

Handlingsplan för införande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården i Skåne 2018

Bakgrund

Regeringen har valt att, inom cancervården, satsa på ett nationellt definierat system med standardiserade vårdförlopp (SVF) och med ekonomiska incitament stimulera landstingen att delta. Satsningen pågår mellan 2015-2018.

Syftet med SVF inom cancerområdet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid. De SVF ska i första hand förkorta vårdförloppet mellan då *välgrundad misstanke om cancer* föreligger till start av *första behandling*. Utöver ovan nämnda mål avser man också att stärka patientmedverkan och öka patientnöjdheten inom cancervården.

Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar.

Förebilden till satsningen kommer från Danmark där man arbetat med standardiserade vårdförlopp (på danska pakkeforløb) sedan 2007. Under hösten 2014 fick RCC i uppdrag att ta fram SVF för fem pilotdiagnoser, dessa piloter infördes i Skåne under 2015. Under 2016 och 2017 har ytterligare 23 SVF införts.

Politiskt beslut

I Region Skånes, RS, uppdrag för Hälso- och sjukvård 2018 står att ”RS ska delta i nationella satsningen kortare ledtider i cancervården 2015-2018, samt uppnå de krav som ställs”. För ändamålet har 55 miljoner avsatts i budget 2018. Ett formellt beslut hur dessa medel skall fördelas och användas samt följas upp togs på Hälso- och sjukvårdsnämndens möte 2017-11-24, Dnr 1702866.

Organisation kring införandet av standardiserade vårdförlopp

Ett regionalt strategiskt råd för cancersjukvård har skapats med aktörer från RCC-Syd, sjukvården och koncernkontoret, under ledning av en samordnare som är direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektören. De tre sjukvårdande förvaltningarna, SUS, Sund och Kryh, har sedan skapat var sitt cancerråd med ansvariga chefer i respektive förvaltning och med representation från relevanta medicinska servicediscipliner samt primär- och palliativvård.

Inom varje cancerprocess har de tre förvaltningarna skapat tvär-professionella team som är ansvariga för förloppet, inom sitt geografiska område, från symptom till rehabilitering/palliativvård. Det har skapats ett lokalt processteam även om bara en del av SVF förloppet finns i förvaltningen. En lokal patientprocessledare, LPPL, är ordförande i varje lokalt processteam och är representant i en regional arbetsgrupp som leds av en regionalprocessledare, RPPL, utsedd av RCC-Syd. LPPL utses av förvaltningschef i respektive förvaltning.

Resultat SVF i Skåne 2015-2017

Införandet av de 28 första SVF har gått mycket bra i Skåne. Nedan följer några data, per den 31 dec 2017, som stödjer detta påstående.

- Totalt har 31 854 SVF utredningar startats i Skåne. 33 procent av dem hade cancer.
- Totalt under 2017 genomfördes 15 890 SVF förlopp i Skåne vilket är 17 procent av Sveriges genomförda SVF.
- Av de som diagnostiseras med cancer i Skåne 2017 fick ca 75 procent sin diagnos efter en SVF utredning.
- 49 procent genomförde sitt SVF inom det nationella tidsmålet.

Svar på nationella frågor inför 2018

1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1/11 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?

Våra erfarenheter av införandet är goda. Vi har följande kommentarer;

- Ungefär 50 procent av SVF i Skåne har startat inom primärvården vilket vi anser är ett bra och rimligt antal. Flera åtgärder har varit viktiga för att involvera primärvården, men de två viktigaste är att alla vårdcentraler har besökts av våra cancersamordnare samt att tydliga lathundar hur man skall agera vid misstanke eller välgrundad misstanke har skapats.
- För professioner som arbetar inom cancervården har välgrundad misstanke varit okomplicerat att införa men för personal inom akutsjukvården och ortopedisk sjukvård har extra utbildningsinsatser krävts.
- Det har sedan starten 2015 anställts totalt 40,5 cancerkoordinatorer omräknade i heltider i Skåne. En majoritet är medicinska sekreterare. Bedömningen är att dessa koordinatörer är centrala för att lyckas med att införa standardiserade vårdförlopp och att korta ledtiderna.
- Införandet av obokade tider har varit framgångsrikt och i Skåne går vi nu vidare och inför detta även i andra områden än cancervården.

