

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården

Region Gotland

Oktober 2018



Inledning

Regeringen har avsatt 500 miljoner kronor per år för åren 2015–2018 för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård. Årligen har överenskommelser träffats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och en överenskommelse för 2018 träffades i december 2017 om kortare väntetider i cancervården (dnr 17/00003).

Målet med regeringens cancersatsning och överenskommelsen är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna med avsikten att uppnå en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är att fortsätta införandet med ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF).

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de sex upprättade Regionala Cancercentrumen (RCC). Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

I Region Gotland har en regional projektgrupp fortsatt fått uppdrag att leda arbetet med stöd från RCC Stockholm-Gotland och därmed också redovisa i enlighet med överenskommelsen. Redovisningen ska vara Regeringskansliet tillhanda senast den 1 november 2018.

Krav i överenskommelsen 2018

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen senast den 1 november 2018 redovisa följande:

- Att Region Gotland (RG) har infört de tre nya standardiserade vårdförloppen senast den 1 november 2018.
- Hur RG har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.
- Hur RG planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.
- Hur RG har arbetat för att uppfylla målet 2020 om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.
- Hur kvalitetssäkringsarbetet inom RG har genomförts avseende uppföljning av väntetider
- Att RG har använt den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC inom ramen för satsningen.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

Maria Dalemar

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Gotland

Thomas Kunze

Chefläkare

Region Gotland

Innehåll

Inledning.....	2
Krav i överenskommelsen 2018	2
1. Införda SVF	4
1.1 Införande av tre nya SVF under 2018.....	4
1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF.....	4
1.3 Överföring av information.....	6
2. Fortsatt arbete med SVF.....	7
2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar	7
2.2 Min vårdplan	8
3. Information och förankring	8
3.1 Patienter och närstående.....	8
3.2 Vårdens medarbetare	9
4. Resultat och statistik	9
4.1. Ledtider/kvalitetssäkring.....	9
4.2 PREM-enkäten.....	10
5. Planering för arbete efter 2018.....	12
5.1 Fortsatt arbete.....	12
5.2 Mål för 2020	12
6. Ekonomi.....	14
7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020	14
Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp	15

1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Beskriv kortfattat för respektive diagnos om införandet har följt handlingsplanen eller om justeringar skett och i så fall hur.

De tre SVF som har fastställts för införande under 2018 (buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer) har samtliga införts i Region Gotland 2018-02-01. Patienter i dessa tre nya SVF har kunnat inkluderas from detta datum. Processansvariga för samtliga förlopp har utsetts. Patientantalet i dessa SVF beräknas bli lågt till mycket lågt i Region Gotland vilket medför att resursbehov framförallt i form av tillgång till obokade tider samt koordinatorfunktionen inom verksamhetsområdena kirurgi, gynekologi och onkologi bedömdes kunna hanteras inom befintliga ramar.

Information om VGM eller misstanke har i samband med införandet kommunicerats med primärvården bland annat med stöd från en lokal variant av Cancer i Primärvården, CaPrim.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp under 2018. Ange datum för datauttag samt källa för datauttag.

Datauttaget är gjort den 24 oktober från den nationella databasen Signe och omfattar patienter registrerade from januari tom september 2018.

Enligt överenskommelsen gäller att patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF, genom start av behandling eller annat avslut.

För diagnoser markerade med * ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom vårdförloppet fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt.

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi*		1				
Akut myeloisk leukemi		1				
Analcancer*	1	2				
Bröstcancer		106				

Buksarkom*	1	2	1	1		
Bukspottkörtelcancer	6	9				
Cancer i galla och gallvägar*	1	1	1	1		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	2	1				
CUP – Cancer utan känd primärtumör	6	14				
Hjärntumörer	2	1		1		
Hudmelanom	15	15				
Huvud- och halscancer	28	22	3	1		
Kronisk lymfatisk leukemi	2	0				
Levercancer	3	0				
Livmoderhalscancer (cervix)		2				
Livmoderkroppscancer (endometrie)		5				
Lungcancer	7	7	1	2		
Lymfom	11	9				
Matstrupe- och magsäckscancer	8	2		1		
Myelom	1	3				
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	1					
Njurcancer	15	3				
Peniscancer*	3					
Prostatacancer	108					
Skelett- och mjukdelssarkom	4	3		1		
Sköldkörtelcancer		1				
Testikelcancer*	2					
Tjock-och ändtarmscancer	83	86	3	1		

Urinblåse- och urinvägscancer	67	55				
Vulvacancer*		2				
Äggstockscancer		9		1		

1.3 Överföring av information

a) Har systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget ändrats sedan handlingsplanen lämnades in?

