

HANDLINGSPLAN

standardiserade vårdförlopp 2017

Västerbottens läns landsting

Datum: 15 mars 2017

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

1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2016

1.1 Nuläge för införda vårdförlopp

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

Vårdförlopp	a) Nuläget och planerat fortsatt arbete
AML	Fungerande flöde med etablerat arbetssätt.
Urinblåse- och urin- vägscancer	Rutinerna vid remittering är förbättrade, fortsatt dialog med primärvården. BFM (Bild- och funktionsmedicin) uppfyller ledtider, Patologi: kompetensförsörjningsproblematik föranleder att patolog ej deltar i MDK (multidisciplinär konferens). Rekrytering har genomförts och förhoppningsvis kan deltagande i MDK införas.
Huvud- och halscancer	Utmaningar gällande vårdplatser och operationstider kvarstår. BFM uppfyller ledtider. Tumörteamet på Nus (Norrlands universitetssjukhus) har förstärkts. Fr.o.m. januari 2017 viss minskning av resurs för ÖNH-läkare. Patologi: specialutbildade BMA (biomedicinska analytiker) har börjat hantera hårda preparat vilket föranleder högre kvalitet och kortare ledtider.
Matstrups- och magsäckscancer	Fungerande flöde med etablerat arbetssätt. Utmaningar gällande vårdplatser och operationstider kvarstår. BFM uppfyller ledtider.
Prostatacancer	Komplicerat flöde som har förenklats och är nu till största del ett fungerande flöde. Prostatadispensären på Nus ses över med tanke på det stora antalet patienter som följs. BFM uppfyller ledtider. Patologi: kompetensförsörjningsproblematik föranleder att patolog ej deltar i MDK. Rekrytering har genomförts och förhoppningsvis kan deltagande i MDK införas.
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer AOS Okänd primärtumör (CUP)	Vårdkedjan för AOS och CUP är etablerad sedan september 2016 och patienter från hela länet utreds vid Diagnostiskt centrum, Medicin- och rehabiliteringskliniken, Lycksele lasarett. Huvuddelen av patienterna remitteras från primärvården och endast enstaka från sjukhusvården. Flöden fungerar mycket bra med obokade tider både för besök och på BFM, 1-2 patienter utreds per vecka. Koordinatorsfunktion och kontaktsjuksköterskefunktion har etablerats. Vid cancerdiagnos vid AOS har överremittering till annat SVF fungerat väl. BFM uppfyller ledtider.
Bröstcancer	Vid elektiv kirurgi finns viss resursbrist. Kontaktsjuksköterskor och

	<p>koordinator finns på aktuella enheter i länet. Etablerat och välfungerande flöde sedan lång tid. BFM uppfyller ledtider.</p>
Bukspottkörtelcancer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på aktuella enheter, väl fungerande samarbete i vårdkedjan. BFM uppfyller ledtider. Utmaningar gällande vårdplatser och operationstider kvarstår.</p>
Gallblåsecancer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på aktuella enheter, väl fungerande samarbete i vårdkedjan. BFM uppfyller ledtider. Utmaningar gällande vårdplatser och operationstider kvarstår.</p>
Hjärntumörer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på Cancercentrum. Påbörjat samarbete med Neurocentrum, där man även har infört koordinator. BFM uppfyller ledtider. Patologi: generell kompetensförsörjningsproblematik inom ämnesområdet. Utveckling av KMPL pågår (etablering av klinisk molekylärpatologi).</p>
Hudmelanom	<p>Kontaktsjuksköterska och koordinator finns vid Cancercentrum, samordnas med funktioner för huvud- och halscancer. Bra flöden och samarbete med Hud- och STD kliniken respektive Kirurgcentrum. BFM uppfyller ledtider. Processledare, kontaktsjuksköterska och koordinator finns vid Hud- och STD kliniken. Patologi: utveckling av KMPL pågår.</p>
Levercancer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på aktuella enheter. Samma som gallblåse- och bukspottkörtelflöden, hanterar även tjock- och ändtarmscancer. Väl fungerande flöde. BFM uppfyller ledtider. Utmaningar gällande vårdplatser och operationstider kvarstår.</p>
Lungcancer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på Cancercentrum och Lungsektionen. Samordnat med funktioner hjärntumörer. Väl etablerat samarbete med verksamheterna i flödet. BFM uppfyller ledtider. Patologi: utveckling av KMPL pågår.</p>
Lymfom	<p>Kontaktsjuksköterskor med koordinatorfunktion finns på Cancercentrum, hematologen. Väl fungerande flöde. BFM uppfyller ledtider.</p>
Myelom	<p>Kontaktsjuksköterskor med koordinatorfunktion finns på Cancercentrum, hematologen. Väl fungerande flöde. BFM uppfyller ledtider.</p>
Tjock- och ändtarmscancer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på aktuella enheter. Väl fungerande flöde. BFM uppfyller ledtider. Processen välfungerande logistiskt men coloskopiköer ökar återigen p.g.a. den stora ”tratten”. Patologi: utveckling av KMPL pågår.</p>
Äggstockscancer	<p>Kontaktsjuksköterskor och koordinator finns på Cancercentrum. Väl fungerande flöde och gott samarbete inom Centrum för obstetrik och gynekologi i länet och inom den norra regionen. BFM uppfyller ledtider</p>

