

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

Handlingsplanerna ska vara Socialdepartementet tillhanda
senast den 15 mars 2018

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.

Handlingsplanen är framtagen av projektledare Anne Genander i samverkan med patientföreträdare, patientföreningarna Aurora och Näckrosbröder.

Handlingsplanen är fastställd av lokala Cancerrådet AU i Sörmland som är styrgrupp för införandet av Standardiserat vårdförlopp

Kontaktperson: Anne Genander tfn 070 550 24 60, e-post: anne.genander@dll.se

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?

Primärvården och den specialiserade vården är överlag positiva till införandet av välgrundad misstanke och den tydliga utredningen som finns i respektive SVF. Primärvården tycker att patienter som remitteras enligt SVF tas om hand skyndsamt och att det hela löper på ett bra sätt.

Informationen till patienterna/närstående kan fortfarande förbättras. Personal på specialistmottagningarna och på våra radiologiska enheter upplever att flera patienter inte är informerade om att de ska utredas för cancermisstanke och att undersökningarna därför kommer att ske skyndsamt.

Filmen ”Säg inte cancer” som patientföreningarna visade vid det nationella mötet för ”Diagnostiska centra” i början av december och vars budskap vi verkligen tog till oss, har vid flera olika informationstillfällen visats för olika verksamheter.

Allmänremisserna kan generellt förbättras avseende innehåll för välgrundad misstanke enligt primärvårdsrutinerna. Svårighet kvarstår som tidigare, att det inte går att göra innehåll obligatoriskt i remisserna i vårt journalsystem.

Vikten av att respektive part/enhet måste följa och göra sin del av utredningen i varje SVF-förlopp är något som är viktigt att ständigt påminna om.

Koordinatorsfunktion: SVF koordinatorrollen är av stor vikt inom förloppen liksom teamwork mellan medicinska sekreterare och läkarna. Återkommande påminnelse på arbetsplatsträffar om vikten av att starta, respektive sluta det standardiserade vårdförloppet är nödvändigt för att få så god följsamhet som möjligt.

Vår övergripande projektkoordinator för SVF finns till hands för de enheter som behöver stöd och hjälp med kodning, rutiner mm. Nu finns även en SVF-rapport i vårt datalager på personnummernivå. Flera workshops för SVF-koordinatorerna kommer att genomföras under mars månad på varje sjukhus i länet, där rapporterna kan kvalitetssäkras.

Obokade tider/reserverade tider för SVF finns och matchning på tillgång och efterfrågan följs kontinuerligt. Utmaningen är att flödet av patienter inte är lika vecka för vecka. Om SVF-tiderna inte räcker lyckas man alltid se till att en SVF-patient får en snabb tid i alla vårdförloppen. Om SVF-tiden inte används så finns det rutiner inom vilket tidsmarginal det är tillåtet att boka andra patienter på dessa tider.

I och med att kontaktsjuksköterskor nu finns etablerad för samtliga införda cancerdiagnoserna inom SVF-satsningen, har efterfrågan på Cancerrehabilitering ökat.

Det har inneburit att ”gapet” mellan det behov av cancerrehabilitering som finns och de paramedicinska resurserna är otillräckliga.

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

Nej vi kommer att fortsätta jobba på ungefär samma sätt, då vi tycker att det fungerat bra. Arbetsformerna är etablerade vilket underlättar införandet av de nya förloppen.

