

Uppföljning av regionala cancercentrum 2016

Nivåstrukturering och vårdprocesser

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-4-19
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2017

Förord

Med utgångspunkt i förslagen i betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) tog regeringen initiativ till etablering av sex regionala cancercentrum (RCC), ett i vardera sjukvårdsregion. Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten, samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt.

Etableringen av RCC tar sin utgångspunkt i tio kriterier för vad som bör utmärka ett regionalt cancercentrum och arbetet med etableringen beräknas ske under en fyraårsperiod.

Socialstyrelsen har sedan 2013 haft i uppdrag att följa upp och stimulera utvecklingen av RCC avseende etableringsperioden. Denna rapport omfattar det fjärde och sista året av etableringsperioden och kriterierna vårdprocesser och nivåstrukturer. Socialstyrelsen ska följa upp arbetet med kriterierna och beskriva olika intressenters perspektiv avseendestyrkor, utmaningar samt områden där ytterligare initiativ kan behöva tas.

Rapporten vänder sig främst till regeringen men utgångspunkten är att rapporten även ska kunna användas som ett underlag för fortsatt utvecklingsarbete inom landstingen och RCC. Rapporten kan dessutom vara av intresse för exempelvis beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, vårdprofession och patientföreningar.

Arbetet har genomförts av Helena von Knorring (projektledare) och Göran Zetterström. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Arbetet med nivåstrukturering går framåt	7
Alla RCC har etablerade strukturer och processer för vårdprocessarbetet	8
Inledning.....	9
Etableringen av regionala cancercentrum.....	9
Kriterier som ska utmärka ett RCC	10
Socialstyrelsens uppdrag	10
Hur Socialstyrelsen har gått tillväga.....	11
Rapportens upplägg	11
Nivåstrukturering	13
Närmare om kriteriet.....	13
Tidigare bedömning	14
RCC:s arbete med nivåstrukturering	15
Socialstyrelsens bedömning.....	17
Socialstyrelsens rekommendationer	17
RCC Norr	18
RCC Uppsala–Örebro.....	19
RCC Stockholm–Gotland.....	22
RCC Sydöst	23
RCC Väst	26
RCC Syd	27
Vårdprocesser	30
Kriteriet.....	30
Tidigare bedömning	30
Socialstyrelsens bedömning.....	31
Socialstyrelsens rekommendationer	33
RCC Norr	33
RCC Uppsala–Örebro.....	37
RCC Stockholm–Gotland.....	39
RCC Sydöst	42
RCC Väst	45
RCC Syd	49
Intressenternas förslag till nationella initiativ.....	53
System för digitalt nätverkande	53
Införande av s.k. flexibel sjukskrivning.....	53

Bilaga 1. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum.....	57
Kriterierna i översikt	57
Tidplan för etableringen av RCC	59

Sammanfattning

Regeringen har tillsammans med landsting och regioner genomfört en flerårig satsning för att etablera regionala cancercentrum (RCC). Socialstyrelsen har under etableringsperioden haft i uppdrag att årligen följa och genom platsbesök stödja utvecklingen av RCC mot bakgrund av tio kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. Denna rapport omfattar det fjärde och sista året av etableringen. RCC har för fjärde året följande krav att uppfylla:

- Nivåstruktureringsplanen är genomförd.
- Effektiviseringsarbetet är genomfört för samtliga större vårdprocesser.

Arbetet med nivåstrukturering går framåt

Alla RCC har arbetat med nivåstrukturering i sina sjukvårdsregioner. Vid Socialstyrelsens tidigare uppföljning för två år sedan skulle alla RCC ha en plan för nivåstrukturering som var beslutad av ingående landsting och regioner. Vid den uppföljning som då genomfördes kunde hälften av alla RCC uppfylla kravet och det fanns även exempel där planen också var genomförd. Resterande RCC hade svårt att uppfylla kriteriet. Vid Socialstyrelsens uppföljning av genomförandet av planen för nivåstrukturering har vi uppmärksammat att

- alla RCC nu har en nivåstruktureringsplan eller en plan för hur det fortsatta arbetet ska bedrivas, men alla möter inte helt kraven på den bredd och omfattning som kriteriet ställer,
- flera RCC har i stort genomfört sina planer och har påbörjat arbetet med utformning av en plan för kommande period samt att
- alla RCC genomför nivåstrukturering i sina regioner, men för flera RCC är arbetet mödosamt, svårt och vissa utmaningar kvarstår.

För de RCC som inte helt uppfyller kriteriet finns exempel där sjukvårdsregionen tagit beslut om ett nivåstruktureringsarbete som omfattar hela hälso- och sjukvården med undantag för primärvård och psykiatri, vilket inneburit att arbetet tar längre tid än tidplanen i kriteriet kräver. De övriga har fattat beslut för några områden genom sina utvecklingsplaner för cancervården, som därefter genomförts. I och med svårigheterna i arbetet med sjukvårdsregional nivåstrukturering har *RCC i samverkan* i samband med arbetet med nationell nivåstrukturering det senaste året också lämnat förslag till sjukvårdsregional nivåstrukturering. RCC i samverkan kommer att följa upp hur sjukvårdsregionerna gått vidare med förslagen. En förändring av arbetet där förslag till sjukvårdsregional nivåstrukturering lämnas från nationell nivå med grund i gemensamt framtagna kriterier kan vara ett sätt att underlätta nivåstruktureringen i sjukvårdsregionerna. Även om kriteriet bedöms som

uppfyllt rekommenderar vi att varje RCC har aktuella planer i arbetet med regional nivåstrukturering eftersom det är ett område som behöver ständig bevakning i takt med utvecklingen i cancervården.

Arbetet med nationell nivåstrukturering av cancervården har på senare år gått fort fram. Sedan januari 2017 har vi i Sverige 17 nationella vårdenheter inom sex åtgärdsområden. RCC i samverkan har också tagit fram en tydlig process samt kriterier för arbetet med nivåstrukturering.

Socialstyrelsens sammantagna bedömning är att arbetet med nivåstrukturering går framåt även om det i hälften, det vill säga i tre av regionerna, alltså finns utmaningar. Tre RCC uppfyller kravet om genomförda planer som efterfrågas i kriteriet.

Alla RCC har etablerade strukturer och processer för vårdprocessarbetet

Socialstyrelsens bedömning är att alla RCC driver arbetet med att förbättra och effektivisera vårdprocesserna inom väl etablerade strukturer och processer, som dessutom utvecklas efter hand som behov uppmärksammas.

I stort gäller följande.

- Sjukvårdsregionens utvecklingsplan för cancervården utgör en grund för förbättringsarbetet. Planerna följs regelbundet upp.
- Genomförandet sker med stöd av utsedda processledare, med särskilda uppdragsbeskrivningar. RCC har processledare för diagnosspecifika områden och processledare med ansvar för diagnosövergripande processer.
- Samverkan sker med lokala processledare/team vilket innebär att arbetet med utveckling av vårdprocesserna når ända in i klinikerna i cancervården.
- Det är vanligt med regelbundna kvalitetsdialoger, möten med klinikerna. Dessa förbereds bland annat med stöd av RCC:s stödteam som bistår i arbetet med sammanställning och analysarbete avseende data från kvalitetsregistren. Vid dialogerna diskuteras resultat och förbättringsmöjligheter samt behov av fortsatt utvecklingsarbete eller insatser.
- Alla RCC har utsedda patient- och närstående råd (PNR), representanter för PNR deltar i process- och utvecklingsarbetet och det finns även exempel på projekt som patienter och närstående själva ansvarat för.
- En viktig del i processarbetet är att beskriva vårdkedjan ur ett patientperspektiv.
- RCC genomför också dialoger och arrangerar mötesforum med profession och beslutsfattare.

Hur långt arbetet kommit och hur väl processarbetet fungerar ser olika ut i olika diagnos- och stödprocesser och i olika regioner.

För närvarande läggs för flera RCC dock störst kraft i arbetet med införandet av standardiserade vårdförlopp. Socialstyrelsens rekommendation är att processarbetet fortsätter utvecklas och att alla RCC fokuserar på alla delar i kriteriet genom hela vårdkedjan.

Inledning

Etableringen av regionala cancercentrum

Bakgrund

I februari 2009 överlämnades betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) till Socialdepartementet.

I betänkandet presenteras en nationell cancerstrategi med en rad olika förslag på hur landsting och regioner på ett resurseffektivt sätt kan möta de utmaningar vården står inför, i och med den framtida stora förväntade ökningen av antalet människor som lever med cancer.

Enligt utredningen behövs bland annat bättre förutsättningar för att utveckla ny kunskap för prevention, tidig diagnostik och behandling samt ett mer multidisciplinärt angreppssätt i både vård och forskning. För att nå detta understryker utredningen behovet av starka och kreativa miljöer och föreslår samlade cancerverksamheter, s.k. regionala cancercentrum (RCC).

Fem övergripande mål för framtidens cancervård anges i betänkandet, nämligen att

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

Bildandet av regionala cancercentrum

Med grund i utredningens förslag har regeringen gett stöd till huvudmännens etablering av regionala cancercentrum (RCC). Det finns ett RCC i varje sjukvårdsregion. De regionala cancercentrumen är RCC Norr, RCC Uppsala–Örebro, RCC Stockholm–Gotland, RCC Sydöst, RCC Väst och RCC Syd.

Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten och få ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.

För nationell samverkan mellan cancercentrumen har *RCC i samverkan* bildats. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samordnar arbetet och agerar ordförande, i gruppen ingår cheferna för respektive RCC. Gruppen ska verka för att genomföra cancerstrategins intentioner. Bland annat tar man gemensamt fram nationella vårdprogram och utvecklar stöd till kvalitetsregister samt initiativ inom områdena prevention, forskning, läkemedel och nivåstrukturering.

Kriterier som ska utmärka ett RCC

Huvudmännens arbete med att bygga upp RCC utgår från tio kriterier som ska vägleda huvudmännens arbete med att etablera RCC. Utgångspunkten för framtagandet av kriterierna är de principer som anges i utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Kriterierna beskrivs i Socialdepartementets promemoria *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC)*. Att bygga upp ett RCC är en omfattande process, i promemorian finns därför en angiven tidplan för när kriterierna ska vara uppnådda, från starten och fyra år framåt.

De tio kriterierna spänner över stora delar av cancervårdens organisation och innehåll och belyser områden såsom RCC:s organisation, patientcentrering, vårdprocesser, nivåstrukturering, kunskapsstyrning och forskning. För att ett RCC ska anses vara fullt etablerat krävs att samtliga kriterier är uppfyllda. För mer information om kriterierna, se bilaga 1.

Socialstyrelsens uppdrag

Regeringen har sedan 2013 gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa uppbyggnaden vid samtliga RCC.

Syftet med uppföljningen är att genom dialog stödja och stimulera arbetet med etableringen av RCC. En målsättning är att dokumentera hur arbetet fortlöper utifrån de uppsatta kriterierna. I uppdraget ingår också att ur ett intressentperspektiv belysa styrkor och utmaningar i arbetet samt att identifiera frågor inom cancerområdet där det kan behövas ytterligare initiativ.

I denna rapport presenteras resultatet av Socialstyrelsens fjärde uppföljning av etableringen av RCC, som genomfördes under 2016 och inledningen av 2017.

Socialstyrelsen har även lämnat en samlad bedömning av etableringen av RCC *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum – En samlad bedömning från fyra års uppföljning*, se länken <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-3>.

Förväntningarna på RCC

Det är två kriterier som är i fokus för fjärde årets uppföljning, de gäller vårdprocesser och nivåstrukturering.

Båda dessa områden har ingått i tidigare uppföljningar. I rapporten för 2014 skulle RCC tagit fram en plan för nivåstrukturering och detta år ska den planen vara genomförd. Kriteriet om vårdprocesser ingick i första årets uppföljning, 2013, då arbetet med vårdprocesser skulle vara påbörjat.

De förväntningar som vilar på RCC inför uppföljningen av kriteriet nivåstrukturering är att:

- Den regionala planen för nivåstrukturering ska vara genomförd.

Inom kriteriet vårdprocesser är förväntningarna att:

- Effektiviseringsarbetet för samtliga större vårdprocesser ska vara genomfört.

Närmare information om dessa kriterier ges i inledningen till respektive avsnitt i denna rapport.

Hur Socialstyrelsen har gått tillväga

Socialstyrelsen har tagit fram en plan för att genomföra platsbesök, *Plan för att genom platsbesök stödja och stimulera regionala cancercentrum*, som ligger till grund för arbetet, därutöver utvecklas årliga projektplaner för genomförandet. I planen beskrivs arbetet med kunskapsinhämtning, intervjuer och platsbesök.

I arbetet med kunskapsinhämtning har Socialstyrelsen tagit del av relevanta dokument för respektive kriterium, som erhållits från varje RCC samt genom egen sökning på internet. Dokumenten bildar underlag för Socialstyrelsens bedömningar.

Socialstyrelsen har också intervjuat olika intressenter i varje region: hälso- och sjukvårdsdirektörer, politiker, verksamhetschefer, representanter för patienter och närstående samt representanter för RCC, både chefer och processledare eller motsvarande. I intervjuerna efterfrågades bland annat styrkor och utmaningar för respektive kriterium liksom en samlad bild av det senaste årets utveckling av RCC. Trots att det är flera olika grupper av intressenter som lämnat synpunkter på utvecklingen i sina regioner väljer Socialstyrelsen att inte särskilja dem i redovisningen av anonymitetsskäl.

Myndigheten har också haft ett möte med företrädare för patientorganisationerna på nationell nivå för att samla in deras synpunkter.

Socialstyrelsen har sammanställt resultaten av vad vi sett i dokument och vad vi hört i intervjuerna inför besöken i respektive region och utformat besöken med utgångspunkten att stödja fortsatt utveckling i regionen. Besöken har för del flesta RCC varit i form av platsbesök med en stor församling intressenter för gemensam diskussion. Ett par RCC har valt att hålla mötet tillsammans med sin styrelse respektive styrgrupp. Myndigheten har även haft ett förmöte med varje RCC för att närmare diskutera preliminära bedömningar och besökets upplägg. Vid platsbesöken presenterar myndigheten preliminära resultat av årets uppföljning och tar upp särskilt valda frågeställningar som är viktiga för den fortsatta utvecklingen i regionen. Även besöken är del av kunskapsinhämtningen.

Socialstyrelsen har också samarbetat med RCC i samverkan, som består av cheferna för respektive RCC med ordförande från Sveriges Kommuner och Landsting.

I enlighet med regeringsuppdraget har Socialstyrelsen följt upp RCC:s arbete med kriterierna men har inte gjort en bedömning av kvaliteten av eller effekter i cancervården. Socialstyrelsen har heller inte gjort någon värdering av styrkor, utmaningar och förslag till fortsatt arbete som framförts från intressenterna.

Rapportens upplägg

Socialstyrelsen har valt att presentera resultaten av uppföljningen i ett kapitel per kriterium, d.v.s. i följande två kapitel:

- Nivåstrukturering
- Vårdprocesser

I kapitlen ges en inledande beskrivning av kriteriet, tidigare bedömning, Socialstyrelsens samlade bedömning av arbetet med kriteriet samt redovisning av respektive RCC:s arbete med kriteriet, där även intressenternas syn på styrkor och utmaningar ingår.

Socialstyrelsens förhoppning är att rapporten ska ge regeringen och alla övriga intressenter en bild av hur arbetet med etableringen av regionala cancercentrum utvecklats men också att den ska kunna användas av RCC, regionerna och landstingen som stöd för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Nivåstrukturering

Närmare om kriteriet

RCC ska utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen och stödja arbetet med att implementera planen.

Enligt kriteriet ska RCC två år efter starten ha en plan för nivåstrukturering, och den ska vara beslutad av landstingsledningarna. Planen ska innehålla beslutsunderlag för nivåstrukturering och ska leda fram till en beskrivning av vilka cancersjukdomar som ska behandlas var i regionen avseende metoder inom

- diagnostik
- kirurgi
- medicin
- strålmedicin
- rehabiliteringsmedicin
- multidisciplinära konferenser.

Planen bör vidare omfatta nivåstrukturering inom regionens sjukhus så att vårdinsatser utförs av personal som har stor erfarenhet av behandlingen. Primärvårdens roll ska definieras.

