad utifrån dokumentet Regional cancerstrategi 2012 – 2015. Dessa har i sin helhet ersatts av eller är inarbetade i nuvarande cancerplan 2016 – 2019.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

flera insatsområden för att utveckla och förbättra patientens väg i vården. Exempelvis ska individuella vårdplaner upprättas och utvärderas där patienten ges individuellt anpassad information och får möjlighet att delta i utformningen av vård och behandling. Mätbara indikatorer som kan tydliggöra förändringar i väntetider för patienter ska tas fram och processledarens roll och mandat i regionala vårdprogram- och kvalitetsregistergrupper ska utvecklas.

Kunskaps- och kompetensförsörjning

Här ges i cancerstrategin förslag om att varje region bör ha en regional strategisk plan för ansvarsfördelning och nivåstrukturering inom cancervården utifrån principer för RCC, att rapportering i kvalitetsregistren bör förbättras och bättre utnyttjas samt att varje sjukvårdshuvudman bör ta fram en plan för cancervårdens långsiktiga kompetensförsörjning. I cancerplanen återges att SLL, Region Gotland och RCC ska medverka och stödja det nationella arbetet med nivåstrukturering. Vad gäller den regionala nivåstruktureringen anges flera cancerområden för vilka utredningar om nivåstrukturering ska initieras och där RCC ska medverka. Vidare ska projektet ”Koll på läget” utvecklas vilket möjliggör regionala och nationella jämförelser i realtid. Vad gäller kompetensförsörjningen ska samverkan ske med vårdgivare och övriga intressenter för att genomföra den nationella och regionala kompetensförsörjningsplanen.

I den regionala cancerplanen återges inga prioriteringar eller specificerade fokusområden men samtliga delar från den nationella cancerstrategin finns omnämnda, inklusive de delar som bör prioriteras enligt den nationella strategin. Cancerplanen har även tagit upp komplementär- och alternativmedicin (KAM), något som inte omnämns i cancerstrategin.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den regionala cancerplanen följer den nationella cancerstrategin. Cancerplanen har anammat en del av de i cancerstrategin föreslagna insatserna inom olika områden men även formulerat egna insatser.

3.1.2.4 Standardiserade vårdförlopp (SVF)

För att korta väntetiderna inom cancervården pågår en nationell satsning med att införa standardiserade vårdförlopp (SVF). Nationell ledtidsmätning av SVF har införts och det som mäts är tiden från konstaterad välgrundad misstanke om cancer och till behandlingsstart. Beskrivningen av ett standardiserat vårdförlopp kan sägas vara en sammanfattning av det nationella vårdprogrammet för samma patientgrupp.

Införandet av SVF i Sverige grundas i en överenskommelse mellan Regeringskansliet och SKL[3] och finansieras delvis med statliga medel. För SLL har ca. 90 mnkr per år avsatts till projektet. En förutsättning för finansiering har varit att SLL rapporterar start- och stopptid för SVF och regelbundet lämnar statusrapporter om införandet till Socialdepartementet[4]. Den nationella finansieringen upphör vid slutet av 2018.

3.1.3 Styrsignaler i Framtidsplanen, Budget 2018 och i Vårdavtal

Framtidsplanen tredje steget i genomförandet, LS 1409–1068

[3] Årliga överenskommelser finns för åren 2015 – 2018. Överenskommelsen för 2018 har hos SKL följande diarienr: 17/05956

[4] Utgår ifrån regeringens direktiv till Socialstyrelsen (dnr. S2015/1659/FS)

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Framtidsplanen tredje steget i genomförandet är det senaste övergripande inriktningsdokumentet för hälso- och sjukvården i SLL och beslutades av landstingsfullmäktige i december 2014. Följande inriktningar och beslut kopplade till cancersjukvården framgår av Framtidsplanen:

- För att precisera vårdinnehåll och volymer har gemensamma avsiktsförklaringar arbetats fram. En beskrivning finns också av vilken vård som bör omhändertas utanför akutsjukhusen.
- Inriktningen i den regionala cancerplanen bildar utgångspunkt för det fortsatta arbetet med Framtidsplanens förslag till konkretisering. En av förutsättningarna är att skapa en högkvalitativ samlad patientprocess i cancervården.
- Landstingsfullmäktige fastställde i juni 2013 en inriktning för var vården av de olika tumörsjukdomarna ska lokaliseras i länet. Cancersjukdomar med ett stort antal patienter kan fördelas på flera enheter, medan de mindre patientgrupperna och de med behov av mer komplexa insatser samlas på ett universitetssjukhus som har förutsättningar att driva en samlad och högspecialiserad vård kopplad till forskning och utveckling. Beslutet innebar att vården för de till patientantalet tre större tumörsjukdomarna (bröstcancer, prostatacancer och kolorektal cancer) samlas i patientprocesser vid några av de större akutsjukhusen (Karolinska Huddinge, SÖS, Capio S:t Görans sjukhus eller Danderyds sjukhus).
- Inom cancervården kommer Karolinska Solna att ta emot de flesta tumörgrupper för diagnostik och behandling. Sjukhuset kommer att svara för avancerad vård i form av kirurgi samt strål- och onkologisk behandling.
- Det framgår att reumatologi och cancerrehabilitering är områden för vilka centrum planeras och att verksamheten kan förläggas utanför akutsjukhus.

SLL Budget 2018

Följande sammanfattar vad som direkt berör cancersjukvården i budgeten:

- Den cancerplan som är beslutad ska fullföljas. I det korta perspektivet prioriteras en fungerande verksamhet med kontaktsjuksköterskor och individuella vårdplaner. Dessutom ska alla patienter som får en cancerdiagnos samtidigt få en patientansvarig läkare.
- Försöksverksamhet ska inledas för att använda beslutsstöd med artificiell intelligens inom cancersjukvården för att ge ökat kunskapsstöd till behandlande läkare och stärka träffsäkerheten i diagnosticering.
- Huvudansvaret för vården av stora folksjukdomar ligger inom primärvården. Kunskapen behöver vara god kring riktlinjer för upptäckt, diagnostisering och uppföljning av de stora folksjukdomarna bröstcancer och prostatacancer.
- Cancervården ska erbjuda hög kvalitet med en tydlig patientcentrering och sammanhängande vårdkedjor från diagnos, genom behandling och till rehabilitering och habilitering. Inom cancervården ska det också finnas ett anhörigperspektiv. Arbetet med standardiserade vårdförlopp är en viktig del i arbetet med att bland annat korta ledti-

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

derna inom vården. För denna utveckling är det viktigt att patienterna har goda möjligheter att delta i klinisk forskning. En god samverkan mellan länets olika sjukhus, och andra aktörer i dessa frågor, behöver säkerställas.

Vårdavtal

För perioden 2016 – 2019 gäller Omställningsavtal i relationen HSN, landstingsstyrelsen och akutsjukhusen.

Vid en genomgång av omställningsavtalen kan konstateras att de avseende cancersjukvård i hög grad följer inriktningen som ges av Framtidsplanen och den regionala cancerplanen. Omställningsavtalen hänvisar i flera fall till dessa dokument. Tillgänglighet är en prioriterad fråga i avtalen och följsamhet till ledtider för ett urval av cancerdiagnoser ingår som en del i kraven för att erhålla målrelaterad ersättning .

3.1.4 Ärenden och uppföljning

3.1.4.1 HSN och Beredningen för stora folksjukdomar

Ärenden i HSN där ärenderubriken handlar om cancersjukvård

Vi har gjort en genomgång av ärenden (dagordningar, handlingar och protokoll) i HSN. Från 2016 t.o.m. april 2018 finns totalt elva ärenden som enligt ärenderubriken handlar om tumörsjukdomar eller cancersjukvård. Av de elva ärendena är tre yttranden över motioner från politiker vilka gällde främst insatser för tidig upptäckt av prostata-, bröst- och lungcancer. Ett av ärendena är ett svar på en skrivelse från ett flertal partier gällande patientsäkra metoder för att upptäcka prostatacancer i SLL. I ett ärende från april 2018 lämnas *Yttrande över remiss från Socialstyrelsen avseende rekommendationer om screening för prostatacancer*:

Resterande sex ärenden avsåg:

- Avtal med SLSO gällande centrum för cancerrehabilitering,
- Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering inom cancerområdet,
- Organisation för SVF för ”allvarliga ospecifika symptom som kan bero på cancer” och SVF för ”cancer med okänd primärtumör – CUP”,
- Förändrad organisation för strålbehandling i SLL, och
- Inriktningsbeslut rörande prostatacancervården inom SLL.
- Avtal med Karolinska Universitetssjukhuset avseende analystjänster i samband med screening för livmoderhalscancer.

Genomgången visar att med undantag för svar på frågor, motioner och remisser har ärendena berört strukturfrågor i cancersjukvården. Inget av dessa ärenden har avsett uppföljning.

Flertalet av ärendena ovan har i enlighet med gällande reglemente beretts i Beredningen för stora folksjukdomar.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Övriga ärenden i HSN där cancersjukvård är en del

I delårs- och årsrapporter till HSN lämnas regelbundet information om cancersjukvården och pågående utvecklings- och förändringsarbete. Redovisningen följer en mall med ca tio rubriker som knyter an till viktiga områden inom cancersjukvården. En av rubrikerna är ”Patientenkäter” och det är främst här som redovisning sker av cancersjukvårdens utfall. Även status i införandet av SVF redovisas regelbundet. Antalet införda SVF uppgick till 31 st i den senaste redovisningen (februari 2018)

Utifrån en genomgång av ärenden sedan 2016 kan det som explicit handlat om uppföljning av cancervårdens utfall sammanfattas enligt nedan (flera av redovisningarna har skett vid upprepade tillfällen och vi har tagit med senast redovisade uppgift):

- Redovisning av patientenkäter där resultaten för SLL ligger i linje med riket och 86 % av patienterna är nöjda med helhetsintrycket av vården. Förbättringar kan ses inom flera områden kring patienternas uppfattning och erfarenheter kring delaktighet i cancervården.
- Redovisning lämnades i februari 2018 om att andelen patienter som uppger sig ha tillgång till kontaktsjuksköterska (66%) och individuell vårdplan (48%) ökade mellan 2014 – 2016 samt att patienter som har kontaktsjuksköterska och individuell vårdplan är mer nöjda med information om vård och behandling än de som inte har tillgång till det. Fortsatt arbete behövs för att förbättra information kring second opinion, patientföreningar och palliativ vård. Andelen patienter som uppger sig ha tillgång till kontaktsjuksköterska har enligt en publicerad studie ökat från 53% år 2014 till 66% år 2016[5].

Lämnad information i övrigt handlar bl.a. om framdriften i olika utvecklingsfrågor såsom införande av center för cancerrehabilitering, FoUU-frågor och arbetet med cancerprevention. Totalt sett sker en tämligen omfattande redovisning härigenom.

Ärenden i Beredningen för stora folksjukdomar

Som beskrivits ovan har de flesta ärenden som enligt ärenderubriken handlat om cancersjukvård i HSN, beretts av beredningen. Utöver detta har beredningen även haft ett flertal presentationer / informationsärenden gällande cancervården under samma period men som inte presenterats i HSN. Nedan listas dessa ärenden:

- Status för SVF
- Uppföljning av Cancerplanen avseende prostatacancer med patient- och anhörigperspektiv
- Prevention av cancer – Botkyrkaprojektet
- Plan för kompetensförsörjning inom cancervården
- Informationsärende den 15 november 2017 – uppföljning av den regionala cancerplanen
- I mars 2018, redogjorde chefen för RCC för arbetet med de olika arbetspunkterna i den regionala cancerplanen, dock inte de ca 80 (av totalt ca 200) mer diagnosspecifika

[5] Sharp et al Acta Oncoogica June 2018

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

arbetspunkter som direkt kopplar till respektive cancerform. Här framkommer en mycket hög följsamhet till redovisade arbetspunkter.

Av dessa ärenden kan de som handlar om cancerplanen kategoriseras som uppföljningsärenden. I beredningens protokoll framgår inte något om beredningens synpunkter på lämnad information / uppföljning. Beredningen har inte lämnat vidare dessa redovisningar / uppföljningar till HSN.

3.1.4.2 Socialstyrelsens uppföljning av RCC

I den senaste och sista uppföljningen[6] gjorde Socialstyrelsen en bedömning av hur väl RCC uppfyllt kraven avseende nivåstrukturering och vårdprocesser. Enligt Socialstyrelsens bedömning uppfyller RCC Stockholm-Gotland båda dessa kriterier.

