

Region Jämtland Härjedalens redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024

Mia Ajax, Cancersamordnare Region Jämtland Härjedalen

Östersund 240915

1. Organisation

Finns det utmaningar vad gäller sjukvårdsorganisationen i arbetet med SVF. Om ja, vilka (ex samarbete primärvård, diagnostik, andra vårdgivare)?

Att hålla kunskapen om SVF upprättad och information om regionens rutiner kring start av SVF tillgänglig och enkel.

Tillgängligheten inom bild- och funktionsmedicin är en utmaning för prioritering av SVF för att undvika/inte skapa en undanträngningseffekt mot andra i många fall mer akuta tillstånd. Tillgången till PET-CT är svår relaterat till avståndet. Tider brukar inte vara ett problem men avståndet för patienten är det, vilket innebär att många väljer att avstå.

Transparensen mellan koordinatörcentrum (KC), den specialiserade remissinstansen och röntgen. I vissa regioner finns etablerade kontaktvägar mellan koordinatörcentrum och röntgen avseende medicinsk bedömning av SVF-remissen. Det saknas här då KC endast är bemannad med administratörer utan den specifika medicinska kompetensen. Röntgen kan inte se hur SVF-remissen bedömts och tidsatt. Dialog påbörjad inom LPO cancer för att försöka utveckla just detta.

2. Inklusionsmålet

Målet är att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp. Måluppfyllelsen beräknas för regionen som helhet, sammantaget för alla SVF. Inklusionsmålet har stor betydelse för att kunna erbjuda en jämlik vård.

Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag XX augusti)?

Ja

Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?

Analcancer, ALL, Buksarkom, Bukspott- och gallvägscancer, Urinblåsa- och urinvägar, Hjärntumörer, Lungcancer, Lymfom och KLL, Matstrupe- och magsäckscancer, MPN, Penis och Sköldkörtelcancer.

Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

För majoriteten av dessa flöden innebär det väldigt få fall per flöde vilket gör det svårt att göra någon analys på det. För analcancer kommer de flesta in som SVF tjock- och ändtarm och konverteras när diagnos väl är ställd. Effekten av ändringar av en del kriterier inom urinblåsa- och urinvägar har inte hunnit visa sig än.

3. Ledtidsmålet

Målet är att 80 procent av de patienter som startat behandling inom ett SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumenterna.

Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå leddidsmålen?
T.ex. diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.

Tillgängligheten till röntgen uttrycks ofta som en faktor som påverkar ledtiderna. Flera led i kedjan för att röntgenremisserna inom SVF ska bli rätt från remittent till röntgen påverkar också ledtiderna. Viktigt med markering i remiss samt att pat är införstådd med vad SVF innebär för att undvika avbokningar och möjlighet till rätt prioritet. Röntgen arbetar ständigt med sina flöden och prioritet på SVF märkta remisser.

Dålig framförhållning i läkarschemat påverkar flera enheter vilket i slutändan försämrar tillgängligheten till mottagningstider vilket påverkar ledtiderna. Stort fokus att få en bättre framförhållning i läkarschemat för en bättre och jämnare planering inom mottagningsverksamhet och minskar "pucklar". Dessa "pucklarna" påverkar även resten av flödet med tid till MDK eller till behandling.

Inom öron-verksamheten påverkas ledtiderna av olika tillvägagångsätt med olika sjukhus tex för kontakt med de andra klinikerna som anmälan till MDK vilket påverkar ledtider negativt. Dialog pågår och har gjort under lång tid.

Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?

Fortsatt dialog mellan röntgen och kliniker. Aktiviteter för att tydliggöra de rutiner som finns ang SVF och de specifika SVF remisser som finns och vänder sig främst till primärvården.

Kirurg- och urologmottagningen fortsätter sin dialog mellan schemaplanerare och planera för mottagningstider för att försöka skapa ett jämnare flöde. Här har tillgång till läkare stor betydelse. Dialog förs även med koordinatorcenter som kan påtala en ökad mängd inkommande SVF-remisser för att inom mottagningsverksamheten kunna "ta höjd" för fler mottagningstider under viss period.

Endoskopin har under våren fått ytterligare ett rum till, fullt utrustat för att kunna öka kapaciteten. Flera sjuksköterskor som är utbildade för att skopera självständigt. Detta har medfört att det idag inte är några köer för endoskopisk undersökning. Kapacitet finns även för den inklusion som pågår avseende tarmscreeningen.

