



**HANDLINGSPLAN –
standardiserade vårdförlopp enligt
överenskommelsen mellan regeringen
och SKL om kortare väntetider i
cancervården 2018**



Inledning

Detta är en mall för landstingens handlingsplaner för införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en handlingsplan enligt denna mall.

RCC i samverkan kommer också att ta fram den mall som ska användas för redovisningen som ska vara Regeringskansliet tillhanda senast den 1 november 2018.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Krav i överenskommelsen 2018

För att få ta del av vårens medel (195 mkr) ska landstingen senast den 15 mars 2018:

- tillsammans med RCC ta fram en handlingsplan enligt denna mall. Respektive landsting ansvarar för att den egna handlingsplanen tas fram.
- involvera patientföreträdare vid framtagandet av handlingsplanen
- genom RCC lämna in handlingsplanen till Socialdepartementet.

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen också senast den 1 november 2018 lämna in en redovisning enligt kommande mall baserad på överenskommelsen 2018.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

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?*

Arbetet med införandet av välgrundad misstanke i primärvården har varit en stor utmaning som främst bestått i att finna bra kontaktvägar.

Som framgått av tidigare inlämnad rapport har det anordnats specifika utbildningsdagar för primärvårdens läkare i syfte att öka kunskapen om välgrundad misstanke. Projektledaren har även informerat på utbildningsdagar för övrig personal i primärvården. Denna har även besökt vårdcentraler och informerat på plats. En stor fördel i arbetet med SVF har varit att den specialiserade vården, primärvården samt de privata vårdcentralerna använder samma vårdadministrativa system. Alla har även tillgång till Intranätet.

Många vårdcentraler är helt beroende av stafettläkare vilket ställer stora krav på övrig personal att informera läkarna och hjälpa dem att remittera rätt. I de egna SVF rapporterna framgår att primärvården ökat antal remisser med välgrundad misstanke men framledes behöver landstinget engagera en fast kontakt i primärvården med ett övergripande huvudansvar för SVF för att optimera följsamheten till flödena.

Införandet av välgrundad misstanke i den specialiserade vården har inte mött några egentliga problem. Det har varit positivt att skapa arbetsgrupper/team med kontinuerliga träffar i arbetet med implementeringen av SVF. Det har även varit bra forum för uppföljning av tidigare arbete. En utmaning har varit att nå ut till alla läkare då många i sin utbildning har tillfälliga placeringar vid olika kliniker. Landstinget behöver ta ett generellt beslut när SVF informationen ska ges till nya läkare. Det finns koordinatörer i alla vårdförlopp och funktionen innehas som tidigare av sekreterare, sjuksköterskor och undersköterskor. Det har inte skett någon förändring på klinikerna vad gäller vilken yrkeskategori som innehar koordinatorfunktionen.

Vad gäller obokade tider har alla SVF ansvariga kliniker reserverade SVF tider sina tidböcker.

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

Landstinget planerar att implementera de nya SVF enligt tidigare implementeringsmodell med utsedd arbetsgrupp bestående av en läkare som är processledare, koordinator, kontaktsjuksköterska samt sekreterare. Utöver dessa personer väljer klinikerna själva vilka de önskar arbeta med i implementeringsarbetet.

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	0	1	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	18	18	2	1	0	0
Analancer	2	4	2	1	0	0
Bröstcancer	27	489	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	31	38	11	1	0	0
Cancer i galla och gallvägar	4	9	5	1	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	11	8	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	30	25	1	2	0	0
Hjärntumörer	6	5	25	12	0	0
Hudmelanom	89	81	5	2	0	0
Huvud- och halscancer	72	68	64	33	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	0	3	0	9	0	0
Levercancer	17	10	8	2	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	3	0	9	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	57	0	8	0	0
Lungcancer	162	156	23	36	0	0
Lymfom	72	53	5	1	0	0

Matstrupe- och magsäckscancer	47	44	24	3	0	0
Myelom	49	23	0	2	0	0
Njurcancer	7	11	6	5	0	0
Peniscancer	5	0	1	0	0	0
Prostatacancer	836	0	42	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	1	0	6	9	0	0
Sköldkörtelcancer	1	4	0	0	0	0
Testikelcancer	12	0	3	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	374	439	41	28	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	636	570	1	2	0	0
Äggstockscancer	0	68	0	14	0	0

Uppgifterna tagna ur SKL:s databas SIGNE.