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	2	1				
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	12	9				
Analcancer		2		1		
Bröstcancer	12	1026		6		
Bukspottkörtelcancer	32	37	8	15		
Cancer i galla och gallvägar	9	5	4	3		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	63	93		1		
CUP – Cancer utan känd primärtumör	58	57		1		
Hjärntumörer	22	7	2	2		
Hudmelanom	137	153	4	3		
Huvud- och halscancer	84	94	58	34		
Kronisk lymfatisk leukemi	3	1				
Levercancer	14	8	10	5		
Livmoderhalscancer (cervix)		4		5		
Livmoderkroppscancer (endometrie)		84		5		
Lungcancer	100	111	8	12		
Lymfom	61	52	2	1		
Matstrupe- och magsäckscancer	76	54	20	9		

Myelom	46	31				
Njurcancer	14	11	8	4		
Peniscancer	8		1			
Prostatacancer	851		16			
Skelett- och mjukdelssarkom	2	3	4			
Sköldkörtelcancer		4				
Testikelcancer	12					
Tjock-och ändtarmscancer	281	290	4	3		
Urinblåse- och urinvägscancer	517	365	10	3		
Äggstockscancer		79		6		

Uppgifterna i tabellen kommer från Boris, landstingets datalager och är de siffror som ligger till grund för landstingets rapportering till Signe databasen.

1.3 Överföring av information

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

Förutsättningarna att kvalitetssäkra inrapportering har avsevärt förbättrats då det nu finns en SVF-rapport på personnummernivå. Anledningen till att rapporten dröjt är tolkningen av patientdatalagen och klinikgränser. Den stora utmaningen är att få alla att komma ihåg att sätta SVF-koder i alla förlopp. Det är viktigt att läkaren är tydlig i sitt diktat när hen startar och avslutar ett SVF-förlopp så att den medicinska sekreteraren kan sätta korrekt kod. I Boris (landstingets datalager) finns en SVF-rapport där man kan se alla pågående och avslutade SVF-förlopp.

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

Fram till och med februari har all rapportering skett manuellt av landstingets ledtidssamordnare utifrån de koder som är satta i journalen och som fångas upp i vårt datalager BORIS. Från och med mars månad ska landstingets överföring ske med automatisk filöverföring från BORIS. En SVF-rapport för ofullständiga förlopp skickas månatligen för kvalitetssäkring till aktuell SVF-koordinator, av vår ledtidssamordnare. Individuell coaching ges till respektive SVF-koordinator av den övergripande koordinatör och ledtidssamordnare. Workshops för SVF-koordinatorerna har arrangerats.

- 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?

Vi följer den nationella rutinen dvs. att datum och koden för VGM finns med i remissen till mottagande landsting/region. Enligt vår lokala rutin så ska alla kliniker använda den frivilliga koden för ”patient överflyttad till annat landsting” så att vi kan

följa upp hur många vi remitterar för fortsatt utredning och vård i annat landsting/region, i vårt lokala uppföljningssystem.

Vi tillämpar de regionalt framtagna checklistor som finns i respektive förlopp i sjukvårdsregionen och de checklistor vi har med övriga regioner som vi remitterar patienter.

Dialog mellan koordinatorena för respektive vårdförlopp sker för att säkra att KVÅ-kodning görs i mottagande landsting. Gemensamma rutiner har tagits fram i sjukvårdsregionen för vissa av vårdförloppen och det underlättar för både avlämnade och mottagande landsting. Arbetsrutin för hjärntumörer är klar efter samarbete i Uppsala Örebroregionen.

Det förefaller utifrån de uppgifter som finns tillgängliga i Qlick View, som baseras på uppgifterna i Signe databasen, som att mottagande landsting/region inte kodar den obligatoriska koden mottagen från annat landsting i samma utsträckning som vi har remitterat patienter från Sörmland. I Stockholm, Uppsala, och Linköping har man kodat ett fåtal patienter mottagna från Sörmland till skillnad från Örebro där det finns patienter kodade mottagna från Sörmland i ungefär samma omfattning som vi remitterat dit, med kod mottagen från annat landsting.

Tyvärr kan man inte på RCC hemsida se hur lång tid det tar för sörmlänningar att få sin start av behandling, när behandlingen sker utanför hemlandstinget. Signe databasen kan inte ta emot personnummeruppgifter, vilket gör det omöjligt att koppla ihop patienterna som får sin behandling utanför hemlandstinget. Detta gör att vi som landsting inte kan följa upp hur långa ledtider det är för just de patienter vi remitterar utomlans.

