EN ÄNNU BÄTTRE CANCERVÅRD

Regional utvecklingsplan för cancervården i Västra sjukvårdsregionen 2015 och framåt

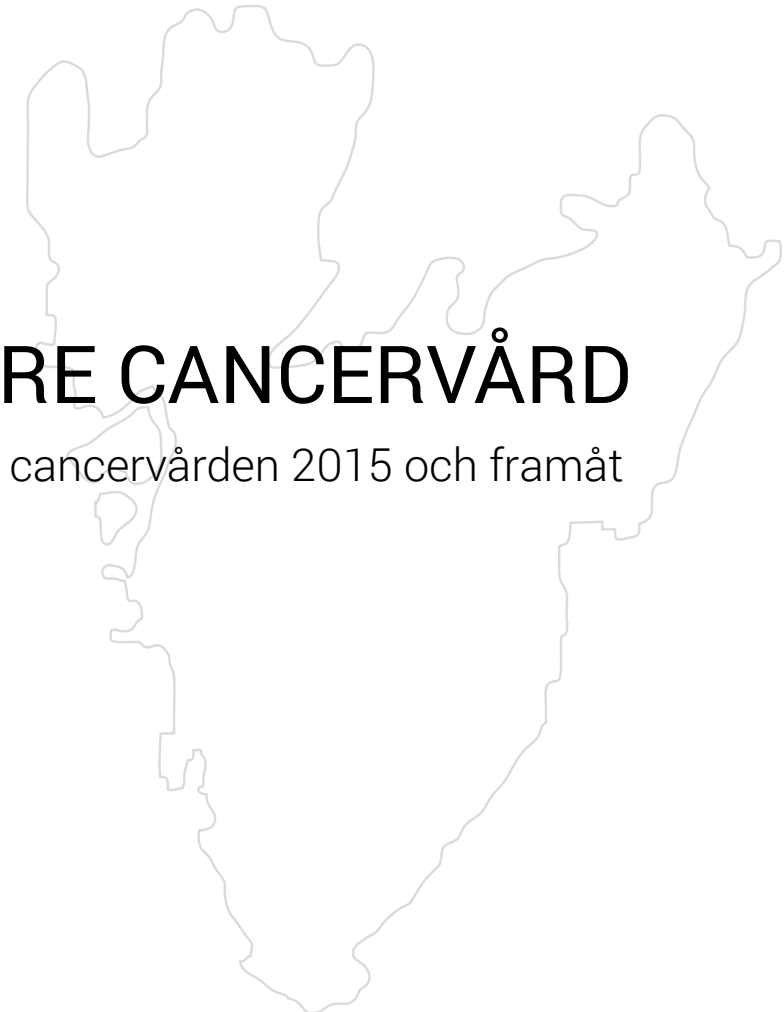
© Regionalt cancercentrum väst, 2015
Framtagen på uppdrag av sjukvårdshuvudmännen i Region Halland och Västra Götalandsregionen i enlighet med de tio kriterier som gäller för regionala cancercentrum.

Arbetsgrupp: Nils Conradi, Regionalt cancercentrum väst
Bo Hallin, Regionalt cancercentrum väst (projektledare)
Madeleine Andersson, Frölunda Specialistsjukhus
Marga Brisman, Skaraborgs Sjukus
Monica Ericson-Sjöström, Närhälsan
Agneta Hamilton, privatdriven primärvård
Kajsa-Mia Holgers, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli
Henrik Jonsson, Alingsås lasarett
Ann-Sofi Isaksson, Regionalt cancercentrum väst
Per Karlsson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Ingrid Kössler, patientföreträdare
Ulf Strömberg, Region Halland
Kaarina Sundelin, Södra Älvsborgs Sjukhus
Ulrika Tägnfors, NU-sjukvården
Anna Wågander, Kungälvs sjukhus

Produktion: Anna Nilsson, Karin Allander och Hanna Wekell, Regionalt cancercentrum väst.

Omslagsbild: Colourbox

Tryck: Cela Grafiska AB, Vänersborg, juni 2015.



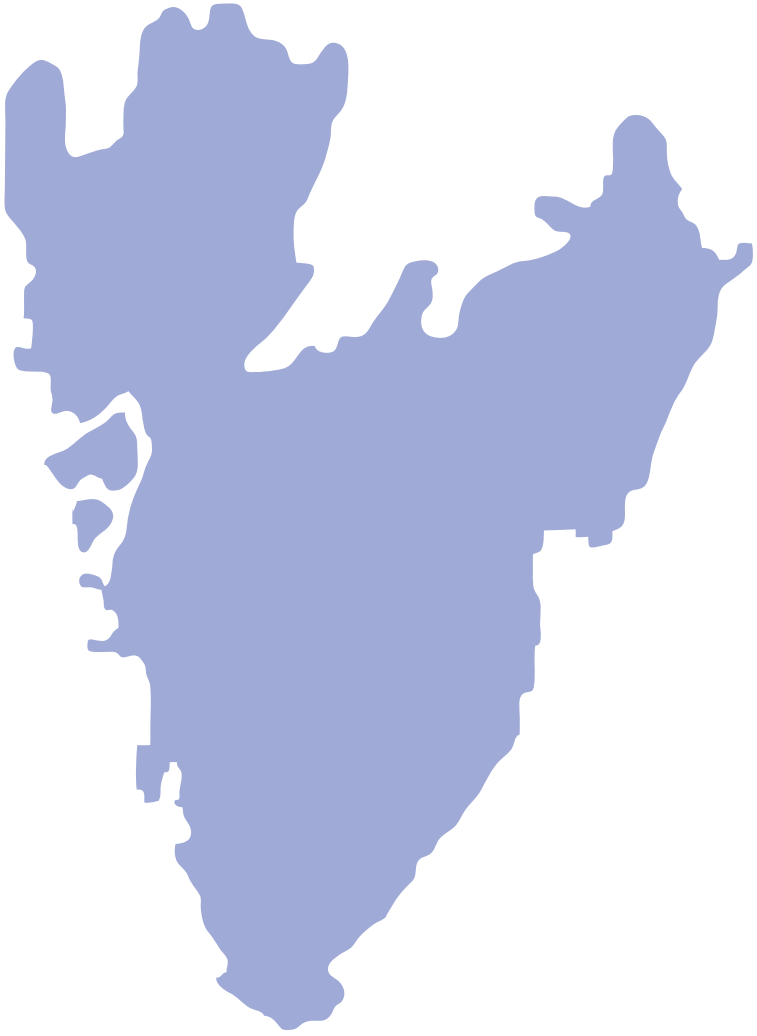
EN ÄNNU BÄTTRE CANCERVÅRD

Regional utvecklingsplan för cancervården 2015 och framåt

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

REGIONALT CANCERCENTRUM VÄST

Region Halland



VÄSTRA SJUKVÅRDSREGIONEN

SAMMANFATTNING

Regionalt cancercentrum väst (RCC Väst) har utarbetat en regional utvecklingsplan för cancervården från 2015 och framåt, tillsammans med ledningarna för hälso- och sjukvården i Region Halland och Västra Götalandsregionen (VGR), samt företrädare för patienter och privata vårdgivare. En regional utvecklingsplan är ett av de tio nationella kriterierna för uppbyggnaden av regionala cancercentrum i landet som fastställts vid Socialdepartementet 2011.

Inom cancervården i Västra sjukvårdsregionen pågår det ett omfattande utvecklingsarbete. Regionala medicinska riktlinjer och vårdprogram tas fram och införs i vården. De medicinska resultaten förbättras fortlöpande. Dödligheten i cancer minskar. Patienternas delaktighet i vården utvecklas och de medverkar i planeringen av den. Kontaktsjuksköterskor utbildas och blir en fast vårdkontakt för allt fler patienter och närstående. Uppföljning av cancervård och rehabilitering av cancerpatienter förbättras och fler patienter får tillgång till en god palliativ vård. Det är några exempel på cancervårdens utveckling. Samtidigt finns det stora utmaningar för den framtida cancervården. Fler individer insjuknar i cancer och fler lever med cancer som en kronisk sjukdom, vilket medför ökade krav på cancervården. Vården behöver arbeta mer förebyggande och upptäcka cancer tidigare för att kunna behandla bättre och för att öka möjligheterna till bot. Andra utmaningar som cancervården står inför är att korta väntetiderna i cancervården och att skapa sammanhållna patientprocesser. Cancerrehabiliteringen behöver också fortsatt förbättras och kompetensförsörjningen behöver säkerställas.

Forskning, lärande och en fortsatt utveckling av vården behöver också ske för att bygga en långsiktigt hållbar cancervård.

Visionen om *en ännu bättre cancervård* visar vägen mot framtidens cancervård. Det fortsatta utvecklingsarbetet delas in i sex utvecklingsområden med inriktningsmål och ett 20-tal fokusområden. Inom varje fokusområde beskrivs och konkretiseras vad som behöver göras de närmaste åren på regionnivå, förvaltningsnivå och verksamhetsnivå.

Det är viktigt att arbetet på de tre nivåerna koordineras för att skapa effektiva utvecklingsprocesser som kommer patienterna till del i form av bättre överlevnad och livskvalitet. Patienter och närstående är viktiga medskapare i utvecklingsarbetet och kan ge vägledning om vad som skapar värde.

Den regionala utvecklingsplanen föreslås bli en agenda för det fortsatta utvecklingsarbetet inom cancervården i Västra sjukvårdsregionen. Genomförandet behöver fortlöpande följas upp och resultaten behöver återkopplas till ansvariga ledningar på verksamhets-, förvaltnings- och regionnivå. Det skapar möjligheter till ett kontinuerligt lärande och förbättringsarbete inom cancervården. Ett samlat kunskapsbaserat och systematiskt utvecklingsarbete där alla tillgängliga resurser tas tillvara kommer att leda till en ännu bättre cancervård.

INNEHÅLL

Inledning 7

"Att bli sedd är alltid viktigt" 9

Cancersjukdom – incidens och prevalens 11

Mer än fördubblad överlevnad 13

Cancervårdens utveckling i regionen 17

Regional cancerstrategi 17
Nationella kunskapsunderlag 18
Inrättande av Regionalt cancercentrum väst 18
Strategiska cancerenheten i Region Halland 18
Regional nivåstrukturering 18
Regional modell för patientprocesser i Västra Götalandsregionen 19
Behovsanalys ur befolkningsperspektiv 19
RCC i samverkan 19
Nationell nivåstrukturering 19
Lokalt utvecklingsarbete 21
Aktiviteter och resultat – en sammanfattning 30
Stora utmaningar 31

Visionen – En ännu bättre cancervård 33

För människors behov 33
Genom människors samlade kompetens 33
Med gemensamma resurser 34

Hållbar utveckling av cancervården 35

Det hållbara sjukvårdssystemet – fyra förmågor 35
Ett hållbart vårdsystem – delar i en helhet som skapar värde 36

Strategiska utvecklingsområden 39

Patientperspektiv i en behovsstyrd cancervård 40
Förebyggande insatser och evidensbaserad screening 42
Tidig upptäckt av cancer 47
Sammanhållna patientprocesser 52
God palliativ vård 61
Kompetensförsörjning, forskning och verksamhetsutveckling 67

Arbetssätt och verktyg 70

Uppföljning och lärande 73

Tillsammans för en ännu bättre cancervård 74

INLEDNING

I januari 2011 redovisade den nationella cancersamordnaren, som tillsatts av regeringen, förslag till tio kriterier för uppbyggnaden av regionala cancercentra (RCC) i landet. Ett av kriterierna var att respektive RCC ska utarbeta en strategisk utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen. Planen ska utgöra grunden för RCC:s långsiktiga arbete med förebyggande insatser, cancervård, utbildnings- och kompetensfrågor samt forsknings- och innovationsfrågor. I planen ska beskrivas om RCC avser att utveckla egna specifika profilområden och hur man avser att utveckla sin forskningsprofil. Det ska också ingå långsiktiga strategier för samarbete med andra RCC gällande till exempel vården av patienter med sällsynta eller särskilt svårbemästrade cancersjukdomar. Planen bör även omfatta frågor som rör hur regionens RCC avser att samarbeta på nationell nivå och delta i internationella samarbeten.

I Västra sjukvårdsregionen är Regionalt cancercentrum väst (RCC Väst) en kunskaps- och stödfunktion till de verksamheter som arbetar med cancervården. Hälso- och sjukvårdens verksamheter inom sjukhus och primärvård har ansvar för att tillhandahålla och vidareutveckla en god cancervård för invånarna i Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Halland. RCC Västs uppdrag genomförs i samverkan med en rad aktörer inom vård och forskning. Resultaten är i hög grad beroende av viljan och förmågan till samverkan över professionella och organisatoriska gränser och att alla aktörer har en gemensam vision för cancervårdens utveckling.

I VGR genomfördes en regionövergripande översyn av cancervården 2007. Översynen utmynnade i en regional utvecklingsplan för cancervården med uppdrag till hälso- och sjukvårdsorganisationen att ta fram handlingsplaner för bland annat kompetensförsörjning och palliativ vård. Under 2010 utarbetades en regional strategi för utveckling av cancervården i VGR. Båda utvecklingsplanerna innehöll flera åtgärder för att vidareutveckla cancervården. Vidare har de tio nationella kriterierna för regionala cancercentra lett till ytterligare ett omfattande utvecklingsarbete i regionen. Det här är således den tredje utvecklingsplanen för cancervården i VGR på 2000-talet.

Det övergripande syftet med att ta fram en ny regional utvecklingsplan är att kort- och långsiktigt medverka till att vidareutveckla cancervården i Västra sjukvårdsregionen. Utvecklingsplanen kan ses som ett verktyg för det fortsatta arbetet med cancervården som beskrivs på tre nivåer; regionnivå, förvaltningsnivå och verksamhetsnivå. Planen riktar sig till alla som arbetar med cancervårdens utveckling i sjukvårdsregionen. Både till politiker som ska fatta beslut om den och till medarbetare och chefer inom cancervården som ska förverkliga den. En viktig del är att hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningar medverkar till att skapa förutsättningar för cancervårdens fortsatta utveckling, särskilt för grupper där behoven av vård inte är tillgodosedda. Patienter och närstående ska också kunna ta del av utvecklingsplanen. Förhoppningen är att alla berörda ska se den som en vägledning och ett stöd för det fortsatta arbetet för *en ännu bättre cancervård*.

”ATT BLI SEDD ÄR ALLTID VIKTIGT”

EN RESA AV MÅNGA

Varje år får cirka 12 000 personer i Västra sjukvårdsregionen en cancerdiagnos och cirka 75 000 personer lever med cancer.

Det började som en ofarlig knöl på halsen, men det visade sig vara något helt annat. 2012 fick Malin Edvardsson diagnosen Hodgkins lymfom – en form av cancer som uppstår i lymfsystemet. Det här är berättelsen om Malin och hennes man Björn och deras resa genom vården.

Malin Edvardsson kände sig inte speciellt sjuk när hon upptäckte knölen på halsen, men för säkerhets skull gick hon till vårdcentralen. Läkaren förklarade att det inte var något farligt, utan en helt vanlig senknuta som kan uppstå när vätska samlas vid en led.

Några veckor senare upptäckte Malin att knölen inte längre var en utan flera och gick tillbaka till Vårdcentralen. Där träffade hon en ny läkare som hon tyckte ställde märkliga frågor. Svettades hon på nätterna? Hade hon gått ner mycket i vikt? Visst hade hon väl varit lite varm på nätterna, men det berodde väl på stress.

– När jag ser bilder på mig själv från den här tiden, så inser jag att jag var helt utmärglad. Men jag var duktig på att hitta på bortförklaring. Man vill ju inte tänka på att det kan var något farligt, säger hon.

Läkaren tog ett blodprov och skickade remiss till röntgen. Två veckor senare fick Malin en akuttid på Vårdcentralen och åkte dit tillsammans med Björn. När läkaren öppnade röntgensvaren tystnade han. ”Nu kommer det bli mycket att ta in”, sa han. Sedan berättade han lugnt och metodiskt att de hade hittat ett infiltrat i lungan. Att man såg cellförändringar, men att det behövdes vidare utredning för att vara säker på vad det var.

Bra att båda var med

Björn såg att Malin höll på att bryta ihop, att hon inte längre hörde vad läkaren sa. Sedan började hon gråta. Björn frågade läkaren hur rädda de borde vara och hur länge de skulle behöva vänta på att få fler svar. Först då nämnde läkaren ordet cancer.

– Det var väldigt bra att han väntade med det. Det blir ju som en flodvåg som väller upp inombords med alla tankar och känslor. Man blir helt blockerad. Jag tycker att läkaren skötte det väldigt bra. Han började inte med de stora orden, utan tog det försiktigt ett steg i taget, säger Malin.

– Han gav oss verkligen sitt fulla fokus. Trots att det var ett jättestort och tungt besked, så kändes det som att det fanns hjälp att få och det kändes bra. Men det var tur att vi var två. Det svårt för en person att ta in all information, säger Björn och stryker Malin över armen.