	<p>Centrum för obstetrik och gynekologi i Vb: Identifierar fortlöpande ”flaskhalsar” och samarbeten, har regelbundna regionala videomöten där verksamheten diskuteras och utvecklas. Patologen kommer att infogas i förloppet.</p> <p>Patologi: utveckling av KMPL pågår.</p>
--	---

Basenhet/ Verksamhet	a) Nuläget och planerat fortsatt arbete
Cancercentrum	<p>Pågående arbete för standardiserade arbetsformer och dokument för MDK-arbete. Ökat antal MDK via video till regionen.</p> <p>Omgång två av uppdragsutbildning för kontaktsjuksköterskor pågår och fem personer har deltagit i koordinatorsutbildningen.</p> <p>Ett av fyra center som är ansvariga för radiokemoterapi vid analcancer.</p> <p>Fortsatt arbete med nivåstrukturering utifrån aktuella tumörgrupper.</p>
Kirurgcentrum Västerbotten	<p>Väl fungerande processledare.</p> <p>Utmaningar gällande vårdplatser och op-tider kvarstår. Stöd från bl.a. Hjärtcentrum och Cancercentrum, Nus vad gäller vårdplatser.</p> <p>Samtliga befattningar för kontaktsjuksköterskor tillsatta men en av koordinatorsbefattningarna är vakant för tillfället.</p> <p>Urologi har generellt svårast med att klara ledtider p.g.a. brist på specialistläkare.</p> <p>Har sedan årsskiftet 16/17 bildat länsklirik tillsammans med länets övriga kirurgkliniker.</p>
Centrum för obstetrik och gynekologi i Västerbotten	<p>Koordinatorarbete utförs av kontaktsjuksköterska och medicinsk sekreterare i samarbete. Planerar att dedikera ytterligare personalresurs för detta, eventuellt i nära samarbete med Cancercentrum. Arbetar för att frigöra operationsresurser på Nus med hjälp av utlokalisering av benign kirurgi till andra sjukhus i länet. Kvinnokliniken vid Nus bildade vid årsskiftet 16/17 länsklirik med länets övriga kvinnokliniker.</p>
BFM (Bild- och funktionsmedicin)	<p>MDK (Multidisciplinära konferenser) ingår i regional översyn. På uppdrag av NRF (Norrlandstingens regionförbund) och i samarbete med RCC Norr genomför BFM och regionala processledare inom SVF en inventering av sina respektive MDK. Syfte är att ge underlag till förbättringar.</p>
Patologi/Cytologi	<p>Merparten av införda och kommande SVF involverar morfologisk diagnostik som en viktig komponent. Professionen har en nationellt välkänd kompetensförsörjningsproblematik av främst patologer men även BMA. Antalet prover ökar generellt men främst krävs idag en mer omfattande diagnostisk process på varje prov. Tilläggstekniker som immunhistokemi, flödescytometri samt molekylärpatologiska analyser utvecklas kontinuerligt och är en naturlig del av diagnostiken.</p> <p>Beträffande fortsatt arbete och införande av SVF förs dialoger med kliniker och processledare. En viktig del är att beakta risker för undanträngningseffekter samt att kommunicera med inremittenter.</p> <p>Patologin har bjudit in SVF-processledare för en strukturerad dialog under våren 2017. Vid dessa dialoger kommer att avhandlas hur man kan konkretisera gemensam målbild samt att prioritera prover inom enskilt SVF för att skapa bästa patientnytta.</p> <p>Utveckling av KMPL pågår, vilket påverkar ett antal olika SVF.</p>

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

Rutinerna för SVF-kodning är etablerade och stabila i verksamheten. Kodning av aktiviteter sker i journalsystemet NCS Cross och data fångas i landstingets datalager. Vissa koder hämtas direkt från journal till datalager och behöver inte registreras manuellt.

Kvalitetsgranskningen av kodning sker lokalt av ansvariga i processerna samt centralt inom organisationen av landstingets väntetidssamordnare innan data registreras i nationella väntetidsdatabasen på SKL. Automatiserad överföring av datafiler kommer att starta i april 2017. Valideringsinstrument finns inbyggt i den databas som hanterar SVF-data för kontroll både tillbaka till registreringsansvarig i process samt när data överförs till SKL.

Divermodeller för visualisering av flödet och kontroll av ledtider, obligatoriska och frivilliga, är under uppbyggnad och kommer att ge lokala processledare möjlighet att följa ledtider mellan de olika aktiviteterna. Väntetidssamordnaren sänder regelbundet ut data för de nationellt obligatoriska ledtiderna till respektive processledare och ansvariga verksamhetschefer.

Den kvalitetskontroll som görs av rapporterade SVF-fall är viktig inte bara för Västerbotten utan även för SVF-arbetet inom den norra sjukvårdsregionen. De fall från övriga norrlandsting/regioner som inleder sin behandling på Norrlands universitetssjukhus, Nus, rapporteras från VLL och kräver en överblick regionalt.

