



Redovisning av standardiserade vårdförlopp i cancervården 2018

REGION KRONOBERG



1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

I Region Kronoberg har de tre nya vårdförlopp införts enligt de nationella riktlinjerna under 2018 i samverkan med de andra landstingen i södra regionen. Införandet har skett på samma sätt som tidigare. Buksarkom och Vulvacancer har lokala patientprocessledare och startade 1 april 2018. Neuroendokrina inklusive GIST har en kontaktperson och där blev starten lite försenad och startade i juni 2018.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Datauttag från SKL:s databas 20181001. Sista inrapporteringsmånad Augusti 2018.

Gällande ”antal patienter påbörjade inom det egna landstinget men överförda och avslutade i ett annat landsting” redovisas siffrorna från SKL:s databas och inom parentes siffrorna från Region Kronobergs datalager. Siffrorna stämmer inte överens. Det påvisar att registreringen inte fungerar med dagens system. Det går inte att kontrollera och kvalitetssäkra dessa siffror. Det är uppenbart att registreringen i t ex hjärntumörsförloppet inte skett på ett korrekt sätt i det mottagande landstinget trots att patienterna överförts i verkligheten. Dialog pågår för att identifiera orsak och hitta en lösning.

Vi har gjort motsvarande jämförelse av SKL:s och vår egen data för ”antal patienter påbörjade i ett annat landsting men överförda till och avslutade inom det egna landstinget”. Där överensstämmer siffrorna.

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	2	1	0	0	0	0
Analcancer*	1	3	0	0(1)	0	0
Bröstcancer	2	191	0	0	0	0
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0

Bukspottkörtelcancer	15	12	3(6)	0(3)	0	1
Cancer i galla och gallvägar*	3	4	0	2(1)	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	5	6	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	8	3	0	0	0	1
Hjärntumörer	0	1	0(6)	0(3)		
Hudmelanom	41	43	1	0	0	0
Huvud- och halscancer	16	16	8(12)	4(5)	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	7	6	0	0	0	0
Levercancer	13	1	1(1)	0(1)	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	15	0	1(1)	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	61	0	13(15)	0	0
Lungcancer	24	40	1(5)	1(11)	4	3
Lymfom	14	8	0(1)	0(1)	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	20	7	1(4)	2(2)	0	0
Myelom	11	7	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	0	0	0	0	0	0
Njurcancer	7	9	2(1)	0	1	0
Peniscancer*	0	0	2(2)	0	0	0
Prostatacancer	291	0	0(2)	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	0	3	0(1)	0	0	0
Sköldkörtelcancer	0	2	2(2)	9(7)	0	0
Testikelcancer*	7	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	186	222	0	1	6	5

Urinblåse- och urinvägscancer	96	72	0(4)	0	0	0
Vulvacancer*	0	4	0	0(1)		
Äggstockscancer	0	22	0	7(6)	0	0

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 det fungerar som tidigare.

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

Vi har sedan införandet av SVF startade kontinuerligt arbetat med att kvalitetssäkra och förbättra SVF-data. Vi jämför all SVF-data manuellt före inrapportering till Signe. På så sätt har vi kunnat identifiera och rätta till brister och även enstaka felaktigheter.

Vårdförloppscoordinatorerna och cancersamordnaren har varje månad avstämningsmöte med lednings- och analysavdelningen.

- 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?**

Vi följer den nationella rutinen för överföring av patienter över landstingsgränser. Cancersamordnare, regionala processer, vårdförloppscoordinatorer och tillgänglighetsnätverket i syd samarbetar kring denna fråga. Vi håller möten och för ständig dialog för säkra övergångar och god kvalitet. Vi har identifierat svårigheter och brister med att det landsting som behandlar patienten ska rapportera till väntetidsdatabasen.

