

Bilaga 5 till Ansökan om statsbidrag 2012 för RCC Syd

Uppföljning av kvalitetsmål i Region Skåne samt redovisning av motsvarande indikatorer för övriga sjukhus i södra sjukvårdsregionen

Kvalitetsmål 2011 för bröstcancer, kolorektal cancer samt prostatacancer har definierats i uppdragen till sjukhusförvaltningarna i Region Skåne. Flertalet av nedanstående kvalitetsmål gäller 2012 i hela södra sjukvårdsregionen, inkl kvalitetsmålen för lungcancer. Dessa mål anges i kursiv text i nedanstående redovisning. Uppföljningen bygger på uttag 2012-03-01 ur de nationella kvalitetsregistren. Motsvarande uppföljning redovisas även i tillämpliga fall för övriga aktuella sjukhus i södra sjukvårdsregionen.¹

För utvecklingen av cancervården i den södra sjukvårdsregionen har Regionalt cancercentrum syd ett särskilt uppdrag. RCC Syd har under 2011 etablerat stödjande, samordnande och uppföljande funktioner inom flera områden vilka redovisas i Årsredovisning 2011 från RCC Syd, www.rccsyd.se

Inom ramen för utvecklingsarbetet av patientprocesser inom RCC Syd har lokala ledningsteam för fem patientprocesser etablerats vid sjukhusen. Etableringstakten har varierat. Vid Centralsjukhuset Kristianstad har fyra patientprocessteam deltagit i ett Utvecklingsprogram, lett av Utvecklingscentrum, Region Skåne. Erfarenheterna av detta har varit goda och dessa team kan visa flera exempel på förbättringar såsom kortare väntetider och införande av kontaktsjuksköterska. Ett nytt utvecklingsprogram planeras under 2012. RCC Syds arbete med utvecklingen av patientprocesser utvidgas successivt till att omfatta allt fler diagnosgrupper. I Region Halland har ett motsvarande utvecklingsprogram startat 2011.

Redovisningen av kvalitetsmål inom cancervården kan sammanfattas:

- Anslutningen till kvalitetsregister är hög
- Väntetiderna har i många fall förkortats men når trots detta endast undantagsvis uppsatta mål
- Fler patienter blir bedömda vid multidisciplinära konferenser
- Flera kvalitetsmål avseende diagnostik och behandling uppfylls

• **Kvalitetsmål för bröstcancervård.**

Alla bröstmottagningar ska tillämpa samma principer för patientmottagande inklusive remitteringsrutiner och möjlighet till direktkontakt för patienter med symptom eller oro för bröstsjukdom. (Detta mål gäller endast Region Skåne)

Målet ej uppfyllt. Måluppfyllelse mäts indirekt som andelen icke screeningupptäckta bröstcancerpatienter som har en bröstcancerdiagnos innan remissen anländer till bröstmottagningen. I tabellen nedan redovisas denna andel 2010 och 2011 för de skånska bröstmottagningarna. Detta mål redovisas endast för Region Skåne.

Andel patienter med bröstcancerdiagnos vid ankomst till bröstmottagning

Bröstmottagning	2011	2010
Centralsjukhuset Kristianstad	11 %	11 %
Helsingborgs Lasarett	3 %	13 %
Skånes Universitetssjukhus, Lund	34 %	48 %
Skånes Universitetssjukhus, Malmö	66 %	17 %

¹ Förkortningar som används i vissa diagram: CSK=Centralsjukhuset i Kristianstad, Hbg=Helsingborgs lasarett, SUS Skånes universitetssjukhus

Av tabellen framgår att en stor andel patienter vid bröstmottagningarna i Lund och Malmö har bröstcancerdiagnos, redan vid ankomsten till bröstmottagningen. Utredning och diagnosställande har då skett utanför bröstmottagningen, vanligen i primärvård eller privat specialistvård. Tidigare utredning har visat att detta förfaringssätt leder till en totalt längre tid från första kontakt med sjukvården till start av behandling. För dessa patienter innebär detta att den registrerade utredningstiden vid sjukhusen inte omfattas i beräkningen av de målsatta tiderna ”från remissankomst till diagnosbesked” (denna tid blir 0 dagar för färdigutredda patienter) och ”den sammanlagda tiden från remissankomst till besked om fortsatt behandling efter operation”. Dessa tidsmätt kan därför inte jämföras på lika villkor mellan de fyra sjukhusen. För att få fram jämförbara siffror och samtidigt studera effekten av patientens olika vägar in i bröstcancerprocessen kommer detta att speciellt studeras i det valideringsprojekt av kvalitetsregistret som har startats.

Målsättningen är inte att alla patienter ska utredas på bröstmottagningarna men antalet färdigutredda innan ankomst bör vara högst 10 % för att samma principer för patientmottagande ska anses råda. Utvecklingen mellan 2010 och 2011 går åt rätt håll med undantag för Malmö.

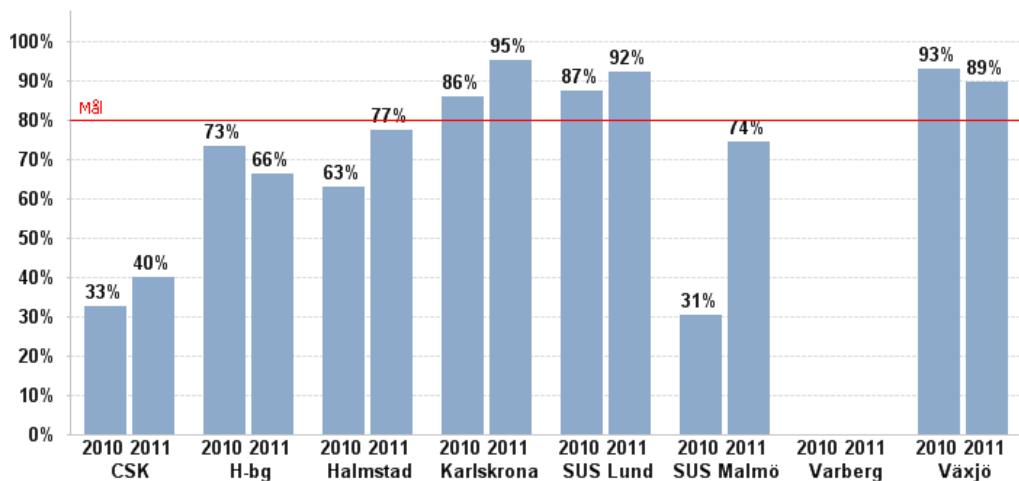
Täckningsgraden i det nationella kvalitetsregistret för bröstcancer ska vara 100 % och registrering i registret ska ske utan onödigt dröjsmål.