FOTO: HANNA WEKELL

En fruktansvärd väntan

Efter besöket skickades remisser till både Sahlgrenska Universitetsjukhuset och Frölunda Specialistsjukhus. Malin blev kallad till flera undersökningar, men beskedet om vilken typ av cancer hon hade fått dröjde.

– Det var förfärligt. Väntan tog knäcken på mig rent psykiskt. Dessutom hade jag gått ner tio procent i vikt och var fruktansvärt trött, säger hon.

Eftersom det fanns en misstanke om lungcancer remitterades Malin till lungenheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, samtidigt som hon parallellt skulle undersökas på öron-, näs- och halskliniken. Hon kände sig väl omhändertagen på lungenheten, men upplevde att hon inte riktigt passade in.

– Jag var yngre, jag hade inga andningsproblem och jag kunde lätt gå uppför tre trappor utan att bli andfådd, säger hon.

Fick cellgifter under ett halvår

Tillslut kom beskedet. Det var inte lungcancer utan Hodgkins lymfom. Malin remitterades till hematologen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och kort därpå påbörjades behandlingen.

– Jag fick cellgifter varannan vecka under ett halvår. Jag var fruktansvärt trött hela den perioden. Det var en konstig fysisk trötthet som satt i benen, jag orkade knappt lyfta dem. Vissa dagar vågade jag inte ens gå ut, för jag var rädd att jag inte skulle orka ta mig in igen, säger hon.

Behandlingstiden blev en stark kontrast till deras i vanliga fall aktiva liv, som innehåller både pysslande i form av scrapbooking och geocatching och scouting tillsammans med barnen. Både Malin och Björn tycker att de blev väl omhändertagna på hematologen.

– Det fanns alltid någon i mitt team på plats och man kunde alltid ringa någon om man hade frågor. Man fick även bra skriftlig information, vilket jag tycker är viktigt. Då kan man ta in lite i taget, säger Malin.

Både Björn och Malin betonar hur viktigt det är att känna sig sedda och att personalen vet vem man är.

– Att bli sedd är alltid viktigt. Vi kände oss väldigt välkomna på hematologen. De hälsade alltid och det kändes som om de visste precis vem man var. Jag frågade om det fanns möjlighet till samtalsstöd för anhöriga. Cancer drabbar ju hela familjen. Både jag och Malin blev erbjudna samtalsstöd. Malin har träffat en kurator regelbundet, även efter behandlingen, men jag valde att inte gå, säger Björn.

Efterlyser bättre rehabilitering

Malin tycker att personalen var bra på att se hennes behov, även om de inte alltid var uttalade.

– Till exempel var det jobbigt med min port-a-cath, det gjorde så ont när de stack i den. Men man försöker ju bita ihop och stålsätta sig. Då var det en sjuksköterska som frågade om jag tyckte att det var obehagligt. Han hämtade smärtstillande emlaplåster som han visade hur jag skulle sätta på dem. Jag hade aldrig kommit på att fråga efter det, men han såg mina behov, säger hon.

Det är snart tre år sedan Malin fick sin diagnos och idag är hon frisk. Överlag är hon väldigt nöjd med vården, med ett undantag.

– Jag har inte fått någon fysisk rehabilitering alls och det hade verkligen behövts. Jag var så svag efter behandlingen att jag knappt kunde gå uppför en trappa. Det är inte bara att börja träna, man behöver hjälp. Det ska inte vara så att man måste betala privat eller söka bidrag via olika fonder. Jag tycker att det är viktigt att man får hjälp med rehabilitering och att den kopplas in tidigt, säger hon.

CANCERSJUKDOM – INCIDENS OCH PREVALENS

Cancer är samlingsnamnet på cirka 200 olika sjukdomar. Cancer uppstår när celldelningen sker okontrollerat. Cancercellerna har förmåga att växa in i omkringliggande vävnad och att bilda metastaser (dottertumörer) i andra delar av kroppen.

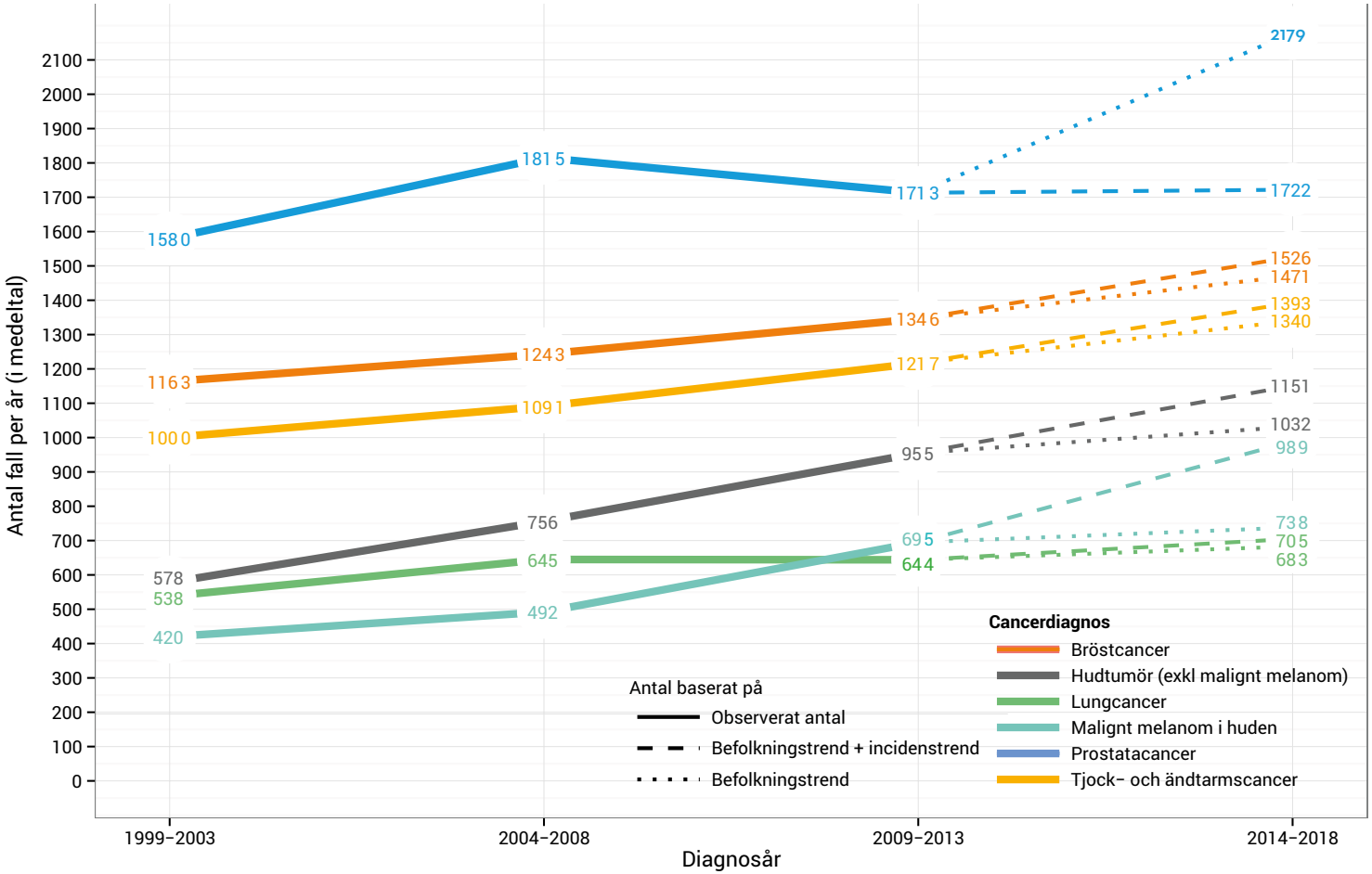
Ungefär 55 000 människor i Sverige drabbas varje år av cancer. De vanligaste cancerformerna är prostatacancer och bröstcancer som tillsammans står för cirka 30 procent av all cancer i Sverige. Något fler män än kvinnor får en cancerdiagnos. År 2012 upptäcktes 51 procent av cancerfallen hos män. Under de senaste två decennierna har antalet cancerfall ökat med i genomsnitt 2,1 procent per år för män och med 1,6 procent per år för kvinnor enligt Socialstyrelsens cancerregister. En bidragande orsak är att vi blir allt äldre – cancerrisken ökar betydligt med stigande ålder. Men även om man räknar bort åldersfaktorn har antalet cancerfall länge ökat stadigt. Den genomsnittliga årliga ålderstandardiserade incidensökningen de senaste 20 åren är 0,9 procent. Allt bättre diagnosmetoder och en mer utvecklad screening har medverkat till fler cancerfall upptäcks.

I Västra sjukvårdsregionen insjuknar cirka 10 600 personer i cancer varje år (se tabell 1). Ökningen av antalet nyupptäckta cancerfall har varit tydlig under 2000-talet. Antalet nya cancerfall har ökat med cirka 1 800 per år, vilket motsvarar en 20-procentig ökning under en tioårsperiod. Om vi studerar incidensen för de sex vanligast förekommande cancersjukdomarna så bekräftas denna utveckling för aktuella diagnoser för perioden från 1999–2003 till 2009–2013 (se diagram 1). En jämförelse mellan den genomsnittliga incidensen under de båda perioderna visar en tydlig ökning för samtliga diagnoser. Däremot är bilden inte lika entydig om den genomsnittliga incidensen 2004–2008 jämförs med perioden 2009–2013.

Tabell 1: Antal diagnostiserade cancerfall totalt i Västra sjukvårdsregionen 2009–2013

Tidsperiod/Incidens	1999-2003	2004-2008	2009-2013
Antal nya cancerfall per år	8 812	9 792	10 620

Diagram 1: Antal diagnostiserade cancerfall för sex vanliga cancerdiagnoser (Källa: Regionala tumörregistret)



För fyra av cancerdiagnoserna – bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, hudtumörer (exklusive malignt melanom) och malignt melanom – ser vi tydliga ökningar. För lungcancer har incidensökningen planat ut och för prostatacancer ser vi en tydlig minskning. Om dessa förändringar ska uppfattas som ett trendbrott eller är tillfälliga är för tidigt att säga.

Prognoserna för 2014–2018 (diagram 1) visar ökningar för samtliga sex cancerdiagnoser, dock med betydande variationer.

Prognoserna för respektive cancerdiagnos har gjorts på två sätt. I metoden *befolkningstrend* grundas prognosen på förändringar i befolkningens storlek och ålderssammansättning. I metoden *befolkningstrend + incidenstrend* baseras prognosen på befolkningsförändringar och förväntade förändringar av antalet nya cancerfall, det vill säga en ökad eller minskad sannolikhet för att få en viss cancerdiagnos. Malignt melanom är ett exempel på en cancerdiagnos där en ökad sannolikhet adderas till befolkningstrenden.

Mer än fördubblad överlevnad

Överlevnaden vid cancer ökar successivt genom tidig upptäckt av sjukdomen, bättre diagnostik och behandling. Den relativa 10-årsöverlevnaden, som ofta jämställs med bot, är cirka 65 procent för både kvinnor och män. Överlevnaden har mer än fördubblats under de senaste 60 åren. Samtidigt finns det cancersjukdomar med sämre prognos, till exempel bukspottkörtelcancer, lungcancer och levercancer. Lungcancer är den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall i Sverige, cirka 3 600 år 2012. Under 2000-talet har antalet kvinnor som avlider av lungcancer ökat med nästan 40 procent. Malignt melanom är den cancerform som ökar snabbast. Under de senaste tio åren har antalet kvinnor som avlidit av malignt melanom ökat med 48 procent, för männen är ökningen 33 procent.

Ökad överlevnad innebär att allt fler människor lever efter en cancerdiagnos. I slutet av 2011 levde cirka 440 000 personer i Sverige som någon gång fått en cancerdiagnos sedan 1958 då cancertumörer började registreras hos Socialstyrelsen. Många av dem var friska, andra levde med cancer som en kronisk sjukdom. Antalet människor som fått en cancerdiagnos de senaste fem åren uppgick till cirka 180 000. Enligt Statistiska Centralbyrån beräknas år 2030 mer än 300 000 personer ha fått en cancerdiagnos de senaste fem åren. En sådan ökning påverkar hela cancervårdkedjan från utredning och diagnostik till behandling och cancerrehabilitering.

Utvecklingen i Västra sjukvårdsregionen är likartad som i landet i stort. Antalet levande personer som någon gång fått en cancerdiagnos i regionen uppgick vid utgången av 2011 till drygt 81 000 personer. Om vi begränsar tiden till de fem senaste åren så var antalet levande personer i slutet av 2011 som under denna tid fått en cancerdiagnos cirka 31 000.

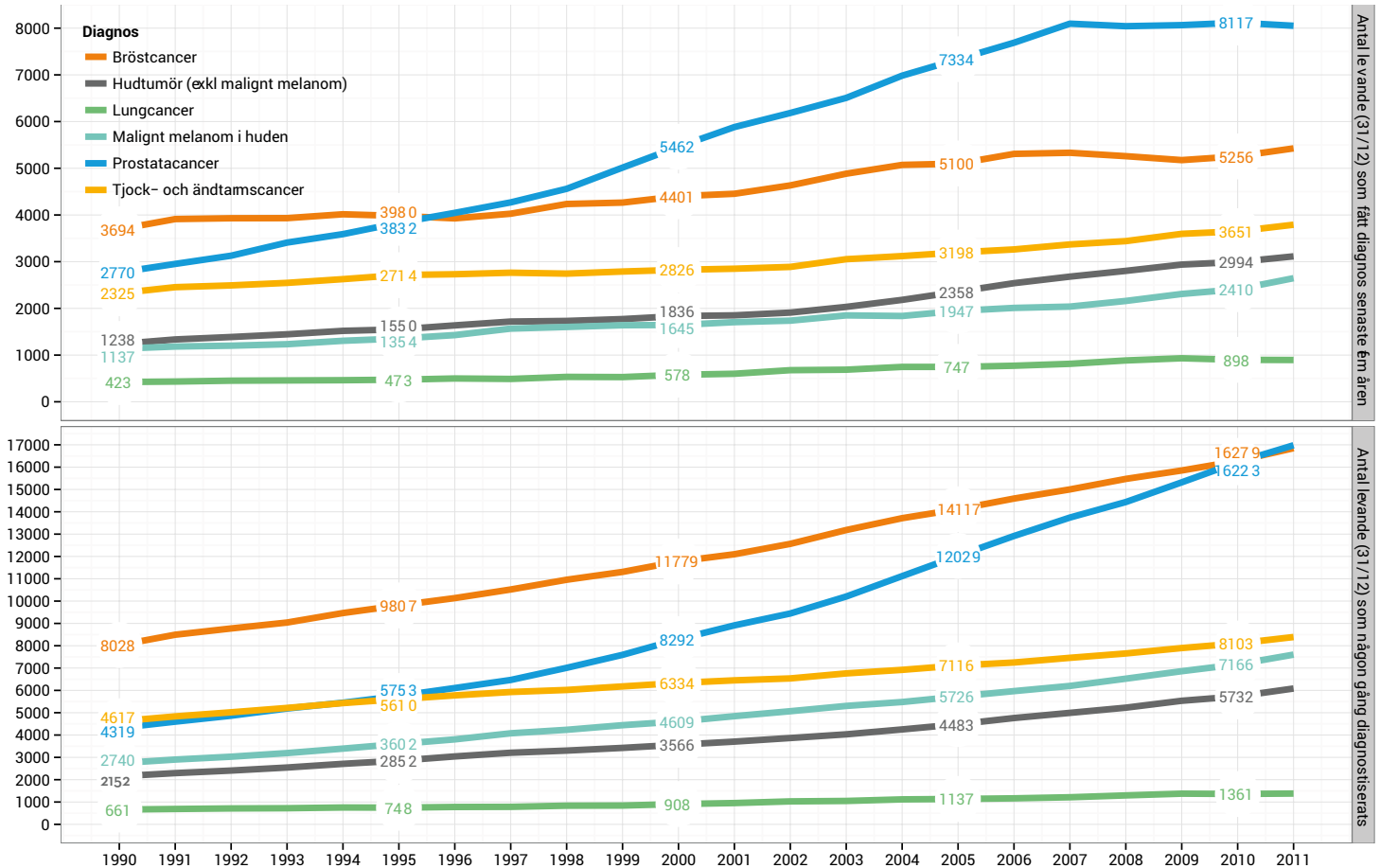
Femårsprevalensen för de sex vanligast förekommande cancerdiagnoser har ökat sedan 1990 (se diagram 2 nedan). Den starkaste ökningen svarar prostatacancer för, antalet levande personer som har fått diagnosen de senaste fem åren har ökat från cirka 5 500 år 2000 till cirka 8 100 personer år 2010, en ökning med närmare 50 procent på tio år. Prevalensökningen förefaller dock ha planat ut under de senaste åren. Antalet personer som lever med någon av de andra fem cancerdiagnoserna har också ökat sedan år 2000, men i långsammare takt.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder är viktiga verktyg för att kunna

HALLANDS SJUKHUS HALMSTAD. FOTO: STINA OLSSON

bryta den prognostiserade utvecklingen att allt fler insjuknar och avlider i cancer. Enligt den nationella cancerstrategin från 2009 kan 30 procent av dödligheten i cancer förebyggas genom förändrade levnadsvanor. Flera faktorer som ökar risken att utveckla cancer är väl kända som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosam kost, fysisk inaktivitet, infektioner (till exempel med HPV) samt UV-strålning och joniserande strålning. Genom ett minskat tobaksbruk skulle till exempel antalet cancerfall i sjukdomar med dålig prognos som lungcancer och cancer i bukspottkörteln kunna mer än halveras.

