

HANDLINGSPLAN

Standardiserade vårdförlopp 2018

Västerbottens läns landsting

Datum: 15 mars 2018

Fastställd av: Peter Olofsson (S), ordförande i landstingsstyrelsen och Karin Lundström (S), ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden

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?*

Välgrundad misstanke

Inom specialistvården: Arbetsgång och rutiner för införande av SVF och välgrundad misstanke, är idag etablerade i hela vårdkedjan. Totalt har över 5000 patienter utretts och genomgått SVF sedan projektet inleddes. De allra flesta patienter (ca 90 %) kommer från Västerbotten. Resterande patienter kommer från övriga län inom den norra sjukvårdsregionen. Ett omfattande arbete med information, utbildning och stödinsatser av många slag till medarbetare, chefer och verksamheter i hela vårdkedjan har genomförts. Den upprättade kommunikationsplanen och dess aktiviteter följs. Planen har uppdaterats ett flertal gånger då det har uppdragats nya verksamheter med behov av information och utbildning.

Inom primärvården: Inom landstinget finns övergripande stödresurser och rutiner för kommunikation och stöd samt samordning. Under 2017 genomfördes en speciell satsning på kompetensutveckling och information om SVF till alla medarbetare inom primärvården. Detta arbete som upplevs som framgångsrikt, var ett komplement till de utbildningsinsatser som tidigare skett till läkare och chefer inom primärvården. Arbetet kommer att fortgå under 2018 även om det inte kommer att vara något speciellt fokus på utökat stöd till primärvården och dess medarbetare.

Koordinatorfunktion

Koordinatorfunktioner har införts inom sjukhusvården i länet. De ses som centrala i sina roller som patientadministrativa stödfunktioner i patientflödet. Koordinatorerna har som regel skriftliga uppdrag där rollen med arbetsuppgifter och förutsättningar för arbetet beskrivs. Koordinatorerna är verksamma i olika typer av roller för ett eller flera förlopp, men alltid som delar av team med bl.a. läkare och kontaktsjuksköterskor. Funktionerna utvecklas löpande i takt med att rutinerna i verksamheten förändras och fler förlopp startas upp. Funktioner i flöden med få patienter är som regel svårare att få till än de med större volymer. Möjligen beror detta på att man där har andra roller och gör koordinatorarbete som en mindre del av tjänsten. Behov av utbildning och stöd för koordinatorerna är viktigt och måste tillgodoses. Nätverksträffar med koordinators i länet genomförs regelbundet, vid dessa diskuteras rutinfrågor, behov av stöd och kompetensutveckling. Vid vissa tillfällen förekommer även olika slag av utbildningar. Koordinatorerna måste även ha stöd av andra kollegor som täcker upp vid sjukdom och ledigheter. SVF stannar aldrig upp och resurser krävs därför året runt.

Obokade tider

System för obokade tider på mottagningar och god tillgänglighet till Bild- och funktionsmedicin, BFM är etablerade. Verksamheterna är medvetna om att systemet

behövs för att hålla uppsatta ledtider i vårdkedjan. Rutiner för att tillgodose detta är viktiga åtgärder vid uppstart av SVF. Antalet tillgängliga tider/kapacitet i verksamheten måste löpande anpassas efter behovet. Generellt sett har behovet av tider oftast kunnat tillgodoses även om några verksamheter fortfarande har problem under vissa perioder.

Bild- och funktionsmedicin, BFM: Tillämpar fortsatt inga förbokade tider utan bokar in undersökningarna fortlöpande enligt medicinsk prioriteringsordning men håller trots detta uppsatta ledtider. Denna modell har alltså varit framgångsrik.

När kliniker inom specialistvården inte håller sina ledtider, tex väntetid för operation, kan det innebära att förnyad radiologisk undersökning och bedömning i rond krävs innan behandling. Dvs undersökning och rondarbete som inte skulle ha behövts alls om ledtiderna hålls. Detta medför i så fall merarbete för BFM.

