

**HANDLINGSPLAN –
för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt
överenskommelsen mellan regeringen och SKL
om kortare väntetider i cancervården 2018**

Landstinget i Kalmar län

Inledning

Detta är en mall för landstingens handlingsplaner för införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en handlingsplan enligt denna mall.

RCC i samverkan kommer också att ta fram den mall som ska användas för redovisningen som ska vara Regeringskansliet tillhanda senast den 1 november 2018.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Krav i överenskommelsen 2018

För att få ta del av vårens medel (195 mkr) ska landstingen senast den 15 mars 2018:

- tillsammans med RCC ta fram en handlingsplan enligt denna mall. Respektive landsting ansvarar för att den egna handlingsplanen tas fram.
- involvera patientföreträdare vid framtagandet av handlingsplanen
- genom RCC lämna in handlingsplanen till Socialdepartementet.

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen också senast den 1 november 2018 lämna in en redovisning enligt kommande mall baserad på överenskommelsen 2018.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

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?*

Landstinget i Kalmar läns (LKL) erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i samtliga av landstingets verksamheter är goda. Införandet har i princip gjorts på samma sätt sedan starten 2015 och visat sig vara ett hållbart sätt att implementera Standardiserat vårdförlopp (SVF) på. Slutenvården (SV), primärvården (PV) samt IT-förvaltningen har samverkat i samtliga SVF för att det ska vara ett tydligt flöde med säkra övergångar. Goda erfarenheter finns också när det gäller koordinatorfunktion samt obokade tider i slutenvården och har gjorts på samma sätt under hela projektiden.

I landstingets projektorganisation för SVF finns en projektgrupp Primärvård under ledning av verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF.

Projektgrupp Primärvård är en tvärprofessionell införandegrupp med representanter från såväl offentlig som privat verksamhet samt hälsovetenskapen (som hanterar vårdval i primärvården). I gruppen finns verksamhetschefer som har läkar- eller sjuksköterskekompetens samt administratörer. Den breda representationen säkerställer alla parter delaktighet. Särskilda flödesscheman och flödeskartläggningar har genomförts inom respektive vårdförlopp och förankring med slutenvårdens rutiner för att säkerställa övergångar har gjorts. De flödesscheman som tagits fram ger ett bra stöd för vilka symtom som ska uppmärksammas och vilka patienter som ska remitteras vidare för standardiserad utredning och finns lättillgängliga på vårt intranät. Det har också varit ett aktivt deltagande från gruppen i remissbyggandet för SVF. I projektorganisationen för SVF finns tre projektgrupper Slutenvård, en för varje sjukhus i länet. Dessa projektgrupper leds av verksamhetsutvecklare som ingår i projektledningsgruppen för SVF, grupperna är tvärprofessionellt sammansatta. I projektorganisationen för SVF finns en projektgrupp för Välgrundad misstanke (VGM). Denna grupp är inriktad på arbete med standardiserade remissmallar, dokumentation samt utdata. Projektgruppen/VGM leds av processledare/cancer som också ingår i projektledningsgruppen för SVF. Gruppen är sammansatt med representanter från slutenvården, primärvården samt IT vårdsystem och utdata. Denna grupp har fungerat som support till övriga grupper vad gäller byggande av remissmallar, canceröversikt och för framtagande av utdatarapporter. Sydöstra sjukvårdsregionen (SÖR) har gemensamt arbetat fram en standardiserad remissmall för överflyttning mellan landsting/region. *Koordinatorfunktion* finns i linjeorganisationen vid startdatum för införandet av de specifika vårdförloppen. I syfte att säkra koordinatorfunktionen delar flera medarbetare på berörda kliniker den funktionen. Under uppstartsfasen för SVF 2015-2017 har stimulansmedel använts för projektanställning av koordinator inom kirurgi, medicin samt onkologi.