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

Vi bedömer att införandet har gått bra i Skåne och följer samma införandemall som med de 28 första.

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.

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	5	2			1	
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	47	31			1	4
Analcancer	14	19		2	1	2
Bröstcancer	60	4663			1	6
Bukspottkörtelcancer	192	198		1	10	4
Cancer i galla och gallvägar	64	81			3	6
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	202	217		1	5	4
CUP – Cancer utan känd primärtumör	249	269			3	1
Hjärntumörer	102	72			30	14
Hudmelanom	120	72		2	3	6
Huvud- och halscancer	771	673	2	1	100	65
Kronisk lymfatisk leukemi	8	12				
Levercancer	96	63		1	4	4
Livmoderhalscancer (cervix)	0	63				6
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	219		1		19
Lungcancer	1018	973	2		11	9
Lymfom	262	271		2	1	1
Matstrupe- och magsäckscancer	324	178	33	9	32	12
Myelom	103	68				1
Njurcancer	110	77			1	4

Peniscancer	34	0			10	
Prostatacancer	3009	0	9		4	
Skelett- och mjukdelssarkom	57	55			4	12
Sköldkörtelcancer	26	69			3	10
Testikelcancer	54	0				
Tjock-och ändtarmscancer	2350	2609	2	2	10	8
Urinblåse- och urinvägscancer	2989	2195			6	4
Äggstockscancer	0	395		2		25

1.3 Överföring av information

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

Uppföljning och kvalitetssäkring av inmatad data av de KVÅ-kodslänkande registreringarna pågår kontinuerligt på respektive förvaltning av koordinators och samordnare för registrering. Vi har en organisation bestående av representanter från alla förvaltningar med kompetens på såväl registrering, uppföljning som cancerprocessarbetet i verksamheten som träffas regelbundet för att säkra såväl följsamhet till registreringsrutiner som för att få enhetlig hantering av SVF patienter och jämlik vård.

Region Skånes registreringsanvisningar för SVF

Vi arbetar också kontinuerligt med att förtydliga riktlinjerna så de blir stöd till verksamheten för ökad följsamhet och kvalitetssäkrade uppgifter. Det sker även avstämningar med Södra sjukvårdsregionen för att få samsyn i tillämpningen av regelverket.

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

Se svar ovan angående organisation och arbetssätt.

Valideringsrapport är framtagen för att underlätta kvalitetssäkring av inregistrerad information. Uttagsapplikationerna har utvecklat ett antal rapporter för att underlätta kvalitetssäkringen.

- 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?

Kontinuerliga avstämningar med Södra sjukvårdsregionen, för att förbättra och säkra informationshanteringen. Samtidigt sker avstämning i nationella arbetsgruppen med ansvar för registrering och uppföljning för ett enhetligt och likartat arbetssätt.

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 koordinatorfunktion och obokade tider ska finnas på plats samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF?

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

Samtliga funktioner kommer finnas på plats den 1 april 2018. Från det datumet kommer också patienter att börja inkluderas i de tre förloppen.

Stödet och införandet följer samma mall som tidigare införande med ett tydligt ansvar för när och vem som skall genomföra vad. Vid skrivandet av denna handlingsplan är i stort sätt alla rutiner på plats.

