



REGIONALT
CANCERCENTRUM
UPPSALA ÖREBRO

RCC Uppsala Örebro

- sjukvårdsregionens handlingsplaner för SVF med sammanfattande kommentar från RCC



Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro

Postadress: Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Besöksadress: Dag Hammarskjölds väg 54 A, 751 83 Uppsala

Telefon Register och vårdprogram: 018 – 15 19 10

Telefon Kansli: 018 – 15 19 70

www.rcc uppsala orebro.se



Innehåll

Inledning.....	4
Beslut.....	4
Patientmedverkan	4
Kommunikation och förankring	5
Infrastruktur.....	6
Radiologi Patologi.....	6
Primärvården	6
Koordinatorer	7
Mätning av nationell väntetid.....	7
Tidsplaner.....	8
Problemområden/utmaningar	8
Samarbete över länsgränser.....	9
Landstingens handlingsplaner.....	9

Inledning

I Uppsala-Örebro regionen har landstingen med RCCs stöd arbetat med förberedelser för införande av standardiserade vårdförlopp (härefter SVF) under hösten och vintern 2014-15. Regionen har gemensamt utnyttjat den infrastruktur som byggts upp i och med bildandet av RCC.

Infrastrukturen består dels av landstingsövergripande multidisciplinära vårdprocessgrupper, dels av lokala cancerråd i matris mellan vårdprocessgrupperna och landstingens linjeorganisationer. RCC har inrättat flera nätverk för specialist-sjuksköterskor som bl a stödjer utvecklingen av kontaktsjuksköterskefunktionen inom sex cancerdiagnoser.

Knutet till RCC styrgrupp finns ett patientråd med bred representation från regionens patientföreningar. Vårdprocessgrupperna för de fem första diagnoserna för SVF har med sin professionella kunskap och patientmedverkan arbetat med struktur för vårdförloppen; landstingens cancerråd har varit den bärande strukturen för de projektorganisationer för SVF som etablerats. Arbetet har således följt intentionen i överenskommelsen om att SVF inom cancerområdet är en del av den nationella cancerstrategin.

RCCs sammanställning enligt nedan och beskrivning av aktiviteter grundar sig på upprepade möten/work-shops för SVF under 2014-15 med RCC styrgrupp, regionens samverkansnämnd och dess beredningsgrupp, respektive vårdprocessgrupp, samordnare för cancerråden, landstingens projektledare för SVF och på landstingens handlingsplaner.

Beslut

Landstingen i Uppsala – Örebros sjukvårdsregion har eller kommer under den närmaste månaden att fatta politiska beslut om att delta i den nationella satsningen för att korta väntetider inom cancervården, ”Varje dag räknas”. De landsting som ännu inte tagit beslut i landstingsstyrelsen agerar redan nu helt i enlighet med överenskommelsen.

RCC aktiviteter

RCC tar del av alla beslut i samband med samordning av handlingsplanerna och i förekommande fall när besluten fattats under våren.

Patientmedverkan

Under framtagandet av handlingsplanen har landstingen i ökande grad involverat patientföreträdare. Patientföreträdarna har på ett tidigt skede fått insyn i arbetet med SVF via RCC. Landstingen är i sina handlingsplaner tydliga med att de engagerar patientföreträdare i det fortsatta arbetet med att utveckla och införa vårdförloppen.

RCC aktiviteter

Under hösten och efter beslutet har RCC har informerat patientråd och företrädare i de olika vårdprogramgrupperna om överenskommelsen och den arbetsprocess som nu har startat i alla landsting.

RCC har bjudit in patientrådet till de workshops som RCC genomfört och på så sätt har företrädarna kunnat informera sig om det pågående arbetet.

RCC kommer via patientrådet och i de berörda vårdprocessgrupperna säkra att de har god kännedom om hur arbetet går framåt i landstingen. Det är en viktig fråga för RCC eftersom man som enskild patientrepresentant i patientråd eller vårdprocessgrupp inte kan ha insyn i alla landstings verksamheter. RCC kommer att säkra informationsutbytet mellan de patientföreträdare som är engagerade i landstingen och RCC styrgrupp samt patientrådet. RCC avser att få till stånd ett fungerande utbyte av information mellan lokala och centrala funktioner för patientmedverkan.

Kommunikation och förankring

Landstingen har under hösten bedrivit en intensiv förankringsprocess. De fem diagnoserna som utarbetat SVF har varit väl kända även om innehållet inte varit fastställt. RCC har bedrivit ett aktivt informationsarbete för att säkra att både tjänstemanna- och politiska ledningar har haft god kännedom om vad det innebär att arbeta med SVF. I handlingsplanerna beskriver sjukvårdsregionens landsting på ett tydligt sätt att och hur man avser att fortsätta kommunicera inom den egna organisationen. Ett arbete med att ta fram konkreta kommunikationsplaner pågår.

Genom handlingsplanerna säkerställer landstingen att alla nivåer och involverade yrkeskategorier har förstått innebörden av ett standardiserat vårdförlopp. Informationsinsatserna kommer inte bara att ske vid ett tillfälle utan alla befintliga kanaler i det egna landstinget nyttjas för att lyfta frågan kontinuerligt och se till att det finns möjligheter för vårdens personal, liksom för tjänstemanna – och politisk organisation att på ett enkelt sätt inhämta information. Handlingsplanerna beskriver både ett aktivt dialogarbete och involverar olika kanaler, där webbinformation har en central plats för att säkerställa att alla involverade och intresserade har tillgång till relevant information.

RCC aktiviteter

RCC har skapat ett regionalt nätverk av landstingsinformatörer som fortsatt kommer att fungera som ett stöd för landstingens kommunikationsarbete. En regional kommunikationsplan för arbetet är framtagen och en viktig uppgift för nätverket är att se till att landstingen i största möjliga utsträckning återanvänder de goda exemplen och använder befintligt informationsmaterial från nationell och regional nivå.

När vårdförloppen fungerar och uppvisar resultat behöver landstingen och RCC gemensamt också kommunicera externt för att patienter och närstående liksom en bredare allmänhet ska se effekterna av SVF.

RCC kommer att fungera som stöd för grupperingen under hela 2015, finns ett fortsatt behov kommer nätverket att fortsatt leva kvar.

RCC fungerar som sammankallande part i nätverk för landstingens samordnare för cancerråden (se under rubriken för infrastruktur) och för de processansvariga och ledtidsansvariga i satsningen. För att säkra naturliga kopplingar mellan nätverken avser RCC att under året föra samman nätverken för att tydliggöra vikten av samordning och samverkan mellan grupperingarna och landstingen.

Infrastruktur

Landstingen har etablerat projektorganisationer för SVF nära anknutna till de lokala cancerråden. Projektorganisationerna innefattar också landstingens kompetenser för projekt- och processledning och för utdata i vårdadministrativa system. I RCCs grundstruktur ingår att cancerråden är de som utser landstingets representanter till vårdprocessgrupperna och därmed finns en nära kontakt mellan projektorganisationer och de regionala processgrupperna för varje diagnos. I vårdprocessgrupperna finns patientföreträdare och under 2014 har cancerråden etablerat rutiner för medverkan från patientföreträdare.

RCC aktiviteter

RCC stöder arbetet i projektorganisationer för SVF, cancerråd och vårdprocessgrupper genom samordningsarbete för utbyte av erfarenheter och samarbete för vårdprocesser som sträcker sig över länsgränser, analys av datauttag ur kvalitets- och cancerregister, bildande av och sammankallande av befintliga av nätverk för centrala funktioner för SVF (t ex cancerrådens lokala samordnare, koordinators, projektledare, kontaktsjuksköterskor, ansvariga för vårdadministrativa system, företrädare för patologi, radiologi och primärvård). Genom att sammankallande för cancerråden samtliga sitter i RCC styrgrupp kan densamma effektivt ta initiativ, samordna och följa upp satsningen.

Radiologi Patologi

Under planeringsarbetet har RCC och landstingen uppmärksammat behoven av att specifikt engagera dessa två nyckeldiscipliner för SVF. Landstingen har engagerat företrädare för radiologi och patologi för att arbeta med landstingsspecifika utmaningar inom respektive område. Eftersom kompetenser inom dessa områden är ojämnt fördelade över regionen så ser landstingens strategier olika ut, men gemensamt är att man arbetar med taggning av remisser för SVF, obokade tider inom diagnostiska enheter och arbetsflöden inom laboratorier. Den ojämn resursfördelningen har lett till att pågående arbete med regionsamarbete inom diagnostiska discipliner – t ex utnyttjande av digital patologi – har påskyndats.

RCC aktiviteter

RCC har knutit en radiolog på 20% arbetstid till SVF-processen för gemensamma strategidiskussioner inom radiologin. Rekrytering av en patolog för motsvarande arbete inom patologin pågår. Den till RCC knutna radiologen respektive patologen samordnar mellan landstingen definitioner och principer för remisshantering och diagnostiska procedurer. RCCs vårdprogramgrupper har knutit radiologi- och patologi-expertis fastare till grupperna. RCC stödjer ekonomiskt framtagandet av en handlingsplan för digital patologi.

Primärvården

Landstingen har i de lokala cancerråden representation från primärvården vilket ger goda förutsättningar för att primärvårdens perspektiv diskuteras och förs in i arbetet med SVF. I arbetet med handlingsplanerna har landstingen identifierat behoven av informationsmöten med samtliga primärvårdsinstanser, liksom att skapa rutiner för primärvården för att vårdförloppens direktiv för remiss vid väldgrundad misstanke kommer att följas. Utbildningsdagar för primärvård och andra aktörer är planerade. Landstingen satsar på korrekt och enhetlig information via landstingens webbplatser för att nå privata aktörer med och utan avtal. Landstingen arbetar också med frågan om hur de ska möta kraven på remisserna så att de på ett enkelt sätt kan märkas med begreppet ”standardiserat vårdförlopp”.

Det innebär också att fram till dess att man tagit fram nya remissmallar som fått en ”taggning” måste landstingen hitta nya arbetsätt.

RCC aktiviteter

RCC samlar nätverket för primärvården för att följa arbetet och genom nätverket kunna identifiera frågeställningar som behöver lyftas till en regional nivå. Företrädare för primärvården påpekar att SVF kommer att vara positivt för handläggning av misstänkta cancerfall i öppen vård om rutinerna görs klara och enkla att administrera. RCC kommer att bevaka att SVF går hand i hand med cancerstrategins intentioner om tidig upptäckt i primärvården. RCC styrgrupp är RCC:s kommunikationspartner i dessa frågor.

Koordinatorer

Landstingen inventerar behovet av koordinatorsfunktionen. Kontaktsjuksköterskans roll i detta är föremål för diskussion. Hittills pekar erfarenheterna på att detta kommer att utformas olika i diagnoser delvis beroende av antalet patienter: kontaktsjuksköterskan kan fungera som koordinator i diagnoser med mindre antal patienter, men å andra sidan kan inte en ensam koordinator hantera alla diagnoser. Det kommer att behövas en organisation som effektivt handlägger patienterna som kommer till remissmottagande enhet.

RCC aktiviteter

Landstingens linjeorganisationer styr resurstilldelning till och inrättande av koordinatorer. RCC stödjer arbetet med erfarenhetsutbyte och utvärderingar i regelbunden avstämning med cancerråd och projektledningarna för SVF. RCC följer även fortsatt frågan via RCC styrgrupp.

En väsentlig del för att koordinatorerna ska arbeta effektivt och även kunna arbeta för patienter som remitteras över länsgränser är att RCC stödjer att remisshanteringen förändras på ett standardiserat sätt i regionen enligt kraven i SVF. RCCs sjuksköterskenätverk deltar mycket aktivt i definition av rollfördelning och samarbetsytor mellan kontaktsjuksköterskor och koordinatorer. Landstingen planerar att få koordinators-funktionen på plats senast under tidig höst 2015.

Mätning av nationell väntetid

Landstingens ansvariga för utdata ur vårdadministrativa system har engagerats i projektorganisationerna för SVF. De ansvariga har deltagit i de möten och work-shops som arrangerats av SKLs utredare för väntetidsmätning. Regionen har inte ett gemensamt vårdadministrativt system, men de landsting som använder samma informationsplattform som andra regioner/landsting i landet har haft kontakt med sina respektive nyttjandegrupper. Cancerråden har börjat beställa utdata ur kvalitetsregistren för baslinjemätningar och för definition av problemområden.

RCC aktiviteter

RCC har på work-shop specifikt arbetat med att stärka samarbetet mellan ansvariga för utdata ur vårdadministrativa system och vårdprocessgrupper/cancerråd. RCC har via direktkommunikation med projektorganisationerna och cancerråden samt via hemsidan specificerat vad som idag finns tillgängligt avseende ledtider i kvalitetsregistren för de fem

diagnoserna och givit motsvarande utdata med regional och nationell jämförelse. Specifikationen jämförs grafiskt med vad som krävs för mätning i SVF för att klarlägga var de vårdadministrativa systemen och kvalitetsregistren kan komplettera varandra.

Tidsplaner

Handlingsplanerna innehåller på olika sätt tidsangivelser för hur arbetet ska bedrivas. Alla landsting vill snabbt påbörja arbetet med en förändring i arbetssätt och därmed redan under 2015 kunna påbörja arbetet med att korta väntetiderna. Utmaningen är att i realiteten kunna genomföra åtgärderna i tid. Väntan på finansiellt stöd kan innebära att exempelvis rekrytering/omvandling av sjukskötersketjänster kan försenas vilket kan påverka införandetakten.

RCC aktiviteter

RCC kommer genom RCC styrgrupp att följa arbetet för att säkra att införandetakten kommer att hållas. De nätverk som upprättas kommer också att utgöra en informationskanal in till RCC som därmed tidigt kommer att kunna nås av signaler om det finns landsting som halkar efter i arbetet.

Problemområden/utmaningar

Förutom de arbetsområden som nämns i denna sammanställning, diskuterar landstingen och RCC gemensamt utmaningar som måste bearbetas. Exempel på dessa är att säkerställa att det inte uppstår olyckliga undanträngningseffekter, säkra god tillgänglighet till omvårdnad och rehabilitering under vårdförloppen, brist på endoskopi-resurser (gastroskopi, cystoskopi) och brist på operationsresurser (såväl personal som lokaler). Utmaningar uppstår även på grund av läkarbrist inom urologi, patologi och radiologi i flera landsting. Även om väntetidsmätning kommer att göras med hjälp vårdadministrativa system påpekas vikten av komplett registrering i kvalitetsregistren för långtidsuppföljning av konsekvenserna av SVF.

RCC aktiviteter

Landstingen och RCC arbetar gemensamt för att SVF ska integreras mot regionens antagna cancerplan som på kort och lång sikt tar sig an utmaningarna. Flera konsekvenser av SVF tangerar arbetet med nivåstrukturer, för vilket det finns en handläggningssång i cancerplanen.

Införandet av kontaktsjuksköterskor ska säkra att alla patientens behov möts på rätt nivå i vårdprocessen.

Regionens kompetensförsörjningsplan innehåller strategier för kunskapsöverföring mellan landsting och inom verksamheter (t ex träning av sjuksköterskor som endoskopister) och gemensamma planer för utbildning och rekrytering inom bristspecialiteter. RCC arbetar nationellt med INCA plattformen för att registrering till kvalitetsregistren i växande grad ska ske med hjälp av elektroniska remisser, journaler och vårdadministrativa system.

Samarbete över länsgränser

I arbetet med vårdprocesser som kräver involvering av flera landsting har handlingsplanerna identifierat behovet av samarbeten och tydliga rutiner för remittering, snabba handläggningar och återkoppling till remitterande. Administrativa rutiner för att tidsmäta och resurs-sätta regionala processer måste skapas.

RCC aktiviteter

Flera av dessa frågor knyter nära an till cancerstrategins intentioner om regional och nationell nivåstrukturering. Regionens cancerplan anvisar en hantering för den regionala nivåstruktureringen. Landstingen har antagit cancerplanen och de regionala vårdprocessgrupperna har samtliga ett uppdrag att arbeta med frågan.

Regionens samverkansnämnd har givit ett specifikt uppdrag till de grupper som hanterar urologisk cancer att till slutet av mars 2015 redovisa ett förslag till nivåstrukturering. RCC arbetar i enlighet med cancerplanen med förslag till nya former för samverkan i regionen. RCC har också lagt ut uppdrag för att utreda regiongemensam finansiering av digital patologi, PET/CT utrustning och investeringar inom strålbehandling.

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

	AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS (översiktligt)
Politiskt beslut fattat att delta i ledtidssatsningen!	Beslut att införa standardiserade vårdförlopp är taget i landstingets tjänstemanna-ledningsberedningsgrupp för kunskaps-styrningsfrågor 2015-01-26	Information ges till den politiska regionberedningen 2015-03-05.		Ordförande i cancerrådet		Beslut om att ansluta sig till överenskommelsen tas i LS 2015-04-13	
Hur avser landstinget/regionen att bedriva information och dialog i syfte att förankra arbetet med SVF ¹ och i verksamheterna för att skapa förutsättningar för ett effektivt införande		En kommunikations-plan upprättas. Informationen ska innehålla dels målen med satsningen, dels de förändringar som SVF innebär. Viktigast är att stödja chefer i deras dialog med medarbetare på ex. APT och att bidra med tillgång till informationsmaterial.	Mars/april 2015 Kontinuerligt informationsblad	Lt. Dalarnas Kommunikations-avdelning/projektledare		Samordnad kommunikatör från RCC är ett önskemål	

¹ SVF0 Standardiserade vårdförlopp

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

	AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS (översiktligt)
Vad krävs för att involvera privata vårdgivare i arbetet med SVF?	De privata har deltagit vid informationstillfälle.	Landstinget har ett fåtal privata aktörer. De privata vårdgivarna är representerade i en specialitetsgrupp allmänmedicin som fungerar som AU för primärvårdsledning n. Där kommer SVF att diskuteras och aktiviteter förankras.	Kontinuerligt	Primärvårdsrepresentanten i Cancerrådet	Hälsoval	Inom avtalet för Hälsoval ingår att privata vårdcentraler skall medverka vid bl.a. nationella satsningar	
Vilket stöd krävs för att införa SVF(5 diagnoser) 2015	<ul style="list-style-type: none"> <i>Välgrundad misstanke i primärvården</i> 	Vi avser att införa SVF genom att arbeta processorienterat och i projektform. I projektledningen ingår processledare för de olika diagnoserna samt personer från våra vårdinformationssystem samt representanter från primärvård, patologi och BFM. Projektledare och avd Kunskapsstyrd vård bidrar med process och projektledningsstöd.		Projektledare, processledare för respektive pilotdiagnos			Projektledare 100 %

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS (översiktligt)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Välgrundad misstanke i den specialiserade vården</i> • <i>Koordinatorsfunktioner inom den specialiserade vården</i> 	<p>Inledningsvis kommer vi att genomlysa de befintliga flödena för att därefter genomföra prioriterade förbättringar enligt SVF.</p> <p>Processtöd enligt ovan</p> <p>Processtöd enligt ovan</p>					<p>Kan möjligen kräva behov av extra resurs</p>

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

	AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS (översiktligt)
	<ul style="list-style-type: none"> Reserverade tider hos utredande enheter? Rutin för kontakt med landsting/region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen 	<p>Stöd i process- och förbättringsarbete och troligen ekonomiska satsningar</p> <p>Fungerar redan idag</p>					
Vilka åtgärder krävs i befintliga system för att kunna följa resultaten av SVF? (it-stöd PAS?)	Enheter inom LD TakeCare-installation	<p>Mätpunkter:</p> <p>Information om vilka parametrar som måste registreras i TakeCare och hur.</p> <p>SVF: Se över flöde och möjligt dokumentationsstöd.</p>	Mars – november. Därefter löpande utifrån cancerområde.	Cancerrådet Särskild projektledningsgrupp		VIS kan stötta efter behov.	VIS behöver projektresurs på 75 %.

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

	AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när de olika aktiviteterna ska följas upp under året för att klara uppdraget)	KOMMENTARER (här kan lägesavstämningar och status föras in.)
Vad krävs för att få en fungerande mätmetod för att kunna följa resultaten Av SVF?	VIS BILD	Nationell information om frekvens av inrapportering, inrapporteringsform samt definition av mätpunkter. Identifiering av mätpunkter och registreringsparametrar för rapportering till SKL. Identifiering av ytterligare mätpunkter för verksamhets-uppföljning Bygga av inrapporteringsfil till SKL (i förlängningen via leverantör?) Kravställning och bygga av rapport via BILD		VIS BILD		Nationell samordning behövs
Vilka åtgärder behöver landstinget genomföra för att kunna införa fler SVF under 2016:						
<ul style="list-style-type: none"> Primärvård (få PV delaktig, använda taggade remisser mm) 		Särskilda informations och utbildningsinsatser i primärvården t.ex. i välgrundad misstanke om cancer och i utredning av cancer	Distriktsläkardagar	Cancerrådet i samverkan m primärvården		Utbildningsresurs
<ul style="list-style-type: none"> Patologi 		<ul style="list-style-type: none"> Elektroniska remisser och svar förkorta svarstider och underlätta kommunikationen. Digital patologi skulle underlätta att köra MDT konferenser Telekonferensanläggningen på patologi kliniken bör uppgraderas för 		Patologi + IT Är på gång		Kräver stor investering Här behövs extra satsningar från IT.

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

AKTIVITETER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	KOMMENTARER
(ange privata eller offentliga aktörer)	(ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	(tidssätt arbetet med start och slut)	(utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	(ange hur och när de olika aktiviteterna ska följas upp under året för att klara uppdraget)	(här kan lägesavstämningar och status föras in.)
<ul style="list-style-type: none"> Bild och funktionsdiagnostik 	<p>att kunna köra telemedicinska ronder och konsultationer</p> <ul style="list-style-type: none"> Utökade personalresurser, minst en BMA och en läkare) krävs för att upprätthålla de snabba preparatflöden, implementera och sköta digitala patologin. <u>Reserverade tider:</u> För att röntgenavdelningarna ska kunna reservera tider för dessa remisser, krävs ett underlag från TakeCare. Underlaget ska ge en uppskattning på hur många inkommande remisser som det kan bli frågan om; antal remisser per diagnosgrupp och volym över tid. Detta underlag måste tas fram i TakeCare utifrån diagnoskod. <u>Märkning av remiss:</u> Varje remiss till BFM måste vara märkt med t ex. SVF, standardiserade vårdförlopp. Märkningen kan praktiskt ske i remissens frågeställning, inte i 				<p>Har ev. startats</p> <p>Stort behov av utökning med läkare och BMA</p> <p>Kan BILD förvaltningen ta fram detta underlag?</p> <p>Samplanering med BFM och remitterande enhet är en nödvändighet</p>

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när de olika aktiviteterna ska följas upp under året för att klara uppdraget)	KOMMENTARER (här kan lägesavstämningar och status föras in.)
	<p>anamnestexten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Utökning av DT resurser:</u> För att införa fler än de fem beskrivna diagnosgrupperna krävs en utökning av apparatparken vid avdelningen i Falun samt ökad bemanning. • <u>MDK konferens:</u> För prostatacancer, urinblåsa och övre urinvägsfrågeställningar skall röntgenspecialist delta vid MDK konferens. En dialog behövs för att bedöma hur röntgenläkarnas tid bäst nyttjas 				<p>Investeringskostnader</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rutin för kontakt med landsting/region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen</i> 	Finns redan idag				
<ul style="list-style-type: none"> • <i>koordinatorsfunktion</i> 	Inrätta en koordinator som arbetar över klinikgränserna. När det blir många				Kräver extra personalresurser

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

	AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när de olika aktiviteterna ska följas upp under året för att klara uppdraget)	KOMMENTARER (här kan lägesavstämningar och status föras in.)
		diagnoser behöver vi skapa ett "koordinatorkansli"				
<ul style="list-style-type: none"> Fortsatt utveckling av It-system <p>Landstinget Dalarna har ingen egen onkologklinik och har stor brist på onkologkompetens vilket medför svårigheter med att uppfylla vissa kriterier i SVF (ex MDT konferenser). Den nuvarande sjuksköterskebristen och stängda vårdplatser kan också påverka möjligheterna till ett framgångsrikt införande av SVF.</p>	<p>Mätpunkter: Se över behovet av automatiserad rapportering utifrån frekvens och storlek. Möjligt behov av investeringsäskande för 2016.</p>	VIS behöver projektresurs på totalt 75 %.	VIS			

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 landstinget Dalarna

Nationell satsning på kortare väntetider i cancervården. Handlingsplan Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt.....	2
3.	Nationellt mål 2015	2
4.	Ansvar och roller.....	2
4.1.	Hälso- och sjukvårdsdirektör	2
4.2.	Chefer på alla nivåer	2
4.3.	Medarbetare	2
5.	Beskrivning	2
6.	Handlingsplan kortare väntetider i cancervården 2015.....	3
6.1.	Kommunikation & Samverkan	3
6.1.1.	Patientmedverkan	4
6.2.	Standardiserat Vårdförlopp	4
6.2.1.	Allmänt	4
6.2.2.	Koordinatorsfunktion	5
6.2.3.	Ingång till standardiserat vårdförlopp	5
6.2.4.	Utredning och beslut om behandling	6
6.2.5.	Behandling	7
6.2.6.	Uppföljning	7
6.2.7.	Palliativ vård	7
6.2.8.	Utmaningar & ekonomiska konsekvenser	7
6.3.	Indikatorer för uppföljning av standardiserade vårdförlopp.....	8
6.3.1.	Ledtider för nationell uppföljning	8
6.3.2.	Indikatorer för nationell uppföljning.....	9
6.4.	Kommande Standardiserade Vårdförlopp	9
7.	Plan för kommunikation och implementering	9
8.	Referenser.....	10

1. Syfte och omfattning

Denna handlingsplan syftar till att redovisa Region Gävleborgs planerade förbättringsarbete, insatta åtgärder och i förekommande fall delresultat gällande överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting 2015. Syftet med standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancerområdet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning, behandling och eftervård, rehabilitering och palliativ vård. Målet är att förbättra patienternas prognos och livskvalitet.

2. Allmänt

I överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om nationell satsning på kortare väntetider i cancervården 2015 finns ett antal villkor inlagda. Landstingen ska besluta om att införa standardiserade vårdförlopp. Av beslutet ska framgå landstingsledningens ansvar för införandet av de standardiserade vårdförloppen. Landstingen ska tillsammans med RCC ta fram en handlingsplan för hur ett system med standardiserade vårdförlopp ska införas. I arbetet med handlingsplan ska patientföreträdare involveras (se överenskommelsen).

