

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018



AS2018-0200

Kontaktperson: Bengt Sandén 070-650 15 22, bengt.sanden@akademiska.se



Inledning

Detta är en mall för landstingens redovisning av införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en redovisning enligt denna mall.

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

Krav i överenskommelsen 2018

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

- Att de tre nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2018.
- Hur de har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.
- Hur de planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.
- Hur de 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 landstingen har genomförts avseende uppföljning av väntetider
- Att de 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.

1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Antalet genomförda SVF ska redovisas i tabellen under 1.2, men det ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom de tre nya vårdförloppen fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt. I stället anses de vara införda när landstinget har alla delar i arbetet på plats så att patienter kan börja remitteras enligt aktuellt standardiserat vårdförlopp.

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

Den centrala projektgruppen arbetar med införandet av Värdebaserad vård ur ett patientperspektiv på Akademiska sjukhuset. De standardiserade vårdförloppen inom cancer erbjuds samma process och metodstöd som övriga patientprocesser inom Värdebaserad vård. Den centrala projektgruppen har en kontinuerlig diskussion med primärvården om SVF och det fortsatta arbetet. Införandet av de tre sista förloppen har skett enligt handlingsplan och utan justeringar.

Vulvacancer

Processen för vulvacancer har fungerat smidigt att införa, då vi redan har tre fungerande processer inom kvinnosjukvården och en erfaren koordinator som leder arbetet. Patientprocessledare finns namngiven och en process för arbetet finns utarbetad på kliniken.

Buksarkom

En arbetsgrupp för SVF Buksarkom har bildats och vid första arbetsgruppsmötet har en processkarta tagits fram för det fortsatta arbetet. Koordinator och patientprocessledare är rekryterade och det finns en plan för inkludering av patienter. Processen startade upp inför sommaren, men ännu har ingen patient varit aktuell för inkludering i förloppet.

Neuroendokrina tumörer (GEP-NET)

På Akademiska sjukhuset finns det sedan tidigare en arbetsgrupp med representanter från olika verksamhetsområden som driver förbättringsarbete enligt modellen Värdebaserad vård. En koordinator har kopplats till processen och en patientprocessledare finns namngiven. Arbetet med att inkludera patienter pågår.

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.

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	Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och	Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda
-------------	-------------------------------	---	--

Data hämtat från SAS VA. 2018-10-23	avslutade inom det egna landstinget		avslutade i ett annat landsting		till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi*	3	2			1	1
Akut myeloisk leukemi	2	6				
Analcancer*	6	7			1	21
Bröstcancer	1	303		1		
Buksarkom*						
Bukspottkörtelcancer	24	20		1	18	11
Cancer i galla och gallvägar*	5	13			2	7
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	11	22				
CUP – Cancer utan känd primärtumör	4	5				1
Hjärntumörer	39	46			5	2
Hudmelanom	102	87				8
Huvud- och halscancer	63	44	1		24	14
Kronisk lymfatisk leukemi	7	7				
Levercancer	19	16			23	7
Livmoderhalscancer (cervix)		25				5
Livmoderkroppscancer (endometrie)		106				27
Lungcancer	81	73			3	1
Lymfom	13	19				
Matstrupe- och magsäckscancer	17	8			15	6
Myelom	21	17				
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	1				1	1
Njurcancer	36	22			33	21

Peniscancer*	1		1			
Prostatacancer	425	1			33	
Skelett- och mjukdelssarkom	1	1	1			
Sköldkörtelcancer	2					1
Testikelcancer*	22				2	
Tjock-och ändtarmscancer	141	157	1	1	5	2
Urinblåse- och urinvägscancer	260	164			14	10
Vulvacancer*		5		2		
Äggstockscancer		36				21

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?

Nej, vi fortsätter arbetet med registrering enligt tidigare modell.

Region Uppsalas mall i journalsystemet Cosmic säkerställer att vi fångar data på rätt sätt. Genom att koordinatorena använder mallen i Cosmic som är enkel och säkerställer korrekt KVÅ-kodning i bakgrunden, kan vi löpande följa våra ledtider i vårt beslutstödsverktyg SAS och samtidigt skicka data till SKL enligt deras specifikation. Mallarna i Cosmic och beslutstödsverktyget i SAS fungerar mycket bra och tillsammans med koordinatorena arbetar vi nu för att vidareutveckla verktygen och förbättra möjligheten att plocka ut information som koordinatoren och patientprocessledaren kan använda som underlag för att arbeta med att förbättra ledtider.

