

Socialstyrelsens uppföljning av RCC Väst

2016

Innehållsförteckning

1. Inledande reflektioner	3
2. Nivåstruktureringsplanen är genomförd (kriterium 6.3).....	5
2.1 Nationell nivåstrukturering	6
3. Effektiviseringsarbetet är genomfört för samtliga större vårdprocesser (kriterium 4.2)	7
3.1 Generellt	7
3.2 Prostatacancer	13
3.3 Huvudhalscancer	18
3.4 Lungcancer	22
3.5 Livmoderhalscancer	25
3.5.1 Prevention och screening för Livmoderhalscancer	25
3.5.2 Vård och behandling för Livmoderhalscancer	27

1. INLEDANDE REFLEKTIONER

Det har varit en stimulerande uppgift att sammanfatta det arbete som bedrivits i sjukvårdsregionen under sedan RCC infördes 2011. Sammanfattningen visar på stora förbättringar men också att det naturligtvis fortsatt finns förbättringsutrymme. Utvecklingen av kunskapsbaserade processer har ett naturligt spänningsförhållande till linjeorganisationens resurshantering. Arbetet inom projektgruppen för den regionala utvecklingsplanen och för införande av standardiserade vårdförlopp har den två senaste åren inneburit en tätare samverkan mellan process/RCC och linje vilket resulterat i att förändringar snabbare kunnat genomföras.

Effektivitet handlar om förhållandet mellan uppnådd grad av måluppfyllelse och tillgängliga resurser. Eftersom cancersjukvård är ett komplext system med ständiga förändringar i resurser såsom kompetens och utveckling av ny diagnostik och nya behandlingsformer så är kravet att effektiviseringsarbetet skall vara genomfört i princip omöjlig att uppnå. Denna redovisning beskriver därför hur ett effektiviseringsarbete bedrivits i regionens cancervård och hur RCC västs stöd till detsamma utformats och utvecklats.

Effektivisering har som ovan nämnts två perspektiv: måluppfyllelse och tillgänglig resurs. Måluppfyllelse måste utgå från dels ett strikt patientperspektiv och dels de åtgärder och mål som verksamheten själva beslutar om och som naturligtvis syftar till bättre vård för patient och närstående. Patientperspektivet representeras genom deltagande i vårdprocessgrupper, i patient- och närståendeperspektivrådet och i lokala utvecklingsprojekt.

De mål som verksamheten beslutar om gäller både införande av nya metoder/behandlingar och den genomloppstid som ska gälla för en process/förlopp från start till avslut. Vad som ska göras för den enskilde patienten beskrivs i nationella vårdprogram och regionala medicinska riktlinjer. Under den senaste fyraårsperioden har 19 regionala medicinska riktlinjer skrivits och uppdaterats. Var vård ska bedrivas beslutas i en fortlöpande process med initiativ som kan komma från regionala vårdprocessgrupper, från regional ledningsorganisation och från nationella rekommendationer (RCC i Samverkan). Nivåstrukturering som ett sätt att förbättra resursutnyttjandet blir med den utgångspunkten en integrerad del i ett kontinuerligt pågående effektiviseringsarbete. I och med arbetet med de standardiserade vårdförloppen finns nu också tydliga mål vad avser de väntetider som bör gälla från välgrundad misstanke till start av behandling. SVF-införandet är således en integrerad del i effektiviseringsarbetet och har i regionen avsevärt underlättats av de senaste årens arbete med systemutveckling.

Det system för effektivisering som utvecklats i regionen vad avser införande av nya metoder och behandlingar liksom kortande av väntetider utgår från moderna principer för hur kunskap mobiliseras. Implementering av ny kunskap är inte ett tidsbegränsat projekt där evidens presenteras som en produkt (exvis nationella riktlinjer), där beslut om implementering sker vid ett tillfälle och där beslut direkt resulterar i önskade förändringar. Införande av ny kunskap (och nya mål och förhållningssätt) har i regionen utformats som en iterativ social process där kunskap mobiliseras i ett medskapande (co-creation) som definierar, omdefinierar och implementerar. Designen av systemet för mobilisering av kunskap har gjorts i samarbete med Centre for Healthcare Improvement, CHI, på Chalmers.

Detta förhållningssätt har genomsyrat RCCs arbete med att stödja effektivisering och förbättring av cancervården i västra sjukvårdsregionen och kommit till uttryck i ett designat system som innefattar att organisationens alla delar görs delaktiga och mobiliseras i processer som innefattar i nationell kunskapssammanställning, regionala vårdprocessmöten, regionala konsekvensanalyser av ett införande, remissförfarande till ledningsorganisationen, projektgrupper för SVF, ledningsbeslut, regionala lärande seminarier och lokala dialogmöten. Innehållet för mobilisering och förankring är ny kunskap i form av forskningsbaserad evidens, beslutade mål och kunskap om de faktiska förhållandena i den egna verksamheten genom exvis kvalitetsregister eller mer direkt uppföljning av väntetider.

Med de grundläggande värderingarna Respekt och Dialog har RCC väst sedan starten 2010 arbetat utifrån följande principer för utveckling: Patientperspektiv, Hälsofrämjande, Värdeskapande, Professionsledd, Lärandedrivna, Systemansats, Uppskattande och undersökande samt Forskningsbaserad.

I ambitionen med co-creation utgör patienter och närstående en central aktör. Vid RCC väst finns ett Patient- och Närstående-Perspektiv-råd som yttrar sig över vårdprogram/riktlinjer och informationsmaterial som RCC tar fram. PNP-rådet utformar egna handlingsplaner och startar projekt. Bland dessa kan nämnas det initiativ som drivits för ett förbättrat psykosocialt stöd utanför det traditionella sjukvårdssystemet och som RCC väst nu arbetar med på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen. Vidare har PNP-rådet tagit fram en vitbok "Så vill vi ha det" och samverkat med 1177 kring information till patienter och närstående. Patientinitiativ har också legat bakom samverkan med Försäkringskassan där RCCs patientrepresentant/utvecklingsledare ingår i arbetsgruppen för "Flexibel sjukpenning" som rönt nationell uppmärksamhet. Patienter och närstående ingår i de regionala vårdprocessgrupperna och medverkar i lokala utvecklingsprojekt.

Eftersom all förbättring som kommer patienter och närstående till godo måste ske genom medarbetarna i de faktiska vårdteamen och de bär en viktig del av den kunskap som behöver mobiliseras så utgör professionerna den andra centrala aktören i effektiviseringsarbetet. Den tredje centrala aktören är systemet såsom det representeras av linjestruktur och kultur.

De frågor som Socialstyrelsen ställt rörande effektiviseringsarbetet har besvarats på följande sätt. Under rubriken Generellt ges ett systemövergripande svar på frågorna. Struktur och arbetssätt etc är väsentligen desamma för samtliga processer. Under de olika processerna har regionövergripande men process-specifika synpunkter inhämtats från de regionala processägarna. Synpunkter har också inhämtats från ett av länssjukhusen, Skaraborgs sjukhus, för att ge ett mer verksamhetsnära perspektiv för två av processerna.

2. NIVÅSTRUKTURERINGSPLANEN ÄR GENOMFÖRD (KRITERIUM 6.3)

Inom Västra Götalandsregionen är nivåstruktureringen avseende kurativt syftande kirurgi i huvudsak genomförd. Patienterna utreds ofta på sitt hemortssjukhus i samråd med behandlande klinik på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Behandlingsbeslut tas i de flesta fall på Multidisciplinär konferens och i många fall på videokonferens så att ansvarig läkare på hemorten kan delta. Efter behandling på SU ges eftervård och kompletterande behandling som regel på hemortssjukhuset.

För dessa tumörformer sker all kurativt syftande kirurgi på Sahlgrenska universitetssjukhuset, SU

- Barncancer
- Hjärntumör
- Huvudhalscancer
- Lungcancer
- Matstrups- och Magsäckscancer
- Lever/gallvägscancer
- Bukspottkörtelcancer
- Endokrina buktumörer och buksarkom
- Skelett/Mjukdelssarkom
- Blåscancer
- Peniscancer

Vid följande tumörformer finns klara riktlinjer vad gäller arbetsfördelningen så att patienter med mer avancerade tumörer opereras på SU efter samråd mellan länssjukvården och SU:

- Äggstockscancer/Ovarialcancer
- Vulvacancer
- Livmoderhalscancer (endast stadium IA1 utanför SU)
- Uteruscancer
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Njurcancer

Nedanstående tumörformer behandlas kirurgiskt inom både länssjukvården och SU:

- Bröstcancer
- Prostatacancer
- Koloncancer
- Rektalcancer

Arbetsfördelningen avseende hematologiska maligniteter är också nivåstrukturerad så att de mer komplicerade fallen handläggs på SU. Detta gäller:

- Myelom
- Leukemi

- Lymfom
- Kronisk lymfatisk leukemi

Inom Region Halland pågår nivåstruktureringsarbetet på likartat sätt. Halland samarbetar på med Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus vad gäller handläggningen av komplicerade patientfall. Slutenvårdsurologi och övre gastrointestinal cancer har koncentrerats till Hallands Sjukhus Varberg.