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

Metoden för uppstart av och implementering av nya vårdförlopp utvecklades inför arbetet 2016 och har sedan dess visat sig fungera relativt bra. Några ytterligare förändringar av etableringen för SVF 2018 är inte aktuella i dagsläget. Principen att ”alla ska vara med” när man planerar och inför rutiner i vårdkedjan, är fortfarande en viktig beståndsdel och en framgångsfaktor.

Erfarenheterna av SVF införandet i de verksamheter som tidigare har infört SVF är en tillgång när nya förlopp startas upp. Förutom att man ofta känner till principerna och rutinerna har man som regel de flesta stödfunktioner på plats redan från början. Rutinerna inom vissa SVF justeras löpande om dialogen mellan verksamheterna uppklarar behov av detta. Arbetsmetoden får inte ses som statisk.

Bild och funktionsmedicin, BFM: Eftersom fler multidisciplinära konferenser, MDK tillkommit och fler patienter diskuteras på dessa ronder har belastningen inom BFM ökat och insatserna måste därför prioriteras. Det regionala översynsarbete av MDK som gjordes under 2017 kommer att följas upp och utgöra grund till ytterligare förbättringar av rutiner och arbetssätt. Som exempel på detta kan nämnas behov av att minska den dubbeldokumentation som sker i vissa fall. Det ökade antalet MDK och med dessa följande administrativt arbete inför och efter konferensen kräver resurser där verksamheten måste prioritera.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är den 31 december 2017 och ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast den 1 februari 2018.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget		Totalt
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Akut lymfatisk leukemi	2	3	0	0	0	1	6
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	15	12	0	1	5	4	37
Analcancer	2	3	0	0	1	1	7
Bröstcancer	16	1116	0	0	0	2	1134
Bukspottkörtelcancer	17	31	1	0	18	16	83
Cancer i galla och gallvägar	1	5	0	0	5	4	15
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	29	23	0	0	0	0	52
CUP – Cancer utan känd primärtumör	7	6	0	0	0	0	13
Hjärntumörer	4	5	0	0	9	4	22
Hudmelanom	96	81	0	0	1	0	178
Huvud- och halscancer	54	26	0	0	86	55	221
Kronisk lymfatisk leukemi	4	2	0	0	0	0	6
Levercancer	7	12	0	0	10	5	34
Livmoderhalscancer (cervix)	0	3	0	1	0	7	11
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	28	0	0	0	10	38
Lungcancer	83	86	0	0	14	28	211
Lymfom	20	27	0	0	0	0	47
Matstrupe- och magsäckscancer	49	27	1	0	41	17	135
Myelom	18	16	0	0	0	0	34
Njurcancer	18	16	0	0	0	0	34
Peniscancer	5	0	0	0	0	0	5

Prostatacancer	502	0	6	0	2	0	510
Skelett- och mjukdelssarkom	14	8	0	0	3	1	26
Sköldkörtelcancer	2	16	0	0	0	0	18
Testikelcancer	9	0	0	0	0	0	9
Tjock-och ändtarmscancer	476	603	0	0	3	1	1083
Urinblåse- och urinvägscancer	531	380	1	0	2	0	914
Äggstockscancer	0	53	0	0	0	44	97
TOTAL	1979	2585	9	2	200	200	4980

1.3 Överföring av information

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

Rutiner och system för kodning och uppföljning av patienter inom de standardiserade vårdförloppen fungerar relativt väl i Västerbotten. Landstingets datalager är nyligen uppbyggt och välfungerande. För att underlätta och säkra kodning finns ett tekniskt stöd, Koordinatoröversikt, i landstingets visualiseringsverktyg Diver. Översikten är behörighetsstyrd och uppfyller de lagkrav som idag finns på sekretess och den kommande dataskyddsförordningen, GDPR. Landstinget har tittat på RCC Västs SVF-INCA-databas och möjligen kommer några verksamheter att testa den lösningen även om den ligger utanför landstingets egen systemlösning. Dock har SVF-INCA fortfarande en hel del återstående krav av dataskyddskaraktär att lösa innan dess. Landstingets egen lösning har möjlighet att matcha i stort sett alla funktioner i SVF-INCA och det med samtliga lagkrav på plats. Koordinatoröversikten utvecklas fortlöpande, nu närmast med en funktion där remiss kopplas till förloppet och koder för uppföljning av administrativa aktiviteter som till exempel datum för remissbeslut och remissbedömning, hämtas med automatik utan behov av manuell hantering. Ytterligare utveckling med visualisering planeras under 2018.

