

Datum
2018-02-13

Diarienummer
RS170909

Socialdepartementet

Handlingsplan för kortare väntetider i cancervården 2018 för Region Halland

1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) *Vad är landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider?*

I stort är alla verksamheter positiva till införandet av SVF.

Primärvården har efterfrågat tydliga strukturer gällande patientens start i respektive cancerprocess, vilket SVF skapat. Detta märks när satsningen är inne på sitt fjärde år och tre nya SVF kommer att införas, vilket uppfattas som relativt okomplicerat av primärvården. De regionala SVF designade för primärvården som finns lättillgängligt på Region Hallands extranät är en god hjälp för att leda och stödja primärvården i vad de ska göra.

Mottagandet i specialistvården är i stor positivt då SVF bidragit till en fokuserad förbättringsvilja av alla berörda verksamheter med ett tydligt fokus på patienten. Ett visst ifrågasättande finns inom några processer då uppfattning är att köer till benigna tillstånd ökat och att vissa undersökningar genomförs med för hög frekvens.

Gällande koordinatorfunktionen så utvecklas funktionen fortsättningsvis inom verksamheterna men får anses som väletablerad idag. Vissa utmaningar gällande samverkan med andra professioner har funnit men börja nu falla på plats. Region Halland har strävat efter att inte öka antal koordinatörer utan istället addera nya SVF

till befintliga koordinatorstjänster. Flera processledare uppger att koordinatorsfunktionen är en förbättring som bidrar till snabbar handläggning av patienten.

Gällande obokade tider fanns initialt farhågor men idag får obokade tider ses som etablerat och välfungerande.

Implementeringen av SVF har genomgått ett flertal faser men en start då fokus låg på nya arbetssätt och rutiner, nytt kodverk och en ny koordinatorsfunktion till att nu ha nått en stabil fas som till stor del handlar om ständiga förbättringar.

b) Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015–2017 lett till förändringar i upplägget inför 2018? I så fall på vilket sätt?

Planeringen av införande av nya SVF 2018 kommer att baseras på tidigare års införande. Fokus är att etablera välfungerande processer via befintliga processledare eller kontaktpersoner i verksamheten. Informationsspridning är ett viktigt uppdrag tillsammans med skapandet av regionala SVF för primärvården. Befintliga koordinatörer kommer att få flera SVF att hantera vilket innebär att kunskap om kodning hos dessa koordinatörer finns.

Då samtliga tre nya SVF startar behandling i annan region är samverkan med företrädare från Skåne och Västra Götaland av stor vikt. Denna samverkan sker inom vårdprocessarbete och cancersamordnare emellan.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är den 31 december 2017 och ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast den 1 februari 2018.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi	1	7				
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	20	20				
Analcancer	10	6	1			

Bröstcancer	45	1748		2		
Bukspottkörtelcancer	32	38	11	14		
Cancer i galla och gallvägar	8	19	3	8		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	12	9	1	1		
CUP – Cancer utan känd primärtumör	44	49				
Hjärntumörer	19	25	18	9		
Hudmelanom	217	231	11	7		
Huvud- och halscancer	188	216	65	38		
Kronisk lymfatisk leukemi	17	8				
Levercancer	16	12	6	5		
Livmoderhalscancer (cervix)		13		6		
Livmoderkroppscancer (endometrie)		76		12		
Lungcancer	164	159	42	49		
Lymfom	100	74	7	3		
Matstrupe- och magsäckscancer	69	47	28	16		
Myelom	38	31	1			
Njurcancer	23	18	2			
Peniscancer	3		3			
Prostatacancer	911		46			
Skelett- och mjukdelssarkom	6	11	7	11		
Sköldkörtelcancer	2	16				
Testikelcancer	12		15			
Tjock-och ändtarmscancer	627	767	38	45		
Urinblåse- och urinvägscancer	626	584	3		1	
Äggstockscancer		100		19		

1.3 Överföring av information

a) *Hur fungerar systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget?*

KVÅ-koder sätts i Region Hallands journalsystem av koordinatörer som är utbildade för denna arbetsuppgift. Dessa KVÅ-koder ligger sedan till grund för automatiserad överföring till den nationella databasen och ligger även till grund

för de rapporter i uppföljningsverktyget Business Object (BO) som verksamheterna använder för uppföljning.

b) Hur säkerställer landstinget i nuläget en effektiv kvalitetssäkring av data till den nationella väntetidsdatabasen?