3. Nationellt mål 2015

Respektive RCC ska samlat in landstingens handlingsplaner och överlämna dem till Regeringskansliet senast 15 mars 2015. Landstingen ska redovisa hur arbetet med handlingsplanen gått senast den 1 november 2015. RCC ska samordna arbetet med redovisningarna i regionen och inlämna rapporterna till Regeringskansliet. Av redovisningen ska framgå att landstingen infört de fem standardiserade vårdförloppen Akut myeloisk leukemi (Blodcancer), Huvud- och halscancer, Matstrupe- och magsäckscancer, Prostatacancer och Cancer i urinblåsa och urinvägar, samt hur landstingen arbetat med vårdförlopp som sträcker sig över landstingsgränserna.

4. Ansvar och roller

4.1. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ansvarar för att handlingsplan upprättas, fastställs, genomförs, följs upp och revideras vid behov.

4.2. Chefer på alla nivåer

Ansvarar för att kommunicera innehåll i planen och skapa förutsättningar för medarbetarna att verka för handlingsplanens mål i både privat och offentlig verksamheten.

4.3. Medarbetare

Ska känna till och ges möjlighet att arbeta utifrån planen.

5. Beskrivning

Många parallella processer pågår inom cancervård för att förbättra och utveckla tillgänglighet av vård. Samverkan inom cancervården sker både inom offentlig och privat förvaltning, samt mellan regioner och landsting. En viktig grundförutsättning för att på ett effektivt sätt öka tillgängligheten är att strukturerna och förutsättningarna för arbetet är tydliga.

Vid satsningar inom hälso- och sjukvården läggs fokus på byggandet av hållbara strukturer. Satsningar inom hälso- och sjukvården görs, eller planeras, för att skapa hållbara strukturer för tillgänglighet inom cancervård. Utifrån hållbara strukturer kan sedan verkningsfulla insatser göras från verksamheterna, enskilt eller tillsammans, för bästa möjliga utfall. Det pågår många olika aktiviteter utifrån Cancerstrategi Gävleborg, regionens handlingsplan inom området cancervård.

6. Handlingsplan kortare väntetider i cancervården 2015

6.1. Kommunikation & Samverkan

Den 5:e mars 2015 fattades ett politiskt beslut i Hälso- och Sjukvårdsnämnden inom Region Gävleborg att delta i den nationella satsningen på kortare väntetider inom cancervården. Hälso- och sjukvårdsledningen har gett cancersamordnaren i uppdrag att, tillsammans med en arbetsgrupp av verksamhetsutvecklare och samordnare, ta fram handlingsplan och genomföra arbetet i befintliga strukturer inom hälso- och sjukvården. Arbetsgruppens deltagare är verksamma inom specialistvården och primärvården med befintlig kommunikations- och processarbetsstrukturer för utveckling och förbättringsarbete som faller inom ramen för arbetet med den nationella satsningen. Arbetsgruppen träffas var 14:e dag och har under 2015 fördelat arbetet med satsningen mellan områdena diagnostik, kirurgi, medicin, onkologi, IT samt privata aktörer för primärvård och specialistvård. En kommunikatör är knuten till arbetsgruppen och Cancerstrategi Gävleborg för att stödja och ta fram kommunikationsplan samt utveckla kommunikationen internt och externt under våren 2015.

Arbetet är påbörjat med att samordna och bedriva information och dialog i syfte att förankra arbetet med SVF bland intressenterna, samt i verksamheterna skapa och stödja förutsättningar för effektivt införande inom privata och offentliga sektorn. Presentation om satsningen och arbetet i Region Gävleborg är genomförda i Hälso- & Sjukvårdsnämnden, Hälso- och Sjukvårdsledningen, divisionsledningsgrupper inom primär- och specialistvård samt ledningsgrupp för bild och funktion, onkologi samt öron- näsa-halssjukvård (ÖNH). Träffar med berörda ledningsansvariga, med genomgång av hinder och möjligheter inom respektive SVF och ledtidsmätning, är genomförda i onkologi, kirurgi, ÖNH, patologi, bild och funktion, primärvård samt medicinskrepresentant för AML på hematologen. Nyckelgrupper som kontaktsjuksköterskor och patientföreningar blev introducerade och presenterade i satsningen på nätverksträff den 13:e februari 2015. En träff med privata aktörer inom specialistvården är inplanerad i mars/april 2015.

En viktig startpunkt för patienter med cancermisstanke är primärvården. Informationsinsatser är genomförda dels via skrift inom verksamhetsområdet primärvård, dels genom presentation på en chefsdag för primärvården. Presentationer av satsningen och arbetet är planerad till befintliga dialogmöten

under våren 2015, där både privat och offentlig driven primärvård är representerade.

6.1.1. Patientmedverkan

Cancersamordnaren har i uppdrag att säkerställa att patientrepresentanter involveras och att delaktighet skapas via aktiv dialog. Det finns etablerade kontakter med de verksamma patientföreningarna i arbetet med Cancerstrategi Gävleborg. I arbetet med den nationella satsningen med kortare väntetider har de verksamma patientföreningarna i Gävleborg och RCC Uppsala Örebro fått information om satsningen och uppdaterat status på arbetet. I arbetet med SVF finns beslut i Cancerstrategi Gävleborg att genomföra fokusgruppsintervjuer med patientrepresentanter som befinner sig i olika delar av ett vårdförlopp i respektive tumörgrupp. Syftet är att skapa möjlighet att fånga upp olika dimensioner ur ett patientperspektiv i arbetet med SVF. Under våren 2015 sker detta för de fyra första SVF. Fokusgruppsintervjuer för den femte SVF, cancer i urinblåsa och urinvägar, är genomfördes under hösten 2014. Patientrepresentanter skall finnas med i det fortsatta arbetet för respektive SVF med början i mars/april 2015 och sedan under hela processarbetet.

En plan för patientens ställning är framtagen och tydligt beskriven i cancerplanen för RCC Uppsala Örebro (se Cancerplanen 2014-2015, RCC Uppsala Örebro).

6.2. Standardiserat Vårdförlopp

6.2.1. Allmänt

Under april 2015 genomförs en riskanalys för respektive SVF och ledtidsmätning i handlingsplanen. Genom att riskerna kartläggs och hanteras ökar Region Gävleborgs möjlighet att nå de uppsatta målen i handlingsplanen 2015. Sex månader efter implementering av respektive SVF ska åtgärdernas effektivitet granskas samt kartlagda risker omvärderas och ev. kompletteras.

Inom primärvården och specialistvården pågår ett arbete med att kartlägga och identifiera nyckelpersoner -grupper och -aktörer för respektive SVF, för att skapa förutsättningar för samverkan och ett effektivt införande inom Region Gävleborg och Uppsala Örebro. Kartläggningen sker mellan februari-april 2015.

Kartläggning och nulägesanalys av SVF prostatacancer och cancer i urinblåsa och urinvägar är genomförda våren 2014 och patientrepresentanter var delaktig i arbete. Information och kommunikation avseende analys om möjligheter och vad som krävs för införandet av SVF prostatacancer och ledtider inom specialistvården och diagnostik är genomförd för specialistvården och är inplanerad för privatvårdgivare och primärvård i mars-april 2015. Utifrån analysen och genomfört arbete av cancer i urinblåsa och urinvägar under 2014 har en ny design av SVF införts och startades upp januari 2015 med syfte att korta ledtider och förbättra prognos och livskvalitet. Information har getts till alla berörda chefer inom primärvård samt specialistvård.

Kartläggning och nulägesanalys av vårdförloppen AML, matstrupe-
magsäckscancer och huvud- och halscancer är påbörjad och slutförs april 2015.
Information och kommunikation avseende möjligheter och vad som krävs för
införandet av SVF och ledtider är genomförd inom specialistvården och
diagnostik och planerad för primärvård och patientrepresentanter samt
patientföreningar mars/april 2015.

Innan implementeringsstart av respektive SVF kommer arbetsgrupper med
nyckelfunktioner och representanter ”gå” vårdförloppen från cancermisstanke
symtom till uppföljning av given behandling. Detta kommer att ske under
augusti/september 2015. I detta arbete säkerställs att inget har förbisetts, att alla
delar i respektive SVF hänger ihop och att samverkan fungerar. Detta är redan
genomfört på SVF cancer i urinblåsa och urinvägar, under hösten 2014.

6.2.2. Koordinatorsfunktion

Nyckelfunktioner gällande koordinatorsfunktionen i primärvården är läkare och
administrativ personal. Under mars-maj 2015 ska arbetsgruppen ta fram och
säkerställa rutiner, underlag och enkla strukturer för rådgivningssjuksköterskan
och läkare från symtom, undersökningar och läkarbesök som föranleder ingång
till utredning enligt respektive SVF. Under mars-maj 2015 ta fram och säkerställa
rutin, underlag och enkel strukturförfarande för läkare och administrativ personal
gällande remisshantering och leverans till utredande enhet i specialistvården inom
utsatt tid för respektive SVF. En framgångsfaktor, tillika aktivitet, är en snabb och
bra remisshantering från primärvården till utredningsenheterna inom
specialistvården för samtliga SVF, mars-maj 2015.

Nyckelfunktioner gällande koordinatorsfunktionen i specialistvården är
administrativ personal, läkare och kontaktsjuksköterskan. Under mars-maj 2015
tas rutiner, underlag och enkla strukturer för administrativ personal, läkare och
kontaktsjuksköterskan fram avseende remisshantering, remissbedömning,
genomföra/beställa undersökning inför första besök på utredande enhet från
remissankomst, boka/kalla/informera/genomföra i utredningsförloppet beroende
på patientutfall enligt respektive SVF (se avsnitt 2-3 i respektive SVF).

Koordination och filtrering avseende SVF cancer i urinblåsa och urinvägar är
uppstartat och rutiner är framtagna under 2014 för att svara mot satt ledtid enligt
SVF. Därigenom undviks onödig väntan från mottagen fastställd välgrundad
misstanke till start av behandling.

6.2.3. Ingång till standardiserat vårdförlopp

Förutsättningar för ingång till SVF i primärvården bygger på enkelhet och att inga
lokala variationer av ”strukturer/arbetssätt” för enskilda SVF finns. Under mars-
maj 2015 sammanställ primärvårdens rutin, enkla strukturer och underlag för
ingång till respektive SVF avseende undersökningar och fynd, en remiss till
utredande enhet innehållande SVF, anamnes, kontaktuppgifter, samt
dokumentation i patientjournal. I detta innefattas att utbilda
rådgivningssjuksköterskor och primärvårdsläkare om ingångar till och

kommunikationsvägar inom respektive SVF. Detta arbete, genomförs april-maj 2015.

En viktig del i interaktionen med patienten om ingång till SVF är att ta fram informationsmaterial och rutiner för att skapa delaktighet för patienten. Anledning till att cancerutredning görs, vad det innebär, förväntad väntetid avseende utredningen av cancermisstanke och välgrundad misstanke om cancer ska framgå enligt respektive SVF. Aktiviteten genomförs under april-maj 2015.

På de utredande enheterna ska rutiner och underlag tas fram och sammanställs så att första kontakten sker inom satta ledtider, samt för att underlätta för medarbetaren att följa och fånga upp symtom och fynd som föranleder välgrundad misstanke för respektive SVF. Detta sker under april-maj 2015.

Sedan januari 2015 arbetar primärvården enligt en ny design av SVF cancer i urinblåsa och urinvägarna, som fastställer de utredningar som krävs för att gå från misstanke till välgrundad misstanke om cancer. En länsövergripande rutin är fastställd och etablering är påbörjad i Region Gävleborg, se rutin "Urothelial cancer, Makrohematuri - Standardiserat vårdförlopp. Länsgemensam rutin hälso- och sjukvård". Informationsmaterial är framtaget till patienten om anledning till utredning, vad det innebär samt förväntad väntetid avseende utredningen av cancermisstanke enligt SVF.

6.2.4. Utredning och beslut om behandling

I samarbete med de utredande enheterna ska under mars-maj 2015 arbetsgruppen ta fram och sammanställa rutiner och underlag inom respektive SVF som avser utredande undersökningar, multidisciplinär konferens (MDK), patientskonsultation med onkolog och beslut om behandling (se respektive SVF avsnitt 3), samt kunskap därom på utredande enheten. En hållbar rutin och struktur med remisshantering, bokningar, kallelser och svar mot patologi samt bild och funktion ska upprättas under mars-maj 2015. I detta arbete infattas även rutin och underlag i samarbetet och samverkan över landstingsgränser mot t.ex. universitetssjukhusen i Uppsala och Örebro gällande utredning, MDK och beslut om behandling, samt förnyad medicinskbedömning.

Enheten för patologi har påbörjat ett arbete med att utvärdera sina styrkort och ta fram åtgärder avseende svarstider enligt respektive SVF. Detta arbete fortgår under mars-maj 2015. För att skapa en möjlighet med utgångspunkt i nuvarande brist på patologer för att leverera PAD-svar på prostatavävnad inom utsatt ledtid, finns ett påbörjat planeringsarbete kommer att fortsätta under 2015 där immunohistokemi infärgar all prostatavävnad. Genom denna förändring är målet att kunna korta processtiden för analys och därmed korta nuvarande ledtiden för PAD-svar till utredande enhet för att nå satt målvärde i SVF.

I samband med diagnos ska patientens- och anhörigas behov (personcentrerad vård) av omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård säkerställas enligt kontaktsjuksköterskans uppdrag och funktion. Här innefattas även säkerställning

av att information och delaktighet tillgodoses. För att tillgodose detta ska samtliga diagnostiserade cancerpatienter under 2015 erbjudas en kontaktsjuksköterska enligt en läns gemensam rutin för Gävleborg. Inom arbetet med vårdplaner slutförs under 2015 ett påbörjat arbete med en gemensam standardisering för samtliga tumörgrupper avseende "Min Vårdplan" i Region Gävleborg, vilket erbjuds patienten från diagnostillfället. "Min Vårdplan" innehåller information om syftet med "Min Vårdplan", kontaktuppgifter, hälsodeklaration, medicinsk fakta och information om sjukdomen, ordlista, planering, tider, tidslinje för nationella SVF och patientens egen tidslinje, information om aktuella behandlingar, information om eventuella studier patienten deltar i, patientens rehabiliteringsbehov och -plan, information om resurser i patientens cancervård, planerad uppföljning, egna anteckningar, information om vad säger jag till barnen, Nära cancer, Ung cancer, anhörigstöd, information från patientförening och regler och rättigheter som patient.

6.2.5. Behandling

Arbetsgruppen ska ta fram, utvärdera och sammanställa rutiner, strukturer och underlag för förebereelser inför och start av den beslutade behandlingen utifrån patientutfall i respektive SVF, vilket sker under april-maj 2015. Utifrån behandling, säkerställs att patientens och anhörigas behov (personcentrerad vård) av omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård, samt att information och delaktighet avseende behandling tillgodoses enligt pågående arbetet med "Min Vårdplan". Arbetet genomförs under 2015.

6.2.6. Uppföljning

Arbetsgruppen ska ta fram, utvärdera och sammanställa rutiner, strukturer och underlag gällande uppföljning enligt det nationella vårdprogrammet för respektive SVF, under april-juni 2015. Detta innebär även att säkerställa att patientens och anhörigas behov (personcentrerad vård) av omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård, samt att information och delaktighet tillgodoses enligt pågående arbetet med "Min Vårdplan" under 2015.

6.2.7. Palliativ vård

Arbetsgruppen ska ta fram, utvärdera och sammanställa rutiner, strukturer och underlag gällande palliativ vård enligt det nationella vårdprogrammet för respektive SVF och palliativ vård, under perioden april-juni 2015. Detta innebär även att säkerställa att patientens- och anhörigas behov (personcentrerad vård) av omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård, samt information och delaktighet tillgodoses enligt pågående arbetet med "Min Vårdplan" under 2015.

6.2.8. Utmaningar & ekonomiska konsekvenser

Ett antal utmaningar eller ekonomiska konsekvenser följer nedan;

- Remissen kommer inte iväg i tid från primärvården. Hantera SVF så ingången till vårdförloppet utgörs av EN enda direkt avsänd remiss från primärvården om cancermisstanke och välgrundad misstanke om cancer.

Påbörjat planeringsarbete avseende att utforma en gemensam remissmall till utredande enhet för samtliga SVF och enkel tillgång till nationellt besluts- och kunskapsstöd i form av tex mobil app innehållande samtliga SVF.

- Ledtid för remissen till ankomst till utredande enhet är för lång. Påbörjat arbete med att ta fram en leveransstruktur oavsett SVF med misstanke eller välgrundad misstanke om cancer till utredande enhet.
- Upprätthålla 14 kalenderdagar till första besök på utredande enhet utifrån nuvarande generella brist på Urologer nationellt. Här finns inget enkelt svar ett förslag är att nivåstrukturering av urologin.
- Cancerpatienter tränger undan andra patientkategorier. Undvika undanträngningseffekter på bild & funktion genom att arbeta med måldatum för undersökning och svar.
- Brist på endoskopister.
- Brister i tillgång på PET- undersökning som kommer stort i flera av nästa års vårdförlopp men till viss del även i de som är aktuella nu.
- Brist på tillgänglighet av omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård för patienter och anhöriga, bla utifrån tillgång på paramedicinska resurser och att kontaktsjuksköterskefunktionen ej är helt utbyggd. En planerad aktivitet att ta fram vilka kompetenser som saknas och brister som finns utifrån beskrivna SVF. Utifrån kartläggning och nulägesanalys planera och sätta in lämpliga åtgärder för täcka in resurs behov i form av tex kompetensutveckling.
- Upprätthålla ledtider i utredningsfasen som går över landstingsgränserna. Påbörjat planeringsarbete att samverka/samarbeta med respektive landstingsrepresentant ansvarig för utformning och utförande för berörda SVF som går över landstingsgränserna. Innefattar även leverans av ledtider till SVF ansvarig.
- Svarstid på PAD inom satta ledtider överskrids inom respektive SVF utifrån nuvarande brist på patologer. Här finns inget enkelt och kortsiktigt svar en del är att fortsätta att utveckla digitalpatologi och nationellt öka samvekan/samarbetet inom området och kan en nivåstrukturering genomföras inom respektive RCC eller nationellt.
- En kostnadsökning konsekvens är tex immunohistokemi infärgning av samtliga biopsi av prostatavävnad för att effektivisera analysprocessen och nå ledtidsmålet på PAD-svar.

6.3. Indikatorer för uppföljning av standardiserade vårdförlopp

6.3.1. Ledtider för nationell uppföljning

Arbete har påbörjats i dialog med IT- avdelningen och verksamheten för att säkerställa leverans av mätning av ledtid för följande mätpunkter:

- Remissbeslut: den dag då remissen upprättades/dikterades (remissens dokumentdatum)
- Start av behandling

Registrering kommer att ske i vårdadministrativsystemet Elvis. Målsättningen är att hitta samsyn för märkning av remisser med välgrundad misstanke och för samtliga SVF. Utöver dessa kodningar kommer ICD- 10 användas för diagnosättning samt KVÅ- kod för vårdåtgärd för respektive SVF.

Beställning av rapporter har skett till landstingets beslutsstödsystem Cyklop. Detta system hämtar information från regionens olika källsystem. I detta ingår även att få ledtider från andra landsting där SVF involverar ett annat landsting.

6.3.2. Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer kommer att kunna följas upp i beslutsstödsystemet Cyklop.

- Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med ”standardiserat vårdförlopp för respektive cancerdiagnos”.
- Andel patienter av de som anmälts till SVF som fått respektive diagnos.
- Andel patienter av de som fått respektive diagnos som anmälts till SVF.

6.4. Kommande Standardiserade Vårdförlopp

I uppdraget som cancersamordnaren har fått innefattas att, för samtliga SVF och tillsammans med arbetsgruppen, samordna och bedriva information och dialog i syfte att förankra arbetet. Detta för att skapa och stödja förutsättningar för effektivt införande inom privata och offentliga sektorn.

I det påbörjade arbetet (aktiviteter beskrivna ovan) samt avseende kommunikation och förankring i primär- och specialistvården har utgångspunkten innefattat samtliga tumörgrupper. Detta innebär att arbetet med införandet av SVF är känt för samtliga processer som berörs inom hälso- och sjukvården. Samtliga vårdprocesser i ett SVF kommer att genomlysas och arbetas igenom, i tät samarbete med de verksamheter som berörs. Ingen åtskillnad har gjorts i samarbetet med patientföreningarna.

7. Plan för kommunikation och implementering

Handlingsplanen fastställs i Region Gävleborgs integrerade ledningssystem. Efter granskning och fastställande är planen tillgänglig för all personal med regionsinloggning.

Planen är en del i redovisning till RCC Uppsala Örebro och i Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting i nationell satsningen på kortare väntetider i cancervården 2015.

8. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om Nationell satsning på kortare väntetider i cancervården - 2015	http://www.cancercentrum.se
Standardiserat vårdförlopp	http://www.cancercentrum.se
HSN beslut	Platina
Cancerplan 2014-2015 RCC Uppsala Örebro	http://www.cancercentrum.se/sv/uppsalaorebro/
Cancerstrategi Gävleborg	http://www.regiongavleborg.se/
Urothelial cancer, Makrohæmaturi - Standardiserat vårdförlopp. Länsgemensam rutin hälso- och sjukvård	Platina

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Standardiserat vårdförlopp, Urothelial cancer - Makrohematuri. Länsgemensam rutin hälso- och sjukvård

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt.....	1
3.	Ansvar och roller.....	1
3.1.	Verksamhetschef/vårdenhetschef	1
4.	Beskrivning	2
4.1.	Primärvård/ HC.....	2
4.2.	Remisser	2
4.2.1.	Remiss till urologmottagningen	3
4.2.2.	Remiss till röntgen.....	3
4.3.	Information till patienten, kommunikation och delaktighet	3
5.	Plan för kommunikation och implementering	3
6.	Dokumentinformation.....	4
7.	Referenser.....	4

1. Syfte och omfattning

Dokumentet anger handläggningsrutiner inom primärvården för ett **Standardiserat vårdförlopp vid Urothelial Cancer, Makrohematuri** inom Region Gävleborg

Rutinen gäller för landstingsdrivna och privata hälsocentraler inom Region Gävleborg

2. Allmänt

Syftet med standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning, behandling och eftervård, rehabilitering och palliativ vård. Målet är att förbättra patienternas prognos och livskvalitet.

Urothelial Cancer är ett av de fem prioriterade standardiserade vårdförloppen som ingår i den nationella satsningen.

.

3. Ansvar och roller

3.1. Verksamhetschef/vårdenhetschef

Ansvarar för att rutinen blir känd och tillämpas på enheten

4. Beskrivning

4.1. Primärvård/ HC

Patient som kontaktar HC för makrohematuri bokas in på besök enl. rådande praxis. **Rådgivningsjuksköterskan eller annan utsedd person** säkerställer att läkaren får/har information om det standardiserade vårdförloppet för Urothelial Cancer, makrohematuri enligt innehållet i denna rutin.

Säkerställ att läkaren har tillgång till:

- Patientbroschyren om makrohematuri. Tryckt broschyr kan beställas på Region Gävleborgs hemsida:
<http://www.regiongavleborg.se/informationsmaterial>
- Patientbroschyren ”Tobaksfri i samband med din operation” delas ut till tobaksbrukande patienter. Tryckt broschyr kan beställas på Region Gävleborgs hemsida: <http://www.regiongavleborg.se/informationsmaterial>
Patientinformationen finns även i Platina:
<http://platinadoksok.lg.se/DocSearch/downloadfile.aspx?objectID=127575>
- Hälsodeklaration. <http://platinadoksok.lg.se/DocSearch/downloadfile.aspx?objectID=94819>. Återfinns även på Region Gävleborgs hemsida

Primärvården gör de utredningar som krävs för att gå från misstanke till 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.
- Observera att bakteriuri eller blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med makroskopisk hematuri enligt definitionerna ovan har en bakomliggande urinblåsecancer.

Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt det standardiserade vårdförloppet.

4.2. Remisser

Remisserna ska skickas samma dag till specialistvården. **OBS 2 remisser.**

4.2.1. Remiss till urologmottagningen

Använd den operationsförberedande remissen. Remissen finns i PMO. På remissen finns en ruta **Standardiserat vårdförlopp, informera patienten och kryssa i rutan. Ange förlopp: Urothelial cancer – Makrohematuri.**

Remiss finns även på Region Gävleborgs hemsida för de enheter som ej har PMO. <http://www.regiongavleborg.se/A-O/Vardgivarportalen/halsovalet/Dokument-och-rutiner/Samverkansdokument/Kirurgi/>

4.2.2. Remiss till röntgen

Märk remissen **Standardiserat vårdförlopp: Urothelial cancer – Makrohematuri.**

Ta kreatinin och ange på remissen att det är taget (Gäller Region Gävleborgs lab.). *Om provtagning sker utanför Region Gävleborg måste svar ges muntligen till röntgen dagen efter.*

Ingen förändring görs om var remisserna skickas. Remisser till röntgen i Söderhamn sorteras av röntgen och patienterna blir kallad till Bollnäs.

4.3. Information till patienten, kommunikation och delaktighet

Den som remitterar ska informera patienten om:

- att det finns anledning att utreda välgrundad cancermisstanke enligt standardiserat vårdförlopp
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- vilka väntetider patienten kan förvänta sig
 - Majoriteten av patienterna som kissar blod har ingen allvarlig sjukdom. För att utesluta att detta symptom orsakas av förändringar i urinvägarna t.ex. sten eller cancer ska utredning göras skyndsamt. Utredningen inkluderar en röntgen av urinvägarna och besök hos urolog.
 - Efter att ni skickat remiss kontaktas patient av kirurgmottagningen. Patienten bokas in **inom en vecka** för en utredningsdag där röntgen, provtagning, besök på urologmottagningen samt ev. op-planering sker samma dag.
- Informera patienten att hälsodeklarationen ska fyllas i inför besöket vid specialistvården

5. Plan för kommunikation och implementering

Information till privata Hälsocentraler sker via HVK. Information till landstingets hälsocentraler sker i linjen, via nyhetsbrev, chefsdag bl.a.

6. Dokumentinformation

Denna rutin är framtagen av delar av arbetsgruppen inom ramen för makrohaturiprojektet. Johan Hansson VC Kirurgi, Tommy Lundmark chefläkare Division Primärvård, Anna Eriksson verksamhetsutvecklare, hälso-och sjukvårdsförvaltningen, Peter Larsson leansamordnare, hälso-och sjukvårdsförvaltningen. Rutinen är även granskad av Börje Svensson medicinsk rådgivare hälsovalskontoret.