Ja – se nedanstående punkt b samt 4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

b) Hur har landstinget utvecklat kvalitetssäkringen av data till den nationella väntetidsdatabasen under 2018?

2018-04-01 anslöt sig Region Gotland till SVF-INCA som ger förbättrade möjligheter till kvalitetssäkring av data men också förbättrad aktiv monitorering och uppföljning av SVF-patienter. Datum för SVF-start och SVF-stopp med tillhörande KVÅ-koder rapporteras från SVF-INCA direkt till nationella väntetidsdatabasen (Signe) i vissa intervall för publik nationell presentation i aggregerad form.

Processansvariga inom SVF samt berörda verksamhetschefer har ett ansvar att regelbundet följa upp och analysera sina SVF-data med avseende på korrekt registrerade data inklusive uppnådda ledtider.

Det pågår en fortsatt teknisk kvalitetsutveckling av SVF-INCA, för information om detta hänvisas till särskilt avsnitt rörande detta i Stockholms Läns landstings SVF redovisning för 2018.

Se även under 4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

c) Hur har landstinget arbetat under 2018 med att lösa frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?

SVF-INCA används regionalt gemensamt av både Stockholms Läns Landsting och Region Gotland vilket innebär att SVF-patienter ligger i samma register och kan följas i realtid i ingående landsting i samband med övergångar. Den i särklass största andelen av SVF-patienter som från Region Gotland överförs till annat landsting överförs till Stockholms Läns Landsting.

Inom flera förlopp har rutiner vid MDK behövt ses över för att säkerställa om överlämning sker i samband med MDK eller efter förnyad lokal bedömning.

Samordnande kontaktsjuksköterska har vid flera tillfällen samlat kontaktsjuksköterskor i sina respektive förlopp för att arbeta med rutiner för aktiva överlämningar.

Koordinatorer i Region Gotland är anslutna till ett koordinatorsnätverk i region Stockholm-Gotland som ger en bra plattform för regional utveckling, samsyn och erfarenhetsutbyte.

d) Finns övrigt att kommentera utifrån de uppgifter som är lämnade i tabellen ovan?

I Region Gotland har under 2018 patienter utretts i enlighet med SVF i samtliga 31 förlopp inklusive de 3 sista som infördes i år i februari.

Inrapportering för SVF lungcancer i SVF-INCA har inte kunnat genomföras under 2018 på grund av resursbrister inom det berörda verksamhetsområdet. Datan som redovisas i tabellen ovan har inhämtats direkt från processansvariga för SVF lungcancer och ska vara korrekta data för 2018 tom september. En ny koordinatorfunktion kommer att tillskapas under hösten för att lösa detta.

2. Fortsatt arbete med SVF

2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Hur har de risker för undanträngningseffekter/omprioriteringar som beskrevs i handlingsplanen följts och åtgärdats? Har nya risker identifierats under året?

Några undanträngningseffekter när det gäller bokade tider till läkarbesök på Visby lasarett föreligger inte (oktober 2018). Situationen inom urologin har under 2018 förbättrats dels efter justering av SVF för hematuri, dels genom rekrytering av urologer. Från röntgen rapporteras inga undanträngningseffekter med avseende på CT/MRT efter förändrade arbets sätt.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Införandet av kombinerad koordinator/kontaktsköterskefunktion på en del specialistmottagningar med färre SVF har tidvis medfört svårigheter med oklara roller, bister i kontinuitet samt ökad arbetsbelastning för specialistsjuksköterskor.	Översyn av bemanning och schema. Genomgång av prioriterade arbetsuppgifter för koordinator/kontaktsjuksköterska. Införande av SVF-INCA med utbildningsinsatser av RCC Stockholm-Gotland. Underlättar kontroll och monitorering av SVF patienter. Inom VO gynekologi har koordinatorfunktionen överförs från barnmorska till undersköterska. Planerad översyn inför 2020 att koordinering av SVF patienter i framtiden i större omfattning handläggs av andra personalkategorier än specialistsjuksköterskor.
Relativt stort antal patienter remitteras in till framförallt sk filterfunktion. Alla har inte cancer vilket medför att en del erhåller förtur eftersom de råkar ha symtom där cancer kan misstänkas. Risk för undanträngningseffekter framförallt för patienter med icke maligna diagnoser. Varierar	Fortlöpande information och återkommande utbildning om kriterier för misstanke/VGM samt vad remiss skall innehålla via CaPrim Gotland. Möjlighet till telefonkontakt med mottagande specialistmottagning/koordinator för inremitterade.

