

Socialdepartementet

Redovisning av Region Hallands handlingsplan för införande av standardiserades vårdförlopp i cancervården 2017

Sammanfattning

Beslut att ansvara för införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården togs av Regionstyrelsen i Halland 2015-03-25. Regionen har tagit ansvar för implementering av de standardiserade vårdförloppen. Idag är 28 förlopp implementerade i Region Halland. Tio av dessa är implementerade under 2017.

Parallellt med uppföljningen av de implementerade förloppen pågår arbete med att förbereda standardiserade vårdförlopp för kommande cancerdiagnoser inför 2018.

En viktig framgångsfaktor har varit det engagemang som funnits i samtliga berörda verksamheter och i det regionala processarbetet med cancerprocesserna.

1. Uppföljning av införda vårdförlopp

För närvarande finns 28 fastställda SVF. Av dessa infördes 18 SVF 2015–2016 och tio ska ha införts under 2017.

1.1 Införande av tio nya SVF under 2017

- a) **När infördes de tio nya vårdförloppen?**
Redovisa i nedanstående tabell

Vårdförlopp	Införande av koordinatorfunktion	Införande av obokade tider	Datum för start av SVF
Analcancer	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Akut lymfatisk leukemi (ALL)	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Livmoderhalscancer (cervixcancer)	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Livmoderkroppscancer (endometriecancer)	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Njuncancer	1 april 27	1 april 2017	1 april 2017
Peniscancer	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Skelett- och mjukdelssarkom	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Sköldkörtelcancer	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017
Testikelcancer	1 april 2017	1 april 2017	1 april 2017

b) Har införandet av de tio nya vårdförloppen följt handlingsplanen eller har det skett justeringar? I så fall varför och på vilket sätt?

Handlingsplanen för införandet av de tio nya SVF-förloppen har följts med start den 1 april 2017. Denna gång i samordning, vg startdatum, med Region Skåne och Västra Götalandsregionen vilket har upplevts som positivt och underlättat i överföring och samverkan mellan landstingen.

1.2 Nuläge

a) Beskriv nuläget för samtliga 28 SVF. Beskriv också om utredningsgången fungerar som planerat. För de 18 SVF som infördes 2015–2016 begränsas redovisningen till det som har skett efter att 2017 års handlingsplan lämnades in (senast 15 mars 2017).

Under 2017 har tio planerade SVF implementerats enligt handlingsplan. De flesta berörda klinikerna för dessa tio SVF har sedan tidigare infört ett eller flera SVF vilket innebar att de hade organiserat sig och tagit fram rutiner/arbetssätt för att arbeta med SVF. Enbart en ny klinik har fått skapa en

organisation för SVF. Koordinatorerna har också hittat sin roll på ett bättre sätt i organisationen.

I samband med att det nu är 28 SVF har trycket på mottagningstider ökat. En oro finns för att andra patientgrupper får vänta längre på behandling och uppföljning. Ett påbörjat arbete för att följa upp detta har påbörjats.

I stort sett fungerar organisationen kring SVF bra men ledtider i vissa processer behöver förbättras. Med anledning av detta har utvecklingsarbete i processerna under 2017 fokuserat på flaskhalsar.

Utredningsgången fungerar tillfredställande men bland de tio nya SVF som infördes har det framkommit stor oro avseende SVF tyreoidcancer. I primärvården har man svårt att ta ställning till svaren för cytologin och inom slutenvård, patologi och bildiagnostik får man betydligt fler remisser för punktioner. Arbete för att omhänderta detta pågår.

b) Har det förändrade arbetssättet som SVF innebär stabiliserat sig? Om inte, vilka utmaningar kvarstår?

Organisationen för och arbetet med SVF har fortsatt utvecklats och blir mer och mer införlivad som ett ordinarie arbetssätt. Rutinerna har stabiliserat sig, kunskapen och medvetandet har ökat. Arbete med att omfördela och se över uppdragen för koordinatorerna och rutiner för bokningar och mottagningstider har påbörjats på några enheter inom specialistvården. Fortfarande finns problem med remissernas innehåll.

Primärvården har svårt att hålla reda på hur de ska hantera så många olika SVF. En del förlopp omfattar misstanke om en relativt sällsynt förekommande cancerdiagnos och där med utredningsgång, vilket gör att allmänläkarna inte ser så många SVF-patienter inom vissa vårdförlopp. Därför har de regionala SVF som finns på Region Hallands extranät varit uppskattade guider. För allmänläkarna är SVF inte standardiserat och ibland utmanande men trots det är det stora flertalet positiva till SVF.

