

HANDLINGSPLAN REGION GÄVLEBORG – för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i cancervården 2018

Handlingsplanerna ska vara Socialdepartementet tillhanda
senast den 15 mars 2018



1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) Inga ytterligare erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården. Införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider har tillkommit sedan redovisning 1/11 2017, se punkt 2.1.
- b) Erfarenheter från implementerade SVF har lett till utveckling och fastställande av struktur och innehåll i generisk processmodell, processtyrning, processägare, processledare, processteam och processtöd inom cancervården - och i förlängningen inom hälso- och sjukvården. Erfarenheterna har även gett vägledning till fortsatt drift av införda SVF efter 2018.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Antal patienter som har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017.

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				
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	5	6				
Analcancer		7		5		
Bröstcancer	112	2230				
Bukspottkörtelcancer	31	23	4	6	1	
Cancer i galla och gallvägar	12	8	2	1		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika	12	10				

symtom						
CUP – Cancer utan känd primärtumör	2	10				
Hjärntumörer	16	15				
Hudmelanom	350	328	2	1		
Huvud- och halscancer	166	144	34	19		
Kronisk lymfatisk leukemi	7	2				
Levercancer	15	17	5	1		
Livmoderhalscancer (cervix)		15		10		
Livmoderkroppscancer (endometrie)		28		7		
Lungcancer	107	124	1	2		
Lymfom	31	15	1			
Matstrupe- och magsäckscancer	43	23	14	5		
Myelom	16	8	1			
Njurcancer	10	11	3	8		
Peniscancer	6		2			
Prostatacancer	587	1	46			
Skelett- och Mjukdelssarkom	1	3	2	3		
Sköldkörtelcancer	1	6				
Testikelcancer	7					
Tjock-och ändtarmscancer	372	359	2	3		
Urinblåse- och urinvägscancer	513	345	3	1	1	

Äggstockscancer		72		8		1
-----------------	--	----	--	---	--	---

1.3 Överföring av information

- a) Systemet fungerar för att följa övergripande och ingående ledtider. Utveckling pågår för att automatisera rapporter med resultat utifrån nationella och lokala mål till processägare och processledare. Det finns fortfarande brister i registreringen av KVÅ-koder och därför pågår ett arbete för att kunna följa en enskild patient i ett SVF. Det sker i form av daglig styrning samt riktade, regelbundna och automatiserade felrapporter för att kvalitetssäkra in- och utdata.
- b) Genom delvis automatiserade felrapporter som fångar upp bristande KVÅ-registreringar i vårt patientadministrativa system, och levereras till berörda enheter för att kvalitetssäkra in- och utdata med KVÅ-kodregistreringar. Innan data laddas upp i den nationella väntetidsdatabasen körs script för kvalitetssäkring. Fel rapporteras och plockas bort. Projektgruppens ansvariga för ledtider stöttar och utbildar berörd verksamhet i kodverket för att öka kvalitén i registreringen.
- c) Gävleborg samverkar med berörda landsting. Tillsammans säkerställer vi att vi följer den nationella rutinen för rapportering av patient i SVF mellan landstingen. Vi arbetar kontinuerligt för att både remissmallar i journalsystem och aktiva överlämningar ska innehålla den information som det mottagande landstinget behöver för rapportering till nationella väntetidsdatabasen.

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

Koordinatorfunktion och obokade tider för inkludering av patienter sker i två etapper:

1 januari	1 mars
Vulvacancer	Buksarkom Neuroendokrina buktumörer

Verksamheternas utvecklingsarbete stöds av en etablerad projektgrupp som drivs av den lokala cancersamordnaren. Delprojektledare i gruppen har riktade uppdrag och involverar de resurser som behövs för implementeringsarbete med respektive SVF.

Information och utbildning genomförs riktat mot primärvården och specialiserad vård. Det omfattar dialogmöten, APT, professionsträffar, processteam, processledare, processägare, AT/ST-utbildningar

med mera. I arbetet ingår att följa upp kvalitén på ifylld SVF-remiss och kriterier för välgrundad misstanke inom primärvården och specialiserad vård. I de fall där systematiska avvikelser uppmärksammas genomförs riktade insatser, och projektgruppen fungerar som stöd till verksamheten i det arbetet. Primärvården och den specialiserade vården blir därmed medvetna om sin funktion i SVF och får insikt i begreppet välgrundad misstanke. Samtliga berörda inom specialistvården och primärvården ska ha samma förståelse och uppfattning om välgrundad misstanke.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

Nedanstående utmaningar gäller för de tre ny SVF 2018 likväl som för de 28 införda:

Utmaning	Planerad åtgärd
Tid för verksamheterna att driva utveckling och förbättring.	Projektgrupp stöttar verksamheterna att driva arbetet.
Följsamhet till etablering och implementering.	Tydlig kommunikation med information och utbildning kring förvaltning och understödjande vård. Kontinuerlig uppföljning av rutiner/riktlinjer, processorganisation och indikatorer.
SVF följer inte befintlig organisatorisk struktur och ekonomiska incitament.	Processägare ansvarar för förutsättningar att arbeta enligt SVF.
Samtliga patienter erbjuds Min vårdplan inklusive rehabiliteringsplan för att öka möjligheten till information och delaktighet.	Ingår i arbetet med respektive SVF. Parallellt ges stöd och hjälp från arbetsgrupp för kontaktsjuksköterska inom RCC Uppsala Örebro samt lokalt av Gävleborgsrepresentant och cancersamordnaren.