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

Kontroll av data till nationella väntetidsdatabasen sker på flera sätt. I verksamheten kvalitetssäkras kodningen med hjälp av Koordinatoröversikten. I den kan koordinatörer och kodningsansvariga, analysera om vårdförloppen är kompletta och beskrivs med rätt koder. Ett flertal valideringsregler finns i Koordinatoröversikten som signalerar eventuella fel som till exempel att KVÅ-koder sätts i en logisk tidsordning.

De elektroniska filerna sänds till nationella väntetidsdatabasen från landstinget centralt där även en visuell kontroll görs innan filerna skickas. Alla skickade SVF stäms av så att summan av mottagna filer överensstämmer med antalet skickade. En kontroll av

uppgifterna i Qlickview-applikationen på SKL görs alltid så att eventuella felaktigheter kan rättas direkt.

- 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?*

Västerbottens läns landsting är ofta mottagare av SVF-patienter från andra landsting/regioner i norra sjukvårdsregionen för vidare utredning och behandling. När det finns en specialistvårdsremiss från annat län sätts KVÅ-kod för Mottagen från annat län. I datalagret kontrolleras patientens folkbokföringsort och hemlandet visas i Koordinatoröversikten. Rutinen med kod för ”Mottagen från annat län” implementerades tidigt i arbete och landstinget har i jämförelse med riket, en hög andel registrerade utomlänspatienter. De patienter som i enlighet med Patientlagens valmöjligheter själva söker vård kodas inte med KVÅ-kod.

Fortfarande kvarstår problem med att uppgift om datum och kod för välgrundad misstanke på remissen saknas i många fall. Kontakt måste i dessa fall då tas med in remitterande sjukhus för komplettering. Detta förorsakar onödigt merarbete både inom avsändande och mottagande landsting. Frågan om kvalitet på remisserna lyfts med jämna mellanrum via RCC till ansvariga projektledare vid övriga regioner i norra sjukvårdsregionen. VLL remitterar endast ett fåtal patienter till annat landsting/region men den centrala kontrollen inbegriper detta flöde.

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?

Vårdförlopp	Koordinatorfunktion	Obokade tider	Inkludera patienter
Buksarkom	Kirurgcentrum Vb: Finns på plats Cancercentrum: Finns på plats	2018-04-03	2018-04-03
Neuroendokrina buktumörer	Kirurgcentrum Vb: Finns på plats Cancercentrum: Finns på plats	2018-04-03	2018-04-03

Vulvacancer	Centrum för obstetrik och gynekologi i Vb: Finns på plats Cancercentrum: Finns på plats	2018-04-03	2018-04-03
-------------	--	------------	------------

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

Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete

a) *Införandet av välgrundad misstanke i primärvården?*

Inom landstinget finns övergripande stödresurser och rutiner för kommunikation och stöd till primärvården. Detta stöd gäller på likvärdigt sätt för alla hälsocentraler i länet oavsett om de är landstingsdrivna eller privata. Under 2017 genomfördes en speciell satsning på kompetensutveckling och information om SVF till alla medarbetare inom primärvården. Detta arbete kommer att fortgå i viss omfattning även under 2018. Eftersom det identifierats ett behov av att förbättra kvalitet på och innehållet i inremitter till specialistvården kommer området att vara speciellt prioriterat under 2018.

