

Regionalt cancercentrum väst

Västra Götalandsregionen

2018-02-28

Handlingsplan

För arbetet med standardiserade
vårdförlopp enligt överenskommelsen
mellan regeringen och SKL om kortare
väntetider i cancervården 2018

Innehåll

1.	Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017.....	1
1.1	Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu	1
1.2	Antal patienter som genomgått respektive SVF	3
1.3	Överföring av information.....	5
2.	Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018.....	6
2.1	Tidplan för införande.....	6
2.2	Utmaningar och konsekvenser	7
3.	Fortsatt arbete med redan införda SVF.....	8
3.1	Risk för undanträngning och omprioriteringar	8
3.2	Min vårdplan	10
3.3	Definition av välgrundad misstanke	11
4.	Information och förankring	11
4.1	Patienter och närstående.....	11
4.2	Vårdens medarbetare.....	12
5.	Uppföljning	13
5.1	Ledtider	13
5.2	PREM-enkäten	15
6.	Planering för fortsatt arbete efter 2018	15
6.1	Fortsatt arbete.....	15
6.2	Mål för 2020.....	16

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?

Västra Götalandsregionen (VGR) har goda erfarenheter av arbetet med införandet av välgrundad misstanke, koordinatorfunktion samt obokade tider. Rutinerna för införandet av SVF har utvecklats och satt sig i de berörda organisationerna och det finns god kunskap om att SVF finns och vad det innebär. Det finns också ett viktigt och utbrett stöd i implementationsarbetet via sektorsråd, regionala processägare och de nätverk som byggts upp runt Regionalt cancercentrum väst (RCC Väst).

Andra avgörande faktorer för det framgångsrika arbetet har varit primärvårdens och specialistvårdens engagemang, de tydliga målen som definierats i införandet samt koordinatorfunktionens viktiga roll i patientförloppens utveckling. Registrering av ledtider är också en viktig del av arbetet då det utgör ett instrument för vidareutveckling av vårdprocesserna samt möjliggör uppföljning och återkoppling till nationell nivå om effekterna av vårdförloppens utformning. Ledtidsregistreringen är dock utmanande på grund av vårdens nuvarande IT-struktur.

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

Då implementationsarbetet har gett mycket goda resultat i VGR fortsätter arbetet på samma sätt. Vid uppstarten 2015 fanns ett stort behov av information och kunskap gällande vad SVF var och vilken roll varje enhet hade i vårdförloppen. Under 2015 lades också grunden till det fortsatta arbetet med projektorganisationer, registreringssystem, utbildnings- och informationsinsatser etc. År 2016 utvecklades detta arbete vidare och förfinades ytterligare samtidigt som många fler vårdförlopp och större patientgrupper startades upp. År 2017 fortsatte arbetet till stor del på samma sätt som under 2016 med extra fokus på stöd och dialog med de delade resurserna i de standardiserade vårdförloppen, dvs. bild- och funktionsmedicin, patologi, endoskopi, operation och onkologi. Ledtidsregistret SVF-INCA rullades under 2017 ut för samtliga vårdförlopp i VGR som ett patientuppföljningsverktyg med möjlighet att mäta och följa upp delledtider.

Inför implementeringen 2018 är förutsättningarna något förändrade mot 2016 och 2017:

- Ett fåtal nya vårdförlopp jämfört med tidigare ska införas och dessutom för relativt ovanliga diagnoser. Detta innebär att implementeringsarbetet inte blir lika brett som tidigare år.
- Utredning enligt SVF Vulvacancer kommer i stor utsträckning beredas och skötas av SVF-koordinatorer och processledare som i dagsläget redan arbetar med övriga gynekologiska diagnoser inom SVF vilket underlättar implementeringen av vårdförloppet ytterligare.
- Istället för att anordna heldagsträffar kring nya SVF för allmänläkare och lokala processledare kommer träffarna också inkludera en repetition om ingången till utvalda SVF samt genomgång av uppdaterade/reviderade SVF.
- Istället för regional utbildning för nya SVF-koordinatorer i VGR anordnas nätverksträffar. På så sätt får alla SVF-koordinatorer möjlighet att ta del av nyheter och nytillträdda SVF-koordinatorer får möjlighet att direkt träffa, knyta kontakt med och lära av inkörda kollegor.

