

# Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018

REGION  
**JÄMTLAND  
HÄRJEDALEN**



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'L. Gibson', with a long horizontal flourish extending to the right.

Projektägare: Lisbet Gibson  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
[lisbet.gibson@regionjh.se](mailto:lisbet.gibson@regionjh.se)

Datum: 2018-10-19  
Diariennr: RS491/2015

Projektledare: Elin Wassdahl Nilsson  
[elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se](mailto:elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se)

# Sammanfattning

Efter drygt tre års arbete med SVF och kunskapsstyrning ser man att det handlar om:

- förändrade arbetssätt
- samarbete över verksamhetsgränser
- tillit mellan verksamheter och mellan professioner
- aktiv överlämning (skriftlig och gärna muntlig)
- tilltro till patienters och närståendes förmåga att medverka i vården

# 1. Införda SVF

## 1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Antalet genomförda SVF ska redovisas i tabellen under 1.2, men det ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom de tre nya vårdförloppen fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt. I stället anses de vara införda när landstinget har alla delar i arbetet på plats så att patienter kan börja remitteras enligt aktuellt standardiserat vårdförlopp.

Beskriv kortfattat för respektive diagnos om införandet har följt handlingsplanen eller om justeringar skett och i så fall hur.

Införandet av SVF Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer och SVF Vulvacancer infördes enligt tidsplan. SVF buksarkom inkl. GIST har krävt samverkan lokalt mellan verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen men också externt vilket har tagit längre tid än beräknat. Det har tagit tid att få klarhet om uppgifter om kontaktpersoner, kontaktuppgifter och var remisser ska skickas till Norrlands Universitetssjukhus, vilket har bidragit till att detta SVF inte blev implementerat förrän i oktober 2018. Förseningen har dessbättre inte påverkat handläggningen av någon patient.

## 1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp **under 2018**. Ange datum för datauttag samt källa för datauttag.

Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF, genom start av behandling eller annat avslut. För diagnoser markerade med \* ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom vårdförloppet fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt.

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	1	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi	0	0	1	1	0	0
Analcancer*	0	0	1	1	0	0
Bröstcancer	4	190	0	0	0	0
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	0	3	0	1	0	0
Cancer i galla och gallvägar*	0	0	0	0	0	0
Cancer misstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	24	37	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	7	8	0	0	0	0
Hjärntumörer	3	5	3	2	0	0
Hudmelanom	8	13	0	0	0	0
Huvud- och halscancer	12	7	16	14	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	0	0	0	0	0	0
Levercancer	2	1	0	0	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	7	0	0	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	24	0	2	0	0
Lungcancer	41	38	4	8	0	0
Lymfom	15	12	1	1	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	5	3	1	0	0	0
Myelom	2	6	1	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	0	1	0	0	0	0
Njurcancer	9	4	0	0	0	0

Peniscancer*	1	0	0	0	0	0
Prostatacancer	319	0	16	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	5	5	3	3	0	0
Sköldkörtelcancer	1	7	0	0	0	0
Testikelcancer*	1	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	104	131	12	2	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	132	92	2	1	0	0
Vulvacancer*	0	2	0	4	0	0
Äggstockscancer	0	18	0	1	0	0

Data hämtat från Diveport 2018-10-08

### 1.3 Överföring av information

- a) Har systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget ändrats sedan handlingsplanen lämnades in?

Nej.

- b) Hur har landstinget utvecklat kvalitetssäkringen av data till den nationella väntetidsdatabasen under 2018?

En rutin för automatiska mejl till kontaktssjuksköterskorna med information som motsvarar DivePort-rapporten "Standardiserade vårdförlopp, aktiviteter per patient" där patienter med rödmarkerade datum selekterats. Mejlen fångar de patienter som ska rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Ansvarig för canceröversikten får därmed en signal om behov av att kontrollera och eventuellt komplettera data i canceröversikten. När problemen är rättade överförs posterna med automatik till den nationella väntetidsdatabasen inom två dygn. SVF Koordinatorcenter (KC) är en övergripande funktion, där alla tillämpar samma arbetssätt, förväntas bidra till kvalitetssäkrad registrering. KC har också som controllerfunktion att bevaka att registreringar i canceröversikten som ska göras av respektive verksamhet blir korrekta. KC arbetar i nära samarbete med berörda verksamheter, där det finns utsedd kontaktperson.