Diagram 2: Total- och femårsprevalens för några vanliga cancertyper i västra sjukvårdsregionen 1990 – 2011 (Källa: NORDCAN)



CANCERVÅRDENS UTVECKLING I REGIONEN

Det pågår ett omfattande utvecklingsarbete i cancervården. Vårdens innehåll och former utvecklas kontinuerligt, nya metoder för utredning och behandling tillkommer. De medicinska resultaten förbättras och fler patienter överlever den akuta fasen i sin sjukdom.

Vid en tillbakablick tio år i tiden har flera arbeten genomförts som varit viktiga för utvecklingen i Västra sjukvårdsregionen.

Översyn av cancersjukvården i Västra Götaland

Den översyn som gjordes under 2007 utmynnade i ett flertal beslut om åtgärder för att förbättra cancervården.

- Handlingsplan för palliativ vård
- Handlingsplan för säkrad kompetensförsörjning
- Bättre förutsättningar för patientnära klinisk forskning
- Bättre uppföljning av ledtider till diagnostik och utredning
- Regionövergripande arbetsfördelning
- Tydligare ansvar för patienten

Åtgärderna ovan blev i flera fall början på en mer fortlöpande utveckling av cancervården bland annat vad gäller kompetensförsörjning och bildandet av Sahlgrenska Cancer Center.

Regional cancerstrategi

Arbetet med den regionala cancerstrategin 2010 ledde fram till förslag om

- Kunskapsstyrning och uppföljning
- Vårdprocesser, ledtider, palliativ vård
- Uppföljning och rehabilitering av canceröverlevare
- Klinisk patientfokuserad utveckling och forskning
- Verksamhetsutveckling i cancervården
- Regiongemensam strategi för primärpreventivt arbete mot cancer

Beslut fattades om att bland annat tillsätta regionala processägare med uppdrag att vidareutveckla de regionala cancervårdsprocesserna. Det etablerades en enhet för canceröverlevare, med uppdrag att utveckla cancerrehabilitering och att utveckla lärande nätverk i cancervården.

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET. FOTO: LENNART WIMAN

Nationella kunskapsunderlag

En viktig del i arbetet för en kunskapsbaserad, jämlik och sammanhållen cancervård är arbetet med att ta fram och implementera nationella kunskapsunderlag för olika cancerdiagnoser.

Inrättande av Regionalt cancercentrum väst

Enligt en överenskommelse 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skulle sex regionala cancercentra inrättas, ett i respektive sjukvårdsregion. RCC:s uppdrag enligt överenskommelsen var att arbeta enligt tio nationella kriterier för att vidareutveckla cancervården. Västra Götalandsregionen och det dåvarande landstinget i Halland beslöt, till följd av den nationella överenskommelsen, att gemensamt inrätta Regionalt cancercentrum väst (RCC Väst). Tidigare Regionalt onkologiskt centrum ombildades 2011 till RCC Väst..

Strategiska cancerenheten i Region Halland

I Region Halland bildades den strategiska cancerenheten (SCE) 2011 för att utveckla och koordinera verksamheterna inom cancervården såväl inom Region Halland som i relation till västra och södra sjukvårdsregionerna. En central målsättning för SCE är en jämlik cancervård i Halland.

Regional nivåstrukturering

Både VGR och Region Halland har tagit beslut om en förändrad arbetsfördelning av vissa canceroperationer. Senast i december 2013 beslutade regionstyrelsen i VGR att operationerna av rektalcancer ska koncentreras till fyra sjukhus i regionen – Sahlgrenska Universitetssjukuset/Östra, NU-sjukvården/NÄL, Kungälvs sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus –

KIRURGMOTTAGNINGEN, FRÖLUNDA SPECIALISTSJUKHUS. FOTO: CATHARINA FYRBERG

mot tidigare sju sjukhus. Vidare beslutades att alla operationer av magsäckscancer i VGR ska utföras på SU/Sahlgrenska. Förändringarna ska vara genomförda till den 1 januari 2015 och förväntas leda till en rationellare arbetsfördelning och förbättrad medicinsk kvalitet. Utredning och eftervård av patienterna sker därefter fortsatt på det sjukhus som finns i patientens närområde. Motsvarande arbete pågår i Region Halland inom ramen för Hallands sjukhus.

Regional modell för patientprocesser i Västra Götalandsregionen

Under 2014 beslutades om en regiongemensam modell för arbetet med regionala patientprocesser i VGR. Den regionala modellen överensstämmer i stor utsträckning med den generiska modellen för patientprocesser som cancervården och RCC Väst arbetat med sedan tidigare.

Behovsanalys ur befolkningsperspektiv

Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli har utarbetat en regional behovsanalys, *Behovsstyrning – behovsanalys med åtgärdsförslag 2014*. Syftet med behovsanalysen var att identifiera brister, prioritera behov och ge förslag på evidensbaserade åtgärder som kan minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. I behovsanalysen ingick ett större antal behovsgrupper och inom cancerområdet analyserades grupper med bröstcancer, livmoderalscancer och canceröverlevare. Behovsanalysen genomfördes för att ge hälso- och sjukvårdsnämnderna ett underlag för att ange prioriterade mål och inriktningsbeslut. I arbetet deltog bland annat experter från RCC Väst och utförarorganisationer inom VGR.

RCC i samverkan

RCC i samverkan, som är en arena för nationellt samarbete mellan regionala cancercentrum, har tagit flera initiativ till samverkan. Fortlöpande utarbetas exempelvis nationella vårdprogram för olika diagnosgrupper inom cancervården. Hittills har 17 nationella vårdprogram utarbetats. Inom RCC i samverkan Vidare samordnas också arbetet med 24 nationella kvalitetsregister för cancervården. RCC Väst har samordningsansvar för 9 av de 24 kvalitetsregistren. Andra exempel på nationellt samarbete som har genomförts är gemensamma grunder för kontaktsjuksköterskor i cancervården och *Min vårdplan*.

Nationell nivåstrukturering

Ett gemensamt arbete som pågår inom RCC i samverkan är nivåstrukturering av cancervården. Det har i ett första steg lett fram till att operationer av peniscancer koncentreras till två sjukhus i landet – Malmö och Örebro. Arbetet med nationell nivåstrukturering av vården av fler så kallade sällandiagnoser pågår.

Västra sjukvårdsregionen har ur ett nationellt perspektiv en väl utvecklad kirurgisk verksamhet avseende matstrupscancer (esofaguscancer) och verksamheten har de sista två åren ökat och omfattar nu även Halland. Västra sjukvårdregionen ligger i framkant i Sverige idag avseende såväl operationsvolym som överlevnad och ligger jämsides med Lund avseende såväl volymer som kvalitetsmått. Västra sjukvårdsregionen kommer att verka för att bli ett nationellt centrum för esofaguscancerkirurgi.

”Tid och delaktighet ser jag som viktiga faktorer i utvecklingen av cancervård. Delaktighet från både team och patient samt tid att utföra de förändringar som krävs”

Malin Börjesson
Överläkare, Södra Älvsborgs Sjukus

Lokalt utvecklingsarbete

Alingsås lasarett

Vid Alingsås lasarett handläggs cancer i många olika former inom medicinkliniken via mottagningsverksamhet och via det till kliniken anslutna palliativa teamet. I kirurg- och ortopedklinikens verksamhet finns även en gynekologi- och ÖNH-mottagning och en cytostatikamottagning. Medicinkliniken utreder och behandlar ett flertal olika hematologiska maligniteter. Det finns samarbete med andra sjukhus dit utredda patienter i vissa fall överremitteras för behandling. Lungcancer remitteras huvudsakligen till Södra Älvsborgs Sjukus (SÄS) i Borås.

Medicinkliniken ansvarar för den palliativa enheten. Det finns avdelade slutenvårdsplatser inom kliniken och öppenvårdsverksamhet för de patienter som vistas i hemmet eller i kommunal omsorg. Detta innefattar stöd i form av konsultation och utbildningsverksamhet till primärvård och kommunalt organiserad sjukvård. För patienter och närstående innebär det hembesök, både planerade och vid akuta behov. Öppet returförfarande gäller, oavsett cancerdiagnos, till den palliativa enheten. Det innebär att patienten har möjlighet att komma tillbaka direkt till enheten och att det finns ordinationer förberedda inför en eventuell inläggning.

I samarbete mellan kommunalt organiserad sjukvård och palliativa teamet finns, för inskrivna patienter, en kontinuerlig stödfunktion dygnet för rådgivning på plats samt individanpassade ordinationer för att kunna agera på plats. För samtliga patienter innebär det en god kontakt med ansvarig läkare efter hembesök och inskrivning i verksamheten. Ur ett patientperspektiv är det av stor vikt att patienter och närstående vet vart de kan vända sig under hela vårdtiden. Den kommunala hemsjukvården vet också vart de kan vända sig. Det finns ett tvärprofessionellt samarbete mellan palliativa enhetens läkare och övriga specialiteter med en ömsesidig konsultation. Samarbetet förkortar handläggningstiderna. Det finns ett strukturerat omhändertagande av efterlevande.

Kirurgkliniken utreder framför allt cancer i mag-tarmkanalen, men även urologiska maligniteter, öron-näsa-hals samt gynekologi. Kliniken ansvarar också för en del diagnostiska ingrepp. Utredning om bröstcancer sköts huvudsakligen av bröstmottagningen vid SÄS.

Vid Alingsås lasarett behandlas tjock- och ändtarmscancer och icke-invasiv blåscancer och testikelcancer. Sedan årsskiftet opereras ändtarmscancer vid SÄS. I övrigt görs i stort sett bara palliativa ingrepp.

Frölunda Specialistsjukhus

Vid Frölunda Specialistsjukhus diagnostiseras och utreds cancer eller förstadier till cancer vid hudmottagningen (främst malignt melanom och skivepitelcancer), gynekologmottagningen (främst cellförändringar i livmoderhalsen), öron-näsa-halsmottagningen (cancer inom ÖNH-området), kirurgmottagningen (främst endoskopier och röntgenologiska undersökningar vid misstänkt gastrointestinal cancer).

Frölunda Specialistsjukhus behandlar cancer eller förstadier till cancer vid mindre tumörer som bedöms vara färdigbehandlade efter den första operationen. Uppföljande kontroll efter behandlad cancersjukdom utgör en mindre del av sjukhusets läkarbesök.

Kontaktsjuksköterskefunktionen utgörs vid Frölunda Specialistsjukhus av en patientansvarig läkare, men planer finns på att under 2015 anställa en

FOTO: PERNILLA LUNDGREN.

kontaktsjuksköterska på 20 procent vid hudmottagningen i enlighet med regionala medicinska riktlinjer för malignt melanom.

Under de senaste åren har cancervården på Frölunda Specialistsjukhus utvecklat kortare ledtider vid remittering av patienter med kolorektal cancer, i samarbete med kirurgmottagningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra. Antalet koloskopier som utförs på kirurgmottagningen har ökat de senaste två åren.

Patienter med misstänkt malignt melanom som diagnostiseras på hudmottagningen får snabbt tid för operation på kirurgmottagningen genom ett väl utvecklat samarbete mellan mottagningarna. I enstaka fall deltar hudspecialist från Frölunda Specialistsjukhus i multidisciplinära konferenser om malignt melanom utanför sjukhuset. Utrustning för videokonferenser saknas.

Palliativ vård ingår inte i sjukhusets uppdrag.

Hallands sjukhus

Hallands sjukhus är en länsgemensam förvaltning som inkluderar sjukhusen i Halmstad, Varberg och Kungsbacka. Klinikerna vid de olika sjukhusen har samordnats till gemensamma länskliniker. Stora kliniker såsom exempelvis kirurgi-, urologi- och kvinnokliniken har i uppdrag att bedriva vård på flera sjukhus, vilket för cancerpatienter i huvudsak innebär sjukhusen i Varberg och Halmstad. Slutenvård inom urologisk kirurgi finns på båda dessa sjukhus, men från och med februari 2015 samlokaliseras slutenvården till Varberg.

Sedan tidigare har den kirurgiska delen i patientprocesserna för blås- och njurcancer i huvudsak bedrivits vid ett ställe. Kirurgisk behandling av prostatacancer samlokaliseras till Varberg i samband med organisationsförändringen. Sjukhuset i Varberg har även ett länsuppdrag för övre gastrointestinal kirurgi.

Den specialiserade palliativa vården bedrivs enligt närhetsprincipen, det vill säga vid sjukhusen i både Varberg som Halmstad. Kontaktsjuksköterskefunktion finns inrättad på Hallands sjukhus i 14 processer och en övergripande rutin finns framtagen.

Bröst- och kolorektalkirurgi bedrivs i både Varberg och Halmstad. Det gäller även tumörkirurgi i patientprocessen för gynekologisk cancer. Inom de patientprocesser som involverar verksamheter vid båda sjukhusen samverkar, Varberg oftast med Västra sjukvårdsregionen, medan Halmstad i huvudsak samverkar med Södra sjukvårdsregionen.

Kungälvs sjukhus

Under senaste åren har cancervården på Kungälvs sjukhus utvecklats med multidisciplinära konferenser, kontaktssjuksköterskor, öppen retur, palliativa vårdkonferenser, arbete med palliativregistret, en utökad roll för ”avancerad vård i hemmet”-team (AVH-team) och hematologin.

Regelbundna multidisciplinära konferenser med onkolog, kontaktsjuksköterskor och kirurger genomförs lokalt på sjukhuset.

Kontaktsjuksköterska finns för kolorektal-, bukspottkörtel- och bröstcancerpatienter samt för blodcancerpatienter.

Verksamheten inom hematologin har utökats från sporadisk till bred behandling med uppföljning för patienter med blodcancer.

BRÖSTCENTRUM, NU-SJUKVÅRDEN. FOTO: DAN ALMQVIST

Sjukhuset har 60-80 patienter med *öppen retur*. Patienten har öppen retur till en specifik avdelning där det finns ordinationer förberedda inför en eventuell inläggning. Oftast har dessa patienter både kontakt med sjukhusets AVH-team och är inskrivna i hemsjukvården. AVH-teamet startade 2008 och består av fyra sjuksköterskor och två läkare på halvtid. Utvärdering av verksamheten pågår och en framtida utökning diskuteras.

Palliativa vårdkonferenser som är multidisciplinära och kliniköverskridande genomförs varannan vecka. En palliativ vårdenhet och mottagning öppnas på sjukhuset när de nya vårdbyggnaderna är klara. Nationella palliativregistret används som del i förbättringsarbetet. Målet om att 75 procent av patienterna registreras har uppnåtts. Alla somatiska vårdavdelningar registrerar sedan 2012.

NU-sjukvården

NU-sjukvården i Västra Götalandsregionen består av fem sjukhus: de båda större sjukhusen Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus, samt lokalsjukhusen i Lysekil, Strömstad och Dalsland.

Inom NU-sjukvården finns ett bröstcentrum. När patienten kommer till mottagningen utförs allt under samma dag och patienten informeras om resultatet, cancer eller inte, innan hemgång. Det är en så kallad *One stop clinic*. Flera discipliner möts runt patienten och ett nära samarbete sker

med mammografiavdelningen och patologen. Varje vecka träffas bröstkirurg, onkolog, patolog och mammografiläkare för att planera patientens behandling.

Prostatamottagningen är uppbyggd och välfungerande. Arbete fortskrider med primärvården för att överföra de kontrollpatienter som inte behöver specialistvård.

För patienter med malignt melanom har NU-sjukvården utvecklat en mycket välfungerande vårdprocess i samverkan mellan hudmottagning, öron-näsa-hals- och kirurgklinik med snabba ledtider och tydlighet i vem som gör vad.

Multidisciplinära konferenser genomförs regelbundet. Flertalet konferenser sker på plats med alla discipliner, men det sker även via videolänk mot Sahlgrenska Universitetssjukuset (SU). Det genomförs även regiongemensamma multidisciplinära konferenser via videolänk, exempelvis vid njurcancer och maligna melanom. Inom öron-näsa-hals (huvud- och halscancer) och gynekologin sker alla multidisciplinära konferenser på SU.

Kontaktsjuksköterskor finns inom flera verksamheter, men det behöver utvecklas ytterligare och fler behöver utbildas. Inom kirurgverksamheten införs kontaktsjuksköterska till alla diagnoser. De har skapat riktlinjer för arbetsinnehåll och hur kontaktsjuksköterskan ska arbeta, för att säkerställa hur det aktiva överlämnandet ska ske mellan olika verksamheter och till en annan vårdgivare.