I årets överenskommelse ska regionerna kartlägga och analysera vilka patienter som ligger längst från måluppfyllelsen och beskriva vad som orsakar väntetider som är mer än 75% längre än den optimala ledtiden.

Se bilaga 1- 4

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2024

Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Dels genom att regelbundet kontrollerar att underlag skickas till SKR och snabbt tar kontakt med beslutsstöd inom organisationen om något avviker. De fördjupade resultaten som presenteras via norra sjukvårdsregionens representant delges berörda inom respektive SVF.

5. PREM-enkäter

Ett villkor för medelstilldelning 2024 är att regionerna använder PREM-enkäten i sin uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Har regionen skickat och använt PREM-enkäter för SVF 2024?

Ja

Hur har resultaten av PREM-enkäten använts i uppföljningen av vårdförloppen?

Resultaten är utskickade till berörda och har även lyfts i olika forum för dialog om orsak till resultaten och vad som går att göra annorlunda för att förbättra. Resultaten tas även upp på LPO cancer.

6. Särskilda insatser för SVF inom urologi

Vilka insatser planeras eller har genomförts i regionen för att förbättra tillgängligheten för patienter inom urologi? Vilka effekter har uppnåtts?

Blåscancer

- Relativt god tillgänglighet inom Region JH. Patient får sin cystoskopi/CT inom en acceptabel tid och ofta även operation (TUR-B). Senaste året har fler patienter i högre grad fått göra CT innan cystoskopi
- MDK urotelial cancer saknar stundtals urologisk spetskompetens vad gäller urotelial cancer
- Efter en systematisk genomgång av regionpatienter som genomgått cystektomi på NUS sågs en hög frekvens komplikationer, i synnerhet total sårruptur

Peniscancer

- Relativt fåtal fall per år och därmed svårt att analysera/ha en uppfattning om. Majoriteten får en nybesökstid inom 1-2 v

Testikelcancer

- Relativt få fall per år. I dagsläget får dessa pat en snabb nybesökstid och oftast operation inom 1 v.

Njurcancer

- Uppenbara kvalitetsbrister vad gäller urologiska bedömningar på njur MDK
- Inom Regionen god tillgänglighet med oftast snabba nybesökstider och operationstider
- Under 2024 har Östersunds sjukhus börjat med RF-ablation av små njurtumörer
- Möjlig uppstart av minimalinvasiv robotkirurgi 2025

Prostatacancer (se även särskild analys SVF)

- Varierande framgång avseende ledtider. Nybesök oftast inom 2v men tyvärr längre väntetid för MR (vg se punkt nedan) och PAD (ca 14 dagar). Mycket kort väntetid till operation där vi alltså ligger snabbast i landet (median 16 d).
- Tillgång till MR är ett stort problem där vi helst hade sett väntetider på 2 v men där de flesta får MRT prostata först efter 4-5 v.
- Under hösten 2024 kommer sektionen sannolikt starta upp med transperineala fusionsbiopsier av prostata
- Organiserad prostatacancer testning infört för män 50, 56 och 62 år.

7. Användning av SVF-medel under 2024

Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?

Inventering av behov i verksamheterna och därefter prioritering av medlen av hälso- och sjukvårdsledningen, till vad som anses göra bäst nytta för pengarna för cancervården i regionen.

I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2024? Ge exempel på insatser som har stöttats.

Utbildningsinsatser inom onkologisk och palliativ vård med övervägande fokus på sjuksköterskor. Utveckling av radiologiska undersökningar som kan bidra till att erbjuda fler tider för tex CT och därmed minska ledtiderna. Även en del stöd till screeningprogrammen för att främja att de fortsätter att implementeras och utvecklas (OPT, tjock- och ändtarm samt nya kallelsesystemet för cervixcancerkontroll).

En stor del av medlen har använts för att stödja och bygga upp den palliativa vården.

8. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Delge oss gärna synpunkter på områden som är särskilt viktiga för fortsatt arbete med SVF

Fortsatt arbete med att beakta resursåtgång vid SVF-utredning. Tex. har Hematuri fått tillägget att det förloppet inte kan startas oftare än vart 3:e år. Vi välkomnar motsvarande revidering för fler förlopp.

Likväl välkomnas översyn av ledtider för olika förlopp. I flera förlopp tillkommer utredningar tex genetiska prover som tar lång tid att få svar på som innebär att ledtider aldrig kan hållas.