- c) Hur har landstinget arbetat under 2018 med att lösa frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?

Den nationella rutinen tillämpas: [https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering\\_svfpatienter\\_22jun16.pdf](https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering_svfpatienter_22jun16.pdf)

- d) Finns övrigt att kommentera utifrån de uppgifter som är lämnade i tabellen ovan?

Vad gäller SVF Kronisk Lymfatisk Leukemi har det inte inkommit in några remiser, varken SVF-remiss eller vanlig vårdbegäran. Gällande hudmelanom har SVF Koordinatorcenter (KC) utrett hur registreringar gällande hudmelanom har fungerat. Det visar sig att på grund av missförstånd har inte alla patienter som utretts enligt SVF maligna melanom blivit registrerade. Nu tar KC över koordinering och kommer att följa registreringar i canceröversikten. En grundlig genomgång ska genomföras så att ansvarig för canceröversikten vid Hudmottagningen förstår sitt ansvar för registrering under utredning och avslut, samt hur en vanlig vårdbegäran som borde vara SVF registreras som SVF.

## 2. Fortsatt arbete med SVF

### 2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Hur har de risker för undanträngningseffekter/omprioriteringar som beskrevs i handlingsplanen följts och åtgärdats? Har nya risker identifierats under året?

Enheten för bilddiagnostik är av uppfattningen att det finns behov av tydligare och mer strukturerade remisser för röntgenundersökning. Projektledare SVF har initierat ett samarbetsmöte med projektgruppens primärvårdsläkare och medicinskt ledningsansvarig radiolog för att skapa en samsyn. Det har även framkommit önskemål om tydlighet beträffande

remisser till patologi. Det förväntas vara tidsbesparande om remisser inleds med vilket SVF som avses så att ledtider kan uppnås. Inom urologiverksamheten har vissa arbetsuppgifter överförts från urolog till uroterapeut. Det gäller patienter med benigna tillstånd och är ett led i arbetet med rätt använd kompetens i specialistsjukvårdens öppenvård. Från lokala processledare har det uttryckts att väntetiden från diagnosbesked till behandling vid annat sjukhus har ökat. Mer om det återfinns i den regiongemensamma inledningen.

## 2.2 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. Hur har landstinget arbetat med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

I Region Jämtland Härjedalen är ambitionen att alla som får ett cancerbesked ska få erbjudande om Min Vårdplan, vilken är förutsättningen för strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov. I nätverket för kontaktsjuksköterskor är gemensamt arbetssätt, Min Vårdplan och strukturerade bedömningsamtal i syfte att tidigt upptäcka behov av rehabiliteringsinterventioner, stående teman, då det är avgörande för att uppnå jämlik vård för alla med cancerdiagnos och deras närstående, oavsett vilken diagnos det rör sig om.

## 3. Information och förankring

### 3.1 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.

Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF under 2018?

I det diagnosberoende patient- och närståenderådet är information och delaktighet alltid med på agendan. Vid det senaste mötet i oktober föreslogs att Min Vårdplan borde kompletteras med en skriftlig uppföljningsplan samt att det vore önskvärt att aktiv överlämning sker till ordinarie hälsocentral efter avslutad behandling. Förslagen lyfts till lokala cancercentrum.

### 3.2 Vårdens medarbetare

Hur har landstinget säkerställt att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp under 2018?

Så här skrev vi i årets handlingsplan: *Standardiserade vårdförlopp har blivit ett allt mer vedertaget begrepp både i primärvården och i den specialiserade vården. Förbättringsarbetet med kontaktsjuksköterskans roll och min vårdplan kommer att kräva att sjuksköterskor på vårdavdelningar, men också i primärvården och hemsjukvården tas med i processen så att övergångarna mellan olika faser i processen blir så smidiga som möjligt för patienten. Därmed blir aktiva överlämningar viktiga så att patienten inte upplever att det hakar upp sig. Att vara delaktig i nätverket för kontaktsjuksköterskor är en del i uppdraget som kontaktsjuksköterska i region Jämtland Härjedalen. Det innebär förändrat arbetssätt: från den egna enheten till att vara en del i en process och ett personcentrerat förhållningssätt. Även implementeringen av det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering ställer krav på att fler än kontaktsjuksköterskorna är delaktiga patientens process och är bekanta med min vårdplan och då även den elektroniska lösningen. Primärvårdens roll kan komma att vara särskilt viktig i glesbygdslän med långa avstånd, så att rehabiliteringsinsatser kan erbjudas patienten så nära patientens hem som möjligt.* Arbetet med detta pågår och behöver pågå under lång tid. Från 2019 ska utvecklingen bevakas av lokala cancercentrum, samtidigt som respektive enhetschef ansvarar för att kontaktsjuksköterskorna har förutsättning att arbeta utifrån uppdraget, för ett jämlikt stöd oavsett diagnos.