Vad avser onkologisk behandling pågår ett arbete för att förstärka organisationen vid länsjukhusen med onkologer. Finansieringsbeslut har fattats för att utöka antalet ST-tjänster och att inrätta regionala överläkartjänster. Tillsättande och fördelning av tjänster hanteras av det regionala tumörrådet som är kopplat till RCC.

2.1 Nationell nivåstrukturering

Huvudmännen i de båda regionerna har ställt sig bakom nivåstrukturering till två ställen för kurativa åtgärder vid peniscancer.

Huvudmännen har också ställt sig positiva till rekommendationerna avseende matstrups- och övre magmuncancer, vulvacancer, analcancer, muskuloskeletala och intraabdominella sarkom samt cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi och isolerad hyperterm perfusion. Som framgår av ovanstående förteckning så är dessa områden redan regionalt nivåstrukturerade.

Beredning av remiss pågår avseende nationell regional och nationell nivåstrukturering av lever- och gallvägscancer, bukspottkörtelcancer, retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer, äggstockscancer, njurcancer samt cystektomi vid blåscancer. Även för flertalet av dessa är väsentliga delar av nivåstruktureringen genomförd i regionen.

3. EFFEKTIVISERINGSARBETET ÄR GENOMFÖRT FÖR SAMTLIGA STÖRRE VÅRDPROCESSER (KRITERIUM 4.2)

3.1 Generellt

Struktur och arbetssätt

Hur ser strukturen för förbättringsarbetet ut i arbetet med effektivisering av vårdprocesserna?

I strukturen ingår patienter och närstående, RCCs utvecklingsledare, statistiker och registerkoordinatorer, regionala processägare, medarbetare från CHI, lokala processledare, kontaktsjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister, SVF-koordinatorer, lokala verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer, ekonomer, förvaltningschefer, hälso- och sjukvårdsdirektör och biträdande dito, regiondirektör och politiker.

Dessa ingår i grupper som alla innefattas i processer för mobilisering av kunskap och effektivisering såsom PNP-rådet, lokala vårdteam, regionala vårdprocess- och omvårdnadsgrupper, nationella vårdprogram-, SVF- och registerstyrgrupper, professionella lärandenätverk, CHI, regionala tumörrådet, förvaltningsledningar, RCCs styrgrupp, program- och prioriteringsråd, HoS-direktörens ledningsgrupp, koncernledningsgrupp, hälso- och sjukvårdsstyrelser och samverkansnämnd.

Strukturen innefattar också olika typer av dokument såsom nationella vårdprogram, SVF-beskrivningar, regionala medicinska riktlinjer, konsekvensanalyser, nationella och regionala kvalitetsuppföljningar, rapporter från dialogturnéer, revisionsrapporter, utredningar och tjänsteutlåtanden.

Strukturen innefattar vidare särskilda kompetenshöjande insatser såsom kontaktsjuksköterskeutbildning, koordinatorsutbildning, utbildning för primärvården, webb-baserad utbildning i palliativ vård och lärande seminarier för SVF som samtliga erbjuds från RCC.

Hur går RCC tillväga?

Grundläggande principer för RCCs arbetet har varit och är faktabaserad dialog och mobilisering av kunskap. Detta åstadkoms genom initiering och stöd till olika kunskapsbärande grupper.

För att den faktabaserade dialogen ska fungera genom hela systemet behöver kunskap sammanställas i för alla hanterbara former, förankras och göras till föremål för andra aktörers bedömningar samt leda till nödvändiga åtgärder och beslut. Systemet för kunskapsstyrning och effektivisering är designat för att möjliggöra detta. För vårdprogram och ritlinjer finns en tydlig beslutsprocess.

Mobilisering av kunskap innebär också att hela tiden eftersöka och reflektera över det som inte finns, det som inte sker, att fylla tomrummet som plats för initiativ och möjlighet till påverkan. Exempel på detta är skapandet av lärandenätverk och kartläggning och erbjudande om utbildningsinsatser.

Patientsäkerhet, tillgång till cancervård och väntetider

Hur har RCC kartlagt skillnader (mellan kön och mellan socioekonomiska grupper) i patientsäkerhet och tillgång till cancervård för alla delar i vårdkedjan/vårdprocessen? (från förebyggande insatser, tidig upptäckt, alarmsymtom, remiss, utredning/ diagnostik, MDK, behandling och rehabilitering)

Skillnader kartläggs med avseende på geografi som i regionen delvis också speglar socioekonomi. Regionala skillnader (och skillnader region-rike) är ständigt föremål för dialog t.ex. i regionala vårdprocessmöten och lokala dialoger.

Grupper med lågt utnyttjande av samhällets erbjudanden har identifierats genom registeranalyser t.ex. vad gäller gynekologisk cellprovskontroll och mammografi. I dessa sammanhang har insatser gjorts i form av särskilda projekt.

En av RCCs utvecklingsledare har startat och drivit projektet ”Sunda solvanor” som fått nationell spridning. Genom den nationella arbetsgruppen för cancerprevention görs ett arbete mot rökning och alkohol.

RCC har tre grupperingar med regionala processägare som arbetar med screening. I arbetet ingår kartläggningar och utbildningsinsatser. För kartläggning finns och utvecklas register för systematisk uppföljning såsom Cytburken som nu sprids nationellt, det nationella mammografisregistret där starten gjordes i väst och koloskopiscreeningstudien. Utbildningsinsatser har gjorts avseende kolposkopier för cervixcancerprevention och koloskopier för colorektalcancerscreening (och SVF). RCC är engagerat i G2-studien som undersöker former för organiserad provtagning av PSA.

För tidig upptäckt togs en medicinsk riktlinje avseende alarmsymtom och välgrundad misstanke om cancer fram före starten av SVF. Under 2015 gjordes en utbildning rörande kriterier för välgrundad misstanke om cancer och remissförfarande för primärvården som nådde 450 av regionens 800 specialister i allmänmedicin.

Utredning, diagnostik, behandlingsbeslut/MDK och behandling har sedan tidigare varit centrala delar i vårdprogram och riktlinjer. Genom SVF-arbetet har dessa fått ökat genomslag. Uppföljning vid behandlingen av kronisk cancer har på den senaste tiden fått ökad aktualitet och genom arbete som initierats och/eller engagerat regionala processägare från RCC väst har en utveckling skett av patientöversikter på INCA, mest framgångsrikt för prostatacancer. Modellen är generisk och kommer nu att appliceras på fler kroniska cancertillstånd. Patientöversikterna är ett stöd för patienten och den enskilde klinikern men möjliggör också effektiv och systematisk uppföljning av införandet av nya läkemedel. Regional MDK är genomförd för i stort sett samtliga diagnoser men begränsas något av reursbrist avseende läkare med olika kompetens.

I regionen har det skett en snabb utveckling av omvårdnad och rehabilitering speglat i tillgång till främst kontaktsjuksköterskor men även vad avser kuratorer. RCC har en regional processägare för området och två utvecklingsledare arbetar med särskild inriktning mot kontaktsjuksköterska/Min vårdplan respektive cancerrehabilitering/psykosocialt stöd.

Riktlinjer har lagt fast i det process-övergripande vårdprogrammet ”Cancervårdprocessen”. Genom de 15 hp som i kontaktsjuksköterske-utbildningen avsatts för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling har det gjorts många lokala förbättringsprojekt avseende omhändertagandet, Min vårdplan och rehabilitering. RCC finansierar en enhet för cancerrehabilitering vid SU inriktad mot strålskador i lilla bäckenet, en enhet som är en förebild för den nyligen startade nationella gruppen bäckencancerrehabilitering. RCC finansierar vidare en uppföljningsmottagning för unga vuxna som behandlats för cancer i barndomen. Utvecklingsledare vid RCC är facilitatorer för den regionala webbutbildningen i palliativ vård.

I en Revisionsrapport rörande psykosocialt stöd från 2015 (Västra Götalandsregionen) lyfts detta fram men det görs också påpekanden om vissa förbättringsområden. Handlingsplaner med åtgärdsförslag har tagits fram av berörda sjukhus och hälso- och sjukvårdsnämnder liksom för hälso- och sjukvårdsstyrelsen/regionstyrelsen.

Har RCC system för att följa väntetider i alla delar av vårdkedjan?

Ja i allt väsentligt för stegen fram till primära behandlingar genom de nationella kvalitetsregistren (se bilagda Nulägesbeskrivningar). Genom patientöversikterna kan/kommer också de senare behandlingsfaserna att följas.

I samband med SVF-införandet har regionens olika patientadministrativa system utvecklats och det finns nu en rapportering till SKL för start till avslut av SVF. Problemet med användning av patientadministrativa system och journalsystem är att de dåligt stödjer processer som går över förvaltnings- och landstingsgränser. Problemet med uppföljning av ledtider via kvalitetsregistren är förseningen i inrapporteringen som oftast inte sker förrän behandlingen är avslutad.

