

**Region Gävleborgs redovisning av arbetet med
standardiserade vårdförlopp
enligt överenskommelsen
Kortare väntetider i cancervården 2018**

Redovisningarna ska vara Socialdepartementet
tillhanda senast den 1 november 2018

1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Samtliga tre SVF - Buksarkom, Neuroendokrina buktumörer och Vulvacancer har följt handlingsplanen för införandet 2018 och hade alla delar på plats så att patienter kunde börja remitteras enligt SVF. Under januari inkluderades SVF Vulvacancer i den redan befintliga strukturen för övriga införda SVF inom gynekologisk cancer. Buksarkom och Neuroendokrina buktumörer infördes under mars månad. Inga justeringar har gjorts utifrån handlingsplanen för införandet.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Nedan redovisas antalet patienter som har genomgått och avslutat respektive SVF under 2018, uttaget 30/10-18 ur Region Gävleborgs lokala datalager:

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*	2	0	1	0	0	0
Akut myeloisk leukemi	6	3	0	0	0	0
Analancer*	1	1	0	5	0	0
Bröstcancer	56	984	0	1	0	0
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	18	14	13	11	1	0
Cancer i galla och gallvägar*	1	7	6	4	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	66	75	1	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	5	7	0	0	0	0
Hjärntumörer	8	3	1	1	0	0
Hudmelanom	129	138	5	5	1	2
Huvud- och halscancer	71	91	51	27	1	0

Kronisk lymfatisk leukemi	6	0	0	0	0	0
Levercancer	9	8	9	2	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	10	0	22	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	55	0	27	0	0
Lungcancer	80	89	13	15	0	0
Lymfom	15	12	1	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	66	69	19	7	0	0
Myelom	14	5	1	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	0	0	1	0	0	0
Njuncancer	8	10	11	13	0	0
Peniscancer*	9	0	2	0	0	0
Prostatacancer	331	0	82	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	0	0	7	9	0	0
Sköldkörtelcancer	0	7	0	0	0	0
Testikelcancer*	9	0	0	0	0	
Tjock-och ändtarmscancer	245	205	3	7	1	0
Urinblåse- och urinvägscancer	265	189	3	2	1	0
Vulvacancer*	0	2	0	5	0	0
Äggstockscancer	0	45	0	24	0	0

1.3 Överföring av information

- a) Systemet har inte ändrats.
- b) Inför uppladdning till nationella väntetidsdatabasen kvalitetsgranskas data och ev brister rapporteras till berörda inom respektive SVF för korrigerig. Projektgruppen har aktivt monitorerat felrapporter under 2018 och säkerställt att berörd verksamhet åtgärdar felaktiga registreringar. För att kvalitetssäkra och höja kvaliteten av data har berörda inom respektive SVF fått handledning och utbildning, utöver lathundar och kodvägledningar.
- c) Ett införande och ökat användande av standardiserade remissmallar som innehåller strukturer för information enligt SVF, och som efterfrågas av mottagande landsting/region i befintligt journalsystem. Inom sjukvårdsregionen finns ett projektnätverk som samverkar och rapporterar, eller tar upp problem och förbättringsarbeten. Den aktiva dialogen i nätverket har under 2018 lett till gemensamma förändringar (ex. remisshantering, anmälan till MDK och kodsättning) och arbete för en konsensus inom sjukvårdsregionen och utanför. Under 2018 har detta arbete fördjupats, och alla är överens att detta samarbete kommer att fortgå efter 2018.
- d) Det är inte helt tydligt och enkelt att följa utfallet av ledtider för de patienter som startar sin behandling eller avslutar i ett annat landsting/region.

