



## **HANDLINGSPLAN**

– för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt  
överenskommelsen mellan regeringen och SKL  
om kortare väntetider i cancervården 2017

**Landstinget Blekinge**

2017-02-07



**LANDSTINGET BLEKINGE**

## Innehåll

1.	Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2016 .....	3
1.1	Nuläge för införda vårdförlopp .....	3
1.2	Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu.....	7
1.3	Antal patienter som genomgått respektive SVF.....	8
1.4	Överföring av information.....	9
2.	Plan för införande av tio nya vårdförlopp under 2017 .....	9
2.1.	Tidplan för införande .....	9
2.2	Stöd till utvecklingsarbete.....	10
2.3	Utmaningar och konsekvenser.....	12
3.	Information och förankring .....	13
3.1	Patienter och närstående .....	13
3.2	Privata vårdgivare .....	14
3.3	Primärvård .....	14
4.	Uppföljning .....	14
4.1.	Nationella mätpunkter .....	14
4.2	PREM-enkäten .....	14
5.	Planering för fortsatt arbete efter 2018 .....	15
	Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp .....	17

# 1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2016

## 1.1 Nuläge för införda vårdförlopp

- a) **Beskriv nuläget och planerat fortsatt arbete för de 18 SVF som infördes 2015 – 2016. Utgå från det som skett efter att 2016 års redovisning lämnades in (senast den 1 november 2016). Om uppföljning via de patient-administrativa systemen och rapportering till SKL:s nationella databas, koordinatorfunktion eller obokade tider inte är på plats för samtliga SVF, beskriv vilka åtgärder som landstinget kommer att vidta för att färdigställa detta.**

Processledarna utvecklar bland annat med stöd av cancersamordnaren, fortlöpande arbetssätten för att skapa snabbare och effektivare processer.

Övergripande för samtliga förlopp är att koordinator finns på plats. Det varierar från förlopp till förlopp om koordinatören är kontaktsjuksköterska eller medicinsk sekreterare. För några förlopp kommer det att ske förändring av koordinatorfunktionen. I tabellen nedan finns angivet för vilka förlopp det gäller.

Överenskommelser är gjorda mellan ansvariga för processerna och verksamheterna för röntgen samt patologen för att kunna garantera svarstider. Både röntgen och patologen håller i dagsläget överenskomna ledtider.

Värt att beakta vad gäller resultaten för de nationella mätpunkterna är att vissa av förloppen baserar sig endast på ett fåtal patienter, vilket blir utslagsgivande i resultaten.

SVF införda 2015		
SVF	Nuläget	Resultat nationella mätpunkter
AML	Sedan tidigare välfungerande och etablerade arbetssätt och rutiner med väl fungerande regionala kommunikationsvägar.	Nationell data visar att 0 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider. Anledningen till denna siffra är patientvald väntan samt samsjuklighet.  Nationell data visar att 100 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
Huvudhalscancer	Etablerat arbetssätt med kontaktsjuksköterska som koordinator. Förbokade tider finns. Utmaningar kvarstår i förbättrade rutiner vid remittering samt även vid start av SVF vid välgrundad misstanke. Förbättringspotential vad gäller kontaktsjuksköterskans närvaro vid diagnossamtal.	Nationell data visar att 100 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 43 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.

<b>Matstrupe- och magsäckscancer</b>	Förbokade tider finns för exempelvis CT och mottagning. Snabba tider för arbetsprov samt spirometri för patienter med matstrupscancer. God tillgång till kontaktsjuksköterska. Bra kontakt mellan kontaktsjuksköterska i Karlskrona och Lund. Processen påverkas av föreslagen regional arbetsfördelning, vilket kräver tydliggörande arbete i processen. Förbättring planeras avseende tider till återbesök på kirurgmottagningen. Långa ledtider till CT-PET i angränsande region.	Nationell data visar att 71 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 50 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 50 % av patienterna som <b>tas emot</b> från annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Prostatacancer</b>	Styrkan är i nuläget förbokade tider och gott samarbete med andra kliniker. Koordinatorsfunktionen kommer inom kort att övergå från kontaktsjuksköterskan till nyanställd koordinator, vilket initialt kan påverka processen. Brist på urologer och operationstider påverkar ledtiderna. Kvalitet på remisser vid remittering kan förbättras.	Nationell data visar att 53 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Urinblåsa- och urinvägs-cancer</b>	Tillgången på förbokade tider både på mottagning och på röntgen är en styrka i processen. Fasta tider på operationsavdelningen hade varit en möjlighet till förbättring i processen. Koordinatorsfunktionen kommer att övergå till nyanställd koordinator inom kort. Detta tidigare en process som haft problem att tillgodose patientens behov av kontaktsjuksköterska, vilket nu är löst genom nyanställd kontaktsjuksköterska.	Nationell data visar att 84 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.

