

**Redovisning av arbetet med  
standardiserade vårdförlopp enligt  
överenskommelsen:**

**Kortare väntetider i cancervården 2018**

## **Inledning**

Denna redovisning beskriver hur Region Örebro län har infört standardiserade vårdförlopp (SVF) för tre SVF under 2018 och en lägesrapport för de 28 tidigare införda standardiserade vårdförloppen.

Redovisningen följer den mall som upprättats av Regionalt cancercentrum i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och SKL.

.

## **Redovisning för arbetet med att införa standardiserade vårdförlopp inom tre diagnoser 2018 i Region Örebro län.**

### **Författare:**

Gustav Ekbäck, planeringschef, hälso-och sjukvården

Jan Forslid, verksamhetschef, laboratoriemedicinska kliniken

Jennie Liling Ståhl, områdeschef, område opererande och onkologi

Petra Ekenstam, kommunikationsstrateg, hälso-och sjukvården

Christer Ström, biträdande verksamhetschef, röntgenkliniken

Ulrika Landström, chef staben digitalisering, regionkansliet

Eivor Niva, projektledare, hälso-och sjukvården

Björn Strandell, distriktsläkare, Hälsovalsenheten

Elizabeth Nyström, produktions controller, hälso-och sjukvården

Margareta Randén, verksamhetschef, onkologiska kliniken

Urban Jerlström, överläkare, onkologiska kliniken

### **Kontaktperson:**

Eivor Niva, projektledare E-post: [eivor.niva@regionorebrolan.se](mailto:eivor.niva@regionorebrolan.se)

Telefon: 019-602 2049, 072-7422049

20181022

# Innehåll

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen:.....	1
Kortare väntetider i cancervården 2018.....	1
1. Införda SVF.....	5
1.1 Införande av tre nya SVF under 2018.....	5
1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF.....	6
1.3 Överföring av information.....	8
2. Fortsatt arbete med SVF.....	13
2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar.....	13
2.2 Min vårdplan.....	15
3. Information och förankring.....	16
3.1 Patienter och närstående.....	16
3.2 Vårdens medarbetare.....	17
4. Resultat och statistik.....	20
4.1. Ledtider/kvalitetssäkring.....	20
4.2 PREM-enkäten.....	23
5. Planering för arbete efter 2018.....	27
5.1 Fortsatt arbete.....	27
5.2 Mål för 2020.....	28
6. Ekonomi.....	33
7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020.....	34
Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp.....	35

# 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.*

Den 1 maj 2018 startade Region Örebro län de tre sista standardiserade vårdförloppen enligt den tidplan som styrgruppens för införande av SVF slagit fast. Det innebär att från det datumet finns rutiner och riktlinjer i specialistvården för att kunna ta emot remissmärkta SVF enligt den nationella definitionen misstanke/välgrundad misstanke. Det finns möjlighet att inregistrera KVÅ-koder i det patientadministrativa systemet och det finns obokade/reserverade tider på utredande enheter. Koordinatorfunktionen har definierats och är bemannad. Införandet av SVF underlättades genom att stor erfarenhet och kunskap succesivt har byggts upp genom tidigare införanden av SVF inom specialistvården och primärvården. Införandet har fungerat väl i primärvården en distriktsläkare från Hälsovalsenheten vid regionkansliet finns med i styrgruppen för SVF och i det lokala cancerrådet. Den ökade samverkan mellan klinikerna har varit en framgångsfaktor och det har lett till ökad förståelse för varandras verksamheter. Röntgen och patologen har blivit mer delaktiga i vårdflödet. Vi har följt den strategi som vi tidigare använt oss av och det har varit ett hållbart sätt att införa SVF. SVF buksarkom och SVF vulvacancer har inregistrerat patienter från maj månad och SVF neuroendokrina buktumörer från juni månad.

När det gäller buksarkom har det varit få patienter i förloppet och för primärvården är det en ovanligt förekommande diagnos. Patienten får en tid till röntgenundersökning inom bestämd tid vilket innebär att primärvården snabbare kunnat boka in patienten för information om undersökningsresultat.

Neuroendokrina buktumörer som också är en ovanligt förekommande diagnos har inneburit en ökad kunskap för primärvården om ingångskriterier, vilken utredning som ska göras och när patienten ska remitteras till specialistvården. När det gäller

vulvacancer har införandet underlättats för primärvården av att alla SVF-remitter går till tumörmottagningen på kvinnokliniken när det finns en misstanke om cancersjukdom.

## 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.

Uppgifterna som redovisas är hämtade från vår egen uppföljningsportal som uppdateras dagligen och omfattar antalet patienter från och med 180101 till och med **181004**. Datauttag 181005.

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	6	3	0	0	0	0
Analcancer*	10	5	0	1	0	0
Bröstcancer	10	264	0	1	0	0
Buksarkom*	0	0	0	1	0	0
Bukspottkörtelcancer	12	18	7	2	0	0

Cancer i galla och gallvägar*	6	6	3	1	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	51	49	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	8	4	0	0	0	0
Hjärntumörer	17	22	0	0	0	0
Hudmelanom	133	114	0	0	6	5
Huvud- och halscancer	54	56	1	0	55	38
Kronisk lymfatisk leukemi	8	3	0	0	0	0
Levercancer	21	7	5	2	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	14	0	1	0	13
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	138	0	0	0	4
Lungcancer	83	69	0	0	2	5
Lymfom	53	34	0	0	1	0
Matstrupe- och magsäckscancer	18	10	1	0	0	0
Myelom	23	10	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	1	3	0	0	0	0
Njurcancer	41	26	0	1	0	0
Peniscancer*	8	0	0	0	29	0
Prostatacancer	438	0	0	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	0	0	14	12	0	0
Sköldkörtelcancer	4	3	0	0	1	1

Testikelcancer*	40	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	180	216	0	3	6	7
Urinblåse- och urinvägscancer	288	287	0	0	1	0
Vulvacancer*	0	2	0	2	0	0
Äggstockscancer	0	54	0	4	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?*

Systemet för uppföljning har inte ändrats men vi arbetar kontinuerligt med att förbättra både vår interna uppföljning och även vår kvalitetssäkring och vi ligger alltid i fas med att implementera nya nationella förutsättningar.

Några ändringar som har införts är revidering av vår interna fellista. Revideringarna är gjorda för att bättre och effektivare fånga utomlänspatienter som saknar KVÅ-kod för SVF. Revidering är även gjord för att fånga ologiska datumregistreringar för KVÅ-koderna. Den interna fellistan baseras delvis på den nationella valideringen men med tillägg av flera andra interna valideringar för att fånga felregistreringar. Fellistan går månatligen ut till verksamheterna och status på felen kontrolleras innan filskicket går till SKL. Felaktiga registreringar som inte rättas upp följs noggrant. Tack vare valideringslistan upptäcks flera felaktigheter som rättas till och bidrar till bättre kodningskvalitet.

Vi har även kompletterat en av våra interna uppföljningsrapporter med variabeln huvuddiagnos. Om det finns en huvuddiagnos på avslutskontakten (kontakten där 7x-koden satts) visas denna i uppföljningsrapporten. Det är värdefullt för verksamheten att kunna följa vilken diagnos som utredningen visar.