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 Källa: SVF-exelkub "SVF ledtider 20180208" (GRAL)		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting Källa: Sign-E		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget Källa: VEGA*	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi	5	2	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	98	75	0	0	2	0
Analcancer	4	9	0	0	0	0
Bröstcancer	64	2711	0	1	1	4
Bukspottkörtelcancer	261	253	0	0	7	9
Cancer i galla och gallvägar	75	120	0	0	0	8
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	160	161	0	0	17	24
CUP – Cancer utan känd primärtumör	174	199	0	0	2	1
Hjärntumörer	157	193	0	0	2	2
Hudmelanom	946	1012	0	0	14	12
Huvud- och halscancer	833	703	1	2	38	21
Kronisk lymfatisk leukemi	36	22	0	0	0	0
Levercancer	173	86	0	0	15	11

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		Män	Kvinnor
	Källa: SVF-exelkub "SVF ledtider 20180208" (GRAL)		Källa: Sign-E		Källa: VEGA*	
Livmoderhalscancer (cervix)	0	36	0	0	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	327	0	0	0	0
Lungcancer	861	893	0	0	6	6
Lymfom	447	356	0	0	5	3
Matstrupe- och magsäckscancer	261	131	0	0	7	8
Myelom	148	109	0	0	5	1
Njurcancer	80	45	0	0	0	0
Peniscancer	29	0	6	0	0	0
Prostatacancer	4283	0	0	0	39	0
Skelett- och mjukdelssarkom	6	4	0	0	0	0
Sköldkörtelcancer	18	38	0	0	0	0
Testikelcancer	88	0	1	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	1926	2226	0	0	25	24
Urinblåse- och urinvägscancer	3556	2727	3	0	9	10
Äggstockscancer	0	403	0	0	0	13

*Data för "Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget" har hämtats från Västra Götalandsregionens vårddatabas (VEGA).

1.3 Överföring av information

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

I VGR registrerar de offentliga sjukhusen KVÅ-koderna i det patientadministrativa systemet ELVIS och informationen sparas i ett datalager. Privata, upphandlade vårdgivare registrerar start och avslut för SVF-patienter i egna system, alternativt i SVF-INCA, och levererar informationen i fil till VGRs datalager. I datalagret matchas registrerade KVÅ-koder till hela förlopp.

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

VGR har för standardiserade vårdförlopp tagit fram ett antal regiongemensamma rapporter i VGRs utdatasystem Cognos som visar informationen i datalagret. Det är sjukhusens ansvar att kvalitetssäkra det som registreras och till sin hjälp har de detaljrapporter. Det finns även en rapport för avvikande registreringar. Patienter med avvikande registreringar inkluderas inte i filen till den nationella väntetidsdatabasen. All rättning sker på sjukhusen i källsystemen. I Cognos finns också verksamhetsrapporter för uppföljning och även dessa rapporter används för kvalitetssäkring och rimlighetsbedömning.

På respektive sjukhus finns en lokal organisation för registrering och utdata för standardiserade vårdförlopp. De ansvarar för utbildning och har också ett övergripande ansvar när det gäller att kvalitetssäkra data.

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?

Överföring av patienter sker på vedertaget sätt med remiss som vid behov kompletteras med personlig kontakt mellan koordinatörer. Det gäller både vid överföringar av patienter från och till VGR. Remisserna, märkta med SVF, rätt KVÅ-kod samt datum för välgrundad misstanke faxas till respektive remissmottagare.

Halland är det landsting som remitterar vidare flest SVF-patienter till VGR. För att säkerställa ett bra informationsutbyte med Halland har dialogmöten med Halland hållits och rutiner för informationsutbyte har fastställts. Elektroniska sammanställningar av överflyttade patienter från Halland till VGR har precis realiserats.

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 koordinatorkfunktion 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.

De standardiserade vårdförlopp som skall införas under 2018 kommer att startas upp den 1 april 2018 i VGR. Vid uppstart av förloppen skall patienter utredas enligt SVF, koordinatörer och lokala processledare ska vara utsedda och obokade tider, eller motsvarande, vara i drift. Från detta datum kommer patienterna också registreras som SVF-patienter i det patientadministrativa systemet ELVIS för uppföljning av ledtider.

Datum för uppstart av förloppen har bestämts utifrån att:

- Förvaltningarna skall ha haft möjlighet att utse koordinatörer och lokala processledare samt antal obokade tider som behövs. Kontaktuppgifter till koordinatörerna skall också finnas tillgängliga för primärvården för inremittering av patienter.
- Nyckelpersoner på förvaltningarna skall ha haft möjlighet att ta del av information om bakgrunden till den nationella satsningen, de olika rollernas ansvar, instruktioner gällande registrering av patienter i det patientadministrativa systemet samt ta del av nulägesanalyser.
- Primärvården och privata aktörer skall ha haft möjlighet att ta del av information om vilka kriterier som ligger till grund för välgrundad misstanke för de olika diagnoserna och förloppens innehåll så att patientens vård blir likvärdig oavsett vilken enhet den vänder sig till i VGR.