Data för överföring över landstingsgränser är mycket svårt att kontrollera och kvalitetssäkra. Vi har olika journalsystem och det går inte att kontrollera Signe-data i efterhand på personnivå. Datum för övertag är svårt eftersom det ofta föregås av en konsultation eller MDK som ibland leder till övertag och ibland inte. För patienterna fungerar överföringen mellan landsting bra, men kodningen blir inte optimal och som sagt det går inte att kvalitetssäkra. Systemet är mycket tidskrävande och krångligt.

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

Vid inrapportering av antal SVF i tabellen ovan har vi kontrollerat hur många Kronobergare andra landsting rapporterat att dom tagit över. Dessa siffror stämmer inte med det antal som vi rapporterat för övertag. Vi har i några fall kontrollerat i vårt journalsystem och sett att patienter blivit registrerade för övertag utan att det tagits över i verkligheten. Vi föreslår att man ändrar inrapporteringssystemet så att varje landsting rapporterar sina egna patienter.

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?

Sedan flera år tillbaka följer Region Kronoberg väntetider för besök till berörda enheter och där har vi inte sett några större förändringar som kan relateras till SVF. 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.

För vissa undersökningar har volymerna ökat vid införandet av standardiserade vårdförlopp, det gäller till exempel DT-urografi och endoskopier. Vad gäller endoskopier prioriteras SVF och nybesök samt vissa uppföljningar. Det tränger undan andra benigna åkommor, men följer den prioriteringsordning som gäller. Vi ser risker för personer som ingår i uppföljningsprogram efter avslutad cancerbehandling, här vilar ett stort ansvar på patienterna att vara uppmärksamma på symtom som kan vara tecken på recidiv.

Långa väntetider i Region Kronoberg hör samman med brist på resurser inom flera kompetensområden bland annat endoskopin och på röntgen.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Fler skopier efter SVF införandet på grund av att fler undersöks. Inga extra resurser tillfördes.	Kontinuerlig uppföljning av väntetider på endoskopienheten/kirurgen. En sjuksköterska sköter en del av SVF cystoskopierna vilket avlastat till viss del.
Fler DT och MR undersökningar	Under 2018-2019 görs extra satsningar på röntgen för att korta väntetiderna för MR och DT.

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 Kronoberg pågår ett arbete med en gemensam vårdplan i vårt journalsystem. Den testas nu på ett antal enheter. I dagsläget har de olika processerna sina egna varianter av vårdplan. I PREM enkäten svarar 74 % av de med cancerdiagnos att de fått en individuell, skriftlig vårdplan. Vi strävar efter att det ska vara 100 %.

Den nationella Min vårdplan kommer vi inte att införa i Region Kronoberg under 2018-2019.

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?

Som tidigare finns patient- och närståenderepresentanter med på olika nivåer i arbetet. I Region Kronoberg finns ett cancer råd som består av patienter och närstående både med och utan patientorganisationsengagemang. I styrgrupp cancer sitter det med två patientrepresentanter.

I de olika processerna finns patientrepresentation i olika grad, då det är svårt att rekrytera.

3.2 Vårdens medarbetare

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

Information om SVF finns på vårdgivarwebben som är publik och nås av alla. Informationsspridning sker också via processledare, kontaktsjuksköterskor, cancersamordnare och vårdförloppscoordinatorer som är ute och informerar på olika enheter.

4. Resultat och statistik

4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) **Hur har landstinget säkerställt följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt?**

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

vårdförloppscoordinatorer som arbetar med samtliga standardiserade vårdförlopp. De har utarbetat rutiner och 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 vårdförloppscoordinatorerna 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. Vårdförloppscoordinatorerna 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 har landstinget säkerställt att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?

Se svar 5a samt under 1.2 och 1.3.

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

Resultaten redovisas på ledningsnivå och på processnivå. Framförallt på processnivå arbetar man utifrån resultaten med att förbättra de problem som identifieras. På ledningsnivå har resultaten lett till beslut om en satsning för att korta ledtiderna på röntgen.

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?

