

Regionalt cancercentrum väst

Västra Götalandsregionen

2022-09-29

Redovisning

Arbetet med standardiserade vårdförlopp i
Västra Götalandsregionen enligt
överenskommelsen Kortare väntetider i
cancervården 2022

1. Organisation

Hur har SVF-organisationen fortsatt att fungera under 2022?

SVF arbetet i Västra Götalandsregionen, (VGR) har fungerat väl och vi har kunnat ha regelbundna möten och avstämningar regionalt och lokalt.

Under 2022 har SVF samordnargruppen och förvaltningsgruppen gått ihop till en grupp med gemensamma möten som leds av regional SVF samordnare och regionutvecklare. Fokus för gruppen har varit att arbeta med SVF målen och kvalitetssäkring av data samt att få registreringen att fungera bättre. Regional SVF samordnare har rapporterat till RCC västs styrgrupp.

På de flesta förvaltningarna finns det en fungerande organisation med SVF samordnare och s.k. superusers vars uppgift är att stödja SVF koordinatörer i registreringen. Inom Sahlgrenska Comprehensive Cancer Center finns ett ledningsråd där cancerrelaterade frågor lyfts och diskuteras. Ledningsrådet består av verksamhetschefer, patientrepresentanter, representanter i forskningsrådet och chefsläkare. Samarbetet internt på Sahlgrenska Universitetssjukhuset fungerar väl och avstämningsmöten hålls regelbundet ledtider följs upp och vid behov har en omfördelning av remissflödet gjorts mellan enheter. På regionens länssjukhus finns arbetsgrupper, forum för regelbunden uppföljning och fortbildning av SVF. I stort sett alla sjukhus upplever att SVF arbetet flyter på och man har hittat en struktur och organisation som fungerar väl. Några sjukhus har fått jobba mycket med att rekrytera nya SVF koordinatörer.

Hur fungerar samarbetet mellan primärvård och specialiserad vård?

Generellt fungerar samarbetet mellan primärvården och specialiserad vård bra i regionen men det finns en fortsatt känd problematik att remisser kan vara ofullständiga och inte märkta med SVF vilket förlänger väntetiden för patienten och orsakar merarbete för den enhet som tar emot remissen. Inom vissa förlopp är detta mer förekommande medan andra förlopp upplever att samarbetet fungerar väl och kvaliteten på remisser är bra. Enheter som har många problem med ofullständiga remisser arbetar med svarsmallar och direktkontakt med primärvården.

Det brister från ibland från primärvården att informera patienten om SVF och vad de innebär att utredas i ett SVF.

På regional nivå har SVF arbetsgruppen avstämning med en utsedd primärvårdsrepresentant, chefsläkare varje termin. Förändringar i vårdförloppen kommuniceras i Vårdgivarnytt vilket når cheferna i regionens primärvård och de privata vårdcentralerna. Under våren har kontakten med primärvården haltat då vår primärvårdsrepresentant blev sjuk. Det finns utmaningar att nå primärvården direkt med information gällande SVF och även att mötas på en gemensam plattform. I höst planerar SVF arbetsgruppen en workshop tillsammans med vår primärvårdsrepresentant för att kartlägga hur vi kan samarbeta bättre och vad primärvården är i behov av för att arbetet med SVF kan bli ännu bättre.

Vår primärvårdsrepresentant ingår i primärvårdsrådet som också har nära koppling till samordningsrådet vilket skulle kunna öka chanserna att få genomslag i SVF frågorna.

För att öka kunskapen om SVF i primärvården arbetar några förvaltningar med dialog och utbildningar på lokal nivå.

Hur fungerar samarbetet med andra regioner?

Det är i stort sett bara Sahlgrenska Universitetssjukhuset som samarbetar med andra regioner då de bedriver vård som är nationellt nivåstrukturerad och genomför multidisciplinära konferenser. Halland är den region som VGR har tar emot flest patienter ifrån och samarbetet är etablerat och upparbetade rutiner finns. Arbete pågår kontinuerligt för att förbättra registreringar av SVF remisser.