- c) *Denna fråga ska besvaras av de landsting som vid 2016 års redovisning inte kunde redovisa att patienter hade genomgått och avslutat utredning enligt SVF för samtliga 18 SVF införda 2015 – 2016:
Finns det när denna handlingsplan lämnas in patienter som har genomgått och avslutat utredning enligt SVF för samtliga 18 SVF införda 2015 – 2016?*

Ej aktuellt för Västerbottens läns landsting

1.2 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

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

Välgrundad misstanke

Arbetsgången och rutinerna för införande av SVF och välgrundad misstanke, kan anses etablerad idag i hela vårdkedjan. Ett omfattande arbete med information, utbildning och stödinsatser av många slag till medarbetare, chefer och verksamheter inom primärvården och sjukhusvården utgör grunden till detta. Den upprättade kommunikationsplanen följs och har fått uppdateras ett flertal gånger då nya behov har uppdagats. Se även punkterna 2.2 och 3.3.

Koordinatorfunktion

Koordinatorer har införts i många verksamheter på sjukhusen i länet, de ses som centrala i sina roller som patientadministrativa stödfunktioner i patientflödet. Alla koordinatorsfunktioner har skriftliga uppdrag där rollen med arbetsuppgifter och förutsättningar för arbetet anges. Koordinatorerna är verksamma i olika roller för ett eller flera förlopp, men alltid som delar av team med bl.a. läkare och kontaktsjuksköterskor. Koordinatorfunktionerna måste ständigt utvecklas i takt med att verksamheten förändras och fler förlopp startas upp. Koordinatorfunktioner i flöden med få patienter är som regel svåra att få till, möjligen blir detta lättare när fler och nya SVF införs. Behov av utbildning och stöd för koordinatorsfunktionerna måste tillgodoses. Den utbildning och introduktion som genomfördes under hösten 2016 är en inledning på detta. Nätverksträffar med alla SVF-koordinatorsfunktioner i länet har inletts och genom dessa kan rutinfrågor och behov av stöd och kompetensutveckling identifieras. Back-up-funktioner behövs för att täcka upp vid frånvaro. SVF stannar aldrig upp och resurser krävs därför året runt. Teknikstöd för visualisering av patienterna i flödet är på väg att utvecklas inom landstinget. Detta är ett nödvändigt stöd till koordinatorsfunktioner och andra nyckelfunktioner för att de ska kunna göra sitt jobb och bevaka så att patienter inte ska hamna mellan stolar i flödet.

Obokade tider

System för obokade tider på mottagningar och inom BFM är etablerade. De olika verksamheterna är medvetna om att systemet behövs för att hålla uppsatta ledtider i vårdkedjan. System och rutiner för detta är viktiga åtgärder vid uppstart av SVF. Rutinerna för att på detta sätt uppfylla värdeskapande tider i vårdkedjan kan variera mellan verksamheterna, men generellt sett har detta kunnat införas även om antalet tillgängliga tider inte alltid varit tillräckliga.

BFM: Det upplevs vara stor variation mellan förloppen vad gäller bredd på inklusionskriterier. Även varierande arbetssätt i de olika processgrupperna vad gäller att inkludera BFM. Den aktuella modellen för förbokade tider har varit framgångsrik och man kan i de flesta fall uppfylla definierade ledtider. Det noteras en ökad arbetsbelastning gällande MDK och även en förskjutning av arbetsuppgifter från regionens övriga sjukhus till Nus.

System för obokade tider kan även tillämpas vid operationer. Inom någon av verksamheterna har man rutin att reservera operationstid så snart man vet att en potentiell patient handläggs. Om beslutet blir att avstå operation används det operationsutrymmet till andra patienter. Det kan dock fortsatt vara svårt att inom tidsramen för SVF planera omfattande kirurgiska ingrepp där resurser från många kliniker måste samordnas.

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

Metoden för uppstart av och implementering av nya vårdförlopp utvecklades inför arbetet 2016 och har sedan dess visat sig fungera relativt bra. Några ytterligare förändringar av etableringen för SVF 2017 är inte aktuella i dagsläget. Principen att ”alla ska vara med” när man planerar rutiner i flödet är fortfarande en viktig beståndsdel och en framgångsfaktor.

Erfarenheterna av SVF införandet i de verksamheter som tidigare har infört SVF är en

tillgång när nya förlopp startas upp. Förutom att man ofta känner till principerna och rutinerna har man som regel de flesta funktioner på plats redan från början. En framgångsfaktor är samverkan mellan och delaktighet hos alla verksamheter i vårdkedjan när man etablerar och kommer överens om arbetssätt och rutiner i flödet.

BFM: Eftersom allt fler MDK kommit till och allt fler patienter diskuteras på MDK måste BFM prioritera och sälla bland de ronder där radiologer deltar. Det görs även ett regionalt översynsarbete av MDK där både kvalitet och resurser genomlyses.