1.3 Överföring av information

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

Landstinget har i ett tidigt skede av implementeringen skapat olika rapporter som fångar KVÅ kodningen i syfte att på ett heltäckande sätt möjliggöra uppföljningar av SVF. I tidigare inlämnade handlingsplaner till SKL beskrivs i detalj antalet patienter som genomgått SVF. Dels presenteras ledtider samt vart i förloppet patienten befinner sig. samt vart i förloppen patienterna befinner sig. Primärvården har sin egen kvalitetsrapport som visar antalet skickade SVF-remisser per 1000 listade patienter. Där uppges även hur stor del av deras initierade SVF som lett till en cancerdiagnos.

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

Varje SVF diagnos har en ansvarig sekreterare (kvalitetssäkrare) som inför varje rapport till SKL:s databas går igenom egna data utifrån patientlistor samt specifika felrapporter. Landstinget har även en ledtidssamordnare till stöd för verksamheterna bland annat genom kvalitetssäkringen av data innan den sänds iväg till SKL. Ledtidssamordnaren kontrollerar att inskickad data gått in som planerat samt ansvarar för eventuellt utökad rapportering av data då det finns behov att komplettera. Inför varje rapport till SKL skickar ledtidssamordnaren en

påminnelse till kvalitetssäkrarna för att de i tid ska hinna kontrollera sina uppgifter innan de skickas in. Varje klinik har utarbetat en rutin för att ha kontroll på sina patienter, exempelvis patientlistor i det vårdadministrativa systemet.

Under 2018 behöver landstinget aktivt arbeta med att minska omskick. Klinikerna behöver se över sina rutiner för att minska risk för behov av omskick pga kompletteringar.

Projektledaren har tillsammans med ledtidssamordnaren gemensamma möten med kvalitetssäkrarna ca 4 gånger per år. Det är ett forum för erfarenhetsutbyte samt diskussion av frågor omkring SVF. Gemensamt går gruppen även igenom landstingets egna SVF rapporter och deltagarna har möjlighet att reflektera över resultaten samt ge förslag till utveckling av rapporterna.

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

Landstinget Dalarna är i många SVF beroende av samarbete över länsgränserna både i utredningsförloppet samt vid behandlingar. För huvud- halscancer används idag specifikt framtagna remissmallar som säkerställer att mottagande landsting får alla aktuella uppgifter om patienten samt uppgifter angående SVF. Vad gäller gynekologisk cancer har Örebro och Uppsala skapat en gemensam remissmall för patienter som ska tas upp på regional MDK. Önskvärt vore att RCC initierade och i samverkan utarbetade nationella/regionala remissmallar för övriga SVF. Då det nu sker en nivåstrukturerings av ett flertal diagnoser vore detta ytterst värdefullt för att säkerställa att all nödvändig information når remissmottagare.

För övriga diagnoser använder landstinget som tidigare egna remisser där bland annat de specifika SVF uppgifterna anges. Då många av landstingets patienter startar sin behandling i Uppsala har Dalarnas SVF projektledare gjort ett studiebesök i Uppsala och träffat deras SVF projektledare tillsammans med kirurgen och onkologens koordinatörer. Bland annat gick de gemensamt igenom vad det mottagande landstinget önskade dels vad gäller hur remissen är utformad samt till vilken mottagare. Kirurgen har en gemensam koordinator för alla kirurgiska diagnoser. Det skulle därför inte vara möjligt att ha en aktiv överlämning till denne då hon hanterar så stora mängder patienter. Det är därför av stor vikt att remisserna innehåller all väsentlig information. Vad gäller aktiv överlämning för övrigt så har många diagnoser en gemensam MDK med mottagande landsting och detta blir en form av aktiv överföring av information innan övertagandet för behandling.

