

Regionalt cancercentrum väst
Västra Götalandsregionen

Redovisning

Arbetet med standardiserade vårdförlopp i
Västra Götalandsregionen enligt
överenskommelsen Kortare väntetider i
cancervården 2024

1. Organisation

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

I arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) fungerar samarbetet generellt sett bra, men det finns vissa utmaningar av olika karaktär. Remissernas kvalitet varierar, vilket påverkar patienthanterings effektivitet. Kommunikationen med primärvården ser olika ut beroende på område, med mer komplexitet i ex. Göteborg (som har många vårdgivare).

Samarbetet mellan vårdinstanser inom specialistvården fungerar väl. Dock uppstår ofta kapacitetsbegränsningar inom radiologi och patologi. Tillgången till snabb bilddiagnostik och vävnadsanalyser är begränsad. Även variation av tiden till svar försvårar planeringen, exempelvis för när MKD kan genomföras. Även tillgången på operationstider, vårdplatser och besökstider ofta ansträngd. Det har noterats att särskilt vid regiongemensamma kliniker, såsom patologin på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och i NU-sjukvården, blir samarbete ännu viktigare än förut och behöver förbättras.

I samband med överföringar av patienter mellan olika vårdinstanser finns ibland utmaningar i att koda det standardiserade vårdförloppet som avslutat. Detta på grund av att starten inte ”följer patienten”. Det har även framkommit önskemål om att formalisera arbetsätten överlag, när patienter ska flyttas, främst mellan förvaltningar.

Olika cancertyper har även rapporterat specifika utmaningar:

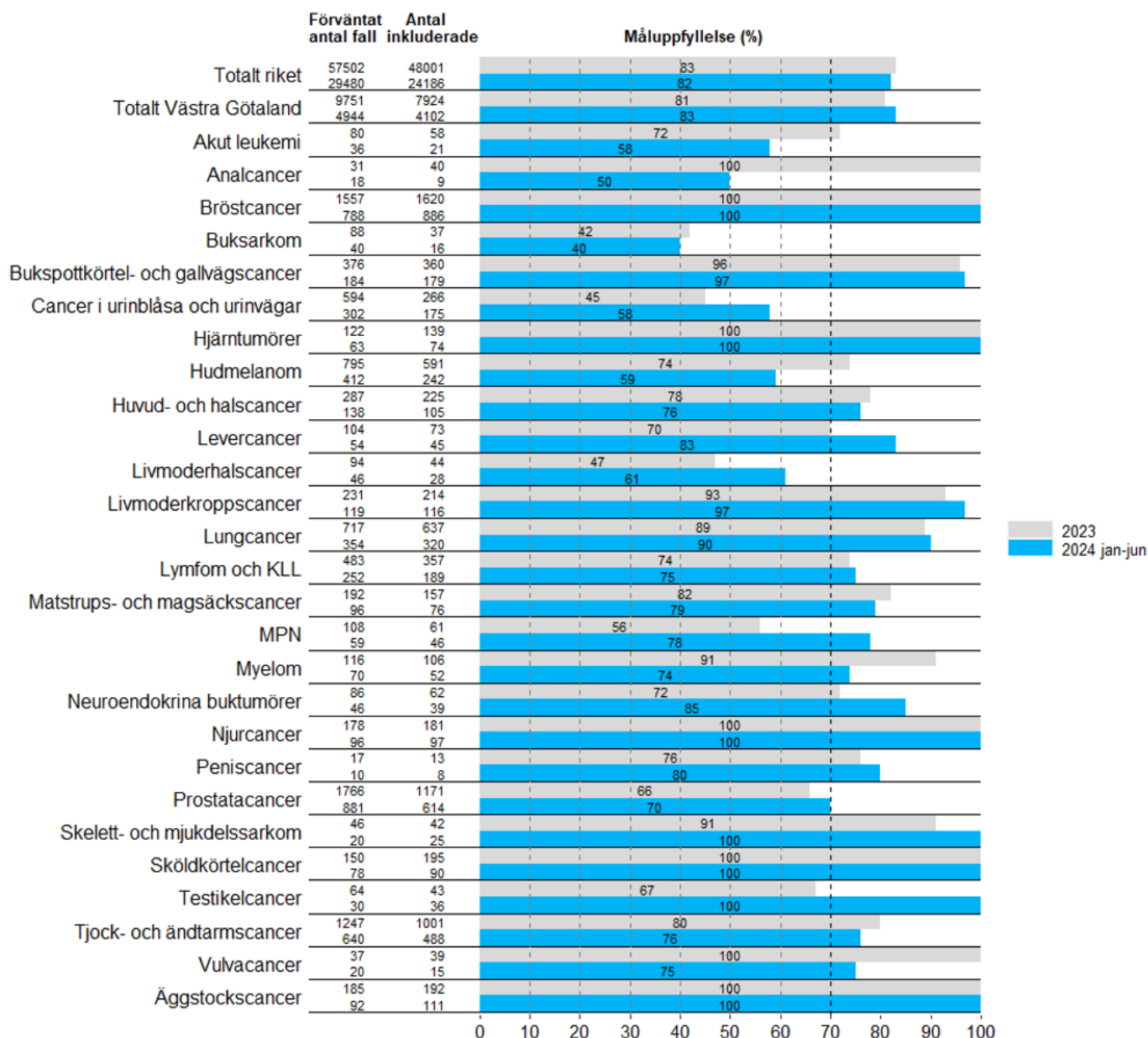
- Bröstcancervården hanterar ett stort antal remisser baserat på breda inklusionskriterier. Start av förloppet på kliniska remisser sker i primärvård. Kriteriernas bredd gör att utredande resurser med mammografi och ultraljud stoppas upp. Undanträngningseffekter för diagnostiserade cancrar och uppföljning efter cancer ses och en hög andel friska (>90%) utreds i förlopp som startas i primärvård.
- Inom urologin påverkar personalomsättning i primärvården kunskapsnivån, vilket resulterar i att ny personal som inte är bekanta med arbetsättet och därför inte följer korrekta SVF-rutiner.
- Gynekologi har utmaningar både inom remisshantering och att få rätt information till patienten, speciellt innan filterfunktion.
- Inom matstrupe-/magsäckscancer är det ett hinder med remisser för arbets-EKG och spirometri, det finns osäkerheter kring vart remisser skall skickas och utmaningar inom samverkan med primärvården.

