

Regionalt cancercentrum väst

Västra Götalandsregionen

2018-10-29

Redovisning

Införandet av standardiserade vårdförlopp
2018 i Västra Götalandsregionen

Innehåll

1. Införda SVF.....	1
1.1 Införande av tre nya SVF under 2018.....	1
1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF	2
1.3 Överföring av information	4
2. Fortsatt arbete med SVF	6
2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar	6
2.2 Min vårdplan	8
3. Information och förankring	9
3.1 Patienter och närstående.....	9
3.2 Vårdens medarbetare.....	9
4. Resultat och statistik	11
4.1. Ledtider/kvalitetssäkring.....	11
4.2 PREM-enkäten	12
5. Planering för arbete efter 2018.....	13
5.1 Fortsatt arbete.....	13
5.2 Mål för 2020.....	14
6. Ekonomi	15
7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020.....	15
Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp.....	16

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.

SVF Buksarkom: Förloppet infördes i enlighet med plan den 1 april 2018. Koordinator och lokal processledare fanns på plats vid Sahlgrenska universitetssjukhuset där patienterna utreds vid välgrundad misstanke. Förvaltningarna hade i god tid fått i uppdrag att säkerställa obokade tider eller motsvarande. Det patientadministrativa systemet ELVIS var förberett för att registrera SVF-patienter.

SVF Neuroendokrina buktumörer: förloppet infördes i enlighet med plan den 1 april 2018. Koordinator och lokal processledare fanns på plats vid Sahlgrenska universitetssjukhuset där patienterna utreds vid välgrundad misstanke. Förvaltningarna hade i god tid fått i uppdrag att säkerställa obokade tider eller motsvarande. Det patientadministrativa systemet ELVIS var förberett för att registrera SVF-patienter.

SVF Vulvacancer: förloppet infördes i enlighet med plan den 1 april 2018. Koordinator och lokal processledare fanns på plats vid Sahlgrenska universitetssjukhuset där patienterna utreds vid välgrundad misstanke. Förvaltningarna hade i god tid fått i uppdrag att säkerställa obokade tider eller motsvarande. Det patientadministrativa systemet ELVIS var förberett för att registrera SVF-patienter.

Projektledningen för samordning av SVF vid RCC Väst (projektledningen) har genom projektgruppen för införandet av SVF i Västra Götalandsregionen (projektgruppen) förberett förvaltningarna på införandet. På RCC Västs hemsida har erforderlig information funnits tillgänglig. Bland annat publicerades nulägesbeskrivningar i början av 2018.

Samverkan- och informationssatsning med primärvården skedde enligt plan. Projektledningen anordnade möte med primärvårdens utsedda SVF-representant i projektgruppen och de regionala processledarna för att gå igenom förloppen. I syfte att säkerställa god informations-spridning skickades mail/brev till samtliga verksamhetschefer inom primärvården för spridning i organisationen, detta i enlighet med tidigare förfarande vid införande av SVF i Västra Götalandsregionen (VGR). Brevet innehöll bland annat information om införandet, ansvarsfördelning, primärvårdens roll, länkar med vidare information. Brevet kompletterades med följande bilagor:

- Lathund för tillvägagångssätt vid remittering för utredning enligt SVF i VGR
- Förkortade versioner av nya SVF
- Tre exempelbilder på vulvacancer

- Förtydligande kring remittering datortomografi resp. magnetröntgen vid misstanke om buksarkom

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.

Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget	
2018-01 - 2018-07	
Källa: Signe (nat. väntetidsdatabas)	
SVF	Totalt
Akut lymfatisk leukemi	4
Akut myeloisk leukemi	25
Analcancer	22
Bröstcancer	1161
Buksarkom	7
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt	176
Cancer i gallblåsa och perihilär gallgång	28
Cancer i urinblåsan och urinvägarna	1584
Cancer med okänd primärtumör CUP	217
Cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom	252
Hjärntumörer maligna	152
Hudmelanom	653
Huvud- och halscancer	381
Kronisk lymfatisk leukemi	58
Levercancer	27
Livmoderhalscancer	31
Livmoderkroppscancer	243
Lungcancer	729
Lymfom maligna	223
Matstrupe- och magsäckscancer	88
Myelom	77
Neuroendokrina buktumörer	6
Njurcancer	97
Peniscancer	27
Prostatacancer	1790
Skelett- och mjukdelssarkom	72
Sköldkörtelcancer	60
Testikelcancer	63
Tjock- och ändtarmscancer	1811
Vulvacancer	5
Äggstockscancer	101

Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting	
2018-01 - 2018-07	
Källa: Signe (nat. väntetidsdatabas)	
SVF	Antal patienter
Akut lymfatisk leukemi	
Akut myeloisk leukemi	
Analcancer	
Bröstcancer	
Buksarkom	
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt	
Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång	
Cancer i urinblåsan och urinvägarna	
Cancer med okänd primärtumör CUP	
Cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom	
Hjärttumörer maligna	
Hudmelanom	
Huvud- och halscancer	
Kronisk lymfatisk leukemi	
Levercancer	
Livmoderhalscancer	
Livmoderkroppscancer	
Lungcancer	1
Lymfom maligna	1
Matstrupe- och magsäckscancer	
Myelom	
Neuroendokrina buktumörer	
Njurcancer	
Peniscancer	4
Prostatacancer	
Skelett- och mjukdelssarkom	
Sköldkörtelcancer	
Testikelcancer	1
Tjock- och ändtarmscancer	
Vulvacancer	
Äggstockscancer	7

Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
2018-01 - 2018-07	
Källa: VEGA - Regional vårddatabas	
SVF	Antal Patienter
Akut lymfatisk leukemi	
Akut myeloisk leukemi	
Analcancer	
Bröstcancer	2
Buksarkom	
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt	6
Cancer i gallblåsa och perihilär gallgång	
Cancer i urinblåsan och urinvägarna	12
Cancer med okänd primärtumör CUP	6
Cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom	15
Hjärntumörer maligna	4
Hudmelanom	25
Huvud- och halscancer	25
Kronisk lymfatisk leukemi	
Levercancer	
Livmoderhalscancer	1
Livmoderkroppscancer	5
Lungcancer	4
Lymfom maligna	2
Matstrupe- och magsäckscancer	6
Myelom	
Neuroendokrina buktumörer	
Njurcancer	
Peniscancer	
Prostatacancer	5
Skelett- och mjukdelssarkom	17
Sköldkörtelcancer	1
Testikelcancer	1
Tjock- och ändtarmscancer	9
Vulvacancer	
Äggstockscancer	2

1.3 Överföring av information

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

Nej.

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

En grundläggande nyckelfaktor för att säkerställa kvalitet av data är registreringen. I syfte att säkerställa lika registrering i regionen har ett utbildningsmaterial tagits fram. Ett utbildningstillfälle med utgångspunkt från materialet har genomförts med utvecklingsledare vid RCC Väst. Materialet innehåller bland annat:

- Grundprinciper för kodning
- Start av SVF - när välgrundad misstanke uppstår
- Hänvisning vid frågor om kodning, registrering eller uppföljning
- Case och diskussionsunderlag

Syftet med utbildningen var att få en samsyn kring registrering inom vårdförloppen så att registreringen sker på samma sätt, vilket är en grund för kvalitetssäkrade data. Utbildningsmaterialet är tillgängliggjort för att kunna föras vidare till vårdprocessgrupper där processledare och koordinatörer träffas under ledning av utvecklingsledare.

Den 15 mars 2018 genomfördes en nätverksträff för SVF-koordinatörer i regionen. Fokus för nätverksträffen var data och registrering där majoriteten av tiden lades vid gruppövningar kring registrering och erfarenhetsutbyte. En del av dagen fokuserade även på utdata och resultatet av SVF-arbetet hittills, detta i syfte att inspirera till fortsatt god registrering och öka förståelsen av vikten av korrekt data. Under nätverksträffen fick deltagarna svara på en enkät om svårigheter i kodning. Resultat kommer ligga till grund för det fortsatta arbetet med kvalitetssäkring av data.