mellan olika SVF men tjock- och ändtarmscancer samt ÖNH cancer har diskuterats.	SVF-INCA ger nu möjlighet att ompröva uppfyllda kriterier för VGM på specialistmottagning innan beslut att starta SVF.
---	--

2.2 Min vårdplan

Hur har landstinget arbetat med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Min vårdplan påbörjas när patienten i SVF-förloppet kommer till specialistvården genom att patienten erhåller kontaktuppgifter för frågor och stöd samt bokade tider från kontaktsjuksköterska alternativt koordinator. Arbetet med att upprätta min vårdplan tillsammans med patienten fullföljs därefter i samband med att diagnosbesked lämnas. Under året har rutiner för det här arbetet vidareutvecklats och utbildningsinsatser för kontaktsjuksköterskor gällande min vårdplan har genomförts. Under hösten 2018 pågår förberedelser för införande av digital min vårdplan i bröst- samt huvud- och halscancerprocessen. Eventuellt även hjärntumörer. Detta planeras vara klart för drift runt årsskiftet.

En stor del av arbetet med detta har bedrivits inom ramen för det regionala projektet med samordnande kontaktsjuksköterska med stöd från RCC Stockholm-Gotland.

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF under 2018?

Arbetet med SVF under 2018 har i princip bedrivits på samma sätt som tidigare år. Patientföreträdare som representerar alla patientföreningar i Region Gotland är medlem i och har deltagit regelbundet i regionens lokala projektgruppssammankomster för införande av SVF

Två gånger per år hålls ett informations- och dialogmöte riktat till alla medlemmar i de patientföreningar som finns representerade i Region Gotland. I samband med dessa informeras förutom pågående arbeten kring den regionala cancerplanen även hur införandet av SVF har gått i regionen samt läget för dessa.

På RCC Stockholm-Gotland arbetar en samordnade regional processledare för jämlik vård och patientsamverkan. Ett möte med gotländska patientrepresentanter är inplanerat den 31/10.

RCC Stockholm-Gotland har tagit fram en film i syfte att förmedla en bild av hur SVF är tänkt att fungera.

RCC Stockholm-Gotland arrangerar s.k. "Rådslag cancer" på Gotland i jämna intervall. Målgrupp är människor som är berörda av cancersjukdom dvs såväl cancerpatienter som anhöriga. I samband med dessa ges fortlöpande information om olika förbättringsaktiviteter i cancervården i kombination med diskussionsgrupper med riktade frågor om vad som upplevs som bra och mindre bra i den gotländska cancersjukvården.

3.2 Vårdens medarbetare

Hur har landstinget säkerställt att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp under 2018?

Ett nätverk för cancer i primärvården i SLL har tillskapats genom initiativ och stöd från RCC Stockholm-Gotland, CaPrim, bestående av åtta vårdutvecklingsledare vid åtta akademiska vårdcentraler i SLL. Målet med CaPrim är att:

- etablera ett nätverk för cancer i primärvården och att sprida information om detta
- öka kunskapen om cancerutredning och cancervård i primärvården
- förbättra omhändertagandet av patienterna.

Med stöd från RCC Stockholm-Gotland har Region Gotland under 2017 inrättat en lokal variant av CaPrim med dels en canceransvarig allmänläkare dels en canceransvarig distriktssköterska som ingår i CaPrims regionala nätverk och som arbetar 20% med samma uppdrag i primärvården i Region Gotland.