Täckningsgraden kontrolleras mot cancerregistret varför resultatredovisningen avser år 2010.

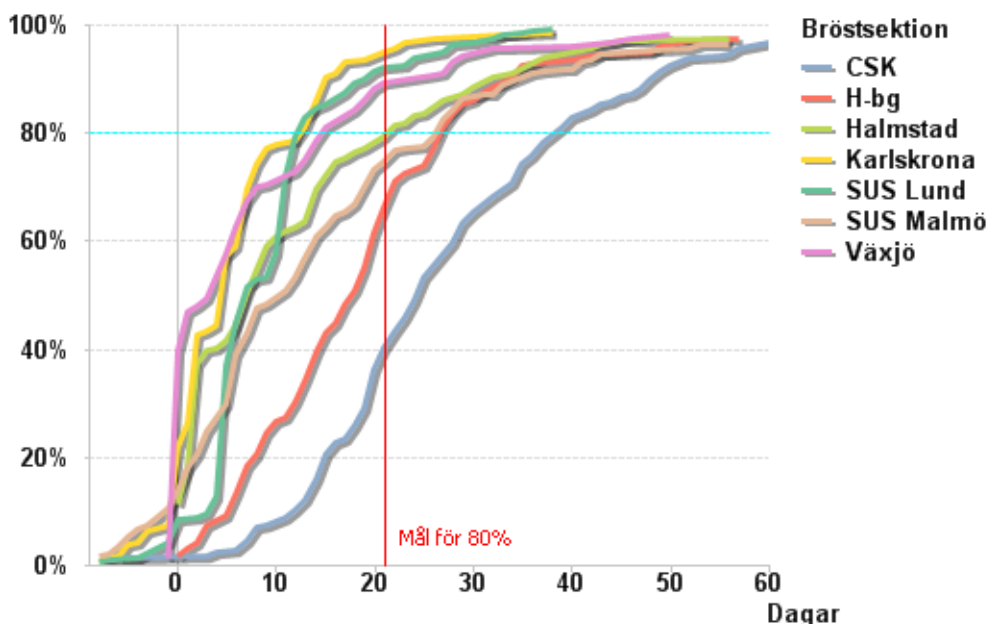
Målen för såväl täckningsgrad (99,7 % för hela regionen totalt) som tid för inrapportering är uppfyllda.

Tid från remissankomst till bröstmottagning eller bröstradiologisk undersökning till besked om diagnos: högst 21 dagar för 80 % av patienterna.

Andel med tid remissankomst till diagnosinfo <22 dagar



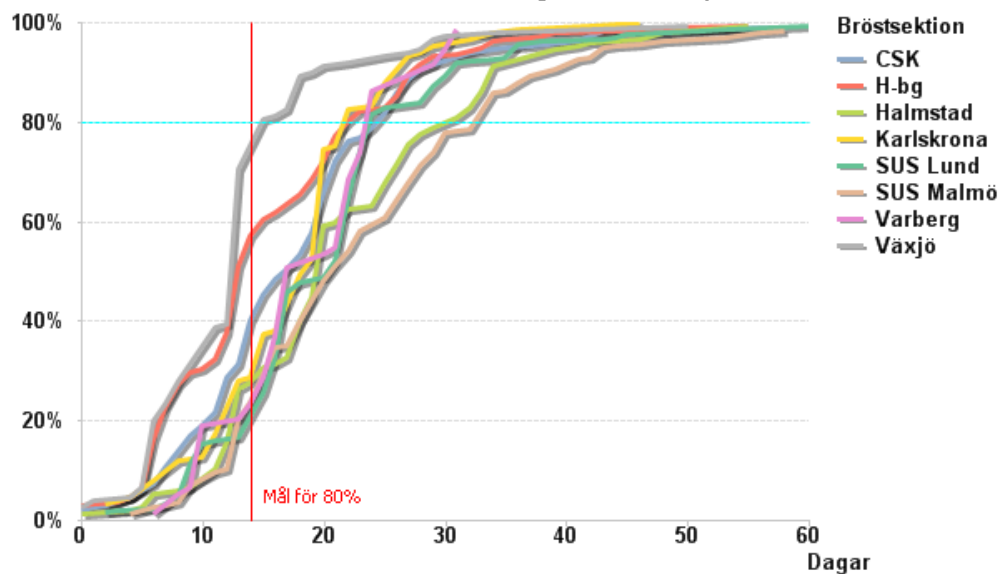
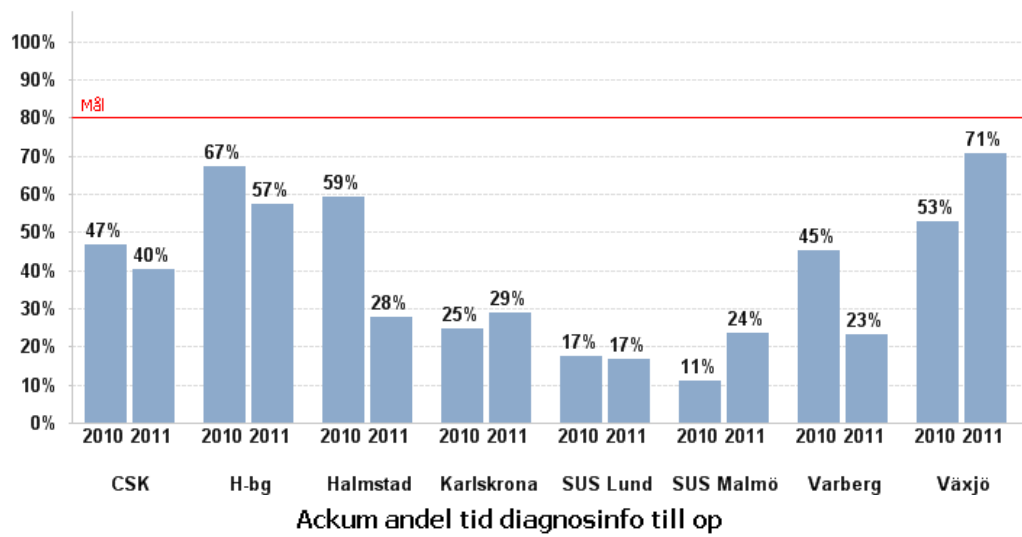
Akkumulativ andel tid remissankomst till diagnosinfo



Att information från Varberg saknas beror på att variabeln *remissankomst* endast finns i den södra regionen som ett regionalt tillägg.