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

Inget aktuellt.

1.3 Antal patienter som genomgått respektive SVF

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

* Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF, genom start av behandling eller annat avslut.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Vårdförlopp per 2016-12-31	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget		TOTALT
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
AML	10	7	0	1	4	4	26
Urinblåse- och urinvägscancer	189	153	0	0	0	0	342
Huvud- och halscancer	37	15	0	0	39	26	117
Matstrups- och magsäckscancer	19	10	0	0	34	16	79
Prostatacancer	123	0	4	0	0	0	127
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer	8	2	0	0	0	0	10
Bröstcancer	5	319	0	0	0	0	324
Bukspottkörtelcancer	7	9	1	0	8	5	30
Gallblåsecancer	1	2	0	0	1	1	5
Hjärntumörer	2	1	0	0	5	3	11
Hudmelanom	17	12	0	0	0	0	29
Levercancer	2	1	0	0	4	3	10
Lungcancer	23	29	0	0	4	13	69
Lymfom	10	12	0	0	0	0	22
Myelom	6	5	0	0	0	0	11
Okänd primärtumör (CUP)	2	2	0	0	0	0	4
Tjock- och ändtarmscancer	149	184	0	0	0	0	333
Äggstockscancer	0	19	0	0	0	6	25
TOTALT	610	782	5	1	99	77	1 574

1.4 Överföring av information

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

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

Den nationella rutinen är kommunicerad och införd i verksamheten. VLL är ofta mottagare av patienter från andra landsting/regioner i norra sjukvårdsregionen för vidare utredning och behandling och ansvarar därmed för rapportering av startade behandlingar. Saknas uppgift om välgrundad misstanke på remiss måste personlig kontakt tas med kollegor vid inremitterande sjukhus för att kunna komplettera dessa. Detta förorsakar merarbete hos kollegorna på Nus.

Frågan lyfts med jämna mellanrum via RCC till ansvariga projektledare vid övriga landsting/regioner i norra sjukvårdsregionen. Här har vikten av kontrollfunktioner visat sig vara speciellt värdefullt. VLL remitterar ett fåtal patienter från Västerbotten till annat landsting/region.

I något fall har det även påpekats brister i regional överrapportering och formerna för överlämning i vårdkedjan.

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

Inom landstinget är man informerade om att det bedrivs nationell utveckling inom RCC av ett datastöd för länsövergripande remittering vilket verkligen skulle uppskattas. Det görs inga egna aktiviteter för detta inom Västerbotten men ser en sådan utveckling som tämligen värdefull. Det skulle kunna minska riskerna för oklarheter och fördröjning i vårdkedjan och skapa förbättringar för både patienter och medarbetare.

Avvikelse: Rutinerna för avvikelser inom VLL har utvecklats till att nu även rapporteras inom SVF. Koordinatorer och andra nyckelfunktioner i det lokala och regionala patientflödet identifierar när handläggningen eller rutinerna i vården inte fungerat eller skett på bästa sätt.

I de fall där fördröjning eller oklarheter i vårdkedjan misstänks eller har/kunde ha inneburit fara för patienten ska man upprätta avvikelse och dessa kategoriseras med SVF. Denna rutin har införts i hela landstinget med stöd av centrala avvikelsefunktioner. Genom detta kommer man att kunna följa avvikelser i länet och även mellan länen.

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

2. Plan för införande av tio nya vårdförlopp under 2017

Tio SVF har fastställts för införande under 2017.

När ett SVF införs i cancervården utgår man från det framtagna underlaget. Landstingen ansvarar för att SVF införs. Nyckelområden för arbetet är införandet av "välgrundad misstanke" efter en nationell definition, införande av koordinatorfunktion och införandet av obokade tider hos utredande enheter.

2.1. Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för år 2017 ut? Ange följande:

- När planerar landstinget att koordinatorfunktion för de nya SVF ska vara i drift?*
- När planerar landstinget att obokade tider för de nya SVF ska vara i drift?*
- När planerar landstinget att börja inkludera patienter i respektive SVF? **2017-04-03 för alla förlopp***

