

VAD FOKUSERAS DET PÅ VID STYRNING AV VÅRD?

Tid eller pengar?

*Niklas Källberg,
Helena Bengtsson
& Jon Rognes*

LHC Report nr 1-2011

EXEMPEL FRÅN CANCERVÅRDEN –
BRÖSTCANCERPROCESSEN

Leading Health Care

INNEHÅLL

Förord	3
Sammanfattning	4
Styrssystem i vården	6
Bröstcancer och mammografi –bakgrund	7
Bröstcancerprocessen i praktiken	9
Region Skåne	9
Stockholms Läns Landsting	17
Landstinget Västmanland	19
Tankar kring processen	21
Konsekvenser av flera mål och mångfaldig styrning	23
Efterord LHC	24
Metod och genomförande	25
Deltagare i fokusgruppen	26
LHC partners	27

*Författare: Niklas Källberg, Handelshögskolan i Stockholm
Helena Bengtsson, Helseplan
och Jon Rognes, Leading Health Care*

Redaktör: Jon Rognes, Leading Health Care

Beställs på: www.leadinghealthcare.se

Kontakt:

Leading Health Care

Sveavägen 63

SE-104 30 Stockholm, Sweden

+46 8-586 175 00

info@leadinghealthcare.se



Förord

Patienternas bröstcancerprocess

*D*enna rapport är ett uttryck för en praxisorienterad forskning för att förstå olika styrsystem och principer som krockar och därmed påverkar konkret verksamhetsutveckling.

Skälet till att vi valde bröstcancerprocesser som ett uttryck för krockar mellan olika logiker i styrningen, är den verksamhet som under sex år bedrevs i Malmö under namnet One stop breast clinic. Denna lades ner våren 2009 efter en upphandling av mammografi i Region Skåne. För oss som följer policyutvecklingen inom hälso- och sjukvården var detta intressant då projektet varit föremål för mycket publicitet, inte minst inom ramen för projektet ”Vård och omsorg – en framtidsbransch” som Nutek och Vinnova drev. Ändå lades det ner. Varför? Vad kom istället?

När vi arbetar med betydelsen av organisationsteoretisk och ekonomisk forskning i praktiken har vi ofta fått kommentaren att vi inte får vara ”för akademiska”. Vad menas med det? När vi arbetar med tillämpning av forskningskunskap kan den frågan lätt ge upphov till misstro – är det vi gör egentligen en övning för sig själv, utan relevans för praktiken? Rädslan för att bromsas i nödvändiga åtgärder för att åstadkomma snabb förändring lurar också runt hörnet.

Istället för att ställa en konturlös akademi mot en knivskarp praktik är det fruktbart att undersöka vilken sorts akademi och praktik det gäller. Rädslan för att något inte ska vara konkret tar sig ofta ganska abstrakta uttryck. Figuren nedan illustrerar detta:

I forskningen om organisationsförändringar möter vi ofta mer eller mindre komplexa styrmodeller vilka alla borde lösa styrningens problem, men där det i praktiken visar sig att de kom att kringgås utan att någon egentligen ändrat sitt beteende. Ofta förväxlar vi den praxisorienterade forskningen med försök att i praktiken bygga abstrakta modeller för exempelvis ersättning eller utvärdering.

Leading Health Care finns till för att vi bättre ska förstå organisering, styrning och ledning av hälso- och sjukvård. I sjukvården råder ingen brist på styrning. Den mångfaldiga styrningen kan tvärtom ge upphov till ett överskott på styrimpulser, och kanske till ett underskott på efterlevnad. Därför är behovet av en klinisk organisationsforskning, eller om man så vill praxisorienterad forskning, stort. Vilka effekter – önskade såväl som oönskade – ger styrningen upphov till?

Tack till projektgruppen som ligger bakom denna rapport: Jon Rognes, Leading Health Care, Niklas Källberg, Handelshögskolan i Stockholm, Helena Bengtsson, Helseplann. Tack också till Stockholms Läns Landsting genom Toivo Heinsoo och Thorbjörn Ekström för finansiering som gjorde arbetet möjligt.

Hans Winberg
Generalsekreterare
Leading Health Care

	Konkret	Abstrakt
Akademi	<i>Praxisorienterad forskning</i>	<i>Teoriorienterad forskning</i>
Praktik	<i>Vardagens arbete</i>	<i>Modellerande av börläge</i>

Sammanfattning

Styrning av vård är komplext. Leading Health Care har genom en fokusgrupp kommit fram till att vi vill belysa detta genom att peka på fall där styrning i en dimension har fått oönskade konsekvenser inom andra områden. Ett av de exempel vi valt är bröstcancerprocessen och upphandling av mammografi.

Hantering av mammografi och bröstcancer varierar, såväl inom regioner som mellan dessa. I denna rapport har vi studerat one-stop breast clinic i Malmö, verksam 2004 till 2009, och analyserat dess uppgång och fall. Dessutom har vi jämfört med processen idag i Malmö, samt i två andra regioner.

Före 2004 kunde patienter med oro kring en knöl i bröstet få vänta upp till 42 dagar från första besöket i vården tills de fick besked om vad knölen var. Det främsta skälet var väntetider för att få träffa nästa läkare i kedjan. En grupp läkare såg det som ett

problem, och beslöt sig för att samla alla resurser på samma ställe, för att snabba upp processen. Målet var att göra alla steg på en gång, med ett team av läkare, sköterskor och tekniker. Detta gjordes en kväll i veckan, och blev omedelbart mycket populärt. Tiden från första kontakt till diagnos och plan kunde förkortas från 42 dagar till att vara klart samma kväll. Kostnaden var jämförbar med den ordinarie processen, förutom att patienten sparades mycket tid, både väntetid men även förlorade arbetsdagar.

Under tiden pågick en översyn av mammografi i regionen, och stora skillnader uppdagades. Vissa sjukhus

var mer effektiva, med bättre resursutnyttjande, och det beslutades att arbetssättet skulle centraliseras och att mammografi skulle upphandlas. One stop breast clinic sågs i det sammanhanget som en verksamhet som tog resurser från övriga aktiviteter inom området, och det beslutades att den skulle läggas ner. Målet för den nya processen var 21 dagar från första kontakt till diagnos och plan. Projektledaren för one stop breast clinic deltog inte i upphandlingsprocessen.

One stop ledde till en förkortad process från 42 dagar till några timmar med jämförbara kostnader.

Detta gällde en liten verksamhet under experimentella former, med vidare utveckling och större skala är det troligt att kostnaderna kunde minskat.

Mycket tid sparades för patienten, men detta vägdes inte in då upphandlingen gjordes. En analys av

Krockar mellan huvudman och målbilder leder till att förbättringar avvecklas istället för att utvecklas!

skedet visar att vid den centrala upphandlingen lades mer fokus på resursutnyttjande än på patientens tid till besked och förlorad arbetstid. En annan aspekt är att tidig upptäckt anses vara en viktig faktor för överlevnad vid cancer. Hur viktigt är det att förkorta denna process med 42 (eller 21) dagar?

One stop breast clinic bröt mot det traditionella sättet att arbeta, vilket gör det svårt för modellen att passa in i det befintliga systemet. Initiativet har dock påverkat arbetssättet på övriga enheter, enligt de intervjuade.

Från 42 dagar till 4 timmar och sedan till 21 dagar

Upphandlingen av mammografi i Stockholm visar på en motsvarande process, där ett fokus på resursutnyttjande i form av låga kostnader för utförande av mammografi till vissa delar slagit sönder en fungerande vårdprocess, eller förhindrat att sammanhållna enheter skapas. Mekanismer för att kringgå effekter av upphandlingen har dykt upp, vilka leder till onödiga aktiviteter, som till exempel en extra remittering i processen.

Utifrån fallet Västmanland ser vi att det faktum att allt sker under samma huvudman inte behöver leda till att processen fungerar bättre. Utvecklingsarbete pågår, men målet är i nuläget satt till 30 dagar, jämfört med 21 dagar för Skåne, och endast några timmar för one stop breast clinic.

One stop breast clinic i Malmö kan ses som ett gott exempel på hur en process kan förbättras, men att det är svårt att tydligt se hur man dragit lärdom av det. Ett återkommande problem i vården är att det förekommer utvecklingssteg som inte följs upp utan i stället ersätts av andra initiativ. Krockar mellan initiativ och målbilder leder till att förbättringar avvecklas i stället för att utvecklas, som i fallet one stop breast clinic.

Styrssystem i vården

Ersättningssystem och styrssystem i vården spelar en central roll. Debatten har många gånger handlat om hur man utformar eller modifierar dagens system och hur man konstruerar ett funktionellt ersättningssystem för vård. Det finns åtskilliga styrssystem på olika nivåer och dessa är allt som oftast i konflikt med varandra. Vi känner inte alltid till dem alla, vet inte hur de samverkar och vilka konsekvenser det får om vi ändrar i ett av dem utan att ta hänsyn till konsekvenser i andra delar av systemen. De konflikter och dilemman som finns mellan styrssystem är inte fullt ut undersökta. Det är viktigt att vi kan avmystifiera styrningen av hälso- och sjukvård. Ja – verksamheten är speciell, men det betyder inte att den är omöjlig att styra.

LHC och fokusgruppen beslutade att i det vidare arbetet lyfta fram kritiska faktorer och genom det visa på underliggande orsaker som gör att systemet inte fungerar som det är tänkt, med fokus på samverkan mellan mikro- och makronivå. På så vis vill vi få beslutsfattare att lyfta blicken från de enskilda systemen och se till helheten.