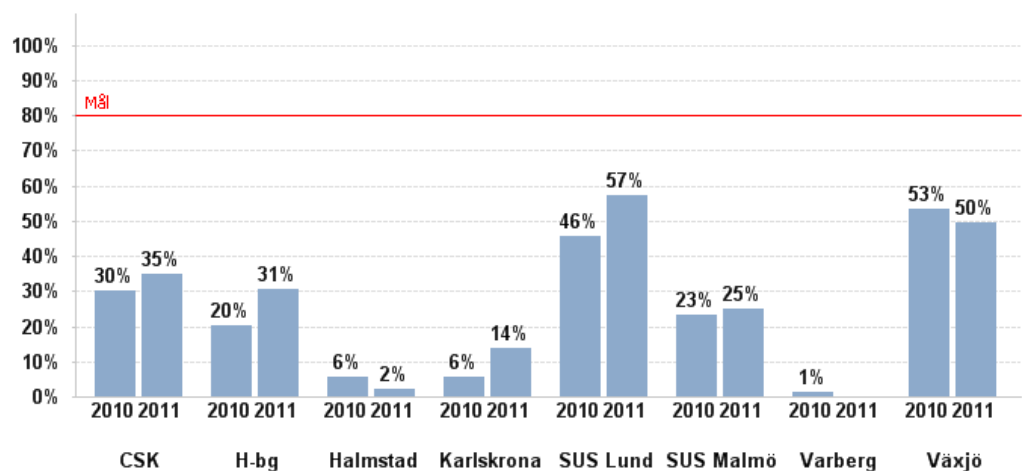
Tid från diagnosbesked till operation: högst 14 dagar för 80 % av patienterna.

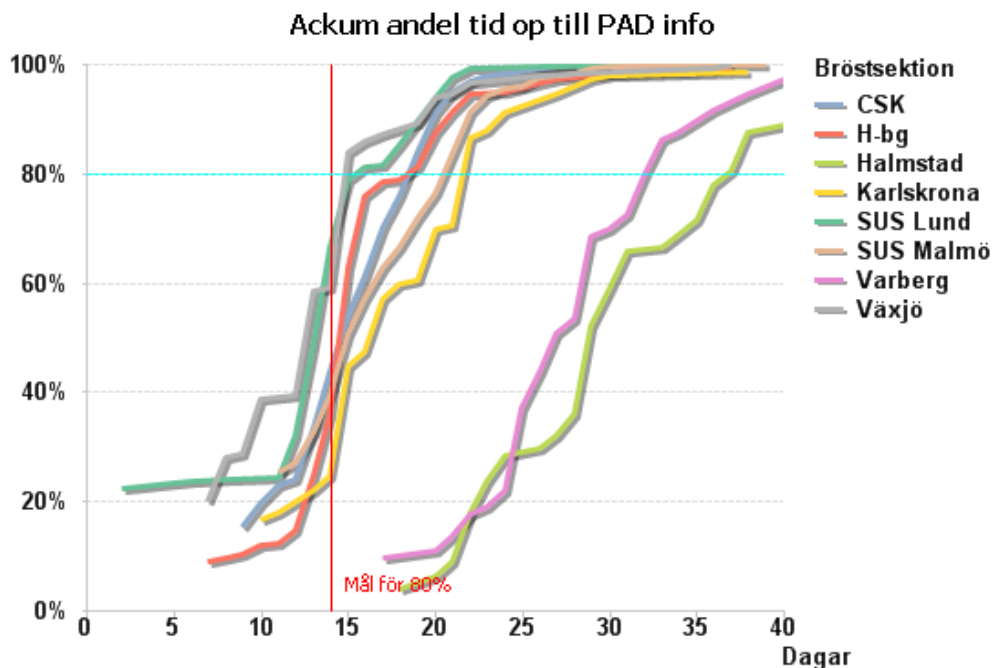
Andel med tid diagnosinfo till operation < 15 dagar



Tid från operation till besked om fortsatt behandling: högst 14 dagar för 80 % av patienterna.

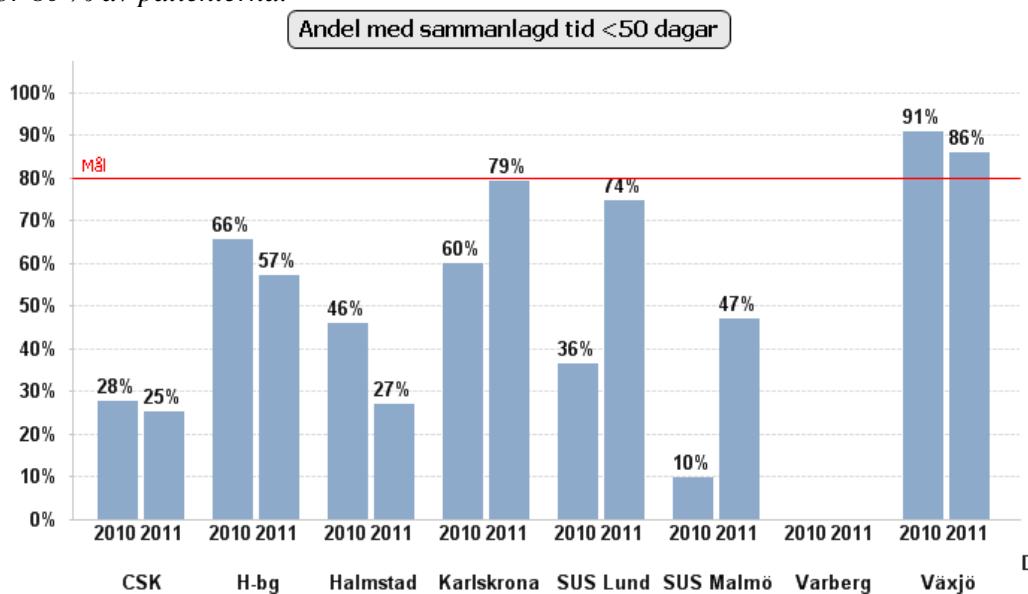
Andel med tid operation till PADinfo < 15 dagar