De nya vårdförloppen som införs 2018 bedöms inte innebära nya eller ytterligare åtgärder.

b) *Införandet av välgrundad misstanke i den specialiserade vården?*

Övergripande stödresurser och rutiner är etablerat sedan tidigare för kommunikation, stöd samt samordning. Aktiviteter för generell och specifik information och utbildning om SVF kommer att fortgå. Detta sker inom etablerade nätverk och kanaler för kompetensutveckling. I takt med att fler förlopp och verksamheter kommer in i SVF kommer nya informationsinsatser att genomföras på dessa enheter. De nya vårdförloppen 2018 införs i verksamheter som är väl bekanta med arbetsformerna inom SVF och beräknas inte kräva ytterligare eller nya stödinsatser. Som anges i punkten a) ovan kommer under 2018 att genomföras insatser för att verksamheten skall förbättra kvaliteten på och innehåll i remisser mellan de olika verksamheterna. Detta ses som ett generellt behov och rutinerna är speciellt viktiga då dagens journalsystem (NCS-Cross) inte understödjer detta.

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
Kompetensförsörjning av specialister och specialistsjuksköterskor	Är ett generellt problem, föranleder dock inga specifika åtgärder gällande just de nya vårdförloppen. Kompetensförsörjningsplan finns och tillämpas. Även flertalet pågående försök med kompetensväxling och metodutveckling i verksamheterna.
BFM: Resursbrist vad gäller tillgång på radiologer Ökad belastning inom nationella MDK, Nya nationella ronder	Effektivisering av radiologins insatser vid MDK enligt planerade regional utveckling Fortsatt rekrytering av radiologer Öka deltagandet ute i regionen enligt regional rutin När nya nationella MDK införs måste dessa kunna planeras in i ordinarie och pågående utbud
BFM: Ökad efterfrågan PET/CT samt MR	Rekrytera läkare, tillskapa budgetutrymme för ytterligare sjuksköterskor Jobba med prioriteringar i hela verksamheten Dialog med landstingsledningen om behov av kompletteringsinvestering
Patologi/cytologi: Kapacitetsbrister som medför långa väntetider på analys och svar	Förbättringsarbete inom det interna arbetsflödet och överföring av uppgifter mellan kompetenser på laboratoriet. Införande av molekylär patologisk diagnostik Fortsatt kompetensförsörjning enligt plan Samverkan inom ExDIN
Inom vissa verksamheter där man handlägger många SVF patienter, kan belastningen upplevas särskilt stor. Innan man där kunnat tillgodogöra sig flödesförbättringar i arbetet kan detta medföra behov av stödåtgärder under en tid	SVF data, volymer per klinik, tas fram och analyseras Eventuell omfördelning av resurser alternativt annat stöd
I takt med att fler vårdförlopp införs och fler patienter utreds med SVF inom dessa, kommer kapaciteterna i verksamheten att prövas. Det finns risk att ledtider ökar av kapacitetsskäl.	Löpande uppföljning av olika patientvolymer i flödet och uppföljning av olika ledtider och deras måluppfyllelse
Systemstöd: Generellt behov av utvecklat systemstöd för Koordinatorsöversikten i Diver. Bättre verktyg behövs för visualisering av patienter i förloppen och tydligare underlag för kvalitetskontroll.	Prioritering av resurser för att vidareutveckla befintligt verktyg

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
Endoskopiverksamheten: Nuvarande kriterier för välgrundad misstanke om kolorektal cancer innebär ett stort inflöde av remisser för skyndsamt koloskopi. Patienter med statistiskt sett låg tumörrisk får därmed en hög prioritering. Med totalt sett begränsade koloskopiresurser innebär detta förlängda väntetider för andra patientgrupper, t ex för patienter med kolorektal cancer som inte har fångats upp i ett SVF-förlopp och patienter i kontrollprogram mm.	Utökning av koloskopiresurser pågår avseende personal, instrument och lokaler. Ett arbete med nationell översyn av SVF-kriterierna har initierats och kommer att utföras under året. Löpande uppföljning av väntetider.
BFM: Om ökat rondarbete, resursfråga som kan undantränga andra insatser.	Prioritering och effektivisering av insatser alternativt resursförstärkningar. Krav på samverkan och planering i dessa fall
Bemanning, vårdplatser och operationsresurser en begränsande faktor inom många verksamheter. Kan medföra undanträngningar/kräva omprioriteringar.	Följa tillgänglighet, ledtider och data löpande för alla patientgrupper, även utanför SVF. Dimensionering utifrån möjlig rekrytering.

