

**HANDLINGSPLAN –
för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt
överenskommelsen mellan regeringen och SKL
om kortare väntetider i cancervården 2018**

Region Östergötland

Inledning

Detta är en mall för landstingens handlingsplaner för 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 handlingsplan enligt denna mall.

RCC i samverkan kommer också att ta fram den mall som ska användas för redovisningen som ska vara Regeringskansliet tillhanda senast den 1 november 2018.

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 vårens medel (195 mkr) ska landstingen senast den 15 mars 2018:

- tillsammans med RCC ta fram en handlingsplan enligt denna mall. Respektive landsting ansvarar för att den egna handlingsplanen tas fram.
- involvera patientföreträdare vid framtagandet av handlingsplanen
- genom RCC lämna in handlingsplanen till Socialdepartementet.

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen också senast den 1 november 2018 lämna in en redovisning enligt kommande mall baserad på överenskommelsen 2018.

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

1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) *Vad är landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider?*

Vi har genom införandet av de standardiserade vårdförloppen (SVF) och den välgrundade misstanken kunnat möta stora delar av den problematik som tidigare funnits inom främst primärvården kring utredning av misstänkt cancer. Utredningarna har tidigare, i allt för många fall, tagit för lång tid även då patienten uppvisat allvarliga symtom. För merparten av vårdförloppen har vi nu en god tillämpning av SVF medan vi för några förlopp, främst de senaste införda, behöver öka inkluderingen i SVF. Genom att vi har en relativt hög andel patienter inom SVF för allvarliga symtom men även för patienter med cancer utan känd primärtumör så har vi sänkt tröskeln till mer sammanhållen utredning för de patientgrupper som tidigare fått vänta länge. Den uppföljning som genomförts av Regionalt cancercentrum sydöst och den återkoppling projektledningen fått, från främst läkare i primärvården, sammanfattas i följande reflektion:

Kriterierna enligt SVF ger en ökad tydlighet kring vilka symtom som bör utredas, det ger en trygghet för mig som läkare och som jag också kan förmedla till mina patienter. Det som tidigare tog mig flera månader att utreda kan jag nu remittera enligt SVF och vet då att patienten snabbt blir kontaktad och att utredningen genomförs mer samordnat än tidigare.

Införandet har även inneburit förbättrade möjligheter till sammanhållen utredning när patienten kommer till/vårdas på sjukhusets specialistkliniker men här kan inkluderingen förbättras ytterligare.

Det finns fortsatt behov av att tänka mer i termer av 365/7/24 för att säkra att vårdförloppen flyter på under årets alla dagar. Detta kommer att ställa krav på vår verksamhetsplanering och kanske även innebära en fördjupad samverkan med angränsande landsting/regioner för att täcka svackor i vår egen leverans.

Koordinatorer och kontaktsjuksköterskor kan nu i relativt hög omfattning direktboka i systemen. Detta arbetssätt frigör läkartid inom främst radiologin och ökar flexibiliteten genom att regionens tre röntgenenheter kan användas som gemensam resurs. Vår målbild är att detta arbetssätt ska finnas för att kunna boka punktioner, preoperativa bedömningar men också för bokning av palliativ hemsjukvård, kemoterapi och strålbehandling. Där är vi ännu inte och är något vi behöver arbeta vidare med under 2018.

Vårt koncept med koordinatorsfunktionalitet på tre nivåer har permanentats:

- Koordination av flertalet SVF genom Enheten för samordnad cancerutredningen (Enheten) i samverkan med regionens utredningsenheter:
 - Samtliga koordinators har sjuksköterskekompetens då vi screenar för livsstilsfrågor och fångar olika typer av medicinska- och omvårdnadsmissiga behov
 - Patienter som behöver erbjudas stöd under vårdförloppet identifieras tidigt, vilket vi ser som ett led i att förhindra undanträngning.
- Koordination av respektive förlopp, i de flesta fall från den tidpunkt då patienten har cancer. För de omfattande förloppen stödjer vi team alternativt team med flera förlopp för att säkra t.ex. validitet i process, förbättringsarbete och processutveckling.
- För koordination av enskilda patienter har vi kontaktsjuksköterskor.

Flertalet verksamheter stöds av den centrala koordinatorsfunktionen medan några verksamheter tagit hela koordinationsansvaret som SVF bröstcancer och SVF inom hematologi och vi avser att behålla ovanstående struktur efter 2018.