Det har varit en utmaning med SVF AOS som till största delen ligger i primärvården. För Halland som inte har ett eget diagnostiskt center har det krävts samarbete med Region Skånes och Västra Götalandsregionens diagnostiska center. Avtal har gjort det möjligt att remittera Hallands patienter dit. Ett arbete med att etablera ett diagnostiskt spår i Halland pågår.

c) Har landstinget sedan handlingsplanen lämnades in vidtagit några åtgärder avseende systemet för uppföljning av SVF med hjälp av KVÅ-kodning?

Uppföljningen sker sedan tidigare med månadsrapporter utifrån KVÅ-kodning både till processledare och till förvaltnings- och verksamhetsledningarna med hjälp av uppföljningsprogrammet Business Objects (BO). Förbättringar och utveckling sker kontinuerligt i rapporteringen. Bland annat har den referensgruppen som bildats tagit upp frågor och problem och framfört till IT-avdelningen som utvecklar rapporter i BO för att stödja verksamheten.

d) Hur kvalitetssäkrar landstinget data som rapporteras in till den nationella väntetidsdatabasen?

Kvalitetssäkring sker genom att utdata månatligen går att följa i vårt uppföljningsprogram BO och koordinatörerna har uppdrag att månadsvis kontrollera i rapporterna att registreringen stämmer i samarbete med Regionkontoret i Region Halland. För att kvalitetssäkra KVÅ-kodning bildades förutom det nätverk som redan fanns, en referensgrupp med de mest vana koordinatörerna med uppgift att bland annat samarbetar med it-tekniker. Registreringsanvisningar för varje förlopp är utarbetade och standardjournaler skapas som stöd i arbetet med kodning. Region Halland deltar i det nationella nätverket för utdata.

1.3 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat* SVF fram till och med datum för inlämnande av redovisningen (senast 1 november 2017)?

* 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.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

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
<i>SVF införda 2015 – 2016</i>						
AML						
Urinblåse- och urinvägscancer						

Huvud- och halscancer						
Matstrups- och magsäckscancer						
Prostatacancer						
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer						
Bröstcancer						
Bukspottkörtelcancer						
Gallblåsecancer						
Hjärntumörer						
Hudmelanom						
Levercancer						
Lungcancer						
Lymfom						
Myelom						
Okänd primärtumör (CUP)						
Tjock- och ändtarmscancer						
Äggstockscancer						
<i>SVF införda 2017</i>						
Analcancer**						
Akut lymfatisk leukemi (ALL)**						
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)						
Livmoderhalscancer (cervixcancer)						

Livmoderkroppscancer (endometriecancer)						
Njurcancer						
Peniscancer**						
Skelett- och mjukdelssarkomer						
Sköldkörtelcancer						
Testikelcancer**						

** SVF för analcancer, akut lymfatisk leukemi (ALL), peniscancer samt testikelcancer anses införda när landstinget har alla delar i arbetet på plats, så att patienter kan börja remitteras enligt aktuellt SVF

2. Utvecklingsarbete och utmaningar

2.1 Stöd till utvecklingsarbete

- a) **Beskriv hur landstinget har gett stöd till verksamheternas utvecklingsarbete avseende införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktion samt obokade tider.**

Lärandeseminarier med processledarna och primärvården har genomförts för att skapa en samsyn kring de tio nya SVF gällande remissinnehåll, märkning av remisser mm, då det avgörande inflödet av remisser kommer från primärvården.

Utöver lärandeseminarier riktat framför allt mot primärvården har informationsutbyte skett med ansvariga verksamhetschefer inom primärvården på så kallade dialogmöten. Samtliga vårdcentraler, både offentligt- och privat drivna har besökts ytterligare en gång för uppföljning och information.

Utbildningsinsatser inom den specialiserade vården har genomförts.

Dialog med ansvariga processledaren sker kontinuerligt både enskilt och på processledarmöte.

Utbildningstillfälle har erbjudits till koordinatörer. Koordinatorsträffar anordnas för Region Hallands koordinatörer en gång per termin för kunskapsutbyte och för att dela med sig av erfarenheter.

Registreringsanvisningar för kodning har tagits fram för att stötta koordinatörerna.

b) Beskriv övrigt utvecklingsarbete som har haft betydelse för införandeprocessen och för SVF-arbetet i sin helhet.

