

Socialdepartementet

Redovisning av Region Hallands arbete med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018.

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.

Under 2018 har tre nya SVF införts i Region Halland; Buksarkom, Neuroendokrina buktumörer inkl. GIST och Vulvacancer. Region Halland införde dessa med start 1 april 2018, samordnat med Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Införandet under 2018 har till stor del baserats på erfarenheter från implementering av de 28 tidigare införda SVF.

Buksarkom och Neuroendokrina buktumörer inklusive GIST

I Region Halland finns ingen egen process eller processledare för denna patientprocess. En läkare har fungerat som kontaktperson med uppdrag att samordna införandet. SVF koordinatör på kirurgkliniken är kopplad till båda förloppen. Införandet har fungerat helt enligt handlingsplan.

Vulvacancer

SVF vulvacancer har omhändertagits i befintlig struktur i processen gynekologisk cancer. Därmed har den processledaren samordnat införandet. Befintliga koordinatörer på kvinnokliniken har omhändertagit även detta SVF. Införandet har fungerat helt enligt handlingsplan.

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 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	7	9				
Analcancer*	15	10				
Bröstcancer	25	688		1		
Buksarkom*	-	1*		1*		
Bukspottkörtelcancer	14	13	4			
Cancer i galla och gallvägar*	2	4				
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	2	3	1	5		
CUP – Cancer utan känd primärtumör	24	22	1			
Hjärntumörer	6	9	3	3		
Hudmelanom	149	141	2			
Huvud- och halscancer	67	60	5	13		
Kronisk lymfatisk leukemi	11	3				
Levercancer	5	2				
Livmoderhalscancer (cervix)		10		4		
Livmoderkroppscancer (endometrie)		105		14		

Lungcancer	81	79	4	6		
Lymfom	29	26				
Matstrupe- och magsäckscancer	12	8	2	1		
Myelom	12	17				
Neuroendokrina baktumörer (GEP-NET)*	2*	1*	1*			
Njurcancer	13	10				
Peniscancer*	2	-				
Prostatacancer	394		2			
Skelett- och mjukdelssarkom	8	10	3	5		
Sköldkörtelcancer	1	6				
Testikelcancer*	-	-	3			
Tjock-och ändtarmscancer	226	291	2	5		
Urinblåse- och urinvägscancer	192	168	1		1	
Vulvacancer*	-	2*		1*		
Äggstockscancer	-	43				

Siffror markerade med *beskriver att patient är rapporterad i Region Hallands uppföljningsverktyg men inte rapporterad till den nationella databasen.

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?*

Ingen förändring har skett utan samma arbetssätt och strukturer används.

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

Det sker en kontinuerlig kvalitetsutveckling av registreringen då kontroller genomförs för att tillse att rapporteringen sker med tillfredsställande resultat. Detta utförs av strateg med ansvar för ledtidrapportering tillsammans med regional koordinator och ansvarig koordinator. Vid identifierade brister åtgärdas dessa.

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?*

Överrapportering av patient i SVF mellan regioner sker enligt den nationellt fastställda rutinen för patienter som lämnar Region Halland. Rapportering till den nationella väntetidsdatabasen följer de nationella riktlinjerna för patienter som rapporteras från Halland.

Regionala nätverk för exempelvis koordinator, tillgänglighet och cancersamordnare diskuterar återkommande rutinen för att skapa samsyn och lyfta eventuell problematik. Rutinen lyfts även i lokala och regionala nätverk för koordinators/kodningsansvariga sekreterare samt kontaktsjuksköterskor. Fortsatta diskussioner av rutinen krävs för att hålla implementeringsarbetet levande.

Rutinen finns tillgänglig för koordinators och medicinska sekreterare på Region Halland intranätet.

Återkoppling i form av ledtider för halländska patienter som starta behandling i Region Skåne har erhållits från Skåne vilket varit uppskattat. Dessa uppgifter har legat till grund för när regional koordinator följer upp och kvalitetssäkrar registrering och utdata. Kvalitetssäkring görs regelbundet för att säkerställa att patientinformation för SVF som överförs till Region Skåne och Västra Götalandsregionen är korrekt.

Arbete med att kunna fil-överföra data för de patienter som överförs till VGR har slutförts och månatligen överförs data för de patienter som överförs för fortsatt vård i VGR.