Funktionsbeskrivning för koordinator finns. *Obokade tider* finns avsatta för utredning och behandling enligt SVF i respektive verksamhets tidbok vid startdatum för införandet av de specifika vårdförloppen. Det tekniska arbetet supporteras med hjälp av projektgruppen för välgrundad misstanke. Rutin för bokning av SVF-patienter samt utnyttjande av tiderna för andra patienter då SVF-patient inte bokats har upprättats på verksamhetsnivå. Under hösten 2017 har processledare för palliativ vård i SÖR besökt primärvården i regionen för att kartlägga hur de uppfattat implementeringen av SVF. Tydligt i rapporten är att generationsfrågan har haft stor betydelse för upplevelsen av SVF. Den erfarna allmänläkaren är mest kritisk då denna vill utreda och "hålla i sina egna patienter", man vill inte bli tillrättvisad av ett system och upplevelsen är att "man inte får tänka själv". De mindre erfarna läkarna tycker att SVF är positivt och att det ger dem verktyg att komma in i arbetet, att man kan följa ett standardflöde och att det ger trygghet. Detta har bl.a. lett till dialog kollegor emellan där man frågar varandra om råd och hjälp. Utdatarapporter är framtagna ner

på läkarnivå i PV för att verksamhetschefer ska kunna följa remitteringsflödet, engagerade chefer verkar ha stor påverkan och ökar antalet SVF-remisser. Data för LKL visar att 53 % av de som inkluderats i SVF kommer på standardiserad remiss från PV.

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

LKL's erfarenheter av införandet av standardiserat vårdförlopp i samtliga av landstingets verksamheter är goda. Därav har införandet i princip gjorts på samma sätt sedan starten 2015 då det visat sig vara ett hållbart och numera känt sätt att implementera SVF på. Slutenvården, primärvården samt IT-förvaltningen har samverkat genom att tvärprofessionella grupper mötts i samtliga SVF för att det ska finnas ett tydligt flöde med säkra övergångar för våra gemensamma patienter. Den modellen som tillämpats har krävt nära samarbete för hela patientförloppet och det känns viktigt att beakta inför det framtida arbetet med uppdatering/förändring av eller kommunikation runt nationella SVF-beskrivningar, eftersom förändringar kan påverka konfigurerade remissmallar, framtagna dokumentationsmallar, utdatarapporter/-exporter och anpassning av flödesscheman etc. En specifik överflyttningsremiss för SVF-patienter mellan slutenvårdsenheter i LKL har tagits fram och i bruk under 2017/2018.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är den 31 december 2017 och ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast den 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	12	13	3	2	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	*	*	*	*	*	*
Analancer	5	6	1	0	0	0
Bröstcancer	24	523	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	33	39	8	8	0	0

Cancer i galla och gallvägar	2	9	4	6	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	5	3	0	1	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	25	27	0	1	0	0
Hjärntumörer	20	17	1	0	0	0
Hudmelanom	139	169	3	3	0	0
Huvud- och halscancer	100	94	51	21	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	62	62	0	0	0	0
Levercancer	14	9	4	4	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	5	0	7	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	26	0	8	0	0
Lungcancer	142	143	9	11	0	0
Lymfom	**	**	**	**	**	**
Matstrupe- och magsäckscancer	115	92	14	6	0	0
Myelom	21	22	0	0	0	0
Njurcancer	18	10	1	2	0	0
Peniscancer	4	0	2	0	0	0
Prostatacancer	864	0	47	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	0	0	0	1	0	0
Sköldkörtelcancer	2	2	0	0	0	0
Testikelcancer	15	0	1	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	486	545	4	1	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	458	404		0	0	0

Äggstockscancer	0	34	0	20	0	0
-----------------	---	----	---	----	---	---

*Inkluderade i siffrorna för ALL i enlighet med vårdförloppet

**KLL och Maligna Lymfom sammanslagna hos oss. Kommer att vara separerade i och med 2018:s siffor

1.3 Överföring av information

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

I LKL har vi valt att dokumentation av samtliga SVF görs i canceröversikten, en speciellt framtagen mall i vårt journalsystem Cosmic. Denna bygger på fasta val där KVÅ-kodningen sker i datalagret/BI-lösningen utifrån valen som görs i journalsystemet. Modellen gör att vi kan ta fram data som ska skickas in till SIGNE men också följa parametrar som verksamheterna finner intressanta.

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

Data visas i LKL i en sammanställd verksamhetsrapport med schemalagt utskick till respektive verksamhet 1 gång/månad från och med februari 2018. Rapporten är baserad på data från den interna rapporteringen i canceröversikten och utdataportalen Business objects (BO).