För att kunna stödja ett verksamhetsnära utvecklingsarbete utvecklar RCC väst nu särskilda SVF-register där registreringen fungerar som ett arbetsverktyg för koordinatorena och görs i samband med förloppens olika insatser. Eftersom registren är webb-baserade kan de överbrygga förvaltnings- och landstingsgränser när sammanhållen journalföring godkänns.

Patientperspektiv

Hur har RCC arbetat med följande patientperspektiv i alla delar i vårdprocessen?

Det gemensamma arbetet med utvecklingsplanen har inneburit att kriterierna som gäller för RCC nu formulerats som en strategi som omfattar hela cancervården. Patientperspektivet har därigenom mer och mer blivit utgångspunkt för hela det regionala effektiviseringsarbetet. Utöver vad som ovan beskrivits om patienters och närståendes medverkan i rådsfunktioner, process- och omvårdnadsgrupper samt lokala utvecklingsprojekt kan ytterligare aspekter lyftas.

De angivna perspektiven kan delas upp i två grupper. Tillgänglighet och kontinuitet är i allt väsentligt beroende av resurser som i verksamheterna är avsatta för att tillgodose patienternas behov. Perspektiven ingår i de lokala dialogmötena och innefattar tillgång till läkare, kontaktsjuksköterskor och kuratorer. De finns också som en del i olika utbildningar för allt ifrån primärvård till palliativ vård. RCC har ett samarbete med patientnämnderna.

Integritet och gott bemötande är en fråga som mer handlar om det individuella ansvaret och den lokala kulturen. En central del för att utveckla och bibehålla medarbetarnas möjlighet att svara upp mot patienters och närståendes behov är den egna upplevelsen av delaktighet med tydliga kopplingar till autonomi och inre motivation.

Den synsätt RCC förmedlar har Akvedukten som metafor där patienten är högst upp och vattenkanalen symboliserar en förflyttning som sker med bevarad integritet och med gott bemötande. Att respektfullt kunna möta en patient och erbjuda autonomi och integritet förutsätter att delaktighet och respekt också erbjuds medarbetare inom organisationen. RCCs erbjudande handlar i stor utsträckning om former för att stärka denna delaktighet. Ett genomgripande arbetet för ”patient empowerment” innebär i sig alltså att också medarbetarnas och vårdteamens roll lyfts upp.

Brister/utmaningar och åtgärder avseende punkt 2 och 3?

Vilka brister eller utmaningar har RCC funnit?

Genom kunskapsutveckling och ambitionshöjningar kommer brister och utmaningar hela tiden att uppstå. Brister som identifierats har avsett eftersläpningar i införandet av nya utredningar och behandlingar, långa väntetider, brister i kompetensförsörjning liksom införandet av nya roller och funktioner.

Utmaningarna har legat i att finna och sprida arbetssätt som kan leda till effektivisering utan resurstillskott exempelvis genom annan arbetsfördelning inom vårdteamen. När kostnader för införande av nya metoder och behandlingar har identifierats har det trots de regionala budgetarna för ordnat införande i vissa sammanhang inte varit helt möjligt att erbjuda verksamheterna kostnadstäckning i ett övergångsskede. Detta har då fått lösas genom interna omprioriteringar.

Utmaningar finns också vad gäller själva systemet för kunskapsmobilisering. Det har rört sig om långa tider för att ta fram kunskapsdokument, uteblivna remiss-svar på riktlinjer, långa handläggningstider från förslag till beslut, bristande medverkan i olika processkonstellationer och svårigheter att frigöra personal för utbildningsinsatser.

Vilka åtgärder har RCC föreslagit?

Behov av åtgärder som RCC lyfter fram är kopplade till nya vårdprogram/riktlinjer och kvalitetsuppföljningar. Det kan röra allt ifrån att införa rekommenderade behandlingar till kompetenssatsningar eller ändrad arbetsfördelning.

RCC medverkar också till kontinuerlig utveckling av kunskapsstyrningen genom att lyfta fram tankar och principer från modern organisationsforskning, genom att finnas med i program- och prioriteringsrådet, genom dialog med processägare och utvecklingsledare och genom kontakter med verksamhetschefer och förvaltningsledningar.

Hur har RCC stöttat landsting/regioner och verksamheter i införandet av åtgärderna?

I beredning av nationella riktlinjer, nationella vårdprogram och regionala riktlinjer finns RCC och processägarna med och gör gap- och konsekvensanalyser samt preciserar metoder och behandlingar som kunde vara aktuella för övergångsfinansiering inom ramen för ordnat införande. När och där brister identifierats tas detta upp på de lokala dialogmötena. Återkopplingen sker också till förvaltningsledningarna, särskilt har detta kommit till stånd genom arbetet med SVF.

RCC lyfter också fram och sprider goda exempel på lösningar inom regionen. För SVF har detta exempelvis gjorts genom process-specifika lärandeseminarier där berörda vårdteam från samtliga förvaltningar samlats för dialog. RCC ordnar också regionala stormöten där patienter, politiker, förvaltningschefer etc deltar och goda exempel presenteras.

Hur upplever RCC att landsting/regioner har anammat RCC:s förslag?

Inrättandet av RCC, RCCs roll i kunskapsstyrningen, funktionen med regionala processägare, initiativ vad gäller utbildningar och nätverksbildningar var från början alls icke okontroversiell. Genom att betona RCCs roll som stödfunktion till verksamheternas utveckling och kunskapsmobilisering har detta dock tydligt svängt under den gångna femårsperioden.

I allt större utsträckning uppfattas inte förslagen såsom kommande från RCC utan mera såsom gemensamt frambeskrivna och intimt kopplade till verksamheternas eget utvecklingsarbete. Detta har särskilt kommit till uttryck i det regionala arbetet med SVF. RCC har uppdraget att leda den regionala projektgruppen med representanter från samtliga förvaltningar och externa vårdgivare. Projektgruppen träffas månatligen med dialoger om nödvändiga stödinsatser och budgetfördelning. Även i regionalt arbete med nivåstrukturering har RCC kunnat få en tydlig roll.

De lokala dialogmötena uppfattades vid starten av delar av organisationen snarast som en revision och verksamhetscheferna visade ringa intresse för deltagande. Nu är mötena efterfrågade, verksamhetschefer och hela vårdteam medverkar, kvalitetsdata diskuteras öppet. Turnéns slutsatser sammanfattas och sprids i regionen.

Att RCC blivit en uppskattad del av den regionala styrningen och utvecklingen framkommer också genom att RCC i ökande utsträckning ges separata uppdrag kring utredningar och projekt.

Effekter

Vilka effekter har RCC märkt av arbetet med effektivisering av vårdprocessen? Hur följs arbetet med effektivisering av vårdprocesser upp?

Ett system finns nu etablerat som i kontinuitet hanterar kunskapsmobiliseringen för nya riktlinjer och uppföljningsdata. Effektiviseringsarbete sker kontinuerligt med införande av nya metoder och, genom SVF, ett stort fokus på nödvändiga åtgärder för att korta väntetiderna i cancervården.

RCCs arbete har också inneburit att deltagande i verksamhetsutveckling på ett naturligt sätt kommit att engagera fler professionella grupper. Detta kommer till uttryck i de projekt som genomförs i anslutning till kontaktsjuksköterskeutbildningen. Koordinatorerna visar ett stort engagemang i SVF-utvecklingen och registrering av väntetider.

Kompetensförsörjningen har tydligt kommit på agendan och antalet kontaktsjuksköterskor och kuratorer i cancervården har ökat påtagligt.

Ett, i ökande grad framgångsrikt, snabbt införande av nya metoder och behandlingar kan avläsas i de nationella kvalitetsregistrens rapporter och i rapporterna från de lokala dialogmötena.

Är effektiviseringsarbetet som RCC föreslagit genomfört för de större cancerprocesserna?

Ett effektiviseringsarbete är genomfört för samtliga cancervårdprocesser och pågår kontinuerligt.

Övrigt; uppföljning av SVF

Vi passar på att ställa en fråga för arbetet med det uppdrag Socialstyrelsen har om att följa upp SVF, vi lämnar svaret vidare till dem för deras arbete:

Vilka är dina allmänna iakttagelser/erfarenheter och vilka utmaningar ser du relaterade till införandet av SVF?

Frågan går som ovan visats inte att skilja från effektiviseringsarbetet i övrigt.

Det finns en total uppslutning från regionledning, förvaltningar och processägare/ledare, koordinators och kontaktsjuksköterskor etc på sjukhusen och läkare i primärvården kring det rimliga i att väntetiderna kortas på det sätt som föreslagits i de nationella dokumenten.

En central fråga som framförts är den om eventuella undanträngningseffekter. RCC har i projektgruppen och i andra sammanhang framfört att långa väntetider för cancerpatienter i sig kan ses som en undanträngningseffekt. En bättre beskrivning är att allt handlar om prioritering. Korta väntetider för patienter med misstänkt cancer har genom SVF blivit upprioriterat vilket de flesta kan uppfatta som väl motiverat. Om det finns diagnosgrupper och/eller åtgärder som genom detta nedprioriteras får detta diskuteras i särskild form. SVF innebär inte att nya metoder införs vilket innebär att ökad resursåtgång, efter hantering av pucklar under inledningen, bör hänföras till vidgade indikationer för utredning. SVF-arbetet sätter genom tydlig målformulering hela sjukvårdssystemets resurshantering under lupp vilket är bra.