I dag sker överföring av data till den nationella databasen automatiserat och kontroller görs kontinuerligt att rapporteringen sker med tillfredsställande resultat av strateg med ansvar för ledtidsrapportering tillsammans med ansvariga koordinators.

Region Halland kan inte säkerställa registrering när behandlingsansvaret och därmed avslutet av SVF ligger utanför regionen. Registrering fram till överflyttning kvalitetssäkras av Region Hallands koordinators men därefter övergår ansvaret för registrering och också överföring av data till den nationella databasen av den behandlande regionen.

c) Hur har landstinget löst frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?

Följsamhet till den nationella rutinen vid överföring av patienter mellan regioner har vid upprepade tillfällen lyft vid koordinatorsnätverksmöten i Region Halland. Överföring av information till Region Skåne fungerar tillfredsställande vilket kan följas i den nationella databasen. Dock finns ingen tillfredsställande rapportering till den nationella databasen av hallänningar som behandlas i Västra Götaland trots att Region Halland överför data enligt överenskommelse.

2. Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har fastställts för införande under 2018: buksarkom neuroendokrina buktumörer och vulvacancer.

2.1 Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för år 2018 ut, för respektive SVF? Ange när koordinatorsfunktion och obokade tider ska finnas på plats samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF?

Den 1 april ska patienter kunna inkluderas i samtliga nya SVF och då ska koordinators och obokade tider vara på plats. Detta datum är överenskommet med Skåne och Västra Götaland då patienter i dessa tre SVF inte behandlas i Halland

Beskriv även hur landstinget avser att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.

Processledare/kontaktpersoner och koordinators för nya SVF träffar regional koordinators för information, planering och eventuell utbildning för att säkerställa respektive process. Regionala SVF skapas tillsammans med processledare/kontaktpersoner utifrån nationella dokument och publiceras på extranätet dit samtliga verksamheter i Region Halland har tillgång. Lokala länkar kommer att läggas i mobilappen cancervård under våren för att underlätta åtkomst till lokal information om remisser och remissvägare. Processledare och kontaktpersoner har som ansvar att sprida information via befintliga kanaler till berörda verksamheter och kollegor. Information om kommande SVF sprids i befintliga kanaler till linjeorganisationer och professionen inom alla primärvårdsenheter och inom specialistvården samt via hemsidor.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?

Använd gärna tabellen:

Utmaning	Planerad åtgärd
Kommande SVF har små patientvolym vilket innebär att det kommer att ta tid innan rutiner arbetas in.	Använda i så stor omfattning som möjligt samma rutiner, strukturer, dokument och koordinators som tidigare använts.
De tre nya SVF införs i redan pressade verksamheter, vilket gör att t ex ledtider för vulvacancer kan bli svåra att hålla.	Flaskhalsanalyser behöver genomföras och åtgärdas.

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2018 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.

Använd gärna tabellen:

Ingen undanträngning utifrån definitionen att lägre prioriterade patienter går före patienter med större medicinskt behov kan identifieras.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Kapacitetsbrister och kompetensbrister finns redan idag som förvärrar situationen för patienter med benigna sjukdomar eller kontroller av patienter med kroniska sjukdomar som får längre väntetider än tidigare. Att vänta i en kö är en risk att beakta. Detta berör framför allt hud, urologin, endoskopiverksamheten och radiologin i Region Halland.	Region Halland har strategiskt skapat vårdgarantiavtal inom områden med kapacitetsbrist för att säkerställa köfri vård. Verksamheterna arbetar kontinuerligt med kapacitets- och kompetensfrågan bla via utvecklad arbetsfördelning. Användning av vårdgaranti ligger stabilt. De tre SVF som införs under 2018 består av små volymer så situationen förväntas inte förvärras utifrån SVF perspektivet i stort.

3.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram genom stöd i tidigare överenskommelser. I samarbete med Inera och 1177.se har under 2016 och 2017 en elektronisk nationell vårdplan utvecklats, vilken ligger på databasen Stöd och behandling. Under 2017 har pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomförts och utvärderats. Under 2018 ska den elektroniska nationella vårdplanen färdigställas och ett implementeringsarbete ska inledas i landstingen.

Hur tänker landstingen arbeta med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Arbete med Min vårdplan omhändertas i respektive process som hittar arbetssätt och strukturer för detta arbete. Enligt årsrapporteringen för de regionövergripande processerna dit cancervårdens processer tillhör, pågår arbete med Min Vårdplan i de flesta processer.