I samband med utskicket efterfrågas återkoppling till projektledare/SVF på de siffor som presenterats. Denna modell gör att enskild verksamhet blir uppmanad att titta på vilken data som presenteras och det har bl a. lett till att felregistrering identifierats inom den egna verksamheten och i regionen men även i samband med överflytt/export av data till den nationella databasen. I sydöstra sjukvårdsregionen arbetar vi tillsammans för att kvalitetssäkra data. Vi jämför oss kontinuerligt och har via webben för RCC i samverkan även tillgång till nationell jämförelse. Under mars månad 2018 har LKL för avsikt att göra en "initial load" av data till SIGNE, för 2017 års siffror, detta kräver att vi fått igång våra automatiserade inskick, vilket det arbetas intensivt med. Anledningen till att göra ett nytt inskick av data är att vi upplever att vi har betydligt fler uppstartade/avslutade SVF än vad vi ser i SIGNE. Detta tror vi beror på att registrering av data har gjorts efter det att månadsinskick gjorts till SIGNE och då kommer den datan inte med.

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

En remissmall för överflyttning mellan landsting/region som stöd för verksamheter för att få med obligatoriska uppgifter har utvecklats gemensamt inom Sydöstra sjukvårdsregionen och togs i bruk under 2017. Denna skrivs i Cosmic men dras sedan ut på papper och skickas per post i väntan på e-remiss. I canceröversikten anges dessutom att patienten överflyttats till annat landsting, vilket landsting det är och datum för det. En svarsmall är också utarbetad och överenskommen i SÖR. I dagsläget görs en manuell uppföljning mellan LKL och det landsting/region som överflyttning har skett till för att säkra att patienterna rapporteras in. Som tidigare tycker vi att det skulle vara bättre att vi rapporterar in "landstingets egna patienter" till SIGNE.

2. Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har fastställts för införande under 2018: buksarkom neuroendokrina buktumörer och vulvacancer.

2.1 Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för år 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?

Införandedatum för de tre sista SVF, buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer, är satt till den 15 Mars 2018. Datumet är överenskommet i sydöstra sjukvårdsregionen.

Koordinatorfunktion ska finnas i linjeorganisationen vid startdatum för införandet av det specifika vårdförloppet. I syfte att säkra koordinatorfunktionen delar flera medarbetare på berörda kliniker den funktionen. Funktionsbeskrivning för koordinator finns.

Obokade tider ska finnas avsatta för utredning och behandling enligt SVF i respektive verksamhets tidbok vid startdatum för införandet av det specifika vårdförloppet. Det tekniska arbetet supporteras med hjälp av projektgruppen för välgrundad misstanke. Rutin för bokning av SVF-patienter samt utnyttjande av tiderna för andra patienter då SVF-patient ej bokats ska upprättas på verksamhetsnivå.

Beskriv även hur landstinget avser att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.

SVF-arbetet i landstinget har pågått sedan 2015 och i verksamheterna är detta arbete väl känt.

I detta, sista, införande kommer vi att gå tillväga på samma sätt som vid tidigare införanden.

I landstingets projektorganisation för SVF finns en projektgrupp Primärvård under ledning av verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF.

Projektgrupp Primärvård är en tvärprofessionell införandegrupp med representanter från såväl offentlig som privat verksamhet samt hälsovalsenheten (som hanterar vårdval i primärvården).

I gruppen finns verksamhetschefer som har läkar- eller sjuksköterskekompetens samt

administratörer. Den breda representationen säkerställer alla parter delaktighet. Särskilda

flödesschema och flödeskartläggningar genomförs för respektive vårdförlopp, förankring med

slutenvårdens rutiner för att säkerställa övergångar görs vid gemensamma möten SV/PV. Det sker

också ett aktivt deltagande från gruppen i remissbyggandet för SVF. I projektorganisationen för SVF

finns tre projektgrupper Slutenvård då vi har tre sjukhus i länet. Dessa projektgrupper leds av

verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF, grupperna är

tvärprofessionellt sammansatta. Flödeskartläggning av alla diagnoser som ska införas gällande SVF

samt förankring med primärvårdens rutiner för att säkerställa övergångarna görs vid gemensamma

möten SV/PV. Det sker också ett aktivt deltagande från grupperna i remissbyggandet för SVF.

