

Kunskapsstödsenheten

Handläggare

Camilla Staaf

Cancersamordnare

Datum

2024-09-20

**Regionernas redovisning av arbetet med
standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen
Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider
2024**

Kontakt:

Camilla Staaf

Utvecklingsledare/Cancersamordnare Region Värmland

+46(0) 108 314 891

camilla.staaf@regionvarmland.se

1. Organisation

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

Ja. Vi ser stora utmaningar i de tre nivåerna som på olika sätt har ansvar för hälso- och sjukvård. Nationell nivå, sjukvårdsregional och regionalnivå.

Nivåstrukturering innebär ofta att de mindre regionerna urholkas och både pengar och patienter flyttas över till våra universitetssjukhus. Vi som mindre region får då t ex svårt att rekrytera specialister och ekonomin styrs av andra regioners ”faktureringar”.

Vi har andra utmaningar i vår region i jämförelse med en storstadsregion:

Avstånd både för patienter, medarbetare, provhantering mm. Nivåstrukturering har ibland inneburit att vi, emot en patients vilja ”tvingats” flytta en åldrig patient med ovanlig diagnos, där behandlingen egentligen kunnat ske regionalt. Det går inte ihop med god och nära vård.

Ekonomi, nationella vårdprogram, innehåller mer och fler kostsamma och tidskrävande utredningar som utmanar möjligheten att klara ledtider. Vi ska även se till att vi uppfyller inklusion för de standardiserade vårdförloppen (70%) men samtidigt tänka god och nära vård, kloka kliniska val, med risk att då tappa procent i inklusionsmålet och därmed också riskera att inte få tillgång till de statliga medel som Cancervården kan få del av.

Diagnostik, vi får alltmer avancerad och dyr teknik för att utreda och diagnostisera. Diagnostiken är ofta ”överutnyttjad”. Med risk att missa någon enstaka patient har SVF-förloppen fyllts av patienter som utreds för säkerhets skull. Alla kräver snabb utredningstid och som resultat får vi flaskhalsar i de diagnostiska verksamheterna. Molekylärgenetiska undersökningar införs i allt fler vårdförlopp vilket dels är tidskrävande; dels dyrt och dels idag kräver att material skickas till våra universitetskliniker.

Övergångar, Övergångar till andra regioner kräver stor planering (tidskrävande). Vårdprocessen styrs inte av vår region utan vi är här helt beroende av andra regioners möjlighet att utreda/ta emot våra patienter

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 19 augusti)?**

Svar: Ja

- **Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?**

Livmoderhalscancer, livmoderkroppscancer, vulvacancer, akut leukemi, analcancer, buksarkom, matstrupe -magsäckscancer, NET, Cancer i urinblåsan, prostatacancer, peniscancer, sköldkörtelcancer och lungcancer.

- **Redogör för orsakerna till att målet inte nås.**

Gällande akut leukemi, analcancer, buksarkom samt peniscancer så är patientgruppen liten och inga slutsatser kan dras. Dock vet vi att en missad registrerad patient ger stort utslag

gällande inklusionsmålet.

En del patienter som får start av behandling inom annan region missas att registreras i administrativ handläggning, som en SVF-patient från Region Värmland. Detta påverkar vårt inklusionsmål tydligt för två diagnoser; buksarkom och matstrupe-magsäckscancer.

Övrigt som ses är sköra patientgrupper, till exempel SVF-lungcancer, 18st patienter har fått SVF- avslutet medicinska skäl och det är tydligt att denna grupp inte riktigt kan jämföras med övriga SVF-er gällande inklusionsmålet.

Flera av diagnoserna (livmoderkropp, vulva, cancer i urinblåsan, prostata och lungcancer *när inklusionsmålet i våra lokala uppdaterade rapporter*. Detta då rapporterna uppdateras var natt och förändras oavsett tidpunkt, tillskillnad från SIGNE s databas som enbart kan ta emot siffror 3 månader bakåt. Våra SVF-koordinatorer har fått prioritera patienternas journalutskrifter under sommarperioden och har inte fått med alla SVF-patienters statistik de sista månaderna inför och under sommaren. Skillnader, förändrade siffror och förklaring till låg inklusion kan ses nedan.

