

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



Projektägare: Lisbet Gibson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör
lisbet.gibson@regionjh.se

Projektledare: Elin Wassdahl Nilsson
elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se

Datum: 2018-02-26
Diariernr: RS/91/2015

Sammanfattning

Standardiserade vårdförlopp har bidragit till att fokus på cancerfrågorna och tillhörande behov av förbättring och utveckling har tydliggjorts. I synnerhet har värdeskapande aktiviteter ur patienters och närståendes perspektiv synliggjorts. I region Jämtland Härjedalen är exempel på sådana aktiviteter följande:

- I uppdraget för kontaktsjuksköterska ingår att hen, aktivt ska delta i det diagnosberoende nätverket för kontaktsjuksköterskor, vilket även inkluderar att delta i grupphandledning. Nätverket ska utveckla det emotionella stödet för patienter och deras närstående så att det upplevs fungera genom hela processen, från diagnosbesked till palliativ fas.
- 2018 ska antalet upprättade min vårdplan öka, så även bedömning av behov av cancerrehabilitering och min vårdplan ska följa patienten genom hela processen.
- Implementering av det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering startar under vårvintern 2018.
- Koordinatorcenter är inrättat och ska utgöra navet för SVF så att arbetet fortlöper även 2019-01-01 och framåt.

Vårt lokala cancercentrum är självklar ägare av SVF-frågorna, som är en del av utvecklingen av cancervården som helhet. Arbetet med rätt använd kompetens, inklusive produktions- och kapacitetsplanering förväntas bidra till effektivare arbetssätt. Samtidigt behöver arbetet med kompetensförsörjning intensifieras inom vissa specialiteter. Även förbättrat IT-stöd krävs för kvalitetssäkrad utdata, men också för effektivare arbetssätt.

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?

Primärvården i Region Jämtland Härjedalen har varit framgångsrika beträffande införandet av SVF och välgrundad misstanke. En särskild, dynamisk remiss har skapats för varje SVF i det vårdadministrativa systemet Cosmic. Följsamheten i användandet av denna remiss vid välgrundad misstanke har senaste året varit omkring 80%.

Den specialiserade vården har också de, överlag, lyckats väl med införandet av välgrundad misstanke. Totalt utreddes 1341 patienter enligt SVF 2017, varav 78% inom stipulerad ledtid.

Koordinatorfunktionen lades på kontaktsjuksköterskorna när arbetet med SVF startade 2015. Det blev allt mer tydligt att den administration som SVF för med sig blev till nackdel för kontaktsjuksköterskornas egentliga uppdrag gentemot patienter med cancersjukdom och deras närstående. En gemensam, övergripande koordinatorfunktion, SVF koordinatorcenter (KC) är införd och under 2018 ska stor del av administrationen för samtliga SVF succesivt föras över till KC. Verksamheterna förfogar över *bokningsbara tider* för alla SVF, samt dito tider för bildiagnostik. Det innebär att KC samordnar bokningar och kallelser som gäller SVF och blir därmed ett administrativt stöd för berörda verksamheter, samtidigt som det minskar risken för feltolkningar av koder och begrepp.

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

Se 1.1 a) Koordinatorfunktionen.

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.

Uppgifterna i tabellen nedan avser 2017-01-01 – 2017-12-31 (DivePort 2018-02-02)

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	0	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	1	0	0	1	0	0
Analancer	0	0	0	0	0	0
Bröstcancer	6	204	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	10	9	0	0	0	0
Cancer i galla och gallvägar	0	2	0	0	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	29	27	0	0	0	0

CUP – Cancer utan känd primärtumör	9	7	0	0	0	0
Hjärntumörer	8	11	0	0	0	0
Hudmelanom*	6	16	0	0	0	0
Huvud- och halscancer	9	7	2	2	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	3	0	0	0	0	0
Levercancer	1	1	1	0	0	0
Livoderhalscancer (cervix)	0	3	0	1	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	11	0	4	0	0
Lungcancer	41	28	7	11	0	0
Lymfom	17	15	0	1	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	4	5	0	1	0	0
Myelom	5	4	0	0	0	0
Njuncancer	1	1	0	0	0	0
Peniscancer	2	0	0	0	0	0
Prostatacancer	264	0	16	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	2	4	8	2	0	0
Sköldkörtelcancer	1	3	0	0	0	0
Testikelcancer	0	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	98	165	1	1	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	165	108	3	2	0	0
Äggstockscancer	0	18	0	11	0	0

* Få patienter är utredda i SVF hudmelanom. Det är oklart om utdata stämmer, varför koordinatorcenter (KC) har därför uppdrag att särskilt granska förloppet, som de enligt tidsplan börjar administrera efter sommaren. Sannolikt finns fler förlopp med brister, som vi inte uppmärksammat. Vi vet till exempel inte hur stor andel patienter som får en cancerdiagnos, där misstanken uppstår i samband med annan undersökning och då startar en utredning enligt SVF. I samband med de kartläggningar som genomförs i samband med genomlysning och rätt använd kompetens av öppenvårdsmottagningar hoppas vi få en mer klar bild av detta.