Under året har arbetet kring en gemensam IT-lösning för registrering fortsatt, Samarbete IT-stöd. Syftet är att förenkla och tydliggöra registrering samt minska dubbelregistrering, allt i ett led att öka kvalitetssäkring av data. Under våren färdigställdes en handlingsplan som beskriver behov och förslag på aktiviteter för fortsatt SVF-arbete. Huvudsakligen gällde detta IT-stöd och dess möjligheter att stödja kvalitetsarbetet och nå de mål som regeringen och SKL satt till år 2020. En projektgrupp har tillsatts och en handlingsplan är under framtagande för genomförande av aktiviteterna.

Vidare har årets arbete inneburit att en aktivitetsplan för kvalitetssäkring av data har tagits fram. Aktivitetsplanen innehåller bland annat att arbeta med att tydliggöra registrering av KVÅ-koder, såsom att beskriva och rutinsätta gången vid frågor om kodning, analysera användarnas synpunkter kring svårigheter i registrering och genomföra förbättringar. Arbetet kommer även att fokuseras kring granskning av utdata, såsom att analysera regional data, söka oönskad variation samt granska avslut som sker över förvaltningsgränser.

- 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?*

Inom VGR sker det mesta av informationsutbytet med Halland som är det landsting som VGR utbyter flest patienter med. Det finns en teknisk lösning för automatisk överföring av mätpunkter registrerade i region Halland till VGR. Den tekniska lösningen innebär att mätpunkter registrerade i Region Halland inte behöver återregistreras i VGR. Den automatiska överföringen av data bidrar på så vis till att säkra information vid överföring från Halland.

Den rutin som finns för överföring av patienter mellan landsting är tillgänglig via RCC Västs webb och förmedlas kontinuerligt till projektgruppen samt till koordinatorena i VGR.

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

Rapportering av SVF-data till den nationella databasen Sign-e (SKL) från vilken ”Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting” samt ”Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget” har hämtats, rapporteras som ”rullande-6 månaders”. Dessa värden kan därmed komma att ändras.

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?

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/ omprioriteringar	Genomförda åtgärder
<p>Inom patologin finns exempel på undanträngning av patienter med malignt hudmelanom. De remisser som inte märks med SVF får vänta längre. Bland remisser som inte märks med SVF hittas fall av maligna hudmelanom.</p>	<p>PATOS: PATOS-arbetet fortskrider. Nytt LIS (Lab Informations System) finns installerat och är nu gemensamt med NU-sjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS). Elektroniska remisser och svar (eRoS) för beställarna är på gång, men oklart när detta finns på plats, förhoppningsvis till årsskiftet. Digitaliseringen av läkarnas arbete pågår. Installation av LifeCare, som krävs för detta, är planerat under hösten 2018. Detta är ett led i att MDK kan förbättras och underlättas. Några stora eller snabba effekter på SVF-ledtiderna i övrigt är dock inte att vänta i närtid men gemensamt LIS underlättar för patologin och eRoS kortar tiden med åtminstone en eller två dagar när det väl är på plats.</p> <p>Kompetensförsörjning: RCC Väst har som planerat arbetat fram en beskrivning över den kompetensbrist som råder i regionen. Dokumentet gick med</p>

