

Ledtider i cancervården

Granskning på uppdrag av
Region Skånes revisorer

December 2016



Pär Ahlborg

Ulrike Deppert

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING OCH SLUTLIG BEDÖMNING.....	3
2	INLEDNING.....	6
2.1.	BAKGRUND, SYFTE OCH OMFATTNING.....	6
2.2.	DEFINITIONER.....	6
2.3.	REVISIONSFRÅGOR.....	6
2.4.	METOD OCH URVAL.....	6
2.5.	REVISIONSKRITERIER.....	6
2.6.	PROJEKTORGANISATION.....	7
3	IAKTTAGELSER, BEDÖMNINGAR OCH REKOMMENDATIONER.....	7
3.1.	IAKTTAGELSER: LEDTIDER PER DIAGNOSGRUPP.....	7
3.1.1.	GENERELLA IAKTTAGELSER OM LEDTIDER.....	7
3.1.2.	LUNGCANCER.....	8
3.1.3.	TJOCK- OCH ÄNDTARMSCANCER.....	9
3.1.4.	BUKSPOTTKÖRTELCANCER.....	10
3.1.5.	URINBLÅSECANCER.....	11
3.1.6.	KLINISK PATOLOGI OCH CYTOLOGI.....	13
3.1.7.	BILD- OCH FUNKTIONSMEDICIN.....	14
3.2.	SLUTSATSER: LEDTIDER PER PROCESSOMRÅDE.....	14
3.3.	IAKTTAGELSER: PATIENTPERSPEKTIVET.....	15
3.3.1.	LEDTIDEN UTIFRÅN PATIENTENS PERSPEKTIV.....	15
3.3.2.	SKILLNADER MELLAN PATIENTER AVSEENDE ÅLDER OCH KÖN SAMT PRIORITERINGAR.....	15
3.3.3.	VÄGEN GENOM VÅRDEN.....	16
3.4.	SLUTSATSER: PATIENTPERSPEKTIVET.....	17
3.5.	IAKTTAGELSER: MÅLBILD OM FÖLJSAMHETEN TILL LEDTIDSMÅTT.....	18
3.5.1.	NÅR LEDTIDEN UPPFYLLS.....	18
3.6.	SLUTSATSER: MÅLBILD OM FÖLJSAMHETEN TILL LEDTIDSMÅTT.....	19
3.7.	IAKTTAGELSER: KONSEKVENSER OCH FLASKHALSAR.....	19
3.7.1.	KONSEKVENSER FÖR PATIENTEN OCH FÖR VÅRDEN VID LÅNGA LEDTIDER.....	19
3.7.2.	FLASKHALSAR.....	20
3.7.3.	OPERATIONSROBOTAR.....	21
3.8.	SLUTSATSER: KONSEKVENSER OCH FLASKHALSAR.....	21
3.9.	IAKTTAGELSER: TILLGÄNGLIGHETSPAKTET.....	22
3.10.	SLUTSATSER: TILLGÄNGLIGHETSPAKETET.....	23
3.11.	IAKTTAGELSER: FÖRÄNDRINGAR SEDAN FÖREGÅENDE GRANSKNING.....	23
3.11.1.	LEDTIDER INOM PROCESSEN FÖR BRÖSTCANCER.....	23
3.11.2.	LEDTIDEN INOM PROCESSEN FÖR PROSTATA-CANCER.....	24
3.11.3.	LEDTIDER INOM SJÄLVSKADEBETEENDE.....	25
3.12.	SLUTSATSER: FÖRÄNDRINGAR SEDAN FÖREGÅENDE GRANSKNING.....	26
	BILAGA 1 – INTERVJUFÖRTECKNING.....	27
	BILAGA 2 – REVISIONSFRÅGORNA.....	28
	BILAGA 3 – METOD OCH URVAL.....	29

BILAGA 4 – REVISIONSKRITERIER.....	31
BILAGA 5 – FLÖDESCHEMA FÖR VÅRDFÖRLOPPET INOM RESPEKTIVE CANCERDIAGNOS.....	32
BILAGA 6 – SAMMANSTÄLLNING AV JOURNALGRANSKNING	36

1 Sammanfattning och slutlig bedömning

Granskningen fokuserar på patientperspektivet och är särskilt inriktad på hur Region Skåne lever upp till kraven på tillgänglighet med beaktande av medicinsk service, uppdelat på bild- och funktionsdiagnostik respektive patologi. **Organiseras, planeras, informeras, kommuniceras och genomförs detta arbete på ett sätt som sätter patienten i centrum och främjar patientsäkerheten?** Granskningen omfattar, förutom det regionövergripande perspektivet, **Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh inkluderande primärvård** för att kunna ge en heltäckande analys. Granskningen ska också undersöka hur processerna har förbättrats efter **tillskott av resurser till cancervården (tillgänglighetspaketet)** och även göra en kartläggning över **hur de nya operationsrobotarna används** i vården. Granskningen visar också **vilka förändringar som skett sedan förra granskningen** Ledtider i vårddedjan – uppföljning (Rapport 13/2015).

Vi bedömer att de standardiserade vårdförloppen (SVF) ger hälso- och sjukvården i Region Skåne **förutsättningar** för att minska ledtiderna och sätta patienten i centrum. Vi bedömer att samtliga fyra reviderade cancerprocesser arbetar med att förbättra flödet men att det är **en stor utmaning** att uppnå måluppfyllelsen för nästan samtliga verksamheter. **Endast en av de reviderade verksamheterna uppnår idag måluppfyllelsen** och särskilt **urinblåsecancerprocessen uppvisar en mycket svag måluppfyllelse**. Vi bedömer att det krävs ansträngningar inom alla processer för att arbeta med SVF och förbättra väntetiderna för patienten. Vården är fortfarande organiserad i stuprör och **störst utmaning utgör gränssnittet till patologin samt röntgen och bilddiagnostik**. Respondenter beskriver en **lång svarstid på provsvar och undersökningar** samt avsaknad av tillgänglighet som utmärkande för fördröjningar i ledtiderna över gränssnittet. Granskningen visar att det genomförs eller pågår produktions- och kapacitetsplanering inom ett flertal verksamhet. Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp den planering som har skett och att produktionsstyrning införs för Patologi samt Bild och funktionsmedicin. Vi bedömer att patienten oftast inte får samtliga sina kommande vårdkontakter i handen när hen går från sitt första besök och att patienten känner oro på sin väg genom vården. Här finns det tydligt utrymme att förbättra patientperspektivet och samtidigt underlätta för hälso- och sjukvården att planera sina flöden.

Vi bedömer vidare att det finns **en välutbredd föreställning om att operationsrobotarna är mer effektiva än de uppges vara**. Vi bedömer att det är av vikt att säkerställa att de operationsteam som är knutna till operationsrobotarna kan bibehålla sin kompetens över tid.

Vi bedömer att **tillgänglighetspaketet har** möjliggjort att verksamheterna inom de berörda SVF har kunnat anställa personal vilket väsentligen har **underlättat patientens väg genom vården**.

I granskningen av förra årets cancerprocesser samt självskadebeteende bedömer vi att framför allt prostatacancerprocessen står inför fortsatta utmaningar och att måluppfyllelsen varierar över tid. Ett reviderat SVF för prostatacancer förväntas träda i kraft 2017 och verksamheterna får därmed tydligare direktiv för hur olika subgrupper inom patientgruppen ska behandlas.

Övergripande **rekommenderar vi att Regionstyrelsen säkerställer, följer upp och utvärderar** att invånarna i Region Skåne får del av en resurseffektiv, jämlik cancervård där patienten är i centrum.

Revisionsfrågor:

- 1. Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos och hur uppnås ledtidsmålen - dels samlat och dels för olika delprocesser?**

Vi bedömer att införandet av SVF har tagits på allvar av de enskilda verksamheterna och respektive förvaltning. Vi bedömer att skillnaderna mellan de olika förloppen leder till en ojämlig cancervård i sin helhet samtidigt som vi bedömer att enskilda verksamheter arbetar för att förbättra sina

målvärden. Det är anmärkningsvärt att endast en klinik i endast ett flöde faktiskt uppfyller målvärdet och vi bedömer därför att följsamheten till ledtidsmålen är låg. Vi bedömer att andelen icke-värdeskapande tid för patienten är hög. I nuläget bedömer vi att patologin utgör en stor flaskhals i samtliga flöden. Vi bedömer att den pågående processkartläggningen inom patologin är lovande och att det kan komma att bli mer förutsägbart när provsvar kan vara åter till den remitterande verksamheten. Vi bedömer att det är nödvändigt att arbetet med produktionsstyrning implementeras och kommer i drift för patologin. Verksamheten ska veta var kapaciteten brister och i vilket steg av flödet ledtider uppstår. Vad avser röntgen och bilddiagnostik bedömer vi att det pågår ett arbete med att planera in SVF i den ordinarie verksamheten.

- **Vi rekommenderar** att Hälso- och sjukvårdsnämnden ser över hur SVF kan handläggas i ett förvaltningsövergripande perspektiv där Region Skånes samtliga resurser effektivt nyttjas och för att vården ska bli mer jämlik regionalt sett.

- **Vi rekommenderar** Hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda om det inom något SVF finns goda exempel att ta vara på och sprida till andra förvaltningar eller till andra verksamheter. Ett exempel kan vara att kartlägga och utreda om det finns möjlighet för fler verksamheter att ha multidisciplinära konferenser via videolänk för att försäkra sig om att alla kompetenser finns närvarande.

- **Vi rekommenderar** att Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp att produktionsstyrning införs för Patologi samt Bild och funktionsmedicin.

2. Är ledtiden rätt utifrån patientens perspektiv och gällande ledtidsmål?

Vi bedömer att fler verksamheter måste skapa möjlighet att ge patienten samtliga i SVF inkluderade vårdkontakter i handen vid första besöket för att undvika oro men också för att vården tidigt ska kunna planera patientens flöde.

- **Vi rekommenderar** att sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh följer upp att samtliga verksamheter ger patienten information om samtliga kommande vårdkontakter och när dessa ska ske.

3. Finns det skillnader vad gäller unga respektive äldre?

Vi bedömer att det finns en medicinsk skillnad i behandling för patienter med olika ålder relaterad till medicinsk behandling. Det sker på medicinsk grund och är kopplad till när förekomsten av olika diagnoser oftast detekteras hos patienter.

4. Finns det skillnader vad gäller kön?

Vi bedömer att det inte finns skillnad i behandling för de granskade diagnoserna angående könstillhörighet. Inget i intervjuerna eller journalgranskningen tyder på att det föreligger någon skillnad i behandling.

5. Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?

Vi bedömer att svåra fall prioriteras till medicinsk behandling gentemot mindre svåra fall. Det sker på medicinsk grund då det är oftast tidkritiskt ur behandlingssynpunkt att prioritera de svårare fallen först.

6. Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?

Vi bedömer att i likhet med tidigare granskning så blir konsekvenserna för patienten ett ökat lidande medan vården fortfarande står med långsiktiga boknings- och planeringsproblem. Därtill bedömer vi att de långa ledtiderna leder till att underhållsbehandlingar måste ges vilket bidrar till att vårdens resurser inte nyttjas effektivt och optimalt. SVF leder också till att det sker en undanträngning av

andra patientgrupper, såväl inom cancerdiagnostik som inom andra specialiteter. Vi bedömer att det är mycket anmärkningsvärt att det finns patienter som faller mellan stolarna och som ingen inom sjukvården tar ansvar för.

- **Vi rekommenderar** sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh att kartlägga undanträngningseffekterna som skapas av SVF och skapa en handlingsplan för hur dessa patientgrupper ska tas om hand på effektivast sätt. Det är viktigt att detta följs kontinuerligt för att möjliggöra bästa möjliga vård för alla patienter.
- **Vi rekommenderar** Hälso- och sjukvårdsnämnden att följa upp gränssnittet mellan verksamheterna med utgångspunkt i SVF så att det är tydligt vem som har ansvar för patienten i respektive moment.

7. Hur skulle väntetider och köer, totalt inom Region Skåne och för respektive diagnos, se ut om rätt ledtider kunde uppfyllas?

Vi bedömer att målbilden om en köfri vård inom samtliga fyra cancerdiagnoser möjligtvis kan uppnås inom ramen för SVF. Vi bedömer att det kan behövas en resurs- och kapacitetsförstärkning åtminstone initialt för att aktivt arbeta med köer och skapa flöden mellan verksamheterna som fungerar sömlöst.

- **Vi rekommenderar** att Hälso- och sjukvårdsnämnden kontinuerligt följer upp och utvärderar SVF och andra satsningar som syftar till att korta köerna för att se om dessa ger effekt. Om så inte är fallet, rekommenderar vi att det görs en översyn om resurs- och kapacitetsförstärkning kan införas.

8. Hur upplever patienten "vägen genom vården"?

Vi bedömer att införandet av SVF för olika cancerdiagnoser kommer att underlätta patientens väg genom vården. Vi bedömer att SVF tydliggör att det initiala informationsansvaret ligger på primärvården. Vi bedömer att större vikt måste läggas vid patientens anhöriga och närstående för att på stärka patientens egenvård och mående.

- **Vi rekommenderar** sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh att säkerställa rutiner för hur anhöriga och närstående informeras och omhändertas tillsammans med patienten.
- **Vi rekommenderar** att Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp att primärvården initialt informerar patienten om en cancermisstanke.

9. Vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?

Vi bedömer att de största flaskhalsarna utgörs av patologin samt röntgen och bilddiagnostik. När svar på undersökningar dröjer försenar detta hela patientens flöde. Med stöd i journalgranskningen kan vi konstatera att majoriteten av patienterna upplever en bristande tillgänglighet vad avser tider till undersökningar och svar på utförda undersökningar. Vi bedömer att den pågående processkartläggningen inom patologin är lovande och att det kan komma att bli mer förutsägbart när provsvar kan vara åter till den remitterande verksamheten. Vi bedömer att det är nödvändigt att arbetet med produktionsstyrning implementeras och kommer i drift för patologin. Vi bedömer därtill att det är brist inom vissa yrkeskategorier inom samtliga reviderade verksamheter vilket medför att det finns mindre operationsutrymme och lägre antal vårdplatser. Vi bedömer att det är viktigt att primvårdsläkarna är informerade om de olika SVF och kan agera därefter.

- **Vi rekommenderar** Hälso- och sjukvårdsnämnden att följa upp och utvärdera den processkartläggning som pågår och den genomförda produktions- och kapacitetsplaneringen för att se om ytterligare förändringar behöver införas för Medicinsk service.
- **Vi rekommenderar** Hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att primärvården kontinuerligt får information och hålls uppdaterade kring SVF och de specifika vårdprogram som gäller.

2 Inledning

2.1. Bakgrund, syfte och omfattning

Alla patienter ska få den vård de är i behov av och de som är medicinskt högst prioriterade ska alltid komma först. Sammanhållna vårdprocesser är viktiga för att bland annat minimera onödiga väntetider. Revisorerna har tidigare granskat Ledtider i vårdkedjan – uppföljning (Rapport 13/2015). Under 2016 ska revisorerna göra en ny granskning med fokus på fyra nya diagnoser. Denna gång riktar sig granskningen mot lungcancer, tjock- och ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer och urinblåsecancer. Revisorerna ska även närmare undersöka hur processerna har förbättrats efter tillskott av resurser till cancervården (tillgänglighetspaketet). I granskningen ska också ingå en kartläggning över hur de nya operationsrobotarna används i vården och vilka flöden och flaskhalsar det finns i vården vad gäller standardiserade vårdförlopp. En uppföljning av utvecklingen av ledtider avseende 2015 års granskning ingår också i granskningen.

Granskningen ska fokusera på patientperspektivet och då särskilt inriktas på hur Region Skåne lever upp till kraven på tillgänglighet med beaktande av medicinsk service, uppdelat på bild- och funktionsdiagnostik respektive patologi. Leverantören ska ge revisorerna ett underlag för att bland annat bedöma verksamheten utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Organiserar, planeras, informeras, kommuniceras och genomförs detta arbete på ett sätt som sätter patienten i centrum och främjar patientsäkerheten? Genom att ta del av journaler, patienternas synpunkter och annat relevant material ska cirka 30 patienter inom vardera diagnosgrupp lungcancer, tjock- och ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer och urinblåsecancer följas genom hela vårdkedjan fram till behandlingsstart. Urvalet av patienter ska vara geografiskt och proportionellt fördelat i Skåne. Granskningen ska, förutom det regionövergripande perspektivet, omfatta Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh (inkluderande primärvård) för att kunna ge en heltäckande analys.

2.2. Definitioner

Det är viktigt att poängtera att patienten inte upplever ledtid utan väntetid. Ledtid är ett neutralt ord och ordet väntetid är patientcentrerat. Dessutom kan en väntetid bestå av en eller flera ledtider men en ledtid består nödvändigtvis inte av en väntetid. Det är tydligt att Regionalt cancercentrum Syd (hädanefter RCC Syd) har ett patientfokus då ordet väntetid används konsekvent i alla sammanhang. I denna granskning kommer orden till viss del användas synonymt.

2.3. Revisionsfrågor

Se bilaga 2 för revisionsfrågor.

2.4. Metod och urval

Se bilaga 3 för metodbeskrivning.

2.5. Revisionskriterier

Se bilaga 4 för revisionskriterier.