För alla större cancerformer ska RCC definiera de patientvolym, kompetenser, tekniska utrustningar och andra faktorer som krävs för att erbjuda vård av hög kvalitet. Planen ska också beskriva de mindre vanliga cancerformer som ska behandlas vid ett centrum i regionen, liksom den vård som är lämpad för decentralisering. Dessutom ska den innehålla en beskrivning av vilka behandlingar eller diagnostiska metoder som ska genomföras utanför regionen.

Vidare ska det finnas ett system för multidisciplinära konferenser inom regionen. Det innebär att alla sjukhus i regionen som behandlar patienter mot cancer ska ha teknik som möjliggör konferenser via länk där patienter kan bedömas i samarbete med experter i eller utom regionen. I arbetet ska ingå att utveckla formerna för multidisciplinära vårdplaneringskonferenser inom de större sjukhusen.

Fyra år efter starten ska nivåstruktureringsplanen vara genomförd.

Om nivåstrukturering

Nivåstrukturering kan innebära både en koncentring och en decentralisering av vård. En del RCC har valt att använda begreppet arbetsfördelning, i rapporten använder vi genomgående nivåstrukturering. En koncentration av cancervård kan ur resurs- och kvalitetssynpunkt innebära flera fördelar. Fördelarna gäller kompetenshöjning, generell kvalitetsförbättring och ökade möjligheter till forskning och utveckling. En decentralisering kan innebära fördelar för patienten i form av geografisk närhet. Nivåstrukturering är ett

område som kräver ständig uppmärksamhet i takt med att cancervården utvecklas.

Tidigare bedömning

Arbetet med nivåstrukturerings följdes upp 2014 och redovisades i rapporten *Uppföljning av regionala cancercentrum 2014 – uppbyggnad styrkor och utmaningar*. Alla RCC skulle då tagit fram planer för nivåstrukturerings, som dessutom skulle vara beslutade av landstings- och regionledning. I rapporten framhölls att arbetet med nivåstrukturerings visade på stora utmaningar i sjukvårdsregionerna och endast hälften av RCC lyckades inom tidplanen ha beslutade planer.

En anledning till att det var svårt att uppfylla kriteriet var att landsting och regioner i sjukvårdsregionerna konkurrerar om att få den koncentrerade cancervården placerade i just sitt landsting/region.

Det fanns också en oro för att koncentration av cancervården negativt skulle påverka övrig vård, särskilt akutsjukvården, för de sjukhus som inte skulle ha kvar den cancervård som koncentreras. Socialstyrelsen konstaterade att flera landsting och regioner behövde öka kraften i arbetet med nivåstrukturerings för att klara kriteriet.

Socialstyrelsen uppmärksammade vidare att både landsting och sjukvårdsregioner gjorde olika bedömningar av hur stora patientvolymerna som krävas för att hålla tillräckligt hög kompetens för behandling av olika cancerformer, till exempel minsta acceptabla antal operationer som krävs för att upprätthålla god vårdkvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen välkomnade att RCC i samverkan i arbetet med utformning av nationella vårdprogram började inkludera bland annat frågan om patientvolymerna kopplat till olika kvalitetskrav för god vård som kan ge vägledning och stöd för hantering av frågorna om nivåstrukturerings på regional och lokal nivå.

Socialstyrelsen konstaterade att RCC främst hade fokus på nivåstrukturerings avseende kirurgi och rekommenderade RCC att överväga behoven av nivåstrukturerings även avseende medicinsk behandling, strålmedicinska och rehabiliteringsmedicinska metoder samt diagnostiska metoder. Socialstyrelsen lämnade också rekommendationer till landsting och regioner om att vid behov ge RCC förnyat uppdrag att ta fram förslag på sätt att nivåstrukturera cancervården samt ge RCC ökat stöd för arbetet med nivåstrukturerings, exempelvis genom att överväga ett bredare arbete med nivåstrukturerings som omfattar mer än cancervården för att dämpa eventuell oro för negativ påverkan på akutsjukvården och mindre sjukhus.

Tabell 1: Hur väl uppfyller RCC kriteriet om en plan för nivåstrukturerings 2014?

RCC	Uppfylls kriteriet?
Norr	Ja
Uppsala–Örebro	Nej
Stockholm–Gotland	Ja, delvis Gotland
Sydöst	Nej
Väst	Ja
Syd	Nej

RCC visade varierande resultat. Tre av sjukvårdsregionerna uppfyllde i stort kriteriet, medan övriga RCC hade en del kvar att göra. I dessa sjukvårdsregioner var frågan om nivåstrukturering också svår och ofta känslig.

Nedan presenteras Socialstyrelsens bedömning av huruvida respektive RCC uppfyller kriteriet. Socialstyrelsen beskriver även framgångsfaktorer och utmaningar i respektive region utifrån intervjuer och diskussioner vid platsbesöken.

RCC:s arbete med nivåstrukturering

Alla RCC arbetar med utveckling av nivåstrukturering i sina regioner. Det har varit och är ett svårt område för de flesta sjukvårdsregioner och ännu har inte alla RCC planer i den omfattning som kriteriet kräver. Svårigheterna har bland annat handlat om att komma överens om vad som ska nivåstruktureras och på hur många enheter en åtgärd ska utföras. Dessutom har de inte omfattat hela den bredd som kriteriet innehåller. Tre RCC har beslutade planer, antingen som egna planer eller som ingående i regionens utvecklingsplan, och som i stort är genomförda. I tre av regionerna är det fortfarande en utmaning att uppnå en nivåstrukturering i den mening eller omfattning som kriteriet kräver.

För några regioner har arbetet med nivåstrukturering främst gällt kirurgi, några regioner har också etablerat diagnostiska centrum för patienter med oklara symtom och centrum för cancerrehabilitering. Rehabilitering är ett område RCC behöver se över, det har framkommit att det är ojämlig tillgång till rehabilitering och behov av utveckling avseende enheter för specialiserad rehabilitering i flera av regionerna.

Ett av områdena som RCC utvecklat väl gäller både regionala och nationella multidisciplinära konferenser (MDK).

Multidisciplinära konferenser

En del av RCC:s arbete med nivåstrukturering gäller att öka möjligheterna till regionala multidisciplinära konferenser.

RCC har verkat för att öka möjligheterna för kliniker att ansluta sig till regionala respektive nationella multidisciplinära konferenser bl.a. avseende tillgång till lokaler med utrustning och stöd till tidplanering.

RCC i samverkan har tagit fram ett ramverk för nationell MDK som beskriver process, sekretess, kompetens, teknik, finansiering m.m. Initiativet kom genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL för 2014, där det ingick att ta fram en modell för nationella multidisciplinära konferenser. Samtliga nyupptäckta och återinsjuknade patienter, aktuella för nationell vårdenhet, bör bedömas vid en nationell MDK.

Förändring i arbetet med regional nivåstrukturering

Socialstyrelsen har noterat att en förändring har skett i arbetet med nivåstrukturering på regional nivå. Genom det nationella arbetet med nivåstrukturering inom RCC i samverkan lämnas nu även förslag till regional nivåstrukturering.

Nivåstrukturering genom RCC i samverkan

Nationell nivåstrukturering

Arbetet med nivåstrukturering på nationell nivå genom RCC i samverkan har till en början gått långsamt. Sedan 1 januari 2015, har behandling av peniscancer koncentrerats till två platser i landet, Universitetssjukhuset Örebro och Skånes universitetssjukhus.

Genom RCC i samverkan har arbetet med nationell nivåstrukturering fortsatt utvecklas och nu tagit fart. Kriterier för nationell nivåstrukturering är framtagna och flera beslut om nivåstrukturering är fattade.

Sedan den 1 januari 2017 finns totalt 19 nationella vårdenheter avseende sju åtgärder inom följande sex cancerdiagnoser

- analcancer (kemoterapi och kirurgi)
- cancer i bukhinnan
- malignt melanom
- matstrupscancer
- peniscancer
- vulvacancer

Nivåstrukturering av vården sker i olika utsträckning i sjukvårdsregionerna. Genom arbetet på nationell nivå har samtliga 21 landstingen fattat beslut om de sex åtgärderna som koncentreras till ett fåtal platser i landet. Landsting och regioner är dessutom överens om att ytterligare tre komplicerade åtgärder inom cancervården ska koncentreras till två sjukhus i landet (bukspottkörtelcancer, gallvägscancer och testikelcancer). Förutsatt att alla fattar beslut senast 1 april 2017 startar de nya nationella vårduppdragen den 1 november nästa år. Vid denna rapportens publicering har de allra flesta landsting/regioner ställt sig bakom förslagen och fattat besluten. Med den nya rekommendationen kommer totalt tio åtgärder vara nationellt koncentrerade och fördelade över landets samtliga sju universitetssjukhus.

Det är ännu tidigt att uttala sig om vad den genomförda nivåstruktureringen innebär för patienterna, men utgångspunkten i RCC:s förslag till nationell nivåstrukturering är att en högre skicklighet utvecklas och att mer forskning kommer att ske inom dessa områden och att vården för patienterna därmed blir säkrare och bättre. RCC i samverkan avser att två år efter driftstart följa upp de nationella vårdenheternas arbete.

Regional nivåstrukturering genom förslag av RCC i samverkan

Mot bakgrund av svårigheterna för flera RCC att nå framgång i arbetet med regional nivåstrukturering har under det senaste året förslag om sjukvårdsregional nivåstrukturering lyfts i det nationella arbetet med nivåstrukturering, som genomförs av RCC i samverkan. Det innebär att kriterier för bedömning av behov av sjukvårdsregional nivåstrukturering blir lika över landet och ökar förutsättningarna för en mer jämlik vård då förslag lämnas om antal platser som en viss åtgärd bör utföras i sjukvårdsregionerna. Härigenom kan regional nivåstrukturering underlättats då landsting och regioner fått ett gemensamt underlag med förslag till både nationell och sjukvårdsregional

nivåstrukturering. RCC i samverkan avser följa upp hur de regionala rekommendationerna har hanterats i sjukvårdsregionerna.

Socialstyrelsens bedömning

Tre RCC uppfyller kriteriet och i övriga tre RCC pågår utveckling inom nivåstruktureringsarbetet.

Socialstyrelsen har sett en förändring av arbetet med regional nivåstrukturering i och med att förslag om regional nivåstrukturering nu även lämnas från nationell nivå. Eftersom flera regioner har haft svårigheter att uppfylla kriteriet har regional nivåstrukturering även lyfts upp till nationell nivå vilket gett större framgång i arbetet då sjukvårdsregionerna i stort godkänt förslagen, enligt remissvaren till RCC i samverkan. Samtidigt har det regionala arbetet med nivåstrukturering fortsatt att utvecklas men för flera RCC återstår ett arbete innan men helt uppnår den bredd och innehåll som kriteriet efterfrågar.

Tabell 2. Bedömning av kriteriet om nivåstrukturering 2016

Kriteriets krav	Läge	Bedömning	
Plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen är genomförd	Flera RCC har planer i enlighet med kriteriet och har genomfört dem, andra har planer som omfattar delar av kriteriet eller plan för hur arbetet med nivåstrukturering ska ske.	RCC Norr	RCC Uppsala-Örebro
		RCC Stockholm-Gotland	RCC Sydöst
		RCC Väst	RCC Syd

Bedömningsgrunder för ovanstående tabeller

	Kriteriet uppfyllt
	Kriteriet delvis uppfyllt
	Kriteriet inte uppfyllt

Socialstyrelsens rekommendationer

Rekommendationer till RCC

Socialstyrelsen rekommenderar de RCC som ännu inte helt uppfyller kriteriet att fortsätta sitt arbete så att kriteriet kan uppfyllas. Vidare rekommenderar vi att alla RCC har aktuella planer för nivåstrukturering, eftersom det är ett område som behöver ständig bevakning i takt med utvecklingen i cancervården.

Rekommendationer till landsting och regioner

Socialstyrelsen rekommenderar landsting och regioner att stödja RCC i arbetet med nivåstrukturering och att fatta nödvändiga beslut samt att följa upp genomförandet.

Nedan följer en beskrivning av respektive RCC:s arbete med nivåstrukturering.

RCC Norr

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Norr uppfyller kriteriet. RCC Norr har en plan som i stort är genomförd.

RCC:s arbete med kriteriet

Plan för nivåstrukturering

Norra regionens nivåstruktureringsplan gällde för perioden 2013–2015. En ny nivåstruktureringsplan för 2016–2018 har tagits fram och beslutades av Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund i september 2016.

Genomförande av planen

En uppföljning av RCC från 2016 visar att den förra nivåstruktureringsplanen är i stort sett genomförd. Därefter har samtliga regionala processarbetsgrupper tagit fram förslag till områden för fortsatt nivåstrukturering. Med underlag från processarbetsgrupperna har en ny nivåstruktureringsplan för åren 2016–2018 tagits fram och beslutats.

Den nya planen innebär förändrings- och förbättringsförslag inom flera av diagnosgrupperna. Planen omfattar även en fortsatt satsning på cytostatikamottagningar på läns- och länsdelssjukhus, för att ge patienterna möjlighet till behandling nära hemmet. Dessutom finns ett ökat fokus på en förstärkt cancerrehabilitering och förbättringar i organisationen för cancerrehabilitering, både inom landstingen och sjukvårdsregionalt.

I den nya planen finns några vårdenheter som kan komma att ha volymer på mindre än 20 ingrepp per år. RCC har i uppdrag att följa upp dessa enheters resultat.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor avseende nivåstrukturering

I Norra sjukvårdsregionen framkommer i intervjuerna att man är stolt över sitt arbete och framhåller att den första planen är genomförd och att den nya är på gång och nu inbegriper även rehabilitering som man inte fick med i den första omgången.

De allra flesta framhåller det väl strukturerade arbetet av RCC och förbundsdirektionen som en förutsättning för hur väl man lyckas.

Arbetet med regional nivåstrukturering är bra uttänkt och upplagt i regionen och det anses vara en stor framgångsfaktor att Regionförbundet har mandat att fatta beslut om regional nivåstrukturering.

Många lyfter fram den långa traditionen av regional samverkan som varit nödvändig i en glesbygdsregion.

En viktig del av hur väl man lyckas i genomförandet av nivåstrukturering framhålls Regionalt chefsråd för cancervården vara, det är ett bra forum för stöd i genomförandet.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med nivåstrukturering

Flera intressenter lyfter fram att arbetet med rehabilitering är en stor utmaning i sjukvårdsregionen. Några lyfter fram att man måste göra rehabilitering mer intressant, spännande och roligt, att det är viktigt att få bort diagnos- och kliniktänket. Flera anser att det finns behov av specialiserade rehabiliteringscenter och att det är väsentligt med tillgång nära patienten för mindre komplicerad rehabilitering.

Avseende både regional och nationell nivåstrukturering finns flera som framhåller vikten av att hålla rätt fokus i arbetet med nivåstrukturering. Att det handlar om mer än volymer – kvalitet, teamarbete och tillräcklig kapacitet framhålls som väsentligt att ta med i bedömningen. Det nämns även att landsting och regioner måste förstå den kirurgiska planeringen, hur resurskrävande det är.

Några framhåller också att landstingen på allvar måste rigga organisationen så att man kan klara sitt uppdrag när man tar på sig att bli en sjukvårdsregional eller nationell enhet. De anser att det finns ett behov av fördjupade konsekvensbeskrivningar av landsting och regioner.

Efter nivåstrukturering måste, enligt de flesta, genomförandet följas med avseende på kvalitet, teamarbete, kapacitet, samarbetsätt, följsamhet till vårdprogram, uppföljning i kvalitetsregister liksom god anslutning till kvalitetsregistren.

Några anser också att hänsyn måste tas till resurs- och kompetensbristen som finns på de flesta enheter. Man måste kunna fortsätta hålla bra akutvård, och därför även överväga att koncentrera vård även till de mindre enheterna.

RCC Uppsala–Örebro

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Uppsala–Örebro delvis uppfyller kriteriet. RCC Uppsala–Örebro alltså saknar en plan för nivåstrukturering i den mening som kriteriet avser men har en plan med en modell för det fortsatta arbetet och har arbetat med tre områden för nivåstrukturering där modellen testats.