För att enklare kunna följa utvecklingen mot det nationellt satta målet, 80 procent inom målvärdet, är ett nytt trenddiagram under utveckling. Diagrammet ska visualisera andel inom målvärde som ett rullande 12-värde. Det vill säga varje månad presenteras ett genomsnittligt 12-månaders värde. På detta sätt kan regionen enklare



följa om ledtider blir sämre eller bättre mot måltiderna. Diagrammet förväntas vara klart inom kort.

Vi har även tagit fram status för Region Örebro län för måluppfyllelsen att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp med hjälp av incidensberäkningarna från RCC. Resultatet har sedan diskuterats/analyserats och spridits till samtliga processledare för de standardiserade vårdförloppen. Tack vare detta har det mer tydligt uppmärksammats en underkodning av SVF för några av vårdförloppen.

Vi fortsätter att varje kvartal förmedla resultat från styrgruppen för standardiserade vårdförlopp i Region Örebro län ut till verksamheten. Kvartalssammanställningen innehåller halvårsvisa jämförelser för varje förlopp för andel inom målvärde, samt spridningsmått och genomsnittsmått. Resultatet följs nogsamt av styrgruppen.

Projektleddare och produktionscontroller fortsätter även att utbilda verksamheterna kontinuerligt i hur de interna uppföljningsrapporterna kan användas för uppföljning i verksamheten. Kontinuerlig dialog förs kring hur koder inregistreras och felaktigheter åtgärdas kontinuerligt i kodningen.

Vi kommer att följa arbetet som kommer att göras på RCC för att kvalitetsgranska indata och utdata, när den välgrundade misstanken ska sättas och åtgärda det som behövs utifrån vad som beslutas.

Från och med hösten 2018 har ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Örebro län infört en ny förvaltningsövergripande uppföljning i ett så kallat årshjul. Ett av nyckeltalen i årshjulet är de standardiserade vårdförloppen. Målet för de standardiserade vårdförloppen är de nationellt framtagna målen. Status per standardiserat vårdförlopp ska redovisas och där det är avvikande resultat mot målvärden ska en analys göras. Kopplat till detta ska även handlingsplaner finnas och uppföljning av detta kommer att ske tre gånger per år på förvaltningsnivå.

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

Vårt kontinuerliga arbete med kvalitetssäkring som beskrivits tidigare innefattar data till den nationella databasen likväl som den interna uppföljningen. Validering och utökning av den nationella valideringen har gett god effekt på vår kodningskvalitet. Vid framställning av resultat, nya uppföljningsrapporter etc. har vi en grundlig

kontroll av kodningen och dialog med verksamheten. Vid upptäckta felaktigheter som inte fångas via den interna valideringen tas kontinuerlig kontakt med verksamheten för upprättning. Förutom detta har verksamheterna kontinuerligt möten för att rätta felkodningar och analys av ledtider.

Projektledaren deltar i möten anordnade av RCC i sjukvårdsregionen för projektledare. Under dessa möten diskuteras olika frågor/problem runt SVF registreringar för att data ska kvalitetssäkras och bli jämförbara. Via det nätverk som bildats för projektledarna löses många problem direkt runt remittering, tolkningar runt ingångskriterier och KVÅ-kodsfrågor.

Vi skickar månatligen automatiskt uppgifter till den nationella väntetidsdatabasen. Den nationella rapporteringen kompletteras och justeras kontinuerligt med nya och förändrade nationella förutsättningar. För att också få med efterregistreringar levereras filer till den nationella väntetidsdatabasen med KVÅ-koder för sex månader i taget.

Vi kan se en differens mellan den statistik som vi rapporterar in till SKLs databas och den statistik vi har internt. Differensen var som störst procentuellt under 2015 för att till 2016 minska avsevärt. För 2017 ligger differensen på två procent och för 2018 under en procent. Skillnaderna i statistiken beror på att vi inte förrän hösten 2017 börjat rapportera data för sex månader i taget. Differenserna beror således på eftersläpningar i registreringar som vi inte kunnat fånga i våra tidigare månadsrapporteringar. För att ytterligare öka kvalitén på de nationella siffrorna är det önskvärt att landstingen och regionerna får skicka om samtliga data från och med införandet av de standardiserade vårdförloppen 2015. Vi skulle då kunna eliminera mycket av de differenser som gör att data inte är fullständiga i den nationella databasen.

Vi förbereder en ny uppföljningsrapport som kommer att tas fram under hösten med stöd av medel från RCC för kvalitetssäkring. Rapporten ska visa de olika ingående ledtiderna, välgrundad misstanke till första besök, första besök till information om diagnos samt information om diagnos till start av behandling. Rapporten planeras vara på patientnivå med identifikationsnummer så att verksamheten enkelt i realtid kan se hur förloppen fortskrider. Varje ingående ledtid ska även kopplas till de målvärden som finns i vårdförloppsbeskrivningarna.

*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?*

Region Örebro län har infört den nationellt framtagna "Rutin för rapportering av patient i standardiserade vårdförlopp (SVF) mellan landsting/region." Fortsatta informationsinsatser genomförs vid behov om rutinen på processmöten, koordinatorsmöten och andra möten när tillfällen ges. Det finns fortfarande problem både från sändande samt mottagande landsting/region. Remisser är inte märkta med SVF och datum för välgrundad misstanke saknas, nödvändiga journalkopior och PAD-svar saknas samt att remisser kommer per post. Det har dock blivit mycket bättre och i några förlopp fungerar det mycket väl. Patienter lämnas över snabbare till mottagande landsting men flera kliniker förmedlar att överförandet mellan landstingen är en av de tydligaste orsakerna till förlängda ledtider för SVF-patienter. I de förlopp där det finns nationella/sjukvårdsregionala remissmallar använder vi oss av dessa. Det skulle vara önskvärt att det finns gemensamma remissmallar och svarsmallar för alla SVF, så att nödvändiga uppgifter kommer med när patienter skickas mellan landsting/regioner.

Ett stort problem är fortfarande att det inte går att följa patienter som remitterats och tagits emot av Sarkomcentrum i Stockholm, då kodningen inte fungerar på Sarkomcentrum. För att vi internt ska kunna följa ledtider måste ortopederna inom region Örebro län göra journalgranskningar. Sedan några veckor deltar onkologen på MDK med Sarkomcentrum, vilket inneburit att informationen runt patienterna blivit bättre.

MDK spelar en central roll för aktiv överrapportering. Kontaktsjuksköterskor deltar vid nationella/regionala MDK för att säkerställa att aktiva överlämningar sker samt att patienter som uppfyller kriterier för SVF, kommer med i förloppet

I förlopp med få patienter är det svårt att få landstingen/regionerna att följa riktlinjen då den används sällan och det kan också vara svårt att nå fram med information till berörd personal. Vi fortsätter att informera om den nationella rutinen för överflyttningar när så behövs till andra landsting för att öka följsamheten och sprida den.

När patienter på grund av bristande resurser skickas mellan flera landsting för att kunna starta en behandling är det problem att remisserna inte är märkta med SVF.