2.6. Projektorganisation

Projektledare från Revisionskontoret var yrkesrevisor Helena Olsson. Kontaktperson från Revisorskollegiet var Anders Arenhag. Från Helseplan var Pär Ahlberg projektledare och konsult Ulrike Deppert var involverade i arbetet. Experter var Gunnar Németh och Dag Gjesteby. Marie Öberg Lindevall var internt kvalitetsansvarig på Helseplan. Rapporten har sakgranskats av Fredrik Liedberg, Anders Pettersson, Gert Lindell, Katarina Viebke, Lena Persson, Jörgen Wenner, Jaroslaw Kosieradzki, Thomas Jiborn och Björn Ohlsson från olika verksamheter inom Region Skåne och Regionalt cancercentrum Syd.

3 Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer

3.1. Iakttagelser: Ledtider per diagnosgrupp

I detta avsnitt behandlas revisionsfråga: 1. "Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos och hur uppnås ledtidsmålen - dels samlat och dels för olika delprocesser?"

3.1.1. Generella iakttagelser om ledtider

Regionalt cancercentrum (RCC) Syd, som omfattar bland annat Region Skåne, arbetar för att förbättra kunskapsstyrningen när det gäller samtliga cancerdiagnoser. I ett led att stärka en jämlik cancervård och förbättra processerna för patienten har samtliga RCC i Sverige infört standardiserade vårdförlopp (SVF). Det finns ett SVF per diagnosgrupp och dessa är framtagna genom att nationella grupper har kritiskt bedömt vårdförloppet och åtgärder. RCC skriver i sin skrift "Att leda med kunskap: "Att enas professionellt om ett rimligt förlopp, utan att ta hänsyn till dagens praktikaliteter, är ibland svårt. [...] I grunden införs ett helt nytt arbetssätt. Det krävs ökat multiprofessionellt och multidisciplinärt teamarbete och samordning, liksom nya organisatoriska och praktiska lösningar, som [...] nya diagnosriktlinjer till primärvården, gemensamma ingångar via koordinatörer, samlad patientinformation, förbokade reserverade tider för röntgen- och andra undersökningar, tidsmässig samordning av undersökningar och utökad kapacitet för multidisciplinära konferenser [...]" (s 18, 2016).

SVF infördes med fem pilotdiagnoser 2015 och under 2016 har nästan alla övriga diagnoser följt efter. För denna granskning är det av vikt att nämna att SVF för bukspottkörtelcancer infördes först i juni 2016, vilket försvårar för en jämförelse och konkret revidering av detta förlopp. Den största skillnaden är kanske att ledtiden ska räknas i kalenderdagar istället för i arbetsdagar. Detta medför att hälso- och sjukvården måste tänka på hur patientflödet läggs upp för att maximera nyttjandet av vårdens resurser.

Målen i tabellerna nedan är uppsatta av RCC Syd. Målvärdet som anges är satt som riktmärke i Region Skåne. Målvärdet förtydligar andelen patienter som ska uppnå målet för väntetiden. Det finns inget målvärde nationellt men en gräns på 70 procent eller 80 procent diskuteras. Detta medför också att inte alla ska nå målvärdet och ger utrymme för de patienter som inte är standardpatienter och som till exempel uppvisar ett mycket komplext utredningsförlopp där det finns andra faktorer än det aktuella SVF att ta hänsyn till. I övrigt finns det en eftersläpning i registreringen, vilket kan medföra att en verksamhet ser bättre eller sämre ut än den är. Det finns också en skillnad i den data som är registrerad och företrädare för verksamheten anger att all data inte återfinns i RCC Syds register. Det är oklart hur stort antal data som saknas i registret.

Det är tydligt att hälso- och sjukvården har antagit utmaningen men att det finns hinder som gör att införandet än inte är optimalt för patienten eller för vården. Region Skåne har möjliggjort ekonomiska medel som ska underlätta införandet av SVF. Dels är det medel från statsbidraget, totalt 55 MSEK under 2016, dels är det egna medel om 91 MSEK som har avsatts genom det så kallade tillgänglighetspaketet. På så sätt har verksamheterna kunnat äska medel för att anställa till exempel koordinatörer och kontaktsjuksköterskor.

Ledtiderna påverkas även av patienten. Ledtiderna är utformade efter vårdens rimligaste förlopp och efter standardpatienten och tar inte hänsyn till att patienten kan vara multisjuk, ha långa geografiska avstånd eller har andra förhinder. En respondent inom lungcancerprocessen berättade att de äldre patienterna ofta kommer i sällskap av ett eller flera barn och att barnen då behöver få ledigt från arbete eller resa in särskilt för detta. Det påverkar i allra högsta grad när ett besök eller en undersökning kan äga rum tidsmässigt. Liknande utmaningar finns i de övriga tre processerna.

Den övergripande iakttagelsen är att patienten ur ett väntetidsperspektiv får en ojämlig cancervård. Skillnaderna blir mindre, men en respondent påpekar att det inte är rimligt eller acceptabelt att samma verksamheter flera år i rad redovisar korta eller långa ledtider. Det är viktigt att poängtera här att vid Skånes universitetssjukhus ingår många patienter i kliniska studier. Detta ger en bättre behandling för patienten men kan ta längre tid. Ledtiderna och jämlikheten i cancervården påverkas därmed av det forsknings- och utvecklingsuppdrag som sjukhuset har.

3.1.2. Lungcancer

Vad avser SVF för lungcancer så skiljer ledtiderna mellan klinikerna. En representant för Skånevård Kryh anger att det fanns en mycket bra struktur redan innan SVF infördes. Genom att skapa ett bra samarbete mellan lungmottagningen, klinisk fysiologi, röntgen och onkologi har det varit möjligt att korta ledtider. Den ledtid som däremot inte kan påverkas är EBUS¹ som endast utförs i Lund idag. Även om detta enbart berör en minoritet av SVF-patienterna ligger väntetiden på att få komma till undersökningen mellan fyra och sex veckor och Lund tar emot patienter från hela södra sjukvårdsregionen, vilket också inkluderar bland annat Kronoberg och Blekinge. Detta är en väntetid som Skånes universitetssjukhus är medveten om och försöker häva genom att till exempel möjliggöra EBUS även i Malmö, uppger en respondent, vilket redan har gett effekt då väntetiden har sjunkit till tio till fjorton dagar. Skånes universitetssjukhus Lund genomgår också en om- och tillbyggnation i syfte att öka produktionen och kapaciteten men denna har blivit mycket försenad, vilket kommer att påverka utfallet för 2016 enligt en respondent. I övrigt är bristen på bemanning inom i stort sett alla yrkesgrupper men framför allt läkare en utmaning för att hålla ledtiderna. Journalgranskningen visar att trots längre väntetider så fungerar flödet bäst på Skånes universitetssjukhus. När en remiss om välgrundad misstanke inkommer till lungkliniken i Lund beställs alla undersökningar direkt "enligt SVF".

Det är viktigt att poängtera att patienter med lungcancer är en patientgrupp som betecknas som svårt sjuk och som därmed inte ska behöva vänta. I takt med andra och nya behandlingsmöjligheter ökar överlevnaden och därför är det viktigt att patienten kommer till behandling snabbt. Journalgranskningen visar att det är svar från patologen som har längst ledtid och påverkar patientens väntetid mest.

Tabellen nedan visar väntetiden från remissregistrering till behandlingsstart för medicinskt behandlade patienter. Antalet patienter som ingår i underlaget uppgår för 2016 till 174 hittills, jämfört med 286 patienter för 2015. Medianen ligger mellan 34 dagar (Centralsjukhuset Kristianstad) och 72 dagar (Lasarettet Trelleborg). En respondent uppger att väntetiden är som längst vid Skånes

¹ Endobronkialt ultraljud

universitetssjukhus och vid Lasarettet i Trelleborg (vars patienter behandlas på Skånes universitetssjukhus) delvis beror på att behandling först inleds när den molekylära diagnostiken är klar för att patienten ska få optimal och rätt behandling direkt. Dess sjukhus skiljer sig därmed från andra sjukhus där cytostatika kan sättas in innan den molekylära diagnostiken är klar och att cytostatikan därmed utgör parametern för behandlingsstart. Den långa ledtiden beror därmed också delvis på att svaret från patologen kommer senare än förväntat. Tabellen visar att ledtiderna har ökat sedan 2013 och att en mindre andel patienter kommer till inom 40 dagar. Störst följsamhet till ledtidsmåttet visar Centralsjukhuset Kristianstad, men inget av sjukhusen i Region Skåne uppfyller målet.

Väntetid från remissregistrering till behandlingsstart: medicinsk behandlade. Mål är minst 80 % av patienterna inom 40 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	1 jan – 26 okt 2016	2015	2014	2013
Skånes universitetssjukhus Lund	25%	24%	52%	56%
Skånes universitetssjukhus Malmö	-	-	31%	40%
Centralsjukhuset Kristianstad	65%	52%	67%	51%
Helsingborgs lasarett	53%	57%	70%	66%
Lasarettet i Ystad	39%	41%	36%	58%
Lasarettet Trelleborg	18%	18%	33%	38%
Skåne	40%	38%	48%	52%

Skånes universitetssjukhus Malmö var anmälande sjukhus till och med 2014 och därför tas dess data med. Data redovisas per den 26 oktober 2016.

3.1.3. Tjock- och ändtarmscancer

Inom SVF för tjock- och ändtarmscancer är implementeringen av snabbspår för cancerpatienterna igång och det finns ett antal vikta tider till onkologin. Det är för tidigt för att uttala sig om effekterna, menar en respondent. Det som gör att ledtiderna kan försämrats är att det ibland görs bifynd när patienten genomgår vissa undersökningar, som till exempel skiktröntgen, inom ramen för SVF. Dessa medför att patienten inte längre är en standardpatient eftersom det plötsligt kan finnas fler sjukdomstillstånd att ta hänsyn till och koordinera kring. I övrigt är patientgruppen inom tjock- och ändtarmscancer både stor och heterogen, anger en respondent. Ett aktivt processarbete med samsyn är en av förklaringarna till att ledtiderna blir bättre.

En respondent uppger att det inom Skånevård Kryh är möjligt att ge patienten samtliga kommande tider i handen, förutom till strålbehandling som utförs centralt på Skånes universitetssjukhus Malmö respektive Lund. Även ledtiden till koloskopier utgör en utmaning, anger en respondent. Verksamheterna är bra rustade för att införa och genomföra SVF men koloskopikapaciteten är för låg i Region Skåne och i kringliggande landsting/regioner.

Journalgranskningen visar att patienterna får en ojämlig vård inom de olika förvaltningarna. Inom Skånes universitetssjukvård skickar vårdcentralerna oftast remisserna till olika enheter utanför sjukhuset för koloskopi. Väntetiden enligt journalgranskningen kan uppgå till några dagar eller till fyra till sex veckor. Detta medför att en patient kan för en onödigt lång väntetid innan utredningen enligt vårdprogrammet inleds. Inom Skånevård Kryh skickar vårdcentralerna istället remiss till kirurgmottagningen, där patienten tas emot snabbt och där det även erbjuds en kontinuitet när vården i så stor utsträckning det är möjligt försöker tillse att samma läkare som undersöker patienten också är den som opererar.

Tabellen nedan visar väntetiden från diagnos till behandlingsstart för elektivt behandlade patienter. Denna sammanställning exkluderar cirka tio procent som opereras akut. Behandlande och inrapporterande sjukhus är Skånes universitetssjukhus Malmö, Helsingborgs lasarett, Centralsjukhuset Kristianstad och Lasarettet i Ystad. En viktig skillnad att notera är att det sker en selektion av mer komplicerade och avancerade patienter och att dessa oftast hänvisas till Skånes universitetssjukhus Malmö. Stängda operationssalar vid Helsingborgs lasarett under 2016 har försenat eventuellt positiva effekter av SVF införande inom kolorektal- och urologisk cancer, anger en respondent.

Antalet patienter som ingår i underlaget uppgår för 2016 till 140 hittills, jämfört med 459 patienter för 2015. Medianen ligger mellan 27 dagar (Centralsjukhuset i Kristianstad) och 49 dagar (Helsingborgs lasarett). Tabellen visar att ledtiderna för Region Skåne generellt har minskat sedan 2013 och att en större andel patienter kommer till inom 42 dagar. Följsamheten för Centralsjukhuset Kristianstad har minskat och målvärdet nås inte längre trots att sjukhuset uppvisar kortast mediantid. Detta beror enligt en respondent inte på att verksamheten sviktat utan på att det finns en eftersläpning i registreringen. Centralsjukhuset i Kristianstad förväntas nå målvärdet, vilket en redogörelse för de senaste månaderna kan bekräfta. Den enda kliniken som når målet under 2016 hittills är Lasarettet i Ystad.

Väntetid: Diagnos till behandlingsstart, elektivt behandlade. Mål är minst 80 % av patienterna inom 42 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	1 jan – 26 okt 2016	2015	2014	2013
Skånes universitetssjukhus Malmö	54%	46%	33%	22%
Helsingborgs lasarett	36%	37%	52%	47%
Centralsjukhuset Kristianstad	76%	89%	88%	77%
Lasarettet i Ystad	83%	78%	61%	69%
Skåne	61%	63%	59%	54%

Data redovisas per den 26 oktober 2016.

3.1.4. Bukspottkörtelcancer

Det är för tidigt för att utvärdera själva SVF för bukspottkörtelcancer då det startades först i juni 2016. Införandet är igång och det sker en utveckling av processarbetet och samarbetet mellan bland annat kirurgi, radiologi och onkologi. Enligt en respondent innebär inte SVF ett nytt arbetssätt då det

sedan tidigare finns ett väl utvecklat samarbete. Däremot har SVF satt tryck på att förbättra samverkan mellan verksamheter. Det finns ett gott samarbete redan kring multidisciplinära konferenser, där det de senaste fem åren har funnits möjlighet för verksamheter att delta via videolänk. Konferenserna är också en av de mest begränsande faktorerna idag där det finns 24 fasta tider per vecka som inte räcker till. Den mest begränsande orsaken är bristen på operationsutrymme, som är nära kopplad till vårdplatsbristen.

Journalgranskningen visar att väntetider för patienten uppstår i väntan på att patienten ska diskuteras på multidisciplinär konferens och för att sedan påbörja beslutad behandling.

En respondent påpekar att patienter som ingår i flödet kan också bära med sig andra diagnoser och det kan till exempel behövas kardiolog som kan bedöma om patientens hjärtfunktion är optimal inför operationen. Flödet kan därmed behöva individualiseras vilket medför ytterligare utmaningar för de relevanta verksamheterna.

Tabellen nedan redovisar ledtiden för väntetid från remiss till kirurgi. Då kirurgin är centraliserad till Skånes universitetssjukhus Lund är Lund också den enda inrapporterade kliniken. Antalet patienter som ingår i underlaget uppgår för 2016 till 54 hittills, jämfört med 89 patienter för 2015. Medianen ligger på 52 dagar. Tabellen visar tydligt att ledtiderna har ökat sedan 2013 och att en mindre andel patienter kommer till inom 43 dagar.

Väntetid: Remiss till kirurgi. Mål är minst 80 % av patienterna inom 43 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	1 jan – 26 okt 2016	2015	2014	2013
Skånes universitetssjukhus Lund	41%	39%	47%	49%
Helsingborgs lasarett	-	-	-	20%
Skåne	41%	39%	47%	35%

Tabellen ovan redovisar anmälade sjukhus, vilket inom Region Skåne enbart är Skånes universitetssjukhus i Lund. Helsingborg var anmälade sjukhus till och med 2013 och tas därför med för det aktuella året. Data redovisas per den 26 november 2016.

3.1.5. Urinblåsecancer

Respondenter uppger att SVF har gjort processen och arbetssättet inom cancerdiagnosen mycket mer ändamålsenligt. Anledningarna till att processen inte har kommit längre beror till stort del på brist på operationsutrymme och vårdplatser men också på kringliggande funktioner som sena svar från röntgen och patologen. Produktionen har därmed inte kunnat växa i den takt det behövs, anger en respondent. Journalgranskningen visar att de största väntetiderna uppstår för att patienterna får vänta på en tid till cystoskopi och TURB².

En lyckad förändring som har införts är den så kallade röda telefonen eller hematuritelefonen. Hit kan patienter från hela Region Skåne som har misstänkt urinblåsecancer ringa för snabbare handläggning. Det är en tydlig väg in, vilket underlättar för patienten så väl som för vården och ger

² Transuretral resektion i blåsa, som innebär kirurgen via urinröret för in ett långt och tunt instrument och hyvlar bort förändringen i blåsväggen.

rätt process för patienter som har misstanke om cancer. En forskningsstudie som har publicerats i under 2016 visar att cancerpatienter som kom i vården via telefonen fick sin bekräftade diagnos i snitt inom 29 dagar, medan patienter som inte använde telefonen fick diagnosen i snitt efter 50 dagar. Studien visar också de hälsoekonomiska fördelarna med telefonen. I median har patienter som använder sig av hematuritelefonen en vårdkontakt mindre samtidigt som patienterna anser att deras upplevelse av olika delar av den givna vården vare sig var bättre eller sämre än kontrollgruppens upplevelse. En utredning inom hematuritelefonen medför alltså en kostnadsreduktion med ca 20 procent, enligt forskningsstudien, vilket kunde härledas direkt till det minskade antalet vårdkontakter. Journalgranskningen bekräftar att hematuritelefonen fungerar bra som en ingång till vården.