SVF skapar för vissa vårdprocesser ändrade gränsdragningar i kostnadsfördelningen mellan primärvård och sjukhusvård där sjukhusens ansvar för utredningar ökar. Delvis kan förändringarna underlättas genom de statliga medlen för SVF men frågan måste hanteras i vårdöverenskommelserna.

Kriterierna för välgrundad misstanke om cancer och start av SVF har för vissa av förloppen vidgats i förhållande till gällande praxis i regionen vilket ställer ökade krav på delar av utredningsresurserna såsom inom koloskopi och röntgen. De fastlagda väntetiderna ställer också stora krav på verksamheterna att hantera variationen i inflöde, en variation som i relation till begränsade resurser sannolikt utgör en viktig förklaring till nuvarande väntetider/kösituation. Detta kommer att kräva ett systematiskt arbete med kapacitetsökning, och planering av reserverade tider men kriterierna kan också behöva omformuleras.

3.2 Prostatacancer

Struktur och arbetsätt

Hur ser strukturen för förbättringsarbetet ut i arbetet med effektivisering av vårdprocesserna?

Hur går RCC tillväga?

Det första nationella vårdprogrammet i prostatacancer och uppdaterade nationella riktlinjer presenterades 2014 och en uppdatering har därefter skett årligen. De regionala processägarna deltar i den nationella vårdprogramgruppen som också är ansvarig för utformning av SVF för prostatacancer.

Regional vårdprocessgrupp finns med representanter från patienter, primärvård, kontaktsjuksköterskor, koordinators, radiologi, patologi, privata aktörer och lokala processägare för urologi och onkologi. Regionala vårdprocessmöten sker tre-fyra gånger per år. Under 2014 skapades dessutom en regional omvårdnadsgrupp med sjuksköterskerepresentanter från alla behandlande enheter i regionen. Vidare besöker de regionala processägarna samt ordförande för omvårdnadsgruppen alla urolog- och onkologienheter i regionen 1 ggr/år för dialog och genomgång av de lokala processerna. Protokollet med förslag till förbättringsarbete skickas till verksamhetschefer, lokala processledare samt RCC.

De regionala processägarna är ordinarie ledamöter i styrgruppen för det Nationella prostatacancerregistret (NPCR) samt innehar vice ordförandeskapet i NPCR (onkologi). Diagnostik och primärbehandling av PC har mycket hög täckningsgrad (98%) i regionen och återkoppling sker i realtid via interaktiva rapporter där inrapporterande enheter själva kan söka realtidsdata enligt fördefinierade mallar. Under 2015 skapades också ”koll på läget”, en styrpanel med tio kvalitetsindikatorer som presenteras utifrån tre nivåer av måluppfyllelse, i NPCR som ett mätverktyg för övervakning, styrning och förbättringsarbete. Koll på läget ger en tydlig, enkel och öppen redovisning av klinikens arbete och har fått ett stort genomslag i regionen som bas för förbättringsarbete. De regionala processägarna har arrangerat utbildningstillfällen för INCA-rapportering och datauttag för lokala processledare och sektorsråd (alla verksamhetschefer). INCA-inrapportörer vid respektive klinik (urologi/onkologi) deltar dessutom i de nationella inrapportörsmöten som sker årligen inom NPCRs regi.

De regionala processägarna leder också arbetet med att utveckla en nationell uppföljningsmodul för patienter med avancerad prostatacancer (Patientöversikt prostatacancer) som har flera funktioner dels som styrpanel som grafiskt presenterar sjukdomsförlopp och behandling över en tidsaxel och som därmed stödjer mötet mellan patient och behandlande läkare samt utgör basen för återkoppling av information till verksamheterna om deras behandling av män med avancerad prostatacancer.

Skaraborgs sjukhus:

Etablering av prostatacancerprocess med tvärprofessionell arbetsgrupp. Regelbundna möten med engagerade medarbetare i form av bland annat processledare och kontaktsjuksköterskor. Gott samarbete med RCC som varit på dialogturné i hela regionen (även Skövde) avseende urologiska cancrar.

Regelbundna processchefsmöten med ständig genomgång, återkoppling och vidareutveckling av processarbete som en naturlig del i det dagliga arbetet med prostatacancerpatienten. Tillåtande kultur/miljö att lägga tid på möten för fortsatt utvecklingsarbete.

Patientsäkerhet, tillgång till cancervård och väntetider

Hur har RCC kartlagt skillnader (mellan kön och mellan socioekonomiska grupper) i patientsäkerhet och tillgång till cancervård för alla delar i vårdkedjan/vårdprocessen? (från förebyggande insatser, tidig upptäckt, alarmsymtom, remiss, utredning/diagnostik, MDK, behandling och rehabilitering)

Har RCC system för att följa väntetider i alla delar av vårdkedjan?

Geografiska skillnader i utredning och behandling följs kontinuerligt och med återkoppling till verksamheterna både genom ”Koll på läget” och vid dialogturnéer.

Införandet av SVF under hösten 2015 har inneburit i första steget en inventering och baslinjeanalys över hur processerna ser ut. Det har vidare möjliggjort primärvårdsutbildning, införande av koordinatörer på mottagande kliniker, förbokade tider på röntgen och klinisk fysiologi, ökad dialog och tillförande av resurser till patologin för att korta svarstider. Parallellt tillskapad regional MDK har möjliggjort förenklad dialog mellan urologer och onkologer, vilket innebär snabbare beslut och kortare beslutsprocess.

Ett stort problem för att utvärdera effekterna av SVF har varit bristen på uppföljningsverktyg av de enskilda ingående delledtiderna i processen. Nationella Prostatacancerregistret NPCR mäter redan en del av tiderna. Det mätsystem som tagits fram från SKL mäter i nuläget endast tidpunkt från välgrundad misstanke till start av behandling.

Genom initiativ från de regionala processägarna har en prototyp för SVF-registrering på INCA skapats. Registrering sker on-line och är ett stöd för koordinatörerna i planering och geröverblick över pågående förlopp. Registret som är webb-baserat möjliggör också insamlande av uppgifter från privata aktörer inom prostatacancervården och blåscancervården. RCC väst leder och finansierar nu ett arbete med SVF-register på INCA för samtliga vårdförlopp.

För övrig uppföljning av diagnostik och behandling i NPCR, var god se ovan ”Struktur och arbetssätt”.

Skaraborgs sjukhus

Vi försöker följa vårdprogram och riktlinjer enligt SVF så gott det går utifrån de resurser vi har. Ingen skillnad görs på patienterna, socioekonomiska faktorer har inte kartlagts.

Väntetider följs i ELVIS och verksamheten avser att registrera fler uppgifter i SVF-registret på INCA och PPC (patientöversikt prostatacancer).

Patientperspektiv

Hur har RCC arbetat med följande patientperspektiv i alla delar i vårdprocessen?

Perspektiven är kontinuerligt uppe i dialog med verksamhetschefer och lokala processledare.

Fem PREM-frågor ingår i NPCRs PROM-enkät och NPCR arbetar på att införa full PREM-enkät nationellt. Enskilda kliniker har patientenkäter för att följa patientperspektiv. PREM-enkät ingår i uppföljningen av SVF.

Funktionen med kontaktsjuksköterska och SVF-koordinator har införts.

Patient medverkar i vårdprocessgruppen.

Vid SU finns en gemensam mottagning urolog-onkolog vilket förbättrar förutsättningarna för patienternas delaktighet i behandlingsbeslut.

Skaraborgs sjukhus:

Tillgänglighet: Fler kontaktsjuksköterskor tillgängliga på telefon dagligen måndag-fredag. Fler tjänster - ökad tillgänglighet.

Integritet: Behandling diskuteras med patient och närstående.

Kontinuitet: Patienterna bokas i möjligaste mån till samma läkare/sjuksköterska.

Gott bemötande: Urologen mäter för närvarande patientens upplevelse av mottagningsbesöket direkt efter på mottagningen på läsplatta. Detta gäller alla urologpatienter.

Brister/utmaningar och åtgärder avseende punkt 2 och 3?

Vilka brister eller utmaningar har RCC funnit?

Vilka åtgärder har RCC föreslagit?

Hur har RCC stöttat landsting/regioner och verksamheter i införandet av åtgärderna?

Hur upplever RCC att landsting/regioner har anammat RCC:s förslag?

Generellt har det varit mycket långa ledtider från cancermisstanke till start av behandling för prostatacancerpatienter. Orsaken är multifaktoriell. Införandet av SVF har tillfört resurser för att kartlägga och åtgärda de långa tiderna.

Avsaknad av fungerande uppföljningsverktyg av enskilda delledtider i processerna har gjort att kartläggning av ovanstående i princip har varit omöjlig. SVF-registrering i INCA är en väg framåt.

