



Handlingsplan för arbetet med standardiserade vårdförlopp i cancervården 2018

2018-02-22

1 Beskrivning av arbetet efter redovisning 1 november 2017

Från 2016 till 2017 har antalet utredda enligt standardiserat vårdförlopp, SVF, ökat med 73 procent i Region Kronoberg. Av de som startat behandling har 67 procent gjort det i rätt tid enligt målen i vårdförloppen. 2016 startades behandling i tid för 57 procent. Resultatet för 2017 är mycket gott, särskilt med tanke på den kraftigt ökade volymen. I riket startar 50 procent sin behandling i tid.

Av de som utretts (de som inte uppfyllt kriterierna är inte medräknade) är andelen cancer 44 procent.

1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) **Vad är landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider?**

Erfarenheterna är överlag goda. Det snabba införandet har gjort att det varit svårt att nå följsamhet till alla riktlinjer och rutiner. Nu har arbetssättet satt sig på de flesta enheter, men det krävs även i fortsättningen dialog och information med berörda. Vi kommer under 2018 att fokusera på kvalitet och fortsätta fila på att förbättra flödena i vårdförloppen ytterligare.

RCC syd har tillsammans med landstingen i syd gjort en ”geomapping” där man jämfört hur många standardiserade vårdförlopp som startats per vårdcentral/100 000 listade patienter 2015–2016. I jämförelse med övriga landsting/regioner i syd har vi färre startade standardiserade vårdförlopp per vårdcentral. Vi har inte analyserat det djupare utan inväntar resultatet av ”geomappingen” för 2017.

Vi har löst koordinatorfunktionen lite annorlunda än de övriga i södra regionen. Våra erfarenheter av det är mycket goda (se under 1.3 och 5.1).

Så gott som alla standardiserade vårdförlopp, utom de med små volymer, har obokade tider. De med små volymer använder akuttider. Röntgen har, som beskrivits i tidigare rapporter, haft problem med sitt RIS system. Under 2018 är målet att införa obokade tider även på röntgen.

- b) **Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015–2017 lett till förändringar i upplägget inför 2018? I så fall på vilket sätt?**

Nej.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är 31 december 2017, men ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast 1 februari 2018.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi	0	0				
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	4	6	1			
Analcancer	9	4		2		
Bröstcancer	3	465		1		
Bukspottkörtelcancer	24	17	3	2		
Cancer i galla och gallvägar	3	6	1	2		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	22	20				
CUP – cancer utan känd primärtumör	12	20	2	1		1
Hjärntumörer	3	5	2	1		
Hudmelanom	55	58		3		
Huvud- och halscancer	78	86	14	11		
Kronisk lymfatisk leukemi	8	1				
Levercancer	8	10	4	1		
Livmoderhalscancer (cervix)		27		4		
Livmoderkroppscancer (endometrie)		39		5		
Lungcancer	104	86	15	15	1	1
Lymfom	44	29				
Matstrupe- och magsäckscancer	36	19	2	3	5	
Myelom	24	19				
Njuncancer	13	9	1	1		
Peniscancer	6				1	

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Prostatacancer	476				23	
Skelett- och mjukdelssarkom	1		5	5		
Sköldkörtelcancer		2	1	7		
Testikelcancer	14					
Tjock- och ändtarmscancer	366	374	6	5	14	8
Urinblåse- och urinvägscancer	315	242				
Äggstockscancer		41		23		

1.3 Överföring av information

a) Hur fungerar systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget?

Vi följer riktlinjerna i den nationella kodningsvägledningen. Det fungerar bra i de flesta förlopp. I vårdförloppet malignt melanom har vi svårt att fånga alla personer som undersöks men som inte får en cancerdiagnos. Processteamet arbetar med att hitta lösningar.

b) Hur säkerställer landstinget i nuläget en effektiv kvalitetssäkring av data till den nationella väntetidsdatabasen?