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?

Min vårdplan är central i arbetet med SVF och även som redskap för en strukturerad cancerrehabilitering. Vårdplanen är patientens egendom, ett underlag att "hålla i handen" och skall fokusera på vad som ska hända under de olika stegen i vårdkedjan. Landstinget följer den utveckling som sker i landet, bl a. genom RCC norr. Detta gäller även den ovan angivna modellen för digital lösning. Inom de olika verksamheterna och förloppen används Min Vårdplan, MVP sedan tidigare men i olika former och i olika omfattning. Ambitionen inom VLL är i detta läge främst att utveckla ett digitalt stöd för MVP med koppling till befintligt journalsystem NCS-Cross. Denna lösning möjliggör även ett utskrivet dokument till patienten. Detta kommer att ses som en övergångslösning i väntan på införandet av framtidens vårdinformationssystem, FVIS. Min vårdplan är viktig som stöd för patienterna och även för vården. Det är viktigt att MVP införs och kan användas i någon form även om den inte kan understödjas digitalt. För att MVP skall vara ett "levande dokument" och ett stöd för patient och närstående måste det ges möjlighet för kontaktsjuksköterskorna att få tid till underhåll och upprättande av dessa. Kontaktsjuksköterskornas arbetsmiljö och förutsättningar att utföra sitt arbete kommer att fortsättningsvis vara i fokus. Landstinget följer löpande utfallet av patienternas syn på frågan om Min vårdplan inom PREM enkäten.

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.

För de patienter som efter en utredning inom SVF visar sig inte ha cancer eller inte hade just den cancerform de utretts inom, finns förbättringsbehov. Synpunkter om detta behov har noterats genom kommentarer från patienter i samband med PREM-enkäten. Vissa patienter har inte alltid hanterats med den tydlighet och kvalitet som kan eftersträvas efter att de fått besked om att det inte var cancer. Patienter där cancermisstanke avskrivs eller där det krävs andra eller fler undersökningar, remitteras i dessa fall oftast tillbaka till primärvården. I vissa fall har fortsatt utredning stannat upp eller fördröjts, vissa av dessa patienter har även haft kvarstående besvär.

Det borde kunna vara möjligt att åstadkomma en smidig och trygg väg för patienterna även i dessa fall och även vid övergångar mellan olika SVF. Vår erfarenhet är alltså att det även finns vissa faror med SVF, där olika symtom riskerar att locka in patienter i en utredning som kanske inte är den rätta. Dessa fall ska möjligen kunna remitteras till Diagnostiskt centrum i Lycksele för vidare utredning. En sådan diskussion kommer att inledas inom landstinget.

SVF-urinblåsecancer där en stor andel patienter som utretts inte hade cancer har nu från 2018 fått en ny förlopps-beskrivning där inkusionskriterierna stramats upp. Även övriga SVF kommer att behöva utvärderas och revideras systematiskt.

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 närstående representanter i arbetet med handlingsplanen?*

I arbetet med handlingsplanen har Västerbottens läns landstings etablerade patientråd deltagit och kunnat lämna synpunkter på innehåll och formuleringar. Representanter från patientrådet deltar vid landstingets lokala cancercentrum, LCC som är verksamhetens ledningsforum i projektet. I detta forum har arbetet med handlingsplanen letts och följts löpande. Handlingsplanen har även diskuterats och lämnats synpunkter på vid nyligen genomfört möte. Från Patientrådet framförs att man har fått framföra sina synpunkter på ett bra sätt i samband med arbetet med handlingsplanen.