Det nationella palliativregistret används inom flera verksamheter som en del i förbättringsarbetet. NU-sjukvården har god täckningsgrad för registrering. Det finns en palliativ vårdavdelning på Uddevalla sjukhus, där det även finns ett mobilt palliativt team som ger service till 14 kommuner. Det palliativa teamet har ett nära samarbete med primärvård och kommuner. Teamet ger råd och stöd samt kompetensutveckling till andra verksamheter och vårdgivare i specialiserad palliativ vård.

Genom att ha tillgång till tider för skiktröntgen (CT), och i viss mån magnetröntgen (MR), som kan ges direkt till patienten vid första besök, minskar ledtiderna. NU-sjukvårdens mål är att minska oro och skapa trygghet hos patienter, genom en välstrukturerad och standardiserad utredningsprocess där patienten får samlad information och planering av vårdförloppet. Syftet är att minska icke värdeskapande väntan.

En individuell vårdplan, *Min vårdplan*, ökar delaktigheten med dialog och information. Den används på lungmottagningen. Inom bröst- och prostatacancer samt vid cancer i övre och nedre delen av buken används en skriftlig plan som diskuteras tillsammans med patient och eventuella närstående. På Kvinnokliniken är patienterna delaktiga i sin vård och behandling, men där används ingen skriftlig vårdplan. Det kommer att införas under 2015.

Öppen retur finns inom kirurgkliniken för patienter som är inskrivna för palliativa vård samt till patienter med aktiv cytostatikabehandling. Alla patienter med huvud- och halscancer samt gynekologisk cancer har öppen retur. Idag har inte patienter med lungcancer öppen retur, men det planeras att införas under 2015. Koloskopiverksamheten i NU-sjukvården deltar i den screening som pågår inom Västra Götalandsregionen.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har som regionsjukhus tillgång till

HUDMOTTAGNINGEN, SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET. FOTO: MARIE ULLNERT

de flesta kompetenser och teknologier som ingår i en modern cancervård.

I och med öppnandet av det regionala *Bild och Interventionscentrum* (BOIC) kommer tillgången till PET- och CT-scanning att öka.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bland annat ett regionalt ansvar för vissa specialiserade tumöråtgärder som kirurgi vid cancer i buk-spottkörtel, matstrupe, magsäck, äggstockar och öron-näsa-hals, samt vid hjärntumörer, lungcancer, barncancer, sarkom, endokrina tumörer, testikel- och njurcancer och för medicinsk onkologi av de mindre vanliga tumörsjukdomarna.

Behandlingen HIPEC (hyperterm intraperitoneal cytostatikaterapi) vid tjocktarmscancer med bukhinnespridning är centraliserat till SU. Vidare är barnonkologin samlad till SU liksom cancergenetiken. Hela regionens strålbehandling sker inom SU med på två platser vid SU/Sahlgrenska i Göteborg och vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås.

”Det är viktigt att ha med rehabilitering från början. Att redan vid diagnostisering lyfta fram ett rehabiliterande synsätt och upprätta en individuell rehabiliteringsplan tillsammans med patienten.”

Johanna Tallbacka
Sjukgymnast, Skaraborgs Sjukhus

För de vanligast förekommande cancersjukdomarna bröst-, prostata-, tjocktarms- och lungcancer bedrivs länssjukvård för boende i Göteborg.

SU har multidisciplinära konferenser inom i stort sett alla diagnosområden. Vissa av dessa är telemedicinska multidisciplinära konferenser med möjlighet att koppla upp sig från sjukhusen i regionen.

SU arbetar med *värdebaserad vård* och utvecklingsarbete pågår med de integrerade multidisciplinära vårdprocesserna för att se vad som skapar värde för patienterna. I dessa arbeten genomförs processkartläggningar och med patientmedverkan skapas uppföljningskort för att följa vad som ur patientens perspektiv är värdeskapande. Metodiken handlar också om att ställa patientnyttan i relation till kostnad för åtgärder i enlighet med den metodik som framtagits av Michael Porter vid Harvard University, Boston. Prostatacancer och bröstcancer är de diagnosgrupper inom cancerområdet som hittills arbetar med värdebaserad vård. Framöver planeras att även andra diagnosgrupper ska ingå.

Forskning och utveckling om tumörsjukdomar är en väsentlig del av vården och i samarbete med akademin finns inom SU såväl klinisk som translationell forskning inom flera diagnosområden. Kliniska prövningar inom cancerfältet är angelägna och inom VGR används Gothia Forum som regional resurs. Inom Gothia Forum samarbetar Göteborgs universitet (Sahlgrenska akademin), Sahlgrenska Universitetssjukhuset, forskningsindustrin (genom AstraZeneca, MSD och Pfizer), Chalmers tekniska högskola och Västra Götalandsregionen.

I samarbete med Gothia Forum finns det även kliniska prövningsenheter inom verksamheterna, bland annat en stor enhet vid Jubileumskliniken som används vid många stora läkemedelsprövningar inom cancerområdet där flera olika sjukhus i regionen ingår.

Skaraborgs Sjukhus

Inom Skaraborgs Sjukhus (SkaS) pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Två viktiga förbättringar under de senaste åren är att en palliativ vårdavdelning har öppnats på sjukhuset i Skövde och att urologpatienter kan få cytostatikabehandlingar i Skaraborg, istället för att som tidigare behöva åka till Borås.

Sjukhuset arbetar också med att öka delaktigheten för patienter och närstående. Inom bröstcancervården finns till exempel ett inkluderande arbetssätt med Rosa boken, en bok med individuella uppgifter som patienten har med sig som stöd genom vårdkedjan. Liknade arbetssätt finns även i ett forskningsprojekt inom kolorektalcancervården som sjukhuset deltar i. Arbetssättet syftar till att göra patienten mer delaktig i sin vård.

Patienter med cancer erbjuds kontaktsjuksköterska inom flera verksamheter. Behovet av kontaktsjuksköterskor har inventerats och successivt utbildas fler kontaktsjuksköterskor.

Skaraborgs Sjukhus arbetar hälsofrämjande med fokus på riskfaktorerna rökning och alkohol. Inom kirurgi och urologi arbetar klinikerna med rökstopp inför operation. Även hudkliniken arbetar preventivt.

Sjukhuset har uppmärksammat brister i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen av cancerpatienter och ska arbeta med förbättringar av processen under 2015. Andra förbättringar som sjukhuset framhåller är det regionala samarbetet med multidisciplinära teamkonferenser, vård-

FOTO: PETER JOHANSSON

processer, processägare och regelbundna dialogmöten samt tillgång till mobila palliativa team i Skaraborg.

Skaraborgs sjukhus har en tydlig brist på onkologer och planerar för en förbättrad kompetensförsörjning. Sjukhuset önskar att en regional strategi och handlingsplan för onkologisk behandling tas fram under de närmaste åren.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) har tidigare haft en egen onkologklinik och sedermera sektionen medicinsk onkologi. Under 2014 har det anställts fler onkologer och den stafettläkarlinje sektionen har haft har avslutats. Nya ST-läkare har också rekryterats och behovet för nyrekryteringar är relativt litet i dagsläget. Från och med 2015 kraftsamlas cancervården genom att göra hematologi, medicinsk onkologi och lungmedicin till en egen sektion.

Ökad incidens av vissa cancerformer, särskilt hudcancer, och kraftigt ökande remissinflöde är en utmaning på SÄS. Den palliativa vården har förstärkts med fler läkare under 2014 och det palliativa teamet har drivit sjukhusinterna utbildningar samt utbildning riktad till sjuksköterskor i kommunen.

SÄS har arbetat med sjukhusövergripande patientprocesser sedan många år. Processer inom kolorektalcancer, bröstcancer och lungcancer har bidragit till kortare ledtider och högre kvalitet. Bland annat ingår EBUS-bronkoskopi numera i utredningsarsenalen, vilket har stärkt diagnostiken, ökat träffsäkerhet och minskat antalet rebronkoskopier.

Processen misstänkt malignitet och prostatacancer har startats under 2014. En utökad patientmedverkan i alla SÄS processer är en utmaning inför de kommande åren.

Kompetensförsörjning av sjuksköterskor och läkare är centralt inom cancervården. Inom hematologi har kompetensen stärkts och säkrats beträffande specialister och ST-läkare för de närmaste åren. Det råder en stor brist på specialister inom lungmedicin och under våren 2015 kommer en nytillsatt koordinerande sjuksköterska inom lungcancerprocessen att avlasta läkarna.

Successivt har fler patientgrupper fått kontaktsjuksköterskor och från och med 2015 centraliseras cytostatikaverksamheten till Borås. Metodutveckling inom kirurgi och gynekologi och behov av nya, kostsamma tekniker är en utmaning både gällande kompetens och ekonomi.

Särskilda satsningar på hälsofrämjande arbete har skett under de senaste åren. Tjänster har tillsats med inriktning på rökavvänjning och fysisk aktivitet på recept. SÄS har egna rökavvänjningssköterskor och rökanamnes och rökstopp inför operation har spridits brett.

Medicinsk kvalitet, inklusive kvalitetsindikatorer inom cancervård, ingår i sjukhusets och klinikernas verksamhetsplaner. Uppföljning sker via processer och klinikernas månadsuppföljningar. Centralisering av olika cancerbehandlingar i VGR ställer utökade krav på logistik. Standardiserade kontaktvägar och vårdförlopp behövs för att arbetssättet ska fungera optimalt.

Aktiviteter och resultat – en sammanfattning

Tillsammans har de lokala och regionala utvecklingsinsatserna i Västra sjukvårdsregionen bland annat inneburit:

Ökad delaktighet och bättre bemötande

Patienter och närstående är mer delaktiga i sin vård och medverkar i utveckling av cancervården.

- Patient- och närståendeperspektivråd (PNP-råd) har bildats i både Västra Götalandsregionen och i Region Halland. De är remissinstans och tar även fram egna förbättringsförslag. Utbildningar för patient- och närståendeföreträdare har även genomförts.
- En utbildning i bemötande av cancerpatienter och närstående för olika myndigheter och vården har tagits fram i samarbete med Försäkringskassan.
- Metodstöd för BVC:s arbete med sunda solvanor har tagits fram och sprids nu både inom västra och sydöstra sjukvårdsregionerna. En informationskampanj genomförs även på Arlas mjölkpaket i juni 2015.
- Kontaktsjuksköterskeutbildning genomförs löpande och fler patienter får därmed en fast vårdkontakt genom tillkomsten av fler kontaktsjuksköterskor.

Förbättrad prevention och tidig upptäckt

Riktade insatser med invånarmedverkan har ökat deltagandet i mammografi och gynekologisk cellprovskontroll.

- Allmän vaccination mot HPV-infektion ger långsiktigt ytterligare minskning av incidensen av livmoderhalscancer.
- En regional medicinsk riktlinje för välgrundad misstanke om cancer har fastställts och har börjat implementeras.
- En utbildningsfilm för patient- och närståendeföreträdare om tidig upptäckt har tagits fram.
- En lathund i form av en vikbar folder för allmänläkare med alarmsymtom och allmänna symtom som kan signalera cancer har tagits fram och sprids i vården.
- Fler patienter genomgår PET/CT-undersökning för stadieindelning av tumörsjukdom.
- Tillgängligheten till koloskopier har förbättrats och en studie för metodval vid införande av allmän screening för tjock- och ändtarmscancer pågår.
- Fler patienter bedöms på multidisciplinära konferenser för att kunna ge bästa möjliga vård.

250

sjuksköterskor och undersköterskor har utbildats i cytostatikabehandling

Förbättrad uppföljning och rehabiltering

Nya regionala mottagningar ger bättre livskvalitet efter cancerbehandling.

- En uppföljningsmottagning för unga vuxna som behandlats för cancer som barn startades i slutet av 2012.
- En specialiserad mottagning för cancerrehabilitering har startades 2011, där främst patienter som fått strålbehandling mot bäckenområdet har uppmärksammats.

Kortare väntetider

Väntetider inom ett flertal patientprocesser har förkortats.

- Huvud-halscancer är ett exempel där tiden från remissankomst till behandlingsbeslut har förkortats med tio dagar de senaste sex åren för 80 procent av patienterna.

Förbättrad vård i livets slutskede

Dödligheten i cancer minskar. Samtidigt har även den palliativa vården utvecklats så att den når

fler patienter och närstående som har behov stöd, smärtlindring med mera.

- En utbildningsfilm för brytpunktssamtal och en komihåg-sticka har tagits fram. Ett flertal läkare har även gått utbildningen, *Det nödvändiga samtalet*.

Mer jämlik vård

Regionuppdrag har beslutats rörande nationella riktlinjer för lungcancer, bröstcancer, prostatacancer, kolorektalcancer och palliativ vård. Ett flertal regionala medicinska riktlinjer har tagits fram.

- Flera kvalitetsregister har utvecklats på och/eller överförts till den gemensamma registerplattformen INCA. På så sätt har klinikernas åtkomst till egna data för verksamhetsutveckling förbättrats. Kostnadsdata (KPP) har även inkluderats i stödet till de regionala processägarnas analyser av patientprocesserna. Kvalitetsdata diskuteras vid årligen återkommande lokala dialogmöten.
- En nationell arbetsgrupp för nationell nivåstrukturering har bildats.
- Regionala beslut har fattats om nivåstrukturering för äggstockscancer, livmoderkroppscancer, njurcancer, avancerad blåscancer, rektalcancer och magsäckscancer har fattats.
- Utveckling av utdata ur journalsystemet VAS i Region Halland har gett ökade möjligheter att följa patienterna genom patientprocesserna.

Förbättrad behandling och vård

En nationell arbetsgrupp inom RCC i samverkan har medverkat i projektet Nya läkemedelsterapier (NLT), som har övergått i ordinarie verksamhet.

- Ett stort antal nya cancerläkemedel har introducerats efter beslut om ordnat införande.
- 250 sjuksköterskor och undersköterskor har utbildats i cytostatikahantering
- En strategi för kompetensutveckling ur ett processperspektiv har tagits fram.
- Lärande nätverk för sjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster och dietister har startats.

Stora utmaningar

Antalet personer som insjuknar i cancer varje år ökar och fler patienter lever med cancer som en kronisk sjukdom. Trots ett omfattande och fortlöpande utvecklingsarbete står cancervården inför stora utmaningar de närmaste åren. I dessa utmaningar ingår att:

- inkludera patienter och närstående som medskapare i vården
- ge fler patienter möjlighet att delta i kliniska forskningsstudier
- ge patienter och närstående en jämlik cancervård
- arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande
- upptäcka cancer tidigare och öka möjligheterna till bot
- korta väntetider och skapa sammanhållna patientprocesser
- förbättra cancerrehabilitering under patientens väg genom vården
- säkerställa en god kompetensförsörjning
- stödja forskning, lärande och utveckling av cancervården
- bygga en cancervård som är hållbar över tid

”Jag vill fokusera ännu mer på att förbättra tillgängligheten för att skapa trygghet för patienter och närstående.”

Eva Andersson
Kontaktsjuksköterska
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

VISIONEN – EN ÄNNU BÄTTRE CANCERVÅRD

Visionen – En ännu bättre cancervård – grundas på de tio kriterier som är gemensamma för de regionala cancercentrumen runt om i landet. Hela visionen lyder: ”För människors behov, genom människors samlade kompetens, med gemensamma resurser”. I det här avsnittet utvecklar och förklarar vi de olika delarna i visionen.

För människors behov

All sjukvård finns till för att förebygga, bota och lindra konsekvenser av sjukdom. Cancervård innefattar därmed hela vägen från förebyggande av sjukdom, screening, upptäckt av symptomgivande cancer, vård och behandling, till vård i livets slutskede. Vården behöver organiseras runt patienten från ett helhetsperspektiv, inte i första hand utifrån organisationens behov.

Det handlar inte bara om behov hos de patienter som fått en cancerdiagnos. Vården behöver också möta behov hos närstående som patientens partner, barn eller föräldrar. En förutsättning för en ännu bättre cancervård är också att vi ser medarbetares behov av delaktighet, lärande och utveckling.

Genom människors samlade kompetens

I arbetet med att utveckla en ännu bättre cancervård är det viktigt att ta tillvara patienters och närståendes kompetens. Genom deras medverkan kan vårdens bemötande, tillgänglighet och kommunikation förbättras. Det är de som sitter i våra väntrum och det är de som ska läsa och förstå vår information. Det är deras val som utifrån gemensamt beskrivna behov ska styra vården.

En god vård bygger på god kompetensen hos alla som på ett eller annat sätt möter patienter och närstående. Läkare inom olika specialiteter, sjuksköterskor, undersköterskor, sekreterare, kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logopeder, för att nämna några. De medverkar, med sin samlade kompetens, till den goda vården.

I en fortsatt utveckling av cancervården har diagnostiken en viktig roll. En stor del av utvecklingsarbetet handlar om hur regionen kan optimera användningen av diagnostiska resurser, bland annat för att upptäcka cancer tidigare, korta väntetider och för att kunna genomföra samlade utredningar. I det arbetet är det angeläget att engagera diagnostiska verksam-

FOTO: HANNA WEKELL

BRÖSTCENTRUM, NU-SJUKVÅRDEN. FOTO: DAN ALMQVIST

heter och företrädare för verksamheterna redan från början. Diagnostikens medverkan i utvecklingsarbetet skapar värde för både patienter och aktuella patientprocesser.