1.3 Överföring av information

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

KVÅ-koderna är kopplade till sökord i vår canceröversikt i det vårdadministrativa systemet så att korrekt registrering ger kvalitetssäkrad utdata.

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

2017 skapades en funktion där datalagret per automatik skickar ett mejl till kontaktsjuksköterskor för respektive SVF-flöde då vi ser att tex datum saknas. Informationen i mejlet motsvarar informationen i DivePort-rapport "Standardiserade vårdförlopp, aktiviteter per patient" där patienter med rödmarkerade datum selekterats. Mejlen fångar de patienter som vi ska rapportera till databasen. Ansvarig för canceröversikten får därmed en signal om att det finns behov av att kontrollera o/e komplettera data i canceröversikten. Den automatiska överföringen till det nationella datalagret levererar dessa korrigeringar inom två dygn.

- 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?

Se 5.1 b)

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?

De tre nya SVF ska vara införda i sin helhet senast 2018-05-01, enligt beslut i styrgruppen för SVF.

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

En strukturerad införandeplan finns framtagen. Berörda verksamhetsområden har sen tidigare infört SVF och det är således inte en ny företeelse. I införandeplanen framgår i vilken ordning olika moment ska göras och vilka kontakter som behöver tas för samarbete och information mellan berörda verksamheter, t ex primärvård och bilddiagnostik.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

Inga signaler har rapporterats om att de nya SVF skulle bidra till särskilda utmaningar.

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.

Det finns för oro för undanträngning men det har inte rapporterats om några fall som tydligt kan hänföras till SVF. Enheten för bilddiagnostik kommer under 2018 att kartlägga de flöden som de är berörda av i syfte att skapa jämna flöden för att i nästa steg prioritera efter stipulerade ledtider, så att det är förberett till 2020. Detta kan komma att innebära omprioriteringar där diagnoser som tidigare har haft korta väntetider till bilddiagnostik kan behöva ge utrymme för andra diagnoser/frågeställningar och därmed få vänta längre. Dock bör det bidra till mer jämlikhet för medborgarna som helhet. Som ett led i arbetet med Rätt Använd Kompetens kommer Region Jämtland Härjedalen att genomlysas specialsjukvårdens öppenvårdsmottagningar. Ett arbete vi förväntar oss ska bidra till effektivare handläggning och därmed minska eventuella undanträngningseffekter.

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?

Vårt diagnosoberoende nätverk för kontaktsjuksköterskor har i uppdrag att arbeta just så. När SVF infördes i region Jämtland Härjedalen blev koordinering av SVF en ny arbetsuppgift som lades på kontaktsjuksköterskorna. Med tiden visade det sig att detta var en olycklig lösning som slukade deras arbetstid och bidrog till att arbetet med min vårdplan avstannade. Nu har vi inrättat en verksamhetsoberoende koordinatorfunktion, som ska frigöra tid för kontaktsjuksköterskorna att regelmässigt erbjuda patienter med cancersjukdom min vårdplan, vilket är ett relativt nytt arbetssätt. Vår intention är att under året även implementera den elektroniska planen. Se även 4.2.

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.

I primärvården uppfattas välgrundad misstanke positivt då begreppet ger tydlighet kring remissförandet. För de diagnoser där specialiserad vård är filterfunktion har primärvården varit extra tydliga i den lathund man utformat som stöd till remittenter. I specialistsjukvården har man i stort samma uppfattning som primärvården. Samtidigt finns det synpunkter, på att några SVF, till exempel SVF bröstcancer och urologiska SVF, har för vid tratt och man kan då uppleva att resurser läggs på att utreda friska människor. SVF innebär ett nytt arbetssätt och det måste få ta tid att det sätter sig.

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?

Handlingsplanen skulle presenteras i samband med en träff med vårt diagnosoberoende patient- och närståenderåd 2018-02-22, så att rådets ledamöter skulle ges möjlighet att komma med synpunkter. Dessvärre blev mötet inställt med kort varsel på grund av att flera ledamöter fick förhinder. I stället bad vi en ledamot i rådet att få möjlighet att sända handlingsplanen i mejl till denne för genomläsning och på så sätt inhämta synpunkter. Ledamoten hade inga invändningar mot innehållet i handlingsplanen.