Sammantaget ser vi att införandet av SVF och Enheten inneburit en ökad tydlighet kring vilka symtom som bör utredas enligt SVF men också skapat en ökad trygghet för våra patienter och remittenter. Patienter som inkluderas i SVF blir i hög utsträckning kontaktade per telefon för fortsatt planering så snart ett SVF initierats. Våra möjligheter att mer koordinerat, mer och individanpassat utreda patienter med en misstanke/välgrundad misstanke om cancer innebär att vi på ett tydligt sätt i grunden förändrat vårt arbetssätt på relativt kort. Att vi snabbt kunde komma igång med obokade tider inom främst radiologin har varit en framgångsfaktor men även en förutsättning för att det nya arbetssättet skulle kunna fungera. Vi behöver nu fokusera på tiden från diagnosbesked till start av behandling. I nuläget har vi främst bekymmer med tid till kirurgisk behandling för flera förlopp. Vi kan se goda resultat avseende tid till start av palliativ behandling, vilket är ett flöde som genom Enhetens arbetssätt kunnat utvecklas. Inom några förlopp kan vi även se förbättrade resultat avseende tid till start av behandling med läkemedel. Se punkt 6.

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

Nej, den strategi vi haft för implementering av SVF kommer inte att förändras under 2018.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

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

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi	8	7	0	0	8	8
Akut myeloisk leukemi (blodcancer) se ovan	0	0	0	0	0	0
Analcancer	1	2	1	3	0	0
Bröstcancer	16	652	0	1	0	0
Bukspottkörtelcancer	23	24	0	0	18	11
Cancer i galla och gallvägar	9	19	0	0	8	11
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	214	169	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	161	190	0	0	0	0
Hjärntumörer	6	9	0	0	0	1
Hudmelanom	125	82	0	0	3	3
Huvud- och halscancer	85	118	0	1	57	26

Kronisk lymfatisk leukemi	6	2	0	0	0	0
Levercancer	12	5	1	0	7	6
Livmoderhalscancer (cervix)	0	6	0	0	0	12
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	48	0	0	0	47
Lungcancer	108	105	0	0	24	20
Lymfom	32	31	0	0	1	1
Matstrupe- och magsäckscancer	44	20	0	0	21	13
Myelom	16	6	0	0	0	0
Njuncancer	15	8	0	0	1	3
Peniscancer	2	0	4	0	0	0
Prostatacancer	1018	0	4	0	47	0
Skelett- och mjukdelssarkom	7	10	1	0	8	5
Sköldkörtelcancer	1	2	0	0	0	0
Testikelcancer	8	0	0	0	1	0
Tjock-och ändtarmscancer	159	133	0	0	5	6
Urinblåse- och urinvägscancer	938	878	0	0	1	1
Äggstockscancer	0	67	0	0	0	57

1.3 Överföring av information

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

Våra utdata bygger på KVÅ-kodning som görs i journal. Startkoden för SVF är för flertalet SVF kopplat till en specifik journalmall, vilken används då första kontakten i specialistvården tas. Datumet för den väl grundande misstanken sätts vid detta tillfälle och kan justeras bakåt i tiden. Valideringsarbete tillsammans med diagnosspecifika team pågår och kommer att behöva fortsätta under 2018. Genom utdataportalen, REBUS, kan vi kontinuerligt avläsa antalet startade vårdförlopp/avslutade vårdförlopp inom respektive SVF. REBUS kan även leverera datauttag kopplat till samtliga avslutskoder samt antal dagar som vårdförloppet pågått i realtid. Vi kan även söka ut data avseende patienternas hemkommun, kön och ålder för respektive vårdförlopp samt verksamhetsrelaterad information som remitterande enhet. Denna funktion gör att vi söka ut patienter som är mottagna/ överflyttade samt visa på skillnader i remitteringsmönster mellan vårdcentraler och övriga remittenter.

