



LANDSTINGET BLEKINGE

Landstinget i Blekinge
Revisorerna

Revisionskrivelse



Till Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av cancervården. Syftet är att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Granskningen har inriktats mot cancer i urinvägarna.

Den sammanfattande bedömningen är att granskningen av vårdprocessen för urinvägscancer visar att vården till stora delar bedrivs ändamålsenligt när det gäller struktur för ansvarsroller, standardisering/vårdlogistik, kunskapsstyrning och uppföljning. Flera av dessa aspekter gäller även för cancervården generellt i landstinget. Specialistvården i samspel med Regionalt Cancercentrum Syd bedöms ha goda strukturella förutsättningar att bedriva en ändamålsenlig vård i enlighet med de nationella vårdprogrammen och den nationella cancerstrategin. Detta gäller utifrån ansvarsprövningsgrunden styrning och Nämnden för Blekingesjukhuset. Däremot bedöms Nämnden för primärvård och folktandvård inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig styrning av landstingets vårdcentralers del i vårdprocessen.

Utifrån ansvarsprövningens grund "måluppfyllelse" är bedömningen att det finns brister som nämnderna bör uppmärksamma. Alla ledtider går ännu inte att följa, kommunikationen mellan vårdcentralerna och specialistvården behöver förbättras och de krav på skyndsam hantering som är huvudsyftet med de standardiserade vårdförloppen uppfylls inte helt när det gäller urinvägscancer. I jämförelse med övriga landet står sig dock Blekinge väl.

Bedömningen är att de flesta problem som finns när det gäller måluppfyllelsen orsakas av kirurgklinikens obalans mellan behov och kapacitet. De långa väntetider som gäller för kirurgklinikens patienter har totalt sett varken försämrats eller förbättrats av införandet standardiserade vårdförlopp, däremot har cancerpatienterna prioriterats i enlighet med den nationella cancerstrategin. Eftersom patienter med andra, lägre prioriterade, sökorsaker kan få vänta länge på läkarbesök inom specialistvården finns risk att det kan finnas cancerpatienter dolda bland dessa. Det är de av vårdcentralerna "svf-märkta" remisserna som hanteras skyndsamt, bland annat med hjälp av specialistklinikernas koordinatörer.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

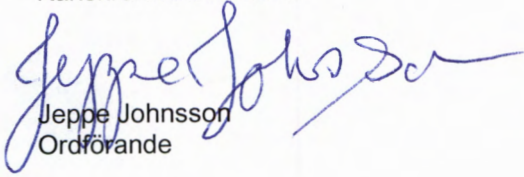
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att samtliga de i de standardiserade vårdförloppen stipulerade ledtiderna, inklusive delledtiderna, kan följas upp kontinuerligt och att data är kvalitetssäkrad.
- ▶ **Nämnden för Primärvård och folktandvård** rekommenderas att initiera åtgärder för att de standardiserade vårdförloppen blir allmänt implementerade bland vårdcentralernas personal inklusive inhyrd personal. **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att även de privata vårdcentralerna implementerar de standardiserade vårdförloppen. Det bör ske via Hälsovalet vilket sorterar under landstingsstyrelsen.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att svf-märkta remisser bedöms inom den tid som det standardiserade vårdförloppet stipulerar.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att utforma en strategi för hur koordinatörrollerna och kontaktsjuksköterskerollerna ska bemannas på mest effektiva sätt. Koordinatorrollen behöver exempelvis inte innehas av sjuksköterska.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att initiera åtgärder för att de stipulerade ledtiderna för patienter med blåscancer kan uppfyllas fullt ut. Detta bör ske i ett helhetsperspektiv innefattande övriga cancerpatienter och i ljuset av kirurgklinikens generella väntetidsproblematik.

Svar önskas senast 2017-09-30



LANDSTINGET BLEKINGE

Karlskrona 2017-03-17



Jeppe Johnsson
Ordförande

Granskning av cancervården Landstinget Blekinge



EY

Anna Nordlöf
Anders Hellqvist

Innehåll

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Sammanfattning..... | 3 |
| 2. | Inledning | 5 |
| 2.1. | Bakgrund | 5 |
| 2.2. | Syfte..... | 5 |
| 2.3. | Avgränsning..... | 5 |
| 2.4. | Revisionsfrågor..... | 5 |
| 2.5. | Ansvarig nämnd..... | 6 |
| 2.6. | Revisionskriterier | 6 |
| 2.7. | Metod..... | 7 |
| 2.8. | Definition av cancer i urinvägar | 7 |
| 3. | Organisation och styrning | 8 |
| 3.1. | Politik, profession och förvaltning | 8 |
| 3.2. | Organisatoriskt sammanhang för cancervården | 9 |
| 3.2.1. | Södra Regionvårdsnämnden | 9 |
| 3.2.2. | Nämnden för Blekingesjukhuset | 10 |
| 3.2.3. | Nämnden för primärvård och folktandvård | 11 |
| 3.3. | Professionsstyrning | 12 |
| 3.3.1. | Kunskapsstyrning | 12 |
| 3.3.2. | RCC Syd | 12 |
| 3.3.3. | Riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp ... | 13 |
| 3.3.4. | Blekinge klarar inte alla ledtidskrav | 13 |
| 3.4. | Organisation och styrning på förvaltningsnivå | 14 |
| 3.4.1. | Uppföljning på förvaltningsnivå | 15 |
| 3.4.2. | Ansvarsroller i vårdprocessen..... | 16 |
| 4. | Vårdprocessen cancer i urinvägarna | 18 |
| 4.1. | Kort om urinvägscancer och den aktuella kliniken | 18 |
| 4.2. | Information och stöd | 19 |
| 4.3. | Vårdförloppet | 20 |
| 4.4. | Kompetensförsörjning..... | 21 |
| 5. | Vårdcentralen är oftast vårdprocessens startpunkt | 22 |
| 5.1. | Information och stöd | 22 |
| 5.2. | Implementering av standardiserade vårdförlopp | 22 |
| 6. | Bedömning utifrån det nationella vårdprogrammet | 24 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 6.1. | Relativ femårsöverlevnad för patienter med blåscancer | 24 |
| 6.2. | Tid från utfärdande av remiss till blåscancerdiagnos (datum för diagnostisk TUR) | 24 |
| 6.3. | Andel patienter med blåscancer som får intravesikal behandling | 24 |
| 6.4. | Andel patienter som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK) | 25 |
| 6.5. | Andel patienter som får kurativ behandling | 25 |
| 6.6. | Andel patienter som får neoadjuvant behandling | 25 |
| 7. | Sammanfattande slutsatser och rekommendationer | 26 |
| 7.1. | Sammanfattande bedömning | 27 |
| 8. | Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner | 29 |
| 9. | Bilaga 2: Dokumentförteckning | 30 |
| 10. | Bilaga 3: Styrdokument | 31 |

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av cancervården. Syftet är att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Granskningen har inriktats mot cancer i urinvägarna.

Den sammanfattande bedömningen är att granskningen av vårdprocessen för urinvägscancer visar att vården till stora delar bedrivs ändamålsenligt när det gäller struktur för ansvarsroller, standardisering/vårdlogistik, kunskapsstyrning och uppföljning. Flera av dessa aspekter gäller även för cancervården generellt i landstinget. Specialistvården i samspel med Regionalt Cancercentrum Syd bedöms ha goda strukturella förutsättningar att bedriva en ändamålsenlig vård i enlighet med de nationella vårdprogrammen och den nationella cancerstrategin. Detta gäller utifrån ansvarsprövningsgrunden styrning och Nämnden för Blekingesjukhuset. Däremot bedöms Nämnden för primärvård och folktandvård inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig styrning av landstingets vårdcentralers del i vårdprocessen.

Utifrån ansvarsprövningens grund "måluppfyllelse" är bedömningen att det finns brister som nämnderna bör uppmärksamma. Alla ledtider går ännu inte att följa, kommunikationen mellan vårdcentralerna och specialistvården behöver förbättras och de krav på skyndsam hantering som är huvudsyftet med de standardiserade vårdförloppen uppfylls inte helt när det gäller urinvägscancer. I jämförelse med övriga landet står sig dock Blekinge väl.

Bedömningen är att de flesta problem som finns när det gäller måluppfyllelsen orsakas av kirurgklinikens obalans mellan behov och kapacitet. De långa väntetider som gäller för kirurgklinikens patienter har totalt sett varken försämrats eller förbättrats av införandet standardiserade vårdförlopp (SVF), däremot har cancerpatienterna prioriterats i enlighet med den nationella cancerstrategin. Eftersom patienter med andra, lägre prioriterade, sökorsaker kan få vänta länge på läkarbesök inom specialistvården finns risk att det kan finnas cancerpatienter dolda bland dessa. Det är de av vårdcentralerna "SVF-märkta" remisserna som hanteras skyndsamt, bland annat med hjälp av specialistklinikernas koordinatörer.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att samtliga de i de standardiserade vårdförloppen stipulerade ledtiderna, inklusive delledtiderna, kan följas upp kontinuerligt och att data är kvalitetssäkrad.
- ▶ **Nämnden för Primärvård och folktandvård** rekommenderas att skyndsamt vidta åtgärder för att de standardiserade vårdförloppen blir allmänt implementerade bland vårdcentralernas personal inklusive inhyrd personal. **Landstingsstyrelsen** rekommenderas att via Hälsovalet säkerställa att även de privata vårdcentralerna implementerar de standardiserade vårdförloppen.

- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att SVF-märkta remisser bedöms inom den tid som det standardiserade vårdförloppet stipulerar.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att utforma en strategi för hur koordinatorrollerna och kontaktsjuksköterskerollerna ska bemannas på mest effektiva sätt. Koordinatorrollen behöver exempelvis inte innehas av sjuksköterska.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att initiera åtgärder för att de stipulerade ledtiderna för patienter med blåscancer kan uppfyllas fullt ut. Detta bör ske i ett helhetsperspektiv innefattande övriga cancerpatienter och i ljuset av kirurgklinikens generella väntetidsproblematik.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Cancersjukvården är en komplex och omfattande verksamhet med flera vårdgivare med olika lokalisering och styrning. Vården kräver specialiserad kunskap, individuell anpassning och tillika följsamhet till fastställda medicinska riktlinjer och vårdprogram. Bristande följsamhet till riktlinjer och långa ledtider medför ineffektivitet och sämre utfall för patienterna. Det kan både handla om stort lidande under väntan på vård och om högre dödlighet. Cancer är också i hög grad de anhörigas sjukdom.

Cancervården är inte alltid jämlik. Utvärderingar visar att det finns stora nationella skillnader. Dessa skillnader kan bero av skillnader i population men också av skillnader i organisation, vårdgivarnas handlande och vårdens utförande. Att nämnder och styrelser styr mot följsamhet till vårdprogram och effektiv organisation med korta ledtider utgör grund för bästa möjliga vård och god hushållning med resurser. Man kan beskriva styrningen i tre dimensioner: Nämndens styrning utifrån hur den beskrivs i kommunallagen 6:7, organisatorisk styrning och professionsstyrning. Uppdraget för nämnderna är att var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt enligt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Med organisatorisk styrning avses allokering av resurser, organisering av resurser, kompetensförsörjning och uppföljning. Med professionsstyrning avses de legitimerade yrkesgruppernas styrning via kunskapsstyrning och processutformning. Professionsstyrningen styr innehållet i vården.

De regionala cancercentrumen har tagit fram ett flertal standardiserade vårdförlopp där krav på korta ledtider för cancerpatienter är fokus. Dessa implementeras löpande för olika diagnoser. Landstinget Blekinge har i likhet med andra landsting i RCC-syd en handlingsplan för införandet av standardiserade vårdförlopp.

2.2. Syfte

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs.

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas på processnivå till cancer i urinvägarna. Det är en av de större diagnoserna avseende hur många patienter som drabbas.

2.4. Revisionsfrågor

Följande revisionsfrågor har belysts i granskningen:

- ▶ Har nämnderna utformat en ändamålsenlig styrning och uppföljning för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer efterlevs?

- ▶ Svarar vården för cancer i urinvägarna upp mot kraven i de standardiserade vårdförloppen/vårdprogram/riktlinjer?
- ▶ Har införandet av de standardiserade vårdförloppen haft inverkan på vården av övriga cancerpatienter eller annan vård?
- ▶ Sker den lokala implementeringen av de standardiserade vårdförloppen på ett ändamålsenligt sätt?

2.5. Ansvarig nämnd

Granskningen avser Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård.

Nämnden för primärvård och folktandvård ska utöva ledningen för den offentliga primärvården och bedriva verksamhet i enlighet med regelverket för Hälsovalet. Nämnden ska också följa upp verksamheten och ekonomin samt redovisa därmed förknippade rapporter till landstingsstyrelsen, samverka med andra huvudmän i frågor gällande planering av vården och fastställa budget och verksamhetsplan inom de av fullmäktige fastlagda ramarna.

2.6. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning har revisionskriterierna utgjorts av:

- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 28-29 §
 - I HSL 28 § framgår att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.
- ▶ Kommunallagen (KL), 6 kap. 7 §
 - I KL 6 kap. § 7 framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- ▶ Patientlagen 6 kap. 1 §
 - Av Patientlagens 6 kap. 1 § framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- ▶ Nationellt vårdprogram - Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör, augusti 2015. *Regionala cancercentrum i samverkan.*

- ▶ Beskrivning av standardiserat vårdförlopp – cancer i urinblåsan och övre urinvägarna, december 2015. *Regionala cancercentrum i samverkan*.
- ▶ Landstingets landstingsplan och budget 2016-2018
- ▶ Reglemente för Nämnden för Blekingesjukhuset samt Nämnden för primärvård och folktandvård samt övriga uppdrag och mål avseende den aktuella vården.

2.7. Metod

Granskningen har genomförts genom granskning av dokument och intervjuer med nyckelpersoner i den aktuella vårdprocessen. Intervjuade funktioner framgår av bilaga 1.

De intervjuade har beretts tillfälle att faktakontrollera rapporten.

2.8. Definition av cancer i urinvägar

Granskningen är avgränsad till cancer i urinvägarna synonymt med urotelial cancer. Begreppet urotelial omfattar urinvägarna från njurbäcken till urinröret, vari även urinblåsan ingår. I denna rapport väljer vi att använda begreppet urinvägscancer synonymt med urinblåsecancer.

3. Organisation och styrning

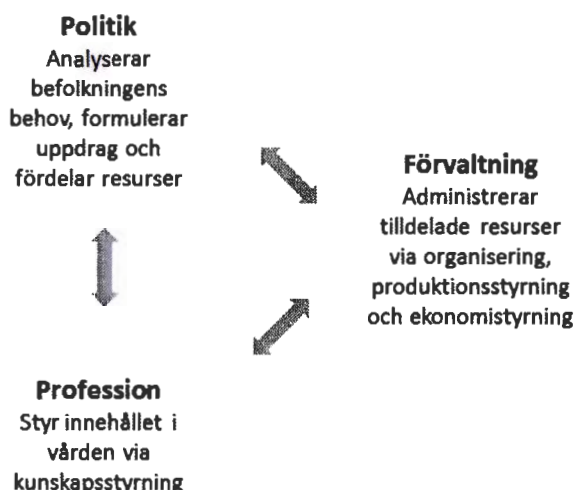
I följande avsnitt presenteras den organisation och styrning som omgärdar cancersjukvården på nationell, regional och lokal nivå i Blekinge.

3.1. Politik, profession och förvaltning

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

Mot bakgrund av att den nationella styrningen är väl utvecklad sker det lokalt begränsade kompletteringar av de nationella direktiven samt de som ges från RCC till verksamheterna. Direktiven på landstings/regionnivå handlar framförallt om resursfördelning och beslut om var vilken vård som ska ges. I verksamheterna utformas vården utifrån de lokala förutsättningarna och de nationella riktlinjerna.

När begreppet professionsstyrning används sätts det ofta i en kontext och relateras till politik och förvaltning. Relationen mellan politik, förvaltning och profession är central och den senare villkoras delvis av och definieras i förhållande till förvaltning och politik.



Hälso- och sjukvård är i jämförelse med många andra verksamheter i hög grad styrd via kunskap och i mindre grad via politik och organisation. Professionen utgörs av

legitimerade yrkesgrupper som definierar de problem som ska lösas och beslutar om adekvata åtgärder. Professionen har en ganska stor autonomi och får därmed stor påverkan på politik och förvaltning, både formellt och informellt.

Tjänstemän och politiker i landstinget har begränsat inflytande över den medicinska professionsutövningen. Den politiska styrningen skapar dock förutsättningar för professionsstyrningen genom att bl.a. fördela resurser till olika verksamheter.

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården innebär att de tre sfärerna i stora delar integreras. Vårdförloppen är framtagna av professionen men i högsta grad sanktionerade och beslutade av politiken. Införandet påverkar även förvaltningen då cancervården får en tydligare prioritering än tidigare och frågor om var olika delar av vården ska äga rum för bästa kvalitet och resursutnyttjande blir förvaltningens huvudbry. Det är dessutom så att SVF har fokus på ledtider vilket är begripliga och mätbara mål och som därför får genomslagskraft i alla tre sfärer.

Denna granskning handlar om professionernas och förvaltningarnas styrning mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer. Professionsstyrningen behöver ses i en kontext varför vi i detta avsnitt behandlar politiska fastställda styrdokument som har relevans för granskningen samt förvaltningens styrning.

3.2. Organisatoriskt sammanhang för cancervården

I följande avsnitt beskrivs organisationen inom Blekingesjukhuset och inom primärvården kopplat till vård av patienter med misstänkt cancer i urinvägarna.

3.2.1. Södra Regionvårdsnämnden

Södra Regionvårdsnämnden är den gemensamma politiska nämnden för Landstinget Blekinge, södra delen av Region Halland (kommunerna Halmstad, Laholm och Hylte), Region Kronoberg och Region Skåne. Södra Regionvårdsnämnden är en från landstingen i Södra sjukvårdsregionen fristående nämnd. Ledamöterna utses emellertid av de fyra landstingen. Nämndens huvudsakliga uppgifter är att handha, initiera, utveckla och följa upp samverkan som regleras i regionavtalet och gäller fr.o.m. 2015-03-01 och tills vidare. Regionavtalet reglerar samverkan inom främst hälso- och sjukvården mellan de fyra landstingen i Södra sjukvårdsregionen. I avtalet anges bland annat att Södra sjukvårdsregionen skall ha en organisation för kunskapsstyrning. Nämndens verksamhet finansieras genom anslag från Sjukvårdshuvudmännen och fastställs för en period om fyra år.¹

Exempel på beslut som fattas av södra regionvårdsnämnden och som berör cancervården är; ekonomiskt bidrag till RCC Syd, ansökan till SKL om bidrag för etablering av bäckencancerrehab inom RCC Syd och yttrande beträffande regional nivåstrukturering inom cancerområdet, bland annat för cystektomi vid urinblåsecancer².

