


REGIONGEMENSAM HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I NORRA REGIONEN 2015

Innefattar handlingsplaner för Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland samt Region Jämtland-Härjedalen.

Fastställd av styrgruppen för Regionalt cancercentrum norr 2015-03-13



Sara Ekström, ordförande RCC Norrs styrgrupp, förbundsdirektör för Norrlandstingens regionförbund



Norrlandstingens
REGIONFÖRBUND



Landstinget
Västernorrland



VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING

JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



NORRBOTTENS
LÄNS LANDSTING

1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016	21
1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen.....	22
2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp.....	25
2.1 Akut myeloisk leukemi	25
2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan	26
2.3 Huvud- och halscancer	28
2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer)	30
2.5 Prostatacancer.....	32
HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING 2015	34
1. Diagnosövergripande frågor.....	35
1.1 Information och förankring	35
1.2 Patientinvolvering	36
1.3 Privata vårdgivare	36
1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete	37
1.5 Uppföljning	38
1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016	39
1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen.....	39
2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp.....	41
2.1 Akut myeloisk leukemi	41
2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan	43
2.3 Huvud- och halscancer	45
2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer)	48
2.5 Prostatacancer.....	50
HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I LANDSTINGET VÄSTERNORRLAND 2015	54
1. Diagnosövergripande frågor.....	55
1.1 Information och förankring	55

1.2 Patientinvolvering	56
1.3 Privata vårdgivare	57
1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete	57
1.5 Uppföljning	59
1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016	60
1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen.....	61
2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp.....	63
2.1 Akut myeloisk leukemi Ca 10 patienter/ år i LVN (Se också bilaga 1).....	63
2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan Ca 100 patienter/år i LVN.....	64
2.3 Huvud- och halscancer Ca 20 patienter/år i LVN	66
2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer) Ca 3 esofaguscancer/år och 10 ventrikelcancer /år i LVN.....	69
2.5 Prostatacancer ca 300 patienter/år i LVN	71
Bilaga 1	73
HANDLINGSPÅN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 2015	78
1. Diagnosövergripande frågor.....	79
1.1 Information och förankring	79
1.2 Patientinvolvering	81
1.3 Privata vårdgivare	81
1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete	81
1.5 Uppföljning	82
1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016	85
1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen.....	86
2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp.....	90
2.1 Akut myeloisk leukemi	90
2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan.....	91
2.3 Huvud- och halscancer	93

2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer)	95
2.5 Prostatacancer.....	97

Sammanfattning

Under 2015-2018 görs en nationell satsning för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancer-vård med ökad kvalitet, med fokus på att korta väntetiderna och minska regionala skillnader. Satsningens fokus ligger på införande av standardiserade vårdförlopp, som ska leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Dessa vårdförlopp beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom respektive cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna. Under 2014 har standardiserade vårdförlopp utarbetats för fem pilotdiagnoser: akut myeloisk leukemi (AML), huvud-hals-cancer, cancer i matstrupe och magsäck, prostatacancer och cancer i urinvägarna.

Standardiserade vårdförlopp kommer att införas i norra regionens samtliga landsting, Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands, samt i region Jämtland-Härjedalen (i denna plan fortsatt kollektivt benämnda "landstingen", även om Jämtland-Härjedalen organisatoriskt är en region). Handlingsplaner har utarbetats enligt kraven i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Regionen har samarbetat kring utarbetandet av handlingsplanerna, med RCC Norrs styrgrupp som styrgrupp för arbetet. Denna plan är norra regionens gemensamma handlingsplan för införandet, och innefattar de landstings specifika handlingsplanerna. De senare har utarbetats enligt en regionalt framtagna mall.

I de landstings specifika handlingsplanerna beskrivs införandet utifrån överenskommelsens frågeställningar (se sidan 9):

1. Samtliga landsting redogör för hur man avser att informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen inom verksamheterna, i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen. Samtliga landsting har påbörjat detta arbete.
2. De privata vårdgivarna inkluderas i informations- och dialogaktiviteterna. Patientrepresentanter involveras i arbetet på både regional och lokal nivå.
3. Flera aktiviteter för att sprida kunskap om begreppet "välgrundad misstanke för cancer" har genomförts och ytterligare insatser är planerade. För både primärvården och den specialiserade sjukhusvården kommer landstingen bland annat att tillse att relevant information finns där professionen normalt söker information. Införande av koordinatorfunktion beskrivs i landstingens handlingsplaner för respektive pilotdiagnos. Arbetet med att skapa tillgång till tider för de utredningar som ingår i de standardiserade vårdförloppen inom de specificerade tidsramarna pågår både regionalt och lokalt.
4. Implementeringen av de fem pilotdiagnosernas standardiserade vårdförlopp har påbörjats och beskrivs för respektive vårdförlopp i landstingens handlingsplaner. Många utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen har identifierats. Insatser för att åtgärda dessa har påbörjats och planeras inom flera områden, men lösningar kommer även att behöva arbetas fram fortlöpande under implementeringen.
- 5-6. Inom regionen finns tre olika basjournalssystem, som utgör huvudsakliga vårdadministrativa system för uppföljning av ledtiden från välgrundad misstanke för cancer till start av första behandling. När välgrundad misstanke väcks och första behandling startar inom samma landsting kommer den aktuella ledtiden att tekniskt kunna hämtas ur journalsystemen, eventuellt efter planerade anpassningar, i Västerbotten, Västernorrland och Jämtland-Härjedalen. I Norrbotten finns idag tekniska möjligheter att följa ledtiden för vårdförlopp som startar i primärvården, men inte när de startar inom specialiserad vård. När vårdförloppen går över lands-

tingsgränserna krävs manuell överföring av uppgifter. Regiongemensamma rutiner för detta kommer att fastställas. Frågan om adekvat enhetlighet mätning och fungerande it-stöd för detta bör diskuteras vidare nationellt och långsiktigt hållbara lösningar arbetas fram under implementeringsprocessen.

7. Inför det fortsatta arbetet med införande av fler standardiserade vårdförlopp kommer regionen att dra lärdomar av den initiala införandeprocessen. Arbeta för att möta redan identifierade svårigheter och flaskhalsar kommer att påbörjas redan under 2015, men stora utmaningar finns inte minst vad gäller kompetensförsörjningen. Även om det finns betydande svårigheter råder enighet i regionen om att införa arbetssättet. I den regionala utvecklingsplanen för cancervården i norra regionen kommer mål och aktiviteter för det fortsatta införandet av standardiserade vårdförlopp att inkluderas.

Bakgrund

Standardiserade vårdförlopp för att minska väntetider

Regeringen avsätter 500 miljoner kronor per år 2015-2018 för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård med ökad kvalitet, med fokus på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Satsningens inriktning fastställs i årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I första hand ska tiden mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart förkortas. För att åstadkomma detta införs ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp, som ska leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av vårdförloppen även skapa ökad nöjdhet hos patienterna, genom bland annat bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider. Cancerpatienterna ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård.

De standardiserade vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom respektive cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna. Alla steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vårdförloppen börjar med beslut om remiss på grund av välgrundad misstanke om en viss cancerdiagnos och följs sedan av utredning och start av första behandling. Vårdförloppen kan i framtiden komma att utökas med fortsatta behandlingar och uppföljningar. De har ett multidisciplinärt upplägg och involverar både primärvården och den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten.

Misstanke och välgrundad misstanke om cancer kan uppstå i såväl primärvård som specialiserad vård, på patientens initiativ eller i samband med behandling för en annan diagnos. Oavsett var den välgrundade misstanken uppstår ska patienten remitteras enligt det standardiserade vårdförloppet. Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska sedan en individuell vårdplan göras för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Under 2014 har standardiserade vårdförlopp utarbetats för fem pilotdiagnoser. Dessa är akut myeloisk leukemi (AML), huvud-hals-cancer, cancer i matstrupe och magsäck, prostatacancer och cancer i urinvägarna. Vårdförloppen gäller för vuxna patienter.

Krav i överenskommelsen för 2015

Totalt fördelas 413 miljoner kronor till landstingen under 2015, baserat på befolkningsunderlag. För att få ta del av medlen ska landstingen tillsammans med RCC ta fram och lämna in en handlingsplan för hur de avser att införa ett system med standardiserade vårdförlopp. I arbetet med handlingsplanen ska patientföreträdare involveras. Respektive RCC ska samlat skicka in landstingens handlingsplaner till Socialdepartementet senast den 15 mars 2015.

Handlingsplanen ska innehålla svar på följande frågor:

1. Hur tänker landstinget informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen inom verksamheterna i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen?
2. Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter och representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?
3. Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införande av koordinatorfunktion och obokade tider? Det gäller både offentliga och privata vårdgivare.
4. Hur avser landstinget implementera de fem pilotdiagnosernas standardiserade vårdförlopp under 2015?
5. Hur tänker landstinget tillse att det vårdadministrativa systemet går att använda för uppföljning av den ledtid som ska följas nationellt?
6. Hur avser landstinget definiera ansvar och aktiviteter för att utveckla och införa stödprocesser för att följa och följa upp standardiserade vårdförlopp i landstingens IT-stöd?
7. Hur avser landstinget planera för införande av fler standardiserade vårdförlopp 2016?

Handlingsplanen ska även innehålla en beskrivning av eventuella utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen och hur landstinget avser åtgärda dessa.

Hälften av medlen utbetalas till de landsting som uppfyller kravet på handlingsplaner. För att få del av återstående medel ska landstingen under hösten redovisa hur de har arbetat enligt handlingsplanerna. Respektive RCC ska samordna arbetet med redovisningarna och samlat skicka in dessa till Socialdepartementet senast den 1 november 2015. I redovisningen ska det framgå att pilotdiagnosernas standardiserade vårdförlopp har införts. Vidare ska framgå hur landstingen har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.

Medlen till landstingen får användas såväl under 2015 som 2016.

Målet med överenskommelsen för 2015 är att de insatser som ingår i överenskommelsen ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet. Resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter genom att de beskrivna standardiserade vårdförloppen inom pilotområdena är implementerade.

Organisation för arbetet för kortare väntetider i cancervården i norra regionen

Organisation för utarbetande av denna handlingsplan

Styrgruppen för Regionalt cancercentrum norr (<http://www.cancercentrum.se/sv/norr/Om-RCC/organisation/Styrgrupp/>) har utgjort styrgrupp för det regiongemensamma arbetet med denna handlingsplan. Respektive landsting har utarbetat en handlingsplan för det egna landstinget, enligt en regiongemensam mall baserad på innehållet i överenskommelsen mellan staten och SKL. De landstingsspecifika planerna ingår i sin helhet som en del av denna regiongemensamma handlingsplan. Inledningsvis kommenteras de områden som kräver lösningar på regional nivå.

Beslut om införande av standardiserade vårdförlopp har fattats, eller kommer att fattas, på politisk nivå i respektive landsting. Datum framgår i respektive landstings handlingsplan. Där framgår även vem som fastställer respektive plan. Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionsförbund har informerats om arbetet och handlingsplanens innehåll och har i beslut 2015-03-11 rekommenderat landstingen att arbeta enligt överenskommelsen intentioner.

Styrgruppen har under 2015 haft täta avstämningsmöten, där gemensamma frågeställningar har diskuterats och erfarenheter från arbetet i respektive landsting har delats. Denna gemensamma plan har i sin helhet fastställts av styrgruppen.

Organisation för fortsatt arbete med införande av standardiserade vårdförlopp i norra regionen

RCC Norrs styrgrupp utgör styrgrupp även för det fortsatta arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp i regionen. Ett antal områden som kräver regionövergripande samarbete har identifierats under arbetet med handlingsplanen: mätning av ledtid när vårdförloppet sker över landstingsgränser, tillgång till PET-CT-tider på Norrlands universitetssjukhus, multidisciplinära konferenser, kompetensförsörjning och vårdplatstillgång, uppföljning av undanträngningseffekter, kommunikations- och informationsaktiviteter, erfarenhetsutbyte mellan landstingen samt patientinvolvering. Flera regionala arbetsgrupper har tillsatts, eller kommer att tillsättas, med uppdrag att utarbeta förslag till lösningar och gemensamma arbetssätt. Inom respektive diagnosområde utgör de befintliga regionala processarbetsgrupperna en kompetensresurs. Arbetsgrupperna rapporterar till styrgruppen, som beslutar om regiongemensamma åtgärder och rutiner.

Sedan 2013 finns en regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen, fastställd av Norrlandstingens regionförbund. Planen, som gäller för 2013-2015, kommer att revideras under året och en regional utvecklingsplan för 2016-2018 ska fastställas. Denna kommande plan kommer att omfatta mål och aktiviteter för införandet av standardiserade vårdförlopp, under de fortsatta år som den nationella satsningen på kortare väntetider i cancervården omfattar. Rutiner för utarbetande och fastställande av den regionala utvecklingsplanen för cancervården finns beskrivna i nuvarande utvecklingsplan, se <http://www.cancercentrum.se/sv/norr/Om-RCC/Planer/Regional-utvecklingsplan/>

Områden för fortsatt regional samverkan för införande av standardiserade vårdförlopp

a) Mätning av ledtid när vårdförloppet sker över landstingsgränser

I norra regionen finns tre olika basjournalssystem, som utgör huvudsakliga vårdadministrativa system för uppföljning av ledtiden från välgrundad misstanke för cancer till start av första behandling. Norrbottens har VAS, Västerbotten och Västernorrland har NCS Cross och Jämtland-Härjedalen Cosmic. Möjligheten att fånga de aktuella tidpunkterna i vårdförloppet varierar mellan journalsystemen. Systemutveckling krävs i varierande grad och kan ta tid.

De uppgifter som krävs för ledtidsuppföljning kan inte med automation föras över mellan journalsystemen och det finns ingen teknisk åtkomst till journaluppgifter över landstingsgränserna. När ett standardiserat vårdförlopp innebär att välgrundad misstanke konstateras i ett landsting och start av första behandling sker i ett annat landsting kommer information att måste överföras mellan landstingen manuellt för att den aktuella ledtiden ska kunna mätas.

Hur denna informationsöverföring och uppföljning ska ske kommer att utredas i en regiongemensam arbetsgrupp, med uppdrag att utarbeta förslag till arbetssätt. Rutiner kommer att fastställas under 2015. För patienter där delar av vårdförloppet sker utanför regionen bör nationella rutiner tas fram. Behov finns av ökad transparens mellan vårdgivare och journalssystem, vilket är en nationell fråga som enskilda landsting inte kan lösa. Tills vidare får hemlandstinget manuellt registrera start av första behandling för dessa patienter. Manuella insatser kan komma att krävas även för uttag av data. Då vården redan har en omfattande administration och brist på vårdadministrativ personal är detta ytterligare en utmaning.

För att undersöka om regionlandstingen i sina mätningar av ledtider mäter samma sak ges RCC Norr i uppdrag att göra stickprovskontroller i journalsystemen efter införandet av standardiserade vårdförlopp för de fem pilotdiagnoserna. Kontrollen kommer att omfatta såväl vårdförlopp som går över landstingsgränserna som inom respektive landsting.

b) Tillgång till PET-CT-tider på Norrlands universitetssjukhus

I flera av de aktuella standardiserade vårdförloppen ingår undersökning med PET-CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi), och utredningsmetoden är även aktuell i flera av de standardiserade vårdförloppen som ska utarbetas under 2015. I regionen finns PET-CT-utrustning vid Norrlands universitetssjukhus (Nus). Förbokade tider finns idag i viss utsträckning men fungerar inte optimalt. Behov finns av fler optimalt planerade utredningstider, inom tidsramarna i de standardiserade vårdförloppen, både för denna diagnos och för andra diagnoser.

Förslag på hur dessa utredningstider ska göras tillgängliga för patienter i hela regionen med välgrundad misstanke för cancer enligt berörda standardiserade vårdförlopp behöver utarbetas vid bild- och funktionsmedicin vid Nus. Det kommer att göras i dialog med de regionala processarbetsgrupperna för diagnoser där PET-CT ingår i utredning enligt standardiserade vårdförlopp. De regionala processarbetsgrupperna ansvarar för att ta fram uppgifter om antalet patienter som behöver utredas med PET-CT från respektive diagnos. Förslaget

presenteras för styrgruppen under första halvåret 2015.

c) Multidisciplinära konferenser

Regionala multidisciplinära konferenser (MDK) finns etablerade inom de aktuella standardiserade vårdförloppen. Dock behövs en genomlysning och optimering av konferenserna, så att patientfallen alltid är välplanerade och alla nödvändiga uppgifter finns tillgängliga för att beslut ska kunna fattas. Ansvaret för detta ligger på de berörda regionala processarbetsgrupperna.

För prostatacancer behöver ytterligare tid för MDK tillskapas för att alla patienter aktuella för MDK ska kunna tas upp för beslut om behandlingsrekommendation.

Att genomföra MDK med tätare intervall (två gånger per vecka i stället för en) diskuteras inom några av diagnoserna, för att därmed kunna minska ledtiderna med några dagar. Då MDK är personalkrävande måste det utredas om det är praktiskt genomförbart att ha MDK två gånger per vecka. De berörda regionala processarbetsgrupperna får i uppdrag att diskutera detta, i samverkan med alla berörda parter som deltar i aktuella MDK. En rapport presenteras för styrgruppen senast 1 oktober 2015.

d) Kompetensförsörjning och vårdplatstillgång

Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund fastställde i december 2014 en regional kompetensförsörjningsplan för cancervården i norra regionen 2014-2018, se <http://www.cancercentrum.se/sv/norr/Om-RCC/Planer/Plan-for-kompetensforsorjning/>. I planen konstateras att cancervården i norra regionen redan har eller inom kort kommer att stå inför påtagliga kompetensförsörjningsproblem, där lösningarna för att möta behoven måste säkras på flera nivåer. Rekrytering och utbildning av nyckelkompetenser är absolut nödvändigt. Fortsatt nivåstrukturerad och utökat samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukhusvården kan ge resursvinster. Effektiviseringar är möjliga med nya verktyg och förändrade arbetssätt, som gör att man optimerar kompetensnyttjandet. Planen redovisar många åtgärdsförslag, och respektive landsting har baserat på den utarbetat handlingsplaner för hur man ska arbeta mot de regiongemensamma målen som fastställts i planen. Ett intensivt arbete för att förbättra kompetensförsörjningssituationen pågår på flera nivåer, såväl inom respektive landsting som regionalt. Stora utbildningsinsatser krävs för att åtgärda den rådande bristen inom många områden. Detta arbete är påbörjat men behöver fortsätta och intensifieras. De patienter som omfattas av standardiserade vårdförlopp finns redan idag i vården, men ska tas omhand på ett mer strukturerat sätt i och med införandet av SVF.

Många vakanta tjänster och en hög förekomst av stafettläkare och vikarier inom primärvården innebär en särskild utmaning i en region med stora geografiska avstånd. Utveckling av en väl fungerande glesbygdsmedicin är ett prioriterat profilområde för regionen, vilket har betydelse för framför allt de delar av de standardiserade vårdförloppen som involverar primärvården.

Det råder brist på både patologer och radiologer i regionen, liksom i landet som helhet. Detta ställer stora krav på organisationen av verksamheten inom patologi och bild- och funktionsmedicin, för att möjliggöra svars- och utredningstider enligt de standardiserade vårdförloppen. Inom patologin pågår ett regionalt samverkansprojekt, som förbereder möjligheten att arbeta i

digitala diagnostiska nätverk och it-verktyg för att bättre mäta svars- och ledtider, vilket står i samklang med de krav som följer med införandet av SVF. Införandet av standardiserade vårdförlopp kommer att medföra ett ökat tryck på patologin och bild- och funktionsmedicin, och extra åtgärder krävs för att möta detta.

Kompetensförsörjningsproblemen medför att vårdplatstillgången är reducerad vid flera av regionens sjukhus. Detta medför en extra utmaning för att förkorta ledtiderna för behandlingar som kräver att patienterna vårdas inlagda. Med regionens stora geografiska avstånd kan patienter behöva vara inlagda även under hela eller delar av utredningstiden. Cancerpatienter är redan idag högt prioriterade och fortsatt hög prioritering av dessa patientkategorier är nödvändig.

Även om en stor del av cancerutredningarna idag sker poliklinisk skapar den rådande personalbristen köer till operation och start av poliklinisk behandling. I arbetet med att optimera kompetensnyttjandet behövs en fortsatt översyn av möjligheten att utrangera återbesök, eller annat som kan skapa utrymme för nödvändiga åtgärder.

Den regionala nivåstruktureringsplanen för cancervården, som fastställdes 2013, ska revideras under det kommande året. Då kommer en förnyad översyn av åtgärder som bör centraliseras respektive decentraliseras på lokal och regional nivå att göras. De standardiserade vårdförloppen kan medföra ytterligare behov av en aktiv fördelning av arbetet både inom och mellan landstingen i regionen. Personalförsörjningen är en generell svårighet i regionen, som inte berör enbart cancervården.

e) Uppföljning av undanträngningseffekter

En oro för undanträngningseffekter vid införande av standardiserade vårdförlopp lyfts från både primärvården och den specialiserade sjukhusvården. De standardiserade vårdförloppens fokus på den första delen av patientens vårdförlopp medför en uttalad risk för undanträngningseffekter för de kroniskt sjuka patienterna. Av de områden som är aktuella för införande av SVF under 2015 har de största farhågorna om undanträngningseffekter framförts inom urologin. Det är brist på urologer i hela regionen, och ett stort antal patienter som ska omhändertas skyndsamt enligt SVF kan medföra en risk för att andra patientkategorier får vänta längre än vad som är medicinskt önskvärt.

Detta gör det viktigt att följa upp eventuella undanträngningseffekter. Uppföljningen kommer i första hand att ske via väntetidsrapporteringen i den nationella väntetidsdatabasen "Svante". Det kan även bli aktuellt med uppföljning via begränsade journalgranskningar. En nationell samordning av dessa uppföljningar är nödvändig. Styrgruppen kommer att följa frågan under året och vidta åtgärder vid behov.

f) Kommunikations- och informationsaktiviteter

Standardiserade vårdförlopp inom cancervården innebär ett nytt arbetssätt som måste förankras både i primärvården och i den specialiserade sjukhusvården. Samtliga verksamheter, inklusive privata vårdgivare och tandvård, som kan komma i kontakt med cancerpatienter ska omfattas av kommunikationen runt SVF. Patienterna ska också involveras och informeras. RCC Norr har utarbetat en regional kommunikationsplan, som ligger till grund för såväl

regionala kommunikationsaktiviteter som planering och genomförande av kommunikationsinsatser i respektive regionlandsting. Ett regionalt kommunikationsnätverk har etablerats, som samverkar kring informationsinsatser. När nationellt informationsmaterial tas fram ansvarar RCC Norrs kommunikatör för att sprida det till det regionala kommunikatörsnätverket.