2. Fortsatt arbete med SVF

2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Risk för att återbesök och kontroller sker senare än enligt nationella mål.	Infört sjuksköterskemottagning (task shifting) för återbesök och kontroller ex. onkologimottagningen. Ledtider för återbesök och kontroller följs aktivt inom respektive berörd enhet.
Kriterier för välgrundad misstanke inkluderar fler än tidigare vilket kan leda till för låg kapacitet i utredningsfasen.	Förbättrad visualisering av aktiva patienter i respektive SVF och på så vis förbättrad daglig styrning och prioritering. Genom visualisering av volymförändringar i flödet över tid kan enheterna följa ledtider och sätta in åtgärder. Arbete pågår för att förbättra användandet av gemensamma resurser inom länet. Inom VO Kirurgi genomförs extra satsning med processtöd för att förbättra bl a inom uro-teamets vårdförlopp.
Risk för omprioritering av mottagande landsting/region vid överflytt för utredning och start av behandling.	Tagits upp inom nätverket för införande av SVF i sjukvårdsregionen. I utredningsfas t ex PET-CT undersökning.

2.2 Min vårdplan

Vidareutveckling av arbetet med Min Vårdplan har genomförts inom processteamerna för respektive SVF, med involvering av patientrepresentant. Stöd till detta har funnits i projektgruppen och inom nätverk för kontaktsjuksköterskor inom RCC Uppsala Örebro. En lokal arbetsgrupp i Region Gävleborg har under året samarbetat med arbetsgruppen inom RCC Uppsala Örebro med införandet av den elektroniska nationella vårdplanen. Förberedelser för implementering pågår inom sjukvårdsregionen och kontaktsjuksköterskorna har fått information om implementering och innehåll i e-MVP. RCC Uppsala Örebro har genomfört en workshop gällande e-MVP för ett gemensamt införande inom sjukvårdsregionen. Genom det gemensamma arbetet kommer en patient som går över landstings/regionsgränser att kunna ha e-MVP från sitt hemlandsting och inte behöva starta en ny e-MVP i ett mottagande landsting/region. Genom e-MVP kommer flera patienter att få tillgång till sin MVP, vilket innebär en utökad möjlighet att kommunicera med kontaktsjuksköterska, samt följa och skatta sina egna behov och levnadsvanor.

Parallellt har det under året genomförts ett arbete lokalt avseende dokumentation av individuell vårdplan inklusive rehabiliteringsplan inom journalsystemet, inbegripet levnadsvanor och hälsoskattning. Regelbunden individuell behovsbedömning sker i respektive vårdförlopp. Genom detta arbete kan varje enskild patient följa sin vårdplan och överenskommen rehabiliteringsplan via journalen på nätet. Arbetet innefattar även funktionen Fast vårdkontakt.

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

Gävleborg har arbetat med att göra patient- och närståenderepresentanter till en naturlig del av processteamet, och att respektive processägare ansvarar för att involvera patient- och närståenderepresentanter. I Region Gävleborg finns det även en patient- och närståendebank som är en tillgång i olika sakfrågor och förbättringsarbeten kopplade till SVF inom cancervård. Den lokala cancersamordnaren och Cancerrådet har arbetat aktivt med patient- och närståenderepresentanter i den lokala cancerstrategin, där SVF ingår, för att stärka patientens ställning. Cancerrådet har tillsammans med patient- och närståenderepresentanter kommit överens om att bilda ett lokalt patient- och närståenderåd (PNR) och att en representant från PNR deltar vid varje cancerråd. Detta för att förbättra och stärka patientens och närståendes ställning samt delaktighet i det fortsatta arbetet med att utveckla cancervården. Det som framför allt kommit fram under dessa år med samtal med patienter och närstående är behovet av att följa upp respektive patient en kort tid efter avslutad behandling.

3.2 Vårdens medarbetare

Information och utbildning har skett kontinuerligt utifrån behov inom både primärvård och specialiserad vård, i AT- och ST-utbildningen samt i nätverket för kontaktsjuksköterskor. Under 2018 har processägare och processledare genomgått introduktionsutbildning med fokus på roller och ansvar inför deras övertagande av förvaltningsansvar för respektive SVF. Alla medarbetare i vården, befolkningen och samarbetspartners har haft tillgång till uppföljningar av införda SVF via en hemsida med samlad information. Nyheter och förändringar förmedlas till berörda av lokal cancersamordnare i samarbete med Cancerrådet. Det lokala Cancerrådet har ansvar för att vårdens medarbetare har kännedom om SVF. SVF har idag blivit ett etablerat begrepp inom både primärvård och specialiserad vård. Frågeställningarna som kommit upp under 2018 handlar om hur vi inom vården tillsammans kan förbättra och utveckla utifrån patienters och närståendes perspektiv.