1. Förvaltningen, FV, anställer koordinators och lär upp dem.
2. FV utser LPPL/teamledare och skapar team där det saknas. För buksarkom skall alla startade SVF direkt till sarkomteamet på SUS.
3. FV informerar de lokala teamen kring detta dokument samt hur arbetet med SVF går till.
4. Regional samordnare, JC, och RCC träffar RPPL för de nya SVF och ber dem informera vidare till LPPL.
5. Regional registreringsansvarig tar, i samarbete med RCC, fram måltal för de olika behandlingarna/process och inför i QlikView.
6. Regional registreringsansvarig tar fram SVF koder och kodvägledningar och delger koordinatorsnätverket dessa. Sedan utbildning av koordinatorena lokalt i varje FV.
7. RCC tar fram utgångsstatistik. Hur låg vi till mot målen vid start?
8. Informatör gör plan kring kommunikation kring de nya SVF på Intranätet och Vårdgivare i Skåne under kommande år.
9. Telefonlistor till koordinators;
 - a. FV skapar tel nr till koordinatorena.
 - b. FV skriver i rött de nya tel nr på er telefon lista och mailar den till JC.

- c. JC mailar listor till informatör som lägger in på VGI och vårdgivare i Skåne
 - d. JC mailar listorna till regionala jourorganisationen
 - e. JC mailar AKO, som lägger in i kortversionerna
10. Kortversionerna;
- a. AKO går igenom de nationella vårdprogrammen och skriver ett förslag på kortversion för Skåne.
 - b. JC och AKO jobbar med kortversionerna. Hur starta SVF i Skåne? Vart ringa och remittera? Vem gör vad?
 - c. JC jobbar med RPPL i detta arbete.
 - d. När nästan klara ut till fv cancersamordnare på remiss.
 - e. När helt klara AKO fixar godkännande av AKO gruppen och lägger in på Vårdgivare i Skåne
11. FV och lokala AKO bokar utbildningsdagar för primärvården.
12. FV kontaktar enheten för strategisk kvalitetsutveckling för att planera processarbete och produktionsplanering av de nya SVF.
13. FV kontaktar privata vårdgivare i sin närhet som blir påverkade av de nya SVF.
14. FV involverar patienter i varje lokalt teams förbättringsarbete.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

Vi ser en stor utmaning vid införandet av dessa tre SVF och det är att detta är tre diagnoser som har låg incidens och att symptomen ofta är diffusa och svårbedömda. Extra focus kommer därför läggas kring utbildning i primärvården så att symptomen uppmärksammas och en oro är då inom specialistvården att det kommer skickas många patienter för bedömning. Vi kommer därför följa antal inkomna remisser och under året ta ställning till var dessa patienter bäst tas om hand inom specialistvården.

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngnings-effekter/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.

Vi ser ingen stor risk för att införandet av dessa tre förlopp kommer ge några undanträngningar eller ge behov av omprioriteringar.

Införandet av de tidigare 28 SVF har inte gett någon undanträngning utifrån definitionen att lägre prioriterade patienter går före patienter med större medicinskt behov. Dock finns kapacitetsbrister och kompetensbrister redan idag som förvärrar

situationen för patienter med benigna sjukdomar eller kontroller av patienter med kroniska sjukdomar som får längre väntetider än tidigare.

För att motverka brister har det redan skett och kommer det att ske ett arbete med bland annat;

- Samordning och samarbete inom Skåne och Södra sjukvårdsregionen kring patienter inom bristspecialiteter
- Utökade öppettider inom diagnostik
- Riktade kösatsningar inom operation och mottagning
- Utbyggnad av MR och coloskopikapaciteten
- Utbildning och rekrytering av medarbetare
- Byte av arbetsuppgifter från bristkompetenser till andra yrkeskategorier, till exempel cystoskopier från urolog till specialiserad sjuksköterska

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?

Min Vårdplan, MVP, kan sägas utgöras av det dokument som upprättats av kontaktsjuksköterska tillsammans med patienten och som patienten får med sig hem alternativt kan ta del av via 1177.se. Cancervårdprocesserna inom Skåne använder både enskilda (t ex Rosa boken i bröstcancerprocessen) och gemensamma verktyg för MVP som underlag till patienten men även som gemensam dokumentation i journal som skall underlätta samverkan mellan vårdgivare.

Informationsinsatser pågår såväl på enhetsnivå som på verksamhets-övergripande nivå, för läkare, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, i syfte att skapa en ökad medvetenhet om MVP. Särskilt fokus ligger på vikten av att MVP används genom hela patientprocessen. Avgörande är också att identifiera obligatoriska delar i MVP, diagnosspecifika och generella.