Tabellen nedan visar väntetiden från remissutfärdande till TURB. Undersökningen TURB utgör för patientkategorin för tidiga, icke-muskelinvasiva tumörer behandlingen. Denna grupp utgör cirka 75 procent av alla patienter med urinblåsecancer. Tidsramen är mycket snävt satt på 12 dagar men den tiden är medicinsk motiverad för att patienterna ska komma vidare i flödet. Antalet patienter som ingår i underlaget uppgår för 2016 till 201 hittills, jämfört med 426 patienter för 2015. Medianen ligger mellan 14 dagar (Lasarettet i Ystad) och 42 dagar (Skånes universitetssjukhus Malmö). Tabellen visar att ledtiderna är i stort oförändrade för Region Skåne sammanlagt över tid men att det har skett en liten ökning för Centralsjukhuset Kristianstad och en försämring för Skånes universitetssjukhus Malmö. Även här har stängda operationssalar vid Helsingborgs lasarett försenat eventuellt positiva effekter av SVF införande. Det är anmärkningsvärt att endast var tionde patient kommer till inom ramen för ledtiden.

Väntetid: Remissutfärdande till TURB. Mål är minst 80 % av patienterna inom 12 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	1 jan – 26 okt 2016	2015	2014	2013
Skånes universitetssjukhus Malmö	7%	7%	9%	14%
Centralsjukhuset Kristianstad	6%	5%	0%	0%
Helsingborgs lasarett	16%	20%	23%	17%
Lasarettet i Ystad	35%	30%	13%	28%
Lasarettet Trelleborg*	0%	0%	0%	14%
Ängelholms sjukhus	17%	8%	3%	3%
Privata utförare	-	0%	0%	0%
Skåne	14%	10%	7%	11%

Data redovisas per den 26 oktober 2016.

* Lasarettet Trelleborg saknar urologisk operationsverksamhet.

3.1.6. Klinisk patologi och cytologi

Processerna inom cancervården är beroende av svarstiderna inom klinisk patologi och cytologi. Det pågår ett processkartlägningsarbete och en produktionsplanering inom patologin och ett uppföljningssystem har införts. Detta förbättringsarbete har tillkommit sedan den föregående granskningen och möjliggör för patologin att på sikt ha tydliga beslutsunderlag för att stödja en operativ styrning av produktionen. Syftet är att kunna omfördela så att de mest angelägna fallen prioriteras utan att detta skapar en större undanträngningseffekt. För de verksamheter som beställer undersökningar av patologen innebär det att de i ett tidigt skede kan få information om ifall deras beställning försenas. En respondent påpekar att bristen på svar från patologen oftast är orsaken till varför besök med patienten eller multidisciplinära konferenser måste skjutas upp. Det som bromsar utvecklingen är den fortsatta bristen på patologer samtidigt som det finns en kraftig produktionsutveckling. En respondent anger att förra året ökade produktionen med fem procent och bara under de första nio månaderna 2016 har produktionen ökat med ytterligare åtta procent. Denna produktionsökning åter upp den eventuella personalökning som borde ha skett eftersom det medför att det fortfarande råder brist på kompetent personal för att hantera undersökningar.

Nedan redovisas mätningar för lunga (benämnt thorax i patologens underlag), tjocktarmscancer (kolon) och urinblåsecancer (urinvägarna). Samtliga mätningar nedan redogör för perioden 1 april - 30 juni 2016 och redovisar ledtider inom ramen för SVF och de utredningar som ingår där. Vad avser bukspottkörtelscancerflödet, som startade i juni, så bedöms underlaget inte vara förtroendeingivande för att användas i nuläget.

Lungcancer

- Analysmetodikerna är fördelat på 27 procent patologi och 73 procent cytologi
- Genomströmningstiden, som enligt SVF ska vara 7 dagar, är 6 dagar för patologi och 5 dagar för cytologi
- Antalet fall med välgrundad misstanke i PASIS uppgår till 273 patienter, varav 145 patienter har haft remisser märkta med SVF
- Av alla undersökningar som genomförs inom ramen för SVF har 56 procent av fallen en malign tumördiagnos

Tjocktarmscancer

- Andelen cytologiska prover inom denna cancerdiagnos är försvinnande liten och kan därmed inte säkerställas statistiskt
- Genomströmningstiden, som enligt SVF ska vara 5 dagar, är 6 dagar
- Antalet fall med välgrundad misstanke i PASIS uppgår till 520 patienter, varav 131 patienter har haft remisser märkta med SVF
- Av alla undersökningar som genomförs inom ramen för SVF har 34 procent av fallen en malign tumördiagnos

Urinblåsecancer

- Analysmetodikerna är fördelat på 19 procent patologi och 81 procent cytologi
- Genomströmningstiden, som enligt SVF ska vara 4 dagar, är 10 dagar för patologi och 1 dag för cytologi. Det är viktigt att notera att den generella ledtiden hålls då genomsnittet blir 4 dagar
- Antalet fall med välgrundad misstanke i PASIS uppgår till 540 patienter, varav 324 patienter har haft remisser märkta med SVF
- Av alla undersökningar som genomförs inom ramen för SVF har 18 procent av fallen en malign tumördiagnos

Förutom ovanstående förbättringsarbeten pågår det också en översyn av vilka undersökningar som patologen erbjuder och hur dessa utförs. En respondent berättar att de ser en oerhörd nytta med införandet av det digitala analysverktyget i verksamheten, inte minst då det kan frigöra välbehövlig kapacitet och möjliggöra strategiskt utbyte av diagnostiktjänster i olika nätverk. Intervjuer visar också att även om patologsvaren inte alltid håller ledtiderna så lämnas svar enligt ett regelbundet flöde och det finns fortsatt hög tillgänglighet för fryssnitt och snabbsvar som beställs inför eller under en operation.

3.1.7. Bild- och funktionsmedicin

Bild- och funktionsmedicin utgör en del av den filterfunktionen som ger underlag för att fastslå om patienten har en cancerdiagnos eller vilken behandling som är möjlig. De patienter vars remisser märks med SVF går före i det generella patientflödet. På många håll har specifika tomma tider avsatts till SVF-patienter; för bukspottkörtelcancerflödet har så varit fallet för undersökningarna datortomografi (CT) och punktionscytologi sedan ett år tillbaka inom hela Region Skåne. Detta innebär att en röntgenmottagning kan ha mellan 5 och 20 procent öronmärkta tider till patienter som ska ha förtur och som oftast ska hanteras inom ramen av två veckor (som en jämförelse är cirka 40 procent av tiderna akuttider). Andelen avsatta tider varierar mellan mottagningarna i Region Skåne och det pågår ett arbete för att hitta rätt balans i antal tider: Inte för få så att patienterna inte kan undersökas inom ramen för ledtiden och inte för många så att det uppstår outnyttjade tider. Remissinflödet är inte heller statistiskt och varierar också över tid, vilket ställer ytterligare krav på processen.

Bild- och funktionsmedicin har varit en del av tillgänglighetspaketet och har bland annat fått tilldelning för att anställa koordinatörer. Detta är viktigt för att underlätta för patienterna och för verksamheterna. Genomströmningen på SUS inom klinisk fysiologi, röntgen och neurologi är till exempel 1 500 patienter per dag, uppger en respondent. Flera respondenter menar att den ordinarie verksamheten kommer att ta över koordinatörstjänsterna när de extra medlen löper ut.

En respondent anger att det alltid är möjligt för mottagningen att enligt regelverket prioritera SVF-patienter, men att detta då leder till en undanträngningseffekt av patientgrupper som annars bokas in. Det har inte varit möjligt att utöka röntgenverksamheten, även om vissa insatser görs för att korta köerna.

3.2. Slutsatser: Ledtider per processområde

Sammanfattning av iakttagelser om ledtider per processområde – Vi bedömer att införandet av SVF har tagits på allvar av de enskilda verksamheterna och respektive förvaltning. Vi bedömer att skillnaderna mellan de olika förloppen leder till en ojämlig cancervård i sin helhet samtidigt som vi bedömer att enskilda verksamheter arbetar för att förbättra sina målvärden. Det är anmärkningsvärt att endast en klinik i endast ett flöde faktiskt uppfyller målvärdet och vi bedömer därför att följsamheten till ledtidsmålen är låg. Vi bedömer att andelen icke-värdeskapande tid för patienten är hög. I nuläget bedömer vi att patologin utgör en stor flaskhals i samtliga flöden. Vi bedömer att den pågående processkartläggningen inom patologin är lovande och att det kan komma att bli mer förutsägbart när provsvar kan vara åter till den remitterande verksamheten. Vi bedömer att det är nödvändigt att arbetet med produktionsstyrning implementeras och kommer i drift för patologin. Verksamheten ska veta var kapaciteten brister och i vilket steg av flödet ledtider uppstår. Vad avser röntgen och bilddiagnostik bedömer vi att det pågår ett arbete med att planera in SVF i den ordinarie verksamheten.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden ser över hur SVF kan handläggas i ett förvaltningsövergripande perspektiv där Region Skånes samtliga resurser effektivt nyttjas och för att vården ska bli mer jämlik regional sett.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda om det inom något SVF finns goda exempel att ta vara på och sprida till andra förvaltningar eller till andra verksamheter. Ett exempel kan vara att kartlägga och utreda om det finns möjlighet för fler verksamheter att ha multidisciplinära konferenser via videolänk för att försäkra sig om att alla kompetenser finns närvarande.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att ge uppdrag till Bild och funktionsmedicin att införa en ny strategi för tidbokning för verksamheten.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp att Medicinsk service inför produktionsstyrning för Patologi samt Bild och funktionsmedicin.

3.3. Iakttagelser: Patientperspektivet

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 2. "Är ledtiden rätt utifrån patientens perspektiv och gällande ledtidsmål?", 3: "Finns det skillnader vad gäller unga respektive äldre?", 4: "Finns det skillnader vad gäller kön?", 5. "Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?" och 8: "Hur upplever patienten "vägen genom vården"?"

3.3.1. Ledtiden utifrån patientens perspektiv

När ledtiderna för SVF sattes var vårdens möjligheter standarden. Patientens perspektiv har inte tagits in, för syftet var att undersöka hur kort ledtiderna kunde vara rent tekniskt. Detta har inte medfört att ledtiden är fel satt för patienten utifrån medicinska kriterier utan snarare möjliggjort ett flöde som ger patienten ökad tillgänglighet till vården oavsett om det avser mottagningsbesök, undersökningar eller behandling.

En utmaning för sjukvården är att patienten snabbt ska remitteras från vårdcentralen till den specialiserade vården. En cancerpatient oavsett diagnos kan uppvisa diffusa symtom där allmänläkaren inte alltid väljer att inleda en utredning för cancermisstanke direkt. En del patienter som kommer direkt från primärvården, särskilt de som senare visar sig ha diagnosen bukspottkörtelcancer, har därmed ibland haft en längre utredningstid än behövt. Framför allt yngre människor kan vara besvikna över att de får vänta, uppger en respondent. Det handlar mindre om vilket steg i utredningen som patienten befinner sig utan mer om att patienten känner en ökad oro.

Flera respondenter beskriver hur ledtiden ibland kan kännas för kort för patienten. Det kan handla om ett antal olika orsaker, där den viktigaste är att patienten ibland inte har haft möjlighet att ta in sitt cancerbesked. Detta medför att patienten blir överraskad över att det går så snabbt, för att hen kanske inte har förstått allvaret. En annan orsak kan vara patientens ålder, där äldre patienter i högre utsträckning väljer att inte planera in för mycket och besök med korta ledtider upplevs vara en börda.

3.3.2. Skillnader mellan patienter avseende ålder och kön samt prioriteringar

Majoriteten av alla respondenter uppger att det inte görs någon skillnad mellan patienter om det inte är medicinskt befogat. Det kan till exempel handla om att en patient anses ha för stor

samsjuklighet för att en operation ska kunna vara genomförbar eller att en äldre patient väljer att avstå behandling. Prioriteringar görs enligt medicinska bedömningar eller enligt inkommande remisser. Inom respondent inom SVF för bukspottkörtelcancer anger att det också görs prioriteringar utifrån förstagsbesök och mottagningsbesök för inskrivning inför operation eller annan behandling.

Däremot, menar några respondenter, tar vården hänsyn till olika kategorier av patienter och kan ge extra omtanke. Det kan handla om att patienter på den onkologiska mottagningen tydligt signalerar att de behöver mer stöd eller kanske vill bli lämnade i fred. Ett annat exempel är att yngre patienter som diagnosticeras med tjock- och ändtarmscancer och som behöver stomiopereras³ efterfrågar mer information kring sexualitet och sexualdebut. Flertalet respondenter uppger att det inte handlar om skillnader mellan patienter utan om en jämlik vård, där hälso- och sjukvården i ökad utsträckning försöker erbjuda en individualiserad behovsbedömning och sedan ger stöd därefter.

Bland annat diagnoserna för bukspottkörtelcancer och för urinblåsecancer anger i sina kriterier för bedömningar vid misstanke om cancer en åldersgräns. Denna är medicinsk fastlagd och bygger på forskning som visar när cancer vanligast inträffar. Denna gräns medför att patienter som hamnar inom kriteriet snabbare kan få en utredning medan patienter med diffusa symtom som inte uppnår kriteriet med högre sannolikhet har en annan diagnos.

3.3.3. Vägen genom vården

För samtliga SVF har respektive av Regionala cancercentrum i samverkan utsedda arbetsgrupp arbetat fram ett flöde för vårdförloppet. Dessa redovisas i bilaga 5 och illustrerar tydligt vilken väg patienten ska ta genom vården.

SVF ska medföra att patienten får tydlig information om att det finns en cancermisstanke från första besöket. Detta är något som i alla fall tidigare har brustit mycket och där sjukhuspersonalen nu hoppas att det kommer att åtgärdas. Det är framför allt primärvården som inte tillräckligt tydligt har informerat patienten. En oinformerad patient gör inte bara att patienten kan drabbas av en chock när besked kommer utan också att hen inte är lika beredd att ta till sig information och förstå allvaret i situationen. Utifrån journalgranskningen är det oklart om patienten är tillräckligt informerad från början, men det framgår av enskild dokumentation av läkaren oftast tar sig tid att förklara stundande behandlingar. I övrigt bör det noteras att endast ett fåtal av de granskade journalerna innehåller dokumentation om att patienten har fått en vårdplan. Inom SVF för bukspottkörtelcancer hade ingen av patienterna fått en dokumenterad vårdplan. Även för SVF för tjock- och ändtarmscancer, som uppvisar högst värde av de granskade diagnoserna, var det enbart 17 procent.

Patienten kan också uppleva att det är svårt att planera sina vårdbesök. På en del mottagningar, som till exempel för urinblåsecancerpatienter vid Centralsjukhuset Kristianstad eller för tjock- och ändtarmscancerpatienter vid Helsingborgs lasarett, är det möjligt att patienten får sina samtliga kommande besökstider i handen. På så sätt vet patienten hur vårdförloppet ser ut och vad som kommer att ske närmast. Svårigheter uppstår när patienten lämnar det första besöket tomhänt med medskicket "Vi ringer dig för att boka en tid". Den oro patienten bär på grund av sin diagnos späs då på ytterligare för att det plötsligt skapas mer otrygghet. På samma sätt reagerar patienter när deras besökstid blir ombokad för att till exempel svar från patologen saknas, berättar en respondent. Detta ökar trycket på vården då varje otrygg patient oftare ringer till kontaktsjuksköterskan vars arbetsbörda ökar. Vad avser kontaktsjuksköterskor kan det tilläggas att det enligt respondenter oftast erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska till patienten. Detta medför att patienten erbjuds någon att prata med när hen känner sig otrygg och att det också kan skapas en relation mellan

³ En stomi för avföring är en speciell öppning på magen som en patient får genom operation.

vården och patienten då kontaktsjuksköterskan kan följa patienten genom hela förloppet, till skillnad från enskilda läkare och operatörer. Journalgranskningen visar att det inte alltid dokumenteras om en patient får tillgång till kontaktsjuksköterskor. Inom SVF för tjock- och ändtarmscancer dokumenteras oftast att patienter erhåller en kontaktsjuksköterska (67 procent) medan inom SVF för lungcancer noteras detta i endast ett fåtal fall (17 procent).

En utmaning för vården är att kunna nå patienten när hen behöver bokas in för en undersökning eller har angett att hen kan komma med kort varsel. Hälso- och sjukvården i Region Skåne ringer från skyddat nummer, vilket kan medföra att patienten väljer att inte besvara samtalet. Det händer också att patientens kontaktuppgifter inte är uppdaterade.

Det råder skilda meningar om anhöriga får utrymme i vården eller inte. En respondent som företräder patientperspektivet anger att anhöriga behandlas som en möbel och inte synliggörs alls. Respondenter från hälso- och sjukvården berättar att patienten ofta uppmanas att ta med sig en anhörig och att samma information som ges till patienten också ges till anhöriga och närstående. Även anhöriga kan vända sig till kontaktsjuksköterskorna. Däremot iakttar vi att det sällan finns någon omvårdnad gentemot de anhöriga och att de sällan får frågan om hur de mår. Allt fokus läggs på patienten.