	<p>som beslutsunderlag i samband med arbetet med framtagandet av den regionala planen för ST-block. Här framgår hur arbetet med SVF har tydliggjort att det råder brist på patologer samt att detta får påverkan på ett flertal cancerprocessers ledtider. I dokumentet understryks innebörden av att regionstyrelsen arbetar fram en långsiktig regional plan för att säkra framtida kompetensförsörjningsbehov.</p> <p>Erfarenhetsutbyte: Representant från patologienheten på SÄS bjöds in att tala vid regiondagen om SVF i VGR i början av år 2018. Syfte var att sprida ett gott exempel och att inspirera till utvecklade arbetssätt. Detta genom att presentera det förbättringsarbete som bedrivits där och som förkortat labbprocesserna väsentligt.</p>
<p>Väntetiden till koloskopiutredning är lång och har ökat sedan införandet av SVF tjock- och ändtarmscancer. Inflödet av koloskopiremisser har ökat. Ökningen beror troligen inte bara på införandet av det standardiserade vårdförloppet men till viss del. På samma sätt som i kön till patologen avgör remissmärkningen prioriteringen och remisser som inte SVF-märks får längre väntetid och undanträngning uppstår.</p> <p>Den ökade efterfrågan på koloskopier trycker undan patienter som utreds i SVF matstrupe- och magsäckscancer, som får välgrundad misstanke först efter skopin är gjord. Kontroller och preoperativ utredning av patienter som ska genomgå nedläggning av en tillfällig stomi (på grund av skopitillgången och operationskapaciteten) får stå tillbaka, med risk för komplikationer och andra skador som följd.</p>	<p>Utöka antalet koloskopier: RCC Väst har som planerat arbetat fram en beskrivning över den kompetensbrist som råder i regionen. Dokumentet gick med som beslutsunderlag i samband med arbetet med framtagandet av den regionala planen för ST-block. Av dokumentet framgår att behovet av koloskopier förväntas öka ytterligare i framtiden. Bland annat med anledning av att screening av tarmcancer troligen kommer att införas. I dokumentet understryks innebörden av att regionstyrelsen arbetar fram en långsiktig regional plan för att säkra framtida kompetensförsörjningsbehov.</p>
<p>I och med införandet av SVF cancer i urinblåsa och övre urinvägarna har fler cystoskopitider avsatts varje vecka till hematuriutredningar. På vissa håll har det</p>	<p>Vårdförloppet har nyligen reviderats och det är ännu för tidigt för att kunna dra några slutsatser kring hur revideringen kommer påverka antalet</p>

<p>resulterat i försenade cancerkontroller, med risk för mer komplicerade återfall.</p>	<p>hematuriutredningar. Upplevelsen hittills har varit att ingång till vårdförloppet varit för vid.</p>
<p>I VGR upplever en del vårdpersonal ett dilemma kring huruvida föreslagna delledtider och totala utredningstider i SVF är medicinskt motiverade. Denna diskussion uppstår framförallt där kapaciteten är låg på grund av kompetensbrist och/eller hög efterfrågan. Argumenten om att satsningen är till för patienterna och att det är viktigt att korta tiden för utredning då det är påfrestande att behöva vänta på ett cancerutredningssvar accepteras väl. Samtidigt kommer då motargument om att andra patienter riskerar att få vänta längre än tidigare när cancerpatienterna prioriteras på det här sättet.</p>	<p>Under de insatser som har gjorts i syfte att sprida kunskap om SVF hos medarbetare, har projektledningen kontinuerligt fört en dialog med medarbetare/representanter från verksamheterna avseende tveksamheter i föreslagna delledtider och totala utredningstider inom SVF. Projektledningen vidareför spörsmål och viktiga synpunkter till processledare och till projektgrupp. Syftet är att undersöka och initiera förbättringsarbeten mot att vidareutveckla smartare arbetssätt. Exempel på detta är den flaskhalsturné som genomfördes under året vid varje förvaltning i regionen.</p> <p>Gällande utökad bemanning och kompetensförsörjning har RCC Väst som planerat arbetat fram en beskrivning över den kompetensbrist som råder i regionen. Dokumentet gick med som beslutsunderlag i samband med arbetet med framtagandet av den regionala planen för ST-block.</p> <p>Dessutom har projektledningen arbetat aktivt med att sprida kunskap om socialstyrelsens definition av undanträngningseffekter. Detta i syfte att säkerställa att inte felaktiga uppgifter om eventuella undanträngningseffekter med anledning av SVF sprids i organisationen.</p>

I syfte att säkerställa en tydlig organisation för att identifiera och åtgärda undanträngningseffekter till följd av införandet av SVF, även efter år 2018, har RCC Väst arbetat fram rapporten Hantering av undanträngningseffekter och flaskhalsar inom cancervården i Västra Götalandsregionen i samband med diagnostik och utredning inom standardiserade vårdförlopp. Rapporten beskriver och tydliggör olika roller och forum där ansvaret för dessa frågor hemmahör.

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?

Arbetet med Min Vårdplan har fortgått enligt plan. Det regionala informationsarbetet kring spridning av arbetsverktyget har fortsatt under året. Den projektgrupp vid RCC Väst som arbetar med införandet av Min Vårdplan i regionen arbetar aktivt med att öka användandet. Informationsinsatser har genomförts i omvårdnadsgrupper i syfte att beskriva verktyget och dess funktionalitet samt öka användandet av den KVÅ-kod som finns framtagen för att kunna mäta antalet upprättade Min Vårdplan.