- SVF projektledare har inom ramen för ett s.k. onkologiskt råd månadsvis informationsutbyte och avstämning med berörda av SVF i cancervården.
- Samtliga ST-läkare i allmänmedicin utbildas 1–2 gånger per år i SVF i samråd med studierektor.
- Samtliga AT-läkare erhåller information och utbildning i SVF i samband med introduktionsveckor i samband med AT-starten.
- Information och utbildning inom specialistvården för både specialistläkare och ST-läkare sker i första hand i samband med respektive verksamhetsområdes internutbildningar.
- Information av mer allmän och övergripande karaktär meddelas via intranät eller via s.k. veckobrev som går ut till samtlig personal.
- Representanter från Region Gotland deltar regelbundet i regionala lärandekonferenser anordnade av RCC Stockholm-Gotland.

4. Resultat och statistik

4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) Hur har landstinget säkerställt 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.

Beroende på förlopp varierar förhållandet med andelen patienter som avslutas med diagnosticerad cancer och behandlingsstart och patienter som avslutas utan en cancerdiagnos. Variationer beroende på förloppets karaktär kan i och för sig förväntas.

Kriterier för VGM är viktigt utifrån ett kvalitetsperspektiv liksom tolkningen av dessa. För att säkerställa detta så ligger ett ansvar på samtliga processansvariga att arbeta tillsammans med koordinatörerna för att säkerställa att kriterierna och kodsättningen tolkas likadant. Inom Region Gotland har under 2017 en organisation med en samordnande koordinator byggts upp där samtliga koordinatörer träffas regelbundet för gemensam information och lärande.

I SVF-INCA startas respektive SVF efter remissbedömning på mottagande specialistmottagning där datum för fastställande av VGM tex i primärvården anges. Detta ger möjlighet att ånyo bedöma i vilken omfattning kriterierna för VGM är uppfyllda och där patienter som inte uppfyller detta inte inkluderas i ett SVF.

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

I och med anslutningen SVF INCA i april har dessa problem minskat avsevärt. Nu sätts alla koder inom den specialiserade vården på Visby Lasarett med rätt datum och rätt kod oavsett var välgrundad misstanke har identifierats. I samband med detta kan det även överprövas att kriterierna för VGM verkligen har uppfyllts.

Regelbundna utbildningar och/eller workshops för processansvariga och koordinatörer ges löpande via RCC Stockholm-Gotland.

En viss utmaning är att korrekt registrera förlopp som avslutas innan start av behandling tex pga. patientens val eller omfattande samsjuklighet.

c) Hur har landstinget följt upp och använt resultaten av de nationella mätpunkterna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?

Alla berörda verksamhetschefer, processledare samt koordinatörer har möjlighet att ta ut data för sina SVF via rapporter i SVF-INCA, för analys och kommunikation. Datauttag från SVF-INCA kan idag endast göras för varje enskilt SVF. Önskemål finns att på en övergripande nivå kunna ta ut data för flera eller samtliga 31 SVF direkt från SVF-INCA vilket idag behöver tas ut från Signedatabasen. Ett nationellt arbete för att möjliggöra detta har påbörjats under hösten.

De samlade resultaten för SVF i Region Gotland för 2015 – april 2018 presenterades i aggregerad form för Hälso- och sjukvårdsnämnden i juni 2018.

4.2 PREM-enkäten

Hur har landstinget analyserat och tillgodogjort sig resultaten av PREM-enkäten för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Har landstinget använt sig av PREM-enkäten till de SVF som införts 2018?