¹ Hämtat 2016-11-17 på websida med adress <http://sodrasjukvardsregionen.se/>

² Protokoll 2016-08-25 § 37, 2016-05-25 § 17, 2016-05-25 § 21

Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp för gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor bereder de frågor som ska beslutas av nämnden. I ledningsgruppen ingår bland annat hälso- och sjukvårdsledningarna för de fyra landstingen.³

3.2.2. Nämnden för Blekingesjukhuset

Nämnden fördelar och styr hälso- och sjukvården inom av fullmäktige beslutade ramar. Nämnden ska besluta om utbud, omfattning och lokalisering av hälso- och sjukvården. Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs effektivt och efter fastställda mål och riktlinjer.⁴

Cancerpatienter uppmärksammas i **Nämnden för Blekingesjukhusets verksamhetsplan** för 2016. Det framgår bland annat att landstinget har åtagit sig att följa RCC Syd:s intentioner avseende ett 20-tal cancerformer. Detta kommer innebära ett bättre omhändertagande av dessa patientgrupper samt följsamhet till regionala och nationella behandlingsriktlinjer. Den regionala cancerplanen RCC Syd 2015-2018 och plan för cancerrehabilitering kommer få konsekvenser för framtida resursbehov och under 2015 har arbetet startat med fem cancerprocesser till vilka det finns kopplat statliga stimulansmedel kopplat till standardiserade vårdplaner. En farhåga som Blekingesjukhuset upplever med RCC är de tankar som finns om centralisering av vissa canceringrepp inom kirurgi och gynekologi. En kompetensflykt kan riskeras och därmed svårigheter att upprätthålla Blekingesjukhusets status som akutsjukhus.⁵

Direktiv till nämnden för Blekingesjukhuset är enligt Landstingsplan 2016-2018 bland annat att bedriva ett aktivt arbete i enlighet med handlingsprogram och i landstingsfullmäktige och i nämnden fattade beslut för cancervården med syfte att korta vårdförloppet från misstanke till behandlingsstart, säkra rehabiliteringsresurser i tidigt skede och upprätta ett diagnostiskt centrum enligt beslutade intentioner.⁶

Bland prioriterade satsningar enligt Landstingsplan 2016-2018 (avsatta medel avser totalt under planperioden) framgår avseende cancervård (9 mnkr är budgeterade på LS förfogandeanslag) att den medicinska utvecklingen har medfört att överlevnaden vid olika cancersjukdomar ökat. Prevention och tidig diagnos påverkar också resultatet. En nationell cancerstrategi har tagits fram för att förbättra cancervården och göra den mer jämlik över landet. Nationella vårdprogram arbetas fram som stöd i behandlingen. Oavsett cancerdiagnos krävs en effektiv utredning och behandling med stöd av standardvårdplaner, kontaktsjuksköterskor, en personlig vårdplan till alla patienter samt rehabiliteringsinsatser i hela skedet. På ett övergripande plan behövs en funktion i form av en cancersamordnare som samordnar cancerarbetet lokalt, regionalt och nationellt. I den föreslagna budgeten återfinns därför en utökad budget för cancervård på 9 mnkr uppdelat på 3 mnkr årligen under planperioden.⁷

I Blekingesjukhusets *verksamhetsberättelse för 2015* omnämns jämlik cancervård. Det framgår att arbetet är påbörjat och ett flertal av sjukhusets kliniker deltar aktivt i

³ Hämtat 2016-11-17 på websida med adress <http://sodrasjukvardsregionen.se/>

⁴ Reglemente för nämnden för Blekingesjukhuset 2014-10-29 rev 2014-11-06 rev 2014-11-11

⁵ Verksamhetsplan och budget 2016, Nämnden för Blekingesjukhuset, s. 4-5.

⁶ Verksamhetsplan och budget 2016, Nämnden för Blekingesjukhuset, s. 23.

⁷ Verksamhetsplan och budget 2016, Nämnden för Blekingesjukhuset, s. 26.

arbetet med att korta ledtider för utpekade vårdprocesser inom cancervården. På kirurgkliniken är processer igång för urinblåsecancer, prostatacancer, matstrupscancer och magsäckscancer. Medicinkliniken har infört standardiserat vårdförlopp för akut leukemi och förbereder för införande av standardiserade vårdförlopp för lungcancer och lymfom. Anestesikliniken deltar i arbetet genom att planera operationstillfällena för de utvalda diagnoserna, vilket ställer stora krav på en noggrann planering och logistik av tillgängliga operationsresurser. Vidare kan nämnas att, som en angelägen del i vårdprocessen för cancer, deltar även avdelningen för klinisk patologi och cytologi i arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp.

I Blekingesjukhusets verksamhetsberättelse för 2015 framgår att hyrläkarberoendet åter har ökat på grund av brist på specialistläkare bland annat inom internmedicin, gynekologi och **urologi**. Det nyligen beslutade förbudet för anlitan av bemanningsföretag kommer att påverka tillgänglighetsambitionerna negativt och det kan finnas risk för fördröjd cancerdiagnostik.

I Nämnden för Blekingesjukhusets protokoll 20 oktober 2016 § 119 beslutar nämnden att föreslå landstingsstyrelsen att uppdraga åt landstingsdirektören att utarbeta ett beslutsunderlag för start av en landstingsövergripande och samordnad strategi för den framtida cancervården i Blekinge. I ärendet framgår bland annat att nämnden framför sig uppfattar ett ökat behov av utredning, behandling och uppföljning av patienter med cancersjukdomar. Cancervården är idag splittrad på Blekingesjukhuset då den sker på flera olika kliniker, i samarbete med många olika aktörer. Med ett större behov i framtiden, och genom framväxandet av allt mer komplicerade behandlingsmetoder kan det vara av värde att samla verksamheten till en onkologisk enhet. I protokollet framgår vidare under yrkande ärende 4 att "enligt idag lämnad redogörelse för arbetet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården, finns det enligt verksamhetsansvariga ett ökat behov av utredning, behandling och uppföljning av patienter med cancersjukdomar."

Uppföljning av standardiserade vårdförlopp (hittills 18 stycken) har enligt intervju med landstingets utvecklingsdirektör skett vid några tillfällen till nämnden för Blekingesjukhuset och till landstingsstyrelsen. Informationen har bland annat omfattat redovisning av handlingsplaner för införandet av SVF. Införandet av standardiserade vårdförlopp är fortfarande relativt nytt. Utvecklingsdirektören erfar följaktligen att den politiska uppföljningen och rapporteringen, exempelvis i delårsrapporter och i verksamhetsberättelser, därmed kommer att vidareutvecklas framöver.

3.2.3. Nämnden för primärvård och folktandvård

Nämnden fördelar och styr hälso- och sjukvården och tandvården inom av fullmäktige beslutade ramar. Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs effektivt och efter fastställda mål och riktlinjer.⁸

Vi har konstaterat att Nämnden för primärvård och folktandvårds *verksamhetsplan* för 2016 inte innehåller någon specifik skrivning om cancer eller standardiserade vårdförlopp.

⁸ Reglemente för nämnden för primärvård och tandvård 2014-10-29 rev. 2014-11-06

I *verksamhetsberättelser för 2015* omnämns för primärvårdsförvaltningen att en handlingsplan för de fem vårdprocesserna inom cancervård finns framskriven för Landstinget Blekinge. Det finns enligt verksamhetsberättelsen svårigheter att klara satsningen ”då det är brist på specialister”.

I folktandvårdens verksamhetsberättelse anges angående jämlik cancervård att det inte gäller folktandvården.

I protokollen för Nämnden för primärvård och folktandvård framgår inget om cancer under 2016.

3.3. Professionsstyrning

3.3.1. Kunskapsstyrning

Den styrning som utövas av professionen handlar om kunskapsstyrning och syftet är att åstadkomma en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården där kvalitetssäkrad kunskap sprids och används. I cancervården handlar det om vårdprogram, vårdförlopp, kvalitetsregister samt kliniska och epidemiologiska studier. Det nationella cancerregistret och kvalitetsregister ger både tillgång till och kvalitet på data.

3.3.2. RCC Syd

RCC Syd, Regionalt cancercentrum syd är ett kunskapscentrum som stödjer landsting och region i arbetet med att, utifrån den nationella cancerstrategin, utveckla cancervården i södra sjukvårdsregionen. RCC Syd ingår i det nationella nätverket för samtliga sex RCC i Sverige som samordnas av Sveriges Kommuner och landsting, SKL. RCC Syd innefattar Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge. RCC Syd leds av en styrelse med representation på landstings/regiondirektörsnivå från samtliga fyra huvudmän.⁹ Verksamheten finansieras huvudsakligen genom statsbidrag samt genom solidarisk finansiering från regionerna och landstingen¹⁰.

Regionalt cancercentrum (RCC) i samverkan har en nyckelroll i kunskapsstyrningen. Inom Södra sjukvårdsregionen som omfattar Skåne, Kronoberg, Blekinge och södra delen av Hallands län är det RCC Syd som på uppdrag av Södra regionvårdsnämnden ska verka för en kunskapsstyrning. Enligt intervjuad verksamhetschef för RCC Syd ska RCC i förhållande till linjeorganisationen ha en fristående roll och är ett rådgivande organ som styr via de riktlinjer som antas av landstingen och regionerna. Södra regionvårdsnämnden är det politiskt beslutande organ som RCC Syd redovisar till.

RCCs uppgift är att initiera, stödja och medverka till att nationella vårdprogram implementeras.