Utvecklingsarbetet med fokus på cancerprocesserna har gjort införandet av SVF framgångsrikt. Processledare och processteam har fått ordinarie stöd i processarbetet. Även dialog med berörda verksamhetschefer gällande processer och SVF har genomförts.

Regional koordinatör med ansvar för SVF-implementering har varit en framgångsfaktor/ stöd genom hela implementeringsfasen.

2.2 Utmaningar

Beskriv utmaningarna med införandet av årets SVF och med SVF-arbetet i sin helhet:

a) Hur har landstinget omhändertagit de utmaningar som beskrevs i handlingsplanen 2017?

Ny MR utrustning är installerad vilket ökar kapaciteten inom bilddiagnostik och satsning på PET-CT planeras. Patologen har infört NGS (Next Generation Sequencing) vilket effektiviserar den molekylära patologin.

Ytterligare informations- och utbildningsinsatser är genomförda till primärvården. Insatserna har varit dels generella, dels specifikt inriktade efter uppkomna behov. Processledare i specialistvården har också fört dialoger med och informerat kollegor i primärvården för de SVF där det funnits oklarheter.

För de tio nya SVF har befintliga koordinatörer använts, förutom för SVF Sarkom där ortopedkliniken inte tidigare haft något SVF.

Stöd via regional koordinatör till vårdförlopp som har extra behov.

b) Har det uppstått oförutsedda utmaningar? Om ja, beskriv vilka och hur ni har löst dessa utmaningar.

Inom SVF tyreoidea har det uppstått stor oro och diskussion både i primärvården och inom patologi och bildiagnostik. En manual/lathund har tagits fram för att stötta allmänläkaren i sin bedömning och dialogmöten planeras under hösten där specialistvården, patologi, röntgenföreträdare ska träffa allmänläkarna.

c) Hur har landstinget arbetat med att följa och åtgärda befarade undanträngningseffekter?

Undanträngning enligt Socialstyrelsens definition är svår att identifiera. Dock skapas köer som främst gäller benigna tillstånd eller kontroller av patienter med kroniska sjukdomar, vilket skapar oro både hos profession och hos ledning. Dessa köer är svåra att härleda isolerat till SVF implementeringen. Kapacitetsbrister omhändertas med andra kapacitetshöjande åtgärder. Region Halland har strategiskt skapat vårdgarantiavtal inom områden med kapacitetsbrist för att säkerställa köfri vård.

Genom att arbeta med processdata har tex verksamheten kirurgi börjat och titta på sina benigna processflöden för att om möjligt standardisera och skapa utrymme.

Projekt tillsammans med Södra regionen för arbetsfördelning vg benigna processer har påbörjats

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

Hur har landstinget involverat patient- och närståendeföreträdare i arbetet med SVF under året?

Patientföreträdare bjuds in till nätverksmöte för kontaktsjuksköterskor, koordinatörer och processledare. Patientföreträdare finns även med vid framtagande av handlingsplan och i rapporten för redovisning av införande av standardvårdförloppen.

Patientföreträdare ska finnas med i processteamet.

Under året infördes en artikel kring SVF i Region Hallands invånartidning där både patient och verksamhet intervjuades. Artikeln spreds även via sociala medier.

3.2 Privata vårdgivare

Hur har landstinget involverat representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF under året?

Ur ett strategiskt perspektiv finns samma förhållningssätt till privata och offentligt drivna vårdgivare med avtal med Region Halland.

Processledarna har kommunikation med de privata vårdgivarna som ingår i vissa processer, exempelvis inom gynekologi och hudsjukvård.

Information har gått ut via Region Hallands extranät, kallelser går ut till dialogmöten samt att alla privata vårdcentraler med vårdavtal har fått besök av regional koordinator och projektledare på samma sätt som med de verksamheterna driva i egen regi.

3.3 Primärvård

Hur har landstinget säkerställt att primärvårdens medarbetare har kännedom om SVF?

Genom uppsökande verksamhet till alla vårdcentraler av Regional koordinator och strateg för SVF uppföljning.

Genom informationen på extranätet, lärandesseminarier, dialogmöten, kollegium, besök på vårdcentralerna och utbildningsdagar för medicinska sekreterare.

Efter önskemål från primärvårdsläkarna har sökmöjlighet via "Alarmsymtom" lagts in på extranätet.

3.4 Överföring av information över landstingsgränser

Hur har landstinget löst frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt SVF?