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
09-94819 Hälsodeklaration inför operation eller undersökning	Platina
Operationsförberedande remiss	www.regiongavleborg.se
02-127575 Patientbroschyren ”Tobaksfri i samband med din operation”	www.regiongavleborg.se/informationsmaterial/ Platina
Patientbroschyr om makrohaturi	http://www.regiongavleborg.se/informationsmaterial
09-44200 Urologiska diagnoser, handläggning landstinget Gävleborg	Platina

Projektplan

*Makroskopisk Hematuri
Ett projekt inom Landstinget Gävleborg*



Innehåll

1	Mål	3
1.1	Bakgrund och projekttidé	3
1.2	Projektets mål	3
1.3	Mätetal.....	4
1.4	Patientmedverkan.....	4
1.5	Avgränsningar.....	4
2	Plan och kalkyl	5
2.1	Beslutspunkter	5
2.2	Projektkalkyl.....	6
2.3	Projektets prioritering	6
3	Organisation	6
4	Arbetsformer	7
4.1	Informationsspridning.....	7
4.2	Arbetsformer, övrigt	7
5	Risker	7

Utgåvehistorik för dokumentet

<Här redovisar du vad som skiljer mellan de olika utgåvorna av projektplanen genom att övergripande ange syfte och orsak till ändringen.>

Utgåva	Datum	Kommentar
1	17/9-14	Första versionen
2	24/10-14	Uppdaterad med mål och mått, proj.org.

Basfakta

Godkännande

<Projektplanens giltighet bekräftas genom underskrifter av respektive part. Den godkänns formellt i styrgruppen vilket dokumenteras i ett styrgruppsprotokoll.>

Projektplanen godkänd av:

Styrgruppsordförande:

Projektledare:

.....

<Nnnn Nnnn>

.....

<Nnnn Nnnn>

1 Mål

1.1 Bakgrund och projekttid

I kömiljardsöverenskommelsen för 2014 har Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, fått i uppdrag att genomföra ett nationellt samordningsprojekt, och prestationsmedel finns avsatta för deltagande landsting. Syftet med samordningsprojektet är att ge möjlighet för alla landsting och regioner att lyckas ännu bättre i arbetet för en god tillgänglighet. **Projektets fokus ska vara patientens hela väg genom vården.**

Idén är att korta och förenkla handläggningen av patienter med makroskopisk hematuri i syfte att identifiera de patienter med bakomliggande tumörsjukdom som är behjälpliga av snabb handläggning för att förbättra överlevnad.

1.2 Projektets mål

<Redovisa mätbara resultatmål och processmål inom varje målområde.>

Projektets målområden

1. Minska slöseri med patienters tid

Resultatmål: Förkorta genomloppstiden från att patienten kontaktat vården tills att patienten är opererad. 100% av pat. med makroskopisk hematuri med tumörsjukdom i urinblåsan ska vara opererade inom 4v.

Processmål 1: 100% av pat. med makroskopisk hematuri ska få röntgen inom 1v.

Processmål 2: 100% av röntgensvaren ska vara kirurgen tillhanda torsdag kl 09:00 innevarande vecka

Processmål 3: 100% av patienterna som godkänt att bli uppringd ska ringas upp samma dag som röntgensvaret levereras från röntgen.

Processmål 4: 100% av patienterna har fått adekvat information vid besöket på hälsocentralen.

Processmål 5: 100% av patienterna ska acceptera att bli kontaktade via telefon.

Processmål 6: 100% av patienterna ska vara opererade inom 2v efter kontakt med ssk urologmottagning.

2. Förbättra patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet

Resultatmål 1: Patienterna ska uppleva en ökad nöjdhet med utredningsförloppet med fokus på patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet. Mäta nöjdheten via skattning. Frågor med skala från 1-5 med möjlighet till fritext. Intervjuer alt frågeformulär till berörda patienter i flödet. Mäts i november 2014 (innan flödet ändrats) samt efter förändrat flöde.

3. Öka nöjdhet hos medarbetare

Resultatmål: Förbättrad nöjdhet i hela flödet, 70% av medarbetarna ska uppleva flödet som bättre. Måta nöjdheten via skattning – Hur tycker ni att processen för makrohematuripatienter fungerar. Skala från 1-5 med möjlighet till fritext. Intervjuer alt frågeformulär till berörda medarbetare i flödet.

Processmål 1: 80% berörda medarbetarna i primärvården ska uppleva flödet som bättre.

Processmål 2: 80% av berörda medarbetarna på röntgen ska uppleva flödet som bättre.

Processmål 3: 80% av berörda medarbetarna på kirurgen ska uppleva flödet som bättre.

Processmål 4: 80% av berörda medarbetarna på anestesin ska uppleva flödet som bättre.

1.3 Mätetal

Se Ovan

1.4 Patientmedverkan

Patienter bjuds in till fokusgruppsmöten där erfarenheter diskuteras.

1.5 Avgränsningar

Arbetet med att etablera kontaktsjuksköterska ingår ej.

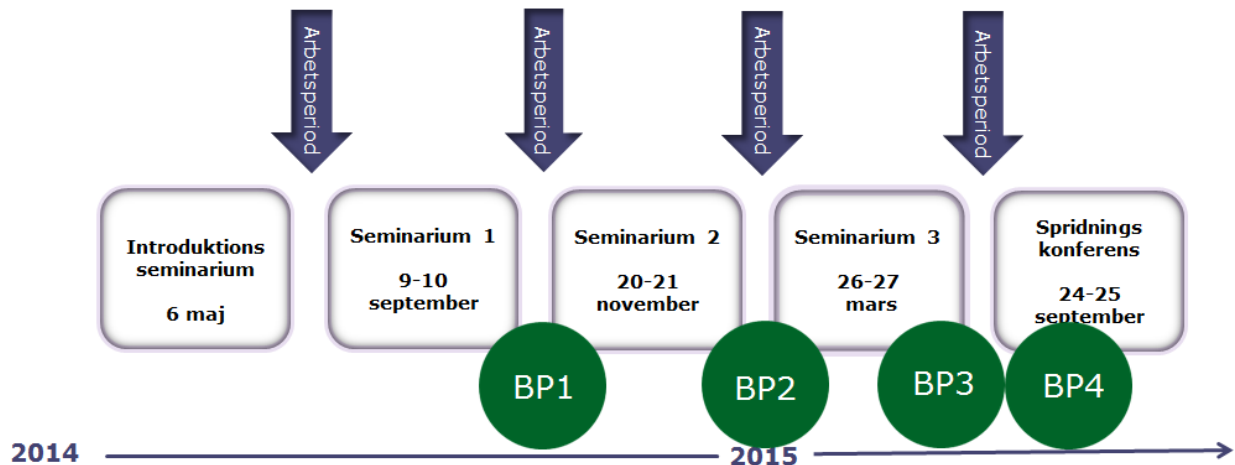
Utveckling av nya vårdplaner ingår ej.

Patienter som inte har tumörsjukdom i blåsan ingår ej

Införandet av e-remitter är ett eget projekt som pågår där vi inte har något ansvar men utkomsten av arbetet påverkar makrohematuriprojektet positivt.

2 Plan och kalkyl

2.1 Besluts punkter



Följande besluts punkter (BP) är definierade:

Datum	BP	Beskrivning
22/9 2014	BP1	Beslut om att godkänna Projektplanen. Beslut om rollerna, vem gör vad. Beslut om hur patientmedverkan ska ske Beslut om vilka punkter i Risklistan som kräver åtgärder. Beslut om tester och aktiviteter <i>Beslutsunderlag är Projektplan, Statusrapport och Risklista</i>
15/12 2014	BP2	Beslut om att fortsätta eller förändra projektarbetet. Beslut om förändrat patientflöde. Beslut om vilka punkter i Risklistan som kräver åtgärder. Beslut om tester och aktiviteter <i>Beslutsunderlag är Statusrapport, Värdeflödesanalys och Risklista</i>
	BP3	Beslut om att fortsätta eller förändra projektarbetet. Beslut om vilka punkter i Risklistan som kräver åtgärder. Beslut om tester och aktiviteter <i>Beslutsunderlag är Statusrapport och Risklista</i>
	BP4	Beslut om att fortsätta eller förändra projektarbetet. Beslut om vilka punkter i Risklistan som kräver åtgärder. Beslut om tester och aktiviteter Godkännande av slutrapport Beslut om fortsatt arbete <i>Beslutsunderlag är Statusrapport, Slutrapport och Risklista</i>

2.2 Projektkalkyl

< Ange behovet av personella resurser, redovisa antalet timmar per person eller resursslåg.
Ange de utlägg som krävs för att genomföra projektet, inköp av material, utrustning eller delar
av projektets resultat >

Kalkylpost	Timmar	Kostnad
Projektmöten, timmar per person (8 personer, ca 7 möten)	7*1*8=56h	
Lärandeseminarium U: 7*8h 1: 3*2*8+3*2*8h 2: 3*2*8+11*2*8 3: 3*2*8+11*2*8 SK: 3*2*8+11*2*8	600h	
Framtagande av material, rutiner, checklistor	60h	
Informationsmöten	20h	
Övrig tid i projektet	40h	
Summa:	776h	388 000:-

2.3 Projektets prioritering

<Ange önskemål/krav på prioritering av projektet. Anges lämpligen som decimaltal med
summan = 1,0>

Prioritering: Resultat Tidpunkt Kostnad

3 Organisation

Roll	Namn	Tel/E-postadress
Projektägare	Johan Hansson (VC Kir)	joan.j.hansson@lg.se
Styrgrupp	Ulla Waxin (DC Div Primärvård)	ulla.waxin@lg.se
	Helena Björkman (DC Div Op)	helena.bjorkman@lg.se
	Petra Lindstedt (DC Div Diagnostik)	petra.lindstedt@lg.se
Projektledare	Peter Larsson (Leansamordnare Div Op)	peter.a.larsson@lg.se
Team	Johan Hansson (VC Kir)	joan.j.hansson@lg.se
	Caroline Westblom (AT-Läkare)	caroline.westblom@lg.se
	Stig Wallgren (Läkare Rtgn Gävle)	stig.wallgren@lg.se
	Kerstin Johansson (Ssk KIR)	kerstin.e.johansson@lg.se
	Anna Eriksson (VU Div Primärvård)	anna.g.eriksson@lg.se

	Magnus Hjelm (VEC Rtgn Gävle)	magnus.hjelm@lg.se
	Tommy Lundmark (Läkare PV)	tommy.lundmark@lg.se
	Anestesirepresentant	
Patientrepresentant	Fokusgrupp	
Handledare	Anna Eriksson (VU Div Primärvård)	anna.g.eriksson@lg.se

4 Arbetsformer

4.1 Informationsspridning

Se kommunikationsplan

4.2 Arbetsformer, övrigt

Videomöten möjliggörs.

5 Risker

<Redovisa de risker som har identifierats på Risklistan. Redovisa också vilka åtgärder som skall genomföras. Använd mall "Risklista" >



Risklista.xls

Bilagor och referenser

Bilagor

Bilaga	Dokumentnamn	Datum
1	Risklista	2014-09-12

Referenser

Ref.		Datum



Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015- Landstinget Sörmland

	AKTÖRER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS (översiktligt)
Politiskt beslut fattat att delta i ledtidssatsningen	Landstingsstyrelsen	Beslutsärende i LS	141216 Återkommande	Cancerrådet		Beslut fattat se bil.1.	
1. Hur avser landstinget/regionen att bedriva information och dialog i syfte att förankra arbetet med SVF¹ och i verksamheterna för att skapa förutsättningar för ett effektivt införande	Samtliga verksamhetschefer i Hälso- och sjukvården	Info korta väntetiderna inom cancervården och standardiserat vårdförlopp, SVF	Återkommande under året	Cancerrådet	Stående punkt AU Cancerråd	Första info 150127	
	1:a linjechefer	Info korta väntetiderna inom cancervården och SVF	Återkommande under året	PL, Projektledare Cancerrådet	Stående punkt AU Cancerråd	Flera ggr dec -14	
	Kontaktsjuksköterskor	Info korta väntetiderna inom cancervården, SVF Nätverksträffar	April- november	PL, Cancerrådet	PL, Cancer- rådets AU	Under planering	Medel för kontakt ssk avsätts under införandet
	Medicinska rådgivare i primärvården	Info korta väntetiderna inom cancervården, SVF	Mars och vid behov	Cancerrådet ordf + PL	Stående punkt AU Cancerråd	150310	
	Verksamhetschefer i primärvården både offentliga och privata	Info korta väntetiderna inom cancervården och SVF Hälsovalsmöte	April och återkommande under året	Cancerrådet, Projektledare, PL	Stående punkt AU Cancerråd	Första info 150414	



1 forts. Hur avser landstinget/regionen att bedriva information och dialog i syfte att förankra arbetet med SVF ² och i verksamheterna för att skapa förutsättningar för ett effektivt införande	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
	Läkare	Info korta väntetiderna inom cancervården och SVF Olika läkarforum	Återkommande Under året	Cancerrådet, ordf	Stående punkt AU Cancerråd	150226	
	Specialisttandläkarna	Info korta väntetiderna inom cancervården och SVF	Våren	Cancerrådet, ordf		Påbörjat	
	Allmänhet	Via webb - Info korta väntetiderna inom cancervården och SVF	Mars-dec	Cancerrådet PL	Cancerrådet AU	Påbörjat	
	Politiker	Möten -Info korta väntetiderna inom cancervården och SVF	Återkommande	Cancerrådet	Stående punkt AU Cancerråd	Första info 141216	
	Information	Kommunikationsplan	Mar-dec	Info/cancerrådet	löpande	Påbörjad	
2. Implementering av Standardiserat vårdförlopp	Patientföreträdare, primärvården <u>Medicinklinikerna</u> , onkologkliniken, radiologklinikerna, labmedicin, vårdplats- enheterna, Anestesi/IVA- klinikerna och paramedicin	Formera arbetsgrupp <u>Blodcancer (AML)</u> Kartlägga hur införande av STV ska genomföras Genomföra SVF	Mars Våren September	Berörda verksamhets- chefer, divisions- chefer och processledaren/ processstödjaren	PL, Cancerrådet divisionschef medicin, verksamhets- chefer medicin- klinikerna	Påbörjat	Medel avsätts för process- ledare, proces- stödjare under införandet ca 1 år enligt landstingets processmodell



Fortsättning 2. Implementering av Standardiserat vårdförlopp	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
	Patientföreträdare, primärvården, <u>Kirurg- och urologklinikerna</u> , onkologkliniken, radiologklinikerna, labmedicin, vårdplats-enheterna, Anestesi/IVA-klinikerna, klin fys och paramedicin	Formera arbetsgrupp För <u>Cancer i urinblåsa och urinvägar</u> Kartlägga hur införande av SVF ska genomföras Genomföra SVF	Mars våren september	Berörda verksamhetschefer, divisionschefer och processledaren/ processtödjaren	PL, Cancerrådet samt Divisionschefen kirurgi, Verksamhetschefer kirurg-klinikerna	Påbörjat	Medel avsätts för processledare, processtödjare under införandet ca 1 år enligt landstingets processmodell
	Patientföreträdare, primärvården, <u>Kirurg-och urologklinikerna</u> , onkologkliniken, radiologklinikerna, labmedicin, vårdplats-enheterna, Anestesi/IVA-klinikerna och paramedicin	Formera arbetsgrupp för <u>Matstrups- och magsäckscancer</u> Kartlägga hur införande av SVF ska genomföras Genomföra SVF	Mars våren september	Berörda verksamhetschefer, divisionschefer och processledaren/ processtödjaren	PL, Cancerrådet samt Divisionschefen kirurgi, Verksamhetschefer kirurg-klinikerna	Påbörjat	Medel avsätts för processledare, processtödjare under införandet ca 1 år enligt landstingets processmodell
	Patientföreträdare, primärvården, <u>ÖNH-kliniken</u> , onkologen, radiologklinikerna, labmedicin, vårdplats-enheterna, Anestesi/IVA-klinikerna, paramedicin, tandvård och RSÖ	Formera arbetsgrupp För <u>Huvud- och halscancer</u> Kartlägga hur införande av SVF ska genomföras Genomföra SVF	Mars April September	Berörda verksamhetschefer, divisionschefer och processledaren/ processtödjaren	PL, Cancerrådet samt Divisionschefen kirurgi, Verksamhetschefer kirurg-klinikerna	Pågår men ska formaliseras. Patientmedverkan finns.	Medel avsätts för processledare, processtödjare under införandet ca 1 år enligt landstingets processmodell



Forts	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
2. Implementering av Standardiserat vårdförlopp	Patientföreträdare, primärvården, <u>Kirurg- och urologklinikerna</u> , onkologkliniken, radiologklinikerna, labmedicin, vårdplats-enheterna, Anestesi/IVA-klinikerna	Arbetsmöten i befintlig processgrupp för <u>Prostatacancer</u>	Mars	Berörda verksamhetschefer, divisionschefer och processledaren/processstödjaren	PL, Cancerrådet samt Divisionschefen kirurgi, Verksamhetschefer kirurgklinikerna	Pågår	Medel avsätts för processledare, processstödjare under införandet ca 1 år enligt landstingets processmodell
		Kartlägga hur införande av STV ska genomföras	April				
		Genomföra SVF	September				
	Berörda i hela vårdkedjan för de fem SVF, patientföreträdare+ stödprocesser	Workshop med kartläggning nuläge, processflöde idag och vad behöver göras för att införa SVF	April- Maj, en dag	Cancerrådet PL arbetsgrupp	Cancerrådet	Under planering	
3. Vad krävs för att involvera patientföreningar i arbetet med SVF?	Patientföreningar inom cancerområdet Ung cancer Nyköping tillsammans i fighten mot cancer	Info korta väntetiderna inom cancervården, SVF Patientföreträdare ska ingå i Processgrupperna för respektive SVF Patient/anhörig företrädare ska ingå i Cancerrådet /arbetsgrupp Anordna Fokusgrupper	Återkommande Mars-dec april och framledes maj-sep	Cancerrådet Cancerrådet Processledaren/processgrp Cancerrådet, PL Cancerrådet, PL arbetsgrupp	Cancerrådet Hälso- och sjukvårdsledningen, HSL Cancerrådet	150313 infomöte Näckrosbröder och Aurora Patientföreträdare ingår i processgruppen för prostatacancer	Resersättning för patient- och anhörigmedverkan



	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
4. Vad krävs för att involvera privata vårdgivare i arbetet med SVF?	Primärvård, privata VC Achima care Fristaden Smeden Centrum i Flen Vår vårdcentral K-holm Stadsfjärden Nyköping Kyrkbacken, Strängnäs Familjedoktorerna, Strängnäs och Eskilstuna	Info korta väntetiderna inom cancervården, SVF på Hälsovalsmöte för <u>samtliga</u> verksamhetschefer i primärvården Tydligt information på webben, om välgrundad misstanke och SVF, helst via nationell plattform "Taggad remiss välgrundad misstanke"	April-dec Före sommaren	Hälsovalschefen Cancerrådet, PL Cancerrådet, PL	Cancerrådet Hälsoval Cancerrådet	150414 första info	
	Urolog Eugen Yuhui Wang, Eskilstuna Per Corell Nyköping	Info korta väntetiderna inom cancervården, SVF Tydligt information på webben, om välgrundad misstanke och SVF, helst via nationell plattform "Taggad remiss välgrundad misstanke"	April-dec	Hälsovalschefen Cancerrådet, PL	Cancerrådet och Hälsoval	Under planering	
	ÖNH Staffan Henriksson Eskilstuna	Info korta väntetiderna inom cancervården, SVF Tydligt information på webben, om välgrundad misstanke och SVF, helst via nationell plattform	April-dec	Hälsovalschefen Cancerrådet, PL	Cancerrådet och Hälsoval	Under planering	



	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
5 Vilket stöd krävs för att införa SVF(5 diagnoser) 2015 5 a Välgrundad misstanke i primärvården	RCC i samverkan SKL	Införa tydligt webb info om välgrundad misstanke, helst på nationell plattform.	Våren	LtS representant i RCC	Cancerrådet, divisionschef och verksamhetschefer i primärvården	Påbörjat	Informationswebbresurser kommer att behövas
	Info/webb arbetsgrupp	Tydlig info och lätt att hitta på webben	Mars-april	Webbredaktör Divisionschef primärvården + Cancerrådet PL		Påbörjat	
	D-data, Utvecklingsenheten, UTVHS	Lägga in frastext i remissen	April-augusti				
	Allmänläkarna i Sörmland och utbildare	Skriv rutin "taggad remiss" och införa utbildning, allmänläkardagarna	Hösten	Cancerrådet			
5 b Välgrundad misstanke i den specialiserade vården	RCC i samverkan SKL	Införa tydligt webb info om välgrundad misstanke, på nationell plattform	Våren	LtS representant i RCC	Cancerrådet, divisionschefer och verksamhetschefer inom berörda		Informationswebbresurser kommer att behövas
	Info/webb arbetsgrupp	Tydlig info och lätt att hitta på webben	Mars-april	Webbredaktör, berörda divisionschefer Cancerrådet, hälso- och sjukvårdsledning en, HSL			
	D-data, UTVHS	Lägga in frastext i remissen	April-augusti				
		Skriv rutin "taggad remiss" och införa Utforma en rutin för respektive SVF Info/utbildning i nytt arbetssätt	Senast efter sommaren Senast efter sommaren		Respektive processledare Projektarbetsgruppen	Förslag finns på ÖNH 150302	



	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
5c <i>Koordinatorfunktioner inom den specialiserade vården</i>	Prostacancerprocessgruppen Blodcancerprocessgruppen Urinblåseprocessgruppen Huvudhalscancerprocessgrupp Matstrups- och magsäcks-cancerprocessgrupp	Utifrån nuläge, kartlägga volymer på remisser och tidsbokning etc hur koordinatorsfunktion ska bemannas för bästa flöde. Testa ett eller flera olika arbetssätt för koordinatorsfunktion Skriva rutin för koordinatorsfunktion	April-maj April-september Hösten	Respektive processledare/ Stödjare Processgrupperna och projektarbetsgruppen	PL, Cancerrådet PL, Cancerrådet	Ej påbörjat	Ej beräknat men om så krävs måste medel avsättas
5 d <i>Reserverade tider hos utredande enheter?</i>	Radiologenheter, Labmedicin/Unilabs i samverkan med berörda enheter=beställare av tjänsterna IT- kompetens; D-data	Kartlägga nuläge och identifiera hur processerna skulle kunna standardiseras och hur reserverade tider skulle kunna hanteras Testa förslag Införa enligt bästa test	Feb-april Maj-september	Processledarna/ processtödjarna tillsammans med PL	Cancerrådet Divisionschef kirurgi, Verksamhetschefer medicin- och kirurgkliniker samt ÖNH	Påbörjat.	Under utredning
5 e <i>Rutin för kontakt med landsting/region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen</i>	HSL, berörda divisioner, RSÖ, UAS, KS och eventuellt andra regionsjukhus samt berörda kliniker	Dialogmöten med berörda parter	hösten	Divisionschefer och verksamhetschefer inom berörda SVF	HSL, Cancerrådet	Avtalsreglerat	



	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
6. Vilka åtgärder krävs i befintliga system för att kunna följa resultaten av SVF? (it-stöd PAS?)	D-data System Cross landstingen Orbit Arbetsgrupp med IT-kompetens	Nuläge vilka data hämtas var i systemen. Utveckla "rapporteringsverktyg" för de SVF-mätpunkter	mars-dec 2015 ev längre April-sept	HSL+ IT chef Cancerrådet, PL	HSL Cancerrådet	Vi fångar de första tre mätpunkterna via journal-systemet, om behandling är operation och troligen även för övrig behandling. Tester pågår.	Ej beräknat, kommer att krävas IT-resurser
7. Vilka åtgärder behöver landstinget genomföra för att kunna införa fler SVF under 2016:	Projektgrupp och berörda verksamheter Arbetsgrupp med IT-kompetens Info, webb arbetsgrupp PLUSS- förvaltning	Utvärdera och analysera pilotverksamheten SVF. "Taggad remiss" Remissmallar/frastexter Beslutsstöd för välgrundad misstanke på Intranätet/webb Utbildning Regelbunden återkoppling ledtider, utdata Indikator/er i PLUSS, landstingets uppföljnings-system, enligt den ledtid man är delaktig för, i SVF.	Kvartal 4 -15 Okt -15, förslag ingå i mål 2016	Processledare/p rocesstödjare och berörda verksamhetschefer	Cancerrådet HSL		Ej beräknat, kommer att krävas IT-resurser



	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
7 a Primärvård (få PV delaktig, använda taggade remisser mm)	Arbetsgrupp IT Webbredaktör/er Primärvården D-data PLUSS- förvaltning	"Taggad remiss" Remissmallar/fratexter Beslutsstöd för välgrundad misstanke på Intranät/webb Utbildning Regelbunden återkoppling om ledtider, utdata Indikator/er i PLUSS, enligt den ledtid man är delaktig för, i SVF.	Våren Efter sommaren Bör ingå i mål/indikator 2016	Verksamhets- cheferna i primärvården Projektarbets- grupp HSL	Cancerrådet HSL	Påbörjat	
7 b, Patologi	Unilabs/Labmedicin IT-arbetsgrupp Unilabs PLUSS- förvaltning	Processkartläggning inom respektive cancergrupp "Taggning av remiss" Remiss med frastext Utdata regelbundet till berörda verksamheten Indikator/er i PLUSS, enligt den ledtid man är delaktig för, SVF.	Våren April- september Bör ingå i mål/indikator 2016	Processledare/ processtödjare och berörda verksamhets- chefer, Projekt- arbetsgrupp HSL	Cancerrådet HSL	Oro finns för att PAD- svar inte ska levereras i tid för att uppnå ledtiderna enligt SVF	



	AKTÖRER	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING	STATUS/ KOMMENTAR	EKONOMISK KONSEKVENNS
7 c, Bild och funktionsdiagnostik	Respektive radiologenheter samt berörda processgrupper Respektive radiologenheter samt berörda processgrupper D-data, arbetsgrupp PLUS- förvaltning	Processkartläggning inom respektive cancergrupp Testa reservation av tider för att säkerställa ledtid i respektive process. Kartläggning av konsekvenser reserverade tider och åtgärd Taggning av remiss Remiss med frastext Utdata regelbundet till berörda verksamheten Indikator/er i PLUS, enligt den ledtid man är delaktig för, SVF.	Våren April-september April-september Efter sommaren Bör ingå 2016	Processledare/ processtödjare och berörda verksamhetschefer Projektarbetsgrupp HSL HSL	Cancerrådet HSL	.	
7 d, Rutin för kontakt med landsting/region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen		Utvärdera och analysera pilotverksamheten SVF 2015. Behov av avtalsförändringar?	Hösten 2015	Processledare/ processtödjare och berörda verksamhetschefer	Cancerrådet HSL		