Som en del i det nationella pilottestet av Min Vårdplan har RCC Väst arbetat fram en elektronisk mall för bröstkirurgi. En plan har tagits fram för implementering och mallen kommer börja användas i skarpt läge i september/oktober 2018. Det ska dock tilläggas att mallen inte innehåller utredningsförloppet, men arbetet är ett led i att införa en digital Min Vårdplan och i förlängningen ett breddinförande.

Under året har PREM-resultat från föregående år tillgängliggjorts. På frågan ”Om utredningen visat att du har en sjukdom, har då du och din behandlare upprättat en skriftlig individuell vårdplan för din fortsatta vård?” svarade 61 % jakande år 2017. Detta att jämföra med 2016 års resultat där 37 % svarade jakande på frågan ”Har du fått en skriftlig, individuell vårdplan?”.

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

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

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

I projektgruppen finns sedan starten för SVF-projektet två patient- och närståenderepresentanter med. Dessa bidrar kontinuerligt med värdefulla insikter från patientperspektivet och säkerställer att alla beslut som tas rörande införandet av SVF i VGR är värdeskapande från ett patient- och närståendeperspektiv. Detta gäller även handlingsplanen för 2018 och de aktiviteter som den innefattar. Även resultatet av PREM-svaren som inkommit har bidragit med information till arbetet under året.

Patientrepresentanter involveras i de möten som arrangeras av projektledningen i samband med införandet av SVF i VGR. De bidrar med mycket värdefulla synpunkter gällande utformning av patientinformation, i diskussioner om förvaltningarnas arbete med SVF samt ger en unik insikt i hur det kan vara att vara cancerpatient i VGR och vilka förbättringsmöjligheter som de ser i vården. I kombination med resultaten från PREM-enkäten för SVF utgör detta viktiga verktyg i arbetet med att korta väntetiderna i cancersjukvården med bibehållen kvalitet och bemötande.

3.2 Vårdens medarbetare

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

Den andra februari 2018 hölls en regional heldag om standardiserade vårdförlopp i VGR. Dagen vände sig till representanter för patienter och närstående, politiker och tjänstemän

samt chefer och processansvariga inom cancervården i Västra Götaland. Totalt 152 personer deltog. Programpunkterna bestod bland annat av en presentation från SKL om nuläge och framtid för SVF, Hälso- och sjukvårdsstyrelsens ordförande i VGR talade om satsningens betydelse för cancervården i regionen och en områdeschef vid Sahlgrenska universitetssjukhuset diskuterade operation kopplat till undanträngningseffekter. Deltagarna fick lyssna till en patient som återgav erfarenheter från att vara patient innan och efter SVF infördes. En del av dagen ägnades åt en utställning där olika perspektiv av SVF presenterades, exempelvis PREM-resultat, regional utdata samt diagnostiska centrum.

Månadsvisa möten med projektgruppen har fortsatt genomförts under året. Gruppen består bland annat av representanter från regionens sjukvårdsförvaltningar, primärvården, diagnostikråd och RCC Väst inklusive patientrepresentanter. Projektgruppen fungerar som det huvudsakliga fora för informationsspridning till medarbetare i vården.

Den 15 mars genomfördes en nätverksträff för koordinatörer i regionen. Fokus för nätverksträffen var data och registrering där majoriteten av tiden lades vid gruppövningar kring registrering och erfarenhetsutbyte. En del av dagen fokuserade även på resultat i syfte att inspirera till fortsatt god registrering och för att ha en dialog om vikten av korrekt data.

Primärvården informeras årligen om nya SVF samt eventuella ändringar i existerande SVF. Detta sker via nyhetsbrev, primärvårdsdagar samt PPT-presentationer riktade till primärvården som innehåller bl.a. ingångskriterier samt vilka enheter i regionen som erbjuder vård. Dessutom finns en egen flik på RCC Västs webbsida om SVF för primärvården, där all information som kan tänkas vara nödvändig för primärvården finns samlad.