Kontinuerlig utveckling av vården med förändrade uppdrag och roller kräver också att administrativ och ekonomisk kompetens involveras och engageras för att resursplaneringen ska bli så effektiv som möjligt.

Med gemensamma resurser

Att arbeta i sjukvården innebär också att ta ansvar för hur gemensamma skattepengar förvaltas. Skattemedlen används för behandlingar, vårdplatser, löner, lokaler och till utrustning. Ett gemensamt ansvar för hur resurserna används innebär att det inte är en framkomlig väg att endast diskutera den egna budgeten, när de begränsas till en avdelning, en verksamhet, ett sjukhus eller ett geografiskt område. Det är viktigt att se till vården som helhet. En jämlik cancervård bygger på att vi använder våra gemensamma resurser så att en ännu bättre cancervård kommer alla till del.

HÅLLBAR UTVECKLING AV CANCERVÅRDEN

Cancervården står inför stora utmaningar. Samtidigt som arbete pågår för att förbättra kvalitet och tillgänglighet i cancervården behöver ett målmedvetet arbete ske för att utveckla en långsiktigt hållbar cancervård. Hälso- och sjukvården i Västra sjukvårdsregionen behöver utvecklas mot ett långsiktigt hållbart vårdsystem.

Hållbarhet handlar i det här sammanhanget om att förutse medborgares och framtida patienters behov utifrån sociala, ekologiska och ekonomiska perspektiv. Resursutnyttjande, investeringar samt den medicinsktekniska och sociala utvecklingen behöver integreras så att de förstärker vårdens nuvarande och framtida förmåga att tillgodose mänskliga behov och förhoppningar.

Strategin fokuserar på vårdsystemets och medarbetares möjligheter till utveckling för att understödja en kontinuerlig utvecklingsprocess som kan hantera kommande utmaningar.

Det hållbara sjukvårdssystemet – fyra förmågor

Hållbar utveckling är ett dynamiskt begrepp som beskriver viktiga förmågor som systemet ska ha eller behöver förvärva. Det är främst följande fyra förmågor som behöver utvecklas.

1. Förmåga att i all utveckling och förbättring utgå från hur värde skapas för nuvarande och framtida patienter och närstående, men också att bjuda in dessa aktörer att vara medskapare i vårdens utveckling.

2. Förmåga att arbeta med framförhållning – att jobba uppströms i vårdprocesserna. Det innebär både att främja hälsa och förebygga sjukdom och att förbättra och utveckla i ett så tidigt skede som möjligt. Genom att skapa värde för patienter och närstående tidigt i vårdprocessen undviks onödigt lidande och större resursförbrukning längre fram.

3. Förmåga att förstå vården som ett komplext system, där medarbetare med olika bakgrunder och erfarenheter kan uppfatta mening och innebörder olika. I ett komplext system skapas och tolkas strategier

och aktiviteter i dialog mellan medarbetare på olika nivåer i organisationen. Ny kunskap tillkommer såväl inifrån som utifrån och vidareutvecklas i systemet. Utveckling är därför inte förutsägbar. En av ledningens främsta uppgifter är därför att uppmuntra till regelbundet återkommande lärandedialoger för att inspirera till ett gemensamt utvecklingsarbete för att ytterligare förstärka värdeskapandet för patienter och närstående.

4. Förmåga till anpassning, vilket innebär att systemet framgångsrikt kan hantera pågående krav och belastningar. Att det kan hantera en ständigt föränderlig omvärld, utan att förlora förmågan att möta framtida utmaningar. En förutsättning för hållbar utveckling är att ett fortlöpande lärande sker individuellt, kollektivt och organisatoriskt. Genom lärprocesser kan kunskap utvecklas om hur anpassning kan ske och om hur hållbarhet kan byggas på ett optimalt sätt.

Ett hållbart vårdsystem – delar i en helhet som skapar värde

Mer konkret innebär hållbar utveckling ett större fokus på hur vårdens *mikro-, meso-* och *makrosystem* kan sammanfogas på olika sätt för att skapa värde för patienter och närstående, så kallade värdelogiker. Tre olika *värdelogiker* förekommer ofta i vården – värdekedjor, värdecenter och värdenätverk.

Det är i det tvärprofessionella vårdteamet som värdet för patienter och närstående skapas och vårdbehov tillgodoses. Det är där som sjukvårdens värdeskapande erbjudande till patienter och närstående förverkligas.

ATT SKAPA VÄRDE

Genom att skapa värde för patienter och närstående i ett tidigt skede undviks onödigt lidande och större resursförbrukning senare i vårdprocessen.

I organisatoriska sammanhang kallas det ibland för mikrosystemet – den minsta funktionella enheten i vårdsystemet. Det kan till exempel vara en poliklinisk mottagningsenhet, en del av en vårdavdelning eller en del av en vårdcentral. Mikrosystemet är i sig ett komplext adaptivt system som har kompetens och resurser för att vårda en grupp patienter och för att utveckla själva vården.

Den vård som ges i en sjukvårdsorganisation blir aldrig bättre än summan av den vård som ges i de ingående mikrosystemen. Flera stora studier har samstämmigt visat att effektiva och högpresterande mikrosystem kännetecknas av en kultur baserad på gemensamma värderingar, lärande och ömsesidig respekt samt ett uttalat patientfokus och ett IT-stöd som är designat för att stödja vårdprocessen. Till detta kommer också att resultat från vårdprocessen hela tiden följs upp och inspirerar till förbättringsarbete.

Flera mikrosystem kan kopplas samman i processer eller inom större enheter (mesosystem): kliniker, vårdcentraler, sjukhus eller motsvarande. Flera mesosystem är i sin tur sammanlänkade i makrosystemet, till exempel landsting eller region. Framgångsrika vårdorganisationer har förmågan att på meso- och makronivå skapa bästa möjliga förutsättningar för

REGION HALLAND. FOTO: STINA OLSSON

utveckling, koordinering och integration av sina mikrosystem. Det utgörs av ledningsfunktionens värdeskapande erbjudande till medarbetarna.

Mikrosystemen kan kopplas och koordineras på olika sätt för att tillgodose olika patientgruppers behov. Dessa sätt att skapa värde och värdelogiker är ett alternativt synsätt för att accelerera utvecklingen av vården. Patienter med olika diagnoser som befinner sig i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser. De olika värdelogikerna hjälper oss att organisera mikro- och mesosystemen utifrån de behov som ska tillgodoses hos patientgrupperna.

En särskild beskrivning av de förmågor som organisationen behöver förvärva genom lärande på olika nivåer återkommer som ett särskilt utvecklingsområde längre fram. Inom utvecklingsområde 6 tas tre centrala fokusområden för en hållbar cancervård upp; kompetensförsörjning, forskning och verksamhetsutveckling.

”Det är viktigt att det finns tillräckliga resurser för att möta behovet, inte bara inom specialistvården utan även inom primärvården”

Sarvin Jamei
Kurator/socionom, Södra Älvsborgs Sjukhus

STRATEGISKA UTVECKLINGS-OMRÅDEN

I detta avsnitt anges den fortsatta inriktningen på utvecklingsarbetet inom cancervården i Västra sjukvårdsregionen de närmaste 5–10 åren. Inriktningen beskrivs med hjälp av följande sex utvecklingsområden med tillhörande fokusområden.

För de olika utvecklingsområdena anges ett inriktningsmål och arbetet struktureras i flera fokusområden. Sammanlagt ingår 24 fokusområden i utvecklingsplanen.

Inom varje fokusområde beskrivs utvecklingsarbetet uppdelat på tre organisatoriska nivåer, regionnivå, förvaltningsnivå och verksamhetsnivå. Arbetet på de tre nivåerna och samarbetet mellan nivåerna ska leda till att de angivna inriktningsmålen uppnås.

1. **Patientperspektiv i en behovsstyrd cancervård**
   - *Ökad delaktighet och medverkan*
   - *Behovsstyrd cancervård*
2. **Förebyggande insatser och evidensbaserad screening**
   - *Hälsofrämjande insatser för patienter och befolkning*
   - *Primär och sekundär prevention*
   - *Evidensbaserad screening och vaccination*
   - *Införande av nya screeningmetoder*
3. **Tidig upptäckt av cancer**
   - *Tidig upptäckt*
   - *Väntetider vid misstänkt cancer*
   - *Samlad utredning*
   - *Arbetsfördelning och samarbete*
4. **Sammanhållna patientprocesser**
   - *Kunskapsbaserad vård*
   - *Sammanhållna patientprocesser*
   - *Standardiserade vårdförlopp*
   - *Medicinsk kvalitet*
   - *Fast vårdkontakt och Min vårdplan*
   - *Psykosocialt stöd och cancerrehabilitering*
   - *Uppföljning av vuxna med cancer i unga år*
5. **God palliativ vård**
   - *Brytpunktssamtal*
   - *Symtombehandling*
   - *Patientens val av vårdform*
   - *Stöd till närstående*
6. **Kompetensförsörjning, forskning och verksamhetsutveckling**
   - *Kompetensförsörjning*
   - *Forskning och verksamhetsutveckling*
   - *Patienter i kliniska studier*

FOTO: PERNILLA LUNDGREN

Utvecklingsområde 1

Patientperspektiv i en behovsstyrd cancervård

Inriktningsmål:
Alla insatser görs med person-/patientperspektiv och ges efter behov.

Ökad delaktighet och medverkan

De senaste åren har patienters och närståendes delaktighet och medverkan i cancervården ökat. Kontaktsjuksköterskor har utbildats och arbetar i cancervården. De har fortlöpande kontakt med patient och närstående, informerar om kommande steg i vården, svarar på frågor, bevakar aktivt väntetider och kan ge stöd till patient och närstående vid behov. Alla patienter i cancervården ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. Hösten 2014 fanns cirka 200 kontaktsjuksköterskor inom 18 diagnosområden i Västra sjukvårdsregionen och det finns behov av att utbilda och tillsätta fler.

Patientperspektivet i cancervården stärks bland annat genom att patient- och närståenderepresentanter engageras i cancervårdens utformning och utveckling. RCC Väst har bildat ett patient- och närståendeperspektivråd (PNP-rådet) som arbetar för att patienters- och närstående perspektiv ska genomsyra alla förbättringsarbeten. Rådet arbetar särskilt med områdena bemötande och kommunikation, psykosocialt stöd och cancerrehabilitering, *Min vårdplan* och helhetsansvar.

Arbetssätt och metoder har också utvecklats för att fler patienter och närstående ska kunna medverka i cancervårdens förbättringarbete inom regionen. Ett exempel är *4-stegsmetoden* som används för att förbättra kommunikation, bemötande, service och miljö. Patienter, närstående och vårdpersonal arbetar genom metoden fram förbättringförslag som sedan genomförs inom nämnda områden inom cancervården. Ett annat exempel är så kallade *Upplevelseböcker*. Det är en metod för att ta vara på erfarenheter som görs av patienter, närstående och vårdpersonal med syfte att förbättra vårdprocesserna, öka patientsäkerheten och förbättra patienternas upplevelser av cancervården.

Det pågående utvecklingsarbetet behöver fortsätta och vidareutvecklas.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Ökad delaktighet och medverkan	• Arrangera utbildningar, bland annat för kontaktssjuksköterskor. • Sprida goda exempel på patientmedverkan.	• Stödja verksamheterna i införande av arbetssätt som tar in regelbunden återkoppling från patienter och närstående som underlag för förbättringsarbete. • Säkerställa patientmedverkan i utvecklingen av de lokala processerna.	• Utveckla arbetssätt med regelbunden återkoppling från patienter och närstående som underlag för förbättringsarbete. • Arbeta för kontinuerlig patientmedverkan i utvecklingsarbetet.

Behovsstyrd cancervård

Det grundläggande målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att alla medborgare oavsett bakgrund eller bostadsort ska erbjudas möjlighet att bevara en god hälsa och få en likvärdig vård, baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Dagens cancervård är inte jämlik när det gäller vem som får cancer och vem som överlever. Enligt den nationella cancerstrategin 2009 finns sociala skillnader i risken att utveckla cancer. Några exempel är att:

- Lågutbildade kvinnor har större risk att få bland annat lungcancer och livmoderhalscancer.
- Högutbildade män har en högre risk att utveckla tjocktarmscancer och prostatacancer, malignt melanom, skivepitelcancer i huden och cancer i nervsystemet.
- Högutbildade kvinnor har lägre risk att drabbas av lungcancer och livmoderhalscancer medan risken för malignt melanom, skivepitelcancer i huden och bröstcancer är högre.
- Invandrare som kommit till Sverige i vuxen ålder har en annan riskprofil jämfört med personer födda i Sverige. Männen har en förhöjd risk för urinblåse-, testikel- och lungcancer medan kvinnorna har en lägre risk att drabbas av bröst-, livmoderhals-, livmoder- och äggstockscancer. Skillnaderna kan i stor utsträckning hänföras till cancermönster i ursprungslandet.
- Överlevnaden i bröstcancer är lägre bland kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden. Skillnaden är mest uttalad bland kvinnor under 50 år.

Ytterligare exempel ges i Socialstyrelsens utvärdering 2013 av bröst-, prostata-, tjock- och ändtarmscancervården. I utvärderingen konstaterades att för samtliga indikatorer inom tjock- och ändtarmscancervården fick personer med lägre utbildningsnivå i mindre utsträckning de åtgärder som rekommenderades i de nationella riktlinjerna eller hade ett sämre resultat än de med högre utbildning. Samma tendens, fast i mindre utsträckning, fanns även för indikatorerna inom bröst- och prostatacancervården. Denna och andra utvärderingar visar att cancervården inte fullt ut ges efter behov och att det finns anledning att arbeta systematiskt för att öka jämlikheten i cancervården.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Behovsstyrd cancervård	• Följa upp cancervården ur jämlikhetsperspektiv och återkoppla resultat. • Sprida goda exempel på arbete för jämlik vård.	• Efterfråga resultat och arbetssätt från verksamheterna. • Stödja verksamheterna att kontinuerligt följa upp sina resultat som ett underlag för förbättringsarbete.	• Ha en kontinuerlig dialog om vårdinsatser ur jämlikhetsperspektiv. • Återkoppling av data som underlag för verksamhetsutveckling.

Utvecklingsområde 2

Förebyggande insatser och evidensbaserad screening

Inriktningsmål:
Hälsofrämjande och förebyggande insatser och evidensbaserad screening som når både enskilda patienter och hela befolkningen.

Hälsofrämjande insatser för patienter och befolkning

Ungefär en tredjedel av all cancer skulle kunna förebyggas då flera riskfaktorer för cancer återfinns i människors levnadsvanor.

Tobaksrökning är den största riskfaktorn och orsakar omkring 5 000 dödsfall i cancer per år i Sverige. Ohälsosamma matvanor och låg fysisk aktivitet kan ge övervikt och fetma, som i sig är riskfaktorer för ett flertal cancersjukdomar, bland annat bröstcancer, njurcancer och matstrupscancer. Hudcancer är den diagnosgrupp som ökar mest. Den allvarligaste formen orsakar över 500 dödsfall per år. Det finns ett klart samband mellan solvanor och hudcancer.

Framgångsrika insatser för att förebygga cancer och främja hälsa kräver samverkan mellan flera aktörer i samhället. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård kan bidra genom att uppmärksamma vikten av hälsosamma levnadsvanor både för patienter och befolkning.

Även hos patienter med cancer är hälsofrämjande insatser av stort värde. Vid cancersjukdom kan fysisk aktivitet bidra till att öka den hälsorelaterade livskvaliteten. Det är väl känt att patienter som upphör med tobaksbruk i samband med utredning och behandling kan få bättra hälsa och livskvalitet jämfört med de som fortsätter röka som vanligt före och efter en operation.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Hälsofrämjande insatser för patienter och befolkning	• Delta i nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård och stödja projekt som ökar invånarnas kunskap och främjar hälsa. • Sammanställa resultat av lokala handlingsplaner och återkoppla till förvaltningar.	• Stödja och säkerställa genomförande av egen handlingsplan. • Uppföljning av resultat.	• Genomföra förvaltningens handlingsplan för hälsofrämjande vård. • Medverka i dialog med invånarna utifrån verksamhetens kunskapsområden.

Primär och sekundär prevention

Primärvården och sjukhusen i regionen arbetar för att minska tobaksbruket genom att fråga patienter om tobaksbruk, informera om risker och erbjuda stöd för tobaksavvänjning.

Det finns även ett arbete med *Fysisk aktivitet på recept* (FAR) som är en metod för att förebygga och behandla vissa sjukdomar genom fysisk aktivitet.

Uppföljning visar att det finns stora variationer i arbetet med sjukdomsförebyggande metoder i primärvården och på sjukhusen. En del versamheter har utvecklat systematiska arbetssätt medan andra släpar efter. Variationerna visar att det finns betydande möjligheter att förbättra arbetet med sjukdomsförebyggande metoder i många verksamheter.

I Västra Götalandsregionen finns *Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård* (HFS) som arbetar för att implementera Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och folkhälsokommitténs sekretariat som arbetar med att främja goda levnadsvanor.