Vi kommer under året att arbeta med två olika typer av digitala lösningar;

- Dels en Min Vårdplan vid SVF-utredning, behandling och rehabilitering i patientens datajournal, som skall vara läsbar på 1177 och nationella patientöversikten. Försök pågår inom kirurgi, onkologi och rehabilitering och ett eventuellt breddinförande kommer ske under 2019.

- Dels nationella vårdplanen där vi framför allt ser en stor vinst vid nivåstrukturerade processer där patienten rör sig över flera landsting. Vi planerar därför att testa denna Min Vårdplan inom dessa processer innan ett eventuellt bredinförande genomförs. Önskvärt är att det skall gå att föra över information automatiskt från datajournalen till denna vårdplan för att minska dubbeldokumentation.

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.

SVF Urinblåsa- I nuläget skiljer vi inte på tyst makrohaturi och makrohaturi med UVI-symtom. Det leder till att vi cystoskoperar många patienter som precis börjat antibiotikabehandling och inte hunnit bli helt återställda från sin UVI. Ofta ses det då rodnade fläckar i blåsan och vi rekommenderar kontroll om en månad (ibland anmäls patienten till px av blåsan i blåljus) Om man begränsade sig till att bara tyst makroskopisk hematuri skulle ingå i SVF skulle man minska antalet cystoskopier. Makrohaturi i kombination med UVI skall fortfarande utredas med cystoscopi men det kan göras efter 4-5 veckor och inte under SVF.

Ingångs ålder vid SVF uroepitelialcancer är för låg. Visade bland annat på urologdagarna av dr Rossander som gjort en stor genomgång av patient materialet i östra götalandregionen att i åldern 40-50 år finner vi i princip inga tumörer. Vår åsikt är att höja åldern till 50 år.

SVF Prostatacancer - Klinisk undersökning utförd i primär vård upplevs som svårtolkat.

SVF Tjock- och ändtarmscancer - Det är kriteriet "ändrade avföringsvanor" som sticker ut med låg andel cancer. Om kriteriet kvarstår skulle man kunna fundera på att även dessa patienter borde vara rektoskoperade av inremitterande innan välgrundad misstanke och start av SVF. I övrigt efterfrågas från koordinator specificering vad som menas med "standardutredning vid anemi", det skulle behövas för att koordinatören själv ska kunna bedöma om välgrundad misstanke uppfylls när vårdcentralerna hör av sig.

SVF Huvud-hals cancer - Till skillnad från många andra SVF, har detta SVF flera ganska vanligt förekommande diffusa symtom som inklusions kriterier. Dessa symtom kan ofta ha icke maligna orsaker. Vi är i behov av mer stringenta och objektiva inklusions kriterier för att få mer enhetliga, kostnadseffektiva och patientsäkrare utredningar samt relevanta statistiska resultat.

SVF Lymfom/KLL – Problemet är att indolenta och aggressiva lymfom blandas. Själva innehållet i definitionerna har vi inget att invända mot, men efterlyser möjligheten att separera uppenbart indolenta lymfom som inte behöver samma skyndsamma handläggning.

SVF Lungcancer - Hemoptys vid lungcancer är otydligt beskrivet. Oklart om lungröntgen krävs eller inte eller om enbart hemoptys är tillräckligt för att starta SVF.

SVF Bröstcancer - En åldersbegränsning för välgrundad misstanke för yngre kvinnor med knuta i bröstet kan enligt berörd verksamhet övervägas.

SVF Patologisvar - Svarstider för PAD är i många förlopp omotiverat korta samt att de varierar mellan förloppen utan någon medicinsk bakomliggande förklaring. En generell översyn är att önska.

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?

Samarbete sker på tre olika nivåer;

- Regional cancersamordnare har fört dialog med patientföreningar inför upprättandet av handlingsplanen.
- De lokala cancerråden har haft samarbete med patienter- och närståenderepresentanter när förvaltningarnas handlingsplaner har arbetats fram.
- Majoriteten av processteamerna har ett samarbete med patienter vid upprättande av sina lokala handlingsplaner.