Inom respektive diagnosområde utgör de regionala processledarna en viktig resurs i informationsutbredningen. De standardiserade vårdförloppen diskuteras på regionala arbetsgruppsmöten och tas upp på regionmöten, där många medarbetare från regionen deltar. Årligen arrangeras välbesökta regionala cancerdagar, och vid den kommande regionala cancerdagen den 16 april 2015 kommer en workshop om standardiserade vårdförlopp att genomföras.

g) Erfarenhetsutbyte mellan landstingen

Utbyte av erfarenheter av arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp mellan regionens landsting sker på flera nivåer. Genom RCC Norrs styrgrupp sker ett fortlöpande erfarenhetsutbyte på tjänstemannaledningsnivå. Via det regionala cancerrådet och dess koppling till övriga berörda regionala chefsamråd finns förutsättningar för ett fortlöpande erfarenhetsutbyte inom landstingens linjeorganisationer. I de regionala processarbetsgrupperna sker ett erfarenhetsutbyte inom den medicinska professionen för respektive diagnosområde. Den regionala cancerdagen i april och motsvarande dagar under kommande år blir också forum för erfarenhetsutbyte. Politikerna i förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund informeras återkommande vid sina kvartalsvisa möten, vilket underlättar erfarenhetsutbyte på den politiska beslutsnivån.

h) Patientinvolvering

Patienter och närstående involveras i arbetet med införandet av standardiserade vårdförlopp på en regional nivå. RCC Norr har ett aktivt patientråd, med patienter och närstående som representerar flertalet cancerdiagnosområden. Två patientrepresentanter från rådet ingår i RCC Norrs styrgrupp, och därmed även i styrgruppen för införande av standardiserade vårdförlopp i regionen. Patient- eller närståenderepresentanter ingår i flertalet av de regionala processarbetsgrupperna. I arbetsgrupper som saknar representanter för det aktuella diagnosområdet utgör patientrådets ledamöter en resurs. Patientrådet deltar i de regionala cancerdagarna, som förutom presentationer omfattar diskussioner i blandade grupper om hur regionen bäst ska arbeta med cancervårdens utveckling.

Utöver den regionala nivån, där patienter och närstående är delaktiga i arbetet, har respektive landsting olika forum för patient- och närståendeeinvolvering. För den enskilda patienten som går in i ett standardiserat vårdförlopp är det av största vikt att vara delaktig och välinformerad genom hela vårdprocessen. Tillgång till kontaktsjuksköterska och att en individuell vårdplan upprättas tillsammans med patienten är viktigt och beskrivs i respektive landstings handlingsplan.

Regiongemensamma ståndpunkter för införandet av standardiserade vårdförlopp

Norra regionen ser positivt på den nationella väntetidssatsningen och införandet av standardiserade vårdförlopp. För de cancerpatienter som uppfyller kriterierna för välgrundad misstanke för cancer, och därmed blir aktuella för utredning och behandlingsstart enligt ett standardiserat vårdförlopp, är fördelarna uppenbara. För vården som helhet ser regionen denna omstrukturering av cancervården som ett viktigt steg i en önskvärd, och till vissa delar redan påbörjad utveckling mot en mer processororienterad vård, som utgår från patienten.

Samtidigt som berörda medarbetare välkomnar en prioriterad satsning kan dock ett förändrat arbetssätt med snabba förändringar under tidspress medföra svårigheter. Att under rådande kompetensförsörjningsbrist frigöra tid för personalen för utvecklingsarbete i den omfattning som krävs är en utmaning.

Inför det fortsatta arbetet med införande av fler standardiserade vårdförlopp behöver en utvärdering göras av den initiala införandeprocessen. Slutsatser om eventuella svårigheter behöver beaktas inför det fortsatta införandet och takten i införandeprocessen anpassas för att säkerställa ordnade processer.

De ekonomiska förutsättningarna för införandet av ytterligare standardiserade vårdförlopp under 2016 är ännu oklara. Regionen har en stark förväntan om fortsatt statligt stöd i form av stimulansmedel även under kommande år.

Det viktigt att den goda ambitionen att minska väntetiderna inte riskerar att andra kvalitetsaspekter för patienterna sätts åt sidan. Patienterna behöver vara delaktiga och välinformerade genom hela vårdprocessen och det är viktigt att säkerställa detta även i ett komprimerat vårdförlopp.

Norra regionens geografiska förhållanden, där många invånare har långa avstånd till vården, medför särskilda utmaningar. Långa restider kan försvåra möjligheten att fullt ut uppnå de fastslagna tiderna i de standardiserade vårdförloppen. Resor till utredningar och behandling måste anpassas efter patientens önskemål och hälsotillstånd, och tillgängliga transportmöjligheter kan medföra begränsningar.

Det är en stor utmaning att anpassa de vårdadministrativa systemen så det blir möjligt att följa ledtiden från välgrundad misstanke till start av första behandling på ett tillförlitligt och hållbart sätt, både inom landstingen, inom regionen och inom riket. Uppföljning av ledtider när patienter går över landstingsgränser är i grunden en nationell fråga. I nuläget krävs manuella registreringsrutiner för detta, vilket är olyckligt då vården redan har en omfattande registreringsbörda. Det är av stor vikt för den långsiktiga utvecklingen att de ledtider som följs är jämförbara över landet. Det finns även ett behov av fördjupad analys av de standardiserade vårdförloppen, utöver de två mätpunkter som nu ingår i ledtidsmätningen.

Sannolikt kommer andelen cancerpatienter som remitteras för högspecialiserad vård utanför regionen att öka. Därför är det viktigt med nationella hållbara lösningar för remissflöden i landet.

HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING 2015

Beslut om införande av standardiserade vårdförlopp fattas i landstingsstyrelsen den 27 maj 2015

Handlingsplanen fastställd av: Mats Brännström, landstingsdirektör

1. Diagnosövergripande frågor

1.1 Information och förankring

Hur tänker landstinget informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen (SVF) inom verksamheterna i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen?

För att underlätta införande och säkerställa kvalitet och dokumentation kommer landstinget i Norrbottens län att implementera standardiserade vårdförlopp med hjälp av ett särskilt projekt som utformas med hjälp av landstingets gemensamma projektmodell *Projektil*. Modellen ger gemensamma spelregler som medför att alla arbetar på ett enhetligt sätt och pratar samma språk. Modellen innebär att det tillsätts projektägare, styrgrupp, projektledare, projektmedlemmar och projektgrupp samt referensgrupp. Projektmodellen ger även förutsättningar att:

- säkerställa ett långsiktigt, hållbart utvecklingsarbete och patientnytta
- säkerställa att projektets resultat är kopplat till organisationens strategiska inriktning
- projektmedlemmar lättare ska komma in i projekten
- underlätta kommunikationen mellan alla som jobbar i projektet och ut mot verksamheter som berörs
- tydliggör ansvar och befogenheter för de olika projektrollerna
- beskriva projektflöde på ett enkelt och överskådligt sätt
- Underlätta uppföljning och utvärdering av 2015 års arbete med SVF inför år 2016

Generellt är ambitionen att information, dialog och utbildningsinsatser ska erbjudas via ordinarie linjeorganisation inom framförallt divisionerna Läns- och Närsjukvård, landstingets intranät "*Insidan*" och vid befintliga mötesforum till samtliga verksamheter som berörs.

Specifika insatser därutöver redovisas nedan.

Beskriv planerade insatser inom

a) *Primärvård*

I Norrbotten finns i dag en samverkansform mellan primärvården och sjukhusklinikerna - allmänläkarkonsulenter (ALK). ALK är specialist eller ST-läkare i allmänmedicin särskilt utsedd för att samverka med sjukhusklinikerna. Huvuduppdraget är att utforma och initiera länsövergripande handläggningsöverenskommelser (HÖK) och remissöverenskommelser (RÖK) i samråd med sjukhus-specialiteterna. ALK- överenskommelser är sökbara via landstingets dokumenthanteringssystem och tillgängliga via ALK- webbplatsen som är en känd och välfungerande informationskanal i primärvården. Primärvården kommer att ha utsedd projektmedlem.

b) *Akutsjukvård (i denna mening Akutmottagning)*

Utbildningsinsatser kommer att behövas direkt mot läkare verksamma på akutmottagningarna vid länets fem sjukhus. Akutsjukvården ingår i projektets referensgrupp.

- c) *Bild- och funktionsmedicin*
Bild och funktionsmedicin har utsedda modalitetsansvariga för DT/MR (processledare DT/MR) och ingår som projektmedlem. Bild- och funktionsmedicin i landstinget har tidigare varit delaktiga i ett utvecklingsarbete som berört kolorectal-cancerprocessen. Erfarenheterna från detta arbete kommer att tas till vara i kommande utvecklingsarbetet med SVF.
- d) *Patologi*
Unilabs är underleverantör till laboratoriemedicin inom patologi i Norrbottens läns landsting. Patologiverksamheten har utsedd Projektmedlem. Vad gäller hematopatologin fortsätter tidigare samarbetet med Norrlands universitetssjukhus i Umeå.
- e) *Berörd specialiserad sjukhusvård*
Det finns idag tillsatta processledare för respektive aktuell cancerprocess. De berörda diagnosspecifika processledarna engageras som projektmedlemar.
- f) *Tandvård (berörs av SVF för huvud-hals-cancer)*
Ingår i projektets referensgrupp. Det finns redan idag fungerande kanaler och rutiner via käkkirurgin vad gäller slemhinneförändringar i munhålan som upptäcks inom tandvården.

Landstingsdirektören har godkänt Handlingsplanen för kortare väntetider i cancervården. Landstingsstyrelsen väntas fatta beslut om införande av standardiserade vårdförlopp i samband med planerat sammanträde i april månad.

Hur tänker landstinget informera allmänhet och patienter om att SVF införs och vad de innebär?

Information till allmänhet kommer att förmedlas via landstingets medborgartidning "Utsikt" som delas ut i tidningsformat fyra ggr per år till samtliga hushåll i länet och finns även att tillgå via webben. Information behöver även finnas i väntrum på hälsocentraler samt mottagningar på sjukhusen i länet.

Information till patient om att det är aktuellt att utredas enligt SVF bör den läkare som bedömer att det finns en välgrundad misstanke för en diagnos informera om. Där det är möjligt i närvaro av kontaktsjuksköterska och anhöriga. Patienterna ska få såväl muntlig som skriftlig information.

Landstinget har även som mål att börja göra patientjournalerna tillgänglig på internet från 1 januari 2016. Detta innebär ökade möjligheter till delaktighet för cancerpatienter via egen säker åtkomst.

1.2 Patientinvolvering

Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter i arbetet med SVF?

Landstinget avser att samverka med respektive patientförening i de diagnoser som en sådan gruppering finns eller med patientrepresentant som redan är engagerad i pågående utvecklingsarbete. Det finns redan idag verksamheter som fångar patienternas åsikter/förslag med hjälp av processspecifika enkäter. Patientrepresentant/er ingår i projektets referensgrupp. Vid avsaknad av "lokal" patientrepresentant bör det regionala patientrådet användas.

1.3 Privata vårdgivare

Hur avser landstinget involvera representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF?

Alla hälsocentraler verksamma i Norrbotten följer Beställning primärvård och arbetar enligt de rutiner och överenskommelser som finns i landstinget, samtliga använder även det gemensamma patientadministrativa systemet VAS vilket underlättar remisshantering och uppföljning. De privata hälsocentralerna i Norrbotten är delaktiga i och har del i allmänläkarkonsulterna (ALK). Information, samarbete och utveckling med de privata hälsocentralerna kommer att hanteras på samma sätt som landstingets hälsocentraler. Ovanstående gäller även nystartade hälsocentraler som förväntas komma igång under 2015.

De privata läkarmottagningarna som är verksamma enligt nationella taxan kommer att erbjudas skriftlig information genom befintliga mötesforum. En av de privata läkarna är kopplad till landstingets journalsystem, de övriga är inte det och remisshanteringen sker då manuellt.

De privata tandläkarna i länet kommer att informeras skriftligt på samma sätt som de privatpraktiserande läkarna.

1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete

Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården? Det gäller både offentliga och privata vårdgivare.

Medel som tilldelas landstinget för cancersatsningen kommer bl a att användas för det beskrivna implementeringsprojektet SVF och identifierade flaskhalsar.

Identifiera vilka verksamheter som behöver särskilt stöd för att möjliggöra införandet av SVF. Specificera det stöd landstinget avser att ge respektive verksamhet.

Ett av projektets viktigaste uppdrag är att identifiera och utarbeta stöd för de verksamheter som har behov. Det är idag inte möjligt att i detalj förutse var svårigheterna kan bli mest påtagliga. Troligen innebär de förändrade arbetssätt som blir en följd av SVF en tydlig påverkan på primärvården. Alla medarbetare som har del i det patientnära arbetet kommer att behöva information/kunskap om SVF och de rutiner som krävs för att det ska fungera. En av svårigheterna är kompetensförsörjningen inom allmänmedicin där förekomst av stafettläkare/vikarier är en särskild utmaning. Här ställs krav på rutiner för information, kommunikation och samarbete med ordinarie personal. ALK (beskrivet 1.1.a) blir en central del i arbetet med att implementera arbetsmodellen SVF. Därför är det viktigt att utsedda projektdeltagare inom primärvård kan avsätta tid för deltagande och förankring i linjeorganisationen.

Svårigheter som identifierats inom den specialiserade vården är bl a brist på personal på flera nivåer - undersköterskor, sjuksköterskor och administrativ personal, vilket påverkar ordinarie verksamhet påtagligt. Det påverkar också möjligheterna att tillsätta koordinatorsfunktioner. Det finns anledning att inventera vilka personalkategorier som kan hantera den funktionen beroende på var i förloppet "välgrundad misstanke" initieras. Enligt regionala kompetens-

försörjningsplanen råder brist på specialistläkare inom vissa områden. Här måste landstinget prioritera utbildning av de personalgrupper som blir "flaskhalsar" men det är ett långsiktigt arbete. Kompetensförsörjningsplan är upprättad.

1.5 Uppföljning

Välgrundad misstanke om cancer, som innebär start av ett SVF, ska alltid medföra att en diagnosspecifik KVÅ-kod sätts i det vårdadministrativa systemet. Även vid misstanke om cancer som innebär remiss till filterfunktion ska en diagnosspecifik KVÅ-kod sättas. Om utredningen visar att patienten inte har den misstänkta cancerdiagnosen ska aktuellt SVF avslutas. Även avslut av SVF ska medföra att en specifik KVÅ-kod sätts.

Vid SVF som innebär att åtgärder sker i mer än ett landsting måste de berörda landstingen gemensamt besluta

- hur aktuella KVÅ-koder och datum för kodsättning överförs mellan landstingen
- hur dessa koder och datum registreras i det andra landstingets vårdadministrativa system
- vilket av landstingen som svarar för att rapportera patientens ledtider för nationell uppföljning.

Hur tänker landstinget tillse att det vårdadministrativa systemet går att använda för uppföljning av den ledtid som ska följas nationellt (tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling)?

Det pågår idag ett omfattande arbete med modernisering av hela landstingets vårdadministrativa system/stöd. Landstinget vill betona vikten av att den systemutveckling som görs ska vara väl grundad och hållbar långsiktigt.

Landstinget kommer att införa nationellt anvisade koder där tekniska möjligheter finns. Tekniska möjligheter finns idag att följa vårdförlopp som startar i primärvård och där behandling ges i landstinget inom de verksamheter som infört den s k flödesmodellen. Landstinget kommer att se över möjligheter att införa flödesmodellen inom de verksamheter som berörs av SVF och som i nuläget inte arbetar enligt modellen.

För att uppnå en väl fungerande flödesmodell finns behov av systemutveckling, en sådan utveckling kommer att ta tid och kräva ekonomiska resurser.

Även om det redan idag finns *tekniska* möjligheter att fånga vissa ledtider innebär det lika fullt ett omfattande arbete med förändringar av rutiner/arbetssätt. Detta är en förutsättning för att det ska fungera tekniskt.

När SVF startar inom specialiserad vård finns idag inga möjligheter att fånga dessa ledtider, det kommer att kräva översyn och eventuellt systemutveckling.

SVF där behandling startar utanför länet kommer också kräva manuell hantering och registrering i efterhand.

Landstinget vill särskilt påtala behov av fördjupad analys av SVF, det bör till exempel vara möjligt att kunna urskilja patienter som väljer bort behandling/väljer att avvakta behandling. Det är ytterst viktigt för den långsiktiga utvecklingen att de ledtider som följs är jämförbara över riket.

Hur avser landstinget definiera ansvar och aktiviteter för att utveckla och införa stödprocesser för att följa och följa upp standardiserade vårdförlopp i landstingens it-stöd?

Landstinget kommer att göra en processkartläggning för att närmare inventera hur det är möjligt att använda nuvarande IT system och ev behov av kommande utveckling för att mäta aktuella ledtider och indikatorer. Vissa delar i SVF kan hanteras manuellt men sannolikt inte alla, det behöver närmare analyseras hur dessa ledtider isåfall kan fångas. Sannolikt blir manuell hantering tämligen omfattande, om systemutveckling måste göras krävs särskilt projektarbete om detta.

Hur ska uppföljning ske när SVF går över landstingsgränserna?

Detta är grunden en nationell fråga. Sannolikt kommer andelen cancerpatienter som remitteras för högspecialiserad vård utanför regionen att öka. Därför är det viktigt med nationella hållbara lösningar för remissflöden i landet. Se pågående utvecklingsprojekt med e-remisser inom Inera.

På kort sikt kan det enbart hanteras via manuell registrering i efterhand. Regiongemensamma rutiner och riktlinjer bör utarbetas för vem som ska registrera vad.

Hur avser landstinget följa upp om införandet av SVF medför undanträngningseffekter för andra patientkategorier?

Landstingets ordinarie väntetidsuppföljning bör ge indikation på om förkortade väntetider för cancerpatienter ger längre väntetider för övriga patientgrupper. Fördelen i Norrbottens län är att man vårdar flera typer av diagnosgrupper inom samma verksamhet och kan därmed snabbt identifiera och hantera risk för undanträngningseffekter.

1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016

Under 2015 kommer SVF att utarbetas för ytterligare minst tio diagnoser, för införande under 2016. Under 2016 ska SVF för kvarvarande cancerdiagnoser utarbetas för införande under kommande år. Aktuella diagnoser för införande under 2016 är

- diffusa allvarliga symtom,
- cancer med okänd primärtumör (CUP),
- lungcancer,
- bröstcancer,
- malignt melanom (ev. enbart på huden),
- kolorektalcancer,
- ovarialcancer (epitelial och icke-epitelial),
- blodcancer – myelom, lymfom (alla typer),
- hjärntumörer,
- cancer i bukspottkörtel, lever, galla, gallblåsa.

Hur avser landstinget planera för införande av fler standardiserade vårdförlopp 2016?

Genom utvärdering av implementeringsprojektet SVF och utveckla den handlingsplan som upprättats för 2015 års arbete med att införa SVF i landstinget verksamheter som berörs av cancervården.

Finns specifika utmaningar för införande av de SVF som är aktuella 2016?

Några av kommande SVF processer saknar i dag processledare och kontaktsjuksköterskor, det kommer att ses över under 2015. Flera av verksamheterna berörda av framtida SVF använder inte flödesmodellen vilket kommer försvåra uppföljning av ledtider.

En stor kommande utmaning ses vad gäller ”diffusa allvarliga symtom” och hjärntumörer. För att klara av ett SVF för diffusa symtom krävs en uppbyggnad av en helt ny struktur inklusive läkare och koordinator inom landstinget. Vad gäller SVF för hjärntumör så har landstinget ingen onkologiklinik och därmed ingen specialist som kan ta helhetsansvar för hjärntumör-diagnoser.

Utredningarna av de tillkommande SVF som berör blodcancerområdet kommer att öka belastningen på bild och funktionsmedicin då både slätröntgen och Datortomografi ingår och tydligt öka belastningen på koordinator/ kontaktsjuksköterskefunktionen.

Onkologisk radiologi är en stor del av specialiteten Bild- och funktionsmedicin och den låter sig inte helt enkelt särskiljas från övriga delar av verksamheten. Den onkologiska utredningen har ökat avsevärt i omfattning i takt med utvecklingen av vårdprogram. Förfinad och mer resurskrävande teknik möjliggör ökande krav på korrekt stadiindelning innan behandlingsbeslut. Modaliteter som är personalkrävande vad gäller såväl radiologer som röntgensjuksköterskor. Landstinget strävar efter långsiktiga lösningar för tillgänglighet och arbetar aktivt med att fördela ut patienterna i länet. Det stora problemet är kombinationen brist på radiologisk kompetens tillsammans med den ökade bildmängden. Det är troligt att befintliga resurser inte räcker.

1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera viktiga diagnosövergripande utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Utöver ovanstående frågor, beakta även:

En stor utmaning är att anpassa det vårdadministrativa systemet så det blir möjligt att följa remissgången från välgrundad misstanke till start av första behandling på ett tillförlitligt och hållbart sätt. I dagsläget tar en anpassning av VAS (landstingets vårdadministrativa system), cirka ett och ett halvt år från kravställning till leverans.

En annan svårighet är att förankra kunskap och nya arbetssätt i en instabil bemannings-situation inom många verksamheter. Personalförsörjning är en generell svårighet i landstinget i dag och berör flera av de professioner som är aktuella inom cancervården. En kompetens-försörjningsplan har utarbetats för cancervården i landstinget där flera åtgärder för att stärka och underlätta rekrytering samt utbildning och forskning finns beskrivna, dock är det ett arbete över tid och ger ingen omedelbar lösning.

Hur ska landstinget tillse att berörda patienter får information om att det finns anledning att utreda cancermisstanke enligt SVF, vad SVF innebär och vilka väntetider patienten kan förvänta sig?

Den läkare som har ordinerat undersökningen ska informera om att det finns misstanke om cancersjukdom och att patienten nu kommer att utredas enligt SVF. Det kommer att krävas

omfattande kommunikationsinsatser till läkare för att förankra detta arbetssätt. Grundprinciper för detta har beskrivits tidigare i dokumentet.

Skriftligt informationsmaterial måste tas fram, gärna regional grundstomme med utrymme för lokal information (adresser, telefonnummer etc).

Finns fungerande remissrutiner

- mellan primärvård och specialiserad sjukhusvård?

- mellan landsting, där SVF går över landstingsgränserna?

Det finns idag ett etablerat regelverk för remisshantering i Norrbottens läns landsting. Utifrån detta utarbetar respektive verksamhet sina specifika rutiner. Det faktum att både primärvård och specialistsjukvård använder samma vårdadministrativa system underlättar remisshantering.

Remisshantering mellan landsting är idag helt pappersbaserad, inget systemstöd finns. Däremot finns etablerade rutiner för hur dessa remisser tas omhand. I regionavtalet finns också detta reglerat.

Finns tillgång till kontaktsjuksköterska för alla patienter som får en cancerdiagnos enligt SVF?