Vi har också noterat att det datum för välgrundad misstanke, VGM som angetts i remissen vid utomlansremittering, inte stämmer överrens med det datum som finns i epikriskopian. Ofta anges datum för VGM när mottagande landsting mottagit remissen för fortsatt utredning/behandling. När detta sker så återkopplar koordinator för vårdförloppet sin motsvarighet för justering. Huruvida detta sker i praktiken i SVF Inca eller i Signe är svårt att följa upp. Sarkomcentrum på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna SVF-kodar inte över huvudtaget.

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

SVF Vulvacancer planeras starta 1 april. Koordinator och reserverade tider finns redan etablerat på Kvinnoklinikerna. Få patienter i detta förlopp och antalet SVF-tider beräknar vi kommer att vara fullt tillräckligt.

SVF Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom startar 1 mars och vårt Diagnostiska centrum, DC, kommer att vara utredningsenhet och stå för de vårdkontakter som krävs under förloppet för patienten.

Diskussion förs om att den filterfunktion som beskrivs i SVF NET/NEC-tumörer ska placeras på DC. Planerad start så snart som möjligt under våren.

Vår plan är att den nyetablerade funktionen som verksamhetsutvecklarna som finns på de fem Divisionerna ska ha ett ansvar för att följa vårdförloppen och dess ledtider. De sitter med i respektive divisions ledningsgrupp och har regelbundna träffar med kvalitetsutvecklarna på kliniknivå. Processledarna tillsammans med verksamhetsutvecklarna har ett ansvar att upprätta handlingsplaner för de vårdförlopp där det finns behov av förbättring/effektivisering.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

Använd gärna tabellen:

Utmaning	Planerad åtgärd
Få patienter i de nya förloppen, svårt att rigga egen organisation för dem. Framförallt NEC/NET.	Koncentrera de små diagnosgrupperna till verksamheter där man redan har etablerad koordinatorsfunktion, kontaktsjuksköterska, MDK etc.

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.

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
MR för andra patientgrupper och även svårt att få en MR enligt tidsförloppen för SVF.	Utnyttja möjligheter till MR på andra sjukhus inom sjukvårdsregionen.
DT Urografi har fått längre väntetider för andra patientgrupper till följd av införandet av SVF urinblåsecancer.	Ändring i kriterierna för alarmsymtom SVF-Urinblåsecancer leder förhoppningsvis till mindre antal undersökningar.
Väntetid till koloskopi för kontroller och benigna åkommor riskerar längre väntetider	Det pågår ett förbättringsarbete på Endoskopienheten, Mälarsjukhuset för att

till följd av SVF-införander. SREESCO-studien påverkar även tillgängligheten till koloskopi. På endoskopienheten, Mälarsjukhuset, har man tillgänglighetsproblem.	förbättra kapaciteten och effektivisera flödet.
--	---

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?

Varje infört SVF-förlopp har tagit fram en Min vårdplan om det inte redan fanns en sådan.

Landstinget ser positivt på införander av en digital Min vårdplan och är med i diskussionerna att delta i en pilot i vår sjukvårdsregion troligen för kolorektal cancer. Det pågår även diskussioner om att köra en pilot med huvud/halscancerförloppet. I april planeras möte mellan vårdprocessgruppen för kontaktsjuksköterskor och ansvariga för Stöd och behandlingsplattformen i varje landsting/region.

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.

Makroskopisk hematuri utgör direkt välgrundad misstanke om cancer i urinvägarna och DT Urografi görs på betydligt fler patienter idag än tidigare. Möjligen kommer det att bli färre när ålderkriteriet höjs.

I hjärntumörsförloppet diskuteras huruvida ett första gångs epileptiska anfall ska vara välgrundad misstanke i SVF Hjärntumör.