- *Hur interagerar de olika styr- och ersättningssystemen i vården i dag?*
- *Vilka konflikter/dilemman finns?*
- *Exempel på oönskade konsekvenser*
- *På vilken nivå i vårdapparaten blir dessa tydliga?*

LHC närmar sig frågan genom att lyfta fram ett antal exempel där krockar mellan styrsystemen fått tydliga konsekvenser för en verksamhet. Vi vill undersöka de mekanismer som ligger bakom detta och lyfta fram exempel på irrationella effekter av krockar mellan styrssystem. På så vis tar vi fram exempel där styrning leder till oönskade konsekvenser och lyfter fram goda försök som stoppats. Varför har till synes bra lösningar inte kunnat leva vidare?

LHC lyfter fram kritiska faktorer i dagens system som inte fungerar som avsett och visar därigenom på krockar som gör att dagens system leder fel. Ett viktigt fält vi identifierat är mellan mikro- och makronivå. Organisering och ledning för verksamheter runt den kliniska praktiken hamnar ofta i skymundan i diskussionen eftersom fokus antingen ligger på övergripande riktlinjer eller på direkt styrning av kliniska procedurer och ingrepp.

Brister, dilemman och konflikter måste göras tydliga och vi måste få beslutsfattare att förstå att det ofta inte är delarna utan (bristen på) samverkan mellan dessa och mellan olika nivåer som är problemet. Ansatsen att inte studera de specifika styrsystemen, utan peka på krockar och konflikter mellan dessa innebär ett nytt sätt att närma sig pudelns kärna. Det är då inte relevant att arbeta med att utveckla ett enskilt styrssystem utan att ta hänsyn till de andra styrsystem som påverkar samma verksamhet.

Bakgrund

Bröstcancer & mammografi

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i Sverige. Den utgör cirka 30 % av all kvinnlig cancer. Antalet bröstcancerfall har ökat de senaste tio åren medan dödligheten i bröstcancer har stannat kvar på samma nivå.

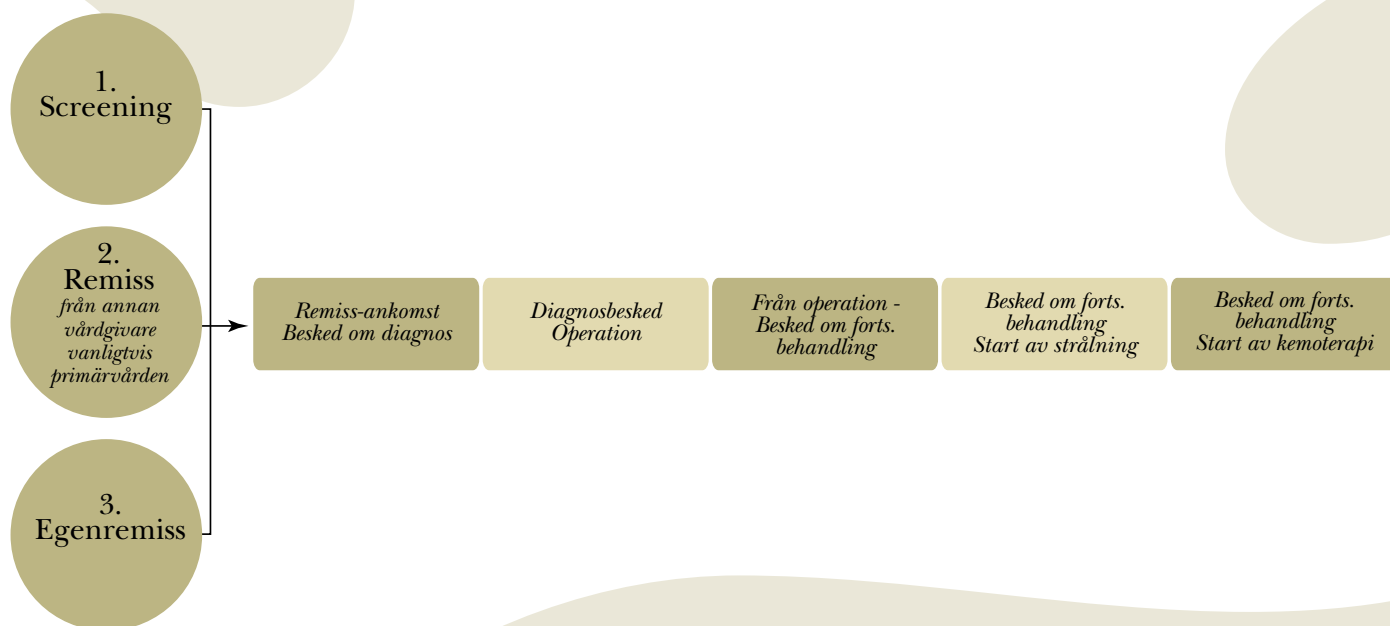
Mammografi är en röntgenundersökning av kvinnors bröst. Den består av två delar: hälsoundersökningar med mammografi (screening), och klinisk mammografi. I många länder genomförs screening regelbundet av kvinnor i ett visst åldersintervall. Införandet av screening har medfört att bröstcancer upptäcks tidigare. Nyttan med screening har varit omdebatterad och en av de saker som debatten handlat om är att screening innebär att kvinnan utsätts för viss strålning i samband med undersökningen.

Varje år undersöks mer än en halv miljon kvinnor i Sverige och enligt Strålsäkerhetsmyndigheten räddas cirka 100-200 liv årligen tack vare mammografi.

Sverige startade med screening 1986 och erbjuds sedan 1997 av samtliga landsting. Enligt Socialstyrelsen ska alla kvinnor i Sverige kallas till screening från det år de fyller 40. Kravet gäller för alla vårdgivare, offentliga som privata.

Vid screeningen tas ett antal bilder i olika projektioner (vinklar) för att studera bröstet. Om något avvikande hittas i dessa bilder kallas kvinnan tillbaka för kompletterande undersökning. Då kan flera bilder tas med olika vinklar, och ofta kompletteras undersökningen med ultraljud av bröstet samt vävnadsprov från bröstet. Resultatet av detta får styra den vidare utredningen. I Sverige tillämpas så kallad trippeldiagnostik där palpation (undersökning av bröstet med händerna), bilddiagnostik (ofta även inkluderande ultraljudsundersökning) och vävnadsprov skall göras.

Bröstcancervården organiseras olika på sjukhusen i Sverige. Antalet sjukhus som opererar bröstcancer i Sverige har minskat. För några år sedan var det cirka 90 sjukhus som opererade, vilket kan jämföras med dagens ca 40-50 stycken. För att en god kvalitet ska uppnås krävs det att det görs tillräckligt många operationer per år. Många sjukhus arbetar med sina bröstcancerprocesser med syfte att korta ledtider.



Figur 1: Patientflödet

Hur patienten kommer in i processen

Screening är den ena av tre möjliga vägar att identifiera förändring i kvinnans bröst. Det andra alternativet i vårdprocessen är att kvinnan tar initiativet att besöka vården, vanligtvis primärvården, då hon känt förändringar i bröstet eller känner allmän oro. Primärvårdsläkaren kan då välja att skriva en remiss till mammografi eller till specialist (bröstkirurg). Det tredje alternativet i vårdprocessen är att kvinnor söker på en så kallad egenremiss vilket innebär att hon själv kontaktar en specialist vid misstanke eller oro.

För att tydliggöra bröstcancerprocessen och dess olika delmoment använder vi Region Skånes definitioner. Vi har valt att fokusera på de första stegen i bröstprocessen, det vill säga från remissankomst och besked om diagnos till operation (behandling).

Åsikterna gick isär hos de intervjuade om hur snabb processen "bör" vara i diagnossteget. Det är viktigt för kvinnan att ha tillgång till stödsystem vid cancerbeskedet, i vissa fall kan ett alltför plötsligt besked och beslut om åtgärder vara omstörtande för patienten. Det krävs också en tid för kvinnan för bearbetning av beskedet och för tiden från diagnos till operation anses 10-12 dagar vara rimligt. Mycket fokus då man talat om bröstcancerprocesser är just tiden fram till behandling. One-stop breast clinic, som vi skall titta närmare på, hanterade tiden mellan misstanke hos patienten om sjukdom fram till besked om detta, samt en första plan på nästa steg.

Bröstcancerprocessen *i praktiken*

Skåne, Stockholm och Västmanland – tre olika exempel

Bröstcancerprocessen i Region Skåne har varit föremål för diskussion under senare år, främst i ljuset av One-stop breast clinic, en bröstmottagning som startades i Malmö 2004. Åsikterna har gått isär om hur framgångsrik denna mottagning var, hur den startade och främst vad som gjorde att den lades ner efter några år. Därför har bröstcancerprocessen valts ut som huvudexempel för att belysa hur en förändring i en del av en process, i detta fall upphandling av radiologisk bröstdiagnostik, anses ha påverkat det övergripande flödet.

Landstinget i Västmanland och Stockholms Läns Landsting (SLL) har valts ut som ytterligare exempel. SLL då en stor radiologiupphandling genomfördes år 2008 och Västmanland som jämförelse med ett landsting där all verksamhet i bröstcancerprocessen sköts i offentlig regi och där det nyligen genomförts ett utvecklingsarbete av brösttumörsprocessen.

Det finns också åsikter om att det är lättare att ha överblick över hela bröstcancerprocessen i ett mindre landsting, varför Västmanland är ett bra exempel i jämförelse med Region Skåne och SLL.