Då primärvården utgör en mycket viktig del i arbetet med de standardiserade vårdförloppen planerar vi, liksom tidigare år, att informera och samverka med primärvården på flera olika sätt. I samarbetet med primärvården har vi stor hjälp av de representanter från primärvård som utgör en del av projektgruppen för införandet av standardiserade vårdförlopp i VGR.

En viktig källa för primärvården gällande information om de standardiserade vårdförloppen är RCC Västs hemsida. Denna uppdateras kontinuerligt för att ny information ska bli lätt tillgänglig. RCC Väst tillhandahåller i dagsläget också primärvården med länkar till respektive förvaltnings remissmottagare för de olika förloppen.

De större förvaltningarna i VGR anordnar primärvårdsdagar för allmänläkare och lokala processledare kring SVF. Dessa arrangeras på liknande sätt som tidigare år men 2018 med ännu större fokus på repetition av ingång till redan införda SVF, utöver info om de nya SVF som införs under våren. Förutom detta förmedlas information gällande SVF i VGR via nyhetsbrev riktade till primärvården.

Införandet av välgrundad misstanke i specialistsjukvården sker enligt de rutiner som sjukhusens linjeorganisationer utvecklat i arbetet med vårdförloppen under tidigare år. Detta innebär generellt sett att förvaltningscheferna utser en ansvarig medarbetare för varje vårdförlopp, oftast verksamhetschefen för den specialistenhet som diagnosområdet tillhör. Dessa ansvarar i sin tur för att utse lokal processledare och koordinator som medverkar i utformandet av lokala rutiner samt uppskattning av behovet av obokade tider.

För att stötta förvaltningarnas arbete finns finansiella medel avsatta för organisationsuppbyggnad och obokade tider. Därutöver arrangerar RCC Väst vårdprocessmöten för berörda diagnoser och de regionala processägarna som är knutna till RCC Väst arbetar aktivt med införandet och utvecklingen av SVF inom ramarna för sina uppdrag.

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
<p>För låg operationskapacitet: Det råder brist på operationspersonal, framförallt operationssjuksköterskor och anestesijsjuksköterskor. Det råder även brist på sjuksköterskor som bemannar vårdplatser efter operation. För låg operationskapacitet påverkar ledtiderna till kirurgi för patienter som utreds enligt SVF men också till andra patienter som är i behov av kirurgi. Med många införda SVF ökar efterfrågan på snabba och prioriterade operationstider.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerligt försöka rekrytera efterfrågad personal • Fortsätta arbete med att försöka öka produktiviteten • Nyttja avtal som möjliggör att patienter opereras på annan ort/i annat landsting • Sälja ut operationer till privata aktörer
<p>För långa svarstider från patologi: Det råder brist på patologer vilket påverkar svarstiderna på analysvar. Med många införda SVF ökar efterfrågan på snabba och prioriterade analysvar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerligt försöka rekrytera efterfrågad personal • Öka produktiviteten genom verksamhetsutveckling • Sälja ut analyser till privata aktörer

VGR ser inga större utmaningar med införandet av de tre nya SVF i sig. Rutinerna för införandet av SVF har utvecklats och satt sig i de berörda organisationerna. Sedan tidigare finns nu god kunskap om att SVF finns och vad det innebär vilket underlättar införande av ytterligare vårdförlopp. Utmaningar med ytterligare införande av fler SVF utgörs istället av svårigheter att ge snabb tid inom stipulerade deltidstider för så många patienter som det sammantaget blir på röntgen, patologen, operation och strålning.