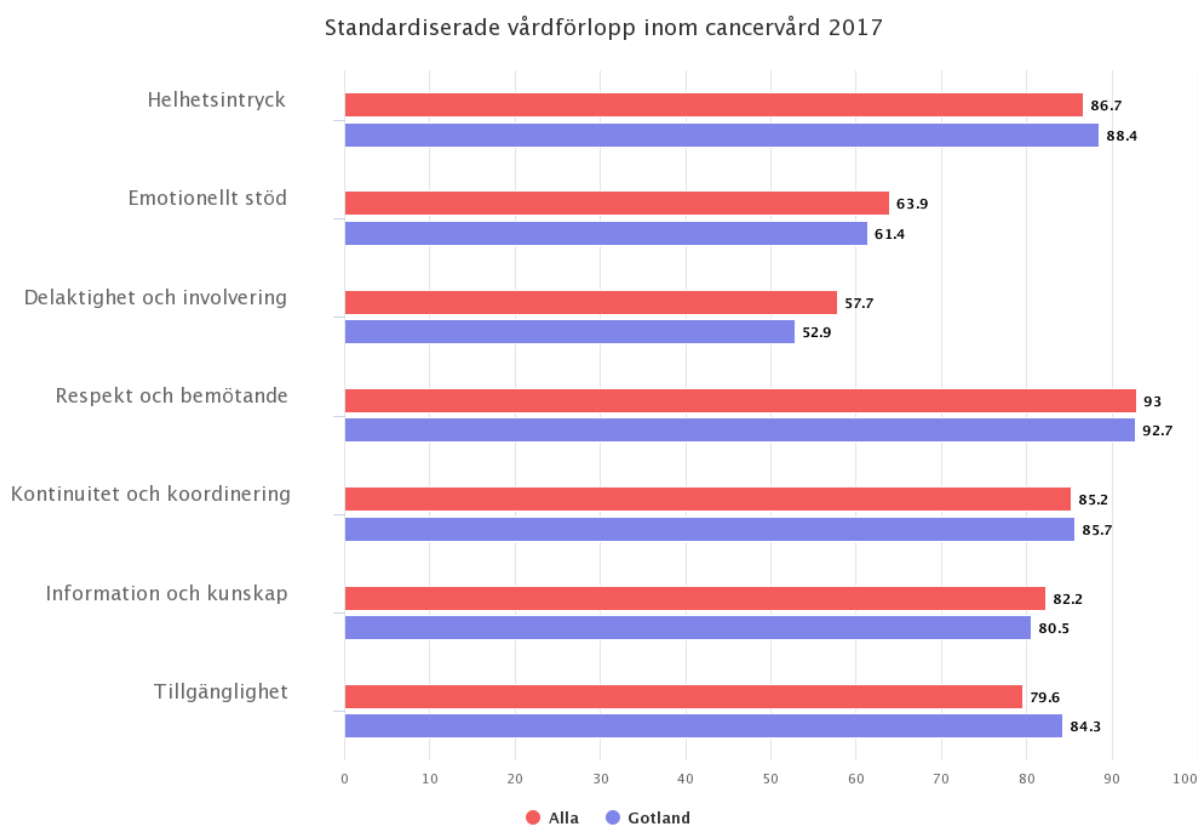
Utskick och analys av PREM-enkäten har blivit försenat under 2018 bland annat beroende på tidigare leverantörsavbrott samt övergång till en ny leverantör.

Resultaten från SKL:s stödstruktur analyseras på aggregerad nivå och där så är möjligt per SVF. Jämförelser med riket och med egna tidigare resultat över tid genomförs regelbundet.

Återföring och dialog om resultaten genomförs 2–3 gånger per år i ett s.k. Onkologiskt råd som består av representanter för alla berörda vårdgivare i cancervården som sedan i sin tur svarar för att analysera och utvärdera sina egna resultat. Verksamheterna har tillgång till stödstruktur inklusive de s.k. öppna svaren från enkäten. För områden där ett förbättringsbehov identifieras ska vid behov handlingsplaner tas fram som stöd för förbättringsarbeten. Denna process håller på att utvecklas.

Andelen enkätsvar är fortfarande relativt lågt även om en viss ökning kan skönjas. Utifrån Region Gotlands perspektiv med ett lågt invånarantal upplevs det som ett problem att resultat för vårdförlopp med färre än 10 svar inte redovisas pga. den spärr som finns i stödstrukturen. Region Gotland har även uttryckt ett starkt önskemål till SKL att det i stödstrukturen ska vara möjligt att slå samman resultaten över flera år vilket skulle möjliggöra att se resultat för fler vårdförlopp än idag.

Region Gotland använder PREM enkäten under 2018 för samtliga vårdförlopp som har införts under 2018. Data för 2018 är dock ännu inte tillgängligt för analys i stödstrukturen.



Resultaten för de vårdförlopp som är möjliga att redovisa visar på spridning i resultat mellan vårdförloppen. I flera fall är antalet svar lågt vilket medför en ökad osäkerhet i resultatet.