Landstinget har kontaktsjuksköterskor i flertalet av de inom ramen för RCC arbetet ingående diagnosgrupperna. För fyra av de fem pilotdiagnoserna finns möjlighet till namngiven kontaktsjuksköterska på samtliga sjukhus i länet som behandlar aktuell diagnosgrupp. Bristen på sjuksköterskor i länet påverka möjligheten att tillsätta kontaktsjuksköterskor i den takt som önskas men arbetet pågår kontinuerligt.

Finns etablerade MDK, där aktuella patienter kan tas upp enligt SVF?

Huvud-halscancer MDK genomförs enligt beskrivning

Prostatacancer MDK genomförs i stort enligt beskrivning.

Urotelialcancer (Urinvägar, urinblåsa mm) MDK genomförs, onkolog, patolog, radiolog och urolog deltar utifrån det enskilda ärendets behov. Kontaktsjuksköterska saknas i den aktuella processen men arbete pågår för att rekrytera kontaktsjuksköterska.

Akut myeloisk leukemi – Etablerad MDK (telepatologkonferens) finns.

Matstrupe-magsäckscancer MDK genomförs enligt beskrivning

Finns tillgång till rehabilitering och understödande vård enligt SVF?

Tillgång till cancerrehabilitering samt psykosocialt stöd är i dag inte fullt utvecklad. Lokal processledare är tillsatt, implementeringsarbete har påbörjats. Rutiner finns inom vissa verksamheter, utifrån tidigare praxis. Landstinget eftersträvar en patientorienterad och jämlik cancerrehabilitering, oavsett kliniktilhörighet eller diagnos. Under 2015 påbörjas arbetet med att ta fram strukturer och rutiner.

Kan patienterna erbjudas en individuell vårdplan ("min vårdplan") enligt SVF?

Arbete pågår i landstinget för att ta fram former för min vårdplan, pilotprojekt pågår inom gynekologisk cancer, *Careere* projektet regionalt där man testar en modell i pappersformat. Målsättningen i landstinget är att undvika dubbelarbete och merarbete för personal med dokumentationsansvar.

Andra utmaningar för införande av SVF?

Att införa SVF innebär förändrade arbetsätt, i större eller mindre omfattning beroende på verksamhet. Erfarenhetsmässigt vet vi att sådant tar tid. Tidsfaktorn med ett snabbt införande förlopp samtidigt som landstingets personal har svårt att frigöra tid för utvecklingsarbete i den omfattning som krävs är därför en utmaning.

2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp

2.1 Akut myeloisk leukemi

2.1.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter)
- anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni
- avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård.

Vid välgrundad misstanke enligt punkterna ovan ska patienten remitteras till en hematologi-enhet för utredning enligt SVF. Den mottagande enheten ska kontaktas per telefon i samband med att välgrundad misstanke uppstår. Vid påverkat allmäntillstånd och alarmerande provsvar ska hematologjouren kontaktas omedelbart för akut bedömning.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Information, dialog och utbildnings insatser ska erbjudas via ordinarie linjeorganisation inom framförallt divisionerna Läns- och Närsjukvård, landstingets intranät "Insidan" och vid befintliga mötesforum till samtliga verksamheter som berörs.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

- a) Genom information, dialog och utbildnings insatser.
- b) Genom information, dialog och utbildnings insatser.

2.1.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

AML är en diagnos med få provtagningar per år och landsting. Därför finns inte behov av förbokade tider för undersökningar, som för andra diagnoser. Diagnostiken är alltid akut.

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för AML?

Vid hematologmottagningen, Sunderby sjukhus.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för AML? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Leg sjuksköterska/ kontaktsjuksköterska, vid frånvaro kontaktas Hematologjour (läkare).

2.1.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

- 1) Diagnostik: Prover för blod- och benmärgsdiagnostik vid misstänkt leukemi skickas till laboratorierna för klin. patologi samt klinisk genetik, Norrlands Universitets-sjukhus i Umeå. Här finns upparbetade rutiner för snabb transport av prover samt rutiner för snabb svar och multidisciplinära ronder via videolänk (MDK 1).
- 2) MDK 2: Inför beslut om stamcellstransplantation- ansvarig hematolog och kontaktsjuksköterska Sunderby sjukhus (SY) samt transplantationsteam Norrlands Universitetssjukhus (NUS)
- 3) Inför allogen stamcellstransplantation sker behandling och pretransplantationsutredning i samråd med transplantationsteam NUS. Kontakt med koordinator SY samt transplantationskoordinator NUS 1 g/vecka eller tätare vid behov.

2.1.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnos-övergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Med enstaka undantag kommer dessa patienter fort till den specialiserade vården eftersom de oftast har alarmerande symptom. Det är enstaka patienter som enligt uttag ur INCA inte idag kommer till behandling inom målnivåerna enligt SVF. Utmaningen är att informera primärvården och andra möjliga in remitterter om SVF, alarmsymtom och att kunna följa remisserna i VAS. Då detta är en liten patientgrupp går det att få undersökningarna gjorda akut och undanträngningsrisken är försumbar i utredningsskedet. Dock krävs kompetent personal, god bemanning och vårdplatser i tillräckligt antal för vården av dessa patienter. Det krävs också tillgång till psykosocialt stöd. För att kunna följa de kvalitetsindikationer som finns i SVF bör det finnas resurser för inregistrering inom tid i INCA registret.

2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan

2.2.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer
 - äldre än 40 år
 - yngre än 40 år med riskfaktorer för urinblåsecancer i anamnesen, som rökning mer än cirka 20 år
- misstanke om urinblåsecancer vid bildiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt SVF. Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.

I de fall då den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Det bör möjliggöras för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Information, dialog och utbildnings insatser ska erbjudas via ordinarie linjeorganisation inom framförallt divisionerna Läns- och Närsjukvård, landstingets intranät "Insidan" och vid befintliga mötesforum till samtliga verksamheter som berörs.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

a) Genom information, dialog och utbildnings insatser.

b) Genom information, dialog och utbildnings insatser.

2.2.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för cancer i urinvägarna?

Urologmottagningen

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för cancer i urinvägarna? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Det är fördelaktigt om koordinatören är sjukvårdskunnig tex kontaktsjuksköterska eller sjuksköterska och har ett nätverk och kontakter för bokning av tider. Vid frånvaro bör annan utsedd kontaktsjuksköterska ta över bokningsansvaret.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Inom ramen för projektarbetet kommer berörda projektmedlemmar att inventera produktions- och kapacitetsplanering för att utarbeta fungerande arbetssätt och strategier för att hantera kravet på korta handläggningstider i den aktuella SVF – processen.

2.2.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

MDK på schemalagda tider är önskvärt så att föredragande läkare kan planera och förbereda dragningen/dragningarna utan att det inkräktar på mottagningstiderna. Behov finns av tillgång till rum och utrustning för uppkoppling och delaktighet i MDK i anslutning till urologmottagningen.

2.2.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnos övergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Risken för undanträngningseffekter måste noggrant bevakas och hanteras. Flera allvarliga och i bland mycket smärtsamma tillstånd som kräver både undersökning och behandling hanteras på urologen, en verksamhet som redan i dag har ett högt patienttryck och en ansträngd personal situation. Även andra, mindre allvarliga tillstånd som starkt påverkar upplevd livskvalitet riskerar att påverkas. En särskild utmaning i Norrbotten är den korta ledtiden vid icke muskelinvasiv tumör 9-12 dagar. Risk finns för undanträngningseffekter på sjukdomstillstånd som borde ha högre prioritet.

En betydande andel av befolkningen är äldre och har i högre utsträckning svårigheter att transportera sig långa sträckor. Om följsamhet till medicinska råd innan undersökning är låg eller inte uppfattats eller missförstått kan de långa avstånden gör att man också måste kunna erbjuda patienten övernattnings ett till flera dygn om det finns samsjuklighet och dess behandling att ta hänsyn till innan man kan genomföra tex en cystoskopi.

Patienter med antikoagulantbehandling där det finns risk för överbehandling, låg följsamhet till ordination och därmed risk för lättblödande urinvägar finns det en risk att de remitteras frekvent med KVÅ kod "Välgrundad misstanke xx cancer".

Urologmottagning finns på flera orter i länet, verksamma urologer reser mellan orterna, följaktligen så har mottagningarna inte tillgång till urolog dagligen veckans alla dagar.

2.3 Huvud- och halscancer

2.3.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras vid ÖNH-klinik, när klinisk undersökning ger malignitetsmisstanke.

Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i det standardiserade vårdförloppet. Vid misstanke ska patienten remitteras till en ÖNH-klinik med mottagande samma dag. ÖNH-kliniken utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av standardiserat vårdförlopp.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om granskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till en klinisk undersökning utförd av ÖNH-läkare. Denna undersökning avgör om det föreligger en välgrundad misstanke för cancer. Utredning enligt SVF

ska då starta omedelbart. Det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett standardiserat vårdförlopp.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Information, dialog och utbildnings insatser ska erbjudas via ordinarie linjeorganisation inom framförallt divisionerna Läns- och Närsjukvård, landstingets intranät "Insidan" och vid befintliga mötesforum till samtliga verksamheter som berörs.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

- a) Genom information, dialog och utbildnings insatser.
- b) Genom information, dialog och utbildnings insatser.
- c) Genom information, dialog och utbildnings insatser.

2.3.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för huvud- och halscancer?

Öron, näsa och hals kliniken

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för huvud- och halscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Kontaktsjuksköterskor vid länets tre ÖNH-mottagningar. Välgrundad misstanke kan bekräftas först efter klinisk undersökning vid ÖNH-klinik. Vid frånvaro bör annan kontaktsjuksköterska ta över bokningsansvaret.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Regionalt "Snabbflöde tumör" innebär idag att obokade tider för PET-CT finns vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) för dessa patienter. Behov av utökat antal tider utvärderas årligen vid regionalt tumörmöte. Tre obokade mottagningstider/vecka vid Öronmottagningen Sunderby sjukhus för återbesök provas våren 2015.

2.3.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Vid välgrundad misstanke remitteras patienten till ÖNH NUS för utredning och MDK- beslut. De flesta via "Snabbspår tumör" med PET-CT, Skopi i narkos och ULJ-hals med cytologi. Vid besök hos oss senast torsdag fm är ambitionen att patienten får tid för undersökningarna vid NUS redan veckan efter. Detta flöde är konstruerat i regionalt samarbete och utvärderas

årligen. Information och stöd till patienten före och efter behandling vid NUS, sker vid hemorten.

Regional arbetsgrupp påbörjat arbete kring SVF. Där diskuteras hur inrapportering av ledtider ska ske.

2.3.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Utmaningen ligger i att få vårt "Snabbflöde tumör" att fungera optimalt vad gäller tider för undersökningar ÖNH NUS och att väntetiderna till dessa undersökningar hålls nere. Tid för PET, ULJ hals och Skopi i narkos. Även väntetiderna efter genomförda undersökningar behöver kortas. Tid till PAD-svar och till MDK. En av utmaningarna är brist på läkarresurs och operationsresurs ÖNH NUS.

2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer)

2.4.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras i specialiserad sjukhusvård, genom undersökningsfynd vid gastroskopi, eller i samband med PAD-svar där gastroskopin inte gett misstanke om cancer. Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i SVF. Vid misstanke ska patienten remitteras till gastroskopi med remissmottagande samma dag. Gastroskopin utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av SVF.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Visar gastroskopin misstanke om cancer ska biopsier tas. Ger gastroskopifynden välgrundad misstanke om cancer ska patienten remitteras till utredning enligt SVF utan att PAD-svaret inväntats. Om inte bevakar endoskopisten PAD-svaret och remitterar patienten till utredning om svaret ger välgrundad misstanke om cancer.

Remissen ska omedelbart skickas till utredning med mottagande och kvittering inom ett dygn. Om gastroskopin har gjorts vid den enhet som utför utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det patientadministrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Information, dialog och utbildnings insatser ska erbjudas via ordinarie linjeorganisation inom framförallt divisionerna Läns- och Närsjukvård, landstingets intranät "Insidan" och vid befintliga mötesforum till samtliga verksamheter som berörs.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

- a) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- b) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- c) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.

2.4.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för matstrups- och magsäckscancer?

Kirurgmottagningen

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för matstrups- och magsäckscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sjuksköterska/kontaktsjuksköterska går igenom remiss i samråd med ÖL och bokar sedan nödvändiga undersökningar/provtagningar. Struktur finns för att ersätta frånvarande kontaktsjuksköterska.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Inom ramen för projektarbetet kommer berörda projektmedlemmar att inventera produktions- och kapacitetsplanering för att utarbeta fungerande arbetssätt och strategier för att hantera kravet på handläggningstider i den aktuella SVF – processen.

2.4.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

MDK-konferens på fasta tider en gång i veckan.

Samverkan är sedan tidigare etablerad. Fungerande kontakt etablerad mellan kontaktsjuksköterska på Sunderbysjukhus och kontaktsjuksköterska Norrlands Universitetssjukhus (NUS).

Esophagus / Cardia opereras på NUS

2.4.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

En utmaning är att sälla i remissinflödet, det finns ett stort spann med lindrigare åkommor där symtombilden är den samma. Utträngning sker framför allt i konkurrens med benign kirurgi.

I nuläget dåligt med skopitider i narkos men det är i dagsläget ett mindre problem.

2.5 Prostatacancer

2.5.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- PSA över åldersrelaterat gränsvärde (se tabell i SVF) i samband med symptom eller tecken som talar för prostatacancer (se lista i SVF)
- PSA över 10 µg/l
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till utredning enligt SVF av den som fastställt den välgrundade misstanken. Om den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Information, dialog och utbildnings insatser ska erbjudas via ordinarie linjeorganisation inom framförallt divisionerna Läns- och Närsjukvård, landstingets intranät "Insidan" och vid befintliga mötesforum till samtliga verksamheter som berörs.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

- a) Genom information, dialog och utbildnings insatser.
- b) Genom information, dialog och utbildnings insatser.

2.5.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för prostatacancer?

På urologmottagningen.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för prostatacancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Det är fördelaktigt om koordinatören är sjuvårdskunnig tex sjuksköterska eller kontaktsjuksköterska och har ett nätverk och kontakter för bokning av tider. Vid frånvaro bör annan sjuksköterska eller kontaktsjuksköterska ta över bokningsansvaret.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Inom ramen för projektarbetet kommer berörda projektmedlemmar att inventera produktions- och kapacitetsplanering för att utarbeta fungerande arbetssätt och strategier för att hantera kravet på handläggningstider i den aktuella SVF – processen.

2.5.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

PET /CT fungerar väl i dag men klarar inte alltid den satta tidsramen i SVF.

MDK på schemalagda tider är önskvärt så att föredragande läkare kan planera och förbereda dragningen/dragningarna utan att det inkräktar på mottagningstiderna.

2.5.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Patientgruppen som berörs vid införande av SVF vid välgrundad misstanke om prostatacancer är stor. Urologmottagningen är i dag hårt belastad och har väntetider bla med anledning av få urologer och att de arbetar över hela länet. Här finns även en konkurrenssituation med Urotelial cancer då det är i stort samma personal som berörs.

Svårigheter kan uppstå vid täta uppföljningar av PSA-test där värden och utredning visat på att *uppföljning* är den åtgärd som är aktuellt. Patienten hamnar i SVF upprepade gånger utan att det gagnar eller är till nytta för fortsatt omhändertagande eller prognos. På grund av patientens egen oro söks primärvård och uppföljning i högre/tätare utsträckning än nödvändigt.

Stor risk för undanträngningseffekter.

Inom ramen för projektarbetet kommer berörda projektmedlemmar att inventera svårigheterna och utmaningarna för att utarbeta fungerande arbetssätt och strategier för att hantera den aktuella SVF – processen.

HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING 2015

Datum för beslut om införande av standardiserade vårdförlopp:

2015-02-24, Hälso- och sjukvårdsnämnden

2015-03-03, Landstingsstyrelsen

Handlingsplanen fastställd av:

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Landstingsstyrelsen

ELG (landstingets ledningsgrupp)

1. Diagnosövergripande frågor

1.1 Information och förankring

Hur tänker landstinget informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen (SVF) inom verksamheterna i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen?

Arbetet med SVF hålls ihop av den lokala arbetsgrupp (LCC) som finns för detta med verksamhetschefer och verksamhetsområdeschefer för berörda verksamheter. Därmed garanteras information fullt ut i berörd linjeorganisation. Denna gruppering har också ansvarat för framtagande av handlingsplanen.

Att kunskapen om SVF finns hos de som remitterar, främst läkare på hälsocentralerna. Lathundar och andra tekniska hjälpmedel måste finnas tillgängliga. Utbildning om vad detta innebär och att det faktiskt finns en vinst inte bara för patienten utan även för remittenten. Detta i form av att vidare handläggning av en korrekt remiss går snabbare och med svar tillbaka på kortare tid.

En översyn av vilka behov som finns av information och stöd för intern förankring behöver genomföras och en kommunikationsplan med fokus på SVF-arbetet kommer att tas fram. Ur ett internt perspektiv kan viktiga aspekter att beakta i planen vara översyn av internt informationsmaterial, information via intranät och 1177.se (för vårdpersonal) m.m. En viktig och huvudsaklig del i förankringsarbetet är dock dialog i verksamheterna.

Initialt har den politiska nivån informerats i samband med att uppdraget lämnades från SKL. Handlingsplanen kommer också att fastställas av både hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen. I övrigt kommer förankring att ske utifrån behovsanpassad information/dialog enligt följande:

- a) *Primärvård*
Information i ledningsgruppen för VO- PV, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff, information från SKL. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsfora samt på vidarutbildningstillfällen för distriktsläkare.
- b) *Akutsjukvård*
Information i ledningsgruppen för VO- kirurgi, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsfora inklusive länsmöten.
- c) *Bild- och funktionsmedicin*
Information i ledningsgruppen för VO-regionvård, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsfora inklusive länsmöten.
- d) *Patologi*
Information i ledningsgruppen för VO- regionvård, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsfora.

- e) *Berörd specialiserad sjukhusvård*
Information i ledningsgruppen för VO- med, kir och regionvård, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsföreläsningar.
- f) Tandvård (berörs av SVF för huvud-hals-cancer). Information i ledningsgruppen för PV, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsföreläsningar.

Hur tänker landstinget informera allmänhet och patienter om att SVF införs och vad de innebär?

Översyn av behov kommer att genomföras i samband med att kommunikationsplan tas fram. I den mån det är möjligt kommer extern information i huvudsak att hanteras via 1177.se. Behov finns dock av att se över och inventera såväl tillgänglig information som behov av och möjligheter till utveckling. 1177.se kan fungera som ett bra stöd och en plattform för övergripande information för såväl patienter som vårdpersonal men behov kan även finnas av tryckt eller anpassat material. Det är fortfarande oklart i vilken form samt om något nationellt eller regionalt material kan användas för detta. I de fall nationellt eller regionalt material tas fram, används detta med lokala tillägg. Forum för diskussion kring kommunikationsfrågor med regionens övriga landsting finns etablerat.

Information till patienter aktuella att utredas inom SVF ges av berörd läkare som bedömt att det finns välgrundad misstanke. Patienten ska få både muntlig och skriftlig information. Vilken information som behövs vid de olika SVF och vilket material som behöver tas fram som stöd är ännu oklart men en viktig aspekt kan tänkas vara patientens väg i vården – hur ser förloppet ut, väntetider, kontaktperson vid frågor osv.

I det inledande skedet kan också information via landstingets webbplats, media och sociala medier vara aktuellt.

1.2 Patientinvolvering

Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter i arbetet med SVF?

Landstingen kommer att samverka med respektive patientförening i de diagnoser där en sådan gruppering finns. Enligt överenskommelse sker i norra regionen också ett gemensamt arbete via det regionala patientrådet.

1.3 Privata vårdgivare

Hur avser landstinget involvera representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF?

Samtliga hälsocentraler verksamma i Västerbotten har likartad beställning och arbetar enligt de rutiner och överenskommelser som finns i landstinget, samtliga använder även det gemensamma journal-systemet vilket underlättar remisshantering och uppföljning. Information, samarbete och utveckling med de privata hälsocentralerna kommer att hanteras på samma sätt som landstingets hälsocentraler.

De privata läkarmottagningarna som är verksamma enligt nationella taxan kommer att erbjudas skriftlig information genom befintliga mötesforum.

De privata tandläkarna i länet kommer att informeras skriftligt på samma sätt som de privatpraktiserande läkarna.

1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete

Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården? Det gäller både offentliga och privata vårdgivare.

Medel som tilldelas landstinget för cancersatsningen kommer bl a att användas för främst identifierade flaskhalsar samt viss projektledning/processstöd.

Identifiera vilka verksamheter som behöver särskilt stöd för att möjliggöra införandet av SVF. Specificera det stöd landstinget avser att ge respektive verksamhet.

Att omhänderta de nu identifierade patientgrupperna sker redan i dagsläget i landstinget dock med en väsentlig skillnad – de *förkortade* handläggningstiderna, för de fem och sen tillkommande tio diagnosgrupperna, kommer att kräva en utökning av resurser inom många områden. Tillskotten sker som en förstärkning för de kommande fyra åren.

Primärvården kommer att vara första instans för flera av de första SVF och det är därför viktigt att nå samsyn om metoder att agera vid välgrundad misstanke bl.a. hur koordinering av undersökningar och besök i specialistvård ska ske och hur patienten ska informeras. Allt detta för att patientens resa i vården ska bli så optimalt värdeskapande. Införandet av SVF utgör ytterligare en utmaning inom de hälsocentraler där förekomsten av stafettläkare är frekvent. Här ställs krav på tydliga rutiner för information, kommunikation och samarbete med ordinarie medarbetare.

Utifrån dels ambitionsnivån med förkortade ledtider och de än mer systematiska arbets- och handläggningsrutinerna, ska kontaktsjuksköterskor finnas inom alla berörda tumörgrupper, i vissa fall kan funktionen koordinator samordnas med kontaktsjuksköterska främst inom tumörområden med låga insjuknandetal.

Vidare finns ett antal ”flaskhalsar” vars ökade tillgänglighet utgör väsentliga förutsättningar för ett förbättrat flöde och maximala handläggningstider, främst inom bild och funktionsmedicin och patologi. Med ett ansträngt rekryteringsläge främst vad gäller patologer, radiologer, biomedicinska analytiker samt operationsresurser generellt kommer detta att vara den största utmaningen. Inom alla beskrivna bristområden finns kompetensförsörjningsplan upprättad.

Det är också viktigt att kodning för start och stopp av vårdförloppet kan ske på rätt sätt, för att möjliggöra mätning. Båda dessa områden – optimerade flöden och KVÅ-kodning – kommer att vara föremål för specifika insatser.