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

Den modell för landstingets möten med patientrådet som är etablerad från 2016 kommer att fortsätta som tidigare med 3-4 möten under 2018. Patient- och närstående representanter deltar vid uppstart av nya SVF samt dialogmöten inom införda förlopp och vid andra strategiska möten. Utfallet av PREM-enkäten och ledtidsmätningar är några av de frågor som är mest aktuella under det kommande året. Patientrådet har även medverkat vid formulering av uppdrag till koordinators och kontaktsjuksköterskor.

Patientrådet kommer att ha en central roll i landstingets verksamhet med SVF även efter projektens slut. Patient- och närstående representanter kommer även i fortsättningen att bli kallade till olika processarbetsmöten och landstingets LCC. Där kan man framföra synpunkter och ta del av utveckling och uppföljning av verksamheten. Se vidare under avsnittet 6.1.

4.2 Vårdens medarbetare

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

Sedan de första SVF-förloppen startade har informationsmöten hållits i primärvård och specialistvård. Berörda kategorier av medarbetare har deltagit och upprepat informerats om arbetet med SVF. RCC-organisationen har varit och kommer att fortsatt vara gott stöd i regional samordning av kommunikations- och utbildningsfrågor.

Centralt stöd för kommunikation och utbildning är etablerat och finns tillhandahållt landstingsgemensamt på landstingets intranät Linda. Privata hälsocentraler i Västerbotten har tillgång till likvärdigt utbud på plattformen www.vll.se. Där finns SVF-information av olika slag, utbildningsmaterial samt rutiner både generellt och inom respektive vårdförlopp. Från Linda finns på flera sätt länkar direkt till RCC:s hemsida. Den just nu viktigaste informationen om rutiner för remittering, patientinformation och remissvägar vid SVF finns utlagd på Linda.

Stöd och information om SVF på den enskilda arbetsplatsen tillhandahålls lokalt på respektive enhet/verksamhet. Ansvar för att rutiner och kompetens inom SVF upprätthålls och fungerar, åligger respektive chef. Utbildning av medarbetare och introduktion av nya kollegor sker genom löpande internutbildning och introduktionsprogram. Centralt stöd i rutin och utbildningsfrågor kan tillhandahållas från landstingets staber.

Olika former för löpande uppföljning av verksamheten inom SVF med ledtidsmål, PREM-data och andra kvalitetsuppföljningar har utvecklats och dessa kommer att bidra till ständig utveckling, kontroll av rutiner och kompetens i verksamheten.

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 behandlingsskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.*

Utbildning och diskussion om tolkning av kodvägledning är ett ständigt pågående arbete. Koordinatorer och kodningsansvariga vid de olika enheterna finns i ett länsgemensamt nätverk med ett par träffar per termin. De är även varandras bollplank vid tolkningsfrågor. Den lokala projektledaren och väntetidssamordnaren är även bollplank och svarar på tolkningsfrågor från verksamheten. På landstingets intranät finns en särskild avdelning för SVF. Där planeras även att utveckla avsnittet med frågor och svar.

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

Landstinget har endast landstingsdriven specialistvård. Både inom primärvård (landstingsdriven och privat) och specialiserad vård används samma journalsystem, NCS Cross. KVÅ-koder satta i primärvården plockas automatiskt upp i datalagret upp till Koordinatoröversikten så att berörd koordinator ser den och kan fortsätta processen.

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

I landstinget visualiseringsverktyg Diver finns en kopia av den Qlickview-databas som SKL har med lokala uppgifter. Den är öppen för alla att kunna ta fram uppgifter på antal patienter, andel inom måltid för de olika behandlingstyperna, kön, ålder, inremittent samt var SVF startade och var det avslutades. Den ligger till grund för den egna uppföljningen av kodningens kvalitet.