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

Region Uppsala genomförde 2017 ett projekt som syftade till att varje månad göra en datoriserad rapportering till SKL:s väntetidsdatabas Signe för att förhindra manuella felaktigheter i överföringen. Vid uttagen varje månad görs vissa kontroller/sorteringar som baseras på respektive kodvägledning vilket innebär att om visst data saknas skickas inte informationen utan flaggas som felaktig. Om det finns dubletter tas enbart första värdet med. Även enheten som hanterar integration gör kontroller för att säkerställa att själva överföringen fungerar som den ska. I samband med att data överförs varje månad erhåller utvalda representanter ett svarsmeddelande från SKL:s väntetidsdatabas att filen mottagits eller om några felaktigheter upptäckts och filen inte kunnat hanteras av väntetidsdatabasen. Vid felaktigheter arbetar vi enligt en framtagen rutin där vi bland annat tar kontakt med utdata och integration för att tillsammans kunna identifiera felet och skicka om filen.

Under 2018 har vi utökat våra interna mätpunkter med exempelvis väntetidsorsaker och ytterligare ingående ledtider för att bättre hålla koll på våra patienter internt och även kunna arbeta med ytterligare ledtidförbättringar på ett strukturerat sätt. För själva kvalitetssäkringen framöver ser vi över hur en förvaltningsorganisation av SVF kan komma att se ut inom Region Uppsala, i det arbetet ingår även strukturer för att säkerställa kvaliteten till väntetidsdatabasen och hur vi kan uppmärksamma och arbeta aktivt med våra interna uppföljningar och datakvaliteten. Vi tar kontinuerligt fram nya verktyg för att underlätta kvalitetsarbete, senast en ny variabel för VGMBordeFinns för att säkerställa att alla utomlänspatienter även registreras med datum för VGM enligt regelverken. Här har det under året visat sig att vi tidigare haft en kvalitetslucka som inneburit att patienterna inte rapporterats över till SKL, den försöker vi på det här sättet nu åtgärda. Ett antal andra kvalitetssäkringsverktyg har tagits fram under vägen med vår registreringsmodell i journalsystemet. Här kan vi dock se att verktygen inte alltid används på det sätt som planerats och därför behöver vi göra en ny utbildningsinsats under hösten. I takt med att fler mätpunkter integreras i uppföljningarna så ökar intresset för att använda rapporterna och det i sig driver kvalitetssäkringen då alltfler ögon tittar och ifrågasätter de data som presenteras. För överföringarna till SKL pågår under hösten ett genomlysningsarbete för att säkerställa korrekthet och kontinuitet med hjälp av projektpengar från RCC:s kvalitetssäkringsinsatsning av SVF.

- 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?

Region Uppsala har i sin speciellt framtagna dokumentationsmodell för SVF i Cosmic implementerat ett verktyg för analys och uppföljning av registrerade mätpunkter. I detta verktyg finns även en flik för uppföljning av huruvida patienter som är folkbokförda i annat landsting/region har eller inte har registrerats med mätpunkten "mottagen från" och hemlandsting. Under året har vi fått kännedom om att några av koordinatörerna hade missuppfattat regelverken kring "mottagen från" och registrering av välgrundad misstanke, där man trott att "mottagen från" skulle räcka för rapporteringen till SKL. Koordinatörerna behöver även säkerställa att även välgrundad misstanke registreras i vår uppföljning med rätt datum från hemlandstingen, för att få rätt ledtider och för att rapporteringen skall gå över i integrationen till SKL.

Koordinatörerna ansvarar för att registrera i Cosmic samt att följa upp sina patienter i sitt koordineringsverktyg. Då "mottagen från" saknas i verktyget kompletterar koordinatörerna detta i dokumentationsmodellen.

Remittering till andra landsting sker endast i ett fåtal processer. Respektive koordinatör har ansvar för att säkerställa kodning för detta. Koordinatörerna fångar upp patienterna vid inremittering till sjukhuset. Om inte patienten går vidare till behandling eller avslut förblir patienten rödmarkerad i beslutstödsverktyget för koordinatörerna. Det föranleder efterforskningar om vad som har hänt med patienten? I och med detta kommer koordinatörerna att upptäcka ifall patienten flyttats till annat landsting utan att märkas i systemet med "överflytt". När de hittar patienten som saknar "överflytt" går de in i Cosmic och kompletterar med den mätpunkten i dokumentationsmallen.