Landstinget arbetar med att kartlägga hur patienter som fått sin behandling i annat landsting emottas och omhändertas av det egna landstinget. Bland annat har ett arbete startat för patienter med skelett och mjukdelssarkom. Dessa patienter har tidigare saknat en naturlig förankring i landstinget då de direkt tas över av sarkomcentrum som handlägger slutlig utredning samt behandlar patienterna. Nu har Ortopedkliniken i Falun och Mora beslutat att tillsätta en kontaktsjuksköterska för dessa patienter. Personalen planerar för ett studiebesök på sarkomcentrum vid Karolinska sjukhuset syfte att knyta kontakter och vidareutveckla omhändertagandet av patienterna på de egna klinikerna. SVF projektledare ska tillsammans med landstingets Cancersamordnare under våren i fokusgrupp intervjua patienter som behandlats för skelett och mjukdelssarkom i syfte att få kunskap om vad de saknat samt vad som fungerar bra.

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?

Landstinget planerar att starta de tre nya diagnoserna 1 maj. Det ska då finnas koordinatörer i alla tre förloppen samt obokade tider på mottagningarna. Bild- och funktionsmedicin samt patologen ska då ha planerat för sin del av förloppet.

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

Landstinget planerar att stödja den specialiserade vårdens utvecklingsarbete genom att som tidigare skapa arbetsgrupper med processledare, koordinatörer, sekreterare och kontaktsjuksköterskor. Arbetsgruppen arbetar med att skapa rutiner för de nya SVF samt sprida information till kollegor.

Information om de nya SVF diagnoserna går ut till primärvården i form av information via Hälsoval, mail till vårdcentralernas 1:a linjes chefer. Samarbete sker redan med primärvårdens chefsläkare som sprider information i sina samarbetsgrupper. De nya SVF diagnoserna läggs ut på den specifika SVF hemsidan på intranätet och en blänkare kommer att sättas in under Nyheter på intranätet en vecka innan start.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

Landstinget ser idag inga specifika utmaningar med införandet av de nya SVF.

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.

Många kliniker uttrycker farhågor för att det ska bli för hårt tryck på patologen på grund av det höga antalet SVF. Detta skulle kunna påverka svarstiderna för övriga prover som ej är SVF. En del kliniker har redan nu noterat något längre svarstid på en del prover jämfört med innan SVF införandet.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
<p>MRT-remitter har ökat kraftigt och SVF har trängt undan patienter som är medicinskt prioriterade inom 1-2 veckor. Väntetiderna har generellt ökat till 6-8 månader på icke SVF och lägre prioriterade undersökningar. Många MRT undersökningar måste omprioriteras pga. långa väntetider samt ett flertal patienter skickas till annat landsting.</p> <p>Bild- och funktionsmedicin (BFM) har fått en oväntat stor mängd SVF prostataundersökningar. Som en följd av detta beräknas 10-15 patienter i veckan med benigna åkommor stå tillbaka och får en längre väntetid än tidigare. Bland dessa finns många yngre patienter som i väntan på utredning är sjukskrivna samt patienter som visat sig ha cancer, där diagnosen fördröjs pga. långa väntetider.</p>	<p>MRT sektionen planerar för utökade öppettider under 2018 under kvällar och helger förutsatt att det kan bemannas av sjuksköterskor och läkare.</p> <p>BFM har äskat investeringsmedel sedan 2015 för att utöka till 6 stycken MRT kameror över en längre tidsperiod.</p> <p>MRT är i stort behov av nya ändamålsenliga lokaler och verksamhetsbeskrivning för lokalförändring är skriven och landstingsfastigheter informerade.</p>
<p>Det sker kontinuerliga överbokningar av DT undersökningar inom ramen för SVF trots att stor del av tidboken är reserverad för SVF.</p> <p>BFM har noterat att det sker stora undanträngningar för övriga DT som inte är SVF.</p>	<p>BFM planerar för driftsättande av ytterligare en DT i landstinget och utbildning av personal pågår. DT startar upp i full skala under hösten 2018.</p> <p>BFM har även uppdaterat sin DT maskinpark och det finns nu 7 stycken i länet.</p>
<p>Vad gäller ultraljudsundersökningar har en viss undanträngning noterats då SVF patienter prioriteras vilket leder till längre väntetider för övriga undersökningar.</p>	<p>Ny ultraljudsutrustning kommer att installeras 2018. För övrigt har lokaler rustats och anpassats efter dagens arbetsflöden. BFM är i behov av att inskola nya ultraljudsläkare</p>
<p>Gruppen av patienter med en redan känd urotelial cancer som behöver kontrolleras enligt vårdprogram riskerar att få sina återbesök framflyttade för att patienter i SVF-flöden ges företräde. Som ett resultat av detta ser urologerna att ca 25% av urotelialcancer patienterna som får en försenad kontroll redan utvecklat ett recidiv.</p>	<p>Landstinget har vidtagit åtgärder genom upphandlingen av den urologiska öppenvården som i första hand tar de urologiska nybesöken. Från årsskiftet överförs nu månatligen succesivt även återbesöken den nyöppnade polikliniska verksamheten för de patienter som passerat nationellt stipulerade ledtider, inkluderade cystoskopierna.</p>