Följande bedömningar finns att hämta i Socialstyrelsens sammanfattande slutrapport[7]: Alla RCC är i dag etablerade och har klarat att uppfylla de flesta av de tio kriterierna som ska kännetecknа ett RCC. Det enda kriteriet där Socialstyrelsen har bedömt att RCC Stockholm – Gotland endast har uppfyllt ”delar”, är kriteriet *Utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för sjukvårdsregionens cancervård*. Här har dock åtgärder vidtagits sedan slutet av 2016 då Socialstyrelsens rapport publicerades.

3.1.4.3 Övrigt om uppföljning

RCC har i flera sammanhang fungerat som rådgivare till beställaravdelningen vid HSF i samband med revidering av avtal och utformning av vårdval. I ett nästa steg kommer projektledaren för SVF att delta vid uppföljningar tillsammans med avtalshandläggare beträffande cancersjukvård och ledtider.

I intervju med RCCs ledning framkommer att det ännu inte skett någon samlad uppföljning eller analys av vilka effekter satsningen på cancersjukvården har haft på identifierade förbättringsområden och mål. RCC har genomfört och genomför förnyade uppföljningar av i vilken grad cancerpatienter har fått en kontaktsjuksköterska mm. Uppföljningar har hittills visat en positiv utveckling men ytterligare förbättringar behövs.

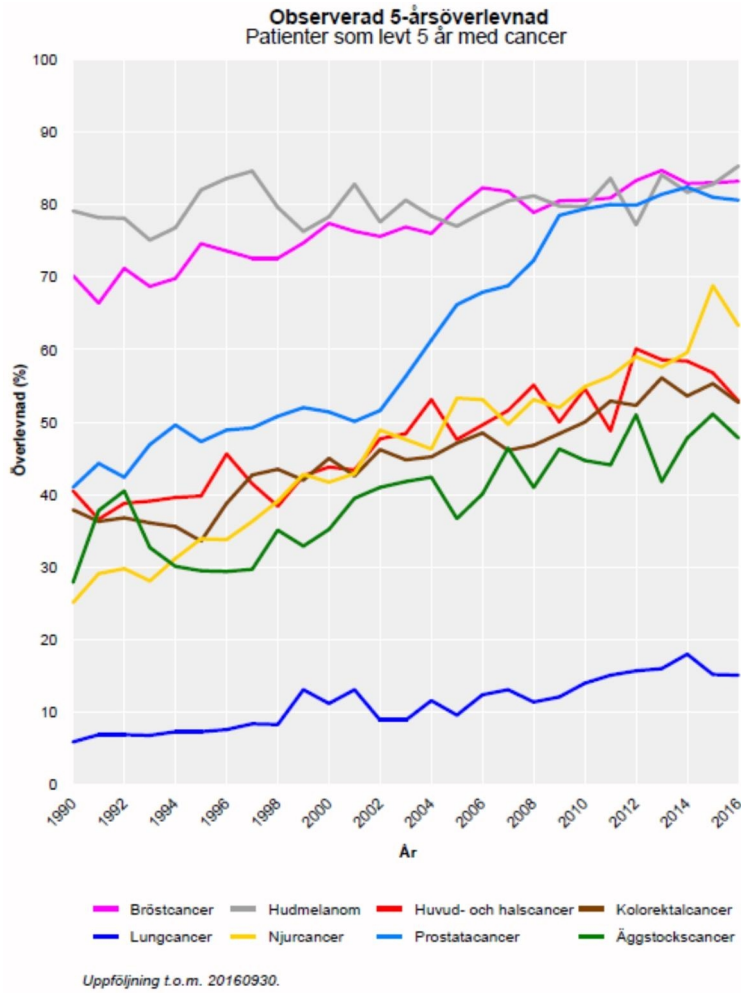
Ett problem med kontinuiteten i uppföljningarna har varit att det företag som anlitats nationellt för enkätuppföljning av SVF-patienter har gått i konkurs. Information för två kvartal 2017 har därigenom gått förlorad enligt intervjuade vid RCC.

Vi har i kontakter med företrädare för RCC även fått del av en uppföljning som bl.a. publicerats som pressmeddelande på HSNs webbplats i december 2016 och som visar en positiv utveckling av patienters femårsöverlevnad inom tio cancerdiagnoser[8]:

[6] Socialstyrelsens årliga uppföljning av RCC 2013 – 2016, Artikelnummer 2017-4-19
[7] Uppbyggnaden av regionala cancercentrum, en samlad bedömning från fyra års uppföljning – Socialstyrelsen november 2016, Artikelnummer 2016-11-3
[8] Diagrammet bygger på utdata från SLLs cancerrelaterade kvalitetsregister och har sammanställts av statistiker inom RCC Stockholm-Gotland

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential



3.1.5 Kommentarer och bedömningar om cancervårdens planering, styrning och uppföljning

Nationell och regional styrning samt styrsignaler inom SLL

Det finns sammantaget gott om styrsignaler nationellt, regionalt och inom SLL som berör cancersjukvården.

Målen i den regionala cancerplanen sammanfattar de mål som finns i den nationella cancerstrategin. Den regionala cancerplanen utgår ifrån och överensstämmer i hög grad med den Nationella cancerstrategin.

Den regionala cancerplanen går hand i hand med Framtidsplanens intentioner avseende cancersjukvården i SLL och dessa har även konkretiserats i omställnings- och tilläggsavtal. Omställningsavtalen har fångat upp och får anses harmoniera med väsentliga delar gällande inriktning för cancersjukvården. Fokuset på tillgänglighet i avtalen genom bl.a. målrelaterad ersättning, bedöms stödja införandet av SVF.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Ärenden och uppföljning

Av redovisad genomgång av ärenden kan konstateras att dessa i hög grad handlar om det som beslutats nationellt, regionalt och inom SLL om cancervård. Även om den regionala cancerplanen sträcker sig t.o.m. 2019 visar vår ärendegenomgång (och intervjuer) att en hel del av ambitionerna kring t.ex. strukturförändringar redan genomförts eller är på väg att göra det.

Det politiska ansvaret för beredning och uppföljning är adresserat i reglementet och vår bedömning är att ärenden om cancersjukvård vilka beslutats i HSN dessförinnan har beretts i enlighet med reglementet, i Beredningen för stora folksjukdomar. Möjligen finns ändå en oklarhet avseende arbetet i denna beredning. Reglementet stipulerar att beredningen inom sitt programområde särskilt ska följa upp hälso- och sjukvården utifrån ett patientgrupps- och sektorsperspektiv. Vi kan i granskningen konstatera att sex ärenden om cancersjukvård föredragits i beredningen sedan 2016 men inte har gått vidare till HSN. Två av dessa avser uppföljning av cancerplanen. Av beredningens protokoll framgår endast att redovisning har skett, dvs. inga protokollsanteckningar finns som ger uttryck för beredningens uppfattning om lämnad redovisning. För att öka transparens och tydlighet bör beredningens roll förtydligas, dvs. vad som avses med att beredningen ska ”följa upp” ärenden och om det är rimligt att ärenden om uppföljning av cancersjukvården stannar i beredningen utan ställningstagande.

Uppföljningar som handlar om cancervårdens utfall och cancerplanen har redovisats i 3.1.4.1 och kan sammanfattas enligt följande:

- HSN: patientenkäter redovisas regelbundet
- Beredningen för stora folksjukdomar: uppföljning av cancerplanen

Däremot sker regelbunden och tämligen omfattande redovisning till HSN av pågående förändringar och utveckling inom cancervården men ingen samlad redovisning sker av cancersjukvårdens utfall i SLL. Mot bakgrund av den stora uppmärksamheten kring cancersjukvården är vår bedömning att en regelbunden samlad redovisning bör ske till politiska organ om läget i cancersjukvården.

Övrig uppföljning

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att under 2013-2016 följa och utvärdera initiering och etablering av RCC. Socialstyrelsen har i sina utvärderingar bedömt att RCC uppfyller de tio kriterier som gällt för initiering och etablering av RCC.

Av det som framkommer av redovisningar i detta avsnitt och mer generellt i denna granskning kan det konstateras att en stor del av SLL:s inriktning och struktur för cancersjukvården har verkställts eller är på väg att göra det.

De tre övergripande målen i den regionala cancerplanen har ännu inte följts upp i ett samlat sammanhang. Cancerplanens mer detaljerade innehåll utgår däremot tydligt ifrån de tre målen.

Svar på revisionsfrågan: Hur sker planeringen, styrningen och uppföljningen av cancervården?

Som beskrivits ovan finns det gott om ambitioner, planer och mål om cancersjukvården och dess utveckling. KPMGs samlade bedömning är att cancersjukvården i hög grad styrs i enlig-

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

het med nationella, regionala och landstingets egna ambitioner och att styrsignalerna är samordnade. Nuvarande uppföljning till politiska organ bör kompletteras med en regelbunden (årlig) uppföljning för att ge en samlad bild av hur cancersjukvården i SLL fungerar.

3.2 Organisering för delaktighet och implementering av cancerplanen

3.2.1 Revisionskriterier

I denna del finns revisionskriterierna avseende organisering inbyggda i den nationella cancerstrategin liksom i den regionala cancerplanen. Detta genom principerna och besluten om koncentration och nivåstrukturering av cancervård. Avsikten är att bedöma i vilken grad ambitionerna om koncentration och nivåstrukturering har realiserats eller är på väg att realiseras.

Vi kommer övergripande att göra bedömningar i relation till planmässighet och systematik i implementeringen av cancerplanen och SVF.

3.2.2 Organisering av cancersjukvården, nivåstrukturering

Mycket av cancervården – och särskilt mer sällan förekommande cancerdiagnoser – ska enligt Framtidsplanen tredje steget i genomförandet, samlas vid Karolinska Solna. Denna struktur är i hög grad förverkligad och som framgår av redovisningen nedan finns även vissa avsteg.

Onkologisk vård finns nu främst på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, SÖS, Capio S:t Görans sjukhus och Danderyds sjukhus. Sedan 2015 har 31 standardiserade vårdförlopp för olika cancerdiagnoser successivt införts[9].

Vården för de till patientantalet tre större tumörsjukdomarna (bröstcancer, prostatacancer och kolorektal cancer) ska enligt Framtidsplanen samlas i patientprocesser vid några av de större akutsjukhusen (Karolinska Huddinge, SÖS, Capio S:t Görans sjukhus eller Danderyds sjukhus). För bröstcancer har tre centra tillskapats: SÖS, Capio S:t Görans sjukhus och Karolinska Solna. Det har inte ännu skapats centra inom övriga områden. Fyra vårdenheter finns för kurativ behandling av prostatacancer och fem vårdenheter för kirurgi vid tjock- och ändtarmscancer. Vid Karolinska Solna, SÖS och Capio S:t Görans sjukhus erbjuds en integrerad prostatacancervård som i vissa sammanhang benämns centra. För cancerrehabilitering har ett centrum inrättats vid Sabbatsbergs sjukhus. Det är SLSO som ansvarar för denna verksamhet. Enligt beslut i HSN ska strålbehandling finnas vid NKS, vid Radiumhemmet (i Capio S:t Görans regi) och vid SÖS.

Följande bild sammanfattar situationen i stort för vilka cancerformer som omhändertas vid olika sjukhus:

[9] Vi utgår här ifrån den gällande nationella definitionen: *Ett standardiserat vårdförlopp räknas som infört när patienter med välgrundad misstanke har remitterats för start av standardiserat vårdförlopp, alternativt att beslut tagits om att starta ett standardiserat vårdförlopp. Patienter ska ha genomgått utredning enligt det standardiserade vårdförloppet och startat behandling eller avslutats på annat sätt.*

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential



Källa: https://www.cancercentrum.se

Det har även tillskapats två diagnostiska centrum i SLL. Sedan 2014 finns ett sådant vid Södertälje sjukhus och under slutet av 2017 startade motsvarande verksamhet vid Danderyds sjukhus. Uppdraget är att utreda patienter med allvarliga ospecifika symtom och patienter med misstänkt metastas med okänd primärtumör inom hela Stockholms län. Syftet är snabba svar och trygghet för patienterna. Verksamheterna bedrivs som projekt t.o.m. 2018 och finansieras av nationella medel för SVF.

Primärvårdens arbete med cancer beskrivs i avsnitt 3.3.5.

Enligt den nationella cancerstrategin är en viktig utgångspunkt för cancersjukvården en högkvalitativ och samlad patientprocess som inbegriper samtliga led. RCC och cancerplanen bygger till följd av detta i hög grad på en processorientering av cancervården.