Region Uppsala har också bjudit in representanter från andra landsting i Sjukvårdsregionen för att tillsammans utveckla remisser och information över landstingsgränserna. Kontinuerlig dialog förs med sjukvårdsregion i syfte att förbättra samarbetet. Kontaktlistor har tagits fram för att koordinatörerna lättare ska kunna få kontakt med varandra. Den centrala projektgruppen stöttar koordinatörerna i att bygga nätverk i sjukvårdsregionen för ett enklare samarbete över landstingsgränserna.

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

Från och med tertialrapportering 1 2018, finns nu en särskild SVF-bilaga i rapportpaketet som verksamhetscheferna skall fylla i tillsammans med den övriga genomgången av verksamheten. De skall titta på sina ledtider och beskriva förbättringsaktiviteter som de själva och/ eller andra kan göra för att förbättra ledtiderna framförallt. Planen är att verksamheterna i sitt analysarbete av ledtiderna även ska samla in annan tillgänglig information och kritiskt granskar den egna verksamhetens siffror för att säkerställa en rimlig bild av den egna verksamheten såväl avseende inklusion som i arbetet för att uppnå bestämda ledtider och för en dialog med patientprocesserna för att få så konkreta och bra förslag som möjligt.

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?

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
SVF har skapat tillgänglighetsproblem för radiologiska undersökningar som inte ingår i förloppen. Det har också uppdagats att en del förlopp har ett stort antal remisser som inte uppfyller kriterierna.	Radiologin har under 2017 genomfört en stor kartläggning av utmaningarna med SVF och nu under 2018 har arbetet fortsatt för att skapa bättre flöde och korrekta remisser. De har utvecklat samarbete med lasarettet i Enköping och externa leverantörer. Det görs också extrakörningar på kvällar och helger.
Patologin märker av det ökade inflödet av remisser och klarar ledtiderna inom SVF relativt väl, men det har däremot sett ökade svarstider för undersökningar som ligger utanför SVF.	Det pågår ett internt förbättringsarbete för att kunna möta de ökade behoven och för att minska flaskhalsar. För att förbättra flödet på patologen pågår just nu en rekrytering av BMA:s och en möjlighet till automatisering av en del av arbetsmomenten. Patologen investerar i robotteknik 2019 som kommer att förbättra svarstiderna och avlasta BMAs.
En del processer upplever att de fortfarande har väldigt stora trattar som leder till undanträngningseffekter både mellan patientgrupper men också i det enskilda förloppet.	Vi emotser RCC:s arbete med att revidera förloppen. Patientprocessledare driver frågan mot specialistråden.

2.2 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.

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

Min Vårdplan för nyutveckling av Stöd och Behandling (SoB) genomfördes som ett pilotprojekt under 2017 tillsammans med kontaktsjuksköterskorna på mottagningen för Koloncancer. Projektet inleddes med en kartläggning av verksamhetens arbete genom observation på plats, dels av deras administrativa arbete samt patientmöten och kompletterande intervjuer. Därefter genomfördes återkommande statusmöten (videomöte) med de två andra pilotverksamheterna, Östergötland och Jönköping, och 1177. Kontaktsjuksköterskorna deltog aktivt med förbättringsidéer kring funktionalitet i SoB under projektets gång. Resultatet från pilotprojektet har varit mycket positivt och patienterna uppskattade att samla all information digitalt och på ett ställe. Under hösten kommer det att rekryteras en projektledare till RCC som kommer att ha det regionala ansvaret för det

fortsatta arbetet med att implementera E-MVP inom cancerområdet, lokalt kommer arbetet att fortsätta drivas från enheten för e-hälsa. Region Uppsala avser att använda E-MVP även för kroniska sjukdomar utanför cancerområdet.

3. Information och förankring

3.1 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.

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

Då arbetet med SVF inom Region Uppsala bedrivs i enlighet med principerna för värdebaserad vård kommer patienter och/eller närståenderepresentanter att involveras i de lokala arbetsgrupperna. Cancerrådet bjuder också in patientföreningarna varje termin för diskussion och lärande. Patientdelaktighet är en viktig förutsättning för att kunna bedriva en värdeskapande vård. I syfte att öka patienters delaktighet på Akademiska sjukhuset pågår nu ett arbete för att kartlägga metoder och goda exempel för hur patienter kan göras mer delaktiga i sin egen vård och i verksamhetens förbättringsarbeten.