<b>SVF införda 2016</b>		
<b>SVF</b>	<b>Nuläget</b>	<b>Resultat nationella mätpunkter</b>
<b>Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer</b>	Diagnostiskt centrum startade 1 november 2016. Styrkan i detta förlopp är tillgång till snabba tider. I nuläget har diagnostiskt centrum inte hanterat så många patienter, vilket gör det svårt att uttala eventuella utmaningar och förbättringar. Något som visat sig nödvändigt är bättre information till primärvården så att personer med välgrundad misstanke remitteras till rätt instans.	Nationell data kan ej hämtas för detta vårdförlopp. Intern uppföljning visar att 75 % av patienterna är färdigutredda inom uppsatta ledtider.
<b>Bröstcancer</b>	Sedan många år multidisciplinärt samarbete. Bra samarbete och kunskap om processen. Lokal rutin som tydliggör förfarandet vid remittering från primärvården. Viss brist på bröst-röntgenologer finns, i nuläget påverkar detta inte ledtiderna. Deltagande av primärvårdsrepresentant i processarbetet kan utvecklas ytterligare.	Nationell data visar att 73 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Bukspottkörtelcancer</b>	Förbokade tider på mottagningen och på röntgen för bland annat CT. ERCP görs inom landstinget, vilket medför kort ledtid till undersökning. Bra samarbete med patologen. Fördel med korta beslutsvägar inom Blekingesjukhuset med nära samarbete mellan klinikerna. Möjligheten till förbokade tider på mottagningen skulle kunna utökas något.	Nationell data visar att 70 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Gallblåsecancer</b>		Nationell data visar att 50 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.

<b>Hjärntumörer</b>	Styrkorna är i dagsläget korta beslutsvägar och gott samarbete med remissinstans. Kommunikationen efter det initiala omhändertagandet olika vårdinstanser emellan hade kunnat förbättras, arbete pågår med detta.	Patienterna överförs till annat landsting för behandling. Nationell data visar att 67 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Hudmelanom</b>	Sedan tidigare väl fungerande remitteringsrutiner till hudmottagningen. Engagerat deltagande i processarbetet från primärvården. Samarbetet mellan hud- och kirurgmottagning fungerar väl, en ständig dialog när problem uppstår. Tydliggörande diskussioner pågår gällande återremittering till hudkliniken från kirurgkliniken efter utökad excision.	Nationell data visar att 90 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 100 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Levercancer</b>	Förbokade tider på mottagningen och på röntgen för bland annat CT. ERCP görs inom landstinget, vilket medför kort ledtid till undersökning. Bra samarbete med patologen. Fördel med korta beslutsvägar inom Blekingesjukhuset med nära samarbete mellan klinikerna. Möjligheten till förbokade tider på mottagningen skulle kunna utökas något. Otydlighet mellan kliniker gällande vem som ansvarar för vissa av dessa patienter, dialog pågår för att lösa detta.	Nationell data saknas då ingen av patienterna startade behandling.
<b>Lungcancer</b>	Processen har stärkts genom tydliggörande av koordinatorsfunktionen. Implementering har påbörjats med utredningsprotokoll för alla patienter med välgrundad misstanke. Väl fungerande samarbete med klinisk fysiologi vid preoperativ utredning. Förbättrad intern kommunikation inom specialistområdet hade stärkt processen ytterligare. MDK kan bli bättre, diskussioner har initierats gällande detta.	Nationell data visar att 67 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 100 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Lymfom</b>	Tydligt arbete i processteamet är processens styrka. Svagheter som kräver förbättring och fortsatt arbete är tillgången till och ledtiderna för kirurgiska ingrepp för diagnostik.	Nationell data visar att 56 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Myelom</b>	Tydligt arbete i processteamet är processens styrka. Små förbättringsmöjligheter finns i många delar av processen.	Nationell data visar att 50 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 100 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Okänd primärtumör (CUP)</b>	Processteamet har tydligare utkristalerats under årets slut, vilket ger effekt för processen. Goda kontaktvägar med diagnostiserande verksamheter och övriga kliniker vid eventuell övergång till annat SVF är en styrka för processen. Något som visat sig nödvändigt är bättre information till remitterande verksamheter, bland annat primärvården, så att de personerna med välgrundad misstanke remitteras till rätt instans.	Nationell data visar att 100 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.