Region Skåne

Region Skåne har omkring 1,2 miljoner invånare fördelade på 33 kommuner. Regionen har tio sjukhus med varierande profiler. Medan de större sjukhusen fokuserar på akut och högspecialiserad vård erbjuder de mindre sjukhusen olika typer av planerad bassjukvård. Sjukhusen registrerar omkring 9 800 läkarbesök varje dag.

I Region Skåne insjuknar årligen cirka 1 000 kvinnor i bröstcancer. Dessa patienter handläggs i dagsläget primärt i Kristianstad, Malmö, Lund och Helsingborg. Cancervården är ett prioriterat område i Skåne, där kvalitetsmått med måltal ska finnas inom bland annat bröstcancerområdet.

I denna rapport fokuserar vi framförallt på bröstcancerprocessens utveckling på Universitetssjukhuset i Malmö. Detta med anledning av att man för några år sedan startade en så kallad One-stop breast clinic, vilken trots till synes goda resultat lades ner efter fem år. Vår utgångspunkt har varit att ta reda på varför One-stop breast clinic startade, vad den innebar samt varför den lades ner.

Utveckling av bröstcancerprocessen

Fas I:- Idé och beslut One-stop breast clinic i Malmö

One-stop breast clinic startade som ett projekt på Universitetssjukhuset MAS i Malmö, UMAS (numera SUS Malmö) i april 2004 efter att ha diskuterats sedan 2003. Diskussionen fördes bland annat av två överläkare, varav en var enhetschef, båda vid kirurgiska kliniken på UMAS. Projektet initierades av ett antal läkare på kirurgiska kliniken, röntgendiagnostiska avdelningen och patolog- och cytologavdelningen som upplevde att det fanns en problematik i sättet att bemöta potentiella bröstcancerpatienter i den dåvarande bröstcancerprocessen. I fokus stod kvinnor som av någon anledning var oroliga och besökte primärvårdsläkare för att få en undersökning. 2004 kunde kvinnor få vänta upp till 42 dagar från besöket hos primärvårdsläkaren till dess att hon fick komma till en specialist på bröstmottagningen i Malmö för vidare undersökning.

Initiativet till One-stop breast clinic stämde enligt dåvarande utvecklingschef på UMAS även väl överens med den målbild som höll på att utvecklas för sjukhuset. Ett av 2005 års målområden var "ett sammanhållet system för kunden/patienten genom gränsöverskridande samarbete och arbetsflöden inom sjukhuset". UMAS dåvarande sjukhusledning

2004 var det 42 dagars väntetid för oroliga potentiella bröstcancerpatienter

arbetade med att utveckla styrning och ledning av modern sjukvård och "one-stop-shopping" var ett nytt sätt att organisera sjukvården. Utgångspunkten var att skapa en mer kundfokuserad verksamhet som utgick från att patienterna skulle slippa ta sig till olika delar i sjukvårdssystemet för vård och istället komma till ett ställe där alla kompetenser samlades. UMAS startade ett antal projekt vid denna tidpunkt för att utmana och testa de ordinarie strukturerna och One-stop breast clinic var ett av dessa.

På One-stop breast clinic skulle kvinnan komma till en specialist inom loppet av några timmar till skillnad från den traditionella vägen via primärvården och distriktsläkare där väntetiden var lång. Detta möjliggjordes genom att sjukvården samlade kompetensen på ett ställe vid en tidpunkt. Öppna verksamheter, det vill säga att en kvinna kunde ta kontakt med specialistvården direkt utan remiss från primärvården, var inget nytt i Skåne vid tidpunkten, men skillnaden var att One-stop breast clinic skulle ha tillgång till patolog/cytolog.

Enligt de som varit med i processen tog det tid att samordna de olika specialiteterna, kirurg/röntgen/patologi och det fanns initialt ett motstånd mot att förändra arbetssättet. Det uppstod vissa samverkanssvårigheter med röntgen eftersom One-stop breast clinics verksamhet bedrevs under eftermiddagarna vilket krockade med screeningverksamheten på radiologsidan.

Kirurgiska kliniken och mammografiavdelningen finansierade projektets första år med hjälp av medel från Cancer- och trafikskadades riksförbund (CTRF). Den ekonomiska uppgörelsen med CTRF innebar att arbetet utfördes på kvällstid av de deltagande anställda utanför ordinarie arbetstid med ersättning per timme motsvarande tidigare "kösatsningar" som UMAS gjort. Verksamheten höll till i UMAS lokaler och den befintliga utrustningen utnyttjades. One-stop breast clinic bedrevs under 2004 som ett projekt och drevs därefter, 2005 till 2009, som en del av den ordinarie bröstmottagningen på UMAS.

Fas II: Från 42 dagar till resultat samma kväll

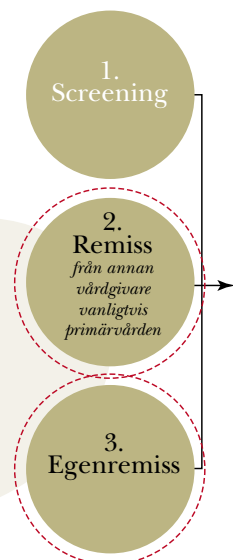
Efter ett års förberedelser startade One-stop breast clinic som bestod av de tre delarna: klinisk läkarundersökning, mammografi/ultraljud samt cytologisk/patologisk undersökning. Utöver en bröstkirurg, en radiolog och en cytolog fanns en sekreterare, en röntgensjuksköterska och en undersköterska i gruppen. Det krävdes ingen remiss eller tidsbeställning för att

få komma till One-stop breast clinic. Kvinnor med knuta eller andra symtom från bröstet kunde vända sig till kliniken, som hade öppet en kväll i veckan. Tanken från början var att begränsa projektet till kvinnor i Malmö, inklusive Trelleborg, men enligt gällande regler var man tvungen att öppna för kvin-

Många kvinnor ville komma till One-stop. Långa köer bildades och mottagningen hade inte kapacitet att ta emot alla

nor i hela regionen att komma till mottagningen. Det visade sig efter ett tag att patienter från andra delar av Skåne (25 procent av patienterna kom utanför Malmöområdet) vände sig till One-stop breast clinic trots att de redan hade fått kallelse till specialister i exempelvis Helsingborg och Lund. Eftersom personalen inte kunde se att kvinnorna redan hade en remiss blev de mottagna på kliniken. Målet med one-stop breast clinic var att de flesta kvinnor skulle få besked vid besökstillfället och att ytterligare besök kunde undvikas. Centret fokuserade därför både på kvinnor som skulle ha gått till primärvården (delprocess 2) och de som eventuellt inte skulle besökt vården alls, kvinnor som kom spontant (så kallad egenremiss, delprocess 3).

I bilden är delprocesserna markerade i processkartan.



Figur 2: patientgrupper som kommer till one-stop breast clinic

One-stop breast clinic marknadsförde mottagningen via tidningar. Medianåldern på de kvinnor som besökte mottagningen var 45 år. Enligt en utvärdering var kvinnorna som sökte sig till One-stop breast clinic yngre jämfört med dem som sökte vård den ordinarie vägen. Anledningen till detta antas, enligt utvärde-

ringen, vara att yngre personer är mer benägna att ta till sig av informationsflödet i media och blev på så vis medvetna om att One-stop breast clinic existerade. Det visade sig också att de kvinnor som blivit kallade, men inte kom till mammografiscreening, heller inte besökte One-stop breast clinic.

Redan vid första mottagningstillfället stod det klart

Målet med one-stop breast clinic var att de flesta kvinnor skulle få besked vid besökstillfället och att ytterligare besök kunde undvikas

att intresset för One-stop breast clinic var mycket stort och man hann inte med att ta hand om alla kvinnor som sökte. Personalstyrkan fördubblades vilket innebär att fler kvinnor kunde tas emot per mottagningstillfälle. I december 2005 återgick man dock av ekonomiska skäl till den ursprungliga personalstyrkan.

Det stora trycket på mottagningen innebär hårt jobb för sekreterare och sköterskor, som bland annat hade till uppgift att avvisa de kvinnor som inte fick komma till One-stop breast clinic på grund av att kvoten kvinnor redan var full för kvällen. På grund av det stora inflödet av kvinnor ändrades processen in till One-stop breast clinic och ett första urvalssteg infördes. Det innebär att de kvinnor som kom till One-stop breast clinic som ett första steg fick fylla i en blankett och utifrån denna gjorde sköterskan en bedömning om kvinnan skulle mottas via One-stop breast clinic eller om hon skulle söka vård den ordinarie vägen

via primärvården. Detta var ett sätt att säkerställa att mottagningen ägnade sig åt "rätt" kvinnor, det vill säga dem med misstänkt bröstcancer.

Kvinnorna fick oftast sin diagnos samma kväll som de besökte One-stop breast clinic och de som konstaterades ha bröstcancer fick komma tillbaka till mottagningen några dagar senare för samtal om behandlingsplan och operation. Kvinnorna med bröstcancer erbjöds en snabb tid till kirurgiska kliniken för bröstmottagning för behandling. Väntetiden förkortades därmed avsevärt jämfört med de 42 dagar det tidigare tog från besöket hos primärvårdsläkaren till att få komma till en specialist på bröstmottagningen.