3.2 Vårdens medarbetare

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

För att öka kännedom om SVF har vi förstärkt våra informationskanaler med filmer som riktar sig till vårdens medarbetare. Dessa filmer har vi även delat med oss av till andra landsting inom vår sjukvårdsregion. Vi har också haft ett flertal artiklar publicerade på vårt intranät samt informerat om arbetet på möten med verksamhetschefer. Våra koordinatörer har i sitt uppdrag att berätta om arbetet med SVF och tillsammans med kontaktsjuksköterskor visa och diskutera kring resultat från PREM enkäten på lokala arbetsplatsmöten. Vi har också medverkat på informationsmöten med personal från patologi och inom verksamhetsområdet blod och tumörsjukdomar för att berätta om införandet av SVF i Region Uppsala.

Gyncancerprocesserna har bjudit in privata vårdgivare samt representanter från primärvård till ett möte för att diskutera SVF och remisser, i syfte att förbättra ledtiderna lokalt. Det pågår också samarbete i flera processer mellan Akademiska sjukhuset och lasarettet i Enköping och representanter från lasarettet i Enköping finns med i koordinatorsnätverket.

Under hösten 2018 kommer vi att genomföra en behovsinventering tillsammans med patientprocessledare, koordinatörer och KSSK, för att ytterligare stärka arbetet under 2019.

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.

Koordinatorns verktyg säkerställer att dokumentationen blir enhetlig. Vi arbetar kontinuerligt med utbildning och stöd till koordinatörerna för att öka kvaliteten på indata. I februari hade vi en halvdagsutbildning med koordinatörer för att diskutera patientfall och kodning. Vi har också samarbete med de andra landstingen i syfte att förbättra informationen i remisser för att på så sätt säkerställa rätt datum. I och med att vi under 2018 börjat följa SVF i sjukhusets ordinarie tertiärappföljning ökar dialogen kring målpuppfyllelsen och även ifrågasättandet av ytterligheterna i underlagen – vilket ger en fördjupad analys.

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

Genom att koordinatörerna använder sig av dokumentationsmallen i Cosmic säkerställs en fullständig registrering oavsett vem som utför vården. Hjälpmedel och verktyg finns i uppföljningsmodellerna och vidareutvecklas för att underlätta felsökning och säkerställa kvalitet i data. Akademiska sjukhuset har under året integrerat uppföljningen av SVF i sjukhusets tertiärapportering. I samband med detta får koordinatörer, patientprocessledare, sektions- och verksamhetschefer möjlighet att titta på sina resultat och ifrågasätta dessa. Analysunderlagen sammanställs då av den centrala förvaltningen på sjukhuset och främjar en dialog med verksamheten. När eventuella kvalitetsbrister upptäcks säkerställs funktionalitet för att undvika den felkällan i framtiden.

I det kontinuerliga arbetet med processgrupperna sammanställs och redovisas också olika resultat på framförallt ledtider för SVF och man tittar även på spridningen i ledtider. Grupperna uppmanas att analysera sina bästa och sämsta ledtidsresultat i detalj via ex journalgranskning. I den granskningen upptäcks eventuella felregistreringar och samtidigt ges möjlighet att lära av de enskilda patienternas vårdhistorik – vad kan gå fel och vad gör att ett förlopp går bra?

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

Med vår dokumentationsmall har Region Uppsala kunnat erhålla bättre täckningsgrad i sina verktyg. Det gör att vi nu har tillgång till mer relevant data att analysera. Gemensamma mått byggs i vårt beslutstöd och kan följas på daglig basis, exempelvis ledtider. Vid våra styrgruppsmöten för Tema Cancer presenteras analyser av vår data som underlag för diskussion kring bland annat stödresurser och operationsköer. Materialet används också från och med 2018 för särskild uppföljning av SVF i tertiärapporteringen, vilket gör att dialog kring SVF-data integreras i den ordinarie verksamhetsuppföljningen och blir därmed en integrerad del av den dagliga verksamheten och underlag till beslut och dialog om ex. resurser för att förbättra ledtiderna.

4.2 PREM-enkäten

Utskick och analys av PREM-enkäten blev försenat under 2018. Besvara nedanstående fråga utifrån den data ni har haft tillgång till.

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?

Ja, alla 31 processer använder eller kommer att använda sig av PREM- enkäten. I processerna lungcancer och bröstcancer arbetar grupperna regelbundet med att analysera sin PREM data och förbättra resultaten.