RCC Väst stödjer och initierar projekt för att förebygga cancer både hos vuxna och barn. Ett exempel är ett pilotprojekt tillsammans med barnhälsovården med syftet att ta fram information, verktyg och utbildning för att barnhälsovården i ökad omfattning ska informera om sunda solvanor. Arbetssätt och verktyg kommer nu att spridas i hela VGR och även till andra landsting och regioner i landet.

Inför sommaren 2014 startade Region Halland informationskampanjen *Smart i solen,* med syftet att öka kunskapen om hudcancer i den hallländska befolkningen, särskilt om hur invånarna kan minska risken genom goda solvanor.

Fler aktörer behöver involveras för att främja sunda solvanor, exempelvis förskolor och skolor.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Primär och sekundär prevention	• Stöd till implementering av regionuppdrag och nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. • RCC Väst deltar i den regionala HFS-strukturen och stödjer projekt riktade till skola och befolkning. • Följa upp det förebyggande arbetet och återkoppla resultat.	• Säkerställa implementering av regionuppdrag och nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.	• Genomföra förebyggande arbete i enlighet med regionuppdrag och nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. • Redovisa resultat.

Evidensbaserad screening och vaccination

Gynekologisk cellprovskontroll och mammografi är etablerade evidensbaserade screeningmetoder för att förebygga och tidigt upptäcka livmoderhalscancer och bröstcancer. Under 2013 kunde med glädje konstateras att incidensen av livmoderhalscancer (cervixcancer) i Västra sjukvårdsregionen har sjunkit signifikant under de senaste åren. Från att incidensen år 2000 har legat över riksgenomsnittet har denna nu minskat till en nivå som ligger klart under genomsnittet för riket. Deltagandet i de gynekologiska cellprovskontrollerna har ökat och täckningsgraden har succesivt förbättrats. Den ligger nu högst bland storstadsregionerna i Sverige. En rad insatser har gjorts under perioden för att förbättra deltagandet:

- En förnyad inbjudan till de kvinnor som inte hörsammat den första inbjudan.
- Ökad anpassning av öppettider i primärvården.
- Genomarbetad och målgruppsanpassad inbjudan.
- En förkortad version av inbjudan på tio olika språk bifogas med alla inbjudningar.
- Alla kvinnor får nu en bestämd tid för cellprov.
- Ett nytt kallelsesystem har utvecklats i regionen som bland annat tillåter större flexibilitet i schemaläggning och att alla kvinnor enkelt kan omboka tid och mottagning på internet.
- En stor vetenskaplig studie, *RÖDROCK*, har genomförts i VGR och publicerats internationellt. Studien ger kunskap om hur verksamheter kan underlätta för kvinnor som inte deltagit i gynekologisk cellprovskontroll under flera år, att ta prov. Den visar att personlig kontakt via telefon och att därefter erbjudas HPV-hemtest om de inte tagit prov ett år senare, trots påminnelse, gör skillnad. Resultaten har bidragit till att ett nytt vårdprogram för prevention av livmoderhalscancer inom VGR fastställdes 2014
- Genom uppgifter som hämtats från det nationella kvalitetsregistret för cervixprevention, *Cytburken*, konstaterades en lägre täckningsgrad i nordöstra Göteborg. Under 2011–12 genomfördes därför samarbetsprojektet *Ta med en vän*, under ledning av Kunskapscentrum för Jämlik vård (KJV). Genom multipla interventioner med exempelvis doulor, information via lokalradio, annonsering i tvättstugor, provtagningbuss och anpassat informationsmaterial lyckades det prisvinnande projektet öka deltagandet i nordöstra Göteborg. En ökning som kvarstår två år efter projektet.
- Som uppföljning av projektet *Ta med en vän* genomfördes 2013 en uppmärksamhetsvecka, *Cellprovsveckan,* i de nordöstra stadsdelarna. 2014 utökades det till att omfatta alla barnmorskemottagningar i VGR och Region Halland. Resultatet visar bland annat att information om vikten att ta cellprov, i samband med uppmärksamhetsveckan, har nått kvinnor med arabiska, somaliska, kurdiska, persiska och ett flertal andra språk som förstaspråk. Möjligheten att ta prov i *Cellprovsbussen* har resulterat i att även kvinnor som inte tagit provet på mer än tio år, har tagit provet i bussen.

Inom bröstcancerscreening med mammografi har både generella och riktade insatser genomförts för att öka deltagandet. I de flesta områden inom VGR har deltagandet varit cirka 85 procent de senaste åren. I Göteborg med omkringliggande kommuner (Unilabs område) har deltagandet ökat från 66 procent 2008 till 80 procent under 2013, en kraftig och glädjande ökning. Projekt har genomförts i nordöstra Göteborg i samverkan mellan Angereds Närsjukhus, Unilabs och RCC Väst för att öka deltagande i screeningen. De arbetssätt som har utvecklats under projektet har integrerats i den ordinarie verksamheten.

HPV-vaccination av flickor 11-12 år för att förebygga livmoderhalscancer startade i Västra sjukvårdsregionen 2012. VGR och Region Halland ansvarar för vaccinförsörjningen medan den kommunbaserade skolhälsovården ansvarar för vaccineringen. Deltagandet i vaccinationen har uppmätts till cirka 80 procent vilket motsvarar riksgenomsnittet. Det ligger under det nationella målet om 90 procent. I likhet med övriga landet erbjuder landstinget kostnadsfri vaccination för tonårsflickor födda 1993-1998 med en täckningsgrad som varierar från 30 till 70 procent, vilket också är under det nationella målet på 75 procent.

Deltagandet i screeningen för livmoderhalscancer och bröstcancer har således förbättrats successivt de senaste åren genom ett fortlöpande utvecklingsarbete. För att upprätthålla och ytterligare förbättra deltagandet behövs ett fortsatt systematiskt arbete. Deltagandet i HPV-vaccinationen behöver också öka väsentligt för att långsiktigt kunna förebygga livmoderhalscancer ännu bättre.

CELLPROVSBUSSEN MED DOULOR OCH KULTURTOLKAR. FOTO: MIA WESTLUND

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Evidensbaserad screening och vaccination	• Följa upp täckningsgrad, analysera behov av riktade insatser, återkoppla till förvaltningarna. • Stödja utveckling av arbetssätt och verktyg. • Initiera projekt för ökat deltagande.	• Initiera och stödja riktade insatser för att förbättra täckningsgraden. • Delta i behovs- och insatsdialog med regional nivå.	• Vid behov genomföra riktade insatser för att förbättra täckningsgraden i områden med lågt deltagande. • Följa upp och lära av erfarenheter.

Införande av nya screeningmetoder

Socialstyrelsen har under de senaste åren utvecklat en modell för att bedöma, införa och följa upp screeningprogram. Modellen består av tre huvudkomponenter, 15 bedömningskriterier, en arbetsprocess och en organisationsbeskrivning. Modellen är utvecklad för att kunna tillämpas oavsett vilket tillstånd screeningprogrammet avser att upptäcka och åtgärda. Det slutliga utfallet av en genomgång av ett screeningprogram enligt modellen leder till en rekommendation från Socialstyrelsen. Rekommendationen kan vara att ett screeningprogram bör införas eller inte. Förslag till nya screeningprogram för att förebygga och tidigt upptäcka cancer kommer att utvecklas under de kommande åren. Att Socialstyrelsen bedömer och ger rekommendationer om nya screeningprogram kan ge underlag och vägledning för en jämlik vård i hela landet.

Västra Götalandsregionen och Region Halland deltar sedan 2013 i en nationell studie för att utveckla arbetssätt för en organiserad kolorektalcancerscreening och för att få underlag som gör det möjligt att välja metod för screening i tjocktarmen. Studien planeras pågå till och med 2018 och kommer att ge underlag för ställningstagande till om denna screening ska erbjudas invånarna som en generell screeningundersökning för att förebygga tjocktarmscancer.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Införande av nya screeningmetoder – kolorektalcancer	• Följa arbetet med nationella kunskapsunderlag rörande screeningmetoder. • Besluta om förutsättningar för införande av befolkningsbaserad kolorektalcancerscreening inklusive gemensamt journalsystem för endoskopier.	• Stödja och följa upp endoskopi- och patologienheternas arbete. • Skapa förutsättningar för genomförande av nationell studie.	• Införa gemensamt strukturerad dokumentation i journalsystem för endoskopier. • Arbeta för god tillgänglighet till endoskopiundersökningar och för optimala ledtider inom patologin. • Vid behov utbilda sjuksköterskor till endoskopister.

Utvecklingsområde 3

Tidig upptäckt av cancer

Inriktningsmål:
Cancervården arbetar för tidig upptäckt av cancer. Utredningsresurser har hög tillgänglighet, arbetsfördelningen är tydlig och samarbetet är väl utvecklat mellan primärvård och sjukhus.

Tidig upptäckt

I Västra Götalandsregionen finns en regional cancergaranti som innebär att besök hos sjukhusspecialist ska ske inom fjorton kalenderdagar för vuxna, och inom två arbetsdagar för barn, vid nyupptäckt cancer och vid välgrundad misstanke om cancersjukdom. Detta gäller de cancerformer där väntetiden har relevans för prognosen. Uppfyllandet av cancergarantin ställer krav på ett väl fungerande samarbete mellan primärvården och sjukhusen i regionen. Primärvården har en nyckelroll när det gäller tidig upptäckt av cancersjukdom. De flesta patienter som får en cancerdiagnos har sökt sig till primärvården med sina symtom.

Inom RCC Väst genomförs forskningsprojektet *Tidig upptäckt av cancer med alarmsymtom och allmänna symtom i primärvården* för att få mer kunskap om tidiga symtom, och kombinationer av alarmsymtom och allmänna symtom, som föregår de sex vanligaste cancersjukdomarna. Resultat av forskningsprojektet planeras kunna redovisas 2018.

Till stöd för arbetet med att identifiera misstanke om cancer har en regional medicinsk riktlinje (RMR) utarbetats som definierar kriterier för välgrundad misstanke om blodcancer, lungcancer, cancer i bröst, magtarmkanal, bukhåla och sköldkörtel, gynekologisk cancer samt urologisk cancer.

Skriften *Alarmsymtom och allmänna symtom som kan signalera cancer* är en lathund som ska underlätta allmänläkarnas arbete med att identifiera patienter med misstänkt cancer.

De diagnostiska verksamheterna bör delta från start i utvecklingsarbeten som görs i Västra sjukvårdsregionen för att upptäcka cancer tidigt. Det är vidare angeläget att systematiska arbetssätt för att tidig upptäckt av cancer fortsätter att utvecklas och integreras i hela regionens hälso- och sjukvård.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Tidig upptäckt	• Sprida kunskap och RMR om tidig upptäckt av cancer. • Genomföra påbörjat forskningsprojekt om tidig upptäckt med alarmsymtom och allmänna symtom i primärvården.	• Stödja och följa upp utveckling av nya arbetssätt. • Implementering av RMR i berörda verksamheter.	• Utveckla arbetssätt och rutiner för tidig upptäckt av cancer med stöd av RMR om välgrundad misstanke om cancer och lathund om alarmsymtom och allmänna symtom på cancer. • Återkoppla med idéer om förbättring av RMR.

”Vi önskar att patienterna får en smidigare väg fram till diagnos och behandling, med mindre strul och icke värdeskapande väntan.”

Ulrika Tägnfors
Områdeschef opererande specialiteter, NU-sjukvården

Väntetider vid misstänkt cancer

Väntetiderna för patienter med symptom som inger misstanke om cancer är ofta långa. Regionala väntetider från remiss till primär utredning varierar stort mellan cancervården i olika landsting. Svårigheterna att minska väntetiden hänger ofta samman med bristande tillgång till röntgen och endoskopiska undersökningar. Förklaringen kan delvis också vara att cancervården traditionellt är organiserad för resurseffektivitet och inte för att skapa effektiva patientflöden.

Tillgängligheten till diagnostiska undersökningar på sjukhusen behöver förbättras och svarstiderna på remisser om misstänkt cancer från primärvården behöver förkortas. Ett målmedvetet arbete behöver genomföras för att förbättra tillgängligheten och önskade svarstider behöver generellt sett definieras.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Väntetider vid misstänkt cancer	• Besluta om rekommenderad svarstid på remisser om misstänkt cancer. • Stödja arbetet med att förbättra tillgängligheten till diagnostiska undersökningar.	• Stödja verksamheternas arbete med att förbättra tillgängligheten till diagnostiska undersökningar. • Följa upp resultat.	• Arbeta för att förbättra tillgängligheten till diagnostiska undersökningar för patienter med misstänkt cancer. • Eftersträva att följa rekommenderade svarstider där beslut om sådana har fastställts.

FOTO: FOTOMEDIA, SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS

RADIOLOGEN, SKARABORGS SJUKHUS, SKÖVDE. FOTO: PETER CLAESSON

Samlad utredning

Det finns personer som söker vård för ospecifika och allvarliga symtom på sjukdom som kan vara svåra att diagnostisera. Följden kan vara utredningar som drar ut på tiden, där olika undersökningar utförs efter varandra för att få reda på orsakerna till symtomen. De långa utredningarna är ofta påfrestande för patienterna och tids- och resurskrävande för vården.

I Danmark har det under de senaste åren etablerats diagnostiska centrum för att genomföra en samlad utredning av sådana symtom, med syfte att korta utredningstiden samt att minska såväl patienternas lidande som resursåtgång i vården. Mot bakgrund av de positiva erfarenheter som gjorts i Danmark etablerades det första svenska diagnostiska centrumet i Kristianstad 2012. Utvärdering pågår av verksamheten, men hittills har de positiva erfarenheterna från Danmark bekräftats. En samlad utredning vid ett diagnostiskt centrum kommer snabbare fram till en diagnos än den traditionella vårdkjedjan. Ungefär 20 procent av patienterna får efter utredning en cancerdiagnos.

I VGR har regionfullmäktige beslutat att förutsättningarna för att skapa diagnostiska centrum i regionen ska utredas. RCC Väst genomför utredningen tillsammans med berörda sektorsråd.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Samlad utredning	• Utreda och besluta om införande av diagnostiska centrum i VGR. • Stödja införande och följa upp utfall.	• Delta i utredning om diagnostiskt centrum. • Etablera diagnostiskt centrum efter regionalt beslut och följa upp verksamheten.	• Organisera utredning med korta väntetider inom ramen för diagnostiskt centrum. • Komma med idéer om hur diagnostiskt centrum kan vidareutvecklas.

Arbetsfördelning och samarbete

Patientens väg genom cancervården underlättas av en tydlig arbetsfördelning och ett väl fungerande samarbete mellan primärvård och sjukhus. Arbete pågår för att tydliggöra arbetsfördelningen, bland annat genom att den beskrivs i alla regionala vårdprogram och riktlinjer för cancervården.

Att optimera arbetsfördelning och att utveckla samarbete inom cancervården är ett kontinuerligt arbete. En viktig åtgärd för att underlätta patientens väg genom vårdkjedjan är att tydliggöra remissvägarna mellan primärvården och sjukhusen i regionen. Det bör i första hand ske genom att primärvården och respektive sjukhus enas om vilka remissvägar som ska gälla. Vidare bör primärvård och sjukhus etablera gemensam uppföljning och dialog om arbetsfördelning och samarbete.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Arbetsfördelning och samarbete mellan primärvård och sjukhus	• Utarbeta och uppdatera regionala medicinska och administrativa riktlinjer. • Besluta om och följa upp arbetsfördelning och samarbete mellan primärvård och sjukhus per sjukhusområde.	• Lägga fast lokala rutiner för remissvägar mellan primärvård och sjukhus. • Genomföra gemensam uppföljning och dialog mellan sjukhus och primärvård om arbetsfördelning och samarbete per sjukhusområde av bland annat ledtider vid inremittering och stadier vid diagnos samt svarstider på remisser om misstänkt cancer.	• Tillämpa gällande regionala riktlinjer och lokala rutiner för remissvägar. • Medverka i gemensam uppföljning och dialog mellan sjukhus och primärvård om bland annat ledtider vid inremittering och stadier vid diagnos samt svarstider på remisser om misstänkt cancer.

Utvecklingsområde 4

Sammanhållna patientprocesser

Inriktningsmål:
Cancervården erbjuder kunskapsbaserade och väl sammanhållna patientprocesser med korta väntetider, hög medicinsk kvalitet, fast vårdkontakt och god cancerrehabilitering.

Kunskapsbaserad vård

I Västra Götalandsregionen pågår arbete för att ta fram och tillhandahålla bästa tillgängliga medicinska kunskap som vägledning och stöd för utredning och behandling av olika patientgrupper i vården. Arbetet dokumenteras i regionala medicinska riktlinjer (RMR), regionuppdrag till följd av nya nationella riktlinjer och i ordnat införande av nya läkemedel och andra medicinska metoder i vården.

Det finns en osäkerhet om hur denna kunskap omsätts i vårdpraxis i hälso- och sjukvården och i vilken utsträckning som den kommer patienterna till del. Därför finns behov av att förbättra kunskapen om följsamhet till medicinska riktlinjer och metoder som bygger på bästa tillgängliga kunskap samt kunskap om vad som påverkar hur exempelvis medicinska riktlinjer integreras i vårdpraxis.