1.5 Uppföljning

Välgrundad misstanke om cancer, som innebär start av ett SVF, ska alltid medföra att en diagnosspecifik KVÅ-kod sätts i det vårdadministrativa systemet. Även vid misstanke om cancer som innebär remiss till filterfunktion ska en diagnosspecifik KVÅ-kod sättas. Om utredningen visar att patienten inte har den misstänkta cancerdiagnosen ska aktuellt SVF avslutas. Även avslut av SVF ska medföra att en specifik KVÅ-kod sätts.

Vid SVF som innebär att åtgärder sker i mer än ett landsting måste de berörda landstingen gemensamt besluta

- hur aktuella KVÅ-koder och datum för kodsättning överförs mellan landstingen
- hur dessa koder och datum registreras i det andra landstingets vårdadministrativa system
- vilket av landstingen som svarar för att rapportera patientens ledtider för nationell uppföljning.

Hur tänker landstinget tillse att det vårdadministrativa systemet går att använda för uppföljning av den ledtid som ska följas nationellt (tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling)?

Systemförvaltningen för NCS Cross planerar anpassningar i journalsystemet för att kunna följa de standardiserade vårdförloppen. En försvarande faktor är att endast prostatacancer och akut myeloisk leukemi av de aktuella processerna finns definierade i Snomed CT; för övriga måste egna definitioner användas som inte är anpassade till Nationellt Fackspråk eller Nationell Informationsstruktur. KVÅ-koder ska införas så snart Socialstyrelsen skickat ut dessa.

Hur avser landstinget definiera ansvar och aktiviteter för att utveckla och införa stödprocesser för att följa och följa upp standardiserade vårdförlopp i landstingens it-stöd?

Ansvar ligger inom vår förvaltningsorganisation för journalsystemet och beställning av erforderliga utvecklingsaktiviteter är gjord. Vissa delar kommer dock initialt att hanteras manuellt.

Hur ska uppföljning ske när SVF går över landstingsgränserna?

Inom Norra Regionen finns en samordning och gemensam policy för vårddokumentation där frågan måste beaktas i samråd med Regionalt Cancercentrum. Detta är en ytterligare stor utmaning som vi avser lösa. Det finns en oro att satsningen ska ätas upp av kostnader för administrativa lösningar som idag saknas i vissa moment. VLL tillsammans med övriga län i regionen arbetar för att detta inte ska ske och söker gemensamt lösningar i befintliga dokumentationssystem. Även här måste initialt manuella rutiner skapas och hanteras av kontaktsjuksköterske- respektive koordinatorsfunktionen. Regiongemensamma rutiner och riktlinjer måste utarbetas för vem som ska registrera vad.

Hur avser landstinget följa upp om införandet av SVF medför undanträngningseffekter för andra patientkategorier?

Då det inte är nya patienter, utan de som redan finns i systemen, ska SVF underlätta för verksamheterna att fånga de svårast sjuka och korta väntetiden från välgrundad misstanke till behandlingsstart. Det innebär att resurserna fokuseras på de svårast sjuka och de med en lägre prioriteringsgrund kan få stå tillbaka. Det går att följa väntetiden på respektive verksamhet om man med samma kapacitet och samma inflöde får en ökning av väntelistan.

1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016

Under 2015 kommer SVF att utarbetas för ytterligare minst tio diagnoser, för införande under 2016. Under 2016 ska SVF för kvarvarande cancerdiagnoser utarbetas för införande under kommande år. Aktuella diagnoser för införande under 2016 är diffusa allvarliga symtom, cancer med okänd primärtumör (CUP), lungcancer, bröstcancer, malignt melanom (ev. enbart på huden), kolorektalcancer, ovarialcancer (epitelial och icke-epitelial), blodcancer – myelom, lymfom (alla typer), hjärntumörer, cancer i bukspottkörtel, lever, galla, gallblåsa.

Hur avser landstinget planera för införande av fler standardiserade vårdförlopp 2016?

Enligt samma övergripande upplägg som för dessa första fem. Ta del av de erfarenheter som vi får av de första SVF och justera kontinuerligt. Använda metodstöd för utvärdering och justering och använd RCC Norr som arena för erfarenhetsutbyte mellan landstingen. Påbörja arbetet med införande av diagnostiskt centra inför den fortsatta processen med fler SVF.

Finns specifika utmaningar för införande av de SVF som är aktuella 2016?

Ja, kompetensförsörjningsfrågan generellt enligt beskrivning i 1.4. Fler diagnoser och fler patienter kan ytterligare bli en utmaning för trånga sektorer. Samtidigt är flera tumörgrupper processgenomgångna vilket redan förbättrat många flöden.

1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera viktiga diagnosövergripande utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa.

En rätt skakig bemanningssituation generellt i landstingen oroar. En kompetensförsörjningsplan har utarbetats för cancervården i landstinget där flera åtgärder för att stärka och underlätta rekrytering samt utbildning och forskning finns beskrivna, dock är det ett arbete över tid och ger ingen omedelbar lösning.

Som tidigare beskrivits är en stor utmaning är att anpassa det vårdadministrativa systemet så det blir möjligt att följa remissgången från välgrundad misstanke till start av första behandling på ett tillförlitligt och hållbart sätt både inom landstinget och inom regionen.

Hur ska landstinget tillse att berörda patienter får information om att det finns anledning att utreda cancermisstanke enligt SVF, vad SVF innebär och vilka väntetider patienten kan förvänta sig?

För övergripande information om SVF kan 1177.se fungera som ett bra stöd. Såväl för hänvisning som utskrift till patienter. Behov kan dock finnas av mer specifik information i skriftlig form, speciellt i patientmötet, men det är ännu inte utrett i vilken form. Behovet kan se olika ut beroende på vilken SVF det rör sig om. Det är fortfarande också oklart vad som görs nationellt och regionalt och vad vi behöver göra lokalt. Möjligheter att samarbeta inom

regionen behöver ses över och i den mån det är möjligt bör samverkan ske. I de fall användbart nationellt eller regionalt material tas fram, används detta med lokala tillägg.

Patienter ska informeras om att de utreds för cancermisstanke och vilka väntetider de kan vänta sig. Det kan lämpligen ske genom att "Min Vårdplan" används. Under fortsatt behandling och uppföljning är det kontaktsjuksköterskan som tillsammans med ansvarig specialistläkare informerar patient om fortsatta behandlingsinsatser. Även här behöver informationen vara både muntlig och skriftlig. Översyn av vilket material som behövs för detta behöver göras.

Finns fungerande remissrutiner

- mellan primärvård och specialiserad sjukhusvård?

- mellan landsting, där SVF går över landstingsgränserna?

Ja, men inte elektroniskt. Här finns kraftig förbättringspotential för snabbare rutiner. Mellan landstingen används fax och direktkontakt mellan kontaktsköterskor. Inom landstinget kommer väntetid för utskrift och signering vara det viktigaste att ha koll på.

Finns tillgång till kontaktsjuksköterska för alla patienter som får en cancerdiagnos enligt SVF?

Ja, i huvudsak inom alla områden i olika omfattning beroende på tumörgruppens storlek.

Finns etablerade MDK, där aktuella patienter kan tas upp enligt SVF?

Alla berörda tumörgrupper har en etablerad MDK som går över länsgränserna. Dock måste alla grupper genomlysas sina konferenser så att patientfallen är välplanerade och att alla nödvändiga uppgifter finns tillgängliga för att beslut ska kunna fattas.

Finns tillgång till rehabilitering och understödjande vård enligt SVF?

Ja, i huvudsak men ytterligare resursbehov kan komma att identifieras utifrån införandet av SVF.

Kan patienterna erbjudas en individuell vårdplan ("min vårdplan") enligt SVF?

Implementering av "Min vårdplan" har påbörjats inom flera tumörområden med kontaktsjuksköterskan som ansvarig.

Andra utmaningar för införande av SVF?

- Optimalt planerade utredningstider inom tidsramarna i de definierade vårdförloppen (obokade tider). En arbetsgrupp tillsätts för att lämna förslag på hur tider generellt ska hanteras, vilken volym som är aktuell för olika tumörområden mm.
- Koordinatorsfunktion kontra kontaktsjuksköterskor
Kommer att se olika ut beroende på vilken tumörgrupp respektive vilken volym som behöver koordineras.
- Förändrat arbetssätt med snabba förändringar under tidspress kan skapa oro samtidigt som berörda medarbetare välkomnar en prioriterad satsning.

2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp

2.1 Akut myeloisk leukemi

2.1.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter)
- anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni
- avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård.

Vid välgrundad misstanke enligt punkterna ovan ska patienten remitteras till en hematologienhet för utredning enligt SVF. Den mottagande enheten ska kontaktas per telefon i samband med att välgrundad misstanke uppstår. Vid påverkat allmäntillstånd och alarmerande provsvar ska hematologjouren kontaktas omedelbart för akut bedömning.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Kännedom om SVF och kriterierna för välgrundad misstanke måste finnas i primärvård och sjukhusvård enl. punkt 1.1.

När det gäller AML finns i Västerbotten två hematologiska enheter, som kan göra den primära utredningen t.o.m. Block A, B och C. Hematologienheten, Cancercentrum, NUS och Medicin-Geriatrik, Skellefteå lasarett. Det måste klargöras när man ska remittera till vilket sjukhus. När diagnosen AML är fastställd i Skellefteå sker en omedelbar överremittering till NUS för behandlingsstart. Om enbart palliativ behandling beslutas behöver överföring inte ske.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

KVÅ-koderna måste vara kända i hela landstinget vid remittering enl. punkt 1.5.

När SVF avslutas bevakar vår koordinator kunna att koden sätts.

2.1.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

AML är en diagnos med få provtagningar per år och landsting. Därför finns inte behov av förbokade tider för undersökningar, som för andra diagnoser. Diagnostiken är alltid akut.

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för AML?

Vid hematologienheten, Cancercentrum, NUS.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för AML? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sjuksköterskor. Hematologen NUS har en enhet med sjuksköterskor, som är transplantationskoordinatorer, forskningssjuksköterskor och ansvariga för registrering till Blodcancerregistret. Dessa får till uppgift att bevaka detta efter resurstillskott. Funktionen är kopplad till funktionen som "transplantationskoordinator". Det finns alltid en person i tjänst på denna funktion med rutin för ersättning vid frånvaro.

2.1.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Patienter med AML från Jämtland behandlas på NUS. Primärutredningen görs oftast i Östersund och vid diagnosvar överflyttas patienten direkt till Umeå. Valfungerande rutin finns redan nu. Telefonkontakt tas med hematologjour och skriftlig remiss utfärdas. I vissa fall skickas patienten även för primärutredning till Umeå. Patienter från norra delen av Västernorrland kan också bli aktuella för behandling i Umeå. Rutiner för hantering av KVÅ-koder införs.

När slutgiltig patologisk och genetisk diagnos har satts inom 35 dagar, kommer ställningsstagande till allogen stamcellstransplantation. Detta kräver samverkan med alla enheter i regionen som behandlar AML, d.v.s. Sundsvalls sjukhus och Sunderbyns sjukhus. Rutiner finns redan idag med remiss, telemedicinsk terapikonferens och telefonkontakter. Rutiner kring flödet för allogen stamcellstransplantation är väl inarbetat i regionen.

2.1.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

En brist vid remittering över landstingsgränserna är att remisserna kommer i pappersform och aktuella laboratorieprover inte är tillgängliga elektroniskt. I stället används telefonen flitigt.

En styrka i norra regionen har varit att alla har använt Hematopatologilab och Klinisk genetik i Umeå, som ger snabba svar.

I vissa fall kan patienter redan vara aktuella på Hematologienhet med diagnosen MDS (Myelodysplastiskt syndrom) som övergår i AML. Då fungerar inte mätpunkterna, eftersom ingen remiss utfärdas. Sätta KVÅ-kod vid välgrundad misstanke?

Namn given kontaktsjuksköterska enligt definitionen har hittills inte funnits vid AML-diagnos. Måste införas.

Individuell vårdplan i skriftlig form ska införas.

Vid MDK1 ska slutdiagnos fastställas i samråd med patolog och genetiker. Vi har veckoronder med hematopatolog och genetiker. I samband med dessa bör ett nytt moment införas, d.v.s. sammanfattning av diagnostiken inom 35 dagar.

Hematologerna i norra regionen har varje tisdag en telemedicinsk konferens där landstingsövergripande frågor kan diskuteras. Exempelvis ställningstagande till transplantation. Kontaktsjuksköterskor kan delta.

2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan

2.2.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer
 - äldre än 40 år
 - yngre än 40 år med riskfaktorer för urinblåsecancer i anamnesen, som rökning mer än cirka 20 år
- misstanke om urinblåsecancer vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt SVF. Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.

I de fall då den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Det bör möjliggöras för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Att kunskapen om SVF finns hos de som remitterar, främst läkare på hälsocentralerna. Lathundar och andra tekniska hjälpmedel måste finnas tillgängliga. Utbildning om vad detta innebär och att det faktiskt finns en vinst inte bara för patienten utan även för remittenten. Detta i form av att vidare handläggning av en korrekt remiss går snabbare och med svar tillbaka på kortare tid.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

- a) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- b) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.

Kan patienter med makroskopisk hematuri kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården? Om inte, hur kan den möjligheten skapas?

Ja, patienterna kan söka direkt.

2.2.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för cancer i urinvägarna?

Vid Urologmottagningen i Umeå samt Kirurgmottagningarna i Skellefteå och respektive Lycksele

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för cancer i urinvägarna? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

I Umeå, där länets enda Kontaktsjuksköterska kan återfinnas, så är det vederbörande person. Kontaktsjuksköterskan står i daglig kontakt med Blåscancerteamets läkarmedarbetare. En ersättningsgång är under utarbetande för att rollen framledes inte ska vara specifikt personberoende.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Ett arbete påbörjas för att skapa förutsättningar för tillgång till obokade tider för bl a cystoscopi, CT mm.

2.2.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Cirka 20 patienter per år med avancerad urinblåsecancer remitteras till Umeå från resten av regionen för avancerad kirurgi.

Redan nu finns det fullvärdiga MDKer där dessa patienter anmäls, diskuteras och arrangeras för. MDKerna uppfyller fullgott samverkansfunktionen i regionen.

Utöver detta föreligger det länsövergripande prospektiv forskning på urinblåsecancer, i första hand mellan VLL (NUS) och LVN (Sundsvall), där operatör från NUS med regelbundenhet deltar i kirurgisk verksamhet avseende Sundsvalls studiepatienter. Även JLL och NLL har under 2015 börjat delta prospektivt med inklusioner från TURb-stadiet.

2.2.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

- Lediga tider för CT-Urografi (vilket då även ska inkludera patienter som söker direkt utan att passera PV, i enlighet med SVF)
- Lediga tider på Urologmottagningarna resp. Kirurgmottagningarna för Cystoskopi
- Lediga tider för TURb (transuretral resektion av Blåstumör) vilket även inkluderar vårdplatstillgänglighet utöver rena operationstider
- Lediga tider och vårdplatser för neoadjuvant kemoterapi vid Cancercentrum (Onkologkliniken) – NUS-Umeå

2.3 Huvud- och halscancer

2.3.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras vid ÖNH-klinik, när klinisk undersökning ger malignitetsmisstanke.

Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i det standardiserade vårdförloppet. Vid misstanke ska patienten remitteras till en ÖNH-klinik med mottagande samma dag. ÖNH-kliniken utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av standardiserat vårdförlopp.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om granskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till en klinisk undersökning utförd av ÖNH-läkare. Denna undersökning avgör om det föreligger en välgrundad misstanke för cancer. Utredning enligt SVF ska då starta omedelbart. Det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett standardiserat vårdförlopp.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Idag remitteras patienterna främst från primärvård, tandvård samt regionen. Vad gäller tandvården så remitterar de många gånger till käkkirurgi. I VLL, samt vid länssjukhusen i Sundsvall, Östersund och Sunderbyn, finns en fungerande kommunikation mellan käkkirurgi och ÖNH-mottagning. Härmed elimineras risk för onödig utredning och provtagning vid käkkirurgin utan patienten överförs direkt till ÖNH.

Norra regionens patienter med HHC behandlas och till stor del utreds vid NUS. Slussande av patienter från regionen till NUS sker via muntlig överrapportering, formell remiss samt en inom regionen framtagen checklista innehållande data som ska följa mellan landstingen.

I nationella vårdprogrammet finns beskrivet larmsymtom som ska föranleda remiss till ÖNH.

Landstinget behöver säkerställa:

- Kunskapsspridning till primärvård angående larmsymtom vilka ska föranleda remiss till sjukhusklinik samma dag. Det bör finnas ett enkelt och lättillgängligt forum där öppenvården snabbt kan ta del av sjukhusvårdens riktlinjer.
- Att kommunikation även når privata hälsocentraler samt att man tar i beaktning om det finns någon form av ekonomisk "bestraffning" för hälsocentraler då de remitterar till sjukhus.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

- d) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- e) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- f) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.

Koderna registreras av läkarsekreterare.

2.3.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för huvud- och halscancer?

Se nästa punkt.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för huvud- och halscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Idag ligger koordinatorsfunktionen på kssk (kontaktsjuksköterska) vid ÖNH-mottagningen, NUS. Vid frånvaro finns fungerande rutin där sjuksköterska vid ÖNH-mottagningen sköter denna funktion. Med hjälp av erhållna projektpengar från RCC inrättas 50 % läkarsekreterare vid ÖNH NUS under 2015, för att ta över koordinatorsfunktionen vilket bl a kommer avlasta kssk, samt även läkare, från ett antal administrativa arbetsuppgifter. Rutin vid frånvaro kommer att skapas.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som är aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Majoriteten av patienter med misstänkt HHC genomgår PET-CT eller CT huvud- hals- thorax, ultraljud med finnålspunktion samt skopi med biopsi i narkos. Idag finns per vecka två förbokade tider för PET-CT, ultraljud samt skopi i narkos. Det räcker inte för att klara SVF.

Landstinget behöver säkerställa

- Det behövs förbokade tider enligt ovan för ytterligare en patient per vecka för att SVF ska fungera.

2.3.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Inom norra regionen sker en stor del av utredning samt all behandling vid NUS.

Regionen har tillsammans arbetat för att minska ledtider och har sedan några år ett framtaget "snabb-spår", ett flöde som ses över och uppdateras vid behov.

Vid gemensamma, årliga träffar diskuteras och byggs förbättringsåtgärder.

Samtliga landsting deltar, på distans, vid MDK. Dessa forum är mycket betydelsefulla för att skapa ett optimalt flöde och omhändertagande runt patienten, bedriva kontinuerligt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete samt är kompetenshöjande.

Behov:

- Landstingen bör säkerställa att berörd personal kan delta vid MDK och regionträffar.

2.3.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Behov:

- Ytterligare förbokade tider för PET-CT, ultraljud samt operationsresurs och operatör för skopi i narkos
- Vi kommer att utreda om det finns behov av att ha två istället för en MDK per vecka. Detta skulle kräva ändringar i scheman för onkolog, ÖNH, patolog, radiolog, käkkirurg, plastikkirurg, tandläkare med flera och ge några dagars förkortad utredningstid för cirka hälften av patienterna.
- I dagsläget får vi oftast PAD-svar till MDK som ligger på onsdagen veckan efter skopin. Patologerna behöver cirka 3 arbetsdagar för att hantera ett prov där snabb svar begärts.
- På ÖNH-kliniken råder redan idag en synnerligen svår brist på självständiga tumörkirurger, vilket kompenseras genom stafettlösningar.
- Tillgodose behov av tid och andra resurser som krävs för att utföra förbättringsarbete.
- Att säkerställa att samtliga ledningsnivåer inom landsting och på klinik prioriterar arbetet utifrån SVF.
- Säkerställa att paramedicinska och psykosociala resurser finns att tillgå.

2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer)

2.4.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras i specialiserad sjukhusvård, genom undersökningsfynd vid gastroskopi, eller i samband med PAD-svar där gastroskopin inte gett misstanke om cancer. Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i SVF. Vid misstanke ska patienten remitteras till gastroskopi med remissmottagande samma dag. Gastroskopin utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av SVF.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Visar gastroskopin misstanke om cancer ska biopsier tas. Ger gastroskopifynden välgrundad misstanke om cancer ska patienten remitteras till utredning enligt SVF utan att PAD-svaret inväntats. Om inte bevakar endoskopisten PAD-svaret och remitterar patienten till utredning om svaret ger välgrundad misstanke om cancer.

Remissen ska omedelbart skickas till utredning med mottagande och kvittering inom ett dygn. Om gastroskopin har gjorts vid den enhet som utför utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det patientadministrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Att kunskapen om SVF finns hos de som remitterar, främst läkare på hälsocentralerna. Lathundar och andra tekniska hjälpmedel måste finnas tillgängliga. Utbildning om vad detta innebär och att det faktiskt finns en vinst inte bara för patienten utan även för remittenten. Detta i form av att vidare handläggning av en korrekt remiss går snabbare och med svar tillbaka på kortare tid.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

- a) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- b) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- c) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.

Koderna registreras av läkarsekreterare.

2.4.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för matstrups- och magsäckscancer?

Vid kirurgkliniken, NUS, finns övergripande koordinatorfunktion för Norra regionen. Vid kirurgklinikerna i Sundsvall, Östersund, och i Sunderbyn, finns likaledes koordinatörer för respektive landsting.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för matstrups- och magsäckscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Kontaktssjuksköterska. Ersättningsgången är inte helt klar. Ett förslag som ska tas upp till diskussion är följande; Vid välgrundad misstanke kontaktas i första hand koordinator på respektive sjukhus. Om denne ej går att nå kontaktas koordinator vid kir. klin, NUS. Om denne ej går att nå kontaktas op. planerare, ÖGI-sektionen, kir. klin, NUS. Om denne ej går att nå kontaktas ÖGI-jour, NUS.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Ett arbete påbörjas för att skapa förutsättningar för tillgång till obokade tider för bl a CT, Njurfunktionsundersökning, Audiogram, Venport, Hjärteko, Spirometri)

2.4.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

All kurativt syftande behandling av esofagus-ventrikelcancer sker redan idag delvis vid NUS, varför det redan finns en utvecklad vårdkedja för detta. Denna innefattar bl.a. MDK med videolänk. Viss onkologisk behandling sker i regionen, men all kurativt syftande kirurgi sker vid NUS. En förbättrad logistik mellan de olika vårdgivarna i regionen kommer dock att behöva byggas upp, genom förbättrad koordineringsfunktion.

2.4.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Med utgångspunkt i den processkartläggning av esofagus-cancer som genomfördes under hösten 2014, förefaller uppstart av den onkologiska cytotatikabehandlingen vara den största utmaningen.

Beslut är taget att införa kontaktsjuksköterska även vid onkologkliniken, NUS. Tanken är att denne ska närvara vid MDK, och ha en koordinerande funktion för den onkologiska behandlingen i Norra regionen. Detta kommer att innefatta att verkställa nödvändiga åtgärder inför start av cytotatikabehandling vid NUS, och ha en koordinerande funktion för detta i regionen i övrigt. Projektmedel från RCC har tilldelats för uppstart av denna funktion.