Socialstyrelsen rekommenderar RCC Uppsala–Örebro att fortsätta arbetet med nivåstrukturering. Genom att ta fram en samlad plan för nivåstruktureringen av sjukvårdsregionens cancervård kan beslut om genomförande underlättas, eftersom ett bredare grepp ger möjligheter till större givande och tagande mellan landstingen och vårdenheterna i sjukvårdsregionen.

RCC:s arbete med kriteriet

Plan för nivåstrukturering

Processen för arbetet med nivåstrukturering beskrivs i utvecklingsplanen för regionens Cancerplan 2016–2018. Genom cancerplanen beslutades om nivåstrukturering inom kolorektal-, urologisk och gynekologisk cancer.

Genomförande av planen

Nivåstrukturering är ett kriterium som varit svårt att uppfylla för RCC Uppsala–Örebro.

Struktur för arbetet med underlag för nivåstrukturering är densamma som för arbetet med vårdprocesserna, se beskrivning i nästa kapitel. En modell finns framtagen för arbetets kommande steg då förslag ligger framme. I sjukvårdsregion Uppsala–Örebro finns sedan tidigare ett beslut om hur arbetet med nivåstrukturering ska genomföras, det är en modell som i stort utgår från den som används i arbetet med nationell nivåstrukturering genom RCC i samverkan. Utifrån den modellen har sjukvårdsregionen beslut om nivåstrukturering avseende urologisk, gynekologisk och kolorektal cancer som landstingen ska genomföra under 2016.

Inom övriga vårdprocessgrupper ska ett underlag för regional nivåstrukturering för respektive diagnoser tas fram, enligt beslut i samverkansnämnden hösten 2016.

I regionen har också nationella vårdenheter bildats, med grund i RCC i samverkans förslag. Kirurgi för peniscancer har Örebro universitetssjukhus ansvar för sedan 2015. Sedan den 1 januari 2017 genomförs radiokemoterapi med botande syfte vid analcancer samt cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, så kallad CRS/HIPEC på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor avseende nivåstrukturering

När det gäller framgångsfaktorer så framhåller de flesta den gemensamma planen för hur arbetet med nivåstrukturering ska gå till och man menar att det är rätt sätt att jobba.

Flera intressenter lyfter också fram RCC:s arbete för god kommunikation i regionen, som man menar lett till ett gott samarbetet mellan både profession och ledning, liksom den förbättrade samverkan mellan Akademiska sjukhuset och Universitetssjukhuset Örebro. De som intervjuats anser att detta gynnar långsiktighet i arbetet med nivåstrukturering.

När det gäller konkreta resultat av arbetet med nivåstrukturering så anser många att de multidisciplinära konferenserna (MDK) nu är bättre riggade och genomförs för alltfler patienter. Att MDK har inneburit tillfälle att också lyfta andra angelägna frågor.

Flera anser också att det nationella arbetet med nivåstrukturering ger stöd i arbetet med regional nivåstrukturering. De menar också att arbetet med nationell nivåstrukturering är nödvändigt och positivt. Vidare menar de att de

nationella vårdprogrammen utgör en bra grund för arbetet med nivåstrukturering.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med nivåstrukturering

Flera av intressenterna i regionen anser att man står inför stora utmaningar när det gäller arbetet med nivåstrukturering. I intervjuerna lyfts följande utmaningar fram.

Flera intressenter menade att det pågår kohandel mellan sjukhusen innan förslag lämnas till regional nivåstrukturering och att det negativt påverkar patientperspektivet i arbetet med nivåstruktureringen.

I både intervjuer och vid platsbesöket lyftes att kommunikationen i hela regionen behöver utvecklas för att fattade beslut effektivt ska nå in i alla verksamheter. Många lyfter fram att det finns stora utmaningar i implementering av beslut och att det ibland är svårt att sätta patienten i centrum – att man istället låter organisationsperspektivet ta över. Intressenterna anser att det är viktigt att följa upp följsamheten till fattade beslut och att detta är en viktig roll för RCC.

Andra menade att det är viktigt att säkra engagemang och delaktighet hos alla sjukhus, säkra att de är med på ställningstagandet och samtidigt bibehålla motivationen för tidig diagnostik och uppföljning av patienterna lokalt. Samtidigt menar några att processen är alldeles för långsam och att RCC behöver bli bättre på att sätta stopp i arbetet med att inhämta synpunkter.

När det gäller arbetssätten som RCC etablerat med vårdprocessgrupper och samverkan med cancerråden anser många att detta behöver utvecklas vidare. Det behövs närmare samverkan mellan cancerråden, vårdprocessgrupperna och lokala processledare och verksamhetschefer. Alla grupperingar behöver ta hem frågor och förankra beslut i sina landstings ledningar och hos berörda kliniker.

Att cancerråden arbetar olika lyfts också fram. Det finns ett behov att tydliggöra deras roll och sprida information om dem i respektive landsting och till vårdprocessgrupperna.

RCC:s placering kan upplevas partisk just när det gäller arbetet med nivåstrukturering eftersom RCC inte bara är knutet till Uppsala läns landsting utan dessutom har sin placering och tillhörighet på Akademiska sjukhuset.

Diskussionerna om storregioner har inneburit att arbetet med nivåstrukturering tagit paus och det finns en oro för att börja om ifall Värmland lämnar regionen så som förslagits. Samtidigt lyfter många fram att en storregion skulle underlätta nivåstrukturering.

Det nationella arbetet med nivåstrukturering genom RCC i samverkan anser några drivs på på ett bra sätt men det, tillsammans med storregionfrågan, har inneburit att kraften i det regionala stannar upp och att regionen istället inväntar nationella rekommendationer. Andra menar att det regionala nivåstruktureringsarbetet behöver drivas hårt i regionen för att bättre kunna vara med och konkurrera om de nationella enheterna.

Några ansåg också att det finns ett stort behov av att ensa processerna rikssjukvård och nationell nivåstrukturering. Intressenterna såg flera fördelar i RCC-modellen som är snabbfotad, kopplad till vårdprogram, har en tydlig

process och inkluderar de ansvariga för pengar, personal, ansvarsfördelning och uppföljning.

RCC Stockholm–Gotland

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Stockholm–Gotland uppfyller kriteriet. RCC Stockholm–Gotland har en plan som i stort är genomförd.

RCC:s arbete med kriteriet

Plan för nivåstrukturering

I sjukvårdsregionens beslutade Cancerplan för åren 2016–2019 ingår nivåstrukturering. Av den framgår att Stockholms läns landsting och Region Gotland har lite olika angreppssätt på nivåstruktureringsarbetet.

För Stockholms läns landsting innebär det att vården för cancerpatienter finns vid tre bröstcancercentrum, fyra vårdenheter för kurativ behandling av prostatacancer, fyra vårdenheter för kirurgi vid tjock- och ändtarmscancer, tre vårdenheter för njurcancer och en vårdenhet för behandling av lungcancer (två för diagnostik). Övriga cancerdiagnoser tas om hand på Nya Karolinska universitetssjukhuset. Landstinget har även en enhet för specialiserad cancerrehabilitering och ett diagnostiskt centrum, beslut har nu fattats om ett till diagnostiskt centrum som ska etableras på Danderyds sjukhus. Beslut har fattats i Stockholms läns landsting om strålbehandling som en del i den sammanhållna vårdprocessen vid de tre sjukhus som har ansvar för de tre stora tumörsjukdomarna (bröst-, prostata- och tjocktarmscancer).

För Region Gotland genomförs som regel kirurgisk behandling och onkologisk behandling på Gotland med undantag för patienter med behov av mer komplicerade kirurgiska ingrepp, mindre tumörgrupper, intensiv högdos kemoterapi eller strålbehandling.

Genomförande av planen

Nivåstruktureringsplanen är i stort sett genomförd. Successivt öppnar Nya Karolinska universitetssjukhuset sina verksamheter under 2017–2018 och då fullföljs förslaget till centraliseringen i cancerplanen.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med nivåstrukturering

Vid tidigare uppföljning har Socialstyrelsen noterat att det stordat rejält i arbetet med nivåstrukturering och då fokuserat mot området bröstcancer. Nu hörs istället i stort samstämmigt att arbetet med nivåstrukturering har gått bra, och det mesta är genomfört enligt intressenterna.

Flera intressenter lyfter fram bildandet av Centrum för cancerrehabilitering som en viktig och positiv förändring för cancerpatienterna och att det är viktigt att undanröja eventuella hinder för dem att få komma dit.

Många lyfter fram en positiv utveckling av multidisciplinära konferenser (MDK) som underlättas av nya möjligheter via video.

Att patienter på Gotland erbjuds polikliniska besök via länk lyfts fram som en stor fördel för patienterna som slipper en del av resandet till Stockholm. De menar också att det är bra att det vid dessa besök finns personal både från Stockholm och från Gotland vilket ses som positivt för kontinuiteten för patienterna.

Många framhåller som framgångsfaktor att det funnits ett starkt politiskt stöd för cancerplanen, att politikerna hållit ut hela vägen, till och med vid genomförandet, när det varit svårigheter i arbetet.

En annan sak som lyfts fram gäller RCC:s placering i hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting som inneburit att RCC har haft goda möjligheter att bidra till krav i avtalen och att det är ett utmärkt sätt att föra utvecklingen framåt.

Intressenterna ser positivt på arbetet med nationell nivåstrukturerings då det driver på utvecklingen, både på krav om volymer, kvalitet och på kompetens.

Några menar att Region Gotland valt att gå lite vid sidan om och i sin egen takt, men att det löst sig väl genom att Region Gotland har ett eget kapitel i cancerplanen.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med nivåstrukturerings

Det är inte mycket som framkommer i intervjuerna när det gäller utmaningar. Mycket har hänt sedan Socialstyrelsens föregående uppföljning av arbetet med nivåstrukturerings och det mesta anses vara klart.

För två områden kvarstår dock arbete enligt intressenterna vid tiden för intervjuerna, det gäller lungcancer och njurecancer som möter motstånd i verksamheterna. (Vi har noterat att det nu är klart att all behandling av lungcancer ska ske vid Nya Karolinska sjukhuset och diagnostik även vid Danderyds sjukhus.)

Vid tiden för intervjuer fanns också de som anser att det finns mer att göra och vill se ett omtag när det gäller prostatacancervården som de anser bör vara på färre enheter i länet. (Utredning pågår nu.)

Några av intressenterna vill uppmärksamma att ersättning till vårdgivarna behöver ses över, för att patienter som behöver ska få tillgång till den nya cancerrehabiliteringsenheten.

RCC Sydöst

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Sydöst delvis uppfyller kriteriet. Vid vår tidigare uppföljning saknades en plan för nivåstrukturerings. Sedan dess har en plan tagits fram och utgör en del av sjukvårdsregionens strategiska utvecklingsplan. Den nivåstrukturerings som ingått i planen är i stort genomförd. Planen omfattar dock inte den bredd som kriteriet efterfrågar.

Socialstyrelsen rekommenderar RCC Sydöst att fortsätta arbetet med nivåstrukturerings så att alla delar i kriteriet ingår.

RCC:s arbete med kriteriet

Plan för nivåstrukturering

Av sjukvårdsregionens beslutade Strategiska utvecklingsplan för 2015–2018 framgår att tre centra i Sydöstra regionen, en enhet per län, tar hand om ändtarmscancer (kirurgisk- och onkologisk behandling), lungcancer inklusive primärdiagnostik, bröstcancer (kirurgisk- och onkologisk behandling) och AML (diagnostik och behandling). Under våren 2017 kommer beslut att tas om njurcancer (förslag finns på tre opererande enheter i sjukvårdsregionen) och för avancerad urinblåsecancer (cystektomi utförs vid ett sjukvårdsregionalt centrum).

Genomförande av planen

Sydöstra sjukvårdsregionen har antagit en beslutsprocess för hur arbetet med nivåstrukturering inom cancervården ska ske i regionen. Tillsammans tar en av RCC utsedd arbetsgrupp och en sakkunniggrupp, som oftast är de regionala medicinska programgrupperna (RMPG:s), som består av regionens verksamhetschefer) fram ett underlag för nivåstrukturering. Underlaget går sedan för beslut av Regionsjukvårdsledningen och i Samverkansnämnden. Därefter får, enligt RCC:s modell, verksamheterna göra en intresseanmälan som bedöms av RCC:s arbetsgrupp och ledningsgrupp. RCC lämnar ett förslag för beslut till Regionsjukvårdsledningen. I fallet med de fyra diagnoserna som beskrivs ovan har dock respektive län fattat beslut eftersom förslaget var en vårdenhet per län.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med nivåstrukturering

Ett område som många anser att blivit en stor framgång i arbetet med nivåstrukturering gäller utvecklingen av multidisciplinära konferenser (MDK). Man anser att bra länsövergripande riktlinjer för MDK har tagits fram och att det fungerar väl i sjukvårdsregionen.

Några framhåller också att det mesta avseende nivåstruktureringen är klart inom onkologi genom arbetet i de regionala medicinska programgrupperna (RMPG:s).

Många anser också att RCC har bra och duktiga processledare som bistår med bra dataunderlag i förbättringsarbetet. Det är en förutsättning i utvecklingsarbetet både avseende nivåstrukturering och vårdprocesser att få tillgång till och föra diskussioner utifrån bra analyser av resultat. De framhåller också att kvalitetsregistren fyller en viktig funktion och arbetet med dem behöver fortsätta utvecklas för att data ska vara tillräckligt tillförlitliga. Resultatrapporteringen är etablerad sedan många år och det finns en stor vana att diskutera och jämföra resultat i sjukvårdsregionen.

De allra flesta framhåller också det goda samarbetet i sjukvårdsregionen.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med nivåstrukturering

Några av intressenterna anser att RCC och ledningsgruppen kan bli bättre på att ge feedback på förslag som lämnats till RCC. Man upplever ibland att man lämnar förslag och sedan hör man inte något mer om vad som händer med de förslag som lämnats.

Liksom vid Socialstyrelsens förra uppföljning av arbetet med nivåstrukturering framhåller man att det alltså är en känslig fråga inom och mellan landsting/regioner (särskilt inom kirurgin). För att nå framgång krävs ett högt förtroende och samarbetsvilja hos professionen för att nå fram till beslut, det finns arbete åt alla menar man. De förslag som hittills lämnats anser flera är svaga, att man har fel utgångspunkt i diskussionerna och tappar patientperspektivet framför professions- och organisationsperspektivet. RCC:s status inom detta område behöver höjas. Andra saker som nämns gäller attityd och inställning i vården samt ledarskap.

Sjukvårdsregionen behöver koncentrera vård även till de mindre sjukhusen anser en del intressenter. Det skulle underlätta om man också får något tillbaka när man lämnat ifrån sig åtgärder, t.ex. bör man ta ett bredare grepp om nivåstruktureringsarbete, med koppling även till benign kirurgi. De menar också att det är angeläget att säkra tillräcklig kapacitet för centraliserade enheter så de kan klara att ta emot stora patientvolymen. Vikten av uppföljning med kvalitetsregisterdata framhålls för att följa hur det går för patienterna.

Det finns också de som menar att utvecklingen av regionala och nationella multidisciplinära konferenser (MDK) utvecklats väl men att de nu tar för mycket resurser i anspråk. En fråga som ställs är om verkligen alla patienter behöver bedömas vid en MDK. Verksamheterna har svårt att leva upp till de krav som ställs avseende tiden MDK tar. Intressenterna menar att RCC kan ta ett större ansvar för koordinering, förberedelser och samordning av MDK för att underlätta och effektivisera arbetet med dem.

Några intressenter menar att ett omtag behöver tas avseende nivåstrukturering av prostatacancer, inklusive diagnostiken.

Även arbetet med nivåstrukturering på nationell nivå har några lyft fram som en utmaning, de anser att det är en bristande insyn, högt tempo och ett top-down-perspektiv. Det är viktigt att även få med representation från praktiserande läkare på mindre sjukhus i det nationella arbetet.

Med det stora fokus på kirurgi som råder i diskussionerna om nivåstrukturering så anser några att onkologin glöms bort, som är viktigt för att få ett helhetsperspektiv i arbetet med nivåstrukturering.