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:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
<p>Inom patologin finns exempel på undanträngning av patienter med malignt hudmelanom. De remisser som inte märks med SVF får vänta längre. Bland remisser som inte märks med SVF hittas fall av maligna hudmelanom.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PATOS: Det pågår ett arbete med att inrätta ett samordnat och heltäckande digitalt verksamhetsstöd för den offentliga patologiverksamheten i VGR, detta verksamhetsstöd går under benämningen PATOS. Syftet är att digitalisera och effektivisera diagnostik av cancersjukdomar, kvalitetssäkra analyser och att väsentligt förkorta väntetider – från remiss till svar. • Kompetensförsörjning: Kompetensbrist råder på patologer. En långsiktig regional plan behöver tas fram för att säkra framtida behov. Detta görs på regionstyrelsenivå. I uppdraget med att införa SVF kommer identifierade behov att flaggas upp och tas vidare till tjänstemän och politiker i VGR. • Vidareutveckla smartare arbetssätt: På patologienheten på Södra Älvsborgs sjukhus har förbättringsarbete bedrivits och deras labbprocess har förkortats väsentligt. Arbete med att samla in och sprida goda exempel för att inspirera till utvecklade arbetssätt pågår inom ramarna för införandet av SVF.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
<p>Väntetiden till koloskopiutredning är lång och har ökat sedan införandet av SVF tjock- och ändtarmscancer. Inflödet av koloskopiremisser har ökat. Ökningen beror troligen inte bara på införandet av det standardiserade vårdförloppet men till viss del. På samma sätt som i kön till patologen avgör remissmärkningen prioriteringen och remisser som inte SVF-märks får längre väntetid och undanträngning uppstår.</p> <p>Den ökade efterfrågan på koloskopier trycker undan patienter som utreds i SVF matstrupe- och magsäckscancer, som får välgrundad misstanke först efter skopin är gjord. Kontroller och preoperativ utredning av patienter som ska genomgå nedläggning av en tillfällig stomi (på grund av skopitillgången och operationskapaciteten) får stå tillbaka, med risk för komplikationer och andra skador som följd.</p>	<p>Utöka antalet koloskopier: Behovet av koloskopier förväntas öka ytterligare i framtiden. En långsiktig regional plan behöver tas fram för att säkra framtida behov (regionstyrelsen). På vissa håll har sköterskor utbildats till att kunna genomföra koloskopier och har visat på goda resultat. Dock är det svårt att motivera denna typ av works shifting när även sjuksköterskor är bristvara.</p>
<p>I och med införandet av SVF cancer i urinblåsa och övre urinvägarna har fler cystoskopitider avsatts varje vecka till hematuriutredningar. På vissa håll har det resulterat i försenade cancerkontroller, med risk för mer komplicerade återfall.</p>	<p>Avvakta och se hur revideringen av vårdförloppet påverkar antalet hematuriutredningar. Upplevelsen hittills har varit en för vid ingång till vårdförloppet.</p>
<p>I VGR upplever en del vårdpersonal ett dilemma kring huruvida föreslagna delledtider och totala utredningstider i SVF är medicinskt motiverade. Denna diskussion uppstår framförallt där kapaciteten är låg på grund av kompetensbrist och/eller hög efterfrågan. Argumenten om att satsningen är till för patienterna och att det är viktigt att korta tiden för utredning då det är påfrestande att behöva vänta på ett cancerutredningssvar accepteras väl. Samtidigt kommer då motargument om att andra patienter riskerar att få vänta längre än tidigare när cancerpatienterna prioriteras på det här sättet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vidareutveckla smartare arbetssätt • Utökad bemanning • Kompetensförsörjning

Alla de nämnda riskerna för undanträngning/omprioritering beror i grund och botten på en produktionskapacitetsbrist. Detta är inget nytt i och med införandet av SVF men det har belyst problemen ytterligare. För att undanröja dessa risker skulle produktiviteten behöva öka. Fler patienter skulle behöva tas om hand med befintliga resurser. Alternativt skulle en utökning av antal resurser kunna öka kapaciteten, men då med ökade kostnader till följd. Dessa risker bedöms inte kunna undanröjas enbart med medel från satsningen på SVF utan är en större fråga för varje landsting/region att ta om hand. Det som kommer ske inom ramarna för införandet av SVF i VGR är framförallt att informera berörda tjänstemän, politiker och vårdpersonal om läget och om de behov som identifieras.

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?

I VGR pågår ett aktivt arbete med Min vårdplan. Regionalt pågår arbete i omvårdnadsgrupper med kontaktsjuksköterskor för respektive diagnosområde där allt från utformning till spridning av arbetsverktyget diskuteras. Det pågår även arbete kopplat till RCC Väst kring hur den KVÅ-kod som är framtagen för att kunna mäta antalet upprättade Min vårdplan ska användas.

Min vårdplan ses som ett bra verktyg för patienten och intresse finns för att utöka användningen av det i VGR. I en del kvalitetsregister ingår redan upprättande av Min vårdplan som en kvalitetsuppföljningsindikator. Diskussioner om att breddinföra denna indikator till alla cancerkvalitetsregister pågår. Patienternas upplevda delaktighet mäts i PREM-enkäten bland annat med avseende på upprättande av skriftlig individuell vårdplan. Genom pågående arbete i omvårdnadsgrupper och på RCC Väst förväntas uppföljning kunna göras både utifrån PREM och kvalitetsregisterdata.

Angående den elektroniska versionen av Min vårdplan pågår ett arbete på RCC Väst tillsammans med projektledare för Stöd och behandling i VGR. Under hösten planeras ett pilottest genomföras inom två diagnosområden. Piloten beräknas pågå fram till början av 2019. Först efter pilottest kan övervägas att breddinföra elektronisk vårdplan i VGR. Arbetssättet med den elektroniska versionen skiljer sig från dagens i pappersformat och det kommer krävas en del utbildning mm. för att möjliggöra användande av elektroniska versionen av Min vårdplan.

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.