I projektorganisationen för SVF finns också en projektgrupp för Välgrundad misstanke. Denna grupp

är inriktad på arbete med remissmallar, dokumentation samt utdata. Projektgruppen leds av

processledare/cancer som också ingår i projektledningsgruppen för SVF. Gruppen är sammansatt

med representanter från slutenvården, primärvården samt IT vårdsystem och utdata. Denna grupp

har fungerat som support till övriga grupper vad gäller byggande av remissmallar, canceröversikt och

för kommande utdatarapporter. Vi har och kommer att arrangera separata mötestillfällen inom

sjukvårdsregionen då flera vårdförlopp kan innefatta att patienten behöver överföras mellan

huvudmännen. Detta för att säkerställa samsyn och tydlighet kring ansvaret för de olika delarna i

vårdförloppen. I samband med införande kommuniceras det förutom i linjeorganisationen i kanaler som "IT's nyhetsbrev" och på vårt intranät.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

Det kommer att krävas fortsatt utvecklingsarbete för att nå de mål som är satta för SVF men också för att vidmakthålla de intentioner vi har för den framtida cancervården. Det kommer att krävas uthållighet och tydlig styrning för att nå dit vi vill komma. Utmaningen att nå uppsatta målvärden avseende tid till första behandling utan undanträngningseffekter är en av våra största utmaningar.

Använd gärna tabellen:

Utmaning	Planerad åtgärd
Fortsatt fler diagnoser som konkurrerar om snabba undersökningar och svar. En ökad press på stödkliniker som radiologi och patologi att leverera på kort tid	Respektive verksamhet följer produktionsdata och vidtar nödvändiga åtgärder
Följsamhet till de standardiserade vårdförloppen, att inte falla tillbaka till tidigare arbets sätt efter projekttidens slut	Fortlöpande information och påminnelse i verksamheterna, god planering för tiden efter projektet
Många av SVF-diagnoserna är sällan förekommande för varje vårdgivare. Det är en utmaning att ständigt hålla sig uppdaterad och agera på rätt sätt vid varje tillfälle	Upprepad och uppdaterad information vid möten och mejl etc.
Hålla ledtiderna till kirurgi och onkologiska behandlingar	Fortsatt intensivt utvecklingsarbete och planering
Ökat antal MDK	Fortsatt arbete med struktur och tydliga riktlinjer för att öka effektiviteten, lokalt, regionalt och nationellt
Ökande efterfrågan på begärd närvaro samt tillgång till lokaler för MDK när de ökar i antal	Avgörande hur dessa planeras så att närvaro av olika kompetenser och åtkomst till lokaler möjliggörs
Registrering av SVF. Den administrativa delen upplevs många gånger ta överhand över patientnyttan då det är mycket detaljer och ibland otydigheter gällande registreringen av SVF. Det upplevs inte som att alla delar som registreras har betydelse för patientens omhändertagande	Tydlig fördelning av registreringsarbetet för olika personalkategorier samt information om varför registrering och dokumentation krävs. Av största vikt att SKL är medvetna om problemet.
Digitalt stöd, det tar tid att ta fram lösningar som ska gälla både lokalt, regionalt samt nationellt. Att internt följa upp ledtiderna i detalj	Fortsatt arbete med IT-frågor, e-remiss, NPÖ, dokumentation, utdata
Säkerställa att vi mäter ledtider etc på ett standardiserat sätt lokalt, regionalt men också nationellt	Fortsatt samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen för gemensamma rutiner.
Överlämning mellan region/landsting	Fortsatt samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen för gemensamma rutiner men också med andra sjukvårdsregioner
Utredning och behandling i annat landsting/region, säkerställa att patienternas ledtider blir rapporterade med rätt data och i rätt tid till den nationella databasen SIGNE	Fortsatt samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen för gemensamma rutiner. Upprätta samarbete med andra sjukvårdsregioner
Säkerställa rutiner för kvalitetssäkring vid överlämnandet till förvaltning	Planering inför överlämnande

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/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.