Via RCC har regionala processledare utsetts för 22 cancerdiagnoser. För några av dessa finns flera SVF. Totalt har 31 SVF införts. En av de 22 regionala processledarna är processledare för barncancer som dock inte omfattas av standardiserade vårdförlopp. Enligt bedömning från RCC finns i dag SVF för ca. 90% av cancervården för vuxna.

Det finns minst två regionala processledare per cancerdiagnos, en medicinsk processledare och en samordnande kontaktsjuksköterska. Vanligen är den medicinska processledaren kontrakterad för uppdraget till 20% och i övrigt kliniskt aktiv på sin hemklinik. Den samordnade kontaktsjuksköterskan har sitt uppdrag på heltid med placering på bestämd klinik eller enhet. Det regionala arbetet fördelas dock mellan regionens vårdgivare som varierar till antal beroende på cancerdiagnos.

Processledarna erhåller stöd från ett flertal stödprocesser. Processledarna för de olika cancerformerna ska medverka till väl sammanhållna processer med patientens perspektiv i fokus och att i sitt arbete bidra till den regionala cancerplanens mål och förankring i vården. Processle-

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

darna har ansvar och befogenhet att leda arbetet tvärprofessionellt på regional nivå inom patientprocessens alla delar: förebyggande arbete, utredning, behandling, rehabilitering och palliativ vård.

I uppdraget som regional processledare ingår också att etablera, hålla ihop och koordinera nätverket av lokala processledare eller motsvarande, samt att ha kontinuerlig kontakt med olika grupper och kompetenser som medverkar till en bättre patientprocess, exempelvis grupper som arbetar med vårdprogram och kvalitetsregister.

Det finns möjlighet för verksamheter inom SLL att söka medel från RCC för koordinator/stöd i flödesorientering och införande av SVF, s.k. SVF-koordinator.

Vid de intervjuade sjukhusen organiseras också vården i flöden. Inom Karolinska finns en patientflödeschef för respektive diagnosgrupp och inom SÖS finns flödesledare eller sektionschefer som ansvariga.

3.2.3 Generellt om implementering av cancerplanen och SVF

Processorientering

En grundmetod som RCC använt är processorientering. Denna ges med den nationella cancerstrategin och har anammats av RCC. Enligt ledningen vid RCC pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete och processledarna har kommit olika långt i att kliva in i denna roll fullt ut.

Professionell förankring och agilt förhållningssätt

RCC har valt att samtliga processledare ska vara verksamma i den kliniska verksamheten vilket av flera i våra intervjuer lyfts fram som avgörande för trovärdighet i genomförandet. Det finns i införandet ett stort inslag av att arbeta tillsammans med lösningar. Regelbundna möten sker sedan en tid mellan regionala processledare och ansvariga på sjukhus och numera även med representanter från primärvården. I våra intervjuer på sjukhusen menar de flesta att samverkan med regionala processledare fungerar väl.

RCCs ledningsgrupp följer arbetet noga i veckovisa möten men har medvetet inte förespråkat färdiga lösningar att genomföra lika för alla. Arbetet utgår istället ifrån de olika förutsättningar som råder för olika cancerformer och att snabbt kunna anpassa verksamheten till rådande förhållanden (agilt förhållningssätt). De behov som identifierats i cancerplanen och som konkretiserats i arbetspunkter för varje cancerform är också en viktig utgångspunkt för planeringen.

Vid intervjun med RCCs ledning lyfts även samverkan med primärvården och SLSO fram som en betydelsefull framgångsfaktor för att realisera cancerplanen. Se vidare avsnitt 3.2.5 om Primärvård och CaPrim.

SLLs Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har fått i uppdrag från RCC att följa införandet av SVF i SLL. De kommer att använda en forskningsbaserad ansats kallad CFIR[10] för att utvärdera implementeringen. Rapportering ska ske i mars 2019.

[10] Ett ramverk för utvärdering av implementering - Framework for Implementation Research.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

3.2.4 Det regionala (RCC) och lokala arbetet inom sex cancerformer

I samråd med uppdragsgivaren och kontakter med företrädare för RCC har sex cancerformer valts ut. Urvalet har skett för att täcka in de tre vanligast förekommande cancerformerna och få med cancerformer som har kommit olika långt i implementeringen av SVF. Följande sex cancerformer har valts: Bröstcancer, Prostatacancer, Lungcancer, Gynekologisk cancer, Tjocktarmscancer och Leukemi/AML[11]. För samtliga dessa har intervjuer skett på sjukhusnivå med ansvariga för vården. Vid Karolinska har detta handlat om patientflödeschefer (PFC) och vid Södersjukhuset flödesledare. För de tre första cancerformerna har vi även genomfört intervjuer med de regionala processledarna vid RCC.

Sammanfattning av iakttagelser från intervjuer och dokumentgranskning kopplat till de sex cancerformerna (se bilaga 1 för en mer fullständig redovisning)

Den generella bilden som framkommer i intervjuer med företrädare för de sex cancerformerna är att RCC som företeelse och det regionala och processorienterade arbetssättet, har legitimitet. Denna legitimitet har förvärvats genom det arbete som utförts och genom att en förutsättning för att bli regional processledare är att personen är kliniskt aktiv.

På regionnivå finns processledare dels för medicin dels för omvårdnad för varje cancerform. Samtliga processledare har etablerat professionella nätverk där representanter för olika vårdgivare ingår. Arbetet har kommit olika långt när det gäller att på regionnivå aktivt driva utvecklings- och förbättringsarbete inom olika cancerformer.

Den generella bilden är att ledtidsmålen inte klaras men i stort går arbetet med att skapa korta ledtider åt rätt håll men det går långsamt och det finns stora variationer mellan olika cancerdiagnoser. Tjock- och ändtarmscancer är ett undantag där ledtiderna klaras för samtliga patienter. Detsamma gäller för den till antalet begränsade cancergruppen AML. I bilaga 1 finns mer detaljerade uppgifter om SVF-ledtider för de sex diagnoserna.

Det framkommer tydligt i våra intervjuer att företrädarna för de sex cancerformerna ser tillkomsten och den ytterligare förstärkningen av kontaktsjuksköterskefunktionen som angelägen. Funktionen anses stödja intentionerna om en mer sammanhållen vård för patienterna. De flesta uppger att alla eller nästan alla patienter får erbjudande om att få kontaktsjuksköterska. Inom Karolinska sjukhuset finns även möjlighet att i realtid följa upp hur detta efterlevs. Denna uppföljning är integrerad i det digitala styrkort som finns för respektive patientflöde på sjukhuset. Även om styrkorten finns i operativ drift återstår enligt de intervjuade att kvalitetssäkra data. Styrkorten innehåller en uppsättning med indikatorer som är anpassad för respektive patientflöde. Ett exempel på ett sådant styrkort finns i bilaga 1, avsnittet om AML.

Av våra intervjuer framkommer att nationellt finansierade SVF-koordinatorer har varit en avgörande faktor för att registrering och mätning av ledtider har kunnat starta. Det är tydligt att arbetet ännu inte har funnit sina former överallt och det råder på sina håll oklarhet om hur rapportering ska ske samt om och i så fall varifrån tillförlitlig uppföljning finns att hämta. Intervjuerna ger generellt bilden av att det ännu inte pågår något explicit arbete med att systematiskt mäta ledtider i delprocesser för att identifiera och eliminera flaskhalsar.

[11] Akut myeloisk leukemi (AML) är en grupp av allvarliga sjukdomar i blodbildande celler i benmärgen.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

För att få en indikation på hur långt implementeringen av cancerplanen kommit, har vi i samtliga intervjuer bett respondenterna kommentera de konkreta arbetspunkter som finns i cancerplanen. Sammanfattningen av detta är att samtliga arbetspunkter antingen är utförda eller så pågår arbete.

3.2.5 Primärvården

Primärvården som aktör i cancersjukvården beskrivs i avsnitt 3.3.5.

3.2.6 Kommentarer och bedömningar: Organisering för delaktighet och implementering av cancerplanen

Koncentration och nivåstrukturering

Intervjuer och dokumentation visar att de strukturförändringar som planerats i Framtidsplanen och i den Regionala cancerplanen, i hög grad har genomförts.

Vid en strikt tolkning finns visserligen inte centra för prostatacancer. Sådana ska enligt gällande beslut tillskapas och finns redan för bröstcancer. Prostatacancervården vid sjukhusen är dock redan tämligen integrerad och cancerplanen sträcker sig till 2019, så ännu finns tid att leva upp till detta. Tydliga ambitioner och uppdrag som helt följer planen om en tydligt sammanhållen vårdprocess finns och prostatacancervården har ägnats mycket uppmärksamhet politiskt.

Generellt om implementering av cancerplanen och SVF

Även om viss kritik framkommer mot RCC som företeelse eller använda arbetssätt, så är vår bedömning utifrån intervjuer att denna organisering av cancersjukvården har ett relativt stort stöd bland vårdens företrädare och bland tjänstemän. Att använda processorientering i syfte att uppnå ett ökat ”horisontellt” ansvarstagande och mer sammanhållen vård har teoretiskt stöd[12]. Den uttalade ambitionen att de regionala processledarna ska hämtas från vårdens professioner och dessutom vara kliniskt verksamma ser vi som en framgångsfaktor för att skapa legitimitet för sättet att organisera arbetet. Flera av de funktioner som tillskapats eller förstärkts genom den regionala cancerplanen och satsningen på SVF (såsom kontaktsjuksköterskor) har som syfte att bistå i implementationen av cancerplanens intentioner. Även om mycket återstår innan allt är på plats så är vår bedömning att RCC arbetar systematiskt med implementationen av cancerplanen. En central del i de regionala processledarnas arbete är också att skapa professionella nätverk för varje cancerform. Sådana har etablerats och borgar enligt vår bedömning för att implementationen av cancerplanen sker med involvering och delaktighet från berörda verksamheter.

Det centrala och lokala arbetet inom sex cancerformer

Våra intervjuer med företrädare för sex cancerdiagnoser tyder på att ambitionerna i cancerplanen har påverkat struktur och utformning av cancersjukvården. Det är stort fokus på att skapa en mer patienttillvänd vård och här bedömer vi att tillkomsten av kontaksjuksköterskor har varit

[12] Se t.ex. Ljungberg A. & Larsson E. (2012) *Processbaserad verksamhetsutveckling* Lund, Studentlitteratur AB

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

en viktig framgångsfaktor. I dag finns kunskap om att cancerpatienter som har haft kontaksjuksköterska och en individuell vårdplan är mer nöjda med sin vård.. Cancersjukvården i SLL är inte framme vid målet men vår bedömning är riktningen är rätt.

Generellt sett går arbetet med att skapa korta ledtider också åt rätt håll men det går långsamt och stora variationer finns mellan olika cancerdiagnoser med den generella bilden att ledtidsmålen inte klaras. Tjock- och ändtarmscancer är ett undantag där ledtiderna faktiskt klaras för samtliga patienter. Detsamma gäller för den till antalet begränsade cancergruppen AML.

Införandet av nationellt finansierade SVF-koordinatorer framstår som en avgörande faktor för att mätning av ledtider har kunnat starta. Det är tydligt att arbetet ännu inte har funnit sina former och det råder oklarhet i verksamheterna om hur rapportering ska ske samt om och i så fall varifrån tillförlitlig uppföljning finns att hämta. Mot denna bakgrund behöver detta förtydligas så att ledtider, som nu används i begränsad grad, kan användas för att identifiera flaskhalsar och förbättringar. Vidare tyder den låga måluppfyllelsen av ledtider på att behovet är mycket stort av att komma vidare i detta avseende.

De intervjuade uppger en hög följsamhet till de konkreta arbetspunkter som gäller för varje cancerområde. För samtliga arbetspunkter uppges att arbete pågår eller är genomförda.

Svar på revisionsfrågan: Hur organiseras cancervården så att cancerplanen kan realiseras och hur involveras vårdgivarna i implementeringen av cancerplanen?

Tillkomsten av RCC som drivande och sammanhållande kraft liksom en satsning på processorientering och regionala processledare med klinisk förankring för olika cancerformer är hörnpelare i organiseringen av cancersjukvården. Vår samlade bedömning är att RCCs sätt att organisera arbetet skapar förutsättningar att implementera cancerplanen samt att detta sker och fortsatt bör kunna ske med delaktighet och involvering i berörda verksamheter.