Fastställande av de nationella vårdprogrammen sker i RCC i samverkan som också ansvarar för webbpublicering. Vårdprogrammen genomgår en årlig översyn i dialog

⁹ Hämtat 2016-11-17 på websida med adress <http://www.cancercentrum.se/syd/>

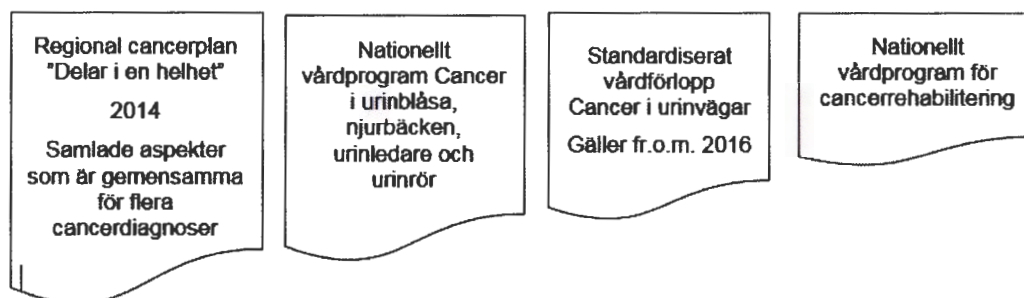
¹⁰ RCC Syd:s hemsida, hämtat 2016-11-03 på adressen <http://www.cancercentrum.se/syd/om-oss/>

med stödjande RCC.¹¹ En stor del av RCCs arbete med den nationella cancerstrategin har som övergripande mål att bidra till en mer jämlik cancervård. Arbete inriktat på urinvägscancer sker i en regional processgrupp inom RCC Syd, vilken samlar berörda lokala processledare från respektive landsting/region inom södra sjukvårdsregionen.

När det gäller utbildning vid införande av SVF har RCC Syd enligt dess verksamhetschef ordnat en "kick-off" i varje region. I Blekinge har införandet företrädesvis hanterats lokalt genom cancersamordnarens försorg.

3.3.3. Riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp

Cancervården styrs av ett antal riktlinjer och vårdprogram. Med utgångspunkt i den cancerform som denna granskning avser ser styrdokumenterna ut på följande sätt, se bilaga 3:



3.3.4. Blekinge klarar inte alla ledtidskrav

SVF anger fyra ledtider för nationell uppföljning, fördelat på en ledtid avseende patientgruppen icke-muskelinvasiv tumör och på tre ledtider för patientgruppen muskelinvasiv tumör. Blekingesjukhuset kan idag ta fram uppgifter för de tre sistnämnda ledtiderna, se tabell nedan.

Vi har i granskningen fått ta del av denna statistik manuellt via landstingets cancersamordnare men inte kunnat ta del av statistik för de ingående ledtiderna, exempelvis tid från remiss till bedömd remiss.

¹¹ Delar i en helhet, Regional cancerplan RCC Syd 2015-2018, s. 14.

| Patientgrupp | Från | Till | Tidskrav enligt SVF | Blekinge Antal SVF, Andel i tid |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------|
| Icke-muskelinvasiv tumör | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling | 9-12 kalenderdagar | Ingen uppgift |
| Muskelinvasiv tumör | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling, strålbehandling | 37-41 kalenderdagar | 2 fall, 0 % i tid |
| Muskelinvasiv tumör | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling, neoadjuvant kemoterapi | 34-37 kalenderdagar | 1 fall, 0 % i tid |
| Muskelinvasiv tumör | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling, cystektomi | 31-35 kalenderdagar | 45 fall, 89 % i tid |

3.4. Organisation och styrning på förvaltningsnivå

En **cancersamordnare** finns tillsatt från 1 januari 2016 i landstinget Blekinge. Cancersamordnarens uppgift är att samordna intentionerna i den nationella cancervårdssatsningen inom landstinget och i samverkan med andra landsting och regioner¹². Ett huvuduppdrag för cancersamordnaren är införandet av standardiserade vårdförlopp. Innan 2016 fanns en informell cancersamordnare som inte arbetade heltid med funktionen.

Ett **cancerråd** finns inrättat i Landstinget Blekinge sedan våren 2016 där cancersamordnaren är sammankallande och alla kliniker som har cancervård representeras inklusive primärvården. Deltagarna i cancerrådet består förutom cancersamordnare av förvaltningschef Blekingesjukhuset, verksamhetschefer för medicin, kirurgi, gynekologi, öron/näsa/hals och stödverksamheter röntgen och patologi, utvecklingsdirektör och representanter för primärvården från både offentliga och privata vårdcentraler. Vidare är en representant från RCC Syd inbjuden till varje möte. En uppgift för cancerrådet är att driva arbetet med SVF ytterligare framåt, bland annat genom klinikövergripande diskussioner gällande implementeringen av SVF och att fungera som en länk mellan RCC och linjeorganisationen.

Specialiteten urologi, som hanterar cancer i urinvägarna, sorterar under kirurgkliniken i Blekingesjukhuset som omfattar båda sjukhusen i Karlskrona och i Karlshamn. För vårdprocessen cancer i urinvägarna fungerar sektionsansvarige urologen som processledare. Urologisektionen bemannas av fyra urologer varav en är ny sedan hösten 2016, två halvtidssjuksköterskor som är uroterapeuter, en

¹² Handlingsplan för arbete med SVF enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i cancervården 2016. Landstinget Blekinge 2016-03-11, s. 5.

halvtids urologisjuksköterska, tre kontaktsjuksköterskor som delar funktionen som kontaktsjuksköterska och koordinator sinsemellan. Av 24 vårdplatser är åtta urologplatser.

I vården av cancerpatienter samverkar urologin med vårdenheterna anesthesi, patologi och röntgen. Dessutom sker intern samverkan med onkologer inom kirurgkliniken.

För **primärvårdsförvaltningen** som innefattar alla Landstinget Blekinges 13 **landstingsdrivna vårdcentraler** ansvarar en förvaltningschef som i sin tur är underordnad landstingsdirektören. Alla vårdcentraler har ett gemensamt grundutbud som bland annat innehåller grundläggande hälso- och sjukvård, barnhälsovård, rehabilitering, psykosociala insatser, rådgivning och förebyggande insatser¹³. Respektive vårdcentral leds av en verksamhetschef.

3.4.1. Uppföljning på förvaltningsnivå

Under 2015 infördes i Blekinge standardiserade vårdförlopp för fem cancerdiagnoser, varav en var urinblåsecancer. En handlingsplan för införandet av SVF togs fram under våren 2015 och har följts upp i oktober 2015. På motsvarande vis har en handlingsplan för de 13 SVF som införs under 2016 tagits fram och följts upp under 2016. Uppföljningarna rapporteras till Socialdepartementet som har fått i uppdrag av regeringen att följa och utvärdera satsningen med kortare väntetider i cancervården¹⁴. Cancersamordnaren har redovisat alla handlingsplaner och dess uppföljning för landstingsstyrelsens arbetsutskott. Vidare har deltagarna i cancellrådet, bland annat förvaltningschefen för Blekingesjukhuset och representanter från primärvården tagit del av handlingsplanerna och dess uppföljning.

Resultat för vårdens tillgänglighet, uttryckt i väntetider, inom såväl primärvård som sjukhus följs upp varje månad och skickas ut till bland annat förvaltningschefer, verksamhetschefer och processledare. Under hösten 2016 omfattas statistiken även av vissa av SVF:s ledtider.

Uppföljningen av SVF sker utifrån åtgärds-koder som registreras i landstingets systemstöd Qlik-View. Uppföljningen inleddes enligt cancersamordnaren i slutet av 2015 och arbetet har fortskridit under 2016 för att utveckla och kvalitetssäkra arbetssätt. Enligt landstingets utvecklingsdirektör har verksamheten tillgång till statistik kopplat till SVF via RCC Syd.

För närvarande finns två etablerade mätpunkter i SVF; tidpunkt för remissbeslut vid välgrundad misstanke och tidpunkt för antingen start av behandling eller avslut av SVF. I dagsläget har landstinget enligt cancersamordnare delvis initierat uppföljning av ledtider som stipuleras av SVF. För tillhandahållen statistik, se avsnitt 3.3.4.

Den medicinska uppföljningen utgörs av registrering i kvalitetsregister vilket sker genom systemstödet INCA. Registrering utförs ofta av läkare, ibland sjuksköterskor och beskrivs som tidskrävande. Enligt processledaren för urinvägscancer skulle

¹³ Hämtat 2016-11-25 på landstingets hemsida med adressen <http://ltblekinge.se/Om-landstinget/Organisation/Primarvarden/>

¹⁴ Hämtat 2016-12-13 på regeringens hemsida med adressen <http://www.regeringen.se/regeringspolitik/folkhalsa-och-sjukvard/satsning-pa-kortare-vantetider-inom-cancervarden/>

momentet kunna förläggas på en sekreterarfunktion men det har inte varit möjligt på grund av för få sekreteraresurser.

För att mäta patienters upplevelser i cancervården har i enlighet med nationella beslut en s.k. PREM-enkätundersökning genomförts för första gången under våren 2016 och skickas därefter ut månatligen. Det är landstingets cancersamordnare tillsammans med ansvarig för nationell patientenkät (NPE) som ansvarar för PREM-enkäten. För SVF kopplat till urinvägscancer inkom i de första resultaten 21 svar vilket innebär en svarsfrekvens på 31,8 %. De första resultaten blev tillgängliga under hösten 2016 och har enligt cancersamordnaren ännu inte hunnit bearbetas och analyseras fullt ut. Processledare har tillgång till en analysportal där resultaten av enkäterna framgår löpande. Även RCC har tillgång till resultaten. Det främsta syftet med enkäterna är att tillhandahålla underlag för verksamhetsutveckling. PREM-undersökningens frågor gäller områden såsom information och kunskap, emotionellt stöd, kontinuitet och koordinering och respekt och bemötande.

En grupp där SVF och uppföljningsfrågor diskuteras är RCC Forum Blekinge som består av cancersamordnare, processledare, kontaktsjuksköterskor, landstingets utvecklingsdirektör och representant från RCC Syd. Gruppen träffas 4-6 gånger per år. Bland gruppens diskussionsämnen finns bland annat SVF, ledtider, mätningar av patientupplevd kvalitet (PREM-enkäter), nivåstrukturering, erfarenhetsutbyte och framgångsfaktorer.