2.5 Prostatacancer

2.5.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- PSA över åldersrelaterat gränsvärde (se tabell i SVF) i samband med symtom eller tecken som talar för prostatacancer (se lista i SVF)
- PSA över 10 µg/l
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till utredning enligt SVF av den som fastställt den välgrundade misstanken. Om den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Att kunskapen om SVF finns hos de som remitterar, främst läkare på hälsocentralerna. Lathundar och andra tekniska hjälpmedel måste finnas tillgängliga. Utbildning om vad detta innebär och att det faktiskt finns en vinst inte bara för patienten utan även för remittenten. Detta i form av att vidare handläggning av en korrekt remiss går snabbare och med svar tillbaka på kortare tid.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

Det måste vara enkelt för hälsocentralerna att göra denna kodning, vid diskussioner med allmänläkare framkommer att läkare många gånger själva skriver remisser och kodsätter för att få hanteringen att flyta snabbt.

- a) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- b) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.

Koderna registreras av läkarsekreterare.

2.5.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för prostatacancer?

Som det är organiserat i Västerbottens län idag är det rimligt med en koordinator vid varje kirurgienhet (länssjukhus) och urologkliniken vid NUS. Tätt samarbete med onkologin för att ordna second opinion och start av strålbehandling krävs.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för prostatacancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sekreterare/sjuksköterska. Personen behöver ha kunskap om den specifika diagnosen men måste inte vara kontaktsjuksköterska.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Först måste storleken på dagens behov identifieras. Skelett och lymfkörtelundersökningar skall göras hos patienter med högrisk prostatacancer och det kan göras med skelettscint och kompletteras med någon av undersökningarna CT, MR alternativet är att göra enbart PET-CT för att fånga både skelett och lymfkörtlar.

I Västerbotten diagnosticeras ca 100 patienter årligen i riskkategorierna högrisk och metastaserad cancer (i regionen ca 400) och för dessa måste det finnas tider på rtg. Skelettscint används både i primärutredning och senare i metastaserat skede och det har hittills aldrig varit ett problem att få snabba tider. Acetat-PET har vi använt i primärutredning av högriskpatienter och där ligger väntetiden för en undersökning mellan 2-4 veckor.

4 prostatapatienter undersöks med Acetat-PET varje vecka, kapaciteten behöver öka för att inte skapa väntetider. Till att börja med kan ytterligare två per vecka behövas. Detta är dock en regionresurs och möjligen behövs mer.

2.5.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

En del utredning och behandling behöver ske och samordnas över länsgränserna. Det gäller framförallt:

- stadiindelning i form av PET-CT.
- second opinion
- behandling, operation eller strålbehandling

Second opinion kan inte erbjudas i alla län då onkologer inte finns. För strålbehandling passeras länsgränserna för alla patienter utom för Västerbottningarna, enstaka patienter behandlas med brachyterapi utanför regionen. Robotassisterad kirurgi erbjuds enbart vid NUS i regionen.

En självklar instans för samverkan är MDK. Här är det däremot svårt inom Västerbotten då länsdelssjukhusen inte deltar i dagsläget. Över länsgränserna går det bättre, åtminstone med länsjukhusen.

Förslag: Remiss till MDK som sedan gäller för vidare omhändertagande utifrån vad som beslutas där. Minimerar hanteringstider och gör att fler patienter som ska tas upp på konferensen faktiskt hanteras där.

2.5.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

- Av alla som biopseras på misstanke om cancer idag, oselektat utan de kriterier som SVF ställer upp, så fångas cancer på första biopsin i en fjärdedel utav fallen. Det innebär att inflödet av patienter till urologisk enheter är mycket stort
- Patientgruppen som berörs vid införande av SVF är mycket stor. Ca 250 patienter per år diagnosticeras i Västerbotten och av dem är ca 100 högrisk eller metastaserade.
- Det kan vara svårt för primärvården med gallringen, inte ALLA förhöjda PSA skall in i SVF. PSA under 10 men över normalvärdet kräver samtidiga symptom för att kvalificera sig för remiss enligt SVF.
- Åldersstandardiserade PSA-nivåer, Trögt att få Kem-lab att ändra till de åldersanpassade rekommenderade nivåerna i det nationella vårdprogrammet.
- MDK kapacitet, fysiska förutsättningar för att hela länet ska kunna delta saknas inte men kapaciteten i de lokaler vid NUS som kan klara av många deltagande samtidigt är begränsad liksom möjligheten att få en radiolog som deltar och demonstrerar bilder.
- Konkurrens med Urothelial cancer, till stor del samma personer vid Cancercentrum som handlägger dessa patienter, likaså vid länsdelssjukhusen. Det är lite mer uppdelat vid urologen NUS. Operationsresurser kan komma att prioriteras till urothelial cancer då det satts upp snävare ramar inom det SVF. Undanträngningseffekter kan uppstå för prostatacancer.
- Undanträngningseffekter, patienter med förhöjda PSA som inte i övrigt uppfyller kriterier för att remitteras enligt SVF riskerar att få vänta längre på utredning.
- Resursbrister
 - Patologi, uropatologi är inget undantag från den generella bristen.
 - Radiologi
 - Urologi, stor bristsituation generellt och extremt skört läge på länsdelssjukhusen med urologiinriktade kirurger som har eller inom ett år uppnått 65 års ålder. Ingen tydlig återväxt på länsdelssjukhusen

- Data angående vinsten om MR av prostata i diagnostiken och stadieindelning ackumuleras. För att kunna hålla de tider som idag rekommenderas om att MR tidigast skall göras 6-8 v efter biopsi för att minska problemen med artefakter måste i så fall MR göras före en diagnos är fastställd med biopsi. Det kommer att vara en stor flaskhals att kunna göra det på de patienter som bedöms behöva det.
- Kontaktsjuksköterskor. Finns inte i den utsträckning som de borde enligt de definitioner som finns för det uppdraget.

HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I LANDSTINGET VÄSTERNORR- LAND 2015

Datum: Prel beslutsdatum 2015-04-08

Fastställd av: Beslut om deltagande i SVF fattas av Landstingsstyrelsen

Ärendeansvarig: Peter Löthman

Handläggare: Lennart Moberg

1. Diagnosövergripande frågor

1.1 Information och förankring

Hur tänker landstinget informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen (SVF) inom verksamheterna i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen?

Beskriv planerade insatser inom Landstinget Västernorrland som helhet:

Dialogen mellan samtliga vårdgivare och vårdaktörer, dels på politisk nämnds nivå och dels på produktionsnivå, har påbörjats. De tre berörda politiska nämnderna vilka var för sig innehar ett vårdgivaransvar har erhållit riktad information vad gäller SVF-processarbetet. Införandet av SVF har därtill kommunicerats i olika landstingsinterna nyhetsbrev, ex specialistvårdens månatliga nyhetsbrev. Under v 11 kommer en kommunikationsplan med fokus på SVF-arbetet att utarbetas. Planen kommer att ha ett såväl externt som internt fokus. Vidare kommer möjligheten att informera om SVF via appar i telefonen att undersökas.

För att underlätta införandet av SVF kommer ett maximalt tillvaratagande att ske via funktionen Behandlingslinjer. Dessa utgör ett strategiskt verktyg för samtliga verksamheter samt därtill en informationskälla för patienter och anhöriga då dessa publiceras på såväl extern som intern webb-plats.

I avvaktan på införandet av en samlad strategisk stödfunktion, fortsättningsvis benämnd LCC, Lokalt Cancer Centrum Västernorrland, arbetar en projektgrupp bestående av bl a representanter från medicin, kirurgi, onkologi, kommunikation, hälso- och sjukvård och vårdssystem.

- a) **Primärvård**
När det gäller implementering av SVF är det av största vikt att tillse att behandlingslinjerna är väl kända av medarbetarna och att dessa aktuella SVF-förlopp och kommande dito återfinns som behandlingslinjer. Här ingår identifiering av symptom, remissförfarande, KVA-kodning etc. Därtill är det av största vikt att lokala kriteriediskussioner mellan primärvård, tandvård och specialistvård initieras under våren 2015.
- b) **Akutsjukvård (I detta sammanhang Akutmottagning)**
Dialog har initierats med företrädare för akutsjukvården. I LVN pågår därtill ett utvecklingsarbete med fokus på det akuta omhändertagandet jourtid under arbetsnamnet "En väg in". Sammantaget kommer införandet av SVF att medföra behov av utbildningsinsatser.
- c) **Bild- och funktionsmedicin**
Se under b. Därtill kommer riktade dialogträffar med verksamhetsansvariga inom bild och funktionsmedicin att initieras för säkerställande av tillgängliga tider.
- d) **Patologi**
Se under b. Verksamhetschef för patologi har deltagit i arbetet med framtagandet av aktuella handlingsplaner.

e) Berörd specialiserad sjukhusvård

Berörda verksamhetsföreträdare har aktivt deltagit i arbetet med framtagandet av aktuella handlingsplaner.

f) Tandvård (berörs av SVF för huvud-hals-cancer)

- a. Den av de fem nu aktuella SVF-processerna där tandvården primärt är berörd avser SVF med fokus på huvud- halscancer.
- b. Mot denna bakgrund har ett brev beträffande SVF-processarbetet i allmänhet, och med fokus på SVF-förlopp gällande huvud- halscancer i synnerhet, tillställts samtliga utförare av tandvård i länet.
- c. Därtill har tandvårdsdirektören som är medlem i Hälso- och sjukvårdens arbetsutskott (ledningsgrupp för det samlade hälso- och sjukvårdsarbetet i LVN) i detta forum deltagit i de strategiska samtal som förts gällande SVF-processarbetet.

Hur tänker landstinget informera allmänhet och patienter om att SVF införs och vad de innebär?

Initialt – i samband med den nationella överenskommelsens tillblivelse – tillskapades, förutom regionala pressmeddelanden, egna dito vilka i allt väsentligt publicerats/ återgivits i västernorrländska media.

Därtill har SVF-processarbetet fokuserats i olika lokala media utifrån att sakfrågan återfunnits på agendan för våra 2 berörda politiska nämnder.

I det fortsatta arbetet kommer fortlöpande information om SVF-förloppen genom ex nyhetsinlägg på LVN:s webbplats och utformandet av pressmeddelanden. Information kommer också att gå ut i Hushållstidningen ”Liv och Hälsa” och på 1177.se. Se även ovan omnämnda kommunikationsplan.

LVN har därtill på sikt som mål att göra patientjournalen tillgänglig via Internet, vilket kommer att öka patientens delaktighet i sin vård.

1.2 Patientinvolvering

Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter i arbetet med SVF?

I LVN återfinns ett länsgemensamt organ – Hälsosam Y – vilket är konstituerat av företrädare för dels LVN, dels företrädare för ett flertal brukar- och patientorganisationer. Dialog rörande SVF-processarbetet har initierats inom Hälsosam Y.

De olika patientföreningarna, Larynxcancerföreningen och ”Träpatronerna” för att nämna ett par, har också nåtts av denna information och de har ombetts att bidra med en patientrepresentant.

Vid avsaknad av lokala patientrepresentanter kommer det regionala patientrådets ledamöter att tillvaratas.

1.3 Privata vårdgivare

Hur avser landstinget involvera representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF?

Privata vårdgivare i LVN återfinns främst verksamma inom primärvård och inom tandvård. Inom primärvården följer samtliga utförare intentionerna i den sk Regelboken, viken reglerar uppdraget. Berörda utförare nyttjar även det gemensamma vårdsystemet SYSteam Cross, vilket underlättar remisshantering och uppföljning.

Berörda privatpraktiserande läkare i vårt län kommer att informeras om SVF i närtid.

Skriftlig information utgick till samtliga utförare av primärvård och tandvård, såväl inom LVN som privata, vad avser SVF-processarbetet i månadsskiftet januari-februari.

1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete

Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården? Det gäller både offentliga och privata vårdgivare.

Identifiera vilka verksamheter som behöver särskilt stöd för att möjliggöra införandet av SVF.

Specificera det stöd landstinget avser att ge respektive verksamhet.

Den nu fastlagda ambitionsnivån vad avser SVF-processarbetet är i sig mycket välkommen, inte minst sett ur ett patientperspektiv.

Att omhänderta de nu identifierade patientgrupperna sker självfallet redan i dagsläget i LVN, dock med en väsentlig skillnad – de *förkortade* handläggningstiderna kommer att kräva betydande utökning av resurser. Dessa befarade flödesökningar riskerar att generera undanträngningseffekter för våra kroniskt sjuka patienter som fordrar ett fortsatt adekvat omhändertagande.

I de bifogade, upprättade handlingsplanerna, framgår följande statistiska uppgifter gällande nyinsjuknande/år och diagnos i LVN (siffrorna kommer från incidensrapportering från 2013):

- AML – ca 10 patienter/år
- Cancer i urinvägarna och urinblåsan – ca 100 patienter/år
- Huvud- halscancer – ca 20 patienter/år
- Matstrups- och magsäckscancer – matstrupe – ca 3 patienter/år och magsäck – ca 10 patienter/år – totalt ca 10-15 patienter/år

- Prostatacancer – ca 300 patienter/år

Utifrån dels ambitionsnivån med förkortade ledtider och de än mer systematiska arbets- och handläggningsrutinerna, bör efterfrågat stöd och behov av kompetens vad avser företräddelsevis kontaktsjuksköterskor tillgodoses utifrån ovan angivna volymer.

Funktionen koordinator kan enligt vår mening samordnas i funktionen kontaktsjuksköterska. De relativt sett låga insjuknandetalen enligt ovan torde innebära att flera diagnosgrupper kan "samsas" om samma kontaktsjuksköterska. Detta utgör ett verksamhetsansvar för ledningen i länsklinikerna.

Därtill noteras att organisation och resurssättning för kontaktsjuksköterskor inom den specialiserad vården motsvarande 9,6 mkr, som inte återfinns i budget 2015, säkerställs.

Vidare utgör kommande SVF-införanden jämte motsvarande utvecklingsarbete inom ex hjärt- och kärl utmaningar för oss i LVN.

Inom LVN återfinns ett antal "flaskhalsar" vars ökade tillgänglighet utgör väsentliga förutsättningar för ett förbättrat flöde. Utmaningarna återfinns inom exempelvis bild och funktionsmedicin och patologi vad gäller målsättningen att uppnå angivna maximala handläggningstider. Som stöd i att säkerställa en förbättrad tillgänglighet och därmed förkortade ledtider kommer som tidigare redovisats lokala kriteriediskussioner att initieras. Vidare utgör behandlingslinjerna ett viktigt beslutsstöd.

Vi har ett ansträngt rekryteringsläge gällande patologer, biomedicinska analytiker och dessutom en åldrad utrustning. Denna fråga hanteras emellertid på såväl regional som nationell nivå för att hitta nödvändiga lösningar. Därtill återfinns en landstingsspecifik kompetensförsörjningsplan upprättad.

Införandet av SVF utgör därtill en särskild utmaning inom de verksamheter där förekomsten av stafettläkare är frekvent. Här ställs krav på tydliga rutiner för information, kommunikation och samarbete med ordinarie medarbetare.

LVN:s samlade uppfattning är att implementeringen av SVF-processerna måste ske stegvis. Att i dagsläget avge ett svar som innebär att samtliga patientärenden inom ramen för dessa nu aktuella diagnosområden uppnås till 100 % under 2015, syns inte rimligt. Därtill vill vi tydligt framföra att införandeprocessen gällande nya diagnoser metodmässigt måste ifrågasättas, då erfarenheterna av den initiala processen inte hinner utvärderas inom ramen för den nu liggande tidplanen.

Exempel på diagnosspecifika utmaningar återfinns inom:

Fyslab: Hjärteko inom 1-4 dagar för att kunna följa "Snabbspår".

Inskrivningsenheten: Operabilitetsbedömning vb samma dag för att kunna följa "Snabbspår".

Patologi: PAD-svar inom 3 dagar.

Röntgen: CT inom 6 dagar, MR inom 6 dagar, UL-FNAC inom 7 dagar.

Sjukhustandvård: Tider inom 3-7 dagar för att kunna följa "Snabbspår".

Vårdplatstillgången vid länets sjukhus.

Umeå: Ffa läkarbrist inom Tumörsektionen, behov av fler PET-CT tider, fler UL-FNAC tider, fler op.tider. Ev. MDK 2 ggr i veckan.

Sammantaget innebär ovan redovisade utmaningar att frågan om införandet av SVF i LVN kommer att utgöra ett tydligt ledningsuppdrag.

1.5 Uppföljning

Välgrundad misstanke om cancer, som innebär start av ett SVF, ska alltid medföra att en diagnosspecifik KVÅ-kod sätts i det vårdadministrativa systemet. Även vid misstanke om cancer som innebär remiss till filterfunktion ska en diagnosspecifik KVÅ-kod sättas. Om utredningen visar att patienten inte har den misstänkta cancerdiagnosen ska aktuellt SVF avslutas. Även avslut av SVF ska medföra att en specifik KVÅ-kod sätts.

Vid SVF som innebär att åtgärder sker i mer än ett landsting måste de berörda landstingen gemensamt besluta

- hur aktuella KVÅ-koder och datum för kodsättning överförs mellan landstingen
- hur dessa koder och datum registreras i det andra landstingets vårdadministrativa system
- vilket av landstingen som svarar för att rapportera patientens ledtider för nationell uppföljning.

Hur tänker landstinget tillse att det vårdadministrativa systemet går att använda för uppföljning av den ledtid som ska följas nationellt (tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling)?

Dessa tider finns registrerade i SYSteam Cross och kommer att mätas i applikationen "Svante", som redan idag används för uppföljning på nationell nivå vad gäller tillgänglighet. När det gäller KVÅ-koder så har Socialstyrelsen meddelat att de kommer att tillhandahålla dessa, senast i maj 2015. (Se bilaga 1: Analys och rekommendation)

KVÅ-koderna ska införas och användas enligt den rutin som praktiseras i specialistvården.

Hur avser landstinget definiera ansvar och aktiviteter för att utveckla och införa stödprocesser för att följa och följa upp standardiserade vårdförlopp i landstingens it-stöd?

Säkerställande av möjligheten att mäta aktuella vårdförlopp finansieras av redan tilldelande medel. Beställning av erforderliga utvecklingsaktiviteter är gjord.

Hur ska uppföljning ske när SVF går över landstingsgränserna?

För huvud- halscancer gäller att första kontroll sker i Umeå 3 månader efter avslutad behandling och därefter på hemsjukhuset. Avvikelse i undantagsfall – bestäms på MDK.

När det gäller kirurgi sker uppföljning i allmänhet på hemorten efter återremiss från tex NUS. Ev första besök hos opererande klinik. Vissa patienter kan också fortsätta behandling via onkologen. De flesta återremitteras dock.

Andelen cancerpatienter som remitteras utanför regionen kan komma att öka till följd av ytterligare nivåstrukturering. En sådan utveckling kommer att ställa krav på en fungerande journaltillgänglighet för alla berörda vårdaktörer. Som det ser ut idag så kan själva registreringen i SVF enbart hanteras via manuell registrering i efterhand. Regiongemensamma rutiner och riktlinjer bör utarbetas för vem som ska registrera vad.

Hur avser landstinget följa upp om införandet av SVF medför undanträngningseffekter för andra patientkategorier?

Största farhågan att SVF kommer att medföra undanträngningseffekter är inom urologin. Trycket från en aktiv patientgrupp kommer sannolikt att därtill ge vården ytterligare utmaningar. Detta gör att det är mycket viktigt att följa upp eventuella undanträngningseffekter via väntetidsrapporteringen i "Svante".

I Danmark framkom att kroniska cancersjukdomar utgör en patientgrupp där man har sett undanträngningseffekter.

Vi har dessutom erfarenheter av undanträngningseffekter inom ramen för den s k Kömiljarden.

Se fö respektive upprättad handlingsplan.

1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016

Under 2015 kommer SVF att utarbetas för ytterligare minst tio diagnoser, för införande under 2016. Under 2016 ska SVF för kvarvarande cancerdiagnoser utarbetas för införande under kommande år. Aktuella diagnoser för införande under 2016 är diffusa allvarliga symtom, cancer med okänd primärtumör (CUP), lungcancer, bröstcancer, malignt melanom (ev. enbart på huden), kolorektalcancer, ovarialcancer (epitelial och icke-epitelial), blodcancer – myelom, lymfom (alla typer), hjärntumörer, cancer i bukspottkörtel, lever, galla, gallblåsa.

Hur avser landstinget planera för införande av fler standardiserade vårdförlopp 2016?

Utvärdering måste enligt vår mening göras av den initiala införandeprocessen och slutsatser om eventuella svårigheter ska beaktas inför det fortsatta SVF-införandet.

Vi kommer således att behöva dra nytta av de erfarenheter processinförandet ger oss *innan* vi går vidare till införande av ytterligare SVF.

Finns specifika utmaningar för införande av de SVF som är aktuella 2016?

De ekonomiska förutsättningarna för införandet av ytterligare SVF 2016 saknas. Vi utgår från att införandet av samtliga SVF finansieras av nationella medel. Frågan om eventuell prestationsbaserad ersättning måste därför tydligt kommuniceras på nationell nivå.

Som tidigare anförts kommer vi att behöva dra nytta av de erfarenheter processinförandet gett oss initialt innan vi går vidare med införandet av ytterligare SVF.

Takten i införandeprocessen blir således avgörande med tanke på att vi ska säkerställa ordnade processer.

Vi är väl medvetna om att de avdelade projektmedlen på nationell nivå inte kan finansiera nödvändig resursförstärkning permanent i LVN. Detta förutsätter dock som tidigare anförts att ifrågasvarande projektmedel säkerställer finansiering av uppbyggnadsfasen av SVF i LVN.

1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera viktiga diagnosövergripande utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Utöver ovanstående frågor, beakta även:

Hur ska landstinget tillse att berörda patienter får information om att det finns anledning att utreda cancermisstanke enligt SVF, vad SVF innebär och vilka väntetider patienten kan förvänta sig?

I LVN pågår för närvarande införandet av länskliniker. Denna organisationsförändring kommer att möjliggöra en än mer jämlik och likvärdig vård för invånarna i LVN.

Därtill har en diskussion initierats om tillskapandet av ett LCC, Lokalt Cancer Centrum, som avses utgöra en strategisk stödfunktion till den kommande länsgemensamma specialistsjukvårdsorganisationen och den samlade primärvården jämte tandvården. Vi arbetar med information på bred front, som ovan nämnts.

Vad gäller säkerställandet av informationsbehovet visavi berörda patienter kommer en kommunikationsplan att utarbetas i närtid. I denna plan kommer olika riktade informationsaktiviteter att ingå.

Behandlingslinjerna, som kommer att kompletteras med SVF, blir än mer betydelsefulla för såväl vårdens medarbetare som patienten då dessa publiceras på LVN:s externa webbsida.