Överlag har de nationellt framtagna definitionerna av välgrundad misstanke varit ett starkt verktyg i införandet av SVF. Det är dock viktigt att utfallet av definitionerna följs upp kontinuerligt. I VGR upplevs det positivt att SVF cancer i urinvägarna reviderats. Från radiologin kommer signaler om att en del onödig strålning görs beroende på vida kriterier, även detta är viktigt att löpande utvärdera.

Mer specifikt finns fortfarande en del frågor till den vida tratten in till SVF tjock- och ändtarmscancer. Denna har mötts av viss kritik då endoskopi-enheterna i regionen ser risk för att patienter med icke-maligna åkommor inte hinns med. Sen är det också en fråga mer specifikt om ingångskriteriet ”Förändrade avföringsvanor” (ändring av annars stabila avföringsvanor i > 4 veckor utan annan förklaring). Ett arbete har utförts på Kungälvssjukhus för att identifiera antalet patienter som endast uppfyller ingångskriteriet ”Förändrade avföringsvanor” och som får en cancerdiagnos. Av 172 patienter som remitterats för SVF under perioden 160501-170430 angavs ”Förändrade avföringsvanor” som enda symptom i 37 remisser. Ingen av dessa patienter fick en cancerdiagnos. Av alla 172 som utretts har 39 fall av kolorektal cancer upptäckts. Diskussion om ingångskriteriet är därför önskvärt på vårens nationella möte för eventuell revidering av vårdförloppet.

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?**

I projektgruppen för införandet av SVF i VGR finns sedan starten för SVF-projektet två patient- och närståenderepresentanter med. Dessa bidrar kontinuerligt med värdefulla insikter från patientperspektivet och säkerställer att alla beslut som tas rörande införandet av SVF i VGR är värdeskapande från ett patient- och närståendeperspektiv. Detta gäller även handlingsplanen för 2017 och de aktiviteter som den innefattar.

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

Patientrepresentanter involveras i de kurser och möten som arrangeras av RCC Väst i samband med införandet av SVF i VGR. De bidrar med mycket värdefulla synpunkter gällande utformning av patientinformation, i diskussioner om förvaltningarnas arbete med SVF samt ger en unik insikt i hur det kan vara att vara cancerpatient i VGR och vilka förbättringsmöjligheter som de ser i vården. I kombination med resultaten från PREM-enkäten för SVF utgör detta viktiga verktyg i arbetet med att korta väntetiderna i cancersjukvården med bibehållen kvalitet och bemötande.

4.2 Vårdens medarbetare

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

De medarbetare som arbetar med SVF får löpande information via bl.a.:

- Flaskhalssturné – Projektledningen för SVF i VGR besöker förvaltningarna och diskuterar rådande flaskhalsar och möjliga åtgärder per vårdförlopp. På dessa möten deltar projektgruppsrepresentant, lokala processledare och koordinators per vårdförlopp samt även representanter från röntgen, patologen och operation för att möjliggöra direkta dialoger kring lokala och regionala flaskhalsar.
- Lokala processledare deltar på regionala vårdprocessmöten som leds av utvecklingsledare på RCC Väst och regionala processägare. Där diskuteras processarbete inklusive SVF-frågor.
- Nätverksträff SVF-koordinators – RCC Väst anordnar nätverksträff för SVF-koordinators där även andra medarbetare som är nya i SVF är välkomna att delta, utöver befintliga och nya SVF-koordinators.
- Projektledningen för SVF i VGR anordnar en regional heldag om SVF dit politiker, tjänstemän, patient- och närstående representanter samt vårdens medarbetare är inbjudna att delta.
- Förvaltningarna anordnar primärvårdsdagar om SVF där lokala processledare berättar om ingångskriterier till sina respektive vårdförlopp och svarar på frågor från allmänläkarna. Dagen är framförallt till för att skapa dialog mellan lokala processledare och primärvårdsläkare om SVF och lokala rutiner.
- Vid uppstart av nya SVF eller vid behov av att få ut nyheter till primärvården nyttjas Primärvårdsnytt som är ett nyhetsbrev som går ut till alla i primärvården i VGR.
- Projektgruppsmöten hålls en gång per månad och då får alla förvaltningar samt primärvårdsrepresentanter information om vad som är på gång. De ansvarar för att sprida vidare informationen.

SVF påverkar många vårdenheter, inkl. kirurgen, kvinnokliniker, medicin, ortopedi, röntgen, patologen, operation, endoskopi, akuten m.fl. Detta underlättar spridningen och upprätthållandet av vad SVF är. I början av satsningen, 2015-2016, gick mycket tid åt för projektledningen att informera för olika vårdpersonal i regionen. Numera är förvaltningarna och primärvården själva bra på att sprida informationen vidare till sin personal. Engagemanget för satsningen på SVF har varit mycket stort och det i kombination med att låta information flöda både via linjen och via processgrupperna har varit framgångsfaktorer.