Det finns just nu en problematik kring avsaknad av startkoder från Halland när patienter remitteras från exempelvis Halland. Arbete pågår mellan regionerna för att lösa problemet. Regional SVF samordnare har regelbundna avstämningar med cancersamordnare i Halland.

Regelbundna utbildningar och stöd till SVF koordinators erbjuds och en lokal rutin är utarbetad.

På grund av bristande operationskapacitet har sedan ett par månader tillbaka cancerpatienter skickats till Ersta sjukhus för operation inom tjock- och ändtarmscancerförloppet. Det har varit en nödvändig lösning som dock är suboptimal ur ett patientperspektiv.

Under sommaren har SVF förloppet maligna hjärntumörer haft samarbetet med patologen i Lund.

Verksamheten för Medicinsk fysik och teknik, (MFT) har samarbete med andra regioner kopplat till protonbehandlingar på Skandionkliniken vilket fungerar väl.

Sahlgrenska upplever att samarbetet med övriga regioner generellt fungerar bra.

Åtgärder som skulle kunna förbättra handläggning och registrering av patienter som remitteras över regiongränser

- En del verksamheter lyfter att det finns stora utmaningar gällande registrering och resurser. Önskvärt hade varit administrativa resurspersoner med specifikt SVF uppdrag för att optimera registreringen.

2. Inklusionen i SVF

Ange regionens inklusion som helhet

VGR når 70 målet sammantaget alla vårdförlopp och ligger på 80% 2022 (jan-juni).

Vilka diagnoser ligger under inklusionsmålet?

I tabellen nedan visar de förlopp som inte når 70 målet 2022 och hur utfallet var 2021. Dock är det 6 förlopp som ligger mycket nära och det finns goda förhoppningar om de förloppen kommer att klara 70 målet för hela 2022.

Prostatacancer och levercancer är två förlopp som har förbättrats och når målet efter att mycket arbete lagts ner på att få ordning på registreringen.

Förlopp som inte når 70% målet	År 2022 (jan-juni)	År 2021
AML och ALL	56%	84%
Analcancer	63%	100%
Buksarkom	43%	38%
Huvud-halscancer	66%	77%
Matstrupe och magsäckscancer	69%	80%
Neuroendokrina buktumörer	36%	50%
Njure	69%	75%
Penis	25%	57%
Skelett och mjukdelssarkom	68%	65%
Urinblåsa	53%	45%
Vulva	67%	92%

Källa, RCC i samverkans webb, statistik SVF

Förloppet för peniscancer har länge saknat personal som registrerar därav 25% i måluppfyllelse vilket förstås inte betyder att patienterna inte utreds enl. SVF. Förloppen buksarkom och neuroendokrina buktumörer har svårt att nå 70 målet till stor del beroende på att de patienterna utreds i andra vårdförlopp till exempel de gynekologiska förloppen. Detta är ett känt nationellt problem.

Hur arbetar ni för att förbättra inklusionen i dessa diagnoser?

Regionen stödjer förvaltningarna genom att regelbundet leverera data på de förlopp som ligger efter i registreringen. Förvaltningarnas s.k. superusers följer upp de verksamheter som ligger efter.

Nedan nämns några av de åtgärder som görs:

- Att säkerställa att det finns en SVF koordinator dedikerad för varje förlopp på varje förvaltning.
- Att specifikt belysa dessa diagnoser i våra löpande SVF-samordnar och superusermöten
- En kontinuerlig dialog förs med primärvården i form av återkoppling i syfte att förbättra remisskvalitet.

Ytterligare åtgärder för att förbättra inklusionen i regionen som helhet?

Våren 2023 planerar vi digitala registreringsträffar för SVF koordinators och SVF processledare för att ytterligare förstärka kunskapen om SVF, kodning och registrering.