Nästan ingen journal visar dokumenterad information om patientupplevd kvalitet. För SVF inom lungcancer, tjock – och ändtarmscancer och urinblåsecancer är andelen 0 procent; för bukspottkörtelcancer är det enbart 9 procent. En respondent anger att detta är något som generellt saknas i journalerna och som inte följs tillräckligt nära, oavsett vilken del av hälso- och sjukvården som granskas. Vidare anser en annan respondent att det utförs PREM⁴- och PROM⁵-mätningar men att dessa inte dokumenteras i journalen.

3.4. Slutsatser: Patientperspektivet

Sammanfattning av iakttagelser om patientperspektivet – Vi bedömer att införandet av SVF för olika cancerdiagnoser kommer att underlätta patientens väg genom vården. Vi bedömer att fler verksamheter måste skapa möjlighet att ge patienten samtliga i SVF inkluderade vårdkontakter i handen vid första besöket för att undvika oro men också för att vården tidigt ska kunna planera patientens flöde. Vi bedömer att SVF tydliggör att det initiala informationsansvaret ligger på primärvården. Vi bedömer att större vikt måste läggas vid patientens anhöriga och närstående för att på stärka patientens egenvård och mående.

Vi bedömer att det inte finns skillnad i behandling för de granskade diagnoserna angående könstillhörighet. Inget i intervjuerna eller journalgranskningen tyder på att det föreligger någon skillnad i behandling. Vi bedömer att det finns det medicinsk skillnad i behandling för patienter med olika ålder relaterad till medicinsk behandling. Det sker ofta på medicinsk grund och är kopplat till när förekomsten av olika diagnoser oftast detekteras hos patienter. Vi bedömer att svåra fall prioriteras till medicinsk behandling gentemot mindre svåra fall. Det sker på medicinsk grund då det är oftast tidkritiskt ur behandlingssynpunkt att prioritera de svårare fallen först.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

⁴ PREM står för Patient Reported Experience Measures. Begreppet PREM är ett mått avseende patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården. Detta kan innefatta bemötande, delaktighet, information, förtroende för vårdgivaren och tillgänglighet.

⁵ PROM står för Patient Reported Outcome Measures, patientrapporterade utfallsmått. PROM mäter hur patienterna upplever sin sjukdom och sin hälsa efter behandling eller annan intervention.

Vi rekommenderar att sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh följer upp att samtliga verksamheter ger patienten information om samtliga kommande vårdkontakter och när dessa ska ske.

Vi rekommenderar sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh att säkerställa rutiner för hur anhöriga och närstående informeras och omhändertas tillsammans med patienten.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp att primärvården initialt informerar patienten om en cancermisstanke.

3.5. Iakttagelser: Målbild om följsamheten till ledtidsmått

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågan: 7. "Hur skulle väntetider, köer, totalt inom Region Skåne och för respektive diagnos, se ut om rätt ledtider kunde uppfyllas?"

3.5.1. När ledtiden uppfylls

Flera respondenter anger att en köfri hälso- och sjukvård kräver en resurs- och kapacitetsförstärkning. Detta betyder konkret att det måste finnas resurser för att erbjuda lediga tider för undersökning och behandling direkt utan att det ska finnas någon väntetid för patienten. Resurserna inkluderar så väl personal som utrustning och lokalutrymmen. Detta är inget som är specifikt för någon av cancerdiagnoserna utan gäller generellt.

Göran Stiernstedt (2016) skriver i sitt slutbetänkande "Effektiv vård" att fokus måste ligga på patientens väg genom vården och att patienten ska få en rimlig vårdtid. För att så ska kunna ske slår han fast att det behövs en resurs- och kapacitetsförstärkning inom för flödet kritiska funktioner; respondenter menar att för Region Skåne skulle det betyda 8-15 procent. Detta avser framför allt bild- och funktionsdiagnostik och patologi. Flera respondenter hänvisar just till utredningen när de ska besvara revisionsfrågan och menar att hälso- och sjukvården är för rädd för att skapa ökade möjligheter för resurser utan tittar istället blint på de faktiska kostnaderna. De icke-monetära kostnaderna, som patienters oro, tas inte med i någon beräkning. En respondent menar att det inte är möjligt att införa en resurs- och kapacitetsförstärkning för alla steg i utredningen och att dyra och ovanliga undersökningar inte är rimliga att tillhandahålla denna kapacitet på. Däremot skulle det kunna erbjudas som standard på samtliga vanliga utredningar som mer eller mindre ingår i alla SVF.

Inom Skånes universitetssjukvård finns det sedan 2014 ett beslut om långsiktig schemaplanering som är tänkt att underlätta bokning av patienter till besök och återbesök tolv veckor fram i tiden. Även inom Sund och Kryh finns ett liknande beslut sedan 2015 om minst 10 veckors rullande schema inom kirurgin. Inom Kryh finns det också gemensamma brytpunkter för ledighetsönskemål så att en grov schemaläggning kan göras tidigt. Till exempel är sista dagen för sommarsemesterönskemål i januari. En ökad flexibilitet av lågvolumoperationer står i rakt motsats till organisationens önskemål om långsiktig planering. Längden på detaljschemaperioden bör också vara relaterad till kösituationen, menar en respondent. Vid långa köer ska det finnas en längre planeringshorisont och men under perioder när det inte finns någon kö är det möjligt att gå ner till enbart fem veckors schemaplanering för att öka flexibiliteten och till exempel kunna öka antalet operationer och minska antalet mottagningsbesök utifrån var flaskhalsen befinner sig just nu.

Ett fåtal respondenter menar att om ledtiden skulle uppfyllas så skulle vi redan idag inte ha någon kö. Detta avser framför allt tillgången till onkologisk behandling, som i olika former erbjuds inom samtliga fyra cancerdiagnoser.

3.6. Slutsatser: Målbild om följsamheten till ledtidsmått

Sammanfattning av iakttagelser om målbild om följsamheten till ledtidsmått – Vi bedömer att målbilden om en köfri vård inom samtliga fyra cancerdiagnoser möjligtvis kan uppnås inom ramen för SVF. Vi bedömer att det kan behövas en resurs- och kapacitetsförstärkning åtminstone initialt för att aktivt arbeta med köer och skapa flöden mellan verksamheterna som fungerar sömlöst.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden kontinuerligt följer upp och utvärderar SVF och andra satsningar som syftar till att korta köerna för att se om dessa ger effekt. Om så inte är fallet, rekommenderar vi att det görs en översyn om resurs- och kapacitetsförstärkning kan införas.

3.7. Iakttagelser: Konsekvenser och flaskhalsar

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 6. "Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?" och 9. "Vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?". Här redovisas också svar kring operationsrobotarna och tillgänglighetspaketet.

3.7.1. Konsekvenser för patienten och för vården vid långa ledtider

Förutom ovanstående exempel med ökad otrygghet och oro som belastar både patient och vård medför långa väntetid också konkreta medicinska försämringar för patienten. En respondent inom lungcancerprocessen uppger att den sammanlagda väntetiden på till exempel fyra till sex veckor för EBUS-undersökning i Lund som följs av en väntetid på sex till åtta veckor för operation mycket väl kan ha medicinska konsekvenser för patienter då tumören kan växa ohindrad under perioden. Ibland är ledtiden så lång att patienten dessutom erbjuds cytostatika och strålbehandling för att minska tumöraktiviteten vilket drar mer av vårdens resurser än om patienten hade fått komma till i tid.

Vid tjock- och ändtarmscancer kan cancer hota att klämma till tarmen och patienten kan få tarmvred. Här är en snabb behandling viktig för att patienten annars uppenbart blir sämre och drabbas av ännu längre ledtider. En akutoperation på grund av tarmvred medför en ökad tid för rehabilitering och fördröjer den onkologiska behandlingen.

En negativ konsekvens uppstår också för att SVF utgör ett prioriterat flöde av cancerpatienter under utredning. Det uppstår en undanträngningseffekt både på andra diagnosgrupper (av så väl elakartade som godartade sjukdomar) och inom den egna diagnosgruppen. Den förra avser framför allt att tillgängligheten till utredning försämras och att patienternas behandling dröjer. Den senare avser patienter vars SVF är avslutat. SVF gäller oftast tiden från välgrundad misstanke till behandlingsstart, vilket innebär att patienter som genomgår en behandling eller är i ett palliativt skede inte får samma förtur som tidigare. En respondent uppger att det är svårt att förklara för patienten varför tillgängligheten har försämrats och patienten behöver vänta på att få en återbesöks tid. Ytterligare en respondent menar att SVF behöver förlängas och omfatta en större del av patientens väg genom vården. Bland annat bör SVF därför inkludera palliation, återbesök och kontroller, rehabilitering och återföringen till primärvården.

En konsekvens är också att vården blir överbelastad och att patienten därigenom faller mellan stolarna. En respondent berättar om en orolig patient som hade valt att söka sig till ett annat landsting och att det önskemålet ständigt hänsköts mellan de olika mottagningarna för att ingen vill

handlägga det administrativt. Respondenten menar att SVF ger starkare förutsättningar för samarbete och att tydliggöra flödet för vården så att ansvarstagandet gentemot patienten ökar.

3.7.2. Flaskhalsar

Respondenter oavsett cancerprocess anger att patologi och bild- och funktionsdiagnostik är de största flaskhalsarna. Med detta avses framför allt långa svarstider på undersökningar. Många respondenter ser därför SVF som en möjlighet att standardisera och därmed kunna förutse när ett provsvar ska erhållas. Dessa undersökningar utgör ett viktigt led i utredningen och journalgranskningen visar tydligt att både patientbesök och multidisciplinära konferenser inom hälso- och sjukvården behöver skjutas upp för att svar saknas.

Den största flaskhalsen finns inom SVF för urinblåsecancer, där 73 procent av patienterna inte kommer till i tid till TURB. Den vanligaste flaskhalsen är brist på tider till undersökningar (till exempel inom SVF för lungcancer, brist på tid till PET-CT upplevs av 47 procent av patienterna) eller att svaret från patologen dröjer ((till exempel inom SVF för lungcancer, PAD-svar som inte levereras i tid upplevs av 33 procent av patienterna). Det finns också en brist på tid till MDK, vilket särskilt berör SVF inom bukspottkörtelcancer där 30 procent av patienterna behöver vänta för länge. Journalgranskningen visar att sammanlagt cirka 30 procent av patienterna inte upplever några flaskhalsar. Majoriteten påverkas därmed av att flödet stoppas eller försenar på olika sätt.

En orsak till att svarstiderna är så långa, enligt en respondent inom patologin, är att antalet undersökningar som beställs ökar medan resurserna inte kan öka produktionen i samma takt. Patologin håller därför på att kartlägga de olika SVF för att se hur verksamheten på bästa sätt kan samverka med respektive specialitet för att skapa ett bra flöde för patienten. Kartläggningen ska leda fram till en produktions- och kapacitetsplanering. Den föregående granskningen (Rapport 13/2015) uppger att det råder brist på utbildad och erfaren personal. Denna utmaning kvarstår än idag men bristen är inte lika generell utan avser enskilda organområden där det saknas fackkunniga erfarna specialister. Det framkommer från olika respondenter att det generellt saknas en återväxt av ST-läkare inom olika specialiteter för att säkra upp framtida pensionsavgångar och för att trygga hälso- och sjukvården med på sikt erfarna kliniker.

Vad avser svårigheterna inom bild- och funktionsdiagnostik så anger respondenter inom framför allt röntgen att SVF ställer tydliga krav på att det ska finnas vikta tider. Däremot är det svårt för verksamheten att planera detta och vid vissa sjukhus har en överenskommelse träffats om att provsvaret istället ska tillhandahållas en viss tid efter att remissen har inkommit. Därmed kan patienten fortsatt planeras optimalt samtidigt som bild- och funktionsdiagnostik ges möjligt att planera sin egen produktion och kalla patienten när det passar i deras flöde. Även här benämns bristen på framför allt röntgensjuksköterskor som en flaskhals. Generellt är bristen på specialistsjuksköterskor en utmaning. Flera respondenter beskriver hur vårdplatser stängs tillfälligt för att det inte finns tillräckligt med bemanning eller hur operationsverksamheten minskas för att det inte finns tillräckligt med operations- eller narkospersonal.

Även onkologin utgör en flaskhals. Respondenter berättar om långa väntetider för att få tid till strålbehandling och undrar om detta beror på personalbrist, ökat antal patienter eller brist på utrustning. En respondent ger delvis svaret i att antalet onkologer är för få och ger exempel på att läkare från Skånes universitetssjukvård roterar ut till Helsingborgs lasarett. Detta medför inte bara en brist i läkarkontinuiteten utan ger också en ojämlik vård. Den patient som är i behov av onkologisk behandling i till exempel Lund kan mötas upp av en onkologjour. I Helsingborg läggs samma patient in på en kirurgavdelning.

Primärvården anses inte utgöra en flaskhals. I enstaka fall kan det ses att primärvården remitterar patienten vidare till en undersökning som inte föreslås enligt vårdprogrammet, visar journalgranskningen. Detta kan medföra en förlängd väntetid för patienten.

3.7.3. Operationsrobotar

Det finns idag fem operationsrobotar i Skåne, varav två är placerade vid Skånes universitetssjukhus Lund, två vid Skånes universitetssjukhus Malmö och en vid Helsingborgs lasarett. Därtill finns det en träningsrobot av äldre modell som används för att utbilda operatörer. En rapport från 2016 uppger att Region Skåne idag har flest robotar per invånare i Sverige. Enligt en respondent kostar en operationsrobot runt 18 MSEK i inköp. Rapporten slår fast att den årliga kostnaden för en robot, inklusive kapitalkostnad, service- och lokalkostnad är cirka 4MSEK.

Operationsrobotar används idag främst till robotassisterad kirurgi inom urologi (enligt rapporten från 2016 utgör området 50 procent) och gynekologi (30 procent) samt i viss mån för kolorektal (ingår under övrigt som utgör 20 procent). Det är viktigt att poängtera att en operationsrobot inte per automatik kan användas för alla sorters kirurgi. Användandet ställer delvis nya krav på sjukvården men medför också fördelar för vård och patient. Utmaningarna ligger i tillgång till operationssalar och anestesijuksköterskor, då robotassisterad kirurgin oftast kan ta längre tid än öppen kirurgi. Utfallet av minimalinvasiv kirurgi som utförs med robot kan eventuellt vara bättre för patienten rent medicinskt och kan också medföra kortare vårdtider, snabbare rehabilitering samt mindre synliga ingrepp.

Rapporten från 2016 visar att antalet operationer som utförs med robotassisterad kirurgi ökar. Däremot tar det tid att starta upp en ny verksamhet, vilket exemplifieras med att verksamheten i Helsingborg inte har nått sin fulla kapacitet än. Rapporten beräknar också att Region Skåne idag har en överkapacitet i relation till antalet utförda operationer, där kapaciteten anges vara 1 150 till 2 300 operationer per år jämfört med 963 utförda operationer år 2015. Respondenter påpekar att det idag finns flera operationsrobotar inom den södra sjukvårdsregionen⁶ och att det därmed inte kan anses finnas något behov av flera. En respondent menar också att robotassisterad kirurgi utgör en mindre del av personalstyrkan än vad den gängse uppfattningen är. Till exempel är enbart 5 av 45 urologer vid Skånes universitetssjukhus Malmö utbildade robotkirurger. Flera respondenter uppger att det är viktigt att behålla volymen för att operatörer och operationsteam ska kunna bibehålla sin kompetens. När volymen blir urvattnad är det inte längre lika patientsäkert eller effektivt att använda sig av robotassisterad kirurgi.

3.8. Slutsatser: Konsekvenser och flaskhalsar

Sammanfattning av iakttagelser av konsekvenser och flaskhalsar – Vi bedömer att i likhet med tidigare granskning så blir konsekvenserna för patienten ett ökat lidande medan vården fortfarande står med långsiktiga boknings- och planeringsproblem. Därtill bedömer vi att de långa ledtiderna leder till att underhållsbehandlingar måste ges vilket bidrar till att vårdens resurser inte nyttjas effektivt och optimalt. SVF leder också till att det sker en undanträngning av andra patientgrupper. Vi bedömer att det är mycket anmärkningsvärt att det finns patienter som faller mellan stolarna och som ingen inom sjukvården tar ansvar för.

Vi bedömer vidare att de största flaskhalsarna utgörs av patologin samt röntgen och bilddiagnostik. När svar på undersökningar dröjer försenar detta hela patientens flöde. Med stöd i journalgranskningen kan vi konstatera att majoriteten av patienterna upplever en bristande

⁶ Södra sjukvårdsregionen omfattar Region Skåne, Landstinget Blekinge, Region Kronoberg och den södra delen av Region Halland.

tillgänglighet vad avser tider till undersökningar och svar på utförda undersökningar. Vi bedömer därtill att det är brist inom vissa yrkeskategorier inom samtliga reviderade verksamheter vilket medför att det finns mindre operationsutrymme och lägre antal vårdplatser. Vi bedömer att det är viktigt att primvårdsläkarna är informerade om de olika SVF och kan agera därefter.