Eventuella undanträngningseffekter är svåra att med säkerhet identifiera. Vi ser dock en betydlig ökning av coloskopier i SVF/tjock-och ändtarmscancer och datortomografiundersökningar i flera förlopp vilket på sikt skulle kunna skapa undanträngningar. PET-CT förekommer i större utsträckning och här är vi beroende av att våra vårdgrannar kan leverera undersökningar i tid. I en del SVF anses kriterierna vara för vida då andra SVF-diagnoser konkurrerar om samma tider. Kriterierna bör ses över i de olika förloppens medicinska expertgrupper innan ytterligare förändringar i verksamheterna blir aktuella. Vi kommer att följa vår produktion och kapacitet över tid. Vi kommer även att följa våra resultat både vad gäller LED- tider och medicinsk kvalitet för att identifiera eventuella undanträngningseffekter i verksamheten. Eftersom SVF ändrar många av våra arbetssätt så löser sig sannolikt en del genom att där det uppstår "nya arbetsuppgifter försvinner andra". I något SVF görs ex. endoskopi istället för radiologisk undersökning, i andra SVF radiologisk undersökning istället för någon annan undersökning. Under 2015 och 2016 vidtogs köförtkortande åtgärder inom radiologi, för att bereda plats för SVF-patienterna. Svarstiderna för patologi i LKL ligger på en bra nivå och följs kontinuerligt. SVF-remisser till patologen prioriteras som akuta, det kan ge en undanträngningseffekt på kort sikt men hur påverkan är på lång sikt kan vi inte svara på i dagsläget. Operationsfallen bör inte bli fler för att SVF införts, det är samma antal patienter som opereras nu som tidigare. Det är varje verksamhets ansvar att följa undanträngningseffekter och vidta åtgärder för det. På Länssjukhuset i Kalmar har vi en forskare som undersöker "Undanträngningseffekter kopplat till SVF", avhandling beräknas klar hösten 2018. I ett första steg har uppföljning gjorts gällande radiologi, patologi och cytologi samt urologiska operationer. Hittills har undanträngningseffekt kopplat till SVF inte kunnat påvisas inom något av dessa områden. Det är dock för tidigt att dra slutsatser av det och vi följer forskningen med stort intresse.

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 under 2016 och 2017 en elektronisk nationell vårdplan utvecklats, vilken ligger på databasen Stöd och behandling. Under 2017 har pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomförts och utvärderats. Under 2018 ska den elektroniska nationella vårdplanen färdigställas och ett implementeringsarbete ska inledas i landstingen.

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

Sydöstra sjukvårdsregionen med stöd av RCC planerar att ta fram en regional handlingsplan för ett första införande/pilot 2 under 2018. Utvärdering av pilot 1 har gjorts via 1177 och utifrån de erfarenheterna har en kravställan för vidare arbete och utveckling gjorts. Implementering kommer under 2018 att ske i ett flertal landsting. Beslut om införande under 2018 kommer att fattas av RCC i samverkan och därefter kommer verksamheterna informeras och en lokal plan per landsting/region

för införande tas fram. Den planen kommer LKL att hålla sig till. I väntan på "min vårdplan" fortsätter LKL att skriva vårdplan för utredning och behandling i Cosmic där det sedan tidigare finns en mall för det.

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 för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.

Det är många SVF som har snarlika kriterier och det är ibland svårt för remittent att avgöra vilket förlopp som ska väljas, ex.

SVF-Gallblåse-och gallvägscancer och bukspottkörtelcancer bör slås ihop liksom **SVF-tjock-och ändtarmscancer och analcancer.**

SVF-Bröstcancer, vi har sett att det skulle ha underlättat om mammografin varit en filterfunktion då vi inte har någon bröstmottagning. Detta skulle göra att onödig administration uteblir. Som det är idag ska en SVF-remiss gå till kirurgmottagningen samtidigt med en remiss till mammografienheten. För de patienter som har ett negativt fynd på mammografin avslutar kirurgens koordinator SVF utan att patienten har varit på kirurgmottagningen. Vi anser att administrativ hantering som inte skapar något faktiskt värde, bara för att kunna föra statistik över hur många remisser som leder till diagnos eller ej, inte är bra.

SVF-Huvud- och halscancer, har för vida kriterier i några avseenden.

SVF-Prostatacancer, PSA- test 2 borttagen innan VGM men tillagd i undersökningsblock A, här säger verksamheten att det blir för tätt mellan provtagningarna.

Gränsvärdena gäller nu alla män, även utan symtom, och PSA över 10 är borttaget i den nya skrivningen, detta ger oro över att vi får ett stort antal SVF-remisser som egentligen inte hade behövt skrivas.

Reaktioner finns på att **göra SVF av "cancerdiagnoser med mycket få fall"** som neuroendokrina buktumörer eller diagnoser som sällan upptäcks i primärvården utan vid operation, ex gynekologiska sarkom. Onkologisk verksamhet önskar en större delaktighet i arbetet med att **revidera vårdförloppen.**

4. Information och förankring

4.1 Patienter och närstående

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

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

Handlingsplanen är som tidigare utarbetad tillsammans med projektledningsgruppen och i detta fall avstämd med patientföreträdare. Patienter och närståendes kunskaper, erfarenheter och synpunkter tas tillvara i utvecklingen av en hälso- och sjukvård som fokuserar på kvalitet som ökar värdet för patienten i LKL. Sedan starten av SVF 2015 har patientföreträdaren varit en del av projektledningsgruppen men av personliga skäl har vi inför detta verksamhetsår rekryterat en ny patientföreträdare. En del av PREM-enkätens fritextsvar har också använts som underlag i arbetet.