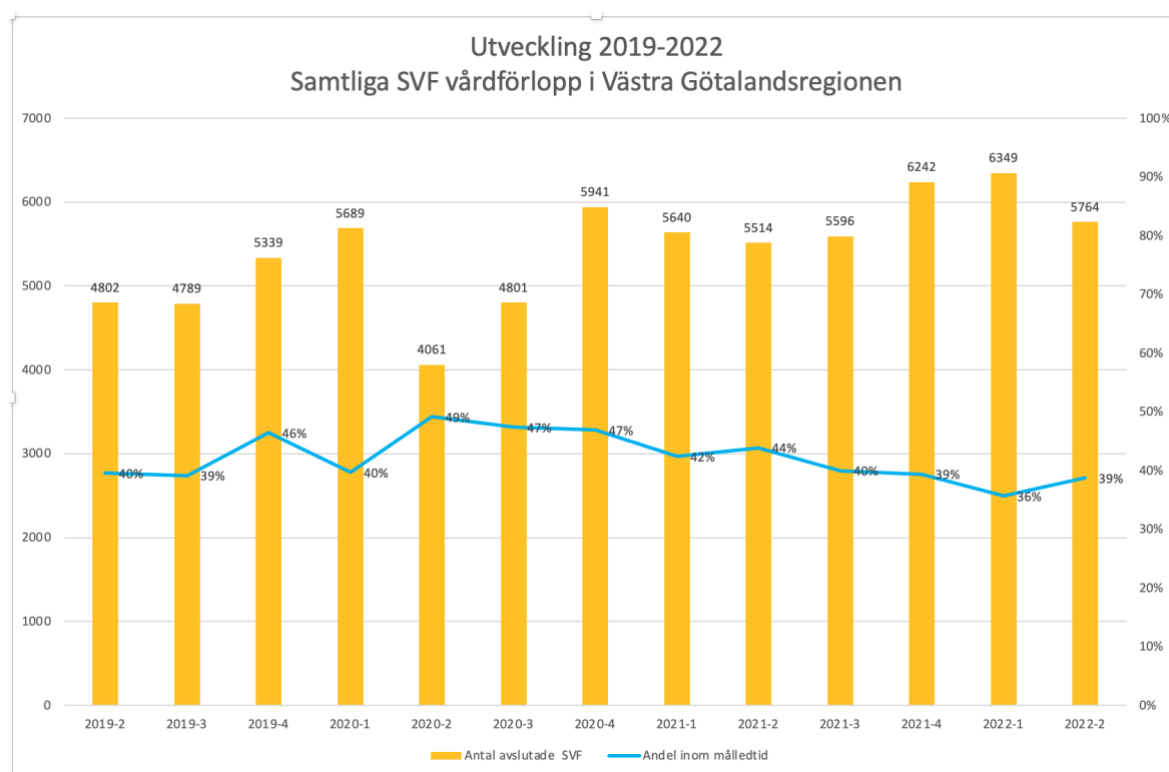
3. Ledtiderna i SVF

Inom vilka område (n) finns de största hindren för att uppnå ledtidsmålet?

Ledtidsmålet inom VGR för samtliga förlopp låg under 2021 på 42 %. Under första halvåret 2022 så har tyvärr regionen backat till 37%. Figuren nedan visar dock något bättre resultat, 39% då datauttaget gjordes 19 september 2022.

Första kvartalet 2022 hade VGR fler patienter i SVF än någonsin tidigare och ledtiden sjönk till 36%.

Utvecklingen av ledtiderna (figur 1.) visar att variationen inte har varit så stora över tid för de sammantaget alla förlopp inom VGR förutom under pandemin då ledtiderna förbättrades. I figur 1. presenteras även hur många avslutade SVF totalt, oavsett om det lett till behandling eller ej.



Figur 1. Utveckling av både antalet avslutade SVF totalt i VGR och målltiden (80-målet) under perioden 2019 Q2 – 2022 Q2. Källa: SKR databas Signe

Måluppfyllelsen av 80-målet varierar mellan olika vårdförlopp och förvaltningar. Inom VGR, såväl regionalt som lokalt, är det stort fokus vårdförloppen bröstcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer, samt lungcancer och urinblåsa varför utvecklingen för dessa presenteras separat. Dessa förlopp redovisas regelbundet för RCC västs styrgrupp. Se bilaga för utveckling över tid för dessa vårdförlopp.

