



Handlingsplan för att införa standardiserade vårdförlopp för fem cancerdiagnoser

Mars 2015

Handlingsplan 2015 för kortare väntetider i cancer-vården och standardiserade vårdförlopp för fem diagnoser.

1. Politiskt beslut

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har inom den beslutade satsningen på att förbättra cancervården tecknat en överenskommelse 2015-01-23 avseende Kortare väntetider i cancervården.

Avsikten är att förbättra tillgängligheten genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Den viktigaste åtgärden är att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp.

Arbetet under 2015 avser att arbeta enligt de nationellt standardiserade vårdloppen inom fem definierade cancervårdsprocesser och inom dessa korta ledtiderna.

Landstingsstyrelsen i Blekinge kommer den 16 mars 2015 besluta om införande av standardiserade vårdförlopp enligt denna överenskommelse.

2. Informationsplan för dialog och förankring

Landstinget avser att använda etablerade forum för dialog och förankring. Linjeorganisationen måste vara väl initierad så att nödvändiga resurser för planering och genomförande kan avsättas.

Landstinget har en etablerad grupp, RCC Forum Blekinge, med regelbundna möten. I gruppen ingår lokala patientprocessledare (LPPL), kontaktsjuksköterskor, medicinsk rådgivare/cancer-samordnare samt utvecklingsdirektören.

Rehabiliteringskompetens har nyligen knutits till gruppen och fler kompetenser kan bli aktuella. En övergripande dialog om hur landstinget ska klara att arbeta med standardförlopp förs i denna grupp som under våren möts vid två tillfällen, 2015-02-11 och 2015-05-19.

Cancersamordnaren presenterar uppdraget på sjukvårdsförvaltningarnas ledningsgrupper. Blekingesjukhusets ledningsmöte för verksamhetschefer är inplanerade för en dialog 2015-03-18.

Cancersamordnaren har också varit kontakt med Hälsovalet för att planera in dialoger i primärvården oavsett driftsform.

De redan etablerade lokala processgrupperna för de fem aktuella cancerprocesserna har börjat sin planering i januari 2015.

Lokala processledare, aktuella verksamhetschefer, verksamhetsstrateger, ledtidssamordnare, medicinsk rådgivare har deltagit i RCC syds workshop samt på dialogmöte.

Landstingets ledningsgrupp hålls kontinuerligt informerad.

3. Engagemang av patientrepresentanter och privata vårdgivare

Landstinget avser att använda redan etablerade kontaktvägar med patientrepresentanter i lokala processgrupper, lokala patientföreningar. För att få ytterligare medverkan av patienter eller närstående Landstinget överväger också att pröva fokusgrupper med patienter som tidigare drabbats av cancer och närstående till dessa patienter.

Landstinget har ett fåtal privata specialister med vårdavtal och kontakter med dessa finns upparbetade.

Hälsovalsenheten kommer att användas som en länk för dialog med privat drivna vårdcentraler för att nå och identifiera all patientgrundad misstanke om cancer.

En inledande dialog påbörjades 2015-02-12 med ordföranden/samordnaren för länets patientföreningar och med företrädare för Hälsovalet 2015-02-20.

4. Plan för införande av standardiserade vårdförlopp med engagemang av primärvård/ specialiserad vård för identifiering av patienter med grundad misstanke, koordinatorsfunktion och möjlighet till förbokade tider

De beskrivna vårdförloppen med kriterier för välgrundad misstanke och definitioner diskuteras och förankras med samtliga vårdcentraler inom offentlig och privat primärvård liksom med berörda enheter inom den specialiserade vården.

Identifiering av patienter med grundad misstanke följer rekommendationer från RCC Syd. I samverkan med RCC Syd kommer Hälsovalets läkare att erbjudas utbildning i larmsymtom.

Checklistor för identifiering av grundad misstanke inom de fem aktuella diagnoserna kommer också att finnas tillgängliga både på intranätet och fysiskt på alla primärvårdens läkarexpeditioner samt på andra berörda enheter. Avsikter är att informationen också ska nå ut till primärvårdens inhyrda läkare

Koordinatorsfunktioner kommer att etableras utifrån de behov som de lokala processgrupperna identifierar. I många fall fungerar sedan tidigare kontaktsjuksköterskorna (KSSK) som koordinatörer i stor utsträckning för sina respektive patientgrupper. Inriktningen är att KSSK också är koordinator.