4. Resultat och statistik

4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) Riktad information och utbildning har genomförts till de medarbetare som sköter registreringen. Det gäller bland annat användandet av kodsättning inom respektive SVF, framtagna lokala "lathundar" och nationella kodvägledning. I arbetet och utbildningen förtydligas vikten av att prata om, samt i diktat ange, var patienten befinner sig i ett vårdförlopp. Genom att vara tydlig med var patienten befinner sig i ett vårdförlopp ökar följsamheten och det säkerställs att koder sätts vid de tidpunkter som specificeras. Här ingår även samverkan med nätverk inom RCC Uppsala Örebro för att säkerställa följsamhet och enhetlighet i registreringarna.
- b) Framtagna automatiserade felrapporter gällande ofullständiga registreringar har kontinuerligt följts upp av utsedda medarbetare i berörda enheter inom respektive SVF. Vid behov har projektledare kontaktats för stöd och hjälp. Standardiserade mallar används i överflytt mellan landsting/regioner.

- c) Resultat av nationella mätpunkter har ingått som en uppföljningsparameter för processteamerna inom respektive SVF. Respektive processteam arbetar med att ta fram förbättringsåtgärder utifrån ledtidsresultat. Respektive processägare och processledare har rapporterat status samt pågående arbeten inom respektive SVF till Cancerrådet.

4.2 PREM-enkäten

Under 2018 har PREM-enkäter använts för samtliga 31 SVF som har införts.

Rapporterna från PREM-mätningarna delges i dialogmöten för tumörprocessgrupper och primärvård, cancerrådet, processägare, berörda verksamhetsområden och brukarorganisationer. Beroende på svarsfrekvens har analyser utifrån resultaten genomförts. All data följs av och återkopplas till cancerrådet och respektive berörd processägare, samt processledare som återkopplar till processteamerna för respektive SVF för ev. framtagande av förbättrings/utvecklingsåtgärder.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

Under året har rollerna och funktionerna processägare och processledare etablerats, och under hösten har dessa tagit över förvaltningsansvaret från projektgruppen. Cancersamordnaren har fått rollen att engagera processtöd utifrån frågeställningar och behov. Processägaren och processledaren för respektive SVF har fått i uppdrag att tillsammans med respektive processteam följa resultaten, och beroende på utfall ta fram förbättringsåtgärder. Årlig uppföljning och kvalitetssäkring av respektive SVF har införts. Processägare och processledare har genomfört SWOT för att identifiera möjligheter och hinder för respektive SVF.

Återkoppling av respektive SVF sker årligen till Cancerrådet. Den innefattar hela vårdförloppet från primärvård, utredning och behandling till uppföljning, med dess ingående komponenter av olika professioner, rehabilitering, omvårdnad och palliation. Det har kompletterats med rutiner och riktlinjer som följer SVF-strukturen.

5.2 Mål för 2020

Det har kontinuerligt under året arbetats med infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning. Det pågår arbete med att genomföra förändringar i arbetssätt, samt öka samverkan inom sjukvårdsregionen och nationellt. I en jämförelse fångade Region Gävleborg upp lungcancer i ett sent skede, och startade utifrån det ett förbättringsarbete ur primärvårdsperspektivet, vilket har medfört ett nytt arbetssätt. När patienten ringer rådgivningssjuksköterskan i primärvården aktiveras misstanke om Lungcancer och bildremiss utförs direkt utifrån ett protokoll/checklista. Utfallet av testet var positivt och breddinförs nu under hösten inom hela primärvården.