Vi har tre vårdförloppskoordinatorer i Region kronoberg som kontrollerar all data via Business objects och manuellt innan det levereras till den nationella databasen. Dessa tre håller i all kodning utom start av standardiserat vårdförlopp. Koordinatorerna har möte varje månad med analysavdelning för att titta på data, utvärdera, förbättra och kvalitetssäkra. Vi har tagit fram en anteckningsmall i vårt journalsystem (Cambio Cosmic) där all information om vårdförloppen är samlad på ett ställe. Nu pågår tester i några förlopp som sedan ska utvärderas. Om den fungerar som vi hoppas ska den införas i hela Region Kronoberg. Anteckningsmallen kommer att möjliggöra automatisk överföring till den nationella databasen.

c) Hur har landstinget löst frågor om att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?

Vi följer de nationella riktlinjerna, har dialog med berörda landsting i syd och har ett gemensamt tillgänglighetsnätverk som träffas regelbundet. Till nästa möte är regionens cancersamordnare och ”superkodare” inbjudna för dialog kring gemensamma spörsmål. Frågan tas också upp på diagnosspecifika regionala processmöten.

2 Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har blivit fastställda för införande under 2018: buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer.

2.1 Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för 2018 ut, för respektive SVF? Ange när koordinatorfunktion och obokade tider ska finnas på plats, samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF. Beskriv även hur landstinget avser att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.

Vi kommer att införa de tre nya standardiserade vårdförloppen enligt de nationella riktlinjerna med start 1 april 2018. Det sker i samverkan med de andra landstingen inom södra regionen. Införandet sker på samma sätt som för tidigare införda standardiserade vårdförlopp. Lokal processledare är utsedd för vulvacancer och buksarkom. För neuroendokrina buktumörer har en kontaktperson blivit utsedd för kontakt med den regionala processledaren från RCC syd.

Koordinatorfunktioner är redan på plats. Information om de nya standardiserade vårdförloppen kommer att spridas via olika kanaler till berörda inom slutenvården och även finnas på vårdgivarwebben.

2.2 Utmaningar och konsekvenser

Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?

Vi ser inga särskilda utmaningar jämfört med tidigare införda standardiserade vårdförlopp.

3 Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngnings-effekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2018 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.

Sedan flera år tillbaka följer Region Kronoberg väntetider för besök till berörda enheter och där har vi inte sett några förändringar. Undanträngning är svårt att mäta i relation till olika patientgrupper eftersom det är en medicinsk prioriteringsfråga och det är svårt att urskilja om eventuellt ökade väntetider beror på införandet av SVF eller har andra orsaker. Detta har beskrivits i tidigare handlingsplaner och redovisningar kopplat till Socialstyrelsens definition där undanträngning beskrivs som ”när patienter med lägre prioritet ges vård före patienter med högre prioritet”. Långa väntetider i Region Kronoberg hör samman med brist på resurser inom flera kompetensområden.

För vissa undersökningar har volymerna ökat vid införandet av standardiserade vårdförlopp, det gäller till exempel DT urografi och skopier.

Vi ser risker för personer som ingår i uppföljningsprogram efter avslutad cancerbehandling, cancerrecidiv, samt att personer med andra diagnoser kan få vänta längre då fokus är att hålla ledtiderna för de som utreds enligt standardiserat vårdförlopp. Vad som är högre och lägre medicinskt prioriterat i detta sammanhang är inte tydligt.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Cancerrecidiv	Alla landsting/regioner i syd har varit eniga om att recidiven bör ingå i standardiserade vårdförlopp, men nationellt har man sagt nej.
Patologen och röntgen får en del remisser felaktigt märkta med prioritet standardiserat vårdförlopp, vilket riskerar att lägre prioriterade undersökningar går före.	Information till in remitterande vad det innebär om man ”missbrukar” standardiserat vårdförlopps-prioriteten. Vi ser över möjligheten att göra remisserna tydligare.
Vid införandet av standardiserade vårdförlopp ökade antalet skopier på grund av att in-kriterierna i vissa förlopp gör att fler personer undersöks nu än tidigare. Framförallt när det gäller koloskopi och cystoskopi. Detta utan att resurser har ökat i motsvarande grad.	Kirurgen stämmer av väntelistorna för dessa undersökningar varje månad och gör sitt bästa för att hålla en rimlig tillgänglighet även för de patienter som inte utreds enligt standardiserat vårdförlopp.