Förbokade tider för olika undersökningar i syfte att reducera ledtider har redan etablerats för flera av cancervårdsprocesserna inom landstinget.

Med utgångspunkt från den kartläggning av vårdprocesserna, som de aktuella fem lokala processgrupperna genomfört, ska förbokade undersöknings-, mottagningstider därutöver etableras om det påverkar ledtider och patientsäkerhet.

5. Genomförande plan för de fem pilotprocesserna 2015

De fem lokala processgrupperna har i samråd med cancersamordnaren påbörjat en översyn av sina respektive vårdprocesser. Registerdata har i förekommande fall tagits fram som underlag för planering av arbetet och kompetens i metodiskt förbättringsarbete finns tillgänglig för att stödja ett förbättringsarbete.

Planering av vårdförlopp vid landstings- eller förvaltningsövergripande samarbete. Patienten ska även när byte av landsting eller förvaltning sker uppleva ett sammanhållet vårdförlopp

För att klara detta krävs ett processteam som ansvarar för diagnostiken från symptom fram till behandling. Vid hänvisning mellan kliniker, förvaltningar eller landsting/regioner ska det lokala processteamets koordinator aktivt överrapportera patienten till mottagande koordinator.

Vårdlandstinget ansvarar för att patienten följer SVF och att kodning sker i relevanta IT system.

Ett fortsatt arbete behövs för att förbättra multidisciplinära konferenser, inom och mellan region/landsting samt säkerställa att MDK finns för samtliga de fem diagnoser som ska hanteras under 2015.

Avsikten är att de standardiserade vårdförloppen ska kunna börja införas gemensamt i Södra sjukvårdsregionen 2015-05-01.

För de urologiska vårdprocesserna kan en särskild projektledare behöva tillsättas. En utförligare beskrivning av läge och planering avseende de fem diagnoserna finns i bilagd detaljplanering.

6. Plan för att vårdadministrativa system ska kunna användas för uppföljning av ledtider nationellt

Socialstyrelsen kommer i maj att ange hur landstingen ska följa upp de standardiserade vårdprocesserna via användning av KVÅ-koder eller annan metod-

Dagens vårdadministrativa system behöver anpassas så att det kan hantera inmatning, uttag och rapportering av de data som behövs för uppföljning och utvärdering av nyckeltal för standardiserade vårdförlopp.

Vi behöver därför tillsammans utvärdera de ingående komponenterna i de nya nyckeltalen (olika variabler) i SVF samt kartlägga vad som kan tas fram i befintliga system och vilka förändringar/modeller som behövs för att kunna följa och följa upp SVF.

Tillsammans med övriga landsting/regioner behöver gemensamma nationella definitioner tas fram och kanske också en infrastruktur. Implementeringsarbete krävs också för de framtagna modellerna och kodstrukturerna som krävs för att följa upp SVF.

För att klara uppföljningen initialt blir nog manuell uppföljning aktuellt. Detta är för landstinget Blekinge inte så komplicerat för processerna med relativt få patienter men kommer att bli mer belastande inom de två urologiska processerna. Vi bedömer dock att de aktuella ledtiderna kommer att kunna levereras enligt tidplanen.

7. Ansvar och aktiviteter för att IT-stöd blir funktionellt för uppföljning av standardiserade vårdförlopp.

Landstinget ska kartlägga de stödprocesser som behöver tillföras i IT-stödet i syfte att kunna genomföra de nödvändiga uppföljningar som krävs i standardiserade vårdförlopp. Om man efter kartläggningen ser att nya stödprocesser behövs, ska en plan för införandet av dessa tas fram

I samverkan med övriga landsting/regioner utreda möjligheten till nationell plattform för SVF

Vårdsystemet System-Cross används idag av fem landsting och regioner och framtiden för systemen diskuteras och det innebär att det i dagsläget kan vara svårt att bedöma om uppföljning kan ske via System-Cross. Avgörande beslut om systemets framtid kommer senast i juni månad 2015.

