

HANDLINGSPLAN

standardiserade vårdförlopp 2016

Västerbottens läns landsting

Datum: 15 mars 2016

Fastställd av: Peter Olofsson (S), ordförande i landstingsstyrelsen och Karin Lundström (S),
ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden

1. Beskrivning av arbetet efter rapporteringen den 1 november 2015

1.1 Nuläge för införda vårdförlopp

- a) *Beskriv läget för de fem SVF som infördes 2015- utgå från det som skett efter att 2015-års rapport lämnades in senast den 1 november 2015.*

Generellt gäller för alla förlopp att rutinerna för rapportering av KVÅ-koder på insatser och patienter har etablerats och är samlat i landstingets datalager.

Rutinerna för kodningen av insatser i vårdförloppen infördes i slutet av året 2015. Av denna anledning kan vissa förlopp se ut att innehålla relativt få patienter som kommit till behandlingsstart eller avslutat vårdförlopp. Vi har av denna anledning även angett antal patienter som passerat ”välgrundad misstanke”. Överföringen av data till Signe, den nationella databasen för väntetider, har skett manuellt hittills. Förhoppningsvis kan denna överföring av data ske maskinellt med start under mars månad 2016.

Måluppfyllelse: I handlingsplanen har vi medvetet valt att ange nuvarande status och uppfyllande av strukturmål i vårdförloppen. I den regiongemensamma inledningen som bifogas finns flera andra strukturella insatser ytterligare beskrivna. Det är allt för tidigt för att lämna uppgifter om resultatmål på exempelvis ledtider i detta skede.

Huvud- och halscancer: Vårdkedjan som var etablerad redan under 2015 har fortsatt utvecklats sedan november. Bland annat har rollfördelningen mellan sjukhusen i norra regionen förändrats. De kontroller som görs i anslutning till avslutad behandling utfördes tidigare vid Norrlands universitetssjukhus (Nus). Åtgärderna som består av CT (utförs sedan tidigare på hemort), ultraljud med finnålspunktion och skopi i narkos utförs numera i normalfallet på hemortssjukhuset. Därmed avlastas Norrlands universitetssjukhus för att kunna prioritera avancerad diagnostik och behandling av patienterna. Rutinförändringar vid centraloperation och patologi vid Nus har inneburit snabbare svarstider för prover.

Obokade tider för PET-CT är skapade sedan tidigare inom Bild- och funktionsmedicin (BFM). Tiderna har utökats med ytterligare ett tillfälle per vecka för ultraljud med finnålspunktion.

Roller som kontaktsjuksköterska och koordinator är etablerade.

Multidisciplinär konferens, MDK, finns och uppfyller fastlagda krav på struktur. Hela regionen deltar.

Akut myeloisk leukemi: Vårdkedjan och flödet är etablerat och fungerande sedan tidigare. Kontaktsjuksköterskor och koordinatorfunktion finns sedan tidigare.

Matstrupe- magsäckscancer: Processen utvecklades under 2015 och fick sin nuvarande funktion från september. Efter den förra rapporten har patientflödet ökat successivt och är idag väl fungerande i länet och inom den norra regionen.

Tillgång till obokade tider inom BFM tillgodoses i länet.

Kontaktsjuksköterskor finns etablerade i flödet.

Koordinator som stöd för patientadministrativa uppgifter finns på vissa håll i flödet.

Multidisciplinär konferens, MDK, finns och uppfyller fastlagda krav på struktur.

Urinblåsa-urinvägscancer: Vårdkedjan är etablerad och utvecklas löpande. Formerna för tillgång till obokade tider inom BFM har utvecklats och införts i dialog mellan inblandade verksamheter.

Koordinator och kontaktsjuksköterskor finns på urologen och onkologen.

Multidisciplinär konferens, MDK, finns och uppfyller fastlagda krav på struktur.

Prostatacancer: Vårdkedjan för prostatacancer är etablerad och utvecklas löpande. Vårdkedjan ska uppdateras med remissmallar för primärvård samt tydligare överenskommelse om hantering av patienter i SVF och förhöjt PSA. På urologmottagningen är arbetet klart vad gäller remisshantering och med tillgång till obokade tider inom BFM.

Kontaktsjuksköterskor finns och funktionen som koordinator inom urologi på Nus är under tillsättning.

- b) *Om uppföljning i de patientadministrativa systemen och rapportering till SKL:s nationella databas, koordinatorsfunktion eller obokade tider inte är på plats för samtliga SVF, vilka åtgärder kommer landstinget att vidta för att färdigställa detta?*

Kodning av insatser på patienter för de nämnda förloppen sker, punkt 1.1 a).