Arbetssätt och verktyg för att stödja en systematisk implementering av nya riktlinjer och metoder i vården behöver utvecklas.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Kunskapsbaserad vård	• Utarbeta, uppdatera och besluta om RMR. • Följa upp och regelbundet återkoppla till förvaltningar och verksamheter om variationer i följsamhet till RMR.	• Stödja arbetet med systematisk uppföljning, lärande och utveckling på verksamhetsnivå.	• Utveckla arbetssätt och rutiner för systematisk uppföljning och återkoppling av följsamhet till RMR som underlag för förbättringsarbete. • Medverkan i regionalt arbete med riktlinjer och kvalitetsregister.

Sammanhållna patientprocesser

I Västra Götalandsregionen har en modell för regionala patientprocesser utarbetats och fastställts under våren 2014. Modellen ska stödja arbetet för mer enhetliga och standardiserade patientprocesser med målet att erbjuda berörda patienter en god vård.

Arbete pågår för att skapa sammanhållna tydliga patientprocesser i cancervården. I de regionala processägarnas uppdrag ingår att stödja lokalt processansvariga och chefers arbete med att utveckla patientprocesserna. Det sker bland annat genom att ta fram och uppdatera regionala vårdprogram, en regelbunden utvecklingsdialog, samt genom att följa upp patientprocessernas resultat och återkoppla dem till lokala processledare och chefer.

Centrala delar i arbetet de närmaste åren är att stödja utvecklingen av lokala och regionala patientprocesser, utse lokalt processansvariga med tydliga uppdrag samt att prioritera regelbundna utvecklingsdialoger mellan lokal och regional nivå.

BRÖSTCENTRUM, NU-SJUKVÅRDEN. FOTO: DAN ALMQVIST

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Sammanhållna patientprocesser	• Besluta om regional arbetsfördelning. • Stödja lokala processer genom regionala processägare och regelbunden utvecklingsdialog.	• Besluta om och säkerställa lokal struktur och arbetsformer för lokala patientprocesser med koppling till regionala processer.	• Utveckla patientprocesser och rutiner tillsammans med lokalt processansvariga och berörda verksamheter bland annat genom deltagande i utvecklingsdialog.

”Det handlar inte bara om kvantitet, jag vill fokusera på att öka kvalitén på vården och då tror jag på att skapa ett starkt team.”

Bengt K Karlsson
Verksamhetschef, Varbergs sjukhus

Standardiserade vårdförlopp

Nationella uppföljningar av cancervården visar att väntetiderna ofta är långa, från remiss till första behandling, och att det finns betydande variationer i väntetiderna mellan olika delar av landet.

Enligt en delrapport 2013 från Socialstyrelsen varierar väntetiden för exempelvis njurcancer från 38 till 105 dagar, för lungcancer från 18 till 56 dagar och för prostatacancer (intermediär och högriskgrupp) från 111 till 251 dagar.

Arbetet med att minska väntetiderna från remiss till behandling har hittills resulterat i mindre förbättringar av väntetiderna, men inga avgörande framsteg.

Regeringen har beslutat att avsätta 500 miljoner kronor per år under perioden från 2015 till och med 2018 för att korta väntetiderna i cancervården.

Målen för projektet är att korta väntetider och minska de regionala skillnaderna i cancervården.

Genom en överenskommelse mellan staten och SKL har ett nationellt projekt startats för att införa standardiserade vårdförlopp i cancervården. Västra Götalandsregionen och Region Halland har anslutit sig till det nationella projektet.

De fem första standardiserade vårdförloppen införs i cancervården med start under 2015. Ytterligare ett tiotal standardiserade vårdförlopp kommer att införas 2016.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Standardiserade vårdförlopp	• Utarbeta handlingsplan för införande av standardiserade vårdförlopp. • Stödja och följa upp införandet i aktuella patientprocesser. • Redovisa införandet till nationell nivå.	• Stödja och säkerställa utveckling av arbetssätt och utredningskapacitet för införandet av standardiserade vårdförlopp.	• Införa standardiserade vårdförlopp, utveckling av arbetssätt och patientprocesser gemensamt med berörda verksamheter i vårdkedjan.

FOTO: ÅSA JONSSON

Medicinsk kvalitet

En hög medicinsk kvalitet är central i cancervården för att utredning och behandling ska leda till goda resultat för patienterna i form av förlängd överlevnad och bättre livskvalitet.

Den medicinska kvaliteten utvecklas kontinuerligt genom att nya utrednings- och behandlingsmetoder implementeras i vårdpraxis, nya arbetssätt införs och medarbetares kompetens utvecklas. Kontinuerlig diskussion om cancervårdens innehåll och resultat är en viktig del av utvecklingsarbetet. Gärna verksamhetsnära dialoger i förhållande till regionala medicinska riktlinjer och nationella kvalitetsregister.

Som nämnts tidigare har det genomförts flera förändringar i den västsvenska cancervården som innebär att den medicinska kvaliteten har förbättrats för patienterna. Utredning och behandling av fler patienter diskuteras vid multidisciplinära konferenser, vilket är ett steg för att förbättra den medicinska kvaliteteten. Andra regionala förbättringar är att operationer för till exempel avancerad äggstockscancer och blåscancer har koncentrerats till ett sjukhus. Nya operationstekniker har prövats och införts för exempelvis ändtarmscancer och prostatacancer.

Vissa typer av onkologiska behandlingar har införts på flera sjukhus. Ett exempel är Taxotere-behanding vid prostatacancer i Skövde. Även inom det diagnostiska området finns exempel på kvalitetsutveckling som exempelvis ökad användningen av PET-scanning för att bestämma sjukdomsstadium och ökat antal patologiskt undersökta lymfkörtlar vid tjocktarmscancer.

Behov finns av en fortsatt kontinuerlig utveckling av den medicinska kvaliteten, dels för att kunna erbjuda patienter den bästa tillgängliga behandlingen och dels för att utjämna existerande variationer i den medicinska kvaliteten så att alla patienter i regionen kan erbjudas en hög och likvärdig medicinsk kvalitet i cancervården.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Medicinsk kvalitet	• Arbeta med ordnat införande av nya läkemedel och metoder. • Följa upp medicinsk kvalitet, bland annat genom regionala kvalitetsindikatorer. • Återkoppla resultat om regionala variationer till förvaltnings- och verksamhetsnivå.	• Stödja och säkerställa utveckling av medicinsk kvalitet • Efterfråga och följa upp resultat. • Underlätta implementering av nya medicinska riktlinjer och utvecklingsarbete i verksamheten.	• Implementera nya beslutade medicinska riktlinjer och vårdprogram. • Fortlöpande utveckla den medicinska kvaliteten genom systematiskt arbete med uppföljning och utveckling av metoder och arbetssätt.

Fast vårdkontakt och Min vårdplan

Kontaktsjuksköterskan är patientens fasta vårdkontakt i cancervården. De första kontaktsjuksköterskorna i Västra sjukvårdsregionen tillkom redan 1996, inom gynonkologiska tumörsjukdomar. Sedan dess har diagnosspecifika kontaktsjuksköterskenätverk successivt byggts upp inom allt fler diagnosrelaterade patientprocesser i cancervården. Nu finns kontaktssjuksköterskenätverk inom alla patientprocesser i cancervården.

Kontaktsjuksköterskor är ett stöd för patienter och närstående. De arbetar aktivt för att bevaka patientens intressen att genomföra aktiva överlämningar i patientprocesserna, bland annat med att följa upp och korta väntetider. De deltar i multidisciplinära konferenser och arbetar med att vidareutveckla patientprocesser och vårdprogram. Kontaktsjuksköterskor bör ha tydliga uppdragsbeskrivningar av sina chefer.

Alla cancerpatienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. Målet är att minst 80 procent av patienterna ska ha en kontaktsjuksköterska inskriven i sin journal. Den senaste uppföljningen visar att det finns flera verksamheter i Halland och VGR som har uppnått målet, men att de flesta verksamheter i Västra sjukvårdsregionen ligger under 80-procentsnivån.

För närvarande finns det cirka 200 kontaktsjuksköterskor inom 18 diagnosområden i Västra sjukvårdsregionens cancervård. Det är inte tillräckligt för att tillgodose behoven och fler behöver utbildas.

En basal utbildning har genomförts sedan 2010. Utbildningar har succesivt utvecklats och från hösten 2013 finns en högskoleutbildning (30 högskolepoäng) för kontaktsjuksköterskor.

Min vårdplan är en individuell vårdplan som skrivs för och med patienten. Vårdplanen ägs av patienten och upprättas av patienten och kontaktsjuksköterska (eller motsvarande) tillsammans. Den består av tre delar. Första delen används under utredning av misstänkt cancer och den andra delen används när patienten behandlas för cancer. Den tredje delen är en sammanfattning av given behandling och vård samt information om sjukdomen. Min vårdplan ska innehålla kontaktuppgifter, tider för undersökningar och behandlingar, stöd, råd och åtgärder under behandling samt en plan för cancerrehabilitering. Dessutom ger den svar på praktiska frågor och vad patienten kan göra själv.

I Västra sjukvårdsregionen ska beskrivningar av *Min vårdplan* integreras i alla regionala vårdprogram och riktlinjer.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Fast vårdkontakt och Min vårdplan	• Fortsätta att utbilda kontaktsjuksköterskor. • Stödja regionalt nätverk för kontaktsjuksköterskor. • Ge stöd till och följa upp införandet av *Min vårdplan*.	• Stödja och säkerställa fortsatt införande av kontaktsjuksköterskor och *Min vårdplan*.	• Fortsätta att införa kontaktsjuksköterskefunktion och användning av *Min vårdplan*. • Utarbeta uppdragsbeskrivning för kontaktsjuksköterskor.

Psykosocialt stöd och cancerrehabilitering

Cancerrehabilitering har länge varit ett eftersatt område i cancervården. RCC Väst började arbeta aktivt med cancerrehabilitering under 2011.

En kartläggning av det psykosociala stödet till cancerpatienter och närstående genomfördes under 2011–2012. Kartläggningen visade att det genomgående saknades rutiner för psykosociala insatser. Det var brister i teamarbete och kunskap inom en rad områden togs inte tillvara, till exempel om och när under processen som insatserna kan antas vara mest effektiva för sårbara grupper. Vidare identifierades olikheter och otydlighet vad gällde insatser till närstående och stora brister när det gäller uppmärksamhet av barn som anhöriga. De slutsatser som kunde dras av kartläggningen har använts i utveckling av hela cancerrehabiliteringsområdet.

Flera åtgärder har vidtagits för att utveckla cancerrehabiliteringen. Några exempel på aktiviteter som har genomförts eller pågår är:

- **Regiongemensamma lärande nätverk**
  Nätverk har startat startats för kuratorer, sjukgymnaster och dietister samt för arbetsterapeuter.
- **Nationellt vårdprogram för cancerrehablitering**
  I maj 2014 publicerades det första nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering. En regional bearbetning och anpassning kommer att göras.
- **Basutbildning i cancerrehabilitering**
  I Region Halland har ett cancerrehabiliteringsprojekt genomförts med stöd från bland annat SKL. Det resulterade i en basutbildning med fokus på rehabilitering för patienter med cancer för all rehabiliteringspersonal vid Hallands sjukhus, Halmstad (HSH). Basutbildningen erbjuds nu regelbundet. Det har även fastställts en sjukhusövergripande rutin för cancerrehabilitering och ett konsultteam har etablerades vid HSH. Samma arbetssätt implementeras även på sjukhusen i Varberg och Kungsbacka.

Cancerrehabilitering är aktuell under hela patientprocessen från utredning till tiden efter avslutad behandling och även i palliativ vård. Cancerrehabilitering ska utgå från patientens och närståendes individuella behov och ska ingå i samtliga diagnosspecifika patientprocesser. Samarbete pågår mellan RCC Väst, Försäkringskassan och andra myndigheter om sjukskrivningsprocessen och bemötande av patienter.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Psykosocialt stöd och cancerrehabilitering	• Stödja och följa upp implementering av nationellt vårdprogram och RMR Cancervårdprocessen, *Hela patienten – hela vägen.* • Återkoppla resultat till förvaltningarna. • Ta fram regional plan för rehabilitering och stödja implementeringen.	• Stödja och säkerställa tillgång till basal och specialiserad rehabilitering inklusive psykosociala stödfunktioner.	• Säkerställa tillgången till cancerrehabilitering och kuratorsstöd utifrån patienter och närståendes behov. • Ta fram rutiner för behovskartläggning.

Uppföljning av vuxna som har haft cancer i unga år

En omfattande genomgång av journaler från patienter som diagnostiserats med barncancer från 1985 och framåt har legat till grund för en strategi för uppföljning. Genomgången visade att cirka 1 000 patienter i Barncancercentrums upptagningsområde, som nu är vuxna, behöver olika typer av uppföljning. Vidare kunde konstateras att 80 procent av dem hade besökt sjukhus jämfört med 56 procent av normalpopulationen. De tidigare barncancerpatienterna hade 2,5 gånger så många läkarbesök, 2,5 gånger så långa vårdtider och 3 gånger så höga kostnader jämfört med en matchad kontrollgrupp.

Som ett led i strategin för canceröverlevare startades *Uppföljningsmottagningen för unga vuxna som haft cancer som barn*, i november 2012. Hittills har cirka 150 patienter besökt mottagningen. Patienterna har fått en utförlig genomgång och sammanfattning av sin tidigare genomförda behandling och eventuella seneffekter. Patienterna har bland annat remitterats till medicinskt motiverade undersökningar och även, vid behov, fått psykosocialt stöd. En uppföljning visar att 94 procent av patienterna upplevde besöket på mottagningen som *meningsfullt* eller *mycket meningsfullt*.

Samtidigt har *Barncancerregistret* utvecklats och från registret går det numera att ta fram en utförlig sammanfattning av given behandlingen med cytostatika och stråldoser. Sammanfattningen i form av PDF-fil kan skrivas ut och överlämnas till patienten. Ett samarbete har startats mellan berörda sjukhus i regionen med målet alla patienter ska erbjudas en sammanfattning av den cancerbehandling som har givits fram till 18 års ålder.

Ett multidisciplinärt forskningssamarbete mellan uppföljningsmottagning, strålbehandling samt grundforskning och endokrinologisk verksamhet har påbörjats för att undersöka patienter som har strålbehandlats för hjärntumörer och skallbasnära tumörer. Ett annat forskningsprojekt pågår om behovet av psykosocialt stöd samt information om fertilitet och sexualitet hos patienter som har behandlats för cancer under tonår och ung vuxen ålder. Ytterligare forskningsprojekt är under planering.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Uppföljning av vuxna som har haft cancer i unga år	• Utarbeta och besluta om RMR till följd av kommande nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer.	• Stödja och säkerställa tillgång till multidisciplinärt och multiprofessionellt omhändertagande efter cancer i barndom, tonår och ung vuxen ålder.	• Erbjuda unga vuxna patienter multidisciplinärt och multiprofessionellt omhändertagande efter behov. • Fortsatt utveckling av uppföljningsmottagning.

Utvecklingsområde 5

God palliativ vård

Inriktningsmål:
Cancervården ger god palliativ vård med stöd även till närstående.

Den palliativa vården har successivt utvecklats under de senaste åren. Specialiserad palliativ vård, oftast i form av palliativa team, finns sedan 2007 inom varje sjukhusområde. Palliativa team har en viktig roll. De utgör en länk mellan slutenvården och kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård, för att möjliggöra en god palliativ vård i hemmet. Vissa förstärkningar av den specialiserade palliativa vården har skett. Främst handlar det om att fler vårdplatser har avsatts för palliativ vård och förstärkningar av de palliativa teamen.

Ett regionuppdrag för palliativ vård i VGR fastställdes av regionstyrelsen i juni 2014. Regionuppdraget utgår från Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (2013). Ett nytt regionalt vårdprogram i palliativ vård fastställdes i januari 2015 i VGR. Vårdprogrammet beskriver hur den palliativa vården ska organiseras oavsett diagnos eller vårdform. Ekonomiskt stöd ges till fler vårdplatser och förstärkning av palliativa öppenvårdsteam för att genomföra vårdprogrammet.

Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal, är ett eller flera samtal mellan läkare, patient och oftast anhörig som handlar om vårdens inriktning i livets slutskede. Samtalet ska mynna ut i en gemensam fortsatt plan för patientens vård. Åtgärden har högsta prioritet i det nationella kunskapsstödet.

Det är angeläget att alla patienter som är aktuella för palliativ vård och deras närstående erbjuds samtal där man gör klart att patientens tillstånd har nått en brytpunkt där det kan vara motiverat att inleda palliativ vård och där man diskuterar vårdens fortsatta innehåll. Läkare som deltar i den regionala utbildningen *Det nödvändiga samtalet*, framtagen av RCC Väst, får stöd och vägledning för hur brytpunktssamtal kan genomföras.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Brytpunktssamtal	• Erbjuda utbildningar i *Det nödvändiga samtalet.* • Följa upp täckningsgrad för brytpunktssamtal, återkoppling av resultat till förvaltningarna. • Samordna och implementera fortbildning inom palliativ vård.	• Säkerställa att brytpunktssamtal har god täckningsgrad i förvaltningen.	• Delta i utbildningar. • Införa rutiner för genomförande av brytpunktssamtal. • Följa upp täckningsgrad som underlag för förbättringsarbete. • Fortbilda all personal där indikation och behov av palliativ vård klargörs.