2. Inklusionsmålet i SVF

Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 19 augusti)?

Västra Götalandsregionen når inklusionsmålet sammantaget alla vårdförlopp. Måluppfyllelsen ligger på 83% 2024 (januari-juni) detta är en ökning med 2 procentenheter jämfört med år 2023.

Västra Götaland, inklusionsmål



Källa: RCC rapport uttag 19 augusti 2024

Vilka diagnoser uppnår inte inklusionsmålet?

I tabellen nedan visas de förlopp som inte når 70 målet 2024 (januari-juni) och hur utfallet var helår 2023. Sex förlopp klarar inte inklusionsmålet, vilket är samma antal som under 2023. Dock har vissa förlopp ”bytts ut”.

Förlopp som inte når 70% målet, inklusionsmålet	År 2024 (jan-juni)	År 2023
Akut Leukemi	58%	72%
Analcancer	50%	100%
Buksarkom	40%	42%
Cancer i urinblåsa och urinvägar	58%	45%
Hudmelanom	59%	74%
Livmoderhalscancer	61%	47%

Källa: RCC rapport uttag 19 augusti 2024

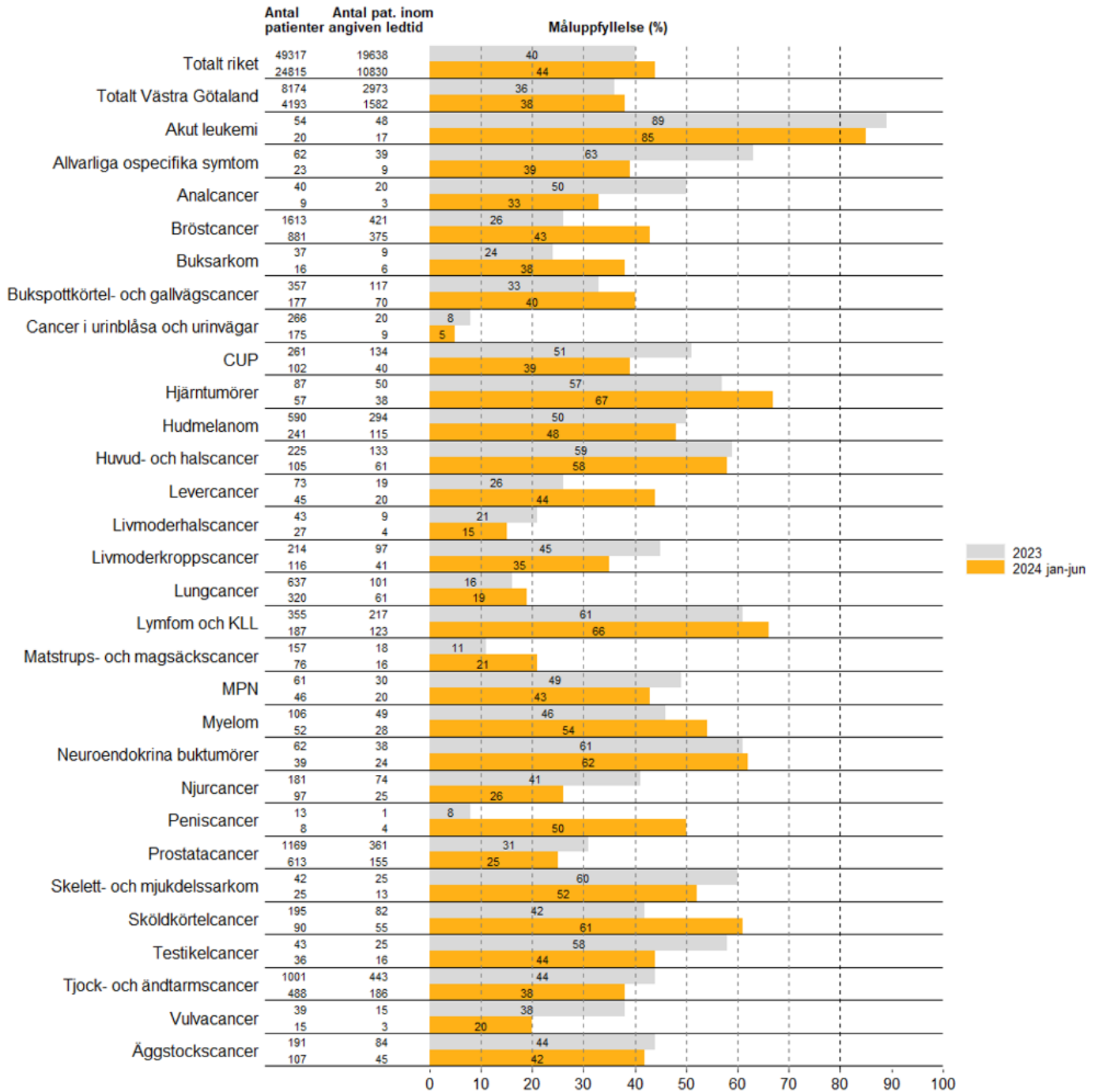
Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

Alla vårdförlopp når inte inklusionsmålet, trots att det skett en stor förbättring under de senaste åren. För detta finns olika orsaker:

- Flera av de vårdförlopp som inte når inklusionsmålet är små förlopp sett till antalet patienter. Detta kan resultera i svårigheter kopplat till avsaknaden av upparbetade rutiner.
 - Vissa förvaltningar ser endast en handfull patienter inom vissa förlopp per år, varför det uppkommer utmaningar med att arbeta enligt SVF-rutinerna.
 - Hos små förlopp blir det en stor procentuell skillnad om enstaka patienter blir exempelvis felaktigt kodade, trots att de omhändertas korrekt.
 - Om förväntat utfall inte stämmer överens med verkligheten kan påverka måluppfyllelsen, speciellt hos små förlopp.
- Registreringsproblem har uppmärksammats, främst hos cancer i urinblåsa- och urinvägar. Till viss del beror dessa på personalomsättningar inom urologin, men även på vissa systematiska fel som upptäcktes i och med kartläggningen av patienter med ledtid 75% längre än målledtiden.

3. Ledtidsmålet

Västra Götaland, ledtidsmål



Källa: RCC rapport uttag 19 augusti 2024

Sammantaget är måluppfyllelsen för ledtidsmålet två procentenheter bättre för januari-juni 2024 jämfört med helår 2023. Inom de stora förloppen finns oftast små variationer, medan de förlopp som har färre patienter kan variera i större utsträckning. Extra värt att notera är att vårdförloppet för bröstcancer har ökat måluppfyllelsen från 26% till 43%.