Koordinatorer och kontaktsjuksköterskor har regelbunden kontakt och/eller kontakt vid behov med sina kollegor i andra landsting inom samma förlopp.

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

Konstateras kan att Region Halland ligger relativt stabilt kring nivån att ca 25% som inkluderas i SVF i Halland startar behandling. Detta är en lägre andel jämfört med riket.

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?

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Urologi: Stora patientvolym	Förbättrad diagnostik och högre andel aktiv monitorering
Nedprioritering av benigna urologiska åkommor, ex sten, godartade förstoring av prostata och miktionsproblematik	Kontinuerlig uppföljning Rekrytering genomförd Vårdgaranti har utnyttjats

Brist undervisningsoperationer urologi för ST	Åtgärder ses över
Kirurgin: Ökade patientvolym, Ej tillräcklig tillgänglighet till koloskopi, operationskapacitet och personell kapacitet	Regelbunden uppföljning, vårdgaranti används, nivåstrukturering inom Halland sjukhus, processledarmöte inom kliniken
ÖNH: Ökad belastning pga. filterfunktion	Omstrukturering av mottagningsverksamhet
Lungmedicin: Nedprioritering av benigna tillstånd ex KOL, ökade volymer av lungcancerpatienter	Omfördelning av arbetsuppgifter, ökad kapacitet
Radiologi: Stora volymer med olika prioritet	Noggrann prioritering
Patologin: Svarstiderna har blivit längre – prioritering krävs för att SVF-ledtider ska kunna hållas.	Prioritera rätt Utökat med en molekylärbiolog Förstärkt med ST tjänst God samverkan processledare Koordinator på patologen har gjort riskanalyser och varje avvikelse följs upp.

För detaljerad information, se bilaga.

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 omhändertas i respektive process för utveckling och uppföljning hur den används.

Region Halland har ett nätverk för kontaktsjuksköterskor cancervården som träffas regelbundet tillsammans med rehabiliteringskliniken. Där finns en bra plattform för dialog kring Min vårdplan och där sker också utveckling kring lokala initiativ för utveckling av Min vårdplan. Flera kontaktsjuksköterskor har genomgått utbildning för kontaktsjuksköterskor och inom den utbildningen genomfört utvecklingsarbete som Min vårdplan.

Fler kliniker har börjat KVÅ-koda Min vårdplan vilket gör det möjligt att följa upp.

Region Halland bevakar utvecklingen av det nationella arbetet med Min vårdplan.

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?

Patienter har deltagit i arbetet med handlingsplaner och redovisningen av SVF.

Om möjligt har det funnits patienter med vid nätverksmöten för kontaktsjuksköterskor.

Region Hallands cancersamordnare har haft träffar med RCC Syds patient- och närstående råd där det finns halländsk representation.

3.2 Vårdens medarbetare

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

Alla vårdcentraler i Halland har besökts av regionala koordinatörerna för information och diskussion. Detta är det tredje besöket på vårdcentralerna i Halland under satsningens gång. Vid behov läggs information och nyheter upp i nyhetsbrev till primärvården. Under våren har en geo-mappning över antal SVF/1000 listade patienter per vårdcentral genomförts. Det kan konstateras utifrån den geo-mappningen att nästan alla vårdcentraler i Halland ligger inom samma kluster vilket tolkas som en jämlik vård gällande inkludering i SVF.

Regional koordinatör för SVF har regelbundet stöttat verksamheterna inom specialistvården på en rad olika sätt och anordnat bland annat nätverksmöten för koordinatörer.

Processledare får information gällande SVF på en rad olika vis.

Det finns även en hemsida på intranätet där all information, bland annat alla regionala SVF är publicerade.

Det finns en samarbetsplats där alla behöriga kan hämta information, ta del av beslut m m.

4. Resultat och statistik

4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

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.

Det finns regionala anvisningar och rutiner framtagna för registrering och kodning av SVF i Region Halland. De regionala anvisningarna är kopplade till journalsystemet VAS som används i Halland. De regionala anvisningarna är framtagna av strateg med ansvar för ledtidsrapportering tillsammans med regional koordinatör.

En referensgrupp med koordinatörer tar upp tolkningsfrågor och tar del av nyheter som sedan sprids i det regionala koordinatorsnätverket.

Regional koordinatör följer upp och stöttar förvaltningarna gällande registrering.