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Återbesök och kontroller.	Skapa struktur för handläggning av återbesök och kontroller som inkluderar kontaktsjuksköterskans roll. Aktivt följa ledtider för återbesök och kontroller.
Dimensionering av ingången till start av behandling utifrån volymer och förändringar i patientflöden.	Skapa struktur för handläggning av volymer och förändringar i patientflöden samt arbetsätt. Aktivt följa ledtider.

3.2 Min vårdplan

Arbetet med att etablera och utveckla Min Vårdplan ingår redan idag i processteamensarbete inom respektive SVF och i detta sker samverkan mellan kontaktsjuksköterska och patientrepresentanter. Parallellt ges stöd och hjälp med Min Vårdplan av en arbetsgrupp för kontaktsjuksköterskor inom RCC Uppsala Örebro, samt lokalt av Gävleborgsrepresentant och lokal cancersamordnare. En lokal arbetsgrupp i Region Gävleborg samarbetar med arbetsgruppen inom RCC Uppsala Örebro när det gäller införandet av den elektroniska nationella vårdplanen. Förberedelser för implementeringsfas pågår, och kontaktsjuksköterskorna har fått en introducerande information om implementering och upplägg.

Parallellt sker ett arbete lokalt avseende dokumentation av individuell vårdplan inklusive rehabiliteringsplan inom journalsystemet. Det utförs av en grupp kontaktsjuksköterskor och Gävleborgs representant i RCC Uppsala Örebros arbetsgrupp för kontaktsjuksköterskor. I detta arbete innefattas även funktionen Fast vårdkontakt.

3.3 Definition av välgrundad misstanke

Det har framförts synpunkter på att definitionen på välgrundad misstanke har för breda inklusionskriterier. Det gäller ett antal SVF, till exempel prostata och allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer.

SVF Hudmelanom:

Eftersom införandet av teledermatoskopi inom Region Gävleborg har resulterat i en drastisk ökning av antalet diagnostiserade melanom, trots att antalet diagnostiska excisioner/biopsier till patologen minskat, tycker vi att större tonvikt skall läggas på teledermatoskopisk undersökning i punkten: • dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning som stärker misstanke om hudmelanom

Melanom in situ, inklusive lentigo maligna bör undantas från SVF, då man här får en undanträngningseffekt inom själva melanomgruppen vilket resulterar i att patienter med invasiv sjukdom får längre vårdförlopp, fr a utredningsblocket försenas då patologkompetensen i hela landet är starkt begränsad.

4. Information och förankring

4.1 Patienter och närstående

- a) I ett första steg har utkast till handlingsplanen förmedlats till patient-och närståenderepresentanter för tankar och synpunkter. I andra steget genomfördes en gemensam träff med projektgrupp samt patient- och närståenderepresentanter för diskussion om innehållet. Därefter har samtliga deltagare fått möjlighet att granska färdigställd handlingsplan.

- b) Patient- och närstående-representanter är en del av arbetet i processteamerna. I Region Gävleborg finns det även en patient- och närståendebank som är en tillgång i olika sakfrågor och förbättringsarbeten kopplade till SVF inom cancervård. Den lokala cancersamordnaren och Cancerrådet arbetar aktivt med patient- och närstående-representanter i den lokala cancerstrategin där SVF ingår för att stärka patientens ställning.

4.2 Vårdens medarbetare

Information och utbildning sker kontinuerligt utifrån behov. Alla medarbetare i vården har tillgång till uppföljningar av SVF i drift. Det finns en hemsida med samlad information tillgänglig för alla medarbetare i vården, befolkningen och samarbetspartners. Nyheter och förändringar förmedlas till berörda av lokal cancersamordnare i samarbete med Cancerrådet. Det lokala Cancerrådet har ett ansvar för att vårdens medarbetare har kännedom om SVF.