Min vårdplan har varit ett återkommande tema på kontaktsjuksköterskenätverket i Region Halland, vilket träffas två gånger varje år. I den rutin som finns i Region

Halland gällande kontaktsjuksköterskefunktionen och Min vårdplan finns angivet att KVÅ-koder ska användas för att kunna följa upp användningen av Min vårdplan. Region Halland har anmält intresse till RCC Väst och RCC Syd att vara med och testa den digitala formen av Min vårdplan när den rullas ut under 2018.

3.3 Definition av välgrundad misstanke

Har landstinget erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.

Region Halland vill framför den återkoppling som kommer från den radiologiska verksamheten gällande SVF urinblåsecancer där fler CT-urografier än tidigare genomförs som inte anses som försvarbara utifrån ett radiologiskt perspektiv. Gällande SVF tjock-ändtarmscancer finns viss kritik mot kriteriet förändrade avföringsvanor som kan vara svårbedömt och leda till undersökningar som inte är motiverade.

4. Information och förankring

4.1 Patienter och närstående

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av SVF även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

- a) *Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?*

Patientrepresentant har varit med vid framtagandet av handlingsplanen och har kunnat påverka innehållet i handlingsplanen via samverkan.

- b) *Hur avser landstinget att fortsätta involvera patient- och närstående-representanter i arbetet med SVF?*

Patientrepresentanter finns för närvarande i vissa processteam och krav är ställt att patienter- och närstående ska involveras i samtliga processteam. Patientrepresentant finns ofta med på processledarmöten, koordinatorsmöte och kontaktsjuksköterskenätverksmöten. Patient- och närståendeutvecklingsråd på strategisk nivå är under utveckling.

4.2 Vårdens medarbetare

Hur säkerställer landstinget att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp?

Information om SVF har vid upprepade tillfällen hållits för samtliga medarbetare inom regionens verksamheter via interna informationskanaler så som AT/ST-introduktion intra/extranät, veckobrev, dialogmöten och APT. Specifik SVF-utbildning som inkluderat SVF Allvarliga ospecifika symtom har givits i samband med riktade besök på vårdcentralerna i regionen.

Utbildningsinsatser ske kontinuerligt inom specialistvården där behov identifieras. I viss verksamhet är SVF en så stor del av den dagliga verksamheten att kunskap om SVF är en bas kunskap som idag är grundläggande.

5. Uppföljning

5.1. Ledtider

- a) *Hur säkerställer landstinget följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? T.ex. att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.*

Ett nätverk för Region Hallands koordinatörer finns som träffas minst två gånger varje år för att diskutera framför allt kodningsfrågor. Dessutom har antalet koordinatörer försökt hållas till så få medarbetare som möjligt för att hög kunskap i kodning ska kunna genereras. Regional koordinatör har tät kontakt med samtliga koordinatörer för att säkra bland annat kodningen. Vid nya förlopp eller vid reviderade förlopp har regional koordinatör initierat utbildning alternativt avstämning för kvalitetssäkring kring kodningsfrågor.

För att ytterligare kvalitetssäkra kodning bildades förutom det nätverk som redan fanns, en referensgrupp med de mest vana koordinatörerna med uppgift att bland annat samarbetar med IT gällande kodningsfrågor. Registreringsanvisningar för varje förlopp är utarbetade och standardjournaler skapade som stöd i arbetet med kodning.

Kvalitetssäkring sker också genom att utdata månatligen följs upp i vårt uppföljningsstöd Business object (BO) och koordinatörerna har uppdrag att månadsvis kontrollera i rapporterna att registreringen stämmer, detta i samverkan med Regionkontoret i Region Halland.

Region Halland deltar i det nationella nätverket för utdata.

- b) *Hur säkerställer landstinget att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?*

I Region Halland sätts koderna i journalsystemet och samma journalsystem finns både i primärvården och i specialistvården. Detta innebär att koordinatorena sätter koderna oavsett vart patienten vårdas inom Region Halland. När patienten överförs till annan region för behandling försvinner den möjligheten till fullständig registrering efter designen av kodningen nationellt är konstruerat på detta sätt. Eftersom den behandlande regionen rapporterar de halländska patienterna som behandlas i respektive region kan ledtider följas i den nationella databasen för dessa patienter.

c) Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i det fortsatta arbetet med de införda standardiserade vårdförloppen?

Uppföljningen sker sedan tidigare med månadsrapporter utifrån kodning både till processledare och till förvaltnings- och verksamhetsledningar med hjälp av uppföljningsstödet BO. Förbättringar och utveckling sker kontinuerligt i rapporteringen efter behov som framkommer.