3.3 Ansvarsfördelning och samverkan för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna

3.3.1 Revisionskriterier

Samverkan i syfte att säkerställa en sammanhållen (icke fragmentiserad) vård är en central ambition med den regionala cancerplanen. Vi kommer att undersöka hur väl detta är underbyggt i det faktiska arbetet centralt och för de utvalda cancerdiagnoser som närmare granskas. Som en del kommer vi att söka efter uppföljningar som svarar på om cancervården är (tillräckligt) sammanhållen. Vi kommer också att belysa om cancerplanens bärande principer om processorientering är förankrade hos vårdgivare och beställare. Centrala frågor som vi söker svaret till i 3.3: Vem tar helhetsansvar för patientens cancervård i dag? Vilka formella uttryck finns för ett sådant helhetsansvar både i systemperspektiv (länet) och i ett individperspektiv (enskild patient)?

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

3.3.2 Samordningsfunktioner

3.3.2.1 Processledare medicin

För varje vårdprocess inom cancervården finns en processledare medicin. I uppdraget som processledare ingår att utifrån ett patientperspektiv arbeta för väl sammanhållna processer samt att understödja förankringen av den regionala cancerplanen på verksamhetsnivå. Processledarna har möjlighet att arbeta tvärprofessionellt på regional nivå och ska vara aktiva i alla delar av processen, från det förebyggande arbetet till den palliativa vården. I uppdraget ingår även att etablera och samordna nätverket av lokala processledare och upprätthålla kontakt med nyckelpersoner inom varje vårdprocess, exempelvis grupper som arbetar med kvalitetsregister. Processledarna arbetar i RCC:s organisation på deltid (vanligen 20%) men är även verksamma kliniskt. Processledarrollen finansieras av RCC.

3.3.2.2 Samordnande kontaktsjuksköterska (Processledare omvårdnad)

I februari 2015 tillkom funktionen samordnande kontaktsjuksköterska. Den samordnande kontaktsjuksköterskan ska ha ett övergripande ansvar i patientprocessen och en sammanhållande funktion. Syftet med att införa samordnande kontaktsjuksköterskor var dels att skapa en från patientens perspektiv mer sammanhållen vårdkedja, dels att ge ökade karriärmöjligheter för kontaktsjuksköterskor. Sedan 1 oktober 2017 samordnas rollen med processledarrollen på RCC. Detta resulterar i att läkare och sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar och befogenhet att leda arbetet tvärprofessionellt inom patientprocessens samtliga delar på regional nivå. De samordnande kontaktsjuksköterskorna är knutna till den kliniska verksamheten men tjänsterna finansieras av RCC.

I den samordnande kontaktsjuksköterskans uppdrag ingår bland annat att arbeta för att Min vårdplan upprättas för alla patienter och arbeta med jämlik vård. Vidare ingår att arbeta med vårdprocessen på olika nivåer, bland annat genom att skapa rutiner för aktiva överlämningar och tillsammans med processledare medicin säkerhetsställa att vårdprocessen följer SVF. De samordnande kontaktsjuksköterskorna ska även skapa rutiner för att säkerhetsställa att rehabiliteringsinsatser ges till patienter utifrån behov. Sedan 2017 finns samordnande kontaktsjuksköterskor för alla diagnoser.

3.3.2.3 Kontaktsjuksköterska

För att öka tryggheten under sjukdomstiden ska samtliga cancerpatienter bli erbjudna en kontaktsjuksköterska som är en fast kontaktperson till patienten. En kontaktsjuksköterska bör vara en sjuksköterska med specialistkunskap om cancervård. För att uppnå det målet erbjuds utbildningar i RCC:s regi. Kontaktsjuksköterskan ska finnas tillgänglig för patienten under hela sjukdomstiden för att svara på frågor kring vård och behandling. De finns på sjukhusen och finansieras av respektive verksamhet. Erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska till patienten ska journalföras och registreras i kvalitetsregister om möjligt. Endast ca. 40% av kvalitetsregistren erbjuder i dag denna möjlighet.

I intervju med företrädare för utvalda patientprocesser framkommer även att sjukhusen i många fall gör egna uppföljningar av om patienten fått en kontaktsjuksköterska eller inte. De intervjuade anser generellt att funktionen är viktig för att skapa en positiv patientupplevelse.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Enligt instruktioner från RCC Stockholm - Gotland ska kontaktsjuksköterskan vara tydligt namngiven för patienten, ha ett tydligt skriftligt uppdrag samt god kunskap om respektive patientprocess. Kontaktsjuksköterskan arbetar med patientens nära vård och i uppdraget ingår bland annat att delta i multidisciplinära ronder, ansvara för att patienten har en individuell vårdplan samt säkerhetsställa att aktiva överlämningar sker till ny kontaktsjuksköterska när patienten ska vårdas vid en ny enhet. Vidare ingår att ge stöd till patienten och anhöriga under hela vårdprocessen samt kontinuerligt göra bedömningar utifrån patientens behov. Utöver detta ska kontaktsjuksköterskan verka som en lokal processledare samt bevaka aktuell forskning för att kunna förmedla information till patienten om deltagande i forskningsstudier.

3.3.2.4 SVF-koordinator

För att säkra att SVF följs och att beställda undersökningar genomförs finns SVF-koordinatorer som följer upp tillgänglighet och aktuella väntetider inom cancervården. SVF koordinatorer ska finnas tillgängliga för remittenter och patienter för att svara på frågor kring förloppet och bokningar. Koordinatorerna finns på sjukhusen och finansieras via stadsbidrag av landstinget. I intervjuerna med verksamhetsföreträdare uppges koordinatorerna ha en central roll i att säkerhetsställa arbetet med SVF för varje patientprocess.

Enligt den regionala funktionsbeskrivningen har SVF-koordinatorn i uppdrag bland annat att ansvara för remisshantering, boka in tider för undersökning samt säkerhetsställa att ledtider inte överskrider uppsatta gränser. Koordinatorn ska informera patienten om undersökningstider, cancerrådgivning, patientföreningar och vid behov kunna hänvisa patienten vidare till andra viktiga funktioner för ytterligare stöd. SVF-koordinatorn sköter även viss ledtidsregistrering och ska säkra övergångar i vårdkedjan samt informera verksamhetsansvariga om avvikelser i processen. SVF koordinatorerna deltar i regelbundna närverksträffar med andra SVF-koordinatorer för att utbyta kunskap och erfarenheter.

3.3.2.5 Patientansvarig läkare

Enligt SLLs budget för 2018 ska alla patienter som får en cancerdiagnos samtidigt få en patientansvarig läkare. Vi har i intervjuer med vårdens företrädare frågat om hur detta tolkas och om det är uppfyllt.

Det finns inte, utifrån våra intervjuer, en entydig uttolkning av innebörden av begreppet patientansvarig läkare. De flesta är inne på att det ska tolkas som en inriktning men att det i praktiken inte kan innebära en garanti för patienter att alltid få träffa samma läkare.

Från RCC framförs att RCC inte fått något direkt uppdrag via HSF angående patientansvarig läkare för cancerpatienter. RCCs strategi är mer orienterad mot patientansvariga och multidisciplinära team. I den regionala cancerplanen (sid 27) framgår att RCC skall stödja utvecklingen av en modell för patientansvariga team utifrån tydliga roller med patientansvarig läkare, kontaktsjuksköterskor och andra kompetenser. I detta syfte erbjuds utbildning för vårdteam i förbättringskunskap. RCC har också enligt intervju, etablerat ett tätare samarbete mellan regionala processledare och samordnande kontaktsjuksköterskor i respektive process för att öka samverkan i teamen.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

3.3.3 Andra verktyg för att säkerställa en sammanhållen vård

3.3.3.1 Individuella vårdplaner (Min vårdplan)

Enligt den nationella cancerstrategin ska alla patienter ha en individuell skriftlig vårdplan. Syftet är att säkerhetsställa att patienten och anhöriga får individuellt anpassad information samt skapa en ökad delaktighet genom att involvera patienten i utformningen av vårdplanen. Vidare ska vårdplanen stärka möjligheten till egenvård som ska utformas utifrån varje enskild patients behov och förutsättningar. Enligt RCCs instruktioner bör varje vårdplan bland annat innehålla kontaktuppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer, tid för undersökning och behandling samt information om egenvård. Vårdplanen ska även innehålla information om den fortsatta uppföljningen efter avslutad behandling. Vid en genomgång av instruktionen kan konstateras att inget krav finns på att målet med behandlingen ska anges i vårdplanen.

Tidigare har den individuella vårdplanen funnits tillgänglig för patienten i pappersform men under 2018 ska patienten även ha möjlighet att ta del av sin vårdplan digitalt via den nationella e-tjänsten www.1177.se.

Under 2018 påbörjas även ett utvecklingsarbete med att den individuella vårdplanen ska kunna delas över vårdgivargränser.

3.3.3.2 Multidisciplinär teamkonferens (MDT-konferens eller MDK)

En multidisciplinär konferens innebär att en bedömning av patienten sker gemensamt av olika specialister. MDT-konferens kan även genomföras regionalt eller på nationell nivå men då vanligen inte utifrån enskilda patienter. MDK är en evidensbaserad metod som visat sig förbättra vårdens kvalitet utifrån flera perspektiv. Förekomsten av MDK ökar inom många cancerdiagnoser enligt de intervjuade och ingår i många SVF, vissa vårdprogram har även krav på MDK. I dagsläget registreras MDK i 61% av de nationella kvalitetsregistren. I våra intervjuer lyfts multidisciplinära konferenser fram som en generell styrka i cancervården.

RCC driver ett utvecklingsarbete av regionala MDK i samarbete med kirurg-, onkolog-, radiolog och patologklinikerna på Karolinska Universitetssjukhuset. Syftet med projektet är att optimera processen för att bland annat korta tider till behandling och ge möjlighet för att fler patienter kan bedömas multidisciplinärt. I projektet ingår att implementera en ny arbetsprocess för MDK, ta fram en funktionsbeskrivning för koordinator samt anpassa informationshanteringssystem för att gynna processen.

3.3.3.3 Aktiv överlämning

Kontaktsjuksköterskan är ansvarig för att genomföra en aktiv överlämning när en patient byter vårdenhet. Ett gemensamt arbetssätt kring aktiv överlämning finns sedan ca tre år och en särskild KVÅ-kod[13] finns. Enligt våra intervjuer är det dock inte lätt att få fram uppgifter om i vilken grad patienter har fått en s.k. aktiv överlämning. Under 2018 ägnas särskild uppmärksamhet kring överlämning mellan landsting.

[13] Står för Kliniska VårdÅtgärder, koderna ingår i ett nationellt klassifikationssystem av vårdåtgärder.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

3.3.3.4 Fortsatt finansiering av införande av SVF

Den nationella finansieringen gäller t.o.m. 2018. SLL kommer att finansiera RCCs och vårdgivarnas införande av SVF t.o.m. år 2020. Sjukhusen i SLL behöver för att erhålla fortsatt finansiering för SVF-koordinatorer, beskriva deras arbete hittills vid sjukhuset samt beskriva hur de på sikt ska kunna integrera deras arbete i den ordinarie verksamheten utan fortsatt extra finansiering.

3.3.4 Centrala forum för att ”slussa” patienter

Det finns en s.k. direktörsgrupp inom SLL där alla sjukhuschefer träffas för att bl.a. ta ställning till (godkänna) nya nationella vårdprogram inom cancerområdet. I detta forum liksom i det veckovisa chefläkarmötet kan patienter som inte kan vänta omfördelas mellan sjukhus. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören sker även regelbundet sådana omfördelningar.

Under 2018 har inrättats en s.k. ”Samordningsgrupp cancer”. Alla större vårdgivare i SLL deltar och syftet är att stärka förutsättningarna för sammanhållna patientprocesser. Gruppen ska träffas ca varannan vecka.. Strukturen för nya vårdprogramgrupper har diskuterats liksom åtgärder för att säkra kompetensförsörjning. Omfördelning av uppdrag/patienter mellan vårdgivare, är också ett tema.

3.3.5 Primärvården

Mer än 70% av alla cancerutredningar startar i primärvården vars uppgift är att snabbt identifiera symtom som kan bero på cancer och remittera patienten vidare utan dröjsmål. Inom ramen för arbetet med SVF har APC (Akademiskt primärvårdscentrum) tillsammans med RCC startat projektet CaPrim (cancer i primärvården), ett projekt som har två projektledare och bemannas av åtta vårdutvecklingsledare. Utvecklingsledarna är knutna till länets åtta akademiska vårdcentraler (AVC) för att förmedla väsentlig information kring SVF till länets vårdcentraler (VC). Både offentliga och privata VC omfattas.