Inom patologi har arbete med att förenkla processer genomförts för att få förbättrade svarstider i SVF-flödet. Styrkort har tagits fram för olika SVF i syfte att följa ledtiderna, liksom mätpunkter inom patologin. En gång i kvartalet levereras tiderna till processägarna. Ett nytt, automatiskt inbäddningsinstrument och autosection har införts vid patologienheten, vilket frigör mer tid vid snittningen av preparat. Arbetet med digital patologi ExDin har fortsatt och test har visat på förkortade svarstider gällande konsultation, då man slipper skicka preparatglas för bedömningar. Genom att arbeta på distans, hemifrån, har patologerna i lugn och ro diagnostiserat utan att bli störda, vilket i sin tur inneburit högre kvalitet och större produktion.

Inom Region Gävleborg råder kapacitetsbrist inom urologi, och under året har kompetenstapp skett vilket påverkat SVF inom uro-teamet i stor utsträckning. Samtidigt har de totala volymerna av patienter in mot uro-teamen ökat vilket ytterligare har påverkat kapacitetsproblematiken. En annan faktor är kompetensbrister inom sjukvårdsregionen Uppsala Örebro vilket framför allt påverkat de patienter som startar sin behandling i ett annat landsting/region. Utifrån rådande förhållanden ser det svårt ut att nå målet att 80 % av patienterna ska gå igenom ett SVF inom utsatta maximala tidsgränser, framför allt för SVF Prostatacancer. En annan viktig faktor som påverkar möjligheterna att nå detta mål är avsaknaden av digitala remisser och digitala informationsöverföringar mellan landsting/regioner i utredningsfasen. Man kommer även att behöva genomföra förändringar i arbetssätt, samt öka samverkan inom sjukvårdsregionen och nationellt.

6. Ekonomi

Översiktlig bild av hur stimulansmedlen har använts:

- Projektledare och delprojektledare.
- Arbetsgrupper, inklusive patientrepresentanter, inom respektive vårdförlopp samt ledtider och indikatorer.
- Uppstarts- och driftkostnader för SVF 2018.
- Kommunikatör och webbredigering kopplat till arbetet med SVF. Framtagande av material och spridning samt uppdateringar.
- IT-stöd för visualisering av ledtider för historisk SVF-data och aktiva patienter i vårdförloppet.
- Kvalitetssäkring och utbildning för att säkerställa och skapa följsamhet till att koder sätts vid de tidpunkter som specificeras i respektive SVF.
- Uppdatering och korrigeringar av remisser inom primärvården och slutenvården.
- IT-förändringar och arbete med serverdrift och infrastruktur.
- Den nationella PREM-enkäten och resursarbete nationell patientenkät.
- Arbete och aktiviteter med Min Vårdplan och journalutveckling av vårdplaner samt rehabiliteringsplan.
- Kvalitetssäkring och utbildning av samtliga vårdförlopp med överrapportering och drift överlämning till ägare och processledare inom respektive SVF.

7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020

- Möjlighet att få likformighet i innehållet av respektive SVF i förhållande till respektive kvalitetsregister för att få tydligare uppföljning samt undvika dubbelregistrering på flera ställen.
- Ge bättre förutsättningar att följa patienter som flyttas mellan landsting/regioner.
- I huvudsak fokusera uppföljningen på SVF med stora patientvolymmer.

- Inom SVF Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom genomförs bildundersökningen DT thorax och buk i Region Gävleborg snabbt med svar inom 5 kalenderdagar. Det har inneburit att omkring 35 % av patienterna med misstanke har snabbt aktiverat ett annat SVF med välgrundad misstanke från primärvården under 2018. Genom den snabba hanteringen från primärvården har det ur patientens perspektiv inneburit snabbare start av korrekt SVF för cancerdiagnosen och av behandling. Detta har inneburit att de patienter som gått vidare för utredning till specialiserad vården inom detta SVF inte har haft cancer. Med denna kunskap påverka förändring av SVF AOS så att bildundersökning med svar sker i primärvården innan Välgrundad misstanke.