- a) **Hur har landstinget arbetat för att säkerställa att den fastställda nationella rutinen för överföring av patient i SVF mellan landsting följs?***

Överrapportering av patient i SVF mellan landsting och region sker enligt den nationellt fastställda rutinen för patienter som lämnar Region Halland. Rapportering till den nationella databasen följer de nationella riktlinjerna för patienter som rapporteras från Halland.

Regionala nätverk för exempelvis koordinator, tillgänglighet och

cancersamordnare diskuterar återkommande rutinen för att skapa samsyn och lyfta eventuell problematik. Rutinen lyfts även i lokala nätverk för koordinators/kodningsansvariga sekreterare samt kontaktsjuksköterskor. Fortsatta diskussioner av rutinen krävs för att hålla implementeringsarbetet levande.

Rutinen kommuniceras till koordinators och medicinska sekreterare både på intranät och på de regionala koordinatorsmöten som genomförs en gång per termin.

Regional koordinators följer upp och återkopplar registrering och utdata.

b) Planerar landstinget några ytterligare åtgärder för att säkra informationsöverföring mellan landsting?

För Hallands del kan vi inte i den nationella databas för uppföljning se att ledtider för patienter som startats i Halland och behandlas i Region Skåne eller Västra Götalandsregionen är tillförlitliga. Kodningsfrågor vad gäller överföring av patienter tas upp i samverkan i de nätverk som finns med RCC i Västra Götaland och Skåne. Gällande Västra Götaland pågår arbetet med att överföra data i filer efter som de inte kan efterdatera patienter i sitt system för nationell rapportering.

* http://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering_svfpatienter_22jun16.pdf

4. Uppföljning

4.1. Nationella mätpunkter

Hur har landstinget följt upp och använt resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i arbetet med SVF?

Region Halland använder i första hand eget uppföljnings system (BO) som är baserat på de nationella mätpunkterna, i exempelvis månadsrapporter till processledare och ledningen i de berörda förvaltningarna.

Gällande ledtider har Region Halland svårt att använda de publikt presenterade ledtidsuppgifterna då det dels omfattar SVF processer med för få patienter, dels cancerdiagnoser där patienterna inte behandlas i Region Halland och därmed inte rapporteras av Region Halland. Vid dialoger med Region Hallands politiska ledning gällande antal startade patienter i SVF använder vi dock den nationella publika

resultatrapporteringen.

Fortfarande upplevs resultatredovisningen av publika ledtider som något osäker och svårtolkad. Ledtiderna kan också bli falskt positiva i de fall det inte går att redovisa olika ledtider var för sig som i t ex urinblåsecancer.

4.2 Patienternas upplevelse av SVF

För att få ta del av medlen ska den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC användas även under 2017. Kravet gäller för alla de 18 SVF som har implementerats under 2015–2016. Önskvärt är att även de SVF som införs 2017 utvärderas med enkäten.

a) Hur har landstinget använt PREM-enkäten för de SVF som infördes 2015–2016?

PREM resultaten har kommunicerats till berörda verksamhetschefer och processledare. Svaren i de öppna frågorna har sammanställts och skickats ut till respektive processledare för användande i utvecklingsarbetet i processen. PREM resultatet används i samband med presentationer till politiken i Region Halland.

b) Har landstinget använt sig av PREM-enkäten för de SVF som införts 2017?

PREM-enkäten för de tio nya SVF som implementerats under 2017 genomförs under hösten 2017.

c) Kommentera svarsfrekvens och antalet utskickade respektive inkomna enkäter i förhållande till landstingets storlek. För vilka SVF finns tillräckligt mycket data för att se resultat? Inkludera den data som finns tillgänglig i analysverktyget när denna redogörelse färdigställs.

Svarsfrekvensen har ökat under 2017 vilket är positivt. Den är fortfarande inte tillräckligt hög för att helt adekvata slutsatser kan dras men vissa generella analyser har kunnat användas vilket varit värdefullt i utvecklingsarbetet. Upplevelsen är att en del frågor inte är relevanta för SVF processen och kan till och med ge vilseledande tolkningar vid en ytlig läsning, t ex i de fall en snabb utredning visar ingen cancer vilket gör att en individuell vårdplan inte är aktuell.

I Halland finns inte tillräckligt mycket data i flera mindre processer, i dessa kan man få viss ledning av de öppna svaren.

d) Hur har landstinget analyserat och tillgodgjort sig resultaten av

PREM-enkäten?