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

Region Halland säkerställer att de registreringar sker, som kan ske, utifrån hur designen av registreringen är nationellt beslutad. De patienter som överförs till annan region för start av behandling ska registreras och rapporteras där ifrån, dvs Region Halland gör inte denna registrering och rapportering. Region Halland följer den nationella rutinen som finns för överrapportering av patient i SVF mellan landsting och region. Rapportering till den nationella databasen följer de nationella riktlinjerna för patienter som rapporteras från Halland.

Strateg med ansvar för ledtidrapportering deltar i södra- och västra sjukvårdsregionernas nätverk för kodning.

Regionala nätverk för exempelvis koordinator, tillgänglighet och cancersamordnare diskuterar återkommande rutinen för att skapa samsyn och lyfta eventuell problematik. Rutinen lyfts även i lokala nätverk för koordinatörer/kodningsansvariga sekreterare samt kontaktsjuksköterskor. Fortsatta diskussioner av rutinen krävs för att hålla implementeringsarbetet levande.

Rutinen kommuniceras till koordinatörerna och medicinska sekreterare både på intranät och på de regionala koordinatorsträffar som genomförs en gång per termin.

Regional koordinator följer upp och återkopplar registrering och utdata.

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

Resultaten av ledtider redovisas för processledare och förvaltningsledning och då utifrån den uppföljning som sker från Region Hallands journalsystem i eget uppföljningssystem. Respektive process och förvaltningar arbetar med de utmaningar som finns som identifieras via ledtidsmätningen.

Region Halland använder i första hand eget uppföljnings system (BO) som är baserat på de nationella mätpunkterna. Anledning till detta är att de publikt presenterade ledtidsuppgifterna brister då dels ett antal SVF har för få patienter för att redovisas och dels så saknas ledtider för de patienter med cancerdiagnoser där patienterna inte behandlas i Region Halland. I vissa fall då det bedöms som relevant används resultat från nationella ledtidsdatabasen.

Idag överförs data en gång per månad från Region Hallands datalager till den nationella väntetidsdatabasen. För att minimera risker att patientinformation inte kommer med i överföringen pga. sen kodning har ett arbete påbörjats för utökad överföring.

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?

Övergripande PREM resultat för Region Halland har analyserats av regional koordinatör och presenterats på nätverksmöten, intranät och hemsidor. Politiska ledningen har även fått en information. Linjeorganisationen i förvaltningen och processledare har fått redovisning av resultat samt i möjligaste mån sammanställning av svar och synpunkter från de "Öppna svaren".

Svarsfrekvensen har gått upp i Region Halland och de övergripande resultat har legat stabilt på en hög nivå och totalt sett lika med riket, men att det finns skillnader mellan de olika processerna vilket har kommunicerats till både processledare och linjeorganisation. Analysen visar också på något lägre resultat på upplevelse av emotionellt stöd och delaktighet och involvering. Detta har kommunicerats med verksamheten som en förbättringspotential som omhändertas i processerna.

Region Halland skiljer ut sig genom att ha större andel SVF som avslutas före behandling och i PREMresultatet skiljer det sig relativt mycket mellan de som fått och de som inte fått en diagnos.

Förbättringsarbetet hade underlättats om de öppna svaren kunde specificeras per förlopp.

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?

Region Halland kommer att fortsätta inkludera patienter i SVF och rapportera ledtider. Primärvårdens inkluderande i SVF kommer att fortsätta följas via geo-mappning. Arbetet med de regionala processerna fortsätter och i det arbetet har processerna fått uppdraget att förvalta SVF där sådana finns. Fortsatt uppföljning, redovisning och stöd till förvaltningarna pågår enligt plan.

Förvaltningarnas ansvar är till stor del samma som tidigare och har förtydligats.

Primärvårdsförvaltningen har fått i uppdrag att ta fram en förvaltningsmodell för fortsatt SVF arbete efter 2018. Regionkontorets fortsatta ansvar har också förtydligats.

Det hade underlättat om regionen hade fått information från RCC hur SVF kommer att hanteras nationellt efter 2019 exempelvis med ledtidsmätningar, kodvägledning, PREM etc.

Region Halland har påtalat för RCC Syd och RCC Väst att de är viktiga aktörer för exempelvis informations spridning av reviderade SVF och kodvägledning för att SVF i Region Halland ska kunna hålla samma höga kvalitet som idag.