<b>Tjock- och ändertarmscancer</b>	Styrkan just nu är en sammanhållen process, kontaktsjuksköterskans arbete, inklusion i forskning samt tid för nästa steg. Processens svagheter är kapacitet för koloskopi, vilket i dagsläget löses genom extramottagningar och remittering till närliggande regioner för lägre prioriterade patienter (ej SVF). Koordinatorsfunktionen kommer under året att övergå från kontaktsjuksköterskan till nyanställd koordinator, vilket initialt kan påverka processen.	Nationell data visar att 58 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 100 % av patienterna som <b>överförs</b> till annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.
<b>Äggstockscancer</b>	Styrkan är en kort vårdkedja och korta ledtider. Fungerande samverkansavtal med röntgenkliniken och patologen stärker processen. Ny tillsatta kontaktsjuksköterskor, vilka även fungerar som koordinatorsfunktioner, stärker processen. Tydligare struktur behöver skapas för arbetet med tvärprofessionellt processteam med definierade uppdrag och ansvar. Begränsat antal regionala MDK-tider riskerar förlänga ledtid till behandling framöver, då det finns ett ökat krav på vilka patienter som skall tas upp.	Nationell data visar att 68 % av patienterna som behandlas i landstinget startar behandling inom uppsatta ledtider.  Nationell data visar att 67 % av patienterna som <b>tas emot</b> från annat landsting för behandling startar behandling inom uppsatta ledtider.

**b) Hur fungerar systemet för uppföljning av SVF med hjälp av KVÅ-kodning och hur kvalitetssäkrar landstinget data som rapporteras in till den nationella väntetidsdatabasen?**

Remisserna för standardiserat vårdförlopp märks enligt lokal rutin för att urskilja remisserna i det totala remissflödet. Detta kodas med de specifika koderna för SVF av sekreterarna i den specialiserade vården. För att följa upp de rapporterade patienterna används sedan en lokal applikation i Qlickview, som i dagsläget skapar underlag av patienter för rapportering till den nationella databasen. För närvarande rapporteras resultaten manuellt av koordinatorsfunktioner/kodningsansvariga sekreterare till den nationella databasen. Arbetet pågår med automatiserad överföring till den nationella databasen, vilket beräknas vara klart under första halvåret.

Respektive koordinator/kodningsansvarig sekreterare ansvarar för att kvalitetssäkra respektive SVF innan rapportering till den nationella väntetidsdatabasen sker. Upptäcks eventuella felaktigheter korrigeras detta innan rapportering sker.

Det genomförs workshops med de lokala processteamerna kring hur de kan använda den lokala Qlickview-applikation för att kvalitetssäkra sina resultat, men också underlätta uttag av data till grund för förbättringar i processen.

Cancersamordnaren och tillgänglighetssamordnaren håller samman ett lokalt nätverk för koordinator och kodningsansvariga sekreterare för att diskutera och säkerställa arbetet med kodningen. Kunskapen hos de berörda i nätverket har ökat, vilket gör detta till ett viktigt nätverk för kunskapspåfyllnad. Nätverket fungerar även stödjande för nya koordinatorsfunktioner/kodningsansvariga sekreterare som tillkommer.

Diskussioner sker även lokalt och regionalt i processerna om eventuella frågetecken dyker upp gällande kodningen. Viktigt att påtala är dock att det fortfarande krävs arbete lokalt, regionalt och nationellt så att KVÅ-koderna används på ett samstämmigt sätt. Därmed sagt att resultaten för ledtiderna

fortfarande har en del att önska innan de är fullt tillförlitliga.