Med början 2016 tas fyra gånger per år statistik ut från nationella väntetidsdatabasen för samtliga SVF och skickas till respektive processledare av SVF för jämförelse med landstingen i riket. Här kunde tidigt upptäckas när något SVF sticker ut i till exempel andel patienter som påbörjar behandling eller när välgrundad misstanke uppstår.

Detta arbete kommer att fortsatt etableras under 2018. Landstingscentrala mål och deras uppfyllelsegrad kommer att vara viktiga parametrar att följa under lång tid.

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?

Utfall och data från PREM-enkäten informeras om och diskuteras med landstingets patientråd och vid landstingets LCC-möte vid varje uttagstillfälle. Aktuella verksamhetschefer och processledare får dessutom tillgång till resultaten och genomför förbättringar i verksamheten enligt identifierade behov. Data från PREM-enkäten kommer förhoppningsvis i framtiden att kunna exponeras och analyseras på websidan för patientat.se och där vara åtkomligt för verksamheterna. Utfallet kommer även att vid behov kompletteras med andra former av undersökningar. PREM data har visat sig utgöra värdefullt material att presentera och diskutera vid olika processarbetsmöten. På detta sätt kommer åtgärder och förslag till förbättringar nära de inblandade personalgrupperna och inom verksamheten. I och med att data i framtiden skall kunna tas fram och analyseras relativt löpande, kan man även få mått på kvalitet löpande under förbättringens gång.

Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?

Västerbottens läns landsting har tidigare använt enkäten till förlopp införda 2015 och 2016. Nu planeras för att även involvera patienter inom SVF som införts under 2017 och 2018 inom PREM-enkäten. Därmed kommer alla SVF att kunna utgöra underlag för mätningarna under projekttiden. Eftersom patientvolymerna inom flera av de senast införda diagnoserna är relativt begränsade, beräknas det dock inte kunna redovisas något diagnosspecifikt utfall från dessa patienter under året. Men data från dessa kommer ändå att kunna ingå i det totala utfallet.

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?

Organisation. Projektorganisationen från införandetiden av SVF 2015-2018 kommer att utgå. Från 2019 kommer organisationen av cancervården att anpassas och modifieras. Det landstingsövergripande ansvaret kommer att övergå i linjeorganisationen med visst stöd från centrala stabsfunktioner för uppföljning av verksamheten. För att intentionerna med SVF-införandet ska bibehållas och fortsätta utvecklas kommer uppsatta mål att följas upp. Utvecklingen kommer att fortsatt organiseras inom befintligt ledningsforum, LCC.

Inom varje klinisk process (SVF-område) finns utsedda lokala processledare med uppgifter att hantera uppföljning och utveckling i arbetet och samspelet mellan aktörer som är inblandade i

det kliniska flödet. Det arbetet kommer att ske i nära samverkan med inblandade linjeorganisationer och verksamhetschefer.

Den regionala och gemensamma kliniska samverkan och rollfördelningen samt kompetensförsörjningen sker via de befintliga regionala chefssamråden, förmodligen med behov av stöd från RCC Norr. En viktig förutsättning är då att RCC har kapacitet och förutsättningar till detta. RCC Norr bidrar aktivt till att samverkan och samarbete mellan norrlandslänen/regionerna underlättas och fördjupas. Detta kommer även patienterna tillgodo.

Undanträngningseffekter kommer att beaktas enligt tidigare redovisning ovan. Detta studeras även nationellt av Socialstyrelsen. Västerbotten är ett av landets fyra fördjupningslandsting i detta arbete.

Finansiering. Om det finansiella stödet för införande av SVF bortfaller/förändras kommer de områden som tidigare fått finansiellt stöd, inte längre att kunna stödjas på samma sätt. Eftersom det nuvarande statsbidraget använts långsiktigt för att öka bemanning inom operationsverksamhet, patologi, BFM samt för koordinatörer och kontaktsjuksköterskor, kommer detta stöd att få kännbara effekter om det skulle upphöra. Syftet att förbättra stödet till patienter och närstående samt minska onödiga väntetider i vårdkedjan kommer dock även i fortsättningen att vara en ambition och drivkraft i arbetet.