Databasen möjliggör ett eget valideringsarbete och ger förutsättningar för kontinuerlig uppföljning av samtliga SVF i realtid. En funktionalitet som ytterligare behöver förfinas och utvecklas för att leverera den data våra verksamheter behöver för att göra sina produktionsplaner. Behörighet till persondata i REBUS har differentierats så att data kan tillgängliggöras per vårdförlopp och på individnivå men då med särskild behörighet. Behov av att än bättre visualisera men också fånga fler mätpunkter via REBUS kommer att prioriteras under 2018. Data kvalitetssäkras också genom regionala möten i sjukvårdsregionen då relevansen i våra siffror utifrån befolkningsunderlag går igenom.

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

Vi uppfattar att överföringen till den nationella databasen fungerar och att nationellt presenterade data överensstämmer med de data vi själva har. Det pågående valideringsarbetet i sjukvårdsregionen och även nationellt är ytterst viktigt och bör göra att vi tillsammans identifierar problem/otydigheter, når ökad samsyn samt skapar möjlighet att utveckla kodverktyget.

- c) *Hur har landstinget löst frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?*

Inom sydöstra sjukvårdsregionen har vi tagit fram en gemensam remissmall som ska användas i samband med att patienten överflyttas till annat landsting. Mallen innehåller fasta val så att den information som behöver lämnas över kommer med. Tyvärr är det inte möjligt att i dagsläget skicka detta digitalt utom för de hematologiska flödena där

pilotprojekt för digital överföring pågår. Erfarenheterna är goda och vi inväntar nu på att införandet av E-remiss ska breddas. En svarsmall som ska användas då patientansvaret återgår till hemlandstinget ska också användas. Vid överföring av patientansvar finns viss information i den Nationella patientöversikten. Vår sjukvårdsregion har aktivt försökt påverka den information som går att nå via översikten med viss framgång.

En rutin för hur vi säkrar korrekt kodning av patienter från andra regioner/landsting har tagits fram och tillämpas systematiskt via en controllerfunktion kopplad till Enheten. Vi har tidigare framfört vår önskan om att den huvudman som satt den välgrundade misstanken även ska vara den som rapporterade in vårdförloppet då den nuvarande principen skapar onödigt administrativt arbete.

2. Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har fastställts för införande under 2018: buksarkom neuroendokrina buktumörer och vulvacancer.

2.1 Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för år 2018 ut, för respektive SVF? Ange när koordinatorfunktion och obokade tider ska finnas på plats samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF?

Aktuella datum för införande har satts gemensamt för sydöstra sjukvårdsregionen och införandet kommer att göras enligt fastlagd plan med start av de nya vårdförloppen den 15 mars 2018. Koordinatorsfunktioner kommer att finnas tillgänglig från startdatum medan obokade tider ännu inte kan säkerställas i alla led.

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

Vi kommer att tillämpa de arbetssätt vi tidigare haft i samband med införande. Förloppen införs i verksamheter redan är involverade i SVF och väl känner till konceptet. Vi har och kommer att arrangera separata mötestillfällen inom sjukvårdsregionen då samtliga vårdförlopp kan innefatta att patienten behöver överföras mellan huvudmännen, detta för att säkerställa samsyn och tydlighet kring ansvaret för de olika delarna i vårdförloppen.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?

För de vårdförlopp som införs under 2018 har vi inte identifierat några specifika utmaningar, se 2.1.

Vår bedömning är att det kommer att krävas fortsatt intensivt och kontinuerligt utvecklingsarbete för att nå de mål som är satta för SVF men också för att vidmakthålla de intentioner som vi har för den framtida cancervården i regionen. Det kommer att krävas uthållighet och tydlig styrning för att nå uppsatta målvärden avseende tid till första behandling och utan undanträngningseffekter.

Följande utvecklingsområden är prioriterade under 2018:

Använd gärna tabellen:

Utmaning	Planerad åtgärd
Säkerställa tillgång till behandling i rätt tid för kirurgiska- och onkologiska åtgärder	Fortsatt utvecklingsarbete inom ramen för Hållbar verksamhet: Produktionsplanering av operationskapacitet och utöka antalet förbokade tider inom onkologin
Säkerställa tillgång till obokade vårdplatser för vårdinsatser som kräver ineliggande vård	Överenskommelse med aktörer inom Närsjukvården
Obokade tider till punktioner	Införande av obokade i samverkan mellan utredningsenheterna och Diagnostikcentrum
Öka antalet radiologiska undersökningar med garanterade svarstider	Fortsatt införande av obokade tider och svarsgarantier för flera radiologiska undersökningar
Svarstider inom patologin varierar mellan diagnosgrupper och behöver balanseras på ett bättre sätt	Analys av data och underlag för prioriteringar inom patologin
KVÅ kodning – slutkodning	Riktade insatser till verksamheter som tar emot patienter från andra huvudmän
Utveckling av MDK tillsammans med sydöstra sjukvårdsregionen	Samverkan i sjukvårdsregionen kring arbetssätt för gemensamma MDK. Arbetsprocessen kring MDK behöver effektiviseras, även ett lokalt arbete behöver drivas. Se RCC:s gemensamma del
Säkerställa omhändertagandet och tillgången till obokade tider för patienter där cancermisstanken har avskrivits men där annan utredning behöver göras	Överenskommelse om övertagande av utredningar där cancersjukdom inte verifierats

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2018 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.

Genom tidigare utvecklingsarbeten har vi noterat att det finns tendens till undanträngning av äldre eller andra svaga behovsgrupper, främst när våra gemensamma resurser inte riktigt räcker till. Vi har upplevt att den högspecialiserade cancervården har ett mer tydligt koncept men att den mer "nära" cancervården behöver definieras mer tydligt avseende innehåll men också ansvarsförhållanden och kanske dessutom är underfinansierad.

Vi har identifierat följande risker för undanträngning:

- Inom samma diagnosgrupp (äldre vs yngre, män vs kvinnor, glesbygd vs storstad, svenska medborgare vs nyanlända, kuration vs palliation)
- Mellan olika diagnosgrupper inom cancerområdet
- Mellan cancer och non-cancer

Våra erfarenheter är att vi, främst genom att vi har en enhet där merparten av alla SVF "passerar", kan konstatera relativt stora variationer utifrån enskild individ inom respektive diagnosgrupp t.ex. avseende ålder, samsjuklighet, tumörstadium och eventuell spridning vid diagnos vilket påverkar prognos och därmed möjlighet till standardisering.

Det vi lärt är att:

- tillämpning av kriterierna för välgrundad misstanke stringent för alla motverkar undanträngningseffekter och skapar förutsättningar för en utifrån individperspektiv jämlig vård
- tidig personlig kontakt gör att vi kan erbjuda patienten olika typer av stöd tidigt och anpassa vårdförloppet utifrån individens förutsättningar
- genom att samordna utredningarna för SVF allvarliga, ospecifika symtom och SVF för patienter med cancer utan känd primärtumör så fångar vi de som annars riskerar att få en fragmenterad utredning.
- genom nya arbetssätt och Enhetens verksamhet finns en samlad och stark aktör som kan driva och bidra i utvecklingen mot att en bättre cancervård

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Variationer mellan diagnosgrupper - svarstiderna inom patologin varierar mellan diagnosgrupper och behöver balanseras på ett bättre sätt	Analys av data och underlag för prioriteringar inom patologin
Variationer i väntetid relaterat till ålder - variationer inom diagnosgruppen	Diagnosbaserade analyser av väntetider Forskningsprojekt under ledning av Bonnie Posinska, Linköpings Universitet, samverkan RCC
Patienter som utreds, men där cancer inte påvisats behöver kunna garanteras en fortsatt sammanhållen utredning om symtom kvarstår	Överenskommelse med aktörer om övertagande av utredningar där cancersjukdom inte verifierats

3.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram genom stöd i tidigare överenskommelser. I samarbete med Inera och 1177.se har under 2016 och 2017 en elektronisk nationell vårdplan utvecklats, vilken ligger på databasen Stöd och behandling. Under 2017 har pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomförts och utvärderats. Under 2018 ska den elektroniska nationella vårdplanen färdigställas och ett implementeringsarbete ska inledas i landstingen.

Hur tänker landstingen arbeta med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Sydöstra sjukvårdsregionen, med stöd av RCC, planerar att ta fram en regional handlingsplan för ett första införande/pilot 2 under 2018. Utvärdering av pilot 1, där Urologiska kliniken inom vår region deltog, har gjorts via 1177 och utifrån de erfarenheterna har en kravställan för vidare arbete och utveckling gjorts. Implementering kommer under 2018 att ske i ett flertal landsting. Beslut om införande under 2018 kommer att fattas av RCC i samverkan och därefter kommer verksamheterna informeras och en lokal plan per landsting/region för införande tas fram.