Enligt en rapport från Almega och NUTEK² var One-stop breast clinics största framgångsfaktor att de som arbetade närmast kvinnorna kom överens om att samverka utifrån en organiserande idé. En av de viktigaste utgångspunkterna var att stilla oro hos kvinnor genom att leverera värde i form av en snabbare inbokad tid. Det var en fördel att personalen fick lära känna varandra, något som sjukvårdens traditionella utveckling mot ökad specialisering och medicinska "stuprör" annars motverkar. One-stop breast clinic fick mycket uppmärksamhet och omnämndes bland annat i både tv och tidningar. De fick även motta GötaPriset för sin organisering/struktur och de fick diplom i samband med utdelning av Guldskalpellen och hedrades av Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO) för god vård.

UMAS hade vid tiden för projektets start ett högt remissinflöde till bröstmottagningen på kirurgkliniken. En mätning av remissinflödet visade att flödet till kirurgens bröstmottagning minskade med 28 procent under tre månader 2004 jämfört med samma period året innan.

Enligt den utvärdering som gjordes framkom att kvinnorna som fick vård via One-stop breast clinic var yngre, led mindre, hade en snabbare väg till diagnos men att de utgjorde en större kostnad. Kostnads-

analysen grundade sig på data avseende läkarbesök i primär- och specialistvård, undersökningar (mammografi, ultraljudsundersökning, finnålpunktion,

Resultat & framgångsfaktorer

- *Kvinnor med bröstcancer fick en snabb tid till kirurgiska kliniken bröstmottagning*
- *Från 42 dagar till resultat samma kväll!*
- *Minskat remissinflöde till bröstmottagningen (28 %)*
- *Samverkar utifrån en organiserande idé*
- *Kompetens samlad på ett ställe vid en tidpunkt*
- *Stilla oro hos kvinnor (genom att leverera värde i form av snabbare tid)*
- *Personalen lärde känna varandra*

mellannålsbiopsi och galaktografi) samt kostnad för annan läkarkontakt som "vanliga patienter" hade, det vill säga de som sökte vård via primärvården.

Patientens egen kostnad baserades på patientavgifter i primär- och specialistvård. I beräkningen togs hänsyn till förlorad arbetsinkomst i de fall det varit aktuellt. Utvärderingen visade att den så kallade "one-stopgruppen" hade något högre medelvärde både vad gällde vårdens och patientens egna kostnader. Detta resultat gällde dock inte den maligna gruppen där One-stop hade lägre medelkostnader. Orsaken till att kostnaderna för one-stop breast clinic var något högre jämfört med den ordinarie verksamheten i snitt, men lägre för maligna, berodde antagligen på att kvinnorna fick träffa en specialist inom bröstkirurgi direkt. Skillnaden i förlorade arbetsdagar mellan "one-stopgruppen" och de "vanliga patienterna", var avsevärd, 0,1 dag i One-stop jämfört med 2,3 dagar för ordinarie verksamhet.

²Effektivare vård med patienten i fokus" (juli 2007)

KOSTNADSANALYS

		Ordinarie	Min/Max	One-stop	Min/Max
	Vårdens kostnader kr	3 668,00	910-9206	3774,00	2111-8192
TOTALT	Patientens avgifter, kr	272,00	150-900	324,00	300-600
	Förlorade arbetsdagar	2,30	0-6	0,10	0-2
	Vårdens kostnader kr	3 242,00	910-8603	3623,00	2111-8192
BENIGNA	Patientens avgifter, kr	237,00	150-900	318,00	300-600
	Förlorade arbetsdagar	2,20	0-5	0,10	0-2
	Vårdens kostnader kr	5763,00	1365-9206	5024,00	4146-8192
MALIGNA	Patientens avgifter, kr	444,00	150-750	375,00	300-600
	Förlorade arbetsdagar	2,80	0-6	0,40	0-2

Kostnadsjämförelse mellan One-stop breast clinic och ordinarie verksamhet

Fas III: Skillnader i regionens bröstcancerprocesser, upphandling av mammografi och nedläggning av One-stop breast clinic

År 2007 bildades en så kallad bröstcancergrupp i Region Skåne med uppgift att se över regionens bröstcancervård. Bröstcancergruppen leddes av en bröstkirurg/onkolog med ansvar för regionens bröstcancerprocess och för bröstcancervårdens utveckling. Regionens bröstcancerprocess utvärderades (Ryden & Malmberg) och det framkom att det fanns stora skillnader mellan de olika distrikten. Bland annat varierade andelen nydiagnostiserade bröstcancerar som upptäcktes via mammografiscreening.

Åldersintervallet för screening i distrikten Kristianstad, Ystad, Lund och Helsingborg var 45-74 år, medan det i Malmö var 50-74 år. Andelen upptäckta bröstcancerar via screening i Malmö förväntades därmed vara något lägre. Deltagarfrekvensen i mammografiscreeningen var relativt jämn och genomsnittet för hela regionen var under åren 2004-2006 86,8 procent. Deltagandet var något lägre i Malmö, vilket bland annat förklarades med den något större andelen kvinnor med invandrarbakgrund

som ofta tillhör en socioekonomiskt svagare grupp. I en rapport³ presenteras uppgifter som visar att det fanns olikheter i Regionens bröstcancervård. Av statistiken framkom bland annat att den sammanlagda medelvårdtiden⁴ skiljde sig mellan distrikten. Om alla distrikt hade samma medelvårdtid som Helsingborg, som hade lägst, skulle ett stort antal vård dagar inom slutenvården kunna sparas in (totalt 2 500 dagar under 2006). Helsingborg hade diagnosåret (det vill säga det år kvinnan fick sin bröstcancerdiagnos) 2006 en medelvårdtid på strax under två dagar per bröstcancerpatient. Olikheterna speglades även i antalet öppenvårdsbesök (framförallt till kirurg- och onkologmottagningar). Om samtliga patienter i genomsnitt gjorde lika många besök som patienterna i Helsingborg skulle omkring 1 950 öppenvårdsbesök kunna sparas in per år.

Skillnaden kan till viss del förklaras av sjukvårdsstrukturen då onkologiska kliniker fram till 2005 endast fanns i Lund och Malmö. Sedan 2005 finns även en onkologisk mottagning i Helsingborg och där har det även sedan 2002 funnits en multidis-

³Förslag till ökad samordning inom cancersjukvården. Delrapport: Bröstcancervården i Region Skåne.

⁴Patientens samtliga vårdtillfällen oavsett vårdgivare och hela diagnosåret och ytterligare ett respektive två år därefter.

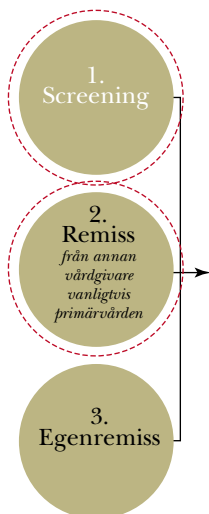
ciplinär bröstenhet. Skillnaden kan dock inte helt förklaras av sjukvårdsstrukturen, utan det beror även på olikheter i handläggningen av patienter, enligt rapporten.

Olikheterna föranledde diskussioner och bröstcancergruppen landade i att all radiologisk bröstdiagnostik i Skåne skulle samlas inom en organisation. Helsingborg, med sin väl fungerade bröstcancerprocess, utgjorde den modell som hela regionen skulle sträva emot. Helsingborgs framgångsrika process berodde bland annat på att ett nära samarbete mellan radiologi, kirurgi och patologi. Det nära samarbetet och tydliga processer resulterade till exempel i korta ledtider.

Upphandlingsbeslut och nedläggning av One-stop breast clinic

I oktober 2007 beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra en samlad upphandling av radiologisk bröstdiagnostik. En av utgångspunkterna var att alla kvinnor i Region Skåne skulle erbjudas hälsoundersökning med mammografi på lika villkor. Därutöver ställdes krav på att all radiologisk bröstdiagnostik skulle samlas i ett gemensamt verksamhetsområde för att öka möjligheterna att, utifrån ett helhetsperspektiv, öka samordningen och skapa processinriktade arbetssätt med tydlig ansvarsfördelning, gemensamma indikatorer och riktlinjer. .

Figur 3: patientgrupper till mammografi efter upphandlingen



Detta verksamhetsområde skulle även verka i nära anslutning till övriga verksamheter inom diagnostik och behandling av bröstcancer

Resursutnyttjande gick före genomloppstid. Patientflödet kommer i andra hand.

Upphandlingen innefattade bland annat uppdragen hälsoundersökning med mammografi (mammografiscreening), utredning av selekterade fall från screeningen och utredning av patienter som kommer på remiss. Upphandlingen avgränsades till två av de tre möjliga vägarna in i processen, det vill säga screening och remiss från annan vårdgivare.

Hälsoundersökning med mammografi skulle, enligt anbudsunderlaget, omfatta alla kvinnor (folkbokförda i Region Skåne) i ålder 40-74 år och undersökningsintervallet skulle vara 18-24 månader. I underlaget fanns inte specificerat om one-stop breast clinic skulle finnas kvar på UMAS.

I upphandlingsprocessen deltog personer från verksamheten, exempelvis erfarna radiologer, med stor kunskap om och insikt i bröstcancerprocessen. En av de sakkunniga var en mammografiläkare som vid tidpunkten arbetade på Helsingborgs lasarett och som idag är verksam som verksamhetschef för mammografi på Unilabs. Denna person hade insyn i one-stop

Enligt personer inom sjukhuset ansågs one-stop breast clinic ta värdefulla resurser från den ordinarie verksamheten.

breast clinic och hennes utgångspunkt var att verksamheten inte var ändamålsenlig då den inte innebar lika vård för alla kvinnor. Enligt personer i den ordinarie verksamheten ansågs one-stop breast clinic

ta värdefulla resurser från den ordinarie verksamheten. Detta ansågs vara ett skäl till att UMAS hamnade efter i screeningen. Vi har inte granskat detta argument vidare, men noterar att one-stop breast clinic var en mycket liten del av den totala verksamheten.