Projektledaren för SVF kontaktar berörda landsting och koordinatorena på våra kliniker bevakar dessa remisser.

Vi har listor med telefon- och faxnummer till alla koordinatörer/kontaktsjuksköterskor inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och de har distribuerats ut. Vår kontaktlista för Region Örebro län har uppdaterats och finns att hämta för remittenten på [www.usorebro.se](http://www.usorebro.se). På sidan för remittent finns även riktlinjen för rapportering av patienter mellan landsting.

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

Som nämnts tidigare skulle det vara önskvärt om landstingen fick skicka in sina data till den nationella databasen från införandestarten av SVF så att den nationella databasen skulle innehålla mer fullständiga uppgifter över antalet patienter. Det finns en differens mellan SKLs databas och den interna uppföljningen. Differensen beror på efterregistreringar, som inte kommit med i våra inskickade siffror då verksamheterna har rättat till felaktiga/ologiska registreringar i efterhand. Alla dessa ”rättade” patienter har inte kommit med i filskicken. Det finns också skillnader i data mellan landstingen för ”överlämnade till” och ”mottagna från” då mottagande landsting inte alltid registrerat koden för ”mottagen från”. I vår interna uppföljning ser vi också en underregistrering av ”mottagen från”. I SKLs databas är variabeln ”överlämnad till” exkluderat så det är svårt att följa patienter mellan landsting.

## 2. Fortsatt arbete med SVF

### 2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

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

Inom flera SVF anger verksamheten fortfarande att patienter i SVF går före och genom detta tränger undan andra patienter från främst mottagningstider. Detta gäller de SVF där det finns många patienter i förloppen. Äkta undanträngning är svårdefinierad då det enligt Socialstyrelsen är undanträngning när vård med lägre prioritet, prioriteras före vård av högre prioritet. Eftersom cancervården definitionsmässigt har den högsta prioriteten är det mycket svårt att påvisa undanträngningseffekter även om annan vård får stå tillbaka på grund av ett ökat antal SVF-förlopp.

När det gäller röntgen har det gjorts på totalen 157 348 röntgenundersökningar inom Region Örebro län till och med 181011. Antalet SVF undersökningar är på totalen 2206. Akuta patienter och SVF-patienter prioriteras först och här ser vi inga undanträngningseffekter.

Ett viktigt förändringsarbete som planeras på röntgen blir att följa eventuella undanträngningseffekter på grund av felaktigt/ofullständigt remisser. Röntgenkliniken ska tillsammans med primärvårdsläkare under hösten informera om remissrutiner för att få följsamhet till dessa.

Kontrollbesök för patienter med prostatacancer är fortfarande försenade mycket beroende på en nu genomförd ombyggnation av mottagningslokalerna, som påverkat mottagningskapaciteten. SVF prostatacancer och urinblåsecancer är stora grupper av patienter som prioriteras före de patienter som går på kontroller, vilket också påverkar.

Som tidigare nämnts i handlingsplanen befarar patologen att det finns undanträngningseffekter av andra patienter bland annat på grund av bristen på patologer då SVF prover prioriteras. Andra undersökningar får längre svarstider. Med den interna uppföljningen av ledtider på patologen som införs under året kommer vi att kunna se om det förekommer undanträngningseffekter. Det man hittills kunnat se är att patologprover från andra hudsjukdomar trängs undan.

Öron-näsa halskliniken har uttryckt en oro att andra patienter med benigna åkommor ska trängas undan, vilket har visat sig inte stämma. Ett tydligare och strukturerat omhändertagande som också bygger på funktion och inte person gör att patientflödet blir effektivare, sparar resurser och ökar tillgängligheten för andra patientgrupper.

Använd gärna tabellen:

<b>Risk för undanträngning/omprioriteringar</b>	<b>Genomförda åtgärder</b>
Outnyttjade röntgentider för SVF-patienter som ej kommer till undersökningen	Röntgenkliniken har ännu inte hittat något verktyg för att mäta uteblivna besök. Under hösten har diskussioner påbörjats mellan primärvården, röntgen och urologen, då det är framför allt patienter med misstänkt urinblåsecancer som uteblir, för att försöka komma till rätta med problemet. Sedan ska remitter informeras om att de måste vara tydligare i sin patientinformation om vikten att patienten inte uteblir från undersökningen och att andra patienter får vänta längre i onödan.
Längre väntetider för olika undersökningar på röntgen	Röntgenkliniken kommer under hösten lättare kunna följa ledtider för SVF-undersökningar i sitt system med ett nytt Sectra Ris.
Recidivkontroll av urinblåsecancer kan trängas undan av ett högt inflöde SVF för urinblåsecancer	Följs upp på opererande onkologis områdesmöten
Prostatacancer långt tidsintervall till kontroller	Följs upp på opererande onkologis områdesmöten
Långa svarstider för patologprover som ej ingår i SVF	Till årsskiftet kommer vi att implementera en modell för intern uppföljning av ledtider på patologen för att hitta flaskhalsar. Den bygger på den nationella mätmodellen som är framtagen av SKL. Patologens interna uppföljning visar att medelsvarstider för SVF prover har förbättrats.

## 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 Örebro har ”Min vårdplan” införts i takt med att SVF införts för de olika diagnoserna. Verksamheterna har kommit olika långt med användandet av den men allt fler patienter erbjuds Min vårdplan liksom formuläret för Hälsoskattning. Kontaktsjuksköterskan ansvarar för att ”Min vårdplan” upprättas. Min vårdplan” ska delas ut till alla patienter som får en cancerdiagnos och ska uppdateras när vård och behandling ändras på ett sätt som har betydelse för patienten.

Region Örebro län har startat ett projekt med en projektorganisation och projektplan, som stöd för att införa den elektroniska Min vårdplan, e-MVP, som finns framtagen under plattformen stöd och behandling på 1177. Vi kommer att införa den för patienter med kolorektalcancer och huvudhalscancer och start av införandet kommer att ske 1 december 2018. Vi kommer sedan att succesivt fortsätta införa den för fler cancerdiagnoser. Projektet har ett nära samarbete med SKL och i införandet av e-MVP. Projektledaren deltar i sjukvårdsregionala möten för att vårdplansmallarna ska se lika ut i hela sjukvårdsregionen, vilket är en förutsättning för att vårdplansmallarna ska kunna lämnas över mellan landstingen/regionerna. Den generella informationen i vårdplansmallen kommer att vara nationell. Kontaktsjuksköterskorna för respektive cancerdiagnos deltar i implementeringsarbetet och är delaktiga i framtagandet av den information som ska finnas i e-MVP för respektive cancersjukdom också via sina nätverk. Vi kommer att bjuda in en patientrepresentant att delta i införandet. För de patienter som inte vill ha min vårdplan elektroniskt kommer den att finnas i pappersformat.