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

Samarbetet fortsätter under året på tre olika nivåer;

- Regional cancersamordnare har regelbundna möte tillsammans med RCC med patientrepresentanter och patientföreningar.
- De lokala cancerråden i förvaltningarna involverar patienter- och närståenderepresentanter i det lokala förbättringsarbetet.
- Processteamerna involverar patienter och närstående i det fortsatta arbetet med att utveckla processerna.

4.2 Vårdens medarbetare

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

Information har skett och sker på många olika sätt. Nedan följer några exempel på dessa informationsinsatser;

- En geomappning genomförs nu för att se om det finns geografiska eller ekonomiska skillnader i Skåne i antal startade SVF/ vårdcentral eller kommun. Där vi får ett lågt antal kommer extra informationsinsatser sättas in till vårdpersonalen.
- Regelbunden information på Vårdgivare i Skåne, som nås av alla privata och icke privata vårdgivare i Skåne.
- LPPL ansvarar för information till samtliga vårdgivare som man samarbetar med kring "sin" lokala process.
- Regional cancersamordnare har regelbundet möten med ledningar för vårdgivare i egenregi samt privata vårdgivarna. Vid behov möte med grupper av vårdgivare tillsammans med enheten för uppdragsstyrning.
- Samtliga vårdcentraler har fått fysiska möten av cancersamordnare som informerar om SVF.
- Att varje vårdcentral har en SVF ansvarig läkare som regelbundet kan uppdatera sina kollegor
- Tillsammans med primärvården anordnas SVF utbildningar för chefer, läkare, sjuksköterskor och sekreterare i primärvården
- Tillsammans med primärvården skapas tydliga rutiner för hur man exakt skall gå tillväga när man startar en SVF
- Utbildningar kring SVF anordnas inom enheter som inte är så djupt involverade i cancervården så som akutmottagningar och ortopedi.

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.

Vi arbetar kontinuerligt med att förtydliga riktlinjerna så de blir stöd till verksamheten för ökad följsamhet och kvalitetssäkrade uppgifter. Det sker även kontinuerlig avstämning med Södra sjukvårdsregionen för att få samsyn och tolkning i tillämpningen av regelverket.

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

Region Skåne har fullständig registrering av de nationella mätpunkter som är obligatoriska. Vi planerar att utöka informationen kring respektive SVF genom att koppla diagnos/KVÅ-kod i processerna. Valideringsrapporten är framtagen bl a för att säkerställa fullständig registrering.

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

Region Skåne har utvecklat två QV-applikationer för att möta upp olika målgruppers behov. Den ena inriktad på koordinators och cancersamordnare med fokus på kvalitetssäkring. Den andra är inriktad på en vidare målgrupp för att se resultat på såväl 2020-målen som uppföljning av enskilda förlopps ledtider, jämförelser mm.

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?

Skåne kommer att följa de riktlinjer som finns i överenskommelsen för hur PREM enkäten skall genomföras under 2018. Vi kommer således att skicka ut enkäter till patienter i samtliga förlopp införda under 2015- 2017. Vi planerar att även skicka ut enkäter till förloppen som startar 2018.

Resultaten från PREM 2016 visar att vi behöver förbättra informationen till patienterna och detta var ett av våra fokusområde för SVF förbättringsarbetet under 2017. Resultat från 2017 visar att fler patienter hade fått bra information, men det finns fortfarande utrymme för att förbättra detta. Vi ser därför med glädje att RCC har tagit fram skriftlig information på flera olika språk som vi nu kommer börja använda.

De goda omdöme som patienterna ger i PREM enkäter är glädjande och en fördjupad analys om det finns tydliga skillnader mellan olika SVF förlopp kommer göras när vi nu får in ett mer representativt antal svar.