Kravet på obokade tider inom BFM kan tillgodoses.

Koordinatorfunktioner finns inom alla förlopp även om lösningarna kan se olika ut på enheterna. Koordinatorer ses som viktiga aktörer i SVF-arbetet och rollerna kommer att vara föremål för fortsatt utveckling. Ett enhetligt uppdrag för koordinatörer har upprättats gemensamt med RCC Norr och övriga norrlandsting/regioner och tillämpas om än i olika omfattning i verksamheterna.

1.2 Erfarenheter av 2015 års arbete

Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015 lett till förändringar i upplägget inför 2016 och i så fall på vilket sätt?

Kommunikation i verksamheterna inom området SVF har visat sig vara komplex. Linjeorganisationen och cheferna har tillsammans med processledare och andra nyckelbefattningar i förloppen varit kommunikatörer och informationsbärare. Kommunikation i linjen kommer även fortsatt att vara i fokus. Inom främst primärvården har förankring och involvering i processerna dock hittills upplevts vara låg och svårigheter har funnits med att nå fram. Målgrupper och kommunikationskanaler för kommunikationsinsatser har utvecklats under året. Nya arbetsgrupper har tillsatts eller kommer att tillsättas under året och forum för förankring har identifierats för att skapa större engagemang och delaktighet samt säkerställa

att kommunikation når ut till verksamheterna. Målet är att detta också ska leda till att stödmaterial för implementering, förankring och praktiskt arbete i processerna i större grad utvecklas utifrån behov.

Allt eftersom fler SVF tas i drift kommer sättet att organisera flödet i arbetet på speciellt utsatta kliniker att omprövas. Exempelvis kan det tillkomma fler koordinatörer för att hålla kontroll på remissflöden och patienter.

Har landstinget erfarenheter som ni vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke i något av SVF?

Synpunkter på vissa alarmsymptom som skall utgöra kriterier för misstanke inom huvud- och halscancer har diskuterats inom Öron-näsa-hals och dessa har nu även beaktats i den nationella översynen av förloppet till 2016.

1.3 Antal avslutade patienter

Hur många patienter har genomgått och avslutat (påbörjat behandling eller avslutat av annan anledning) de SVF som implementerades 2015 fram till och med den 31 januari 2016? Redovisa antal uppdelat på kön.

Tabellen nedan redovisar volym under perioden augusti-2015-14 mars 2016

Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke, VGM och avslut av SVF, t.ex. genom start av behandling.

Vårdförlopp i antal, VGM och behandling inledd/avslutade	Män	Kvinnor	VGM men ej avslutade/behandling inledd
AML	3	1	
Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna	1	3	38
Huvud- och halscancer	17	15	15
Matstrups- och magsäckscancer	21	5	7
Prostatacancer	5		29

1.4 Överföring av information

Hur har landstinget löst frågor gällande överföring av information om uppföljningsdata när flera landsting har ansvar för olika delar i ett enskilt SVF?

a) *Hur har landstinget arbetat med frågan hittills?*

Enligt etablerad praxis i norra regionen sker alla överföringar av data och medicinska underlag (journal, remiss eller liknande) med fax eller digitalt samt även kopplat med en personlig kontakt mellan avlämnande och mottagande verksamhet och dess koordinatörer. På så sätt säkras att ingen tid går förlorad i överföringen av en patient mellan län, vårdnivåer och enheter.

Arbetsrutinerna för överföring och uppföljning av data har ingått i utbildningen och informationen vid de arbetsplatsbesök som skett på sjukhusklinikerna på Nus sedan arbetet inleddes. System-Cross (NCS) används som datajournalssystem i Västerbotten. Den aktuella versionen kommer att anpassas till arbetet med SVF inom kort, dock inom ramen för vad som är möjligt i nuvarande version. Märkning av remisser med SVF är också på väg att anpassas. Framtida version av datajournalssystem kommer att vara modernare i dessa avseenden och mera anpassat för aktuella vårdflöden och remissstruktur.

- b) *Vilka vidare åtgärder tänker ni vidta för att informationsöverföringen ska fungera under 2016?*

Detta arbete upplevs som centralt för VLL och i alla processer, en hel del återstår att göra. Utvecklingen i andra landsting med liknande journalssystem (NCS Cross) följs på detta område. Vår version av datajournalen beräknas vara anpassad för märkning av journal och remisser med SVF senast under mars 2016.