## 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?*

Verksamheterna har själva ansvarat för att bjuda in representanter/patienter för patientföreningar till processmöten. Vi har haft deltagare från SVF *prostatacancer och SVF neuroendokrina buktumörer*. Eftersom det inte alltid finns lokala föreningar och att det är svårt för föreningar att rekrytera medlemmar, har det varit svårt att hitta deltagare till de nya SVF. Föreningar har bjudits in men valt att avstå från att delta. Deltagarna har haft möjlighet att lämna synpunkter på hur verksamheten ska arbeta med SVF. Mötena har varit givande och uppskattade både från verksamheterna och från patienterna. Det som framkommit har varit att det finns ett gott bemötande från vården. Införandet av SVF har gjort att omhändertagandet av patienten blivit både snabbare och mer strukturerat. Det är viktigt att patienter och anhöriga kontinuerligt får information om vad som ska hända under utredningen. Min vårdplan med samlad information kommer att erbjudas alla som får en cancerdiagnos. Det är viktigt att den finns också att tillgå i pappersformat, när den införs elektroniskt. Det är bra att det finns ledtider för vården att förhålla sig till.

Det lokala Cancerrådet inom Region Örebro län träffar varje termin företrädare för ett antal patientföreningar för att diskutera aktuella frågor och få inspel från föreningarna. Det senaste mötet som hölls i maj 2018 handlade till stor del om aktuellt läge i standardiserade vårdförlopp och om cancerrehabiliteringsfrågor. Föreningarna ville dessutom ha svar på hur arbetssituationen ser ut för kontaktsjuksköterskor och de ville veta vilka väntetider som gäller för de olika SVF. Föreningarna framförde hur viktigt det är att få en namngiven kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan måste vara lätt att nå för patienten och är en viktig funktion för att fånga upp de problem som patienten har och ge information och stöd på olika sätt. Det är viktigt att vården är personcentrerad.



Vid mötet redogjordes för hur verksamheterna arbetar med förbättringar för att korta ledtiderna. Diskussioner fördes även hur patientföreningar kan bli mer delaktiga i cancerrehabilitering. Information gavs om den elektroniska Min vårdplan som ska införas i Region Örebro län under hösten.

Cancerrådet har beslutat att två patientrepresentanter kommer att bjudas in att delta vid cancerrådets möten. Patientföreningarna får själva besluta om vilka som ska delta.

Vid införandet av de tre nya vårdförloppen följdes en kommunikationsplan för det övergripande projektet. Kommunikationen bestod mestadels av aktiviteter riktade till medarbetare inom organisationen och till professionen utanför regionen. Information riktad till patienter finns bland annat på 1177. Det är ännu för tidigt att rapportera några större förändringar i väntetider eller andra konkreta resultat som gör att medier finner arbetet med standardiserade vårdförlopp intressant att rapportera om till den stora allmänheten.

## 3.2 Vårdens medarbetare

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

### *Primärvården*

Som tidigare beskrivits ingår en distriktsläkare från Hälsovalsenheten med övergripande ansvar för primärvården i styrgruppen för SVF och han har därmed direkt möjlighet att stödja införandet av SVF i primärvården och även hos privata vårdgivare. Han är samtidigt en länk till specialistvården. Läkaren arrangerar regelbundna möten med alla verksamhetschefer, medicinskt ansvariga läkare, privata vårdgivare och informerar om SVF. Alla löpande förändringar i riktlinjer kommuniceras ut till berörda, samt verksamhetschefer. Läkaren har haft två utbildningsdagar om SVF för distriktsjuksköterskor/sjuksköterskor och medicinska vårdadministratörer på vårdcentralerna under våren respektive hösten. Vi ska fortsätta med årliga utbildningsinsatser om SVF för alla medarbetare i primärvården. Vi planerar också uppföljningsmöten mellan specialistvården och primärvården för att följa upp vad som fungerar bra eller mindre bra.

Vi har fortfarande problem med ofullständigt ifyllda remisser, trots stora informationsinsatser. Samtal pågår mellan specialistvården och primärvården hur vi ska komma till rätta med problemet. Inga remisser ska skickas tillbaka till remittenten men det tar tid från koordinatören att nå remittenten/patienten för att få fullständiga uppgifter. När det kommer ny personal är det svårt att nå ut med information om SVF och remissvägar, vilket har lett till längre ledtider. Ett annat problem är att primärvården och specialistvården har olika remissystem, vilket kan leda till att remisser skickas till fel mottagning.

För att få flödet ska fungera mellan primärvård och specialistvård är de medicinska vårdadministratörerna och koordinatörerna i specialistvården viktiga nyckelpersoner. För att underlätta diktering av RoS elektronisk SVF-konsultremissen har vi tryckt upp en diktatmall. Den är liten och inplastad och kan sättas på datorn för att påminna om SVF för medarbetare inom både primärvård och specialistvård.

Information om SVF och nya förlopp publiceras också regelbundet på intranätet under riktlinjer för varje diagnos och på en samlingsida. Här finns också alla primärvårdsversioner tillgängliga med lokala tillägg och kontaktpersoner. Här står också vart den elektroniska konsultremissen ska skickas. Här finns även patientinformation, remisshanteringsrutiner och kodningsvägledning. Riktlinjer finns också på en extern hemsida för att privata vårdgivare och vårdgivare utanför länet ska kunna ta del av dessa. Dessutom finns en kommunikationsstrategi i styrgruppen som samordnar all kommunikation om SVF i Region Örebro län. Målet är att alla SVF ska vara kända och tillgängliga för alla medarbetare i primärvården. Personalen på vårdcentralerna informeras också muntligt på arbetsplatsträffar. All personal har länkar till standardiserat vårdförlopp på intranätet.

Rådgivningsstödet webb (RGS) är framtaget för att stödja sjuksköterskor att bedöma vårdbehov. RGS webb stödjer flera SVF kommer att införas under hösten på alla vårdcentraler som beslutsstöd vid telefonrådgivning. Utbildning för distriktsjuksköterskor i hur man använder RGS webb genomförs under hösten. Distriktsjuksköterskor informeras om att även använda appen för SVF som ett stöd för alarmsymtom. Primärvården använder det nationellt kliniska kunskapsstödet där det finns information om de olika SVF.

### *Specialistvården*

Vi informerar om vårdförloppen på ledningsgruppsmöten på förvaltningsnivå, områdesnivå och verksamhetsnivå. Det är chefen inom respektive ledningsgrupp som ansvarar för att information som ges i de olika ledningsgrupperna ska föras vidare till nästa led.

Vi har också erbjudit klinikerna en kommunikatör som stöd för att ta fram en egen kommunikationsplan för sitt SVF-införande. I klinikens egen kommunikationsplan listas målgrupper, kommunikationsmål, budskap, och aktiviteter.

Medarbetare inom primärvården och på kliniker inom specialistvården har också haft möjlighet till flera utbildningstillfällen. På USÖs Fredags-forum som är ett öppet informationsmöte på fredagsmorgnarna för alla medarbetare har temat varit SVF vid flera tillfällen. Fredagsforum länkas också till lasaretten i Karlskoga och Lindesberg och kan även ses i efterhand på intranätet.

Distriktsläkaren från Hälsovalsenheten föreläser på läkarutbildningen termin 11 om SVF. Kunskapen om SVF är stor bland läkarstudenter och de hjälper till att sprida informationen om SVF.

Information om SVF och nya förlopp publiceras regelbundet på intranätet. Vi har satsat på en lättillgänglig information på intranätet, där vi samlat allt om vårdförloppen, kontaktuppgifter, rutinbeskrivningar, hur man remitterar, både via fax och elektronisk konsultremiss.

