

Handlingsplan

Standardiserade vårdförlopp

2018

Region Norrbotten

Datum: 2018-03-13

Fastställd av:



Jonas Thörnqvist, Biträdande Regiondirektör

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?*

Införandet av själva vårdförloppen har fungerat relativt bra inom samtliga diagnoser. Problemen har varit och är fortfarande att få till registrering av KVÅ-koder. Vi brister fortfarande i detta både inom primärvård och specialiserande vård. Kanske kan de dåliga resultaten vad gäller registrering hänga samman med Region Norrbottens strävan att välgrundad misstanke ska registreras av den som fattar misstanke, d.v.s. oftast primärvården.

Kontinuerliga insatser görs i form av information/utbildningsträffar. Lathundar för att underlätta vid registrering av KVÅ-koder har tagits fram och distribuerats.

För två SVF testar vi möjligheten att den specialiserande sjukhusvården via remiss kodar välgrundad misstanke om cancer (VGM). Vid remissbedömning sätts koden för VGM. Om detta faller väl ut kommer tjänsten att aktiveras för samtliga aktuella SVF.

Koordinatorfunktion innehas för de flesta diagnoser av en kontaktsjuksköterska. Inom SVF med stora patientvolymerna finns behov av att se över detta.

Inom SVF lungcancer finns sedan 2017 en renodlad koordinator vilket fungerar bra.

Mottagningstider har kunnat frigöras för de flesta vårdförloppen och de flesta patienterna genomgår ett SVF inom föreskriven ledtid. För de patienter som ska genomgå kirurgi som första behandling finns risk för att ledtiderna blir för långa då kirurgisk behandling är en trång sektor.

Under första hälften av 2017 ökade väntetiderna till endoskopisk undersökning avsevärt. Insatser har gjorts/görs för att komma tillrätta med det och kapacitetsförstärkning under hösten 2017 har gett resultat som gör att väntetiden nu är på acceptabel nivå. Ytterligare åtgärder kommer att ske under våren då vi ser över möjligheten till samverkan mellan de skoperande verksamheterna i Region Norrbotten i syfte att minska ledtider.

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

Ingen förändring i upplägget.

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.

Antal SVF registrerade i Nationell väntetidsdatabas t.o.m. december 2017.

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, överförda till annat landsting men ej avslutade		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	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi	0	0	0	0	0	1	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	10	6	0	0	0	0	0	0
Analancer	2	0	0	0	0	1	0	0
Bröstcancer	5	370	0	1	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	10	19	3	0	2	5	0	0
Cancer i galla och gallvägar	2	8	1	0	2	1	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	35	21	0	0	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	5	2	0	1	0	0	0	0
Hjärntumörer	2	1	0	5	3	1	0	0
Hudmelanom	32	16	0	0	0	0	0	0
Huvud- och halscancer	4	1	28	9	41	30	0	0

Kronisk lymfatisk leukemi	6	5	0	0	0	0	0	0
Levercancer	3	5	0	0	6	1	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	-	3	-	1	-	2	-	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	-	17	-	3	-	4	-	0
Lungcancer	120	111	13	26	6	12	0	0
Lymfom	53	43	0	0	0	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	28	15	9	3	17	11	0	0
Myelom	23	7	0	0	0	0	0	0
Njuncancer	5	7	1	0	0	0	0	0
Peniscancer	4	-	0	-	1	-	0	-
Prostatacancer	308	-	36	-	10	-	0	-
Skelett- och mjukdelssarkom	1	0	0	0	1	1	0	0
Sköldkörtelcancer	1	2	0	1	0	0	0	0
Testikelcancer	5	-	1	-	0	-	0	-
Tjock-och ändtarmscancer	74	81	3	12	2	1	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	295	200	3	0	0	0	0	0
Äggstockscancer	-	49	-	20	-	20	-	0

Utöver de ovan tabellerade patienterna finns det för perioden 2015 – fram till och med den 31 december 2017:

- ca 50 SVF avslutade men ej registrerade till Nationell databas Signe eftersom Signe stängt för aktuell period.
- ca 300 ofullständiga SVF.