8. Plan för införande av kommande vårdförlopp 2016

De standardiserade vårdförloppen som blir aktuella under 2016 kommer att diskuteras och förberedas under hösten 2015. Flera av de lokala processgrupperna för de processer som blir aktuella (t.ex. bröst, kolorektal) har redan kommit långt i sådant arbete med förbättrade indikatorvärden, inklusive ledtider.

Beräknad resursåtgång för utvecklingsarbetet kommer att inkluderas i budgetarbetet för 2016.

9. Beskrivning av utmaningar och flaskhalsar vid införande av standardiserade vårdförlopp

Tre förhållanden utgör särskilda utmaningar för genomförandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

1. Det kan bli svårt att rekrytera/frigöra kliniskt verksam läkare, specialiserade sjuksköterskor, sekreterare etc. för att få igång de insatser som erfordras för att planera och genomföra optimeringen av vårdprocessen.
2. De två urologiska processerna är de med störst antal patienter och vakanta tjänster påverkar i detta läge möjligheten att nå framgång
3. Landstinget behöver följa upp vilken påverkan fokuseringen på den initiala ledtiden från remiss till påbörjad behandling kan få för ledtider i senare delar av vårdförloppet. Uppmärksamhet krävs för att undvika undanträngningseffekter. Uppföljning av patienterna, återbesök och palliativa insatser utförs i stor utsträckning av samma personal som står för den initiala insatsen.

Det regionala samarbetet är av stor vikt för patienter som vårdas av mer än en huvudman. Valfungerande regionala processgrupper är en förutsättning för en patientsäker och god vårdprocess för patienten under hela förloppet.

De två första punkterna får hanteras med hjälp av en prioritering mellan olika angelägna krav på hälso- och sjukvården. Tidigare erfarenhet av liknade behov visar på att detta inte är så enkelt att åstadkomma.

Den tredje punkten kräver ett samarbete inom i första hand den södra sjukvårdsregionen och med stöd av RCC Syd samt att man under projektets genomförande följer upp även de moment t i vårdprocessen som följer efter påbörjad behandling.

Befarade flaskhalsar i processen är framför allt brist på mottagningstider och tillgång till specialiserade sjuksköterskor inom urologin. För att hantera befarade flaskhalsar krävs en valfungerande produktion s- och kapacitetsplanering inom de olika enheterna.

.Detaljbeskrivning av planeringen för de fem vårdprocesserna

AML

Antalet patienter med AML är ungefär sex per år. Det finns väletablerade rutiner och samtliga patienter följer redan det standardiserade vårdförloppet. Koordinerande kontaktsjuksköterska finns på plats. ”Vi uppfyller kraven året om (utom möjligen under julhelgen, om denna är kopplad till en lördag och söndag). Ingen åtgärd behöver vidtas” enligt LPPL.

ÖNH

Ett 30-tal patienter per år. Remissrutiner bör utvecklas i samråd med primärvården så att klinisk misstanke på tumörsjukdom tydligt förmedlas till ÖNH-specialist för att öka möjligheten för ÖNH-kliniken att snabbt hitta mottagningstid till patienter med tydlig malignitetsmisstanke.

Begränsningen för att arbeta fullt ut med den standardiserade vårdplanen är bemanning. Den standardiserade vårdplanens krav på kontaktsjuksköterskorna att skriva individuella vård- och rehabiliteringsplaner och att närvara vid första mottagningsbesöket behöver säkerställas. Avsatt tid för administrativt arbete med cancerpatienterna behöver införas då det idag oftast sker parallellt med telefonrådgivning.

Sambandet och logistiken mellan Blekingesjukhuset och SUS behöver ses över och optimeras. Koordinerande sjuksköterska och processgrupp finns men prioritering av denna uppgift påverkar idag andra uppgifter och kan ge undanträngnings-effekter.

MATSTRUPS-/MAGSÄCKSCANCER

Antalet patienter uppgår till något-några tiotal patienter årligen. Patienter från Kalmar län opereras också på Blekingesjukhuset i Karlskrona men redovisas inom Sydöstra regionen. En översyn av dessa patienters ledtider behöver genomföras. Den lokala uppfattningen är att samarbetet flyter bra med ca tre veckor mellan remiss och påbörjad behandling

Aktuella ledtider idag:

Ledtid mellan skriven remiss till kirurgmottagning 1 dag

Ledtid mellan kir-låda till prioritering, 1-2 dagar

Ledtid remissbedömning till gastroskopi, 2 veckor,

Blekinge börja prioritera alla remisser med misstänkt cancer till 1vecka

Ledtid mellan gastroskopi till CT/PAD snabb svar: ska vara, max 7 dagar.