En annan utmaning som nämns gäller upprätthållande av vårdkedjan för patienter som fått någon behandling vid en annan vårdenheter. RCC behöver bli bättre på att förmedla information om hur ansvaret ser ut för hela vårdkedjan. En vårdkedja med tydliggjort patientansvar och informationsansvar gentemot patienterna.

RCC Väst

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Väst uppfyller kriteriet. RCC Väst har en plan som i stort är genomförd.

RCC:s arbete med kriteriet

Plan för nivåstrukturering

Västra sjukvårdsregionen antog en plan för Regional arbetsfördelning i cancervården 2013. I planen anges diagnosområde för diagnosområde (exempelvis för barncancer, bröstcancer, hjärntumörer osv) vilka åtgärder som ska utföras av primärvården och på länsdelssjukhus, länssjukhus samt regionsjukhus (som även omfattar universitetssjukvården). Till grund för planens utformning låg ett arbete som utfördes inom respektive vårdprocess. Det är processägarna för respektive vårdprocess som följer upp hur planen genomförs i sjukvårdsregionen.

Genomförande av planen

Planen är stort sett genomförd. Exempelvis är nivåstrukturering avseende kurativt syftande kirurgi i huvudsak genomförd i Västra Götalandsregionen. De åtgärder som centraliserats till universitetssjukhus eller motsvarande utreds på hemortssjukhuset i samråd med behandlande klinik. Behandlingsbeslut tas i de flesta fall vid en multidisciplinär konferens. Efter att den centraliserade åtgärden utförts ges eftervård och kompletterande behandling som regel på hemortssjukhus.

I den Regionala arbetsfördelningsplanen från 2013 ingår inte rehabilitering, d.v.s. om behov av särskilda enheter finns i regionen med en specialiserad rehabiliteringsverksamhet.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med nivåstrukturering

De flesta intressenterna framförde att det varit en stor fördel att vara region (VGR) – det gör det lättare att genomföra förändringar och att arbetet med den föregående planen påbörjades redan innan RCC var helt på plats.

Många anser att kriteriet är uppfyllt i VGR i och med att den föregående planen är genomförd. De påtalar också att VGR uppfyller till och med kraven avseende patientvolym som ställs i betänkandet *Träning ger färdighet* (SOU 2015:98).

Goda exempel på framgångsrik koncentration av vård lyfts fram. Kirurgi vid avancerad äggstockscancer är centraliserat och har visat på bra resultat för patienten, t.ex. har överlevnaden för dessa patienter förbättrats.

Flera framhåller också att processen för arbetet med nationell nivåstrukturering fungerar utmärkt och är tydlig i både process och innehåll.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med nivåstrukturering

Flera anser att det finns behov av att se över behoven av nivåstrukturering avseende rehabilitering som inte var med i planen som antogs 2013. Patienter lever längre och med osäkerhet om hur det ska gå samt med fysiska skador och även seneffekter. Flera intressenter anser att det är angeläget med fokus på rehabilitering i arbetet med nivåstrukturering så att rehabilitering blir tillgänglig för alla behövande i sjukvårdsregionen.

Några anser att det är en otydlig process för närvarande när det gäller arbetet med nivåstrukturering. Att det finns behov av att tydliggöra på vilka nivåer dialoger behöver föras liksom tydliggöra vem som beslutar om nivåstrukturering, både den som initieras i sjukvårdsregionen och den regionala nivåstrukturering som lämnas som förslag från RCC i samverkan. Det finns även de som anser att det finns behov av en genomförande plan.

Vid platsbesöket framkom behovet av en plan för nivåstrukturering 2.0 med tydligt sjukvårdsregionperspektiv. I den planen måste tydliggöras hur processen ska gå till och vilka nivåer som är angelägna att få med i förankringen vid sidan om RCC och politikerna. Det som nämndes var att det är viktigt att få med alla från lokala processledare/team, sjukhusledning till tjänstemän i förvaltningarna.

RCC Syd

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Syd delvis uppfyller kriteriet. RCC Syd saknar alltså en plan för nivåstrukturering i den mening som kriteriet avser, men har påbörjat arbetet med nivåstrukturering och har en plan för hur arbetet ska fortsätta. Inom regionen har en modell för arbetet med regional nivåstrukturering implementerats för att se frågan ur ett bredare perspektiv och skapa förutsättningar för förankring i linjen.

Socialstyrelsen rekommenderar RCC Syd att fortsätta sin del i arbetet med regionens nivåstrukturering.

RCC:s arbete med kriteriet

Plan för nivåstrukturering

Södra Regionvårdsnämnden godkände i oktober 2014 den regionala cancerplanen. Samtidigt beslutade nämnden att uppdraget om en framtida nivåstrukturering i Södra sjukvårdsregionen måste ses i ett större sammanhang som även inkluderar andra områden och diagnoser än cancer.

Genomförande av planen

Regionvårdsnämnden har startat ett projekt om nivåstrukturering som omfattar hela regionens sjukvård, exklusive primärvård och psykiatri. RCC Syd ansvarar för att driva cancerfrågeställningarna i projektet, och ska inordnas i Södra Regionvårdsnämndens projekt kring regional nivåstrukturering. Utifrån detta uppdrag har RCC lämnat ett förslag hösten 2016 till nivåstrukturering och utveckling av behandling för kolorektala sjukdomar, som

omfattar både cancer och benigna tillstånd. Avsikten är sedan att gå vidare med de andra diagnosområdena och även där lämna förslag till nivåstrukturering i regionen.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med nivåstrukturering

Många av intressenterna anser att Regionvårdsnämnden har blivit starkare. Som exempel anges att man lämnar gemensamt svar på remisser och rekommendationer avseende förslag till regional nivåstrukturering från nationell nivå.

Många anser också att RCC Syd hanterar arbetet med nivåstrukturering både väl och klokt.

Vidare anser intressenterna att utvecklingen när det gäller multidisciplinära konferenser (MDK) numer är bättre riggat än tidigare och att det till stor del är RCC:s förtjänst.

Flera framhåller också det nationella arbetet med nivåstrukturering som en styrka. Att även arbetet med regional nivåstrukturering ges stöd genom det nationella samarbetet, där förslag är utformade av medicinska expertgrupper och utgår från best practice och de nationella vårdprogrammen utgör en bra grund för ställningstagande om förslag till både nationell och sjukvårdsregional nivåstrukturering.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med nivåstrukturering

Det framkommer olika syn på arbetet med nivåstrukturering. Flera anser att det kräver stort tålamod, att det är en mödosam process som kräver tidig förankring i hälso- och sjukvården, att man måste säkra engagemang och delaktighet hos alla sjukhus. Andra intressenter anser att man måste snabba på processen, att det tar alltför lång tid.

Mycket av arbetet med nivåstrukturering anses ha blivit regionalpolitik. Men regionalpolitik får inte gå ut över patientsäkerheten. Flera intressenter menar samtidigt att man bör ha fokus på var volymen kan öka, de anser att volym ger kvalitet. Allt behöver inte koncentreras till universitetssjukhuset.

Det finns också intressenter som lyfter fram att landsting och regioner tagit initiativ till parallella utredningar vilket försvårar RCC:s arbete med nivåstrukturering. Det leder till att landsting och regioner gör som de vill och det sjukvårdsregionala perspektivet går förlorat.

Patient- och närstående tillfrågas om specifika frågor och tycker att det är bra. Men de vill gärna ha mer återkoppling om vad som händer därefter.

Arbetet med multidisciplinära konferenser har utvecklats väl och de fungerar överlag bra. Det har blivit väldigt många MDK vilket gör det svårt med resurser avseende personal, lokal och tidplanering.

En del intressenter menar att implementering av nivåstruktureringen möter motstånd och framhåller vikten av att bibehålla motivationen för tidig diagnostik och uppföljning lokalt. Andra anser att landstingen behöver göra mer ekonomiska och hälsoekonomiska analyser av de förslag som läggs fram.

Många anser att beslutet om breddning av arbetet med nivåstrukturering till hela sjukvården är en utmaning för Södra sjukvårdsregionen. Cancervården långt framme och det finns en oro att takten i arbetet inom cancervården kommer avta.

När det gäller det nationella arbetet med nivåstrukturering så är det några som anser att det trycker på för hårt och ibland uppfattas som ordergivning. Några ser risker med slutna arbetsgrupper i det nationella arbetet, att förslagen som lämnas påverkas av vilja att stärka befintliga starka fästen och därmed att fler platser föreslås än vad som vore bäst för patienten.

Vårdprocesser

Kriteriet

RCC:s uppdrag enligt kriteriet är att leda och samordna sjukvårdsregionens arbete för att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården. Kriteriet om vårdprocesser har ett stort fokus på patientperspektiven gott bemötande, integritet, kontinuitet, patientsäkerhet, jämlikhet, tillgänglighet och väntetider.

Enligt kriterierna för det första året ska varje RCC ha börjat arbetet med att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården. Fyra år efter RCC-starten ska effektiviseringsarbetet vara genomfört för samtliga större vårdprocesser.

Tidigare bedömning

Vid Socialstyrelsens tidigare uppföljning av kriteriet om vårdprocesser var vår bedömning att samtliga RCC uppfyllde kriteriet om att arbetet med att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården hade påbörjats.

Tabell 3. Arbetet med att effektivisera vårdprocesserna pågår 2013

RCC	Uppfylls kriteriet
RCC Norr	Ja
RCC Uppsala–Örebro	Ja
RCC Stockholm–Gotland	Ja
RCC Sydöst	Ja
RCC Väst	Ja
RCC Syd	Ja

Samtliga RCC bedömdes arbeta med att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården. Alla RCC hade utsett processledare för de flesta cancerdiagnoser och processledarna hade tydliga uppdrag. Processledare i de olika sjukvårdsregionerna hade dock olika praktiska förutsättningar när de ska utföra uppdraget. Processledare har inte något beslutsmandat i förhållande till linjeorganisationen. Därför bedömdes det viktigt att involvera verksamhetscheferna tidigt i processen eftersom de har ansvaret för verksamheterna och kan prioritera och fördela resurser. Socialstyrelsen menade att sjukvårdsregionen måste tydliggöra vem som bär ansvaret för att vårdprocesserna fungerar väl. RCC kan inte ensamt ta ansvar för att effektivisera vårdprocesser inom cancervården, eftersom ett framgångsrikt effektiviseringsarbete inom cancervården förutsätter ett bra samspel mellan den lokala och den regionala nivån.

Socialstyrelsen ansåg att alla RCC uppfyllde kriteriet, men att landstingen och regionerna i sjukvårdsregionerna generellt behöver ge mer konkret stöd så att RCC kan utöva sin samordningsroll för vårdprocesserna inom cancer-vården fullt ut.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen och RCC har haft invändningar emot kriteriet om effektiva vårdprocesser avseende det som tidplanen anger för fjärde året, att effektiviseringsarbetet ska vara färdigt för samtliga större vårdprocesser. Socialstyrelsen har valt att utgå från att arbetet med effektiva vårdprocesser kräver ett ständigt förbättringsarbete. Effektivisering av vårdprocesser blir inte klart utan behöver kontinuerlig uppmärksamhet. Vi har därför valt att fokusera bedömningen på om RCC har etablerade strukturer och processer för förbättringsarbetet i vårdprocesserna.

Alla RCC har etablerade strukturer och processer för förbättringsarbetet

Socialstyrelsens bedömning är att alla RCC har etablerade strukturer och processer, som dessutom utvecklas efter hand som behov uppmärksammas.

I stort gäller att sjukvårdsregionernas utvecklingsplaner för cancervården utgör en grund för förbättringsarbetet, planerna följs dessutom regelbundet upp. I RCC:s arbete med att utveckla vårdprocesserna finns ett starkt professionsdrivet arbete i samverkan med patient- och närståendeföreträdare.

Genomförandet sker med stöd av utsedda processledare som ofta har huvuddelen av sin arbetstid kvar i vården och en del omkring 20 procent av sin tid till processledarskapet. De har särskilda uppdragsbeskrivningar för processarbetet. RCC har processledare för både diagnosspecifika områden och processledare med ansvar för diagnosövergripande processer. Samverkan sker med utsedda lokala processledare/team vilket innebär att arbetet med utveckling av vårdprocesserna når ända in i klinikerna i cancervården.

Alla RCC har dessutom utsedda patient- och närståenderåd (PNR). Representanter för PNR deltar i process- och utvecklingsarbetet och det finns även exempel på projekt som patienter och närstående själva ansvarat för.

Det är vanligt med regelbundna kvalitetsdialoger, möten med klinikerna. Dessa förbereds bland annat med stöd av RCC:s stödteam som bistår i arbetet med sammanställning av data ur kvalitetsregistren och analysarbete. Vid kvalitetsdialogerna diskuteras resultat och förbättringsmöjligheter samt behov av fortsatt utvecklingsarbete eller särskilda insatser.

RCC genomför också dialoger och arrangerar mötesforum med profession, patient- och närståendeföreträdare och beslutsfattare.

Slutligen finns också nätverk på nationell nivå där processledare från sjukvårdsregionerna samverkar i olika frågor.

RCC:s insatser med vårdprocesser

Hur långt arbetet kommit och hur väl processarbetet fungerar ser olika ut, RCC har kommit olika långt i olika processer och det ser olika ut i olika regioner.

En viktig del i arbetet gäller processkartläggningar ur patientperspektiv genom hela vårdkedjan. Patientens behov och säkerhet sätts i centrum och beskrivningarna utgår i hög utsträckning från patienters berättelser och upplevelser av vård och behandling i syfte att nå en effektiv sammanhållen vårdkedja för patienten.

Det finns exempel på patientföreträdare som anställts av RCC för att driva utvecklingsprojekt för att stärka patientperspektivet i vården, exempelvis *Jag är mer än bara cancer – arbetsmaterial för verksamheter som vill bli bättre på att möta cancerberörda*. Materialet tar upp frågor om vad ett gott bemötande är, hur olika aktörer – från sjukvård, primärvård, arbetsgivare, skola, förskola, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och CSN – kan samarbeta för att skapa ett bättre stöd och hur man kan utveckla förmågan att möta cancerberörda med ett helhetsperspektiv. I materialet ingår också en film om bemötande. Vidare har en informationsbroschyr om bemötande av cancerpatienter *Så vill vi ha det* tagits fram, som alla RCC:s patient- och närstående rådgivare står bakom. Ett RCC har också tagit fram en *Handlingsplan för bättre bemötande och mot fördomar om cancer*, som nu genomförs.

RCC i samverkan har utvecklat cancerinformationen på 1177. Där finns också information om och nummer till lokal cancerrådgivning som drivs av ett RCC.

För utvecklingen i cancervården driver RCC tillsammans med vården projekt med patientdagböcker för att fånga patienters upplevelser och behov.

Sedan 2013 har också alla RCC väntetidsmätningar, med kvalitetsregistren som underlag, för tiden till behandling. RCC arbetar också med satsningen som regeringen för närvarande gör på att korta väntetiderna i cancervården. RCC i samverkan har tillsammans med professionen tagit fram de standardiserade vårdförlopp (SVF) som nu införs inom flera cancerdiagnoser i syfte att korta väntetiderna från väl grundad misstanke till start av första behandling. Vid varje RCC finns också projektledare som ger stöd till landstingen vid införandet av SVF.

Ett område som är angeläget av patientsäkerhetsskäl och som RCC arbetar med är att få patienten rök- och alkoholfri inför operation – eftersom risken för komplikationer minskar. För säker hantering av cytostatika har RCC tagit fram regimbiblioteket (se sid 51). RCC har också tagit fram en utbildning för cytostatikakörkort för säker hantering för både patienten och personalen. Ytterligare ett område som är viktig för patientsäkerheten gäller tillgången till multidisciplinär konferens (MDK). MDK är ett vedertaget arbetsätt som implementerats i cancervården i syfte att säkra jämlik bedömning av hög kvalitet, korta beslutsvägar och öka följsamheten till vårdprogram och behandlingsriktlinjer. RCC har bland annat verkat för ökade möjligheter till sjukvårdsregionala och även nationella MDK.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att RCC har omfattat alla delar som efterfrågas i kriteriet. För närvarande läggs för flera RCC dock störst kraft i arbetet med införandet av standardiserade vårdförlopp.

