

## Region Jämtland Härjedalens redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022

### Inledning

#### Inlämning av redovisning

Detta är en mall för regionernas redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) 2022. Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Redovisningarna är en förutsättning för att ta del av den andra utbetalningen av medel. Respektive region skickar sina redovisningar till RCC som ansvarar för sjukvårdsregionala sammanställningar och inlämning till Socialstyrelsen.

Redovisningarna ska vara Socialstyrelsen till handa senast den 30 september 2022.

Håll redovisningen kortfattad, riktmärke 6–10 sidor.

#### Nationella mål

Sedan tidigare finns målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmålet) samt att 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i dokumenten (ledtidsmålet). Att nå inklusionsmålet under första halvåret 2022 är en förutsättning för att få del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen.

Uppfyllelsen av inklusionsmålet kommer att beräknas av RCC efter ett uttag ur den nationella väntetidsdatabasen. Uttaget kommer att ske den 16 augusti och innehålla data för januari–juni 2022. Dataunderlaget skickas ut till regionerna i slutet av augusti. Socialstyrelsen kommer att få tillgång till samma data.

## Svar från Region Jämtland Härjedalen

Mia Ajax, Cancersamordnare

### 1. Organisation

- Hur har SVF-organisationen fortsatt att fungera under 2022?
  - *SVF- arbetet har fortsatt som tidigare med den uppbyggda organisationen av Kontaktsjuksköterskor och koordinatörer. Cancersamordnare tillsatt under vintern 2022*
- Hur fungerar samarbetet mellan primärvård och specialiserad vård?
  - *Ingen tydlig kanal vad gäller primärvård (PV) och cancerfrågor. Kontaktperson från PV till lokala programområdet (LPO) cancer saknas fortfarande vilket försvårar samarbetet. Svårt att hitta kanalen in i PV för frågor och samarbete. LPO är i övrigt etablerat och bemannat med utsedda deltagare. Cancersamordnare lyft frågan med divisionscheferna för hur vi i regionen ska hitta formerna för deltagande av och med PV.*
- Hur fungerar samarbetet med andra regioner?
  - Har rutinerna för registrering och remissrutiner för SVF-patienter som skickas till andra regioner förändrats under 2022?  
*Ständigt pågående att försöka identifiera eventuella brist kopplat till överlämningar andra regioner.*
  - Har registrering och remissrutiner för SVF-patienter som tas emot från andra regioner förändrats under 2022? *Nej*
  - Finns förslag på åtgärder som skulle förbättra handläggning eller registrering av patienter som remitteras över regiongränserna?  
*Fortsätta att tydliggöra i organisationen kring aktiva överlämnande och dialog med de som kodar samt att specialistvårdsremisser tydligt blir märkta med SVF*

### 2. Inklusionen i SVF

Målet är att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmålet). Måluppfyllelsen beräknas för regionen som helhet, sammantaget för alla SVF som införts före 2021.

- Ange regionens inklusion som helhet
  - 82%
- Vilka diagnoser ligger under inklusionsmålet?
  - *Analancer 25%, Buksarkom 25%, Bukspottkörtel- och gallvägscancer 25%, Huvud-halscancer 58%, Livmoderhalscancer 0%, Lungcancer 39%, Matstrupe- och magsäckscancer 63%, peniscancer 50%, Skelett- och mjukdelssarkom 50% och Vulvacancer 50%.*
  - *Samtliga av dessa flöden innefattar enstaka patienter förutom lungcancer och huvudhalscancer som rör mer än 10 förväntade antal patienter.*
- Hur arbetar ni för att förbättra inklusionen i dessa diagnoser?
  - *Slumpen har stor betydelse i de flödena med få patienter. Tex analancer där många av dessa patienter kommer in via SVF tjock-ändtarm och först efter PAD ser man att det är en analancer i stället för låg rektalancer. Möjlighet att starta SVF analancer när PAD kommit som ett led att förbättra inklusionsmålet?*
  - *För flera av de olika "SVF bukcanrar" av olika slag kommer patient in som tyst ikterus eller med andra symtom som föranleder operation och först därefter visar sig diagnosen men patient redan behandlad tack vare operation och då startas inte ett SVF. Behov av fortsatt dialog internt men även mer RCC norr för förtydligande när ett SVF ska startas.*

### 3. Ledtiderna i SVF

Målet är att 80 procent av de patienter som startat behandling inom ett SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i dokumenten.