Önskvärt vore att SVF används även inom andra områden än cancer genom att den kopplas ihop med och stöds av etableringen av den nya kunskapsstyrningsmodellen.

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?

Fortsatt kapacitetsplanering, ex av operationskapacitet och mottagningstider samt kompetensutveckling .

Fortsatt arbete med omfördelning av arbetsuppgifter

Översyn av resursfördelning

Nya arbetssätt och ny teknik används

Tydliga lokala tillämpningar för att effektivisera processen

För att förbättra SVF AOS så efterfrågas ett Diagnostiskt spår och den utredningen är i sin slutfas och kommer att kunna presenteras under hösten 2018

Gällande MDK-utvecklingen så är ett arbete planerat att starta i oktober 2018

En satsning på att medvetandegöra larmsymtom görs under året i primärvården

Utveckling av utdata för uppföljning

Utöka samverkan både inom Region Halland och med externa aktörer

Tidigare bedömning av inkludering i SVF i förlopp med patienter med hög andel co-morbiditet

Fortsatt stöd till verksamheten för korrekt kodning

Fortsatt informationsspridning

För detaljerad information, se bilaga.

6. Ekonomi

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

Stimulansmedlen har använts till följande områden:

Regional cancersamordning: SVF måste samordnas med all annan verksamhet som finns i cancervården, ex processarbete, samverkan med förvaltningar, RCC etc.

Förvaltning av SVF: 2019 övergår SVF i förvaltning. Arbete har påbörjat och kommer att fortsätta under hösten med att förbereda alla berörda förvaltningar så ansvarsfördelningen blir tydlig.

Processutveckling MDK, nationellt, regionalt och lokalt: Ett arbete är påbörjat som kommer att fortsätta under hösten där MDK-verksamheten kommer att ses över, en viktigt komplex och resurskrävande verksamhet.

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.

SKL/RCC borde kunna ansvarar för sammanställningar av regionernas/landstingens resultat av 70% respektive 80% målen för att regeringen ska kunna följa utvecklingen över tid, både nationellt men även per region/landsting.

Regionkontoret 2018-09-11

Ann-Sofi Isaksson
Verksamhetschef kvalitet
Bitr Hälsa-och sjukvårdsdirektör

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/>

Redovisning av SVF Region Halland 2018

Nedan finns texter sammanställda som kommer från processledare och ledningen från Hallandssjukhus, ADH eller Närsjukvården.

Risk för undanträngning och omprioriteringar

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

Hallands sjukhus

Urologikliniken

Risker har identifierats inom kliniken för benigna åkommor. Kliniken har under 2017/2018 följt operation av sten samt operation av godartad förstorad prostata. Rekrytering av läkare med kompetens för sten verksamhet har skett och har prioriterats. För godartad förstorad prostata har vårdgaranti nyttjats när detta varit aktuellt.

Risk för brist på undervisningsoperationer för ST läkare har identifierats men ännu inte åtgärdats.

Redan idag skickas stor del av remisser för mottagningsbesök avseende miktionsproblematik till vårdgaranti. Detta innebär att exempelvis problem med godartad prostataförstoring vare sig utreds eller opereras inom region Halland. En översikt över hur stor andel remisser som gått till vårdgarantin före och efter införandet av svf kan klargöra saken.

Diagnostiken vid prostatacancer har förbättrats för att identifiera icke signifikant cancer eller rätt behandlingsstrategi. 2016 var cirka 80 % av patienterna i norra Halland med prostatacancer med mycket låg risk handlagda med aktiv monitorering. 2017 var 100 % handlagda med aktiv monitorering.

Kirurgikliniken

Identifierade risker:

- Inflödet av remisser har ökat sedan SVF infördes framförallt till SVF kolorektal.
- Utmaning finns vad gäller tillgänglighet till koloskopi och operationsverksamhet.
- Vissa svårigheter att klara bemanning och kompetensförsörjning, både inom den egna verksamheten och hos andra aktörer som är involverade i SVF förloppen.

Tillgängligheten för alla kirurgiska ingrepp följs upp månadsvis. Alla nybesök för benigna ingrepp som har en medicinsk prioritering på 12 veckor hänvisas till vårdgarantin för att kunna erbjuda denna grupp patienter vård inom 60/90 dagar i de fall det finns privata aktörer att hänvisa till.