**c) Finns det när denna handlingsplan lämnas in patienter som har genomgått och avslutat utredning enligt SVF för samtliga 18 SVF införda 2015 – 2016?**

Ja, i samtliga 18 förlopp fanns det 31 december 2016 rapporterade patienter.

## 1.2 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

**a) Beskriv landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktion samt obokade tider.**

Erfarenheterna är som tidigare år att implementering tar tid, detta gäller både i primärvården och i den specialiserade vården. Den välgrundade misstanken börjar sätta sig i primärvården, men ett fortsatt arbete krävs. Likaså krävs ett fortsatt arbete inom den specialiserade vården. De specialiteter som hanterar patienter inom standardiserade vårdförlopp är i huvudsak välinformerade, men det finns fortfarande specialiteter som inte i samma utsträckning är berörda och då inte har lika god kännedom om det pågående arbetet.

För några processer sker under våren förändringar gällande koordinatorfunktionen. I de processer som fortsatt enligt tidigare struktur har nu koordinatorfunktionen fått sin plats i processen och funktionen tydliggjorts.

Förbokade tider har ordnats för processer där behovet funnits. För de mindre processerna har de tillgång till akuta tider likvärdigt med förbokade tider. Exempelvis röntgen uppfyller de kraven som ställs på ledtider oavsett förbokade eller akuta tider.

**b) Har landstingets erfarenheter av implementeringen lett till förändringar i upplägget inför 2017 och i så fall på vilket sätt?**

De processer som startas under 2017 är processer med förhållandevis få patienter, där en regional samverkan ofta är nödvändig. Under 2016 har arbetssätten med standardiserade vårdförlopp blivit mer kända, vilket är en fördel i årets uppstart. Koordinatorer finns redan på plats och kommer att användas även för de förlopp som startar i år.

Röntgen och patologen är medvetna om vilket arbete som krävs i form av samverkansavtal och förbokade tider. Grundkunskapen finns hos många medarbetare om arbetet med SVF och detta behöver nu bara kompletteras med ytterligare ett antal SVF.

Den erfarenhet som kommer att ha mest påverkan är framförhållning i uppstarten av processarbetet. Årets processer kommer att vara i drift tidigare än föregående år.

**c) Har landstinget erfarenheter som ni vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke i något SVF? Om ja, specificera vilket SVF det gäller och beskriv erfarenheterna.**

Detta är en diskussion som i huvudsak bör föras i de regionala processgrupperna och

om eventuella erfarenheter framkommer bör dessa lyftas på nationell nivå.

Ovanstående fråga har också gått ut till de lokala patientprocessledarna, men de har inte framkommit några erfarenheter som de vill delge.

### 1.3 Antal patienter som genomgått respektive SVF

#### Hur många patienter har genomgått och avslutat\* de SVF som implementerades 2015 – 2016 fram till och med den 31 december 2016?

\* 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.

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
AML	3	2	-	2	-	-
Urinblåse- och urinvägscancer	131	86	2	1	-	-
Huvud- och halscancer	16	18	16	10	-	-
Matstrups- och magsäckscancer	12	12	1	1	-	2
Prostatacancer	127	-	1	-	-	-
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer	2	2	-	-	-	-
Bröstcancer	4	132	-	1	-	-
Bukspottkörtelcancer	6	6	-	-	-	-
Gallblåsecancer	1	1	1	-	-	-
Hjärntumörer	1	2	2	2	-	-
Hudmelanom	36	17	-	1	-	-
Levercancer	1	2	-	-	-	-
Lungcancer	34	24	2	1	-	-
Lymfom	14	7	-	1	-	-
Myelom	4	2	-	1	-	-
Okänd primärtumör (CUP)	-	4	-	1	-	-
Tjock- och ändtarmscancer	55	58	2	1	-	-
Äggstockscancer	-	33	-	-	-	12



## 1.4 Överföring av information

**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 implementerat den fastställda nationella rutinen för överföring av patient i SVF mellan landsting?\***

\* [http://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering\\_svfpatienter\\_22jun16.pdf](http://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/rapportering_svfpatienter_22jun16.pdf)

Implementeringen av den nationella rutinen har underlättats i och med stora likheter med regional rutin som tidigare använts i södra sjukvårdsregionen. Den nationella rutinen lyfts återkommande i mötesforum med exempelvis koordinators och kontaktsjuksköterskor. Rutinen aktualiseras tydligare för de processer där flera landsting och regioner delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp. Processer där behov föreligger av regionala kontaktvägarna har nu börjat hitta varandra tydligare.