Arbetet i projektet har bl.a. inneburit en översyn av vad som står skrivet om SVF i www.viss.nu och hur detta presenteras. CaPrim har skapat ett enhetligt upplägg på www.viss.nu för de olika handläggningsstegen för olika SVF i primärvården fram till kriterier för välgrundad misstanke. Detta omfattar även vad en remiss ska innehålla och vart den ska skickas. Digitala remisser för några av de vanligaste cancerformerna har tagits fram. Även en app som beskriver kriterier för välgrundad misstanke har tagits fram som stöd till distriktsläkare.

Hittills (våren 2018) har informationsmöten genomförts vid 120 av länets 216 VC. Till slutet av 2018 är ambitionen att samtliga VC ska ha fått ett sådant möte.

Arbetet med CaPrim har även inneburit att primärvårdsrepresentanter kommer att bjudas in som deltagare i de regionala vårdprogramsgrupperna inom cancersjukvård.

Att www.viss.nu innehåller relevant information om cancer samt är ett adekvat stöd för primärvården bekräftas av de intervjuer vi genomfört vid tre vårdcentraler. Vid intervjuerna framkommer även en samstämmig uppfattning att införandet av SVF inneburit snabbare handläggning av patienter med misstänkt cancer. De intervjuade husläkarna menar att patienter nu snabbt får hjälp efter att primärvården gjort bedömningen att kriterierna för välgrundad misstanke är uppfyllda.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Tidigare skulle distriktsläkaren registrera välgrundad misstanke i journalsystemet genom en KVÅ-kod. Nu finns via www.viss.nu, ett direkt stöd för att gå igenom kriterier och markera att välgrundad misstanke föreligger i remissen och distriktsläkaren behöver inte registrera KVÅ-kod. SVF-förloppet startar formellt genom den registrering av KVÅ-kod som sker vid sjukhuskliniken. Remissdatumet i primärvården används dock som startdatum för SVF.

En genomgång med primärvårdsföreträdare visar att cancerplanens arbetspunkter för primärvård genomförts eller att arbete pågår.

Vid intervju med företrädare för primärvården inom HSF (avdelningen för närsjukvård) framkommer att ingen specifik uppföljning sker av primärvårdens arbete med cancerpatienter.

3.3.6 Kommentarer och bedömningar om ansvarsfördelning och samverkan för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet

Samordningsfunktioner och andra verktyg för en sammanhållen vård

Fundamentet i den nationella och regionala satsningen på cancersjukvård är att säkerställa en sammanhållen vård för patienterna.

Processorientering är helt centralt i den nationella och regionala ansatsen kring cancersjukvården. Detta är förståeligt utifrån att en viktig poäng med processorientering just är att stärka samordning i ett flöde.

Det finns processledare både på regionnivå och lokalt på sjukhusen. Införandet av SVF understöds genom att SVF-koordinatorer tillhandahålls sjukhusen med finansiering. Kontaktsjuksköterskefunktion och samordnande kontaktsjuksköterska har införts. När det gäller budgetens mål om patientansvarig läkare finns oklarhet kring hur detta ska tolkas och inget aktivt arbete sker ännu för att leva upp till målet.

Sedan något år finns en ökad uppmärksamhet på att patienter har en individuell vårdplan och på att aktiva överlämningar sker mellan enheter. Gällande riktlinjer om innehållet i Min Vårdplan anger inte att målet med patientens behandling ska tas med. I detta avseende finns en utvecklingspotential att göra patienten mer engagerad och delaktig i sin vård.

Kunskap finns om betydelsen av MDT-konferenser och arbete sker för att genomföra sådana i ökad grad. På nationell och regional nivå har stora steg tagits inom området kunskapsstyrning där f.n. 39 nationella vårdprogram finns som stöd i cancersjukvården och bidrar till tydlighet.

Det är utmanande att skapa sammanhållna patientprocesser när många vårdgivare är inblandade. Enligt intervjuade företrädare för gynekologisk cancer finns behov att göra förändringar i förfrågningsunderlaget för Vårdval gynekologi i syfte att säkerställa att alla mottagningar följer handläggningen enligt SVF.

De regionala processledarna har i dag ansvaret på regionnivå att identifiera och uppmärksamma förbättringsbehov, utarbeta åtgärder samt driva utvecklings- och förbättringsarbete i syfte att säkerställa sammanhållna patientprocesser. Enligt ledningen vid RCC är detta ett pågående utvecklingsarbete och processledarna har kommit olika långt i att kliva in i denna roll fullt ut. För enskilda patienter sammanhålls processen främst av kontaktsjuksköterskor och samverkan mellan dessa när flera vårdenheter och vårdgivare är involverade.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Specifik uppföljning av hur samverkan fungerar sker genom uppföljning av vissa struktur- och processmått. Exempel som nämnts är enkäter till patienter om de har fått erbjudande om kontaktsjuksköterska och haft en individuell vårdplan. Uppföljning av i vilken grad aktiva överlämningar sker har ännu inte gjorts men bör införas för att stärka kunskapen om hur vården lyckas hålla samman patientprocesser. Se även 3.1.4.

Centrala forum för att ”slussa” patienter

Vi ser det som relevant och angeläget att SLL har forum där vårduppdrag kan omfördelas när patienter annars kan riskera att få vänta för länge på undersökning eller vård.

Primärvården

Även om befintliga uppföljningar pekar mot att cancervården har blivit mer sammanhållen kan inga stora förbättringar av cancervården ännu mätas. Vi ser tillkomsten av CaPrim som en viktig pusselbit i det fortsatta arbetet. CaPrim har stärkt det befintliga kunskapsstödet kring cancervård i primärvården. Sannolikt har sjukvården i SLL ännu inte skördat frukterna av det arbete som skett och sker och som bör kunna innebära större säkerhet i primärvårdens bedömningar och därigenom bättre och snabbare vård för patienterna.

Svar på revisionsfrågan: Hur sker samverkan mellan vårdgivare för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna? Är ansvar och roller tydliga?

Hur samverkan sker beskrivs i avsnitt 3.3. Vår samlade bedömning är att en mängd relevanta funktioner och verktyg införts eller etablerats under senare år för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienterna. Att SLL ännu inte lyckats säkerställa kontinuitet och tillgänglighet kan konstateras genom befintliga uppföljningar, främst avseende uppföljning av ledtider från välgrundad misstanke till behandlingsstart. RCC har utarbetat tydliga ansvar och roller för flera funktioner som införts.

3.4 Uppföljning av delprocesserna i SVF för att utveckla goda vårdsamband och kortare ledtider

3.4.1 Revisionskriterier

Kriterier i denna del har varit väntetider med utgångspunkt i vårdgarantins gränser och i de tidsgränser som ställts upp kring olika standardiserade vårdförlopp.

Ett revisionskriterium är att det finns en samordning på landstingsnivå kring ett ändamålsenligt systemstöd för att fånga och följa upp ledtider. Detta i syfte att säkerställa en gemensam (miniminivå) uppsättning av ledtider i syfte att kunna göra relevanta jämförelser.

En annan utgångspunkt är att processledare/chefer i verksamheten behöver lätt tillgänglig och korrekt information om hela processen, inte enbart information om ledtiden från välgrundad misstanke till behandlingsstart. Detta för att säkert kunna identifiera eventuella flaskhalsar och därigenom arbeta med att eliminera dessa. Uppföljning av ledtider ska också kunna ske utan att det innebär administrativa pålagor för vårdens personal.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

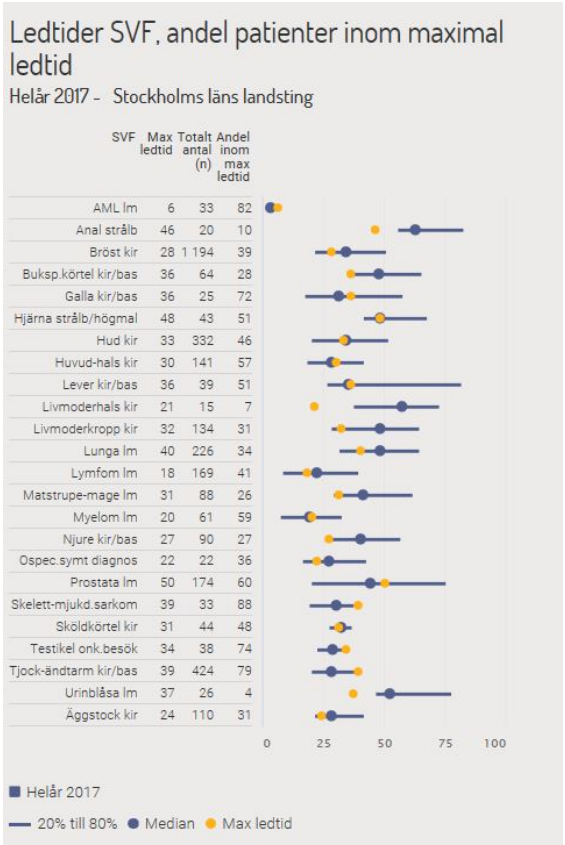
Document classification: KPMG Confidential

3.4.2 Generellt om tillgängligheten

RCC Stockholm – Gotland har tillsammans med representanter för verksamheterna tagit fram en modell för att erhålla realtidsdata för ledtider ur befintliga vårdadministrativa system i SLL (åtkomligt via www.cancercentrum.se). Det som mäts är mediantiden från diagnos till operation och inledningsvis för fyra cancerdiagnoser. Uppgifter kan fås uppdelat för olika vårdgivare.

Vårdgivare inom SLL är enligt vårdavtal skyldiga att arbeta enligt de standardiserade vårdförloppen. Det nationella målet för SVF är att 70% av alla cancerpatienter ska ha utretts inom SVF år 2020 och att 80% av dessa ska nå den uppsatta målnivån för ledtid.

På RCCs hemsida finns möjlighet att följa ledtider för SVF och uppdatering sker löpande. Den öppna redovisningen medger uppföljning av enskild behandling för respektive SVF per landsting/region. Vårdgivarna har möjlighet att ta del av materialet på en mer finfördelad nivå. Diagrammet nedan visar RCCs sammanfattande uppföljning av ledtiderna för 24 SVF i SLL. Redovisningen sker av den behandlingsform som är den vanligaste för respektive SVF.



Den gula pricken illustrerar vilken maximal ledtid (dagar) som gäller per SVF. Den blå pricken visar utfallet i SLL (helår 2017) mätt som medianledtid. Det blå strecket visar spridningen i väntetid mellan den 20 till 80:e percentilen. Hur stor andel patienter som utreds inom ramen för den maximala ledtiden varierar beroende på SVF och cancerform. Enligt ovan presenterade översiktliga redovisning – kolumn ”Andel inom max ledtid” - klarade SLL ledtidsmålet för 2 av 24 SVF 2017. (För tjock- och ändtarmscancer klaras 79% inom den maximala ledtidsgränsen på 80%).

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

På webbplatsen www.vantetider.se finns uppföljning av väntetider i relation till vårdgarantin. För cancersjukvård ingår enbart väntetider till förstabesök i den specialiserade vården. Vid en sökning framkommer inga data för SLL under de senaste 12 månaderna (sökning genomförd slutet av maj 2018). På riksnivå klaras vårdgarantigränsen 90 dagar i ca 97% av fallen under det senaste året. Det bör i sammanhanget nämnas att ledtidsmålen i SVF ställer betydligt högre krav på vården än vårdgarantins tidsgränser.

3.4.3 Systemmässiga möjligheter att följa upp delledtider inom olika SVF och användning av data

Fram till våren 2017 användes KVÅ-koder i journalsystemen som grund för att fånga ledtiderna. Härigenom fångades enbart tidpunkten för ”välgrundad misstanke” och tidpunkten för ”behandlingsstart” och enbart för SLLs egna vårdgivare. Registrering och uppföljning av ledtider i SVF sker från våren 2017 via IT-plattformen ”informationsnätverk för cancervården” (INCA). De kliniska verksamheterna ska via INCA rapportera in händelser i patientens cancerutredning som möjliggör uppföljning av varje enskilt SVF. För att möjliggöra regionala och nationella jämförelser ska även alla diagnosspecifika cancerregister finnas tillgängliga via INCA. Sedan 1 maj 2018 kan 23 av 31 SVF registreras och följs upp via INCA och i juni ska resterande komma med.

I SVF-INCA kan även delledtider registreras och följas upp. RCCs processledare har eller är i färd med att ange en standarduppsättning med mätpunkter per SVF som alla inom det förloppet ska använda. Utöver dessa kan vårdgivare lägga till ytterligare mätpunkter. Dagens arbete bygger delvis på att manuella registreringar sker, ofta av SVF-koordinatorer. Flera av de besökta verksamheterna vid sjukhus uppger att de i dag är i stort behov av den extrafinansiering som kommer via RCC för att få till SVF och ledtidsregistrering.