BEMANNING - KORTARE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN – LEDTIDSSATSNING VARJE DAG RÄKNAS STANDARDISERADE VÅRDPROCESSER			
Övergripande ansvar	Ansvarig		
Landstingsledningen	Jan Grönlund, LD		
Hälsa- och sjukvårdsledningen	Jörgen Striem, Hälsa- och sjukvårdschef		
Styrgrupp	Ansvarig		
Lokala cancerrådet	Svante Sjöstedt, Ordförande		
	Görel Wachtmeister chefsläkare, Per-Olov Gustafsson Chefsläkare landstingsdirektörens stab och representant för samverkans nämnden, Pehr Lind Verksamhetschef Onkologiska kliniken Sörmland, Marie Portström chefsläkare primärvården, Göran Stenlund verksamhetschef infektion- och lungkliniken, Pernilla Westerberg verksamhetschef kirurgkliniken Mälarsjukhuset/Kullbergska, Claes Lenander verksamhetschef kirurgkliniken Nyköpings lasarett, Elisabeth Lundevall divisionschef kirurgi Sörmland, Anders Furuhammar verksamhetschef primärvård, Eva Neidenström metodstödare Cancerprocessen Utvecklingsenheten		
Lokala cancerrådets, AU	Svante Sjöstedt, Ordförande		
	Görel Wachtmeister chefsläkare, ordförande i Palliativa rådet, Per-Olov Gustafsson Chefsläkare landstingsdirektörens stab, Eva Neidenström, Utvecklingsenheten RCC samordnare, Britt Ahl, Utvecklingsenheten och representant Rådet för kunskapsstyrning Anne Genander, Utvecklingsenheten , Projektledare, kortare väntetider i cancervården		
Projektgrupp	Ansvarig		
	Anne Genander Projektledare, kortare väntetider i cancervården		
	Håller på att utses; Stödpersoner från IT, ekonomi, personal, info/webb Samt de fem processledarna/processtödarna		
Övergripande Ansvar	Processgrupper		
	Ansvarig		
STV Blodsjukdomar	STV Blodsjukdomar Processledare	Processtödare	Metodstödare
Divisionschef medicin, Verksamhetscheferna på medklinikerna	Bassam Alyass	Håller på att utses	
	Arbetsgrupp håller på att utses		



STV Prostatacancer	STV Prostatacancer Processledare	Processtödjare	Metodstödjare
Divisionschef Kirurgi, Verksamhetscheferna på kirurg- och urologklinikerna	Sarab Shabo	Ylva Nygren	Eva Neidenström
	<u>Arbetsgrupp:</u> Joneta Belfrage, Laila Ekermo, Jens Frick, Susanne Haglund, Marie Haugland, Helene Hörberg, Zoran Milosavljevic, Tomasz Fiutowski, Agneta Nordén, Maria Sjödelius, Jan Cederhus		
STV Huvud- halscancer	Processledare STV Huvud- halscancer	Processtödjare	Metodstödjare
Verksamhetschef Öron, Näsa- Halsklinikens verksamhetschef	Håller på att utses	Håller på att utses	
	Arbetsgrupp; Finns men ska formaliseras för detta uppdrag		
STV Matstrups- och magsäckscancer	Processledare STV Matstrups- och magsäckscancer	Processtödjare	Metodstödjare
Divisionschef Kirurgi, Verksamhetscheferna på kirurg- och urologklinikerna	Håller på att utses	Håller på att utses	
	Arbetsgrupp;		
STV Cancer i Urinblåsa och övre urinvägar	Processledare	Processtödjare	Metodstödjare
Divisionschef Kirurgi, Verksamhetscheferna på kirurg- och urologklinikerna	Håller på att utses	Håller på att utses	
	Arbetsgrupp;		



Nyköping 150310

För lokala Cancerrådet i Sörmland

Svante Sjöstedt, ordförande, landstinget Sörmlands representant i RCC

Anne Genander, Utvecklingsenheten, projektledare införande kortare väntetider i cancervården



DATUM
2014-12-16

DIARIENR
LS-LED14-643-3

§ 168/14 Kortare väntetider i cancervården

Diarienummer: LS-LED14-643

Behandlat av	Mötesdatum	Ärendenr
1 Landstingsstyrelsens arbetsutskott	2014-12-02	§ 117/14
2 Landstingsstyrelsen	2014-12-16	§ 168/14

Landstingsstyrelsens beslut

Landstingsdirektören får i uppdrag att tillse att Landstinget Sörmland påbörjar arbetet enligt regeringens satsning på att korta väntetiderna i cancervården.

Yrkande

Ordföranden Åsa Kullgren (S) yrkar bifall till arbetsutskottets förslag.

Proposition

Ordföranden ställer arbetsutskottets förslag under proposition och finner att det bifalls.

Sammanfattning

Regeringen har för åren 2015-2018 avsatt 2 miljarder för att korta väntetider och minska regionala skillnader i cancervården. Arbetet ska framför allt ske genom införande av s.k. standardiserade vårdförlopp och koordinatörer. I arbetet ingår även att tillse att ledtiderna kan registreras och följas upp på ett rationellt sätt. Flertalet av vårdens enheter kommer att engageras. Arbetet samordnas lokalt av lokala cancerrådet.

Någon överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och regeringen avseende hur ekonomiska medel ska fördelas till landstingen/regionerna finns ännu inte.



DATUM
2014-12-16

DIARIENR
LS-LED14-643-3

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag landstingsstyrelsens arbetsutskott den 2 december,
§ 117/14

Tjänsteutlåtande 2014-11-18

Medel för att stödja utvecklingsarbetet inom cancervården

SKL: Regeringens satsning på kortare ledtider - miljardsatsningen

Beslutet expedieras till

Landstingsdirektören

Jörgen Striem, förvaltningschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Eva Andrén, förvaltningschef habilitering och hjälpmedelsförvaltningen

Kenth Persson, förvaltningschef Karsudden

Elisabet Lundevall, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Aina Nilsson, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Svante Nyberg, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hans Svensson, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sven Nordlund, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Asgar Farahani, Hälsovalschef

Svante Sjöstedt, lokala cancerrådet

Lars Holmberg, regionala cancercentrum U/Ö

Gunilla Gunnarsson, Regionala cancercentrum i samverkan

Akten



HANDLÄGGARE

Per-Olov Gustafsson

Staben för övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor

+46155247636

DATUM

2014-11-18

DIARIENR

LS-LED14-643-1

ÄRENDEGANG

Landstingsstyrelsens arbetsutskott
Landstingsstyrelsen

MÖTESDATUM

Kortare väntetider i cancervården

Förslag till beslut

Landstingsdirektören får i uppdrag att tillse att Landstinget Sörmland påbörjar arbetet enligt regeringens satsning på att korta väntetiderna i cancervården.

Sammanfattning

Regeringen har för åren 2015-2018 avsatt 2 miljarder för att korta väntetider och minska regionala skillnader i cancervården. Arbetet ska fr.a. ske genom införande av s.k. standardiserade vårdförlopp och koordinatörer. I arbetet ingår även att tillse att ledtiderna kan registreras och följas upp på ett rationellt sätt. Flertalet av vårdens enheter kommer att engageras. Arbetet samordnas lokalt av lokala cancerrådet. Någon överenskommelse mellan SKL och regeringen avseende hur ekonomiska medel ska fördelas till landstingen/regionerna finns ännu inte.

Bakgrund

Regeringen har för åren 2015 - 2018 avsatt 500 miljoner kronor per år för att korta väntetider och minska regionala skillnader i cancervården. Arbetet ska fr.a. ske genom införande av koordinatörer och s.k. standardiserade vårdförlopp.

Ärendebeskrivning

För att förkorta väntetiderna inom cancervården och minska de regionala skillnaderna avsätter regeringen 500 miljoner kronor per år 2015–2018. Satsningen syftar till att uppmuntra och stärka tillgänglighetsarbete i landstingen. Förutom att väntetiderna ska kortas är ett mål med satsningen att patienterna ska bli mer nöjda med vården och att deras livskvalitet ska öka.

Arbetet ska fr.a. ske genom införande av koordinatörer och s.k. standardiserade vårdförlopp enligt en dansk modell för att åstadkomma ett snabbare förlopp mellan remiss och behandlingsstart. Regionala CancerCentrum(RCC) i samverkan och regionala RCC driver arbetet. Nationella vårdprogramgrupper har i uppdrag att under 2014 ta fram standardiserade vårdförlopp för fem grupper. Under 2015 kommer övriga cancergrupper inkluderas på samma sätt.



SKL har i samarbete med RCC och landstingen påbörjat arbetet för att uppnå att det också blir möjligt att bl.a. följa cancerledtider i enlighet med Socialstyrelsens modell för att mäta väntetider eller andra i satsningen beslutade tidpunkter, landstingens ledtider automatiserat kan rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen den nationella väntetidsdatabasen kan ta emot, lagra och visuellt följa cancerledtider. följa patienternas nöjdhet

RCC i Uppsala-Örebroregionen har påbörjat arbetet för att förankra och initiera de förändringar som kommer att krävas för att leva upp till de förväntningar som satsningen innebär. Standardiserat vårdförlopp förutsätter att det bl.a. finns framtagna kriterier för misstanke på cancer som ska starta ett utredningsflöde, som kräver att det finns dels en koordinator, dels obokade tider för utredningsaktiviteter och mottagningsbesök. Arbetssättet ändras från resurs- till flödeseffektivitet och handläggning blir standardiserad. Detta kommer att engagera de flesta enheter inom hälso- och sjukvård och kräva ett tydligt samarbete mellan sjukhus och primärvård. Inom Landstinget Sörmland kommer arbetet att koordineras av det lokala cancerrådet. Någon överenskommelse mellan SKL och regeringen hur pengarna ska fördelas har ännu inte kommit tillstånd.

Konsekvenser

Snabbare, jämnare och högre kvalitet på utredningen av cancerpatienter. Förändrat arbetssätt: från resurs- till flödeseffektivitet. Införandet kommer att behöva tillskott av resurser, som ännu är svåra att precisera, men på längre sikt är förväntan kostnadsneutralitet.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom Staben för övergripande hälso- och sjukvård tillsammans med lokala cancerrådet.

Beslutsunderlag

Medel för att stödja utvecklingsarbetet inom cancervården
SKL: Regeringens satsning på kortare ledtider - miljardsatsningen

Beslutet expedieras till

Landstingsdirektören
Jörgen Striem, förvaltningschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Eva Andrén, förvaltningschef habilitering och hjälpmedelsförvaltningen
Kenth Persson, förvaltningschef Karsudden



Elisabet Lundevall, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Aina Nilsson, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Svante Nyberg, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Hans Svensson, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Sven Nordlund, divisionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Asghar Farahani, Hälsovalschef
Svante Sjöstedt, lokala cancerrådet
Lars Holmberg, regionala cancercentrum U/Ö
Gunilla Gunnarsson, Regionala cancercentrum i samverkan
Akten

Handlingsplan för Standardiserade vårdförlopp Uppsala läns landsting

Politiskt beslut

Beslut att delta i leddissatsningen kommer att tas i Landstingsstyrelsen den 31 mars 2015.

Introduktion

En övergripande organisation behöver startas inom vårt landsting för att stötta införandet av "standardiserade vårdförlopp" (SVF).

Efter införandet av det danska "pakkeforlob" har efter överenskommelse mellan staten/SKL/Landstingen beslutats att SVF ska införas. Syftet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad helhetsorienterad professionell vård utan onödiga väntetider och med likabehandling. Fem olika cancerdiagnoser startas upp som pilotprocesser under våren 2015;

- Akut myeloisk leukemi
- Prostacancer
- Njur och blåscancer
- Huvud/hals cancer
- Matstrupe och magsäckscancer

Cancerrådets uppdrag är skapa en landstingsövergripande organisation inkluderande både primärvård och specialiserad sjukhusvård som möjliggör dess genomförande. Som grund för genomförandet så har de nationella vårdprogramgrupperna beslutat om en optimal vårdprocess ur ett patientperspektiv med korta tidsbestämda ledder för utredning till beslut om behandling.

Vi har arbetat fram en handlingsplan och analyserat "flaskhalsar" som kräver extra åtgärder.

Utmaningar

Följande största utmaningar ser vi föreligger inom:

- Patologin
- Radiologin
- Samarbete med Primärvården (offentlig och privat)
- IT/Utdata
- Koordinatorer/Kontaktsjuksköterska
- Brist på specialister i urologi.

Även om fler cancerdiagnoser än de fem vi startat upp med kommer att innebära mer arbete så tror vi ändå att det största arbetet föreligger den närmaste tiden med att få igång grundstrukturen för standardiserade vårdförlopp.

Utöver de specifika aktiviteterna i handlingsplanen ämnar Cancerrådet att göra ett par dagars studiebesök på ett Universitetssjukhus i Danmark under år 2015 för att se de möjligheter, lösningar och problem man där har stött på.

HANDLINGSPLAN

Landstinget avser att bedriva information och dialog i syfte att förankra arbetet med SVF. Med följande handlingsplan som grund skapas förutsättningar för ett effektivt införande i verksamheten.

Information och dialog

I Cancerrådet ingår representanter för alla verksamheter som diagnosticerar och behandlar cancerpatienter. Cancerrådet har fortsatt regelbundna möten 1 gång/månad. I och med den intensiva aktiviteten runt SVF har mötesfrekvensen blivit än tätare med 1 möte/vecka.

- Cancerrådets hemsida är nyligen skapad och fortsätter att utvecklas. Samarbete med Akademiska sjukhuset nya hemsida intensifieras.
- Nätverket för kontaktsjuksköterskor som finns sedan HT 2014 ska utvecklas genom rekrytering och utbildning av nya kontaktsjuksköterskor. Arbetet med "Min Vårdplan" ska erbjudas patienter med cancerdiagnos. Detta kommer att drivas av kontaktsjuksköterskor och följs upp under HT 2015.
- Informationsmöten med avdelningschefer på berörda kliniker och vårdpersonal har ägt rum januari 2015.
- Informationsmöten för läkare inom olika verksamhetsområden inom den specialiserade vården har ägt rum december- februari 2015.
- Landstingsstyrelsen har informerats rörande den regionala Cancerplanen av Gustav Ullenhag och Claes Juhlin.
- Landstingsledningen har informerats rörande arbetet om SVF inför kommande politiska beslut den 31 mars, av Claes Juhlin.
- Patienterna är regelbundet representerade i Cancerrådet genom Patientrådsinbjudningar.
- Den 3/3 2015 bjuds patientrepresentanter i de första fem pilotdiagnoserna in för information.
- Patientrepresentanter deltar i alla vårdprocessgrupper.
- Patienter kommer att medverka i de lokala processkartläggningarna och framtagning av utfallsmått (se bilaga lokala processkartläggningar).
- Cancerrådet har fått utökat antal medlemmar från Primärvården och Radiologin.
- Kontakter har tagits med Cosmicansvariga gällande remissmallar och utdatagruppen.
- Primärvården har engagerats i arbetet (se bilaga Primärvård).
- Radiologin och Patologin har startat upp olika aktiviteter (se handlingsplan patologi och handlingsplan radiologi).

Aktivitet eller aktör	Aktivitet	Tid	Ansvar	Uppföljning	Kommentar, kostnad
Cancerrådet	Regelbundna möten	Pågår, minst 1 gång/månad	Gustav Ullenhag		
Cancerrådet	Nyckelmöte med vårdprocessgrupper, representanter för värdebaserad vård och representanter från RCC, PV, Patientföreningar och EPJ	3/3-2015	Gustav Ullenhag	Kommer att ske kontinuerligt i samband med Cancerrådets ordinarie möten.	
RCC	Styrgruppsmöte	Regelbundna styrgrupps-möten 4 gg/år	Mats Björman		
RCC	Regional workshop rörande cancermiljard resp. ledtidssatsning	2 heldagsmöten genomförda	Lars Holmberg		
Landstinget	Fortlöpande information	pågår	Claes Juhlin		
Patientföreningar	Se Cancerrådet ovan samt information och dialog	pågår			Framför allt är nu patientrepresentanter för de första 5 diagnoserna engagerade

Kontaktsjuk-sköterskor	Nätverk	pågår	Ann Wettervik, Maria Sjöström		Två möten planerade 2015. Under VT 2015 startas en regional kontaktsjuk-sköterskeutbildning
Specialiserade vården	Se Cancerrådet, Lokal processkartläggning, Radiologi, Patologi	pågår	Claes Juhlin Irina Alafuzoff Adel Shalabi		
Primärvården	Se Cancerrådet	pågår	Robert Sarkadi Kristiansson		

Ansvariga

Gustav Ullenhag, Ann Wettervik

Lokal processkartläggning

- Fundamentalt för standardiserade vårdförlopp och engagemang av involverade verksamheter och medarbetare är att en lokal processkartläggning utförs.
- Under våren 2015 utförs sammanlagt 14 lokala processkartläggningar, involverande de fem första cancerdiagnoserna samt ytterligare nio för kommande cancerdiagnoser, av SVF. Vissa processer är redan kartlagda (inom värdebaserad vårdprojektet) som ex. esofaguscancer.
- Processägare och processledare har redan utsetts för flera grupper.
- Styrgrupp bestående av involverade verksamhetschefer och PV är utsedd, som i samråd med processledaren utser medlemmar i arbetsgruppen.
- Patientrepresentant kallas till arbetsgruppen.
- Exempel på arbetsgrupp inom ventrikelcancer; kirurg, onkolog, patolog, radiolog, dietist, (kontakt)sjuksköterska inom kirurgi och onkologi, sjukgymnast, patientrepresentant och PV-representant.
- Första mötet görs en processkartläggning samt inventering av antalet patienter som har välgrundad misstanke.
- Därefter i andra steget görs förslag till förbättringsarbete med kortare ledtider.
- Det tredje steget är framtagning av patientrelaterade utfallsmått enligt värdebaserad vård.
- Kontinuerliga uppföljningsmöten rörande ledtider och utfallsmått fortsätter därefter månatligen.
- Ett liknande arbete har sedan tidigare redan utförts inom esofaguscancer inom ramen för värdebaserad vård.
- De första processerna beräknas starta första veckan i mars 2015.

Ansvarig

Claes Juhlin

Aktivitet eller aktör	Aktivitet	Tid	Ansvar (lokal processledare)	Uppföljning	Kommentar, kostnad
Ventrikelcancer	Processkartläggning	V 10-12	M. Sundbom	V.14+månatligen	Extern konsult
Kolorektal cancer	"	v. 10-12	J. Folkesson	V. 14	
Pankreascancer	"	v. 14-16	B-M. Karlson	V. 18	
Prostatacancer	"	v.14-16	E. Johansson	v. 18	
Urothelial cancer	"	v.16-18	P-U. Malmström	v. 20	
Huvud-hals cancer	"	v.16-18	K. Sandström	v.20	
Lungcancer	Processarbete	pågår	M. Sandelin	V. 14	

Handlingsplan per ämnesområde

1. Patologi

Det råder underbemanning av biomedicinska analytiker (BMA), där 18/26 tjänster är tillsatta, och av patologer, 26/34 av heltidstjänster är bemannade. En nyrekrytering på 9 ST-tjänster har genomförts. Utöver personella begränsningar föreligger även tidsmässiga utmaningar i delar av preparathanteringsprocessen, behov av ny maskinutrustning och lokaler.

En arbetsgrupp kommer att tillsättas som utreder behovet av att bilda en s.k. snabblinje för biopsier med handläggning enligt "välgrundad misstanke", med målet att ge svar inom 3 dygn. Detta kan initialt komma att innebära en risk för undanträngningseffekter.

AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	TID (tidssätt arbetet med start och slut)	ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	UPPFÖLJNING (ange hur och när de olika aktiviteterna ska följas upp under året för att klara uppdraget)	KOSTNAD
Externa aktörer handlägger inte "akuta" diagnostiska biopsier från misstänkt cancer (5 angivna diagnoser) eller uttagna kirurgiska preparat (behandling) från de angivna organen (esophagus, prostata, urinblåsa, ÖNH, benmärg/AML)	Omorganisation av histolaboratoriet utredning av handläggning av fall vid provmottagning (korrekt identifiering av fallen som skall särbehandlas) Frasinlägg i remisser (A,H) som kan kryssas för "handläggning enligt cancerplan" Tidsangivelse för inlägg i formalin skall anges på remissen (minst 24 timmars fixering före fortsatt behandling) Särskild hantering av diagnostisk biopsi då	23/2 – 30/3 23/2 – 30/3 3/3-4/3 19/2 – 2/3	Processansvarig (PA) & medicinskt ledningsansvarig (MLA) vid histopatologi, BMA Inger Haulin Information till kunderna Inger Haulin Arbetsgrupp som leds av avdelningschef (AS), PA, MLA,	Uttag av ledtider för "särskilt märkta" biopsier månatligt (från Sympathy) Uttag av ledtider för "övriga" biopsier månatligt (från Sympathy)	Omstrukturering av histopatologi processen kräver förstärkning av personal resurser

	<p>välgrundad misstanke om cancer föreligger Intresseanmälan för arbetsgrupp uppsatt</p> <p>Vidareutbildning av BMA för utskärning av prostata Intresseanmälan uppsatt Märkning av diktat (utlåtande) handläggs först av sekreterare</p>	9/2	<p>Linjeansvarig uropatolog ÖL Anna Tolf</p> <p>Klinikadministratör</p>		
--	--	-----	---	--	--

Ansvarig

Irina Alafuzoff

2. Radiologi

BFC är involverade i ett antal aktiviteter, såsom lokal processkartläggning och deltagande i styr- och arbetsgrupp. Diskussioner rörande möjligheter till märkning ("taggning") av röntgenremisser med välgrundad misstanke samt visualisering av bokade och genomförda undersökningar pågår. Enligt uppgifter är detta en tidskrävande process men bör vara klart under 2015.

Införande av reserverade tider planeras. Detta är redan i nuläget infört för vissa cancerdiagnoser som kolorektal cancer och esofagus cancer. En ytterligare möjlighet som ska ses över är utökning av tider under veckodagarna, för att frigöra tid för extra undersökningar för patienter med välgrundad misstanke. En osäkerhetsfaktor är att det i nuläget är oklart hur många patienter som uppfyller kriterierna för välgrundad misstanke och därigenom ska ingå i SVF.

Det är viktigt att samordning med andra radiologienheter inom Landstinget sker (exempelvis Lasarettet i Enköping). Det utförs exempelvis 190 CT/år för makrohematuri på Akademiska sjukhuset men uppskattningsvis ytterligare 100 inom andra röntgenenheter.

En identifierad riskfaktor är bemanningsläget. För närvarande finns vakanta tjänster för både röntgensjuksköterskor och läkare och rekrytering pågår. Vidare kan reservering av tider initialt innebära förskjutning av andra undersökningar.

Aktivitet eller aktör	Aktivitet	Tid	Ansvar	Uppföljning	Kommentar, kostnad
	Lokal processkartläggning inom respektive cancergrupp.	Se ovan	Utsedd radiolog av VC	Se ovan	Se ovan
	Reservation av tider för att säkerställa ledtid i respektive process.	Pågår	Sektionschefer	Maj 2015	
	Kartläggning av konsekvenser av reserverade tider och plan för åtgärd.	Pågår	Produktionschef	Maj 2015	Översyn och justering av produktionsplan.
	Extrasatsning tider under kvällstid.	Pågår	Klinikledning	April 2015	
	Diskussion rörande taggning av rtg-remisser.	Pågår	BFC adm och EPJ	VT 2015	Synkronisering mellan Cosmic och BFC.
	Se över behov och möjligheter till utökat samarbete med andra radiologienheter.	Pågår	Klinikledning på BFC	Maj 2015	Enköping, m.fl.

Ansvarig: Adel Shalabi

3. Primärvård

Chefsläkare i den offentliga PV har tidigare informerats löpande rörande Cancerrådets arbete, men efter en omorganisation kommer nu Chefsläkare inom Hälsa och habilitering, som representerar både den offentliga och privata primärvården, att kallas till Cancerrådet för fortsatt samarbete.

Information om begreppet SVF samt de fem första utvalda pilotdiagnoserna kommer att ske inom PV.

Utbildning för PV planeras.

Möjligheter till ett kliniskt beslutstöd i befintligt journalsystem (Cosmic) ska utforskas.

Remissmallar för välgrundad misstanke ska utformas i samråd med PV (se även handlingsplan IT/utdata).

Representanter i de lokala processkartläggningarna ska utses för att återkoppla de egna resultaten.

Aktivitet eller aktör	Aktivitet	Tid	Ansvar	Uppföljning	Kommentar, kostnad
PV (privat och offentlig)	Utbildningsdagar	2 kvällseminarier VT +HT 2015	Robert Sarkadi Kristiansson		
	Remissmallar för PV	VT 2015	Cosmicansvarig Erik Sköldenberg		
	Tydliggörande av kontaktvägar då SVF föreligger	Klart HT 2015	Ledningskontoret LUL		
	Beslutstöd för stark/välgrundad misstanke via intranät	Påbörjad mars 2015	Pia Olave		
	Återkoppling av ledtider	Kvartalsvis	Lokala processgrupper		

Ansvarig: Robert Sarkadi Kristiansson

4. IT/Utdata

Diskussioner förs för närvarande med ansvariga inom Cosmic och den elektroniska patientjournalen (EPJ) rörande;

Remissmallar för välgrundad misstanke är genomförbart så länge det föreligger ett fåtal pilotcancerdiagnoser. Då ett 30-tal cancerdiagnoser ska införas ter detta sig emellertid praktiskt svårt att använda för PV. Diskussioner om en gemensam remissmall för samtliga cancerdiagnoser förs. Denna remiss skulle kunna lotsas rätt av en specifik sekreterare. I den nya versionen av remissmodulen R8, som kommer i mars 2015, kommer man att kunna följa allt som har med ett vårdförlopp att göra utifrån en inkommande remiss.

- Utdata i det lokala processarbetet.
- Ledtid från det att remiss för välgrundad misstanke skickats till start av behandling.

Med Cosmicansvariga diskuteras även möjligheter till kliniskt beslutstöd för PV.

Diskussioner kommer också att föras med Cambio Cosmic om möjligheter till programmeringsförändringar för alla Cosmicanvändare. I Danmark har man i sin Cosmic-installation kommit långt, vilket vi kan dra fördelar av.

