

Omorganisering av vården ger **TOPPRESULTAT I GÄVLEBORG**

Ett ständigt förbättringsarbete har gett resultat. Landstinget Gävleborg har klättrat till en topplacering i nationella jämförelser för behandling av ändtarmscancer. Att se över rutiner och patientflöden, ökad samverkan inom hela landstinget och centralisering av kirurgi till Gävle sjukhus har varit framgångsfaktorer.

Alla finns med på tåget, för att uttrycka det så enkelt som möjligt. Nu har vi utvecklat ett arbetssätt där vi involverar de läkarspecialiteter som krävs för bästa möjliga omhändertagande. Tidigare jobbade vi lite snävare med fokus på onkologer och kirurger, säger Thorbjörn Sakari, överläkare i kirurgi och sektionsledare för kolorektal cancer.

Tillsammans med Skåne hamnade Gävleborg i topp i Svenska kolorektalcancerregistrets nationella jämförelse och Cancerfondens kartläggning.

Ett antal parametrar har vägts ihop till en tabell där Gävleborg redovisar goda resultat för vård och behandling, bland annat när det gäller medianväntetiden för patienten på 47 dagar från remiss till behandlingsstart.

150 NYA PATIENTER PER ÅR

När vi träffar Thorbjörn Sakari på sjukhuset i Gävle är han mån om att framhålla hela teamets arbetsinsats.

-Vi är sju kirurger i Gävle och Hudiksvall som opererar den här patientgruppen och för Gävleborgs del handlar det om drygt 150 nya patienter per år. Men i ett förbättringsperspektiv handlar det om detaljer och åter detaljer, på en massa olika nivåer av processen, fram till behandlingsstart.

Med veckovisa MDT-konferenser som bas har Landstinget Gävleborg tydligare strukturerat vården av patienter med tjock- och ändtarmscancer.

Berörda onkologer, kirurger, patologer, radiologer samt kontaktsjuksköterskor samlas för terapidiskussioner. Läkarkollegor från Hudiksvall och specialister från universitetssjukhus kan också smidigt delta via länk.

-Det är det jag menar med att alla finns med på tåget på ett annat sätt än tidigare. Och det gäller inte bara inom sjukhusets väggar utan vi har medvetet arbetat mer utåtriktat mot primärvården för att skapa ett bra samarbete med familjeläkarna. Det bidrar till ett bättre totalt omhändertagande av våra patienter som har sin doktor på hälsocentralen som första läkarkontakt i processen, säger Thorbjörn Sakari och fortsätter:

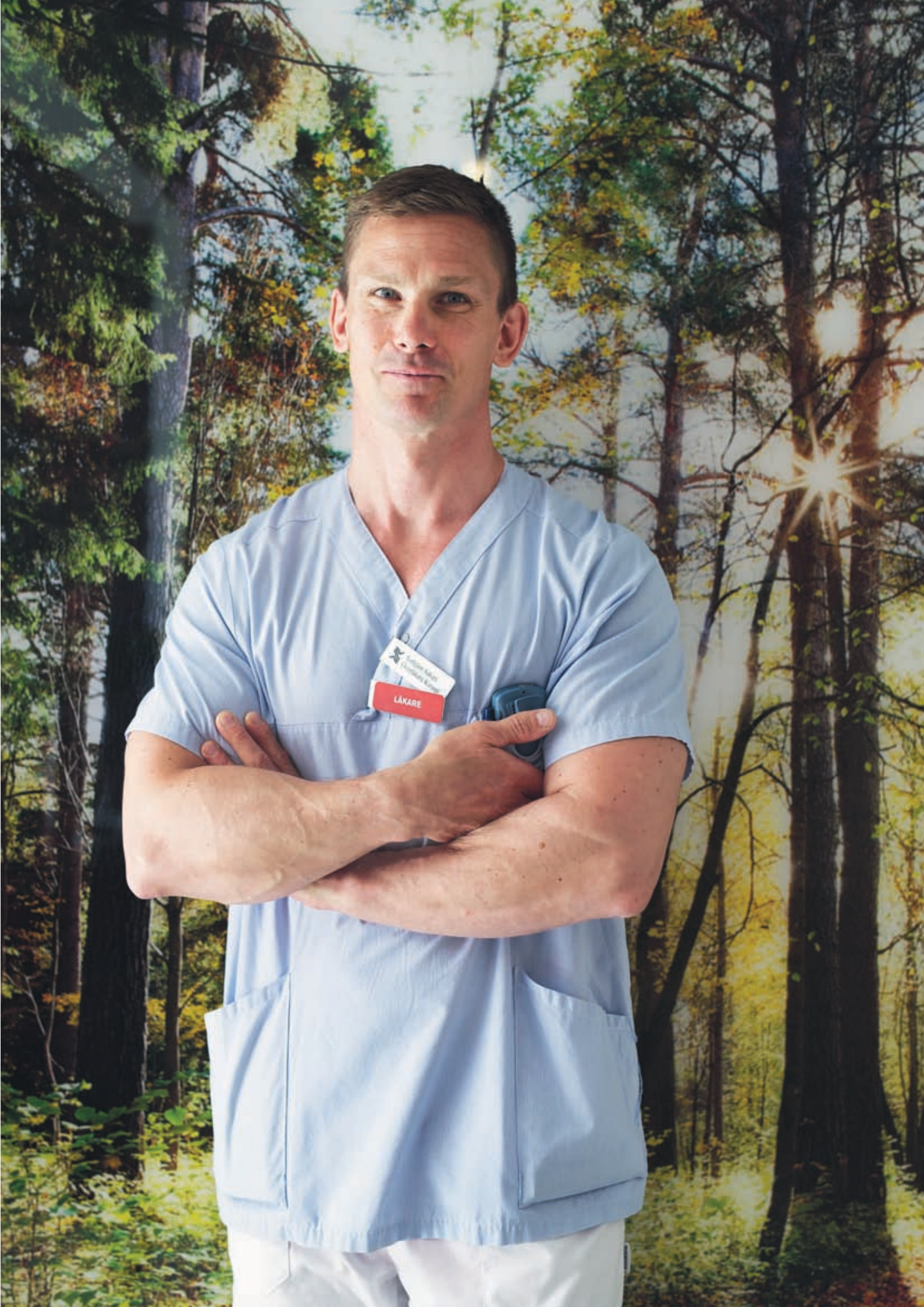
-Vi känner oss mycket nöjda med det här sättet att arbeta. Det bidrar till att kvalitetssäkra hela vårdkedjan. MDT ger oss en komplett genomgång av varje patient och utifrån det kan vi fatta beslut om fortsatt handläggning med tydliga rutiner för om vi själva ska operera eller i enstaka, komplicerade fall remittera patienten till universitetssjukhus, säger Thorbjörn Sakari.

CENTRALISERING TILL TVÅ SJUKHUS

På frågan om när förändringsarbetet inleddes bollar Thorbjörn Sakari över till sin företrädare som sektionsledare, Jörn Holm. Holm har egentligen gått i pension men tjänstgör ändå en hel del som kirurg vid Gävle sjukhus.

-Man kan nog säga att det kom igång naturligt med den nya organisation som följde av att sjukhuset i Sandviken tappade akutsjukvården 1997. Det fick oss att tänka i nya banor och efter det har förändringar skett i många små steg. De första åren låg stort fokus på att korta ledtiderna i vårdkedjan

Kirurgen Thorbjörn Sakari har som sektionschef lett förbättringsarbetet inom Landstinget Gävleborg för behandling av ändtarmscancer.



Dr. [Name]
LÄKARE



Jörn Holm, kirurg och tidigare sektionschef, pekar på organisatoriska förändringar av slutenvården som en faktor bakom det nya arbetssättet med ökad samverkan.

och där tycker jag det är fantastiskt hur långt vi har nått, säger Jörn Holm.