En kort redovisning av resultaten för 2016 har lagts ut på Region Hallands intranät samt kommunicerats till förvaltningsledning och politik. En motsvarande redovisning kommer att göras för 2017 där även jämförelse kan göras. I den årliga redovisningen från processerna skall man redovisa hur man tillgodogjort och använt sig av PREM resultaten.

5. Erfarenheter av 2017 års arbete

Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2017 lett till förändringar i upplägget inför arbetet 2018? I så fall på vilket sätt?

Region Halland har i stort positiva erfarenheter av tidigare implementeringsarbete och fortsätter på samma sätt. Erfarenheterna har gjort att något mer fokus har lagts på primärvården och i det generella arbetet med processerna samt mer dialog med linjechefer. En god framförhållning är av största vikt då utmaningar kan uppstå under arbetets gång som behöver omhändertas.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

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, genom att de SVF som ingår i överenskommelserna är implementerade.

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.

a) Beskriv hur landstinget har arbetat för att SVF-arbetet ska fortsätta efter 2018 samt för att målet 2020 ska nås.

Genom fortsatt uppföljning av ledtider som redovisas månadsvis, fortsatt uppföljning av andel patienter med ställd diagnos som varit i SVF samt hur märkningen av remisser efterlevs i primärvården. Fortsatt stöd i arbetet med de regionala cancerprocesserna och involvera förvaltningsledningar i en högre omfattning än idag för ett fortsatt hållbart arbetssätt. Arbetet med flaskhalsar för att förbättra ledtider kommer att fortsätta.

b) Cancersatsningen ska utformas så att erfarenheter, slutsatser och resultat så långt möjligt kan komma till nytta

även på andra områden inom hälso- och sjukvården. Har landstinget sedan inlämnandet av handlingsplanen fått erfarenhet av spridning av resultat eller förslag på hur detta arbete ska fortsätta?

Det pågår diskussioner och det har funnits önskemål att det nationellt skapas SVF för andra diagnoser än cancerdiagnoser. Region Halland har nu också startat regiongemensamma processer inom t ex stroke, astma/KOL och hjärtsjukdomar där arbetet med cancerprocesserna har varit vägledande. Den politiska arena vägleder andra projekt i Region Halland att arbeta som med de SVF.

7. Ekonomi

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

Hur mycket av medlen kommer att föras över från år 2017 till 2018?

Hur stimulansmedlen har använts kommer inte att påverka utbetalning av medel, men informationen är av värde inför diskussion av ny överenskommelse för 2018 mellan regeringen och SKL.

Av tilldelade 6,5 mkr har Region Halland använt eller kommer att använda 4,5 mkr till generellt utvecklingsarbete och inköp av utrustning med syfte att minska flaskhalsar i verksamheterna, utbildningsinsatser framför allt till endoskopister samt generella och riktade informationsinsatser. Övriga 2 mkr beräknas användas under hösten 2017 alternativt våren 2018 beroende på under hösten identifierade behov och flaskhalsar inom verksamheterna.

8. Inför överenskommelsen 2018

Delge oss gärna områden, synpunkter och erfarenheter som kan vara viktiga att ta med inför arbetet med överenskommelsen för 2018.

Satsningen har sitt främsta syfte att korta ledtiden mellan välgrundad misstanke och start av behandling samt att förbättra patienternas upplevelse av cancervården. PREM enkäten är ett sätt att följa upp det och är därför ett viktigt verktyg för att veta att satsningen uppfyller sitt syfte. I nuvarande form känns inte enkätens resultat riktigt relevant och det vore önskvärt att utvecklingsarbete sker för att uppföljningen ska bli så optimal som möjligt utifrån satsningens syfte.

I den nationella statistiken har Region Halland uppmärksammat att vi har förhållandevis betydligt färre antal start av behandlingar i relation till totala antalet anmälda SVF (ca 25 % startar behandling i Region Halland) i jämförelse med övriga Landsting/Regioner. En evidensbaserad uppföljning nationellt av dessa skillnader vore av intresse. Och en vägledning om vilka kvalitetsindikatorer som kan hjälpa oss att förstå hur Region Halland kan fortsätta att följa upp och förbättra cancervården.

Region Halland anser att hänsyn ska tas till andel patienter som fått cancerdiagnos och som anmälts till SVF när medel fördelas.

Regionkontoret 2017-10-xx

Haleh Lindqvist
Hälsa- och sjukvårdsutvecklingsdirektör

Ann-Sofi Isaksson
Kvalitetschef