Unilabs vann upphandlingen och bedriver idag mammografi (screening och klinisk mammografi) i hela Region Skåne. Det faktum att en privat aktör trädde in i vårdprocessen skapade viss oro på sjukhusen. Första tiden var något turbulent och tid lades på att forma samverkansformer och på att tydliggöra roller och ansvar. Enligt intervjuad finns det idag en fungerande samverkan på sjukhusen.

One-stop breast clinic upphörde 2009. Idag finns det en ny bröstmottagning på SUS Malmö. Enligt en av personerna som var med och startade verksamheten var det upphandlingen som blev slutet för one-stop breast clinic. Enligt intervjuad kan man i backspejeln se att vissa skeenden i one-stop breast clinic kunde gjorts annorlunda, men att verksamheten i det stora hela var bra.

Trots kritik mot att one-stop breast clinic lades ned och att verksamheten outsourcades anser en av de intervjuade att bröstmottagningen på SUS Malmö dragit lärdom av one-stop breast clinic och erfarenheterna har varit till nytta i det processinriktade arbetet. Man har idag kommit ikapp med screeningen och idag kallas alla kvinnor mellan 40-74 år.

Bröstcancerprocessen i Skåne idag: nya kvalitetsuppföljningar och lika villkor

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne har beslutat att alla bröstmottagningar ska tillämpa samma principer för patientmottagande, inklusive remitteringsrutiner och möjlighet till direktkontakt för patienter med symptom eller oro för bröstsjukdom. Kvaliteten i omhändertagandet av patienter ska förbättras och cancervården ska organiseras utifrån samlade patientfokuserade processer. Tidsramar ska finnas och följas upp för ledtider i vårdkedjan. De fyra bröstmottagningarna (Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö) ska i princip ha samma kompetens för att på ett enhetligt sätt kunna handlägga den primära kirurgiska bröstsjukvården.

Som ett led i utvecklingsarbetet av bröstcancerprocessen har kvalitetsmått avseende ledtider tagits fram. Följande kvalitetsmått och mätetal ska gälla för minst 80 procent av patienterna inom bröstcancer vården i Region Skåne.

I de rapporter som producerats i Regionen gällande dess bröstcancerprocess framgår att bröstmottagningarna i Skåne bör följa de riktlinjer för bröstcancersjukvård som finns inom t.ex. EU och Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt Svenska bröstcancergruppens nationella vårdprogram. Region Skåne har tillsammans med Landstinget Blekinge, Region Halland och Landstinget Kronoberg startat Regionalt Cancercentrum Syd (RCC Syd).

- *Tid från remissankomst till bröstmottagning eller bröstradiologisk undersökning till besked om diagnos* *mål: <21 dagar*
- *Tid från diagnosbesked till operation* *mål: <14 dagar*
- *Tid från operation till besked om fortsatt behandling* *mål: <14 dagar*
- *Tid från besked om fortsatt behandling till start av radioterapi* *mål: <42 dagar*
- *Tid från besked om fortsatt behandling till start av kemoterapi* *mål: <28 dagar*

Centrat arbetar för en bättre cancersjukvård i södra Sverige för att kunna möta framtida behov. Befolkningen ska tillförsäkras en högkvalitativ cancersjukvård på lika villkor, vilket bland annat innefattar en högkvalitativ mammografiscreening i åldrarna 40-74.

Patienter med egenremiss får inte utan medicinsk bedömning hänvisas till annan vårdgivare. På bröstmottagningarna ska det finnas bröstsjuksköterskor med uppdraget att göra en medicinsk bedömning av de patienter som ringer till mottagningen. För att sköterskornas bedömning ska vara liktydlig håller gemensamma fråge- och rådgivningsformulär på att

arbetas fram. Bedömer sköterskan att det finns risk för att kvinnan har bröstcancer kan hon/han skriva en remiss till mammografin, som sedan kan komplettera med ultraljud och vävnadsundersökning.

Enligt ansvarig för regionens bröstcancerprocess och för bröstcancervårdens utveckling har bröstcancerprocessen i Skåne utvecklats positivt de senaste åren.

Processen fungerar i huvudsak bra, även om det finns arbete kvar att göra för att få till effektiva processer i alla fyra driftområdena.

One-stop breast clinic

ÖPPETTIDER

One-stop breast clinic hade till en början öppet en kväll i veckan mellan kl. 16:30-17:30. Den stora efterfrågan resulterade dock i att one-stop breast clinic efter en tid öppnade redan kl. 15:00.

KAPACITET

One-stop breast clinic hade till en början kapacitet att ta emot åtta patienter per mottagningstillfälle. Efter en tid fördubblades personalstyrkan vilket medförde att 15 patienter kunde tas emot per mottagningstillfälle. I december 2005 återgick man dock till den ursprungliga personalstyrkan.

TYP AV FYND HOS KVINNORNA

- 80 procent benigt fynd (godartad tumör som inte sprider sig)
- 10 procent malignt/malignitetsuspekt (misstänkt elakartad cancer)
- 10 procent malign cancer (elakartad cancer)

VÄNTETID

Kvinnor som gick den "vanliga" vägen via primärvården kunde få vänta upp till 42 dagar (mediantid) mellan det första läkarbesöket och diagnosdatum. På one-stop breast clinic fick kvinnorna träffa en specialist samma kväll.

KOSTNAD

- Varje besök på mottagningen kostade i snitt 4 232 kr (kan ej jämföras med tabell*
- lönekostnader/besök i projektet 2 632 kr*
- indirekta kostnader lokaler, utrustning, OH m.m. ca 1 600 kr*

Stockholms Läns Landsting

Stockholms län består av 26 kommuner, och en femtedel av Sveriges befolkning, cirka 2 miljoner personer, bor i länet. Landstinget har sex akutsjukhus och nio närsjukhus. Under 2008 gjordes drygt fyra miljoner besök på sjukhusens mottagningar. Antalet vårdtillfällen på länets sex akutsjukhus var 2008 omkring 234 000 stycken.

Kvinnor i Stockholms län som är mellan 40 och 69 år kallas regelbundet till mammografiscreening, 40-49 år var 18:e månad och 50-69 år vartannat år. Kvinnan kan inte själv boka tid för mammografi utan blir antingen kallad till screening enligt åldersintervallen

Sjukhusen fick inte vara med i anbudsgivningen. Primärvården kan inte remittera patienter direkt till mammografi på sjukhusen – istället remiss till utvalda leverantörer. Sjukhusen med bröstcentrum påverkades negativt.

ovan, alternativt att hon får remiss från en läkare. Stockholm har en compliance på omkring 70-72%, dvs så många av de kallade kommer.

Omkring 1 600 kvinnor i Stockholms läns landsting får bröstcancer varje år. Dessa kvinnor kan omhändertas på något av Stockholms fyra bröstcentrum/bröstmottagningar: Karolinska Universitetssjukhuset (KS), Capio S:t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset (SÖS). I denna rapport fokuserar vi på KS, SÖS och S:t Görans sjukhus.

SLL:s bröstcancerprocess är intressant att se på ur ett huvudmannans- och processansvarsperspektiv då man i stor utsträckning valt att ha privata utförare och med tanke på den upphandling som genomfördes år 2008 avseende medicinsk radiologi.

Bröstcentra i Stockholm

Bröstcentrum på Karolinska Universitetssjukhuset startade 1998 i Huddinge, men ligger numera i Solna. Detta var det första bröstcentrat i Sverige till namnet och personalen var tidiga med att arbeta

med flödesutveckling för att optimera bröstcancerprocessen utifrån kvinnans behov.

Bröstcentrum på Capio S:t Görans Sjukhus drivs av Unilabs och startade hösten 2009. Med anledning av 2008 års upphandling av medicinsk radiologi kunde verksamheten inte drivas som planerat eftersom primärvården inte längre fick remittera kvinnor direkt till sjukhusens mammografienheter.

På SÖS Bröstcentrum finns specialister (kirurg, cytolog, mammografidoktor) i samma korridor och avståndet dem emellan är bara några steg. Centrat

har även ett nära samarbete med onkologen på SÖS. Bröstcentrum har arbetat med sina flöden utifrån Leanfilosofin med patientens behov i centrum.

I Stockholm finns det även liknande enheter som Skånes One-stop breast clinic. Ett av dessa är bröst-mottagningen på Sabbatsbergs Närsjukhus (öppen-vård) vilket drivs av Aleris. Bröstmottagningen utför trippelutredningar (klinisk undersökning, mammografi ± ultraljud och finnålsbiopsi) med korta ledtider, operationer, bröstcancerkontroller och kan även ge psykosocialt stöd vid behov. Liknande bröst-mottagningar finns även på Sophiahemmet samt på BröstCentrum City.

För att skapa effektiva processer och minska ledtiderna har bröstcentrum på både KS och SÖS bröst-sjuksköterskor. Sköterskorna träffar kvinnor som har symtom (t.ex. ömma bröst) vilket med stor sannolikhet inte beror på bröstcancer. Verksamhetens gör egna uppföljningar på att sköterskemottagningarna upprätthåller en hög kvalitet och att inga cancrar missas.