## 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.*

Regionservice IT vid Region Örebro län, har tagit fram rutiner och lathundar för inregistrering av de nationella KVÅ-koderna i regionens vårdadministrativa vårdsystem/journalsystem. Projektledare tillsammans med Regionservice IT utbildar och informerar processledare, koordinatörer och medicinska vårdadministratörer i hur KVÅ-koder ska inregistreras samt informerar om förändringar av kodningsvägledningarna. Detta arbete sker vid varje nytt införande och vid behov, till exempel då förändringar sker i vårdförloppen. Vid dessa utbildnings-/informationstillfällen går vi igenom vårdförloppsbeskrivningarna och kodningsvägledningar med processteamerna för att säkerställa var i förloppen koderna ska sättas och vilka koder.

I verksamheterna finns rutinbeskrivningar för att tydliggöra vem som sätter vilken kod av läkare och av koordinator/medicinsk vårdadministratör. Koordinatorerna kontrollerar regelbundet, ibland tillsammans med ansvarig läkare, att koder är inregistrerade. Koordinatorernas erfarenhet och kunskap om KVÅ-koder har ökat och inregistreringen av dessa fungerar överlag bra. De brister som finns är inregistrering av KVÅ-koden för mottagen från annat landsting. För att fånga dessa uteblivna registreringar har vi utökat den interna fellistan så att patienter som kommer från annat län än Örebro län och saknar denna registrering fångas upp. Projektledare och produktionscontroller kvalitetsgranskar kontinuerligt inregistreringar och utdata och har kontinuerlig dialog med verksamheterna för att revidera upptäckta felaktigheter. Vi jämför även våra ledtider, antal ingående patienter per SVF gentemot andra landsting på cancercentrums hemsida samt uppgifter från kvalitetsregister över incidensen av nydiagnostiserade.

Inom Region Örebro län har vi beslutat att samtliga KVÅ-koder som hör till de standardiserade vårdförloppen ska användas och registreras. Vi levererar även samtliga registrerade koder till den nationella databasen. Vi har vid ett flertal tillfällen tvingats ta bort registrerade KVÅ-koder då registreringarna infaller i

”ologisk datumordning” enligt vårdförloppsbeskrivningarna. Hade vi inte tagit bort dessa registreringar hade inte vår statistik tagits emot av den nationella databasen. Vårdförloppsbeskrivningarna är inte alltid anpassade efter verkligheten och det tvingar oss att ta bort KVÅ-koder för att få igenom de nationella filskicken till SKL. Detta leder till att vi inte fullt ut kan visa vilka patienter vi tar hand om inom vilka ledtider. Detta finner vi otillfredsställande och det blir svårt att motivera kodningen för verksamheterna i dessa fall.

När den välgrundade misstanken i SVF kolorektal ska sättas har den i Region Örebro län satts av specialistvården och inte i primärvården, vilket är en feltolkning av vårdförloppet. Detta har nu åtgärdats så att primärvården startar förloppet, vilket också syns i jämförelsen med andra landsting/regioner.

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

Det finns rutinbeskrivningar i en lathund för hur man ska registrera i det patientadministrativa systemet och där ingår även beskrivning för hur man flyttar över och tar emot patienter från vårdgivare utanför Region Örebro län. Vi använder koden för patient överflyttad till annat landsting så att vi kan ha kontroll på hur många vi remitterar för fortsatt utredning och vård i annat landsting i vårt lokala uppföljningssystem. I lathunden beskrivs vilka åtgärds-koder som ska användas och hur man registrerar mottagen från/överflyttning till annat landsting. En intern fellista har tagits fram, delvis baserat på den nationella valideringen, men med tillägg av flera andra interna valideringar för att fånga felregistreringar. Fellistan går månatligen ut till verksamheterna och status på felen kontrolleras innan filskicket går till SKL. En av de interna valideringarna som införts fångar upp om KVÅ-koden mottagen från annat landsting saknas för patienter som kommer från andra landsting än Region Örebro län. I den interna uppföljningen kan vi följa vilka patienter som remitterats till annat landsting och vilka patienter vi tagit emot. Det går även att särskilja utomlänspatienter i de flesta av regionens interna uppföljningsrapporter.

Några verksamheter har tagit fram egna rutinbeskrivningar för hur man tar emot patienter från annat landsting, vilka koder som ska sättas och när. Saknas datum för välgrundad misstanke på remissen kontaktar koordinatören remitterande landsting. Vi skickar med datum till mottagande landsting för välgrundad misstanke.

Andra landsting kontaktar oss för att jämföra antalet patienter de remitterat mot hur många vi har tagit emot. Vi kan på så sätt kontrollera om antalet skiljer sig åt, följa upp och åtgärda orsaker.

I våra interna uppföljningsrapporter ser vi att totalt 105 patienter har en välgrundad misstanke och har flyttats över till annat landsting för fortsatt utredning/behandling. Vi kan dock inte återfinna mer än 10 procent av dessa patienter i SKLs databas, varför vi misstänker att KVÅ-koden för mottagna patienter inte används i full utsträckning hos andra landsting och regioner. Bland våra 105 överflyttade patienter återfinns vi bland annat 27 patienter med skelett- och mjukdelssarkom 21 patienter med bukspottkörtelcancer, 17 patienter med levercancer, 15 patienter med cancer i gallblåsa och 9 patienter med äggstockscancer. Dessa patienter återfinns alltså inte i den nationella statistiken hos mottagande landsting.

Vi har 343 poster i våra interna uppföljningsrapporter som har en välgrundad misstanke och som vi tagit emot från en annan region eller annat landsting. Tyvärr kan man inte följa överflyttade patienter i SKLs databas, så vi kan inte se hur motsvarande siffror ser ut för hemlandstingen. Vi kan även se att 65 patienter kommit till Region Örebro län från en annan region eller landsting men saknar KVÅ-kod för välgrundad misstanke. Orsaken till dessa saknade koder kan antingen vara att vi missat att koda eller att hemlandstingen inte skickar med datum och kod för start av standardiserat vårdförlopp.

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

Ansvar för att driva och bevaka respektive SVF åligger verksamhetschefen på berörd verksamhet. På områdeschefens ledningsmöten sker en avrapportering och kontroll att arbetet går åt rätt håll. Om ett SVF inte utvecklas som den bör ska en handlingsplan göras och följas upp på områdeschefens ledningsmöten. Ytterligare en kontrollfunktion finns i att uppföljning av SVF även ingår i ledningens genomgång med områdena. Slutligen har även cancerrådet ett bevakande ansvar på en mer övergripande nationell nivå.

Uppföljning kommer också att ske i chefläkarorganisationen som hanterar bland annat avvikelser, klagomål, utreder vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet och deltar i risk-och händelseanalyser.

I dialogmöten med det sjukvårdsregionala RCC och verksamheterna följs SVF upp avseende bland annat KVÅ-kodsregistreringen, ledtider, organisationen och flaskhalsar. Förbättringsområden identifieras som sedan följs upp under kommande år.