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?

Landstinget har sedan många år tillbaka arbetat aktivt med Min Vårdplan (MVP). Alla patienter som får en cancerdiagnos erhåller en MVP. Landstinget har ett lokalt nätverk för kontaktsjuksköterskor som träffas ca 4 gånger per år. Sammanställande är idag SVF projektledaren som även ingår i det regionala nätverket för kontaktsjuksköterskor där ett aktivt arbete pågår med den elektroniska versionen av MVP. Det lokala nätverket har en stående punkt med MVP på agendan. Arbetet har pågått med att skapa en landstingsgemensam ram kring MVP. Detta arbete har dock avstannat i väntan på den digitala MVP. Tills vidare använder klinikerna sina egna, sedan tidigare specifikt utformade MVP.

Centralt har även diskussion startat angående de multisjuka patienterna som erhåller flera vårdplaner från olika aktörer inom vården. Finns det någon möjlighet till samordning mellan de olika vårdplanerna?

Patientrepresentanter som arbetat med föreliggande handlingsplan beskriver att deras MVP upprättades på behandlande sjukhus men inte följdes upp där eller på hem sjukhuset. Vidare att det saknades en plan för cancerrehabilitering då ingen MVP upprättats av behandlande landsting inför hemgång. Detta föranledde svårigheter och försenade adekvata rehabiliteringsinsatser.

Utifrån de här berättelserna ser landstinget ett behov att vidare efterhöra flera patienters upplevelser och se över rutiner vid hemgång efter avslutad behandling. Detta gäller såväl patienter som behandlats i det egna landstinget som de som behandlats i annat landsting.

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.

Inom urologin finner landstinget att SVF-urinblåsecancer med makrohæmaturi slutar endast ca 10 % av utredningarna i en cancerdiagnos. Detta tar stora resurser från vården både för BFM samt urologmottagningarna.

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?*

Patientrepresentanter för olika diagnoser har bjudits in till möte med projektledaren samt landstingets Cancersamordnare och gemensamt arbetat med handlingsplanen. Frågor som underlag till handlingsplanen skickades ut till alla inbjudna i förväg. Vid mötet diskuterade gruppen gemensamt omkring sina upplevelser utifrån handlingsplanens mall utifrån deltagarnas önskemål och behov. Deltagande patienter stort utrymme att själva styra samtalen. I samtalen framkom vikten av att ha en kontaktsjuksköterska, en fast vårdkontakt som är lättillgänglig för frågor och råd. Vidare framkom vikten av att genom hela vårdkedjan få veta om vad som kommer närmast samt när de olika vårdåtgärderna ska utföras i tid.