Områdena emotionellt stöd samt delaktighet och involvering har identifierats i behov av förbättring både lokalt och nationellt. Notabelt är att patienter som genomgår SVF med annat avslut än cancer genomgående ger området emotionellt stöd lägre betyg jämfört med patienter som genomgått SVF med avslut i form av cancerdiagnos och behandlingsstart. En möjlig förklaring kan vara att patienter med en cancerdiagnos får ett större stöd genom insatser från kontaktsjuksköterska, kurator mm jämfört med patienter som inte har cancer.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Ambitionen är oförändrad dvs att aktivt fortsätta att säkra samtliga SVF så att målen för 2020 kan uppnås. Arbetet med detta har under 2018 fortsatt.

- Stöd, utbildning och information till i första hand primärvård genom finansierade insatser från CaPrim Gotland. Men även specialistvård och läkare under utbildning.
- Utbildningsinsatser internt för läkare under utbildning (AT och ST i specialistvård.)
- Fortsatt säkring och utveckling av koordinatorfunktion, bland annat genom lokala och regionala nätverk.
- Fortsatt säkring och utveckling av kontaktsjuksköterskefunktion bland annat genom det regionala projektet samordnande kontaktsjuksköterska.
- Rätt registrering och aktiv monitorering av SVF patienter i SVF-INCA.
- Planerad workshop med berörda landsting kring utveckling och förbättring av SVF-INCA november 2018.
- Ett arbete med att försöka få data från Take Care direktöverfört till SVF-INCA pågår i SLL.
- Systematisk uppföljning och analys av ledtider på enhets- och övergripande nivå.
- Identifiering av s.k. flaskhalsar vid förlängda ledtider samt riktade åtgärder för att lösa dessa.
- Utveckla och förbättra arbetet med PREM, framförallt på enhetsnivå.
- Delta i nationella och regionala konferenser som berör uppföljning och erfarenheter av SVF.
- Budgetmedel för att fortsätta att säkra SVF måste säkras from 2019 utifrån de kostnadsökningar som införandet av SVF har medfört under 2015–2018 i och med att de statliga bidragen upphör from 2019.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har genom RCC erhållit ett regionövergripande uppdrag att följa och utvärdera implementeringsarbetet med SVF. Syftet med uppdraget är att identifiera faktorer som främjar och/eller försvårar implementering av SVF inom cancervården samt utvärdera utfallet ur såväl patientens som vårdgivarens perspektiv. Sex olika cancerformer har valts ut – hjärntumörer, lungcancer samt matstrupe/magsäck-, bukspottkörtel-, gallblåse- och levercancer (som alla ingår i övre GI), analcancer, myelom samt gynekologisk cancer. Arbetet hittills (2016–2018) har fokuserat på kvalitativa insamlingsmetoder där sammanlagt ca 150 intervjuer har genomförts både i SLL och Region Gotland med sjukvårdspersonal verksamma inom de olika förloppen. 2018 års mätning kommer att ställas i relation till tidigare mätningar för att få en uppfattning om hur arbetet har utvecklats. Preliminära resultat visar att arbetet med SVF har varit en framgångsfaktor i flera avseenden även om en del utmaningar framförallt inom diagnostik kvarstår.

En vetenskaplig artikel kommer att publiceras under oktober månad, slutrapport är planerad till slutet av 2019.

5.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att uppnå målen 2020? Har analysen från handlingsplanen förändrats under året och i så fall hur?