Från och med hösten 2018 har ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Örebro län infört en ny förvaltningsövergripande uppföljning i ett så kallat årshjul. Ett av nyckeltalen i detta års hjul är de standardiserade vårdförloppen. Målet för de standardiserade vårdförloppen är de nationellt framtagna målen. Status per standardiserat vårdförlopp ska redovisas och där det är avvikande resultat mot målvärden ska en analys göras. Kopplat till detta ska även handlingsplaner finnas och uppföljning av detta kommer att ske tre gånger per år på förvaltningsnivå.

I utvärderingen av hela införandet säger verksamheterna att införandet av SVF har medfört att omhändertagandet av SVF-patienterna har blivit mer strukturerat och det finns ett gemensamt perspektiv på hur hela utredningen ska gå till genom att det som är nationellt bestämt ska följas. Det leder till att det finns en bättre kontroll över ledtider och SVF visar tydligare vilka behov som finns genom hela processen och var flaskhalsarna finns. Omhändertagandet av patienterna har blivit snabbare, dock anser några verksamheter att det inte alltid är medicinskt motiverat och har skapat onödig oro hos patienter.

## 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 Örebro län har använt PREM-enkäten som tagits fram av SKL och RCC för de förlopp som infördes 2015-2017 och för de tre nya SVF som införts under 2018. Vi följer SKL:s tidsplan: Anvisningar för mätning av patientupplevelser.

Verksamhetschefer och processteam får information när resultat kommer och att resultatet finns att hämta från PREM-enkäten på [patientenkatt.se](http://patientenkatt.se) Det är kliniken som

äger sitt resultat och ansvarar för analys, uppföljning och arbeta med förbättringar. Genomgång av resultatet görs på processmöten, möten med kontaktsjuksköterskor och koordinators av projektledaren. Distriktsläkaren som arbetar på Hälsoval går igenom resultatet på möten med verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare.

Vid mötet för överlämnandet av klinikernas SVF för fortsatt utveckling av vårdförloppen lämnas ansvaret över att följa resultatet från PREM-enkäten och arbeta med förbättringar. PREM-enkäten ska sedan följas upp på områdesnivå och ingå i de handlingsplaner som verksamheterna tar fram.

Under 2016 från mars månad skickades 1367 stycken enkäter ut och 782 svarade vilket ger en svarsfrekvens på 57,2 procent. Antalet utskickade enkäter för kvartal ett, två och fyra 2017 är 2002 och antalet svarande är 1180, vilket ger en svarsfrekvens på 58,9 procent. Under 2018 har 829 enkäter skickats ut och antalet svarande är 493 vilket ger en svarsfrekvens på 59,5 procent. För de nya förloppen finns ännu inga resultat då antalet patienter är för få.

Resultatet har givit oss ett större underlag till att arbeta med förbättringar. Utifrån resultatet ser vi att Region Örebro har ungefär samma resultat eller något över riket i övrigt. Det går också att göra en jämförelse mellan de data som finns mellan 2016 och 2017 samt första kvartalet 2018. Det samlade resultatet grundar sig framför allt från de urologiska diagnoserna, hudmelanom, huvud-hals cancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer. För de små diagnoserna får det övergripande resultatet användas.

De flesta patienterna kommer in via vårdcentralerna och med nytillkomna symtom. Fler patienter erbjuds fast vårdkontakt 2016 var det 64,3 procent (kontaktsjuksköterska 36,9 procent) 2017 69,9 procent (kontaktsjuksköterska 39,8 procent) och 2018 70 procent (kontaktsjuksköterska 39,2 procent).

Vid fortsatta jämförelser mellan åren och för både de med cancerdiagnos och utan cancerdiagnos ser vi att respekt och bemötande får höga värden 95,1 procent 2016, 93 procent 2017 och 94,3 procent 2018. Det emotionella stödet till patienten, familj och närstående har försämrats sedan mätningen 2016 men blivit något bättre under 2018. Av antalet svarande ansåg 74 procent år 2016 att de fått emotionellt stöd och 70,2 procent 2018. Verksamheter pekar på bristen på för få kontaktsjuksköterskor, tid för kontaktsjuksköterskor att utföra sitt uppdrag, men även personalomsättningar av kuratorer som orsaker. Att kontaktsjuksköterska är med från början i utredningsgången och är tillgänglig varje dag uppnås inte alltid i verksamheterna men



målet är på sikt att det ska finnas. Tillgängligheten till kontaktsjuksköterskan behöver bli bättre

När det gäller delaktighet och involvering för båda grupperna, med cancerdiagnos och utan cancerdiagnos, har detta förbättrats, från 46,6 procent till 60,8 procent. Enkäten visar att 83,9 procent 2018 med en cancerdiagnos känner sig delaktiga i beslut beträffande vård/behandling i jämförelse med 2016 då siffran var 73,5. Något fler får också en skriftlig individuell vårdplan . Av patienterna som fått en cancerdiagnos har 67,9 procent fått en skriftlig individuell vårdplan mot tidigare 65,3 procent

Ett område vi måste bli bättre på är att erbjuda möjligheten att ta med närstående vid diagnosbesked. I jämförelsen mellan åren har det blivit något bättre för båda grupperna från 37,7 procent till 46,4 procent. Kliniker arbetar med att informera patienten muntligen vid mottagningsbesök eller per telefon om möjligheten finns och att det är en rutin på mottagningen.

Information till patienterna att de har utretts för symtom som möjligt kan bero på cancer har förbättrats mycket. Från tidigare när man frågade om patienten fått information om att hen utretts enligt standardiserat vårdförlopp svarade 66,1 procent ja och nu svarar 85,8 procent ja. Detta kan bero på att man ändrat frågan från att ha utretts enligt standardiserat vårdförlopp till att ha utretts för cancermisstanke.

Information har getts tidigare till läkarna att de behövde bli bättre på att informera patienten om hen utreds enligt standardiserat vårdförlopp och använda patientinformationen. Öron-näsa-halskliniken har hela tiden dialog med primärvården om vikten av att patienten får information både muntligt och skriftligt om att hen ska utredas för misstänkt cancer. I den elektroniska remismallen för alla SVF finnas en ruta att kryssa i att patienten har informerats att hen ska utredas för misstanke om cancer och i ett standardiserat vårdförlopp.

Samordningen av kontakter fungerar fortsatt bra både för de som fått en cancerdiagnos och de som avslutats innan start av behandling. Tillgängligheten har förbättrats från 76,1 procent till 80,2 procent. Andelen patienter med en cancerdiagnos som upplevde tiden från första kontakt med vården till besök i specialistvården positivt har ökat från 70 procent till 74,5 procent.

De patienter som har diagnostiserats med cancer och som har startat behandling svarar i högre grad på enkäten och mer positivt i alla dimensioner än de patienter som

avslutats innan start av behandling. Andelen positiva svar i flera frågor i den senare gruppen har minskat i jämförelse mellan åren.

Flertalet upplever att tiden för den totala utredningen varken är för lång eller för kort. Det finns fortfarande en oro i vården att patienterna ska tycka att utredningen går för fort, att man inte hinner landa och att det kan bli onödigt traumatiskt senare i förloppet. På öron-näsa-halskliniken finns en stor medvetenhet om risken och åtgärder vidtas för att stötta patienten under utredningen om patienten upplever att det går för fort.