Resultatet i patientenkäten visar på goda resultat för vår region. Inom dimensionerna emotionellt stöd och information och delaktighet har vi särskilt goda resultat. [Standardiserade vårdförlopp inom cancervård 2017](#)

En lokal variant av Min vårdplan togs fram redan 2014 och används inom flertalet vårdförlopp.

3.3 Definition av välgrundad misstanke

Har landstinget erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.

Vårdförloppen är konstruerade utifrån den kunskap som finns inom varje specifik diagnosgrupp. Vår erfarenhet är att det i delar är svårhanterligt då många symtom och fynd överlappar varandra vilket skapa en diversifierad inkludering och försvårar möjligheten till jämförelser. Under senhösten gjordes en nationell genomgång av definitionerna och dess tillämpning, nedan följer en sammanfattning av de synpunkter vår region bidrog med.

Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom

Välgrundade misstanke inom detta vårdförlopp används i hög utsträckning och har sänkt tröskeln in till den specialiserade vården. Vi har inte krav på att "all" utredning enligt SVF ska behöva vara utförd utan patienterna tas emot för samordnad utredning när något av kriterierna är uppfyllda; allmän sjukdomskänsla, uttalat trötthet, aptitlöshet, större oavsiktlig viktnedgång, långvarig feber, smärtor samt patologiska laboratorievärde där basal utredning inte pekat mot en specifik diagnos. Symtomen ska vara nytillkomna och utan rimlig förklaring. Analysen av data visar att 26 procent av patienterna med dessa symtom får en cancerdiagnos.

Cancer i bukspottskörtel och gallblåsa/gallgång

Kriteriet – misstanke om malignitet vid bukoperation – har inte använts och vi kan inte sätta oss in i en situation när detta kan vara aktuellt.

Cancer med okänd primärtumör

Välgrundad misstanke om CUP föreligger enligt kriteriet vid fynd av en eller flera metastasmisstänkta förändringar där primärtumören inte är känd och där det inte finns kliniska symtom eller fynd som tyder på organspecifik cancertyp.

Vi har valt att i detta SVF innefatta misstanke om lymfkörtelmetastaserings oavsett lokal för metastasen. Vi inkluderar även förekomsten av andra solida tumörer som inte kan kopplas direkt till ett organ samt förekomsten av malign ascites eller pleuravätska. Genom en individualiserad initial utredning av dessa patienter separeras sedan flödena till de mer organspecifika standardiserade vårdförloppen när vi vet mer. Detta för att undvika alltför mycket återvändsgränder och nya övergångar för patienten. Utifrån den nationella uppföljningen har vi därför en högre andel inkluderade patienter i detta vårdförlopp än andra regioner.

Matstrupe- magsäckscancer

Inom detta vårdförlopp är inte VGM tillämpligt inom primärvården eftersom gastrokopier genomförs inom specialistvården. Vår bedömning är att det utifrån patientperspektiv vore betydligt bättre om t e x även symtomen nytillkomna sväljsvårigheter och järnbristanemi kunde utgöra kriterier för VGM matstrupe/magsäck.

Lymfom

Vi har, enligt ovan, valt att under rubriken okänd primärtumör innefatta all misstänkt lymfkörtelförstoring oavsett lokal. Efter PAD-svar separeras patientflödet till respektive SVF t.ex. lymfom som dock utgör en minoritet av hela lymfkörtelförstöringsgruppen. Lymfomdiagnosen bygger på att vävnad först säkras för histopatologi eller cytologi där svaret senare styr vilken patientprocess som är aktuell.

4. Information och förankring

4.1 Patienter och närstående

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av SVF även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

- a) *Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?*

RCC:s patientråd har fortlöpande fungerat som referensgrupp i arbetet med införandet av SVF i sjukvårdsregionen. Hur införandet av SVF fortgår inom sydöstra sjukvårdsregionen återförs och diskuteras regelbundet både i RCC:s patientråd och tillsammans med processledare. Aktörer inom SVF har även bjudits in till enskilda möten av patientföreningar i den egna regionen som Prostatacancerföreningen, Blodsjukas förening, Gynsam och Bröstcancerföreningen Moa Lina.