Alla parter upplevde mötet mycket värdefullt och några av deltagarna kommer i vår även att delta som medlemmar i Patient- och närståenderådet. Det uppkom frågor som behöver diskuteras vidare där Patient- och närståenderådet kommer att vara ett naturligt forum för dessa.

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

Landstinget har tidigare tagit beslut att starta ett Patient- och närståenderåd specifikt för cancerdrabbade. Inbjudan har i december 2016 gått ut till alla patientföreningar. I de fall det saknas lokala föreningar har inbjudan gått till de regionala föreningarna med önskan om att få en representant som kan delta i rådet. Landstingets Cancersamordnare har tillsammans med SVF projektledaren arbetat fram ett utkast till uppdragsbeskrivning (bilaga 1). Utkastet har lagts fram till Cancerrådet som gett sitt godkännande. Uppdragsbeskrivningen kommer att bearbetas vidare i samverkan med Patient- och närståenderådet. Vad gäller SVF så kommer Rådet även att arbeta med dessa frågor.

En första träff planeras in under våren 2018 och förhoppningen är att då ha representanter med från de flesta cancerföreningar.

4.2 Vårdens medarbetare

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

I det lokala nätverket för kontaktsjuksköterskor har SVF projektledaren tidigare deltagit på alla nätverksträffar. Det har funnits en stående punkt på dagordningen med information om SVF samt möjlighet till diskussion omkring aktuella frågor. Idag är projektledaren sammankallande för nätverket vilket innebär att information om SVF kommer att fortsätta vara en naturlig punkt på

nätverksträffarna. För övrigt så innehar många kontaktsjuksköterskor även rollen som SVF koordinator.

Landstingets Cancersamordnare och SVF projektledare arbetar gemensamt med att skapa en god cancerrehabilitering i landstinget. De planerar för kommande gemensamma föreläsningar/information om SVF och cancerrehabilitering ute i verksamheterna, både inom den specialiserade vården samt till primärvården. Önskemål har även framlagts till AT-samordnare att få komma in med information på AT-läkarnas introduktionsvecka i landstinget.

Det finns idag en hemsida på intranätet med samlad SVF information. Hemsidan uppdateras kontinuerligt. Finns behov för Hälso- och sjukvårdspersonalen att nå uppgifterna om SVF då de är inne i patientjournalen finns möjlighet att länka sig direkt till hemsidan via journalsystemet.

Då det inträffar nyheter inom SVF läggs det ut en blänkare på intranätets startsida.

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.*

Landstinget säkerställer att SVF registreringen sker på ett enhetligt sätt. Dels genom gemensamma nätverksträffar med kvalitetssäkrarna. Träffarna är ett forum för diskussioner och frågor angående kodning och inrapportering och fungerar på så sätt som en form av kvalitetssäkring. Personal som kodar har även möjlighet att kontakta projektledaren eller ledtidssamordnaren vid frågor. Om frågorna inte får svar lokalt går frågan vidare till SVF projektledarna i de övriga landstingen i regionen samt till regionens SVF projektledare.

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

All registrering av start koder sätts i den specialiserade vården. Primärvården har ingen erfarenhet av att sätta koder i journalen så för att säkerställa kvalitén på kodning har detta varit lösningen. Koden sätts retroaktivt på det datum remissen Välgrundad misstanke är utfärdad. Klinikerna har utarbetat rutiner för vem som sätter koden utifrån SVF remissen, eller då läkare inom den specialiserade vården beslutar att starta ett SVF. De specifika SVF rapporterna hjälper också kvalitetssäkrarna att hitta felregistrerade SVF eller patienter som inte fått någon avslutningskod och ligger kvar i systemet. I de fall patienter går över den stipulerade ledtiden rödmarkeras detta i landstingets egna SVF rapporter.