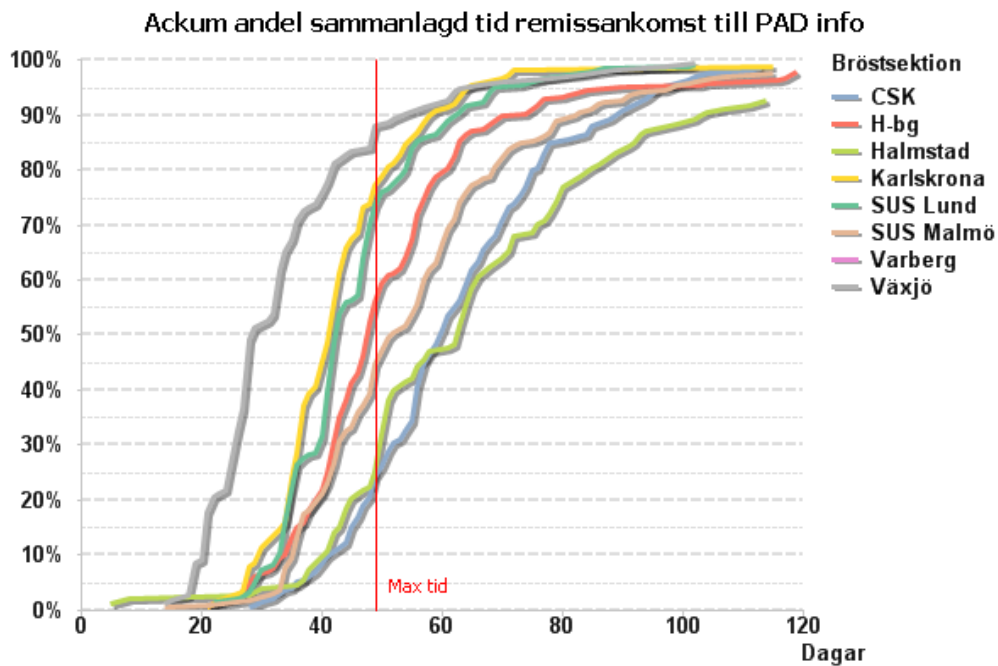




Den mest avgörande faktorn för detta tidsmått är svarstider från den patologiska undersökningen men tiden är också beroende av samordningen mellan patologiavdelningen och bröstheten.

Sammanlagd tid från remissankomst till besked om fortsatt behandling efter operation: högst 49 dagar för 80 % av patienterna.





Tid från besked om fortsatt behandling till start av kemoterapi: högst 28 dagar för 80 % av patienterna.

Tid från besked om fortsatt behandling till start av radioterapi: högst 42 dagar för 80 % av patienterna.

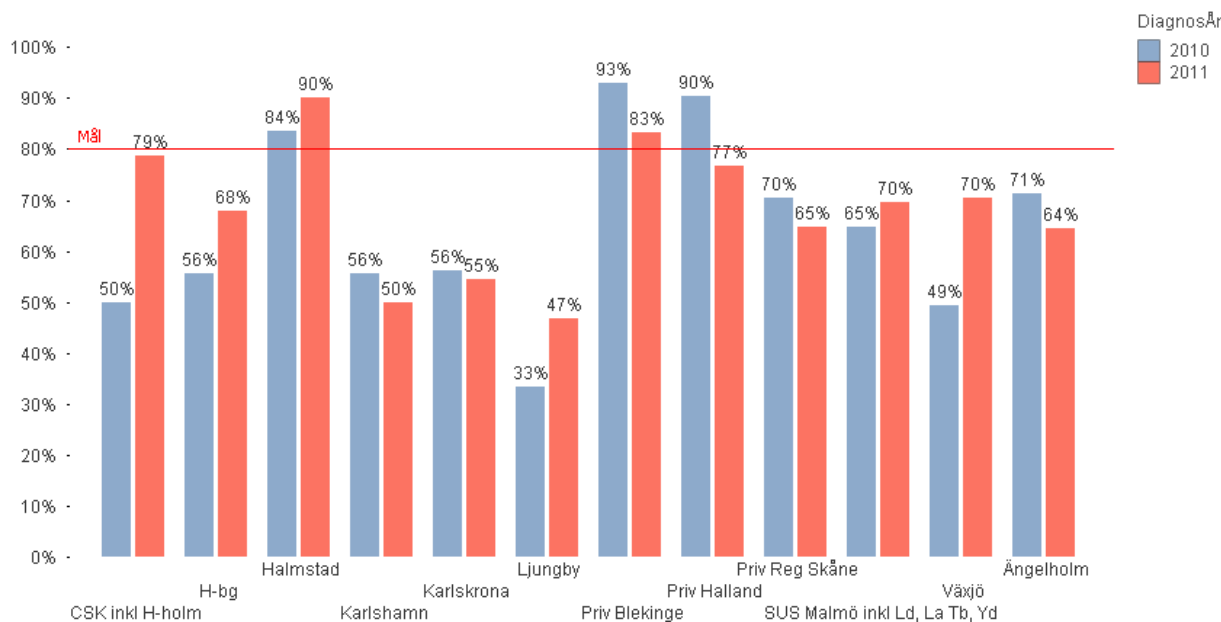
Systemet för att registrera den onkologiska postoperativa behandlingen startade 2009 men ännu har inte rutinen för detta etablerats vid samtliga onkologiska mottagningar, täckningsgraden för denna registrering är endast ca 35 %. Med anledning av detta resultat har informations- och motivationshöjande åtgärder inletts från RCC Syd/Tumörregistret.