Vi bedömer att det finns en välutbredd föreställning om att operationsrobotarna är mer effektiva än de uppges vara. Vi bedömer att det är av vikt att säkerställa att de operationsteam som är knutna till operationsrobotarna kan bibehålla sin kompetens över tid.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh att kartlägga undanträngningseffekterna som skapas av SVF och skapa en handlingsplan för hur dessa patientgrupper ska tas om hand på effektivast sätt. Det är viktigt att detta följs kontinuerligt för att möjliggöra bästa möjliga vård för alla patienter.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att följa upp gränssnittet mellan verksamheterna med utgångspunkt i SVF så att det är tydligt vem som har ansvar för patienten i respektive moment.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att följa upp och utvärdera den processkartläggning som pågår och den genomförda produktions- och kapacitetsplaneringen för att se om ytterligare förändringar behöver införas för Klinisk patologi och cytologi.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att primärvården kontinuerligt får information och hålls uppdaterade kring SVF och de specifika vårdprogram som gäller.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att följa upp och utvärdera nyttjandegraden av operationsrobotarna kontinuerligt.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att volymerna för robotassiterad kirurgi ökar i den mån det är möjligt för att bevara kompetens hos operationsteamet.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att inte bygga ut robotkirurgin i Region Skåne tills kompetens och volymer är tillräckliga.

3.9. Iakttagelser: Tillgänglighetspaketet

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne fastställde i januari 2016 ett tillgänglighetspaket med en preliminär fördelning på 426,2 MSEK. Syftet är att dels att öka tillgängligheten för patienter, dels ge incitament för att öka samordningen mellan vårdgivare. Tillgänglighetspaketet kan nyttjas för riktade kö-satsningar (sammanlagt 200 MSEK), arbetsuppgiftsomlyftningar (42 MSEK), cancersatsning (91 MSEK), öka antalet disponibla vårdplatser (86 MSEK) och för incitamentspaket (49,2 MSEK).

Respondenter anger att medel har äskats och erhållits för framför allt kontaktsjuksköterskor och koordinatörer. Dessa extra medel finansierar ofta en del av en tjänst eller möjliggör att ny personal anställs. En respondent anger också att den största konkreta skillnaden inom SVF för bukspottkörtel är just inrättande av koordinatörer och kontaktsjuksköterskor vilket förbättrat den logistiska planeringen och tillgängligheten inklusive information till inremitterande. Även patologin har fått medel tilldelade för att anställa patologer och vissa mottagningar har valt att öka sina öppettider för att minska på väntetiderna.

Inom ramen för tillgänglighetspaketet har Division psykiatri öppnat fler vårdplatser i Kristianstad, beskriver en respondent. I Malmö har medel beviljats för att öka personalstaben med en skötare per pass dygnet runt på de allmänpsykiatriska avdelningarna.

Det ska noteras att de personer som anställs inom ramen för extra finansiering inte idag har ett självklart utrymme inom befintlig budget. Respondenter anger att det kommer att vara omöjligt att klara sig utan den/dessa extra tjänsten/erna och att personer som tas över i den ordinarie verksamheten. Då detta inte är en ny företeelse, menar en respondent att det finns struktur och rutin för hur detta kommer att ske.

3.10. Slutsatser: Tillgänglighetspaketet

Sammanfattning av iakttagelser av tillgänglighetspaketet – Vi bedömer att tillgänglighetspaketet tillsammans med statsbidrag har möjliggjort att verksamheterna inom de berörda SVF har kunnat anställa personal, framför allt koordinatörer och kontaktsjuksköterskor, vilket väsentligen har underlättat patientens väg genom vården.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar sjukvårdsnämnderna SUS, Sund och Kryh att kartlägga undanträngningseffekterna som skapas av SVF och skapa en handlingsplan för hur dessa patientgrupper ska tas om hand på effektivast sätt. Det är viktigt att detta följs kontinuerligt för att möjliggöra bästa möjliga vård för alla patienter.

3.11. Iakttagelser: Förändringar sedan föregående granskning

I detta avsnitt behandlas en del av den övergripande revisionsfrågan: "Granskningen visar också vilka förändringar som skett sedan förra granskningen."

3.11.1. Ledtider inom processen för bröstcancer

Sammanlagd tid från remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling. Målvärde: Högst 49 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.					
Sjukhus/Region	2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus Lund	70%	58%	51%	55%	68%
Skånes universitetssjukhus Malmö	52%	50%	51%	46%	41%
Centralsjukhuset Kristianstad	36%	33%	34%	41%	22%
Helsingborgs lasarett	69%	60%	63%	74%	56%
Skåne	57%	50%	50%	53%	47%

En sammanställning för 2016 kan inte redovisas då den variabel från kvalitetsregistret för bröstcancer som tidigare redovisats för remissankomst var "Datum för 1:a kontakt". Det har beslutats att denna variabel tas bort ur registret och därför kan ledtiden tid från remissankomst sjukhus till besked om fortsatt behandling, där denna variabel ingår, inte redovisas från och med 2016.

Bröstcancer är en fortsatt prioriterad process inom hälso- och sjukvården, även om det ur medicinsk synpunkt inte är mer akuta flöden än i de flesta andra SVF. Det finns avsatta tider och fungerande flöden mellan bröstmottagningen och röntgen. Till skillnad från andra flöden är det lätt att avgöra för primärvårdsläkare om en patient ska in i SVF, eftersom det är svårt att missta en knöl i bröstet för något annat. Andelen patienter i SVF som har bröstcancer är därmed hög.

Tabellen ovan redovisar den sammanlagda tiden från remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling. Antalet patienter som ingår i underlaget uppgår för 2015 till 977 patienter. Tabellen visar tydligt att ledtiderna har minskat sedan föregående granskning och att en högre andel patienter kommer till inom 49 dagar. Särskilt Skånes universitetssjukhus Lund och Helsingborgs lasarett har förbättrat sina ledtider. Ingen av sjukhusen uppnår målvärdet.

3.11.2. Ledtiden inom processen för prostatacancer

Förändringar för SVF för prostatacancer har fastslagits av styrgruppen på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i oktober 2016 men landstingen/regionerna har ännu inte i uppdrag att införa det. Uppdraget väntas ingå i regeringens överenskommelse med SKL för 2017. Ändringarna innebär att måltiderna skiljer sig mellan behandlingstyperna och kommer att variera mellan 47 dagar och 61 dagar för utredningsförloppet till start av behandling. Syftet är att kunna särskilja de olika subgrupperna bättre och arbeta mer målfokuserat med de grupper som utgör problemområden. En respondent uppger också att fler patienter kommer att omfattas av SVF.

Från välgrundad misstanke till start av behandling inom 60 dagar. Mål är minst 80 % av patienterna inom 60 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	Kvartal 3 2016	Kvartal 2 2016	Kvartal 1 2016	Kvartal 4 2015
Skånes universitetssjukhus	57%	33%	22%	17%
Helsingborgs lasarett	67%	56%	60%	55%
Ängelholms sjukhus	50%	100%	60%	40%
Lasarettet i Ystad	89%	80%	20%	63%
Centralsjukhuset Kristianstad	100%	40%	57%	36%
Lasarettet Trelleborg	-	100%	56%	25%
Lasarettet i Landskrona	-	50%	60%	50%
Skåne	73%	66%	48%	41%

Data redovisas per den 7 november 2016.

SVF har medfört att ledtiderna har kortats men en respondent anger att det är en utmaning att från de mycket långa väntetider som finns gå ner till ledtiderna som SVF föreskriver. För Skånes universitetssjukhus har det till exempel skett en förkortning från 107 dagar i genomsnitt till 56 dagar. För att uppnå de 60 dagar som SVF anger krävs prioritering av verksamheten och ökad regional samordning, menar respondenten. Det ska också poängteras att cirka 500 patienter diagnosticeras med prostatacancer vid Skånes universitetssjukhus varje år och att det inte är möjligt att skapa ett snabbspår när volymerna är så stora. De långa ledtiderna uppstår framför allt i gränssnittet till

patologen, röntgen och till operation. Skånes universitetssjukhus Malmö har produktionsplanerat sin öppenvård och nu pågår ett samarbete att samordna med andra för att produktionsplanera prostatacancerpatienternas flöde tillsammans.

Tabellen ovan visar andelen patienter som uppnår målvärdet. SVF-data har följts sedan oktober 2015 och därför presenteras data kvartalsvis nedan. Genomsnittstiden som en patient har från välgrundad misstanke till start av behandling skiljer sig mellan de olika sjukhusen. För kvartal 3 2016 var den som längst 66 dagar (Ängelholms sjukhus) och som kortast 30 dagar (Lasarettet i Ystad). Tabellen visar tydligt att måluppfyllelsen ökar men att målet inte är helt nått. Det bör hållas i åtanke att det kan röra sig om ett fåtal patienter vid varje klinik och att ett mätvärde om 100 procent kan utgöras av ett par enstaka patienter.

3.11.3. Ledtider inom självskadebeteende

Det ska inledningsvis poängteras att självskadebeteende inte utgör en egen diagnosgrupp och därmed inte har några fastställda ledtider som kan följas upp. I den förra granskningen (Rapport 13/2015) redovisades två ledtider ut den förstärkta vårdgarantin som särskilt pekade på barn och unga med psykisk ohälsa generellt. Underlaget omfattar alltid januari – oktober för aktuellt år (under förutsättning att data för oktober har publicerats) och det genomsnitt som presenteras per landsting utgör grund för utbetalning av medel från statsbidraget.

Den första ledtiden redovisar tiden från att patienten har sökt vård till det att en första bedömning har skett. Det syns en försämring vad avser såväl Region Skåne som Riket. Samtidigt klarar Region Skåne fortsatt sin måluppfyllelse.

Minst 90 procent av patienterna ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar		
Region/Riket	Jan – aug 2016	2015
Region Skåne	91%	94%
Riket	78%	84%

Den andra ledtiden redovisar tiden från att barnet har remitterats till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och att en fördjupad utredning/behandling har påbörjats. Även här har det skett en försämring, men Region Skåne klarar måluppfyllelsen. Det är värt att notera att Region Skånes försämring är mindre än den som Riket uppvisar.

Minst 80 procent ska ha fått en påbörjad fördjupad utredning/behandling i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar		
Region/Riket	Jan – aug 2016	2015
Region Skåne	95%	98%
Riket	72%	82%

En respondent uppger att de förbättringar som utförs och de utmaningar som Division psykiatri står inför inte enbart berör den aktuella patientgruppen. Detta gäller till exempel vårdpersonalens kontinuitet, där bristen på läkarkontinuitet är lika påtaglig överallt. Det är här viktigt att påpeka att en patient alltid har samma behandlare när en specifik behandling har påbörjats. Även det ökade trycket på psykiatri generellt medför svårigheter att få tillgång till behandling. Därför har Divisionen

sett över vilka evidensbaserade behandlingsmetoder som erbjuds och bland annat infört ERGT⁷ i alla verksamhetsområden, vilket är en tillgång för patienter som har självskadebeteende.

Inom Division Psykiatri pågår sedan förra året ett projekt kring brukarstyrda inläggningar. Detta är specifikt för självskadepatienter och möjliggör för patienten att själv lägga in sig när hen anser att behov finns. Genom att ge patienten möjligheten att kunna få specificerad vård vid behov arbetar vuxenpsykiatrien förebyggande med patienten samtidigt som onödiga inläggningar i slutenvården eller vårdkontakter med psykiatriakuten undviks. Idag finns det fungerande verksamhet i Lund och Malmö, i Kristianstad har verksamheten startats i september i år och i Helsingborg startar den vid årsskiftet.

Divisionen har också möjliggjort att bedömnings- och triageringsteam idag finns vid samtliga verksamheter inom vuxenpsykiatrien. Vad avser barn- och ungdomspsykiatrien sker triagering via En väg in⁸. En respondent berättar att arbets sättet är under fortsatt utveckling för optimering och tanken är bland annat att teamet ska kunna leverera en arbetshypotes/preliminärdiagnos till behandlingsteamet. Målet är en enhetlig, multiprofessionell och snabb bedömning av patienter, vilket avsevärt ska korta ledtiderna. För att detta ska ske är samverkansöverenskommelsen med primärvården central, uppger en respondent. Därför kommer återkoppling, och i förekommande fall behandlingsförslag, ges till primärvården efter att remisskonferensen/den kliniska sambedömningen har ägt rum för de patienter som bör ha sin fortsatta behandling i primärvården.

Till sist bör det noteras att Division Psykiatri utreder ett införande av standardiserade vårdprocesser. Med utgångspunkt i de arbetsprocesser som har införts inom framför allt cancervården vill Divisionen skapa enhetligare arbets sätt och flöden för att bland annat minska ledtider. Förhoppningen, enligt en respondent, är att kunna sätta mål redan för 2017 och på sikt även driva detta arbets sätt nationellt.

3.12. Slutsatser: Förändringar sedan föregående granskning

Sammanfattning av iakttagelser av förändringar sedan föregående granskning – Vi bedömer SVF inom bröstcancerprocessen fungerar och på sikt leder till att patienten får kortare ledtider. Vi bedömer att prostatacancer står inför fortsatta utmaningar och att måluppfyllelsen varierar över tid. Vi bedömer vidare att de generella ledtiderna har försämrats något men att Division Psykiatri fortsatt klarar måluppfyllelsen. Vi bedömer att Region Skåne fortsatt aktivt arbetar för att ge patienter med självskadebeteende en snabbare adekvat vård.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar Hälso- och sjukvårdsnämnden att följa upp SVF för prostatacancer när den reviderade SVF har trätt i kraft.

Vi rekommenderar att sjukvårdsnämnden Sund utvärderar den bedömnings- och triagemodell med särskilda team som Division Psykiatri har infört kontinuerligt för att säkerställa ett effektivt arbets sätt.

Vi rekommenderar sjukvårdsnämnden Sund att noga följa och i den mån det behövs stödja Division Psykiatri i införandet av standardiserade vårdprocesser.

⁷ ERGT, Emotion Regulation Group Therapy, är en gruppbehandling som är inriktad på att minska självskadebeteende och andra impulsiva och destruktiva beteenden genom att öka förmågan till känsloreglering.

⁸ En väg in är Region Skånes telefonrådgivning för barn och unga med psykisk ohälsa i Skåne.

Bilaga 1 – Intervjuförteckning

Namn	Funktion
Anna-Lena Hogerud	Ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
Johan Cosmo	Cancersamordnare, Koncernkontoret
Björn Lövgren Elmehag	Divisionschef, SUS
Gunilla Bodelsson	Verksamhetschef, Klinisk patologi, Medicinsk service
Anders Pettersson	Verksamhetsutvecklare, Klinisk patologi, Lund
Peter Hochbergs	Klinikchef, Bild och funktion, SUS
Violetta Ellmer	Områdeschef, Röntgen, Bild och funktion, SUS
Bodil Andersson	Verksamhetschef, Röntgen, Ystad
Karin Fristedt	Verksamhetschef, Röntgen, Helsingborg
Jaroslav Kosieradzki	Regional patientprocessledare, RCC Syd
Anna Kandell-Collen	Sektionschef, Lungmottagningen, Kristianstad
Bodil Janström	Sjuksköterska, Lungmottagningen, Helsingborg
Björn Ohlsson	Regional patientprocessledare, RCC Syd
Folka Johnsson	Verksamhetschef, Kirurgi och gastroenterologi, Lund
Lena Liljehov	Enhetschef, Kirurgimottagningen, Kristianstad
Anders Johnsson	Överläkare, Onkologiska kliniken, Lund
Nina Vult von Steyern	Kontaktsjuksköterska, Kirurgimottagningen, Helsingborg
Gert Lindell	Regional patientprocessledare, RCC Syd
Jörgen Wenner	Verksamhetschef, Verksamhetsområde Kirurgi/Urologi, Skånevård Sund
Annika Malmquist	Verksamhetschef, Kirurgi, Ystad
Marie-Louise Pendse	Kontaktsjuksköterska, Kirurgmottagningen, Lund
Fredrik Liedberg	Regional patientprocessledare, RCC Syd
Lars Malmberg	Verksamhetschef och överläkare, Urologi, Malmö
Magdalena Cwikiel	Överläkare, Onkologiska kliniken, SUS
Thomas Jiborn	Lokal patientprocessledare, Sektionschef, Urologmottagningen, SUS
Katarina Viebke	Divisionschef, Division Psykiatri, Skånevård Sund
Lena Persson	Divisionssekreterare, Division Psykiatri, Skånevård Sund
Tommy Kjellström	Medicinskt ansvarig läkare, HälsoRingen Bromölla, Bromölla
Peter Tenghamn	Verksamhetschef, Vårdcentralen Perstorp, Perstorp
Jana Risk	Läkare, Vårdcentralen Lomma, Lomma
Mattias Gustavsson	Patientföreträdare, RCC Syd
Madalina Ohrberg	Patientföreträdare, RCC Syd

Bilaga 2 – Revisionsfrågorna

1. Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos och hur uppnås ledtidsmålen - dels samlat och dels för olika delprocesser?
2. Är ledtiden rätt utifrån patientens perspektiv och gällande ledtidsmål?
3. Finns det skillnader vad gäller unga respektive äldre?
4. Finns det skillnader vad gäller kön?
5. Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?
6. Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?
7. Hur skulle väntetider och köer, totalt inom Region Skåne och för respektive diagnos, se ut om rätt ledtider kunde uppfyllas?
8. Hur upplever patienten "vägen genom vården"?
9. Vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?