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

Landstinget följer redan nu upp resultaten av de nationella leddiderna genom regelbundet att ha genomgångar av de egna SVF rapporterna i olika grupperingar, Cancerrådet, kontaktsjuksköterskenätverket, koordinatorernas nätverk och kvalitetssäkrarnas nätverk.

SVF-rapporterna ligger öppet på Intranätet vilket gör det möjligt för all personal inom landstinget att ta del av insamlad data.

Prostatacancerföreningen är intresserad av att ta del av landstingets leddidsrapporter i sitt arbete med att påverka en bättre cancervård för sin patientgrupp. De har redan förra året erbjudits utbildning i att tolka landstingets egna SVF rapporter och Cancerrådet har givit medgivande till att de kontinuerligt får tillgång till rapporterna.

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?

Landstinget avser att lämna över ansvaret till klinikerna att analysera och tillgodogöra sig resultaten av PREM-enkäten i samband med att SVF övergår i egen förvaltning. Cancerrådet arbetar utifrån ett årshjul där varje SVF ansvarig processledare en gång per år redovisar sina vårdprocesser inför Cancerrådet. I redovisningen ingår även hur de arbetat med och tillgodogjort sig resultaten av PREM-enkäten.

I det lokala kontaktsjuksköterskenätverket kommer resultaten från PREM-enkäten att ingå som en stående punkt. På det sättet kan deltagarna dela erfarenheter och resultat utifrån egna förbättringsarbeten. Resultaten kommer även att redovisas vid nätverksträffar för SVF-koordinatorerna i samma syfte.

Ett förslag ligger till Patient- och närståenderådet att vid deras möten kontinuerligt diskutera resultaten från PREM-enkäten.

Landstinget planerar att redan nu använda sig av PREM enkäten till de tre SVF som införs 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, både för landstingen invånare och patienter.

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

Diskussion har förts i Cancerrådet tillsammans med Landstinget Dalarnas Hälso- och Sjukvårdsdirektör där de kommit fram till följande övergripande förslag.

- **Varje klinik** tar eget ansvar för att en processledare (läkare) innehar huvudansvaret gällande namngiven SVF process och klinikchefen står som processägare. Ansvar innebär bl.a. att SVF efterföljs, att processen kommuniceras till kollegor och övrig personal inom och utanför den egna kliniken.
- **Behov av övergripande SVF-samordnare.** (bedömning: 50% tjänst) med övergripande ansvar att förvalta och analysera påbörjat arbete. Att ha ett helhetsperspektiv över SVF-flöden, såväl för primärvård och sjukhusvård. Analysera svagheter/styrkor, identifiera var insatser behöver göras etc. Vidare också ansvara för att uppdatera SVF-hemsidan, samordna nätverksträffar för koordinators, kvalitetssäkrare och kontaktsjuksköterskor samt uppdatera klinikerna om nyheter och revideringar av SVF. Samordnaren kommer också att vara länken mot RCC och kontaktperson på PREM-enkäten. Samordnaren kommer också att vara en länk mellan klinikerna och landstingets rapportsystem Business Intelligent Landstinget Dalarna (BILD) för kvalitetssäkring av data.

I de fall det behövs arbeta med att fortsätta stödja för verksamheterna.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har för avsikt att lyfta detta i Ledningsgruppen Hälso och Sjukvård för beslut.

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.*

I de flesta SVF når landstinget under 2017 upp till målet 70 % av alla nya cancerfall utreds via ett SVF (se bilaga 2.)

Målet att 80 % av alla SVF ska utredas inom stipulerade ledtider kan bli en utmaning om landstinget inte lyckas rekrytera personal i den omfattning som är nödvändig. Många kliniker har redan idag problem att täcka för vakanta tjänster inom olika professioner. Aktiva rekryteringar pågår ständigt. Arbetsbelastningen efter SVF införandet drabbar olika verksamhetsområden olika hårt. Patologen som handlägger alla SVF diagnoser har en betydande mängd fler prover som kräver snabbsvar än innan SVF starten. De har en del framtida pensionsavgångar av biomedicinska analytiker (BMA). Det råder en allmän brist på BMA och kan därför bli en framtida flaskhals i SVF flödet om inte rekryteringen lyckas. Arbete med rekrytering pågår.