3.4.2. Ansvarsroller i vårdprocessen

Kopplat till vårdprocessen finns det olika ansvarsroller vars funktion utgår från professionsstyrningen. Dessa är kopplade till processen och inte till den organisatoriska strukturen och det är via dessa som den medicinska kunskapen och patientperspektivet ska mötas.

Styrgrupp

Enligt cancersamordnaren fungerar det cancerråd som inrättades i landstinget under våren 2016 som en styrgrupp för införandet av SVF. Cancerrådet sammankallas av cancersamordnaren. Funktionerna beskrivs närmare under avsnitt 3.4.

Processledare

Inom RCC Syd finns *regionala processledare* utsedda för olika cancerformer. De regionala processledarna ska medverka till väl sammanhållna processer med patientens perspektiv i fokus och i sitt arbete bidra till den regionala cancerplanens mål och förankring i vården. Funktionen ska vidare etablera, hålla ihop och koordinera nätverket av lokala processledare.

För specialistenheten urologi inom Blekingesjukhuset, dit blåscancer hänförs, finns en *lokal processledare* tillika sektionsansvarig urolog som ansvarar för vårdprocessen för cancer i urinvägar på landstingsnivå inklusive vårdcentralerna. Processledaren har ett ansvar att styra och säkerställa att det standardiserade vårdförloppet följs och processledaren har därför en regelbunden dialog med berörd personal vid exempelvis sektionsmöten och multidisciplinära konferenser.

Koordinator

Koordinatorrollen är explicit angiven i SVF och är en funktion för att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Koordinatorsrollen behöver enligt SVF inte bemannas av samma person under hela förloppet. Hur funktionen ska bemannas och organiseras är under diskussion i landstinget och har lyfts i det cancerråd som inrättades i mars 2016. För de standardiserade vårdförlopp som initierades under 2015, inklusive blåscancer, har kontaktsjuksköterskor inom andra urologiområden än blåscancer rollen som koordinator. Detta eftersom en specifik kontaktsjuksköterska för blåscancer har saknats. Enligt processledaren för urologi behövs inte viss specialistkompetens för rollen koordinator så länge patienten befinner sig i undersökningsstadiet. Av resursskäl har det emellertid inte varit möjligt att förlägga rollen till sekreterare. Sedan patienten har fått en cancerdiagnos behövs specialistkompetens i koordinatorrollen från en kontaktsjuksköterska eller motsvarande. Utifrån att andelen SVF-patienter som får cancerdiagnos rör sig om ca 15-20 procent, menar processledaren att nuvarande koordinatorupplägg innebär att kontaktsjuksköterskornas specialistkompetens inte används optimalt mot bakgrund av att de hanterar koordinatorrollen i 80-85 procent av fallen där det inte är nödvändigt.

Kontaktsjuksköterska

Rollen är definierad som en central aktör i de nationella vårdprogrammet. Funktionen finns för att patienten ska få en kontakt som håller samman de olika aktiviteterna och utgör ett stöd för patienten och närstående. Kontaktsjuksköterskan kan förmedla kontakter till andra kompetenser för psykosocialt stöd. Vidare ska kontaktsjuksköterskan säkra patientens inflytande och dessutom bevaka ledtider.

Som omnämnts ovan vid koordinatorfunktionen har Blekinge saknat en specifik kontaktsjuksköterska för blåscancer under större delen av 2016. Urologsektionen har enligt processledaren fyllt funktionen avseende blåscancer med hjälp av både urologer och kontaktsjuksköterskor för andra cancerformer inom urologin såsom prostatacancer. Eftersom SVF ställer krav på att patient ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska framgår inte i statistik från kvalitetsregister att funktionen har tillgodosetts. Från sommaren 2016 erhöll kirurgkliniken budget för rekrytering av en tjänst kontaktsjuksköterska inriktad på urinvägscancer. Arbetet med att bemanna tjänsten inleddes under hösten 2016. Funktionen behövde delas mellan flera olika personer för att kunna tillmötesgå landstingets krav på tillgänglighet, att funktionen ska finnas varje dag inklusive helger. I samband med granskningen menar verksamhetschefen för kirurgi att funktionen kontaktsjuksköterska för urinblåsecancer är tillgodosedd.

4. Vårdprocessen cancer i urinvägarna

4.1. Kort om urinvägscancer och den aktuella kliniken

Landstingsstyrelsen i Blekinge beslutade den 16 mars 2015 om införande av standardiserat vårdförlopp för bland annat urinvägscancer¹⁵. Implementeringen av berört SVF startade i september 2015. Enligt cancersamordnaren har landstinget i dagsläget en god grundstruktur på plats. Det går inte att definitivt avgöra när implementeringen är avslutad eftersom det gäller en fortgående process.

Blekinge hade enligt uppgift från cancersamordnaren 105 patienter inkluderade i SVF urinblåsa under perioden 1 januari till 30 juni 2016. Av dessa startade sedan 25 patienter behandling (23,8 %). Landstinget har inte tillgång till siffror för 2015 eftersom rapporteringen inte kom igång förrän sent under 2015. Enligt ansvarig urologläkare finns ca 40-60 patienter som får diagnosen blåscancer per år. Dessa patienter genomgår efter behandling sedan löpande kontroller och återbesök i vården under mellan fem till tio år, beroende på diagnos. Kontrollerna utförs uteslutande av urologer inom specialistvården. Att återbesök är aktuellt under en lång tidsperiod innebär att patientmängden och trycket på urologsektionen ackumuleras över tid.

Inom kirurgkliniken och inom urologisektionen har ett omfattande processarbete genomförts under senare år, redan innan SVF infördes. Enligt intervjuade var de vårdprocesser som introducerades i flera avseenden förenliga med fokus i de standardiserade vårdförloppen. Från sjukhusets sida har framförts en positiv syn på SVF för urinvägscancer och dess mål om att korta väntetiderna för patientens bästa. En del anser emellertid att SVF är mindre pragmatiskt och innebar styrning mot ledtider som i vissa fall är problematiska att uppnå. SVF har enligt intervjuade ställt ökade krav på verksamheten samtidigt som införandet inte har följts av tillräckliga resurstillskott. Det är främst komplicerat att uppnå önskvärd tillgänglighet för operationstider. Bemanningsbrist begränsar. För att kunna tillgodose SVF skulle kliniken behöva ha en överkapacitet. Operationsplanerare har haft och har fortsatt en stor utmaning i att anpassa produktionsplaneringen till SVF, utifrån tillgängliga resurser.

Cancer i urinvägar utreds och behandlas vid sjukhusen i både Karlskrona och Karlshamn. Den vanligaste behandlingen mot urinblåsecancer utgörs av en operation (så kallad TUR-B) som innebär borthyvling av tumör/vävnad. Karlshamns sjukhus utför dagkirurgi medan större operationer såsom cystektomi (borttagande av urinblåsa) utförs i Karlskrona som har bättre anpassad utrustning vad gäller exempelvis röntgen. Under hösten 2016 har en förstärkning av utrustning initierats i Karlshamns sjukhus som följaktligen kommer få bättre förutsättningar att utföra operativa ingrepp och akut urologi från år 2017.

Patienter med misstänkt blåscancer kommer i regel till urologin via remiss från vårdcentral och oftast med indikationen blod i urinen. SVF innehåller kriterier för när misstanke om cancer kan anses vara välgrundad.

¹⁵ Landstinget Blekinge, Handlingsplan för att införa SVF för fem cancerdiagnoser, Mars 2015

Remisser "SVF-märks" enligt intervjuade vårdcentralchefer, genom att en kryssruta i remissystemet fylls i som markerar att det standardiserade vårdförloppet ska gälla. SVF-märkning betyder att patienten ska prioriteras och att ledtiden till besök vid specialistkliniken ska vara högst fem dagar (en kalenderdag till remissankomst + fyra dagar till nybesök). Enligt cancersamordaren är det viktigt att det i löpande text även specificeras vilket SVF som avses. Det är enligt cancersamordaren ännu inte fullt ut inarbetat hos all personal vid vårdcentralerna att remisser ska SVF-märkas. Det finns inte statistik över hur väl rutinen efterlevs.

För närvarande får vårdcentralerna bekräftelse av inskickade remisser brevlades från sjukhuset. En digital lösning med e-remisser är under införande i landstinget och vissa vårdcentraler ska agera pilot i satsningen.

Angående om SVF har medfört undanträngningseffekter så har ett par intervjuade, från sjukhusets sida, menat att så är fallet. Uppfattningen är att SVF har inneburit ökade väntetider för de patienter som har godartade urologiska sjukdomar. Vid intervjuerna framkommer skilda uppfattningar om huruvida patienter med återfall av urinblåsecancer (recidiva fall) trängs undan av SVF. Från sjukhusets sida framförs att undanträngning sker av recidiva patienter, eftersom dessa patienter inte omfattas av SVF. Vid intervjuerna uttrycktes från en vårdcentral att det är välgrundad misstanke som avgör om patienten remitteras enligt SVF, oavsett om patienten har genomgått SVF tidigare eller inte. En urolog menar att de recidiva fallen i regel upptäcks och hanteras direkt inom specialistvården som ett led i uppföljning av patienten, varför dessa patienter vanligen inte aktualiseras igen inom primärvården. Enligt cancersamordaren kan inga tendenser till ökade väntetider urskiljas ur statistiken som en följd av SVF. Ifall en ökning av väntetider kunde påvisas vore det enligt cancersamordaren vidare problematiskt att avgöra om det är SVF som är orsaken. Från intervjuade vårdcentralers sida har hittills inte uppfattats att SVF har inneburit några undanträngningseffekter.