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.**

Några av de svårigheter som VGR upplever med enhetlig registrering beror på den befintliga uppföljnings- och registreringslösningen för offentliga sjukhus i VGR:

- Lösningen utgörs av två olika system där registreringar överförs en gång per dygn till uppföljningssystemet. Detta gör att registrerade mätpunkter kan ses först dagen efter vilket gör det svårare att följa upp om registreringen blev rätt.
- Registreringar sker manuellt och riskerar därför att bli olika beroende på vem som registrerar.

Tillförlitligheten påverkas också av den svårighet som upplevs i själva registreringen utifrån befintliga kodningsvägledningarna och stöddokument som fortfarande inte helt tydliggör när och vilka koder som ska registreras för att uppnå nationellt enhetlig registrering. Kodningsvägledningarna anses fortfarande något för generiska för att vara till god hjälp. De uppdaterade kodningsvägledningarna är bättre än tidigare versioner men det finns önskemål om att förfinas ytterligare, t.ex. genom att lägga till konkreta exempel som tydliggör vilken kod som ska användas när i varje specifikt vårdförlopp.

I VGR pågår kvalitetssäkringsarbete för att öka andelen enhetlig registrering. På respektive sjukhus finns en lokal organisation för registrering och utdata för standardiserade vårdförlopp. De har ett övergripande ansvar när det gäller att kvalitetssäkra data.

För att stötta kvalitetssäkringsarbetet ytterligare planerar projektledningen SVF i VGR att anordna träffar för att regionens koordinatörer ska få möjlighet att diskutera exempel, svåra fall och otydligheter kring registrering per vårdförlopp. Detta kommer bland annat ske på Nätverksträffen för SVF-koordinatörer som är planerad till den 15 mars. Tanken är att under en del av dagen dela upp deltagarna i diagnosområden för att diskutera registrering.

Det pågår också diskussioner i vårdprocessgrupperna kring registrering. Önskemålet från de regionala processägarna i VGR är att delledtider ska mätas och att SVF-INCA därför ska användas. Inbyggt i SVF-INCA finns inbyggt stöd för vilken kod som ska användas när, t.ex. går det att hålla muspekaren över en registreringsruta och få en förklarande text för vad som ska fyllas i där. Genom att förenkla och tydliggöra hur registreringen ska göras kommer större enhetlighet i registreringen att kunna uppnås.

I samband med att fler väljer att använda SVF-INCA i VGR anordnar RCC Väst utbildning per diagnosområde för de som registrerar. Vid dessa utbildningstillfällen diskuteras också kvalitetssäkring och exempel tas upp. Genom övningsuppgifter får deltagarna även jämföra sina svar mot varandras vilket kommer öka medvetenheten om kvalitetssäkring ytterligare.

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

Som tidigare nämnt finns fellistor framtagna där det framgår om patienter endast har en registrerad start eller ett avslut. Om en patient ligger kvar på den listan är det förvaltningens ansvar att återkoppla till det landsting där patienten remitterats från eller mottagits till för att lösa den inkompleta registreringen.

För mottagna patienter från Halland finns som också tidigare nämnt nu en elektronisk lösning för att redovisa antalet mottagna patienter. Denna har dröjt men är nu äntligen på plats. Då Halland är det landsting som VGR mottar flest patienter ifrån har denna automatiska lösning prioriterats. Inom kort kommer också mottag från andra landsting fångas elektroniskt på liknande sätt.

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

De nationella resultaten kommer framförallt användas i kvalitetssäkringsarbete av registrerad SVF-data. Några specifika nationella mätpunkter som kommer användas för att kontinuerligt följa utvecklingen är:

- antalet utredda patienter inom varje SVF
- andel och antal patienter med start av behandling
- andel och antal patienter som fått behandling inom stipulerad målltid

Dessa mätpunkter bedöms som kritiska när det kommer till att jämföra mellan landsting/regioner och ge indikation på behov av extra kvalitetssäkringsarbete samt på hur VGR ligger till jämfört med övriga landsting mot 2020-målen. Det är ett bra underlag att utgå ifrån när det gäller att identifiera vilka vårdförlopp som kan behöva extra stöd och vilka som ligger bra till.

Projektgruppen SVF i VGR och de regionala processägarna i VGR är eniga om att det är av största vikt att få fram delledtidsdata för att möjliggöra verksamhetsutveckling för att nå målen 2020. Registrerings- och uppföljningsverktyg som möjliggör uppföljning av delledtider, direkt återkoppling vid registrering samt stöd för uppföljning anses kritiskt för att nå målen. Därför pågår nu ett arbete i VGR med att se över befintliga behov och möjligheter att utveckla registreringen och uppföljningen av SVF för att i ännu större utsträckning möta dessa önskemål.