Vårdförlopp	a) koordinator	b) obokade tider
Analcancer	Cancercentrum: finns i dagsläget Kirurgcentrum Vb: finns i dagsläget	Cancercentrum: erbjuder nybesök inom en vecka om det krävs
Akut lymfatisk leukemi	Cancercentrum: finns i dagsläget	Cancercentrum, hematologen: omedelbart omhändertagande
Kronisk lymfatisk leukemi	Cancercentrum: finns i dagsläget	Cancercentrum, hematologen: omedelbart omhändertagande
Livmoderhalscancer (cervixcancer)	Cancercentrum: finns i dagsläget Kvinnokliniken Vb: finns (utökad rekrytering pågår)	Cancercentrum: i drift idag Kvinnokliniken Vb: finns i dagsläget
Livmoderkroppscancer (endometrie cancer)	Cancercentrum: finns i dagsläget Kvinnokliniken Vb: finns (utökad rekrytering pågår)	Cancercentrum: i drift idag Kvinnokliniken Vb: finns i dagsläget
Njurcancer	Cancercentrum: finns i dagsläget Kirurgcentrum Vb: tillsättning pågår	Cancercentrum: i drift idag Kirurgcentrum Vb: finns i dagsläget
Peniscancer	Cancercentrum: finns i dagsläget Kirurgcentrum Vb: tillsättning pågår	Cancercentrum: i drift idag Kirurgcentrum Vb: finns i dagsläget
Skelett- och mjukdelssarkom	Cancercentrum: finns i dagsläget Ortopedkliniken: tillsättning pågår	Cancercentrum: i drift idag Ortopedkliniken, finns i dagsläget
Sköldkörtelcancer	Cancercentrum: finns i dagsläget Kirurgcentrum Vb: finns i dagsläget	Cancercentrum: i drift idag Kirurgcentrum Vb: finns i dagsläget
Testikelcancer	Cancercentrum: finns i dagsläget Kirurgcentrum Vb: tillsättning pågår	Cancercentrum: i drift idag Kirurgcentrum Vb: finns i dagsläget

2.2 Stöd till utvecklingsarbete

Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med

a) införandet av välgrundad misstanke i primärvården?

Inom landstinget finns övergripande stödresurser och rutiner för kommunikation och stöd samt samordning. Dessa insatser (som även nämns på andra ställen i handlingsplanen) kommer under 2017 att ha speciellt fokus på utökat stöd till primärvården och fler grupper av medarbetare. Se punkt 3.3.

b) införandet av välgrundad misstanke i den specialiserade vården?

Inom landstinget finns övergripande stödresurser och rutiner för kommunikation och stöd samt samordning. Aktiviteter för generell och specifik information och utbildning om SVF kommer att fortgå. I takt med att fler förlopp och verksamheter kommer in i SVF kommer nya informationsinsatser att genomföras på dessa enheter.

c) införande av koordinatorfunktion

Det finns för närvarande ca 20 koordinatörer inom Västerbottens läns landsting och inom alla SVF. Koordinatorerna hanterar ibland enstaka förlopp men är oftast inblandade inom flera SVF.

Funktionerna är viktiga i vårdkedjan och för patienterna, därför har alla likartade uppdragsbeskrivningar. En kritisk fråga gäller hur verksamheten täcker upp koordinatörerna när de är frånvarande från arbetet. Förutsättningar för hur verksamheten täcker upp funktionen vid frånvaro finns beskrivet i det skriftliga uppdraget och närmaste chef är ansvarig för att så sker.

Koordinatorerna måste ha förutsättningar att sköta och utvecklas i sina viktiga och svåra roller. Det förutsätter goda rutiner för introduktion, stöd och utbildning samt nätverk med andra kollegor. Här har landstinget en viktig roll att samordna nätverken och samla ihop och driva utbildningar lokalt, landstingsgemensamt eller gemensamt inom norra regionen och tillsammans med RCC. Se punkt 1.2 ovan.

Sättet att organisera koordinatorfunktioner kommer att utvecklas över tid beroende på införda förlopp och nya verksamheter som kommer in. Ett stöd finns idag på landstingsgemensam nivå till detta men efter projektidens slut måste detta ske i ordinarie drift. Se punkt 5.

d) obokade tider?

System för obokade tider till mottagningar och inom bild- och funktionsmedicin finns idag i samtliga förlopp. För att anpassa behoven av detta till förutsättningar krävs fungerande system för kapacitetsplanering i de olika verksamheterna. Systemet ingår i vad man måste planera för vid uppstart av respektive förlopp eller inom ny verksamhet. Beroende på det aktuella patientflödet måste kapaciteten och antalet lediga tider justeras efter behov.