I oktober 2016 var det endast 65 % av förstabesöken inom urologi som genomfördes inom vårdgarantins gränser. Motsvarande statistik för operation/åtgärd var 66 % (urologi övriga). Urologin brottas således med köproblem.

4.2. Information och stöd

Cancersamordaren anser sig ha haft ett gott stöd av och diskussionsutbyte med RCC Syd i samband med införandet av SVF. RCC Syd har erbjudit kunskapsstöd och forum, anordnat utbildningsdagar, hållit samman processledare etc.

Ansvarig läkare vid urologssektionen (processledare) ingår i RCC Syd:s regionala grupp för urinvägscancer som träffas ett par gånger per år. Genom gruppmötena samlas de sakkunniga i södra sjukvårdsregionen och får möjlighet att utbyta erfarenheter och information kopplat till cancervården och SVF. RCC Syd tillhandahåller en websida för den regionala gruppen och en applikation för SVF. RCC Syd har vidare anordnat seminariedagar och dialogdagar samt gruppmöten för kontaktsjuksköterskor.

I samband med intervjuerna framkommer att RCC har arbetat aktivt med olika frågor i samband med regionala cancergruppsmöten. Stödet från RCC innebär företrädesvis att de samlar sakkunniga på dessa forum. En problematik som lyfts fram av ett par intervjuade är att landstinget inte tillskjuter tillräckliga resurser för att verksamheten ska kunna efterleva RCC:s krav och rekommendationer.

Verksamhetschefen för kirurgkliniken anser inte att personal deltar i RCC-träffar i den omfattning som vore optimalt för verksamheten. Lokala processledare som ingår i RCC:s regionala grupper inriktade mot olika cancerformer ska enligt RCC:s råd ägna tio procent av sin arbetstid åt arbete kopplat till utveckling av patientprocessen. Detta är problematiskt att efterleva fullt ut i Blekinge för att ordinarie verksamhet ska kunna upprätthållas. Implementeringen av SVF i Blekinge har varit riktad rakt mot sektionerna inom kirurgkliniken. Enligt verksamhetschefen för kirurgi har cancerrådet efter önskemål i högre utsträckning informerats från RCC Syd om hur arbetet fortskrider.

IT-stödet kopplat till införandet av SVF, systemet INCA, fungerar enligt processledaren numera tillfredställande för blåscancer.

4.3. Vårdförloppet

Som beskrivits ovan börjar processen i regel på vårdcentralen. I samband med att patienten undersöks av primärvårdens läkare tas ställning till om välgrundad misstanke för urinvägscancer föreligger. I regel remitteras de flesta patienter över 40 år och med blod i urinen som SVF-märkta remisser. Även yngre med identifierade riskfaktorer remitteras. Patienten informeras på vårdcentralen om hur det kommande förloppet kommer att se ut. Information till patienten om förloppet sker vidare från urologsjuksköterska vid sjukhusen i samband med att remissen mottas.

I Blekinge tillämpas en lokal rutin som innebär att vårdcentralerna även *bör* skriva en remiss till röntgen (CT-urografi) för patienten i samband med att SVF-remiss skrivs för misstänkt urinvägscancer. Syftet med rutinen är att skynda på processen för patientens bästa och ska resultera i att patienten har röntgats innan den genomgår cystoskopi (undersökning av urinvägar). Röntgenmottagningen har avsatt fasta tider för SVF-patienter. Momentet att vårdcentralen ska skriva röntgenremiss ingår inte i SVF och följaktligen inte i den primärvårdsversion av SVF som vårdcentralerna använder. Däremot anges rutinen i lokala PM. Det är enligt processledaren såväl som cancersamordnaren ännu inte helt inarbetat hos all personal vid vårdcentralerna att röntgenrutinen ska följas. Enligt uppgift från en vårdcentral har det förekommit att remittenter inom primärvården, framförallt hyrläkare, har missat momentet med att skriva röntgenremiss i samband med SVF-remiss. SVF-remissen har då skickats tillbaka till vårdcentralen med anledningen att röntgenremiss saknats vilket i förekommande fall har fördröjt vårdförloppet.

Det är kontaktsjuksköterskor tillika koordinatörer som mottar SVF-remisser. Urologer gör dagligen remissbedömning för att säkra hanteringen. När SVF-remissen kommer till sjukhuset är patienten enligt rutinen ovan i regel redan inbokad på röntgen. I samråd med urolog bokar kontaktsjuksköterska in en tid för undersökning av patienten (cystoskopi). Ofta sker undersökning medan resultatet från röntgen avvaktas. Enligt processledaren är det urolog på sjukhusen som tar ställning till om SVF ska följas, inte primärvården. Normalt är patienten enligt processledaren undersökt inom en vecka från att remiss har mottagits.

Patienter som har undersökts och får cancerdiagnos kallas till operation, vanligen s.k. TUR-B. I Blekinge överstiger enligt processledaren ledtiden till operation de 12 dagar som SVF stipulerar. I samband med att sjukhuset i Karlshamn får bättre förutsättningar att utföra operativa ingrepp och akut urologi från år 2017 bedömer processledaren att ledtiderna till operation ska kunna förbättras.

Kontaktsjuksköterskor på kliniken har en koordinatorroll och svarar för planering av operationer, kontakt med primärvården eller annan förekommande remittent, bokning av provtagning samt andra koordinerande uppgifter. SVF stipulerar att det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar för dessa patienter vilket också är fallet i Blekinge.

Patienter erhåller alltid en kontaktsköterska men det kan vara olika personer. Enligt processledare är målet att patienten skall ha samma kontaktsjuksköterska men det kan hända att patienten träffar någon annan kontaktsjuksköterska som har samma kompetens. Som nämnts tidigare har funktionen namngiven kontaktsjuksköterska vid blåscancer tillgodosetts under senhösten 2016.

Förebyggande åtgärder är att sluta röka. De flesta som får cancerdiagnos är motiverade att sluta röka, enligt processledaren. Om behov finns erbjuds rökavvänjning både vid sjukhusen och inom primärvården.

Sammantaget kan det konstateras att införandet av SVF har inneburit en ytterligare utveckling av vårdprocesser som delvis hade initierats redan i förväg inom kirurgkliniken och urologisektionen. Kraven i SVF innebär utmaningar för verksamheten, inte minst när det gäller att tillmötesgå ledtider och funktionen kontaktsjuksköterska. Remissförfarandet enligt SVF tillämpas med ett lokalt tillägg om att vårdcentralen även bör remittera patient till röntgen vid SVF-remisser.

4.4. Kompetensförsörjning

Enligt processledaren har tillgängligheten för cancerpatienter vid urologisektionen inte varit tillfredställande. Den främsta anledningen är att det saknas bemanning på läkarsidan av urologer. Problemet med brist på urologer är utbrett i Sverige.

I dagsläget finns fyra urologer och en ST-läkare på urologisektionen i Blekinge, varav en urolog rekryterades under hösten 2016. Enligt verksamhetschefen för kirurgkliniken har det sedan länge varit uttalat att det ska finnas sex urologtjänster i Blekinge, följaktligen finns två tjänster för lite. Detta begränsar operationskapaciteten på sjukhusen.

Enligt processledaren finns tillfredställande möjligheter till utbildning och fortbildningstillfällen inom landstinget. Urologmöten och tvärprofessionella möten sker ca en gång per termin eller oftare beroende på behovet. Inom urologisektionen sker enligt uppgift från urolog i princip dagligen olika personalmöten såsom läkarmöten, multidisciplinära konferenser och röntgenråd.

Som nämnts i tidigare avsnitt har kraven på kontaktsjuksköterska tillgodosetts genom spridning av funktion på flera personer under hösten 2016. Kontaktsköterskor inom urologi har fått utbildning för rollen. Sjuksköterskor inom urologi får vidare viss funktionsutbildning.

En problematik som har lyfts vid intervjuerna gäller den koncentration av operationer till regionens universitetssjukhus som har initierats som ett led i nivåstrukturering. Cystektomioperationer (borttagande av urinblåsan) i Blekinge uppgår till ca 15 per år och ska enligt intervjuade efter beslut i södra regionvårdsnämnden förläggas till Malmö under 2017. Flytten av viss kirurgi innebär enligt de intervjuade utmaningar för Blekinge landsting att behålla attraktiviteten som arbetsgivare, mot bakgrund av att yrkesvärdet riskerar att devalveras när kirurger inte får träning i vissa operationer.

5. Vårdcentralen är oftast vårdprocessens startpunkt

5.1. Information och stöd

Landstingets cancersamordnare som tillsattes 1 januari 2016 har besökt primärvården (privata och landstingsdrivna vårdcentraler) och informerat om SVF. Vid granskningstillfället kvarstår det att göra besök hos ca fem av 21 vårdcentraler. Erfarenheterna från de SVF som infördes 2015 visade enligt cancersamordnaren att primärvården efterfrågade ytterligare information och stöd vid SVF-införandet.

Wämö vårdcentral har hittills inte bokat in ett verksamhetsbesök av landstingets cancersamordnare, men verksamhetschefen har blivit erbjuden möjligheten. Verksamhetschefen har tagit del av information från cancersamordnaren kopplat till SVF i samband med ledningsmöten inom primärvården.

En kanal genom vilken vårdcentralerna har fått information om SVF är via primärvårdsläkare som ingår i processteam tillsammans med bland annat processledaren för urinvägscancer och kontaktsjuksköterskor.