2. Plan för införande av de 13 nya vårdförloppen under 2016

13 SVF är fastställda för införande 2016. Efter att SVF för malignt melanom nyligen har fastställts. Dessa 13 SVF ska vara införda senast den 1 november 2016.

2.1. Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för året ut? Ange följande:

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

Varierar beroende på tidpunkt för start av respektive SVF. De flesta förlopp startar mellan april och juni, dock senast september 2016 för alla diagnoser. Lösningen med koordinatörer införs på olika sätt beroende på förutsättningar och volymer i verksamheterna.

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

Obokade tider inom BFM driftsätts per SVF allteftersom de startar, dock senast under september månad. Obokade tider på mottagningar ingår i konceptet för förloppen och införs i och med uppstart av processerna.

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

Officiell startpunkt för förloppen är maj 2016, även om något förlopp startar redan i april. Någon enstaka SVF inleds från september.

2.2 Stöd till utvecklingsarbete

Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med

a) införandet av välgrundad misstanke i primärvården?

Det centrala i såväl primär- som sjukhusvård är tillgången till lättillgänglig och tydlig information om vem som gör vad och när vid olika symtom. Inkluderat vem man vänder sig till vid frågor och remitterar patienterna till. Information om detta har gått ut till verksamheterna på olika sätt och finns tillgänglig i olika former. Den vårdgivare i primärvården (oavsett kategori) som möter patienterna ska ha bra baskunskaper, veta vad som görs i handläggning av de olika fallen och var ytterligare stöd för handläggning finns. Som stöd i detta arbete finns bland annat information på intranät samt vårdpraxis (VLL:s stöd för ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistvård) En app till mobiltelefon som utvecklats av RCC i samverkan innehåller värdefull information på ett tillgängligt sätt för all vårdpersonal.

All personal ska känna till principerna för handläggning av patienter med misstanke om cancer:

- Varningssignaler för misstanke om cancer.
- Omedelbar remiss i vårdkedjan, åtgärder enligt plan.
- Välinformerad och delaktig patient.
- Tydlig överlämning mellan aktörer i vårdkedjan.

Patientadministrativ logistik och funktionen i datajournalen NCS cross behöver förbättras så att verksamheterna får ett bra systemstöd i sitt arbete. Utvecklingsarbete inom detta område pågår och beräknas vara klart under den närmaste månaden. Under tiden märker verksamheten remisserna med klartext SVF och andra obligatoriska uppgifter så att mottagande klinik kan ta vid och inleda åtgärder på adekvat sätt.

b) införandet av välgrundad misstanke i den specialiserade vården?

Se svar ovan, punkt 2.2 a).

c) införande av koordinatorfunktion?

Koordinatorfunktionen anses som fundamental för att säkra patienterna i vårdförloppen och överföringar i vården. RCC Norr har utvecklat en gemensam uppdragsbeskrivning till funktionen som skall användas som grund.

Koordinatorfunktioner kan lösas på olika sätt i verksamheten. I vissa fall kan befattningarna vara separerade på kontaktsjuksköterskor eller koordinatörer eller ingå i en gemensam funktion. Avgörande för organisationen av stödfunktionerna är volym, tumörform och lokala förutsättningar.

Delar av statsbidraget 2015 har tilldelats verksamheter för att stödja och medverka till inrättande av koordinatörer och kontaktsjuksköterskor i verksamheten.

d) *Obokade tider?*

Rutinerna avseende obokade tider inom BFM kommer att hanteras såväl övergripande i verksamheten som i respektive process. Komplexiteten med de obokade tiderna i relation till andra delar av respektive SVF varierar vilket ställer krav på väl utvecklade kommunikationsvägar och organisation. En övergripande informations-/kompetensfunktion kommer att tillskapas på BFM för att säkerställa att så sker.

Delar av statsbidraget 2015 har avsatts till BFM som resursförstärkningar för att undanröja flaskhalsar samt stödja och medverka till uppfyllande av krav på obokade tider, så kommer att ske även 2016.