5.2 PREM-enkäten

Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av den PREM-enkät som ska användas för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?

Resultatet av PREM används huvudsakligen inom respektive process för att förbättra och utveckla. De resultat från PREM som har funnits under 2017 har delgetts respektive processledare inklusive ledningen. En analys kommer också att göras på övergripande nivå vilket också har genomförts under tidigare år i Region Halland.

Möjligtvis kommer PREM-enkäten att användas i slutet av 2018 för de SVF som implementeras under 2018.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 Fortsatt arbete

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter.

Hur arbetar landstinget med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi som är en ledstång i allt arbete som skall prioriteras framöver, gör att Region Halland fokuserar ytterligare på regionövergripande processer som en avgörande del i regionens utvecklingsarbete. De regionövergripande processerna är en prioriterad grundbult i all verksamhet, både utifrån perspektiven kunskapsstyrning, resultatuppföljning med följande utvecklingsarbete och delaktighet. Processledarna som leder de regionövergripande processerna i Region Halland har representanter från samtliga berörda verksamheter i processteamerna. SVF är en viktig befintlig komponent i de regionövergripande cancerprocesserna som stämmer väl överens med strategin. Region Hallands utvecklingsarbete som bland annat handlar om förändrade arbetssätt kommer även omfatta de regionövergripande processerna. Ledtider och annan kvalitetsdata från cancerprocesser/SVF rapporteras och följes som en garant för fortsatt integration i ordinarie verksamhet.

Det regionövergripande vårdprocessarbetet har under 2017 inkluderat andra diagnoser än cancer, så som Stroke, Astma/KOL och hjärtsjukvård. Under 2018 integreras fler diagnoser exempelvis psykiatriska diagnoser till de regionövergripande. Den nationella kunskapsstyrningen som förväntas utvecklas kommer att ytterligare säkra att processarbete och SVF ingår i ordinarie verksamhet.

Planering pågår nu för att överföra SVF från en satsning till ordinarie förvaltningsuppdrag. Primärvården i Region Halland har fått i uppdrag att säkerställa att SVF förvaltas i ordinarie verksamhet via en förvaltningsmodell för SVF. Samma uppdrag kommer att ges till specialistvården, både till Hallands sjukhus och till Ambulans, diagnostik och hälsa. Regionkontoret som är ett fortsatt stöd till de regionövergripande processerna ska tillse att en förvaltningsmodell SVF för regionkontoret implementeras.

6.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF ([se beräkningsunderlag](#)) och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

- a) *Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende t.ex. infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020.*

För ett antal processer är redan målen 70 % respektive 80 % nådda.

Kapaciteter kommer att behöva ökas inom operationsverksamheten, urologin, lungmedicin, skopiverksamheten och radiologin i Region Halland.

Kompetensförstärkning krävs framför allt inom skopiverksamheten och inom radiologin för att öka kapaciteten. Behovet av endoskopiverksamheten kommer dessutom öka ytterligare om screening för tjock- och ändtarmscancer initieras framöver. Ytterligare datortomografikapacitet kommer att behövas. Fortsatt utveckling av NGS (new genome sequencing) ses framöver som viktigt komponent i laborativ verksamheten. Ett diagnostiskt spår kommer att kunna förbättra flöden i flera processer vilket för närvarande utreds. MDK-verksamheten i Region Halland behöver strategiskt ses över framöver. Kontinuerliga utbildningsinsatser inom primärvården kommer att behövas då allmänläkarnas kontakter med patienter med vissa cancerrelaterade symtom samt SVF AOS är mindre frekvent förekommande.

b) För vilka diagnoser bedömer landstinget att det kommer att krävas störst insatser för att uppnå 2020-målet?

Störst utmaningar ses inom urologiska cancerdiagnoser och lungcancer. Med anledning av förmodad kommande screening inom tjock- och ändtarmscancer är kapaciteten inom endoskopiverksamheten avgörande för att nå målen 2020.

c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

Rekrytering av medarbetare med specifika kompetenser pågår, utveckling av nya arbetssätt för att öka kapaciteter pågår och vårdgarantiavtal säkerställs.

Den verksamhetsnära utvecklingen sker i respektive process. Processledarna kommer att under 2018 fortsätta att fokusera på flaskhalsar i processerna. Ledningen för specialistvården följer ledtider och fokuserar på att rekrytera och hitta nya arbetssätt för att öka kapaciteten.

Regionkontoret 2017-02-13

Ann-Sofi Isaksson
Verksamhetschef kvalitet
Bitr Hälsö- och sjukvårdsdirektör