SVF	Antal patienter i Signe/Lokalrapport	Sammanfattning
Livmoderhalscancer	2/3	En diagnosgrupp som minskar vart år som går för vår region. Totalt 7st helår 2023 och 13st 2022.
Livmoderkroppscancer	11/18	När inklusionsmål 82% Helår runt 43–54 senaste 4 åren.
Akut leukemi	2/2	<i>För få för att dra slutsats</i>
Analcancer	2/2	<i>För få för att dra slutsats</i>
Buksarkom	3/6	När inklusionsmål 86%
Matstrupe-magsäckscancer	7/14	När inklusionsmål 82%
NET	6/6	<i>För få för att dra slutsats</i>
Cancer i urinblåsa	37/44	När inklusionsmål 100%
Prostatacancer	127/134	När inklusionsmål 70% En diagnosgrupp som minskar vart år som går för vår region.
Sköldkörtelcancer	3/4	<i>För få för att dra slutsats</i>
Lungcancer	47/52 Ytterligare 18st avslutskod: medicinskaskäl	När inklusionsmål 74% Detta redan innan vi tittar på gruppen som fått avslut medicinska skäl.
Vulvacancer	2/2	<i>För få för att dra slutsats</i> Helår 11st 2023 9st 2022, 5st 2021 och 4st 2020

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-dokumentent.

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

Största utmaningen ser vi i den stora mängd patienter som ska prioriteras till diagnostiska enheter och med de resurser som vi har att tillgå. Tid till röntgenstyrd biopsi har förlängts senaste åren.

Patienter som tas om hand av annan region, där ser vi att ledtider blir långa. Innan beslut om behandling inväntar vi nationella/sjukvårdsregionala MDK-er för vidare diskussion om undersökningsfynd och får direktiv om vidare omhändertagande. Detta kan många gånger innebära att patienten får en ”viss väntan” på vidare utredning. Vi har inte möjlighet att påverka andra regioners ledtider. Patienters hälsosituation kan förändras och bilder och prover kan behövas tas om.

Andelen sköra patienter ökar. För dessa är ofta utredningstiden längre. Dels på grund av att patienten inte klarar tänkt utredning; dels på grund av att mottagande klinik kräver fler undersökningar för att säkerställa att patienten klarar tänkt behandling.

Vi ser fortsatt en resursbrist med radiologer, patologer, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och sjuksköterskor.

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

Vi har idag förbättrat kontakterna mellan regionerna för aktiva överlämningar och för att förbättra ledtiderna.

Vi har inom Region Värmland anställt SVF koordinatörer på Bild-och funktionsmedicin som ”ringer in patienter” och dessutom handhar remissvar med mera på röntgenundersökningar från andra regioner. Vi granskar våra flaskhalsar och försöker därtill göra kloka kliniska val.

Som ex kan nämnas att: Inom områden så som urologi har stora insatser genomförts, se punkt 6. Öron-näs och hals- och lungkliniken har bytt veckodag för lokal MDK för att förkorta ledtid. Dag för röntgenledd punktion av lunga är flyttad för att hinna med molekyllärgenetisk undersökning i Örebro. Införandet av AI-stöd på mammografi har kortat ledtiderna för patientgruppen.

Processgrupperna ser över sina ledtider och det pågår ständigt diskussion kring hur dessa kan förkortas.

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-dokumentent.

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

Största utmaningen ser vi i den stora mängd patienter som ska prioriteras till diagnostiska enheter och med de resurser som vi har att tillgå. Tid till röntgenstyrd biopsi har förlängts senaste åren.

Patienter som tas om hand av annan region, där ser vi att ledtider blir långa. Innan beslut om behandling inväntar vi nationella/sjukvårdsregionala MDK-er för vidare diskussion om undersökningsfynd och får direktiv om vidare omhändertagande. Detta kan många gånger innebära att patienten får en ”viss väntan” på vidare utredning. Vi har inte möjlighet att påverka andra regioners ledtider. Patienters hälsosituation kan förändras och bilder och prover kan behövas tas om.

Andelen sköra patienter ökar. För dessa är ofta utredningstiden längre. Dels på grund av att patienten inte klarar tänkt utredning; dels på grund av att mottagande klinik kräver fler undersökningar för att säkerställa att patienten klarar tänkt behandling.