Tabell 4. Bedömning av kriteriet om vårdprocesser 2016

Kriterierna	RCC:s arbete
RCC ska samordna sjukvårdsregionens arbete för att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården. Det fjärde året ska effektiviseringsarbetet för samtliga större vårdprocesser vara klart.	Mycket arbete pågår, Socialstyrelsen bedömer att samtliga RCC uppfyller kriteriet. Alla RCC har tydliga strukturer och processer för förbättringsarbete. I en del regioner behöver

Kriterierna	RCC:s arbete
	ett större fokus läggs på hela vårdkedjan och de ingående delarna i kriteriet.

Bedömningsgrunder för ovanstående tabeller	
	Kriteriet uppfyllt
	Kriteriet delvis uppfyllt
	Kriteriet inte uppfyllt

Socialstyrelsens rekommendationer

Rekommendationer till RCC

Socialstyrelsen har noterat att stor kraft läggs i arbetet med detta kriterium, för närvarande med särskilt fokus på införandet av standardiserade vårdförlopp vilket ibland inneburit att arbetet med väntetider för hela vårdkedjan samt andra områden som lyfts fram i kriteriet delvis har fått stå tillbaka.

Socialstyrelsens rekommendation är att processarbetet fortsätter utvecklas och att alla RCC fokuserar på alla delar i kriteriet genom hela vårdkedjan.

Rekommendationer till landsting och regioner

Socialstyrelsen rekommenderar landstingen att ge RCC förutsättningar så att RCC kan arbeta med alla delar i kriteriet. Ett hinder i arbetet gäller utmaningarna inom kompetensförsörjningen i cancervården.

RCC Norr

Socialstyrelsens bedömning

För effektivisering av vårdprocesser behövs en struktur och process för ständigt förbättringsarbete, effektiviseringsarbetet bör inte betraktas som något som är avklarat såsom uttrycks i kriteriet. Det är det som Socialstyrelsen valt som utgångspunkt för uppföljning av arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Norr uppfyller kriteriet. RCC Norr har etablerade strukturer och processer för arbetet med att utveckla vårdprocesserna.

RCC:s arbete med kriteriet

Regional cancerplan

I Regional utvecklingsplan för cancervården i Norra regionen 2016–2018 finns följande mål uppsatta som anknyter till kriteriet om effektiva vårdprocesser:

- alla patienter ska bedömas vid multidisciplinära konferenser
- alla patienter ska erbjudas tillgång till kontaktsjuksköterska
- alla cancerpatienter ska få Min vårdplan
- alla cancerpatienter samt deras anhöriga ska erbjudas cancerrehabilitering utifrån individuella behov
- alla patienter och närstående ska involveras både i behandlingsbeslut och vårdens utveckling
- alla cancerpatienter ska snabbt och korrekt registreras i relevanta kvalitetsregister.

Exempel ur RCC:s arbete med vårdprocesser

RCC har identifierat ett antal gemensamma behov som finns för alla vårdprocesserna i regionen. Nedan redovisas några av de prioriterade områdena.

Bedömning och planering av behandlingsinsatser sker vid en multidisciplinär konferens (MDK), det är viktigt för att ge patienterna vård och behandling som bygger på bästa tillgängliga kunskap utifrån individuella behov. MDK ökar förutsättningarna för en jämlik vård i sjukvårdsregionen. RCC verkar för att effektivisera MDK:na och att tillräcklig it-kapacitet finns i regionen för att möjliggöra MDK i en region med stora avstånd. RCC har funnit att ytterligare it-satsningar krävs dels för modernisering av utrustning på vissa sjukhus, dels för att alla länsdelssjukhus ska kunna delta i MDK.

Kontaktsjuksköterskan är väsentlig för att säkerställa patientens trygghet och möjligheter till snabb kontakt med vården samt ökar möjligheterna för patienten att klara mera egenvård. Enligt utvecklingsplanen ska alla cancerpatienter i regionen erbjudas tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska. Beroende på diagnos och behandling kan dock patienten ha flera olika kontaktsjuksköterskor under vårdförloppet, då framhålls vikten av aktiva överlämningar mellan kontaktsjuksköterskorna. Eftersom ett av kontaktsjuksköterskans uppdrag är att bevaka att patienten får en skriftlig vårdplan säkerställs även målet att alla cancerpatienter ska erbjudas en sådan plan. Kontaktsjuksköterskan bör även bedöma patientens behov av rehabilitering.

RCC och landstingen/regionerna arbetar med standardisering och samordning av remissrutiner, exempelvis ofullständiga uppgifter i remisser och tidsfördröjning vid administrativ hantering av remisser och remissvar orsakar inte bara förlängda väntetider utan utgör också en patientsäkerhetsrisk. RCC arbetar med att se över remissrutinerna både inom landstingen och över landstingsgränserna i regionen för att skapa bättre arbetsformer och stödja införandet av standardiserade vårdförlopp.

Ett ordnat införande av läkemedel är väsentligt för att åstadkomma en jämlik vård och behandling i regionen. RCC:s processledare för cancerläkemedel ingår i det regionala läkemedelsrådets arbetsutskott för införande av nya läkemedel i sjukvårdsregionen. Utskottet är det forum som tar ställning till nya läkemedelsbehandlingar och föreslår hur introduktion och uppföljning ska gå till i sjukvårdsregionen. Landstingsdirektörerna tar ställning till det förslag som utarbetas av utskottet. Om uppföljningar visar att läkemedelsbehandling inte överensstämmer med utskottets rekommendation utreder utskottet orsakerna till detta. Utredningen lämnas sedan över till Norrlands-tingens regionförbunds beredningsgrupp för vidare hantering.

Med sjukvårdsregionens stora avstånd är telemedicin viktig för jämlik tillgång till vård och behandling. Metoder för såväl diagnostik som behandling på distans är under snabb utveckling och RCC och sjukvårdsregionen arbetar aktivt för att utveckla dessa arbetssätt.

God inrapportering till kvalitetsregister är väsentligt för att få nödvändiga underlag för förbättringsarbetet. RCC Norr verkar för att förbättra täckningsgraden, d.v.s. inrapporteringen till kvalitetsregistren. Två gånger per år sammanställer RCC och rapporterar till verksamheterna täckningsgraden för de olika kvalitetsregistren. Registreringen av patientuppgifter i kvalitetsregistren bygger på att patienten gett sitt godkännande till registreringen.

RCC:s Norrs patient- och närstående råd hade identifierat bra bemötande och minskade fördomar mot cancer som ett prioriterat område för RCC Norr. Som ett led i detta har RCC tagit fram en handlingsplan för bättre bemötande och mot fördomar om cancer. Handlingsplanen har hösten 2015 godkänts av Patient- och närstående rådet vid RCC och av RCC:s styrgrupp. Det fortsatta arbetet innebär att sprida arbetsmaterial till personal som möter cancerberörda, ge bemötandeträning i vårdutbildningar, utbilda kontaktsjuksköterskor att stödja patienten att kommunicera om sin sjukdom, skapa närståendeforum (där närstående får möjlighet att prata med andra närstående) och sprida information till vårdpersonal om patientföreningar.

Struktur för arbetet

RCC Norr har följande strukturer för att driva arbetet med att utveckla vårdprocesserna i regionen:

Multidisciplinära regionala arbetsgrupper som består av representanter från varje landsting/region och patientföreträdare. Regionala processledare har uppdrag på deltid för RCC, för att leda det regionala processarbetet inom sitt diagnosområde (processområde).

I regionala utvecklingsplanen finns tydliga målsättningar uppsatta och dessutom fastställs årligen mål för de delar inom varje vårdprocess där behov av förbättring bedömts vara störst. RCC har det övergripande ansvaret för att uppföljning av målen. Uppföljningen sker årligen och är dels övergripande för hela sjukvårdsregionen, dels för respektive landsting/region. RCC avrapporterar uppföljningen till Förbundsdirektionen och återkopplar resultaten till landstingen/regionerna.

Intressenter om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med vårdprocesser

Många anser att målen som satts upp för arbetet med utveckling av cancer vården har haft stor betydelse för alla, de ger en tydlig riktning och följs regelbundet upp.

Det finns ett genuint och stort engagemang hos personal både i RCC och i vården samt hos beslutsfattare i sjukvårdsregionen och flera goda exempel på genomfört arbete lyfts fram. Ett gott exempel som nämns gäller det s.k. Carereprojektet inom gyncancerprocessen, där alla patienter får Min Vårdplan.

Många lyfter fram att införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) har fallit i god jord hos både patienter och personal och de anser att det är rätt väg att gå. Exempel som nämns och som intressenterna vill se mer av i arbetet med införandet av SVF är lokalt ansökningsförfarande, som ett av landstingen infört, avseende de statliga medel som erhållits för införande av standardiserade vårdförlopp.

Områden som många lyfter fram som framgångsrika är införandet av kontaktsjuksköterskor (KSSK) och att Multidisciplinära konferenser (MDK) som nu finns på plats på ett mycket bättre sätt än tidigare.

Flera av intressenterna lyfter också fram en positiv utveckling av patient- och närståendemedverkan i sjukvårdsregionen och i RCC:s arbete.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med vårdprocesser

Den största utmaningen som lyfts fram för sjukvårdsregionen gäller kompetensförsörjning vilket överskuggar arbetet med förbättringar i cancervården. Flera menar att det är en ständig kamp för att behålla och anställa personal. Några menar också att fler nya funktioner behövs i vården.

Det finns, enligt flera intressenter, en bristande tillgänglighet till diagnostik och behandling, men några av intressenterna anser att det finns luft i systemet. De menar att arbetet behöver utvecklas när det gäller logistik och utnyttjande av lokaler och utrustning större delen av dygnet.

Annat som lyfts fram i intervjuerna är att det finns en hel del kvar att göra i införandet av Min vårdplan även om sjukvårdsregionen kan lyfta fram goda exempel på diagnosprocesser där samtliga patienter erbjuds Min vårdplan.

I sjukvårdsregionen har utvecklingen avseende införandet av kontaktsjuksköterskor (KSSK) i stort gått bra. Men det finns KSSK som saknar KSSK-utbildning, intressenterna menar att fler KSSK måste ges sådan utbildning.

För att ytterligare stärka patientperspektivet i cancervården menar flera intressenter att patienters och närståendes kompetens kan tas tillvara ännu mer, de är en stor tillgång för utvecklingsarbetet.

När det gäller kriteriets del om jämlik vård så anser intressenterna att arbetet med vårdprocesser uppmärksammar geografisk jämlikhet men inte jämlikhet när det gäller tillgång till cancervård utifrån socioekonomiska grupper.

Avseende införandet av SVF pekar intressenterna på problem med kodning och resurser till vården. Flera ställer frågan vart tar de statliga pengarna vägen? Några lyfter fram exempel på andra RCC i landet som får ansvaret för de statliga bidragen för att de direkt ska gå till att täcka mer kostnader och lösa flaskhalsar. När det gäller nationellt bedömning anser intressenterna att kriterierna för att erhålla statliga medel för steg två i införandet av SVF är för hårda och även om man gör allt rätt men inte fått igenom en patient hela vägen så går de miste om fortsatta medel.

Alla processer sammantaget anses av några intressenter vara omfångsrikt och tungt, en hel del görs på fritid eller övertid i vården. Socialstyrelsen har hört liknande uttalanden från olika nivåer inom hälso- och sjukvården, det uttrycks t.ex. som att det är svårt att möta uppsatta mål i cancerplanen och

arbetet med införande av SVF sker utan resurstillskott och med personalbrist frågar de sig om det är realistiskt att klara kraven.

RCC Uppsala–Örebro

Socialstyrelsens bedömning

För effektivisering av vårdprocesser behövs en struktur och process för ständigt förbättringsarbete, effektiviseringsarbetet bör inte betraktas som något som är avklarat såsom uttrycks i kriteriet. Socialstyrelsen har valt det som utgångspunkt för uppföljning av arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Uppsala–Örebro uppfyller kriteriet. RCC Uppsala–Örebro har etablerade strukturer och processer för arbetet med att utveckla vårdprocesserna.

RCC:s arbete med kriteriet

Regional cancerplan

Arbetet kriteriet om vårdprocesser lyfts fram i regionens cancerplan 2016–2018. I planen beskrivs prioriterade åtgärder för en effektiv vårdprocess.

Exempel ur RCC:s arbete med vårdprocesser

En stor del av arbetet med att korta väntetider genomförs genom införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF). När det gäller väntetider har även projekt genomförts innan införandet av SVF. I syfte att förbättra omhändertagandet av patienter med lungcancer har ett försök med patientlotsar genomförts i den specialiserade vården i Uppsala–Örebroregionen. Efter införandet av patientlotsar, hade väntetiderna kortats i samtliga landsting för nästan samtliga steg i utredningskedjan.

Andra insatser som RCC arbetar med gäller ökad patientmedverkan i utvecklingsarbetet. Kartläggning av vårdprocesser ur ett patientperspektiv för samtliga större vårdprocesser ska vara klart i slutet av 2016. Detta arbete var inte färdigt då Socialstyrelsens platsbesök ägde rum under hösten 2016.

Struktur för arbetet

För genomförandet av arbetet med vårdprocesser har RCC Uppsala–Örebro en struktur med diagnosspecifika vårdprocessgrupper med multidisciplinär sammansättning, regionala och lokala processledare och patient- och närstående företrädare byggts upp. Vårdprocessgruppernas uppdrag är att driva förbättringsarbete, både kunskapsstyrning och vårdprocesser.

Vårdprocessgrupperna ges stöd av RCC:s stödteam, bland annat när det gäller registerdata för återkoppling om utvecklingen till landsting och regioner.

I varje landsting/region finns också lokala cancerråd, vars ordförande också ingår i RCC:s styrgrupp. Cancerrådet samordnar arbetet mellan RCC och det egna landstinget och är anpassat till landstingets egen struktur och organisation. Cancersamordnare är medlemmar i de lokala cancerråden. Deras funktion är att stödja och samordna det operativa arbetet i cancerrådet.

Rådet är multiprofessionellt sammansatt och har tydligt mandat från landstingsledningen.

Intressenterna om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenternas om styrkor i arbetet med vårdprocesser

I intervjuerna framhåller de allra flesta att RCC Uppsala–Örebro bidragit till en god kommunikation i sjukvårdsregionen. Det finns tydliga kanaler och kontaktytor över hela regionen. Flera intressenter lyfter också fram att det bidragit till den numera öppna och bra dialogen mellan både universitetssjukhusen och länssjukhusen.

Flera framhåller att processledarna får bra hjälp av RCC:s koordinators och stödteam.

En styrka i förbättringsarbetet anses RCC Uppsala–Örebros fokus på patientperspektiv i hela vårdkedjan vara. En framgångsfaktor i detta är enligt flera intressenter den allt bättre patientmedverkan i utvecklingsarbetet.

Några intressenter lyfter fram arbetet med processkartor ur patientperspektiv som unikt och bra komplement till organisationsperspektivet.

Ytterligare en framgångsfaktor som lyfts fram är de multidisciplinära vårdprocessgrupperna som driver utvecklingsarbetet.

Utvecklingen och införandet av standardiserade vårdförlopp och nationella vårdprogram anses av de flesta spela stor roll för en likvärdig utredning och behandling i hela regionen.

Slutligen lyfter flera fram att en av RCC:s styrkor är att ta nya initiativ, som exempel nämns initiativet till samverkan med alla lärosäten i regionen om kompetensbristen som tydliggjorts vid införandet av standardiserade vårdförlopp (flaskhalsar inom SVF).

Intressenterna om utmaningar i arbetet med vårdprocesser

När det gäller utmaningar i arbetet med effektiva vårdprocesser är det många som ser införande av Min vårdplan som en utmaning, det är en bit kvar innan alla patienter erbjuds Min vårdplan. De menar också att Min vårdplan behöver utvecklas med en mer strukturerad rehabiliteringsdel.

En annan utmaning som många lyfter fram gäller tillgänglighet och väntetider, att det är svårt att upprätthålla en god tillgänglighet och korta väntetider när det råder så stor kompetensbrist avseende både specialistsjuksköterskor och patologer.