Vi har skickat ut PREM enkäter under 2018 inom alla SVF. Det finns i skrivande stund inga validerade PREM resultat redovisade för 2018. De SVF som införts under 2018 är så små att inget PREM kommer kunna redovisas. PREM resultat för 2017 har presenterats i Styrgrupp cancer och på process nivå. Det är endast 4 SVF som kan få ut process specifikt resultat på lokal nivå. I alla andra SVF är det övergripande PREM resultat som redovisats.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

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

Med ledning av regeringens intentioner i ”Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården” har ett förslag till förvaltning av SVF i Region Kronoberg efter 2018 tagits fram.

Region Kronobergs långsiktiga mål är att:

- SVF är det vanligaste sättet att utreda och handlägga personer med misstänkt eller konstaterad cancer.
- Patienten ska uppleva en sammanhållen vårdkedja utan onödig väntan och ovisshet.
- Patienten är delaktig och vet vad som ska hända och när.
- Vi analyserar resultat och kartlägger behov för att upprätthålla, utveckla och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i de standardiserade vårdförloppen.
- Hela cancerprocessen inkluderas i SVF. Förutom diagnostik även behandling, rehabilitering, omvårdnad, uppföljning, palliativ vård och handläggning av recidiv.

Hur den nationella överenskommelsen för 2019 ser ut vet vi inte i dagsläget vilket gör att vi planerat efter de förutsättningar som vi känner till idag.

5.2 Mål för 2020

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?

Enligt statistiken för 2017 når vi nästan upp till målet att 70 % av all cancer utreds inom SVF. Det vi inte når är 80 % inom utsatt maximal tidsgräns. 2017 låg den siffran på 66 %.

Kompetensförsörjning inom flera områden är en nyckelfråga för att vi ska klara även ledtidsmålen.

När det gäller diagnoser som är nivåstrukturerade till annat landsting har vi inte makt över ledtidsmålen. I dagsläget har det varit orimligt långa väntetider för flera allvarliga cancerdiagnoser.

6. Ekonomi

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

Tillgängliga medel 2018	Belopp i Kr
Medel som förts över till 2018	3 949 072
Inbet 1	3 807 408
Inbet 2 överförs till 2019	
Totala medel 2018	7 756 480

Använda medel prognos

Användning 2018

Vårdförloppscoordinatorer	1 350 000
Dokumentation och registrering	400 000
Resekostnader/konferenser	50 000
Utbildningsinsatser	50 000
Förbrukningsmaterial	
Avslutade satsningar 2018	100 000
Distansbedömning av hudförändringar PV	50 000
Insatser mammografi	760 000
Påbörjade satsningar hösten 2018 som pågår 2019	
Implementering och utveckling av anteckningsmall Canceröversikten i CC i RgK	600 000
Medel till trombocyttappningar	500 000
RTG PET CT samt patologi (beviljade medel 2,8 milj.)	1 000 000
Resultatföring av oförbrukade medel	2 766 480
Summa	7 756 480

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.

Ansvaret för att sammanställa och redovisa resultaten för 2020-målet borde vila på Rcc så att regeringen kan följa utvecklingen både nationellt och per landsting/region.

Idag följer vi upp den faktiska väntetiden för respektive SVF. För att få bättre underlag och kontroll på väntetidsläget över hur många patienter som väntar på första besök på specialistmottagning eller till behandling inom respektive SVF borde detta följas upp. Idag ingår dessa i den nationella väntetidsredovisningen men man kan inte särskilja vilka som är inom SVF. Borde särskiljas i den nationella väntetidsredovisningen.

Det borde löna sig för landstingen att se till att patienter får vård i rätt tid oavsett vem som levererar vården. Därför borde ökad samverkan över

landstingsgränser där patienter kan få behandling i annat landsting/region om väntetiderna i hemlandstinget är långa främjas.

Det gäller framförallt operation och strålbehandling. Idag är möjligheterna begränsade på grund av att vi har olika journalsystem, det finns inga väntetider redovisade i realtid, logistiska problem med resor och boende måste lösas på ett enkelt sätt. Ekonomi kan också styra att landstingen inte vill skicka patienter över gränsen då utomlans vård kostar pengar.

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 via länken nedan:

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