2.3 Utmaningar och konsekvenser

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

Utmaning	Planerad åtgärd
BFM: Undanträngningseffekter	Det finns risk för ökade väntetider till enstaka undersökningar eftersom fler patienter behöver undersökas snabbare även om det inte handlar om några nya patienter. Väntetider följs löpande för såväl SVF som andra diagnoser under införandetiden och punktinsatser görs för att förhindra att så sker.
BFM: Resursbrist vad gäller tillgång på radiologer	Begränsa deltagande i MDK Öka deltagandet ute i regionen
BFM: Ökad efterfrågan PET/CT samt MR	Rekrytera läkare, tillskapa budgetutrymme för ytterligare sjuksköterskor Jobba med prioriteringar i hela verksamheten
Patologi/cytologi: Etablering av ett kliniskt molekylärpatologiskt lab (KMPL) med resurser för att tillhandahålla molekylärpatologiska analyser	Etablering pågår och statusrapport är under utformning
Patologi/cytologi: Det krävs stöd för att kunna följa provflödet internt och åtgärda identifierade flaskhalsar på laboratoriet.	Qlikview har införskaffats, behövs dock mera utveckling av vissa funktioner. Dialog förs.
Patologi/cytologi: Undanträngningseffekter	Satsning på att BMA sköter utskärning och makrohantering av cancerpreparat pågår. Digitalisering och deltagande i nationella nätverk och ExDin bidrar till större möjligheter att få tillgång till patologer med subspecialistkompetens.
Avvikelserutiner: Patientsäkerhetsbrister i handläggning och överlämningar inom vårdkedjan.	Landstingsgemensam rutin där avvikelser inom SVF kategoriseras och följs upp separat. Man kan på så sätt följa om processerna fungerar och om de tillämpas på rätt sätt.
Operationsverksamhet: Undanträngningseffekter och långa väntetider	Löpande följs utvecklingen inom tillgänglighet till åtgärd, samt jämförelse mellan olika diagnosgrupper. Fördjupat samarbete i länet och ytterligare samordning av operationsverksamheter genom att nya länskliniker har införts från 2017.
Operationsverksamhet: Brist på operationssjuksköterskor	Rekrytering
Resursfördelningsmodellen inom primärvården: Modellen kan komma att försvåra införande av SVF. Kan i sämsta fall innebära en minskad möjlighet för primärvården att remittera till vissa röntgenundersökningar av kostnadsskäl, även om det skulle kunna minska ledtider.	Ekonomiavdelningen och beställarenheten inom landstinget identifierar tänkbara åtgärder för att motverka negativa effekter för SVF förloppens patienter. Första steget är att identifiera remissvolymer för jämförelse. Index från 2016 finns att tillgå som jämförelse
Utveckla kedjan för cancerrehabilitering inom SVF	Utökat fokus på rehabilitering genom Min vårdplan, nya arbetssätt t.ex. gruppundervisning. Organisera och öka samverkan mellan aktörer i vårdkedjan

Utmaning	Planerad åtgärd
Informera om SVF till alla medarbetare och alla enheter inom primärvården och specialistvården	Kommunikations- och aktivitetsplan samt åtgärder enligt avsnitt 2.2 ovan och 3.3 nedan
Avsaknad av elektronisk remiss för regional remittering: Manuella och tungarbetade rutiner idag. Dålig patientsäkerhet samt flaskhals i ledtider med analoga remisser från regionen	Införande av elektroniska remisser, utredning/arbete pågår och ska presenteras för NRF (Norrlandstingens regionförbund)
Brist på slutenvårdsplatser	Rekrytering av vårdpersonal för att kunna bemanna och öppna fler vårdplatser, samverkan i länet.
Urologi: Brist på urologer och underdimensionerad mottagning	Prostatacancer är en stor verksamhet på urologmott, behöver förstärkas. Fortsatt utbildning och rekrytering av urologer
Brist på koordinators: Rekrytering och utbildning av koordinators	Rekrytering pågår. Kompetensutveckling, stöd och nätverk finns centralt
Brist på tumörgynekologer: Rekrytering och utbildning av nya gynekologiska tumörkirurger	Kirurgisk mängdträning genom att nya kollegor måste använda operationsresurser på länets samtliga sjukhus. Högspecialiserad träning sker på NUS.

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

Inga specifika effekter för SVF som införs 2017. Se tabellen ovan.

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

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

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

Patientrådet har lämnat en egen beskrivning (se nedan) där man rapporterar om sin roll och vilka frågor man medverkat i sedan starten 2016.

I arbetet med handlingsplanen har patientrådet deltagit och lämnat synpunkter på innehåll och formuleringar. Två representanter deltar vid landstingets lokala cancercentrum, LCC som är landstingets ledningsforum i projektet. I detta forum har arbetet med handlingsplanen inletts och följts löpande.

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

Den modell för landstingets möten med patientrådet som är etablerad från 2016 kommer

att fortsätta som tidigare med 3-4 möten per år. Patient- och närståenderepresentanter deltar vid uppstart av nya SVF samt dialogmöten inom införda förlopp och vid andra strategiska möten. Utfallet av PREM-enkäten och ledtider är några av de frågor som är mest aktuella under det kommande året. Patientrådet har även medverkat vid formulering av uppdrag till koordinators och kontaktsjuksköterskor.

Patientrådets egen beskrivning:

Patient- och närståenderådet består av representanter från RCC Norrs regionala patient- och närståenderåd som är bosatta i Västerbotten. Vi har haft fyra möten med start från våren 2016 där vi har diskuterat SVF, delresultaten av SVF och PREM samt vad vi som patienter och närstående önskar se mer eller mindre av. Det har varit ett gott klimat där gruppen har kunnat uttrycka sina tankar och åsikter. Vi alla har patient- och närståendeföreningar bakom oss som vi kan få feedback av och diskutera med. Att vi har patient- och närståendeföreningar bakom oss gör också att vi representanter får mycket information och kunskaper om hur patienterna upplever de SVF som införts. Vidare har några representanter deltagit på landstingets primärvårdsdagar i november 2016 där vi tillsammans med projektledningen stod vid landstingets monter och informerade om SVF. Två representanter deltar också på flerpartsmöten med landstingsledningen och processledarna en gång i månaden (LCC) där SVF diskuteras och patient- och närståenderepresentanternas uppgift är att ge sina synpunkter.