- Kvalitetsmål för prostatacancervård.**

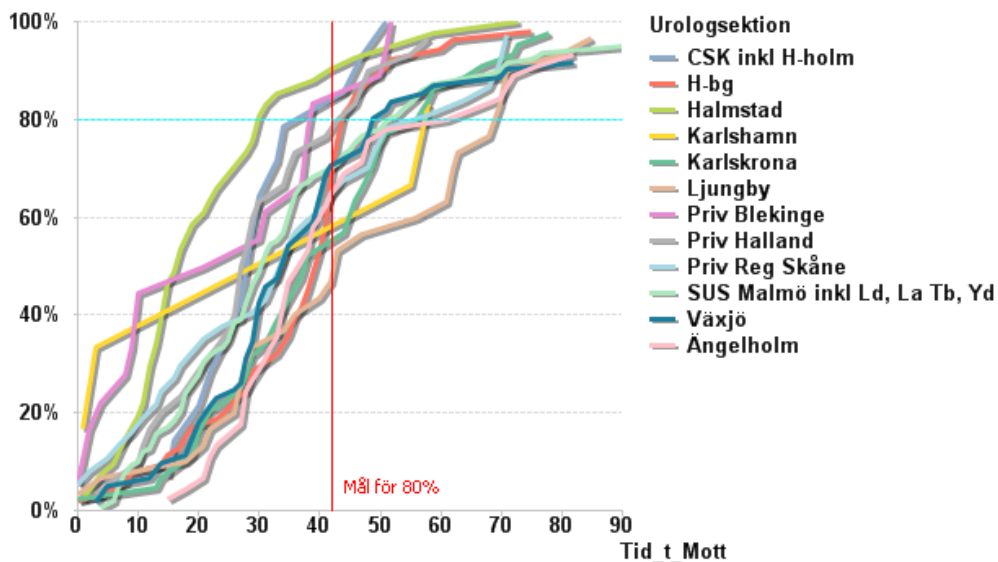
Täckningsgraden kontrolleras mot cancerregistret varför resultatredovisningen avser 2010. Målet är inte fullt uppnått, genomsnittlig täckningsgrad för samtliga sjukhus i södra sjukvårdsregionen är 88 %, med variation mellan 61 % - 100 %. Trolig orsak till låg täckningsgrad är bemanningsproblem inom urologin vid vissa sjukhus.

Tid från utfärdande av remiss till besök vid urologmottagning: högst 6 v. för minst 80 % av patienterna. (I denna tid ingår de 4 veckor som krävs mellan 2 PSA-prov innan ytterligare utredning inleds)

Andel tid till mott inom 6 veckor

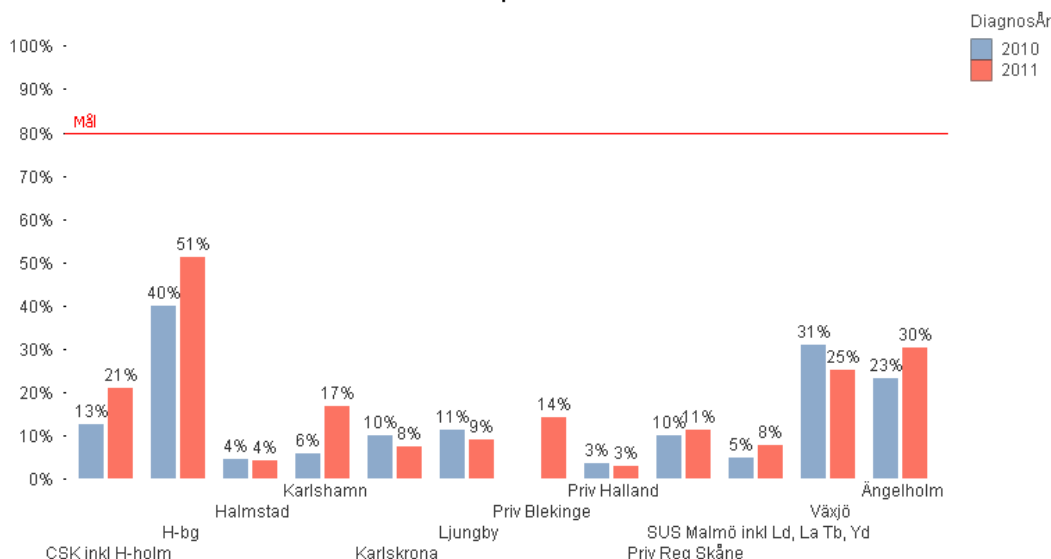


Ackum andel tid remissutfärdande till mottagningsbesök



Tid från biopsitagning till information om resultatet: högst 2 v för 80 % av patienterna.

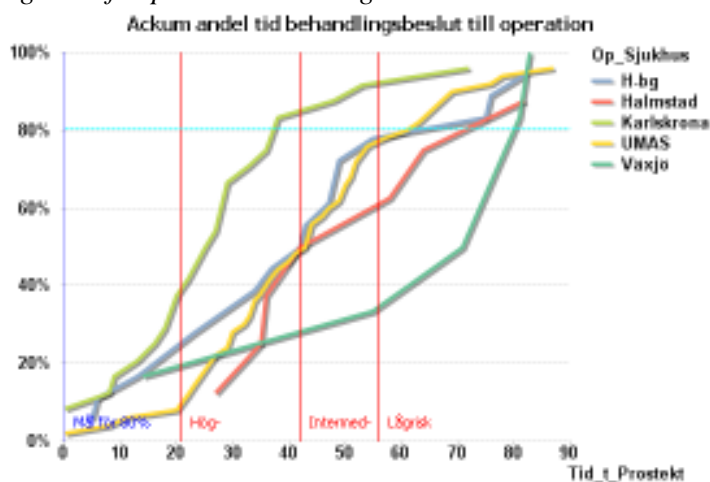
Andel tid till biopsisvar inom 2 veckor



En förklaring till att målet ej uppnås anges vara att många patienter själva väljer att vänta för att få möjlighet att träffa samma läkare, en annan orsak är långa svarstider från patologavdelningarna.

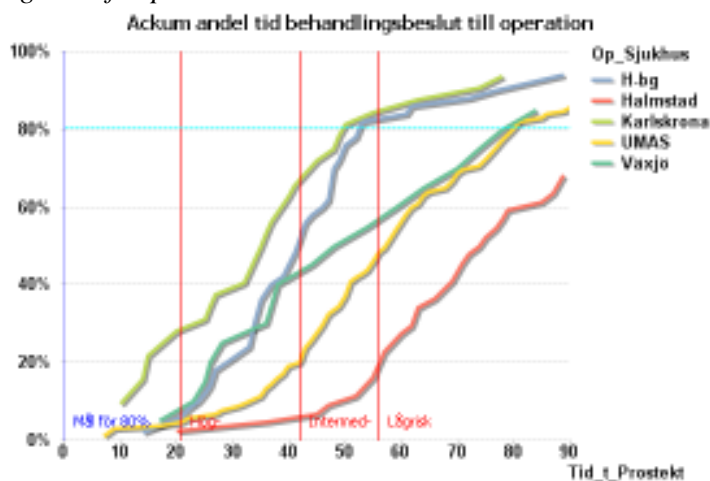
Tid från beslut om kurativt syftande behandling till behandlingsstart ska för de i vårdprogrammet definierade tre riskgrupperna ska uppnås för minst 80 % av patienterna:

högst 3 v för patienter med högrisktumör

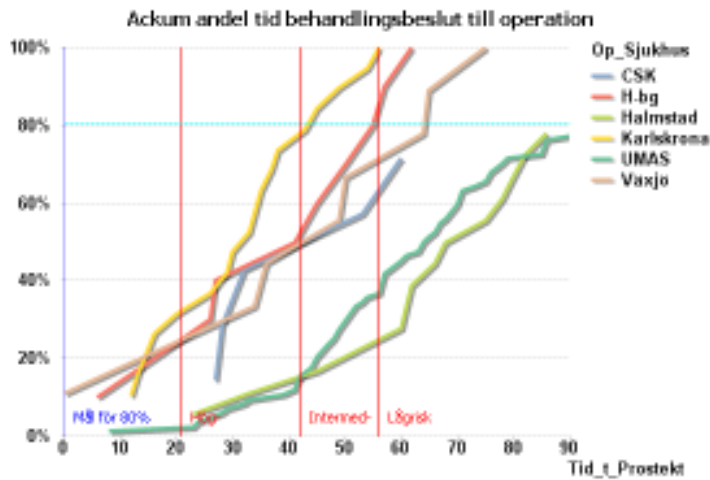


Antalet patienter är lågt.

högst 6 v för patienter med intermediär-risktumör



högst 8 v för patienter med lågrisktumör



De angivna procenttalen baseras på patienter med diagnosdatum 2010 – 2011. Bristen på måluppfyllelse förklaras vanligen av bristande operationskapacitet för dessa patienter.

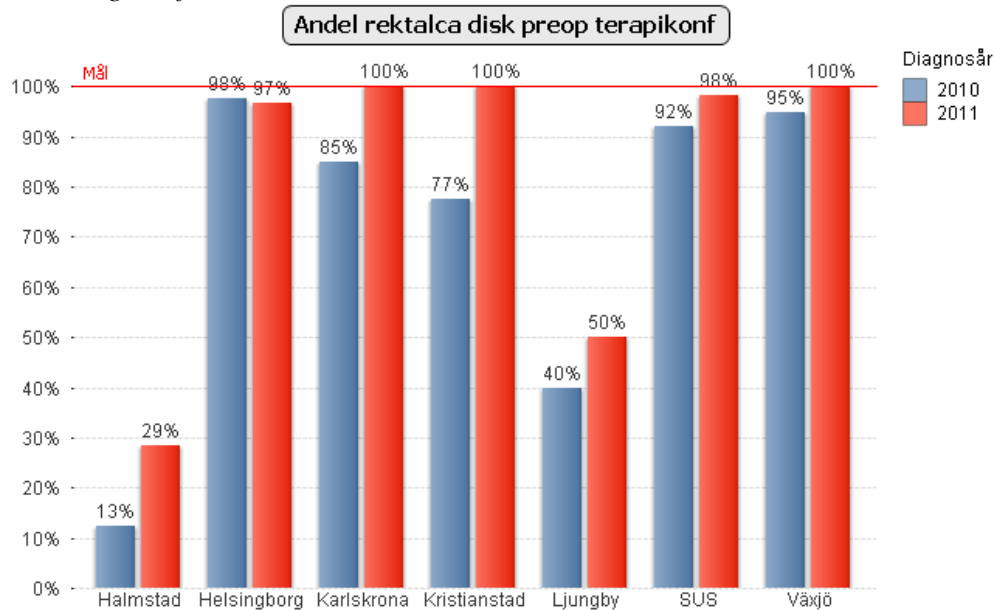
Kvalitetsmål för kolorektal cancervård.

Täckningsgraden i det nationella kvalitetsregistret för tjocktarmscancer och ändtarmscancer ska vara 100 % och registrering i registret ska ske utan onödigt dröjsmål.

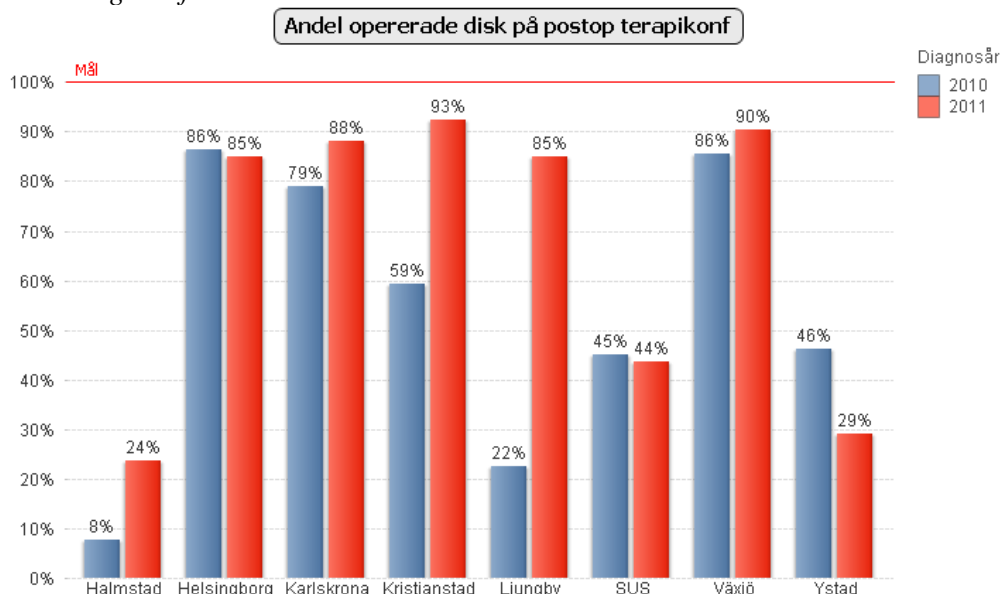
Täckningsgraden kontrolleras mot cancerregistret varför resultatredovisningen avser 2010.

Målet avseende täckningsgrad uppfylls, täckningsgraden totalt för regionen är 100 %.

Alla patienter med ändtarmscancer ska före behandling bedömas vid multidisciplinär behandlingskonferens.