Beträffande märkta ("taggade") röntgenremisser var god se radiologi-avsnittet ovan.

Patologin har redan utverkat "taggade" remisser för välgrundad misstanke i sitt system Sympathy.

Aktivitet eller aktör	Aktivitet	Tid	Ansvar	Uppföljning	Kommentar, kostnad
	Taggning av remisser		Erik Sköldenberg		500 000
	Utdata rörande ledtider		Annemieke Ålenius, Irene Marx		500 000
	Remissmallar		Erik Sköldenberg		
	Gemensam Cosmicsatsning		Erik Sköldenberg		1 000 000

Ansvarig: Erik Sköldenberg, Annemieke Ålenius, Irene Marx, Marianne Lindé

5. Koordinatorer och kontaktsjuksköterskor

Ibland kan det vara lämpligt att koordinatorsfunktionen innehas av en kontaktsjuksköterska. Detta kan fungera för patienter med välgrundad misstanke inom de cancerdiagnosgrupper som inte är så stora i volym. I de större cancerdiagnosgrupperna kommer inte kontaktsjuksköterskorna att räcka till, varför särskilda koordinatorsfunktioner måste utses.

Diskussion pågår angående koordinatorsuppdraget;

- Antalet koordinatorsfunktioner, vilket i sin tur beror på antalet patienter som har välgrundad misstanke.
- Lämpliga grundanställningar, exempelvis sjuksköterskor inom befintlig mottagningsverksamhet.
- Hur dessa ska "varnas" om att remiss om välgrundad misstanke inkommit.
- Deras interaktion med specialist, radiolog, patolog och kontaktsjuksköterska inför multidisciplinär konferens.
- Kommunikation med patient om planerade åtgärder och om den välgrundade misstanken avskrivs samt patientens behov av uppföljning inom specialistvård eller primärvård.
- Andra funktioner som medlem i den lokala processgruppen som facilitator.

Uppenbart är att eventuellt erhållna ekonomiska medel kommer att behöva avsättas för denna funktion i det initiala skedet.

Aktivitet eller aktör	Aktivitet	Tid	Ansvar	Uppföljning	Kommentar, kostnad
	Utredning av koordinatorsfunktionen inklusive hur många som behövs	HT 2015			500 000
	Införande av koordinatorsfunktioner				3 000 000

Ansvariga: Maria Sjöström, Ann Wettervik

Enligt de nationella riktlinjerna för SVF för prostatacancer är det husläkaren som startar processen för denna stora patientgrupp. Detta skapar problem för de fåtaliga urologer som finns. En fortsatt diskussion behövs på nationell nivå. Den danska modellen där urologen är ansvarig för att starta SVF bör övervägas.

Patientmedverkan, Engagemang hos patientföreningar

Se Information och dialog.

Spridning av information inom specialistvården

Se Information och dialog samt Lokal processkartläggning.

Involvering av privata vårdgivare och välgrundad misstanke inom privat samt offentlig PV

Se information och dialog samt 3) Primärvård.

Rutiner för kontakt med landsting och region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen

Utredningar på välgrundad misstanke sker i andra landsting och patienterna tas direkt upp på lämplig multidisciplinär konferens (MDK) på Akademiska sjukhuset. Vid MDK finns kontaktsjuksköterska närvarande och planerar in patienten för behandling.

E-remsor kommer under VT2015 att finnas för alla Cosmicanvändare inom vår region, övriga får använda sig av pappersremsor. En handlingsplan ska utarbetas av respektive vårdprocessgrupp i avvaktan på nationella riktlinjer. Modellen för att rapportera ledtider tas fram i samarbete med SKL.

Sammanfattning av handlingsplan 2015

En rad aktiviteter pågår enligt ovan framförallt rörande information och samordning vad gäller patientmedverkan, primärvård och den specialiserade vården.

Den 3/3-2015 har Cancerrådet organiserat ett nyckelmöte. Processledarna för de 5 diagnoserna har då fått i uppdrag att presentera hur resp. process fungerar i nuläget, flaskhalsar och vilken tid och vilka resurser som krävs för att dessa ska kunna vara åtgärdade.

Många konkreta förslag har redan framlagts av patologin och en processkartläggning där radiologin är starkt involverad pågår.

Vi har nyligen tagit fram förslag för hur arbetet med standardiserade vårdförlopp ska kunna implementeras i primärvården.

Diskussion med ansvariga inom Cosmic och EPJ för remsor och utdata pågår. Inte bara lokalt men även nationellt är detta en utmaning.

För Cancerrådet

Gustav Ullenhag, ordförande

Claes Juhlin, Landstinget i Uppsala läns representant i RCC

Ann Wettervik, kontaktsjuksköterska och mötessekreterare

Handlingsplan för införande av Standardiserade Vårdförlopp (SVF)

Bakgrund

Regeringen har avsatt totalt två miljarder under 2015-2018 för att korta väntetider och minska skillnader i cancervården. Under våren 2015 ska utvecklingen av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården påbörjas.

Satsningen ska genom ekonomiska incitament premiera landstingens arbete med att skapa ett snabbt vårdförlopp mellan remiss och behandlingsstart. Danmarks modell med så kallade pakkeförlopp, standardiserade vårdförlopp, är förebild.

Genomförandet ska bygga på det arbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och regionala cancercentrum. Förutom att väntetiderna ska kortas är ett mål med satsningen att patienterna ska bli mer nöjda med vården och att deras livskvalitet ska öka.

Insatserna ska omfatta fyra huvudområden:

- Utveckling av SVF initialt inom fem diagnoser
- Förutsättningar för registrering och uppföljning av standardförloppen via vårdadministrativa system
- Metod för uppföljning av patienternas nöjdhet
- Planering, information och förankring i landstinget

Beslut

Hälso- och sjukvårdsledningen i landstinget beslutade 2015-02-05 att införa SVF samt att ge Cancerrådet i uppdrag att ta fram en handlingsplan för arbetet. Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutade 2015-03-02 (bilaga 1) att delta i den nationella satsningen för att korta väntetiderna i cancervården och införa standardiserade vårdförlopp.

Övergripande frågor

Ett antal övergripande frågor ska besvaras för att få ta del av leddissatsningen. Dessa är:

Information och dialog för att förankra arbetet med SVF

En grundförutsättning för att kunna införa SVF är en bred förankringsprocess bland ett stort antal aktörer både inom och utanför landstinget. Ett antal aktiviteter har genomförts och andra planeras. Se aktivitetsplan (bilaga 2).

Startskottet för informationen var den 12 februari där Cancerrådet hade inbjudit till ett öppet möte. Inbjudan hade skickats ut brett – till verksamheter, patientföreträdare, politiker, vårdprogramrepresentanter, kontaktsjuksköterskor och andra intresserade. Mötet var välbesökt och uppmärksammades bland annat via intranätet.

Cancerrådet har som mål att besöka alla verksamheter med omfattande cancersjukvård under våren 2015 för att informera om SVF. För primärvårdsläkare är under våren två informationsmöten med obligatorisk närvaro inbokade.

Involvera patientrepresentanter och privata vårdgivare

Varje vårdprocess kommer i arbetet att involvera patientföreträdare. Huvudansvaret för att utse dessa kommer att åläggas respektive processansvarig (bilaga 3). Tyvärr är möjliga patientorganisationer begränsade i Värmland varför det kommer att bli enskilda patientföreträdare med erfarenhet från den aktuella diagnosen. Vi kommer vid behov att involvera regionala representanter. Patientföreträdare som ingår i processarbetet kommer att ersättas för förlorad arbetsinkomst och få reseersättning.

Till privata vårdgivare som ingår i Vårdval Värmland kommer information om SVF att ske vid ett Hälsovalsråd den 26 mars. På vilket sätt de kommer att involveras i arbetet kommer att diskuteras vidare.

Stöd i utvecklingsarbetet för att införa SVF

Välgrundad misstanke i primärvården

Införandet av SVF kommer att ske i vårdprocesser vilken leds av processansvarig i ett processteam. Varje vårdprocess kommer att ha ett antal tvärgående representanter varav en är från primärvården med ansvar för att fungera som en kanal mellan processteamet och primärvården. Det samlade processarbetet koordineras av en förbättringsledare.

Vi kommer att lägga stor energi på att definiera och förklara ”välgrundad misstanke” inom hela vår organisation så att det blir ett självklart begrepp för alla. ”Välgrundad misstanke” baseras på olika kriterier för varje diagnos. Som ett beslutsstöd kommer det på interna nätet att finnas enkelt åtkomligt information om alla vårdprocesser. Där planeras för kriterier, remissinstanser, remissmallar och all övrig information om respektive SVF. Tanken är att sprida kännedom om nätsidorna och successivt utveckla dessa till en naturlig ingång för alla vårdgivare som kommer i kontakt med patienter med cancermisstanke. Detta underlättar att hitta de patienter där misstanke föreligger och remittera dem vidare till instans enligt SVF.

Välgrundad misstanke i den specialiserade vården

Införandet av SVF kommer att ske i processform och leds av en processansvarig med omfattande erfarenhet från vård av patienter inom de aktuella diagnosgrupperna. Processteamet har som uppgift att utveckla landstingsgemensamma rutiner för SVF inom sitt diagnosområde. I detta ingår att ta fram styrande dokument för en sammanhängande och trygg vårdkedja utan onödiga väntetider. I uppdraget ingår också att ta fram, följa och följa upp mål som finns angivna i respektive ”Beskrivning av standardiserat vårdförlopp”.

Cancerrådet har som mål att processansvariga ska ha avsatt tid för uppdraget. Tiden kan variera beroende på uppdragets storlek.

Koordinatorsfunktion i den specialiserade vården

Landstinget har ett relativt stort antal kontaktsjuksköterskor. De senaste åren har det genomförts en bred satsning för att få fler kontaktsjuksköterskor. Beslut om kontaktsjuksköterskor för alla cancerpatienter fattades av hälso- och sjukvårdsledningen hösten 2014. Tjänster har tillsatts både med medel från cancerrådet och även från vissa verksamheter. I landstinget finns sedan ett par år ett nätverk för kontaktsjuksköterskor som kommer att kunna fungera som referensgrupp i vårt vidare arbete. Inom vissa diagnoser med mindre antal patienter gör vi bedömningen att befintlig kontaktsjuksköterska kommer att kunna fungera som koordinator.

Vi tror inte att en koordinator kommer att kunna täcka hela cancersjukvården i vårt landsting utan olika lokala lösningar inom processerna behöver arbetas fram. Vissa av de stora processerna kommer med all sannolikhet att behöva både kontaktsjuksköterskor och koordinatörer.

Reserverade tider hos utredande enheter

Samtal har förts med utredande enheter om förutsättningar att skapa reserverade tider. För att klara detta tror vi att ett flertal olika lösningar och modeller måste användas. I respektive process, där det finns en representant för de utredande enheter som är involverade i vårdprocessen, kommer dialog att ske om reserverade tider.

Här tror vi med all sannolikhet att en del ekonomiska medel kommer att behövas för att klara att skapa reserverade tider. Se vidare nedan under rubriken ”Utmaningar och flaskhalsar för respektive SVF”.

Rutin för kontakt med landsting/regioner för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen

Det är stor variation mellan de olika diagnoserna i hur stor del av vården som sker utanför länsgränsen. Varje vårdprocess har i uppdrag att ta fram en rutin som i detalj reglerar samarbetet med vårdgivare utanför vårt landsting.

Uppföljning via vårdadministrativa system

Då de olika vårdförloppen ser olika ut vad gäller när och hur de nationella mätpunkterna skall registreras är en grundlig genomgång av alla förlopp av vikt. Därefter kommer en lösning att arbetas fram för att på bästa sätt fånga de mätpunkter som ingår i den nationella mätningen samt de övriga mätpunkterna som är av vikt för att landstinget skall kunna arbeta vidare med att förbättra vårdförloppen.

Arbetet har inletts med en arbetsgrupp inom landstinget, viss avstämning sker även med övriga landsting som har Cosmic som patientadministrativt system. Se vidare bilaga 3.

Implementering av de fem pilotdiagnoserna

För att implementera de fem pilotdiagnoserna kommer vi att arbeta processorienterat. Införandet av SVF är en del av det landstingsövergripande arbetet med vårdprocesser inom ramen för den nationella cancerstrategin.

Vi har inventerat det årliga antalet patienter inom varje pilotdiagnos. Variationen är stor, från 8 till 275, vilket medför att det inte är möjligt att ha samma tidsplan för implementering av samtliga SVF. Dessutom ser vi att antalet patienter som går in i ett SVF men inte kommer att få någon cancerdiagnos också varierar i mycket hög utsträckning mellan grupperna. Arbetet med grupper som har den största numerären kommer därför att vara betydligt mer omfattande.

Akut myeloisk leukemi (AML) uppfyller i hög grad redan de krav som beskrivs i SVF. Vi tror därför att processen kliniskt kan införas med start 1 maj 2015. Däremot kan uppföljning och rapportering via vårdadministrativa system komma att fördröjas. Arbetet med att skapa dessa rutiner har redan påbörjats och fått hög prioritet inom vår IT-organisation.

SVF för **”Huvud- och halscancer”** räknar vi med att kliniskt införa före sommaren 2015. En hög andel av dessa patienter får sin behandling utanför vårt landsting. Här kommer särskild vikt att behöva läggas på att ta fram rutiner som underlättar ett bra flöde över landstingsgränser. Att följa patienter över landstingsgränser kommer att vara en särskild utmaning för våra vårdadministrativa system. Vi behöver därför arbeta gemensamt med andra vårdgivare vilket kan förlänga tiden tills vi har en välfungerande rapportering.

När det gäller **”Matstrups- och magsäckscancer”** räknar vi med att införa SVF under tidig höst 2015. Även här sker en stor del av behandlingen hos andra vårdgivare med samma utmaningar som ovan.

Ingången till detta SVF innehåller en filterfunktion. Ett relativt stort antal patienter kommer att undersökas på grund av symtom men efter undersökning kunna avskrivas från ”välgrundad misstanke” och inte behöver ytterligare utredning inom ramen för SVF.

De båda urologiska pilotdiagnoserna, ”**Prostatacancer**” och ”**Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna**”, omfattar stora patientvolymerna. Vi bedömer att detta kan komma att ta lite längre tid än de övriga tre pilotdiagnoserna. Införandet tror vi därför kan komma att ske senare delen av hösten 2015. Sedan tidigare finns ett påbörjat processarbete kring prostatacancer. Erfarenheterna från detta kan delvis överföras och användas på SVF.

Standardiserade vårdförlopp 2016

Ett omfattande arbete med en vårdprocess för tarmcancer har pågått sedan hösten 2013 och är nu under införande. Inför planerade SVF för denna diagnos har vi genomfört en stor del av arbetet och tror att vi kan dra nytta av erfarenheterna även för kommande processer.

För införandet av fler standardiserade vårdförlopp 2016 räknar vi med att dra lärdom av de erfarenheter som har framkommit under arbetet med de fem pilotdiagnoserna. Allt arbete kommer att ske i vårdprocesserna och kommer att vara möjlig att följa via intranätet.

Med så många planerade diagnoser som vi kommer att arbeta med samtidigt behöver vi förstärka vår processorganisation. Vi kommer därför under hösten 2015 att skapa utbildningstillfällen för blivande processansvariga medarbetare i vården. Sannolikt behöver vi också förstärka med fler medarbetare som har processkompetens och som kan bidra och stödja i det fortsatta arbetet.

Utbildning av kontaktsjuksköterskor kommer att påbörjas hösten 2015 via Karlstads universitet. Vi tror att denna utbildning kommer att kunna gynna hela regionen.

Ett antal ytterligare utmaningar väntar där kompetensförsörjning är en ytterst viktig del i att lyckas i genomförandet. Patologi och bilddiagnostik är två centrala funktioner där vi har identifierat flaskhalsar. Vi börjar redan nu se på alla tänkbara lösningar för att reducera sårbarheten. Detta omfattar såväl ökad bemanning, utbildningsinsatser, överföring av arbetsuppgifter, ökad digitalisering som upphandlad distansgranskning.

Utmaningar och flaskhalsar för respektive SVF.

Underlag för att beskriva utmaningar och flaskhalsar har lämnats från processansvariga och redovisas nedan för respektive SVF.

AML

Med nuvarande resurser bedöms remisser, ofta telefonremiss, direkt. Patienten får vanligen komma samma dag eller dagen efter för inläggning och benmärgsundersökning m m. Så snart preliminärt svar på benmärgsprov och patienten fått CVK påbörjas behandling.

Befintliga resurser finns för att uppfylla kraven för SVF för diagnosgruppen. Det som kan förbättras är rapportering till kvalitetsregister (INCA) där en

sjuksköterska (forskningssjuksköterska) med avsatt tid skulle behövas. En kontaktsjuksköterska finns på halvtid men ytterligare tid är önskvärt.

Huvud- och halscancer

Remisser bedöms flera gånger dagligen och remisskansli under uppbyggnad för förbättrad tidbokning.

Reserverade tumörtider måste tillskapas på mottagningen och ibland vara tomma eftersom det i remissflödet kan vara svårt att identifiera tumörpatienterna. Väntetiden för CT hals-thorax är längre än målvärde. Reserverade tider för tumörpatienterna behövs. Långa väntetider för ultraljudsledd FNAC.

Brist på operationstid om utredning i narkos krävs. Patienterna måste planeras in i elektivt program.

En fördröjning i bedömning av MDK på Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) sker och målvärde klaras inte. Målvärdet för kirurgisk behandling på USÖ och extern strålbehandling klaras inte. För att målvärdet på 30 dagar ”välgrundad misstanke” till kirurgisk behandling krävs att USÖ hanterar patienter från Värmland i ett snabbare flöde.

Utökad tid behövs för kontaktsjuksköterska och kurator.

Matstrups- och magsäckscancer

När diagnos är fastställd sker kurativ kirurgi på USÖ. Flaskhals i begränsad mån på endoscopiavdelningen om nuvarande prioriteringsprinciper fortsatt gäller vilket bedöms som rimligt. Men kräver tillgång till bilddiagnostik med ytterligare en obokad tid till CT/vecka, operationskapacitet för att kunna starta behandling enligt ledtid samt plats på vårdavdelning efter operation.

Satsning bör ske på kontaktsjuksköterska, bilddiagnostik och operation.

Cancer i urinblåsa och urinvägar

Dagligen bedöms inkomna remisser av schemalagd läkare.

Att påbörja och genomföra utredning inom angiven tid är inte möjligt eftersom inga lediga tider finns på cystmottagningen och inte heller tillgänglig läkarresurs som kan genomföra undersökningar.

Inga lediga operationstider finns inom angiven tidsram.

Övriga flaskhalsar är att läkare saknas, PADsvar kommer inte tillräckligt snabbt, en snabbare rapportering till register samt att nationella vårdprogrammet följs inte optimalt.

Under hösten 2015 kommer en sjuksköterska att påbörja utbildning i cystoskopi. Detta kan på sikt frigöra läkartid.

Prostatacancer

Prostatacancer är den diagnos med flest patienter med närmare 750 biopsier tagna förra året och närmare 300 diagnostiserade. Flaskhalsar uppstår i stort sätt längs hela vårdkedjan med några få undantag. Utmaningen här som i många av de övriga vårdprocesserna är att skapa ett gränsöverskridande arbetssätt. Att i varje steg identifiera vad som ska vara klart innan, vad som ska göras där och då samt vad som ska göras efter för att underlätta i nästa

steg. Som ett exempel anges patologin som en stor flaskhals men det finns mycket att göra steget innan på urologen för att underlätta för patologen. Både organisatoriskt och i följsamheten av det nationella vårdprogrammet. Redan under 2014 påbörjades ett processarbete kring diagnosen som kommer att ligga till grund för fortsättningen med införandet av SVF. En processorganisation, inklusive patientföreträdare, finns men kommer att behöva justeras något efter hand.

Arbetet har hittills identifierat ett antal problemställningar som kommer att arbetas vidare med både under införandet av SVF och mer långsiktigt. Dessa är att utreda möjligheter till att ha reserverade tider till röntgen och nuclearmedicin. På multidisciplinära konferenser enbart diskutera patienter med högriskcancer. Öka antalet kontaktsjuksköterskor och begränsa deras uppdrag till ett visst antal patienter för att nå god tillgänglighet. Införa koordinatorsfunktion för att ge kontaktsjuksköterskor möjlighet till ökad patienttid. Intensifiera samarbetet med patologin för att skapa effektiva och välfungerande samarbetsrutiner och därmed korta svarstider. Öka antalet patienter som ingår i strategin "Aktiv monitorering". Kan som bieffekt frigöra läkartid. *Strikt* följa vårdprogram samt att identifiera områden för möjlig arbetsuppgiftsöverföring

Processgruppens arbete har försvårats av begränsade möjligheter att få till mötestider, till stor del beroende på en hög arbetsbelastning i vardagen med brist på både läkare och andra nyckelkompetenser. För att förbättra detta kommer vi att sträva efter att ge processdeltagarna avsatt tid för arbetet.

Diagnosgruppens storlek medför att ett fungerande IT-stöd med möjlighet att närmast i realtid följa ledtider är av yttersta vikt. En sådan rapportering krävs för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Uppgifterna nedan är inhämtade från övriga intressenter av SVF:

Primärvården

Representant för primärvården ingår i cancerrådet och blir därmed den självklara kontaktytan mot primärvården. Samtliga läkare inom primärvården träffas regelbundet för gemensamma informationsmöten och där kommer SVF att finnas på dagordningen redan under våren 2015. Deltagandet i mötet är obligatoriskt och vi tror att informationen om SVF kommer att få god genomslagskraft.

Hemsidan kommer att bli den naturliga informationskanalen för primärvården, där all uppdaterad och aktuell information skall finnas. På så sätt finns det möjlighet att täcka in ordinarie och vikarierande läkare inom primärvården.

Onkologi

Onkologkliniken i Värmland med stor del av sin verksamhet på Central-sjukhuset i Karlstad kommer att vara en central aktör i alla cancerprocesser. Såväl utredning, behandling (både strål- och cytostatika) som palliation ingår i deras uppdrag. Samverkan med övriga kliniker som handlägger can-

cerpatienter är självklar och många cancerpatienter vandrar över klinikgränserna mer än en gång under sin sjukdomsperiod.

Onkologi kommer med nödvändighet att vara väl representerade i varje cancerprocess och införandet av SVF. Kliniken står inför ett antal utmaningar som kommer att ingå som delar i processarbetet. Dessa är kompetensbrist - brist på specialister i onkologi, vårdplatsbrist, tillgång till palliativa platser, utveckling av kontaktsjuksköterskefunktion och vidare arbete med individuella vårdplaner. Ett ökat behov av strålbehandlingskapacitet och upprustning av befintlig utrustning samt utveckling av samarbetsformer med övriga kliniker till exempel i samband med gemensamma multidisciplinära ronder och när det gäller avgränsning av ansvarsområden.

Radiologi

ÖNH-patienter med kliniskt klar misstanke sker undersökning inom två veckor. Urologiklinik remiss till DT för utredning av makroskopisk hematuri sker inom två veckor.

Svarstider är en falskhals pga av brist på radiologer. Upphandlad distansgranskning med god kvalitet men tar längre tid - cirka fem till sex dagar innan definitivt utlåtande.

Ytterligare ökat fokus på utredningsfasen med krav på kortare ledtider till diagnos får stora effekter på radiologin. Med nuvarande resurser skapa fler reserverade tider kommer att medföra undanträngningseffekter. Stor risk att radiologiska behandlingskontroller av cancerpatienter inte kan fullföljas inom rimlig tid och att andra patientgrupper/utredningar kommer att få längre väntetid med fördröjd diagnos som följd. Det gäller även för cancergrupper som inte ingår i denna fas av SVF. Det kan även bli förlängd vårdtid för inneliggande patienter som väntar på bilddiagnostik.

För att minimera undanträngning behövs resurser för att skapa fler undersökningstider, förstärkning av granskningskapacitet och att köpa MR-undersökningar.

Patologi

Svårigheter att hantera provmängden på tre ställen i processen. Det är prover som väntar på snittning, för diagnostiken och utskrift av de dikterade svaren.

Ett ytterligare ökat fokus på utredningsfasen med krav på kortare ledtid får effekter på patologin. Trycket på patologi är extremt högt i samtliga förlopp men i tid för provsvar framförallt för ÖNH-cancer samt urinblåsecancer i nuvarande SVF.

En del av de svarstider som anges i SVF bedöms som orimliga att genomföra med tanke på processtid om inte kvaliteten ska försämrats. Ett antal moment finns inte med i föreslagen SVF som arkivering, multidisciplinära konferenser m m.

För varje prov som prioriteras före andra får undanträngningseffekt som t ex uppföljning av patienter som redan diagnostiserats med tumör, vid fynd av dottersvulst, tumörer som inte inkluderas i SVF och tumörer som döljs bland oprioriterade prover.

För att klara ledtiderna utifrån SVF måste patologin ha tillräcklig kapacitet och överkapacitet vilket inte är möjligt pga av brist på specialister inom klinisk patologi. Rekryteringsbehovet är fyra – fem specialister, en ST-läkare två biomedicinska analytiker samt en vårdadministratör.

Övriga åtgärder som andra verksamheter skulle kunna göra för att förkorta tid för laboratoriet, IT-anpassning och investering i utrustning.

Bilagor:

Bil 1. Beslut landstingsstyrelsens AU

Bil 2. Aktivitetsplan

Bil 3. Vårdprocesstrategi

Bil 4. Kommunikationsplan

Enligt uppdrag

Eva Eriksson

Utvecklingsledare

Samordnare Cancerrådet Värmland

Utdrag
Landstingsstyrelsen
Utvecklingsledare
Eva Eriksson

§ 37

LK/150208

Nationell satsning för kortare väntetider i cancervården – införa standardiserade vårdförlopp

Regeringen har avsatt totalt två miljarder under 2015-2018 för att korta väntetider och minska regionala skillnader i cancervården. Under hösten 2015 ska utvecklingen av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården påbörjas.

Satsningen ska genom ekonomiska incitament premiera landstingens arbete med att skapa ett snabbt vårdförlopp mellan remiss och behandlingsstart. Danmarks modell med så kallade pakkeförlop, standardiserade vårdförlopp är förebild.

Genomförandet ska bygga på det arbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och regionala cancercentrum. Förutom att väntetiderna ska kortas är ett mål med satsningen att patienterna ska bli mer nöjda med vården och att deras livskvalitet ska öka.