Brister förekommer i muntlig återrapporteringen till hemlandstinget, vilket inte tryggar patientens process då den skriftliga dokumentationen kan dröja. Återrapporteringen tydliggörs inte helt i den nationella rutinen som endast beskriver aktiv överlämning i samband med remittering, det vill säga den omfattar inte faser när patienten ska återföras till sitt hemlandsting.

Landstinget Blekinge följer det nationella regelverk gällande vem som ansvarar för rapportering till den nationella databasen. Vissa svårigheter kan ses då det i mottagande landsting emellanåt brister i rapporteringen till den nationella databasen.

Södra sjukvårdsregionen kommer även fortsättningsvis ha mötesforum för att främja kontinuerligt erfarenhetsutbyte och personliga kontakter. Dessa forum är värdefulla för att diskutera gemensamma frågor och skapa samsyn mellan landstingen/regionerna.

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

Landstinget Blekinge avser att fortsätta på inslagen bana med åtgärder enligt ovan.

## 2. Plan för införande av tio nya vårdförlopp under 2017

### 2.1. Tidplan för införande

**Hur ser tidplanen för år 2017 ut? Ange följande:**

**a) När planerar landstinget att koordinatorkfunktionen för de nya SVF ska vara i drift?**

När SVF börjar inkludera patienter d.v.s. 1 april 2017.

**b) När planerar landstinget att obokade tider för de nya SVF ska vara i drift?**

Om det inte redan är i drift, när SVF börjar inkludera patienter d.v.s. 1 april 2017.

**c) När planerar landstinget att börja inkludera patienter i respektive SVF?**

1 april 2017.

## 2.2 Stöd till utvecklingsarbete

### Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med

**a) införandet av välgrundad misstanke i primärvården?**

Under 2017 kommer information ske på olika nivåer i primärvården. Den samlade ledningsgruppen för Hälsoval i Blekinge kommer löpande att involveras i diskussionerna hur arbete ska fortskrida. Även fortsatt arbete i cancerrådet där primärvården är representerat.

Från primärvården kommer önskemål om att inte bara läkarna involveras i arbetet utan även exempelvis sjuksköterskor och medicinska sekreterare. Fortsatt dialog, på bredare front, kommer att ske. Förra året fick 80 % av länets vårdcentraler besök av cancersamordnaren. Metoden med platsbesök kommer att fortsätta under 2017.

Sedan tidigare har läkarna i primärvården utbildningsdagar. Cancersamordnaren har deltagit vid dessa för att ge allmän information om SVF. Lokala processledare har också deltagit för att diskutera diagnosspecifika vårdförlopp. Fler diagnosspecifika diskussioner i samband med dessa utbildningsdagar planeras.

RCC syd lämnar förslag på nyhetsbrev riktade till primärvården som anpassas efter arbetet i Blekinge och skickas till berörd personal.

Primärvårdens medarbetare är inbjudna till SVF Kick Off som kommer att äga rum i början av året. En punkt på programmet är att chefläkaren i primärvården diskuterar primärvårdens roll i samband med införandet av standardiserade vårdförlopp. Särskilda informationsträffar för primärvården planeras under hösten.

Primärvårdsrepresentant från Blekinge kommer att delta i nationellt möte "Varje erfarenhet räknas" den 28 mars.

Ytterligare arbeta med att förtydliga och göra informationen om standardiserade vårdförlopp enkelt tillgänglig på exempelvis intranätet utifrån primärvårdens perspektiv.

Det finns önskemål om ökat deltagande från primärvården i vissa diagnosspecifika processteam. Något som kommer att diskuteras med primärvårdsledningen med fokus på att stärka primärvårdens deltagande.