I år har två primärvårdsdagar anordnats och fler är planerade till hösten år 2018. Till dessa primärvårdsdagar har projektledningen tillsammans med representanter från primärvården och regionala processägare tagit fram presentationsmaterial i form av PPT-presentationer. Materialet innefattar exempelvis information om symptom och fynd, vad remissen skall innehålla samt vilka enheter i regionen som erbjuder vård inom de enskilda förloppen. PPT-presentationerna baseras på de nationella primärvårdsversioner som finns av respektive vårdförloppsbeskrivning. Syftet är att primärvårdsläkare och lokala processledare ska få träffas, primärvårdsläkare ska få information direkt från lokal processledare kring ingången till vårdförloppet samt primärvårdsläkare ska få möjlighet att ställa frågor kring förloppet.

Projektledningen deltar vid de sammankomster som RCC Väst anordnar för regionala processägare, som även innehar rollen som processledare för respektive SVF. Vid dessa sammankomster informerar projektledningen om status i arbetet med SVF, bland annat aktuella ledtider och utvecklingsarbeten som pågår i regionen med anledning av SVF. Vid dessa tillfällen är ambitionen att mötet ska vara interaktivt och att processledarna ges möjlighet att komma med input och diskutera givna frågeställningar utifrån nuläge och identifierade kommande utvecklingsområden. De regionala processledarna ges därmed möjlighet att föra med sig information/frågeställningar till sina respektive vårdprocessgrupper och dialogmöten per förlopp där medarbetare från flera förvaltningar ingår.

Projektledningen har även deltagit vid det årliga regionala omvårdnadsordförandemötet. Vid sammankomsten gavs en nulägesbild över arbetet med SVF, aktuella ledtider inom

respektive förlopp, PREM-resultat, information om 2020-målet, planer för det fortsatta arbetet efter år 2018 samt en genomgång av nuläget kring arbetet med data och analys.

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.*

Som tidigare nämnt är en grundläggande nyckelfaktor för att säkerställa kvalitet i data själva registreringen. I syfte att säkerställa lika registrering i regionen har ett utbildningsmaterial tagits fram. Utbildningen har genomförts med utvecklingsledare vid RCC Väst. Materialet innehåller bland annat:

- Grundprinciper för kodning
- Start av SVF - när välgrundad misstanke uppstår
- Hänvisning vid frågor om kodning, registrering eller uppföljning
- Case och diskussionsunderlag

Syftet med utbildningen är att få en samsyn kring registrering inom vårdförloppen så att registrering sker på samma sätt, vilket är en grundförutsättning för kvalitetssäkrad data. Utbildningsmaterialet är tillgängliggjort för att kunna föras vidare till vårdprocessgrupper där processledare och koordinatörer träffas under ledning av utvecklingsledare.

Den 15 mars genomfördes en nätverksträff för koordinatörer i regionen. Fokus för nätverksträffen var data och registrering där majoriteten av tiden lades vid gruppövningar kring registrering och erfarenhetsutbyte. En del av dagen fokuserade även på resultat i syfte att inspirera till fortsatt god registrering och öka förståelsen om och vikten av korrekt data. Under nätverksträffen fick deltagarna svara på en enkät om svårigheter i kodning. Resultatet kommer ligga till grund för det fortsatta arbetet med kvalitetssäkring av data.

Som nämnts ovan har ett arbete initierats under året avseende Samarbete IT-stöd. Syftet är att titta på befintliga registrerings- och utdatalösningar för att förenkla och tydliggöra registrering samt minska dubbelregistrering, allt i ett led att öka kvalitetssäkring av data.

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

Den IT-lösning som tillämpas i regionen hanterar mätpunkter och kopplar samman dessa till ett vårdförlopp oavsett på vilket av regionens sjukhus som de har registrerats. Rapporter i vilka samtliga patienter på vilka någon av de obligatoriska nationella mätpunkterna har registrerats görs tillgängliga för behörig personal på samtliga sjukhusförvaltningar. Dessa rapporter uppdateras dagligen. Vårdförlopp som ej är ”kompleta” eller som håller någon form av ”ologisk” registrering redovisas på särskilda ”fellistor”.