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

Inom SVF bröstcancer, prostatacancer och lungcancer finns patient- och närståenderepresentanter med i det lokala arbetet om än mer sporadiskt. Genom närheten till RCC så utgör de regelbundna aktiviteterna där många gånger utgångspunkten för aktiviteter tillsammans med patienter och närståenderepresentanter.

4.2 Vårdens medarbetare

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

Beslutsstöden finns tillgängliga via vårt intranät och den standardiserade remissmallen i vårt journalsystem ger stöd vid remitteringen. Genom den funktion som Enheten utgör så finns möjligheten att ta kontakt med vår helpdesk funktionalitet där vi kan stödja samtliga medarbetare, främst läkare. Det finns fortsatt behov av monitorering av vissa remissflöden tillsammans med berörda kliniker för att säkra och utveckla gemensamma patientflöden.

RCC har under hösten 2017 genomfört platsbesök på ett femtontal vårdcentraler för att följa upp införandet av SVF i sjukvårdsregionen och positiv återkoppling på införandet av SVF och Enhetens stöd till främst läkare inom primärvården har framkommit. Behov av regelbundna uppdatering och bättre överskådlig av samtliga SVF på intranätet har också framförts som ett önskemål.

Ytterligare informationsinstatser kommer att genomföras under våren 2018 både riktade mot primärvården och sjukhusvården.

5. Uppföljning

5.1. Ledtider

- a) *Hur säkerställer landstinget följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? T.ex. att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.*

Genom att merparten av remisserna för SVF går till Enheten där ett systematiskt arbetssätt tillämpas och en validering görs. Även genom de rapporter som tas fram i vår utdataportal kan vi genomföra validering av enskilda vårdförlopp och även uppmärksamma systematiska felkodningar. Se punkt 1.3.

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

Se ovan. Här finns fortfarande förbättringar att göra och främst genom de i verksamheter utsedda vårdadministratörer som har tillgång till utdataportal för kontinuerlig avstämning och validering.

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

Inom flertalet diagnosområden finns ett samarbete som koordineras av RCC och utsedd processledare där resultaten följs upp regelbundet i olika grupperingar. Länk: [Regionala rapporter](#)

Region Östergötland har sedan tidigare en struktur för uppföljning av väntetider inom cancervården där både politiska- och verksamhetsansvariga aktörer deltar. Den tidigare uppföljningen var begränsad till start av behandling inom kirurgi och där vi nu genom mätpunkterna i SVF har fått en förbättrad möjlighet att följa upp "samtliga" väntetider. Vi har under 2017 integrerat uppföljningen av mätpunkterna inom SVF i denna struktur som även innefattar mer riktade verksamhetsdialoger. Dessa möten fokuserar inte bara på väntetiderna utan även på resultat från PREM-enkäten. Uppföljning av de övergripande resultaten avseende väntetiderna görs kvartalsvis medan verksamhetsdialogerna genomförs årligen.

Mätpunkterna följs regelbundet i de diagnosbaserade grupperna och här finns variationer avseende aktivitetsnivå och förutsättningar för att driva ett aktivt förbättringsarbete. Bröst- och prostatacancer har ett etablerat processarbete och här pågår sedan flera år ett strukturerat förbättringsarbete med utsedd processledning. Våra diagnostiska enheter, främst enheterna inom radiologin, var redan i det initiala införandet av SVF mycket aktiva och har en struktur med diagnosgrupper som infört rutiner och målvärden kopplade till SVF samt följer också upp hur arbetet med obokade tider fungerar.

5.2 PREM-enkäten

Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av den PREM-enkät som ska användas för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?

Vi har återkommande dialogmöten med merparten av de diagnosbaserade grupperna. I oktober månad genomfördes verksamhetsdialoger tillsammans med deltagare från hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa möten handlade främst om hur vi utvecklat våra arbetsätt men också resultat från PREM-enkäten och de nationella mätpunkterna inom SVF. Verksamhetsdialogerna kommer att genomföras årligen.

Utmaningar på övergripande nivå kommer att drivas i samverkan med berörda verksamheter och där kan Enheten bidra med att identifiera och stödja gemensamma utmaningar. Det regelbundna arbetet kopplat till de diagnosbaserade grupperna är en avgörande kraft i förändringsarbetet och behöver fortsatt stöd under 2018.

Vi avser att använda oss av PREM-enkäten för införda vårdförlopp 2018.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 Fortsatt arbete

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter.