Jämfört med flera andra glesbygdslän har centraliseringen av slutenvården varit ganska påtaglig i Gävleborg. Förutom Sandvikens sjukhus har stora neddragningar skett vid Bollnäs sjukhus, bland annat akutkirurgin 2002. Kvar finns Gävle och Hudiksvall som kompletta sjukhus i ett län med omkring 280 000 invånare, där framför allt den norra delen (Hälsingland) har glesbygdskaraktär. Sedan några år drivs Bollnäs sjukhus på entreprenad av Aleris. Patienter med kolorektal cancer från södra Hälsingland skickas på remiss till Gävle sjukhus.

-För några år sedan gjordes en uppdelning som innebär att all ändtarmscancer i Gävleborg behandlas i Gävle. Det rör sig om ett 50-tal nya diagnoser per år. Hudiksvalls sjukhus ansvarar för ett 40-tal nya patienter med tjocktarmscancer årligen och motsvarande antal för Gävle sjukhus är omkring 70 patienter, berättar Thorbjörn Sakari.

Det handlar om en avvägning mellan närheten till vård och att kunna bygga upp vårdteam med mycket erfarenhet av ett visst ingrepp.

”Det är en svår avvägning mellan närheten till vård och att kunna bygga upp vårdteam med mycket erfarenhet av ett visst ingrepp.”

-För oss känns det som en rimlig uppdelning. Även i Gävleborg har det varit en del diskussion kring detta, men jag upplever att det ändå växt fram en acceptans för den här organisationen, säger Thorbjörn Sakari.

TILL AKADEMISKA ELLER KS

Vissa patienter remitteras till Akademiska i Uppsala eller KS i Stockholm. Det gäller bland annat vid spridd coloncancer med lung- och levermetastaser.



Yvonne Söderlind är en av flera kontaktsjuksköterskor vid sjukhuset i Gävle med uppgift att vara tillgängliga för cancerpatienter.



Yvonne Söderlind är en av flera kontaktsjuksköterskor med uppgift att finnas tillgänglig för patienterna. Med 20 års erfarenhet vid sjukhuset har hon upplevt stora förändringar.

–Allt var mer stöpt i samma form tidigare. Nu övervägs olika behandlingsalternativ professionellt och noggrant. Vi har också resurser att ge ett bra omhändertagande nu. Vi fungerar som kontakt och samtalspartner för patienter som känner oro och har en massa frågor, säger Yvonne Söderlind.

Enligt onkologen Marie Zajicova finns ett samarbetsklimat som utmärker Gävle sjukhus.

–Jag märker det väldigt tydligt när jag ser hur det fungerar vid andra sjukhus. Här finns det inte bara ett bra samarbete mellan onkologer och kirurger, utan det är naturligt med både rutiner och informella kontakter med andra specialistläkare. Det är en väldigt kreativ miljö som stimulerar till att hela tiden bli bättre och jag tror också att det bidrag till att skapa en bra utbildningsmiljö för underläkare, säger Zajicova.

Marie Zajicova, onkolog vid Gävle sjukhus.





Röntgenläkaren Stig Wallgren tycker att den tekniska utvecklingen för terapidiskussioner varit fantastisk och bidragit till ökad samverkan mellan olika läkerspecialiteter.

Vi tar hissen nedåt några våningar i sjukhuset för att titta på det videokonferensrum som är bas för MDT-möten. Det är inte utan stolthet som röntgenläkaren Stig Wallgren visar de tekniska möjligheterna för att tillsammans ta del av undersökningsfynd.

-Magnetkameraröntgen, datortomografi och andra fynd ger en komplett bild av en patients tillstånd. Det känns lite som en revolution att kunna sitta ner med kollegor och komma fram till ett beslut, säger Stig Wallgren.