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

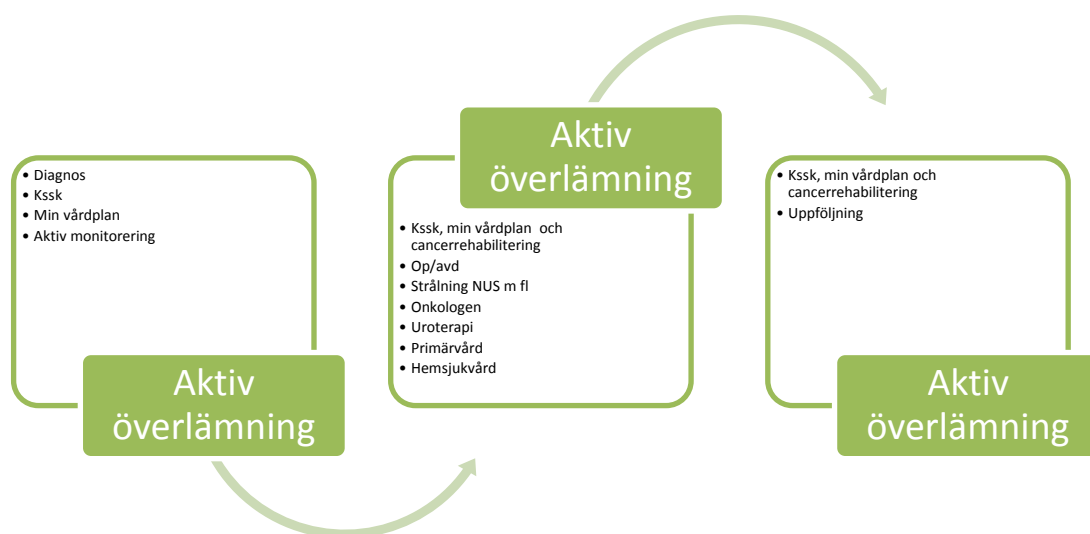
Vi planerar att bjuda in vårt diagnosoberoende patient- och närståenderåd till vårt lokala cancercentrum två gånger/år för dialog kring arbetet med SVF, men också andra, för rådets ledamöter, viktiga utvecklingsfrågor.

4.2 Vårdens medarbetare

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

Standardiserade vårdförlopp har blivit ett allt mer vedertaget begrepp både i primärvården och i den specialiserade vården. Förbättringsarbetet med kontaktsjuksköterskans roll och min vårdplan kommer att kräva att sjuksköterskor på vårdavdelningar, men också i primärvården och hemsjukvården tas med i processen så att övergångarna mellan olika faser i processen blir så smidiga som möjligt för patienten. Därmed blir aktiva överlämningar viktiga så att patienten inte upplever att det hakar upp sig. Att vara delaktig i nätverket för kontaktsjuksköterskor är en del i uppdraget som kontaktsjuksköterska i region Jämtland Härjedalen. Det innebär förändrat arbetssätt: från den egna enheten till att vara en del i en process och ett personcentrerat förhållningssätt. Även implementeringen av det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering ställer krav på att fler än kontaktsjuksköterskorna är delaktiga i patientens process och är bekanta med min vårdplan och då även den elektroniska lösningen. Primärvårdens roll kan komma att vara särskilt viktig i glesbygdslän med långa avstånd, så att rehabiliteringsinsatser kan erbjudas patienten så nära patientens hem som möjligt.

Förbättringsarbetet kan illustreras så här:



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.

Koordinatorcenter (KC) som övergripande funktion, där alla tillämpar samma arbetssätt, förväntas bidra till kvalitetssäkrad registrering. KC har också som controllerfunktion att bevaka att registreringar i canceröversikten som ska göras av respektive verksamhet blir korrekta. KC arbetar i nära samarbete med berörda verksamheter, där det finns utsedd kontaktperson.

IT-ronder kommer att genomföras under året i syfte att kvalitetssäkra såväl in- som utdata. Upplägget är tänkt så här: spetskompetens för vårt patientadministrativa system, tillsammans med IT-strateg kommer att skugga en läkare, en sjuksköterska, en undersköterska och medicinsk sekreterare under två timmar i samband deras ordinarie arbete. De som skuggar kommer att arbeta efter samma modell vid varje tillfälle:

Yrkesgrupp CHEF, LÄK, SEKR, SSK, USK	Behov/Problem	Rotorsak (bakomliggande orsak)	Lösning/Åtgärd	Antal påverkade (1: Person, 2: Yrkesgrupp, 3: Enhet, 4: Område)	Frekvens (1-4: Årligen, Månadsvis, Veckovis, Dagligen)
---	---------------	--------------------------------------	----------------	---	--

Med detta hoppas vi att kunna fånga eventuella handhavandebrister, men också systembrister, som vi kan hantera på kort och lång sikt.