3.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram genom stöd i tidigare överenskommelser. I samarbete med Inera och 1177.se har en elektronisk nationell vårdplan utvecklat under 2016 och 2017. Den finns tillgänglig i databasen ”Stöd och behandling”. Pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomfördes och utvärderades under 2017. Under 2018 ska den färdigställas och därefter ska den börja införas i landstingen.

Hur tänker landstingen arbeta med Min vårdplan som stöd för SVF-processen?

I Region Kronoberg saknas en gemensam vårdplan som alla använder. I stället har de olika processteamerna tagit fram sina egna varianter med utgångspunkt från den nationella generiska mallen från RCC i samverkan. I regionen pågår ett arbete med en gemensam vårdplan i vårt journalsystem. Den är tänkt att användas av alla oavsett diagnos. Fördelen med det är att man inte behöver ha en vårdplan för varje åkomma då många med cancer även har andra diagnoser.

Den elektroniska Min vårdplan är inte kopplad till journalsystemet. Det innebär dubbeldokumentation och risk för fel då olika information finns i journal och vårdplan. I utvärderingen av piloten framkommer också andra brister som gör att vi inte kommer att införa den i Region Kronoberg under 2018. Vi ser det som allra viktigast att patienten har en vårdplan. Det vore bra om den var nationell, gemensam och fanns i Mina vårdkontakter men då måste den fungera bättre än vad den gjort i piloten.

I PREM-enkäten i Region Kronoberg svarar 79 procent av dem som fått en cancerdiagnos att de helt eller delvis fått en vårdplan under sin utredning. PREM-enkäten ger inte svar på vad som händer efter att en person startat sin behandling, men här torde siffran vara ännu högre.

3.3 Definition av välgrundad misstanke

Har landstinget erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.

Standardiserat vårdförlopp hjärntumör. Personer med nytillkomna neurologiska bortfall och förstagångskramper triageras till akutmottagningen på andra grunder än misstänkt hjärntumör. Där genomgår de en basal utredning akut. Majoriteten av dessa patienter har inte en hjärntumör. Man kan förvisso i teorin hävda att vi i dessa fall startat och avslutat ett SVF inom loppet av någon timme. Men att registrera och rapportera detta är inte till någon nytta för patienten och en alltför stor administrativ börda. Om den basala utredningen visar misstanke på hjärntumör startas givetvis det standardiserade vårdförloppet.

4 Information och förankring

4.1 Patienter och närstående

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av SVF även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bland annat bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

a) **Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?**

Patientrepresentanter från vår Styrgrupp cancer har tagit del av handlingsplanen och har lämnat synpunkter och kommentarer.

b) **Hur avser landstinget att fortsätta involvera patient- och närstående representanter i arbetet med SVF?**

I styrgrupp cancer ingår två patientrepresentanter. Regionens cancersamordnare har regelbundet möten och kontakt med ett patient- och närståenderåd för information och dialog. Där ingår både personer som är medlemmar i en patientorganisation och de som inte är organiserade. Flera av de diagnosspecifika processteamerna har egna patientrepresentanter.

4.2 Vårdens medarbetare

Hur säkerställer landstinget att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp?

Information sprids på flera sätt via olika slags möten, via linjen, lokala patientprocessledare, kontaktsjuksköterskor samt medicinsk service. Information finns på Region Kronobergs vårdgivarwebb.

<http://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/cancervard/standardiserade-vardforlopp-svf-cancer/>

Regionen har en cancersamordnare som är bärare och spridare av information.

5 Uppföljning

- a) **Hur säkerställer landstinget följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? Till exempel att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.**

All information om standardiserade vårdförlopp dokumenteras i vårt journalsystem som är gemensamt för hela Region Kronoberg, även för de privata vårdgivarna inom vårdvalet. Vi har valt att ha tre vårdförloppskoordinatorer som arbetar med samtliga standardiserade vårdförlopp. De har utarbetat riktlinjer för hur det ska registreras i journalen. De ansvarar för att rätt koder och datum sätts. Det är medicinska sekreterare på respektive klinik som sätter startkoden för standardiserat vårdförlopp, sedan fångas de upp av vårdförloppskoordinatorerna som fortsätter följa och koda till avslut och kvalitetssäkrar all data innan inrapportering till Signe. Det har varit en framgångsfaktor att få personer är involverade och att de har expertkunskap och överblick över samtliga förlopp. Vårdförloppskoordinatorerna är tillgängliga på telefon kontorstid måndag–fredag för att svara på frågor från till exempel primärvården.