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

LKL kommer att arbeta för fortsatt patient-och närståendedeltagande i och med planeringen av SVF framåt. Patientföreträdare finns med i regionalt vårdprocessarbete/RCC och i arbetet med nivåstrukturer. Lokala projektledare har presenterat arbetet med SVF för företrädare i patient-och närståenderådet vilket ledde till diskussioner kring vårdförlopp och funktioner inom SVF. Rådet tyckte att det var värdefullt. Patientrådet får även löpande uppdateringar gällande PREM samt övergripande SVF-frågor via representation i regionala ledningsgruppen.

4.2 Vårdens medarbetare

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

I LKL's projektorganisation för SVF finns projektgrupper för primärvård och slutenvård under ledning av verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF. Inför pilotinförandet av SVF producerades en film för att förtydliga arbetssättet, den har reviderats och är fortfarande aktuell samt uppskattas av chefer och medarbetare i primärvården. Det finns bildspel som ständigt uppdateras. Flödesscheman, kortversioner, dikteringsmallar och informationsblad finns för respektive vårdförlopp. En sticka att fästa på datorn med samtliga införda SVF har tagits fram efter önskemål från verksamheten. Detta finns samlat på landstingets intranät och är tillgängligt för samtliga vårdgivare. Spridning av information sker via mejl, olika möten och platsbesök. Det är av största betydelse att informationen upprepas vid flera tillfällen. Det yttersta ansvaret för att informationen når ut till samtliga medarbetare har verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare på vårdenheterna. Erbjudande har gått ut till samtliga chefer i PV att delar av projektledningsgruppen återigen önskar komma för att informera om SVF på personalmöten under våren 2018. För slutenvården kommer informationsmöten kring registrering och utdata att hållas under april månad på länets tre sjukhus. Mötestiden kommer att fördelas i en informationsdel gällande utdata och statistiken som finns och en praktisk registreringsdel med möjlighet att ställa frågor. Detta är en del i valideringsarbetet gällande registrering/utdata. I arbetet med SVF framåt är en viktig fråga hur kontaktvägarna för SVF ska säkras? Vart kommer uppdateringar av vårdförloppen att skickas? Vem tar emot dem? Hur ska det skickas vidare och hur ska handläggning av ändringar göras?

5. Uppföljning

5.1. Ledtider

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

I LKL har vi en valideringsrapport framtagen där verksamheterna kan stämma av sina registreringar som gjorts eller saknas i canceröversikten (i Cosmic), det är den data som sedan skickas till SIGNE.

Vi arbetar mycket med information till verksamheterna om vikten av att registrera och att göra det på rätt sätt genom att följa vårdförloppsbeskrivningarna. Projektet finns till hands för verksamheten i stor utsträckning och är behjälpliga med det verksamheten har frågor omkring. En medicinsk sekreterare kopplad till en av projektgrupperna har varit i samtliga SVF-verksamheter i länet och hjälpt till med registreringsarbetet. Till canceröversikten finns också en tydlig manual som beskriver vad samtliga fasta val innebär och när de ska registreras.

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

Genom information och ett tydligt ansvar i respektive vårdverksamhet att registrera i canceröversikten. I övrigt se svar ovan.

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 av mätningen av de nationella mätpunkterna kommer att användas till att utveckla vården genom förbättringsarbeten i verksamheterna. Under 2017/2018 arbetade projektledningsgruppen fram en verksamhetsrapport innehållande bla. antal uppstartade SVF, andel inom ledtid från VGM till första besök hos specialist, andel som gått till start av behandling, andel som genomgått SVF inom satt ledtid, andel som fått kontaktsjuksköterska och upprättad vårdplan. Rapporten skickas schemalagd till respektive verksamhet för eventuella åtgärder och återkoppling kring resultatet ska ske till projektledare/SVF 1 gång/månad. Under 2018 fortgår arbetet med att utveckla rapporten till att även innehålla en sammanställning av patientupplevelser (PREM-data). Inom flertalet diagnosområden finns ett nära samarbete tillsammans med av RCC utsedda processledare där resultaten både presenteras och följs upp regelbundet i olika grupperingar i SÖR.