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

Vi tillämpar den nationella rutinen: https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering_svfpatienter_22jun16.pdf Rutinen är känd i verksamheterna och påminnelse skickas ut kontinuerligt. För några diagnoser finns överenskommelser med annat landsting om aktiva överlämningar framför allt mellan kontaktsjuksköterskor.

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

KC har som controllerfunktion att bevaka ledtider och vid avvikelser att återkoppla till berörd verksamhet, samt bistå med granskning och analys.

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?

Region Jämtland Härjedalen har ett litet befolkningsunderlag, vilket i sin tur ger ett litet dataunderlag. Svarefrekvensen har också varit låg, varför vi inte fått diagnosspecifika resultat så här långt. Därför har djupare analys inte varit möjlig. Vi saknar även en plan på nationell nivå för hur resultaten kan analyseras. Det har skett metodmässiga förändringar vad gäller frågebatteriet vilket gör att resultat från 2016 och 2017 inte är helt jämförbara. Det vi kan se är att de som utretts enligt SVF överlag har ett gott helhetsintryck och anser sig vara respekterade och väl bemötta. Mindre nöjd är man med delaktighet/involvering samt emotionellt stöd. Dessa områden har vi planerat, men också igångsatta aktiviteter för att förbättra:

- Diagnosoberoende nätverk för kontaktsjuksköterskor för jämlikt och jämställt stöd för patienter med cancersjukdom och deras närstående.
- Implementering av nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering, där vi även kommer att samarbeta med RCC Norr.
- Komplettera bäckenteamets arbetssätt med intentionerna i RCC Norrs arbete med bäckenrehabilitering.
- Förbättrad tillgänglighet för patienter som behöver ställa frågor om PREM-enkäten genom att de hänvisas att kontakta KC, vars öppettider är helgfri måndag-fredag, 08.00-16.30.

Vi kommer sannolikt att använda oss av PREM-enkäten även för de tre nya SVF från hösten 2018.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 Fortsatt arbete

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

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

- SVF är i region Jämtland Härjedalen ett etablerat arbetssätt för utredning vid misstanke/välgrundad misstanke om cancer och 2018 har vi fokus på att säkerställa att det så förblir även när projektiden är avslutad.
- SVF har fram till årsskiftet haft en egen styrgrupp, vilket har varit till fördel för utvecklingen. Från årsskiftet har SVF lyfts över i vårt lokala cancercentrum (LCC), som nu är beslutande organ och där SVF blir en stående punkt på agendan. Samtliga berörda områdeschefer finns representerade i LCC, vars ordförande tillika är hälso- och sjukvårdsdirektör.

- KC har även att omvärldsbevaka frågor som rör SVF, samt rapportera till LCC och/eller berörd verksamhet om nyheter, den lokala utvecklingen samt förbättringsbehov.
- När det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering är implementerat ska identifierade rehabiliteringsbehov koordineras av KC för snabbast möjliga kontakt.
- Alla rutiner och styrdokument som rör cancer och SVF ska, för förenklad sökbarhet, samlas på samma plats i vårt dokumenthanteringssystem Centuri.

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.

Framgångar:

- Primärvården har varit föredömligt följsamma till det ändrade arbetssättet och 80% av SVF-remisserna kommer nu i rätt format.
- Inför varje nytt SVF har berörda verksamheter haft samarbetsmöten.
- Vårt nyinrättade koordinatorcenter träffar berörda verksamheter innan man tar över administrationen av ett SVF från kontaktsjuksköterskor och medicinska sekreterare inom respektive verksamhet. Även lokal processledare har möjlighet att delta i träffarna.
- En "förstudie" för hur vi kan arbeta med cancerrehabilitering är genomförd. Rapporten ligger till grund för fortsatt kartläggning av de personella rehabiliteringsresurserna samt implementering av det nationella vårdprogrammet, som ska ske 2018.
- Förbättrad läkarbemanning vid diagnostiskt center.
- Klinisk patologi i region Jämtland Härjedalen (RJH) drivs genom ett samarbetsavtal med Västerbotten (VLL). Inom klinisk patologi arbetas det nationellt och regionalt kring distansoberoende teknik. Det är framför allt utvecklingen kring nätverk och digitalisering som är i fokus. Inom norra regionen sker bland annat samarbete för förbättring av ledtider genom att se över och samordna rutiner i det vardagliga arbetet där det är lämpligt samt gemensamma utbildningsinsatser för nya medarbetare. Den distansoberoende tekniken kommer att underlätta arbete över gränserna, dels som en möjlighet att diskutera svårare fall men även för att kunna korta ledtider.