De förlopp som inte är beroende av operation har högre måluppfyllelse.

Inom vilket område(n) finns de största hindren för att uppnå ledtidsmålen?

I följande avsnitt redovisas de hinder som är i stort sett gemensamma för samtliga förvaltningar. Vissa brister exemplifieras från specifika förvaltningar.

- **Diagnostiken**

Patologi

Långa svarstider från patologen är det största hindret för att nå ledtiderna för samtliga förlopp men graden av problematik kan variera.

Patologen kan inom några förlopp ge svar inom en viss tid med en regelbundenhet.

Variabiliteten i svarstider gör dock att det är svårt att planera in återbesök vilket ytterligare förlänger de sammantagna ledtiderna. Det är svårt med kompetensförsörjningen både vad gäller patologer och biomedicinska analytiker. Övergång till digitalisering som pågått länge har dragit ut på tiden men har börjat i en diagnosgrupp.

Den sammanslagning av tre av regionens patologiverksamheter som gjorts visar att vissa förbättringar har skett, till exempel utskrift av diktat där medicinska sekreterare hjälps åt över sjukhusen.

Inom vissa förvaltningar skickar patologin och klinisk kemi svaren per post vilket medför extra fördröjning.

Radiologi

Tillgängligheten till radiologiska undersökningar, DT, MR, DT ledd punktion och mammografi uppges vara en stor flaskhals.

Mammografin på Sahlgrenska Universitetssjukhuset anger ett ökat remissinflöde och långa väntetider på ca 5–6 veckor.

Under sommaren har varken patologer eller radiologer kunnat delta vid MDK och ledtiderna uppges ha blivit längre än någon sommar tidigare.

- **Operationskapacitet**

Samtliga förvaltningarna uppger begränsade operationsutrymmen, operationskapacitet samt brist på endoskopisalar.

- **Brist på sjuksköterskor och läkare inom vissa specialiteter**

Det är svårt att rekrytera sjuksköterskor, läkare inom patologi, lungmedicin, hematologi och det finns en brist på endoskopister.

Beskriv övrigt förbättringsarbete i syfte att korta ledtiderna.

Samtliga förvaltningar och förlopp arbetar kontinuerligt med att korta ledtiderna genom att föra dialog med de verksamheter som de är beroende av i sitt förlopp i syfte att hitta lösningar som gör att patienten snabbare kommer till undersökning och behandling. Några verksamheter har förlagt mottagningar på kvällar och helger och kommer att fortsätta med det året ut, exempel på det är lungcancer och urinblåsecancer.

Det finns ett regionalt samarbete för att hjälpa åt med operationer inom tjock och ändtarm förloppet och de urologiska förloppen.

De flesta förlopp har förbokade tider till DT, PET, strålning, läkemedelsbehandling.

För att förbättra ledtiderna arbetar verksamheten för patologi (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Norra Älvsborgs lasarett (NÄL) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) med nedanstående punkter.

- Anställning av fler patologer och labbpersonal (som även innefattar rekrytering från utlandet)
- Snabbt provflöde inom patologilaboratoriet
- Tal till text
- Digitalisering – diagnostik på bild
- Förbättrad bildkvalitet
- Ändrat flöde på immunlaboratoriet - batchvis

Inom bröstförloppet på Södra Älvsborgs sjukhus har man bytt narkosmedel från Fentanyl till Ultiva vilket gör att patienterna vaknar snabbare och mår bättre, vilket leder till snabbare byte i operationssalen och fler operationer kan göras under samma dag.

På Sahlgrenska universitetssjukhuset har man skapat ett mobilt operationsteam som består av komplett operationssalsbemanning i syfte att korta kötiderna till operation. Se länk nedan om projektet.

<https://sahlgrenskaliniv.se/hostens-kokortningsinsatser-ar-igang/>

RCC väst stödjer regionens utbildning i basal endoskopi för läkare och sjuksköterskor. Utbildningen påbörjades under hösten 2021 och löper vidare under 2022.