Bilaga 3 – Metod och urval

Revisionen genomfördes maj till november 2016. Vad avser dokumentgranskning och intervjuer så genomfördes dessa mellan juni och oktober 2016. Nedan finns förtydliganden vad avser granskningsperioden för journalerna.

Dokumentgranskning

Helseplan har tagit del av relevanta mål- och styrdokument som avser Region Skånes verksamhet och inkluderar bland annat den styrning som hälso- och sjukvårdsnämnden har tydliggjort. Därutöver har Helseplan granskat relevanta redovisande dokument och rapporter som producerats inom Region Skåne. Underlag har också hämtats från RCC Syd och inkluderat bland annat vårdprogram och ledtidsmått.

I dokumentgranskningen har statistiska underlag ingått. Vad avser cancervården, har dessa har i alla fall utom ett (prostatacancer) kommit från kvalitetsregister. För kommande granskning rekommenderar Helseplan att statistik används från Region Skånes egna SVF-mätningar för att tydliggöra de ledtider som finns i relation till SVF. Inom ramen för denna granskning är mätunderlaget för kort för att kunna tjäna som underlag för bedömningar och rekommendationer.

Intervjuer

Djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt 32 intervjuer har genomförts. Intervjuerna har haft en geografisk spridning i Region Skåne. De har genomförts med respondenter i olika funktioner och nivåer. Helseplan har också sökt det regionövergripande perspektivet genom intervjuer med personer i övergripande planering/uppföljningsfunktion samt politikernivån. Förteckning över intervjuade personer återfinns i bilaga 1.

Journalgranskning

Helseplan har genomfört en journalgranskning av 30 journaler från respektive diagnosgrupp. Urvalet har varit geografiskt och proportionerligt fördelat över Skåne, jämt fördelat över behandlande sjukhus. Det är de berörda verksamheterna själva som har gjort det slutgiltiga urvalet baserat på de kriterier som Helseplan har angett. Sammanlagt har 40 journaler per cancerdiagnos begärts ut. Detta för att säkerställa att enstaka journaler som inte faller inom slutkriteriet, för att till exempel patienten har avlidit innan behandlingsstart, ska kunna plockas bort direkt utan att skapa fördröjningar i granskningen.

Urvalskriterierna för journaler som har ingått i lungcancer, urinblåsecancer eller tjock- och ändtarmscancer har varit följande:

- Patienten ska ingå i SVF
- Journalerna ska omfatta hela vårdkedjan fram till behandlingsstart
- Kontakten med vården ska ha skett mellan 1 januari – 15 juni 2016
- För att stärka ett proportionerligt urval har ytterligare ett urvalskrav varit att minst hälften av patienterna ska ha remitterats genom vårdcentral.

SVF för bukspottkörtelcancer kom inte igång förrän den 1 juni 2016 och det var därmed omöjligt att hitta underlag. Tillika är detta en diagnos med ett snabbt förlopp som leder fram till döden. Därför har istället journaler valts ut utifrån bredare kriterier och inkluderat patienter som inte ingår i SVF men som varit aktualiserade i vården sedan den 1 januari 2016 samt som har kunnat vara avlidna innan behandlingsstart inträffat. I den utsträckning som verksamheten har kunnat tillgodose önskemålet om att minst hälften av patienterna ska ha remitterats genom vårdcentral har kriteriet använts.

För patienterna kan journalen ha varit ofullständig när dessa har fått undersökningar utförda av en privat klinik. Detta har liten inverkan på journalgranskningen som helhet då det är möjligt att dra slutsatser kring vilket undersökningsresultat patienten har fått då den oftast har lett vidare till kontakt med den offentliga hälso- och sjukvården. Däremot har det varit svårare att dra slutsatser kring vilka insatser och moment som patienten har fått inom den landstingsdrivna vården då underlagen ibland har varit icke kompletta. Via kontaktpersoner har kompletterande dokument eftersökts och i de flesta fallen erhållits i tid.

Helseplan har arbetat fram en mall för journalgranskning som är särskilt anpassat för respektive cancerdiagnos. Detta har möjliggjort att enbart undersökningar av bild- och funktionsdiagnostik samt patologi som är relevanta för respektive diagnosgrupp finns med. Ledtidsmåtten som redovisas i respektive journalmall uppvisar följsamhet till de standardiserade vårdförloppen (SVF) för respektive diagnosgrupp.

Journalgranskningen redovisas i detalj och per flöde i bilaga 6.

Bilaga 4 – Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningskriterier som utgör grunden för revisionens analyser och slutsatser. Revisionskriterierna i detta uppdrag är bland annat:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)

Övriga dokument som studerats är bland annat:

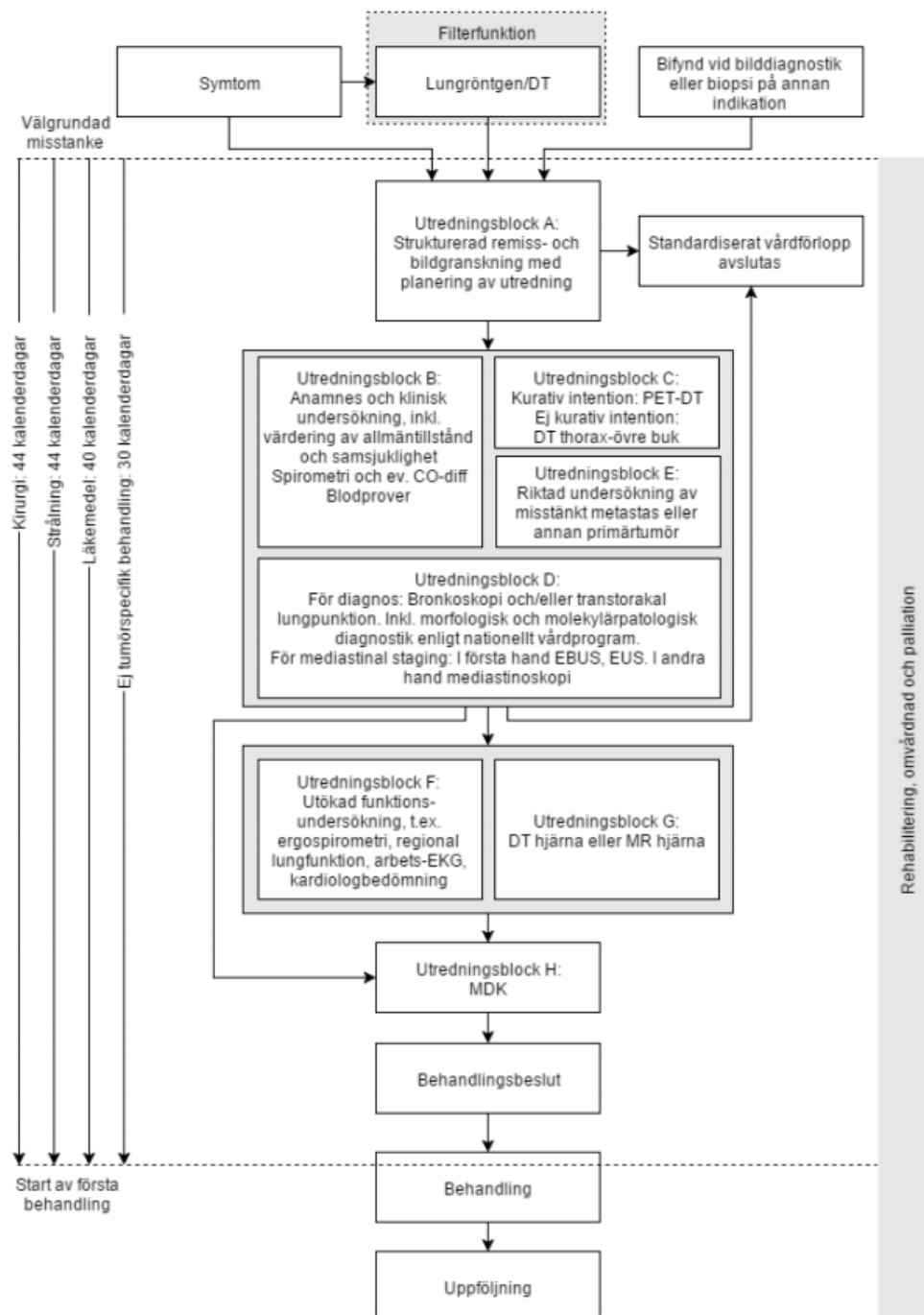
- Delar i en helhet. Regional cancerplan, RCC Syd 2015 – 2018
- *RCC Syd* (2016) Att leda med kunskap
- Standardiserade vårdförlopp för cancer i bukspottkörteln och periampullärt; cancer i urinblåsan och övre urinvägarna; tjock- och ändtarmscancer; samt lungcancer, RCC Syd
- Vårdprogram för cancer i bukspottkörteln och periampullärt; cancer i urinblåsan och övre urinvägarna; tjock- och ändtarmscancer; samt lungcancer, RCC Syd
- Funktionsbeskrivning för koordinatörer till standardiserade vårdförlopp, RCC Syd
- Kortare väntetider i cancervården – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2015
- Handlingsplan för införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården i Skåne 2016 och 2015
- Tidigare granskningar och yttranden om ledtider i vårdkedjan 2015
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*
- Liedberg, Fredrik, Gerdtham, Ulf, Gralén, Katarina, Gidjonsson, Sigurdur, Jahnson, Staffan, Johansson, Irene, Hagberg, Oskar, Larsson, Staffan, Linda, Anna-Karin, Löfgren, Annica, Wanegård, Jenny, Åberg, Hanna och Mef Nilbert (2016) Fast-track access to urologic care for patients with macroscopic haematuria is efficient and cost-effective: results from a prospective intervention study. *BJC* 2016, 1-6

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s riktlinjer för god redovisningssed.

Bilaga 5 – Flödesschema för vårdförloppet inom respektive cancerdiagnos

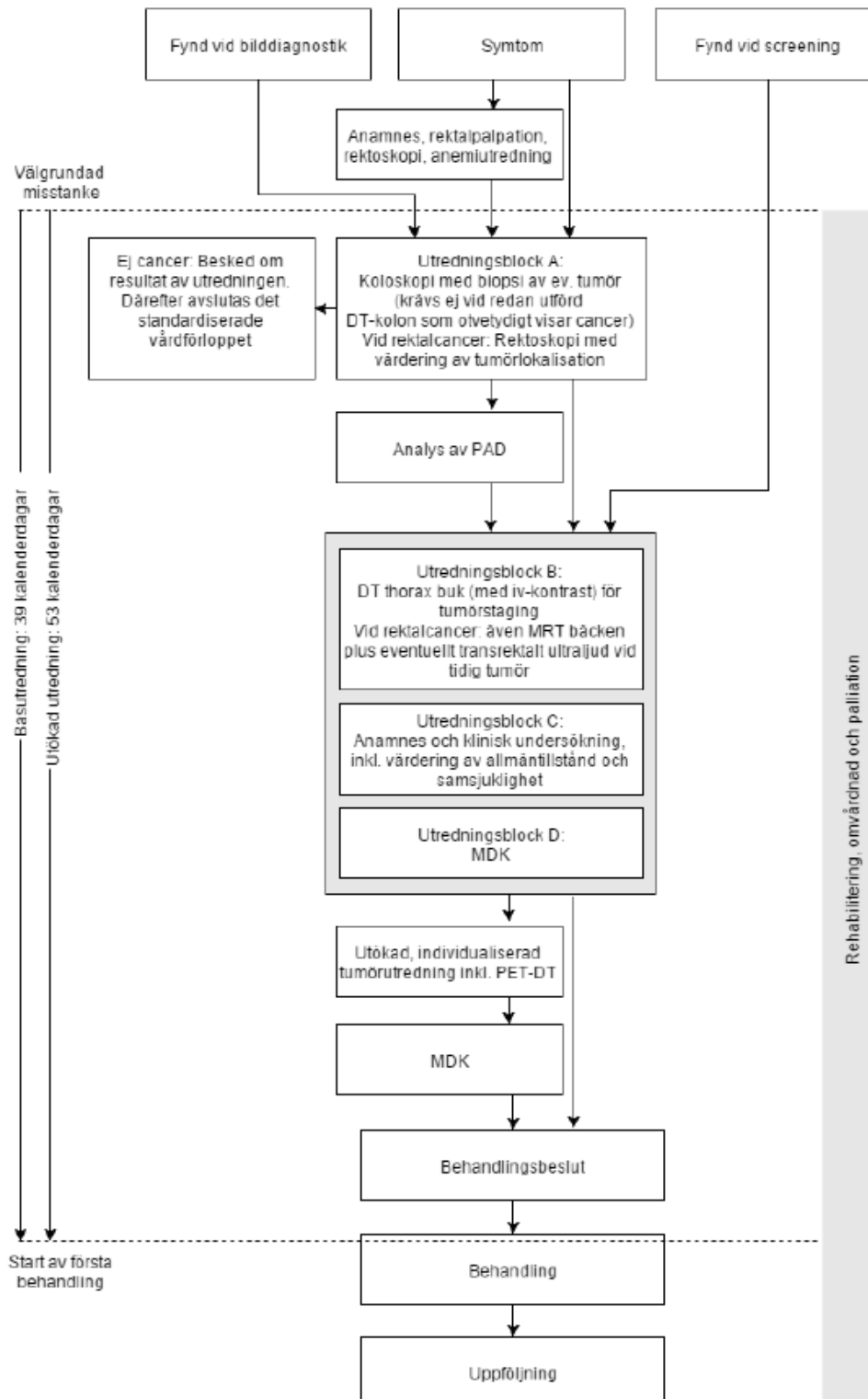
Lungcancer

Nedan visualiseras det flöde som en patient ska genomgå om hen ingår i SVF. Flödet är ritat av arbetsgruppen för lungcancer på uppdrag av Regionala cancercentrum i samverkan.



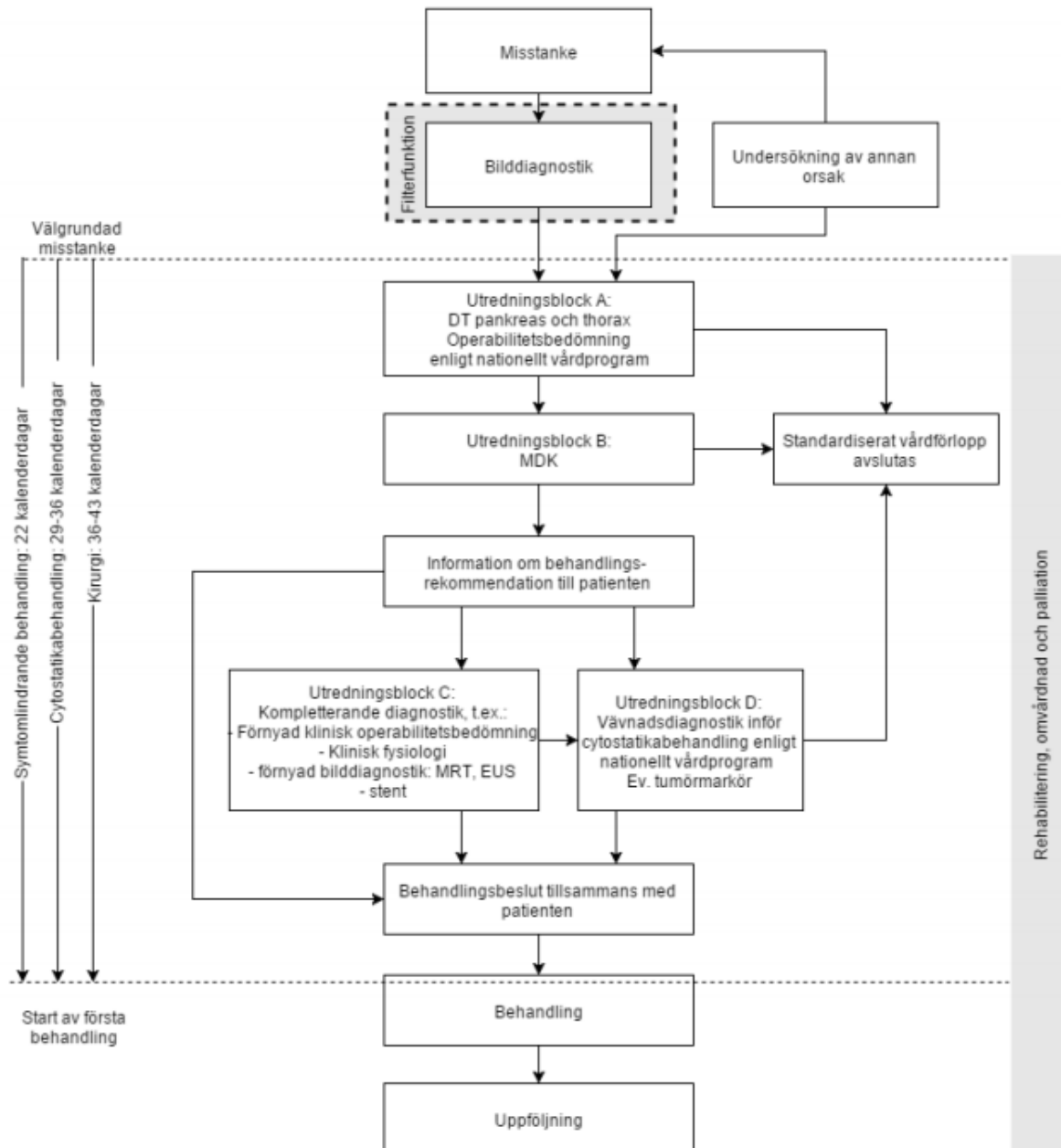
Tjock- och ändtarmscancer

Nedan visualiseras det flöde som en patient ska genomgå om hen ingår i SVF. Flödet är ritat av arbetsgruppen för tjock- och ändtarmscancer på uppdrag av Regionala cancercentrum i samverkan.