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

Under året har projektledningen arbetat med att ta fram underlag för dataanalys inom respektive SVF. Materialet innehåller följande områden för respektive SVF:

- 2020-målet, 70 och 80 målet för landstinget/regionen
- Antal registrerade SVF per landsting (totalt)
- Antal registrerade SVF per landsting (per SVF)
- Andel patienter inom stipulerad ledtid per SVF (Riket och VGR)
- Ledtider per landsting och typ av behandlingsstart
- Andel behandlingsstartade SVF-patienter inom målltid per landsting
- Andel behandlingsstartade SVF-patienter per landsting 2017 (tratten)

Syftet med uttaget är att procesledare, som en del av kvalitetssäkringsarbetet, ska analysera data utifrån följande frågeområden:

- Stämmer data med verkligheten? Om det inte stämmer, varför gör det inte det? Vad är fel? Hur kan det rättas till?
- Hur många SVF borde vi starta och hur ”vid är tratten”?
- Diskutera regionalt och nationellt

Analysen kommer samlas in och ligga till grund för eventuella utvecklingsarbeten på såväl lokal som regional och eventuell nationell nivå.

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?

Projektledningen har gjort ett arbete med att sammanställa resultaten från PREM-mätningarna utifrån 2017 års data. Djupdykning i enkäterna har gjorts där utvecklingsområden har identifierats. Materialet har tillgängliggjorts och kommunicerats ut till projektgrupp och SVF-koordinatorer samt utvecklingsledare vid RCC Väst. Här har dialog förts kring identifierade utvecklingsområden.

I samband med framtagandet av förvaltningsorganisation efter år 2018 har ansvaret för att följa PREM-mätningar tydliggjorts i uppdragsbeskrivningar. SVF-samordnare vid sjukhusen har i uppdrag att följa PREM-data och initiera förbättringsarbeten.

PREM-enkäter har skickats ut till de SVF som införts under år 2018.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter.

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

Skrivning handlingsplanen 2018	Genomförda aktiviteter
<p>Arbetet med införandet av de standardiserade vårdförloppen har medfört att nya samarbetsformer och organisationsstrukturer har växt fram på förvaltningarna. Under 2018 kommer detta utvecklas ytterligare och befästs i organisationerna. I samband med införandet har rutiner och verktyg för att bland annat följa ledtiderna i de olika förloppen utvecklats och vunnit stort intresse. Detta är strukturer som utgör en bra grund för fortsatt arbete.</p>	<p>Under året har arbetet med att utveckla och befästa samarbetsformer och organisationsstrukturer fortsatt. Projektgruppen har aktivt arbetat för att SVF-samordnare ska tillsättas vid respektive förvaltning i syfte att tydliggöra förvaltningarnas roll och ansvar för arbetet med att driva SVF framåt. Projektledningen arbetar dagligdags med att stödja förvaltningarna i deras arbetet att överta ansvaret för arbetsområden kring SVF, exempelvis uppdraget att följa ledtiderna.</p>
<p>Under 2018 kommer en regional plan för det fortsatta arbetet efter 2019 tas fram. Organisation, ansvar, roller, forum är exempel på delar som kommer ingå i planen. Detta för att skapa tydlighet för alla som aktivt arbetar med SVF i VGR. Det kommer också ingå en plan för att nå målen 2020.</p>	<p>I september 2018 fastställdes planen för det fortsatta arbetet med SVF av RCC Västs styrgrupp. I planen har en organisationskarta tagits fram som tydliggör hur det regionala samordnande ansvaret övergår till en SVF-arbetsgrupp bestående av regionens SVF-samordnare och en utvecklingsledare vid RCC Väst. Ansvarsbeskrivningar har tagits fram liksom beskrivningar över forum och arbetsflöden kring SVF-frågor. I planen framgår även hur förbättringsarbeten och dataanalys ska ske för att inte tappa styrfart mot 2020-målen.</p> <p>Under hösten 2018 kommer ett ytterligare arbete ske i syfte att bryta ner 2020-målen till relevanta och konkreta måltal för respektive SVF.</p>

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 förändrats under året och i så fall hur?