Kriteriets del om jämlik vård ses som en stor utmaning och att mer behöver göras. Det görs mycket kartläggningar och det finns kunskap om skillnader men intressenterna anser att det finns en kunskapsbrist när det gäller vilka åtgärder som kan vidtas.

Några intressenter har också synpunkter på kriteriet. Dels finns de som anser att RCC måste påminna om kriteriets delar utöver väntetider, att det för närvarande går stor kraft åt SVF, att RCC behöver hålla fokus även på övriga delar i kriteriet som jämlikhet och bemötande. Andra menar att kriteriet är för brett och ifrågasätter varför patientsäkerhet och bemötande ska vara en uppgift för RCC.

Intressenterna anser också att strukturen för arbetet kan vidareutvecklas. Varje vårdprocessgrupp kan enligt intressenterna ha ett möte i respektive län, förslagsvis ett möte per termin, då landstinget kan reflektera över hur resultaten ser ut, utbyta information och erfarenheter, diskutera vad som kan förbättras etc. Cancerråden kunde vara aktiva i detta och i att driva förbättringsarbetet, utifrån en lista där man följer upp arbete. En del vårdprocessgrupper är ute och besöker verksamheterna, men det upplevs av en del kliniker lite av revision istället för stöd i utvecklingsarbetet.

RCC Stockholm–Gotland

Socialstyrelsens bedömning

För effektivisering av vårdprocesser behövs en struktur och process för ständigt förbättringsarbete, effektiviseringsarbetet bör inte betraktas som något som är avklarat såsom uttrycks i kriteriet. Socialstyrelsen har valt det som utgångspunkt för uppföljning av arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Stockholm–Gotland uppfyller kriteriet. RCC Stockholm–Gotland har etablerade strukturer och processer för arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

RCC:s arbete med kriteriet

Regional cancerplan

I sjukvårdsregionens Cancerplan för 2016–2019 finns följande beslutade åtgärder som anknyter till kriteriet om effektiva vårdprocesser:

- alla regionala vårdprocessergrupperna och stödprocesser ska definiera sin process ur ett patientperspektiv
- arbeta för sammanhållna vårdprocesser, t.ex. genom aktiva överlämningar mellan olika vårdgivare
- införa standardiserade vårdförlopp för att korta väntetiderna
- alla patienter ska erbjudas kontaktsjuksköterska
- alla patienter ska ha Min vårdplan
- alla patienter ska bedömas vid en multidisciplinär konferens.

Exempel ur RCC:s arbete med vårdprocesser

I Botkyrka har RCC tillsammans med kommunen och Lokalt UNESCO-center för samverkan (LUCS) genomfört ett s.k. interkulturellt informationsprojekt om goda vanor för ett friskare liv. Projektets syfte var att minska ojämlikheten i hälsa mellan människor födda i och utanför Sverige genom att nå grupper på deras eget modersmål för att underlätta tillgång till de förebyggande insatser som finns. Detta gjordes genom att utbilda 43 hälsoinformatörer bosatta i kommunen som sedan informerade Botkyrkas invånare på deras eget språk. RCC har dessutom finansierat två hälsoinformatörer som båda arbetar 50 procent av en heltid i projektet. Projektet är slutrapporterat och Stockholms läns landsting har för avsikt att införa arbetssättet i flera kommuner i regionen.

För att öka kvalitet, säkerhet och effektivitet i cancervården driver RCC ett projekt med tre delar syftar till att förbättra samverkan mellan aktörerna i vårdkedjan. Projektet tre delar avser:

- Samverkan inom en disciplin (inom diagnostik för att implementera nya, effektiva arbetssätt som bland annat innefattar utbyte av patologikompetens och kapacitet över organisationsgränserna genom nationellt nätverks-samarbete).
- Samverkan mellan patient och expert (vars syfte är att ge patienten möjlighet att på ett enkelt sätt och på eget initiativ begära en ny medicinsk bedömning).
- Samverkan mellan discipliner och professioner (med syfte att optimera processen för multidisciplinära konferenser för att minska tiden till behandlingsstart, minska patientens oror och för att frigöra tid för redan hårt belastade experter så att fler patienter kan bedömas multidisciplinärt).

Två projekt som RCC stöder för att öka patientens delaktighet i vården är integrerad rehabilitering (som syftar till att hjälpa personer med bröstcancer att hantera sin nya situation) och bäckencancerrehabilitering, en samlad verksamhet vid Centrum för cancerrehabilitering, för patienter med problem efter en canceroperation i bäckenet.

För att kunna mäta och följa upp hur det går med målsättningarna i cancerplanen verkar RCC för att utveckla och förbättra regionens inrapportering till de nationella kvalitetsregistren. RCC verkar också för att fånga patientens upplevelse av vården genom att utveckla och förbättra registrering av patientrapporterade mått (PROM-mått). Mätning av patientens upplevelse av vården genomförs med hjälp av KUPP-enkäten (kvalitet ur patientperspektiv). KUPP-enkäten innehåller frågor om patienten har fått erbjudande om kontaktsjuksköterska, om hen fått en skriftlig vårdplan (Min vårdplan) och kände till möjligheten till second opinion (en ny medicinsk bedömning). En baslinjemätning har gjorts under 2016 som nu utgör underlag för fortsatt uppföljning.

Med hjälp av RCC:s cancerdatabas uppmärksammas sjukvårdsregionen på ojämlikheter i cancervården. RCC arbetar för att flertalet patienter ska bedömas vid multidisciplinära konferenser liksom öka möjligheterna för cancerpatienter att delta i behandlingsstudier. Allt för att öka förutsättningarna för en jämlik vård. Dessutom har RCC utbildat egen personal och processledare i jämlik vård.

Avseende patientsäkerhet gör RCC bl.a. årliga sammanställningar avseende cancerfall som efter anmälan behandlats i patientnämnden. Dessa sammanställningar återkopplas till verksamheterna och alla rapporter avseende cancer publiceras på hemsidan. RCC deltar också i patientsäkerhetsarbetet

Struktur för arbetet

RCC Stockholm–Gotlands struktur för arbetet med effektiva vårdprocesser sker främst

- i de diagnosspecifika vårdprocesserna och stödprocesserna
- av RCC:s verksamhetsutvecklare för vårdprocesserna

- i avtal och överenskommelser med vårdgivarna.

Ett av de senare exemplen inom avtalsområdet är att i Stockholms läns landsting har RCC påverkat kraven på verksamheterna i regelboken för urologisk öppenvård.

Intressenter om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med vårdprocesser

RCC anses av de flesta intressenter ha bidragit stort till de breda dialoger över både organisations- och professionsgränser som RCC håller. Det har varit en förutsättning för hur väl arbetet med utvecklingen av vårdprocesserna har lyckats, alla behöver vara med på tåget.

Intressenterna menar också att det breda samarbetet som inkluderar forskare, kliniker, RCC och förvaltning där alla jobbar tillsammans har gett goda resultat och nya arbetssätt.

Vidare framhålls att RCC Stockholm–Gotland bidragit till att stärka patientperspektivet genom hela vårdkedjan. Flera talar om ett paradigmskifte, att begreppen vårdprocess, patientprocess, patientflöden, den sömlösa vården och de arbetssätt som följer med dessa begrepp inte fanns före RCC. Införandet av Min vårdplan med patientdagbok, kontaktsjuksköterskor, aktiva överlämningar mellan vårdenheter, patientsäkerhetsarbetet där RCC deltar i patientsäkerhetsgruppen i förvaltningen och följer upp patientmedverkan i händelseanalysarbetet liksom arbetet för en mer jämlik vård är sådant som intressenterna lyfter fram.

RCC:s medarbetare anses vara kreativa och testat nya arbetssätt. Ett flertal exempel har tagits upp. I arbetet för tidig upptäckt och att förebygga cancer lyfter de flesta fram det s.k. Botkyrkaprojektet som framgångsrikt och de vill se att projektet permanentas och sprids till fler områden. Intressenterna menar att arbetssättet ger goda möjligheter att verka för en mer jämlik hälsa och vård. Arbetet med information och bemötande och att RCC tillsatt en särskild processledare för utveckling av egenvård är andra exempel som lyfts fram. Ytterligare exempel som framkommit är att genom regionalt kunskapscentrum inom patologin så har väntetiderna i princip försvunnit. Med gemensam mottagning mellan urologer och onkologer har man uppnått kortare beslutsvägar utan behov av remisser, beslut fattas direkt vid MDK.

Flera intressenter anser att det är viktigt att få med vårdcentralerna i arbetet, och de anser att RCC gör ett bra jobb som trots det stora antalet vårdcentraler arbetat med uppsökande verksamhet till varje vårdcentral.

Strukturerad uppföljning av allt det arbete som genomförs liksom uppföljningen av utvecklingen i cancervården är andra områden som intressenterna anser är viktiga och där man menar att RCC gör ett bra jobb.

Flera anser att RCC:s placering i hälso- och sjukvårdens förvaltning i Stockholms läns landsting varit genialisk. Det anses vara en stor framgångsfaktor att RCC haft möjlighet att påverka utformningen av avtal, och de vill se än mer samverkan mellan avtalstjänstemän och kunskapscentrum.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med vårdprocesser

När det gäller utmaningar i arbetet med att utveckla vårdprocesserna så menar flera att det finns en tröghet i förbättringsarbetet, att arbetet med att korta väntetiderna tar för lång tid. Några menar att det handlar om att kompetensbrist och personalförsörjning utgör hinder i arbetet med att korta väntetider liksom för utvecklingsarbetet i vården i övrigt. Vikten av att få personal att stanna och skapa en god arbetsmiljö framhålls. Andra menar att det är svårt nå hela vägen in i den kliniska vardagen – att vården måste göra förbättringsarbetet till sitt, med RCC som stöd. Att det ibland handlar om en inställningsfråga, att ”alla andra kan ändra sitt arbete men vi fortsätter som vanligt”.

Patientrapporterade mått ger viktiga underlag för förbättringsarbetet. Några anser att det krävs mer resurser för PROM-arbetet, bland annat för aktiva påminnelser till patienterna så att man uppnår tillräckligt hög svarsfrekvens.

Det anses också angeläget att uppmärksamma att vårdkedjan inbegriper fler delar för patienter från Gotland, att vården behöver lägga särskilt fokus på logistik boende och resande för patienterna men också ytterligare tydliggöra när patienten överlämnas mellan vårdenheterna.

Några lyfter också fram vikten av att fortsätta utveckla barncancervården när det gäller avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), att ett fortsatt fokus läggs på de projekt som startats.

Flera anser att det är angeläget med utvecklad information för allmänheten om både standardiserade vårdförlopp och om alarmsymtom liksom om second opinion.

Det finns också de som anser att det praktiska arbetet med kodning på sjukhusen behöver utvecklas, som exempel anges att det är personal i kassan som registrerar medan övrig personal kommer med post-it-lappar och att det ibland tar 4–5 led innan registrering sker.

RCC Sydöst

Socialstyrelsens bedömning

För effektivisering av vårdprocesser behövs en struktur och process för ständigt förbättringsarbete, effektiviseringsarbetet bör inte betraktas som något som är avklarat såsom uttrycks i kriteriet. Socialstyrelsen har valt det som utgångspunkt för uppföljning av arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Sydöst uppfyller kriteriet. RCC Sydöst har etablerade strukturer och processer för arbetet med att utveckla vårdprocesserna.

RCC:s arbete med kriteriet

Regional cancerplan

Sjukvårdsregionen har antagit en Strategisk utvecklingsplan för åren 2015–2018. Planen utgår från de löften som sjukvårdsregionen utlovat till cancer-

patienter. De löften som är särskilt relevanta för kriteriet om vårdprocesser handlar om att

- Alla cancerpatienter i regionen ska få behandling inom fyra veckor (om inte standardiserade vårdförlopp anger annat.)
- Alla cancerpatienter ska erbjudas diagnostik och behandling enligt Best practice.
- Alla cancerpatienter ska vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan.
- Alla cancerpatienter i livets slutskede ska få lika god palliativ vård oavsett bostadsort.
- Alla ska erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram.

Även regionens sjätte löfte om patientnära forskning inom cancerområdet är av betydelse för arbetet med kriteriet om vårdprocesser.

Exempel ur RCC:s arbete med vårdprocesser

När Nationella cancerstrategin lanserades fick sjukvårdsregionen medel för att genomföra ett projekt inom tjock- och ändtarmscancervården, patientens behov kartlades under hela vårdkedjan från diagnostik till behandling, rehabilitering och uppföljning. Med kunskap och erfarenheter från detta projekt har nu alla diagnosspecifika vårdprocesser i uppdrag att beskriva vårdkedjan ur ett patientperspektiv, ett dokument som regelbundet revideras och uppdateras. Beskrivningen utgår från ett antal patientfall och med dessa fall som modell beskrivs hur patientens behov under diagnostik, vård, behandling och uppföljning bäst kan tillgodoses.

RCC anordnar Utvecklingskraft Cancer, en årlig konferens för patientrepresentanter och personal från regionens cancervård. Syftet med Utvecklingskraft Cancer är kunskapsspridning och reflektion. En liknande aktivitet som är på gång är Temadag cancerrehabilitering.

Sjukvårdsregionen har gjort en särskild satsning på kontaktsjuksköterskor och enligt RCC:s senaste uppföljning fanns 337 kontaktsjuksköterskor i sjukvårdsregionen. Regionens kontaktsjuksköterskor har regelbundna nätverksträffar som RCC anordnar. Ett av kontaktsjuksköterskornas uppdrag är att upprätta en skriftlig vårdplan, Min vårdplan, och bedöma patientens behov av rehabilitering.

För att få till en ökad användning av Min vårdplan drivs tre nationella pilotprojekt, två av dessa är inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Ett särskilt utvecklingsområde enligt cancerplanen är multidisciplinära konferenser, bland annat tas en handlingsplan fram för att öka andelen patienter som bedöms vid en sådan konferens.

Under flera år har RCC Sydöst haft ett uppdrag att utveckla patientrapporterade mått som PROM (utfallsmått) och PREM (upplevelsemått). Ett omtag görs nu där både RCC Sydöst och RCC Uppsala–Örebro har i uppdrag att ta fram ett förslag på hur PROM/PREM-stödet ska utformas framöver. Ett förslag ska presenteras i april 2017 som sedan ska omsättas i praktiken på klinker och i kvalitetsregister.

Struktur för arbetet

De diagnosspecifika vårdprocesserna och stödprocesserna har i uppdrag att driva arbetet med att effektivisera processerna. Det är de regionala processledarna och stödprocesserna vid RCC som leder detta processarbete. Till sitt stöd för processledarna finns de tre processamordnarna vid RCC, som dels samordnar vårdprocesserna i det egna landstinget/regionen, dels har ett regionövergripande ansvar för cirka fem av diagnosprocesserna.

Processledarna har gemensamma möten 2–3 gånger per termin för att utbyta erfarenheter. Processamordnarna har avstämningsmöten var 14:e dag, då de går igenom läget i de olika diagnosprocesserna.

Intressenter om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med vårdprocesser

I arbetet med att utveckla vårdprocesserna i cancervården har många framhållit det arbetssätt som RCC utvecklat som viktigt. Med fokus i processarbetet utifrån patientperspektiv ses en stor skillnad idag jämfört med 5–6 år sedan. Arbetet med processkartläggning ur patientens perspektiv anser man varit till stort stöd i arbetet med vårdprocesserna liksom sjukvårdsregionens sex löften till patienter och medborgare.

Flera framhåller det stora fokus på ledtider i och med införandet som SVF som framgångsrikt och rätt väg att gå.

Vidare framhålls att man har en god samverkan i sjukvårdsregionen som underlättar i utvecklingsarbetet. RCC har bidragit till utveckling av dialoger och kommunikation på ett bra sätt som ytterligare stärkt den goda samverkan som finns i sjukvårdsregionen.

Många lyfter också fram den stora delaktigheten för patient- och närstående rådet som en framgång, det är angeläget och bra för utvecklingen att ta tillvara deras kunskap och erfarenheter.