I LVN återfinns dessutom stort behov av att, förutom genomförande av utbildningsinsatser, utarbeta informationsmaterial destinerat till vårdens medarbetare. Detta material kan med fördel utarbetas på regional nivå med möjlighet till lokala kompletteringar.

Finns fungerande remissrutiner

- mellan primärvård och specialiserad sjukhusvård? Ja.

- mellan landsting, där SVF går över landstingsgränserna? Ja.

Finns tillgång till kontaktsjuksköterska för alla patienter som får en cancerdiagnos enligt SVF?

I de fem första SVF-förloppen återfinns ännu inga kontaktsjuksköterskor. Hittintills har våra patienter omhändertagits inom ramen för befintlig personalresurs. Detta torde förändras med anledning av SVF-införandet då detta ställer krav på ett än mer systematiskt och därmed resurskrävande arbetssätt.

Finns etablerade MDK, där aktuella patienter kan tas upp enligt SVF?

Ja, med NUS i Umeå.

Finns tillgång till rehabilitering och understödande vård enligt SVF?

Ja. Dock kan ytterligare resursbehov med fokus på cancerrehabilitering och psykosocialt stöd komma att föreligga utifrån införandet av SVF.

Kan patienterna erbjudas en individuell vårdplan ("min vårdplan") enligt SVF?

Ja. Denna måste dock anpassas utifrån de olika SVF-förloppen.

Andra utmaningar för införande av SVF?

Införandet av SVF innebär ett förändrat arbetssätt. Tidsfaktorn med ett kraftfullt snabbt införande utgör därför en utmaning.

2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp

2.1 Akut myeloisk leukemi Ca 10 patienter/ år i LVN (Se också bilaga 1)

2.1.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter)
- anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni
- avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård.

Vid välgrundad misstanke enligt punkterna ovan ska patienten remitteras till en hematologienhet för utredning enligt SVF. Den mottagande enheten ska kontaktas per telefon i samband med att välgrundad misstanke uppstår. Vid påverkat allmäntillstånd och alarmerande provsvar ska hematologjouren kontaktas omedelbart för akut bedömning.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

När en patient söker med ospecifika symtom krävs uppmärksamhet på ev AML. Vi har utarbetade behandlingslinjer som tjänar till grund för bedömning. Dock finns en risk, beroende på bemanningssituationen i primärvården som är beroende av stafettläkare, att svar på ordinerade prover kan bli liggande utan att någon tar ställning till dem. Det är också viktigt att LVN vid upphandling av stafettläkare till primärvården säkerställer att de medarbetare som anställs på sådana villkor är förtrogna med SVF-förloppen.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

A) Uppmärksamma primärvården eller annan inremitterande enhet på att KVÅ-kod ska sättas vid välgrundad misstanke om AML.

B) Det görs idag enligt gällande rutin.

2.1.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

AML är en diagnos med få provtagningar per år och landsting. Därför finns inte behov av förbokade tider för undersökningar, som för andra diagnoser. Diagnostiken är alltid akut.

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för AML?

Länsklinik inom LVN.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för AML? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Hematologläkare/hematologjour och sjuksköterska på vårdavdelningarna.

2.1.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Det finns ett samarbete med NUS i Umeå vad gäller cytogenetik och hematopatolog lab. Detta samarbete är beroende av transporter. Dessa transporter är komplexa och den innebär en risk att provet kan försvinna. Vi behöver arbeta för att säkra rutinerna för detta.

2.1.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Att identifiera patienter inom PV med symptom som föranleder misstanke om AML.

Att erbjuda patienter med AML tillgång till kontaktsjuksköterska.

Att i första hand anpassa och standardisera skriftlig information - Min vårdplan – behandling.

Att tillgodose patienternas behov av psykosocialt stöd.

Att säkerställa den komplexa logistikkedjan som krävs för att få prover till Umeå.

2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan Ca 100 patienter/år i LVN

2.2.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer
 - äldre än 40 år
 - yngre än 40 år med riskfaktorer för urinblåsecancer i anamnesen, som rökning mer än cirka 20 år
- misstanke om urinblåsecancer vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt SVF. Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.

I de fall då den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Det bör möjliggöras för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Om remisserna ska bedömas samma dag kommer urologkliniken att behöva personalförstärkning. Detta resurstillskott kräver politiska beslut.

Med hänsyn till rådande resurssituation är detta en utmaning.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

A) Uppmärksamma primärvården eller annan inremitterande enhet på att KVÅ-kod ska sättas vid välgrundad misstanke om cancer i urinvägarna.

B) Det görs idag enligt gällande rutin.

Kan patienter med makroskopisk hematuri kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården? Om inte, hur kan den möjligheten skapas?

Ja.

2.2.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för cancer i urinvägarna?

Delar av funktionen kontaktsjuksköterska utförs av mottagningssjuksköterkor idag men inte helt och fullt på det sätt som finns i funktionsbeskrivningen för kontaktsjuksköterska.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för cancer i urinvägarna? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sjuksköterska.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Produktions- och kapacitetsplanering åligger respektive chef. Detta arbete kommer att prioriteras i länskliniken med tanke på kravet på korta handläggningstider i denna SVF-process.

Vi talar om en resursfråga. Vi har synpunkter på upplägget och innehållet i SVF. Vi ser att vi kan befara undanträngningseffekter. Vi kommer att prioritera arbete med produktions- och kapacitetsplanering i länskliniken med tanke på kravet på korta handläggningstider i denna SVF-process.

Därtill är vår samlade uppfattning att den aktuella SVF-processen kan diskuteras, då den inte helt bygger på evidens att så korta handläggningstider ger förväntad patientnytta.

2.2.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Det primära handläggandet sker i LVN, vid resursbrist kan det bli aktuellt med samarbete över länsgränserna. Vid blåstumor sker redan MDK med NUS i Umeå.

2.2.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Vi har idag långa väntetider, och tillgången av urologer är begränsad, vilket i sig kan innebära undanträngningseffekter. Detta innebär att införandet av SVF kommer att ske stegvis.

Vi ser även vissa farhågor att denna patientgrupp skulle kunna medföra ett högt inflöde av patienter. Här finns behov av att prioritera kriteriediskussioner mellan primärvård och specialistvård.

Ambitionen i SVF-införandeplanen är hög. Dessutom kan evidens gällande de markant förkortade handläggningstiderna ifrågasättas.

Vi vill avslutningsvis peka på eventuella undanträngningseffekter.

2.3 Huvud- och halscancer Ca 20 patienter/år i LVN

2.3.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras vid ÖNH-klinik, när klinisk undersökning ger malignitetsmisstanke.

Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i det standardiserade vårdförloppet. Vid misstanke ska patienten remitteras till en ÖNH-klinik med mottagande samma dag. ÖNH-kliniken utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av standardiserat vårdförlopp.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om granskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till en klinisk undersökning utförd av ÖNH-läkare. Denna undersökning avgör om det föreligger en välgrundad misstanke för cancer. Utredning enligt SVF ska då starta omedelbart. Det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett standardiserat vårdförlopp.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Lokala rutiner ifrån behandlingslinjerna.

Detta sker enligt s.k. "Snabbflöde" eller s.k. "Förenklat flöde", som är etablerade snabba remitteringar i enlighet med SVF vilket noteras i journalen.

ÖNH har kontinuerlig kontakt sedan tidigare med Sjukhustandvården och Käkkirurgin vilka är noggrant informerade om "Snabbspår" och utredningsgången. ÖNH avser också att ha en direktdialog med representanter inom Tandvården för information om SVF samt handläggning av misstänkta ÖNH-maligniteter.

Gäller hela norra regionen.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

A+B) Uppmärksamma primärvården eller annan inremitterande enhet på att KVÅ-kod ska sättas vid välgrundad misstanke om huvud- halscancer.

C) Det görs idag enligt gällande rutin.

2.3.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för huvud- och halscancer?

Länskliniken ansvarar för att säkra tillgång till koordinatorsfunktion.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för huvud- och halscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sjuksköterska.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Produktions- och kapacitetsplanering åligger respektive chef. Detta arbete kommer att prioriteras i länskliniken med tanke på kravet på korta handläggningstider i denna SVF-process.

Sundsvall, ÖNH: Kommer att införas obokade tider för 1:a besöket, samt för återbesöket efter MDK för behandlingsförslagsbesked. Uppföljningar (kontroller) bokar patienterna själva per telefon och erhåller tid i samband med telefonsamtalet. Kommer sannolikt att medföra viss undanträngningseffekt.

Övik, ÖNH: Se ovan + uppföljningar bokas in i väntelista och kallas vid tänkt tidpunkt.

Övriga förbokade tider som kan behövas inom andra specialiteter måste Landstinget stämma av med dessa, se punkt 1.4.

För att ett framgångsrikt SVF-förlopp ska fungera behöver NUS i Umeå i sin tur säkerställa att det behov av förbokade tider återfinns i tillräcklig omfattning.

2.3.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Förutom enstaka undantag (t.ex. läppcancer T1N0) skickas alla patienter till NUS i Umeå. I norra regionen har vi sedan många år en intensiv samverkan med årliga träffar för diskussion om problem och lösningar. Samarbete över LT-gränser kan bli nödvändig om Umeå har kapacitetsbrist.

2.3.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnos-övergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

ÖNH - Vid införande av SVF för:

”Lymfom” kommer vi inom ÖNH att behöva stämma av vårt SVF med detta för att få bästa kompromiss.

”CUP” på halsen kommer ingå i vårt SVF tv. Det är tveksamt om det behövs ett eget SVF för dessa.

”Malignt melanom” inom ÖNH området behöver stämmas av med ÖNH.

För övrigt se under 1.7 - Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen

Se punkt 1.4 med följande lokala specifika kompletteringar/utmaningar:

Sundsvall och Örnsköldsvik:

Vi ser ett behov av kortare ledtider för diagnosfunktionerna.

Behov av snabbare svar från Patologen. I nuläget kan svar oftast inte fås inom 3 arbetsdagar såsom det nationella SVF för Huvud- och halscancer säger.

Behov av snabbare tider för CT och MR på röntgen i Sundsvall (inom 6 kalenderdagar).

Behov av att kunna göra UL-FNAC på röntgen i Sundsvall.

Möjlighet att göra dagliga inremissbedömningar.

Umeå:

Brist på tumörkirurger i Umeå (idag 2,5 st), samt tillräckligt många förbokade tider för PET-CT, UL-FNAC, operationstider och mer än en MDK per vecka i Umeå. Problemen med UL-FNAC i Umeå skulle kunna lösas om vi kan göra dessa i Sundsvall (gäller inom hela norra regionen).

Vi ser att vi har ett ökande behov när det gäller tillgång till Pet-CT i norra regionen. för snabbt fastställande av diagnos och behandling, särskilt om detta ska åtgärdas på mer nationell nivå. Pet-CT är också en viktig förutsättning för onkologklinikens arbete.

2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer) Ca 3 esofagus-cancer/år och 10 ventrikelcancer /år i LVN

2.4.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras i specialiserad sjukhusvård, genom undersökningsfynd vid gastroskopi, eller i samband med PAD-svar där gastroskopin inte gett misstanke om cancer. Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i SVF. Vid misstanke ska patienten remitteras till gastroskopi med remissmottagande samma dag. Gastroskopin utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av SVF.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Visar gastroskopin misstanke om cancer ska biopsier tas. Ger gastroskopifynden välgrundad misstanke om cancer ska patienten remitteras till utredning enligt SVF utan att PAD-svaret inväntats. Om inte bevakar endoskopisten PAD-svaret och remitterar patienten till utredning om svaret ger välgrundad misstanke om cancer.

Remissen ska omedelbart skickas till utredning med mottagande och kvittering inom ett dygn. Om gastroskopin har gjorts vid den enhet som utför utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det patientadministrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Säkerställandet av information, dialog och erforderliga utbildningsinsatser ska ske i linjeorganisationen. Därtill informationsinsatser via intranätet och i befintliga mötesforum inom berörda verksamheter.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

A+B) Uppmärksamma primärvården eller annan inremitterande enhet på att KVÅ-kod ska sättas vid välgrundad misstanke om matstrups- och magsäckscancer.

C) Det görs idag enligt gällande rutin.

2.4.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för matstrups- och magsäckscancer?

Mottagningsjuksköterskor gör idag delar av de arbetsuppgifter som finns i funktionsbeskrivningen för kontaktsjuksköterska.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för matstrups- och magsäckscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sjuksköterska.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Produktions- och kapacitetsplanering åligger respektive chef. Detta arbete kommer att prioriteras i länskliniken med tanke på kravet på korta handläggningstider i denna SVF-process.

Förbokade tider går att genomföra men med risk att dessa kommer att stå tomma om vi inte har patient att använda tiden till. I en redan hårt ansträngd verksamhet vad gäller såväl ny- som återbesök befaras härigenom en ökad undanträngningseffekt.

2.4.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Nationell diskussion om nivåstrukturering pågår med koncentration till 2 - 4 centra i landet.

2.4.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Snabb tillgång till patologi och bild och funktionsmedicin är en förutsättning.

Tillgång till Pet-CT undersökningar är en förutsättning för snabbt fastställande av diagnos och behandling, särskilt om detta kommer att åtgärdas på nationell nivå. Pet-CT är också en viktig förutsättning för onkologiklinikens arbete.

Idag utgör detta en resurskrävande arbetsinsats, då scopienheterna är hårt belastade.

2.5 Prostatacancer ca 300 patienter/år i LVN

2.5.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- PSA över åldersrelaterat gränsvärde (se tabell i SVF) i samband med symtom eller tecken som talar för prostatacancer (se lista i SVF)
- PSA över 10 µg/l
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till utredning enligt SVF av den som fastställt den välgrundade misstanken. Om den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Säkerställandet av information, dialog och erforderliga utbildningsinsatser ska ske i linjeorganisationen. Därtill informationsinsatser via intranätet och i befintliga mötesforum inom berörda verksamheter.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

A) Uppmärksamma primärvården eller annan inremitterande enhet på att KVÅ-kod ska sättas vid välgrundad misstanke om prostatacancer.

B) Det görs idag enligt gällande rutin.

2.5.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorsfunktionen för prostatacancer?

I någon mån görs vissa arbetsuppgifter av mottagningsjuksköterska men i nuläget saknar vi formellt kontaktsjuksköterska.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för prostatacancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Sjuksköterska.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Produktions- och kapacitetsplanering åligger respektive chef. Detta arbete kommer att prioriteras i länskliniken med tanke på kravet på korta handläggningstider i denna SVF-process.

Patientgruppen inom detta SVF är stor. Kapacitetsproblemet är påtagligt då det kommer att medföra stora flöden i den urologiska verksamheten i länet. En möjlig utveckling skulle vara att urologin behöver upprätta en dispensär för detta förväntade höga flöde. Urologin måste expandera – resurser måste över tid tillskapas vad gäller såväl läkare, sjuksköterskor som resurser vid operation.

Därtill är vår samlade uppfattning att den aktuella SVF-processen kan diskuteras, då den inte helt bygger på evidens att så korta handläggningstider ger förväntad patientnytta.

2.5.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

På grund av kapacitetsbrist vid NUS i Umeå så utförs kirurgi redan idag i Stockholm.

2.5.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Antalet faktiska prostatacancrar ligger relativt konstant. Volymen är den stora utmaningen. Därtill har vi en ökande åldrande befolkning, patienterna klarar sig bättre idag tack vare den onkologiska insatsen, därav ökat tryck även på onkologisk enhet. Återbesök ökar följaktligen därav. Vi ser en risk att SVF-förloppen kan medföra undanträngningseffekter på de kroniskt sjuka patienterna.

Bilaga 1

Tänkbar metod för kvalitetssäker och mätbar remisshantering för
standardiserat vårdförlopp

Annelie Arvidsson & Ingela Pirttilä

Situation

Skapa förutsättning för mätbara ledtider vid införande av standardiserat vårdförlopp (SVF) i LVN på fem cancerdiagnoser under 2015 med fortsatt införande av 10 diagnoser under 2016 och resterande 17 under 2017.

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Bakgrund

Misstanke och välgrundad misstanke kan uppstå i såväl primärvård som specialiserad vård, på patientens initiativ eller i samband med behandling för en annan diagnos. Oavsett var den välgrundade misstanken uppstår ska patienten remitteras enligt det standardiserade vårdförloppet.

Aktuellt

Vårt uppdrag är att beskriva en tänkbar metod för kvalitetssäker och mätbar remisshantering för standardiserat vårdförlopp. Vi ämnar mäta förloppet, beslut om remiss och start av behandling för respektive förlopp. Vi vill också möjliggöra för verksamheterna att ta ut statistik på antalet remisser skrivna/registrerade per specifikt standardiserat vårdförlopp.

Det mätbara remissflödet från utremiss till inremiss kommer att hanteras i LVN's vårdssystem SYSteam Cross.

Vi har i samråd med vårdsystem verksamhets objektspecialister tagit fram en tänkbar metod för att kvalitetssäkra och mäta remissflödet från beslut om remiss till start av behandling.

- Vi kan i SYSteam Cross möjliggöra ett mätbart flöde genom att i befintlig allmänremiss (utremiss) lägga till ett sökord som heter SVF (standardiserat vårdförlopp) med tillägg av en kod, förslagsvis den tänkta KVÅ koden som vi förstått ligger som ett ärende hos Socialstyrelsen. Det finns även möjlighet att lägga annan unik kod i kod fältet om det skulle vara så att förslaget om nya unika KVÅ koder inte skulle gå igenom. På detta sätt kan verksamheten ta ut statistik på antalet skrivna remisser med standardiserat vårdförlopp och även specificerad statistik per standardiserat vårdförlopp.
- Vid inremissbedömningen i den specialiserade vården så används hälsoproblem som registreringskod. Vi föreslår att vi upprättar unika hälsoproblem per standardiserat vårdförlopp för att möjliggöra mätpunkter för de olika vårdförloppen.
- Vid registrering av inremissen skapas ett vårdåtagande med det aktuella hälsoproblemet. Vårdåtagandet kommer sedan att följa med patienten genom hela

vårdkedjan från beslut om remiss till beslut om behandling/operation.

- Från SYSteam Cross går varje natt utdata till ett datalager, Vesta. Ur Vesta tankas information över till Svante som är det system som överför mätpunkter till den nationella väntetidsdatabasen. Genom att lägga till ett tilläggsscript i filöverföringen från SYSteam Cross till Vesta så möjliggör vi att de nya mätpunkterna kan tankas över till Svante och vidare till nationell mätning.
- För att utföra de föreslagna anpassningarna i SYSteam Cross har vi estimerat arbetstiden till ca 1 vecka totalt. Vårdsystem kan själv göra de anpassningar som krävs vilket gör att den totala kostnaden är acceptabel.

Rekommendation

Ett ärende är initierat till CGI för framtagande av ny flik i Svante där ledtider i de standardiserade vårdförloppen både kan följas och rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Detta arbete torde kunna starta snarast.

Remisshantering och där till kopplade KVÅ-kodning blir en viktig del i den information som beskrivs i handlingsplanen för införande av SVF. Förutsatt att de tekniska delarna kan åtgärdas enligt vår beskrivning så finns det inga tekniska hinder för att på ett patientsäkert sätt följa ledtiden i våra system. Dock finns ett tänkbart identifierat hinder vilken är den manuella hanteringen kring LVN's remisshantering. Vi behöver också ta hänsyn till tandvården, som har sin remisshantering i administrationssystemet T4. Det flödet blir inte mätbart på samma sätt ända från upprättandet av remissen utan den fångar vi i specialistvården när inremissbedömning görs. Vi ser upprättandet av tydligt beskrivna processer och rolltilldelningar som en stor framgångsfaktor i detta förlopp.

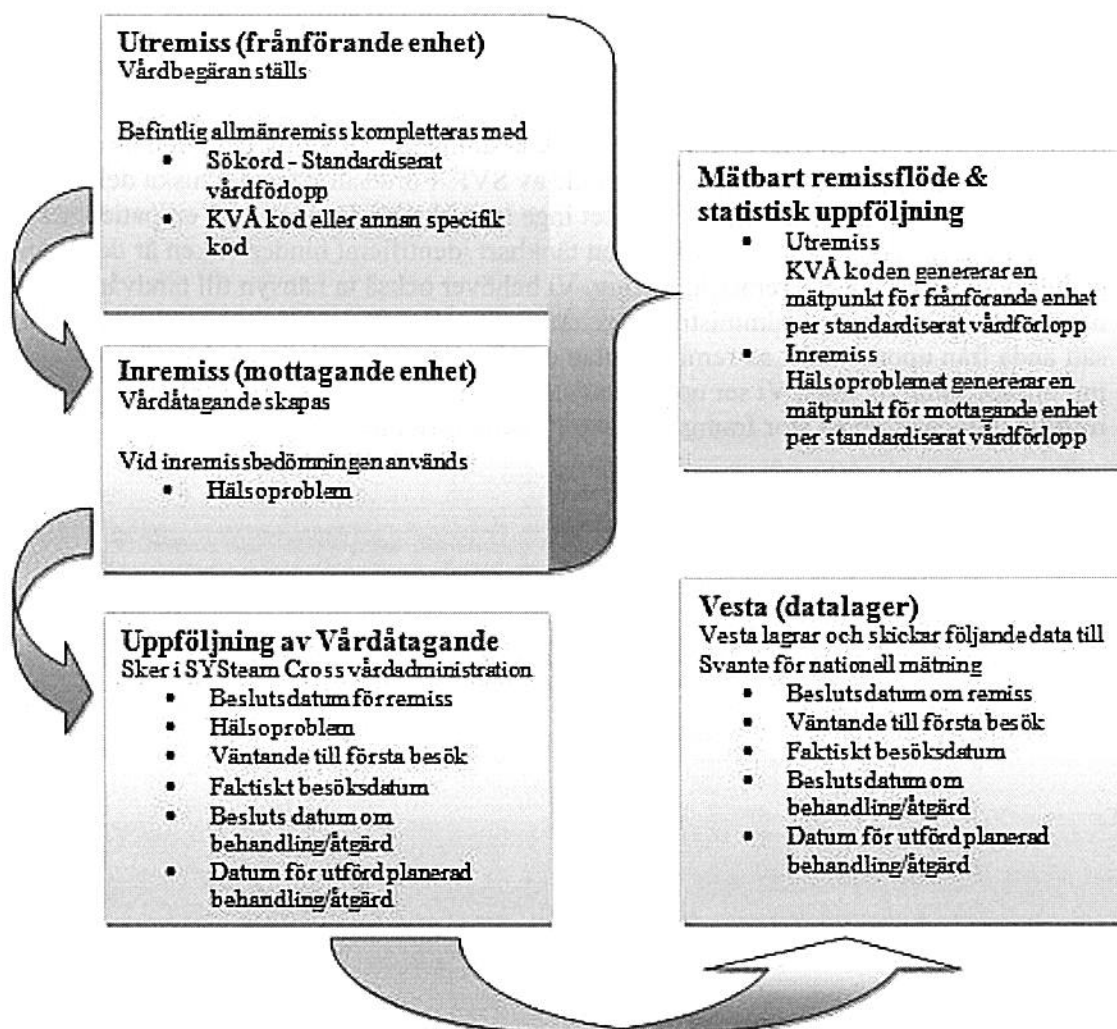
Hela processen beskrivs i ett framtaget flödesschema som presenteras på nästa sida.