Alarmsymtomet i tjock- och ändtarmsförloppet: 4 veckors förändrade avföringsvaner på alla över 40 år direkt till SVF bedöms som en alltför vid indikation. Det har framförts att många distriktsläkare helt enkelt inte följer det utan väljer ”vanlig utredning” med DT-colon och rektoskopi i den gruppen som man bedömer som ”låg risk”. Från SVF-projektet lokalt är vår uppmaning att följa varje förlopp enligt de nationella framtagna vårdförloppsbeskrivningarna.

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?

Handlingsplanen har först skickats ut till vårt Patient- och närstående råd för synpunkter, därefter har dialog skett med patientföreningarna och närståenderepresentanter via Cancersamordnaren som beaktat synpunkter i handlingsplanen

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

I varje processarbetsgrupp så har vi bjudit in patientföreningar alternativt patientföreträdare. För mindre diagnosgrupper har det varit svårt att få med patientföreträdare. Vi jobbar utifrån personcentrerad vård i landstinget Sörmland och försöker på flera olika sätt skapa en mer jämbördig delaktighet för patienterna genom ett mer personcentrerat arbetssätt.

Cancerrådet i Sörmland har beslutat att ha två av patientföreningarna ska delta på Cancerrådets ordinarie möte från och med i år. Både Aurora och Näckrosbröderna tackade ja till detta.

4.2 Vårdens medarbetare

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

Information om SVF finns på vårt Intranät, där finns bl.a. alla kortversioner, länkar till RCC hemsida till förloppen, kodvägledningar och patientinformationen. Vidare finns här kontaktuppgifter till SVF-koordinatorerna i landstinget och i vår sjukvårdsregion. Vi ger även ut ett SVF-Nytt som finns på hemsidan men även skickas ut brett i verksamheten.

Vi har återkommande workshops för SVF-koordinatorerna som i sin tur återkopplar kodning och ledtider till sina kliniker.

Information till AT-läkare sker i deras introduktion. Återkommande SVF-information ges till de medicinska rådgivarna i primärvården, på chefsmöten och Hälsovalsmöten om aktuellt läge och utvecklingsbehov.

Projektkoordinatorn erbjuder också platsbesök avseende lokala remitteringsrutiner och kodning till alla verksamheter.

Även i år erbjuder projektledningen information och utbildning till alla verksamheter på forum som passar verksamheterna t.ex. arbetsplatsträffar eller utbildningsdagar.

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.

SVF-koordinatorerna per vårdförlopp har ett ansvar för att kvalitetssäkra kodningen och ledtiderna för de vårdförlopp som de är ansvariga för.

I sjukvårdsregionen har ett kvalitetsäkringsarbete inletts, en kartläggning över hur det ser ut, andel som får en cancerdiagnos, hur många som påbörjats i primärvården respektive i specialiserad vård. Därefter har varje landting/region fått redogöra för hur landstinget kodat respektive förlopp. Vi blev uppmärksammade på att inom bröstcancerförloppet fick alla som utreddes enligt SVF en bröstcancerdiagnos i Sörmland. Efter denna genomgång så startas SVF direkt av telefonrådgivningssköterskan om patienten har något av alarmsymtomen för bröstcancer. Denna förändring har lett till att andelen som får en bröstcancer i Sörmland nu ligger mer i nivå med övriga i regioner.

Diskussion om tolkning av kodningsrutiner diskuteras vid vårdprocessgruppernas möten så att tolkningen av rutinerna görs så lika som möjligt i sjukvårdsregionen

Vi ställer också frågor till varandra i SVF-projektledarnätverket i sjukvårdsregionen för att säkra att vi tolkar dem på samma sätt.

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

Uppföljning av antal satta koder för VGM per vårdcentral görs månatligen. I de förlopp där SVF startats men inte kodats återkopplar ledtidsamordnaren till respektive kontaktperson på vårdcentralen.

Beställaren av primärvård och privat vård, Hälsoval, följer upp hur många koder för välgrundad misstanke som satts på respektive vårdcentral samt hur väl man informerar patienterna om att ett SVF startats.

Det finns tre privata gynmottagningar och en privat urologisk mottagning och de följs också upp via beställaren Hälsoval.