Enligt våra intervjuer används för närvarande flera olika datakällor för uppföljning av ledtider och uppföljningarna ger olika resultat.

I Intervjuer med de regionala processledarna framkommer att ledtider verkligen är föremål för diskussion och uppmärksamhet vid nätverksmöten för olika cancerprocesser.

Som framgår av våra redovisningar från möten med företrädare för sex cancerformer är dock arbetet med att på verksamhetsnivå identifiera flaskhalsar och eliminera dessa med stöd av SVF-data, i sin linda. Systemstödet för att följa ledtider är nu skapat men ytterligare tid kommer åtgå innan det används fullt ut och innan en datakälla gäller.

3.4.4 Kommentarer och bedömningar: Uppföljning av delprocesserna i SVF för att utveckla goda vårdsamband och kortare ledtider

Generellt om tillgängligheten

SLL klarar ledtidsgränsen endast för två av 24 redovisade SVF.

Vid tidpunkten för datauttag från www.vantetider.se i denna granskning (slutet av maj 2018) saknas uppgifter för SLL.

Systemmässiga möjligheter att följa upp

Det pågår ett omfattande arbete för att förbättra cancersjukvården och korta ledtiderna. Ett sådant angeläget arbete som RCC tagit tag i är att förbättra förutsättningarna för en stabil

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

registrering och uppföljning av ledtider. Vår bedömning är att det via SVF-INCA håller på att etableras en standarduppsättning med ledtider per SVF och möjlighet för vårdgivare att lägga till ytterligare mätpunkter.

Arbetet med att mäta ledtider är ännu långt ifrån att kunna ske utan manuell hantering och kräver i dag registrering i flera system. Detta är ett väsentligt förbättringsområde, och som vi tolkar det, en bit ifrån de generella ambitioner som finns om digitalisering i sjukvården. Trots det bedömer vi att det som RCC nu skapat (SVF-INCA), innehåller en potential till förbättringar avseende främst ledtider. I samband med våra intervjuer (april och maj 2018) har ännu inte alla verksamheter lätt tillgång till ledtidsinformation ifrån en gemensamt överenskommen och tillämpad datakälla.

RCC har tillsammans med representanter för verksamheterna i SLL tagit fram en modell för att få fram realtidsdata för ledtider ur befintliga vårdadministrativa system i SLL (åtkomligt via www.cancercentrum.se). Här mäts tiden från diagnos till operation vilket är ett komplement till den tid som mäts nationellt för SVF. Initialt finns uppgifter för fyra cancerdiagnoser.

Användning av ledtidsdata

Data har börjat användas för diskussioner på regionnivå. Inga exempel har framkommit på systematisk användning av ledtidsdata på verksamhetsnivå för att identifiera och eliminera flaskhalsar i flödet.

Svar på revisionsfrågan: Hur sker uppföljning av delprocesserna i standardiserade vårdförlopp för att utveckla goda vårdsamband och kortare ledtider

I samband med våra intervjuer (april och maj 2018) framkommer att inte alla verksamheter på ett enkelt sätt har tillgång till ledtidsinformation ifrån en gemensamt överenskommen och tillämpad datakälla. Vår samlade bedömning är att RCCs arbete med SVF-INCA kan leda till klara förbättringar avseende såväl möjligheter att registrera som att få ut data om ledtider och delledtider. Ett fortsatt viktigt utvecklingsområde är att minska behovet av manuell registrering. I dag används data främst i diskussioner på regionnivå. Inga exempel har framkommit i granskningen på att verksamheterna systematiskt använder ledtidsdata för att identifiera och eliminera flaskhalsar i flödet.

Andreas Endrédi
Certifierad kommunal revisor
Uppdragsansvarig

Sofie Wiessner
Granskare

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Bilaga 1 Arbetet inom sex cancerområden

Bröstcancer (RCC, KS & SÖS)

Bröstcancervården anses av de regionala processledarna ha varit väl utvecklad redan innan cancerplanen infördes och det fanns en tydlig plan för hur vården skulle utformas. För denna cancerform har cancerplanen därför främst bidragit med SVF och resurser till SVF-koordinatorer. Enligt PFC har ett ökat fokus på SVF dock inneburit att andra områden inte utvecklats i samma grad, exempelvis den palliativa vården. Enligt de regionala processledarna har cancerplanen stor legitimitet bland vårdens professioner. Vid dess implementering arbetade RCC aktivt med att nå ut till vården med information om innehållet i cancerplanen.

Enligt uppgifter på www.cancercentrum.se[14] nås inte ledtidsmålen för SVF avseende kirurgisk behandling. Målet är att klara maxtiden 28 dagar för 80% av patienterna som vårdas enligt förloppet. Redovisningen innebär att ledtiden klaras för 39% (riket 49%) av patienterna 2017. Motsvarande andel hittills 2018 är 46% (riket 45%). SLL har därmed ledtider i paritet med rikssnittet och har enligt denna uppföljning förbättrat måluppfyllelsen. Motsvarande för läkemedelsbehandling är för 2017: 39% (riket 51%) och för 2018: 28% (riket 46%).

Processledarna vid RCC samlar regelbundet representanter från sjukhusen för att diskutera läget och den vidare utvecklingen av vården för patienter med bröstcancer.

I SLL finns bröstcancervård vid tre centra vilka drivs av Karolinska Solna, Capio S:t Görans sjukhus och SÖS. Enligt PFC och Omvårdnadschef vid Karolinska har ansvarsfördelning och roller varit otydliga för de tre bröstcentra. Ett problem i sammanhanget uppges vara att de tre bröstcentra arbetar utifrån olika förutsättningar. Som exempel uppges mer resurskrävande patienter med en komplex sjukdomsbild i många fall remitteras vidare från Capio S:t Görans sjukhus till Karolinska i Solna.

Processledarna menar att de verkar för att olika bröstcentra ska arbeta likartat. Detta bland annat genom att hålla i regelbundna nätverksträffar med de som har samordnande funktioner vid de tre bröstcentra.

PFC och omvårdnadschef vid Karolinska uppger i intervjun att RCCs modell med processledare bidragit med en helhetssyn för bröstcancervården. En svårighet har dock varit att ersätta den kompetens som gick över till att arbeta för RCC. Trots att resurser tillförts för att ersätta vårdpersonalen har det varit svårt att hitta personal med motsvarande yrkeserfarenhet.

I primärvården startas en stor andel SVF-förlopp för patienter som inte har cancer. En uppskattning av de intervjuade är att bara en av tio patienter som remitteras med en välgrundad misstanke om cancer från primärvården har bröstcancer. För att åtgärda problemet arbetar PFC på Karolinska med att höja kompetensen kring bröstcancer i primärvården. Detta genom att bjuda in vårdcentralerna som hör till upptagningsområdet och informera om vad välgrundad misstanke innebär och när ett SVF-förlopp bör startas. Processledarna arbetar även med kompetensutveckling i primärvården genom att föreläsa för distriktsläkare via CaPrim.

Inom bröstcancervården används patientenkäter för att följa patienters erfarenheter och upplevelser av vården. Uppföljning av ledtider sker i SVF-INCA. PFC och omvårdnadschef vid Karolinska uppger i intervjun att det råder oklarhet kring uppföljningen av ledtider. Företrädarna

[14] Dessa uppgifter är hämtade den 21 maj 2018. Data uppdateras löpande.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

för Karolinska har påpekat detta till RCC för att säkerhetsställa att rätt ledtider mäts och att alla enheter i landstinget har tillgång till samma data.

Det finns digitala styrkort tillgängliga för PFC vid KS med information t.ex. om andel patienter med namngiven kontaktsjuksköterska. Alla patienter får ett erbjudande om en kontaktsjuksköterska och majoriteten av patienterna har även en individuell vårdplan. De patienter som saknar en vårdplan har ofta själva valt bort detta. Det finns en mall för vad som ska ingå i den individuella vårdplanen. För att utveckla vårdplanerna pågår ett arbete med att individualisera vårdplanerna efter patientens behov.

På Karolinska Solna pågår ett utvecklingsarbete kring att inkludera patientrapporterade utfallsmått i de digitala styrkorten.

Av de sex bröstcancerspecifika arbetspunkterna i cancerplanen uppger företrädarna för bröstcancervården vid KS att två är utförda. Resterande fyra arbetsuppgifter är inte slutförda då de kräver ett kontinuerligt utvecklingsarbete och arbete pågår kring dessa punkter på olika nivåer.

Bröstcancerpatienter hör till ett vårdteam med två läkare och sjuksköterskor och vem som i praktiken träffar patienten varierar beroende på vem som är i tjänst. Kravet att en läkare ska ansvara för patienten (enligt SLLS mål i budget 2018) är enligt PFC och omvårdnadschef vid KS, inte förenligt med sjukhusets teambaserade arbetssätt. På SÖS får högriskpatienterna en patientansvarig läkare vid nybesök och behandling.

Sjukhuset har det grundläggandet ansvaret för rehabilitering men har möjlighet att remittera patienten vidare. Processledarna vid RCC anser att primärvården skulle kunna axla en större roll avseende rehabilitering och ser en möjlighet till att detta kan realiseras via CaPrim.

Prostatacancer (RCC, KS och SÖS)

Vid utformningen av den regionala cancerplanen var processledarna vid RCC delaktiga i att formulera arbetspunkterna för prostatacancer. I slutversionen av cancerplanen fanns dock dessa inte med eller hade omformulerats. Processledarna vid RCC uppger att stora delar av vårdprogrammet för prostatacancer fördes in i cancerplanen.

RCC gjorde under hösten 2017 en genomlysning av prostatacancervården i SLL och konstaterar att de medicinska resultaten håller en god nivå vid en nationell och internationell jämförelse. Däremot finns tydliga förbättringsområden när det gäller att klara ledtider för SVF. Patientmedverkan och delaktighet behöver också förbättras. Dessutom behöver både geografiska och socioekonomiska skillnader minska. Enligt www.cancercentrum.se är det generellt sett svårt för Sveriges landsting att klara ledtidgränserna inom prostatacancer. SLL ligger något bättre än rikssnittet avseende läkedelsbehandling (den vanligaste behandlingsformen). 2017 klarades ledtidsmålet för 60% (riket 53%) av patienterna och hittills i år för 66% (riket 51%).

Cancerplanen har enligt PFC på KS lyft den generella nivån för hur prostatacancervården ska bedrivas, dock ställer den ökade krav på verksamheterna vilket medför en viss administrativ belastning för vårdpersonalen.

Enligt den regionala cancerplanen ska resurser för prostatacancer vara jämnt fördelad över hela vårdkedjan, vilket även är praktisk realitet. För prostatacancer utreds en stor del av patienterna inom öppenvårdsurologin som styrs via vårdval. Det finns inga uttalade prostatacancercentra men enligt de intervjuade bedrivs vården vid sjukhusen integrerat mellan berörda

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

verksamheter. Detta innebär att specialistvården på sjukhusen i praktiken är strukturerade enligt centramodellen. Som nämnts i tidigare avsnitt har nyligen ett inriktningsbeslut fattats om prostatacancer.

PFC vid Karolinska uppger i intervju att modellen med regionala processledare i grunden fungerar bra men att processledarnas mandat skiljer sig åt mellan olika RCC. I SLL krävs att processledarna får ett utökat mandat för att kunna driva igenom förändringar menar PFC vid KS.

Uppföljning sker genom det nationella prostatacancerregistret som även producerar det nationella styrkortet ”Koll på läget”. Det nationella styrkortet redovisar klinikernas resultat för elva utvalda kvalitetsindikatorer för både onkologi och urologi. RCC har tillgång till ”Koll på läget” samt ledtider via SVF-INCA. Utfallet publiceras inte öppet utan är tillgängligt enbart för den egna kliniken.

Enligt företrädare för SÖS sker även rapportering till HSN och HSF följer upp väntetider via CVR (Centrala väntetidsregistret).

Vid Karolinska finns s.k. digitala styrkort som utvecklats inom ramen för arbetet med värdebaserad vård. Styrkortet innehåller en flerdimensionell uppföljning av olika patientflöden, i detta fall prostatacancer. Patientrelaterade utfallsmått följs upp via enkätundersökningar till patienter. Företrädare vid sjukhusen uppger att hinder för att utveckla styrkortet har varit den låga svarsfrekvensen i undersökningarna.