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?

Det finns ett stort intresse för att följa resultaten på flera olika nivåer i VGR, regional nivå, förvaltningsnivå samt för enskilda förlopp. Under 2017 kunde vi ett kort tag få resultatet nedbrutet på förvaltningsnivå vilket medför stora möjligheter att framöver även använda resultatet som ett viktigt instrument för verksamhetsutveckling. Tyvärr försvann den möjligheten i samband med att analysverktyget för PREM togs ner vid leverantörsbytet. Vi ser fram emot att under 2018 åter få möjlighet att ta del av viktig information om patienternas upplevelser av SVF och vilka åtgärder som kan vidtas för att förbättra detta ytterligare. VGR planerar att under 2018 direkt inkludera även utskick av PREM-enkäter till patienter i de vårdförlopp som startas upp 1 april 2018 i VGR.

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?

Arbetet med införandet av de standardiserade vårdförloppen har medfört att nya samarbetsformer och organisationsstrukturer har växt fram på förvaltningarna. Under 2018 kommer detta utvecklas ytterligare och befästas i organisationerna. I samband med införandet har rutiner och verktyg för att bland annat följa ledtiderna i de olika förloppen utvecklats och vunnit stort intresse. Detta är strukturer som utgör en bra grund för fortsatt arbete.

Under 2018 kommer en regional plan för det fortsatta arbetet efter 2019 tas fram. Organisation, ansvar, roller, forum är exempel på delar som kommer ingå i planen. Detta för att skapa tydlighet för alla som aktivt arbetar med SVF i VGR. Det kommer också ingå en plan för att nå målen 2020.

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.

Införandet av SVF i cancervården i VGR har inneburit:

- Ökat fokus på patientens väg genom vården och samarbete inom sjukhus, mellan sjukhus, mellan sjukhus och primärvård för större förståelse för helheten och de viktiga roller var och en spelar
- Ökad trygghet för patienter och vårdpersonal. SVF-koordinatör har underlättat bevakningen av patienters utredning vilket ökat tryggheten för patienter, närstående och vårdpersonal. Läkare uttrycker att SVF-koordinatör gör stor nytta i och med uppföljningen som numera görs strukturerat för alla dessa patienter.
- Tydlighet kring vilka kriterier som bör föranleda misstanke om cancer och enklare ingång till utredning för de ca 75 % av cancerpatienter som först söker via primärvården
- Nöjda patienter och nöjdare vårdpersonal
- Omställning för röntgen och patologenheterna i regionen. De flesta enheter har numera snabba svarstider för undersökningar/analyser inom SVF. Dock flaggas det för att det är svårt att hinna med övriga undersökningar/analyser. Undanträngning av övriga undersökningar/analyser upplevs problematisk. Att erbjuda snabba tider till alla som går in i SVF anses av vissa medicinskt omotiverat och ifrågasätts också därför. Upplevelsen är att det i dagsläget är för låg kapacitet för att hinna med allt inom rimlig tid och att SVF är så tydligt prioriterat gör att tydligare prioritering av det som inte är cancer efterfrågas.
- Ytterligare diskussioner kring rådande kompetensbrist. Inom vissa specialiteter råder kompetensbrist vilket påverkar tillgängligheten. Här nämns återkommande urologer, patologer, gynekologer, koloskopister, narkossjuksköterskor, operationssjuksköterskor samt sjuksköterskor i stort. Bristen på sjuksköterskor påverkar både antal vårdplatser och antal möjliga operationer.

Framgångsfaktorer:

- SVF-koordinatören som håller koll på patientens utredning
- Samarbete över enhets-, sjukhus- och landstingsgränser
- God information om SVF i primärvården och på sjukhusen
- Nationella dialoger kring Best Practice inom varje SVF
- Regionala processägare, SVF-samordnare och utvecklingsledare som stöttar och driver vårdprocessutvecklingsarbete

Framtida behov:

- Arbeta smartare och mer resurseffektivt
- Fortsatt regional samverkan och ytterligare samarbete mellan vårdförlopp och vårdgivare
- Användarvänlig och transparent registrerings- och uppföljningslösning som möjliggör ytterligare verksamhetsutveckling och samarbete mellan enheter och sjukhus

Delar av det som utvecklats med stöd av statsbidragen är nu etablerat och kan arbetas in i ordinarie vårdöverenskommelser (VÖK). De insatser som omfattas här är delar av funktionen SVF-koordinator samt Diagnostiska centrum. För att säkra nya rutiner och arbetssätt och leva upp till målen som är satta för SVF till 2020 finns det behov av fortsatt arbete och stöd i VGR:

- Regionalt utvecklingsstöd genom RCC Väst för arbete som utförs framför allt av utvecklingsledare och regional samordnare.
- SVF-samordnare med regionalt ansvar på regionens större sjukhus.
- SVF-koordinatorer nya förlopp: Extra stöd under 2019 för att säkerställa att dessa tjänster kan behållas. Dessa kostnader ska sedan arbetas in i VÖK 2020.
- Resurser för flaskhalsåtgärder/flödesoptimering: För att korta väntetiderna behövs ytterligare stöd för att undanröja flaskhalsar och öka flödeseffektiviteten.