De stora patientvolymerna i kombination med ökade resurskrävande behandlingsmöjligheter under lång tid, i alla skeden av sjukdomen, har avslöjat en avsevärd resursbrist vad gäller urologer, onkologer, patologer och radiologer, likväl som en generell sjuksköterskebrist, fr.a. kontakt- och mottagningsköterskor. En avsevärd resursbrist finns också vad gäller operations- och strålkapacitet finns i regionen.

Processägarnas arbete har visat brister i kunskap om fr.a. datauttag i NPCR för användande i lokalt kvalitetsarbete. Utbildningsinsatser pågår över regionen.

Ansökan av ordnat införande för diagnostisk radiologi samt för Zytiga®/Xtandi® och Xofigo® inklusive radiologisk uppföljning har tillfört resurser till processen.

Den regionala konsekvensbeskrivningen av nationella vårdprogrammet innebar också ett resurstillskott för nya kontaktsjuksköterskor och postoperativ strålbehandling.

Mottagandet av ovanstående punkter har varit övervägande positivt i regionen. Dialogen i den regionala vårdprocessgruppen med lokala processledare, omvårdnadsansvariga och koordinatörer fungerar bra. Likaså fungerar dialogen bra med verksamhetscheferna i sektorsrådet.

Skaraborgs sjukhus:

Svårigheter finns att uppfylla ledtider och vårdgarantier. Detta beroende på flera faktorer; läkarbrist, underdimensionerade lokaler och brist på kringpersonal (usk). Brist på operationsutrymme (operationssköterskebrist) som gör läkarschemat svårplacerat.

Det görs ett genomgripande arbete med produktions- och kapacitetsplanering.

Effekter

Vilka effekter har RCC märkt av arbetet med effektivisering av vårdprocessen? Hur följs arbetet med effektivisering av vårdprocesser upp?

Diagnostik:

Ett flertal studier kring MR prostata, fr.a. vad gäller diagnostik, har publicerats de senaste åren. Det har lett till att nationella vårdprogrammet uppdaterats och rekommendationerna nu är att MR prostata kan ersätta förnyade biopsier både för att utesluta PC efter en första negativ biopsiomgång, samt för att utesluta aggressivare cancer inför aktiv monitorering (AM). Då detta leder till ökat behov av MR prostata och mycket tyder på att MR även kommer att kunna användas innan en första biopsiomgång samt för staging inför kirurgi och för att följa patienter i AM har vi sökt ordnat införande för ökade MR-kostnader inom 5 år och under våren erhållit finansiering.

Medicinska behandlingsmöjligheter för spridd PC har ökat kraftigt de senaste fem åren. Detta ökar kraven på bilddiagnostik vid diagnos och uppföljning för behandlingsutvärdering av dessa patienter. Vi har därför sökt och fått medel för ordnat införande även för detta.

Nya behandlingar:

Aktiv monitorering (AM) av lågriskcancer har ökat i enlighet med det nationella vårdprogrammet. Detta leder dock till ett kraftigt ökande behov av besök i öppenvård och är därmed mer resurskrävande. Detta kommer att bli ett problem redan på kort sikt.

Andelen av radikala prostatektomier i regionen som utförs med robotassisterad teknik har ökat är över hälften av de utförda ingreppen. Införandet har skett som FOU som en del i den svenska LAPPRO-studien. Resultaten från bl.a. den studien visar på kortare sjukhusvistelse, mindre risk för erektil dysfunktion, färre korttidskomplikationer (inom 90 dagar) samt kortare sjukskrivningstid.

Under de senaste fem åren har studier visat att man kan minska antal strålbehandlingstillfällen genom att ge något högre dos/strålbehandlingstillfälle med likvärdiga behandlingsresultat, sk hypofraktionerad behandling. Detta är nu genomfört för patienter aktuella för kurativt syftande radioterapi i regionen.

Patienter med högrisk och lokalt avancerad PC har tidigare underbehandlats i förhållande till målnivåerna i de nationella riktlinjerna. Under perioden har andelen som erbjuds kurativt syftande terapi ökat. En av anledningarna till förbättringen är att dessa patienter diskuteras på den regionala MDK som infördes 2015. Under 2015 startades en nordisk studie (SPCG-15) där patienter med lokalt avancerad PC randomiseras till antingen kirurgi eller strålbehandling. Västra Götalandsregionen har hittills rekryterat flest i Norden. För patienter med primärt metastaserad PC har tidig cytostatikabehandling i kombination med hormonbehandling visats ge dramatiska överlevnadsvinster. MDK har möjliggjort att denna behandlingsstrategi har kunnat erbjudas till patienter i hela regionen. Detta gäller även patienter aktuella för cytostatika i senare faser av PC (kastrationsresistent PC)

De senaste fem åren har behandlingsmöjligheterna för patienter med sk kastrationsresistent prostatacancer (där hormonbehandling sviktar) dramatiskt ökat. Såväl nya hormonbehandlingar (Zytiga®/Xtandi®) som radionuklidbehandling (Xofigo®). Alla dessa

behandlingar är mycket kostsamma men genom ansökan om ordnat införande och MDK har en bred implementering kunnat ske i regionen.

Väntetiderna är på väg ner.

Uppföljning via ”Koll på läget” och interaktiva rapportmallar för diagnostik och behandling i NPCR ger information i realtid, precis som SVF-registret i INCA kommer att göra när det är regionalt täckande.

Skaraborgs sjukhus:

Verksamheten ser effekter genom en mer likvärdig vård för patienterna.

Läkarna är bättre på att följa vårdprogram och riktlinjer enligt SVF.

Uppföljningen har förbättrats genom registrering i NPCR och PPC på INCA.

Övrigt

Vi passar på att ställa en fråga för arbetet med det uppdrag Socialstyrelsen har om att följa upp SVF, vi lämnar svaret vidare till dem för deras arbete:

Vilka är dina allmänna iakttagelser/erfarenheter och vilka utmaningar ser du relaterade till införandet av SVF?

Det finns regionalt en mycket positiv inställning till SVF och dess möjligheter att förbättra vården för män med PC. SVF har skapat incitament för dialog och kontaktyta mellan olika discipliner där RCC bidragit genom att anordna lärandeseminarium. De största utmaningarna är brist på urologer, onkologer, patologer och radiologer, likväl som en generell sjuksköterskebrist, fr.a. kontakt- och mottagningsköterskor. Det finns även en avsevärd resursbrist som gäller operations- och strålkapacitet i regionen.

Skaraborgs sjukhus:

SVF innebär bättre vård för patienten. Det finns ett större intresse från medarbetarna att engagera sig i och följa riktlinjer. De tydliga förloppen skapar bättre ordning och reda och mindre risk för att göra som man alltid har gjort. Stor utmaning är att försöka nå ledtider.

3.3 Huvudhalscancer

Struktur och arbetsätt

Hur ser strukturen för förbättringsarbetet ut i arbetet med effektivisering av vårdprocesserna?

Hur går RCC tillväga?

En ny regional medicinsk riktlinje (RMR) har utarbetats och publicerats på hemsidan i samordning med det 2015 publicerade Nationella Vårdprogrammet.

Regionala vårdprocessmöten finns sedan många år, ca två per år med brett deltagande från de berörda specialiteterna inklusive patientrepresentant. En regional omvårdnadsgrupp har bildats i år.

De regionala processägarna besöker alla utredande och behandlade enheter i regionen för dialogmöten en gång per år då de lokala processerna går igenom. Protokollet med förslag till förbättringsarbete skickas till verksamhetschefer, lokala processledare samt RCC.

Skaraborgs sjukhus:

Remissbedömning av ÖNH specialist, CV- mottagning 2 halvdagar/vecka av fyra ÖNH specialister, cytologi/PAD med svar efter tre dagar, radiologisk utredning och annan tumörrelaterad utredning avd 84 inom en vecka ev samtidigt endoskopisk utredning i narkos. Sammanställning inom 7 dagar och remiss till MDK SU Göteborg.

Tumörorienterade ÖNH-specialister som kan arbeta självständigt. Kontaktsjuksköterska finns.

Kliniken deltar i regional tumörrond en gång per vecka tillsammans med patolog, käkkirurg, tandläkare, kurator, dietist och logoped. Behov finns av arbetsterapeut och sjukgymnast. Fortbildning sker lokalt och regionalt. Vårdprogramuppföljning och kvalitetsrapporter görs genom centralt stöd från RCC.

Patientsäkerhet, tillgång till cancervård och väntetider

Hur har RCC kartlagt skillnader (mellan kön och mellan socioekonomiska grupper) i patientsäkerhet och tillgång till cancervård för alla delar i vårdkedjan/vårdprocessen? (från förebyggande insatser, tidig upptäckt, alarmsymtom, remiss, utredning/diagnostik, MDK, behandling och rehabilitering)

Har RCC system för att följa väntetider i alla delar av vårdkedjan?

Svenska Kvalitets Registret för Huvud-Halscancer startade 2008 och har mycket god täckningsgrad jämfört med Cancerregistret (98-99%). I registret mäts ledtider, erhållen behandling, recidiv och överlevnad registreras. Data kan fördelas på respektive sjukhus, region, och landet men också för kön, ålder och typ av huvud-halscancer för att användas i jämförbarhets arbete avseende tillgång till sjukvård inom landet.