## **b) införandet av välgrundad misstanke i den specialiserade vården?**

Inom den specialiserade vården krävs också ett fortsatt implementeringsarbete. Informationsinsatser kommer under året rikta sig mot fler yrkeskategorier och mot verksamheter som är indirekt berörda av arbetet med standardiserade vårdförlopp. Viktiga delar är fortsatt arbete i cancerrådet, diskussion på olika ledningsnivåer, möten med lokala processledare och övriga medlemmar i processteamet (RCC Forum Blekinge).

SVF Kick off arrangeras i samarbete med RCC Syd innan start av 2017 års förlopp. Vid mötet kommer föregående års processer vara representerade, men även de vårdförlopp som startar 2017. Ett viktigt forum för att utbyta erfarenheter och hitta nya nätverk.

Ansvar för respektive process vilar på processledare och linjeorganisationen. Med utgångspunkt i de standardiserade vårdförloppen görs en översyn av vad som behöver förändras i nuvarande process. Tidig samverkan med röntgen och patolog är viktigt i detta skede, så att funktionerna är medvetna om gällande ledtider för respektive process. Cancersamordnaren stöttar processteamet i att uppmärksamma eventuella problem i processen, se helheten samt bidrar med goda erfarenheter från tidigare år.

Mer vikt kommer att läggas vid uppföljning av resultat på olika ledningsnivåer och från de olika processledarna. Kommer exempelvis att ske genom månatlig resultatredovisning från landstingets tillgänglighetssamordnare till linjeorganisationen. I dagsläget finns vissa svårigheter med att följa resultaten i det interna uppföljningssystemet. Detta kommer att utvecklas under första halvåret och därefter fortlöpande förbättras. Processledarna kommer två gånger per år återrapportera hur processarbetet fortskrider till förvaltningschef och cancersamordnare.

Ytterligare arbeta med att förtydliga och göra informationen om standardiserade vårdförlopp enkelt tillgänglig på exempelvis intranätet utifrån specialistvårdens perspektiv.

## **c) införande av koordinatorfunktion?**

Koordinatorfunktionen kommer att förändras för några processer, vilket kommer att innebära förbättringar för patienten. Om stöd behövs finns cancersamordnaren tillgänglig. I de processer som fortsatt enligt tidigare struktur har koordinatorfunktionen tydliggjorts och fått sin plats i processen. Funktionsbeskrivning för koordinator har uppdaterats. Stöd ges bland annat genom lokalt nätverk för koordinatörer.

## **d) obokade tider?**

Förbokade tider finns redan idag för vissa processer. De mindre processerna har tillgång till akuta tider likvärdigt med förbokade tider. Vad gäller ledtider håller exempelvis röntgen de kraven som ställs på ledtider oavsett förbokade tider eller ej. Om stöd behövs i detta arbete finns cancersamordnaren tillgänglig.

## 2.3 Utmaningar och konsekvenser

### a) Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?

Utmaning	Planerade åtgärder
På ett mer uttalat sätt få in ett personcentrerat förhållningssätt i det fortsatta arbetet	Utarbeta en plan för hur vi ska samverka med invånarna i cancerprocesserna.  Uppstart av patient- och närståenderåd.  Ökad medverkan av invånare i diverse mötesforum, exempelvis cancerråd och RCC Forum Blekinge.
Informationsspridning	Linjeorganisationen på olika nivåer aktualiserar frågan i passande forum.  Försöker med stöd av kommunikatör se kreativa vägar för informationsspridning.  Cancersamordnaren är alltid tillgänglig för information.  Olika yrkeskategorier informerar sina kollegor mer eller mindre planerat och ger ringar på vattnet.  Ständigt arbete med informationssidan på intranätet.
Patienten är inte informerad om att den har utretts enligt ett standardiserat förförlopp och att det finns misstanke om cancer.	Tydliggjort i lokal informationsfolder till patienten att den utretts enligt ett standardiserat vårdförlopp och kan få enkät hemskickad.  Säkerställa att informationsfoldern ges till patienten.  Fortsätta informationsinsatser till primärvården, men även den specialiserade vården.  Nationella informationskampanjer som riktar sig till patienten.
Tillgång till koloskopitider	Planerat koloskopiutbildning för en sjuksköterska.  Extramottagningar för att kortsiktigt öka tillgängligheten.
Långa ledtider för diagnostik i annat landsting, exempelvis PET-CT.	Dialog i södra sjukvårdsregionen via bland annat via RCC Syd.
Tillgång till exempelvis läkare och kontaktsjuksköterskor.	Rekrytering pågår fortlöpande.  Utbildning av kontaktsjuksköterskor.
Processarbetet prioriteras bort på grund av hög arbetsbelastning.	Återkommande dialog mellan linjeorganisationen, processledare och cancersamordnare.  Regelbunden information och återrapport till linjeorganisationen via olika informationskanaler.