1.3 Överföring av information

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

Uppföljning i det patientadministrativa systemet (VAS) görs via Region Norrbottens datalager. Datauttag sker veckovis.

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

Rapporter genereras från datalagrets information, dessa kvalitetsgranskas innan rapportering sker till den nationella databasen. Kvalitetsgranskningen sker dels av lokala processledare samt centralt av projektledare för SVF-införandeprojektet.

- 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?*

Vad gäller överföring av ansvar för klinisk handläggning spelar MDK en nyckelroll såsom tidigare och processen anses som välfungerande.

Vad gäller överföring av ansvar för rapportering till den nationella databasen följer Region Norrbotten den nationella rutinen. Vissa brister finns i informationsöverföringen. Rutinen är ännu inte fullt ut integrerad i det dagliga arbetet.

Brister i rapportering finns både från sändande samt mottagande landsting/region.

Behov av regionala kontaktvägar finns. Inom Norra Regionen har respektive landsting/region påbörjat arbetet med att ta fram listor med kontaktpersoner för respektive SVF.

Fortsatta informations- och utbildningsinsatser genomförs kontinuerligt.

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?

	När planerar landstinget att koordinatorfunktion för de nya SVF ska vara i drift	När planerar landstinget att obokade tider för de nya SVF ska vara i drift	När planerar landstinget att börja inkludera patienter i respektive SVF
Vulvacancer	2018-05-01	2018-05-01	2018-05-01
Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom	2018-05-01	2018-05-01	2018-05-01
Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer	2018-05-01	2018-05-01	2018-05-01

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

- Hemsida för SVF är uppdaterad med nya rutiner för SVF som införs under 2018. Kodinstruktioner för registrering av KVÅ-koder har uppdaterats med de SVF som införs under 2018.
- Stimulansmedel har avsatts för ALK-organisationen, vilket är en samverkansform mellan primärvården och sjukhusklinikerna.
- Information och utbildningsinsatser genomförs kontinuerligt under året.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

SVF	Utmaning	Planerad åtgärd
Vulvacancer	Det har visat sig vara betydligt svårare att koordinera nationellt än regionalt. Stora problem med kringstrukturer på mottagande sjukhus för våra långväga patienter (tuffa långa resor för ofta gamla patienter, saknas ofta patienthotell nära vården på orten dit de kommer, problem för anhöriga att åka och hälsa på)	Diskussioner i nationella forum pågår. Tydliga checklistor och riktlinjer. Mottagande nationella centra behöver se över sina möjligheter att erbjuda goda kringarrangemang.
Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom	SVF-start via vävnadsprov eller bilddiagnostik → kirurgmottagning är filterfunktion	Ingång till SVF via kirurgen – det underlättar att hålla ordning
Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer	Vid behov för kontakt med endokrinonkolog eller endokrinkirurg så har vi långt avstånd – hittills har sådana patienter hanterats via Uppsala endokrin-onkologi	Förbättra deltagande via uppkoppling mot den regionala s.k. "carcinoid-ronden" eller "sarkom-ronden" mot NUS.

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.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Hematologi: Återbesök kan prioriteras lägre än tidigare	Fortsatt arbeta med att rekrytera framför allt ST- läkare och sköterskor.

VGM innebär fler patienter som utreds enligt snabbspår	Vi försöker omstrukturera/utveckla vår verksamhet för att hantera detta. De SVF som införs under 2018 är relativt små volymmässigt.
Coloskopifall som ej uppfyller SVF kan få långa väntetider	Samverkan mellan de skoperande verksamheterna i syfte att korta ledder

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?