Upphandling av klinisk mammografi påverkade bröstcancerprocessen

2008 genomförde Hälso- och sjukvårdsnämnden (beställaren) i Stockholms läns landsting en upphandling avseende tjänster inom medicinsk radiologi. I upphandlingsunderlagen ställdes bland annat krav på leverantörens kompetens, diagnostisk säkerhet, kapacitet, utrustning och lokalisering. Klinisk mammografi på remiss av läkare ingick i upphandlingen. Tidigare hade klinisk mammografi legat på sjukhusen, men i denna upphandling fick sjukhusen inte vara med i anbudsgivningen.

I upphandlingen ställdes krav på att det i mammografiverksamhetens närområde skulle finnas en organisation med läkare med särskild kunskap i omhändertagande av bröstpatienter (bröstmottagning) som utan dröjsmål kan handlägga fall med misstanke om brösttumör. Vid avtalsstart ställde beställaren också krav på att det skulle finnas avtal/överenskommelse om omhändertagande mellan bröstmottagningen och mammografienheten.

Aleris Diagnostik AB och Medicinsk Röntgen AB vann upphandlingen av mammografi, som löper från 1 januari 2009 till och med 31 december 2012, med möjlighet till förlängning.

Resultat av upphandlingen

Upphandlingen resulterade i att primärvården inte längre kunde remittera patienter direkt till sjukhusens mammografienheter, då sjukhusen inte fick vara med i upphandlingen av klinisk mammografi. Patienterna skulle istället hänvisas till de vårdgivare som vann upphandlingen. Primärvården kan dock välja att remittera direkt till kirurgen på sjukhusen som i sin tur kan remittera internt till mammografi.

På SLL:s hemsida kan man läsa att då en kvinna misstänker en knöl i bröstet är första vårdnivån läkaren på husläkarmottagningen. Vid stark misstanke om

bröstcancer hänvisas kvinnan till en bröstmottagning där klinisk mammografi utförs. Vid svagare misstanke och då det behövs noggrannare undersökning för att få klarhet remitteras till en bröstmottagning utanför sjukhus.

För bröstcentrumet på S:t Görans sjukhus, som var tänkt att starta 2009, innebar upphandlingen att verksamheten inte kunde bedrivas som planerat. Tidigare kunde primärvården skicka patienter till S:t Göran för mammografi och bedömning, men nu får de endast ta emot remisser från den egna kliniken samt från privata försäkringstagare. Förändringarna resulterade i en minskad efterfrågan.

Förändringen påverkade inte bara verksamheterna, utan även patienterna menar en av de intervjuade. Flera patienter kontaktade Unilabs med önskemål om att gå kvar där, vilket inte gick på grund av de förändrade villkoren. Ansvariga för de olika bröstcancerprocesserna på sjukhusen i Stockholm har även påpekat problem i processen till landstinget och informerat om undermålig kvalitet hos vissa utförare. En medicinsk revision har genomförts som bedöms avrapporteras våren 2011.

Gemensamma ledtider inom SLL

I SLL:s kvalitetsråd finns representanter från de olika bröstmottagningarna/bröstcentrumen representerade. Kvalitetsrådet har kommit fram till gemensamma ledtider för bröstcancerpatienter, vilka i regel följs upp 1 ggr/år och ibland 2 ggr/år.

Exempel på ledtider är att kvinnor med tydliga tecken på bröstcancer som remitteras från primärvården får en tid till kirurgen inom bara några dagar. Målet är att en kvinna, från det att hon anländer till bröstcentrumet/bröstmottagningen ska vara färdigbehandlad inom 60 dagar.



Landstinget Västmanland

Västmanlands län består av 10 kommuner och hade år 2010 ett invånarantal om ca 250.000⁵. Under 2009 registrerades totalt 41 475 vårdtillfällen i landstinget.

Hälso- och sjukvården i Västmanland bedrivs framförallt vid Centrallasarettet i Västerås, vid de tre närsjukhusen i Sala, Fagersta och Köping samt vid familjeläkarnas mottagningar runt om i landstinget. Närsjukhuset i Fagersta övergick i början av 2010 i privat regi.

Koncernledningen för Landstinget Västmanland beslutade hösten 2009 att införa ett utvecklingsprogram för förbättringsarbete, en större satsning där några processer valdes ut och en utbildning i metodik genomfördes parallellt. Brösttumörprocessen (med avgränsning från hälsoscreening och uppföljning av brösttumörpatienter) valdes ut som en av processerna, med syftet att bland annat förbättra flödet och korta ledtiden för patienterna. Enligt verksamheten själv var bröstprocessen välstrukturerad, men trots det fanns det behov av att ytterligare trimma organisationen för att nå nationella riktlinjer.

Som nämnts inledningsvis är bröstcancerprocessen i Västmanland intressant då verksamheten, till skillnad från både Region Skåne och Stockholms läns landsting, bedrivs helt i offentlig regi. Det innebär att andra aktörer inte kommer in i verksamheterna och att upphandlingar inte riskerar att skapa hinder i pågående processer. Västmanland är också intressant med tanke på att det under 2006 skapades en ny bröststenhet.

Utveckling av bröstcancerprocessen i Västmanland

Fas I: En ny bröststenhet skapas 2006

Mammografin och den kirurgiska bröstverksamheten i Västerås slogs 2006 ihop till en Bröststenhet där verksamheterna mammografisk screening, klinisk mammografi, kirurgisk bröstmottagning, cytologisk

diagnostik och onkologisk mottagning skulle ingå. Ansvaret för bröststenheten delades mellan divisionerna kirurgi och diagnostik. Därtill skulle samverkan ske med onkologkliniken (genom gemensam mottagning viss del av veckan), patologiavdelningen (genom att ett cytologsassistent knöts till mottagningen del av veckan), röntgenavdelningen (magnetrontgen), kirurgmottagningen (till exempel mindre ingrepp) nuklearmedicin (för scintiuundersökningar), operationsavdelningen samt en kirurgavdelning för inneliggande patienter. Samverkan inom ramen för Bröststenheten blev dock inte som planerat, bland annat vad gällde patologiavdelningen och onkologkliniken vilket gjorde att ledtiderna för patienterna ökade.

FAS II: Utveckling av brösttumörprocessen 2009 med målsättning att minska ledtiden med 44 procent

2009 startades utvecklingen av brösttumörprocessen som nämnts i inledningen. Processens start sattes till det tillfälle då en remiss inkom till enheten, patienten ringde själv eller vid selektering och processen avslutades vid uppföljning. För att få ett utgångsläge för arbetet mättes ledtiderna för alla patienter som passerade processen 2008. Ledtiderna jämfördes sedan med Region Skåne och Danmark och utifrån den jämförelsen sattes mål för processen⁶. Målet blev att minska ledtiden från 147 dagar till 82 dagar med bibehållen kvalitet för brösttumörpatienter i Landstinget Västmanland. Detta motsvarar 44 procent.

Under utvecklingsarbetet identifierade man olika orsaker till att ledtiden var så lång. En av dem var att patienter hade flera (upp till fem) besök på mottagningen innan diagnos- och behandlingsbesked gavs. Stickprov/punktioner gjordes inte alltid vid första patientbesöket och statistik visade att cirka 20 procent av alla punktioner var ofullständiga, vilket genererade extra besök. Selektionen hade inte heller följt Socialstyrelsens rekommendationer, vilket innebar onödiga återbesök. Andra orsaker var en hög arbetsbelastning hos sekreterare på bröstkirurgen,

⁵www.ekonomifakta.se

⁶Hänsyn togs till lokala förutsättningar

Jämförelsetabell ledtidsmål Västmanland, region Skåne och Danmark

Västmanland	Mål	Skåne	Mål	Danmark	Mål
1. Inkommande remiss – vårdplan/beh.beslut	30	1. Remissankomst – besked om diagnos	21	1. remissankomst – diagnosbesked	5
2. Vårdplan/beh.beslut – åtgärd behandling	10	2. Diagnosbesked – operation	14	2. diagnosbesked – operation	7
3. Åtgärd behandling – återbesök	14	3. Från operation – besked om forts behandling	14		
4. Återbesök – start strålning	28	4. Besked om forts behandling – start av strålning	42	4. Tid start radioterapi 35 dgr. från noll eller tre veckor postoperativt	Tot. 66*
5. Återbesök – start cytostatika	ingen statistik	5. Besked om forts behandling – start av kemoterapi	28	5. Tid start kemoterapi 30 dgr. från dag noll eller två veckor postoperativt	Tot. 42*

* Region Skåne och Västmanland har olika begrepp, men mätpunkterna är desamma. Danmarks ledtider är inte helt jämförbara med Västmanland och Region Skåne då de har slagit ihop flera moment.

långa svarstider från patologen, avsaknaden av läkare på bröstkirurgens mottagning alla dagar i veckan vilket skapade toppar och långa väntetider, svårt att få tider hos onkologen, långa ledtider mellan bröstkirurg och onkolog och kort framförhållning för operationschemat.

Det togs fram 13 förbättringsförslag som på en övergripande nivå bland annat handlade om att minska överföringshinder mellan olika specialiteter, arbeta bort schemalägningsproblem och försöka jämna ut flödet samt skapa bättre samordning och kapacitetsutnyttjande av personal och utrustning. Några av de konkreta förslagen var att göra alla stick vid första besöket, öka tillgängligheten till bröstkirurgen och den kliniska mammografen, samordna sekreteraruppgifter, införa dagkirurgisk verksamhet fyra dagar i veckan istället för två med en läkare på operationssal och en läkare på mottagning samt införa målstyrning. Våren 2011 hade 11 förslag genomförts.