Tillsammans med RCC och ansvariga för uppföljningen av Nationella patientenkäten kommer resultaten för PREM att regelbundet följas upp och presenteras för allmänheten via media, politik och koncernledning samt vården via rapporter och informationsmöten. Resultaten kommer att användas i det fortsatta arbetet med att utveckla cancerprocesserna.

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?

SVF har en nära koppling till nationella vårdprogram, som utgör en allt viktigare och integrerad del av svensk sjukvård. Det senare gäller inom ett flertal olika diagnosområden. SVF utgör därmed en aspekt av den kunskapsstyrning som man finner inom en växande del av svensk sjukvård. Redan idag torde därmed SVF vara en integrerad del av vården. Det torde också redan vara klart att de funktioner i form av kontaktsjuksköterskor och koordinatörer som är en del av SVF-satsningen utgör en bestående komponent i den fortsatta cancersjukvården. I Skåne har också betydande satsningar gjorts på cancervården, utöver de statliga stimulansmedlen, satsningar som redan är en del av ordinarie verksamhet.

Utöver detta har hälso- och sjukvårdsdirektören i Skåne fått i uppdrag att i april 2018, till beslutande politiker, lägga fram ett förslag för hur man kan säkerställa att uppnådda resultat kvarstår och att ett förbättringsarbete fortgår för att nå de nationella målen för 2020.

Ett arbete att överföra de digitala uppföljningssystemen av SVF från projektform till ordinarie verksamhet har redan nu kommit väldigt långt och kommer vara genomfört mot slutet av året.

6.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF 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.

Resultaten 2017 visar att Skåne totalt redan klarar 2020 målet om att 70 procent skall få sin cancerdiagnos via ett SVF. Måluppfyllelsen varierar dock mellan de olika processerna och den process som är längst ifrån målet är prostatacancer. Det sker därför redan ett arbete med att identifiera var patienterna får sina diagnoser och se hur vi kan involvera dem i ett SVF. Vår förhoppning är att detta arbete skall ge bättre måluppfyllelse redan under 2018.

Resultaten 2017 visar att Skåne totalt klarar tidsmålen hos 49 procent av patienterna. För hematologiska diagnoser, hjärntumörer, hudmelanom, AOS och CUP har vi redan nu en mycket god måluppfyllelse, men Skåne har, för flera

cancerdiagnoser, tyvärr hittills inte kunnat hålla nationellt fastställda tidsmål. I detta avseende är Skåne beklagligtvis inte unikt i Sverige, utan tvärtom är väntetiderna för långa även i andra delar av landet. Orsakerna är multifaktoriella, skiljer sig mellan olika diagnoser och varierar också över tid. I arbetet med att åtgärda problemen måste vi därför se på respektive vårdförlopp. Därmed måste vissa åtgärder anpassas till och, när så är möjligt, hanteras inom respektive process. Vissa problem är emellertid av mer generell/principiell natur och kräver därmed åtgärder på övergripande nivå. Det mest akuta problemet är bristande operationskapacitet. Vårdplatskapaciteten är dock också en flaskhals, som skulle bli ännu tydligare om operationskapaciteten var bättre. Nedan följer en beskrivning av några av de insatser som kommer behöva genomföras för att nå målen;

