

RCC i samverkan
RCC Mellansverige
RCC Norr
RCC Stockholm Gotland
RCC Syd
RCC Sydöst
RCC Väst

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
Remissvar, S2022/02635

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)

Allmänna synpunkter

RCC i samverkan har under de senaste år sett hur tillgängligheten inom svensk sjukvård successivt har försämrats, och detta gäller även cancervården, om än i lägre grad än övriga sektorer, trots att cancervården har varit föremål för särskilda statliga satsningar. Vi ser därför med tillfredsställelse på att tillgänglighetsproblematiken nu belyses i en särskild utredning.

Regionala cancercentra (RCC) etablerades i varje sjukvårdsregion som ett resultat av den nationella cancerstrategin (*En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11*), och har som ett av uppdragen att arbeta för en effektivisering av vårdens processer. En del av detta arbete har varit att stödja och följa upp regionernas arbete med införande av standardiserade vårdlopp (SVF). Ett drygt decenniums arbete med vårdprocesser i dialog med vårdpersonal och andra företrädare för regionerna har gett oss erfarenhet och perspektiv på tillgänglighetsproblematiken som kommer att präglade vårt remissvar.

När man diskuterar problemet med långa väntetider inom sjukvården, är det ofrånkomligt att beröra frågan om kompetensförsörjningen. Denna fråga ligger dock inte inom Tillgänglighetsutredningens egentliga mandat, men indirekt berör flera av förslagen arbetsmiljön för vårdpersonalen och därmed regionernas möjlighet att rekrytera och behålla medarbetare. Kompetensförsörjningsfrågan är idag, enligt vår bedömning, den enskilt viktigast frågan när problemet med tillgängligheten i sjukvården diskuteras.

Särskilt tydligt exemplifieras kompetensförsörjningens betydelse för tillgängligheten av de standardiserade vårdförloppen (SVF). Här har RCC nationellt tagit fram kriterier för vilka symtom ("Välgrundad misstanke") som skall föranleda utredning för misstanke om cancer, hur dessa utredningar bör göras och inom vilka tidsintervall de ska ske. Idag finns SVF infört i samtliga regioner för 32 olika cancerdiagnoser och täcker därmed de allra flesta cancerformerna. Staten har genom de årliga canceröverenskommelserna givit betydande ekonomiskt stöd till regionerna för införandet av SVF. I dessa överenskommelser sattes tidigt målen att 70 % av patienter som startar behandling för cancer ska ha utretts inom SVF (inklusionsmålet) och 80 % av dessa ska ha genomgått utredningen inom den tid som föreskrivs (ledtidsmålet). Färska statistik för första halvåret 2022 visar att inklusionsmålet på 70 % nås av samtliga regioner utom en, och nationellt sett utreddes 80 % av cancerpatienter inom SVF. Däremot når ingen av regionerna leddtidsmålet, utan jämfört med 2021 har antalet patienter med cancer som genomgår SVF inom föreskriven tid minskat från 47 % till 42 % första halvåret 2022.

Trots en väletablerad struktur med SVF ligger man alltså långt från att uppnå de föreskrivna ledtiderna och utveckling går totalt sett åt fel håll. Av de dialoger som vi inom RCC har med sjukvårdspersonal och de årliga redovisningar som regionerna lämnar framgår det tydligt att bristen på nyckelkompetenser som operations-, narkos-, röntgen- och strålbehandlingssjuksköterskor, patologer, urologer och andra läkarspecialiteter är den viktigaste förklaringen till de långa väntetiderna.

Långsiktigt samarbete med staten och regionerna om tillgängligheten (kap 8.2)

Ett av det viktigaste förslagen i utredningen gäller långsiktigheten i samarbetet mellan staten och regionerna. Även om det ligger utanför vårt kompetensområde att analysera de enskilda regionernas ekonomi och utvecklingsplaner, ter det sig ur vårt perspektiv otänkbart att regionerna kan skapa tillräckliga resurser för att lösa tillgänglighetsproblematiken enbart genom rationaliseringar och strukturförändringar, utan staten behöver även fortsättningsvis bidra med ekonomiskt stöd till regionerna riktat mot tillgängligheten.