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

Vi har presenterat resultat för de nationella mätpunkterna, i de förlopp där vi har någorlunda tillförlitliga data, för Cancerrådet och för Patient- och närståenderådet samt för Hälso- och sjukvårdstutskottet.

I bröstcancerförloppet har tillgängligheten förbättrats tack vare det aktiva förbättringsarbete som gjorts i samband med SVF-införandet. Uppföljningen med ledtider som i princip kan följas i realtid, visar på att 58 % får behandling inom max ledtid, vilket är en betydlig förbättring jämfört med de uppgifter som publicerats i årsrapporten från Inca de senaste åren.

I SVF Malignt melanom visar våra ledtider att 84 % får kirurgisk behandling inom maxledtid, ett bra kvitto på att SVF-arbetet är framgångsrikt.

Cancerrådet kommer att fortsätta följa upp och presentera ledtiderna på rådets möten.

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 kommer med stort intresse att ta del av svaren från PREM-enkäten och utifrån svaren analysera vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras. Synpunkterna kommer att beaktas i utvecklingsarbetet inom respektive arbetsgrupp för varje vårdlopp. Om det finns synpunkter av övergripande karaktär så lyfter vi det till lokala Cancerrådet och Hälso- och sjukvårdsledningen samt gör en handlingsplan.

Tyvärr finns det inte tillräckligt med resultat i så många förlopp med aktuella data. Vi väntar fortfarande på att få tillgång till resultat från kvartal två 2017 som den tidigare leverantören inte levererat. Nu är kvartal 3 och snart 4 på gång från nya leverantören, vilket vi ser fram emot och hoppas på tillräckligt med svar i respektive SVF-förlopp så att man mer specifikt kan jobba med förbättringar inom sitt område.

Landstinget kommer att använda sig av SVF-PREM även för de förlopp som införs 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?

Landstinget har bestämt att SVF är det nya sättet att utreda cancer och SVF kommer fortsättningsvis att vara en integrerad del i hälso- och sjukvårdens verksamhet i Landstinget Sörmland. Cancerrådet har ett övergripande ansvar för att SVF-arbetet i landstinget. Hur förvaltningen av SVF ska se ut i Sörmland efter införandeprojektets avslutning kommer att diskuteras och beslutas på Cancerrådet under våren.

Vi jobbar för att ledtiderna för varje SVF ska följas upp regelbundet på klinisknivå i PLUSS, landstingets uppföljningssystem.

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.

Alla SVF-förlopp är igång men hur stor andel som utreds enligt SVF vet vi i dagsläget inte. Det blir ett jobb under innevarande år är att jämföra beräkningsunderlaget med antal utredda enligt SVF. Beräkningsunderlag har nyligen publicerats och har ännu inte analyserats.

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

Diagnoser med stora volymer som kräver slutenvårdsplatser, t ex prostatacancer och kolorektalcancer. För vår del är operationsresurser och vårdplatser en trång sektor, dvs. brist på operationssköterskor och sjuksköterskor till vårdavdelningar.

- c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

Övergången från vårdplatsenheter till klinikbundna avdelningar börjat ge positivt resultat. Lättare att rekrytera och behålla personal.

Studielön under specialistsköterskeutbildning och för undersköterskor som utbildar sig till sjuksköterskor.

Landstinget satsar också på att utvidga vårdnära servicetjänster för att förbättra arbetsmiljön för sjukvårdspersonal. Syftet är att sjukvårdspersonal ska ägna sig ut sjukvårdande arbetsguppfigter.

Satsningar görs också på "Framtidens vårdavdelning" på Akutvårdsavdelningen i Nyköping och på kirurgkliniken på Mälarsjukhuset. Arbetstidsmodellen innebär bland annat: kortare arbetspass, individuellt anpassade scheman, schemalagd tid för kompetensutveckling och mer ledig tid efter nattarbete och annan obekvämlig arbetstid som storhelger.

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/>