Resultat som lyfts fram i intervjuerna är införandet av kontaktsjuksköterskor och bildandet av deras nätverk. En större delaktighet och bättre bemötande av patienter är andra positiva resultat som framhålls och som man anser beror på det arbete som RCC drivit med införande av kontaktsjuksköterskor och Min vårdplan.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med vårdprocesser

Flera intressenter anser att kriteriet om vårdprocesser är svårt bland annat mot bakgrunden av att hela sjukvårdsregionen representerar en stor organisation med många intressen. Att utveckla vårdprocesserna i cancervården är ett mödosamt arbete som går långsamt och trögt bland annat för att det är upp till varje landsting, läkare och annan vårdpersonal att införa vad man kommit överens om. Intressenterna menar att vården måste göra förbättringsarbetet till sitt, med RCC som stöd för att man ska nå större framgång i sjukvårdsregionen.

Ett närmare samarbete eller samverkan mellan de regionala medicinska programgrupperna och RCC efterlystes. RCC bör kunna ses som RMPG

cancer som samordnar utvecklingsarbetet inom cancerområdet. Det ansågs också kunna ge RCC större muskler.

Ett område som intressenterna ser som en stor utmaning är rehabilitering, det är svårt att få till från början och i ett bredare perspektiv – inte bara fysisk rehabilitering utan även social och sexuell rehabilitering samt praktiskt stöd till patienterna. Det är svårt att nå genomsnitt när det gäller rehabilitering på vårdgolvet. Flera lyfter fram vikten av tydliga processkartläggningar som stöd för det fortsatta utvecklingsarbetet inom rehabilitering, och även inom den palliativa vården.

När det gäller införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) anser man att kompetensbrist och personalförsörjning utgör hinder för att korta väntetiderna och även för utvecklingsarbetet i vården i övrigt. Intressenterna undrar också vart de statliga bidragen tar vägen, att de behöver specialdestineras till just väntetidsarbetet.

Både när det gäller det sjukvårdsregionala och det nationella arbetet med SVF och nivåstrukturer så framkommer olika syn bland intressenterna. Det finns flera som menar att utvecklingsarbetet går för fort men många andra som anser att det går för långsamt.

Det har framkommit synpunkter på de nationella kriterierna för skäligen misstanke inom prostatacancer som de menar behöver skärpas. Med nuvarande kriterier kommer allt för stora patientvolym till specialistvården.

RCC Väst

Socialstyrelsens bedömning

För effektivisering av vårdprocesser behövs en struktur och process för ständigt förbättringsarbete, effektiviseringsarbetet bör inte betraktas som något som är avklarat såsom uttrycks i kriteriet. Socialstyrelsen har valt det som utgångspunkt för uppföljning av arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Väst uppfyller kriteriet. RCC Väst har etablerade strukturer och processer för arbetet med att utveckla vårdprocesserna.

RCC:s arbete med kriteriet

Regional cancerplan

I Västra sjukvårdsregionens strategiska cancerplan *En ännu bättre cancer-vård*, som gäller fr.o.m. 2015 och framåt, finns ett inriktningsmål uppsatt för sammanhållna patientprocesser: ”Cancervården erbjuder kunskapsbaserade och väl sammanhållna patientprocesser med korta väntetider, hög medicinsk kvalitet, fast vårdkontakt och god cancerrehabilitering.” Under fokusområde Fast vårdkontakt och Min vårdplan finns angivet att verksamheterna ska fortsätta att införa kontaktsjuksköterska och användningen av Min vårdplan. Verksamheter på regionnivå som t.ex. RCC ska understödja detta genom att

- fortsätta att utbilda kontaktsjuksköterskor
- stödja regionalt nätverk för kontaktsjuksköterskor

- ge stöd till och följa upp införandet av Min vårdplan.

Vidare under fokusområde Psykosocialt stöd och cancerrehabilitering anges att verksamheterna ska säkerställa tillgången till cancerrehabilitering och behov av kuratorstöd utifrån patientens behov.

Den regionala nivån, där RCC befinner sig, stödjer och följer upp implementeringen av nationella vårdprogram och den regionala medicinska riktlinjen Cancervårdsprocessen.

RCC planerar att genomföra en studie för att se hur verksamheterna implementerat cancerplanen *En ännu bättre cancervård*. Studien genomförs tillsammans med Centre for Health Care Improvement vid Chalmers tekniska högskola.

Exempel ur RCC:s arbete med vårdprocesser

En stor del av aktiviteterna som beskrivs i kriteriet om effektiva vårdprocesser återfinns i Cancervårdsprocessen. Cancervårdsprocessen dokument innehåller rubriker som delaktighet, information, Min vårdplan, tillgänglighet och kontinuitet samt kontaktsjuksköterska. Under varje rubrik finns utförligare beskrivningar för hur man går till väga och länkar till styrdokument eller annat arbetsmaterial. Cancervårdsprocessen uppdaterades under 2015. Nyheter som tillkommit i det nya uppdaterade regionala medicinska riktlinjen Cancervårdsprocessen är

- tydligare och utvidgade krav på fast vårdkontakt
- uttalat krav på upprättande av skriftlig vårdplan, Min vårdplan
- kriterier som tydliggör vilka patienter som ska ha kuratorskontakt
- riktlinjer för upprättande av cancerrehabiliteringsplan.

Två exempel där RCC samverkar även med verksamheter utanför hälso- och sjukvården är mobiliseringsinitiativet i samverkan med Försäkringskassan och Kraftens hus.

Mobiliseringsinitiativet är ett initiativ från Försäkringskassan som tillsammans med cancerklinikerna i Västra Götalandsregionen driver ett projekt tillsammans, RCC deltar med en projektledare för initiativet. Målet med projektet är att stödja patienter som ska genomgå en cancerbehandling att kunna arbeta mellan och under behandlingarna om de kan och att på sikt göra det lättare att komma tillbaka till arbete. Det innebär att administrationen kring patientens sjukskrivning blir mer flexibel och att det ska bli enklare för patienten att arbeta i den omfattning som hen kan under behandlingsperioderna.

Kraftens hus är ett initiativ av Patient- och närståendeperspektivrådet vid RCC. Under 2016 har en förstudie genomförts i Borås. En projektgrupp har bildats bestående av RCC Väst, Centre for Health Care Improvement vid Chalmers tekniska högskola och Högskolan för Design och Konsthantverk. Uppdraget för Kraftens hus var att söka innovativa arbetssätt för att utveckla stödet till cancerberörda. Att skapa möjligheter att integrera resurser som kan ge känslomässigt, praktiskt och socialt stöd för cancerberörda. Förstudien utvärderas och planer finns på att utöka verksamheten till flera orter i VGR.

Struktur för arbetet

En regional processledare finns anställd på 20 procent av en heltid hos RCC för att leda Cancervårdsprocessen. Varje vårdverksamhet har utsett ombud som processledaren träffar minst två gånger per år vid gemensamma ombuds-träffar. Dessutom finns allt material som behövs tillgängligt på RCC:s webbplats under Cancervårdsprocessen.

Förutom via ombud drivs också en stor del av förbättringsarbetet av de regionala processägarna tillsammans med stödteamen på RCC. De genomför minst en gång om året kvalitetsdialoger med verksamheternas lokala processledare. I fokus vid kvalitetsdialogerna står det som omnämnts i inriktningsmålet, d.v.s. hög medicinsk kvalitet, korta väntetider, fast vårdkontakt, god cancerrehabilitering m.m.

Intressenter om styrkor och utmaningar i arbetet med vårdprocesser

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med vårdprocesser

RCC Väst ses nu av flertalet intressenter som en fullfjädrad utvecklingsorganisation med bred kompetens. RCC tar bollarna som ingen annan gjort, som exempel nämns införandet av regional och nationell multidisciplinära konferenser (MDK) kontaktsjuksköterskor och utbildning av dessa, cytostatikakort och Min vårdplan men också införandet av konstruktiva dialoger om t.ex. flaskhalsar samt de väl utvecklade kvalitetsdialogerna ute på sjukhusen i sjukvårdsregionen. RCC driver bra samverkansprojekt (utanför sjukvården) som exempel lyfts fram arbetet med sunda solvanor i samverkan med barnhälsovården och Arla samt projektet om flexibel sjukskrivning som drivs av Försäkringskassan med stöd av RCC Väst.

RCC:s sedan länge aktiva arbete med patientperspektivet sker både med hjälp av patient- och närståendeexpertivrådet (PNP-rådet) och patientföreningar som driver på utvecklingen av bland annat kontaktsjuksköterskor. Bemötandeprojekt är det många intressenter som lyfter fram. Andra exempel som ges är patientdrivna projekt som broschyren *Så vill vi ha det* liksom bildandet av Kraftens hus som man menar har tagits emot väl. Så vill vi ha det sprids nu i vården över landet. Intressenterna menar att RCC har ett gediget utvecklingsarbete avseende vårdprocesserna där man uppmärksammar patientens cancerbörda under och efter cancerbehandling.

Många framhåller att bra stöd ges från RCC:s stödteam och ledning. Flera framhåller också vikten av att ha bra lokala processledare/team och att detta fungerar väl i sjukvårdsregionen.

I arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp anser flera att det finns en god infrastruktur i VGR som underlättar införandet av kortare väntetider (SVF). Bland annat har RCC Väst ansvaret för att leda införandet där processägarna också har en viktig roll liksom stöd av logistiker, RCC har också ansvar för fördelningen av de statliga medlen för merkostnader vid införandet av SVF.

Intressenterna om utmaningar i arbetet med vårdprocesser

När det gäller utmaningar har det framkommit att införandet av Min vårdplan går trögt och långsamt, de anger att mallen inte passar i journalsystemet, att man avvaktar digitaliseringen på 177.se samt att det finns olika bild av vad Min vårdplan är. Några menar att vården inte kan vänta in digitaliseringen utan om det inte går på annat sätt så får man ta papper och penna, patienten ska erbjudas en skriftlig Min vårdplan det är inskrivet i cancervårdsprocessen som är en regional medicinsk riktlinje.

Några intressenter anser att det är för stort fokus på införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) eftersom det tränger undan annat utvecklingsarbete som behöver göras enligt kriteriet. Andra menar att man behöver införa SVF för hela vårdkedjan inte bara fram till första behandling.

Det har också framkommit avseende SVF att flaskhalsarna inte alltid är de man tror att det är. Det kan t.ex. handla om slentrianmässig tidsbokning och fel remissvägar som innebär en längre väntetid för patienten än nödvändigt. Intressenterna anser att det är viktigt att kartlägga varje led i vårdkedjan för att upptäcka alla flaskhalsar och att logistikern har en viktig roll att fylla i arbetet med införandet av SVF.

Några lyfter fram att det är angeläget att lägga till inomregionala skillnader som ett tydligt fokus i kvalitetsdialogerna på sjukhusen.

Andra saker som intressenterna uppmärksammat är den ojämna tillgängligheten till rehabilitering i hela regionen, särskilt nämns tillgången till lymfödemterapi och sexologer.

Samtidigt som många framhåller ett bra stöd från RCC till processägare finns också de som menar att de saknar tillräckligt stöd från RCC:s team och att man saknar administrativt stöd med exempelvis kallelse och lokalbokningar. Intressenterna menar att det beror på att stödteamen har så många att bistå att de inte hinner med att i tillräcklig omfattning att bistå med statistik och analyser till alla. Andra menar också att man skulle kunna jobba mer effektivt och komma ännu längre i utvecklingsarbetet genom gemensamt arbete med både processägare och RCC:s team.

En annan sak som påtalats är att lokala processledare/team inte finns på alla ställen och att det är en viktig förutsättning för arbetet med utveckling av vårdprocesser att dessa finns på plats överallt.

Många anser att en större kraft bör läggas på folkhälsoarbetet, att RCC bör få en tydligare roll att vända sig till allmänheten i det förebyggande arbetet.

RCC anses av några vara anonyma gentemot sjukhusledningarna. RCC bör komma ut och diskutera förbättring i cancervården även med sjukhusledningarna.

Slutligen är det flera som menar att det är lätt att det bara blir ett VGR-perspektiv, att man tappar hela sjukvårdsregionperspektivet. Det är något Socialstyrelsen uppmärksammat vid varje års uppföljningsarbete.

RCC Syd

Socialstyrelsens bedömning

För effektivisering av vårdprocesser behövs en struktur och process för ständigt förbättringsarbete, effektiviseringsarbetet bör inte betraktas som något som är avklarat såsom uttrycks i kriteriet. Socialstyrelsen valt det som utgångspunkt för uppföljning av arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

Socialstyrelsens bedömning är att RCC Syd uppfyller kriteriet. RCC Syd har etablerade strukturer och processer för arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

RCC:s arbete med kriteriet

Regional cancerplan

I Södra sjukvårdsregionens cancerplan, *Delar i en helhet – regional cancerplan 2015–2018*, finns följande prioriterade områden som ansluter till kriteriet om effektiva vårdprocesser:

- arbete för att öka kännedom om alarmsymtom
- riktade insatser för ökat deltagande i screening och HPV vaccination
- ökat fokus på att identifiera, redovisa, synliggöra och följa upp ojämlikheter i cancervården som ett led i verksamhetsutveckling
- min vårdplan införs och följs upp
- kontaktsjuksköterska erbjuds genom hela diagnostik- och behandlingsprocessen
- kontaktsjuksköterska utbildas i hälsofrämjande samtal
- processutvecklingsarbete som sätter patientens perspektiv i fokus, genom ökad samverkan med patienter, närstående och patientföreträdare
- alla patienter diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK), tillgången till MDK ökas lokalt och fler regionala MDK inrättas
- patientrapporterade mått inkluderas i cancervårdens kvalitetsregister
- jämlikhetsaspekter diskuteras och mål för jämlik vård upprättas som del i kvalitetsdialoger mellan RCC Syd och Hälso- och sjukvården
- säkra tillgången till diagnostiska centra.

Exempel ur RCC:s arbete med vårdprocesser

Socialstyrelsen vill här lyfta fram några exempel på insatser som RCC gjort inom kriteriet om effektiva vårdprocesser.

Inom ramen för ökad patientsäkerhet och jämlikhet arbetar RCC:s genom att stödja införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården för kortare väntetider, verka för att en struktur finns så att alla patienter kan bedömas vid en MDK och ge patienten information om rökstopp inför operation.

För att arbeta för lättillgänglighet, kontinuitet, integritet och gott bemötande inom cancervården har RCC stöttat och drivit på införande av kontaktsjuksköterskor och Min vårdplan i hela regionen, tagit fram en broschyr om bemötande, genomfört ett PREM-pilotförsök (patientens upplevelse av vård och behandling) inom gynekologisk cancer och genomfört riktade insatser

inom vissa geografiska områden för att öka deltagande i screeningprogrammen.

RCC har dessutom utfört en rad kartläggningar som t.ex. visat på geografiska och socioekonomiska skillnader i regionen, ojämn tillgång till MDK, ojämn tillgång och bristande uppföljning avseende läkemedelsanvändning, bristande tillgång till operationskapacitet i regionen och bristande bemanning och långa svarstider inom vissa områden (t.ex. patologi).

Struktur för arbetet

RCC:s arbete med effektiva vårdprocesser sker främst inom det diagnosspecifika processarbetet. Det leds av de regionala processledarna (som arbetar på uppdrag av RCC) tillsammans med lokala processledare eller team vid sjukhus och kliniker. Data från kvalitetsregistren utgör ett viktigt underlag för utvecklingsarbetet och kvalitetsdiaglogerna. För att ta fram underlag har processledarna tillgång till RCC:s stödteam, som består av kvalitetsregistermonitor, utvecklingssjuksköterska, statistiker och medicinsk rådgivare.

RCC genomför eller deltar vid tre former av kvalitetsdialoger inom regionen:

- interna kvalitetsdialoger mellan RCC Syds team och regionala processledare för varje diagnos för att diskutera status och aktuella frågor
- kvalitetsdialoger per förvaltning på RCC:s initiativ där medarbetare från RCC strukturerat går igenom kvalitetsdata och diskuterar dessa i förhållande till målsättningarna i den regionala cancerplanen tillsammans med förvaltningsledning tillsammans med processledare med fokus på vilka insatser som behövs för att uppnå målsättningarna.
- cancerrådens regelbundna möten där förvaltningschefer, verksamhetschefer, processledare och teammedlemmar deltar och RCC är adjungerad.