5. Uppföljning

5.1. Ledtider

- a) Riktad information och utbildning utifrån behov till de medarbetare som sköter registreringen. Det gäller bland annat användandet av framtagna lokala "lathundar" och nationella kodvägledning. Här ingår även samverkan med nätverk inom RCC Uppsala Örebro för att säkerställa följsamhet och enhetlighet i registreringarna.
- b) Framtagande av automatiserade felrapporter gällande ofullständig registrering. Felrapporterna följs upp av utsedda medarbetare inom berörda enheter.
- c) Resultat av nationella mätpunkter ingår som en uppföljningsparameter för processteamerna inom respektive SVF. Respektive processteam tar fram förbättringsåtgärder utifrån ledtidresultat. Respektive processägare och processledare kommer från och med 2018 att en gång per år rapportera status samt pågående arbeten inom respektive SVF till Cancerrådet.

5.2 PREM-enkäten

PREM-enkäterna ger ett viktigt perspektiv i det fortsatta förbättringsarbetet kring SVF. Det handlar om att kunna belysa cancerpatienternas upplevelser av vården, exempelvis när det gäller information, bemötande och delaktighet. Baserat på resultaten hittills kan vi konstatera att informationen om att man ingår i ett SVF blivit bättre men att det finns förbättringsområden, bland annat när det gäller delaktighet och emotionellt stöd.

Resultaten kommer att presenteras på Region Gävleborgs hemsida för SVF och kompletterar den befintliga strukturen av kontinuerlig uppföljning av införda SVF. All data kommer att följas av och återkopplas till Cancerrådet, samt berörd processägare och processledare. Processledare återkopplar även till processteamerna för respektive SVF med framtagande av förbättrings- och

utvecklingsåtgärder. I detta ingår även att förmedla resultaten till patient- och närstående representanter.

Region Gävleborg planerar att använda PREM-enkäten till de SVF som införs 2018. I takt med att allt fler svar kommer in kan regionen jämföra olika SVF med varandra. Detta kommer att ge ytterligare underlag för att identifiera styrkor och förbättringsområden inom SVF.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 Fortsatt arbete

Det arbete som har gjorts nationellt med SVF utgör en grund för utveckling av ett processbaserat synsätt i verksamheten. Roller som processägare och processledare har definierats och ska formaliseras ytterligare. I rollernas uppdrag ingår att tillsammans med processteam följa samt skapa förutsättningar för respektive SVF.

Från och med 2018 sker återkoppling till Cancerrådet där patientrepresentanter ingår. Återkopplingen innefattar hela vårdförloppet från primärvård, utredning och behandling till uppföljning, med dess ingående komponenter av olika professioner, rehabilitering, omvårdnad och palliation. Rutiner och riktlinjer följer SVF-strukturen och kommer att finnas publikt kopplat till en processkarta som är tillgänglig för samtliga medarbetare, befolkning och samarbetspartners.

6.2 Mål för 2020

- a) Målet för 2020, att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utreds via ett SVF, är uppnåbart. Region Gävleborg har redan i dag uppnått detta mål i ett flertal diagnoser, till exempel i SVF Hudmelanom. Däremot har Region Gävleborg utmaningar i att uppnå målet att 80 procent av patienterna ska gå igenom ett SVF inom utsatt tid. För att lyckas kommer Region Gävleborg även fortsättningsvis att behöva arbeta med infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning. Man kommer även att behöva genomföra förändringar i arbetssätt, samt öka samverkan inom sjukvårdsregionen och nationellt.

Det finns utmaningar med införandet av fler SVF där fler förlopp har olika tider att hålla reda på och förhålla sig till, exempelvis inom patologi och bild- och funktionsmedicin. Inom patologi arbetar man med att förenkla i vissa processer för att få förbättrade svarstider i SVF-flödet. Under våren kommer de första resultaten över vilken effekt det blir och om det sker undanträngningseffekt på de oprioriterade. I detta ingår arbete med styrkort för olika SVF i syfte att följa ledtiderna. En gång i kvartalet levereras tiderna till processägarna.

Det finns också utmaningar med att kontinuerligt avsätta tid för att effektivisera arbetet. Flera insatser görs inom patologi i arbetet för att nå uppsatta ledtider och mål inom respektive SVF. Ett nytt, automatiskt inbäddningsinstrument och autosection gör att patologienheten kan frigöra mer tid vid snittningen av preparat. Arbetet med digital patologi ExDin kan förkorta svarstider gällande konsultation, då man slipper skicka preparatglas för

bedömningar. Genom att arbeta på distans, hemifrån, kan patologerna i lugn och ro diagnostisera utan att bli störda, vilket i sin tur innebär högre kvalitet och större produktion.

- b) Den största enskilda satsningen behöver göras inom SVF Prostata, framför allt från välgrundad misstanke till ett första besök och därefter till diagnosbesked. Inom Region Gävleborg råder kapacitetsbrist inom urologi och patologi vilket påverkar SVF Prostata i stor utsträckning.
- c) Redan i dag arbetar man aktivt med infrastrukturens satsningar och kompetensförstärkande åtgärder inom både kirurgi och patologi. Det kommer även att finnas ett riktat processtöd inom kirurgi för att tillsammans med processteamet utveckla och förbättra processen i syfte att nå uppsatta mål.