Workshiftning mellan radiologer och lungläkare vid utförandet av DT punktioner.

Inom strålbehandlingen har arbetssätten förändrats genom att processen har gjorts papperslös och regiongemensam. Detta har lett till kortare ledtider trots marginellt ökade personalresurser.

Skaraborgs sjukhus har kartlagt de urologiska förloppen och bröstförloppet och arbetar med ständiga förbättringar.

NU-sjukvården har valt att fokusera på de sex största förloppen som står för 75 % av sjukhusets SVF förlopp. Inom några förlopp kommer man att stärka upp med fler sjuksköterskor och läkare.

RCC väst har stöttat arbetet med ”En ännu bättre strålbehandling” vilket har resulterat i förändrade arbetssätt som bland annat förbättrat tillgängligheten.

RCC väst anordnar också utbildning för kontaktsjuksköterskor i cancervården.

Regionens införande av samordningsråden inom olika specialistområden kommer förhoppningsvis leda till ännu mer samarbete mellan förvaltningar genom att kopplingen mellan kunskapsstyrningen och linjen blir tydligare.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2021

Vilket kvalitetssäkringsarbete av SVF data pågår eller är planerat i regionen?

SVF arbetsgruppen träffas regelbundet och följer upp och kvalitetssäkrar SVF data.

Följande punkter följs upp vid varje möte.

- Uppföljning vad som inte rapporteras
- Uppföljning vad som rapporteras sent
- Frågor om registrering
- Utdata i Power BI för uppföljning:
 - Antal avslutade och pågående SVF
 - Delledtider

De s.k. superusers följer sedan upp på respektive förvaltning och stöter på och hjälper de förlopp som ligger efter. Lokala SVF samordnare och superusers anordnar också utbildningar kring kodning och registrering.

Den regionala SVF arbetsgruppen kommer fortsätta att arbeta på detta sätt för att säkra att tre månaders gränsen för inrapporteringen till nationella databasen.

VGR:s utdataverktyg SVF PowerBI kommer fortsätta att utvecklas och rapporten kommer även att inkludera delledtider.

Den regionala SVF arbetsgruppen har haft möte med Region Gävleborg och lärt oss av deras arbete med delledtider i PowerBI och hur de visualiserar data.

Vi har under våren följt 70 målet varannan månad för att se att vi har legat i fas för att klara 70 målet.

Förvaltningarna önskar att RCC väst fortsätter att anordna regionala träffar för SVF koordinators och SVF processledare samt ge fortsatt stöd i arbetet att kunna följa upp delledtider.

5. Handlingsplan för införandet av standardiserade vårdförlopp, myeloproliferativ neoplasi, MPN

I april anordnade RCC väst tillsammans med regional processägare en digital utbildning på två timmar för läkare och SVF koordinators och kontaktsjuksköterskor.

Utbildningen handlade om diagnosen MPN, vårdförloppet samt genomgång av kodvägledningen.

VGR har hittills inkluderat och registrerat 38 patienter och 17 har gått till start av behandling.

SVF PREM enkäter kommer att skickas ut till patienter from nästa år.

VGR upplever inga betydande hinder i införandet av SVF MPN, diagnostiken är relativt enkel och vilar på rutinanalyser av blodprov samt benmärgspunktion.

En utmaning är de ibland långa svarstiderna på JAK2 och V617F.

6. PREM-enkäter

VGR skickar from 2022 ut SVF PREM enkäter efter gjort ett uppehåll under två år.

Regional SVF samordnare och lokala SVF samordnare har haft ett utbildningstillfälle med RCC sydöst, Helena Tufvesson Stiller, nationellt ansvarig för SVF PREM enkäter.

Vi avser att arbeta vidare med resultaten i den regionala SVF arbetsgruppen och på respektive förvaltning i samarbete med verksamheterna. Patient och närståendeföreträdare kommer att bjudas in till möte under hösten för att ha en dialog hur de skulle vilja se att resultaten visualiseras och arbetas med.