Insatserna ska omfatta fyra huvudområden:

- Utveckling initialt av SVF inom fem diagnoser
- Förutsättningar för registrering och uppföljning av standardförloppen via vårdadministrativa system
- Metod för uppföljning av patienternas nöjdhet
- Planering, information och förankring i landstinget

Arbetsutskottet beslutade

att landstinget i Värmland ska delta i den nationella satsningen för att korta väntetiderna i cancervården och införa standardiserade vårdförlopp (SVF)

att landstingsstyrelsen fortlöpande får en redovisning av hur arbetet med vårdprocesserna fortskrider samt

att förklara denna paragraf omedelbart justerad

Vid protokollet

Ewa Pettersson

Justerat den 2 / 3 2015

Fredrik Larsson

Ulric Andersson

Kommunikationsplan standardiserade vårdförlopp

Sveriges Kommuner och Landsting har för åren 2015-2018 träffat en överenskommelse med regeringen om att införa så kallade Standardiserade Vårdförlopp (SVF) för ett antal cancerdiagnoser. Under 2015 är det fem ”pilotdiagnoser” som skall genomföras; Akut myeloisk leukemi; Huvud- halscancer; Matstrups- magsäckscancer; Prostatacancer och Cancer i urinblåsa och övre urinvägar. Landstinget i Värmland arbetar fram handlingsplaner för respektive diagnos och räknar med att få del av de nära två miljarder kronor som regeringen betalar ut under perioden som överenskommelsen gäller.

De standardiserade vårdförloppen (beskrivs på www.cancercentrum.se) innebär förändrade arbetssätt inom ett stort antal verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. Därför kommer ett omfattande kommunikationsarbete bli betydelsefullt för införandet av SVF.

Kommunikationsinsatser krävs såväl på landstingsnivå, som på lokal nivå. Till stöd för det sker samverkan både inom RCC Uppsala Örebro, och på nationell nivå genom RCC i samverkan.

Denna kommunikationsplan gäller överenskommelsens första år, med införandet av SVF för fem pilotdiagnoser.

Målgrupper och övergripande mål per målgrupp

Politisk ledning

Ett övergripande krav för att ta del av överenskommelsen är att införandet av SVF är väl förankrat och beslutat av högsta politiska nivå i landstinget. Landstingsstyrelse, fullmäktige och relevanta utskott är därför målgrupper. Politikerna ska vara väl informerade om SVF för att kunna fatta beslut om införandet.

Primärvården

Primärvårdens roll i SVF är central. Där ska SVF vara väl känt och implementeras så att remittering kan ske enligt SVF-modellen. Chefer får en viktig roll att sprida kunskaper om SVF vidare. Särskilda målgrupper är ledningen för division allmänmedicin, vårdcentralsledningar, privata vårdcentraler med avtal, i förekommande fall vårdgivare utan avtal med landstinget, tandläkare.

Landstingets cancervård

Cancervården i landstinget ska ha god kunskap om SVF och införa dessa enligt fattade beslut. Chefer ska sprida kunskap om SVF och var relevant information och operativa dokument finns tillgängliga.

Till målgrupperna hör sjukhuschefer (eller motsv.) verksamhetschefer och läkare inom slutenvården (onkologi, urologi, patologi, radiologi, ÖNH, hematologi, övre gastrokirurgi).

Verksamhetschefer och läkare inom öppen specialistvård (ÖNH, urologi)

Kontaktsjuksköterskor

Privat patologi och privat medicinsk service.

Sekundär målgrupp är verksamhetschefer inom rehabilitering och palliativ vård.

Patienter

Patienter ska involveras i arbetet, ha generell kunskap om SVF och kunna sprida kunskapen vidare. Viktiga grupper är landstingets handikappråd och pensionärsråd. Relevanta patientföreningar skall också involveras i arbetet med införande av SVF.

Övriga

Andra grupper som det är värdefullt att informera om SVF, och beslut om dessa, är cancerrådet, läkarföreningar, landstingssamrådet.

Allmänhet

Ska kunna hitta information om SVF om de är intresserade, t.ex. på 1177

Syfte

Syftet med den förändring som kommunikationsplanen avser är att stödja ett framgångsrikt införande av de fem första standardiserade vårdförloppen under 2015.

Kommunikationsmål

Kommunikationen ska leda till att samtliga berörda målgrupper nås så att de första fem standardiserade vårdförloppen kan implementeras under 2015 enligt plan.

Strategi

Då SVF berör en stor del av sjukvårdens verksamheter så kommer en bred informationsinsats krävas inom flera tillgängliga kanaler. Under den första perioden ligger tyngdpunkten i verksamheternas interna behov. Längre fram får patienter, anhöriga och invånare antas få större utrymme i kommunikationsaktiviteterna.

Budskap

SVF införs för att väntetiderna i cancervården ska förkortas. Det centralt framtagna budskapet ”*Varje dag räknas*” är tillämpligt även i landstingets kommunikation.

Landstingets strävan är inte att tjäna pengar på kampanjen. Att få ta del av de nationella medlen ska bidra till att vidga flaskhalsar i vården, förstärka identifierade kompetensbriser med mera.

Förankring

Kommunikationsplanen skall bifogas landstingets handlingsplaner för SVF, och skall därför förankras där handlingsplanen förankras.

Genomförda och planerade kommunikativa aktiviteter:

Information på intranätet Livlinan och i nyhetsbrevet Chef om införandet av SVF (26 jan)

Information på nätverksmöte för kontaktsjuksköterskor

Information till verksamhetschefer på aktuella kliniker för diagnoser samt primärvård, patologi och bilddiagnostik.

Öppet möte med cancerrådet med företrädare för såväl profession som patientföreningar.

Konferens inom RCC Uppsala Örebro om gemensamma kommunikationsinsatser (29 jan)

Referat från cancerrådets öppna möte i nyhetsbrevet Chef och på intranätet Livlinan (17 feb)

Nationell konferens om primärvårdens behov av kommunikativt stöd m.m (3 mars)

Pressmeddelande alt. pressträff om landstingets handlingsplaner (16 mars)

Lokal debattartikel om SVF (16 mars)

Föredragning i landstingsstyrelsen (?)

Presentation av SVF-arbetet i landstingsfullmäktige (21 april)

Föredragning i primärvårds- och sjukhusutskotten (?)

Föredragning i pensionärsråd, handikappråd och landstingssamråd (?)

Reportage om implementeringen av SVF i personaltidningen Intryck (25 april)

Byggnad av relevant stöd på intranät, och ev. externt nät. (Pågår)

Utbildningar för berörda personalgrupper (vt 2015)

Handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 -03-10, Landstinget Västmanland

Ansvarig beslutsfattare för handlingsplanen: Lennart Iselius, Hälso- och sjukvårdsdirektör tillika ordförande i styrgruppen. *Projektägare (Hälso- och sjukvårdsstrateg), *Processägare chefen för onkologkliniken.

POLITISKT BESLUT FATTAT ATT DELTA I LEDTIDSSATSNINGEN	
AKTIVITETER	Landstingsstyrelsen beslutade den 28 januari att införa standardiserade vårdförlopp (§10)
HUR AVSER LANDSTINGET/REGIONEN ATT BEDRIVA INFORMATION OCH DIALOG I SYFTE ATT FÖRANKRA ARBETET MED STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP (SVF) OCH I VERKSAMHETERNA FÖR ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT EFFEKTIVT INFÖRANDE.	
AKTIVITETER	Inledande information har getts till Landstingsstyrelsen samt den politiska beredningen för sjukvård och folkhälsa, koncernledningsgrupp, tjänstemannagrupper, verksamhetschefer samt specialistgrupper (inkl IT) inklusive privata vårdgivare. Facklig samverkan har genomförts. Specifik information till vårdförloppens intressenter. En särskild styrgrupp har bildats samt en referensgrupp.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Planen är att informera och föra dialog med samtliga grupper minst i gång/kvartal. Samtliga grupper ovan har träffats en gång inför skrivandet av handlingsplanen. Den politiska beredningen har diskuterat införande av vårdförloppen samt följt upp starten.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Kontinuerligt.
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	*Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	En arbetsplan har utarbetats som kommer att användas för uppföljning av att inplanerade aktiviteter genomförts.
EKONOMISK KONSEKVENNS (<i>översiktligt</i>)	Beräkningar pågår gällande ekonomiska konsekvenser för hela projektet. Klart efter sommaren.
ARBETSFORMER	
AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	En specifik projektorganisation har bildats för helheten. I styrgruppen ingår verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdsdirektör. En projektgrupp för hela uppdraget har etablerat, gruppen består av projektägare/RCC styrgrupp, verksamhetschef onkologi tillika processägare/RCC styrgrupp samt förbättringsledare. Landstinget har utvecklat ett processororienterat arbetssätt. Det finns en process för varje cancerdiagnos. Vårt arbete med standardiserade vårdförlopp utgår ifrån dessa processer. En arbetsgrupp /process = standardiserat vårdförlopp, har bildats för de fem aktuella diagnoserna med kliniskt verksamma medarbetare från både specialistvård och primärvård, privata och offentliga aktörer. Det har även bildats en arbetsgrupp för ledtidsmätning i elektronisk journal. Arbetsgrupperna leds av förbättringsledare.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Veckovisa avstämningsmöten krävs för projektgruppen. Varje arbetsgrupp jämför sitt standardiserade vårdförlopp med nulägesförloppet i landstinget och identifierar de gap som finns mellan desamma. Utifrån gapen planeras åtgärder. Åtgärderna ska genomföras eller lyftas till övergripande nivå. Arbetsgruppen för ledtidsmätning jämför kraven på mätning generellt och specifikt för standardiserade vårdförlopp och jämför med dagens

	<p>möjligheter. Utifrån jämförelsen planeras åtgärder. Åtgärderna ska genomföras eller lyftas till övergripande nivå.</p>
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	<p>Projektgruppen träffas 1 g/ vecka Förbättringsledare, en heltid, är avsatt för hela projektet. Arbetsgruppernas arbete med identifierande och planerande av åtgärder sker under våren 2015. Genomförande av åtgärder planeras till efter sommaren 2015.</p>
ANSVAR	Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	En första avstämning, för att bedöma tidsåtgången för standardiserade vårdförlopps genomförande, ska ske efter sommaren.
EKONOMISK KONSEKVENNS (<i>översiktligt</i>)	Beräkningen ovan kommer att beskriva kostnader för alla delar i projektet även denna tid kommer att beräknas. Särskilda resurser kommer att krävas t ex förbättringsledare, IT konsult, samt utbildningsinsatser mm.

VAD KRÄVS FÖR ATT INVOLVERA PATIENTFÖRENINGAR I ARBETET MED SVF?

AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	En första träff med representanter för patientföreningarna har genomförts.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Återkommande dialoger och möten har planerats in. Patientföreningarnas delaktighet knyts även till det lokala RCC rådet.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Första träffen genomförd. Se ovan, tid kommer att avsättas till regelbundna möten.
ANSVAR	Projektägare
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Frågor kommer att ställas till patientföreningarna inför och efter möten.
EKONOMISK KONSEKVENNS (<i>översiktligt</i>)	Begränsad kostnad.

VAD KRÄVS FÖR ATT INVOLVERA PRIVATA VÅRDGIVARE I ARBETET MED SVF?

AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	Inbjudan skickad till ett första möte den 10 mars.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Återkommande dialoger. Respektive berörd privatläkare kommer att knytas till det vårdförlopp som stämmer med specialiteteten.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Start mars sedan återkommande ca var fjärde månad, mer i inledningen.
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektägare
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Delaktigheten kommer att följas upp inom respektive vårdförlopp.
EKONOMISK KONSEKVENNS (<i>översiktligt</i>)	-

VILKET STÖD KRÄVS FÖR ATT INFÖRA SVF(5 DIAGNOSER) 2015

▪ *Välgrundad misstanke i primärvården*

AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	Gäller både privata och offentliga aktörer
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som</i>	1 Generell information om standardiserat vårdförlopp

krävs under 2015)	2 Specifik information om respektive vårdförlopp 3 Mallar i elektronisk journal (Cosmic) 4 Mallar för dem som inte har samma elektroniska journal
TID (tidssätt arbetet med start och slut)	1 Januari - februari 2 Augusti - september 3 Februari - maj 4 Februari - maj
ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	1 Projektgrupp 2 Respektive primärvårdsrepresentant i varje vårdförlopp 3 och 4 Respektive arbetsgrupp och IT-representant
UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	Arbetsmöten /vårdförlopp + gemensamma möten är bokade under våren för bearbetning och planering av alla förändringsbehov i respektive vårdförlopp
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Kommer att finnas med i den övergripande ekonomiska beräkningen.
▪ Välgrundad misstanke i den specialiserade vården	
AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	Gäller både privata och offentliga aktörer.
AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	Kartläggning gällande utbildningsbehov har startats. Ett par utbildnings/informationstillfällen kommer att genomföras.
TID (tidssätt arbetet med start och slut)	Maj och oktober.
ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	Processägare
UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	Arbetsmöten /vårdförlopp + gemensamma möten är bokade under våren för bearbetning och planering av alla förändringsbehov i respektive vårdförlopp
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Se tidigare kommentar.
▪ Koordinatorsfunktioner inom den specialiserade vården	
AKTIVITETER	Gäller offentliga aktörer
AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	- Kartlägga vilka vårdförlopp som redan har koordinator och hur de arbetar. - Arbeta fram förslag på hur koordinatorsrollen ska se ut och fungera. (T ex ska det vara en koordinator/förlopp eller gemensam koordinator för flera förlopp, hur ska koordinatorsrollen hanteras i relation till kontaktsjuksköterskerollen?) - Beslut om koordinatorsrollens funktion
TID (tidssätt arbetet med start och slut)	Februari-maj
ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	Respektive arbetsgrupp tar fram förslag. Styrgrupp beslutar.
UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	Arbetsmöten/vårdförlopp + gemensamma möten är bokade under våren för bearbetning och planering av alla förändringsbehov i respektive vårdförlopp. Beslut ska vara fattat i maj.
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Det kan innebära en ekonomisk konsekvens för de verksamheter som inte har en koordinator idag.
▪ Reserverade tider hos utredande enheter?	
AKTIVITETER	Gäller offentliga aktörer
AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	- Beräkning av hur många tider (t ex röntgen) som krävs

krävs under 2015)	- Ta fram ett förslag på hur och av vem de reserverade tiderna ska administreras
TID (tidssätt arbetet med start och slut)	Februari-maj
ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	Projektledare Styrgrupp och berörda verksamhetschefer
UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	Beslut i maj
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Se kommentarer ovan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rutin för kontakt med landsting / region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen 	
AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	Övergripande dialog pågår inom ramen för Samverkansnämnden.
AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	- Identifiera patientvolym och föra diskussion med aktör om hur det ska gå till. - Vid behov ändra befintliga rutiner
TID (tidssätt arbetet med start och slut)	Februari-maj
ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	- Respektive arbetsgrupp
UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	I respektive arbetsgrupp i maj
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	-

VILKA ÅTGÄRDER KRÄVS I BEFINTLIGA SYSTEM FÖR ATT KUNNA FÖLJA RESULTATEN AV SVF? (IT-STÖD PAS?)

AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	Gäller både privata och offentliga aktörer
AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som krävs under 2015)	- Identifiera varje moment som krävs - Informationsutbyte om lösningar inom Cosmiclandstingen - Informationsutbyte om lösningar utanför Cosmiclandstingen Objektägargruppen för Cosmic anser att vårt vårdinformationssystem kan lösa uppgifterna som krävs för standardiserat vårdförlopp.
TID (tidssätt arbetet med start och slut)	Februari-maj
ANSVAR (utse ansvarig för varje del i handlingsplanen)	Arbetsgrupp för it-stöd PAS i samarbete med arbetsgrupper för respektive SVF
UPPFÖLJNING (ange hur och när uppföljning ska ske)	Löpande
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Resursförstärkning krävs. Den exakta kostnaden ska beräknas under våren.

VILKA ÅTGÄRDER BEHÖVER LANDSTINGET GENOMFÖRA FÖR ATT KUNNA INFÖRA FLER SVF UNDER 2016:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ett viktigt observandum inför införandet av ytterliga standardiserade vårdförlopp är att takten för införandet är för högt, det är svårt att få en överblick över de konsekvenser som detta hastiga arbete medför dels i vårdförloppen dels inom andra diagnosområden. Omfattande resursförstärkingar kommer att krävas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primärvård (få PV delaktig, använda taggade remisser mm) 	
AKTIVITETER (ange privata eller offentliga aktörer)	Berör såväl offentliga som privata aktörer.
AKTIVITETER (ange alla aktiviteter som	- Information om att fler standardiserade vårdförlopp kommer

<i>krävs under 2015)</i>	- Planera information om vad som gäller inom respektive vårdförlopp.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	september
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektgrupp
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Projektägaren
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Se ovan
▪ Patologi	
AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	Särskilda möten med professionerna. Företrädare för patologi finns med i arbetsgrupperna för respektive vårdförlopp.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Analys sker inom respektive verksamhet samt i berörda arbetsgrupper.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Kartläggning klar maj
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Kontinuerlig dialog och uppföljning mellan arbetsgrupperna och projektgrupperna.
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Beräkningar ska genomföras.
▪ Bild och funktionsdiagnostik	
AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	Särskilda möten med professionerna. Företrädare för bild och funktionsmedicin finns med i arbetsgrupperna för respektive vårdförlopp.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Analys sker inom respektive verksamhet samt i berörda arbetsgrupper.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Kartläggning klar i maj.
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Kontinuerlig dialog och uppföljning mellan arbetsgrupperna och projektgrupperna.
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Beräkningar ska genomföras.
▪ Rutin för kontakt med landsting/region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen	
AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	Analys av införandet av de 5 första vårdförloppen. Viktigt att studera eventuella konsekvenser och vad den stora omfattningen av vårdförlopp kommer att innebära.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	- Under förutsättning att de första 5 förloppen fungerar som planerat, så införs motsvarande rutiner på kommande förlopp.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Höst
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Via respektive process samt Samverkansnämnden beredningsgrupp.
EKONOMISK KONSEKVEN (översiktligt)	Ny beräkning måste ske för införandet av 13 vårdförlopp till.
▪ Koordinatorsfunktion	
AKTIVITETER (<i>ange privata eller</i>	Analys av införandet av de 5 första vårdförloppen. Viktigt att studera eventuella konsekvenser och vad den stora omfattningen av

<i>offentliga aktörer</i>	vårdförlopp kommer att innebära.
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	- Genomföra samma åtgärder som de första 5 förloppen. - Ev kan samordning av koordinatorsfunktion bli aktuellt. T.ex. kan flera förlopp ha samma koordinator
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Följs upp inom projektet.
EKONOMISK KONSEKVENNS (<i>översiktligt</i>)	Eftersom koordinatorsfunktionen är ny så kommer inrättandet av dessa funktioner att kosta. Ny beräkning måste ske för införandet av 13 vårdförlopp till. Beräkning kan ske under hösten.
▪ Fortsatt utveckling av It-system	
AKTIVITETER (<i>ange privata eller offentliga aktörer</i>)	
AKTIVITETER (<i>ange alla aktiviteter som krävs under 2015</i>)	Lösningen som tas fram under de första 5 förloppen måste vara hållbar så att det kan byggas på med resterande.
TID (<i>tidssätt arbetet med start och slut</i>)	Tidigast 1:a kvartalet 2016, då har alla verksamheter samma IT system exkl privata vårdgivare (specialister).
ANSVAR (<i>utse ansvarig för varje del i handlingsplanen</i>)	Projektägaren
UPPFÖLJNING (<i>ange hur och när uppföljning ska ske</i>)	Följs kontinuerligt inom projektet.
EKONOMISK KONSEKVENNS (<i>översiktligt</i>)	Ovisst.

Organ	Landstingsstyrelsen
Plats	Sammanträdesrum Mälaren, Landstingshuset, Västerås
Tidpunkt	Onsdagen den 28 januari 2015

§ 10 Cancerplan 2014-2015 samt verksamhetsplan för RCC-rådet

LTV 141711

Samverkansnämnden Uppsala-Örebroregionen beslutade vid sammanträdet 2014-10-17 att ställa sig bakom Cancerplan 2014 - 2015 för Uppsala-Örebroregionen samt att rekommendera landstingen att anta cancerplanen.

Socialstyrelsen kräver att det ska finnas en beslutad cancerplan under 2014. Inriktningen i föreliggande plan är att alla patienter i regionen ska ha samma tillgång till expertis var de än befinner sig. Ansvaret för att uppfylla målen i planen ligger på respektive landsting, och varje landsting ska upprätta en handlingsplan. Regionalt cancercentrum, RCC, ansvarar för att följa landstingens arbete och årligen revidera cancerplanen.

RCC-rådet Västmanland har utarbetat föreliggande förslag till verksamhetsplan utifrån regional cancerplan. RCC-rådet Västmanlands verksamhetsplan innehåller många områden som kräver utarbetande av handlingsplaner, bland annat området standardiserade vårdförlopp som utgår ifrån kommande överenskommelse mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i vården. Landstingens uppdrag är att utveckla standardiserade vårdförlopp gällande olika diagnosgrupper som ska utvecklas utifrån nationella överenskommelser/vårdprogram. För 2015 är det diagnoserna prostatacancer, cancer i urinblåsa och urinvägar, huvud- och halscancer, akut myeloisk leukemi, matstrups- och magsäckscancer.

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Cancerplan 2014 - 2015 för Uppsala-Örebroregionen antas.
2. Verksamhetsplan för RCC-rådet Västmanland antas.
3. Standardiserade vårdförlopp införs och en handlingsplan för detta utarbetas i enlighet med nationella krav.

Paragrafens slut -----

Handlingsplan för genomförande av cancerplanen 2015

Handlingsplan för genomförande av cancerplanen 2015 Region Örebro län

Innehåll

Inledning	2
Prioriterade områden i den sjukvårdsregionala cancerplanen	2
Patientens ställning	3
Vårdens struktur	6
Kompetensförsörjning	7
Prevention och tidigdiagnostik	9
Standardiserade vårdförlopp (SVF)	10
Aktivitetsplan SVF	11

Bilaga 1 Uppdragsdirektiv standardiserade vårdförlopp

Bilaga 2 Aktivitetsplan Cancerrådet 2015

Inledning

Samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion antog i oktober 2014 den sjukvårdsregionala cancerplan som upprättats av Regionalt Cancercentrum (RCC) Uppsala Örebro. Cancerplanen bygger på målen i den nationella cancerstrategin och de kriterier som finns upprättade för RCC.

Ett övergripande krav i den sjukvårdsregionala cancerplanen är att varje landsting i regionen ska upprätta och anta en handlingsplan för hur de olika aktiviteterna i den storregionala cancerplanen ska genomföras i det enskilda landstinget. Detta dokument utgör Region Örebro läns handlingsplan.

Inom Region Örebro län finns ett Cancerråd (tidigare RCC-rådet), som under 2014 omorganiserades och vid årsskiftet 2014-2015 fick en samordnare på halvtid. Rådet har sedan tre år tillbaka haft en verksamhetsplan som uppdaterats och som för 2015 (bilaga 2) innehåller många av de aktiviteter som ingår i den sjukvårdsregionala cancerplanen. Cancerrådet består av representanter för de stora kliniker som utreder, behandlar och vårdar cancerpatienter. Rådet är multiprofessionellt och flera av medlemmarna är verksamhetschefer, många är också vårdprogramansvariga i sjukvårdsregionen. Kopplingen till linjeorganisationen finns genom dess medlemmar, men Cancerrådet kan inte ta några ekonomiska eller andra beslut utan har en beredande roll gentemot Rådet för medicinsk kunskapsstyrning och Ledningsgruppen för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Cancerrådets verksamhetsplan är därför inte lika med Handlingsplanen för genomförande av cancerplanen i Region Örebro län, även om mycket av innehållet är lika i de båda dokumenten.

Prioriterade områden i den sjukvårdsregionala cancerplanen 2015

Patientens ställning.

Hur vi gör patienterna till medaktörer både vid policybeslut och i sin egen vård.

Vårdens struktur. Hur sjukvårdsregionens sju landsting skapar en nivåstrukturering som utvecklar vården på bästa sätt. Hur vi ska använda våra gemensamma resurser – både i ekonomiska frågor och i samarbetet kring medicinteknisk utrustning.

Kompetensförsörjning. Hur vi rekryterar och behåller de särskilt prioriterade yrkeskategorier som sjukvårdsregionen behöver för att bibehålla en god cancervård.

Forskningssamordning. Hur RCC och RBC påverkar förutsättningarna för sjukvårdsregionens forskning.

Prevention och tidig diagnostik. Hur vi minskar insjuknandet i cancer.

Dessutom är arbetet med att minska ledtiderna för utredning och behandlingsstart för patienter med välgrundad misstanke om cancer ett högt prioriterat område inom Region Örebro län. För detta arbete finns en särskild projektorganisation och en projektplan som läggs in i denna handlingsplan (bilaga 1).

Patientens ställning

Inom detta område finns ett flertal olika aktiviteter i den sjukvårdsregionala cancerplanen:

Patientmedverkan i vårdens utveckling

- Samtliga vårdprogramgrupper ska erbjuda patientföreträdare som i första hand representerar patientföreningarnas plats i gruppen.
- RCC ska gemensamt med patientrådet utvärdera data i PREM för utvecklingsarbete i vården.
- Patientrådet ska bevaka patientperspektivet även när det gäller strukturella och organisatoriska frågeställningar.
- Patientrådet ska utgöra remissorgan för nationella vårdprogram.
- Patientrådet ska årligen utvärdera hur väl RCC tar tillvara rådets kompetens och tillsammans med RCC vidareutveckla rådet som ett stöd för RCC i arbetet med att stärka patientens ställning.
- RCC ska i samarbete med landstingen prova och utvärdera modeller för att direkt patientmedverkan i förbättringsarbete inom cancervården.

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Cancerrådet ska under 2015 ta ställning till hur de fortsatta kontakterna med patientföreningsföreträdare ska organiseras. De senaste åren har några representanter ur rådet bjudit in företrädare från ett antal föreningar för att diskutera hur patienternas intressen på bästa sätt ska tillgodoses inom vården i länet. Denna mötesform har mera fungerat som informationsforum och bör ersättas med en mera fast struktur, eventuellt med deltagande av ett par patientföreningsföreträdare vid något av Cancerrådets möten under året.

Vidare ska Cancerrådet värna om att patientföreningsföreträdare får tillgång till att informera om föreningarnas verksamhet på de berörda klinikerna i Regionen genom att exempelvis lägga ut broschyrer. Kontaktpersoner med egen erfarenhet av diagnosen kan erbjuda stort stöd för nydiagnosticerade patienter.