Det finns fasta tider på måndagar för CT på Blekingesjukhuset både i Karlskrona och i Karlshamn.

Ledtid mellan CT/PAD och MDT, 2 dagar. Svar på CT ska finnas dagen efter och MDT är planerat på onsdagar

Ledtid mellan MDT och mottagningsbesök, max 5 dagar.

Mottagning planeras redan till fredagen efter, men i praktiken blir det oftast nästkommande måndag. Det innebär att ledtiden mellan mottagningsbesök och start av behandling uppskattningsvis blir 2-3 veckor. Denna ledtid är beroende av strålbehandlingen i Växjö som ger behandlingen vid esofagus cancer. Vid ventrikeltumor ger Blekingssjukhuset neoadjuvant behandling med relativt omgående. Ledtid ca 1 vecka om patienten får PICC, troligtvis något längre med Port-a-cath. Om patienten ska direkt till OP har vi uppskattat ledtiden till på 2-3 veckor.

Det innebär att ledtiden mellan inkommande remiss till uppstart av neoadjuvant behandling är 37-45 dagar, förutsatt att allt fungerar optimalt. Riskmomenten är framför allt väntetid till gastroskopi och sedan till strålbehandling i Växjö. Övriga faktorer har vi under bra kontroll. Ett annat problem är själva operationsdatumet. Då merparten av esofagus-cancer genomgår neoadjuvant behandling kan vi relativt lätt planera operationsdatum.

PROSTATA

Ca 175 patienter nyinsjuknar årligen, varav 60-70 patienter bedöms som högrisk som kräver operation/strålning. Landstinget har den lägsta ledtiden i landet från remiss till påbörjad behandling, ca 100 dagar (nationellt medelvärde är ca 140 dagar). Vårdprocessen innehåller många steg och potential finns att med ett flertal separata insatser nå målvärdet för ledtid på 28 respektive 60 dagar.

Begränsning i bemanning (tillgång till ytterligare en specialist i urologi och arbetstid för specialutbildade sjuksköterskor) är för närvarande ett hinder. En aktiv arbetsgrupp som påbörjat arbetet redan under 2014 är en tillgång.

URINBLÅSECANCER

Inflödet av ca 200 patienter per år med makroskopisk haematuri, som behöver cystoskoperas (i lokalbedövning) inom ett par dagar, bedöms kunna klaras av inom ramen med genom att ytterligare en cystoskopi genomförs per cystoskopipass. Fasta tider för skiktröntgen har etablerats så att remiss direkt från primärvården skall kunna effektueras.

Det femtiotal av dessa patienter som visar sig ha blåscancer behöver en TUR-B i narkos inom någon vecka för preciserad diagnos och bedömning av fortsatt

handläggning. Det skulle kunna klaras av med befintlig urologbemanning om operations/narkos-tid på operation kan erbjudas fredagar kl.10-12.

Verksamheten i dagsläget att "Röd telefon" av Malmö-modell inte är möjlig att bemanna i dagsläget.

Den lokala processgruppen kommer med stöd av analys av registerdata definiera åtgärder för att korta ledtiderna. Hittillsvarande fokusering på nysökande inom hela urologin har genererat vissa undanträngningseffekter för patienter längre fram i vårdprocessen.

För att utveckla processen inom den urologiska verksamheten kommer eventuellt en processledare på deltid 50 % att rekryteras.

Preliminärt behövs ytterligare en urologspecialist rekryteras och en urologsjuusköterska för planering och koordinering mm. Behovet av urologsjuusköterska är möjligt att lösa om befintliga urologsjuusköterskor helt får ägna sig åt urologpatienter (= både prostata och blåsa). En sådan lösning innebär att problemet med juusköterskeresurser flyttas till andra delar av kirurgkliniken.



LANDSTINGET BLEKINGE