- Inom vilket område(n) finns de största hindren för att uppnå leddidsmålen? T.ex. diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat. Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?
  - *Sjuksköterskebristen och vårdplatsbrist som effekt av det bidrar till förlängda vårdtider. Inom endoskopin ser vi en ökning av behovet av*

*skopier men har inte hunnit anpassa varken i rekrytering eller anpassning av lokaler. Saknas även "skopikompetenta" specialister utifrån behovet. Stort fokus på tjock- och ändtarmsscreening som startat nu i september som också initialt kommer att kunna påverka ledtider negativt innan allt är ombyggt och klart.*

*Då flera enheter är i behov av stafettläkare blir det ett gap pga. bristande kontinuitet, svårt att styra och hålla i satta rutiner och riktlinjer.*

*Vissa processer tar lång tid att utreda där ledtiderna inte upplevs rimliga (neuroendokrina tumörer som ett exempel)*

- De riktigt små flödena upplevs svåra att se över då det är kopplat till enstaka patienter per år vilket kan innebära stora variationer. Viktigt att gå igenom flöden även för de små förloppen och framför allt de förloppen som direkt går till regionsjukhus tex sarkom, vissa hematologiska utredningar. Upplevs mer värdeskapande att fokusera på de större flödena och säkra en struktur inom dem.*

*RJH har sedan flera år utbildat sjuksköterskor som tex kan skopera självständigt vilket vart stor framgång för såväl urologiflödet som övrig "tarmskopi".*

*Koordinatorcenter som sköter merparten av alla SVF i koordinering och bokning av undersökningar i utredningen av ett SVF samt kodning har även varit positivt. Genom att tydliggöra en handbok för registrering i canceröversikten kopplad till Cosmic har även kodningen blivit mer kvalitetssäkrad. De har ett uppdrag att bevaka ledtider och tar kontakt med berörda för att uppmärksamma långa ledtider och dialog om eventuell orsak.*

- Under 2022 har arbete vid flera enheter drivits för att förbättra inklusion av framför allt patienter som flyttats till annan region där vi*

*sett att det varit en brist. Koordinator idag har en tydligare kontaktväg gällande SVF och kodning med namngiven personal i Umeå.*

- Beskriv övrigt förbättringsarbete i syfte att korta ledtiderna.

*Kommer framöver att jobba med samverkan med primärvården kring tex remissmallarna för SVF, att de följs och fortsatt revideras vid behov och blir tydliga och kända. Samma sak gäller att tydliggöra att röntgenremisser märks på rätt sätt så de hamnar i rätt spår. Som ett exempel, enl. rapport från RCC norr beställs ultraljud i stället för obligatorisk MRT vid utredning av mjukdelstumör vilket kan fördröja diagnos med 2-4 v (gäller hela norra regionen). Röntgenläkare här i Östersund är dock snabba att konvertera från UL till MRT om något misstänkt malignt ses på UL. Denna samverkan och dialog är viktig att ständigt ha.*

*- Fortsatt arbete med kvalitetsdata samt samverkan med övriga i norra regionen och fånga upp att överlämningar fungerar och kodas rätt.*

*- Aktivitet planeras i höst att tydliggöra uppdragen för processledare och kontaktsköterskor för att försöka tillskapa ett större intresse att delta och påverka i sina respektive flöde.*

*- Kommer att fortsätta arbeta med att dikterande läkare blir tydligare i diktat kring start och avslut för ett SVF, rutiner håller på att tas fram.*

*-Rekrytering eller snarare utbilda egna specialister inom vissa specialiteter för att säkra kompetensen*

*-Fortsatt arbete med RAK (rätt använd kompetens)*

#### 4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2022

- Vilket kvalitetssäkringsarbete av SVF-data pågår eller är planerat i regionen?

*Inom Region Jämtland Härjedalen pågår ett arbete med kvalitetsgranskning genom en arbetsgrupp där verksamhetsansvariga, väntetidssamordnare, cancersamordnare och beslutsstöd ingår. Arbetsgruppen tittar i första hand*

*på hur och vad som registreras för ett standardiserat vårdflöde: Tjock och ändtarmscancer. Flödet innefattar ett stort antal patienter och de förbättringar som tas fram kan också ses över i andra flöden. Arbetet startades upp 2021 och fortgår 2022. Arbetet initierades utifrån att statistik i verksamheten och den som presenterades inom RCC inte stämde.*

*Under 2021 togs en handbok fram för hur och vad som ska registreras inom Standardiserade vårdförlopp, handboken bör göras mer känd i verksamheten under hösten 2022. En tanke om utbildning/informationstillfällen har diskuterats, eller en utbildning via intranätet för berörd personal.*

- Vilket stöd önskar regionen från RCC i kvalitetssäkringsarbetet?  
*Region Jämtland Härjedalen har stöd i arbetet genom att de fyra ansvariga för SVF data träffas regelbundet och stämmer av regler, nyheter och erfarenheter. Även SKR har ett nätverk där SVF ansvarige för data (väntetidssamordnaren) ingår. Från RCC Norr får regionen även rapporter per månad med information om nuläget för alla SVF vilket ger regionen en möjlighet att kvalitetssäkra den data som skickas in, listorna använd främst av chefer på övergripande nivå, cancersamordnaren och väntetidssamordnaren.*

## 5. Handlingsplan för införande av standardiserat vårdförlopp för MPN

Det standardiserade vårdförloppet för myeloproliferativ neoplasi, MPN, fastställdes den 11 januari 2022 och kan rapporteras till väntetidsdatabasen. Vårdförloppet kommer att ingå i beräkningen av inklusions- och ledtidsmål från 1 januari 2023.