Vi ser fortsatt en resursbrist med radiologer, patologer, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och sjuksköterskor.

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

Vi har idag förbättrat kontakterna mellan regionerna för aktiva överlämningar och för att förbättra ledtiderna.

Vi har inom Region Värmland anställt SVF koordinatörer på Bild-och funktionsmedicin som ”ringer in patienter” och dessutom handhar remissvar med mera på röntgenundersökningar från andra regioner. Vi granskar våra flaskhalsar och försöker därtill göra kloka kliniska val.

Som ex kan nämnas att: Inom områden så som urologi har stora insatser genomförts, se punkt 6. Öron-näs och hals- och lungkliniken har bytt veckodag för lokal MDK för att förkorta ledtid. Dag för röntgenledd punktion av lunga är flyttad för att hinna med molekyllärgenetisk undersökning i Örebro. Införandet av AI-stöd på mammografi har kortat ledtiderna för patientgruppen.

Processgrupperna ser över sina ledtider och det pågår ständigt diskussion kring hur dessa kan förkortas.

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 procent längre än den optimala ledtiden.

- **Bifoga analysen från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen som bilaga.**
Bifogas

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2024

- **Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?**

Det är SVF-koordinatorer som primärt kvalitetssäkrar data. Cancersamordnaren har i uppgift att sammanställa resultat. På processmöten diskuteras hur vi registrerar, hur vi kan närma oss ledtidsmål och hur vi kan säkerställa att nå mål kring inklusionskriterier. Sammanställningar skickas regelbundet ut till verksamhetschefer och processansvariga. Samarbetet är mycket bra mellan SVF koordinatörer och den mindre arbetsgrupp bestående av statistiker, IT-utvecklare och cancersamordnare där diskussion sker angående inskickade frågeställningar och felregistreringar av SVF.

En gång per år anordnar Cancersamordnare ett större möte med samtliga SVF koordinatörer där vi också diskuterar oklarheter i registreringar.

Cancersamordnare har även haft möten med SVF-koordinatorernas chefer för att säkerställa att utrymme ges för att kvalitetssäkra data. Men inför och under sommarperioden signaleras att det är svårt att få tid till att kvalitetsgranska material på grund av minskad personal, vilket innebär att vi ”halkar efter” i vår registrering. Detta hämtas dock upp under slutet av augusti och september månad. Men syns inte i SiGNE s databas då den enbart tar emot siffror 3 månader bakåt i tiden.

I år har vi framför allt arbetat i arbetsgrupper kring SVF hjärntumör, myeloproliferativneoplasi, myelom och livmoderhalscancer för att säkerställa rätt registrering och tittat på möjliga förändringar i arbetssätt för att nå ledtid. Vi har ökat samarbetet mellan våra tre sjukhus och kopplat samman funktioner för att bredda kunskap och göra granskningen av SVF-data enklare.

Vi deltar i dialoger och möten sjukvårdsregionalt och delar med oss av våra erfarenheter. Vi använder de stöddokument som finns tillgängliga via RCC

5. PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)

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

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

Svar: Ja

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

Cancersamordnare skickar regelbundet ut Region Värmlandsresultat till verksamhetschefer och kontaktsjuksköterskor. Vi diskuterar PREM vid vår årliga ”inspirationsdag” där cancersamordnare och kontaktsjuksköterskor deltar och Kontaktsjuksköterskorna delger varandra goda exempel. Patienterna ger uttryck för sämre upplevelser vid brist på samordning mellan regionens verksamheter och framför allt i övergång till andra regioner.

Cancersamordnare har nära samarbete med primärvårdens utvecklingsledare som i sin tur delger primärvårdsläkarna vårt resultat en gång per år vilket medvetandegör primärvårdens betydelse för att identifiera SVF-patienterna.

Regionens cancersamordnare har deltagit i den nationella gruppen för att uppdatera/förbättra PREM enkäten, detta i nära samarbete med de lokala Kontaktsjuksköterskorna. Många åsikter och idéer har lett till en förändrad enkät.