Landstinget har haft problem med långa väntetider för patienter med prostatacancer. För att förbättra tillgängligheten för patienterna och korta ledtiderna har landstinget under sensommaren 2017 gjort en upphandling av en urologisk öppenvårdsverksamhet. Denna

klirik utreder idag större delen av landstingets urologiska patienter och väntetiderna har kontinuerligt förbättrats även om de ännu inte når de stipulerade ledtiderna i SVF.

Landstingets har som målsättning att 2020 nå målen med SVF.

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

Idag når de flesta diagnoserna 2020-målen vad gäller antal cancerpatienter som utreds enligt SVF. Vad gäller ledtider så är det främst de urologiska diagnoserna som behöver resurser för att uppnå ledtidsmålet, att 80 % av alla SVF ska utredas inom den stipulerade ledtiden. I och med samarbetet med den nya urologiska öppenvårdsmottagningen är syftet att även prostatacancer och urinblåsecancer ska nå uppnå målet. En faktor som skulle kunna påverka landstingets möjlighet att fortsatt nå målen är beroendet av MDK i annat landsting. Redan idag finns vissa fördröjningar av ledtider orsakade av att MDK genomförs i annat landsting. Anmälan till aktuell MDK sker enligt särskilda rutiner och anmälan till den regionala MDK ska ske ett antal dagar innan konferensen. I de fall ett PAD svar anländer efter passerat datum för anmälan kan det i vissa fall dröja ytterligare en vecka innan fallet kan tas upp på nästa MDK.

- c) *Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?*

Diskussioner förs på regionala möten kollegor emellan i syfte att minska ledtiderna för de gemensamma patienterna. Rekryteringar pågår av både specialistvårdsläkare samt sjuksköterskor. I de fall landstinget noterar förlängda ledtider för SVF kommer landstinget att planera insatser för att lösa problemet.

Landstinget Dalarna

Central förvaltning

Hälso- och sjukvårdsenheten

Utvecklingsavdelningen

Bitte Kans

Projektledare SVF

Landstinget Dalarna

Tel. 072-510 29 91

bitte.kans@ltdalarna.se

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
 - 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/kunskapsstyrning/vardforlopp/>

Uppdragsbeskrivning patient - och närstående råd

Syfte: att stärka patientens ställning i cancervården

Genom att patientföreträdare fungerar som stöd i det arbetet som pågår för att förbättra och utveckla cancersjukvården. Rådet ska bevaka patientperspektivet i landstinget Dalarnas cancersjukvård. Genom sina samlade erfarenheter ska rådet bidra till cancervårdens utveckling för att möta patienter och närståendes behov på ett bättre sätt under hela vårdprocessen.

Förutsättning för ledamöterna i patient och närstående rådet är att de bör ha erfarenhet av cancersjukdom som patient eller närstående.

För landstinget Dalarna gällande överenskommelse för ersättning till rådets ledamöter tillämpas.

Ledamöterna i rådet representerar olika cancerdiagnosgrupper

Uppdrag

- Bevakar, påverkar och har inflytande på utvecklingen av cancervården för en jämlik och optimal cancervård för alla oavsett cancerform.
- Identifierar frågor och förbättringsområden som rådet anser viktiga för landstinget Dalarna att arbeta med, utifrån ett patient och närstående perspektiv, och lyfter dessa frågor till cancerrådet för hantering.
- Har en rådgivande och stödjande funktion för cancerrådet.
- Är en remiss mottagare för övergripande frågor i cancerrådet.