Resultat och viktiga förutsättningar för framtiden

I tabellen till höger redovisas ledtider för 2008 och sista halvåret 2010 efter att vissa förändringar införts. I tabellen framgår också målen för brösttumörprocessen 2011.

Viktiga förutsättningar för att 2011 års mål ska kunna uppnås är att förbättringsförslagen införs och att målstyrningen engagerar alla medarbetare. En framgångsfaktor för utvecklingsarbetet av brösttumörprocessen har varit att de två förbättringsledarna som lett arbetet i projektet har haft enskilda intervjuer med nyckelpersoner och workshops med berörda kliniker. Workshops har genomförts för att informera, engagera och involvera medarbetare samt identifiera bakomliggande problem och skapa processkartor. Utvecklingsarbetet har enligt uppgift bedrivits utifrån metodiken Six Sigma.

EFFEKTOMRÅDEN	2008 median	2010 median	MÅL 2011 median
Process 1			
Inkommande remiss - Första besök bröstenheten	32	27	14
Inkommande remiss - Vårdplan/behandlingsbeslut	47	38	30
Tid för provtagning - svar	14 pad	12	4
Antal besök för diagnos	3	3	2
Process 2			
Vårdplan/behandlingsbeslut - Åtgärd behandling	15	15	10
Process 3			
Åtgärd behandling -återbesök	22	26	14
Återbesök - start strålning	63	50	28
Process 1-3			
Följsamhet till nationella riktlinjer % av patienterna ska behandlas enligt nationella riktlinjer			>80

Tankar kring *processen*

Den optimala bröstcancerprocessen enligt de intervjuade

En synpunkt från läkarna är att för bästa möjliga process bör alla sjukhus som arbetar med bröstcancer ha klinisk mammografi och screening, det vill säga hela vårdkedjan ska rymmas inom sjukhuset. Vårdkedjan måste fungera smidigt, vilket för bröstcancerprocessen innebär att kvinnan ska träffa kirurg i samband med att hon får ett negativt besked på screeningen. En annan viktig parameter är läkarkontinuitet, det vill säga att kvinnan får träffa samma läkare genom processen i möjligaste mån.

För bästa möjliga bröstcancerprocess bör det, enligt intervjuade, finnas multidisciplinära enheter där så många kompetenser som möjligt är samlade, som mammografi, kirurgi och patologi. Det bör också finnas vårdplatser för onkologi och operation knutna till centrat. Det är även en fördel om psykologer finns kopplade till enheten och att rekonstruktioner och peruker kan göras inom samma enhet. Om kompetensen samlas blir det inte möjligt att bedriva den vård som bedrivs idag på mindre platser. Enligt ovanstående resonemang vore det optimalt att upprätta ett fåtal bröstcentrum i varje län.

Centrumbildningar går tvärs organisationen

Bröstcancerprocessen och bröstmottagningar kräver liksom andra centrumbildningar samarbete mellan olika aktörer. Dessa aktörer tillhör i de flesta fall olika divisioner eller kliniker, även i landsting där

inte någon del av processen ägs av en privat aktör. Personal i Skåne kan idag tycka att det är en nackdel att de är i samma process, men inte i samma organisation och i SLL såg man ett försämrat flöde då privata aktörer fick ta över en del av processen. Det visar sig dock att oavsett huvudman finns utmaningar i samarbetet och i Skåne verkar byte av ägarskap ha förbättrat resultaten. Exempelvis är SUS i Malmö idag ikapp med screeningen. Val av driftsform verkar därför inte vara avgörande för samarbetet och resultaten i bröstcancerprocessen. De förändringsarbeten som drivits har alla förbättrat processerna och skapat flödesförståelse. Det är medarbetarnas ägarskap av processen som är en nyckel för en väl fungerande process, oavsett driftsform.

Upphandling påverkar

Upphandlingen i Skåne och SLL skiljer sig åt. En av drivkrafterna för Skånes upphandling var att en utredning konstaterat att röntgen inte drevs optimalt och att man ville öka likabehandlingen av kvinnor i processen. Man hade sett att bröstcancerprocessen varierade beroende på var i Skåne man bodde, något som bland annat gällde följsamheten till svenska screening-rekommendationer. Hos SLL syntes inte samma kvalitetsbrister.

I upphandlingen i Skåne valde man att hålla ihop klinisk mammografi och hälsoscreening, medan man i Stockholm gjorde en upphandling som bara gällde klinisk mammografi. Det råder enighet hos intervjupersonerna om att man bör göra klinisk upphandling och screening-upphandling samtidigt samt

att man bör ställa tydliga krav på processen och på kvalitet. En tanke är också att lyfta frågan om att även inkludera mottagning i uppdragen, för att få en helt sammanhållen kedja.

Screening avlastar övriga vården

Sverige siktar på att ha en väl utbyggd hälsoscreening. På de platser där screeningprocessen fungerar tillfredsställande blir trycket på primärvård och bröstmottagningar från oroliga kvinnor inte lika högt. Gynekologer och husläkare är heller inte lika benägna att skicka remiss till screening längre utan tar istället upp med kvinnan varför hon inte varit på sin ordinarie screening. Det gör att ju effektivare screeningprocessen är, desto mindre är behovet av speciallösningar som till exempel kvällsöppna bröstmottagningar. På samma sätt som det är viktigt att slussa kvinnor till rätt nivå i processen, är det viktigt att ha rätt kompetens på rätt nivå i bemötandet av kvinnan. Exempelvis genom att ha en sköterska som i ett första skede möter de kvinnor vars symtom, med stor sannolikhet, inte faller inom riskzonen för bröstcancer. Sköterskan kan då avfärda de kvinnor som inte behöver träffa en specialist samt slussa de kvinnor vidare som anses vara i behov av ytterligare utredning.

Rättviseperspektiv

För One-stop breast clinic i Skåne var resultaten för de kvinnor som fick komma in på mottagning och behandling goda, främst ur en tidsbesparande aspekt. Däremot var frustrationen hög för de kvinnor som sökte sig till One-stop breast clinic men inte fick plats samma kväll. Kvinnorna hade en förväntan om att få träffa en specialist för att få en snabb

bedömning om de hade bröstcancer eller inte, men kliniken hade inte resurser att ta hand om alla.

Styrmodellsmässigt kan man i Skåne se att kostnader överfördes från primärvården till sjukhuset; de kvinnor som kom till one-stop breast clinic hade förmodligen sökt sig till primärvårdsläkare med sin oro i första hand. Inga insatser gjordes för att förbättra detta ”gamla” flöde och one-stop breast clinic fick också kritik för att ta resurser från ordinarie verksamhet för att nå en mindre andel kvinnor istället för att fokusera på förbättring av hela processen. One-stop breast clinic i den begränsade omfattning som var fallet innebar inte lika vård för alla eftersom det endast var ett fåtal kvinnor som fick hjälp då mottagningen hade öppet.

Upphandling av mammografi har påverkat den totala processen på ett delvis negativt sätt för en grupp, de som tidigare hade möjlighet att utnyttja one-stop breast clinic, genom att leda till längre tid från misstanke till behandlingsplan (från några timmar till max 21 dagar). Detta är inte acceptabelt jämfört med den snabba hanteringen på one-stop clinic, men innebär inte någon försämring för de övriga som istället fått en förkortad längsta väntetid från 42 till 21 dagar. Kostnaderna var i stort sett lika för one-stop och den normala hanteringen, men tidsvinsten för patienten var betydande vid one stop.

Upphandlingen har försvårat lokala initiativ, och är delvis i konflikt med centrumbildningar. Läget efter upphandlingen ses som bättre än innan, men är långt ifrån det möjliga som visats i one-stop breast clinic.

Konsekvenser av flera mål & mångfaldig styrning

Vi kan se att upphandling har lett till att en väl fungerande lokal process har slagits sönder. One stop breast clinic ledde till en förkortad process för patienten från 42 dagar till några timmar. Samtidigt var kostnaderna inte mycket högre. Detta gäller en liten verksamhet under experimentella former, med vidare utveckling och större skala är det troligt att kostnaderna kan minskas betydligt.

på en motsvarande process, där ett fokus på resursutnyttjande i form av låga kostnader för utförande av mammografi till vissa delar slagit sönder en fungerande vårdprocess, eller förhindrat att sammanhållna enheter skapas. Mekanismer för att kringgå effekter av upphandlingen har dykt upp, vilka leder till onödiga aktiviteter, som till exempel en extra remittering i processen.

Krockar mellan huvudman och målbilder leder till att förbättringar avvecklas istället för att utvecklas.

Mycket tid sparades för patienten, men detta vägdes inte in då upphandlingen gjordes. En analys av skedet visar att vid den centrala upphandlingen lades mer fokus på resursutnyttjande än på patientens tid till besked och förlorad arbetstid. En annan aspekt är att tidig upptäckt anses vara en viktig faktor för överlevnad vid cancer. Hur viktigt är det att förkorta denna process med 42 (eller 21) dagar?

One stop breast clinic bröt mot det traditionella sättet att arbeta, vilket gör det svårt för modellen att passa in i det befintliga systemet. Initiativet har dock påverkat arbetssättet på övriga enheter, enligt de intervjuade.

Upphandlingen av mammografi i Stockholm visar

Utifrån fallet Västmanland ser vi att det faktum att allt sker under samma huvudman inte behöver leda till att processen fungerar bättre. Utvecklingsarbete pågår, men målet är i nuläget satt till 30 dagar, jämfört med 21 dagar för Skåne, och endast några timmar för one stop breast clinic.

