

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 ledningsföra 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 ledningsföra 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 ledningsföra inklusive länsmöten.
- d) *Patologi*
Information i ledningsgruppen för VO- regionvård, sen vidare information på respektive enhet och arbetsplatsträff. Uppföljning sker kontinuerligt i berörda ledningsföra.

- 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 ledningsföretag.
- 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 ledningsföretag.

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 försvårande 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 genomgå 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 koordinatorsfunktionen 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 ställningstagande 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 Hematologenhet 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 länsjukhusen i Sundsvall, Östersund och Sunderbyn, finns en fungerande kommunikation mellan käkkirurgi och ÖNH-mottagning. Härmed elimineras risk för onödig utredning och provtagning vid käkkirurgen 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 sjukhuskliniker 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.

- a) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- b) Genom information, dialog och utbildningsinsatser.
- c) 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, käk-kirurg, 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 snabbsvar 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 uppbyggd 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 diagnos-övergripande 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 (länsjukhus) 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 högrisk-patienter 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 länssjukhusen.

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, oselecterat 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 stadiindelning 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.