Skrivning handlingsplanen 2018 gällande framtida behov	Genomförda aktiviteter
Arbeta smartare och mer resurseffektivt	<p>Detta är ett ständigt pågående arbete. Under 2018 har projektledningen genomfört en flaskhalsinventering i regionen. Resultatet pekar på ett antal områden inom varje förlopp och förvaltning som kräver särskilda insatser för flödeseffektivitet. Planer har efterfrågats från respektive förvaltning kring hur åtgärder ska ske. Exempelvis pågår ett arbete inom flera förvaltningar med att köpa in tjänster inom exempelvis radiologi och patologi för att klara ledtiderna.</p>
Fortsatt regional samverkan och ytterligare samarbete mellan vårdförlopp och vårdgivare	<p>SVF-samordnare har tillsatts vid tre av regionens fyra stora förvaltningar. Planer finns för rekrytering inom resterande förvaltningar samt ev. primärvården. SVF-samordnarna sammanträder varannan vecka för att bland annat diskutera lokala och regionala problem och lösningar samt goda exempel.</p>
Användarvänlig och transparent registrerings- och uppföljningslösning som möjliggör ytterligare verksamhetsutveckling och samarbete mellan enheter och sjukhus	<p>Under året har ett arbete initierats kallat Samarbete IT-stöd. Syftet är att titta på befintliga registrerings- och utdatalösningar för att förenkla och tydliggöra registrering samt minska dubbelregistrering, allt i ett led att öka kvalitetssäkring av data. Under våren färdigställdes en handlingsplan som beskriver behov och förslag på aktiviteter för fortsatt SVF-arbete. Huvudsakligen gällde detta IT-stöd och dess möjligheter att stödja kvalitetsarbetet och nå de mål som regeringen och SKL satt till år 2020. En projektgrupp har tillsatts och en handlingsplan är under framtagande för genomförande av aktiviteterna.</p>

I handlingsplanen identifierades de diagnoser som bedömdes vara i störst behov av insatser för att nå 2020-målen. Här återfanns bröstcancer, hudmelanom, lungcancer och prostatacancer. I enlighet med vad som angavs i handlingsplanen planeras för dialog med de regionala processägarna, utvecklingsledarna på RCC Väst samt i vårdprocessgrupper.

Arbete med att ta fram en god målstyrningsapparat för att följa utvecklingen mot 2020-målen fortgår och en tydlig plan för arbete kommer att tas fram innan årsskiftet 2018/2019.

6. Ekonomi

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

Statsbidraget har under år 2018 använts till:

- Stödande strukturer och flaskhalsåtgärder på förvaltningar och vårdenheter inom befintliga och nya förlopp (koordinatorer, lokala processledare, förbokade tider på t. ex. mottagning, operation och diagnostik inom de olika förloppen)
- Projektledning av införandet av standardiserade vårdförlopp i Västra Götalandsregionen samt utbildning, ledtidsregistrering och uppföljning.
- Regionala specialsatsningar
 - Diagnostiska centrum
 - ST-onkologisatsningen
 - SVF-samordnare

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.

För att nå målet för 2020 och kunna följa landstingens arbete och även progress av olika vårdförlopp är det viktigt att identifiera ytterligare delmåttal. Detta för att kontinuerligt kunna följa upp, identifiera och agera så att förutsättningar tillgodoses för att uppnå målet till år 2020.

Vidare är det avgörande med obligatorisk datainsamling av samtliga eller utvalda delar i de olika stegen i respektive förlopp. Detta för att både få en bild av vad och vilka delar som fungerar bra i respektive förlopp per landsting och vad som fungerar mindre bra. Det kommer för respektive landsting bli viktigt att identifiera hur datainsamlingen kan ske utifrån minimalt administrativt arbete men ändå med hög kvalitet.

Tillförande av nya statliga stimulansmedel skulle kunna användas till underhåll av redan införda SVF, utveckling av nationell databas samt införande SVF Cancerrehabilitering.

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/>

2018-10-29

Dokumentnamn: Redovisning av införandet av standardiserade vårdförlopp 2018 i Västra
Götalandsregionen

Diarienummer: HS2017-00274

Beslutad av: Hälso- och sjukvårdsdirektören

Kontaktperson: Caroline Trowald, Regionalt cancercentrum väst

Telefon 0769-40 15 23

E-post: caroline.trowald@rccvast.se