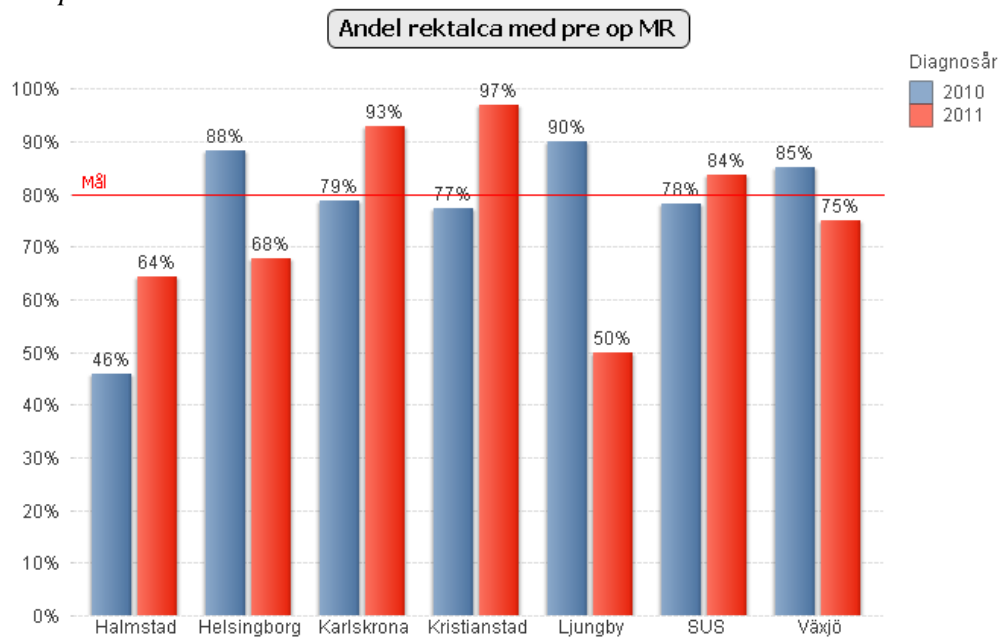


Alla patienter med tjock- eller ändtarmscancer ska efter operation bedömas vid multidisciplinär behandlingskonferens

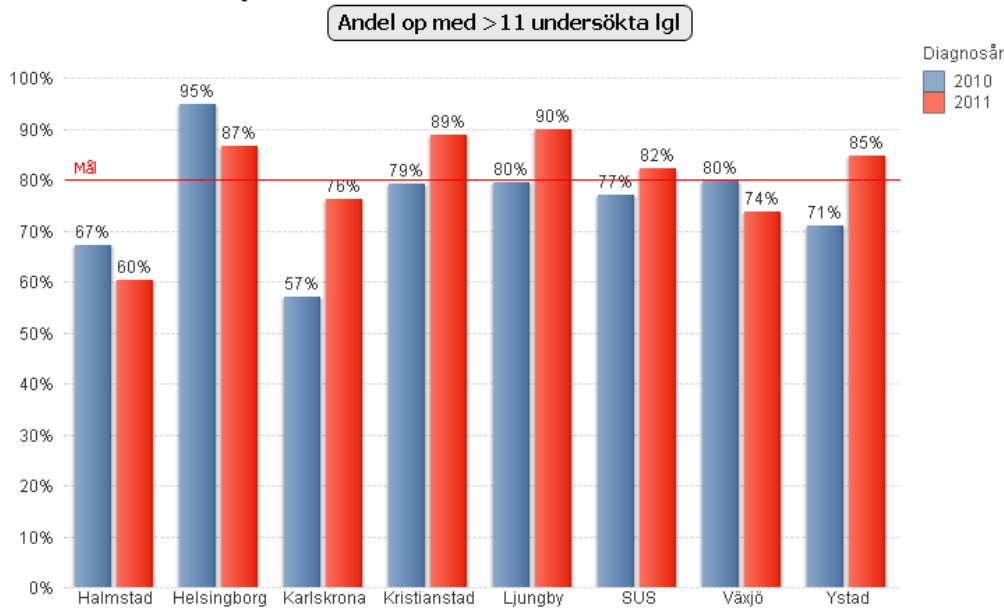


Orsaken till skillnaderna är främst en varierande syn på ändamålsenligheten i detta mål. Målet finns med i de nationella riktlinjerna för tjock- och ändtarmscancer och har således sitt ursprung i professionen. Den påvisade skillnaden mellan sjukhusen är anmärkningsvärd.

För minst 80 % av patienter med ändtarmscancer ska MR-undersökning av lilla bäckenet vara utförd före operation



För minst 80 % av opererade patienter ska minst 12 lymfkörtlar ur operationspreparatet vara undersökta mikroskopiskt.



Kvalitetsmått för lungcancer

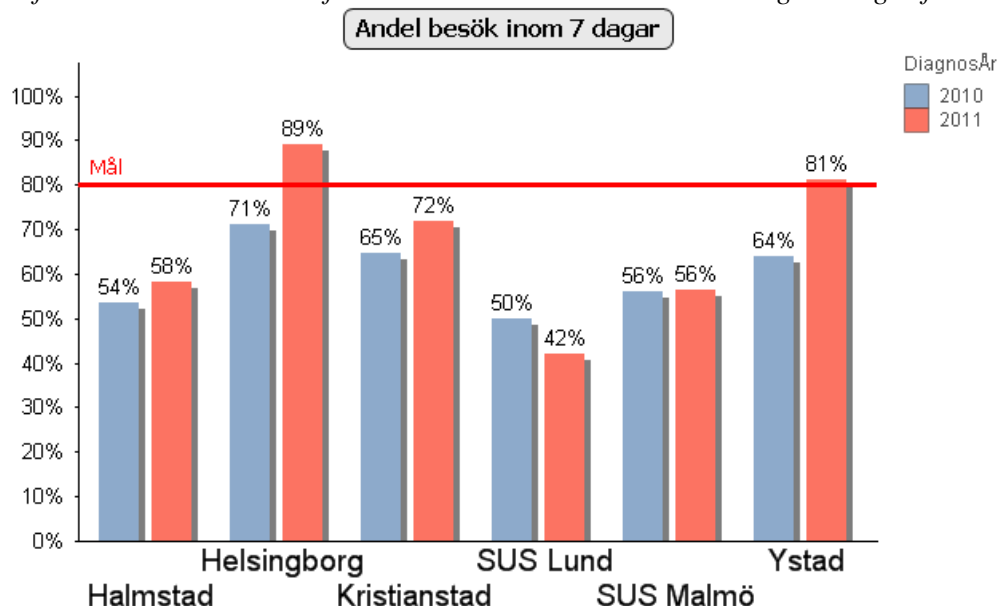
Lungcancervården ska bedrivas i enlighet med Region Skånes patientprocess. **Mål:** Delmålen i uppdragen ska uppfyllas T1, ÅR

Täckningsgraden i det nationella kvalitetsregistret för lungcancer ska vara 100 % och registrering i registret ska ske utan onödigt dröjsmål.