2.3 Utmaningar och konsekvenser

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

Utmaning	Planerad åtgärd
Undanträngningseffekter inom BFM.	Över tid ej fler patienter än tidigare. Det finns risk för ökade väntetider till enstaka undersökningsmetoder under införandetiden, Väntetider följs löpande för såväl SVF som andra diagnoser under införandetiden och punktinsatser görs för att förhindra att så sker.
Undanträngningseffekter inom patologi/cytologi.	Ej fler patienter än tidigare. Väntetider till färdig analys följs löpande för SVF diagnoser och andra diagnoser under införandetiden.
Etablering av ett kliniskt molekylärpatologiskt lab (KMPL) med resurser för att kunna sätta upp och tillhandahålla de nya analyser som bland annat påtalas vid SVF primära maligna hjärntumörer samt äggstockscancer.	Etablering pågår
Inom patologi krävs stöd för att kunna följa provflödet internt och arbeta med de identifierade stoppklossarna på laboratoriet.	Clic-view är under införande och möjliggör att se provflödet

<p>Patientsäkerhetsbrister i handläggning och överlämningar inom vårdkedjan.</p>	<p>Avvikelserutiner där avvikelser för SVF flödet kan analyseras separat och åtgärder kan vidtas. Kan på så sätt följa om processerna fungerar och om de tillämpas på rätt sätt.</p>
<p>Undanträngningseffekter inom operationsverksamhet i länet</p>	<p>Löpande följa väntetider till åtgärd i etablerat system för tillgänglighetsbevakning.</p> <p>Ytterligare arbetsfördelning i länet inom operationsverksamhet pågår</p>
<p>Den modell för resursfördelning inom primärvården som tillämpas i Västerbotten understödjer inte/kan direkt motverka införande av en processororienterad vårdmetod såsom SVF. Kan påverka utvecklingen negativt i de fall då primärvården remitterar till undersökningar som tidigare gjordes från specialistsjukvården.</p> <p>Det kan innebära en minskad benägenhet hos primärvården att beställa kostnadskrävande undersökningar i tidigt skede. En insats som minskar ledtid men ökar primärvårdens kostnader.</p>	<p>Dialog med landstingets ledning om att fenomenet kan inträffa och hur frågan hanteras.</p> <p>Ekonomiavdelningen och beställarenheten inom primärvården skissar på tänkbara åtgärder för att motverka negativa effekter för SVF förloppens patienter. Åtgärder på kort och lång sikt.</p> <p>Omvärldsorientering, hur har andra landsting/regioner hanterat detta?</p>

Bedömer landstinget att eventuella undanträngningseffekter kan komma att uppstå under 2016 som en följd av införandet av SVF? Beskriv i så fall vilka och hur de kommer att följas och åtgärdas.

Se svar i avsnittet ovan

3. Information och förankring

3.1 Patienter

Hur har landstinget involverat patientföreträdare i arbetet med handlingsplanen?

Representanter från vissa patientföreningar har lämnat synpunkter på och varit delaktiga i utveckling av handlingsplanen. Det har glädjande nog varit ett stort intresse från patientföreningarna att delta i kommande utvecklingsarbete och även att lämna synpunkter till handlingsplanen.

Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter i arbetet med SVF?

Ett patientråd i Västerbotten är under bildande med uppgift att bidra med värdefulla synpunkter till utveckling av cancervården ur patienternas/anhörigas perspektiv. Företrädare för ett stort antal patientorganisationer är kontaktade och erbjudna att delta i arbetet framöver. På kort tid har redan ett flertal representanter visat intresse att delta i kommande samarbete. Representant från patientrådet planeras även att ingå i LCC i Västerbotten.

Representanter från patientföreningar ingår i de regionala processgrupperna och är delaktiga i planering och etablering av processerna.

Regionalt, vilka patientrepresentanter är inblandade i RCC möten?

Se svar som anges i den regiongemensamma inledningen från RCC Norr.

3.2 Privata vårdgivare

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

Se nedanstående avsnitt. Primärvården i Västerbotten hanteras likvärdigt oavsett vem som är utförare. Kommunikationskanaler och förutsättningar för att uppnå delaktighet och involvering är likvärdigt i länet.

3.3 Primärvård

Hur säkerställer landstinget att primärvårdens medarbetare har kännedom om SVF?

Kommunikationsplan med aktiviteter finns framtagen för implementering av SVF i landstinget. Ett särskilt fokus på primärvården pekas där ut. Verksamhetschefer uppdateras löpande. Principen är att kommunikation i huvudsak ska ske i linjen och stöd för detta ska utarbetas. Kommunikationen utarbetas utifrån verkliga behov och syftar till att öka kännedom, engagemang, deltagande och effektiv implementering av SVF.

Processledare i primärvården kommer att utses. En arbetsgrupp håller på att tillsättas med primärvårdsrepresentanter (processledare) för att svara för förankring och involvering i primärvården gällande vårdförloppen. Kommunikationsstrategi ingår i arbetsgruppen för att bevaka behov och skapa förutsättningar för effektiv kommunikation. Processledarnas uppgift är att delta i utvecklingen av vårdförloppens rutiner och arbetsformer tillsammans med respektive vårdförlopps processledare. Förankring av rutinerna inom primärvården planeras bland annat ske i olika forum för allmänläkare och MLA.