- Satsningar för att dels säkra tillgången på kontaktsjuksköterskor dels på sikt utveckla mer renodlade koordinatorfunktioner. Lösningar med kombinerad kontaktsjuksköterske/koordinatorfunktion har visat sig vara förknippande med en del problem som tex otydliga uppdrag, brister i kontinuitet samt hög arbetsbelastning. En del av dessa funktioner kommer att ses över utifrån RAK-principen (rätt använd kompetens) dvs att koordinering av SVF patienter i framtiden i större omfattning handläggs av andra personalkategorier än specialistsjuksköterskor.
- Satsningar för att klara kompetensförsörjningsbehovet för specialiserad personal inom cancersjukvården för framtiden. Här gäller att framförallt att behålla befintlig personal men även ökad utbildning och nyrekrytering.
- Bemanningssituationen inom urologin har förbättrats sedan 2017 vilket har medfört att tidigare uppkomna undanträngningseffekter inte längre kvarstår. Ett eventuellt framtida införande av screening för prostatacancer kommer troligen att medföra behov av ytterligare resursförstärkning inom urologin.
- Inom område hud har ytterligare en hudläkare kunnat rekryteras under 2018 vilket har förbättrat läget för SVF hudmelanom. Beslut om breddinförande av teledermatoskopi i primärvården har fattats och håller på att genomföras.
- Operations- men även viss utredningskapaciteten på delar av Karolinska sjukhuset Solna och Huddinge behöver säkras bättre ur SVF perspektivet. Omflyttningar i SLL med anledning av NKS har periodvis påverkat vårdutbud och väntetider i regionen. Detta har även omfattat överförda cancerpatienter från Region Gotland.
- Satsningar och utveckling av region Stockholm-Gotlands gemensamma IT-stödstruktur för effektiviserande av informationsutbyte, till exempel MDK och personalutbildning pågår men behöver ses ur ett längre tidsperspektiv. Utvecklandet av Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) kommer troligen att få en stor betydelse för detta.
- Åtgärder för att förbättra bemanningsläget i primärvården med avseende på fast anställda primärvårdsläkare för att bättre kunna uppnå kontinuitet och kompetens har genomförts. Sk. Utbildningsvårdcentraler har inrättats med målat att kunna utbilda och behålla fler allmänläkare.
Primärvårdens förmåga att kunna fånga upp och utreda eventuella alarmsymtom med avseende på att identifiera eventuell misstanke eller välgrundad misstanke bedöms som en central faktor för att tidigt kunna diagnosticera cancer.
I Region Gotland har de senaste åren gjort stora satsningar på att rekrytera och utbilda ST-läkare i allmänmedicin. En tydlig förbättring råder idag även om det fortfarande är många vakanser i primärvården.
- Ökat fokus på uttag och analys av SVF data med avseende på uppnådda ledtider,

6. Ekonomi

Ge en översiktlig bild av hur stimulansmedlen har använts under 2018 och vad återstående medel kommer att användas till.

Största delen av stimulansmedlen för standardiserade vårdförlopp har/kommer att användas till att fortsätta att finansiera kostnadsökningar som införande av 31 SVF under 4 års tid har medfört - exempelvis inrättande av koordinatorfunktioner inom berörda verksamhetsområden samt ökade kostnader för diagnostik och utredningar. Under 2018 har ytterligare kontaktsjuksköterska/koordinator anställts inom lungmedicin vilket innebär att dessa funktioner nu finns inom samtliga verksamhetsområden.

Stimulansmedel används till fortsatt utveckling av uppföljning av SVF, under 2018 har Region Gotland bla. anslutit sig till SVF-INCA.

Stimulansmedel har använts till att delfinansiera stöd till primärvården i form av en canceransvarig sjuksköterska och allmänläkare på sammanlagt 20% arbetstid med uppgift att informera och utbilda primärvården med avseende på SVF men även cancer i allmänhet.

Övriga insatser är ytterligare satsningar på IT/teknisk infrastruktur för att bättre kunna genomföra multidisciplinära konferenser med sjukhus på fastlandet, inköp av teledermatoskop till samtliga vårdcentraler, informationsinsatser, resor till fastlandet för att delta i olika konferenser och utbildningar inom området.

Region Gotland fortsätter arbetet med att utveckla och följa upp SVF så att arbets sättet blir väl inarbetat i samtliga berörda verksamhetsområden.

7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020

Delge oss gärna synpunkter på hur regeringen kan följa landstingens arbete inom cancerområdet under kommande år, t.ex. gällande målet för 2020.

Vi har under 4 års tid infört en ny arbetsmetod – SVF i cancervården med ett uppsatt mål för 2020. För att utvärdera hur vi har lyckats med detta ganska omfattande förändringsarbete krävs fortsatt kvalitetssäkring, uppföljning och att resultat efterfrågas. Region Gotland föreslår en fortsatt nationell efterfrågan och publicering av resultat.

Nuvarande organisation med en SVF projektgrupp på nationell nivå med regionala projektledare bör kvarstå för att det fortsatta arbetet ska kunna bedrivas lika i hela riket.

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi
- 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 ha införts 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/>