Flera patientföreningar har uttryckt önskemål om att få tydligare ingångar mot för den aktuella patientgruppen centrala kliniker. Dessa önskemål ska i största möjliga utsträckning tillgodoses under 2015, exempelvis via att kontaktpersoner för föreningarna vid klinikerna inrättas.

Ansvarigt för dessa aktiviteter under 2015 är Cancerrådet.

Patientmedverkan i den egna vården:

- Landstinget ska under 2015 ha fattat beslut om, och till RCC redovisa en plan för införandet av kontaktsjuksköterskor.
 - Från 2015 ska alla cancerpatienter i sjukvårdsregionen (härefter alla patienter) ha tillgång till en kontaktsjuksköterska.
 - Alla patienter ska från 2015 erbjudas en individuell vårdplan. Planen ska förutom behandlingsinformation också innehålla individuellt anpassade cancerrehabiliterande åtgärder.
 - Alla patienter och närstående ska informeras om rätten till förnyad bedömning. Rutiner för hur personalen förmedlar informationen om patientens rätt till förnyad bedömning ska finnas tillgängliga i hela landsting från ingången av 2015.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Inom detta område har Cancerrådet redan ett omfattande arbete, som under 2015 kommer att få en tydligare struktur. Redan 2012 togs ett beslut om att alla nydiagnosticerade cancerpatienter som fick behandling på mer än en klinik skulle ha en kontaktsjuksköterska, 2013 vidgades detta till alla nydiagnosticerade patienter och 2014 till alla cancerpatienter.

Under 2015 ska en inventering av antalet kontaktsjuksköterskor som finns i Regionen göras, de befintliga ska få skriftligt uppdrag från sin verksamhetschef och behovet av utbildning av kontaktsjuksköterskor ska också bedömas. Inventeringen ska vara klar under april 2015 och ligga till grund för ett förslag om fördelning av medel för förstärkning av bemanningen på de kliniker som saknar resurser för att inrätta fungerande kontaktsjuksköterskefunktioner. Ansvarig för denna inventering är Cancerrådets samordnare. Förslaget till budgetförstärkning ska vara klart i september 2015.

I samband med denna inventering ska kontaktsjuksköterskenätverket stärkas och få en regelbunden mötesordning. En enkät till kontaktsjuksköterskorna om hur de upplever sin arbetssituation ska ligga till grund för ett fortsatt arbete med att förtydliga deras uppgifter, särskilt i relation till de koordinatörer som ska tillskapas för att klara arbetet med att förkorta ledtider.

Det behov av utbildning av kontaktsjuksköterskor som framkommer i inventeringen enligt ovan bedöms i första hand kunna tillgodoses vid lärosäten inom storregionen. Den bör vara möjlig att söka även för sjuksköterskor med äldre grundutbildning, som därigenom saknar behörighet för högskoleutbildning men som genom sitt arbete har en hög kompetens inom cancervården. Ansvarig för arbetet med kontaktsjuksköterskeutbildning inom Region Örebro län är HR-direktören.

Inom området **individuell vårdplan** krävs också en strukturering av arbetet. Hittills har en mindre arbetsgrupp med representanter från Kirurgiska kliniken vid USÖ och företrädare för cancerrehabiliteringsområdet arbetat med detta med målet att en individuell cancerplan inkluderande en rehabiliteringsplan ska kunna upprättas som ett QMS-formulär. Samtidigt finns på några kliniker olika former av vårdplaner, ofta väldigt bra och ambitiösa pärmar som lämnas till patienterna. Målet är att få tillstånd en datoriserad vårdplan som ska vara möjlig att skriva ut, att uppdatera på ett enkelt sätt och som ska vara nåbar även från vårdgivaren. En stor fördel vore om vårdplanen kunde utvecklas inom ramen för Mina vårdkontakter 1177. Cancerrådet ska besluta om fortsatt utveckling av denna arbetsgrupp, bland annat genom att knyta en kommunikatör till gruppen. Ansvarig för detta arbete är samordnaren i Cancerrådet.

Cancerrådet ska utforma ett förslag till hur information om **rätten till förnyad bedömning** ska lämnas till patienter och anhöriga inom Region Örebro län. Ansvarig är verksamhetschefen på Onkologiska kliniken USÖ. Förslaget ska ligga till grund för ett styrande dokument som ska kunna antas under september 2015 i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Cancerrehabilitering och palliativ vård:

- Från 2015 ska alla patienter få sitt rehabiliteringsbehov bedömt.
- Från 2015 ska individuellt anpassad cancerrehabilitering erbjudas alla patienter med behov av rehabiliterande åtgärder, under pågående behandling liksom under uppföljningen.
- Under 2015 ska vårdprogramgrupperna för cancerrehabilitering kartlägga och definiera behovet av regiongemensamma rehabiliteringsresurser. Uppdraget ska rapporteras till RCC.

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

- Psykosocialt stöd som en del av cancerrehabilitering ska erbjudas alla patienter och närstående vid behov, oavsett diagnos eller ålder. Kontaktsjuksköterskan ska kunna förmedla kontakt när ett utökat behov av psykosocialt stöd uppstår.
 - Palliativt råd ska vara infört i alla landstinget under 2015. Huvudmännen ska genom särskilda avtal ta ett aktivt ansvar för barn och ungdomars (under 18 år) palliativa vård, både i hemmiljö och i vårdmiljö.
 - Landstinget ska också följa upp de sex indikatorerna i Socialstyrelsens kunskapsstöd för palliativ vård.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Inom området **cancerrehabilitering** har ett omfattande arbete lagts ner av representanter från Örebro läns landsting såväl i landstinget som regionalt och nationellt. Under 2014 kom ett nytt nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering. Detta är mycket omfattande och svårt att omsätta i praktiskt arbete. Inom Cancerrådet kommer därför under våren 2015 ett arbete genomföras för att hitta rutiner för hur behovet av cancerrehabilitering sak kunna bedömas hos alla patienter och hur identifierade behov av rehabiliteringsåtgärder som kräver insatser utöver det som det patientnära vårdteamet kan utföra ska kunna tillgodoses. Nyckelpersoner för att identifiera rehabiliteringsbehov är kontaktsjuksköterskorna i samverkan med läkare, kuratorer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Ansvariga för att utveckla dessa rutiner i Region Örebro län är ordföranden i Cancerrådet, samordnaren i Cancerrådet och den ansvariga för cancerrehabilitering i rådet. Arbete ska vara klart under vårterminen 2015 och under hösten 2015 ska rutiner för hur alla cancerpatienters rehabiliteringsbehov ska kunna tillgodoses införas inom Region Örebro län. Tanken är att en rehabiliteringsplan i förekommande fall ska kopplas till den individuella vårdplanen.

Ett **palliativt råd** har funnits i Örebro län sedan 2012. Uppdraget till detta utgår från samverkansorganisationen mellan kommunerna och landstinget, och rådet innehåller representanter från såväl kommunerna som Region Örebro län. Under 2014 tog Palliativa rådet fram läns gemensamma riktlinjer för samarbetet kring palliativ vård mellan kommunerna och landstinget för att säkra en jämlik palliativ vård, men fortfarande finns det olikheter när det gäller kompetens för främst specialiserad palliativ vård i länet. De senaste tre åren har utvecklingsledare vid Regionförbundet Örebro i samverkan med Palliativa rådet gjort ett omfattande arbete med att sprida arbetssättet kring hur man med stöd av registrering i det nationella Palliativregistret förbättrar vården i livets slutskede. Månatlig uppföljning av de olika indikatorerna i registret visar också på en långsam men stadig förbättring av resultaten i länet. Från årsskiftet 2014-2015 kommer det endast att finnas en utvecklingsledare på central nivå inom Region Örebro län, men arbetet med att kontinuerligt förbättra den palliativa vården kommer att bedrivas vidare ute i länsdelarna/närsjukvårdsområdena, och uppföljning av resultaten kommer att fortsätta ske via det nationella registret.

Stöd till närstående:

- Landstinget ska säkra att både barn och vuxna som närstående till cancerpatienter får sina behov av råd, stöd och information tillgodosedda.
 - RCC ska stödja arbetet med webbplatsen "nära cancer" för att stödja barn som närstående till cancerpatienter.
 - En plan för utvärdering av webbplatsen ska presenteras under 2015.
 - Landstingen ska under 2015 utveckla samarbetet med patientnämnderna i regionen för att följa upp brister i behandling och bemötande inom cancervården.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

Webbplatsen ”nära cancer” är framtagen av medarbetare på Onkologiska kliniken, USÖ, och har fått stort nationellt genomslag under 2014. Fortfarande står kliniken för merparten av de svar till närstående som skriver in frågor på portalen, så på så sätt stöder Region Örebro län denna webbplats på ett mycket påtagligt sätt. När webbplatsen flyttas till en nationell nivå måste Regionens engagemang i ”nära cancer” omprövas och nya modeller för arbetet i portalen och finansieringen av denna tas fram. Detta arbete ska ske i nära samverkan med RCC Uppsala Örebro och RCC i samverkan. Ansvarig i Cancerrådet för detta arbete är ordföranden i Cancerrådet.

Under våren 2015 ska Cancerrådet ta kontakt med **patientnämnden** i regionen för att komma överens om hur nämndens erfarenheter av hur patienter upplever cancervården i regionen på bästa sätt ska kunna tillvaratas för att förbättra bemötande, vård och behandling. Ansvarig i Cancerrådet för dessa kontakter är medicinske rådgivaren vid ledningskansliet. Ett första möte är inbokat 2015-03-31.

Vårdens struktur

Den nationella nivåstrukturen på regional nivå:

- RCC i samarbete med processledarna för matstrupscancer och för buksarkom ska presentera förslag på hur vård och behandling ska samordnas inom sjukvårdsregionen.
 - RCC i samarbete med de processledare som hanterar övriga förslag för nationell nivåstruktur ska under 2015 presentera ett underlag för samråd och beslut i Samverkansnämnden om hur övriga diagnoser som föreslagits för nationell nivåstrukturering ska hanteras regionalt.
-

Uppföljning av arbetet med nivåstrukturering:

- Landstinget ska löpande ta fram handlingsplaner för hur arbetet med nivåstruktureringen enligt vårdprogramgruppernas förslag ska ske.
 - Uppföljning av planen ska redovisas årligen till RCC.
 - Utvecklingen ska följas i kvalitetsregister.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Inom Region Örebro län är beslut taget om att kolorektalcancerkirurgin från och med årsskiftet 2014-2015 ska bedrivas enbart vid Universitetssjukhuset i Örebro. Under 2015 ska en kontinuerlig uppföljning av effekterna av detta beslut göras, inkluderande väntetider för utredning och kirurgi och resultatindikatorer på kort och på lång sikt.

Ett omfattande förändringsarbete kommer att ske inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2015 för att omstrukturera vården i enlighet med de beslut om länskliniker och närsjukvårdsområden som togs under 2014. Inom ramen för detta förändringsarbete blir det naturligt att diskutera nivåstrukturering av alla olika cancerformer, även om de allra flesta cancerformer redan idag behandlas huvudsakligen på Universitetssjukhuset. Det måste dock finnas samverkan mellan sjukhusen och med primärvården för att hitta bästa förutsättningar för förebyggande av cancer, tidig

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

diagnostik och uppföljning av behandlade patienter.

Även om Cancerrådet kommer att bereda frågor om nivåstrukturering så måste beslut om sådana förändringar ske i linjeorganisationen. Ansvarig för detta är Hälso- och sjukvårdsdirektören.

Kompetensförsörjning

Utbildningsplan:

- RUR (Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet) ska i samverkan med RCC initiera och samordna följande utbildningar efter nationella/regionala direktiv:
 - Kontaktsjuksköterskeutbildning
 - Forskningssjuksköterskeutbildning
 - Specialistsjuksköterskeutbildning
 - BMA och cytodiagnostiker
 - Landstinget ska under de närmaste tre åren utbilda kontaktsjuksköterskor för att cancerstrategins krav att alla patienter ska ha en kontaktsjuksköterska säkras.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Detta område har redan berörts under avsnittet om kontaktsjuksköterskor

Generell rekryteringsstrategi i fem moduler:

- RUR ska tillsammans med ansvariga i landstinget utarbeta förslag på hur man kan samverka kring rekryteringen av bristspecialiteter för att komma till rätta med den sneda fördelningen och bristen.
 - För detaljerade beslut kring detta, se respektive avsnitt i Cancerplanen.
 - RUR i samverkan med HR-funktionen i landstinget ska föreslå hur avtal mellan landstingen kan se ut när det gäller att dela på särskilda bristfunktioner.
 - Specialitetsråd med koppling till cancervården ska i enlighet med förslagen i de fem modulerna för patologin, analysera behoven och föreslå nya arbetssätt för att förändra hur kompetenserna inom respektive område används. I uppdraget ligger också att se över förutsättningarna för kunskapsöverföring mellan olika yrkeskategorier och vad som krävs för att den ska kunna genomföras.
-

Modul 1: Kompetensutveckling specialisläkargruppen (patologi):

- Specialitetsrådet för patologi ska innan utgången av 2015 utreda och presentera hur en regional "CME-modell" ska se ut.
 - Specialitetsrådet för patologi ska innan utgången av 2015 beskriva och konkretisera hur extern hospitering i tjänsten ska fungera i Uppsala-Örebroregionen.
 - Specialitetsrådet för patologi ska arrangera årliga regiondagar, i första hand avseende uppdatering/implementering av vårdprogram.
 - Landstingen ska tillsammans med universitetet säkra att goda forskningsmöjligheter kan erbjudas, oavsett placering, till exempel genom delade tjänster.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

Inom denna modul har Region Örebro lán ett särskilt uppdrag, då områdeschefen för område FoU fått i uppdrag att ta fram en (sjukvårds)regionövergripande projektplan (januari 2015) och göra en delrapport om hur arbetet fortskrider (december 2015).

Modul 2: Rekrytering av ST-läkare till regionen (patologi):

- Specialitetsrådet ska initiera/driva diskussioner nationellt med SKL och Socialstyrelsen om möjligheterna för att tidigt nischa sig mot specialiserad klinisk diagnostik (neuropatologi, hematopatologi och dermatopatologi).
- RUR ska via lärosätena utreda möjligheterna att skapa forskningsanknuten ST.
- Huvudmännen ska rekommenderas att inrätta ST- tjänster i nivån 1 ST per 2 specialister under de närmaste fem till tio åren.
- Landstinget ska lyfta upp den regionala patologskolan som ett komplement till annan kompetensutveckling.

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro lán

Denna modul hänger samman med modul 1 och ska inom Region Örebro lán handläggas i samarbete mellan Område diagnostik och HR-funktionen. Ansvariga är områdeschef Område diagnostik och HR-direktören i Region Örebro lán.

En övergripande plan för ST-rekrytering inom Region Örebro lán har tidigare föreslagits, och bör i samband med den stora organisationsförändringen inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen aktualiseras.

Modul 3: Utbildning av och kompetensöverföring till andra yrkeskategorier än läkare (patologi):

- Landstinget ska införa utbildningsförmåner för biomedicinska analytiker (BMA) och cytodiagnostiker som är jämförbara med förmånerna vid specialistsjuksköterskeutbildning eller liknande utbildningar för specialistsjuksköterskor.
- Landstingen ska inrätta specialisttjänster för BMA och cytodiagnostiker, motsvarande specialistsjukskötersketjänster.
- Landstinget ska arbeta tillsammans med universiteten för att säkra forskningsmöjligheter för BMA och cytodiagnostiker oavsett placering, till exempel genom delade tjänster kombinerat med verksamhetsutvecklingsansvar.

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro lán

Även denna modul kräver samverkan mellan Område diagnostik och HR-funktionen.

Modul 4: Utlandsrekrytering (patologi):

- RCC:s styrgrupp ska första kvartalet 2015 utse ett landsting som ska stå för regional samordning och samfinansiering av utlandsrekrytering av specialistfunktioner inom cancerområdet.
 - Specialitetsrådet för patologi ska ta fram en modell för introduktion för utlandsrekryterade patologer.
 - Uppdraget ska redovisas senast december 2015.
 - Specialitetsrådet ska via regional representation i det nationella nätverket för patologin verka för att Socialstyrelsens bedömning av utlandsrekryterade patologer baseras på både yrkeserfarenhet och utbildning så att specialistbevis kan utfärdas snabbare.
-

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Inom detta område finns mångårig erfarenhet inom Örebro läns landsting, som kan tillföras det arbete specialitetsrådet fått i uppdrag att genomföra.

Modul 5: Nya arbetssätt och digital patologi:

- Landstinget/samverkansnämnden ska inrätta en projektjänst (ca 2 år) för att regionalt samordna utvecklingen av digitalisering av patologi.
- Landstinget ska avsätta juridisk kompetens för att lösa eventuella problem med att digital information från relevanta prover (journalinformation) blir tillgängliga mellan sjukhus för granskande patolog.
- Specialitetsrådet inom patologi ska utarbeta en plan för omvärldsbevakning. Planen ska syfta till att systematiskt följa utvecklingen av digitaliseringen både nationellt och internationellt. Specialitetsrådet ska samverka med medicinska fakulteter både regionalt och nationellt i detta arbete.

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Denna modul förutsätter samverkan mellan landstingen i sjukvårdsregionen och bör koordineras via RCC.

Kompetensutveckling och attraktiva arbetsplatser:

- Landstingen ska tillsammans analysera kompetensläget för att säkra att regionen som helhet har en kompetensförsörjning som överensstämmer med regionens vårdstruktur.

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Inom detta område har Örebro läns landsting haft ett mångårigt arbete. Inom Regionala kompetens- och utbildningsrådet (RUR) ska detta arbete fortsätta med ett sjukvårdsregionalt perspektiv. Det är viktigt med samsyn kring hur ändamålsenlig kompetens för regionens behov ska kunna säkras, så att man i största möjliga utsträckning kan undvika att ”stjäla” nyckelkompetenser från varandra.

Forskningsamordning

Inom detta område handlar det främst om sjukvårdsregionala aktiviteter initierade av RCC inkl RBC. Region Örebro län är en aktiv samarbetspartner inom de olika områden som handlar om insamling (biobankning) av material för forskning, koppling av biobanksprover till klinisk information och samordning av kliniska studier i regionen. Lokalt ansvariga är områdescheferna för Område FoU och diagnostik samt Clinical Research Support (CRS) i samarbete med de olika klinikernas forsknings- och studiefunktioner.

Prevention och tidig diagnostik

- Landstingen ska följa de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder.
- Det preventiva arbetet för att minska tobaksrökning i sjukvårdsregionen ska prioriteras på verksamhets-, landstings- och regional nivå.

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

- Landstinget ställer sig bakom RCC:s nationella handlingsplan för ett rökfritt Sverige.
 - Landstingen ska gemensamt finna och använda samma metoder för att på ett strukturerat sätt arbeta för att på ett tidigt stadium identifiera allvarlig misstanke om cancer.
 - Alla sju landsting ska införa bildöverföring till dermatolog för tidig upptäckt av malignt melanom.
 - Den påbörjade kolorektalscreeningen ska fullföljas enligt studiemodellen. RCC Uppsala Örebro är ansvariga för studiekansliet.
 - Innan utgången av 2016 ska alla sju landsting vara anslutna till det nationella registret för mammografi.
 - Innan utgången av 2016 skall alla sju landsting vara anslutna till det nationella registret för cervixcancerscreening.
-

Aktiviteter inom detta område i Region Örebro län

Inom samtliga av ovanstående områden pågår aktivitet inom Region Örebro län. En särskild arbetsgrupp för implementering av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande arbete finns sedan flera år. I Cancerrådet har ansvarig läkare för Tobakspreventiva enheten ett särskilt ansvar för det tobakspreventiva arbetet, och deltar bland annat i det s k mosképrojektet, som inriktar sig på att sprida preventiv information till invandrare med muslimsk bakgrund.

Bildöverföring är sedan flera år införd för snabbare diagnostik av misstänkt malignt melanom, och den nationella kolorektalscreeningstudien är påbörjad inom Örebro län under hösten 2014.

Region Örebro län är sedan tidigare anslutet till de båda nationella registren för mammografi resp cervixcancerscreening.

Förkortade ledtider vid utredning och behandlingsstart av patienter med misstanke om cancer (Standardiserade vårdförlopp, SVF)

För detta omfattande nationella projekt med syfte att minska väntetider för diagnostik och behandling av patienter med cancer finns inom Region Örebro län en särskild projektplan som bifogas denna handlingsplan. (Bilaga 1)

En arbetsgrupp under ledning av bitr hälso- och sjukvårdsdirektören har tagit fram en plan för de aktiviteter som behöver genomföras för att införa standardiserade vårdförlopp inom Region Örebro län. Under 2015 rör detta arbete främst de fem pilotdiagnoserna, men i förlängningen ska standardiserade vårdförlopp införas inom samtliga cancerdiagnoser där man på nationell nivå tar fram sådana.

Regionalt cancercentrum (RCC) Uppsala Örebro har utarbetat en mall för vad som ska beskrivas i den aktivitetsplan för standardiserade vårdförlopp som ska lämnas till RCC i samverkan senast 2015-03-15 som en av grundförutsättningarna för att få tillgång till de nationella stimulansmedlen för 2015.

Aktivitetsplanen för Region Örebro län innehåller kortfattade beskrivningar över hur vi planerar att arbeta inom dessa områden och vem som ansvarar för detta.

En andra grundförutsättning är ett politiskt beslut om att landstinget/regionen ansluter sig till arbetet med standardiserade vårdförlopp. Ett sådant beslut tas samtidigt som denna handlingsplan antas i Regionstyrelsen 2015-02-24

Aktivitetsplan för standardiserade vårdförlopp 2015 Region Örebro län

1 Information och dialog i syfte att förankra med och i verksamheterna för att skapa förutsättningar för ett effektivt införande av standardiserade vårdförlopp

2014: Information via ledningsgrupp till samtliga områdeschefer, som i sin tur ansvarar för att föra informationen vidare till verksamhetschefer. Inledande information/uppdrag har getts. En processledare har utsetts per diagnos + en processledare inom röntgen.

2015: Processledarutbildning med tillhörande arbete för respektive process startat januari 2015. Denna utbildning med tillhörande arbete med införande har månatliga träffar från januari till juni 2015.

Återkommande återkoppling till ledningsgrupp hur arbetet fortskrider under året för att bibehålla fokus/hålla arbetet fortsatt aktuellt för samtliga.

De privata vårdcentralerna informeras/involveras av Hälsovalsensheten inom Region Örebro län. Capio Läkargruppen informeras och involveras via ordinarie kanaler av chefläkare, USÖ.

Ansvarig för information och involvering av de privata vårdgivarna utöver Capio läkargruppen är chefen för Hälsovalsensheten.

Huvudansvarig för hela införandet av standardiserade vårdförlopp i Region Örebro län är bitr hälso- och sjukvårdsdirektören, som för detta bildat en styrgrupp och en projektgrupp.

2 Vad krävs för att involvera patientföreningar i arbetet med SVF

Information och diskussion med patientföreningsföreträdare planeras under våren 2015 i Cancerrådet. Även ett möte med patientnämnden för att dra lärdom av dennas kontakter med cancerpatienter är planerat under våren 2015

3 Vad krävs för att involvera privata vårdgivare i arbetet med SVF?

De privata vårdcentralerna informeras enligt ovan via Hälsovalsensheten och Capio läkargruppen av chefläkaren, USÖ

4 Vilket stöd krävs för att införa arbetssättet med välgrundad misstanke om cancer i primärvården

Information. Sprida och implementera framtagna remissmallar, nya rutiner (så snart de finns framtagna), bygga upp en intranät/internet sida med allt relevant material . Återkoppla med mätetal. För att klara detta knyts en kommunikatör till projektgruppen, och eftersom mycket av informationen kommer att gå via Cancerrådet knyts en kommunikatör även dit. Cancerrådet har också en representant från primärvården som får i uppdrag att involvera primärvården i arbetssättet. Artiklar i Tebladet om standardiserade vårdförlopp och om välgrundad misstanke under 2015 för att informera såväl medarbetare som allmänhet.

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

5 Vilket stöd krävs för att införa arbetssättet med välgrundad misstanke om cancer inom specialistvården

Samma informationsinsatser som under punkt 4. Dessutom planeras ett USÖ-Forum under våren 2015 om standardiserade vårdförlopp. Återkommande information i Ledningsgruppen för hälso- och sjukvården.

6 Vilket stöd krävs för att införa koordinatorsfunktioner på utredande kliniker och reserverade tider på utredande enheter?

Cancerrådet inventerar behovet av koordinatorsfunktioner på de utredande enheterna under våren 2015. Budgetmedel för eventuella behov av förstärkning finns reserverade. Representant för bild- och funktionsdiagnostik deltar i projektgruppens arbete. Beslut om inrättande av koordinatorsfunktioner måste tas inom linjeorganisationen.

7 Vad krävs för att få en fungerande mätmetod för att kunna följa resultaten av SVF? (it-stöd PAS?)

Detta är ett centralt område inom projektet. Nationellt framtagna KVÅ-koder som behöver implementeras hos samtliga involverade. Ta fram nya rutiner. Krav på följsamhet i registrering. Hitta nya sätt att hantera remisser mellan primärvård och specialistvård. Nära samarbete med IT för att kunna tagga remisser och följa ledtider. Detta arbete måste vara kontinuerligt från och med kodernas införande. Återkoppling via utdataportal, eller annan återkoppling till samtliga registrerande enheter. Ansvarig för detta arbete är projektgruppen under ledning av bitr hälso- och sjukvårdsdirektören

8 Vilka åtgärder behöver landstinget genomföra för att kunna införa fler SVF under 2016?

Fortsatt processarbete utifrån de erfarenheter vi gör under projektiden 2015. Cancerrådet koordinerar aktiviteterna mot berörda verksamheter. Kontinuerlig rapportering till Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

En central aktivitet att ta fram strukturerade remisser för SVF, helst e-remsor enligt ovan. Kunskap om dessa måste spridas i primärvården och inom specialistvården, och säkra rutiner för hur dessa remisser kan följas måste utvecklas. De kliniker som berörs av de nya diagnoser som under 2016 ska implementeras som SVF ska genomgå processanalys enligt de erfarenheter vi drar från projektet under 2015, de som genomgått processledarutbildning kan delta i arbetet på andra kliniker.

