

Mall för regionernas redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024

1. Inledning

Inlämning av redovisning från Region Uppsala

Rapportskrivare:

Ove Andersson, canceransvarig på Hälso- och sjukvårdsavdelningen (HSA) med speciellt ansvar att bevaka cancerfrågor för primärvård,

Ove.andersson@region uppsala.se 018-617 33 15

Ann Båth, SVF-samordnare Akademiska sjukhuset

ann.bath@akademiska.se 070-611 12 36

Åsa Andersson, verksamhetsutvecklare med SVF-ansvar på Lasarettet i Enköping

asa.ma.andersson@region uppsala.se 0171-418058

Nationella mål

- Inklusionsmål: 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp.*
- Ledtidsmål: 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumentationen.*

Att nå inklusionsmålet under första halvåret 2024 är en förutsättning för att få del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen.

Regionalt cancercentrum i samverkan

Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm

Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00

E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

2. Organisation

Utmaningar inom sjukvårdsorganisationen i arbetet med SVF.

Cancervården inom Region Uppsala styrs och påverkas organisatoriskt och finansiellt av regionen, Akademiska sjukhuset och RCC. Det finns en styrka i detta upplägg då flera perspektiv kommer med, men det finns också svårigheter som otydliga mandat och beslutsvägar.

Akademiska sjukhuset arbetar dedikerat med att få sjukhusets cancervård ackrediterat som ett Comprehensive Cancer Centre enligt OECl. Det är av största vikt för våra cancerpatienter och sjukhuset att bli ackrediterade. Syftet är att ytterligare stärka samarbetet inom det kliniska arbetet, forskning och utveckling och kunskapsstyrning.

Då man behövde göra en avgränsning valde man att inte involvera primärvården i ett första skede. Det visar sig vara i viss mån olyckligt då patientens resa i stort sett alltid startar inom primärvården, så det perspektivet är ännu inte med.

Samordningen och förvaltning av SVF är inte formaliserad. Bristen på ägarskap försvårar arbeten inom de olika uppdragen inom SVF. Det finns beslut om att det ska finnas en förvaltningsövergripande förvaltningsplan för SVF-arbetet, men den är ännu inte på plats.

3. Inklusionsmålet

Region Uppsalas inklusion för första halvåret 2024 är 100 % av alla nya cancerfall.

Diagnoser som ligger under måluppfyllelse 70%:

Buksarkom

- Nuläge: 11 %. Klinisk processledare är vakant. Vi har fortfarande problem med kodning i det här förloppet. Med en informationsrunda och utbildningsinsats har det blivit bättre. För att komma igång har vi fokuserat på GIST som är den största gruppen, men andra inom förloppet har vi inte fått en bra rutin för.

Åtgärd/analys: Tillsättning av klinisk processledare är på gång. Uppföljning och uppstramning av rutiner pågår. Dock en svår grupp att koda rätt.

Levercancer

- Nuläge: 58 %.

Åtgärd/analys: Inklusionen ser ut att ha minskat sedan förra mätningen. Förväntat antal 12 patienter. 5 av dem avslutades av medicinska skäl, en av patientens val. I inklusionen ingår bara de med start av behandling. Så kodning är rätt men det blir missvisande i underlaget.

Myelom

- Nuläge: 22%

Åtgärd/analys: Inklusionen har minskat från 79% sedan förra mätningen. Antalet nyinsjuknade i myelom under VT 2024 har varit oväntat lågt, 6 enligt INCA till skillnad från 18 i beräkningsunderlaget. Det finns också patienter som är så sjuka att de inte ingår i SVF

Diagnoser med få patienter <10 där naturliga variationer förekommer som ger stora utslag i data.

- MPN 60%
- NET/NEC 100%
- Peniscancer 50%
- Vulvacancer 25%
- Testikelcancer 50%
- Buksarkom 11%
- Skelett och mjukdelssarkom 83%

4. Ledtidsmålet

Region Uppsala uppfyller ledtidsmålet med totalt 55%. Något bättre än riket och föregående rapport, men långt kvar till 80%.

Glädjande att se är att ledtiderna i några av de stora patientgrupperna har förbättrats t.ex. bröstcancer från 35% till 65%, bukspottskörtelcancer från 27% till 38%, hudmelanom från 85% till 91%, njurcancer från 33 % till 64%.