- När planerar regionen att börja inkludera och registrera patienter i vårdförloppet?  
*Hösten 2022*

- Planerar regionen att skicka PREM-enkäter till personer som inkluderats i vårdförloppet redan under 2022?  
*Nej, RJH planerar att börja skicka enkäten från och med 2023*
- Ser regionen några utmaningar med införandet av det nya vårdförloppet och hur avser man i så fall att lösa dessa?
  - A. *Relativt stor potentiell patientgrupp för en liten verksamhet där de korta ledtiderna riskerar att leda till undanträngning av övriga patienter. Inga planer utarbetade för att undvika detta utan vi få se hur inflödet av remisser blir men troligt att det kan bli svårt att hinna med MPN-patienter inom stipulerad tid.*
  - B. *Minst två veckors väntan på genetiksvar (NGS) vilket bidrar till längre utredningstider än mål- ledtiderna i SVF och där vi ofta vill ha genetiksvar innan vi ens kallar patient till första besök.*

## 6. PREM-enkäter

Ett villkor för medelstillelning 2022 är att regionerna skickar ut och använder PREM-enkäten i sin uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

- Har regionen börjat skicka ut PREM-enkäter för SVF 2022?
  - *Ja, RJH har skickat ut PREM enkät från och med de standardiserade vårdförlopp som avslutats under januari 2022*
- Hur planerar regionen att använda resultaten av PREM-enkäten i uppföljningen av vårdförloppen?  
*Resultaten kommer att redovisas i LPO cancer, samt i LPO primärvård. Resultat kommer även delges processledare, Kontaktsjuksköterskor och koordinatörer. Utifrån vad resultatet visar kommer diskussion angående eventuella åtgärder för att förbättra resultat genomföras.*

## 7. Särskilda insatser för urologin

Vilka insatser planeras eller har genomförts i regionen för att förbättra tillgängligheten för patienter inom urologin?

- *Tillfällena med kvälls/extramottagningar inom urologin planeras just nu för hösten. Sjuksköterskorna har under våren haft 3 tillfällen med extra LUTS-mottagning. LUTS är mottagning för patienter med täta trängningar, läckageproblematik mm - sjuksköterskorna genomför bl.a. rektala ultraljud och cystoskopier på dessa patienter. Även om inte alla dessa hör till cancerflödet så bidrar det till att förbättra tillgängligheten inom urologin i sin helhet*
- *Stort behov av fortsatt rekrytering av onkologer samt urologer och att behålla de urologer som finns i tjänst. Dialog pågår med övriga norr regioner kring samarbete inom onkologin. Rekryteringen består allra främst att anställa ST-läkare och utbilda dem själv. Stabiliserar upp med hyrläkare och försöker hitta stabila former för kontinuitet så långt det är möjligt.*
- *Reinvestering och utveckling av nuvarande robot planeras och arbete är redan påbörjat, investeringsmedel finns. Plan är att den är på plats inom 1-2 år vilket kommer att kunna förbättra flödet inom bland annat urologin.*
- *Organiserad prostatatestning (OPT) planeras starta som pilot under senhösten 2022 med erbjudande till män 50 och 56 år för att under 2023 även inbegripa 62 åringar.*
- *Cystoskoperande sjuksköterskor finns sedan flera år och behov av fortsatt utveckling av det behövs.*
- *Genom att även ha förändrat arbetssätt och nyttja sköterskeresurser för första bedömning frigörs mer tid för läkare.*
- *Pågår ständigt en dialog med bilddiagnostiken/röntgen kring kapacitet och vilka förändringar som verksamheterna ser som nödvändiga för att förbättra flöden. Bilddiagnostiken prioriterar SVF framför i princip allt annat och bör inte påverka ledtiderna negativt. Däremot en stor utmaning inom bilddiagnostikens kapacitet pga. av de stora sjuksköterskevakanser som de har just nu. En långsiktig plan är att se över möjligheterna att utbilda röntgensjuksköterskor som kan göra*



*MRT prostata för att på sätt förbättra flödena inom prostatacancerflödet.*

## 8. Användning av SVF-medel under 2022

- I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2022? Ge exempel på insatser som har stöttats.
  - *SVF-medlen har i huvudsak planerats att användas till införande av Organiserad prostatatestning (OPT) samt uppstart av Catch up vaccinationer för Cervixcancer. En del av medlen planeras användas för att utveckla rollen motsvarande Kontaktsjuksköterska inom primärvården. Medlen har även använts till betalning av PREM-enkäter.*

## 9. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Delge oss gärna synpunkter på områden som är särskilt viktiga för nationell samverkan framöver.

- *Att fortsätta se över ledtider för olika diagnostiska delar och anpassa till förändringar som sker*
- *Att det tas hänsyn till mindre sjukhus och deras möjlighet att anpassa flöden där man är start beroende av annat sjukhus eller regionsjukhus tex tillgång till PET-CT. Svårt att påverka när vi inom RJH är helt beroende av Umeå.*