Hur arbetar landstinget med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Vi tror sammantaget att införandet av SVF i grunden kan förändra vårt sätt att möta medborgarnas behov av hälso- och sjukvård i detta fall av cancerutredningar och cancerbehandlingar.

Arbetet är långsiktigt då vi över tid behöver gå mot att än mer styra vår kapacitet efter behov och medicinska resultat.

Region Östergötland valde initialt att starta Enheten för samordnad cancerutredning för att kunna koordinera och utveckla SVF och därmed cancervården utifrån lärdomar där vi tidigare sett att vårdsystemen inte riktigt hänger ihop. Att det hade blivit för långa avstånd mellan primär- och specialistvård, mellan sjukhus i olika länsdelar, mellan diagnostiker och kliniker, mellan olika professioner och det viktigaste av allt för långt mellan oss i vården och de vi är till för. Den modell vi valde har utvecklats och kommer behöva fortsätta att utvecklas under och efter 2018.

Alla vi som aktivt arbetar med införandet av SVF ser att våra erfarenheter kan tillämpas på andra komplexa processer t.ex. för en förbättrad vård för individer inom gruppen mycket svårt sjuka äldre. Det är först då som saker sker och det som driver utvecklingen framåt är när olika system/verksamheter/discipliner och professioner förenas och får draghjälp av övergripande styrdokument som exempelvis utredningen avseende den nära vården.

6.2 Mål för 2020

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

- a) *Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende t.ex. infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020.*

För diagnoserna bröst-, urinblåse-, gallblåse- huvud/hals- matstrupe/magsäckscancer och för äggstockscancer når vi redan nu målet att 70 procent av fallen utreds via SVF. Inom ytterligare ett tiotal diagnosområden ligger vi nära målvärdet medan det för diagnoserna hjärntumörer och hudmelanom finns en alltför stor andel patienter som inte går igenom SVF. För patienter med hjärntumör handlar det främst om att säkra kodningsrutinen medan det för hudmelanom finns bekymmer av mer strukturell karaktär relaterat till att väldigt många verksamheter är involverade i utredning och behandling av dessa patienter. För att nå målvärdet ser vi behov av att ytterligare förbättra våra kodningsrutiner. Detta ser vi kommer att kräva några omfattande satsningar eller förstärkningar.

Att nå målet 80 procent inom utsatt maximal tidsgräns är en betydligt större utmaning. Här har vi mycket stora variationer mellan vårdförlopp men också beroende på vilken typ av behandling som ska ges. Generellt har vi goda resultat när det gäller tidsgränsen för palliativ behandling och når vi målvärdet inom de allra flesta diagnoserna. Längst ifrån satt tidsgräns är i nuläget prostatacancer för tid till start av kirurgisk behandling följt av matstrupe-magsäckscancer, njurcancer och äggstockscancer med tid till kirurgisk behandling.

Vi ser även bekymmer avseende tid till start av strålbehandling främst för patienter med ändtarmscancer, huvud/halscancer och matstrupe/magsäckscancer.

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

Prostatacancer – tid till kirurgisk behandling

Ändtarmscancer - tid till strålbehandling

Hudmelanom – tid till kirurgisk behandling

Matstrupe/magsäckscancer – tid till kirurgisk behandling och strålbehandling

Huvud/halscancer – tid till strålbehandling,

Hjärntumörer – öka inkluderingen

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

Genom den strategiska ledningsgruppen för cancervård inom regionen avser vi att intensifiera arbetet kring nedanstående områden. De data som nu finns tillgänglig genom SVF ger bra förutsättningar att följa den utveckling som måste gå framåt från nu.

För vårdförloppet inom prostatacancer pågår förbättringsarbete kring:

- Korta tiden till första besök hos specialist
- Säkrad/förbättrad leveranstiden för PAD
- Förbättrad kapacitet till kirurgisk behandling och strålbehandling

För vårdförloppet matstrupe/magsäck, huvud/halscancer och ändtarmscancer

- Säkrad/förbättrad leveranstiden för PAD
- Förbättrad operationskapacitet/obokade tider
- Förbättrad kapacitet till strålbehandling och ökat användande av obokade tider till läkemedelsbehandling

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Äggstockscancer

- **Standardiserade vårdförlopp som ska införas 2018**
- Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>