Projektledaren svarar på frågor från patienter/anhöriga om enkäten. Telefonsamtalen var många när enkäten började skickas ut igen men nu är antalet få och det man huvudsakligen undrar över är varför man fått enkäten.

Vi har informerat invånare och patienter via 1177 Vårdguiden. Genom att använda puffnotiser på den lokala startsidan har vi länkat till den nationella informationen om standardiserade vårdförlopp och PREM-enkäten.

Vi har också informerat om standardiserade vårdförlopp och PREM-enkät på informationsskärmar som finns i allmänna utrymmen på sjukhus och vårdcentraler.

## 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?*

Under införandeprocessen finns en projektorganisation som stödjer, bevakar och följer upp att processen går planenligt. Region Örebro län har överlämnat införda SVF från projektorganisation till förvaltning varje år för fortsatt drift, verksamhetsutveckling och uppföljning av standardiserade vårdförloppet till linjen i verksamheten. För hälso- och sjukvårdsförvaltningen innebär detta att varje SVF är kopplad mot klinik med verksamhetschef som ytterst ansvarig för resultaten. På så sätt inlemmas SVF i den ordinarie verksamheten. På områdeschefens ledningsmöten sker en avrapportering och kontroll att arbetet går åt rätt håll av de SVF som pågår inom respektive område. För varje vårdförlopp finns en fortsatt organisation med processledare, koordinator och kontaktsjuksköterska. Varje område har stödfunktioner: en verksamhetscontroller som ansvarar för att ta fram och presentera relevanta data på områdesmöten, verksamhetsutvecklare som stödjer verksamheterna i förbättringsarbetet och respektive verksamhet har egna webbredaktörer som lägger ut information på intranätet och den externa webbplatsen [www.usorebro.se](http://www.usorebro.se).

Om en SVF inte utvecklas som den bör ska en handlingsplan göras och följas upp på områdeschefens ledningsmöten. För de flesta av de nu pågående SVF finns antingen handlingsplaner gjorda eller är under vardande för att nå de nationellt satta målen 2020. Ytterligare en kontrollfunktion finns i att uppföljning av SVF även ingår i Hälso-och sjukvårdsledningens genomgång med områdena. Hälso-och sjukvårdsdirektören har det slutgiltiga ansvaret för tillsyn och kontroll av SVF-processerna. Uppföljning av utvecklingen sker via en löpande jämförelse av resultaten för de två sista halvåren som uppdateras kvartalsvis. Mätvärden är min-maxvärden, andel inom målvärde samt medianvärde.

Projektledaren för SVF finns sedan september under chefläkarorganisationen och uppföljning av SVF kommer också att ske i chefläkarorganisationen som hanterar bland annat avvikelser, klagomål, utreder vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet och deltar i risk-och händelseanalyser. Planering pågår för att följa upp varje vårdförlopp under 2019 och sedan årligen, möten där primärvården, patologen och röntgen deltar för att se vad som fungerar bra och mindre bra. Styrgruppen för SVF som funnits under införandet kommer att finnas kvar och fortsätta att följa upp de införda SVF.

Cancerrådet har ett ansvar att hjälpa och stödja verksamheterna i det förändringsarbete som bygger på fortsatt tillämpning av de standardiserade vårdförloppen och ett bevakande ansvar på övergripande nationell nivå. I dokumentet ”Riktlinjer för fortsatt drift, verksamhetsutveckling och uppföljning av standardiserade vårdförlopp (SVF)” beskrivs vad verksamheternas ansvar omfattar mer exakt. Det innebär bland annat att verksamheten ska säkerställa att inregistrering av KVÅ-koder fungerar, följa upp de nationellt beslutade ledtiderna för varje vårdförlopp men även följa upp ledtider där målvärden saknas. De ska också följa upp resultatet av PREM-enkäten och utifrån det arbeta med förbättringar.

## **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?*

När man generellt ser till utvecklingen av SVF sedan starten och de förlopp som har många patienter kan man inte se någon tydlig förbättring av ledtiderna. När vi jämför våra resultat för 2018 i SKLs databas med rikets ligger vi bättre till i de flesta SVF. De förlopp som vi 2018 uppnår målet andelen som får sin behandling inom maximal ledtid är: maligna

hjärntumörer, hudmelanom, akut leukemi (ALL och AML), kronisk lymfatisk leukemi, myelom och okända primärtumörer.

När det gäller målet att 70 procent av nya cancerfall ska ha utretts inom SVF når vi målet för samtliga förlopp med undantag för analcancerförloppet (två patienter saknas). Enligt beräkningsunderlaget ska det vara tre patienter i analcancerförloppet i Region Örebro län.

*Planerade och genomförda insatser för att nå målen 2020.*

#### *Bemannings och kompetens*

Bemanningen inom vården kommer att vara den största utmaningen. Det är viktigt att vården är en attraktiv arbetsplats och att det finns goda arbetsvillkor. I Region Örebro län har en total kompetenskartläggning gjorts av alla yrken och den kommer att göras vart fjärde år. Sedan görs årligen kompetenskartläggningar på verksamhetsnivå. Kartläggningen har gjort att det finns en bättre kontroll på hur läget ser ut och var det finns brister. Utifrån den fattas det beslut vilka specialistutbildningar som behövs och vilka satsningar som behöver göras. Exempelvis har det startat ett projekt för kompetensutveckling av undersköterskor. Ett annat exempel är att man sett över vilka karriärvägar och kompetensutveckling det finns för sjuksköterskor. Det finns 60 platser inom olika områden med betald utbildning för att utbilda sig till specialistsjuksköterska. Region Örebro län arbetar med hur man kan ta tillvara utländsk kompetens. Två språklärare är anställda i syfte att korta vägen in i vården för utländsk arbetskraft.

#### *Oberoende av inhyrd personal*

Den 1 januari 2019 ska Region Örebro län, tillsammans med landets övriga regioner och landsting, vara oberoende av inhyrd personal. Som ett led i detta arbete startas nu en bemanningspool för internstafett på länets vårdcentraler. Det ska också skapa kontinuitet för patienterna och öka samarbetet över och inom verksamhetsgränser. Olika åtgärder har vidtagits på vårdcentralerna för att få en effektivare användning av läkarens tid. Exempel på detta är implementering av sjuksköterskeledda team, rehabiliteringsteam, akutteam som genom samarbete mellan läkare och sjuksköterska kan erbjuda fler läkartider än tidigare, drop in mottagningar, 1:a besök till sjukgymnaster, nya arbetssätt samt rekrytering av läkare på olika nivåer.

### *Elektronisk konsultremiss*

Med införandet av den elektroniska konsultremissen i Region Örebro län under våren har behovet av att kunna skicka bilder aktualiseras. Ett projekt har startat för att möjliggöra detta som en del av radiologins bildlagring (PACS). Det blir då möjligt för läkaren att kunna skicka dermatoskopibilder vid misstänkta maligna melanom till hudkliniken för att få hjälp med bedömningen. Detta skulle ge en snabbare handläggning av patienten som kan få ett snabbt svar och tid till hudläkare. Kompetensen hos primärvårdsläkaren kommer att öka då bilderna också kan sparas för framtida bedömningar.