Då SVF infördes för Huvud-Halscancer anordnades lärandeseminarier för regionens allmänläkare för att informera om huvud-halscancer och ”alarmsymptom” i syfte att upptäcka fler fall i tidigt skede och förkorta ledtider.

Svenska KvalitetsRegistret för Huvud-Halscancer mäter flera ledtider i vårdkedjan (remiss ankomst-MDK, MDK-start av behandling, provtagning cytologi eller histologi - svarstid för PAD).

Sedan SVF infördes mäts också flera av ledtiderna via administrativa vårdsystemet (KVÅ koder), uppgifterna härifrån har börjat komma, ett halvår efter SVF infördes. Väntetiderna minskar.

Skaraborgs sjukhus:

Skillnader mellan kön finns att hämta i INCA registrering. Socioekonomiska skillnader kan man för närvarande inte ta fram INKA och registreras inte heller. Problemet finns analyserat i rapport från Socialstyrelsen.

Det finns ingen könsskillnad eller socioekonomisk skillnad i omhändertagande och utredning av HH cancer. I den struktur för utredning som finns garanteras patienten samma omhändertagande.

Patientperspektiv

Hur har RCC arbetat med följande patientperspektiv i alla delar i vårdprocessen?

Dessa perspektiv tas upp som punkter på de årliga dialogmötena, se ovan, punkt 1.

2015 genomfördes även en PREM enkät regionalt avseende patienternas upplevelse av sitt deltagande i MDK.

Skaraborgs sjukhus:

Tillgänglighet: Kontaktsjuksköterska, informationsbroschyr, visitkort. Telefon öppen varje vardag förmiddag och eftermiddagar, kvällar samt helger sjuksköterska på öronmottagningen samt örons vårdavdelning.

Integritet: Denna garanteras genom patientens egens delaktighet i utredningsförslag och behandlingsförslag.

Kontinuitet: PAL (patientansvarigläkare) för varje patient och kontaktsjuksköterska för varje patient.

Bemötande: De enkäter som genomförts och personliga erfarenheter vittnar om gott bemötande.

Brister/utmaningar och åtgärder avseende punkt 2 och 3?

Vilka brister eller utmaningar har RCC funnit

Vilka åtgärder har RCC föreslagit?

Hur har RCC stöttat landsting/regioner och verksamheter i införandet av åtgärderna?

Hur upplever RCC att landsting/regioner har anammat RCC:s förslag?

Ledtiderna varierar inom regionen men är oftast alltför långa.

Några enheter saknar kontaktsjuksköterska och kurator.

Antalet vårdplatser är f.n. neddragna på flera av regionens sjukhus pga. sjuksköterskebrist vilket kan bidra till ett försämrat omhändertagande, rehabilitering samt längre ledtider. Alltför sällan kan palliativ cytostatika ges på länssjukhusen.

Att tillgodose behovet av tider för nybesök för patienter med cancermisstanke kan bli problematiskt.

Betonat vikten av att kontaktsjukskötefunktion upprättas på de enheter som saknar detta. Fler förbokade tider för strålbehandling.

Uppmanat sjukhusledningarna på länssjukhusen att ta ett samlat grepp om palliativ cytostatikabehandling.

Vid regionala möten har visats goda exempel från regionen med bra flöden

Det sker ett kontinuerligt förbättringsarbete och det finns en positiv inställning till förslagen.

Skaraborgs sjukhus:

Brister i förebyggande arbete och rehabilitering efter behandling. I fråga om rehabilitering ingår det uppdraget att vårdplanering även skall innefatta rehabilitering. I det förebyggande arbete i formeras om rökning och alkoholprevention

Alarmsymtom diskuteras kontinuerligt inom ramen för regionalt vårdprogramsarbete.

Regional omvårdnadsgrupp för kontaktsjuksköterskor har bildats där arbetet omfattar individuell vårdplan med rehabilitering.

Effekter

Vilka effekter har RCC märkt av arbetet med effektivisering av vårdprocessen? Hur följs arbetet med effektivisering av vårdprocesser upp?

Behandling för HH-cancer ges i stort sett uteslutande på SU, MDK finns sedan länge.

PET med diagnostisk CT används i ökad omfattning både vid diagnostik av HH cancer och uppföljning i vissa fall.

Cetuximab (monoklonal IgG₁-antikropp mot den epidermala tillväxtfaktorreceptorn (EGFR)) används oftare nu jämfört med 5 år sedan både vid primär behandling i vissa fall (ffa om det finns kontraindikationer för cytostatika) samt palliativ behandling av HH cancer.

Rollen som lokal processledare har formaliserats.

Utredningarna genomförs med samma metoder i en ökad omfattning efter hand som vårdprogram och regionala medicinska riktlinjer nått ut till regionens ÖNH-kliniker.

Kontaktsjuksköterskor och koordinatörer för SVF har införts.

Medicinsk kvalitet och ledtider följs kontinuerligt. Det finns en positiv förbättring av ledtiderna både i kvalitetsregistret samt inom SVF registreringen.

En ny metod att följa upp ledtider, i realtid, har införts via INCA och huvud-halscancer registret genom ”koll på läget”. Här man kan följa klinikens egna ledtider och jämföra dem med regionens samt landets och direkt se hur stor andel som utreds inom förväntade tidsintervall.

Skaraborgs sjukhus:

Små patientgrupper med skiftande diagnoser innebär svårigheter att jämföra pga tumör sjukdomar drabbar olika organsystem inom ÖNH med skiftande manifestationer och utredning och behandling. Effekter av arbete får avläsas på flera års sikt. Brister i utredning och behandling kan utläsas i INCAregister och korrigerande åtgärder kan vidtas omgående men effekten på gruppnivå tar flera år att utläsa, således långsiktigt förbättringsarbete kontinuerligt.

Övrigt

Vi passar på att ställa en fråga för arbetet med det uppdrag Socialstyrelsen har om att följa upp SVF, vi lämnar svaret vidare till dem för deras arbete:

Vilka är dina allmänna iakttagelser/ erfarenheter och vilka utmaningar ser du relaterade till införandet av SVF?

Utmaningarna ligger i att undvika stora effekter av omprioritering till förmån för patienter med misstänkt cancer ("undanträngningseffekter"). Ledtiderna måste förkortas och bibehållas på en god nivå även vid hög tillströmning av patienter samt under semestertider osv. Utredningarnas medicinska kvalitet måste bibehålls även om utredningstiden pressas.

Erfarenhet: Med SVF införande har vi sett att det är möjligt att korta ledtiderna vilket har varit en målsättning alltsedan kvalitetsregistret startade 2008. För huvud-halscancer patienterna finns det, förutom att minska tiden av oro för patienterna, även starka medicinska evidens för att utredningstiden är viktig för behandlingsresultaten.

3.4 Lungcancer

Struktur och arbetssätt

Hur ser strukturen för förbättringsarbetet ut i arbetet med effektivisering av vårdprocesserna?

Hur går RCC tillväga?

Under 2015 publicerades ett uppdaterat nationellt vårdprogram för lungcancer under ledning av RPÄ i Västra sjukvårdsregionen (ordf i resp Planeringsgrupp och vårdprogramgrupp), och i samarbete med RCC. En uppdaterad/ny regional medicinsk riktlinje (RMR) har utarbetats och fastställts av PPR och Samverkansnämnden i VGR, och ligger på sjukvårdsdirektörens bord för beslut.

Regionala vårdprocessmöten har avhållits ett par gånger per år med brett deltagande från berörda specialiteter och patientrepresentant.

Fortlöpande registerutdrag från nationellt/regionalt kvalitetsregister för lungcancer med återkoppling av resultat till lokala processledare.

Regionala vårdprocessmöten och workshops i samband med införande av SVF för avstämning av arbetssätt och struktur genomförs regelbundet i regionen. Varje sjukhusgrupp har utsett lokal processledare, med uppdrag att samordna vårdkedjan på enheten, medan RPÄ har det övergripande ansvaret för samordning inom regionen.

I samband med införandet av SVF har anordnats lärandeseminarier för regionens primärvård för att sprida kunskap om kriterier för välgrundad misstanke och remissvägar, i syfte att upptäcka fler fall i tidigt skede och förkorta ledtider.

Patientsäkerhet, tillgång till cancervård och väntetider

Hur har RCC kartlagt skillnader (mellan kön och mellan socioekonomiska grupper) i patientsäkerhet och tillgång till cancervård för alla delar i vårdkedjan/vårdprocessen? (från förebyggande insatser, tidig upptäckt, alarmsymtom, remiss, utredning/diagnostik, MDK, behandling och rehabilitering)

Regionala MDK via videolänk avhålls 2 ggr per vecka för att säkerställa att rätt behandling ges till rätt patient. Vid konferenserna diskuteras även differentialdiagnostiska problem och behandling vid återfall, dvs varje patient kan diskuteras vid flera tillfällen. Andelen patienter med primärt beslut i MDK är i stigande men ännu <70% i regionen

Har RCC system för att följa väntetider i alla delar av vårdkedjan?