5.2 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?

Resultaten av PREM-enkäten används till att utveckla vården genom förbättringsarbeten i verksamheterna. Genom att analysera och återföra resultat används de i dialog med verksamheterna för reflektion och vid behov agera på resultat. Det är tänkt att ledning, de projektgrupper som är involverade i arbetet och enskilda verksamheter får återkoppling på resultaten genom rapport som skickas till verksamheten med återkoppling till projektledare/SVF inom en månad efter utskick. Det är därför av vikt att resultat finns tillgängliga för analys på enhetsnivå. Det är viktigt att komma åt kommentarerna i fritext för sitt eget landsting så att återkoppling kan ske till respektive process för eventuell åtgärd. Med tanke på de problem som varit under det gångna året (2017) gällande PREM har arbetet inte varit så omfattande som tänkt. Avrop är gjort för samtliga SVF inklusive de tre som införs 15 mars 2018.

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?

Underlag från utvärderingen av införandet av SVF i samtliga verksamheter som gjorts i samarbete med Linnéuniversitetet under hösten 2017 kommer att ligga till grund för vad vårt fortsatta SVF-arbete kommer att innehålla. Resultatrapporten från Linnéuniversitet kommer under mars månad och den tillsammans med de data och svar från PREM-enkäten samt eventuella nya riktlinjer från SKL kommer att vara vägledande. Vi ser ett stort behov av fortsatt information och uppföljning av SVF över tid i våra verksamheter. Justeringar i remissmallar och canceröversikt kommer behöva göras. Stor vikt kommer att läggas vid att detta arbetssätt ska vara det naturliga sättet att handlägga våra cancerpatienter på. Projektledaren för SVF har fått i uppdrag av Sjukvårdsledningen att kartlägga behovet av resurser för att efter projekttidens slut 2018 fortsatt kunna hålla god kvalitet i SVF. Diskussioner med IT-förvaltningen har inletts vad gäller förvaltning av vårt IT-system kopplat till SVF. Det kommer också att inledas diskussion på olika nivåer och inom samtliga förvaltningar vad gäller arbetet och förvaltning av SVF framåt. I landstingsplanen 2018-2020 anges att "under planperioden ska en plan för den fortsatta utvecklingen av cancervården tas fram" och där kommer det fortsatta arbetet med SVF vara en del.

Det sjukvårdsregionala samarbetet som startats gällande SVF ser vi vara av största vikt att det fortsätter även efter 2018 för att fortsatt säkerställa att vi har säkra övergångar för våra gemensamma patienter. Att de tre parterna mäter samma saker, att ledtider hålls och att inrapportering till SIGNE sker är en av flera viktiga delar för att samverka inom sjukvårdsregionen fortsatt ska kunna utvecklas. RCC sydöst samt de regionala processledarnas uppdrag och roll blir även fortsättningsvis viktiga. Förhoppningen är att landstingets involverade enheter ser verksamhetsnyttan med SVF för våra cancerpatienter och att dess processupplägg kan tillämpas inom andra sjukdomsgrupper. Vi ser också att en "fortsättning på SVF-projektet" med cancerrehabilitering och palliativ vård skulle vara en självklarhet att arbeta vidare med. Landstinget arbetar för att SVF-arbetet inkluderas i arbetet med att utveckla system för "kunskapsstyrning" dvs. där cancersjukdomar/RCC och övriga nationella programområden tillsammans har som mål att skapa en god vård för medborgare tillika bästa tillgängliga kunskap för vårdens medarbetare.

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 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

- a) *Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende t.ex. infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020.*

Vi har en bit kvar till att nå de uppsatta målen för 2020. I landstingsplanen för Landstinget i Kalmar län åren 2018-2020 står att "under planperioden ska en plan för den fortsatta utvecklingen av cancervården tas fram", SVF kommer att vara en del i den planen. Kartläggningen kommer att belysa

de steg som behöver tas framåt gällande cancervården i LKL för att 2020-målet ska uppnås. Planeringen av SVF-projektet över i förvaltning kommer också att innehålla delar för att säkerställa att målet nås.