## 4. Resultat och statistik

### 4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) Hur har landstinget säkerställt 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.

SVF Koordinatorcenter (KC) som övergripande funktion, där alla tillämpar samma arbetssätt, bidrar allt mer enhetlighet. I samband med IT-rond under våren fann man att hur man använder vårt patientadministrativa system varierar, vilket kan bidra till kvalitetsbrister.

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

Vi tillämpar den nationella rutinen: [https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering\\_svfpatienter\\_22jun16.pdf](https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering_svfpatienter_22jun16.pdf) Rutinen är känd i verksamheterna och påminnelse har skickats ut kontinuerligt. För vissa diagnoser finns överenskommelser med annat landsting om aktiva överlämningar framför allt mellan kontaktsjuksköterskor.

- c) Hur har landstinget följt upp och använt resultaten av de nationella mätpunkterna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?

Det varierar mellan de olika SVFen i vilken grad utredningen kan avslutas inom stipulerade ledtid. Ett utvecklingsområde som lyfts till LCC, med förslag om att snarast processkartlägga samtliga förlopp. Lokala processledare föreslås utarbeta plan för förbättringar så att målen 2020 kan uppnås.

### 4.2 PREM-enkäten

Utskick och analys av PREM-enkäten blev försenat under 2018. Besvara nedanstående fråga utifrån den data ni har haft tillgång till.

Hur har landstinget analyserat och tillgodogjort sig resultaten av PREM-enkäten för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Har landstinget använt sig av PREM-enkäten till de SVF som införts 2018?

Region Jämtland Härjedalen har ett litet befolkningsunderlag, vilket i sin tur ger ett litet dataunderlag.

Svarsfrekvensen har också varit låg, varför vi inte fått diagnosspecifika resultat så här långt. Därför har djupare analys inte varit möjlig. Vi saknar även en plan på nationell nivå för hur resultaten kan analyseras. Det har skett metodmässiga förändringar vad gäller frågebatteriet vilket gör att resultat från 2016 och 2017 inte är helt jämförbara. Det vi kan se är att de som utretts enligt SVF överlag har ett gott helhetsintryck och anser sig vara respekterade och väl bemötta. Mindre nöjd är man med delaktighet/involvering samt emotionellt stöd. Dessa områden har vi igångsatta aktiviteter för att förbättra:

- Diagnosberoende nätverk för kontaktsjuksköterskor för jämlikt och jämställt stöd för patienter med cancersjukdom och deras närstående.
- Implementering av nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering, där vi även kommer att samarbeta med RCC Norr.
- Komplettera bäckenteamets arbetssätt med intentionerna i RCC Norrs arbete med bäckenrehabilitering.
- Förbättrad tillgänglighet för patienter som behöver ställa frågor om PREM-enkäten genom att de hänvisas att kontakta KC, vars öppettider är helgfri måndag-fredag, 08.00-16.30.

PREM-enkäten skickas ut även för de tre nya SVF från senhösten 2018.

## 5. Planering för arbete efter 2018

### 5.1 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. Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

SVF Koordinatorcenter har etablerats under 2018 och genom den controllerfunktion som verksamheten utgör förutser vi att verksamheten också kommer att fungera som garant för att utvecklingen av SVF-arbetet fortsätter. Arbetet med implementering av nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering pågår. Kontaktsjuksköterskornas arbete med min vårdplan, inklusive strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov är avgörande för det arbetet. Såväl min vårdplan som cancerrehabilitering är återkommande punkter i möten med vårt patient- och närstående råd, vilket bidrar till värdefulla synpunkter för fortsatt utvecklingsarbete. SVF förutsätter processarbete och samarbete över verksamhetsgränser. Ett arbete som är påbörjat och som måste fortsätta. För en hållbar utveckling behövs samordning och strukturerad omvärldsbevakning, och att kunskap och information sprids till de som är berörda. Det behövs också att resultat omsätts och normaliseras i ordinarie verksamhet och/eller bidrar till ökad kunskap och lärande. Lokala cancercentrum är ett naturligt forum för utveckling av cancervården inklusive SVF och i det ett nära samarbete med RCC Norr.