Alla bräckremisser går till Hallands sjukhus Kungsbacka för bedömning av ingrepp som kan utföras där.

Olika aktörer såsom röntgen, patologen operation är involverade i processerna, vilket medför att kirurgikliniken inte kan påverka alla delar i processen, som exempelvis ledtider.

Processledarträffar genomförs för att hålla samman processen. Ett forum för frågor som behöver samordnas med andra aktörer bör identifieras som stöd om oenighet uppstår emellan aktörer.

Kvinnokliniken

Kvinnokliniken har inte definierat några direkta risker för undanträngning och har inte följt något under 2018.

Öron-näsa-hals-kliniken

SVF kräver tid och resurser från alla personalkategorier samt centraloperation och bakjoursverksamhet. Belastningen ökar i hela verksamheten för att klara en snabb handläggning och tillgänglighet kopplat till SVF. Nya risker har inte uppmärksamrats inom kliniken.

Akutkliniken

Inom akutkliniken har inte några undanträngningseffekter identifierats.

Medicinkliniken

SVF lungcancer

Vi konstaterade tidigt att vården av bl a KOL- och fibrospatienter kom i skymundan när SVF startade. En av våra allergologer tog sig an KOL-patienterna med hjälp av en sjuksköterska och startade KOL-mottagning. Den har fallit väl ut. Under 2018 har två kollegor uttryckt intresse av att jobba mer med fibrospatienter, och det håller på att byggas upp. En sjuksköterska är involverad även i det. Vi har också försökt utöka antalet mottagningstider under hösten, för att beta av kön av återbesök som ansamlats vår/sommar. Det är tack vare två ST-läkare, som blir alltmer självständiga. Vårt problem då är att vi är trångbudda, våra undersökningsrum räcker inte till.

När det gäller nya risker ser vi inget specifikt, men volymen av SVF-patienter och antalet undersökningar som varje patient genomgår ökar fortfarande.

ADH

Patologi

Patologin har märkt längre svarstider generellt, vilket betyder att de oprioriterade fallen tar längre tid. Samtidigt klaras SVF i de flesta fall och dessa prioriteras. En icke ringa andel är dessutom SVF-fall som kräver kompletterande analyser, i ngt ökade mån NGS, vilket tar tid och resurser. Vi följer utvecklingen och den enda åtgärd som är möjlig är att tillse att bemanningen är adekvat, att rätt fall prioriteras och att arbetet drivs så effektivt som möjligt. Bl.a. har under året ytterligare en molekylärbiolog rekryterats och förstärkning med ST-läkare har skett.

Patologins arbete utgör endast en del av SVF-processen och kontakt med de som ansvarar för hela processen, inom främst lung-, bröst och prostatacancer, som är volymmässigt stora sker kontinuerligt.

Koordinator på patologen har gjort en omfattande riskanalys av SVF-verksamheten och varje avvikelse följs upp av vår koordinator.

Bilddiagnostik

Röntgen håller stipulerade ledtidertider för SVF, i redan ansträngd verksamhet kan undanträngningseffekter inte undvikas. Vår uppgift blir då att se till att detta drabbar ”rätt” patienter. Denna utveckling kan på sikt hota SVF.

Röntgen är noga med att följa regelverket för SVF och endast acceptera de fall som uppfyller kriterierna.

I nuläget klarar vi de tidskrav som gäller för respektive vårdförlopp.

Närsjukvården (Primärvård)

Inga undanträngningseffekter, snarare positivt att dessa patienter utreds och får en diagnos snabbare

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?

Hallands sjukhus

Urologikliniken

För att korta utredningsgången har sjuksköterskor, med specifik kompetens att utföra cystoskopi, tagit första besöket. Tidsramen för SVF är mycket kort vad det gäller utredningsgången och för att klara 80 % inom tidsramen behöver mottagningen för skopi utökas. Endast knappt 10 % av de patienter som ingår i SVF hematuri går vidare till operativ åtgärd.

Den del där urologin har svårare att nå upp till målet är tid till första behandling (vilket oftast är fråga om TUR-B operation). Inom urologin finns ett flertal SVF-processer varför operationsutrymmet behöver ses över.