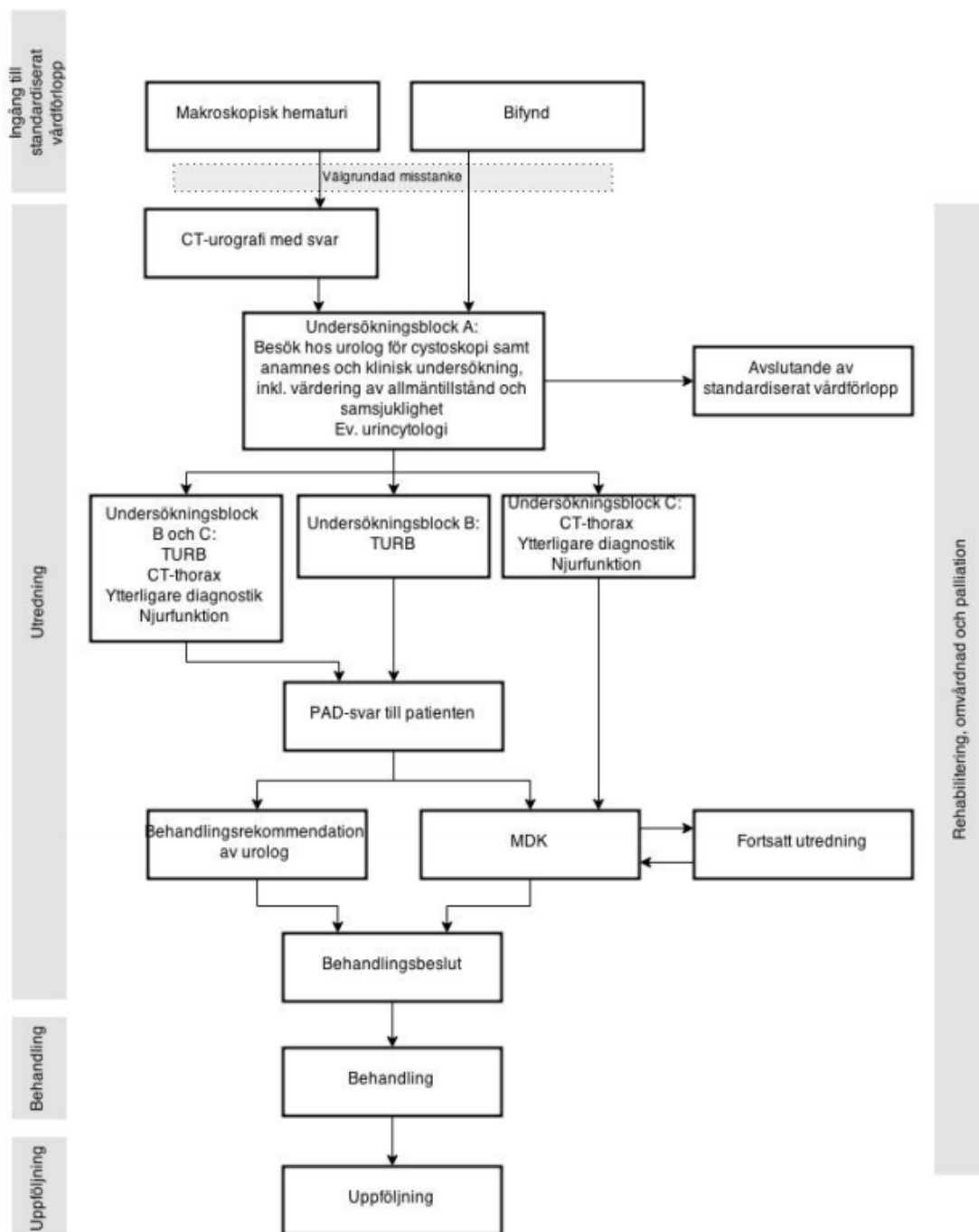
Bukspottkörtelcancer

Nedan visualiseras det flöde som en patient ska genomgå om hen ingår i SVF. Flödet är ritat av arbetsgruppen för bukspottkörtelcancer på uppdrag av Regionala cancercentrum i samverkan.



Urinblåsecancer

Nedan visualiseras det flöde som en patient ska genomgå om hen ingår i SVF. Flödet är ritat av arbetsgruppen för urinblåsecancer på uppdrag av Regionala cancercentrum i samverkan.



Bilaga 6 – Sammanställning av journalgranskning

Lungcancer

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Sammanlagt 30 journaler har granskats. Urvalet beskrivs i Bilaga 3 – Metod och urval.

Ett antal faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- Intentionen med behandlingarna framgår sällan, det vill säga att det är svårt att förstå om behandlingarna till exempel ges i kurativ intention eller om strålning/cytostatika ges inför en operation eller enbart i palliativt syfte.
- Det saknas information om patientupplevd kvalitet i journalerna. En respondent menar att detta är ett generellt problem och att det idag saknas ett bra verktyg för att utvärdera och journalföra livskvalitet på ett standardiserat sätt.
- De olika utredningsblocken som vårdprogrammet anger utförs ibland i fel ordning. Detta är ett avsteg från vårdprogrammet men behöver inte betyda att patienten får en sämre behandling utan kan tyda på att hen får en individualiserad utredning.
- Med undantag från en ledtid uppnås inte måluppfyllelsen. Ett tydligt problemområde utgörs av patologin och bild- och funktionsdiagnostik.
- Dokumentationen kring MDK är undermålig i det underlag som Helseplan har fått sig tillsänt. Det framstår som att vissa patienter inte diskuteras på MDK och att behandlingsbeslut fattas av ansvarig läkare. En respondent bekräftar att alla patienter inte anmäls till MDK utan att det här sker en prioritering. De patienter som diskuteras på MDK är patienter med potentiellt kurabel sjukdom. För att alla patienter ska kunna diskutera krävs en ökad tillgång till flera videokonferensrum och tider på befintliga rum. Patienter på SUS och Lasarettet Trelleborg som har avancerad sjukdom diskuteras på särskilda ronder som inte benämns MDK men som har en bred representation av olika yrkeskategorier.
- Dokumentationen som finns kring MDK är också undermålig vad avser vem och vilka yrkeskategorier som deltar i MDK. En respondent påpekar att det i verkligheten ser annorlunda ut med lungmedicinare, thoraxkirurg, onkolog, klinisk fysiolog och radiolog närvarande samt i viss mån kontaktsjuksköterska och lungutredningskoordinator. Den kategori som oftast är frånvarande är patologen.
- Svar från patologen har längst ledtid.
- SVF fungerar bäst på Skånes universitetssjukhus Lund. När en remiss om välgrundad misstanke inkommer till lungkliniken så beställs alla undersökningar "enligt SVF".
- För övrigt noteras att de journaler som inkom från Kryh hade ett mycket tydligt försättsblad för varje patient som används rutinmässigt för att följa upp enskilda ledtider för varje patient.

Följande bör noteras i tolkningen av data i tabellen: Alla undersökningar utförs inte för alla patienter. Därmed är underlaget inte 30 journaler per fråga för frågorna 12-18. Enbart den ledtiden som är aktuell för patientens flöde har noterats.

Sammanställning av granskning av 30 journaler

Lungcancer

2016

Patientens ålder

Medelålder	73 år
Åldersspann	42-94 år
Medianålder	73 år

Andel patienter per kön

Andel kvinnor	63%
Andel män	37%

1. Vårdärendet började vid

Primärvården	33%	Det är tydligt att den aktuella patienten remitteras vidare från en annan specialistklinik. En tredjedel av patienter kommer in via primärvården.
Företagshälsovården	0%	
Annan specialistklinik	63%	
Redan i verksamheten	3%	
Ingen uppgift	0%	

2. Vårdärendet började via

Egenremiss	0%
Professionell remiss	83%
Akutmottagningen	17%
Ingen uppgift	0%

3. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdeposoden?

Ja	3%
Nej / Ingen uppgift	97%

4. Innefattar journalen notering om patientupplevd kvalitet?

Ja	0%
Nej	100%

5. Finns dokumentation om att patienten erhållit en namngiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska)?

Ja	17%	Oftast visar journalen att det finns en kontaktsjuksköterska, men dokumentation kring delgivning saknas.
Nej	83%	

6. Har patienten erbjudits en ny medicinsk bedömning?

Ja	0%
Nej / Ingen uppgift	100%

7. Bygger patientens vårdeposod på fastställda vårdprogram?

Ja	60%	I de fall vårdeposoden inte följer vårdprogrammet kan patienten ha avböjt en viss behandling eller ha blivit erbjuden en viss behandling som mer specifikt passar individens förutsättningar.
Nej	40%	

8. Åtgärder vid första besöket?

Allmän hälsoundersökning	3%
Remiss till lungröntgen	17%
Remiss till DT	20%
Annan undersökning	67%
Ingen uppgift	3%

9. Informeras patienten om att det är misstanke eller välgrundad misstanke om cancer vid första besöket?

Ja	17%	Dokumentation kring hur och när patienten informeras saknas oftast.
Nej	83%	

10. Informeras patienten vid ett fysiskt möte (såvida det inte finns notering om att annan överenskommelse har träffats)?

Ja	17%	Dokumentation kring hur och när patienten informeras saknas oftast.
Nej	83%	

11. Ledtid från remissbeslut vid misstanke/välgrundad misstanke till remissankomst/remiss mottagen?

Högst 1 kalenderdag	73%
1 kalenderdag eller fler	27%

12. Ledtid från beslut välgrundad misstanke till start av första behandling för patientgrupp läkemedel?

Högst 40 kalenderdagar	31%
41 kalenderdagar eller fler	69%

13. Ledtid från beslut välgrundad misstanke till start av första behandling för patientgrupp kirurgi och strålbehandling?

Högst 44 kalenderdagar	31%
45 kalenderdagar eller fler	69%

14. Ledtid från beslut välgrundad misstanke till start av första behandling för patientgrupp ej tumörspecifik behandling?

Högst 30 kalenderdagar	100%
31 kalenderdagar eller fler	0%

15. Ledtid från beslut om DT till svar tillgänglig för remittenten?

Högst 3 kalenderdagar	67%
4 kalenderdagar eller fler	33%

16. Ledtid från biopsi tas till svar på morfologisk undersökning tillgänglig för remittenten?

Högst 4 kalenderdagar	11%
5 kalenderdagar eller fler	89%

17. Ledtid från biopsi tas till svar på molekylärpatologisk undersökning tillgänglig för remittenten?

Högst 7 kalenderdagar	11%
8 kalenderdagar eller fler	89%

18. Finns det i journalen noteringar om att undersökningar har fått göras om? Om ja, varför?

Ja	13%
Nej	87%
Fritextsvar	Att en undersökning har fått göras om beror framförallt på att svaret är inkonklusivt men i ett fall beror det också på att det är fel på utrustningen (var på patienten vägrar göra om undersökningen).

19. Finns dokumentation kring att multidisciplinär konferens (MDK) har genomförts och dess resultat?

Ja	70%
Nej	30%

20. Vilka funktioner närvarar vid MDK?

Patientansvarig läkare	50%	Journalerna har dålig dokumentation kring vilka som deltar i MDK.
Lungmedicinare	0%	
Onkolog	0%	
Radiolog	25%	
Patolog	25%	
Kontaktsjuksköterska	0%	
Koordinatorfunktion	0%	
(Palliativ medicin)	0%	
(Thoraxkirurg)	0%	
(Klinisk fysiolog)	0%	
(Nuklearmedicinare)	0%	

21. Vilka flaskhalsar kan ses enligt journalen?

Fritextsvar	I drygt en fjärdedel av journalerna (27%) syns inga flaskhalsar. Flaskhalsarna som syn är ledtiderna till olika undersökningar och ibland till operation efter MDK. Framför allt utgör väntetiden på PET-CT en stor flaskhals, då det syns i nästan hälften av alla journaler (47 %). Även ledtiden till PAD-svar (33%) och tid till cytostatika till MDK (27%) och tid till operation från MDK (23%) utgör hinder för att patientens väg ska vara snabb.
-------------	---

22. Noterade negativa konsekvenser för patienten och för vården?

Fritextsvar	I majoriteten av alla journaler (80%) syntes inga noterade negativa konsekvenser. Den allvarligaste konsekvensen är att tumören har växt mycket vid operationen (7%) vilket kan medföra medicinska konsekvenser för den enskilde patienten. Även att patienten får olika besked om behandling (7%) eller att det är fel på blodgasanalysen på akuten och att svaret därmed dröjer (3%) påverkar det medicinska förloppet.
-------------	---

Tjock- och ändtarmscancer

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Sammanlagt 30 journaler har granskats. Urvalet beskrivs i Bilaga 3 – Metod och urval.

Ett antal faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- Upplägget inom Skånevård Kryh verkar fungera snabbare, då vårdcentralen vid välgrundad misstanke remitterar för kolo-/rektoskopi direkt till kirurgmottagningen på sjukhuset. Till exempel: Remissen kommer från vårdcentralen den 9 mars. Den 11 mars utför en kirurg en rektoskopi med px och beställer CT- och MR-undersökningar. Den 16 mars diskuteras patienten på MDK. Patienten kommer sedan att opereras av samma kirurg som gjorde rektoskopin.
- Inom Skånes universitetssjukvård skickas istället remisserna till enheterna utanför sjukhuset. Väntetiderna här är enligt journalgranskningen långa och kan ta från några dagar till fyra eller sex veckor. Således kan det ta 30-40 dagar från välgrundad misstanke till Block A enligt vårdprogrammet inleds. De patienter som får en remiss direkt till kirurgavdelningen på sjukhuset från vårdcentralen har i regel mycket kortare ledtider. Till exempel: En vårdcentralsläkare skriver tydligt "coloncancer" på remissen till koloskopisten och trots detta dröjer det 30 dagar innan den utförs.
- Journalgranskningen visar också att vissa primärvårdsläkare beställer en DT buk-undersökning vilket medför en längre väntetid för patienten (fyra till sex veckor). När svar erhålles remitteras patienten ändå till kirurgen för kolo-/rektoskopi med px. Detta är ett avsteg från vårdprogrammet och visar tydligt att det behövs mer information till primärvården avseende tänkt ordning.
- Överlag är journalerna väl strukturerade och det syns tydligt vilka yrkeskategorier som har medverkat vid MDK. Det finns en mycket hög närvaro av samtliga enligt vårdprogrammet föreskrivna yrkeskategorier.

Följande bör noteras i tolkningen av data i tabellen: Alla undersökningar utförs inte för alla patienter. Därmed är underlaget inte 30 journaler per fråga för frågorna 11-12. Enbart den ledtiden som är aktuell för patientens flöde har noterats.

Sammanställning av granskning av 30 journaler

Tjock- och ändtarmscancer

2016

Patientens ålder

Medelålder	73 år
Åldersspann	32-88 år
Medianålder	75 år

Andel patienter per kön

Andel kvinnor	40%
Andel män	60%

1. Vårdärendet började vid

Primärvården	80%	Det är tydligt att patienten framför allt remitteras via primärvården.
Företagshälsovården	0%	
Annan specialistklinik	10%	
Redan i verksamheten	10%	
Ingen uppgift	0%	

2. Vårdärendet började via

Egenremiss	3%
Professionell remiss	97%
Akuttagningen	0%
Ingen uppgift	0%

3. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdepisoden?

Ja	17%
Nej / Ingen uppgift	83%

4. Innefattar journalen notering om patientupplevd kvalitet?

Ja	0%
Nej	100%

5. Finns dokumentation om att patienten erhållit en namngiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska)?

Ja	67%
Nej	33%

6. Har patienten erbjudits en ny medicinsk bedömning?

Ja	0%
Nej / Ingen uppgift	100%

7. Bygger patientens vårdepisod på fastställda vårdprogram?

Ja	83%
Nej	17%

8. Åtgärder vid första besöket?

Allmän hälsoundersökning	47%
Remiss till koloskopi	63%
Rektoskopi/rektalpalpation	30%
Remiss till rektalpalpation	0%
Remiss till rektoskopi	17%
Remiss till laborativ standardanemiutredning	0%
Annan undersökning	33%
Ingen uppgift	0%

9. Informeras patienten om att det är misstanke eller välgrundad misstanke om cancer vid första besöket?

Ja	27%	Dokumentation kring hur och när patienten informeras saknas oftast.
Nej	73%	

10. Informeras patienten vid ett fysiskt möte (såvida det inte finns notering om att annan överenskommelse har träffats)?

