

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

Region Norrbotten

Luleå 24 oktober 2018

Jonas Thörnqvist

.....
Jonas Thörnqvist, biträdande regiondirektör

Inledning

Detta är en mall för landstingens redovisning av 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 redovisning enligt denna mall.

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 höstens medel (196 mkr) ska landstingen senast den 1 november 2018 redovisa följande:

- Att de tre nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2018.
- Hur de har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.
- Hur de planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.
- Hur de har arbetat för att uppfylla målet 2020 om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.
- Hur kvalitetssäkringsarbetet inom landstingen har genomförts avseende uppföljning av väntetider
- Att de har använt den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC inom ramen för satsningen.

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

Kempson

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.

Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom: Processledare och kontaktsjuksköterska finns, koordinatorkfunktion sköts av kontaktsjuksköterska. En patient finns registrerad i vårdförloppet 2018-10-05. Vårdförloppet har införts enligt plan och kodningsinstruktioner har tagits fram enligt samma modell som använts vid införande av tidigare vårdförlopp.

Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer: Processledare och kontaktsjuksköterska finns, koordinatorkfunktion sköts av kontaktsjuksköterska. Ingen patient har ännu genomgått vårdförloppet (2018-10-05). Vårdförloppet har införts enligt plan och kodningsinstruktioner har tagits fram enligt samma modell som använts vid införande av tidigare vårdförlopp.

Vulvacancer: Processledare och kontaktsjuksköterska finns, koordinatorkfunktion sköts av kontaktsjuksköterska. Valfungerande utredningsprocess med möjlighet till MDK varje vecka. Fyra patienter har remitterats till annat landsting för behandling. Vårdförloppet har införts enligt plan och kodningsinstruktioner har tagits fram enligt samma modell som använts vid införande av tidigare vårdförlopp.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp under 2018.

Antal SVF registrerade i Nationell databas t.o.m. september 2018. Filöverföring till nationell databas för oktobers utfall görs i början av november varpå dessa inte redovisas just nu.

*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	0	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi	1	3	0	0	0	0
Analcancer*	2	1	0	1	0	0
Bröstcancer	2	179	0	0	0	0
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	4	8	3	3	0	0
Cancer i galla och gallvägar*	1	1	1	0	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	6	7	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	2	0	0	0	0	0
Hjärtumörer	0	0	0	1	0	0
Hudmelanom	22	28	0	0	0	0
Huvud- och halscancer	1	0	25	14	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	5	2	0	0	0	0
Levercancer	2	2	2	1	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	4	0	9	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	6	20	0	5	0	0
Lungcancer	43	43	0	1	0	0
Lymfom	25	13	0	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	11	5	6	6	0	0
Myelom	8	6	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	0	0	0	0	0	0

Njuncancer	7	8	0	0	0	0
Peniscancer*	4	0	1	0	0	0
Prostatacancer	84	0	0	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	2	0	3	1	0	0
Sköldkörtelcancer	0	1	0	0	0	0
Testikelcancer*	3	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	63	71	0	0	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	92	60	0	0	0	0
Vulvacancer*	0	0	0	0	0	0
Äggstockscancer	0	20	0	14	0	0

Utöver de ovan tabellerade patienterna finns det för perioden 2015 – fram till och med 20 september 2018

- ca 360 patienter överförda till annat landsting men ej avslutade.
- ca 180 SVF avslutade men ej registrerade till Nationell databas Signe

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?*

Möjlighet att koda VGM vid remissbedömning i specialiserad sjukhusvård har införts under våren 2018. Det innebär att remissbedömare inte behöver göra en journalanteckning för att registrera SVF utan kan göra det genom att ange SVF som remissåtgärd. Detta har dock inte fråntagit remittenten ansvaret för att koda utan utgör endast en backup när kodning är missad från remittent.

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

Inga förändringar har gjorts sedan juli 2017, kvalitetsgranskningen sker fortfarande manuellt.

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?*

Landstinget följer den nationella rutinen som finns upplagd på Region Norrbotten webbsida för SVF och har distribuerats till verksamheten. Information om vikten att denna följs har getts vid olika typer av möten/träffar. Fortsatta informationsinsatser sker kontinuerligt.

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

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?

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Koloskopi utanför SVF	Förbättrad samordning mellan länets skopienheter krävs för bättre resursutnyttjande. Arbete för läns gemensam klinik alt. väntelista pågår.
Benign slutenvårdskirurgi	På grund av vårdplatssituation och bristande operationsresurser blir väntetider för benign prio 2 kirurgi långa. Problemet är svårlöst med anledning av den rådande personalbristen och kan inte enbart härledas till införande av SVF.
SVF AOS har svårt med att hålla ledtiderna och andra patienter riskerar att prioriteras bort på grund av bemanningssituationen.	Problemet är svårlöst med anledning av den rådande personalbristen och kan inte enbart härledas till införande av SVF.
Långa avstånd i Norrbotten har gjort att en stor del av utredningen sköts via hälsocentralerna, remiss skickas till DC sent i utredningsförloppet.	

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?

Samtliga patienter erbjuds "Min vårdplan", dock används inte den nationellt framtagna mallen som upplevs svår att arbeta med.

Patienter som genomgår SVF tjock och ändtarmscancer kommer, i ett pilotprojekt som startar under hösten 2018, att kunna välja en elektronisk version av "Min Vårdplan" via 1177.

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?

Patientinvolvering finns inom flera processer samt inom landstingets lokala cancercentrum (LCC) där patientrepresentant har stående inbjudan till samtliga möten.