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

Det finns flera hinder i sjukvårdsorganisationen som försvårar möjligheterna att uppnå ledtidsmålet. Ett av de största problemen är bristen på personal inom exempelvis urologi, gynekologi, hematologi samt onkologi. Detta leder till svårigheter att erbjuda tillräckligt med läkartider, säkerställa en effektiv diagnostik eller start av behandling.

Långa väntetider för olika undersökningar och provsvar är ett hinder inom regionen och svarstiderna från patologin och cytologin är ofta längre än önskat. Det har även uppmärksammats specifikt att variation i svarstider gör det svårt att planera för nästa steg i utredningen, exempelvis inför MDK. Det råder även brist på tider för bland annat cystoskopi, röntgen, MR och PET-CT. Fördröjningar inom patologiska analyser eller radiologiska undersökningarna påverkar den totala ledtiden för SVF:et negativt då de i vissa fall kan orsaka ”snöbollseffekter” då fördröjningar byggs på varandra. Det upplevs som de undersökningar och behandlingar som är nivåstrukturerade ofta har en längre väntetid.

Brist på operationsutrymme är ett ytterligare hinder, vilket ofta beror på resursbrist (lokaler och operationspersonal). Detta är särskilt påtagligt inom vissa diagnosområden, som exempelvis använder endoskopi under utredningen, men även hos de som avslutar vårdförloppet med kirurgisk behandling.

Andra faktorer som spelar in är felaktiga remisser, som inte är korrekt märkta eller skickade på grunder som inte bör föranleda ett SVF. Inom vissa förlopp, som lungcancer och bröstcancer, är även inklusionskriterierna väldigt breda, vilket leder till onödigt många utredningar. Som ett exempel har SUs remissinflöde för bröstcancer ökat med 64% mellan 2018–2022.

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

Det har genomförts en rad insatser för att förbättra ledtiderna inom olika områden:

- Delleddidsprojektet SVF syftar till att visualisera data från befintliga system för att kunna påvisa delledtider för utvalda SVF-förlopp. Detta ger en tydligare bild över ledtiderna utan att kräva dubbelregistrering eller ytterligare handpåläggning än vad som redan utförs idag.
- Inom urologin på SU har kapaciteten för cystoskopier genom att öppna extra mottagningar och arbetar nu med att kunna genomföra röntgen innan cystoskopi.
- För Sjukhusen i Väster (SV) har urologen tagit fram en ny SVF-rutin för remittering till patologin. Utvecklingsarbete är planerat med radiologin under hösten med målet att effektivisera flödet och administrationen inom urinblåsa och prostataförloppen.
- Inom bröstcancervården på SU har införts en triagefunktion med mammografi för att snabbare kunna selektera högriskpatienter. Det har även skett utbildningsinsatser kopplade till primärvården angående vilka patienter som bör ingå i SVF.

- Bröstprocessen på SÅS har under våren förändrat sitt arbetssätt för inkommande SVF-remisser. Tidigare fanns två ingångar för misstänkt bröstcancer. Remissen skickades antingen till onkologmottagningen eller till Unilabs. Det nya arbetssättet innebär att samtliga remisser skickas direkt till Unilabs. Detta för att få ett tydligare flöde i processen samt låta resurserna på onkologmott fokusera på att behandla patienter med diagnostiserad cancer.
- För de gynekologiska vårdförloppen har kvinnokliniken på SU infört extra operationstider på lördagar för att minska väntetiderna.
- Inom gynekologin i SV (i egenskap av filterfunktion) har avsatts akuttider för SVF-patienter. Information har getts till primärvården i regionen och rutiner lokalt kring filterfunktionen inom förloppen och hur remitteringen ska ske.
- Inom huvudhals-cancer i SV har arbetats med att förbättra flödet genom att ta förberedande prover, filma/fota och journalföra vid filterfunktionsbedömning, samt att patienten fyller i hälsodeklaration redan där (inför vidareremittering). ÖNH på Högsbo har efter kontakt med cytologen SU också fått till snabbare tider och bättre kommunikation, genom ökad förståelse av behoven för SVF-patienterna.
- Taligenkänning har införts i regionen, för att göra journalanteckningar direkt tillgängliga och därmed snabba upp informationsflödet.
- Det pågår utbildning i dataanalysverktyget SVF Power BI för att öka möjligheterna att kontinuerligt följa upp och förbättra ledtider.
- På SU har fysiska besök ersatts med telefonbesök i större utsträckning. På SkaS har liknande ändringar skett, där de patienter som har behov får fysiska besök och övriga får brevsvår.
- SU har drivit för att CT-undersökningar ska styras till patienternas närmaste sjukhus för att avlasta centrala enheter. Detta innebär att remisser skickas till SV, främst Kungälv och Alingsås.
- SkaS arbetar med att ge information till primärvården regelbundet, samt regelbunden avstämning med Närhälsan
- Det har på SU startats en arbetsgrupp för att se över möjligheterna till utökad samverkan mellan kirurgi och onkologi.
- På SkaS pågår processarbete, med både externa och interna parter, för att få bättre flöde och samarbete. Registrering sker även i SVF-INCA, för att tillgång till delledtider.