Inom södra regionen samarbetar vi i olika forum för att utbyta erfarenheter, diskutera svårigheter och lösningar så att vi registrerar på samma sätt.

- b) **Hur säkerställer landstinget att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?**

Se svar 5 a.

- c) **Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i det fortsatta arbetet med de införda standardiserade vårdförloppen?**

Resultaten redovisas på ledningsnivå och på processnivå. Framförallt är det på processnivå man arbetar med att vidareutveckla vårdförloppen. Hur det arbetet ser ut är olika i olika förlopp.

5.1 PREM-enkäten

Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av den PREM-enkät som ska användas för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017?

Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?

Vi har bara fått PREM-resultat för första kvartalet 2017, eftersom företaget som skickade ut enkäterna gick i konkurs. Utskick för resterande del av 2017 skickades ut i början av 2018. Resultatet kan påverkas av att enkäten kommer så lång tid efter att en person utretts enligt standardiserat vårdförlopp. Resultatets betydelse är därför begränsad. För att komma till nytta i förbättringsarbetet måste resultaten kunna redovisas på processnivå även i förlopp med få patienter och man måste kunna slå ihop resultat från olika år.

De resultat som finns visar att patienterna överlag är nöjda. De som fått en cancerdiagnos är mer nöjda än de som inte fått en cancerdiagnos. Det är en viktig aspekt att titta på nationellt hur införandet av standardiserade vårdförlopp påverkar de som har symtom som visade sig inte vara cancer. Vi inväntar kommande resultat och kommer att skicka ut PREM-enkäten även för de nya förlopp som införs 2018. Eftersom det är små förlopp kommer vi inte att kunna få resultat på processnivå.

6 Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 Fortsatt arbete

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter.

Hur arbetar landstinget med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Inom hälso- och sjukvården i Region Kronoberg kommer standardiserade vårdförlopp att stödjas av en tydligare processuppföljning för en god kvalitet inom varje vårdförlopp. Förbättringsområden som identifieras vid uppföljningar kommer att hanteras av styrgrupp för cancervården. De kommer att säkerställa nivåstruktureringen för bästa kvalitet, ledtider, samt kompetensförsörjning inom cancerområdet.

6.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF (se [beräkningsunderlag](#)) och att 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

Beräkningsunderlaget är undermåligt då antalet cancerfall är beräknat utifrån antalet tumörer och inte antalet personer med ny diagnosticerad cancer. I region Kronoberg betyder det att vi enligt underlaget ska inkludera fler i vårdförloppet bröstcancer än vad vi har nya bröstcancerfall. Det är också otydligt med hur personer som får behandling i annat landsting ska redovisas.

a) Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende till exempel infrastrukturessatser och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020?

Standardiserade vårdförlopp är väl implementerat i Region Kronoberg och i vissa förlopp når vi redan upp till de utsatta målen. I övrigt är kompetensförsörjning en nyckelfråga och där pågår ett intensivt arbete i regionen med att rekrytera och behålla medarbetare inom flera kompetensområden.

b) För vilka diagnoser bedömer landstinget att det kommer att krävas störst insatser för att uppnå 2020-målet?

De förlopp som är nivåstrukturerade till annat landsting (SuS i vårt fall) har haft orimligt långa väntetider till operation. När beslut om nivåstrukturering tas behöver man ta hänsyn till fler aspekter än enbart antal operationer. Verkliga resultat och fördjupad analys bör ligga till grund innan beslut om nivåstrukturering fattas. Omfördelning av andra diagnoser för att göra plats för de nivåstrukturerade är ytterligare en sak som bör finnas med. Vilken nytta gör nivåstrukturering för patienterna om det inte finns tillgänglig kapacitet på mottagande kliniker? Annars är förutsättningarna i region Kronoberg goda för att vi ska uppnå 2020-målet.

c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

Dialog med berört landsting pågår.

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom

- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägs-cancer
- Äggstockscancer

Standardiserade vårdförlopp som ska införas 2018

- Buksarkom, inklusive GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inklusive binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på:

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>