Svårigheter att ändra invanda och behålla nya arbetsätt.	Fortsatt informationsspridning och dialog på bred front. Stöttning av processledare. Spridning av goda exempel för att lära av andra, exempelvis via RCC Forum Blekinge.
--	--

**b) Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2017 som följd av införandet av SVF? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.**

Fortfarande är det svårt att avgöra om införandet av standardiserat vårdförlopp har inneburit undanträngningseffekter. Den definition\* som Socialstyrelsen hänvisar till gällande undanträngning är nog inte alltid den som avses i rådande diskussioner. Det finns behov av att säkerställa gemensam användning av begreppet undanträngning. Frågan om undanträngning är svår att skilja från den medicinska prioriteringen. Finns också svårigheter att urskilja om eventuell undanträngningseffekt isolerat är beroende av införandet av standardiserat vårdförlopp. Upplevelsen är att recidivpatienter hamnar utanför den snabba utredningen som erbjuds i samband med standardiserat vårdförlopp, varför även dessa patienter framöver kanske borde inkluderas i de standardiserade vårdförloppen.

Hittills har inga direkta undanträngningseffekter som isolerat beror på SVF har kunnat identifieras, men landstinget avser fortsatt att följa detta via ordinarie väntetidsmätningar.

\* Definition: Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet.

## 3. Information och förankring

### 3.1 Patienter och närstående

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

**a) Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?**

Diskussioner förs fortlöpande med patientrepresentanter bland annat från de aktiva patientorganisationerna i Blekinge. Dessa diskussioner ger tankar och reflektioner till handlingsplanen och vad landstinget Blekinge behöver arbeta vidare med. Ett par patientrepresentanter har även tagit del och haft möjlighet att komma med förslag till förändringar på handlingsplanen.

**b) Hur avser landstinget att fortsätta involvera patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF?**

Varje processledare har blivit informerade om kravet på patientmedverkan i processteamet. Blekinge är ett litet län och antalet patientorganisationer är få.

Processteamerna har uppmanats att själva söka intresserade i respektive patientunderlag. En del processteam har lyckats med detta, medan andra fortfarande inte lyckats hitta någon patient eller närstående som önskat vara delaktig.

Ett patient- och närståenderåd är under uppbyggnad i landstinget vilket förhoppningsvis underlättar patientmedverkan i processarbetet. Endast ett fåtal personer har i dagsläget anmält sitt intresse att delta.

## 3.2 Privata vårdgivare

### **Hur avser landstinget att samverka med representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF?**

De privata vårdcentraler som finns i Blekinge samlas tillsammans med de offentligt finansierade vårdcentralerna under Hälsoval Blekinge. Detta innebär att de privata vårdcentralerna nås av samma information som de offentligt finansierade. V.g. se under rubrik 2.2a.

I Blekinge finns för övrigt endast någon enstaka privat vårdgivare. Upparbetade och välfungerande kontaktvägar finns då redan med berörd process och samverkan hanteras inom processen. Cancersamordnaren kan också ta kontakt med eventuell privat vårdgivare för diskussion om aktuella frågor.

## 3.3 Primärvård

### **Hur säkerställer landstinget att primärvårdens medarbetare har kännedom om SVF?**

V.g. se under rubrik 2.2a.

## 4. Uppföljning

### 4.1. Nationella mätpunkter

#### **Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i det fortsatta arbetet med de införda SVF?**

I arbetet med att utveckla processerna kommer resultaten tas tillvara i det fortlöpande förbättringsarbete som bedrivs. Resultaten kommer också bli viktiga underlag i verksamhetsinterna dialoger. Dessa dialoger kan exempelvis äga rum i samband med cancerråd, ledningsgrupper både i primärvård och i specialiserad vård samt lokala möten med processledare med flera. Ju mer resultat det finns att luta sig mot, desto viktigare blir dialogen.