Företrädare från landstingets primärvård, en verksamhetschef för privata och en verksamhetschef för landstingsdrivna vårdcentraler, finns representerade i cancerrådet. Representanten för de landstingsdrivna vårdcentralerna ger övriga verksamhetschefer löpande information kopplat till implementering av vårdprogram och SVF i samband med ledningsmöten. På intranätet har en länk införts som är enkel att hitta och ger vårdcentralerna snabbt tillträde till information om SVF. Det finns vidare en applikation med information som kan vägleda primärvården vid behov. Primärvårdens representanter i cancerrådet har deltagit i framtagandet av en primärvårdsversion för SVF blåscancer. Denna primärvårdsversion följer SVF och beaktar inte den kompletterande rutin för remiss till röntgen som landstinget tillämpar, se avsnitt 4.3. Såväl verksamhetschefen för Brunnsårdens vårdcentral som verksamhetschefen för Wämö vårdcentral, tillika chef för Lyckeby och Rödeby vårdcentral, har informerat personalen vid vårdcentralerna om röntgenrutinen och att den framgår i PM som finns tillgängligt på intranätet. Rutinerna i lokala PM uppfattas som tydliga av verksamhetscheferna och specificerar även kontaktuppgifter till berörd personal inom specialistvården.

5.2. Implementering av standardiserade vårdförlopp

En verksamhetschef menar att primärvården har en viktig roll för att upptäcka och initiera SVF, inte minst eftersom ca 70 procent av alla vårdbesök sker på vårdcentral.

Implementeringen av SVF för blåscancer har enligt intervjuade verksamhetschefer fungerat väl med stöd från primärvårdens representanter i cancerrådet, information på ledningsmöten och från cancersamordnaren och processteamet som leds av processledaren för urologi.

Det är läkare eller läkarsekreterare på vårdcentralerna som skriver SVF-märkta remisser. Verksamhetschefen för Wämö vårdcentral, tillika chef för Lyckeby och

Rödeby vårdcentral har i samband med implementeringen av SVF blåscancer informerat läkargrupperna på respektive vårdcentral om SVF-märkta remisser. På Wämö och Lyckeby vårdcentraler är SVF-märkta remisser inarbetat. Det är oklart hur Rödeby vårdcentral, där läkargruppen enbart består av hyrläkare som inte har fått särskild information om SVF, ligger till på området. Eftersom remisser bekräftas brevledes, får vårdcentralerna inte bekräftelse samma dag att remisserna har mottagits av sjukhuset.

Vid välgrundad misstanke om urinvägscancer ger läkare på vårdcentralen enligt de intervjuade information till patienten om att de remitteras enligt det standardiserade vårdförloppet och vad det innebär. Informationen ges muntligt och skriftligt. Det finns bland annat informationsblad på webben från 1177.se att tillgå för patienten med information om SVF.

Vårdcentralerna står i regel inte för någon eftervård av urinvägscancer. Uppföljningar sker uteslutande inom specialistvården hos urologen.

Mot bakgrund av att det har införts och fortfarande införs ett antal olika SVF menar intervjuade verksamhetschefer att det är en utmaning att hålla kunskapen levande hos personalen.

De intervjuade cheferna ger en positiv bild av införandet av SVF. Arbetet enligt SVF innebär tydlighet för både läkare och patienter genom att det bygger på standardisering. Även cancersamordnaren har uppfattat att vårdcentralerna är positivt inställda till SVF.

Kompetensförsörjning lyfts fram som ett problemområde inom primärvården. Hyrpersonal, framförallt läkare, används för att täcka upp vakanser. Enligt en verksamhetschef arbetar personal på toppen av sin kompetens i den meningen att sjuksköterskor får ta över allt mer från läkares uppgifter, undersköterskor tar över uppgifter från sjuksköterskor etc. Användning av hyrläkare anses av verksamhetschefen inte vara optimalt för att trygga god patientsäkerhet.

6. Bedömning utifrån det nationella vårdprogrammet

Nedan görs en bedömning av hur vården fungerar utifrån ett antal målsättningar som är uppsatta i de nationella vårdprogrammet avseende kvalitetsindikatorer vid blåscancersjukdom.

För att göra bedömningen har genomgång skett av statistik för Blekinge som har hämtats från Öppna jämförelser 2014, nationellt kvalitetsregister 2013-2014 respektive 2014-2015 samt RCC Syd:s kvalitetsuppföljning juli 2015-juni 2016.

Det kan noteras att det i Öppna jämförelser framgår att för en del indikatorer har några landsting så få fall att resultat blir osäkra. Åtgärder beslutas vidare inte i en del fall mot bakgrund av att patienten har samsjuklighet eller har nått en hög ålder.

6.1. Relativ femårsöverlevnad för patienter med blåscancer

Blekinge låg med 81,9 % i topp nationellt i Öppna jämförelser 2014 avseende relativ femårsöverlevnad vid urinblåsecancer, 2008-2012. Målvärdet 80 % i nationella vårdprogrammet uppnåddes följaktligen.

Vi kan konstatera att indikatorn pekar på att Blekinges blåscancervård har gett goda resultat. Mot bakgrund av att indikatorn följs med en längre tidshorisont har vi inte tagit del av mer aktuell data. Vi anser det vara eftersträvansvärt att fortlöpande analysera utvecklingen och orsaker därtill.

6.2. Tid från utfärdande av remiss till blåscancerdiagnos (datum för diagnostisk TUR)

För indikatorn tid från utfärdande av remiss till urolog till blåscancerdiagnos (datum för diagnostisk TUR), hade Blekinge den tredje kortaste väntetiden för 2014-2015 med sina 28 dagar. Målvärdet 12 dagar för 80 % av patienterna i nationella vårdprogrammet uppnåddes emellertid inte.

Vi bedömer att landstingets förutsättningar att korta denna väntetid kan förbättras som en effekt av att det från 2017 enligt intervjuade sker en förstärkning av utrustning inom Karlshamns sjukhus.

6.3. Andel patienter med blåscancer som får intravesikal behandling

Nationella vårdprogrammet rekommenderar att patienter med en T1-tumör förutom TUR-operation (transuretral resektion) även bör erbjudas en intravesikal behandling (insprutning i urinblåsan via kateter av kemo- eller immunoterapi för att förebygga återfall och hindra tumören från att förvärras).

För intravesikal behandling befann sig Blekinge med 25 % nationellt i botten för indikatorn under 2012-2013. Värdet har därefter förbättrats och uppgår till 65 % i nationellt kvalitetsregister 2014-2015. Målvärdet 75 % i nationella vårdprogrammet uppnåddes emellertid inte. I RCC Syd:s kvalitetsuppföljning för indikatorn för juli 2015-juni 2016 uppnår behandlande sjukhus Karlskrona 73,7 %. Följaktligen är vår bedömning att indikatorn utvecklas åt rätt håll.

6.4. Andel patienter som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK)

Inför primärbehandling av urinblåsecancer genomförs en multidisciplinär konferens, där en omfattande granskning av patientens tumörsjukdom görs för att vården ska kunna erbjuda en optimal behandling. I konferensen deltar specialister från flera discipliner. Nationella vårdprogrammet anger att alla patienter med tumörer i stadium T1 och patienter med muskelinvasiva blåstumörer (stadium T2-T4) bör diskuteras på en multidisciplinär konferens.

För indikatorn Multidisciplinär konferens, T1-T4 ligger Blekinge för år 2014-2015 näst bäst nationellt med sina 78 %. Blekinge uppvisar en tydlig förbättring för indikatorn över tid. Målvärdet 100 % i nationella vårdprogrammet uppnåddes emellertid inte.

Vår bedömning är att förutsättningarna att förbättra indikatorn ytterligare stärks mot bakgrund av att landstinget från hösten 2016 enligt intervjuade har tillgodosett funktionen namngiven kontaktsjuksköterska för blåscancer.

6.5. Andel patienter som får kurativ behandling

En kurativt syftande behandling av en tumör i stadium T2-T4 (muskelinvasiv) är antingen cystektomi (borttagande av urinblåsan) med/utan systemisk cytostatikabehandling eller strålbehandling.

För kurativt syftande behandling låg Blekinge med 42,1 % nationellt i nedre delen för indikatorn under 2012-2013. Värdet har därefter förbättrats och uppgår till 61 % i nationellt kvalitetsregister 2014-2015. Målvärdet 45 % i nationella vårdprogrammet uppnåddes följaktligen. I RCC Syd:s kvalitetsuppföljning för indikatorn för juli 2015-juni 2016 uppnår behandlande sjukhus Karlskrona 71,4 %. Följaktligen gör vi bedömningen att indikatorn både tillgodoses och utvecklas åt rätt håll.

6.6. Andel patienter som får neoadjuvant behandling

Cytostatikabehandling ges i vissa fall före operation i syfte att minska återfall i sjukdomen, s.k. neoadjuvant behandling. För förbättrad överlevnad rekommenderar nationella vårdprogrammet en neoadjuvant cytostatikabehandling före kurativt syftande operation. Rekommendationen är riktad till patienter med muskelinvasiv blåscancer.

För indikatorn neoadjuvant behandling framgick ingen data för Blekinge i Öppna jämförelser för 2012-2013, p.g.a. färre än tio fall. Värdet har därefter legat relativt jämt och uppgår till 23 % i nationellt kvalitetsregister 2014-2015. Målvärdet 50 % i nationella vårdprogrammet uppnåddes följaktligen inte. Emellertid visar RCC Syd:s kvalitetsuppföljning för indikatorn för juli 2015-juni 2016 att behandlande sjukhus Karlskrona uppnår 50 %. Vår bedömning är att indikatorn pekar på ett utvecklingsområde för Blekinge.

7. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs.