### 5.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen. Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att uppnå målen 2020? Har analysen från handlingsplanen förändrats under året och i så fall hur?

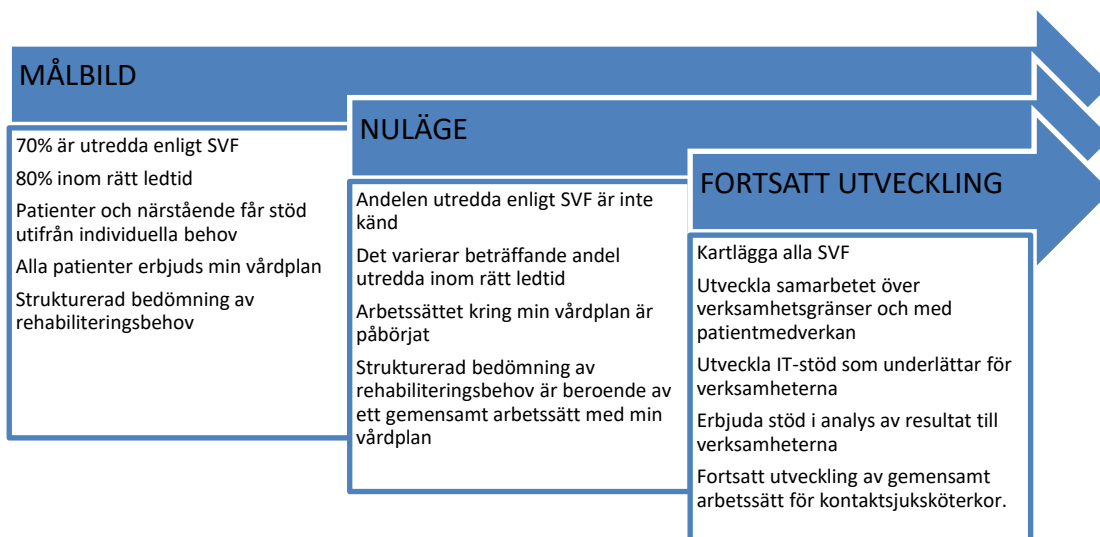
Under året har information om målen 2020 annonserats i de forum och kanaler som når aktörer i primärvård, specialiserad vård samt diagnostik. De lokala processledarna och verksamhetsutvecklarna kommer att vara viktiga för den fortsatta utvecklingen. Varje SVF behöver ses som en process, som behöver kartläggas och till det behövs ett användarvänligt processverktyg. Det behövs även en centralt placerad funktion, med kompetens för analys av statistik, som processledarna kan få stöd och hjälp av. För ett välfungerande processarbetet kan det behövas en intern processledarutbildning i någon form.

## 6. Ekonomi

Ge en översiktlig bild av hur stimulansmedlen har använts under 2018 och vad återstående medel kommer att användas till.

Under 2018 har stimulansmedel möjliggjort att SVF Koordinatorcenter etablerats. Verksamheten har visat sig bidra till flera förbättringar:

- Felregistreringar i canceröversikten upptäckts i ett tidigare skede
- Enhetligt arbetssätt tillämpas
- Verksamheten är bemannad alla helgfria vardagar och utgör ett nav för SVF-frågor för såväl remitterter som patienter och närstående.



## 7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020

Delge oss gärna synpunkter på hur regeringen kan följa landstingens arbete inom cancerområdet under kommande år, t.ex. gällande målet för 2020.

Målen 2020 är en utmaning som Region Jämtland Härjedalen avser att börja arbeta mot snarast. Vi är i flera avseenden beroende av externa aktörer, till exempel Norrlands Universitetssjukhus och vi har inte patologi i egen regi. Vår förhoppning är ett samarbete i norra regionen verkar för jämlik vård och där målen 2020 kan nås för alla berörda patienter. När ett SVF ska avslutas med start av första behandling ser vi att väntetiderna har ökat och om det beror på nivåstruktureringen hoppas vi att en nationell genomlysning initieras. Ett tredje alternativ för avslut skulle kunna vara att patient väntar på start av behandling i annat landsting/region.



# Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

## **Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017**

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärttumörer
- 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 ha införts 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/>