Vi har ett pågående arbete där vi ska kunna publicera vårdplaner (SIPar, Samordnad individuell planering, som produceras i Lifecare SIP) via 1177/Journalen. Vi kommer att kunna tillgängliggöra SIPar via Journalen och lansering är planerad till april 2018. Detta är en del i leveransen av projektet – Min Plan. Projektet Min plan ska generera bättre samverkan mellan olika vårdgivare och göra det enklare för patienter och närstående i kontakten med vården.

Region Norrbotten deltar också i projektet Patientkontrakt, som syftar till att utarbeta ett förslag på hur man ska kunna producera och tillgängliggöra en sammanhållen plan under rubriken ”En patient – En plan”. Det pågår ett arbete i samarbete med Region Halland och Landstinget i Kalmar län och man har i dagsläget utarbetat prototyp för hur informationen ska kunna tillgängliggöras i den nya 1177 Vårdguiden som planeras att kunna introduceras inom något år.

När det gäller det som har pilottestats i det aktuella Min Vårdplan projektet – på plattformen stöd och behandling, så har det varit mycket svårt att få klarhet i vad som testats och hur det har fungerat. Det finns en tjänstebeskrivning av ett nytt nationellt tjänstekontrakt avseende vårdplaner, men det finns ingen beslutad och publicerad nationell specifikation som vi kan luta oss mot för att se vad vi kan göra.

Region Norrbotten kommer att försöka ta reda på mer om vad som pågår nationellt för att också kunna driva frågan vidare om att vidta åtgärder.

Region Norrbotten måste självklart kunna erbjuda ett säkert och effektivt digitalt alternativ till dagens planer som skrivs ut och skickas med patienterna.

Idag används lokalt utformade vårdplaner inom flertalet av diagnoserna.

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.

Vad gäller SVF Cancer i urinvägar och urinblåsa (hematuri) har justering gjorts i vårdförloppet vilket är bra.

SVF Prostata är inte bra i och med att bara ett avvikande PSA-prov behövs vilket medför att många kommer på SVF med normaliserat PSA.

SVF KLL: Rent medicinskt behöver inte alla KLL patienterna träffa en hematolog inom tre dagar, det kan framgå att patientens lymfocytos funnits lång tid och att övriga prover är bra enligt tidigare laboratorieprover. Där skulle det vara en fördel om man, som vid myelom skulle kunna ta kontakt med patienten inom tre dagar och informera om att patienten får en besökstid något senare och initiera provtagning. Även för dessa patienter har tiden naturligtvis stor betydelse men är inte alltid så medicinskt brådskande.

Livmoderkropps- och livmoderhalscancer: Definitionerna av välgrundad misstanke är relativt rimliga – problemet är främst den lägre graden misstanke, som är väldigt vida och innebär att många som INTE har cancer måste beredas tid både snabbare och i större utsträckning än tidigare.

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?*

Patientråd har under hösten 2017 informerats om SVF.

Det finns två patientråd på landstingsövergripande nivå, Läns pensionärsråd, samt Tillgänglighetsråd Region Norrbotten. Patientråden har uppdraget/rollen som

remissinstans, följa och vara rådgivande till pågående projekt, ge inspel och lämna synpunkter till pågående planerings- och strategiarbete, vara dialogpartner till politiker och ledande tjänstemän.

Sedan februari 2018 deltar patientföreträdare på Region Norrbottens LCC möten. LCC är regionens lokala cancercentrum, och vid mötena deltar divisionschefer, verksamhetschefer/länschefer inom de områden som omfattar cancer samt processledare, projektledare och numera även patientföreträdare. Ordförande för LCC är Jonas Thörnqvist, biträdande regiondirektör

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

Via patientråd samt via patient som finns representerad vid Region Norrbottens lokala cancercentrum LCC.

Samverkan sker med respektive patientförening i de diagnoser där sådan gruppering finns.

4.2 Vårdens medarbetare

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

- Via informationsmöten
- Via hemsida
- Via mailutskick
- Via ALK-organisationen

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.*

Rutiner, till primärvård och specialiserad sjukhusvård, för hur registrering skall ske finns framtagna. Se även punkt 1.1. avseende pågående arbete för att förbättra registreringen av KVÅ-koder.