Här vill vi särskilt betona långsiktigheten. Ett av problem med ettåriga stimulansmedel för t.ex. SVF är att regionerna inte vågar anställa fast personal, eftersom man inte vet om finansieringen finns kvar nästa år. Överenskommelser som löper över flera år, även över mandatperioder, skulle skapa trygghet för regionerna att tillsvidareanställa nyckelkompetenser i större utsträckning.

De i utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, föreslagna åtgärderna rörande regionala handlingsplaner för tillgängligheten och uppföljning av dessa i dialog mellan företrädare för resp. region och regeringen i samband med platsbesök ser vi som viktiga. Det är dock viktigt att underlaget för dessa dialoger innehåller tillförlitliga data och att detaljnivån på föreslagna åtgärder är sådan att effekten av tillförda medel kan värderas.

Väntetidsdatabasen ("Signedatabasen") (kap 7.9.1)

I utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* föreslogs en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet. Socialstyrelsen har därefter fått i uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Från RCC i samverkan ser vi detta som ett högprioriterat arbete eftersom även SVF-data lagras i denna databas. De problem som finns kring väntetidsdatabasens kvalitet, bland annat personnummer inte kan registreras, gör det svårt att validera data och skapar osäkert kring datakvaliteten. Vi får inte sällan kommentarer från företrädare från regionerna att det finns betydande skillnader mellan det man ser i sina egna system och det som visas i utdatapresentationer från väntetidsdatabasen. RCC i samverkan har en längre tid drivit frågan om personnummer i väntetidsdatabasen utan framgång. Eftersom väntetidsdatabasen är grunden för att följa upp statens satsning på SVF och ersättningen till regionerna från och med i år är kopplad till uppfyllelsen av inklusionsmålet, är det av största vikt att SVF-data håller hög kvalitet och är möjliga att validera på individnivå. Personnummer i väntetidsdatabasen är en förutsättning för detta.

Fast vårdkontakt – kontaktsjuksköterska

På flera ställen i utredningen återkommer begreppet *fast vårdkontakt*. Från vår sida vill vi gärna lyfta fram vikten av fast vårdkontakt i ljuset av kontaktsjuksköterskefunktionen som den har utvecklats inom cancervården och dess betydelse även för tillgängligheten. Att ha en namngiven kontaktsjuksköterska som håller samman både praktisk och medicinsk information, och dessutom har en hög tillgänglighet skapar trygghet för patienten. Cancervården är ett av sjukvårdens mest multidisciplinära områden, och risken är stor att ledtiderna mellan olika åtgärder under utredning och behandling kan bli långa, och patienten kan få känslan av att falla mellan stolarna. Kontaktsjuksköterskan är då den som håller samman alla olika insatser och kan svara på patientens frågor som uppkommer under vägen. När vårdansvaret övergår till en annan enhet säkras kontinuiteten genom *aktiv överlämning* till en kontaktsjuksköterska på mottagande enhet. Förutom att skapa kontinuitet och trygghet för patienten bidrar kontaktsjuksköterskan även till att korta ledtider genom personliga kontakter med olika instanser som är involverade. Kontaktsjuksköterskefunktion är värd att utveckla och sprida till andra delar av sjukvården.

Minskad administration – administrativt stöd till vårdpersonal

På flera ställen i utredning återkommer man till behov av att minska den administrativa bördan för vårdpersonal. Detta kan ske genom att viss administration helt slopas eller genom att administrativ personal tar över arbetsuppgifter från sjuksköterskor och läkare. Vi ser denna utveckling som helt nödvändig för att förbättra arbetsmiljön och öka möjligheterna att rekrytera personal till patientnära arbete. Inom cancervården har vi sett goda exempel på hur koordinatörer har avlastat kontaktsjuksköterskor administrativa uppgifter, som därmed fått mer tid till patientkontakt. Inom detta område finns med stor säkerhet mer att göra, och en kartläggning bör göras av vilka av vårdpersonalens administrativa uppgifter som kan tas över av annan personal.