Det nationella lungcancerregistret startade 2002 och har i sin baslinjedel (data fram till behandlingsstart) god täckningsgrad jämfört med Cancerregistret, medan uppföljningsdelen (behandlingsdata) har mer varierande täckning mellan regionerna. Västra sjukvårdsregionen har över tiden bäst täckningsgrad i nationell jämförelse. I registret registreras utförda utredningsmoment, histopatologisk diagnos, tumörstadium, patientens funktionsstatus, samt planerad behandling. Därtill registreras datum för remissankomst, visandedatum, morfologisk diagnos, behandlingsbeslutsdatum, och start av första antitumorala behandling, vilket medger beräkning av ledtider mellan dessa moment. Data extraheras regelbundet för uppföljning av vårdkvalitet, beräkning av ledtider och uppföljning av resultat (överlevnad), med återkoppling till utredande/behandlande enheter i regionen. Det finns också möjlighet för varje enhet att ta fram data "on line" ("koll på läget"). Ett problem med registerarbetet är dock att datainmatning sker med viss latens.

I samband med införande av SVF för lungcancer april 2016 kommer vi även att mäta detaljerade ledtider under utredningen i en nyutvecklad registermodul baserad på INCA-plattformen, samt registrera åtgärds-koder kopplade till specificerade moment i vårdadministrativa system.

Patientperspektiv

Hur har RCC arbetat med följande patientperspektiv i alla delar i vårdprocessen?

Perspektiven tas upp som punkter på årliga dialogmötena och genom patientmedverkan i regional vårdprocessgrupp.

Kontaktsjuksköterskor och omvårdnadsgrupp finns.

Brister/utmaningar och åtgärder avseende punkt 2 och 3?

Vilka brister eller utmaningar har RCC funnit

Kvarstående långa ledtider i utredningen av misstänkt lungcancer (se tabeller i bifogad nulägesanalys). Här kan införandet av SVF bidra till förbättringar.

Kompetensförsörjningsproblem avseende lungläkare och lungsjuksköterskor i regionen har medfört, och kommer att medföra, begränsningar i kapaciteten för lungcancerutredningar, men också vårdplatsneddragningar mm, samt svårigheter att tilldela alla patienter kontaktsjuksköterska.

Kompetensförsörjningsproblem omfattar även onkologi, samt service specialiteter som patologi och radiologi, och gäller inte bara specialistläkare utan även biomedicinska analytiker och medicinska sekreterare.

Maskinella kapacitetsproblem finns för PET-DT, radiologi och strålbehandling. Beträffande PET-DT kommer den maskinella kapaciteten i regionen att fördubblas under perioden 2016-17, men det saknas i dagsläget nuklearmedicinare att tolka och svara ut resultaten.

Vilka åtgärder har RCC föreslagit?

Vi har beräknat behovet av tillgängliga bokningsbara tider för centrala moment i utredningsprocessen, som nybesök på utredande enhet, PET-DT, DT-ledda biopsier, strålbehandling mm, och samverkat med utförare om att tillgodose behovet.

Vikten av att kontaktsjukskötefunktion upprättas på de enheter som saknar detta har betonats.

Hur har RCC stöttat landsting/regioner och verksamheter i införandet av åtgärderna?

Införandet stöds av workshops, regionala processmöten, fortlöpande telefonkontakter etc (se ovan). Goda exempel inom regionen från regionen med bra flöden har lyfts fram.

Hur upplever RCC att landsting/regioner har anammat RCC:s förslag?

Beslut har fattats kring införandet av nya metoder och behandlingar och resurser tillförts kring de kostnadsdrivande förslagen. Det sker ett kontinuerligt förbättringsarbete och det finns en positiv inställning till förslagen.

Effekter

Vilka effekter har RCC märkt av arbetet med effektivisering av vårdprocessen? Hur följs arbetet med effektivisering av vårdprocesser upp?

Effekter av arbete med vårdprogram, medicinska riktlinjer och registerarbete kan fr.a. avläsas i kvalitetsförbättringar i vården.

Kvaliteten i utredningen av misstänkt lungcancer har varit god avseende ingående moment.

PET-DT har under några år införts till närmare 100% på korrekt indikation.

Molekylärpatologiska analyser, vilka är vägledande för behandling, görs sedan något år som ”reflextestning” på specificerade indikationer med god följsamhet.

Metodutveckling avseende diagnostik med ultraljudsledd endoskopi (EUS/EBUS) sker fortlöpande i regionen.

Patienter erhåller korrekt behandling på korrekt indikation. Underhållsbehandling med pemetrexed vid icke småcellig lungcancer har införts med introduktionsfinansiering, liksom underhållsbehandling med erlotinib. Ceritinib (Zykadia), second line för ALK-positiv lungcancer och även crizotinib (Xalkori) för ALK-positiv lungcancer har godkänts för ordnat införande efter nominering. Beredning avseende ordnat införande för nivolumab (Opdivo) pågår.

Ojämligheter avseende tillgång till strålbehandling inom regionen har utjämnats.

Arbetet med ledtidförkortningar har hittills inte medfört några bestående förbättringar på regional nivå, även om enskilda utredande enheter har under kortare perioder (1-2 år) lyckats korta ledtiderna något. Effekterna av SVF-införandet april 2016 kommer att följas noggrant.

Övrigt; uppföljning av SVF

Vi passar på att ställa en fråga för arbetet med det uppdrag Socialstyrelsen har om att följa upp SVF, vi lämnar svaret vidare till dem för deras arbete:

Vilka är dina allmänna iakttagelser/ erfarenheter och vilka utmaningar ser du relaterade till införandet av SVF?

Utmaningar (och möjligheter) ligger i ett förändrat synsätt på arbetssätt, samordning med primärvården, samordning av sjukhusresurser (kanske lättare på små enheter med kortare beslutsvägar), hantering av variation i in- och genomflöde, ett förväntad ökat inflöde av remisser, konkurrens om servicediscipliner (patologi, radiologi m fl), och inte minst kompetensförsörjning (se ovan)

Varför vi kommer att lyckas:

SVF innebär ett tydlig mervärde för våra patienter.

Det finns en samsyn om detta värde mellan profession och uppdragsgivare/beställare

Det finns stödfunktioner i form av RCC.

Andra (DK) har visat att det går.

Bidrag från staten innebär en viss resursförstärkning.

3.5 Livmoderhalscancer

3.5.1 Prevention och screening för Livmoderhalscancer

Struktur och arbetssätt

Hur ser strukturen för förbättringsarbetet ut i arbetet med effektivisering av vårdprocesserna?

Hur går RCC tillväga?

Arbetet grundar sig på ett regionalt vårdprogram för screening och ett för cervixdysplasi. Till vårdprogrammen är kopplade ett antal mål och mätvariabler. Dessa presenteras löpande under året via en nättjänst i Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention för lokal monitorering. Varje år görs dessutom en sammanställning som kommenteras av regionala processägaren där graden av måluppfyllelse diskuteras. Denna förs vidare till regionala styr- och processgruppen. Måluppfyllelse diskuteras för enskilda enheter i dialog mellan dessa och RCC.

Patientsäkerhet, tillgång till cancervård och väntetider

Hur har RCC kartlagt skillnader (mellan kön och mellan socioekonomiska grupper) i patientsäkerhet och tillgång till cancervård för alla delar i vårdkedjan/vårdprocessen? (från förebyggande insatser, tidig upptäckt, alarmsymtom, remis, utredning/diagnostik, MDK, behandling och rehabilitering)

Cervixcancerprevention gäller endast kvinnor. Deltagande i screening och de lokala skillnaderna ned till församlingsnivå redovisas och kommenteras i den årliga rapporten och blir underlag för särskilda insatser, ex genom kampanjer som Cellprovsveckan som RCC är drivande part i. En större vetenskaplig studie utgående från RCC och Nationella kvalitetsregistret är helt nyligen avslutad och är aktuell för publicering. Den kartlägger socioekonomiska faktorer bakom deltagande och redovisar dessa också på regional nivå, för att ge grund för framtida strategier i att utjämna skillnader i deltagande

Har RCC system för att följa väntetider i alla delar av vårdkedjan?

Ja. Väntetider mäts för uppföljning efter olika grader av cytologiska atypier i screeningen samt väntetider för svar till deltagande kvinnor. Vidare monitoreras alla olika svarstider från laboratorierna till gynekologmottagningarna.

Patientperspektiv

Hur har RCC arbetat med följande patientperspektiv i alla delar i vårdprocessen?

Tillgänglighet: Enkät till kvinnor som deltar i screening (PREM) framtagen och har genomgått pilottestning

Integritet: Mäts endast som patientnöjdhet. Liten fråga inom prevention och utredning av kvinnor med avvikande provsvar

Kontinuitet: D:o

Gott bemötande: Mäts specifikt i enkäten

Brister/utmaningar och åtgärder avseende punkt 2 och 3?

Vilka brister eller utmaningar har RCC funnit?