Nedan beskrivs i komprimerad form de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

| Revisionsfråga | Svar |
|--|--|
| 1. Har nämnderna utformat en ändamålsenlig styrning och uppföljning för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer efterlevs? | <p>Nämnden för Blekingesjukhuset: Ja till största del. Genom RCC syd och strukturen med processledare och övriga roller är bedömningen att det finns en ändamålsenlig struktur för styrning och uppföljning. Viss data kan ännu inte följas men i ljuset av hur långt utvecklingen kommit i övriga landet är vår bedömning att landstinget ligger väl framme. De data som finns är tillgängliga för alla på RCC:s externa hemsida.</p> <p>Bedömningen är dock att uppföljningen av ingående ledtider i vårdförloppen bör utvecklas och ingå i den uppföljning som landstinget gör. I granskningen har vi endast manuellt kunnat ta del av ledtider till behandling för tre av fyra former av urinvägscancerbehandlingar. Däremot inte vad gäller delprocesser. Bedömningen är också att dessa data behöver kvalitetssäkras.</p> <p>Nämnden för primärvård och folktandvård: Nej, vi anser inte att nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig styrning av landstingets vårdcentralers del i vårdprocessen. Bedömningen grundas på att standardiserade vårdförlopp (SVF) inte omnämns i nämndens verksamhetsplan för 2016 samt att området inte behandlas närmare i nämndens verksamhetsuppföljning utifrån vad som kan utläsas i verksamhetsberättelse och i sammanträdesprotokoll.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>2. Svarar vården för cancer i urinvägarna upp mot kraven i de standardiserade vårdförloppen/vårdprogram/riktlinjer?</p> | <p>Det finns vissa ledtider som ännu inte uppfylls och det finns några uppföljningsparametrar i det nationella vårdprogrammet som behöver förbättras.</p> <p>I de flesta medicinska avseenden håller dock Blekingesjukhuset en god nivå. De flesta av de områden som behöver förbättras hänger samman med kirurgklinikens svårigheter med kompetensförsörjning och köproblem som drabbar alla kirurgins patienter.</p> |
| <p>3. Har införandet av de standardiserade vårdförloppen haft inverkan på vården av övriga cancerpatienter eller annan vård?</p> | <p>Det finns uppfattningar bland de intervjuade om att införandet av standardiserade förlopp medfört undanträngning av andra patienter med benigna sjukdomar. Vår bedömning är dock att det i huvudsak inte skett någon undanträngning utan en omprioritering i de köer som redan funnits för kirurgpatienter. En omprioritering som är nationell sanktionerad. De långa väntetiderna som finns för kirurgpatienter är enligt vår bedömning inte en konsekvens av införandet av standardiserade vårdförlopp utan har att göra med kirurgklinikens generella köproblem.</p> <p>Det bör säkerställas att inte patienter med recidiv faller utanför systemet med SVF-märkta remisser och därför får en fördröjd vård.</p> |
| <p>4. Sker den lokala implementeringen, inom landstinget Blekinges verksamhet, av de standardiserade vårdförloppen på ett ändamålsenligt sätt?</p> | <p>Nämnden för Blekingesjukhuset: Ja. Det finns en struktur och styrning för att detta ska kunna ske på ett ändamålsenligt sätt. Emellertid återstår åtgärder för att all berörd personal ska kunna delta i de samordnings- och utbildningssammanhang som är planerade.</p> <p>Nämnden för primärvård och folktandvård: Delvis. Det återstår åtgärder för att alla läkare i primärvården ska vara förtrogna med förloppen och att vårdcentralerna ska skicka röntgenremiss.</p> |

7.1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att granskningen av vårdprocessen för urinvägscancer visar att vården till stora delar bedrivs ändamålsenligt när det gäller struktur för ansvarsroller, standardisering/vårdlogistik, kunskapsstyrning och uppföljning. Flera av dessa aspekter gäller även för cancervården generellt i landstinget. Specialistvården i samspel med Regionalt Cancercentrum Syd bedöms ha goda strukturella förutsättningar att bedriva en ändamålsenlig vård i enlighet med

de nationella vårdprogrammen och den nationella cancerstrategin. Detta gäller utifrån ansvarsprövningsgrunden styrning och Nämnden för Blekingesjukhuset. Däremot bedöms Nämnden för primärvård och folktandvård inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig styrning av landstingets vårdcentralers del i vårdprocessen.

Utifrån ansvarsprövningens grund "måluppfyllelse" är bedömningen att det finns brister som nämnderna bör uppmärksamma. Alla ledtider går ännu inte att följa, kommunikationen mellan vårdcentralerna och specialistvården behöver förbättras och de krav på skyndsamt hantering som är huvudsyftet med de standardiserade vårdförloppen uppfylls inte helt när det gäller urinvägscancer. I jämförelse med övriga landet står sig dock Blekinge väl.

Bedömningen är att de flesta problem som finns när det gäller måluppfyllelsen orsakas av kirurgklinikens obalans mellan behov och kapacitet. De långa väntetider som gäller för kirurgklinikens patienter har totalt sett varken försämrats eller förbättrats av införandet standardiserade vårdförlopp, däremot har cancerpatienterna prioriterats i enlighet med den nationella cancerstrategin. Eftersom patienter med andra, lägre prioriterade, sökorsaker kan få vänta länge på läkarbesök inom specialistvården finns risk att det kan finnas cancerpatienter dolda bland dessa. Det är de av vårdcentralerna "SVF-märkta" remisserna som hanteras skyndsamt, bland annat med hjälp av specialistklinikernas koordinatörer.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att samtliga de i de standardiserade vårdförloppen stipulerade ledtiderna, inklusive delledtiderna, kan följas upp kontinuerligt och att data är kvalitetssäkrad.
- ▶ **Nämnden för Primärvård och folktandvård** rekommenderas att skyndsamt vidta åtgärder för att de standardiserade vårdförloppen blir allmänt implementerade bland vårdcentralernas personal inklusive inhyrd personal. **Landstingsstyrelsen** rekommenderas att via Hälsovalet säkerställa att även de privata vårdcentralerna implementerar de standardiserade vårdförloppen.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att säkerställa att SVF-märkta remisser bedöms inom den tid som det standardiserade vårdförloppet stipulerar.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att utforma en strategi för hur koordinatorrollerna och kontaktsjuksköterskerollerna ska bemannas på mest effektiva sätt. Koordinatorrollen behöver exempelvis inte innehas av sjuksköterska.
- ▶ **Nämnden för Blekingesjukhuset** rekommenderas att initiera åtgärder för att de stipulerade ledtiderna för patienter med blåscancer kan uppfyllas fullt ut. Detta bör ske i ett helhetsperspektiv innefattande övriga cancerpatienter och i ljuset av kirurgklinikens generella väntetidsproblematik.

8. Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner

Verksamhetschef för RCC-syd

Verksamhetschef kirurgkliniken, Blekingesjukhuset

Ansvarig urologläkare för införandet av standardiserat vårdförlopp tillika processledare

Urologläkare

Cancersamordnare landstinget Blekinge

Verksamhetschefer vid vårdcentralerna Wämö, Lyckeby, Rödeby och Brunnsgården

Utvecklingsdirektör Landstingsdirektörens stab

9. Bilaga 2: Dokumentförteckning

- ▶ RCC Syds regionala cancerplan "Delar i en helhet"
- ▶ Nationella vårdprogrammet Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör
- ▶ Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinvägarna
- ▶ Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering
- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset:s sammanträdesprotokoll 2016, verksamhetsplan 2016, verksamhetsberättelse 2015
- ▶ Nämnden för Primärvård och Folktandvård:s sammanträdesprotokoll 2016, verksamhetsplan 2016, verksamhetsberättelse 2015
- ▶ Reglemente för nämnden för Blekingesjukhuset 2014-10-29 rev 2014-11-06 rev 2014-11-11
- ▶ Reglemente för nämnden för primärvård och tandvård 2014-10-29 rev. 2014-11-06
- ▶ Landstinget Blekinge - Handlingsplan för att införa standardiserade vårdförlopp för fem cancerdiagnoser, Mars 2015
- ▶ Landstinget Blekinge - Cancerplan standardiserade vårdförlopp 2015, Redovisning, Oktober 2015
- ▶ Landstinget Blekinge - Handlingsplan för arbete med SVF enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i cancervård 2016
- ▶ Rutin: Makroskopisk haematuri – remiss till Urologen Godkänt datum: 2016-11-03
- ▶ Öppna jämförelser 2014 – Cancersjukvård – jämförelser mellan landsting
- ▶ Kvalitetsuppföljning RCC Syd juli 2015- juni 2016, senast uppdaterad 2016-10-26
- ▶ Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer, Kvalitetsregisterrapport, diagnosår 2015
- ▶ Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer, Kvalitetsregisterrapport, diagnosår 2014

10. Bilaga 3: Styrdokument

RCC Syds regionala cancerplan. Cancerplanen blev politiskt beslutad den 9 oktober 2014 på Södra regionvårdsnämndens möte. Den är även beslutad av varje landsting och region inom södra sjukvårdsregionen (december 2014).

Nationella vårdprogrammet innehåller rekommendationer för utredning och behandling av cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör. Rekommendationerna är utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av RCC i samverkan 2015-08-25. Programmet innehåller behandlingsmetoder, rehabilitering, omvårdnad, psykosocialt stöd och kvalitetsparametrar.

Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinvägarna gäller från och med 2016. Vårdförloppet gäller för vuxna patienter och bygger på det nationella vårdprogrammet. Rekommendationer är utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKL:s beslutsgrupp 2015-12-21.

Vårdförloppet innehåller bland annat remisskriterier, beskrivning av förloppet och krav på ledtider i processen. Det finns även en primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp beslutad 2015-12-21.

Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering. Vårdprogrammet omfattar rehabilitering av vuxna patienter med cancer oberoende av diagnos, kön, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer. Rekommendationer är utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2014-05-27