Rent operationstekniskt har förändringarna inte varit särskilt stora, även om det blivit något vanligare med laparoskopi. Det är istället rutiner och samverkan som lagt grund för framstegen i

”I en jämförelse mellan ändtarms- och tjocktarmskirurgi är ändtarm generellt mer komplicerad. Det finns en utveckling mot att landstingen centraliserar de ingreppen och låter tjocktarmscancer handläggas mer lokalt vid mindre sjukhus. ”

Gävleborg, betonar Thorbjörn Sakari. Han fortsätter:

-Sammantaget gör det att vi känner oss väl förberedda när standardiserade vårdförlopp nu införs inom kolorektal kirurgi.

HOPPAS PÅ ALLMÄN SCREENING

I en framtid hoppas Torbjörn Sakari att Landstinget Gävleborg kan bygga vidare på den screening som erbjuds 60-åringar till ett permanent screeningprogram för tidig upptäckt av kolorektal cancer.



Thorbjörn Sakari lyfter fram personalens engagemang som en viktig förklaring till att Landstinget Gävleborg visar goda resultat inom kolorektal cancer.

Vilka förbättringsområden behöver ni jobba med?

–Egentligen allt. Det måste alltid finnas en ambition att nå ännu längre inom de områden där vi gjort framsteg. En punkt där vi absolut måste bli bättre är väntetiderna för endoskopiska undersökningar som har stor betydelse för diagnostik, säger Thorbjörn Sakari.

Att organisationen av kolorektal cancer är känslig visar både debatten i olika landsting och nationellt. I Västernorrlands läns landsting har exempelvis ett principbeslut om att handlägga tjocktarmscancer vid färre sjukhus ännu inte verkställts efter protester och farhågor vid Sollefteå sjukhus, som är landstingets minsta, för att det kan påverka sjukhuset som helhet negativt.

Specialitets- och patientföreningar driver på nationell nivå uppfattningen att operationerna bör centraliseras. Tarm-, uro- och stomiförbundet, ILCO, hänvisar bland annat till internationell forskning om att ett sjukhus behöver 200 nya fall av kolorektal cancer årligen för att upprätthålla personalens kompetens. De volymerna har endast två svenska sjukhus, enligt ILCO. Ytterligare 13 sjukhus når upp till en nivå på minst 100 operationer.

Även statens särskilda utredare om framtidens högspecialiserade vård har pekat på ett samband mellan volymer och vårdkvalitet. För kolorektal kirurgi hänvisar utredaren till en studie från Västmanland, publicerad 2009. Studien pekar på samband mellan centralisering och ökad överlevnad och minskad risk för reoperationer.

ILCO är kritisk mot att SKL börjar i ”fel ände” och försöker centralisera cancervård vid ovanliga diagnoser, istället för att börja med relativt vanliga diagnoser som tjock- och ändtarmscancer.

TREND ATT CENTRALISERA ÄNDTARMSCANCER

Enligt en kartläggning av Svensk förening för kolorektal kirurgi (SFKRK) sticker inte Sverige ut nämnvärt i ett internationellt perspektiv. Det finns länder med mer decentraliserad handläggning, med Schweiz som det mest extrema exemplet, men också länder där centraliseringen varit tydligare. Där har en starkare statlig styrning av hälso- och sjukvård varit en grundläggande faktor.

SFKRK har också konstaterat att centraliseringen i Sverige fått extra fart genom bildandet av regionala cancercentra.

–Det är egentligen omöjligt att ange någon idealisk nivå för hur långt det är rimligt att centralisera. Vinsterna i vårdkvalitet genom att specialisera måste vägas mot att det blir svårare för mindre sjukhus att rekrytera och klara akutsjukvård när man förlorar kirurgisk kompetens, säger Henrik Thorlacius, ordförande för SFKRK.

I en jämförelse mellan ändtarms- och tjocktarmskirurgi är ändtarm generellt mer komplicerad.

–Det finns en utveckling mot att landstingen centraliserar de ingreppen och låter tjocktarmscancer handläggas mer lokalt vid mindre sjukhus. Det är möjligt att det är rätt väg att gå. Säger Henrik.

TEXT: FREDRIK MÅRTENSSON
FOTO: JEANETTE HÄGGLUND