Landstingets patientråd är en etablerad form för patient- och närståendemedverkan som byggts upp inom SVF arbetet. Forumet kommer att kvarstå men förmodligen kommer vissa möten att glesas ut eller utgå. Formen för patienters- och närståendes delaktighet och medverkan i utvärdering och utveckling av vården kommer med säkerhet att bestå.

Ledtidsuppföljning. Uppföljning av målsättningar inom ledtider för SVF ingår redan i den etablerade uppföljningen av övrig tillgänglighet. IT-tekniken för detta bygger på samma plattform som den automatiska överföringen till väntetidsdatabasen.

Kvalitetsbrister, logistikproblem och dubbelarbete i vårdkedjan måste även i fortsättningen identifieras och minska. Det skall fortsatt bedrivas en kamp mot dubbelarbete och kvalitetsbrister i verksamheten.

Avvikelser. Systemet för rapportering av avvikelser inom VLL har anpassats för att kunna hantera SVF. Koordinatörer och andra nyckelfunktioner i patientflödet identifierar när handläggningen eller rutinerna i vården inte fungerat eller skett på bästa sätt. I fall där fördröjning eller oklarheter i vårdkedjan har/kunde ha inneburit fara för patienten ska man upprätta avvikelse och dessa kategoriseras med SVF. Denna rutin har införts i landstinget med stöd av centrala avvikelsefunktioner. I takt med att arbetssättet etableras kan man genom utdata från systemstödet följa volymer och typer av avvikelser i länet.

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.*

Utifrån de data och utfall på andel patienter inom ledtidsmålet som finns tillgängligt i dagsläget är det svårt att dra några större slutsatser. Modellen för kodning av insatserna och den kliniska rutinen är under stark förändring och kvalitetssäkring. Generellt kan man säga att ledtiderna inom patologi och väntetiderna till behandlingsstart inom specialistvården har de största utmaningarna. Bristen på personal för att bemanna vårdplatser och operationsresurser är speciellt stor orsak till detta. Åtgärder inom kompetensförsörjning, riktade utbildningsinsatser och överföring/översyn av arbetsuppgifter inom och mellan verksamheter/kategorier är några sätt att parera detta.

Nyttjande av nya digitala tekniker för kommunikation och kontakt är ett annat.

Landstingets satsning på nytt vårdinformationssystem, FVIS är den enskilt största förändring som landstinget står inför. Något som även kommer att påverka arbetet med Standardiserade vårdförlopp. Detta kommer att innebära och skapa möjligheter för moderna och nya arbetssätt genom ett utvecklat process-stöd.

Totalt sett är vården på alla nivåer under starkt förändringstryck då det inte saknas utmaningar. De långsiktiga målen för 2020 kommer att vara värdefulla indikatorer för att verksamheten fortsätter utvecklas på den inslagna vägen.

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

Som nämns ovan är det svårt att ange några speciellt utsatta diagnoser eller verksamheter i detta skede. Kvalitet i registrering och klinisk praxis behöver utvecklas ytterligare för att detta skall vara möjligt. Måste man nämna någon diagnosgrupp eller verksamhet, så är urologiska och kirurgiska diagnoser speciellt utsatta. Ledtider inom patologi är besvärande inom vissa diagnosområden och påverkar till stor del ledtiden till diagnos inom vissa SVF.

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

Se även svar under a)

Generellt för alla SVF: Processarbetet måste pågå kontinuerligt, då insatser inom alla vårdförlopp är beroende av att hela vårdkedjan fungerar. Kompetens och infrastruktur är frågor som måste vara på agendan ständigt, då brister i en kategori eller på en nivå får effekter på patienter inom ett helt SVF. Arbete, planering, handlingsplaner och uppföljning kommer att genomföras och processas i alla delar av organisationen under lång tid framöver.

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/>