3.2 Privata vårdgivare

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

Se nedanstående avsnitt. I Västerbotten finns privata vårdgivare inom primärvården. Primärvården i Västerbotten hanteras likvärdigt oavsett vem som är utförare. Kommunikationskanaler och förutsättningar för att uppnå delaktighet och involvering är likvärdigt i länet. Verksamhetschefer från alla hälsocentraler i länet, både privata och landstingsdrivna deltar vid regelbundna möten med landstingets beställarfunktion där SVF regelbundet är på dagordningen. Läkare från privata hälsocentraler har även getts möjlighet att delta vid vidareutbildning om bl.a. SVF. Den satsning som skall ske under 2017 med ökade informations- och utbildningsinsatser till alla personalgrupper inom primärvården kommer att även omfatta privata hälsocentraler i länet. Se punkt 3.3

3.3 Primärvård

Hur säkerställer landstinget att primärvårdens medarbetare har kännedom om SVF?

Kommunikationsplan finns framtagen för implementering av SVF i Västerbotten och den innehåller speciellt fokus på primärvården och dess medarbetare. Aktivitetsplanen uppdateras årligen och ytterligare kommunikationsinsatser görs vid behov. Allmän information om SVF sker i likhet med sjukhusvården genom våra etablerade informationskanaler, landstingets intranät Linda samt diverse utbildningar och möten. Under hösten medverkade projektledningen för SVF, processledare och patientrådet på landstingets primärvårdsdagar med en monter och två workshoptillfällen. Syftet var där att etablera kontakter med främst distriktssköterskor och andra vårdprofessioner inom primärvården som inte tidigare hade fått riktad information om

detta ämne.

Verksamhetscheferna anses som huvudsakliga bärare av riktad information till sina respektive APT och medarbetare på hälsocentralen. Utbildning av primärvårdens läkare om rutiner och principer inom SVF har skett sedan 2015 och anses nu vara tämligen etablerad i verksamheten. Rutiner för identifiering av patienter med misstanke om cancer och remittering till rätt enhet i sjukhusvården är kända hos de allra flesta idag.

Landstinget har stöd av två processledare i primärvården. Deras uppdrag är att i dialog med sjukhusvården utveckla fungerande rutiner i respektive SVF. De nationella primärvårdsversionerna av SVF har utvecklats till att bli länsövergripande kortversioner inom Västerbotten och riktas till alla inremittenter. Processledarnas uppgift, att informera om och förankra rutinerna inom primärvården i länet görs genom olika kanaler och forum till kollegor, allmänläkare och medicinskt ledningsansvariga, MLA. Processledarna deltar vid utbildningstillfällen tillsammans med projektledningen och vid dialogmöten inom olika SVF.

Information och kommunikation till alla enheter och medarbetare innebär ofta utmaningar och måste pågå ständigt. Det uppdragas regelbundet verksamheter och medarbetare som inte fått information om SVF eller fått vara delaktiga i hur verksamhetens rutiner ska formis. Det är främst informationsvägarna via cheferna och linjeorganisationen som i vissa fall fungerat sämre än planerat. Detta gäller både inom primärvården och inom sjukhusvården. Därför måste kommunikation till chefer och medarbetare kompletteras med nya metoder och kanaler. Deltagande vid och information på möten, konferenser och arbetsplatsträffar är några exempel på kanaler för detta. Den medvetna strategin under tidigare år att utbilda och informera läkare inom primärvården om SVF, måste nu kompletteras med kommunikation till alla andra yrkeskategorier i primärvården. Hela arbetslaget behöver känna till vad som kännetecknar SVF för att kunna samarbeta och stödja varandra i teamet på bästa sätt.

4. Uppföljning

4.1. Nationella mätpunkter

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

Uppföljning av mätpunkterna för ledtider inom SVF görs via uttag från landstingets datalager. Rapporter kan genereras från datalagrets information. Utformning av dessa rapporter kommer att ses över.

Processledare tillsammans med aktuella verksamhetschefer ansvarar för att analysera resultaten och genomföra/initiera åtgärder med ledning av dessa utfall. I framtiden är ambitionen att även koppla ledtidsmått med data från exempelvis Patologi och BFM för att identifiera del-ledtider inom processerna.

Andra ledtider än de nationella kommer därmed att komma ifråga.

4.2 PREM-enkäten

För att få ta del av medlen ska den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC, och som bygger på arbetet med nationell patientenkät (NPE), användas även under 2017. Kravet

gäller för alla de 18 SVF som har implementerats under 2015-2016. Önskvärt är att även de SVF som införs 2017 utvärderas med enkäten. Resultaten ska kunna användas såväl nationellt som regionalt och lokalt.

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

PREM-enkäten genomförs i Västerbotten på patienter i alla SVF införda 2015-2016 sedan hösten 2016. Detta kommer även att fortsätta under 2017. De data från enkätverktyget som tagits ut under 2016 har analyserats och kommunicerats till patientrådet, ledningen och processledare. Även om antalet svar som presenterats hittills är relativt lågt, kan identifieras vissa utfall som signalerar om behov av förbättringar i verksamheten (exempelvis närstående med vid besked). Man kan även se vilka områden som är speciellt positiva (exempelvis helhetsintryck och bemötande). Vissa enkätfrågor och frågornas sortering på dimensioner kommer att ändras och dessutom ska det utvecklas en ny och bättre analysfunktion under våren 2017.