Då vi bedömer att det finns en potential att vidareutveckla verksamheten utifrån PREM enkäten så har vi under 2018 informerat alla SVF processer om PREM/patientenkät.se och hur de kan arbeta med resultatet. Vi har också använt resultat från PREM vid informationsmöten med verksamhetschefer, patientprocessledare och det lokala cancerrådet.

Vi ser ett ökat intresse för att arbeta med PREM resultatet i sitt förbättringsarbete.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 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.

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

Sedan starten av införandet av SVF i Region Uppsala har det pågått ett arbete för att utveckla och förbättra verktygen för att kunna fånga patienter och för att kunna följa ledtider inom respektive förlopp. Syftet med dokumentationssättet med enklare registrering och kodning, uppföljningsverktyget i SAS, journalmallar och webbaserad information för medarbetare och patient/närstående är att ge en förutsättning för att kontinuerligt hålla en hög täckningsgrad i de olika förloppen. Nu pågår ett arbete med ett utökat informationsarbete mot framförallt primärvården men också internt mot verksamhetschefer. Förutom dokumentationsmallen i Cosmic och uppföljningsverktyget i SAS som utgör infrastrukturen har det krävts utökade resurser för att informera, stötta och utbilda medarbetare. När införandet betraktats som avslutat kommer en förvaltningsorganisation ta plats för att bibehålla de arbetsätt som tagits fram och införts. Denna organisation kommer att arbeta i nära samarbete med enheten för värdebaserad vård och det lokala Cancerrådet med uppgift att stötta det fortsatta arbetet med SVF inom Region Uppsala

Den större delen av förvaltningsorganisationen kommer att utgöras av de koordinatörer som fortsatt är nödvändiga för registrering av ledtider och uppföljning och eventuella åtgärder baserade på resultaten av uppföljningen. Region Uppsala har tillsatt en budget för 2019 som motsvarar 13–14 koordinatörstjänster och som säkerställer det fortsatta arbetet. Regionens cancersamordnare kommer också att ha en roll i uppföljning och utveckling. Under projektet har Region Uppsala byggt ett nätverk för koordinatörer som träffas regelbundet. Enheten för värdebaserad vård kommer att fortsättningsvis hålla i nätverket och kalla till möten.

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?

Analysen från handlingsplanen kvarstår. Det vill säga;

Region Uppsala bedömer utifrån beräkningsunderlaget att täckningsgraden sannolikt kommer att kunna uppnås för majoriteten av förloppen 2020. Utmaningen att klara ledtiderna för de enskilda förloppen blir enligt vår bedömning något större. Den centrala projektgruppen för en nära dialog med styrgruppen för Tema Cancer kring målen för 2020 och hur vi kommer att behöva prioritera och förstärka resurserna för att kunna uppnå ledtidsmålen. För att nå ledtidsmålen behöver vi dels fortsätta vårt processarbete, och också förbättra vår bemanningssituation. Att öka antalet medarbetare med rätt kompetens är enligt vår uppfattning den största utmaningen. De allra största insatserna kommer att krävas för diagnoser där behandlingen är tunga kirurgiska åtgärder, och där ett stort vårdbehov inkluderande intensivvård finns i samband med behandlingen.

Region Uppsala arbetar kontinuerligt och intensivt med att rekrytera och behålla sjuksköterskor. En satsning görs också på att öka antalet specialistsjuksköterskor genom att erbjuda betald vidareutbildning inom bland annat operation, anestesi och intensivvård. Införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården har tydliggjort problemen med tillgänglighet inom cancervården, och är ett underlag för diskussion om resursfördelning.

6. Ekonomi

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

Den största delen av stimulansmedlen har använts till lönekostnader för framförallt koordinators, men också patientprocessledare för de processgrupper som arbetar med förbättringsarbete. Kostnader för projektledare för införandet är en annan kostnadspost. Framtagandet av ett journalbaserat registreringsystem för koder har varit en stor kostnadspost under tidigare år. Under 2018 har stimulansmedlen bekostat fortsatt utveckling av registreringsystemet, och fortsatt utveckling av den automatiserade rapporteringen till den nationella databasen. Vidare så har fler modeller tagits fram i vårt utdatasystem SAS, och befintliga modeller har vidareutvecklats. Återstående medel kommer att användas på samma sätt.

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.

Generellt bedömer vi att de standardiserade vårdförloppen gör mest nytta för de stora och medelstora förloppen. Vi har ett par förlopp där antalet patienter per år är ensiffrigt och för dessa förlopp kanske en annan modell hade varit mer effektiv.

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/>