Kartläggning och analys över vilka patienter som ligger längst från måluppfyllelsen.

Kartläggningen har genomförts för följande förlopp och bifogas detta dokument:

- Prostatacancer
- Lungcancer
- Cancer i urinblåsa
- Matstrupe- och magsäckscancer

4. Kvalitetssäkring SVF-data 2024

Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Regionens grupp med så kallade SVF-SuperUsers arbetar kontinuerligt med att följa upp och åtgärda systematiska fel avseende kodning. En stor del av deras arbete är att hjälpa personal på den egna förvaltningen avseende just kodning. Gruppen har även tagit fram en skriftlig rutin inför införandet av nya vårdadministrativa systemet Millennium.

Det har även, i samband med kartläggningen av patienter 75% över målledtid, upptäckts vissa systematiska felaktigheter i kodning. Dessa har resulterat i missvisande ledtider och har åtgärdats i samband med att de upptäckts.

SV har under året jobbat mycket med endoskopienheterna för att få till kodningen och rutiner kring första besök i tjock- och ändtarmsförloppet och i och med detta ökat kvaliteten i utdata.

En stor del av den regiongemensamma kvalitetssäkringen sker genom att SVF-gruppen gemensamt diskuterar kring olika frågor som lyfts på regionens förvaltningar. När frågor kommer från SVF-koordinatorer, medicinska sekreterare eller liknande arbetar gruppen för att nå konsensus inom regionen. På detta vis kan tilliten till data ökas, då registrering sker på samma sätt. Under hösten har gruppen arbetat med kod xx76 – Patientens val.

5. PREM-enkäter

VGR skickar ut SVF PREM enkäter under 2024.

- SVF arbetsgruppens arbetar med PREM-resultatet och bevakar över tiden. Under hösten arbetar SVF-gruppen specifikt med dimensionen delaktighet emotionellt stöd, där det finns många goda exempel att sprida mellan förvaltningarna.
- På SU uppger samtliga förlopp, där PREM-resultat finns, att de aktivt använder dessa i sina förbättringsarbeten.
- På SkaS diskuteras PREM-resultaten i samband med diagnosspecifika dialogmöten. Det upplevs som det är oftast de öppna svaren som ger bäst feedback. Det finns svårigheter då de mindre förloppen oftast inte går att få fram resultaten på förvaltningsnivå.
- SÄS har en arbetsgrupp vilka följer PREM-resultatet för förvaltningen. Gruppen upplever dock att man behöver göra en revidering av frågorna för att förtydliga och förenkla själva enkäten. Utfallet av antal som svarar kan öka med en kortare och tydligare enkät.

Det är ett problem att de mindre sjukhusen/förvaltningarna inte får resultat av PREM-enkäter pga. för få respondenter. Ex. får SV endast resultat från två förlopp. Det blir även svårt att utläsa den egna verksamhetens roll i resultatet, då patienten flyttas till andra sjukhus.

6. Särskilda insatser för SVF inom urologi

Urologin i regionen har, som tidigare nämnts, genomfört förbättringar för att effektivisera patientflödet.