Ja	40%	Dokumentation kring hur och när patienten informeras saknas oftast.
Nej	60%	

11. Ledtid från remissbeslut välgrundad misstanke till remissankomst?

Högst 1 kalenderdag	57%
1 kalenderdag eller fler	43%

12. Ledtid från beslut välgrundad misstanke till start av första behandling vid basutredning?

Högst 39 kalenderdagar	44%
40 kalenderdagar eller fler	56%

13. Ledtid från beslut välgrundad misstanke till start av första behandling vid utökad utredning?

Högst 53 kalenderdagar	33%
54 kalenderdagar eller fler	67%

14. Ledtid från remissankomst välgrundad misstanke till första besök i specialiserad vård (Block A - koloskopi)?

Högst 10 kalenderdagar	60%
11 kalenderdagar eller fler	40%

15. Ledtid från Block A till PAD-svar, px?

Högst 5 kalenderdagar	62%
6 kalenderdagar eller fler	38%

16. Finns det i journalen noteringar om att undersökningar har fått göras om? Om ja, varför?

Ja	10%	När undersökningar har fått göras om har det framförallt berott på att vävnadsprov har bedömts som inadekvata (3%) eller inte har kunnat hittas (3%).
Nej	90%	
Fritextsvar		

17. Finns dokumentation kring att multidisciplinär konferens (MDK) har genomförts och dess resultat?

Ja	97%
Nej	3%

18. Vilka funktioner närvarar vid MDK?

Radiolog	83%	De granskade journalerna uppvisar stor följsamhet till de yrkeskategorier som anges ska delta vid MDK.
Patolog	80%	
Kolorektalkirurg	90%	
GI-onkolog	87%	
Kontaktsjuksköterska	73%	
Koordinatorfunktion	50%	
Vid behov lever- och/eller thoraxkirurg	0%	

19. Vilka flaskhalsar kan ses enligt journalen?

Fritextsvar

I en tredjedel av journalerna (33%) syns inga flaskhalsar. Flaskhalsarna utgörs av framför allt av att det inte finns tider för koloskopi (33%) eller att svaret på undersökningar dröjer från patologen (17%). Även tid till DT-undersökningar som beställs av vårdcentralen (13%) är en flaskhals. Anmärkningsvärt är att en patient trots dubbelförtur har fått vänta på en MRT-undersökning över 14 dagar (3%).

20. Noterade negativa konsekvenser för patienten och för vården?

Fritextsvar

I majoriteten av journalerna (97%) syns inga negativa konsekvenser. Den negativa konsekvensen för patienten som har noterats är att när tumören har en snabb progress medför de långa ledtiderna medicinska problem (3%).

Bukspottkörtelcancer

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Sammanlagt 30 journaler har granskats. Urvalet beskrivs i Bilaga 3 – Metod och urval.

Ett antal faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- En respondent berättar att information om vårdplan eller patientupplevd kvalitet inte dokumenteras systematiskt i journalen, vilket är en förklaring till resultatet som visas här (inga dokumenterade vårdplaner och enbart 9 procent av patienterna har en notering om patientupplevd kvalitet).
- Enbart 27 procent av journalerna anger att patienten har fått en namngiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska). En respondent menar att patienten rutinmässigt får träffa kontaktsjuksköterska vid första mottagningsbesöket även om detta inte har dokumenterats i journalen. Patienten får också kontaktuppgifter på visitkort där samtliga kontaktsjuksköterskor vid enheten namnges. Flera av kontaktsjuksköterskorna arbetar deltid varför kontinuitet inte alltid kan uppehållas, anger respondenten.
- Ingen av patienterna har erbjudits en ny medicinsk bedömning enligt den dokumentation som finns i journalen. En respondent säger att patienten erbjuds en ny medicinsk bedömning om hen aktivt efterfrågar detta eller på annat sätt ger intryck av att önska detta. Vidare menar respondenten att aktivt föreslå second opinion till varje patient i rutinsituationer riskerar att göra patienten orolig förutom att det skulle kunna innebära ett kraftigt ökat resursbehov om patienter ska handläggas vid olika MDK flera gånger.
- Sammanlagt 64 procent av journalerna följer det fastlagda vårdprogrammet. Däremot förekommer det i denna granskning tydliga exempel på patienter som aktivt väljer att avstå den föreslagna vägen. Till exempel avböjer en patient SVF-spåret för att hen ska på utlandsresa och har fått en oklar diagnostik.
- Dokumentationen kring MDK är generell bristfällig. En respondent anger att det alltid finns minst 3 pankreaskirurger varav en senior vid MDK. MDK förbereds, planeras och dokumenteras av etablerad pankreaskirurg eller pankreaskirurg under utbildning och kan inte genomföras utan dessa. Kontaktssjuksköterska från kirurgiska kliniken deltar vid alla MDK, kontaktsjuksköterska från onkologen deltar dessutom vid hälften av MDK. Specialiserad radiolog deltar alltid och har förberett granskning inför MDK. Respondenten anger att MDK dokumenteras systematiskt enligt mall (med närvarolista) i journal och ligger också till grund för registrering i nationellt kvalitetsregister, något som enbart delvis kan bekräftas i denna journalgranskning.
- Vid Helsingborgs lasarett bokas i regel ingen MDK. Om det sker kan patienten ibland först diskuteras efter att det redan finns ett beslut om till exempel onkologisk behandling. Detta kan bero på att en nålpunktion med PAD beställs och genomförs direkt efter att CT har verifierat tumören.
- Väntetid uppstår framför allt när patienten ska diskuteras på MDK och sedan påbörja rekommenderad behandling. De journaluppgifterna som finns för MDK tyder på att de rekommenderade yrkeskategorierna deltar.

Följande bör noteras i tolkningen av data i tabellen: Alla undersökningar utförs inte för alla patienter. Därmed är underlaget inte 30 journaler per fråga för frågorna 11-17. Enbart den ledtiden som är aktuell för patientens flöde har noterats. Därutöver har ett mycket bristfälligt material levererats från Skånevård Kryh. Detta gör att frågorna 3-22 inte alltid har samma svarsfrekvens och att den sammanlagda procentsatsen inte alltid utgör 100 procent.

Sammanställning av granskning av 30 journaler

Bukspottkörtelcancer

2016

Patientens ålder

Medelålder	69 år
Åldersspann	48-88 år
Medianålder	68 år

Andel patienter per kön

Andel kvinnor	60%
Andel män	40%

1. Vårdärendet började vid

Primärvården	32%
Företagshälsovården	0%
Annan specialistklinik	50%
Redan i verksamheten	18%
Ingen uppgift	0%

2. Vårdärendet började via

Egenremiss	0%
Professionell remiss	75%
Akutmottagningen	25%
Ingen uppgift	0%

3. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdeposoden?

Ja	0%
Nej / Ingen uppgift	100%

4. Innefattar journalen notering om patientupplevd kvalitet?

Ja	9%
Nej	91%

5. Finns dokumentation om att patienten erhållit en namngiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska)?

Ja	27%
Nej	73%

6. Har patienten erbjudits en ny medicinsk bedömning?

Ja	0%
Nej / Ingen uppgift	100%

7. Bygger patientens vårdeposod på fastställda vårdprogram?

Ja	64%
Nej	36%

8. Åtgärder vid första besöket?

Allmän hälsoundersökning	4%
Remiss till DT buk (eller MRT om DT ej finns att tillgå)	44%
Remiss till gastroskopi	22%
Remiss för akut omhändertagande	7%
Annan undersökning	22%
Ingen uppgift	0%

9. Informeras patienten om att det är misstanke eller välgrundad misstanke om cancer vid första besöket?

Ja	20%	Dokumentation kring hur och när patienten informeras saknas oftast. En respondent beskriver att patienter som kommer till mottagning vid Skånes universitetssjukhus har träffat läkare antingen via primärvård, akutmottagning/akutvårdstillfälle eller på kirurgmottagning/motsvarande på annat sjukhus i regionen och är därmed informerade.
Nej	53%	

10. Informeras patienten vid ett fysiskt möte (såvida det inte finns notering om att annan överenskommelse har träffats)?

Ja	23%	Patienter informeras inte om cancerdiagnos via telefon om inte detta föregåtts av ett fysiskt möte, anger en respondent. Detta är rutin och dokumenteras inte systematiskt.
Nej	47%	

11. Ledtid från remissbeslut vid välgrundad misstanke till remissankomst?

Högst 1 kalenderdag	70%
1 kalenderdag eller fler	30%

12. Vid basutredning - ledtid från beslut om välgrundad misstanke till start av behandling för patienter som får kirurgisk behandling?

Högst 36 kalenderdagar	0%
37 kalenderdagar eller fler	100%

13. Vid basutredning - ledtid från beslut om välgrundad misstanke till start av behandling för patienter som får cytostatikabehandling?

Högst 29 kalenderdagar	0%
30 kalenderdagar eller fler	100%

14. Vid basutredning - ledtid från beslut om välgrundad misstanke till start av behandling för patienter som får symtomlindrande behandling?

Högst 22 kalenderdagar	0%
23 kalenderdagar eller fler	100%

15. Utökad utredning - ledtid från beslut om välgrundad misstanke till start av första behandling för patienter som får kirurgisk behandling?

Högst 43 kalenderdagar	0%
44 kalenderdagar eller fler	0%

16. Utökad utredning - ledtid från beslut om välgrundad misstanke till start av första behandling för patienter som får cytostatikabehandling?

Högst 36 kalenderdagar	0%
36 kalenderdagar eller fler	0%

17. Ledtid från Block A till MDK?

Högst 7 kalenderdagar	38%
8 kalenderdagar eller fler	64%

18. Finns det i journalen noteringar om att undersökningar har fått göras om? Om ja, varför?

Ja	8%
Nej	70%
Fritext	Moment som upprepas i patientens journal inkluderar bland annat Block B görs två gånger (4%) samt att nya undersökningar beställs på grund av inkonklusiva fynd (4%).

19. Finns dokumentation kring att multidisciplinär konferens (MDK) har genomförts och dess resultat?

Ja	43%
Nej	23%
Ingen uppgift	17%

20. Vilka funktioner närvarar vid MDK?

Pankreaskirurg	40%
Onkolog inom området	27%
Radiolog inom området	37%
Kontaktsjuksköterska	17%
Koordinatorfunktion	7%
Föredragande med kännedom om patienten	13%
Vid behov patolog	10%
Vid behov palliativ kompetens	0%
Vid behov andra kompetenser	17%

21. Vilka flaskhalsar kan ses enligt journalen?

Fritextsvar	I knappt en tredjedel av journalerna (30%) syns inga flaskhalsar. De flaskhalsar som noteras är att det är väntetid till MDK (30%) och sedan från MDK till cytostatika (20%) eller kirurgi (7%). Även kontakten med ASiH för önskad vårdplanering och hjälpmedel i hemmet noteras som en flaskhals (7%).
-------------	--

22. Noterade negativa konsekvenser för patienten och för vården?

Fritextsvar

Inga negativa konsekvenser noterades vare sig för patienten eller för vården.

Urinblåsecancer

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Sammanlagt 30 journaler har granskats. Urvalet beskrivs i Bilaga 3 – Metod och urval.

Ett antal faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- Ingen journal innehåller anteckningar om patientupplevd kvalitet. En respondent beskriver att PREM- och PROM-enkäter har använts mellan 2014 – 2015. Dessa dokumenteras inte i journalen utan finns på RCC Syd eller som inscannade bilagor till journalen (och då har Helseplan inte tagit del av dem). Även ett konsultföretag har under 2016 skickat ut icke-validerade enkäter till de patienter som ingår i SVF men resultat av dessa återfinns inte heller i journalen.
- Sammanlagt 70 procent av journalerna följer det fastlagda vårdprogrammet. Resterande 30 procent behöver inte ha behandlats fel utan kan ha gjort egna val för att påverka sin vård. Till exempel att en patient önskar en kvinnlig läkare som cystoskoperar. Detta medför både att hon inte följer det föreslagna vårdprogrammet och att hon utförs ur SVF.
- Generellt är det vanligt att MDK inte hålls. Om den hålls saknas ofta en närvarolista eller så är det får någon som inte arbetar inom just den enheten svårt att utlösa vilken funktion vederbörande har. En respondent förtydligar att MDK enbart omfattar patienter som har tumörstadium T1-T4. Övriga tumörer behöver enligt vårdprogram inte diskuteras på MDK.
- I MDK-dokumentationen finns det nästan alltid anteckningar om att svar från patologen saknas och att patienten inte kan diskuteras nu utan måste skjutas till nästa MDK.
- Det är svårt att få tid till cystoskopi och TURB och den önskade ledtiden uppnås i praktiken aldrig.
- Däremot tas oftast remisserna emot inom 1 kalenderdag när remissen skickas direkt till urologen.
- Hematuritelefonen verkar fungera bra.

Följande bör noteras i tolkningen av data i tabellen: Alla undersökningar utförs inte för alla patienter. Därmed är underlaget inte 30 journaler per fråga för frågorna 12-16. Enbart den ledtiden som är aktuell för patientens flöde har noterats.

Sammanställning av granskning av 30 journaler

Urinblåsecancer

2016

Patientens ålder

Medelålder	74 år
Åldersspann	52-89 år
Medianålder	74 år

Andel patienter per kön

Andel kvinnor	20%
Andel män	80%

1. Vårdärendet började vid

Primärvården	63%
Företagshälsovården	0%
Annan specialistklinik	67%
Redan i verksamheten	33%
Hematuritelefonen	27%
Ingen uppgift	0%

2. Vårdärendet började via

Egenremiss	23%
Professionell remiss	73%
Akutmottagningen	3%
Ingen uppgift	0%

3. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdeposoden?

Ja	10%
Nej / Ingen uppgift	90%

4. Innefattar journalen notering om patientupplevd kvalitet?

Ja	0%
Nej	100%

5. Finns dokumentation om att patienten erhållit en namngiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska)?

Ja	37%
Nej	63%

6. Har patienten erbjudits en ny medicinsk bedömning?

Ja	0%
Nej / Ingen uppgift	100%

7. Bygger patientens vårdeposod på fastställda vårdprogram?

Ja	70%
Nej	30%

8. Åtgärder vid första besöket?

Allmän hälsoundersökning	0%
Remiss till urologisk enhet	70%
Cystoskopi + anamnes	30%
Ingen uppgift	0%

9. Informeras patienten om att det är misstanke eller välgrundad misstanke om cancer vid första besöket?

Ja	23%	Denna information ges förtydligande per telefon av koordinator som planerar in undersökningarna och finns därför inte alltid noterad i journalen.
Nej	77%	

10. Informeras patienten om vilka väntetider hen kan förvänta sig?

Ja	30%	Dokumentation kring hur och när patienten informeras saknas oftast.
Nej	70%	

11. Ledtid från remissbeslut vid välgrundad misstanke till remissankomst?

Högst 1 kalenderdag	60%
1 kalenderdag eller fler	40%

12. Ledtid från beslut vid välgrundad misstanke till start av behandling för patienter med icke-muskelinvasiv tumör?

Högst 8 kalenderdagar	4%
9-12 dagar	0%
13 kalenderdagar eller fler	96%

13. Ledtid från beslut vid välgrundad misstanke till start av strålbehandling för patienter med muskelinvasiv tumör?

Högst 36 kalenderdagar	0%
37-41 dagar	0%
42 kalenderdagar eller fler	0%

14. Ledtid från beslut vid välgrundad misstanke till start av neoadjuvant kemoterapi för patienter med muskelinvasiv tumör?

Högst 33 kalenderdagar	0%
34-37 dagar	0%
38 kalenderdagar eller fler	100%

15. Ledtid från beslut vid välgrundad misstanke till start av cystektomi för patienter med muskelinvasiv tumör?

Högst 30 kalenderdagar	0%
31-35 dagar	0%
36 kalenderdagar eller fler	100%

16. Ledtid från remissankomst till datum för första besök på specialistmottagning (Block A)?

Högst 4 kalenderdagar	10%
5 kalenderdagar eller fler	90%

17. Ledtid från PAD-besked till patienten till MDK?

Högst 7 kalenderdagar	17%
8 kalenderdagar eller fler	83%

18. Finns det i journalen noteringar om att undersökningar har fått göras om? Om ja, varför?

Ja	17%
Nej	83%

Fritextsvar

De undersökningar som görs om kan dels bero på ofullständiga biopsier/blank CT vid första gången (7%) eller att det är svårt att genomföra undersökningen rent fysiskt första gången (7%), vilket till exempel kan bero på att patienten har ett svårt förlopp med IVA-vård.

19. Finns dokumentation kring att multidisciplinär konferens (MDK) har genomförts och dess resultat?

Ja	30%
Nej	10%
Ingen uppgift	60%

20. Vilka funktioner närvarar vid MDK?

Onkolog	27%
Radiolog	20%
Patolog	20%
Urolog	27%
Kontaktsjuksköterska	7%
Koordinatorfunktion	0%

21. Vilka flaskhalsar kan ses enligt journalen?

Fritextsvar	Drygt var fjärde journal (27%) uppvisar inga flaskhalsar. I övrigt utgör tiden från cystoskopi till TURB den absolut största flaskhalsen (73%). Patienterna får också vänta på sitt PAD-svar (17%) eller på att få komma till olika undersökningar som CT (10%).
-------------	--

22. Noterade negativa konsekvenser för patienten och för vården?

Fritextsvar	Majoriteten av alla journaler redovisar inga negativa konsekvenser för patienten eller för vården (93%). Två allvarliga konsekvenser är däremot när patienten behöver IVA-vård (3%) eller när en behandling utförs fel och patientens blåsa perforeras vid TURB (3%).
-------------	---