Förbättringsområden:

- Bättre och användarvänligt IT-stöd efterfrågas. Man upplever att det vårdadministrativa systemet är tidskrävande och att utdata inte är lättillgängligt. För att bättre förstå behoven kommer IT-ronder att genomföras på berörda områden, se även 5.1. a).
- Specialistläkarbrist inom flera specialiteter/grenspecialiteter är en utmaning.
- Sjuksköterskebrist bildiagnostik. Arbetet med rätt använd kompetens har minskat bristen.
- Rutiner för aktiva överlämningar mellan framförallt kontaktsjuksköterskor i processens olika faser behöver upprättas internt, men också med andra landsting.
- Öka antalet upprättad/uppdaterad min vårdplan, samt bedömning av rehabiliteringsbehov.
- Bristande och/eller felaktig registrering i canceröversikten och därmed osäkra utdata. Bör bli allt säkrare med KC och genom IT-rond.
- I högre grad tänka funktioner som ska vara bemannade i stället för arbetsuppgifter som upprätthålls av vissa personer.

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

Att bedöma hur läget år 2020 är svårt. I dag ser vi att det kan bli problematiskt inom flera diagnoser beroende på hur vi lyckas med kompetensförsörjningen gällande specialitetsläkare, men också sjuksköterskor vid några specialismottagningar. Detta har bäring på till exempel SVF hudmelanom, huvud- och halscancer, hematologiska SVF och urologiska SVF. Då vi vet att det råder nationell brist gällande specialitetsläkare inom flera av dessa specialiteter ser vi att det är flera åtgärder som krävs och som sammantaget kan underlätta möjligheterna att uppnå målen 2020. I enlighet med den regionala kompetensförsörjningsplanen för RCC Norr, <http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kompetensforsorjning/norr/kompetensforsorjningsplan-norra-regionen-2014-2018.doc> samarbetar region Jämtland Härjedalen med övriga regioner och landsting i norra regionen för att förbättra ledtiderna och optimera resurserna inom patologi, bild- och funktionsmedicin.

SVF prostatacancer och SVF urinblåse- och urinvägscancer hade goda resultat avseende ledtider 2017. Av 279 utredda patienter enligt SVF urinblåse- och urinvägscancer var 84% inom stipulerad ledtid. Av de 279 utredda hade 58 patienter cancer. Motsvarande siffror samma år för prostatacancer var 282 utredda patienter, varav 76% inom stipulerad ledtid och 191 hade cancer. Man kan tänka sig att dessa urologiska SVF är väl inarbetade, då de implementerades redan 2015. Med detta som utgångspunkt förväntas SVF som implementerades senare bli allt mer välfungerande. Den controllerfunktion som koordinatorcentrum ska bidra med bör öka bevakningen av att ledtiderna efterlevs och därmed påverka situationen i positiv riktning.

För att förbättra **alla** patientflöden har vi startat ett arbete där våra öppenvårdsenheter genomlysas, vilket sannolikt kommer att bidra till effektivare flöden och därmed ökad möjlighet att nå målen 2020. Resultatet av genomlysning kommer samtidigt ge faktaunderlag till var störst insatser behöver göras.

Satsningen är helt i enlighet med kompetensförsörjningsplanen, som nämns ovan, där följande formuleringar återfinns:

Effektiviseringar är möjliga med nya verktyg och förändrade arbetsätt, som gör att man optimerar kompetensnyttjandet.

Kontaktsjuksköterskans roll innebär en effektivisering av vårdprocessen och en kvalitetsökning för patienterna.

Effektivt utnyttjande av specialitetsjuksköterskors kompetens innebär en både kvantitativ och kvalitativ förstärkning i vården. Tillräckliga stödfunktioner krävs för att varje profession ska kunna arbeta effektivt utifrån sin kompetens.

Ett väl fungerande teamarbete är en förutsättning för optimalt kompetensnyttjande.

Genomlysningen följer samma arbetsätt för samtliga öppenvårdsmottagningar, se bild nedan:



- c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

Som framgår av 6.2 a) och b) vill region Jämtland Härjedalen utjämna skillnader i flera steg, under 2018 och 2019, då vi tror att vi genom detta i högre grad kan uppnå jämlik och personcentrerad vård för medborgarna.

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/>