Ett bra exempel som kan nämnas är att Kvinnosjukvården även 2024 fortsätter med att använda sig av svaren från sina PREM- enkäter i sin ledningsgrupp. De har utvecklat omhändertagandet för kvinnorna utifrån svaren. Kvinnorna får idag tydligare information, en snabbare hantering och man säkerställer att patienten har förstått att denne ingår i ett standardiserat vårdförlopp. Resultaten följs kvartalsvis.

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?

Tillgängligheten:/Effekter

Region Värmland utbildar fler operatörer för njur- och prostatacancer. Regionen har ökat urologins utrymme för robotoperationer.

Sedan flera år tillbaka har vi sjuksköterskor som genomför cystoskopi och även är utbildade för att ge behandling med Botox i urinblåsan. Därigenom frigörs läkare till andra prioriterade uppgifter och vi kan korta köer inom urologins patientgrupper.

Region Värmland har haft ett projekt "en variant på OPT, organiserad prostatacancer testning" sedan 2015. Numera får alla 50-åringar ett erbjudande att ingå i OPT en månad efter att de fyllt 50 år. Övriga äldre män ingår redan i programmet för uppföljning. (nyinflyttade erbjuds också OPT oavsett ålder).

Detta innebär att vi nu kan se resultatet av flera års organiserad prostatacancer testning. Vi ser bland annat en minskning av MR-undersökningar och därigenom avlastar vi en hårt belastad bild- och funktionsmedicinsk klinik.

Vi har under året anställt en OPT sjuksköterska på totalt 100% samt en ansvarig urologiläkare 20% för att sköta vår OPT

För att kunna visa statistik över Region Värmlands hantering av OPT har ett arbete startat tillsammans med RCC-Mellansverige med syfte att möjliggöra en jämförelse av Region Värmlands statistik och nationell statistik.

7. Användning av SVF-medel under 2024

- **Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?**

Budgeten ligger centralt. Beslut om större finansieringar så som OPT görs av hälso- och sjukvårdsledning. I övrigt äskas medel för till exempel kontaktsjuksköterskornas "inspirationsdag

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

Införandet av AI för dosplanering på strålbehandlingsenheten samt AI för bröstcancerscreening.

Införandet av hälsokontrollsystemet, HKS för cervixcancerscreeningen.

En stor del används för prover (Stockholm-3) som ingår vid utredning av patienter som fallit ut positivt i vår OPT- modell. Det är en kostnad som beräknas till ca 3 milj kr/år. Därutöver för bemanning av OPT-kansliet.

Större delen är budgeterad och finansierar tidigare satsningar på kontaktsjuksköterskor och koordinatörer, cancersamordnare samt cancerrådets ordförande. Därutöver kostnader för PREM-enkäten och för utbildning/inspirationsdag för kontaktsjuksköterskor

8. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

- Fortsatt översyn över delledtider i SVF framför allt vid införandet av molekylärgenetiska undersökningar som påverkar patologi samt vid tillägg av MR eller PET CT som påverkar Bild- och funktionsdiagnostik.
- Det behövs personnummer i Signe för att följa patienter över regiongränser där ledtider blir för långa. Tidskrävande och stora svårigheter att kvalitetssäkra data och påverka ledtider utan.
- Utred: Vad gör våra nordiska grannar för att nå korta ledtider – vad gör vi annorlunda? Var ser vi annorlunda ut? Vilka områden behöver vi bygga upp och vilka bör vi banta ner? Mäter vi annorlunda?
- Behöver vi omfördela ekonomiska resurser mellan regioner? Till exempel – om vi satsar på PET-CT i en region där det egentligen inte lönar sig ekonomiskt, men där det skulle ha stor betydelse för patienterna och ledtider?
- Se över ledtidsmålet. Andelen sköra och äldre patienter ökar. För dessa är ofta utredningstiden längre, dels på grund av att patienten inte klarar utredningarna; dels på grund av att mottagande klinik kräver fler utredningar för att säkerställa att patienten klarar tänkt behandling. Vi bör överväga att ändra kraven på att 80% ska klara ledtidsmålet för vissa diagnoser eller patienter. Kan man ha differentierade ledtidsmål där vissa diagnoser till exempel har 60% inom ledtid som mål?