Kompetensförsörjning: Identifierade kompetensförsörjningsbrister bör tas med i den regionala planen för kompetensförsörjning.

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

Det är inte helt enkelt att inventera nuläget och bedöma vilka insatser som kommer krävas för att uppnå 2020-målet. Nationella data har använts för att dra slutsatser om nuläge och bedömning av vilka diagnoser som kan anses kräva störst insatser för att uppnå 2020-målen. Detta med reservation för att ytterligare kvalitetssäkringsarbete behövs för att validera dessa data. Utöver data från nationella väntetidsdatabasen utgår svaren också från rapporter från regionala processägare samt flaskhalsinventering som gjorts i VGR i syfte att inventera läget och upplevda flaskhalsar som förhindrar att målen nås per vårdförlopp, förvaltning och regionalt.

Bröstcancer:

En av de vanligast förekommande cancerdiagnoserna idag är bröstcancer. Att få till en snabb utredning för alla dessa patienter kommer bli utmanande, särskilt med tanke på brist på mammografiläkare, bröstpatologer och BMA, vilket idag är den största flaskhalsen. Efter diagnostik finns på vissa enheter även en bristande operationssalskapacitet, i första hand beroende på sjuksköterskebrist, men till viss del även både kirurger och narkosläkare. Med ökad andel neoadjuvant behandling så kommer det även att ställas ökat krav på närvaro av onkolog, samt möjlighet till snabb uppstart av cytostatika, detta är en potentiell framtida flaskhals. Även situationen med tillgång till direktrekonstruktion (när andelen patienter som rekonstrueras direkt ökar) kan utgöra en potentiell framtida flaskhals.

Hudmelanom:

Patologi för hud är en flaskhals i VGR. Undanträngningseffekter har identifierats i och med införandet av SVF just kopplat till långa tider för svar på patologi på prover som inte kvalar in till SVF eller som inte är märkta med SVF. Införande av teledermatoskopi förväntas kunna minska antalet hudmelanomotredningar genom förbättrad diagnostik. Detta förväntas också leda till att färre hudmelanom går utanför SVF. Det är av största vikt att det projekt som pågår i VGR med införande av teledermatoskopi lyckas för att uppnå dessa effekter.

Lungcancer:

VGR har bland de längsta tiderna till start av behandling i Sverige. SVF Lungcancer har bland de svåraste av utredningar, med många steg och många inblandade parter. Här ser VGR ett behov att följa och potentiellt stötta extra för att säkerställa att målnivå nås.

Prostatacancer:

Även SVF prostatacancer har många utredningssteg och eftersom det är den vanligaste cancerformen bland svenska män så är det många patienter som ingår i förloppet. Tiderna från misstanke till start av behandling är de längsta av alla cancerdiagnoser och det återstår mycket arbete innan 80 % målet nås i VGR. Svarstider från patologi och viss radiologi är långa. Operations- och strålbehandlingskapacitet är för låg vilket gör att väntetiderna till start av behandling är långa. Det råder viss brist på urologer men framförallt saknas patologer och uroonkologer. VGR bedömer att även vårdförloppet för prostatacancer kan behöva extra stöd.

c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

För dessa vårdförlopp planeras insatser framförallt i form av:

- Arbete med Regionala processägare, Utvecklingsledare på RCC Väst samt vårdprocessgrupper
- Erbjudande om regionalt stöd till förvaltningarna

För att följa utvecklingen mot att nå 2020-målet planerar VGR att för alla SVF tillse:

- Regional uppföljning kvartalsvis
- Underlag att diskutera i vårdprocessgrupper
- Dialoger mellan förvaltningar, regionala processägare och RCC Väst
- Regionala processägare med tydligt ansvar för SVF
- Utvecklingsledare på RCC Väst med tydligt ansvar för SVF

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/>

2018-02-28

Dokumentnamn: Handlingsplan

Diarienummer: HS 2016-00004

Beslutad av: Hälso- och sjukvårdsdirektören

Kontaktperson: Linda Tedenbrant, Regionalt cancercentrum väst

Telefon 0768-40 14 92

E-post: linda.tedenbrant@rccvast.se