7. Särskilda insatser för urologin

Regionalt finns ett samordningsråd inom urologi som under våren 2022 fått uppdraget att förbättra tillgängligheten. Rådet har under våren arbetat med att standardisera indikationer och operationsplanering. Representanter från de olika sjukhusen går igenom aktuell väntelista för operation och mottagning två gånger i månaden och vid behov justeras fördelning av patienterna inom dessa sjukhus i syfte att förkorta ledtider. För att underlätta arbetet har samordningsrådet beslutat att inrätta en regional operationskoordinator i syfte att kontinuerligt bevaka en regional väntelista och samarbeta med de lokala operationskoordinatorerna.

Finansieringen har varit svårt att lösa men förhoppningen är att den kommer att bli löst under hösten.

8. Användning av SVF-medel under 2022

I Västra Götalandsregionen finns ingen redovisningsskyldighet men RCC styrgrupp har kommit överens om 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.

Nedan följer exempel på vad förvaltningarna har använt SVF medlen till:

- Finansiering av SVF koordinatörer, insatser kring registrering samt SVF samordnatjänst
- Förvaltningarna har sett över förloppen och gett stöd till de verksamheter som har saknat resurser eller varit underbemannade ex. SVF koordinatörer, BMA,

- Avsatt medel inom kirurgen på Sahlgrenska med två SVF sjuksköterskor som gör en första remissbedömning beställer kompletterande undersökningar och planerar in patienten på mottagningen
- Finansiering av flaskhalsar inom IVA, operation och onkologi.
- Klinisk kemi, patologen, ökad bemanning, modernare instrumentering som har ökat upp provflödet
- Finansiering av Diagnostiska centrum
- Utbildning för SVF koordinators
- Robotkirurgi och laparoskopiverksamhet
- Finansiering till koloskopiverksamheten för att klara högre volymer och kapa köer.

9. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Det som framkommit tydligaste i dialogen med förvaltningarna och de regionala processägarna är att det behöver göras ett större omtag om SVF.

Följande punkter har kommit fram

- Enkelt åtkomliga jämförande resultat mellan landets sjukhus bör skapas för att tydliggöra hur man lyckas med SVF.
- Urinblåsecancer behöver revideras. Alla enheter i landet har usla resultat i detta stora förlopp och vi måste överväga om målen är realistiska. Ledtidsmålen är satta för att tiden från diagnos till operation, för de 20% som är sjukast, (muskelinvasiv urinblåsecancer). Ledtiderna för dessa patienter är alldeles för långa nationellt men leder till orimligt korta ledtider för de övriga 80%. Kanske bör SVF-urinblåsecancer delas upp i tre separata förlopp och redovisas separat, (sannolikt ytlig urinblåsecancer, muskelinvasiv urinblåsecancer och njurbäckencancer). Frågan behöver adresseras nationellt och en plan för hur vården av muskelinvasiv urinblåsecancer skall optimeras bör utarbetas.
- Översyn av ledtider då de i vissa förlopp är helt orealistiska samt att se över inklusionen så att den inte är för bred.
- Vissa i regionen anser att det behöver ställas högre krav på att nå ledtiderna eller åtminstone visa på att det successivt sker en förbättring
- För klinisk patologi är det önskvärt med en översyn av de undanträngningseffekter som de standardiserade vårdförloppen skapar inom diagnostiken.

- De ökande inflödena i SVF har stor påverkan på övrig verksamhet inom olika specialiteten som gör att det tränger undan andra patientgrupper såsom lungmedicinska patientgrupper
- Kriterierna för när SVF startar bör ses över i samtliga förlopp och anpassas efter vilken risk enskilda symtom och fynd har utifrån primärvårdspopulationen. Forskningsresultat finns, men har inte beaktats vid formulering av kriterier för misstanke och välgrundad misstanke för cancer.

2022-09-29

Dokumentnamn: Redovisning, Arbetet med standardiserade vårdförlopp i Västra Götalandsregionen enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2022

Diarienummer: RS 2022-04482

Beslutad av: Thomas Björk-Eriksson

Kontaktperson: Marie Boëthius

Telefon: 070 082 35 97

E-post: marie.boethius@vgregion.se