### 4.2 PREM-enkäten

För att få ta del av medlen ska den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC, och som bygger på arbetet med nationell patientenkät (NPE), 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. Resultaten ska kunna användas såväl

nationellt som regionalt och lokalt.

**a) Hur planerar landstinget att använda PREM-enkäten för de SVF som infördes 2015 – 2016?**

Landstinget avser att fortsätta skicka PREM-enkäten till de vårdförlopp som startades 2015. Under våren 2017 inkluderas samtliga förlopp som startats 2016. Precis som tidigare kommer från landstingets sida patienter inkluderas månatligen.

**b) Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av PREM-enkäten?**

Med anledning av att resultaten för de fem första diagnoserna i dagsläget grundar sig på ett litet underlag är det svårt att dra några större slutsatser av resultatet. Resultaten från PREM-enkäten kommer dock användas på olika nivåer i organisationen, både på ledningsnivå och i de patientnära processerna. Resultaten kommer att användas i det fortsatta arbetet med att utveckla cancerprocesserna med ett personcentrat förhållningssätt.

Resultaten kan även vara användbara i andra sammanhang, inte enbart utvecklingsarbete kopplat till standardiserat vårdförlopp, utan även i andra pågående utvecklingsarbeten i landstinget.

Återkommande resultatrapporter kommer att ges i samband med cancerråden som äger rum fyra gånger per år. Återkommande resultatrapporter kommer även att ges i samband med RCC Forum Blekinge där processledare och övriga involverade i processarbetet möts.

Berörda processledare har tillgång till IC Qualitys analysverktyg och kan på så sätt ta del av och använda resultaten i det patientnära processarbetet.

**c) Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2017?**

Landstinget förhoppning är även att under hösten 2017 påbörja inkludering av patienter för de förloppen som införs under 2017.

SVF Thyroidea kommer även preliminärt att göra en pilot av PREM innan start av SVF den 1 april.

## **5. 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 planerar att arbeta för att arbetet med SVF fortsätter efter 2018.**

Välutformade standardiserade vårdförlopp som revideras kontinuerligt underlättar utredningsförloppen för alla parter. Så det kommer att vara svårt att klara sig utan dem. Antalet personer som kommer att drabbas av cancer förutspås öka framöver samt fler lever idag längre med sin cancersjukdom, så det vore önskvärt med en fortsatt statlig satsning inom cancervården.

Landstingets organisation för arbetet med standardiserade vårdförlopp är byggd för att fungera framöver och inte knuten till den nationella cancersatsningens tidsram, vilket innebär att intentionen redan från start är att detta är ett permanent utvecklingsarbete.

**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 erfarenheter redan nu kring spridning av resultat eller förslag på hur detta arbete ska fortsätta?**

Patientens upplevelse av standardiserade vårdförlopp är viktigt för om detta är ett arbetssätt att satsa på även för andra diagnosgrupper. Inom landstinget ser vi fördelar med att metodiskt införa nya arbetssätt. Cancersatsningen har varit lärorik och gett landstinget verktyg och metoder som är fullt möjliga att applicera på andra diagnosgrupper. Tillgänglighet och ledtider är väsentliga kvalitetsindikatorer som landstingen ständigt behöver vara uppmärksam på. Ett motsvarande nationellt stöd, som för cancersatsningen, skulle innebära att ett nationellt och regionalt arbete går hand i hand.



# Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Vårdförlopp som infördes under 2015 och 2016:

- Akut myeloisk leukemi, AML
- Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna
- Huvud- och halscancer
- Matstrups- och magsäckscancer
- Prostatacancer
  
- Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
- Bröstcancer
- Cancer i bukspottkörteln och periampullärt
- Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång
- Cancer utan känd primärtumör, CUP
- Lungcancer
- Maligna lymfom
- Malignt melanom
- Myelom
- Primär levercancer
- Primära maligna hjärntumörer
- Tjock- och ändtarmscancer
- Äggstockscancer

Vårdförlopp som ska införas 2017:

- Analcancer
- Akut lymfatisk leukemi
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Livmoderhalscancer (cervixcancer)
- Livmoderkroppscancer (endometriecancer)
- Njurcancer
- Peniscancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>