4. Uppföljning

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

Uppföljning av mätpunkterna görs via uttag från landstingets datalager. Rapporter kan genereras från datalagrets information. Utformning av dessa rapporter kommer att ses över. Processledaren ansvarar för att analysera resultat och genomföra/initiera åtgärder. I framtiden är ambitionen att även koppla ledtidsmått med data från exempelvis Patologlab och BFM. Andra ledtider än de nationellt följda kommer därmed att komma ifråga.

5. Arbete med PREM-enkäten

5.1 Användande av PREM-enkät

För att få ta del av medlen ska den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC och som bygger på arbetet med nationell patientenkät (NPE) användas under 2016. Kravet gäller för de fem SVF som har implementerats 2015 men önskvärt är att även de som införs 2016 utvärderas med enkäten. Resultaten ska kunna användas såväl nationellt som regionalt och lokalt. Enkäten planeras vara klar för utskick under maj 2016. Då kommer också rekommendationer om täthet av utskick, antal patienter/SVF (alla respektive andel av SVF-utredda) m.m.

Hur avser landstinget arbeta med den PREM-enkät som tagits fram och ska införas under 2016?

Västerbottens läns landsting (VLL) kommer att delta i mätningen när den inleds under 2016 enligt de nationella rekommendationerna. VLL har haft en representant med i arbetet att utveckla PREM-enkäten och även levererat patientmaterial från norra regionen till validering av denna.

När enkäten och modellen för genomförandet är i produktion, sker beställning och avrop till leverantören enligt nationellt ramavtal för Nationell patientenkät. Därefter sker överföringar av patientuppgifter inför enkätutskick i enlighet med rutinerna inom Nationell patientenkät. Enkätundersökningen kommer att handla om totalundersökningar.

5.2 Användning av resultat

Hur kommer resultaten från PREM-enkäten att användas?

Utdata från enkäten kommer att levereras till inblandade parter och där utgöra värdefullt underlag till förbättringsarbeten i vårdkedjorna och på enheterna. Förbättringsinsatserna kommer även att följas över länsgränser inom den norra regionen. Eftersom enkäten är den första i sitt slag där utdata ska spegla gemensamma vårdinsatser över klinik och länsgränser innebär modellen för analys av utfallet och återföring av resultat särskilda utmaningar. VLL hoppas på ett stort engagemang från patienterna och en hög svarsfrekvens.

Efter de inledande mätningarna finns planer på att informera patienterna om vilka förbättringar som gjorts i verksamheten med ledning av utfallet i tidigare undersökningar. Detta ses som ett sätt att motivera patienterna till att besvara enkäterna i framtiden.

Om möjligt kommer resultat och eventuella planerade åtgärder även att presenteras internt till landstingets övriga verksamheter samt externt till medborgare/patienter och media för att synliggöra och skapa intresse för SVF. Det patientråd som är under bildande kommer även att kunna lämna synpunkter på utfallet av enkätundersökningen.

Den kommande mätningen med PREM-enkät kan se som en baslinjemätning. Denna kan med fördel kompletteras med andra former av undersökningar i patientflödet. Det finns andra lämpliga former för att efterfråga patienternas upplevelser i vården som kan ge en fördjupad bild över situationen och även skapa mått på effekt under förändringsarbetet.

Eftersom vissa kvalitetsregister inom processerna även innehåller PREM-enkäter kan man inte exakt se hur och i vilken mån dessa enkäter kan komplettera eller obstruera varandra. Om båda formerna av enkät genomförs som totalundersökningar kan det över tid innebära dubbla enkäter till patienter vilket i sin tur kan medföra enkättrötthet och lägre svarsbenägenhet hos patienterna.

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

”De fem vårdförlopp som infördes under 2015”:

- Akut myeloisk leukemi, AML
- Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna
- Huvud- och halscancer
- Matstrups- och magsäckscancer
- Prostatacancer

”De 13 nya vårdförloppen”:

- Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
- Bröstcancer
- Cancer i bukspottkörteln och periampullärt
- Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång
- Cancer utan känd primärtumör, CUP
- Lungcancer
- Maligna lymfom
- Malignt melanom (fastställs våren 2016)
- Myelom
- Primär levercancer
- Primära maligna hjärntumörer
- Tjock- och ändtarmscancer
- Äggstockscancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på <http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>