- På SU har extra mottagningar öppnats för att öka kapaciteten för cystoskopier. Ett arbete pågår även för att kunna utföra röntgen innan cystoskopi, vilket kan bidra till att strömlinjeforma processen.
- Vid SV har en ny SVF-rutin införts för remittering till patologin inom urologin. Detta väntas förbättra hanteringen av prover. Under hösten planeras ett samarbete med radiologin för att effektivisera flödet och administrationen kring urinblåse- och prostataförloppen. Dessa åtgärder syftar till att skapa en mer effektiv vårdprocess för urologiska patienter i regionen.
- Det pågår även ett projekt för att minska SVF-flödet för MR prostata inom Västra Götalandsregionen. Projektet syftar till att effektivisera metoden, utveckla maskinparken samt öka antalet resurser som kan utföra MR-prostata. Efterfrågan på MR för prostata har ökat i och med införandet av OPT och förväntas öka ytterligare i takt med att även testningen ökar.
- På Högsbo sjukhus har en effektivare MR-kamera anskaffats, för att öka kapaciteten för bland annat SVF prostata. Hit kommer även skickas patienter från SV:s sjukhus i Alingsås och Kungälv. Detta kommer resultera i snabbare diagnostik av högre kvalitet.

7. Användning av SVF-medel under 2024

Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?

I Västra Götalandsregionen betalas medlen ut till förvaltningarna månadsvis enl. en fördelningsmodell där 50 % av SVF medlen baseras på antalet utredda SVF och 50 % på antalet som gått till start av behandling. Modellen har använts sedan 2019.

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

Flera av regionens förvaltningar anger att medlen fördelas i storleksordning hos de verksamhetsområden som bedriver cancervård eller diagnostik, hos respektive förvaltning.

Insatser eller aktiviteter som medlen har använts till inkluderar:

- Finansiering av SVF-koordinatorer, kontaktsjuksköterskor och operationskoordinatorer
- Finansiering av SVF-samordnare och SVF-SuperUsers
- Utökning av läkartider (främst inom kirurgin)
- Utökning av antalet operationspass (inom vissa verksamheter)
- Utökning av radiologiska undersökningar (främst inom onkologin)
- Extra mottagningar på lördagar (urologin SU)
- Lokala SVF-möten och förberedelsetid inför detta

8. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Från regionen har inkommit flera förslag kring vad som kan tas upp i det nationella arbetet:

Inklusion i SVF

Det har efterfrågats en översyn av vilka personer som ska inkluderas i SVF-förlopp. För vissa förlopp är inklusionskriterierna väldigt breda. För exempelvis bröstcancer har föreslagits att utreda en stramare ingång till SVF, som tar hänsyn till åldersfördelad incidens och nationell brist på bröstradiologer. Det har även föreslagits en filterfunktion med mammografi.

Det upplevs även svårt att sälla vilka som ska klassas som SVF eller ej, exempelvis när det inkommer remisser från primärvården utan att önskade prover är tagna.

Undanträngningseffekter

Det har framkommit önskemål om att göra en översyn kring de undanträngningseffekter som standardiserade vårdförlopp skapar inom diagnostiken, exempelvis inom klinisk patologi.

Ledtider

Det har från flera håll framkommit önskemål om revidering av ledtider. Det önskas att ledtiderna är mer baserade på faktisk tillgänglig sjukvård och sjukvårdsresurser. Det är viktigt med de nationella arbetsgrupperna som regelbundet ser över förloppen för att göra de mer effektiva och kliniskt relevanta, det har också pekats ut att grupperna måste ha bred representation både från akademien och klinisk verksamhet. En av regionens förvaltningar har en önskan om högre krav nationellt på måluppfyllelse för ledtidsmålet (för att få del av de nationella SVF-medlen), förutsatt att ovan nämnda revideringar utförts.

Det finns ett behov av att tydliggöra hur kod xx76 (Patientens val) ska användas. Det upplevs som ett problem när sjukvården erbjuder tider inom ramen för de stipulerade målledtiderna, men patienten vill boka om tiden.

Kartläggning av specifika förlopp

Det upplevs viktigt att fortsätta med kartläggningen och journalgranskning av specifika förlopp för att på djupet förstå orsaker till långa ledtider.

Övrigt

Det har efterfrågats nationellt samarbete för MR-radiologer för att höja kvaliteten på bedömningar, vilka är extremt viktiga för patientens behandlingar.

Utbildningen av nya specialister behöver övervakas så att det finns en plan för att skapa rimlig total mängd av specialister. Idag råder exempelvis brist på urologer, mammografiläkare och bröstpatologer.