- Verka för att patient- och anhörigrepresentanter deltar i regionala (RCC) utbildningar för patient- och anhörigrepresentanter.
- Samverkar med den egna lokala patientföreningen och länets patient- och anhörigråd i syfte att förmedla kunskap, idéer och information.
- Avger en årlig dokumentation om rådets arbete och lyfter fram områden som ytterligare behöver prioriteras.

Arbetsformer

Rådet fokuserar på övergripande frågor som är viktiga för flera cancerdiagnoser.

Rådet består av representanter inom olika cancerområden. Även regionala representanter kan vara aktuellt där få patienter finns eller lokal patientförening saknas.

Ordförande väljs av rådet, denne är sammankallande och fastställer dagordning för rådets möten. Frågor att behandla i rådet kan föreslås av ledamot i rådet eller av cancellrådet.

Patient – och närståenderådet kan bjuda in andra personer till specifika arbeten och aktiviteter när rådet bedömer detta lämpligt.

Patient – och närståenderådet stödjer Cancellrådet i rekrytering av patientrepresentanter då sådan efterfrågas till arbetsgrupper eller möten med anknytning till Cancellrådet

Patient – och närståenderådet utser representantföreträdare att till cancellrådet och/eller det regionala (RCC).

Patient – och närståenderådet träffas efter behov minst två gånger per termin. Varav ett möte tillsammans med Cancerrådets ordförande. Datum för rådets kommande möten fastställs per kalenderår.

Patient – och närståenderådet utser ordförande, viceordförande samt sekreterare.

Landstinget Dalarnas Cancersamordnare och/eller Cancerrådets ordförande eller av den utsedd person är föredragande.

Förberedande utskott består av Cancersamordnare tillsammans med SVF-flödessamordnare.

Mandattiden är 3 år och varje patientförening/förbund ansvarar för representant till omval inför varje ny mandat period. Patient – och närståenderådet sammanträder tidsmässigt så att cancerrådet kan ta del av rådets synpunkter.

Kallelse med förslag till dagordning delges senast två veckor före sammanträde.

Patient och närståenderådet ska årligen inbjuda representanter i vårdprogramgrupperna till ett möte för att byta erfarenheter och diskutera aktuella frågor.

SVF beräkningsunderlag 70% mål 2020.

Inrapporterade Soc.st.statistik om cancer	2014		2015		2016		Genomsnitt	SVF70% mål	SVF BILD 2017 med cancer ink överflyttade varav överflyttade		Signe inrapporterat 2017 exkl. överflyttade
	2014	2015	2016	2015	2016	2015			2017	2017	
Analcancer	7	9	3	6				5	3	3	0
Akut leukemi	4	14	15	11				8	11	0	11
Bröstcancer	235	227	181	214				150	264	0	255
Bukspottkörtelcancer	32	13	26	24				17	42	15	27
Hud och halscancer	36	35	47	40				28	45	43	1
Levercancer	32	13	26	24				17	13	7	6
Lymfom och KLL	88	86	98	91				64	66	5	59
Lungcancer	115	126	137	126				89	115	39	76
Hjärntumör	30	30	30	30				21	26	26	3
Hudmelanom	83	104	105	97				68	86	5	80
Gallblåsecancer	8	5	12	8				6	4	3	1
Urinblåse- urinvägscano	84	79	39	67				47	77	0	73
Livmoderhalscancer	19	18	10	16				12	9	9	0
Livmoderkroppscancer	44	38	35	39				28	37	8	28
Matstrups- och magsäck	36	40	42	39				28	27	12	15
Myelom	35	32	39	35				25	36	2	34
Njurcancer	45	31	30	35				25	18	11	7
Peniscancer	4	0	2	2				2	2	1	0
Prostatacancer	259	218	228	235				165	227	20	198
Sköldkörtelcancer	7	6	12	8				6	6	0	4
Testikelcancer	11	13	6	10				7	11	3	6
Tjock och ändtarmscanc	202	232	284	239				168	185	25	158
Äggstockscancer	32	34	24	30				21	33	8	25
Vulvacancer	2	7	4	4				3			