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

- Den största gemensamma orsaken till för långa ledtider är resursbrist av olika slag. Vårdplatser, sjuksköterskor, operationstider, diagnostik samt radiologer och patologer med specialistkunskaper.
- Verksamheterna hittar också logistiska utmaningar, exempelvis vid remissgenomgångar, MDK och lokaler för koloskopier mm.

- Att inte ha gemensamma IT lösningar inom sjukvårdsregionen och nationellt gällande journal, bildarkiv etc. påverkar väntetiderna negativt då man kan behöva söka på olika håll för att få tillräckligt underlag för beslut om utredning och behandling.
- Utredningarna inom cancerområdet blir mer avancerade och utvecklingen inom precisionsmedicin ökar vilket ställer höga krav inom området diagnostik såsom patologin och röntgen. I den diagnostiska processen, utredningsfasen och främst inom patologin upplevs snäva ledtider.
- Det är av största vikt och värde att fokus ligger på att patienterna får en individualiserad medicinskt korrekt utredning och behandling. Väntetiden är viktig men inte allt. Om den blir lång bör vi presentera prehabiliterande aktiviteter för patienterna i syfte att optimera chanserna till en framgångsrik behandling och få en större patientdelaktighet.
- Väntetiderna förlängs när patienten ej är färdigutredd från hemorten, om bildmaterial ej är åtkomligt eller om de inte har möjlighet att delta vid MDK.
- Utredningen kan behöva kompletteras med upprepade biopsier och/eller andra undersökningar. Utredningsfynden behöver då även diskuteras vid ytterligare MDK.
- Följsamheten till att använda remissmallar behöver säkerställas.
- Kvaliteten på kodningsarbetet behöver förbättras inom vissa förlopp. T.ex. har vi svårt att få sarkomförloppet korrekt kodat.
- Vi har inte konsekvent använt oss av de olika väntedefinitionerna (MoV, VoV PoV). Kodning av utökad utredning är inte heller helt på plats.

Förbättringsarbete i syfte att korta ledtiderna.

- Utbildning och tillsättning av kliniska processledare på sjukhusen pågår. Ett första uppdrag för dessa blir att bilda tvärprofessionella vårdprocessgrupper. Det ger en möjlighet att identifiera avvikelser och arbeta med förbättringar inom processen. Då kommer det också finnas en tydligare mottagare av olika typer av kvalitetsdata som fördjupad SVF-statistik, PREM-enkäten mm.
- Det genomförs en mycket grundlig systematisk journalgranskning för uppföljning av alla ledtider inom verksamhetsområdet blod- och tumörsjukdomar och kirurgi. Detta för att utifrån data kunna satsa på rätt aktiviteter.
- Akademiska sjukhuset bistår verksamheterna med vårdprocesstöd för att identifiera och genomföra möjliga förbättringar.

- När AS blir ett Comprehensive Cancer Centre kommer efterfrågan på kvalitetsdata öka. Bättre koll och uppföljning i de olika processerna borde påverka ledtiderna positivt.

5. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2024

- *Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?*
Under året har frågan om kvalitetssäkring av data inom kvalitetsregister och SVF-registrering fortsatt. Behov av att reglera en lokal kvalitetssäkrings/förvaltningsprocess för cancerdata har lyfts inom regionen sedan 2019 och är nu under process på hälso- och sjukvårdsavdelningen.

6. PREM-enkäter

- Region Uppsala har skickat ut enkäten till patienterna 2024 enligt instruktion.
- Resultaten har redovisats per förlopp för verksamheterna. Dock är responsen blygsam då resultaten upplevs oriktade.
- På Akademiska sjukhuset kommer SVF-data inklusive PREM resultaten diskuteras i verksamheternas kvalitetsuppföljningar. Det kommer att ställas större krav på användande och analys i det kommande Comprehensive Cancer Centre.

7. Särskilda insatser för SVF inom urologi

Akademiska sjukhuset Uppsala

För att förbättra tillgängligheten har antalet tider till den kombinerade uro-onkologiska mottagningen ökat. Väntetiden har minskat genom att man i förväg går igenom väntelistan så att bara färdigutredda patienter kommer.

Antalet riktade biopsiomgångar har fördubblats då det var en identifierad flaskhals.