Täckningsgraden kontrolleras mot cancerregistret varför resultatredovisningen avser 2010.

Täckningsgraden för hela regionen totalt är 91,5 % med en variation mellan sjukhusen på 36 % – 100 %. Åtgärder har vidtagits för att höja täckningsgraden till 100 % för samtliga sjukhus.

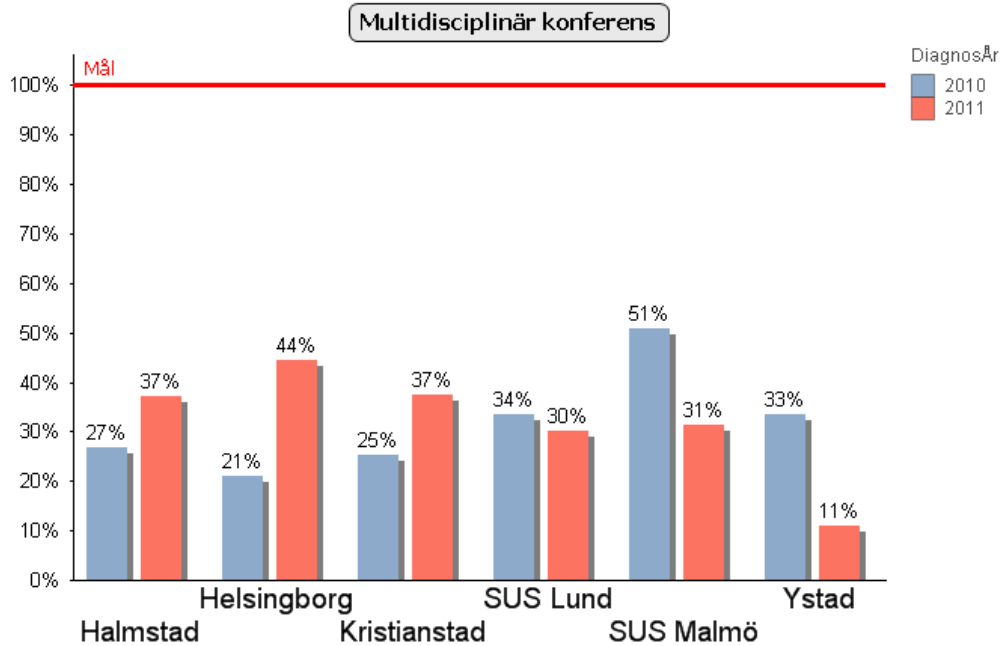
Tid från remissankomst till första besök vid utredande klinik: högst 7 dagar för 80 % av patienterna.



Enheter med färre än 5 registreringar är exkluderade.

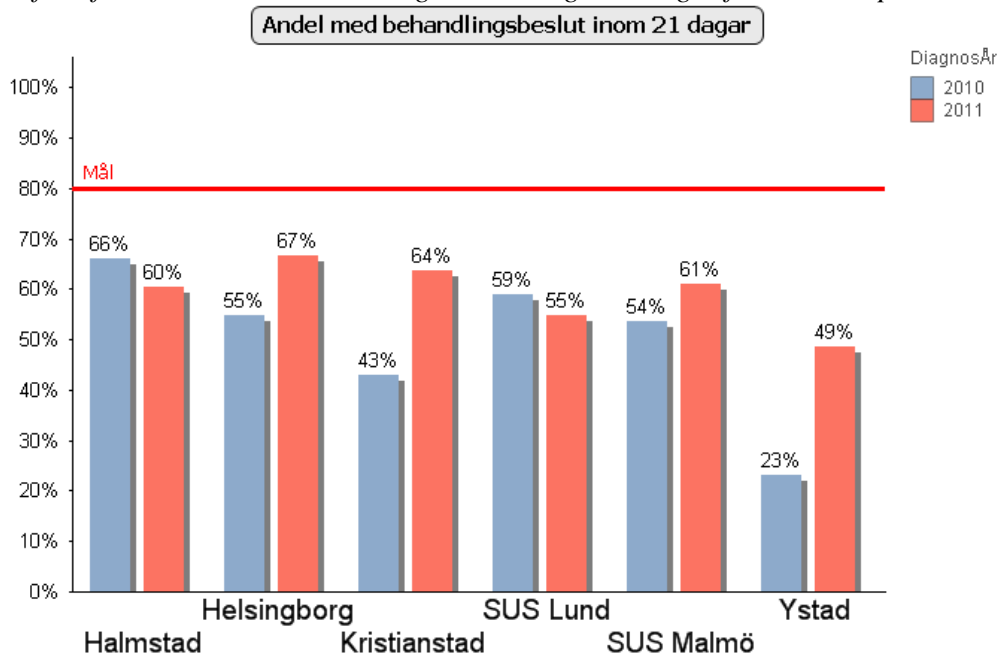
För SUS anges att SUS ej använder detta kvalitetsmål. Kliniken har valt ett arbetssätt som garanterar patienterna en tidig sjuksköterskekontakt och genomförandet av vissa undersökningar innan första läkarbesöket. Detta innebär att sjukhusen inte är direkt jämförbara i detta avseende.

Alla patienter med lungcancer ska före behandling bedömas vid multidisciplinär behandlingskonferens.



Samtliga sjukhus är långt från måluppfyllelse och inför kommande år behövs en tydligare definition och avgränsning av detta mål.

Tid från första besök till behandlingsbeslut: högst 21 dagar för 80 % av patienterna



SUS anger att detta kvalitetsmål ej används vid SUS utan istället används den sammanlagda tiden från remissankomst till patientinformation om behandlingsbeslut. Denna summering av tre ledtider ska vara under 28 dagar, målet uppnås f.n. inte.

Tid från behandlingsbeslut till patientinformation: högst 7 dagar för 100 % av patienterna.

Denna variabel kan f.n. inte inhämtas ur kvalitetsregistret och resultat kan ej redovisas.

Tid från behandlingsbeslut till första behandlingsstart: högst 21 dagar för 80 % av patienterna.

Resultat från 2011 kan ej redovisas pga få registrerade data.