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

Uppföljning sker via den nationella databasen samt via rapporter genererade från journalsystemet via datalagret. Rapport på avslutade, överflyttade, pågående SVF distribueras månadsvis till lokala processledare. För de SVF som hanteras helt inom Region Norrbotten används rapporten bland annat till att identifiera de SVF som är ofullständiga, t.ex. om avslutskod saknas. För patienter som överflyttats till annat

landsting görs jämförelser mot de patienter som registerats nationellt. Om det finns divergerande uppgifter tas kontakt med mottagande landsting, dock finns vissa svårigheter. Eftersom vi inte hanterar personuppgifter vare sig i uttag från datalagret eller i den nationella databasen kan vi inte med säkerhet identifiera patienten på ett enkelt sätt. Vi har därför infört en kontaktlista med personer utsedda för respektive SVF, vilken kommer att distribuerats inom Norra regionen. Med hjälp av denna lista kan mottagande landsting ta kontakt med utsedd person från sändande landsting och på så sätt få tillgång till information som saknas för att få en fullständig registrering.

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

Uppföljning sker via den nationella databasen samt via rapporter genererade från datalagret. Resultat analyseras, flaskhalsar identifieras och åtgärder sätts in i syfte att korta ledtider.

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?

Resultat kommer att distribueras till lokala processledare, verksamhetschefer, lokalt cancer centrum (LCC) samt vid nätverksmöten för kontaktsjuksköterskor.

Resultatet har dock varit begränsat och vi har fram till idag endast mottagit resultat från perioden fram till mars 2017 p.g.a. av att SKL brutit avtalet med tidigare leverantör.

PREM-enkäter kommer att användas för de SVF som införs 2018 på samma sätt som tidigare.

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?

- Planering för det fortsatta arbetet efter 2018 pågår.

- Lokala processledare finns tillsatta för samtliga aktuella diagnoser. Uppdraget till dessa kommer att bestå efter 2018.
- Den utvecklingsledare för cancervården som idag finns tillsatt kommer även fortsättningsvis att arbeta inom detta område.
- LCC (lokalt cancercentrum) som bildades 2014 i Region Norrbotten kommer att bestå efter 2018.
- Övertagande av stödfunktioner såsom distribution av rapporter från journalsystem, kvalitetsäkring av data, distribution av PREM-resultat, förvaltning/underhåll av webbsidor osv är under planering. Dessa funktioner hanteras under projekttiden av projektledarna.

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.*

Vi fortsätter som tidigare att arbeta med målet att kunna hantera våra patienter enligt SVF. Förbättringspotential finns fortfarande.

Vi ser att den ökade komplexiteten i utredningsgång ställer kraftigt ökade krav på våra kontaktsjuksköterskor, som hos oss också haft rollen av koordinator. Vi bedömer att för vissa diagnoser behöver en separat koordinator tillsättas, för att frigöra tid för både läkare och kontaktsjuksköterskor, för att öka möjligheten att nå ledtiderna.

För att cancervården ska kunna fortsätta jobba på dagens sätt bedömer vi att RCC och LCC, trots osäkerheten om vilka centrala medel som kommer att finnas, fortsätter att finnas kvar i någon form för att garantera det vidare arbetet och den gemensamma målbilden.

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

Tjock och ändtarmscancer samt Urologisk cancer.

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

Tjock och ändtarmscancer: Endoskopi - här planerar vi för en samordnad kapacitetsökning genom att optimera nyttjandet av regionens samtliga endoskoperande enheter. Det arbetet är på god väg. Processerna är i övrigt väl genomarbetade.

Urologi - mer operationstider måste frigöras alt. åtminstone fler möjliga bokningstider vilket sannolikt inte kommer kunna ske utan undanträngningseffekter om inte totalvolymen ökar.

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/>