Avsevärd ojämlikhet i screeningdeltagande som dock förbättrats betydligt efter gjorda insatser. Se ovan. Oacceptabelt långa analys- och svarstider inom cytologprover inom screeningen.

Vilka åtgärder har RCC föreslagit?

Se ovan. RCC har inte bara föreslagit utan agerat och i flera avseenden lett arbetet att öka deltagandet. RCC har agerat gentemot beställarorganisationen för att utöka kapaciteten för utredning av avvikande prover i Göteborgsområdet och givit dataunderlag. RCC har dialog med de laboratorier som kraftigt avviker från normen och diskuterat rutinerna och behovet att tillföra resurser

Hur har RCC stöttat landsting/regioner och verksamheter i införandet av åtgärderna?

Angående deltagandet, genom utbildningar, dialog, utveckling av kallelsekampanjmaterial och mediakontakt. Angående labsvarstider är vår stöttning främst genom att ständigt aktualisera frågan

Hur upplever RCC att landsting/regioner har anammat RCC:s förslag?

Angående deltagande god respons från mödrahälsovården. Angående långa labsvarstider har responsen varit sämre och situationen har ytterligare försämrats.

Effekter

Vilka effekter har RCC märkt av arbetet med effektivisering av vårdprocessen? Hur följs arbetet med effektivisering av vårdprocesser upp?

Uppföljning sker genom kvalitetsregister och dialog.

2015 kunde påvisas

- att kolposkopiverksamheten i både VGR och Halland för första gången uppnådde målnivåerna med lågt antal benigna koner (onödiga behandlingar av cellförändringar) och hög andel koner med höggradiga förändringar
- att kallelseverksamheten fungerade mycket bra och de kvinnor som ska ha kallelse fick den i rätt tid i VGR vilken är effekten av ett kallelsesystem som VGR utvecklat med stöd av RCC, och som i år även Halland har börjat använda
- att 38/57 kommuner i västra Sverige (VGR och Halland) uppnådde målnivån 85% täckningsgrad för screeningprov
- att västra Sverige har unikt goda resultat gällande provkvalité och att ett sjukvårdsområde uppnår den regionala och ambitiöst satta målnivån 96% fullständiga prover. Medelvärde i hela området är 95%
- en försämring av andelen höggradiga cellprovsvavikelser som utretts inom stipulerad tid. Orsaken är sannolikt längre svarstider vid vissa laboratorier

3.5.2 Vård och behandling för Livmoderhalscancer

Struktur och arbetsätt

Hur ser strukturen för förbättringsarbetet ut i arbetet med effektivisering av vårdprocesserna?

Mycket av förbättringsarbetet vad gäller livmoderhalscancer sker tillsammans med processägarna för corpus och ovarialcancer. Hälften av patienter navid SU har remitterats från regionen. Det finns på NÄL, SÄS. KSS samt på Varbergs Sjukhus en för cervixcancer ansvarig läkare och vi har under 2016 träffats två gånger för att gemensamt komma fram till Regionala Medicinska Riktlinjer baserat på nationella riktlinjer som är ute på första remissrundan. Ordförande för nationella vårdprogramgruppen och ansvarig för SVF-införandet inom cervixcancer är regional processägare för gynekologi i regionen och ansvarig läkare för enheten för cancerrehabilitering vid SU.

Hur går RCC tillväga?

Processägarna för de gynekologiska cancersjukdomarna har en gång på hösten sedan 5 år varit på gemensam turné till respektive sjukhus och där träffat de som arbetar med cancer patienter sjuksköterskor, kuratorer, sekreterare, läkare och inte minst linjeansvariga för genomgång av möjligheter och problem lokalt och regionalt.

Detta har varit möjligt tack vare stöd från RCC vad gäller att ta fram fakta från kvalitetsregister i INCA och praktisk hjälp med att organisera av stödpersoner anställda av RCC.

Patientsäkerhet, tillgång till cancervård och väntetider

Hur har RCC kartlagt skillnader (mellan kön och mellan socioekonomiska grupper) i patientsäkerhet och tillgång till cancervård för alla delar i vårdkedjan/vårdprocessen? (från förebyggande insatser, tidig upptäckt, alarmsymtom, remiss, utredning/diagnostik, MDK, behandling och rehabilitering)

Kvalitetsregistret har uppgift om var varje patient var skriven vid tiden för diagnos. Statistiker på RCC har utarbetat ett program där vi grafiskt kan se på kartan över upptagningsområdet om det är någon del av regionen med en ökad förekomst av cervixcancer.

Kvalitetsregistret gör det också möjligt att följa upp att behandlingsrekommendationer följs. Den övervägande delen av patienter med högre tumörstadium behandlas på SU. MDK finns.

Har RCC system för att följa väntetider i alla delar av vårdkedjan?

Tack vare registrering i kvalitetsprogram av ledtider har vi möjlighet att se på tiden från diagnos till behandling antingen det är operation eller strålbehandling. Vi kontrollerar att det inte är skillnad i väntetid beroende på var patienten bor i regionen.

Patientperspektiv

Hur har RCC arbetat med följande patientperspektiv i alla delar i vårdprocessen?

Tillgänglighet: Kontaktsjuksköterskor och kurator finns.

Integritet: Patienterna får stöd under och efter strålbehandling för att minimera sexuell dysfunktion.

Kontinuitet: Få läkare är involverade i vården av cervixcancer på SU.

Gott bemötande: Utbildning och handledning till läkare och sjuksköterskor.

Brister/utmaningar och åtgärder avseende punkt 2 och 3?

Vilka brister eller utmaningar har RCC funnit

Hur har RCC stöttat landsting/regioner och verksamheter i införandet av åtgärderna?

Hur upplever RCC att landsting/regioner har anammat RCC:s förslag?

Regionen har generellt långa väntetider från diagnos till behandling. Det finns inte en enkel avgörande faktor utan beror på kombination av väntetid för besök till läkare, till röntgen, till patologi svar och till behandling.

Processägarna har verkat för att utbildning av viktiga grupper ska ske vad gäller onkologi, röntgen och patologi. Dessutom har utbildning av kontaktsjuksköterskor organiserats och bekostats av RCC.

Processarbetet har stärkt regionens samarbete och underlättat kommunikationen både med gemensamma möten och i den dagliga kontakten för att underlätta för patienten.

Effekter

Vilka effekter har RCC märkt av arbetet med effektivisering av vårdprocessen? Hur följs arbetet med effektivisering av vårdprocesser upp?

Effekter av arbete med vårdprogram, medicinska riktlinjer och registerarbete kan fr.a. avläsas i kvalitetsförbättringar i vården

RCCs arbete har medfört att fler yrkesgrupper har deltagit i verksamhetsutveckling. Kompetensförsörjningen har tydligt kommit på agendan och antalet kontaktsjuksköterskor och kuratorer i cancervården har ökat. Tillgång till kontaktsjuksköterska finns nu på regionens sjukhus.

PET-DT har sedan 2013 införts till närmare 100% på korrekt indikation, dvs. för korrekt kartläggning av tumörutbredningen inför radiokemoterapi och för behandlingsevaluering. MRT-baserad intrakavitär brachyterapi har utvecklats och är infört sedan början av 2016.

Det finns möjlighet att via kvalitetsregistret INCA med vad som kallas koll på läget se data i realtid under förutsättning att all data är inmatad vilket sker med viss fördröjning.

Dialogmöten både regionalt och lokalt syftar till att följa upp hur processen utvecklas.

MDK sker i Göteborg med gynekologisk tumörkirurg, gynekologisk onkolog, radiolog och patolog.

Enheten för bäckenrehabilitering har etablerats på initiativ av RCC som finansierar merparten av verksamheten. Till enheten har knutits medarbetare på den onkologiska kliniken som i dialog och under handledning bedriver förebyggande rådgivning och gällande sexuell dysfunktion. Vi har fungerande profylaxrutiner för alla gyn-, anal- och rektalcancerkvinnor. För alla bäckencancerdiagnoserna har vi en fungerande uppföljning. Fyra sjuksköterskor på onkologiska kliniken har skrivit magisteruppsatser baserade på rehab-enheten (två vaginalstavar, två tarmbesvär).

Utvecklingsarbetet följs genom nationella kvalitetsregistret och i lokala sammanställningar.

Är effektiviseringsarbetet som RCC föreslagit genomfört för de större cancerprocesserna?

Övrigt; uppföljning av SVF

Vi passar på att ställa en fråga för arbetet med det uppdrag Socialstyrelsen har om att följa upp SVF, vi lämnar svaret vidare till dem för deras arbete:

Vilka är dina allmänna iakttagelser/ erfarenheter och vilka utmaningar ser du relaterade till införandet av SVF?

Processen är mitt i förberedelserna för att införa SVF under 2017. Det blir inte mer utrednings- och behandlingskapacitet bara för att man inför SVF men förhoppningsvis blir det ett bättre utnyttjande av de betydande resurser vi har exempelvis genom att införa förbokade tider.



Rapporten är utgiven av Regionalt cancercentrum väst 2016-04-25.