I takt med att den nya enkäten och analysplattformen tas i bruk och materialet görs mera användarvänligt kommer materialet att lanseras till bredare målgrupper. Syftet med enkäten är att ge underlag till verksamhetsförbättring i hela vårdkedjan.

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

Utfall och data från PREM-enkäten informeras om och diskuteras med patientrådet och vid landstingets LCC – möte vid varje uttagstillfälle. Aktuella verksamhetschefer och processledare har tillgång till resultaten och uppmanas genomföra förbättringar i verksamheten enligt identifierade behov. Utfallet kommer även att vid behov kompletteras med andra former av undersökningar.

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

Nej, landstinget kommer inte att använda PREM-enkäten till SVF som införs under 2017 utan endast till patienter inom tidigare införda förlopp.

5. Planering för fortsatt arbete efter 2018

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter, genom att de SVF som ingår i överenskommelserna är implementerade.

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

- a) *Beskriv hur landstinget planerar att arbeta för att arbetet med SVF fortsätter efter 2018.*

Projektorganisationen från införandetiden av SVF 2015-2018 utgår. Från 2019 kommer

organisationen av cancervården att anpassas och modifieras. Det planeras att utses en processägare på landstingsövergripande nivå som kommer att ha som uppgift att forma den underliggande organisationen för att intentionerna med SVF-införandet ska bibehållas och fortsätta utvecklas. Möjligen kan detta organiseras inom det befintliga regionala cancerrådet.

Inom varje klinisk process (SVF-område) utses motsvarande processledare med uppgifter att hantera uppföljning och utveckling i arbetet och samspelet mellan aktörer som är inblandade i det kliniska flödet. Det arbetet kommer att ske i nära samverkan med inblandade linjeorganisationer och verksamhetschefer.

Den regionala och gemensamma kliniska samverkan och rollfördelningen samt kompetensförsörjningen sker via de befintliga regionala chefssamråden, förmodligen med behov av stöd från RCC Norr. En viktig förutsättning är då att RCC har kapacitet och förutsättningar till detta. RCC Norr bidrar aktivt till att samverkan och samarbete mellan norrlandstingen underlättas och fördjupas. Detta kommer även patienterna tillgodo.

Undanträngningseffekter kommer att beaktas enligt tidigare redovisning ovan.

Eftersom det finansiella stödet för införande av SVF bortfaller kommer de områden som tidigare fått stöd inte längre att kunna stödjas på samma sätt. Det innebär att de vinster man kalkylerat med vid införandet av SVF måste bära frukt och medverka till att totalkostnader kan minskas i verksamheten. Eftersom en del av nuvarande statsbidrag används för etableringen av koordinatörer och kontaktsjuksköterskor, kommer dessa funktioner att utvecklas och effektiviseras framöver. Syftet att förbättra stödet till patienter och närstående samt minska onödiga väntetider i vårdkedjan kommer att vara ambition och drivkrafter i detta arbete.

Patientrådet och den etablerade formen för patient- och anhörigmedverkan som byggts upp inom SVF arbetet kommer att kvarstå men förmodligen kommer vissa möten att glesas ut eller utgå. Däremot har formen för delaktighet och medverkan i utvärdering och utveckling att bestå över tid.

Ledtidsuppföljning. Uppföljning av ledtider för SVF ingår redan i den etablerade uppföljningen av övrig tillgänglighet. IT-tekniken för detta bygger på samma plattform som den automatiska överföringen till väntetidsdatabasen.

Kostnader för kvalitetsbrister, logistikproblem och dubbelarbete i vårdkedjan måste även i fortsättningen identifieras och minska.

- b) *Cancersatsningen ska utformas så att erfarenheter, slutsatser och resultat så långt möjligt kan komma till nytta även på andra områden inom hälso- och sjukvården. Har landstinget erfarenheter redan nu kring spridning av resultat eller förslag på hur detta arbete ska fortsätta?*

Modellen med patient- och närståendemedverkan som tillämpas inom SVF-arbetet i Västerbotten har även börjat tillämpas i en del andra förbättringsarbeten utanför SVF. Det ses som ett värdefullt stöd och ger ofta nya insikter i förändringsarbetet.

Modellen med koordinatörer inom en vårdprocess som för SVF har redan införts i andra

kliniska processer och även där visat sig verkningsfulla.

Det finns många erfarenheter att dela med sig. Optimeringen av cancerkedjan kan innebära en undanträngning av andra funktioner i vården. Kompetensen hos kontaktsjuksköterskor begränsas enbart kring den egna gruppen patienter vilket gör organisationen sårbar. Detsamma gäller koordinatorsfunktionen i förhållande till övriga flöden i öppenvården.

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Vårdförlopp som infördes under 2015 och 2016:

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

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

Vårdförlopp som ska införas 2017:

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

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

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