Enligt processledaren vid RCC finns ännu inte möjlighet att automatiskt överföra journalinformation till kvalitetsregistret.

I intervjuerna framkommer att det finns begränsad möjlighet till att följa delledtider i SVF. På SÖS sker intern KVÅ-registrering för att bättre kunna följa delledtider och identifiera flaskhalsar i processen.

I intervju med verksamhetsutvecklare och SVF-koordinator vid SÖS framkommer att kontaktsjuksköterskorna även kommer att verka som SVF-koordinatorer för att säkerhetsställa att arbetet med SVF fortgår. På Karolinska har SVF-koordinatorerna arbetat med att utveckla systemet för ledtidsregistrering för att lättare kunna integrera arbetet i verksamheten när finansieringen upphör.

Av de sex arbetspunkter som finns med i den regionala cancerplanen har tre utförts och det pågår ett arbete kring resterande tre punkter.

Andelen patienter med kontaktsjuksköterska rapporteras i ”Koll på läget”. Företrädare för SÖS uppger att ingen löpande uppföljning sker av andel patienter som får erbjudande om en kontaktsjuksköterska men uppskattar att ca hälften av patienterna ändå har en. Det låga utfallet beror till stor del på svårigheter att bemanna kontaktsjuksköterskerollen. För att åtgärda detta pågår ett arbete med att vidareutbilda fem sjuksköterskor för att kunna möta det behov som finns. Inte heller förekomsten av individuell vårdplan är föremål för löpande uppföljning. Processledarna vid RCC uppger dock att majoriteten av patienterna har en individuell vårdplan även om den i dagsläget inte fullt ut innefattar allt som ingår i Min vårdplan.

På Karolinska sker arbetet teambaserat och i dagsläget finns ingen namngiven PAL för patienten. På SÖS har arbetet med PAL inte påbörjats men verksamheten arbetar med att i kontakten med patienten eftersträva så hög kontinuitet som möjligt.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Enligt PFC vid KS och processledare vid RCC finns brister i hur PSA[15]-tester hanteras i primärvården[16]. En uppskattning av PFC vid KS är att 30 % av patienterna med ett PSA värde som kräver behandling för prostatacancer inte utreds inom två år. Socialstyrelsen anser att män bör få information om vad PSA-prov kan innebära, så att patienten själv kan avgöra om testet ska tas. Detta på grund av att det råder oklarhet kring vilka flera för- och nackdelar som finns med att ta PSA-test på män utan symptom på prostatacancer. Socialstyrelsens broschyr om PSA test ska därför finnas tillgänglig på alla vårdcentraler och inom företagshälsovården. Företrädare för Karolinska uppger att en väldigt liten andel av patienterna får erbjudande om eller rekommenderas att läsa den i primärvården eller inom företagshälsovården.

studie av Stockholms samtliga PSA-tester sedan 2003, 133 000 PSA-tester och 4 700 prostatabiopsier. Följande referens om ni vill ange den: Aly M, Clements M et al. Eur Urol Focus 2018 Feb 9. PMID: 29433987

Lungcancer (RCC och KS)

Enligt de regionala processledarna fanns under en tid uppfattningen ute i verksamheten att arbetet på RCC tog resurser ur vården som behövdes bättre där, än i det regionala arbetet. Processledarna menar att det i dag finns en större uppslutning kring det arbetet som sker via RCC.

De viktigaste fördelarna med RCCs arbete anser processledarna vara att det tillförts resurser i form av koordinatorer men även att det finns resurser för att nu arbeta med något tills att det är helt slutfört. Processledarna har deltagit i ledningsgruppsmöten på sjukhusen och genom detta haft möjlighet att bidra med kunskap.

Vården för lung- och lungsäckscancer är koncentrerad till Karolinska sjukhuset i Solna och i Huddinge. På Karolinska Huddinge finns en utrednings- och behandlingsenhet som tillhör Solnas patientflöde. Följaktligen har vården för lungcancer nivåstrukturerats i enlighet med den regionala cancerplanen.

För lungcancer finns två regionala processledare vid RCC. Enligt de intervjuade finns ett välfungerande samarbete mellan processledarna och PFC vid Karolinska.

Enligt processledarna finns välfungerande stöddokument i öppenvården för att identifiera patienter som behöver remitteras till sjukhusvård. En av processledarna föreläser om lungcancer för utvalda vårdcentraler via CaPrim. Det är primärvården som ska starta SVF lungcancer men ofta är det koordinatorerna på sjukhusen som går tillbaka och ber om att SVF ska startas.

Den utveckling som just nu pågår handlar om att säkerställa enhetlig behandling med cytostatika.

Uppföljning av lungcancersjukvården sker via SVF och via det nationella kvalitetsregistret. Härigenom sker uppföljning av bl.a. överlevnad, väntetider och andra kvalitetsmått. Via RCC

[15]PSA är en förkortning av prostataspecifikt antigen. Ett PSA-värde över gränsvärdet indikerar på sjukdom i prostatakörteln, som inte nödvändigtvis behöver bero på cancer.
[16] Uppgiften baseras på en studie av stockholms samtliga PSA-tester sedan 2003 (133 000 PSA-tester och 4 700 prostatabiopsier). Referens: Aly M, Clements M et al. Eur Urol Focus 2018 Feb 9. PMID: 29433987

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

finns sedan en tid även möjlighet att följa ledtider i princip i realtid. Lungcancer är en cancerform som är relativt välförsedda med data inklusive data för långtidsuppföljning.

Flertalet av arbetspunkterna för lungcancer i den regionala cancerplanen är påbörjade och några är genomförda.

Enligt processledarna finns goda möjligheter att följa upp processen via ledtids och kvalitetsdata. I vilken grad data används för utveckling och förbättring varierar dock. Som nämnts har processledarna deltagit i ledningsmöten på Karolinska och pekat på möjligheten att använda befintliga data för att bl.a. identifiera flaskhalsar.

Enligt de intervjuade är det oklart vem som ansvarar för behovstäckning och prestanda i lungcancerprocessen i SLL.

De intervjuade processledarna menar att väntetiden är lång till ett förstabesök i specialistsjukvården. Efter diagnos finns inga köer till behandling men utredningsmässigt finns flaskhalsar som nämnts dels till första besök dels till tid för punktion av misstänkta tumörer. Tillgängligheten till patologi har förbättrats sedan införandet av SVF och främst under det senaste halvåret. Enligt PFC och enligt uppgifter på www.cancercentrum.se nås inte ledtidsmålen för SVF. SLL ligger under rikssnittet avseende läkedelsbehandling (den vanligaste behandlingsformen). 2017 klarades ledtidsmålet för 34% (riket 44%) av patienterna och hittills i år för 27% (riket 32%). För patienter som behandlas med strålterapi och kirurgi klaras ledtidsmålen i klart lägre grad.

För att korta ledtiderna pågår ett arbete med att se över vårdprocessen och identifiera flaskhalsar. I arbetet har det varit möjligt att ta del av delledtider i processen men det har funnits svårigheter i att identifiera bestående flaskhalsar. Detta beror till stor del på att resurserna omfördelats i samband med att organisationsförändringar och omflyttningar har skett inom sjukhuset.

En mycket stor utmaning enligt de intervjuade ligger i att upprätthålla kompetensnivån hos husläkarna eftersom lungcancerfall dyker upp relativt sällan. I sammanhanget är www.viss.nu och arbetet inom CaPrim viktigt för att säkerställa kompetensen i primärvården.

Rehabiliteringsdelen utnyttjas inte tillräckligt för lungcancerpatienter enligt de intervjuade vid RCC trots att många genomgått krävande behandlingar. De samordnande kontaktsjuksköterskorna driver ett arbete för att integrera rehabilitering i vårdplanen. Rehabilitering lyfts fram som ett utvecklingsområde i överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Lungcancer kommer vara en pilotdiagnos för att integrera rehab i den nationella riktlinjen och även registrera angående rehabilitering i kvalitetsregistret.

Processledaren för omvårdnad driver ett projekt för att patienter ska få en tid hos sin kontaktsjuksköterska två veckor efter avslutad behandling för att planera rehabilitering. Det finns även andra utvecklingsarbeten som pågår för att stärka rehabiliteringen.

Cancerrehabilitering finns på Radiumhemmet och vid Centrum för cancerrehabilitering på Sabbatsberg. Enligt processledarna skulle cancerrehabiliteringen vid Sabbatsberg kunna nyttjas mer för vissa patienter. Samtidigt måste dock annan rehab ske på hemkliniken då patienter som har ASIH inte kan erhålla rehab på Sabbatsberg.

Antalet patienter som får ett erbjudande om kontaktsjuksköterska ska registreras och samtliga patienter får erbjudande om detta enligt processledarna. Patienter ska följas under hela vård-

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

kedjan och få en vårdplan för utredning och behandling. De ska ha en namngiven Patientansvarig läkare (PAL) och kontaktsjuksköterska. På Radiohemmet finns ett team bestående av fem specialistläkare och två kontaktsjuksköterskor. Patienten ska få information om att det i vissa fall kan förekomma möten med en annan läkare än den som står namngiven som PAL.

Samordnande kontaktsjuksköterskerollen ska säkerhetsställa vårdplanen och uppdatera den. Det finns en ambition att vårdplanen ska tillhandahållas digitalt via 1177 Mina vårdkontakter. Den samordnande kontaktsjuksköterskan ska stötta kontaktsjuksköterskorna i deras arbete samt fånga upp patienternas behov.

Patienter går vanligen på uppföljning vid Radiumhemmet under fem år och har då tillgång till sin kontaktsjuksköterska.

Kravet på vårdplanen är att den ska innehålla kontaktuppgifter samt innehålla viktiga tider och behandlingsmål. Vidare ska det ingå en rehabiliteringsplan. Det finns en vårdplan klar innan mötet med patienten men patienten har möjlighet att påverka utformningen av vårdplanen under mötet. Om vidareremiss är aktuell ska en sådan skrivas tillsammans med patienten.

Det finns SVF koordinatorer på Huddinge och Solna och en separat SVF koordinator för onkologsidan. Enligt processledarna fungerar detta stöd väl i dag. Utformningen är dock känslig för om någon är frånvarande tex. pga. sjukdom. Då finns risk att registreringar uteblir liksom stöd för uppföljning.

Tillgång till data finns via SVF-INCA. Så länge det finns SVF koordinatorer avsatta för att registrera så fungerar arbetet enligt de intervjuade.

Det är en del data (delledtider) som saknas enligt de intervjuade. Ännu har inte data kommit till operativ användning (uppföljning och förbättring) då det anses vara relativt nytt.

Gynekologisk cancer (KS)

Gynekologisk cancer är ett samlingsnamn för all cancer i de kvinnliga könsorganen. Till de tre vanligaste formerna hör livmoderkroppscancer, äggstockscancer och livmoderhalscancer. I enlighet med Framtidsplanen är vården för patienter med gynekologisk cancer centrerad till Karolinska Solna.

För gynekologisk cancer finns två regionala processledare och en av processledarna innehar även rollen som samordnande kontaktsjuksköterska vid Karolinska. De korta kontaktvägarna mellan processledare och PFC inom Karolinska möjliggör en tät kommunikation och ett nära samarbete.

I den regionala cancerplanen för 2016 – 2019 finns fem arbetspunkter kopplade till gynekologisk cancer. En av dessa är redan genomförd i samband med införandet av SVF. De intervjuande uppger att det pågår ett arbete med att verkställa resterande arbetspunkter.

Vidare finns en oklarhet kring vilka delledtider som ska registreras samt vem som ansvarar för registrering. Eftersom SVF inte fångar hela vårdförloppet uppger de intervjuade även att för mycket fokus läggs på tid till första behandling. Detta kan få till följd att andra viktiga delar i vårdkedjan såsom återbesök och uppföljning inte prioriteras lika högt.

För tre av fyra diagnoser för gynekologisk cancer finns digitala styrkort där utfalls- och processmått ingår. Enligt de intervjuade utvecklas styrkorten främst utifrån vad som är mätbart i dagsläget och den information som önskas av verksamheten finns därför inte alltid tillgänglig.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Enligt företrädarna för gynekologisk cancer vid Karolinska synliggör SVF patientens vårdprocess som samtidigt blir mer mätbar. Vid intervjun framkommer att införandet av SVF medfört vissa problem utifrån vårdval gynekologi. I öppenvården finns ca. 250 gynekologer som omfattas av vårdvalet. I vårdval gynekologi finns uppdrag att registrera och starta SVF men ingen kontroll från beställarens sida att så sker, vilket resulterat i att väldigt få mottagningar gör det. För att åtgärda detta har processledarna vid RCC besökt gynmottagningar i öppenvården för att öka kunskapen kring SVF och informera om skyldigheter kring registrering.