- Patienter har involverats via patientföreningar.
- Patientråd har informerats om SVF.
 - Det finns två patientråd på landstingsövergripande nivå Länsensionärsråd, samt Tillgänglighetsråd Region Norrbotten. Patientråden har uppdraget/rollen som remissinstans, följa och vara rådgivande till pågående projekt, ge inspel och lämna synpunkter till pågående planerings- och strategiarbete, vara dialogpartner till politiker och ledande tjänstemän.

3.2 Vårdens medarbetare

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

- Information finns upplagd på landstingets webbplats för SVF.
- Riktade utbildningsinsatser sker vid förfrågan.
- SVF finns som stående punkt på landstingets ALK-dagar som riktar sig till specialister i allmänmedicin och som genomförs 2 gånger per år. ALK är en samverkansform mellan primärvården och sjukhusklinikerna i Norrbotten. En särskilt utsedd allmänläkare utformar i samförstånd med distriktsläkarna och respektive klinik handläggningsöverenskommelser (HÖK) för olika ämnesområden
- Regelbunden information på internutbildning och teamträffar inom respektive klinik.
- Separat info ges till ST-läkare som ingår i processteam.
- Nya handläggningsöverenskommelser (HÖK-ar) mellan specialiserad sjukhusvård och primärvård har utarbetats för flera diagnosgrupper.

Riktad information till sjukhusens ledningsgrupper.

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.*

Genom information på webbplats samt support från projektledare. Kodifiering vid inremiss fungerar allt bättre. Möjlighet att koda vid remissbedömning har införts under 2018.

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

Rapport på avslutade, överflyttade, pågående SVF distribueras månadsvis till lokala processledare. Stöd i registrering ges av projektorganisationen.

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

Sammanställning av data per SVF skickas per tertial till lokal processledare samt läggs upp på landstingets webbsida för SVF.

4.2 PREM-enkäten

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

Hur har landstinget analyserat och tillgodgjort 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?

Landstinget har inte använt sig av PREM-enkäter till de SVF som införts 2018 då diagnosgrupperna är så små att det inte kommer att finnas underlag för datauttag. Därmed finns inte heller något underlag för förbättringsarbeten.

För övriga diagnosgrupper gäller att resultat delges involverad personal och processledare som, tillsammans med berörda enheter, arbetar för att förbättra patientens flöde och upplevelse av vården. Regionen som helhet arbetar för att införa flödesorienterat arbetssätt vilket också kommer att gagna cancerprocesserna.

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?

Sedan hösten 2017 har ett arbete pågått för att se över hur en framtida förvaltning av SVF och tillhörande kodtabeller ska se ut. Inga beslut har tagits men detta kommer att ske under hösten 2018. För att det fortsatta arbetet med SVF ska integreras i den ordinarie verksamheten krävs (se även bilaga):

Information om SVF finns tillgänglig för alla medarbetar: Kommunikationsavdelningen ansvarar för att aktuell information om SVF finns upplagd på webbsidan. Information om specifika cancerprocess finns upplagd på respektive kliniks webbsida, processledaren ansvarar för att informationen hålls uppdaterad.

Registrering av SVF: ingår i det dagliga arbetet, och kräver att kodtabeller och instruktioner är uppdaterade samt att support finns. Lokal processledare ansvarar för att ge support när det handlar om diagnosspecifika frågor samt för att komplettera bristfällig kodning. Hälsoinformatik ansvarar för att kodtabeller och instruktioner finns och är uppdaterade. Teknikakuten svarar på de eventuella tekniska frågor som kan uppstå kring registrering.

Överföring av data till Väntetider i vården: sköts av datalagret som också kvalitetssäkrar den data som överförs.

Uppföljning av resultat: Sjukvårdsdivisionernas planerare

Fortsatt arbete med förbättrade flöden: Drivs av lokal processledare i samarbete med aktörer som är involverade i processen. Måluppfyllelse 2020, rapporter från PREM och väntetidsdatabas utgör grund för utvecklingsarbeten.

Landstinget som helhet har påbörjat arbete med flödesorienterat arbetssätt vilket även kommer att omfatta cancerprocesserna.

Vad gäller tjock- och ändtarmscancer har ledtider från första besök i primärvård till start av behandling på kliniken gåtts igenom i ett tidigare arbete och ett bra samarbete mellan involverade aktörer har uppnåtts. Detta har fortsatt att fungera väl. Tid från remiss till diagnos har förlängts då det i nuläget är brist på skopister.

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?

Organisation för att även fortsättningsvis kunna följa resultat på läns- verksamhets och processnivå planeras, se bilaga.

6. Ekonomi

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

Stimulansmedlen har för Region Norrbotten använts enligt nedan:

Område	Fördelning 2018	
Projektkostnad	12 %	
ALK-org	8 %	
Uppdrag och kompetensutbildning Kssk/koordinator/adm/skopistutb	13 %	
Produktionsoptimering	38 %	
Verksamhetsutveckling Palliativ/Rehab/Patologi	29 %	

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.

- På nationell nivå bör man ta fram ett system för att kunna följa målen för 2020. För att ta fram måluppfyllelsen krävs i dag en hel del handpåläggning och data hämtas från flera olika källor.
- Jämförelsedata från INCA behöver justeras, i dagsläget räknas en förväntad frekvens på 0,1 patient/år upp till närmaste heltal. Detta skulle kunna innebära att man, statistiskt sett, endast vart tionde år kan uppfylla målet för en sällandiagnos.

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
- 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 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/>

Bilaga: Förvaltning av SVF Region Norrbotten