Tänkbar metod för kvalitetssäker och mätbar remisshantering för standardiserat vårdförlopp

Misstanke och välgrundad misstanke om cancersjukdom initierar utfärdande av remiss till specialiserade vården

- Från primärvård och tandvård
- Mellan enheter inom specialiserade vården
- Internt inom specialiteten

LVN har idag manuell hantering av remisser, dvs remiss utfärdad i SYSteam Cross skrivs ut och skickas manuellt till mottagande enhet.



The screenshot displays a medical software interface with two main windows. The left window, titled "Allmän remiss-sökord, beställning", contains a search menu with the following items: "Sökord", "Beställningsdatum (obl)", "Diagnos, fråga", "Anamnes, status", "Tidigare hänvisningar", "Akutsvar önskas", "Planerat datum", "Avdelning", and "Tel/Sökarnr". Below the menu is a search result area showing "Sökord - SVF Läggts till." and a large empty text area. At the bottom of this window are input fields for "Ank.dat/tid" and "Beslut rem.", a set of checkboxes for "Akutsvar", "Håll", "Utskr Nej-talong", "Prelsv", and "Utskrift", a "Kopior" field set to "1", and buttons for "Sida 2", "Mottag", "Bet.anstv", "Kopior", and "Bevagn.".

The right window, titled "Remiss - Allmän remiss", has a menu with "Arkiv", "Registrera", "Admin", "Visa", and "Bläddra". It features a large empty text area. Below this area are two input fields: "SVF" and "KOD", with an arrow pointing from the "KOD" field to an adjacent empty box.

HANDLINGSPLAN FÖR KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 2015

Beslut om införande av standardiserade vårdförlopp fattas i regionstyrelsen den 26 mars 2015

Handlingsplanen fastställd av: Nina Fållbäck-Svensson, Hälso- och sjukvårdsdirektör

1. Diagnosövergripande frågor

1.1 Information och förankring

Hur tänker landstinget informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen (SVF) inom verksamheterna i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen?

För att underlätta införandet och säkerställa kvalitet, dokumentation, information och förankring har Region Jämtland Härjedalen tillsatt en särskild projektgrupp som ansvarar för införandet av de standardiserade vårdförloppen (SVF). När handlingsplanen för SVF är beslutad kommer en särskild kommunikationsplan tas fram och utifrån denna tas informationsmaterial fram som anpassas för internt bruk och sprids främst via ordinarie linjeorganisation, intranätet, arbetsplatsträffar, mailkonferenser och gemensamma styr- och riktlinjedokument.

Utöver detta kan utbildningar och informationsmöten tillkomma för att skapa ytterligare dialog och förankring.

Beskriv planerade insatser inom

a) Primärvård

För de fem första cancerområdena ska det skrivas ett Zamsynsdokument, som är en gemensam behandlingsriktlinje för primärvård och specialiserad vård, för varje åkomma. På 1-2 A 4-sida skrivs ett kort vårdprogram innehållande tidiga symtom, initial utredning på HC och hur remittering till specialistsjukvården ska gå till. Detta dokument görs av PV tillsammans med berörd klinik. Dokumenten ligger lätt tillgängligt på insidan.

Dokument och bakgrunden till denna satsning informeras om och förankras hos alla läkare och distriktssköterskor i PV. Detta kan ske både genom att sprida dokumenten, (via olika mailkonferenser) ta upp dem på de återkommande utbildningsdagar samt diskussion på varje HC. Information kommer att ske fortlöpande under arbetets gång på centrumets ledningsgrupp.

När det gäller cancer i urinvägarna och akut blodcancer är symtomen relativt tydliga och att hitta dessa bedöms därför som förhållandevis enkelt. För prostatacancer och cancer i övre magtarmkanalen är det klart svårare att dra gränsen för vad som ska ingå i snabb cancerutredning. Det är många patienter som har lätt - måttliga symtom från dessa områden. Det kan innebära att det blir fler patienter som behöver tas emot, genomgå första utredning på HC för att hitta de som ska in för snabb cancerutredning. Samma kommer att gälla Huvud- och halscancer.

b) Akutsjukvård

Inom område akutvård kommer övergripande information att ges på områdesledning för spridning till enheter. Då Östersunds sjukhus inte har akutläkare, utan klinikerna bemannar jourlinjerna på akutmottagningen, finns inget behov av särskild utbildning för dessa flöden. Centraloperations uppdrag är att tillhandahålla operationsutrymme och salarna fördelas utifrån behov. Vad som opereras bestäms av respektive specialitet.

c) Bild- och funktionsmedicin

Bild- och funktionsmedicin har utsedda kontaktpersoner för arbetet med SVF som kommer att medverka i arbetet med införande och kommunicera arbetet i verksamheten.

d) Patologi

Region Jämtland Härjedalen har f n avtal med Västerbottens läns landsting som utför patologiverksamheten. Ett etablerat samarbete i Norrland är etablerat och kommer att fortsätta och behöver också utvecklas ytterligare. Då patologi är ett område som har kapacitetsproblem nationellt, finns det också behov av nationell samverkan i de här frågorna.

e) Berörd specialiserad sjukhusvård

De fem första standardiserade vårdförloppen berör i första hand kirurg/urologkliniken (matstrupe/magsäck, prostata och urotelial cancer), öronkliniken (ÖNH-cancer) och medicinkliniken (AML). Informationsvägarna till de anställda finns dels inom själva klinikerna, via arbetsplatsträffar eller särskilt anordnade informationsmöten, dels mellan berörda kliniker till exempel kirurgi-röntgen-patologi för att gemensamt diskutera kring och informera om kommande utmaningar.

På ett övergripande sjukhusplan finns förutom landstingets hemsida också i förväg annonserade öppna möten i sjukhusaulan, staff meetings – ett mycket effektivt sätt att nå många anställda med tydlig och lättfattlig information. Staff meetings har tidigare i första hand riktat sig till läkarna. När det gäller information kring standardiserade vårdförlopp kommer all personal att bjudas in och flera olika tider kommer att erbjudas för att nå så många som möjligt.

För laboratoriemedicin finns det behov av tydliggöra vem som är mottagare av avvikande provsvar. Detta gäller inte minst i samarbetet med privata vårdgivare och ses därför som ett viktigt utvecklingsområde.

f) Tandvård (berörs av SVF för huvud-hals-cancer)

Folktandvården har en utsedd kontaktperson för arbetet med att implementera SVF. Tandvården har redan bidragit i framtagande av handlingsplanen.

Hur tänker landstinget informera allmänhet och patienter om att SVF införs och vad de innebär?

När handlingsplanen för SVF är beslutad kommer en särskild kommunikationsplan tas fram och utifrån denna tas informationsmaterial fram som anpassas för allmänhet och patienter. Det framtagna informationsmaterialet kommer sedan att spridas via externa kanaler såsom hemsida (regionjh.se), 1177.se, sociala medier, affischer och broschyrer som sätts upp och sprids i väntrum på avdelningar, hälsocentraler och övriga mottagningar.

Patienter som ska utredas enligt SVF bör få information direkt från den läkare som gjort bedömningen välgrundad misstanke för diagnos enligt SVF. I den mån det är möjligt bör denna information också ges i närvaro med kontaktsjuksköterska och anhöriga. Patienterna ska få såväl muntlig som skriftlig information.

1.2 Patientinvolvering

Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter i arbetet med SVF?

Region Jämtland Härjedalen kommer att samverka med berörda patientföreningar i de fall det finns etablerade sådana. I Norra sjukvårdsregionen görs ett gemensamt arbete beträffande patientinvolvering som kommer att komplettera de egna insatserna.

1.3 Privata vårdgivare

Hur avser landstinget involvera representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF?

I samband med de leverantörsträffar som finns för hälsovalet och som hålls fyra gånger per år, med alla utförare oavsett driftform, involveras de privata hälso- och sjukvårdgivarna. De får även info via gemensamma mailkonferenser. Den medicinska rådgivare, som delas mellan primärvård i egen regi samt beställfunktionen, har också uppdrag att involvera de privata hälso- och sjukvårdsutförarna i arbetet med SVF.

De privata tandläkarna avser Region Jämtland Härjedalen att involveras via de två organisationerna Privattandläkarna och Jämtlands läns tandläkarförening som finns i Jämtland Härjedalen.

1.4 Stöd till verksamheternas utvecklingsarbete

Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården? Det gäller både offentliga och privata vårdgivare.

Identifiera vilka verksamheter som behöver särskilt stöd för att möjliggöra införandet av SVF. Specificera det stöd landstinget avser att ge respektive verksamhet.

Region Jämtland Härjedalen kommer att använda de särskilt avsatta nationella stimulansmedlen för kortare väntetider inom cancervården för att förbättra vårdprocesserna. Under arbetet med implementering kommer ett antal områden att identifieras som kräver stödinsatser i form av process- och projektledning.

Flera verksamheter har aviserat behov av resursförstärkning för att klara kraven i de standardiserade vårdförloppen. Resursförstärkning med finansiering av de stimulansmedel som är avsatta kommer i de fall det är aktuellt att vara i form av punktinsatser för att åtgärda eventuella ”flaskhalsar”. Ambitionen är att så långt som möjligt klara arbetet långsiktigt inom befintlig ram och endast i undantagsfall tillskjuta medel för kapacitetsökning.

Övriga behov av resursförstärkning kommer att kartläggas och sammanställas under utvecklingsarbetet. Behoven behöver rangordnas och prioriteras samt ingå i ordinarie budgetberedningsprocesser.

1.5 Uppföljning

Välgrundad misstanke om cancer, som innebär start av ett SVF, ska alltid medföra att en diagnosspecifik KVÅ-kod sätts i det vårdadministrativa systemet. Även vid misstanke om cancer som innebär remiss till filterfunktion ska en diagnosspecifik KVÅ-kod sättas. Om utredningen visar att patienten inte har den misstänkta cancerdiagnosen ska aktuellt SVF avslutas. Även avslut av SVF ska medföra att en specifik KVÅ-kod sätts.

Vid SVF som innebär att åtgärder sker i mer än ett landsting måste de berörda landstingen gemensamt besluta

- hur aktuella KVÅ-koder och datum för kodsättning överförs mellan landstingen
- hur dessa koder och datum registreras i det andra landstingets vårdadministrativa system
- vilket av landstingen som svarar för att rapportera patientens ledtider för nationell uppföljning.

Hur tänker landstinget tillse att det vårdadministrativa systemet går att använda för uppföljning av den ledtid som ska följas nationellt (tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling)?

Den nationella flödesmodellen kommer att utgöra underlag för Region Jämtland Härjedalens utveckling av standardiserade vårdförlopp för cancer, i vårdsystemet COSMIC och i datalager/beslutsstöd. Utgångspunkt är de mätpunkter som identifierats i projektet ”Mätning av väntetider i cancervården – definitioner och rapporteringssystem. Strategin är att i största möjliga utsträckning nyttja redan befintliga funktioner/mätpunkter, för att enkelt kunna skala upp lösningen 2016, när ytterligare diagnoser tillkommer.

Begreppet ”Vårdåtagande” kommer att användas för att hålla ihop alla mätpunkter och åtgärder som ska kopplas till respektive vårdförlopp. I COSMIC konfigureras ett specifikt vårdåtagande per cancerdiagnos. I primärvården skrivs en remiss för vårdförloppet. Vårdåtagandet startar i den specialiserade vården när remissen accepteras och avslutas efter vårdförloppets avslut.

Remissmallar konfigureras per vårdförlopp i COSMIC. En remiss skrivs vid malignitetsmisstanke, signeras och skickas till specialistvården. Remissdatum är mätpunkt 1 Remissbeslut.

Remissbedömning sker på mottagande enhet, remissen accepteras och klassificeras. Beslut fattas om tid för nybesök och ett bokningsunderlag skapas. Första kontakt planeras antingen till väntelista eller bokad tid för nybesök.

Patienten är väntande till första besök. Patienten kommer till mottagningen och nybesöket registreras i kassa, vilket är faktisk väntetid till första besök. Besöksdatum är mätpunkt 2 Första besök hos specialistläkare.

Preliminär diagnos registreras, vid besked till patienten och utgör mätpunkt 3 Information om diagnos. Den preliminära diagnosen kan senare ändras, men mätning sker alltid från första diagnos.

En vårdplan upprättas i dialog med patienten med stöd av en blankettmall "Min vårdplan" (se svar avsnitt 1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen). Datum för upprättad vårdplan är mätpunkt 4 Med patienten upprättad och beslutad vårdplan.

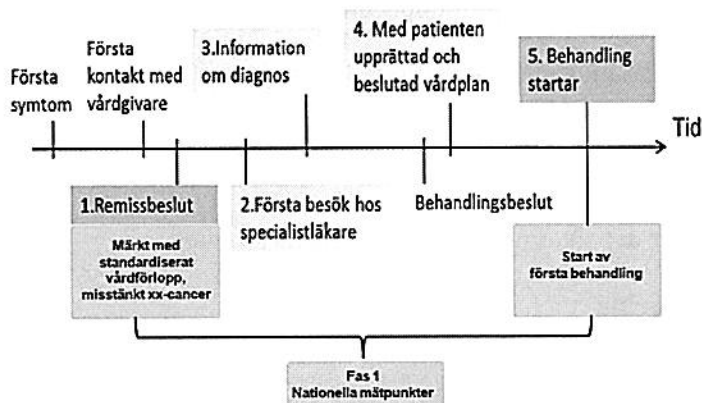
Vid beslut om behandling anges beslutsdatum i bokningsunderlaget, vilket är behandlingsbeslut enligt modellen och mätpunkt 5 Behandling startar.

Vårdåtagandet avslutas efter avslutat vårdförlopp. Modellen förutsätter att samtliga berörda vårdenheter inom den specialiserade vården använder ViV-popup i COSMIC.

Hur avser landstinget definiera ansvar och aktiviteter för att utveckla och införa stödprocesser för att följa och följa upp standardiserade vårdförlopp i landstingens it-stöd?

Den nedan beskrivna modellen bygger på följande mätpunkter, ej de ytterligare mätpunkter som beskrivs i kapitel 6 i resp. vårdförlopp.

Socialstyrelsens modell för väntetidsmätning – cancerpatientens väg genom vården



Beatrice Melin | Regionalt cancercentrum norr

Region Jämtland Härjedalens datalager/beslutsstöd kommer att utvecklas enligt följande handlingsplan:

1. Förstudie/ kravspecifikation beslutsstöd.

Vid genomgång av de 5 standardiserade vårdförloppen identifieras sammantaget ca 45 mått på ledtider/kvalitet. Analys och förtydliganden i samverkan med regionens verksamhetsföreträdare i följande frågeställningar:

- stämmer antaganden för hur händelserna skall fångas?
- vilka diagnoskoder, KVÅ-koder, sökord, labprover etc skall fångas i respektive fall?

c. vilka mått kan fångas i regionens vårdssystem? Respektive vilka "löper över landstings/regiongränser"?

d. beroende på fråga 1c, kommer vissa ledtider hanteras manuellt? Vilka?

2. Definition av lösningsarkitektur

Definition av lösningsarkitektur baserat på svar frågorna 1a-d för varje mått inom respektive standardiserat vårdförlopp

a. definition av konfigurationer i COSMIC och ev.CI (COSMIC Intelligence)

b. definition av beslutsstödsutveckling, krävs 45 unika mått eller finns det generaliseringsmöjligheter?

c. definition av beslutsstödsutveckling, definition av dimensioner, mått och eventuella rapporter

3. Utformning av användarmanual(er)

I växelverkan med resultat från 2a, 2b, 2c krävs utformning av användarmanualer beskrivandes:

a. flödet från registrering i regionens COSMIC till uppföljning från Region JH:s Beslutsstöd

b. ev. registrering i andra regioners/landstings vårdssystem till ev. manuell komplettering av uppföljning från Region JH:s Beslutsstöd

4. Volymer (påverkar teknisk lösning)

a. ungefär hur många patienter rör det sig om i respektive vårdförlopp/år?

5. Utveckling, test & verifiering

a. konfiguration av COSMIC och ev. CI

b. kostnadsuppskattning från utvecklingspartner på beslutsstödssidan

c. beställning till utvecklingspartner på beslutsstödssidan

d. test & verifiering av flödet från COSMIC-->CI-->datalager-->Diver

Hur ska uppföljning ske när SVF går över landstingsgränserna?

Manuellt av respektive kontaktsjuksköterska, till att börja med. Detta är dock ett område som måste beredas gemensamt i regionala grupperingar under ledning av RCC Norr.

Hur avser landstinget följa upp om införandet av SVF medför undanträngningseffekter för andra patientkategorier?

Då det inte är nya patienter, utan de som redan finns i systemen, ska SVF underlätta för verksamheterna att fånga de svårast sjuka och korta väntetiden från välgrundad misstanke till

behandlingsstart. Det innebär att resurserna fokuseras på de svårast sjuka och de med en lägre prioriteringsgrund kan få stå tillbaka.

Det går att följa väntetiden på respektive verksamhet om man med samma kapacitet och samma inflöde får en ökning av väntelistan.

Urologiverksamheten ser dock en risk för undanträngningseffekt för återbesök och benigna diagnoser eftersom det idag finns en lång väntelista med ett delvis okänt innehåll.

1.6 Införande av fler standardiserade vårdförlopp under 2016

Under 2015 kommer SVF att utarbetas för ytterligare minst tio diagnoser, för införande under 2016. Under 2016 ska SVF för kvarvarande cancerdiagnoser utarbetas för införande under kommande år. Aktuella diagnoser för införande under 2016 är diffusa allvarliga symtom, cancer med okänd primärtumör (CUP), lungcancer, bröstcancer, malignt melanom (ev. enbart på huden), kolorektalcancer, ovarialcancer (epitelial och icke-epitelial), blodcancer – myelom, lymfom (alla typer), hjärntumörer, cancer i bukspottkörtel, lever, galla, gallblåsa.

Hur avser landstinget planera för införande av fler standardiserade vårdförlopp 2016?

Man kan se 2015 års arbete kring införande av standardiserade vårdförlopp som en sorts ”träning” inför den betydligt större utmaning som kommer året därpå. Förhoppningsvis har både arbets- och samarbetsformer utvecklats som är effektiva och som underlättar 2016 års arbete. Naturligtvis kommer det att finnas saker under det här året som inte fungerat tillräckligt bra och då finns möjlighet att förbättra inför 2016.

Sammanfattningsvis har arbetet med planering för 2015 gått snabbt och mycket av arbetssättet bör gå att överföra till kommande år.

Finns specifika utmaningar för införande av de SVF som är aktuella 2016?

Det finns flera olika utmaningar i de diagnoser som ska planeras in 2016. För det första är det betydligt fler diagnoser och därmed också många fler patienter som är berörda. Dessutom vill man gå in på begreppet ”diffusa och allvarliga symptom” som kanske framför allt kommer att bli en utmaning för primärvården eftersom här finns patienter med många olika diagnoser som även ligger långt utanför cancerområdet.

Mycket arbete är redan gjort med 2016 års diagnoser som ska ingå i standardiserade vårdförlopp. Det gäller till exempel bröstcancer där vårdkedjan redan idag är mycket tydligt definierad (även över landstingsgränserna) och ledtiderna redan idag korta i Region Jämtland Härjedalen. Också cancer i tjock- och ändtarm har varit föremål för ett omfattande utvecklingsarbete som kommer att underlätta införandet av standardiserade vårdförlopp.

Sist men inte minst är det idag svårt att riktigt förutsäga hur den nya patientlagen kommer att påverka vårdkedjorna och därmed belastningen på olika vårdgivare. Dessutom gäller det att vara observant på eventuella undanträngningseffekter så att inte andra viktiga patientgrupper än cancerpatienter får stå tillbaka på ett icke önskvärt sätt när standardiserade vårdförlopp införs. Resurserna både mänskligt och ekonomiskt är begränsade och allt kan inte kompenseras genom ett mer effektivt arbetssätt.

1.7 Utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera viktiga diagnosövergripande utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Utöver ovanstående frågor, beakta även:

Hur ska landstinget tillse att berörda patienter får information om att det finns anledning att utreda cancermisstanke enligt SVF, vad SVF innebär och vilka väntetider patienten kan förvänta sig?

Primärvårdsläkaren ger information i samband med det besök där misstanke om cancersjukdom uppkommer.

Hen informerar också vad SVF står för och kommer att innebära

SVF -remiss skickas till berörd mottagning inom slutna vården

Informationen som ges muntligt ges också skriftligt i form av en broschyr där all fakta kring SVF kortfattat finns nedtecknat.

Utgå från den information som finns i de standardiserade vårdförloppen – vad SVF innebär och vilka väntetider patienten har att förvänta sig. Lokalanpassad informationen tas fram med stöd av kommunikationsstaben.

Under fortsatt behandling och uppföljning är det kontaktsjuksköterska som tillsammans med ansvarig specialistläkare informerar patient om fortsatta behandlingsinsatser. Även här behöver informationen vara muntlig och skriftlig.

Exempel: Huvud- och halscancer

Vid bedömning av remiss med från primärvården frågeställning syftande på symtom som kan tydas som head- and neck cancer, prioriteras remissen med bedömning samma dag genom tillämpning av ett rödmarkeringssystem i remissen. Kallelse av patienten för filterfunktion planeras inom 5 dagar till ÖNH-läkarmottagning på "cancer märkt tid", för bedömning om väl grundad misstanke kan anses föreligga. Om väl grundad misstanke om head- and neck cancer bedömes föreligga vid detta första besök avsätts läkarinformationstid för information om tentativ diagnos ev. provtagning /cytologi-PAD-lab/ och/eller planerad utredningsväg enligt standardiserad information, preciserande tider respektive utredningsväg i en för patienten angiven egen vårdplan. Vårdplanen formuleras mellan patient och "filterfunktionsläkaren" dvs ÖNH läkare, Östersunds sjukhus. För upprättandet av vårdplanen och dess implementering ansvarar vid detta besök tilldelad kontaktsjuksköterska.

För att detta ska vara möjligt krävs resursförstärkning på ÖNH mottagningen, Östersunds sjukhus.

Finns fungerande remissrutiner

- mellan primärvård och specialiserad sjukhusvård?