Vid dialogerna diskuteras resultat utifrån kvalitetregisterdatat i förhållande till målsättningarna i cancerplanen, och fokus är vilka insatser som ytterligare behöver göras för att uppnå målsättningarna.

Intressenter om styrkor och utmaningar

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört har följande framförts.

Intressenterna om styrkor i arbetet med vårdprocesser

Strukturen för arbetet lyfts fram av intressenterna som en styrka. RCC har en tydlig organisation som enligt intervjuerna också är kraftfull för utvecklingen i cancervården, samt tydlig och drivande mot både patient- och närståenderåd och processledare. Intressenterna menar att RCCs roll blivit allt viktigare för utvecklingen och gör skillnad i cancervården i sjukvårdsregionen.

De flesta intressenter framhåller att RCC Syd har bra processarbete som driver på utvecklingen och att RCC fått med linjen genom samverkan i cancerråden.

Flera lyfter också fram att RCC:s processledare utvecklat en bra struktur för kvalitetsdialoger i vården, och att RCC blivit vassare på att jämföra resultat där de får hela sjukvårdsregionens bild. Användningen av kvalitetsregisterdata sporrar och utmanar utvecklingsarbetet.

Som styrka har också intressenterna lyft fram RCC:s kartläggningar av flaskhalsar för att korta ledtider i införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF).

Ett annat område som flera intressenter anser är en styrka är att RCC uppmärksammat jämlikhetsaspekter på ett bra sätt, något som inte alls diskuterades tidigare.

Många lyfter också fram att RCC varit pådrivande för utvecklingen av MDK och införande av kontaktsjuksköterskor, där en positiv utveckling setts de senaste åren.

En styrka i arbetet är alla de bra processarbeten som RCC med sina regionala processledare driver och där de lokala processledarna och teamen varit en förutsättning för hur väl arbetet lyckats på kliniken/sjukhuset. Det finns enligt intressenterna en allt bättre kommunikation i regionen mellan regionala och lokal processledare, men samtidigt säger de att de olika processerna har kommit olika långt/olika mognad och har olika fokus/behov.

Ytterligare en styrka som lyfts fram gäller att RCC förberett en bra struktur som flyter och ger skjuts åt införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF)

Intressenterna om utmaningar i arbetet med vårdprocesser

Arbetet med effektivisering av vårdprocesser är ett långsamt och tålmodigt arbete. Intressenterna anser att det är angeläget att fortsätta arbetet och att hålla ut.

Flera intressenter har haft synpunkter på kriteriet i sig. T.ex. anser de att det är vårdenheternas ansvar att se till att vårdpersonalens sociala kompetens och bemötande är gott och att det inte kan vara RCC:s uppgift att arbeta med den frågan. Även när det gäller patientsäkerhet har intressenterna olika syn, några anser att RCC kan bidra på ett bra sätt när det gäller patientsäkerhetsarbetet medan andra menar att det inte är RCC:s roll utan det patientsäkerhetsarbete som redan genomförs i vården räcker väl till.

I arbetet med att korta väntetiderna anser flera intressenter att införandet av standardiserade vårdförlopp är extremt belastande samtidigt som andra menar att det behöver införas för hela vårdkedjan inte bara tiden fram till första behandling.

Däremot ser intressenterna gärna en fortsatt utveckling av arbetet med jämlik vård, att fortsätta systematiskt mäta skillnader genom vårdkedjan inklusive mått om bemötande. Några menar också att det är dags att gå från kartläggning till åtgärder, samtidigt som de anser att det saknas kunskap om vilka åtgärder som kan vidtas. En del uppmanar också RCC att jobba mer för jämlik tillgång till palliativ vård i sjukvårdsregionen.

När det gäller SVF så har några intressenter lyft fram att det är angeläget att ta ställning till vad sjukvårdsregionen vill ha koll på när det gäller kvalitet, undanträngning såsom återfall och andra diagnoser samt fokusera på det under hela införandet av SVF.

Avseende vårdprocessarbetet och kvalitetsdialogerna vill intressenterna gärna se ett ökat deltagande från patient- och närståenderepresentanter. De fyller en viktig funktion både med sin kunskap och med sin erfarenhet, som ytterligare kan tas tillvara.

Några intressenter anser att det finns väl många grupper för förankring, t.ex. anses cancerråden abstrakt för vårdpersonalen och de undrar vad de fyller för funktion. Andra menar att cancerråden fyller en viktig funktion.

Frågor om styrning och ledning lyfts fram av en del intressenter. Till exempel framhåller några att det är ett för starkt fokus på Skåne, att RCC vid tillsättandet av regionala processledare ska söka processledare från fler landsting. Intressenterna har också uppmärksammat att i planarbete och i nationell samverkan är de flesta som är med representanter för universitetssjukhus.

Intressenternas förslag till nationella initiativ

I arbetet med intervjuer och platsbesök har förslag till fortsatt arbete framkommit, Socialstyrelsen presenterar dessa men tar inte ställning till de förslag som lämnats. Det som rör respektive region kan läsas i respektive kapitel under rubriken *Intressenterna om styrkor och utmaningar*. Socialstyrelsen har uppmärksammat följande två områden som intressenternas förslag till nationella insatser. Intressenterna kan också ta förslagen vidare genom sina respektive landsting/regioner och upparbetade kanaler i SKL för ställningstagande.

System för digitalt nätverkande

En fråga som intressenterna lyft vid platsbesök och intervjuer, även tidigare år, gäller system för digitalt nätverkande. Det man önskar är att landstingen med stöd av regeringen gemensamt samlar sig och ger förutsättningar för digitalt nätverksarbete inom olika verksamhetsområden. En förstudie utförd av Inera på initiativ av RCC i samverkan lade för några år sedan fram förslag till hur detta skulle kunna utvecklas. Två Vinnovastödda forskningsprojekt ExDIN och DigiPat har utvecklat delar i förutsättningarna för digitalt nätverksarbete. Intressenterna anser att det, inte minst med utgångspunkt för patologins kompetensförsörjning är angeläget att arbetet snabbt går vidare. I förstudien föreslogs som nästa steg:

- Etablera en dialog och samverkan mellan IT-enheter som arbetar med IT-stöd som ska möjliggöra nationell samverkan i nätverk.
- Grunden för nationell samverkan med hjälp av nätverk bör byggas på den nationella e-hälsostrukturen som finns idag.
- Tydliggöra arbetsflödet, aktuella roller och behov av IT-stöd samt göra avstämning med jurister. Därefter ta fram checklista för vad som måste beaktas vid nätverksarbete.
- Genomföra ett ”proof-of-concept” för e-hälsostrukturen.

Intressenterna anser att nästa steg behöver tas då fungerande nätverksarbete underlättar kompetensförsörjning, ger möjlighet till utbildning och kan säkerställa en likvärdig bedömning av svåra fall i hela Sverige genom bedömning på distans.

Införande av s.k. flexibel sjukskrivning

I Västra Götalandsregionen (VGR) har Försäkringskassan i samverkan med hälso- och sjukvården i VGR och RCC Väst genomfört ett projekt inom cancervården rörande s.k. flexibel sjukskrivning. I projektet testas om en flexiblare administration av de aktuella förmåner som finns inom socialförsäkringen kan underlätta för personer att kombinera arbete och behandling.

Ett tidigare projekt inom bröstcancerområdet visade goda resultat bl.a. avseende antal sjukdagar. Under en sexmånadersperiod var genomsnittet 94 sjukdagar för dem som fortsatte att arbeta i någon utsträckning, medan den kontrollgrupp som var sjukskriven under hela behandlingsperioden hade cirka 140 sjukdagar.

Frågan om flexibel sjukskrivning diskuterades vid Socialstyrelsens platsbesök hos RCC Väst och har lyfts av flera intressenter i de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört inför platsbesöket. Flera intressenter i regionen anser att flexibel sjukskrivning bör permanentas, och de menar att det finns ett stort intresse för och en efterfrågan av flexibel sjukskrivning från andra landsting, patienter och arbetsgivare m.fl.

Flexibel sjukskrivning i sin nuvarande form har, enligt intressenterna, varit mycket uppskattat av de patienter som har använt sig av den möjligheten. Patientföreträdare berättar om flera fördelar, utöver att det underlättar för patienterna att kunna arbeta när de kan så har det varit viktigt för välbefinnandet och för deras familjer. Det har också varit uppskattat hos Försäkringskassans handläggare, läkare och arbetsgivare, även om de har identifierat vissa problem med nuvarande arbetsätt.

Intressenterna föreslår införande av flexibel sjukpenning

Intressenterna föreslår att flexibel sjukpenning införs som en ny förmån. Flexibel sjukpenning är en variant på sjukpenning som kan användas när arbetsförmågan är nedsatt och helt oförutsägbar. Det handlar om sjukdomar/sjukdomstillstånd där hen har en oförutsägbar arbetsförmåga, där arbetsförmågan växlar från en dag till en annan och ibland till och med från en timme till en annan. En flexibel sjukpenning skulle ta tillvara på den arbetsförmåga som finns hos dessa personer utan att ställa krav på dem att arbeta på en förutbestämd nivå. Det kan bidra till att försäkringen inte låser in personer i en högre omfattning av sjukskrivning, utan istället ta tillvara den arbetsförmåga som personen har i stunden. En sådan förmån skulle kunna vara applicerbar på fler diagnoser än cancer där individen genomgår en längre behandling.

Intressenterna anser vidare att en översyn behövs avseende regelverket och förenkling av administrationen inför ett införande av flexibel sjukskrivning som ordinarie arbetsätt. Om implementering sker innan dessa förbättringar är åtgärdade riskerar man att upplevelsen av flexibel sjukskrivning kan bli negativ för patienten, sjukskrivande läkare och försäkringskassans handläggare. Bland annat lyfts följande fram:

- Om den nya förmånen flexibel sjukskrivning införs bör den vara steglös (d.v.s. graden av nedsättning kan vara 0–100 procent) för att kunna ta tillvara en persons hela arbetsförmåga. Det finns två skäl till detta:
 - Det ena är att det annars finns en risk att personer planerar sin närvaro/frånvaro på arbetet utifrån lägsta tänkbara arbetsförmåga för att inte hamna i det läget att man tvingas gå till arbete fast ork och möjlighet egentligen inte finns. Ett sådant scenario skulle på sikt kunna försämra sjukdomstillståndet.

- Det andra är att undvika felutbetalning och underkompensation för individen, om individen arbetar så mycket som det finns ork och redovisar i efterhand är det inte säkert att antalet timmar som individen ansöker om ersättning överensstämmer med de ersättningsnivåer som FK har idag (25, 50, 75 och 100 procent).

Dessutom har arbetsgivarna önskemål om steglös utbetalning sett över en månads tid, för att slippa behöva gå förbi systemen och göra fiktiva inmatningar. Om både Försäkringskassan och arbetsgivaren kan registrera faktisk tid så kan medarbetaren jämföra sitt lönebesked med utbetalningen på ett enklare sätt och säkerställa att man fått rätt utbetalning. De påpekar dock att Försäkringsbolag baserar sin ersättning på Försäkringskassans nivåer men menar att det problemet löser sig om det blir en lagändring, då kommer Försäkringsbolagen att inrätta sig efter de nya reglerna.

Det kommer en slutrapport från Försäkringskassan i november 2017 där även förbättringsförslag lämnas utifrån att man behåller arbetssättet som har testats inom projektet (handläggning inom lagens nuvarande ramar). Projektet kommer även att lämna förslag på eventuellt mindre lagändringar eller om det kanske bara handlar om förändringar av tolkningsutrymmet av lagen som görs idag, vägledning eller förenklingar av administrationen av försäkringsförmånerna.

Bilaga 1. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum

Kriterierna i översikt

Patientcentrerade kriterier	Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning	Kriterier gällande RCC:s organisation
Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	Utbildning och kompetensförsörjning	Ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet
Vårdprocesser	Kunskapsstyrning	Utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen
Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	Klinisk cancerforskning och innovation	Nivåstrukturer

Patientens ställning i cancervården

Patientcentrerade kriterier

Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

- RCC ska utforma och införa en plan för sjukvårdsregionens arbete med förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer.

Vårdprocesser

RCC ska leda och samordna sjukvårdsregionens arbete med att effektivisera vårdprocesserna inom cancervården.

Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

- RCC ska ha en plan som tillförsäkrar cancerpatienter tillgång till psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård av god kvalitet inom hela sjukvårdsregionen.
- RCC ska arbeta för att stödet till närstående till cancerpatienter utvecklas.

Patientens ställning i cancervården

- RCC ska arbeta för att
 - en individuell skriftlig vårdplan tas fram för varje cancerpatient
 - cancerpatienter får stöd från en kontaktsjuksköterska eller motsvarande kontaktperson
 - patientrapporterade uppgifter samlas in och används i arbetet med att utveckla cancervården
 - kunskapen om patientens rätt till förnyad bedömning ökar bland hälso- och sjukvårdspersonalen och att berörda cancerpatienter får information om denna rätt.

Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning

Utbildning och kompetensförsörjning

- RCC ska utforma och införa en utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för sjukvårdsregionens cancervård.

Kunskapsstyrning

- RCC ska delta i arbetet med nationella riktlinjer och vid behov utarbeta regionala vårdprogram.
- RCC ska stödja arbetet med att införa nationella riktlinjer och vårdprogram och annan frontlinjekunskap inom cancervården i hela sjukvårdsregionen. Detta innefattar det regionala införandet av kommande nationella målnivåer.
- RCC ska arbeta för att nationella kvalitetsregister används för cancervårdens verksamhetsutveckling.

Klinisk cancerforskning och innovation

- RCC ska arbeta för att stärka den kliniska cancerforskningen i sjukvårdsregionen och i landet och för att vetenskapliga framsteg snabbt kommer cancerpatienter till del.
- RCC ska utveckla strukturer för samarbete med akademisk forskning och den forskande industrin samt främja innovationer i cancervården.

Kriterier gällande RCC:s organisation

Ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet

- RCC ska ha en tydlig ledningsorganisation med stark förankring i landstings- respektive regionledningarna i sjukvårdsregionen.
- RCC ska samverka med andra RCC.
- RCC ska ha system för att följa upp cancervårdens kvalitet.

Utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen

- RCC ska utarbeta en strategisk utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen.

Nivåstrukturering

- RCC ska utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen och stödja arbetet med att genomföra planen.

Tidplan för etableringen av RCC

Vid RCC-starten

Det finns en projektplan och en projektorganisation för att etablera RCC.

Ett år efter RCC-starten

- En RCC-organisation är uppbyggd.
- Det finns ett regionalt program för cancerprevention och tidig upptäckt av cancer.
- Arbetet med att effektivisera vårdprocesserna pågår.
- Sjukvårdsregionens resurser för psykosocialt stöd, cancerrehabilitering och palliativ vård har inventerats.
- Det finns en beskrivning av hur patientens ställning ska stärkas och RCC:s arbete på detta område har inletts.
- Arbetet med ett program för utbildning och långsiktig kompetensförsörjning har påbörjats.
- Det finns en organisation för sjukvårdsregionens kunskapsstyrning inom cancervården.
- Det finns en plan för hur klinisk forskning och innovation inom sjukvårdsregionens cancervård ska stärkas, och den är utarbetad i samarbete med universitet och högskolor i sjukvårdsregionen.

Två år efter RCC-starten

- Det finns en långsiktig utvecklingsplan för sjukvårdsregionens cancervård, som är beslutad av landstings- och regionledningarna.
- Det finns en plan för nivåstruktureringsplan, som är beslutad av landstings- och regionledningarna.
- Det finns en plan för psykosocialt stöd, cancerrehabilitering och palliativ vård av god kvalitet i hela sjukvårdsregionen och arbetet med att genomföra planen har inletts.
- Ett program för utbildning och långsiktig kompetensförsörjning har beslutats och arbetet med att införa programmet har inletts.

Tre år efter RCC-starten

- Det regionala programmet för cancerprevention och tidig upptäckt av cancer är till stora delar genomfört och det finns system för uppföljning.
- Det finns en organisatorisk struktur som stärker klinisk cancerforskning och innovation.

Fyra år från RCC-starten

- Effektiviseringsarbetet är genomfört för samtliga större vårdprocesser.
- Nivåstruktureringsplanen är genomförd.