Vi ser även vikten av att vårdpersonalens intygsskrivande ses över och stöder helt utredningens förslag om att ge lämplig myndighet får i uppdrag att se över denna fråga och komma med förslag till förbättringar

Slutligen konstateras att mycket av remiss- och journalhantering mellan vårdgivare både inom (ex privata vårdgivare) men framför allt mellan regioner sker via fax. Införandet av en nationell digital tjänst som även tillåter bilagor i form av journalhandlingar, bilder etc, vore av stort värde både ur ett säkerhetsperspektiv och för att avlasta vården. Se även kommentar till stycke 5.5.1 nedan.

Direktöverföring av data från journalsystem till kvalitetsregister

Värdet av kvalitetsregistren för att följa upp vårdens kvalitet lyfts fram på flera ställen i utredningen. Däremot tas inte frågan om tidsåtgången för inmatningen av data i registren upp, trots att detta är ett tidskrävande arbete för främst läkare och sjuksköterskor. Om datainhämtningen från journalsystemen till kvalitetsregistren kunde ske automatiskt skulle mycket tid kunna frigöras för patientarbete men också förbättringsprojekt för att utveckla vården. Trots att den fråga varit aktuell i mer än ett decennium har inte mycket hänt på detta område. Vissa regioner, t.ex. Region Skåne, har en egen fungerande integrationslösning för

överföring till ca femton kvalitetsregister och en nationell lösning för Mammografiregistret håller på att införas i flera regioner, men i stort har det gått mycket långsamt med fungerande lösningar för överföring av data till kvalitetsregister.

Här skulle en samordnad statlig satsning på stöd för anpassning av journalsystem och kvalitetsregister till gemensam standard för termer och begrepp, och fortsatt utveckling av nationella tjänstekontrakt för direktöverföring och stöd till regionerna för anslutning till dessa vara av stort värde. Detta skulle frigöra tid för vårdpersonal och förbättra arbetsmiljön.

Informationskravet ska utökas och tillgången till samlad och digital information ska stärkas (5.5.1)

Det är glädjande att utredningen kräver en utökad och mer samlad information till patienterna. Däremot när det gäller att få en nationellt digital lösning för sammanhållen information på plats ser vi med viss oro på frånvaro av konkreta nationsövergripande resultat när det gäller tidigare projekt såsom elektronisk remiss eller digital patologi. Arbetet med nationella digitala lösningar försvåras förvisso av olika vårdinformationssystem men att Inera poängterar att det ”måste ställas krav på att regionerna kommer att delta i arbetet och genomförandet” tyder på att det finns andra hämskor än de rent tekniska. Att sjukvården idag fortfarande använder fax som en grundpelare för informationsöverföring mellan vårdgivare är ett bevis på detta.

Bestämmelsen om att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas (4.4.13)

Utredningen föreslår att regionen ska ordna besök eller behandling inom rätt tid hos annan vårdgivare när det står klart att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas. En liknade konstruktion för standardiserade vårdförlopp (SVF) skulle förmodligen leda till att en ökad andel cancerpatienter får sin behandling inom ledtidsmålet. Vi noterar att utredningen övervägt huruvida SVF skulle kunna regleras inom ramen för en differentierad vårdgaranti men anger här goda skäl till att avstå.

Med vänlig hälsning

Helena Brändström, tf ordförande i RCC i samverkan och tf nationell cancersamordnare

Johan Ahlgren, verksamhetschef RCC Mellansverige

Anna-Lena Sunesson, verksamhetschef RCC Norr

Lena Sharp, verksamhetschef RCC Stockholm Gotland

Maria Rejmyr Davis, verksamhetschef RCC Syd

Srinivas Uppugunduri, verksamhetschef RCC Sydöst

Thomas Björk-Eriksson, verksamhetschef RCC Väst