### *Röntgenkliniken*

Röntgenkliniken i Region Örebro län är en länsklirik under uppbyggnad. Under hösten 2018 har kliniken investerat i ett gemensamt Radiologiskt Informations System (RIS) för Region Örebro läns röntgenmottagningar och det kommer det att finnas en gemensam tidbok. Denna förändring kommer att innebära att vi kan koordinera arbetet kring SVF-patienten på ett mer effektivt sätt och bättre kunna följa ledtider. Att få till ett effektivt och optimerat flöde för SVF-patienterna bygger på att utvalda koordinatörer handlägger alla SVF-remsor. Eventuellt kommer en centralisering ske av arbetet kring SVF-patienter för länets tre röntgenmottagningar till röntgens koordinatörer. En översyn av koordinatörernas arbetsuppgifter och tiden för SVF-uppdraget kommer att göras. Det är fortfarande brister i form av radiologer med rätt kompetens. Kompetensförstärkning kommer att behövas för att nå målen 2020. Det är brist på tider till MR-undersökning och det planeras för att köpa in ny utrustning för diagnostiken men även för forskning, så att dessa undersökningar avlastar den vanliga MR.

För att säkra den bröstradiologiska verksamheten har ett nytt avtal slutits med en extern aktör som tillhandahåller läkarbemannning från 181001.

### *Patologen*

Medelsvarstiderna för patologprover är totalt sett för långa men har förbättrats under året och medelsvarstiderna totalt för alla prover har minskat från 27 kalenderdagar till 13 kalenderdagar från 2016 till 2018. För SVF-prover är medelsvarstiden sju

kalenderdagar. Den största effekten beror på att bemanningen på labb har ökat och att SVF-proverna prioriteras. Inom vissa områden är det svårt att kunna leva upp till ledtider om man inte tar en bred infärgningsanalysering innan man tittar på provet, till en hög kostnad och större arbetsbelastning på labb. Testning pågår i SVF lymfom med en mellanvariant för att se om svarstider kan kortas. Patologen har fortfarande brist på läkare och kompetens vilket innebär att många prover bedöms av konsultläkare och att prover måste skickas till andra laboratorium, vilket ger längre svarstider. Fortsatt arbete pågår med rekrytering av patologer för att få rätt kompetens på plats och minska på behovet av hyrläkare och konsulter vilket är ett stort och svårt arbete att lösa. Patologen har en fortsatt dialog med sina kunder om vilka prover som verkligen ska hanteras inom SVF.

I SVF lungcancer är det långa ledtider bland annat på grund av långa svarstider för patologprover. En processkartläggning av flödet på patologen har gjorts där man hittat flaskhalsar. Stor spridning i svarstider finns då utrustningen för molekylära prover körs en gång per vecka på grund av dyra analyser.

#### *Urologiska kliniken*

Urologiska kliniken har invigt sina nya mottagningslokaler under våren 2018 vilket har inneburit en ökning av mottagningskapaciteten. I början av året var det cirka 1300 patienter totalt som fanns på väntelistan och i oktober finns det cirka 370 patienter. Väntetiderna för SVF prostatacancer har förbättrats för nybesök men från nybesöket till operation är de fortfarande för långa. Till viss del beror det på att patienten får ett extra mottagningsbesök för att få information om och ta beslut om vilken behandling de ska ha. Medelsvarstiden för patologprover mellan-nål har förbättrats från tio kalenderdagar 2017 till sex kalenderdagar 2018. Verksamheten fortsätter att arbeta med produktionsplanering och kompetensmatriser. Syftet är att ta fram hur behoven är utifrån bland annat remissinflödet, besökstider, operationstider och vilka personalresurser som finns och hur dessa kan fördelas och vilken kompetens. Utifrån detta görs en produktionsplanering för vilket mål som ska uppnås för varje dag. För SVF ska planeringen utgå ifrån de nationella målen. Analyser görs varför målen inte uppnås och handlingsplaner tas fram med aktiviteter, ansvarig person och en tidsplan.

#### *Medicinska kliniken*

Medicinska kliniken långa ledtider till koloskopi har kunnat minska genom att det numera finns en gemensam väntelista till koloskopin i länet. Detta har gjort att tiden till undersökning för patienter ingående i SVF hålls och ska säkerställa en jämlik vård i länet. Koloskopiundersökningar har koncentreras till två sjukhus mot tidigare tre i Region Örebro län, för att bättre ta tillvara resurser. Remisser skickas till endoskopin USÖ som bedömer remisser samma dag och prioriterar. Flera nya sjuksköterskor har anställts och ST-läkare bereds träning för att säkra tillgången på skopister. Under hösten 2018 kommer utbildning av endoskoperande sjuksköterska påbörjas. Daglig produktionsuppföljning sker på endoskopienheterna och veckovisa rapporter sammanställs över aktuella väntelistor och produktionsvolym.

### *Kvinnokliniken*

Kvinnokliniken har sett att ledtiderna är långa och har därför beslutat att alla patienter där man misstänker gynekologisk cancer går direkt till center för gynekologisk cancer. Kliniken tar emot utomlänspatienter. Patienter som remitteras från andra landsting har generellt längre väntetider och kan fördröjas i flera steg, vilket innebär att det inte blir en jämlik vård. Det krävs hela tiden att det finns ett aktivt arbete för att följa upp de olika SVF och att man följer vad som är nationellt bestämt. Anmälan till den regionala MDK ska ske tre dagar innan och det kan innebära att det blir en onödigt lång ledtid då patienten inte hinner anmälas i tid.



## 6. Ekonomi

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

Vi använder medlen som en ramförstärkning även detta år för att kunna arbeta med förbättring av cancervården i stort men förstås specifikt för SVF, med förväntan att prestera bättre tillgänglighet och större patientnöjdhet. Medlen har använts till projektledartjänst på 100 procent, kontaktsjuksköterskor och koordinatörer ute i verksamheterna. Dessa tjänster kommer från 2019 att finansieras av regionens medel.

Medel har också använts till IT-kostnader för att skapa en ny rapport för uppföljning av ledtider, uppdatera befintliga rapporter samt ta fram en rapport över patologens ledtider.

Medel är beviljade till köp av utrustning på patologen för automatisk paraffininbäddning av cytologiskt material vid bland annat lungcancer och okänd primärtumör.

Medel är beviljade för att införa en systemlösning för att kunna skicka och lagra bilder vid misstänkt malignt melanom.

Till PREM- enkäten har medel använts till manuella uttag av patientunderlag och kostnader för enkäten.

Det kommer inte att bli några överföringar av medel från år 2018 till 2019.

## 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.*

SVF måste även framledes få vara en levande process där indikatorer, ledtider med mera är under en ständig översyn. Vissa SVF kanske så småningom skall tillkomma – andra kanske skall avvecklas eller få ändrat innehåll. Generella stödåtgärder kan också bli aktuella för att underlätta för vissa SVF att nå målen. Allt detta kräver statligt stöd och resurser.

# 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/>