Under året har Verksamhetsområde Urologi genomfört nedanstående åtgärder:

- Ökat antalet mottagningsbesök under sommaren med 50%.
- Fått en ökad tillgång till operationssalar.
- Koordinatorer som följer SVF-förloppen för att minska ledtider.
- Utökat antalet kontaktsjuksköterskor

- Minskat ledtider till vår gemensamma mottagning urolog-onkolog för patienter med prostatacancer som bedöms inför kurativt syftande behandling.
- Utbildat en sjuksköterska som nu kan cystoskopera patienter med urinblåsecancer.
- Utbildat en sjuksköterska i sexologi för omhändertagande av bland annat biverkning efter cancerbehandling.

Lasarettet i Enköping

- Mellangårdsbiopsierna är införda. Tillgängligheten förbättrad genom att patienter kan biopseras lokalt på LE och därmed slipper långa väntetider på AS, alltså snabbare handläggning.
- Polop-sal för urologica minor påbörjad i mindre skala och förväntas växlas upp för att avlasta centraloperation och förbättra väntetiderna för de patienterna.
- Uroterapeututbildad SSK är planerad att börja under hösten med urodynamikundersökning. Verksamheten har beställt apparaturen och väntar på leverans.
- Utbildning av 2 SSK för att öppna dispensären pågår. Trångt för att komma in på hospiteringsplatser vilket har orsakat fördröjningen.
- Planeras förbättra tillgängligheten för PSA-återbesök inom södra regionhalvan genom att minska antalet doktorsbesök och öka sjuksköterskebesöken.

8. Användning av SVF-medel under 2024

*Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?
I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2024?*

Budgetberedningsarbete inför verksamhetsåret 2024 skedde under våren 2023 som en del av regionens ordinarie budgetprocess. Det gör att de medel som används 2024 baseras på canceröverenskommelsen för 2023. Principerna för användandet av dessa medel var att primärt stimulera och säkerställa fortsatt arbete med SVF som tex SVF-samordnare, lokala projekt kopplade till tidig upptäckt som t ex OPT och projekt gällande kallelsesystem (HKS) i det fortsatta arbetet med livmoderhalsscreening. I tredje hand uppdrag kopplat till aktiviteter i Region Uppsalas lokala handlingsplan för cancer.

9. Fortsatt nationellt arbete med SVF

I det fortsatta arbetet med ledtidsmål och inklusionsmål är det nödvändigt att man nationellt kontinuerligt reviderar och uppdaterar de förutsättningar som ligger till grund för SVF. Det kan röra sig om förändrade behandlingsstrategier, förändrad epidemiologi mm. Här behöver RCC:s processledare och vårdprocessgrupper jobba med förloppen. Det är önskvärt att det finns kliniskt aktiva deltagare i relevanta grupper.

Nationella utdata bör förbättras och tydliggöras. Data i SignE via Qlickview är inte användarvänligt. Ett mer användarvänligt system skulle underlätta kontroll. Vid jämförelse med regionens eget system för utdata SAS och statistik i SignE ses skillnaden i antal men då det inte finns möjlighet att se personnummer är det nästan omöjligt att detektera vilka SVF som inte registreras. Vårdförloppet kan således inte följas hela vägen över regionernas gränser.

Det finns en arbetsbeskrivning för hur SVF-koordinatorerna ska arbeta men det finns ingen nationellt framtagna utbildning för dem. RCC har inom andra områden, exempelvis för kontaktsjuksköterskorna, tagit fram utbildningsfilmer nationellt så att det blir jämlikt i hela landet. En webbaserad SVF-koordinatorutbildning önskas. Att arbeta för ett gemensamt journalsystem/ bildvisningssystem där de olika regionerna och funktionerna samverkar skulle ge stor effekt. Mycket tid går åt till att leta och vänta på uppgifter. Det förlänger väntetiden för patienterna och skapar frustration och stress hos den kliniska personalen.

Bilaga Kartläggning av patienter med 75% längre ledtid än förväntat bifogas

Kommenterad [SAB1]: Vårdprocessgrupperna består bara av kliniskt aktiva deltagare! Är det i Vårdprogramgrupperna ni menar?

Kommenterad [OA2R1]: Ändrat till relevanta grupper baserat på vår okunskap