Uppföljning sker främst via ledtidsuppföljning av RCC. Enligt PFC erhåller beställaren även produktionssiffror för Karolinska. Enligt uppgifter från www.cancercentrum.se klarar inte SLL ledtidmålen för kirurgisk behandling av livmoderhalscancer och inte heller för livmoderkroppscancer. SLL ligger sämre än rikssnittet. En viss förbättring kan ses avseende livmoderkroppscancer hittills 2018 även om det är god bit kvar för att klara 80% av patienterna inom ledtidsgränsen.

De intervjuade vid KS uppger att samtliga patienter får erbjudande om en kontaktsjuksköterska och att alla patienter har en individuell vårdplan. Andelen patienter med tilldelad kontaktsjuksköterska dokumenteras och följs upp via digitala styrkort. Om patienten har en vårdplan dokumenteras detta i den enskildes journal. För att underlätta arbetet och hålla en god kvalitet finns en mall för vad som bör ingå i vårdplanen tillgänglig för kontaktsjuksköterskorna.

Vidare framkommer att de lokalerna på Nya Karolinska har för få antal samtalsrum tillgängliga för kontaktsjuksköterskorna. Detta innebär att vårdsamtal med patienter riskerar att behöva föras i en öppen sjukhusmiljö. Eftersom möjligheten att kunna föra samtal i avskildhet är en viktig del för att skapa en positiv vårdupplevelse för patienterna är detta ett problem menar de intervjuade.

Kolorektalcancer (KS)

Tjock- och ändtarmscancer (kolorektalcancer) är den tredje vanligaste cancerformen i landet. Bilden för hur resursfördelningen ska se ut i den regionala cancerplanen stämmer överens med hur resurserna har fördelats i praktiken. Kolorektalcancerkirurgi finns på flera sjukhus i SLL, dock är vården för patienter med en mer avancerad sjukdomsbild koncentrerad till Karolinska i Solna. PFC vid KS uppger i intervjun att nivåstruktureringen inte är tillräckligt tydligt formulerad och att viss ytterligare cancervård borde koncentreras.

SVF för kolorektalcancer finns sedan 2016 och SVF koordinatorn uppges ha en viktig roll för att säkerhetsställa att utvecklingsarbetet fortgår. Enligt de intervjuade är det SVF koordinatorn som till stor del verkar för att driva på att patienten kommer vidare i vårdprocessen. De intervjuade menar att det finns ett behov av att kunna följa fler delledtider i vårdkedjan, bland annat patientens utredningstid. Vidare framkommer att starttidpunkten för SVF registreras av primärvården i den omfattning som önskas.

Digitala styrkort finns framtagna och PFC uppger att processen med att börja använda dessa i praktiken har inletts. Det pågår även ett arbete med att utveckla styrkorten genom att inkludera fler parametrar.

Uppföljning för denna cancerform sker genom ledtider för SVF rapporteras till RCC. Enligt www.cancercentrum.se klaras ledtidsmålen för tjock- och ändtarmscancer nästan för patienter som behandlats med kirurgi (vanligast). I SLL klaras ledtidsmålet för 79% (riket 55%) av patienterna vilket är klart bättre än rikssnittet. Utfallet är oförändrat hittills 2018.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

För de sex arbetspunkter som finns specificerade i den regionala cancerplanen för denna cancerform så är tre av dessa utförda och arbete med att realisera resterande tre pågår.

De intervjuade uppger att varje patient blir tilldelad en kontaktsjuksköterska vid sitt första besök. Patientens kontaktsjuksköterska ska stå namngiven i patientens journal och i de digitala styrkorten ska även utfall avseende andelen patienter med kontaktsjuksköterska ingå. Kontaktsjuksköterskan ska upprätta en vårdplan tillsammans med patienten och ska då utgå från SLLs mall för individuella vårdplaner.

Kolorektalcancerpatienter i behov av rehabilitering remitteras till BäckenCancerRehab-Centrum (BCRC) som är en del av Centrum för cancerrehabilitering vid Sabbatsberg.

I dagsläget finns ingen journalförd patientansvarig läkare (PAL), dock är det rutin är att i de flesta fall informellt utse patientens operatör som PAL.

Leukemi / AML (KS)

Akut myeloisk leukemi (AML) är en grupp av allvarliga sjukdomar i blodbildande celler i benmärgen. Vård för denna patientgrupp är i SLL sedan februari 2018 helt koncentrerad till Karolinska Huddinge. Detta innebär att denna cancerform har nivåstrukturerats i enlighet med landstingets ambition.

Vid RCC finns en regional processledare för leukemi, samtidigt finns flera SVF. Ett av dessa är för AML. De intervjuade på sjukhuset har inte så mycket kontakt med den regionala processledaren och går vanligen via sjukhusets patientområdeschef för hematologi. De intervjuade på Karolinska Huddinge är något tveksamma till behovet av samordnande kontaktsjuksköterska kring detta SVF eftersom vården är så koncentrerad till Huddinge sjukhus.

Tillkomsten av SVF har tillfört ett viktigt och ökat fokus på ledtider menar de intervjuade. Enligt en representant för AML vid Karolinska sjukhuset Huddinge finns en önskan om att utöka samarbetet mot ASiH och primärvården avseende SVF. De största förändringar som skett hittills i verksamheten är tillkomsten av kontaksjuksköterskor. Data om ledtider har ännu inte kunnat användas för att vidta konkreta förbättringsåtgärder.

Möten med förstalinje-chefer sker en gång per kvartal på RCC. De intervjuade anser att det oftast går att tillgodogöra sig informationen genom att ta del av utsänt material.

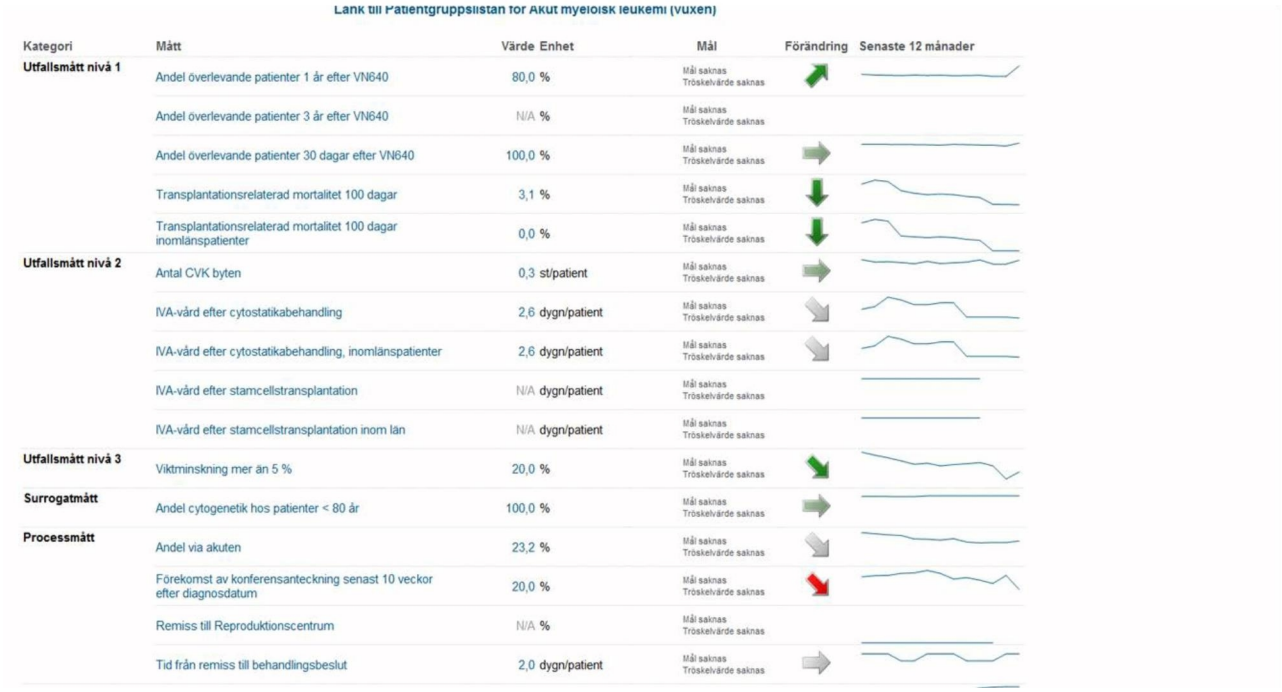
PFC har tillgång till ett s.k. digitalt styrkort. Här redovisas ca. 15 utfalls- och processmått, samtliga specifika för den aktuella patientgruppen. Ledtidsmått ingår. Mediantiden från diagnos till start av behandling är 3 dagar (ledtidmålet är 2 dagar). Verksamhetsföreträdarna är nöjda med vad som fångas i styrkortet men data behöver kvalitetssäkras och bli mer aktuella. Ledtidsuppföljningen sker via SVF – INCA och har en del eftersläpning. Enligt www.cancercentrum.se klaras uppställda ledtidsmål både 2017 och hittills 2018.

Nedan återges som exempel hur nuvarande styrkort ser ut. Liknande styrkort finns för övriga cancerflöden vid Karolinska sjukhuset.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential

Elektronisk ”real time” SVF-data för AML



Länk till Patientgruppslistan för Akut myeloisk leukemi (vuxen)

Kategori	Mått	Värde	Enhet	Mål	Förändring	Senaste 12 månader
Utfallsmått nivå 1	Andel överlevande patienter 1 år efter VN640	80,0	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Andel överlevande patienter 3 år efter VN640	N/A	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Andel överlevande patienter 30 dagar efter VN640	100,0	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Transplantationsrelaterad mortalitet 100 dagar	3,1	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Transplantationsrelaterad mortalitet 100 dagar inomlänspatienter	0,0	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
Utfallsmått nivå 2	Antal CVK byten	0,3	st/patient	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	IVA-vård efter cytostatikabehandling	2,6	dygn/patient	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	IVA-vård efter cytostatikabehandling, inomlänspatienter	2,6	dygn/patient	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	IVA-vård efter stamcellstransplantation	N/A	dygn/patient	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	IVA-vård efter stamcellstransplantation inom län	N/A	dygn/patient	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
Utfallsmått nivå 3	Viktminskning mer än 5 %	20,0	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
Surrogatmått	Andel cytogenetik hos patienter < 80 år	100,0	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
Processmått	Andel via akuten	23,2	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Förekomst av konferensanteckning senast 10 veckor efter diagnosdatum	20,0	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Remiss till Reproduktionscentrum	N/A	%	Mål saknas Tröskelvärde saknas		
	Tid från remiss till behandlingsbeslut	2,0	dygn/patient	Mål saknas Tröskelvärde saknas		

För leukemi finns tre arbetspunkter upptagna i den regionala cancerplanen för 2016 – 2019. Enligt den intervjuade patientflödeschefen pågår arbete i enlighet med dessa punkter i samtliga fall och en är utförd.

AML-patienter kommer akut till sjukhuset eller på remiss alternativt upptäcks vid utredningar. Patienterna kan även bli överförda från annan akutmottagning. Samverkan fungerar väl enligt patientflödeschefen. I något enstaka fall har diagnostiken blivit fördröjd vid länssjukhus.

Enligt de intervjuade erbjuds alla patienter en kontaktsjuksköterska men då diagnos inte alltid sker under kontorstid så kan inte kontaktsjuksköterskan alltid delta vid diagnossamtal. Patienter har möjlighet att kontakta sin kontaktsjuksköterska via telefon. Samtliga patienter har en individuell vårdplan enligt de intervjuade. Rutinerna för att dokumentera och kunna följa upp detta har inte fått fullt genomslag än men ett arbete sker för att nå dit. Detta innebär att det i dag saknas en tydlig uppföljning av detta.

Beskrivningen av behovet av rehabilitering i cancerplanen är mer inriktad mot solida cancertumörsjukdomar. Patienter med AML vårdas långa perioder inom slutenvård p.g.a. långa behandlingscheman samt biverkningar och komplikationer (infektioner/sepsis, etc.) och därför är vården inriktad på rehabilitering redan under slutenvårdsperioden. Därefter tas det uppdraget över av ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet). Patienter med AML har primärt behov av specialiserad slutenvårdsrehabilitering och är sällan aktuella för rehabilitering vid Sabbatsberg.

© 2018 KPMG AB. All rights reserved

Document classification: KPMG Confidential