Beroende på det histologiska resultatet efter prostatabiopsi ges nu snabb återkoppling till patienten med telefon/brevkontakt om det inte gäller cancer. Första postoperativa kontakten med patienten sker via kontaktsköterska för att spara läkartider. För att snabbare och effektivare diagnostisera behandlings-krävande och svårbedömda cancerfall ska kliniken utrustas med MR-fusion.

Inom njurcancerteamet har nyrekrytering skett för att säkerställa kompetens inom njurcancerkirurgin och på så sätt öka möjlighet till att hålla maximala tidsgränser.

Kirurgikliniken

Inom kirurgikliniken pågår uppbyggnad av endoskopisk verksamhet och sjuksköterskor har utbildats till skopister. Utbildning av sjuksköterskor i att avlägsna hudförändringar planeras. För att öka tillgängligheten för inläggning av subcutan venport och frigöra operationsutrymme har kirurgen utbildat undersköterskor för att assistera vid dessa ingrepp.

För att nå målen i cancer av okänd primärtumör (CUP-processen) saknas ett diagnostiskt centrum med övergripande ansvar för att säkra processen. Detta utifrån att många kliniker är inblandade i CUP-processen.

Kontaktsjuksköterskerollen är en viktig funktion och utbildning (7,5p) pågår av sjuksköterskor på kirurgimottagningen vid Hallands sjukhus Varberg och Halmstad.

Kvinnokliniken

Inom kvinnokliniken utreds cirka 70 % av cancerfallen via SVF. Kliniken har under året infört SVF för den fjärde cancerformen (vulvacancer) och behöver genomföra vissa åtgärder t.ex. när det gäller samarbete med Regionalt cancercentra (RCC) för bättre måluppfyllelse. Målvärdet för cervixcancer (livmoderhals) är svårt att uppnå då tidsramen är kort, speciellt för de som ska ha strålning/cytostatika.

Öron-näsa-hals-kliniken

Kliniken har genomfört de förändringar som kliniken själva kan styra över inom ekonomiska ramar och tillgänglig bemanning.

Ska ledtiderna ytterligare minskas behövs ytterligare resurs för att exempelvis förstärka koordinatorfunktionen, förstärka resurser på patologi/röntgen (PET-CT), tätare MDK-konferenser på regional nivå och tillgång operationstid.

Medicinkliniken

SVF lungcancer

Utveckling av utdata för uppföljning sker kontinuerligt i samarbete med IT för att kunna visualisera både 70% och 80%-målet. Inom t ex SVF lungcancer, är det första målet, 70% utredda inom SVF, redan uppfyllt. Bara en handfull lungcancer utreds utanför. Det andra målet uppfyller vi inte, och det är svårt att se att det ska gå. F.n. ligger vi på 50-55%. Några åtgärder planeras dock, så får vi se vad det kan ge.

Trimma statistiken. Vi upplever fortfarande att det är svårt att koda rätt. Vi har en hel del patientvald väntan, hur syns det? Co-morbiditet likaså.

En hel del patienter får genomgå flera undersökningar (re-skopi, re-biopsi) innan diagnos erhålls, och det drar förstås ut på tiden. Där finns kanske en förbättringspotential.

Vår flaskhals på sistone har varit brist på läkartider till första och andra läkarbesöket. Se p 1.

Lung- och allergisektionen kommer att delas i två på försök under hösten. Det påverkar ffa sjuksköterskornas arbete, men förhoppningen är att arbetet ska bli mer effektivt.

Ett tydligt lokalt vårdprogram är under utarbetning så att alla vet hur varje patient ska utredas på mest effektiva sätt, att remisser skrivs i god tid, att "onödiga" undersökningar undviks mm.

Akutkliniken

Information kring SVF har skett till medarbetarna på akutmottagningarna för en följsamhet till SVF när det är aktuellt.

ADH

Bilddiagnostik:

Vi ser över möjligheter att utöka verksamheten genom rekrytering samt nyinstallation, uppgradering av främst CT och MR.

Bägge delar är svåra då det finns få utbildade röntgensjuksköterskor och lokaler som ej medger någon utökad maskinpark.

Vi räknar med att även fortsättningsvis kunna hantera tidsgränserna med risker enligt ovan.

Närsjukvården (Primärvård)

Målet är att öka kunskapen om tidig upptäckt av cancer i primärvården och att allmänläkare i högre utsträckning remitterar patienter med misstänkt cancer