- Satsningar på utveckling av arbetsmiljön för att kunna rekrytera och, inte minst, behålla medarbetare. En god arbetsmiljö med samarbetande team är avgörande för att få en stabil och utvecklande medarbetargrupp.
- Fortsatt processutveckling inom berörda patientflöden. Även om brister i operationskapacitet och vårdplatser är avgörande finns det också andra delar av vårdförloppen som vi måste fortsätta arbeta med.
- Verksamhets-/produktionsplanering genom koordinering och balansering av akuta och elektiva flöden samt koordinering av vårdplatser och operationsresurser.
- Frigörande av befintliga operationssalar genom att flytta enklare kirurgi och undersökningar i narkos till andra lokaler.
- Fortsatt arbete med kösatsningar inom de mest kritiska diagnoserna.
- Fortsatt arbete kring profilering och arbetsfördelning via samarbete inom Region Skåne och inom södra sjukvårdsregionen. Detta arbete pågår, såväl via bilaterala kontakter som via det arbete som görs i södra regionvårdsnämndens regi. Exempel på det förra är samarbete med Kryh, Halland och Karlskrona kring kolorektalkirurgi, kring robotkirurgi med Sund och Växjö och samarbete med Karlskrona kring hals-kirurgi. Målet är att kunna bygga upp långsiktiga och hållbara samarbeten baserade på ömsesidig arbetsfördelning. Under denna rubrik kan även Skåne-gemensam prioritering och operationsplanering nämnas.
- Den redan påbörjade utbyggnaden av PET-CT kapaciteten inom Skåne kommer att innebära att tillgången till denna, ofta centrala, undersökningsmodalitet kommer att vara mycket god. Fortfarande finns kapacitetsbrist gällande CT och MR. Arbete pågår för att öka kapaciteten, genom uppgradering av utrustning, men också via arbete med utnyttjandegrad. Avtal med extern aktör kan dock behöva övervägas i vissa fall. Fortsatt arbete med kompetensförsörjning är viktigt inom detta område, liksom inom en rad andra.
- Strålbehandlingsenheten har för närvarande adekvat kapacitet, men ökande behov under kommande år kommer att kräva uppdatering av utrustning, fortsatt arbete med utnyttjandegrad, samt inte minst fortsatt satsning på kompetensförsörjning.
- Kompetensförsörjning är generellt en nyckelfaktor i arbetet med att klara ökande incidens och, inte minst, prevalens inom cancerområdet. Inom flera områden har vi redan nu en stor kompetensbrist som till exempel urologer, patologer, lungläkare, coloskopoperande sjuksköterskor och läkare samt specialistutbildade sjuksköterskor.

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

Störst insatser kommer krävas inom de urologiska och gynekologiska diagnoserna samt för patienter med cancer i lever/galla/bukspottkörtel.

- c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

Utöver ovan beskrivna aktiviteter har förvaltningarna i Skåne lämnat in handlingsplaner som beskriver specifika åtgärder som skall genomföras under 2018 för att nå målen. De varierar vilka åtgärder det rör sig om mellan olika diagnoser och sjukhus. Då en majoritet av dessa patienter behandlas på SUS så beskriver vi några av deras planerade insatser;

Gynekologisk cancer: Bristen på operationspersonal under 2017 bidrog till förlängda väntetider, men situationen och väntetiderna för operation har idag återgått till det "normala" dvs. 3 veckor. Verksamheten kommer att fortsätta arbetet med att ytterligare förbättra ledtider inom ingående vårdförlopp, även om komplicerade utredningsgångar i vissa fall kan göra det utmanande att nå ledtidsmålen. Arbetet sker genom processarbete i berörd verksamhet.

Urologisk cancer: Könsatningar har varit möjliga då det gäller prostataoperationer, vilket tydligt förbättrat läget. Könsatningarna kommer att fortsätta för att ytterligare förbättra väntetiden till operation. Fortsatt processarbete kommer att genomföras, inte minst för att arbeta med övriga delar av förloppet. Satsningen på att bilda prostatacancercentrum i Skåne kommer att vara värdefull i fortsatt utvecklingsarbete. Det finns stort behov av extra satsningar även på annan cancer i urinvägarna, inte minst blåscancer. Med ökad operationskapacitet kan urologin nu få ökat utrymme. Könsatningar planeras för lämpliga diagnoser. Satsning på ökad mottagnings- och cystoscopiverksamhet planeras likaså.

Lever-, gallvägs- och bukspottkörtelcancer: Situationen är för tillfället något stabilare. Fortsatt arbete är dock mycket angeläget. Förvaltningen arbetar för att stabilisera situationen på berörd operationsavdelning via rekrytering och aktivt arbete med arbetsmiljön.

Malmö 2018-03-08

Fredrik Lennartsson

Hälso- och Sjukvårdsdirektör, Region Skåne

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- AOS - Cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Äggstockscancer

- **Standardiserade vårdförlopp som ska införas 2018**
- Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyring/vardforlopp/>