One stop breast clinic i Malmö kan ses som ett gott exempel på hur en process kan förbättras, men att det är svårt att tydligt se hur man dragit lärdom av det. Ett återkommande problem i vården är att det förekommer utvecklingssteg som inte följs upp utan i stället ersätts av andra initiativ. Krockar mellan initiativ och målbilder leder till att förbättringar avvecklas i stället för att utvecklas, som i fallet one stop breast clinic.

Efterord LHC

Leading Health Cares fokusgrupp kring styrning i vården har under ett år fört diskussioner kring vilka områden som innebär dilemman idag. Några av de stora frågorna har lett till dessa studier av worst practice i vården. Här följer några av de viltigaste dilemman som gruppen diskuterat:

Budgetstyrning i dag: det finns i vissa fall negativt incitament till att utföra sitt uppdrag bättre. Det enda sättet att lyckas är att göra mindre, dvs att spara pengar i budgeten. Resultaträkningen är i flera fall tudelad, och en enhet har bara inflytande över halva resultaträkningen, oftast kostnadssidan.

Sjukvården är speciell, med flera olika mål, avnämare och betalare. Styrsystemet för vården borde ha patient i centrum, men så är det inte alltid. Det går inte alltid att tänka på samma sätt som i näringslivet, men det hindrar dock inte att vården kan lära mycket från andra sektorer.

Vården idag har alldeles för **många och för starka silos**. Vi måste kunna se helhet och bygga styrsystem kring värde för patienten, inte kring resursanvändning i silos. Ett exempel är att kommuner måste interagera mer med landsting.

Splittrad uppföljning, ingen helhetssyn. Ett problem idag är att man jobbar i detalj med delar av systemet, men att man inte följer inte upp rätt saker. Hur kan man hantera en mångdimensionell styrning?

En återkommande principfråga är om man skall ersätta per ingrepp, ersätta genom kapitering eller betala för prestation/resultat. Det konstaterades att incitament fungerar, när man ger vårdgivare betalt

för varje besök leder det till fler besök, och vice versa. Men vet vi vad det leder till, och hur det pareras av verksamheterna?

Ett problem i dag är att många **aktörer i vårdkedjan inte är samordnade**. Hur kan vi koordinera styrning på micro- och makro nivå, idag finns det konflikter mellan övergripande styrmodeller och de dagliga målen i verksamheten. Ett exempel är att DRG-systemet (patientklassificeringssystem), som till stor del är i direkt konflikt med önskemål att skapa längre vårdkedjor och en helhetssyn i vårdleveranser.

Samma styrning fungerar inte överallt. Hur kan vi avgöra vilka styrmedel som fungerar i vilken situation? När skall vi använda ekonomiska styrmedel, styrning genom organisering o arbetssätt eller andra verktyg för att styra mot ett önskat resultat?

Exempel på svarigheter

Patienten har många kontakter – komplicerad vårdkedja

Samhällskostnaderna tas inte på allvar – dyrt att inte behandla direkt

Geriatriska patienter – oklart ansvar idag – ett problem

Väntetider och köer – är de alltid av ondo?

Sjuk eller olycklig – hur hanteras gränsdragningen?

Incitament kan styra fel – vilket beteende belönas i dag?

Specialistkultur driver silotänkande

Regionalpolitik motverkar helhetssyn

Maktförskjutning mot makro – centralstyrning

Svårt att lära andra – många lokala hjul uppfins

Metod och genomförande

Studien har genomförts av Leading Health Care. Data har samlats in genom en kvalitativ ansats, i huvudsak genom intervjuer och genomgång av tillgängligt skriftligt material. Se källor och material nedan för en översikt. Studien leds från LHCs sida av Jon Rognes, Ek Dr vid Handelshögskolan i Stockholm. Det huvudsakliga genomförandet har letts av Niklas Källberg, forskare vid Handelshögskolan i Stockholm. Övriga medverkande är Helena Bengtsson vid Helseplan Consulting, som har gjort stora delar av datainsamling, sammanställning av material samt delar av analysen.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC rapport ska uppfylla följande krav:

- 1) Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- 2) En LHC rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerade forskare.
- 3) Författares ev. jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- 4) En färdig LHC rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHCs kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- 5) En LHC rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- 6) Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHCs verksamhetsområde.

Källor och material

Region Skåne

För att få en så rik bild av bröstcancerprocessens i Skåne utveckling under senare år har vi intervjuat personer som haft olika roller och perspektiv:

- Göran Balldin, tidigare överläkare för bröstmottagningen på UMAS, tillika initiativtagare till den nya mottagningen
- Martin Malmberg, bröstkirurg/onkolog och ansvarig för Region Skånes bröstcancerprocess
- Boel Heddson, verksamhetschef Radiologisk Bröstdiagnostik Skåne, Unilabs AB, som tog över radiologiverksamheten efter upphandling
- Karin Hilford, tidigare utvecklingschef på UMAS, som var en nyckelperson i beslutet om att starta piloten med ny bröstmottagning

Vi har även tagit del av följande skrivna material:

- Förslag till ökad samordning inom cancersjukvården. Delrapport: Bröstcancer vården i Region Skåne (Martin Malmberg, med dr, överläkare)
- Delprojektrapport RCC – Bröstcancer (Lisa Rydén & Martin Malmberg)
- Förteckning över bilagor till Bröstcancerprocessen
- Projektrapport One-stop breast clinic "Öppen bröstmottagning"
- Ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS, Malmö och CTRF
- One-stop breast clinic, en utvärdering av patientflöden, handläggningstider, ekonomi och patienttillfredsställelse
- Uppdragsbeskrivning till arbetsgruppen för bröstcancer inför bildandet av Region Skånes Regionala Cancer Centrum (RCC)
- NYA FAKTA & STATISTIK – FRAMTIDENS NÄRINGSLIV (nr 6 juli, 2007) Vård och omsorg – en framtidsbransch. Effektivare vård med patienten i fokus (Nutek och Almega)
- Förfrågningsunderlag MA/070358 – Upphandling av radiologisk bröstdiagnostik
- IV. Kravspecifikation – Radiologisk bröstdiagnostik MA/070358

Västmanlands läns landsting

I Västmanland har vi främst haft kontakt med förbättringsledarna Mari Vallin och Susanne Granat som arbetat med brösttumörprocessen. Vi har även tagit del av deras rapport "Från 147 dagars ledtid till 82 dagar – Slutrapport brösttumörprocessen Västmanland".

Stockholms Läns Landsting

Inom SLL har vi intervjuat följande personer för att få en bild av länets bröstcancerprocess:

- Jan Frisell, professor i kirurgi och verksam på Karolinska Universitetssjukhuset
- Fuat Celebioglu, sektionschef/överläkare bröstcentrum SÖS
- Christina Hinzer, Driftchef S:t Göran/Tumba mammografi

Vi har tagit del av den kravspecifikation som Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning utgick från i samband med upphandlingen av tjänster inom medicinsk radiologi 2008.

Deltagare i fokusgrupp kring storsystem i vården

<i>Anders Blanck</i>	<i>LIF</i>
<i>Johan Calltorp</i>	<i>NHH</i>
<i>Catarina Bergman</i>	<i>AstraZeneca</i>
<i>Annema Paus</i>	<i>Apoteket Farmaci</i>
<i>Jörgen Striem</i>	<i>Praktikertjänst</i>
<i>Johan Brun</i>	<i>Pfizer</i>
<i>Kerstin Falck</i>	<i>Pfizer</i>
<i>Kåre Jansson</i>	<i>Sveriges Läkarförbund</i>
<i>Patrik Svarvar</i>	<i>Merck Sharp & Dohme</i>
<i>Thorbjörn Ekström</i>	<i>Stockholms Läns Landsting</i>
<i>Anders Olsson</i>	<i>Stockholms Läns Landsting</i>
<i>Ulf Janzon</i>	<i>Merck Sharp & Dohme</i>
<i>Anders Lönnberg</i>	<i>Novartis</i>
<i>Niklas Källberg</i>	<i>Handelshögskolan i Stockholm</i>
<i>Hans Winberg</i>	<i>Leading Health Care</i>
<i>Jon Rognes</i>	<i>Leading Health Care</i>
<i>Martin Sköld</i>	<i>Handelshögskolan i Stockholm</i>
<i>Stefan Ackerby</i>	<i>SKL</i>
<i>Torsten Lindström</i>	<i>sanofi-aventis</i>

LHC *partners*

Rapporten har tillkommit inom ramen för LHC, en akademisk tankesmedja. Följande partners har bidragit till LHCs verksamhet, och därigenom till fokusgruppens verksamhet och denna rapports framtagande.

Apoteket AB
Astra Zeneca
Bactiguard
Capio AB
GE Healthcare
Janssen
Johnson & Johnson
Landstinget Sörmland
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
LIF - Läkemedelsindustriföreningen
Läkemedelsverket
MSD
Novartis
Pfizer
Praktikertjänst
Reumatikerförbundet
SANOFI
Siemens Medical Solutions
SKL, Sveriges Kommuner och Landsting
SLL Stockholms Läns Landsting
Socialstyrelsen
Swecare
Swedish Medtech
Svenska Läkaresällskapet
Svenska Läkarförbundet
TLV, Tandvårds och Läkemedelsförmånsverket
Vårdförbundet

Kontakt:

Leading Health Care

Sveavägen 63

SE-104 30 Stockholm, Sweden

+46 8-586 175 00

info@leadinghealthcare.se

www.leadinghealthcare.se

Leading Health Care