För att förbättra remissrutinerna mellan primärvården och den slutna vården kommer Zamsynsdokumentet att tas fram i samarbete mellan primärvården och respektive berörd verksamhet. En kort beskrivning som tydligt beskriver tidiga symtom, initial utredning på HC och hur remittering till specialistsjukvården ska gå till. Dokumenten kommer att vara lättillgängliga för berörda.

Information om dokumenten och bakgrund till SVF satsning informeras om och förankras hos alla läkare och distriktsköterskor i primärvården. Spridning med hjälp av olika mailkonferenser, fortbildningsdagar, i centrumets ledningsgrupp samt på arbetsplatsträffar.

Exempel: Huvud- halscancer

Remissrutin enligt ”röd remiss”= prioriterad remiss, finns. Gransknings rutin samma dag sker redan för röda remisser. Begränsat ökat remissinflöde bedöms kunna hanteras inom nuvarande remissrutin.

Med stöd av Zamsynsdokumentet ska samtliga som träffar patienterna i telefon eller vid besök fås att reagera på patientens beskrivning av sina symtom och besvär. Zamsynsdokumentet kan kompletteras med en kort checklista för respektive yrkeskategori.

I COSMIC finns möjlighet att skapa och välja en specifik remissmall för SVF som därigenom blir lättidentifierade i väntelistorna – på samma sätt som akutremisserna idag.

- mellan landsting, där SVF går över landstingsgränserna?

I framtiden bör information kunna delas mellan landsting/regioner via NPÖ.

Finns hanteras mycket med manuella rutiner. Patientuppgifter faxas mellan landsting/regioner och det kan vara stora mängder av journalhandlingar som ska faxas. Att vara beroende av fax känns väldigt omodernt i dessa tider.

Exempel på hur det fungerar idag: Huvud- halscancer

Remisshantering med telefonkontakt och faxmeddelande med mottagande ÖNH-klinik på regionsjukhuset NUS är väl etablerad. För att minska risken för tidstillägg i överrapporteringen sker bevakning av remisserna med telefonkontakt mellan koordinator ÖNH-kliniken NUS och koordinator ÖNH-kliniken Östersunds sjukhus = kontaktsjuksköterskan för respektive patient.

Finns tillgång till kontaktsjuksköterska för alla patienter som får en cancerdiagnos enligt SVF?

Det finns kontaktsjuksköterskor och back up för samtliga fem diagnoser.

Finns etablerade MDK, där aktuella patienter kan tas upp enligt SVF?

Det finns etablerade MDK, för diagnoserna. När det gäller AML sker merparten av bedömning och behandling vid NUS.

Finns tillgång till rehabilitering och understödjande vård enligt SVF?

Huvud- och halscancer

Väl etablerat flöde med sjukhustandvården, som har 6 akuta tider/vecka avsatta för omhändertagande av jourpatienter, i vilka patienter som inkluderas i STV kan få snabbbehandling inför ev radioterapi. Head- and neck cancer patienter remitterats till dietist och logoped, kurator och smärtekonsult vid behov. Understödjandefunktionen och rehabiliteringen är för patienter med cancer i munhåla, svalg eller struphuvud oftast omfattande och för att optimera omhändertagandet planeras regelbunden dietist och logopedkontakt. Förutom regelbunden tandsanering prestrålning kommer då ett standardiserat omhändertagande av även dietist avseende födointag, samt logoped avseende rehabilitering av tal och sväljfunktion att kunna ske.

Logopedkompetens som handhar sväljningsfunktioner är knuten till logoped verksam vid strokeenheten vid Rehabcentrum Östersunds sjukhus. Organisationen är sårbar och behov av resursförstärkning har identifierats.

Cancer i Prostata, urinvägar, övre urinvägar, matstrupe och magsäck

Patienter med cancer i prostata, urinvägar och övre urinvägar remitteras idag till dietist, uroterapeut, kurator, lymfterapeut och palliativ enhet vid behov. Ett mycket nära samarbete finns mellan instanserna och det är lätt att få kontakt.

För patienter med cancer i matstrupe och magsäck gäller samma d v s att de remitteras vid behov.

Det som saknas idag för alla diagnoser som behandlas inom öppenvård är möjlighet till kontakt för underlättade och understödjade av fysisk aktivitet.

För patienter som vårdas inlagda finns resurser för hjälp med hjälpmedel.

För att optimera omhändertagandet av dessa patientgrupper när det gäller rehabilitering och understödjade funktioner planeras att instanser ska ingå i vårdförloppet som en naturlig del i vårdkedjan. De ska i samband med diagnos eller misstanke om diagnos få information via sin kontaktsjuksköterska om möjligheten till cancer rehabilitering. Alla patienter ska veta att de kan vända sig till understödjade funktioner .

Genomgång av behov och hur understödjade funktionen ska ingå i vårdkedjan har påbörjats. Dock är resurserna begränsade.

AML

Patienter med AML vårdas i Umeå och ytterst få passerar dagvården innan palliativt skede. De få som passerar dagvården på Östersunds sjukhus har redan etablerade kontakter. Om behov ändå skulle uppstå av kontakt med instanser enligt SVF så sker det via remiss. Även här saknas dock kontakt för underlättade och understödjade av fysisk aktivitet.

Då patientantalet är så få och etablerade kontakter finns när de kommer i kontakt med dagvården på medicin så behöver bara översyn av underlättade och understödjade av fysisk aktivitet göras.

Kan patienterna erbjudas en individuell vårdplan ("min vårdplan") enligt SVF?

Alla patienter i cancervården bör ha en individuell, skriftlig vårdplan. En egen vårdplan ökar möjligheterna till delaktighet och självbestämmande. I COSMIC kommer blankettmallar (Utredning respektive Behandling) att konfigureras, baserat på SKL:s arbete Ännu bättre cancervård. I ett första steg används den generiska grundmodell för individuell vårdplan för cancerpatienter, om inte speciella direktiv kommer från regionalt cancercentrum

Andra utmaningar för införande av SVF?

Det standardiserade vårdförloppet systematiserar men utökar också omhändertagande av patienten. Samordningsfunktionen avseende patientens filtrering till standardiserat vårdförlopp samt samordningen för minskning av väntetider till respektive undersökningar och behandlingar, kräver aktivt arbete för att uppnå intentionerna i det standardiserade vårdförloppet.

Nyckeln till flödet utgörs av en fungerande koordinatorsfunktion. Koordinatorsfunktionen avses att läggas på sjuksköterskenivå. Det kommer att kräva en utökning av sjukskötersketid.

Behov av resursförstärkningar som inte är av tillfällig karaktör kommer att hanteras i ordinarie budgetberedningsprocess.

Flera anger behovet att ett mycket väl utvecklat samarbete mellan primärvården och den specialiserade vården för att de standardiserade vårdförloppen ska kunna förverkligas. Det är därför av stor vikt att arbetet med de gemensamma Zamsynsdokumenterna prioriteras.

Rehabiliteringsinsatser är, som framgår av de diagnosspecifika beskrivningarna, också ett viktigt utvecklingsområde för de standardiserade vårdförloppen.

2. Diagnosspecifika frågor inom respektive standardiserat vårdförlopp

2.1 Akut myeloisk leukemi

2.1.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- omogna vita blodkroppar i perifert blod (t.ex. blaster eller promyelocyter)
- anemi i kombination med avvikande mängd vita blodkroppar eller trombocytopeni
- avvikande koagulationsprover i kombination med avvikande blodstatus.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård.

Vid välgrundad misstanke enligt punkterna ovan ska patienten remitteras till en hematologienhet för utredning enligt SVF. Den mottagande enheten ska kontaktas per telefon i samband med att välgrundad misstanke uppstår. Vid påverkat allmäntillstånd och alarmerande provsvar ska hematologjouren kontaktas omedelbart för akut bedömning.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

5-10 patienter per år får diagnosen AML. Uppskattningsvis ca 20 som har välgrundad misstanke.

Få patienter med tydligt förändrad blodbild. Detta ger en direkt reaktion hos inremitterande läkare som kontaktar sjukhus samma dag, både skriftligt och muntligt. Patienten kommer till akutmottagningen för bedömning (med eller utan hematologkontakt) oavsett tid på dygnet. COSMIC bör kunna tillhandahålla en remissmall som passar kravet på innehåll i remissen. Dessutom bör en ”stämpel” med SVF finnas.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

Ett säkerställande bör vara att särskilda koder finns för åtgärderna och ska ingå i instruktionen för vårdförloppet.

KVÅ-kod för benmärgsprov sätts alltid men görs avsett diagnos.

2.1.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

AML är en diagnos med få provtagningar per år och landsting. Därför finns inte behov av förbokade tider för undersökningar, som för andra diagnoser. Diagnostiken är alltid akut.

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.
Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för AML?

På Östersunds sjukhus är koordinatorfunktionen(kontaktsjuksköterska) placerad på dagvården, avd 408. Större delen av bedömning och behandling sker dock på NUS. Oklart vilken organisatorisk enhet på NUS som hanterar koordinatorfunktionen.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för AML? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Kontaktsjuksköterska.

Det finns flera kontaktsjuksköterskor som täcker upp för varandra vid frånvaro.

2.1.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Första delen av förloppet sker i primärvården och på Östersunds sjukhus. Remissbeslut vid välgrundad misstanke, remiss/remissankomst, första kontakt med hematolog, Block A. Ibland åker patienten direkt till NUS. Resterande bedömning och behandling sker på NUS. När ev beslut om palliativ vård finns, återgår patienten till hemsjukhuset. Detta är ett väl inarbetat arbetssätt och följer vårdprogrammet.

2.1.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Inga speciella utmaningar i nuläget.

2.2 Cancer i urinvägarna och urinblåsan

2.2.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer
 - äldre än 40 år
 - yngre än 40 år med riskfaktorer för urinblåsecancer i anamnesen, som rökning mer än cirka 20 år
- misstanke om urinblåsecancer vid bildiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt SVF. Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.

I de fall då den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Det bör möjliggöras för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

De bör ha en unik märkning som gör att remisserna snabbt kan återfinnas i inflödet av remisser. Redan nu bevakar kontaktsjuksköterskorna remisser för att ombesörja snabb handläggning för patienter med makroskopisk hematuri.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

Det är viktigt att informera om vilka KVÅ-koder som ska användas till samtliga urologer och andra yrkeskategorier som är involverade i flödet

Kan patienter med makroskopisk hematuri kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården? Om inte, hur kan den möjligheten skapas?

Ja, men det är oftast patienter som tidigare har haft kontakt med kirurgmottagningens urologienhet. Det är möjligt att ringa till kontaktsjuksköterska via telefontid.

2.2.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för cancer i urinvägarna?

Inom område kirurgi/ögon/öron, kirurgmottagningen.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för cancer i urinvägarna? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Två sjuksköterskor som ersätter varandra vid frånvaro.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

I dagsläget har dessa patienter snabb handläggningstid. Tomma tider kommer att finnas i tidbok på cystoscopimottagningen. Förslag finns att cystosoperande sjuksköterskor gör flera undersökningar. Behov finns av flera cystoscop för att öka produktionen.

2.2.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

MDK genomförs i dagsläget en gång varannan vecka. Behov finns att utöka till att genomföra MDK varje vecka. Detta har tidigare framförts till urologisektionen i Umeå samt vid senaste regionmöte.

För patologi/cytologi kommer snabbsvar att behövas.

Vid cytostatikabehandling inför cystectomi används idag specialistvårdsremiss. Där finns en etablerad rutin. Detta kan utökas med ett telefonsamtal till koordinator i Umeå.

2.2.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

- Avsaknad av egen patolog.
- Tillgång till röntgentider, kontakt tagen med röntgen som kommer att möta behovet i SVF.
- Risk för undanträngningseffekt för återbesök och benigna diagnoser. Behov kommer att finnas för "outsourcing" av t ex Vasectomi, Cirkumcision och Skrotal kirurgi. I dagsläget finns en brist på urologer och en översyn behöver genomföras med syfte att flytta vissa arbetsuppgifter från urolog till kontaktsjuksköterska. För att det ska fungera behövs ett tillskott på två sjuksköterskor alternativt en sjuksköterska och en sekreterare.

2.3 Huvud- och halscancer

2.3.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras vid ÖNH-klinik, när klinisk undersökning ger malignitetsmisstanke.

Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i det standardiserade vårdförloppet. Vid misstanke ska patienten remitteras till en ÖNH-klinik med mottagande samma dag. ÖNH-kliniken utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av standardiserat vårdförlopp.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om granskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till en klinisk undersökning utförd av ÖNH-läkare. Denna undersökning avgör om det föreligger en välgrundad misstanke för cancer. Utredning enligt SVF ska då starta omedelbart. Det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett standardiserat vårdförlopp.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Rutin införs om remissbedömning inom 1 dygn av remisser där frågeställningen från primärvården avser head- and neck cancer diagnos.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

Uppföljning av tidsåtgång från första registrering till behandling enligt de stationer som standardiserat vårdförlopp anger kräver att varje delåtgärd tidsregistreras och införes i bearbetbar statistisk form, med framtagande av jämförande statistik och kvalitetsregistrering. Denna funktion läggs på sekreterarnivå.

2.3.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för huvud- och halscancer?

Koordinatorsfunktionen/samordningsfunktion avseende patients kallelse till ÖNH klinik, Östersunds sjukhus och samordning av undersökningar där samt behandlingar vid regionsjukhuset NUS, lägges på sjuksköterskenivå dvs respektive patients kontakt-sjuksköterska.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för huvud- och halscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Koordinatorsfunktionen enligt ovan knytes till 2 kontaktsjuksköterskor med delat ansvar tjänstgörande på ÖNH-mottagningen Östersunds sjukhus. Samordningsfunktionen innebär organiserad kontakt med samvårdskoordinator ÖNH kliniken NUS samt op-koordinator dels Östersund, dels NUS.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Med det patientflöde som omfattar misstanke om head- and neck cancer och inremitteras till öronkliniken Östersunds sjukhus, identifieras ett behov av 2-3 obokade head- and neck cancermärkta läkarmottagningstider per vecka. För snabbokning efter remissbedömning med frågeställning head and neck cancer, samt även bevakning av dessa tider så att icke bokade tider kan fyllas av andra patienter från väntelista, krävs aktiv bevakning och snabbkallning utav patienter dagen före outnyttjad "cancer-tid".

2.3.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

Inom head- and neck cancer diagnostiken har regelbunden användning av PET-CT införts. Detta optimerar och skärper diagnostiken i kartläggning av primärtumören och ev förekomst av dolda metastaser. PET-CT utföres ej vid Östersunds röntgenavdelning, utan sker vid regionsjukhuset NUS. Rutiner för bokning av dito undersökning finns utarbetade mellan ÖNH-kliniken Östersund och ÖNH-kliniken NUS.

Avseende provtagning av tumör, sker samarbete med patologen i Östersund som i sin tur samverkar med patologiska laboratoriet regionsjukhuset NUS.

2.3.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnos-övergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Head- and neck cancer och dess behandling innebär i olika grad för patienten stympande funktion avseende matintag och tal samt för patienter med strupcancer påverkan på tal- andningsfunktionen med speciella krav på talrehabilitering med frekventa återbesök, talprotesbyten och infektionsprofylaxbehandling.

Utarbetade rutiner finns men kräver resursförstärkning av sjuksköterske- loped- samt sekreterartid för att implementeras för samtliga patienter i ett standardiserat vårdförlopp.

2.4 Matstrups- och magsäckscancer (esofagus-ventrikelcancer)

2.4.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke kan enbart konstateras i specialiserad sjukhusvård, genom undersökningsfynd vid gastroskopi, eller i samband med PAD-svar där gastroskopin inte gett misstanke om cancer. Symtom som ska föranleda misstanke beskrivs i SVF. Vid misstanke ska patienten remitteras till gastroskopi med remissmottagande samma dag. Gastroskopin utgör filterfunktion för välgrundad misstanke om cancer och start av SVF.

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Visar gastroskopin misstanke om cancer ska biopsier tas. Ger gastroskopifynden välgrundad misstanke om cancer ska patienten remitteras till utredning enligt SVF utan att PAD-svaret inväntats. Om inte bevakar endoskopisten PAD-svaret och remitterar patienten till utredning om svaret ger välgrundad misstanke om cancer.

Remissen ska omedelbart skickas till utredning med mottagande och kvittering inom ett dygn. Om gastroskopin har gjorts vid den enhet som utför utredningen krävs ingen remiss, men det

ska noteras i patientens journal och det patientadministrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

Remissmärkning behövs för att säkerställa att dessa remisser kan urskiljas. COSMIC bör kunna tillhandahålla en remissmall som passar kravet på innehåll i remissen.

Det handlar om ca 30 patienter/år som har matstrups- eller magsäckscancer, av dem är ca 5 aktuella för operation och 10-20 ej aktuella för operation. Remisser för gastroscopi med frågeställning malignitet rör sig om ca 400/år.

Ett utarbetat "zamsynsdokument" primärvård-specialistvård behöver utarbetas, innehållande tidiga symtom, initial utredning och hur remittering till specialistsjukvården ska gå till. Detta dokument görs av PV tillsammans med berörd klinik.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid misstanke om cancer som medför remittering till filterfunktionen b) vid välgrundad misstanke om cancer c) när SVF avslutas.

Rutin för detta måste tillskapas med fungerande KVÅ-koder.

2.4.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för matstrups- och magsäckscancer?

Inom område kirurgi/ögon/öron på kirurgmottagningen, speciell koordinatorfunktion finns inte utan är detsamma som kontaktsköterska.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för matstrups- och magsäckscancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

En sjuksköterska tillika kontaktsjuksköterska, vid frånvaro ersätter den kontaktsjuksköterska som har funktionen NGI.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Denna patientgrupp sätts upp på akut tid (inom en vecka) till filterfunktionen gastroscopi. Tid till röntgen bereds dag efter gastroscopi. MDK 1 gång/vecka.

2.4.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

För denna diagnosgrupp har i många fall användning av PET-CT införts. Detta optimerar och skärper diagnostiken i kartläggning av primärtumören och ev. förekomst av dolda metastaser. PET-CT utförs ej vid Östersunds röntgenavdelning utan sker vid regionsjukhuset NUS.

Gällande PAD finns ingen patolog vid Östersunds sjukhus utan avtal är skrivet med NUS.

2.4.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

Bedömning av remisser tar minst en dag I de fall bedömande kirurg har operationsdag blir remisser ibland inte bedömda samma dag de kommer in. Avsatt tid för remissbedömning på schema finns en gång per vecka men görs ofta dagligen när tid finnes. Patienten kan tas in för gastroscopi inom en vecka.

MDK finns bara preoperativt och det innebär att postoperativt skrivs idag onkologkonsult. Då Östersunds sjukhus inte har egen tillgång till Onkolog finns en risk för fördröjning till behandling postoperativt.

PET-CT utförs ej vid Östersunds röntgenavdelning utan sker vid regionsjukhuset NUS och tider tillhandahålls oftast inom 2 v. På sikt behövs det egen PET-CT vid Östersunds sjukhus

Patologin kan komma att bli ett problem. Förhandlingar kring avtal för patologi pågår. Både svarstid och kvalitet har försämrats sista året.

Det kan även bli längre köer till op om inte operationerna utförs i Östersund, då NUS har kapacitets problem, det blir också en kostnadsökning med regionvård.

2.5 Prostatacancer

2.5.1 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- PSA över åldersrelaterat gränsvärde (se tabell i SVF) i samband med symtom eller tecken som talar för prostatacancer (se lista i SVF)
- PSA över 10 µg/l
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi.

Välgrundad misstanke kan konstateras både i primärvård och i specialiserad sjukhusvård. Patienten ska då remitteras till utredning enligt SVF av den som fastställt den välgrundade misstanken. Om den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett SVF.

Hur säkerställer landstinget remittering enligt SVF?

De bör ha en unik märkning (t ex en färg) och text SVF, som gör att remisserna snabbt kan återfinnas i inflödet av remisser. För interna (t ex radiologi) inom Östersunds sjukhus är det viktigt att även där märka remisserna med SVF och ev färg.

Inflödet av remisser till kirurgmottagningen är hög och för de urologiska inremisserna finns behov att skicka dem direkt till urologisektionen. I nuläget skickas de först till kirurgmottagningen och därefter sektioneras de till urologisektionen.

Hur säkerställer landstinget att korrekta KVÅ-koder sätts a) vid välgrundad misstanke om cancer b) när SVF avslutas.

Det är viktigt att informera samtliga urologer och eventuellt andra yrkeskategorier om vilka KVÅ-koder som ska användas i flödet. Här finns behov av sekreterarstöd.

2.5.2 Koordinatorsfunktion och obokade tider för utredning

Koordinatorsfunktionen ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Vid vilken organisatorisk enhet finns koordinatorfunktionen för prostatacancer?

Inom område kirurgi/ögon/öron, kirurgmottagningen.

Vilken yrkeskategori har rollen som koordinator för prostatacancer? Om funktionen kopplas till specifik person, beskriv ersättningsgång vid frånvaro.

Det finns två sjuksköterskor som ersätter varandra vid frånvaro.

Hur ska landstinget ordna att det finns förbokade tider? Beskriv detta för de undersökningar och behandlingar som aktuella enligt det standardiserade vårdförloppet.

Tomma tider kommer att finnas i tidbok förslagsvis varje dag på rad 1. Behov finns även av utökad mottagningstid fram till klockan 18.

2.5.3. Samarbete över landstingsgränser

Identifiera de delar av SVF som kräver samverkan med andra landsting och beskriv hur denna samverkan ska ske.

MDK genomförs i dagsläget en gång per vecka och har en väl etablerad rutin. Diskussion har förts med Umeå om MDK även kan gälla som specialistvårdsremiss.

För patologi/cytologi kommer snabbsvar att behövas.

Vid onkologisk behandling används idag specialistvårdsremiss. Där finns en etablerad rutin.

Detta kan utökas med ett telefonsamtal till koordinators.

Även vid second opinion finns redan nu väl fungerande rutin.

2.5.4 Diagnosspecifika utmaningar för införande av de standardiserade vårdförloppen

Identifiera eventuella diagnosspecifika utmaningar för införandet av SVF och beskriv hur landstinget avser åtgärda dessa. Se även över de punkter som listas under 1.7 som diagnosövergripande och beakta om de innebär särskilda utmaningar för denna diagnos.

- Avsaknad av egen patolog.
- Tillgång till röntgentider, kontakt tagen med röntgen som kommer att möta behovet i SVF.
- Risk för undanträngningseffekt för återbesök och benigna diagnoser. Behov kommer att finnas för "outsourcing" av t ex Vasektomi, Cirkumcision och Skrotal kirurgi. I dagsläget finns brist på urologer och en översyn behöver genomföras med syfte att flytta vissa arbetsuppgifter från urolog till kontaktsjuksköterska. För att det ska fungera behövs ett tillskott på två sjuksköterskor alternativt en sjuksköterska och en sekreterare.
- Även vid operationsplanering krävs bokningsbara tider motsvarande en halv dag per vecka alternativt en heldag varannan vecka.