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET. FOTO: MARIE ULLNERT

FOTO: KARIN ALLANDER

Symtombehandling

Vid uppföljning av den palliativa vården under tredje kvartalet 2013 genomfördes smärtanalys och regelbunden smärtskattning hos 20-25 procent av döende patienter under den sista levnadsveckan. Åtgärden har näst högsta prioritet i det *Nationella kunskapsstödet för palliativ vård*.

Det kunde vidare konstateras att regelbunden symtomskattning hos patienter i sent palliativt skede görs i mycket liten utsträckning. Åtgärden har hög prioritet i det nationella kunskapsstödet.

Fler patienter bör få ta del symtom- och smärtskattning samt smärtbehandling. Det är en viktig del i en god palliativ vård.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Symtombehandling	• Erbjuda utbildningar i smärt- och symtomanalys och smärtlindring till personal inom alla aktuella enheter. • Uppföljning genom palliativregistret och återkoppling till förvaltningarna.	• Säkerställa tillgång till specialiserad symtombehandling (smärtkompetens och kompetens i palliativ medicin) inom förvaltningen.	• Utföra smärt- och symtomanalys efter behov. • Säkerställa adekvat smärtlindring. • Delta i fortbildning.

Patientens val av vårdform

I Västra Götaland sker cirka 15 000 dödsfall per år och ungefär 12 000 av dem är förväntade. Många har behov palliativ vård. Mellan 25 och 30 procent har en cancerdiagnos.

De flesta dödsfall, även i cancersjukdomar, sker idag utanför akutsjukhusen, det vill säga inom kommunal hälso- och sjukvård med läkarstöd av palliativa specialiserade vårdteam eller primärvård.

Att patienten och de anhöriga ska kunna välja vårdform och boende har hög prioritet i livets slut. För att möjliggöra det krävs ett utvecklat samarbete mellan öppen- och slutenvård, god allmän kompetens i palliativ vård inom alla vårdformer samt jämlikt och tillräckligt utbyggd specialiserad öppen och sluten palliativ vård för att möta behovet.

Vi kan idag konstatera att ungefär en tredjedel av dödsfallen inträffar på sjukhus, med undantag av SU där andelen är högre, cirka 45 procent. Data från *Svenska Palliativregistret* visar att i genomsnitt 12 procent av de förväntade dödsfallen sker inom den specialiserade palliativa vården sett till hela Sverige. I VGR är andelen cirka 8 procent. Det innebär förmodligen att fler patienter i VGR har behov av och bör få möjlighet till specialiserad palliativ vård.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Patientens val av vårdform i livets slutskede	• Vidareutveckla regionala överenskommelser rörande ansvar och samarbete mellan region och kommun om vård i hemmet. • Följa upp utveckling av palliativ vård.	• Utveckla samarbetsformer för palliativ vård med kommunerna. • Stödja tillgång till specialiserad palliativ vård med såväl sluten som öppen vård inom hela förvaltningsområdet. • Säkerställa möjligheter till öppen retur och direktinläggning.	• Stödja patientens val av vårdform. • Säkerställa adekvat kompetens för basal palliativ vård inom verksamheten. • Tillämpa multiprofessionellt arbetssätt inom och mellan verksamheter. • Ge stående erbjudande till patienter i palliativ vård om öppen retur och direktinläggning.

FOTO: COLOURBOX

Stöd till närstående

Närstående kan ha olika behov och behovet av stöd kan också variera under den sjukes vårdtid beroende på hur sjukdomsförloppet utvecklas. Det kan handla om att få bli informerad, att få vara närvarande med den sjuke personen eller att delta i omvårdnaden.

Stöd till närstående kan innefatta både emotionellt stöd i form av samtal, att känna att det finns en trygghet med personalen, och att man är informerad om vad som händer. Närstående kan också behöva praktiskt stöd när de själva inte orkar ta kontakt eller vet vad det finns för hjälp att få för de problem som uppstår.

Projektet *Barn som anhöriga i cancervården* har genomförts med stöd av Socialstyrelsen. En arbetsgrupp med representanter för de större sjukhusen i regionen bildades våren 2014. Gruppen följer upp verksamheternas arbete med barn som anhöriga och ska vara ett stöd för verksamheternas arbete och ett forum för erfarenhetsutbyte. Utvärdering av uppföljningsgrupper för barn, tonåringar och deras föräldrar har genomförts.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Stöd till närstående	• Erbjuda utbildningar till personal inom alla aktuella enheter.	• Säkerställa att förvaltningsgemensamma rutiner utvecklas.	• Erbjuda samtal och ge stöd till närstående med särskild uppmärksamhet på barn som närstående.

”Genom ett nära samarbete mellan behandlande läkare och min forskningsgrupp har vi kunnat utveckla ny diagnostik som snabbt kan överföras till kliniken.”

Helena Carén
Klinisk forskare och gruppledare
Sahlgrenska Cancer Center

Utvecklingsområde 6

Kompetensförsörjning, forskning och verksamhetsutveckling

Inriktningsmål:
Cancervården utvecklar kontinuerligt processer och strukturer för kompetensförsörjning, forskning och verksamhetsutveckling.

Kompetensförsörjning

I 2007 års översyn av cancervården i Västra Götalandsregionen togs kompetensförsörjning upp som en central fråga för utveckling av cancervården. En regional strategi och handlingsplan för kompetensförsörjning inom cancervården för perioden från 2009 till 2015 utarbetades. Strategin fokuserade på kompetensförsörjning som en fortlöpande process i samarbete mellan verksamheter och ledningar i regionen. Handlingsplanen innehöll ett stort antal åtgärder för att förbättra kompetensförsörjning inom onkologi, patologi och laboratoriemedicin. Planen beskrev vad som skulle göras på respektive organisatorisk nivå.

En uppföljning av den framtagna strategin och handlingsplanen under 2014 inom RCC Väst tyder på att åtgärderna endast delvis har genomförts. Det har bland annat lett till att kompetensförsörjningen inte har utvecklats som planerat. En god kompetensförsörjning är en grundbult för cancervårdens utveckling som måste ges hög prioritet i det fortsatta arbetet. Ett fortlöpande och systematiskt arbetssätt för kompetensförsörjning inom cancervården behöver utvecklas på verksamhetsnivå, förvaltningsnivå och regionnivå för att långsiktigt säkerställa en god tillgång till rätt kompetens. Det finns även behov av konkreta satsningar för en förstärkt kompetensförsörjning på kort och medellång sikt bland annat inom de diagnostiska verksamheterna.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Kompetensförsörjning i cancervården kort- och långsiktigt	• Följa upp kompetensbehov i de regionala vårdprocesserna. • Sammanställa regiongemensamma behov. • Vidareutveckla regiongemensamt arbetssätt med tydliga uppdrag för respektive nivå.	• Stödja och följa upp verksamheternas arbete. • Sammanställa och tillgodose förvaltningsgemensamma behov.	• Identifiera och tillgodose kompetensbehov. • Arbeta med kompetensöverföring. • Kompetensutveckla och behålla egna medarbetare.

SAHLGRENSKA AKADEMIN. FOTO: PER FRIBERG

Forskning och verksamhetsutveckling

Klinisk cancerforskning och innovation är ett av tio nationella kriterier som RCC Väst arbetar med. Ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete pågår. RCC Väst har som särskild profil utvecklat ett samarbete med Center for Healthcare Improvement (CHI) vid Chalmers tekniska högskola. En handlingsplan för lärande om verksamhetsutveckling där regionala processägare, vårdprocessgrupper, processchefer, forskare, med flera har deltagit genomfördes från 2010 till 2013. Projektet har under arbetet resulterat i lärplattformar, former för utvecklingsdialoger, modeller för en regiongemensam vårdprogramprocess samt en process för resultatuppföljning.

RCC Västs fortsatta forskningsprofil kommer främst att utvecklas i samarbete med CHI och vara inriktad på verksamhetsutveckling och patientmedverkan i cancervårdens utvecklingsarbete.

Sjukvårdsregionen finansierar en professur i klinisk cancerepidemiologi med forskningsprogrammet *Att överleva cancer med bevarad fysisk och psykisk hälsa*. I programmet undersöks möjligheterna till bättre lindring av cancerbehandlingarnas biverkningar och ett lärande om hur dessa negativa effekter kan undvikas. Ett exempel är att forskning inom strålbehandling har omsatts i riktlinjer och ny klinisk praxis för vilken dos av joniserande strålning som bör ges till de friska organ som omger en tumör. Kunskapen ger ökade möjligheter att optimera strålningen så att möjligheten till bot finns samtidigt som patienten ges bättre förutsättningar att återgå till ett liv med god livskvalitet.

Med målsättning att bota utan att skada arbetar *Enheten för cancerrehabilitering* med finansiering från RCC Väst. Forskningen handlar bland annat om oönskade och långvariga efterverkningar – så kallade seneffekter – av radioterapibehandling mot bäckenet hos kvinnor med gynekologisk cancer.

Som nämnts tidigare drivs inom RCC Väst även ett forskningsprojekt för tidig upptäckt av cancer med alarmsymtom och allmänna symtom i primärvården. Studien baseras på det regionala cancerregistret och totalt ingår cirka 23 000 patienter.

En klinisk forskarskola startade 2011. Den riktar sig till kliniskt verksamma doktorander med hög motivation att utvecklas som forskare med inriktning mot klinisk epidemiologisk metodik. Våren 2014 startade den fjärde omgången av forskarskolan.

Det är angeläget att arbetet med forskning och verksamhetsutveckling fortsätter att vidareutvecklas under de kommande åren och att resultaten kommer patienter och närstående till del.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Forskning och verksamhetsutveckling	• Stödja och följa upp forskning och utveckling inom cancervården.	• Stödja utveckling av forskning, och verksamhetsutveckling i de lokala cancerprocesserna.	• Skapa möjligheter för medarbetare att delta i forskning, utvecklingsarbete och annat lärande.

SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKUS. FOTO: PERNILLA LUNDGREN

Patienter i kliniska studier

Nationella kvalitetsregister visar att förhållandevis få patienter i Västra sjukvårdsregionens cancervård deltar i kliniska forskningsstudier. Deltagande i kliniska studier innebär snabbare tillgång till nya behandlingar. Flera patientorganisationer har framfört önskemål om ett ökat deltagande.

För berörda verksamheter innebär deltagande i kliniska studier möjligheter till lärande och studierna ger ofta underlag för att utveckla vården. Ett ökat deltagande i kliniska studier bör därför eftersträvas i regionen.

Fokusområde	Regional nivå	Förvaltningsnivå	Verksamhetsnivå
Patienter i kliniska studier	• Stödja förvaltningarnas och verksamheternas arbete genom samverkan och kommunikation.	• Följa upp och föra dialog med verksamheterna om ökat patientdeltagande i kliniska studier. • Förmedla goda exempel. • Stödja benchmarking.	• Informera patienter om pågående kliniska studier. • Erbjuda stöd till deltagande i form av till exempel forskningssjuksköterskor.

ARBETSSÄTT OCH VERKTYG

Flera nya arbetssätt, verktyg och stödfunktioner har utvecklats under de senaste åren för att underlätta det kontinuerliga förbättringsarbetet i cancervården.

Några exempel på arbetssätt och verktyg är

- **Patient- och närståendemedverkan** med stöd av bland annat *4-stegs metoden* och *Upplevelseböcker*.
- **Befolkningsinriktad hälsoinformation**, till exempel för *Sunda solvanor* och *Ta med en vän*-projektet.
- **Regionala processägare** och deras arbete för att stödja lokalt utvecklingsarbete och utveckla gemensamma regionala patientprocesser, till exempel genom lokala utvecklingsdialoger.
- **Regionala medicinska riktlinjer och vårdprogram** för cancervården, till exempel om välgrundad misstanke om cancer hos vuxna och uppföljning av dem genom nationella och regionala kvalitetsregister.
- **Regionala lärande nätverk** för kontaktsjuksköterskor, kuratorer, patientprocessgrupper med flera.
- **Regionala utbildningar** som ett led i en fortlöpande kompetensutveckling, till exempel för kontaktsjuksköterskor och läkare om brytpunktssamtal.
- **Cancerrehabilitering och uppföljning** av cancerpatienter för att förebygga seneffekter av cancersjukdom.

Cancervården står inför stora utmaningar. Cancerincidensen ökar, vilket innebär att allt fler beräknas insjukna i cancer. Samtidigt ökar också antalet personer som lever med cancer som en kronisk sjukdom, tack vare god vårdutveckling och bättre behandling. Det ställer krav på en fortsatt och kontinuerlig utveckling av arbetssätt och verktyg för att kunna möta dessa utmaningar.

UTGÅNG
DE SMÅ BARNENS BOK
11
15
Sunda Solvanor
Tiderna mellan 11 och 15 är solen allra starkast. Då är det som viktigast att
skydda barnens känsliga hud från skadliga strålar. Det gör du bäst genom att:
Använda solkräm med minst sol-
skyddsfaktor 30, och smörja ofta.
Inte utsätta barn under
1 år för direkt solljus.
Söka skugga.
SOL
SKYDD

UPPFÖLJNING OCH LÄRANDE

RCC Väst följer upp cancervårdens utveckling ur ett regionalt perspektiv med hjälp av regionala och nationella register. Uppföljningens syfte är framförallt lärande.

Uppföljning, återkoppling och reflektion över redovisade data är en viktig grund för lärande och kontinuerligt förbättringsarbete.

Sedan 2013 följs 75 indikatorer och mål upp fortlöpande med 2–3 indikatorer för respektive patientprocess. Indikatorerna och målen belyser vården och dess utveckling över tid. Några exempel på vad som följs upp är andelen patienter som har fått ta del av en viss behandling eller som behandlats på multidisciplinära konferenser, samt väntetider till utredning och behandling.

Den uppföljning som genomförs kompletteras vid behov med mer riktade insatser kopplade till aktuella fokusområden. Ett exempel de kommande åren är införandet av standardiserade vårdförlopp för att korta väntetiderna i cancervården. I samband med det finns behov av en närmare uppföljning och lärande om hur väntetiderna kan minskas till nytta för berörda patienter.

Verksamhetsuppföljningen är en god grund för ett kontinuerligt förbättringsarbete. Både lokal och regional uppföljning kan ge underlag till lokala utvecklingsdialoger om ett fortsatt förbättringsarbete och hur den regionala nivån kan stödja detta arbete.

RCC Västs styrgrupp bör regelbundet följa upp genomförandet av den regionala utvecklingsplanen för cancervården och vid behov föreslå ytterligare åtgärder för att stödja genomförandet.

En lokal uppföljning bör även ske i verksamheterna med återkoppling till chefer och medarbetare för gemensam analys och reflektion. Det är en central lärprocess som ger kunskap om verksamhetens resultat och utveckling på ett systematiskt sätt.

UTBILDNING FÖR PATIENT- OCH NÄRSTÅENDEFÖRETRÄDARE. FOTO: KARIN ALLANDER

FOTO: COLOURBOX

TILLSAMMANS FÖR EN ÄNNU BÄTTRE CANCERVÅRD

Den regionala utvecklingsplanen är Västra sjukvårdsregionens gemensam agenda för prioriterade frågor i cancervården från 2015 och framåt.

Verksamheter och patientprocesser bör tillsammans med ledningen på lokal och regional nivå, inklusive RCC Väst, arbeta systematiskt med utvecklingsplanens fokusområden för att förverkliga visionen om *En ännu bättre cancervård.*

Förvaltnings- och verksamhetsledningar bör ta ansvar för att genomföra sina delar av agendan och regionledningen, inklusive RCC Väst, bör ta ansvar för sina delar av agendan. Ledningarna på alla nivåer behöver aktivt stödja verksamheternas utvecklingsarbete samt patienters och närståendes medverkan i arbetet.

Det gemensamma arbetet kommer under de kommande åren successivt att konkretiseras och fokuseras ytterligare i samband med genomförandet. Ett exempel är införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården där ett konkret arbete har inletts för att långsiktigt korta väntetiderna i cancervården och skapa en jämlik vård.

Samtidigt är det viktigt att se arbetet med genomförandet av utvecklingsplanen som lärprocesser där nya kunskaper, arbetssätt och verktyg utvecklas gemensamt för en ännu bättre cancervård.

Den regionala utvecklingsplanen för cancervården har utarbetats av Regionalt cancercentrum Väst tillsammans med en regional projektgrupp, de regionala processägarna och utvecklingsledarna för cancervården. Utvecklingsplanen beslutades våren 2015 av hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen och hälso- och sjukvårdsutskottet i Region Halland.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

REGIONALT CANCERCENTRUM VÄST

Region Halland