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

Inom LKL finns ett flertal diagnoser som behöver arbeta aktivt med att nå utredning inom fastställd tid, i bilaga 2 finns en tabell bifogad. Tittar man utifrån 2020-målet gällande att "70% av nydiagnosticerade cancerfall ska ha genomgått SVF" ser man att sju diagnoser är orange, dvs. de är nära målet. I den gruppen är variationen mellan 3-10% eller 1-15 patienter för att klara målet och i de diagnoser med ett förväntat litet antal inkluderade patienter kan det förstås variera år från år om man når målet eller ej. Fyra av SVF-diagnoserna är röda, dvs de är en bit ifrån målet, variationen är 15-75% eller 6-18 patienter för att klara målvärdet. Tolv SVF är gröna. Vad gäller leddidsmålet "80% (av de 70% som beskrivits ovan) ska vara handlagda inom leddid" återstår arbete att göra för vårdverksamheterna för att nå målet.

c) *Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?*

Inom samtliga processgrupper handlar det om fortsättning och uthållighet i de redan påbörjade arbetsätten med ständiga förbättringar tillsammans inom processgrupperna samt att använda och arbeta med de resultat som finns tillgängliga. Dialog och resultatuppföljning kommer att ske med ledning och berörda verksamheter både gällande registreringar av SVF men också vad som kommer att krävas för att komma i mål med inkludering och leddid. Som ovan angetts finns tre grupperingar med olika behov av resultatåterkoppling, se även tabell bilaga 2. "De gröna", som idag når målet behöver få stöd i att fortsatt arbeta och hålla i framtaget arbetsätt. "De orange" kommer likt "de röda" att behöva fördjupat processtöd och hjälp med analys vid resultatuppföljning. Resultatet av dialogerna med respektive verksamhet kommer att ligga till grund för vilka insatser som krävs.

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 urinvägscancer
 - Äggstockscancer
-
- **Standardiserade vårdförlopp som ska införas 2018**
 - Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
 - Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
 - Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

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

Bilaga 2

Antal (SVF)cancerfall med behandlingsstart i LKL samt överflyttade annat LT 2017 jmf med snittantal cancerfall 2014-2016 samt 70% av antalet cancerfall 2014-2016/snitt. Färgkodningen innebär, **Grön ok Orange nära målet Röd inte ok**

SVF	SVF med behandlingsstart 2017 i LKL	Överflyttade annat LT för behandling 2017	SVF med behandlings- start + överflyttad till annat LT 2017 (kolumner till vänster)	Antal cancerfall i snitt/år 2014- 2016 (jmf LKL 2017)	70% av snitt antal cancerfall 2014- 2016 (jmf 2017)
Akut leukemi	9	4	13	9	7
AoS	0	0	0	Uppgift saknas	Uppgift saknas
Analcancer	2	1	3	3	3
Bröstcancer	181	0	181	265	186
Bukspottkörtelcancer	32	13	45	62	44
Gallblåsa-och gallvägscancer	7	6	13	6	5
Urinblåsa-och övre urinvägar	56	1	57	95	67
CUP	8	1	9	Uppgift saknas	Uppgift saknas
Endometriecancer	13	8	21	42	30
Hudmelanom	75	4	79	87	61
Huvud/halscancer	7	42	49	35	25
Livmoderhalscancer	2	7	9	13	10
Lungcancer	85	12	97	107	75
Maligna lymfom inkl KLL	60	0	60	66	47
Matstrupe/magsäcks- cancer	18	14	32	37	26

Myelom	21	0	21	23	17
Njurcancer	24	3	27	42	30
Peniscancer	1	2	3	4	3
Hjärntumör	5	1	6	34	24
Levercancer	7	5	12	18	13
Prostatacancer	177	25	202	310	217
Skelett-och mjukdelssarkom	0	2	2	Uppgift saknas	Uppgift saknas
Sköldkörtelcancer	2	0	2	11	8
Testikelcancer	6	1	7	11	8
Tjock-och ändtarmscancer	139	4	143	193	136
Äggstockscancer	14	10	24	16	12
Summa				1908	1337
SVF- införs 15/3 2018	SVF med behandlingsstart 2017 i LKL	Överflyttade annat LT för behandling 2017	SVF med behandlingsstart + överflyttad till annat LT 2017 (kolumner till vänster)	Antal cancerfall i snitt/år 2014-2016 (jmf LKL 2017)	70% av snitt antal cancerfall 2014-2016 (jmf 2017)
Buksarkom inkl GIST och gynekologiska sarkom*	0	0	0	Uppgift saknas	Uppgift saknas
Neuroendokrina buktumörer inkl binjurecancer*	0	0	0	Uppgift saknas	Uppgift saknas
Vulvacancer*	0	0	0	5	4

*Start 180315