Inom bild- och funktionsdiagnostik måste de resurser som finns inom Region Örebro län samverka betydligt mera än idag för att säkra tillgång till radiologiska undersökningar, och inom patologin måste samarbetet i sjukvårdsregionen öka, kanske kan vissa enheter ansvara för diagnostiken inom vissa diagnosområden för flera landsting.

Ett fortsatt arbete i RCCs olika vårdprocessgrupper, i RCC-styrgruppen och i Beredningsgruppen inom Samverkansnämnden måste göras för att säkra processerna för de patienter som behöver insatser inom flera landsting för att säkra diagnos och starta behandling.

UPPDRAGiL ver 1.4

Uppdragsdirektiv 1(7)

Uppdragsnamn: Processledning och standardiserade
vårdförlopp för fem cancerdiagnoser

Datum 2015-01-19

Uppdragsledare: Jens Windeborg

Version 1.3

Införa processledning och standardiserade vårdförlopp för utredning vid fem cancerdiagnoser

Uppdragsägare är Ingrid Östlund, biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör

Uppdragsledare är Jens Windeborg, kvalitets- och IT-chef Habilitering och hjälpmedel

Versionshistorik

Version ¹	Datum	Författare	Godkänd av	Ändringshistorik
1.3	2015-01-19	Jens Windeborg	Ingrid Östlund	1.2 2014-12-09

 1

Själva dokumentnamnet ska ej ändras i samband med ny version. Detta eftersom målsättningen på sikt är att dokumenten ska in i vårt dokumenthanteringssystem som då även sköter versionshanteringen.

UPPDRAGiL ver 1.4

Uppdragsdirektiv 2(7)

Uppdragsnamn: Processledning och standardiserade
vårdförlopp för fem cancerdiagnoser

Datum 2015-01-19

Uppdragsledare: Jens Windeborg

Version 1.3

Checklista inför beslut, BP2

Ja Nej

Faller detta uppdrag inom ramen för ÖLL:s definition av ett uppdrag?	Ja	
Har ett komplett uppdragsdirektiv utformats (detta dokument)?	Ja	
Följer uppdraget verksamhetens mål och strategier?	Ja	
Är uppdragsägare, uppdragsledare, mottagare och övriga intressenter utpekade?	Ja	
Är resurserna säkrade för genomförandefasen?	Ja	

Kryssa i rutan för vilket alternativ som gäller (besluten ska tas av uppdragsägaren):

JA NEJ Datum Kommentar:

Beslut att starta Genomförandefasen, BP2

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2014-12-09	
-------------------------------------	--------------------------	------------	--

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND OCH SYFTE	4
2	MÅL	4
3	KRAV PÅ UPPDRAGET	4
3.1	Förutsättningar	4
3.2	Avgränsningar	5
3.3	Kopplingar till andra projekt och verksamheter	5
3.4	Resultat	5
4	TIDPLAN	5
5	BUDGET	6
5.1	Kostnader	6
5.2	Finansiering	6
6	ORGANISATION	6
7	REFERENSER OCH BILAGOR	7

Uppdragsnamn: Processledning och standardiserade
vårdförlopp för fem cancerdiagnoser

Datum 2015-01-19

Uppdragsledare: Jens Windeborg

Version 1.3

1 Bakgrund och syfte

De olika arbetsuppgifterna eller vårdaktiviteterna som vi utför i hälso- och sjukvården är kopplade till samspelet mellan patienter och personal i verksamheterna. Dessa aktiviteter ingår i en mängd olika vårdförlopp eller vårdprocesser som omfattar samtliga vårdaktiviteter som är relaterade till ett eller flera hälsoproblem. Ett processorienterat synsätt innebär att hälso- och sjukvården leds utifrån de vårdprocesser som är till för att skapa värde för patienterna. Vårdprocesserna ger organisationen dess mening och bör alltid ses som ”kärnan” i verksamheten där produktionen sker.

Det är först när vi som organisation vet hur vi gör som vi med framgång kan förbättra vad vi gör. Genom att arbeta över verksamhetsgränser med att beskriva, mäta och förbättra verksamhetens vårdprocesser upptäcker vi möjligheter och ser problem. Vi får en karta att navigera efter och ett styrmedel för att nå önskade och förutsägbara resultat.

För att förbättra den vård vi ger patienterna vid 5 olika cancerdiagnoser inför vi processledning och standardiserade vårdförlopp. För varje vårdprocess är en processledare utsedd.

Syftet är att cancerpatienterna ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning. Införandet av de standardiserade vårdförloppen sker enligt instruktionen ”Processledning inom Hälso- och sjukvården” utgåva 2 samt ”Manual Standardiserat vårdförlopp för cancer”.

2 Mål

Målet med uppdraget är att implementera standardiserade vårdförlopp och processledning

När uppdraget är avslutat 2015-06-30:

- finns det lokalt anpassade standardiserade vårdförlopp för prostatacancer, urotelialcancer, akut myeloisk leukemi, huvud-halscancer och esofagus-ventrikelcancer
- är processledning införd för de standardiserade vårdförloppen

3 Krav på uppdraget

3.1 Förutsättningar

Förutsättningarna är att utgå från ”Manual för att utforma standardiserade vårdförlopp för cancer” (bilaga1) samt från ”Processledning inom hälso- och sjukvården” (bilaga2). En viktig förutsättning är att linjechefen för respektive deltagare i arbetsgruppen ansvarar för att tillräckligt med tid avsätts för deltagaren i uppdraget. Det avser den tid som framgår av tidplanen för att delta i utbildning, utarbeta standardiserade vårdförlopp och införa processledning i verksamheten för respektive vårdprocess. Uppdragsledaren förfogar över den tid som deltagarna i arbetsgruppen avsätter i uppdraget.

Uppdragsnamn: Processledning och standardiserade vårdförlopp för fem cancerdiagnoser

Datum 2015-01-19

Uppdragsledare: Jens Windeborg

Version 1.3

3.2 Avgränsningar

Delprocessen behandling ingår inte i uppdraget. Ej heller att driva processutvecklingen vidare efter uppdraget avslutats.

3.3 Kopplingar till andra projekt och verksamheter

Hälso- och sjukvårdens ”utdataprojekt”.

Medverkan av Hälso- och sjukvårdens produktionskontroller Elizabeth Nyström samt IT-konsult från vård-IT för stöd att välja mätmetoder och genomförande av mätningar.

3.4 Resultat

Genom att införa standardiserade vårdförlopp och processledning för de fem cancerdiagnoserna skapas förutsättningar för en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell process utan onödig väntetid för patienterna i samband med utredning.

4 Tidplan

Beslut	Benämning	Kommentar	Tid
BP2	Beslut att starta genomförandefasen	Klart innan start: Projektledare utsedd, styrgrupp för införandet utsedd, processledare för respektive process utsedda. Utbildare/kursledare är utsedd	2014-12-09
	Initiera projektet	Projektledaren initierar projektet genom en gemensam ”Kickoff”. Deltagare är styrgruppsmedlemmar, processledare och utbildningskonsult. Tidsåtgång 4 tim.	2014-12-18
	Utbildning av processledare och övriga resurser i arbetsgruppen	Utbildningen av processledarna omfattar 6 dagar. Utbildningen består av föreläsningar, diskussioner och workshops. Upplägget är utformat för att inspirera och ge kunskap om hur man kan utvärdera och förbättra verksamhetens processer. Deltagarna kommer att få insikt i analys- och förbättringsverktyg som kompletterar deras professionella kompetens.	2015-01-20 2015-02-11 2015-03-11 2015-03-12 2015-04-23 2015-06-04

Beslut	Benämning	Kommentar	Tid
	Etablera processledning och standardiserade vårdförlopp	Processledarna får arbetsuppgifter mellan utbildningsdagarna som ska leda fram till att processledning införs och standardiserade vårdförlopp utarbetas för respektive vårdprocess. Processledarna får metodstöd från verksamhetsutvecklare och produktionscontroller under etableringen.	Från 20 feb till 4 juni. Ca 20-40% av heltid beroende på processens behov
BP4	Slutleverans	Slutrapport lämnas av uppdragsledaren. Godkänns av uppdragsgivaren	30 juni

5 Budget

5.1 Kostnader

Den arbetstid som åtgår i uppdraget för samtliga deltagare i arbetsgruppen betalas av respektive verksamhet där deltagaren är anställd.

Beräknad tidsåtgång för processledaren att etablera processen i berörda verksamheter är ca 20-40 % av heltid beroende på processens nuläge och komplexitet.

Extern kostnad för utbildare/kursledare betalas av Hälso- och sjukvårdens ledning enligt separat avtal.

Internkostnad för lunch och kaffe för 6 dagar och tolv deltagare uppgår till ca 12000 kr och betalas av Hälso- och sjukvårdens ledning.

5.2 Finansiering

Finansieras av hälso- och sjukvårdens ledning genom uppdragsgivaren.

6 Organisation

För varje vårdprocess är en Processledare och förbättringscoach utsedd

Vårdprocess	Processledare	Förbättringscoach
Prostatacancer	Emma Nilsson Urologiska kliniken	Gun Loiske
Urotelialcancer	Martina Persson Urologiska kliniken	Gun Loiske
Akut myeloisk leukemi	Elisabet Forsberg Medicinska kliniken	Ann-Louise Notstam Hjort
Huvud-halscancer	Anna Åberg Öron-näsa-halskliniken	Ann-Louise Notstam Hjort
Eusofagus-ventrikelcancer	Kerstin Bonnevier-Pettersson	Kristin Grip

Styrgrupp: träffas en gång i månaden
under uppdragstiden och består av:

- Ingrid Östlund uppdragsgivare
- Johan Ahlgren verksamhetschef
onkologiska kliniken
- Pia Öijen chef ledningsstöd
- Elizabeth Nyström produktions-
controller
- Mats Björemann medicinsk
rådgivare
- Jens Windeborg uppdragsledare

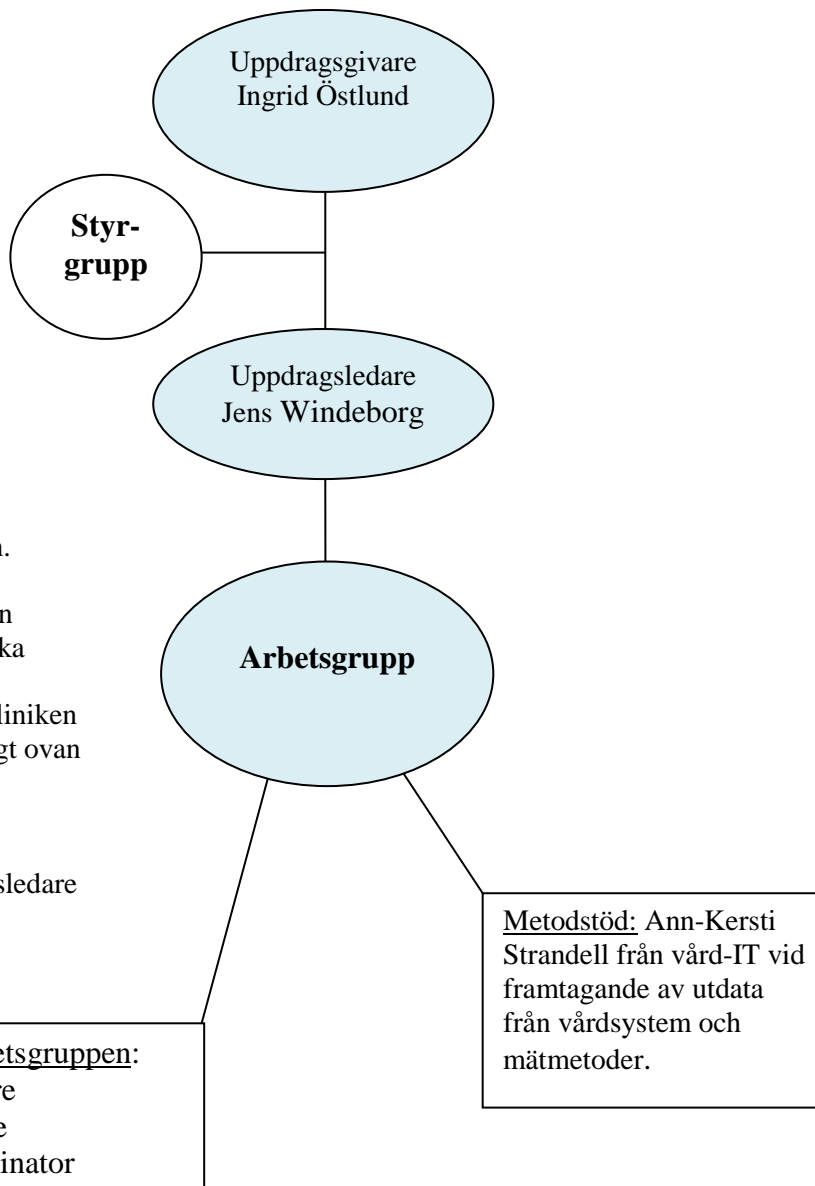
Uppdragsgivaren är sammankallande

Arbetsgrupp träffas enligt tidplan.

I arbetsgruppen ingår:

- 5 processledare enligt ovan
- Ingrid Alkebro Onkologiska
kliniken
- Ingela Ahlqvist Röntgenkliniken
- 3 förbättringscoacher enligt ovan
- Elizabeth Nyström
produktionscontroller
- Uppdragsledare
- Jens Regnért utbildare/kursledare

Stöd från primärvård till arbetsgruppen:
Björn Strandell distriktsläkare
Sven Röstlund distriktsläkare
Ann-Christin Ledstam koordinatör



7 Referenser och bilagor

Bilaga 1 Manual för att utforma standardiserade vårdförlopp för cancer.

Bilaga 2 Processledning inom hälso- och sjukvården

Handlingsplan Cancerrådet Örebro läns landsting 2015-2016

I oktober 2014 tog Samverkansnämnden beslut om att rekommendera landstingen i regionen att anta den regionala cancerplanen 2014-2015. Denna plan innehåller ett antal mål och aktiviteter som måste beslutas om i respektive landsting, och den första beslutspunkten är att en handlingsplan för det egna landstinget ska upprättas, som beskriver hur den regionala cancerplanen ska implementeras i landstinget.

Cancerrådet i Örebro läns landsting (tidigare RCC-rådet) är det lokala organ som har i uppdrag att samordna och driva de olika aktiviteter som initieras på nationell och regional nivå i enlighet med den nationella cancerstrategin. Rådet har en bred, multiprofessionell representation från alla verksamheter inom ÖLL som bedriver utredning, behandling och uppföljning av cancerpatienter. Rådets uppdrag har skrivits om under 2014, och från 1 januari 2015 kommer en samordnare på deltid att inrättas för att koordinera de aktiviteter som rådet initierar.

Rådet har en rådgivande roll gentemot hälso- och sjukvårdsförvaltningen och vårdverksamheterna. Det operativa ansvaret för cancervården och utvecklingen av vården ligger i linjeorganisationen. Riktlinjer och vårdprogram fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören. Rådet rapporterar till biträdande hälso- och sjukvårdsdirektören och minst en gång årligen till Rådet för medicinsk kunskapsstyrning, RMK.

De områden som enligt den regionala cancerplanen ska hanteras i landstingens handlingsplan för 2015 är följande:

Alla cancerpatienter ska ha en kontaktsjuksköterska

Alla cancerpatienter ska erbjudas en individuell vårdplan

Rutiner för hur patienter ska informeras om rätten till förnyad bedömning ska vara klara

Alla patienter ska få sitt behov av rehabilitering bedömt

Individuellt anpassad cancerrehabilitering ska erbjudas alla med behov

Palliativt råd ska finnas

Webbplatsen Nära cancer ska stödjas och utvärderas

Samarbetet med patientnämnden ska utvecklas

Dessutom är den nationella satsningen på att korta ledtider för utredning av patienter med välgrundad misstanke om cancer och start av behandling av patienter med cancer en högt prioriterad aktivitet i cancerrådet under de kommande åren. För detta finns ett särskilt projekt lett av biträdande hälso- och sjukvårdsdirektören initierat och med processledare utsedd.

Aktivitetsplan Cancerrådet Region Örebro län 2015

Område/Aktivitet	Mål	Ansvarig	Rapporteras till/när
Kontaktsjuksköterska	Alla patienter ska ha en kontaktsjuksköterska	Johan Ahlgren	Cancerrådet April 2015
	Kontaktsjuksköterskeutbildning i regionen	Maria Åkesson	Cancerrådet HT 2015
	Enkät till kontaktsjuksköterskor i länet	Ingrid Alkebro	Cancerrådet februari 2015
	Nätverk kontaktsjuksköterskor i länet	Ingrid Alkebro	Cancerrådet februari 2015
	Inventering av behov på klinikerna	Cancerrådet	Cancerrådet VT 2015
	Förslag till budgetförstärkning utifrån identifierade behov	Cancerrådet	September 2015
	Uppdrag till kontaktsjuksköterskor	Verksamhetschefer	Cancerrådet HT 2015
Individuell vårdplan	IVP-arbetsgrupp utsedd med kommunikatör	Ingrid Alkebro	Cancerrådet VT 2015
	Alla patienter erbjuds IVP	Ingrid Alkebro	Cancerrådet HT 2015
Rätt till förnyad bedömning	Informationsmaterial om FB framtaget	Johan Ahlgren	Cancerrådet April 2015
	Rutin för förnyad bedömning fastställd	Johan Ahlgren	Ingrid Östlund Maj 2015
Cancerrehabilitering	Rehabiliteringsplan i IVP-arbetsgruppen	Ingrid Alkebro Barbro Arvidsson	Cancerrådet VT 2015
	Individuellt anpassad rehabilitering ska erbjudas alla cancerpatienter	Ingrid Alkebro Barbro Arvidsson	Cancerrådet HT 2015
Palliativt råd	Uppdraget till palliativa rådet ses över	Mats Björemans	Cancerrådet, RMK februari 2015
Nära Cancer	Fortsatt stöd till Nära Cancer	Johan Ahlgren	Cancerrådet April 2015
	Utvärdering – nationellt stöd	Johan Ahlgren	Cancerrådet September 2015
Patientnämnden	Möte patientnämnden-Cancerrådet för att diskutera samverkansmöjligheter	Mats Björemans	Cancerrådet VT 2015
Standardiserade vårdprocesser	Enligt separat projektplan	Ingrid Östlund	Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp fortlöpande
Cancerrådets hemsida	Omstart av hemsidan med nytt namn	Johan Ahlgren kommunikatör	Cancerrådet VT 2015

Standardiserade vårdförlopp vid misstanke om cancer inom Region Örebro län 2015

Komplettering till handlingsplan

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

Inom Region Örebro län antogs ”Handlingsplan för genomförande av cancerplanen 2015” vid Regionstyrelsens möte 2015-02-24. Samtidigt fattade Region Örebro län beslut om att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) för utredning och behandlingsstart vid misstanke om cancer. Handlingsplanen integrerar aktiviteter kring alla de områden som finns med i den sjukvårdsregionala cancerplanen och arbetet med SVF. Eftersom den politiska beredningen av planen krävde tid och att inga namn på ansvariga skulle finnas i planen kan avsnittet om SVF i handlingsplanen verka otydligt. Därför kan en aktuell uppdatering av arbetet kring SVF i Region Örebro län vara på sin plats som ett appendix till den redan inskickade handlingsplanen.

En processkartläggning av de fem pilotdiagnoserna startade i december 2014, och processledare för de fem diagnoserna samt för onkologi och radiologi är utsedda och har under januari och februari påbörjat utbildning och kartläggning av respektive process. Denna utbildning sker inom ett särskilt projekt där biträdande hälso- och sjukvårdsdirektören är projektägare, och som ska vara avslutad i juni 2015, då de fem pilotdiagnosernas processer inom region Örebro län kommer att vara beskrivna och analyserande avseende eventuella brister i relation till de nationellt beskrivna kraven på ledtider.

Inom Region Örebro län har vi tydligt identifierat ett antal flaskhalsar och områden där särskilda satsningar måste göras:

- Stort behov av att ta fram elektronisk konsultremiss för att minska utredningstiderna. På grund av olika journalsystem inom sjukhusen och primärvården i regionen har det varit stora problem med att ta fram en välfungerande elektronisk konsultremiss, trots att försöksverksamhet pågått i flera år. Arbetet med SVF har satt detta behov i starkt fokus och frågan har fått högsta prioritet i samarbete med IT.
- Möjligheter att mäta de tidpunkter som är relevanta för att fånga ledtiderna i cancervården är fortfarande bristande, delvis på grund av de olika journalsystemen i regionen, men också på grund av att tidpunkterna inte alltid registreras i de patientadministrativa systemen. Framtagande av KVÅ-koder kan vara en väg, men också detta kräver mycket arbete för att kunna implementeras.
- Informationsinsatser både mot allmänheten och mot alla medarbetare som på något sätt involveras i de processer som patienter med misstanke om cancer genomgår. För detta planeras bland annat artiklar i pressen och i regionens personaltidning (som också går ut till allmänheten), informationsmöten (obligatorisk närvaro) till alla primärvårdsläkare vid två tillfällen under våren, information på USÖ-forum, ett öppet möte som hålls varje fredagmorgon under terminerna och riktas till alla personalkategorier samt information via regionens hemsida om standardiserade vårdförlopp, välgrundad misstanke, ledtider och resultat av satsningen
- Inom främst radiologin och patologin finns vakanser på läkarsidan som gör att man har svårt att klara volymer av undersökningar inom givna tidsramar. Inom båda dessa verksamheter pågår insatser för att ändra arbetssätt, bland annat genom ökat samarbete i regionen, och med att rekrytera nya medarbetare. En representant från röntgen ingår i projektgruppen.

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

Cancerrådet i Region Örebro län har en central roll i arbetet med SVF. Två representanter från rådet finns med i styrgruppen för införande av standardiserade vårdprocesser, och inom flera av de aktiviteter som ingår i SVF-arbetet kommer cancerrådet att ha ansvaret. Det gäller inte minst inventering av behovet av koordinatörer och att ta fram förslag till hur koordinatörfunktionen ska säkras vid de utredande enheterna, samt ta fram underlag för finansiering av detta.

Nedanstående aktivitetsschema är en uppdatering av den aktivitetsplan för SVF som finns i handlingsplanen, med preciseringar av ansvariga för olika aktiviteter.

	AKTIVITETER	TID	ANSVAR	UPPFÖLJNING
Information och dialog i syfte att förankra med och i verksamheter na för att skapa förutsättningar för ett effektivt införande	<p>Information via ledningsgrupp till samtliga områdeschefer, som i sin tur ansvarar för att föra informationen vidare till verksamhetschefer. Inledande information/uppdrag har getts. En processledare har utsetts per diagnos + en processledare inom röntgen och en inom onkologi.</p> <p>2015: Processledarutbildning med tillhörande arbete för respektive process startat januari 2015. Återkommande återkoppling till ledningsgrupp hur arbetet fortskrider under året för att bibehålla fokus/hålla arbetet fortsatt aktuellt för samtliga.</p> <p>Information om SVF till medarbetare och allmänhet via artiklar i Tebladet och till medarbetare på USÖ-Forum våren 2015_____</p>	<p>Kontinuerligt under 2015.</p> <p>_____</p> <p>Jan-dec 2015</p>	<p>Ingrid Östlund, bitr hälso- och sjukvårdsdirektör</p> <p>_____</p> <p>Eva Frantz, chef hälso- och sjukvårdsstaben</p>	<p>Processledarutbildning med tillhörande arbete med införande har månatliga träffar från januari till juni 2015.</p> <p>_____</p> <p>Begär in handlingsplan för hur man tänker arbeta med detta för att uppfylla ställda krav.</p>

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

	De privata vårdcentralerna informeras/involveras av Hälsovalsenheten inom Region Örebro län. Capio Läkargruppen informeras och involveras av Gustav Ekbäck, Chefläkare Hälso- och sjukvårdsförvaltningen		Regionkansliet Gustav Ekbäck Chefläkare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	
Vad krävs för att involvera patientföreningar i arbetet med SVF	Information och involvering sköts av det lokala cancerrådet	Möte med patientföreningens företrädare 2015-03-26	Cancerrådet Region Örebro län	
Vad krävs för att involvera privata vårdgivare i arbetet med SVF?	Informationsträffar - nuläge: vad kommer, vilka förväntningar/krav finns - sommarläge (eller så snart vi har något färdig utformat) : vad krävs från och med nu	Jan-dec 2015	Vårdcentraler: Eva Frantz, chef hälso- och sjukvårdsstaben Regionkansliet. Capio Läkargruppen: Gustav Ekbäck Chefläkare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Följ upp handlingsplan, begär in mätetal
Vilket stöd krävs för att införa :				
<i>Välgrundad misstanke i primärvård</i>	Information. Sprida och implementera framtagna remissmallar, nya rutiner (så snart de finns framtagna), bygga upp en intranät/internet sida med allt relevant material . Återkoppla med mätetal Information till allmänhet och medarbetare via artiklar i Tebladet	Efter sommaren 2015 eller så snart det finns mallar/rutiner framtagna	Björn Strandell, chefläkare Primärvården	Information på utbildningsdagar för primärvårdens läkare under våren 2015
<i>Välgrundad misstanke i specialiserad</i>	Information. Sprida och implementera framtagna remissmallar, nya rutiner (så snart de finns framtagna), bygga upp en	Efter sommaren 2015 eller	Capio läkargruppen informeras vis chefläkare Gustav	Följ upp mätpunkter

REGION ÖREBRO LÄN

Mats Björemán

<i>vård</i>	intranät/internet sida med allt relevant material . Återkoppla med mätetal Information till medarbetare via artiklar i Tebladet	så snart det finns mallar/rutiner framtagna	Ekbäck	
<i>Koordinatorfunktioner inom specialistvården</i>	Det lokala cancerrådet inventerar	Våren 2015 inom de fem pilotdiagnoserna	Cancerrådet	
<i>Reserverade tider hos utredande enheter?</i>	Bild- och funktionsmedicin deltar i processarbetet. Patologen involveras under processarbetet.	Våren 2015	Lisa Bjärmark, Röntgenkliniken USÖ	
Vad krävs för att få en fungerande mätmetod för att kunna följa resultaten av SVF? (it-stöd PAS?)	Nationellt framtagna KVÅ-koder som behöver implementeras hos samtliga involverade. Ta fram nya rutiner. Krav på följsamhet i registrering. Hitta nya sätt att hantera remisser mellan primärvård och specialistvård. En högt prioriterad aktivitet är att införa elektroniska konsultremisser	Under 2015	Jens Windeborg kvalitets- och utvecklingschef, Elizabeth Nyström produktionscontroll er, IT, Ulrika Landström, e-Hälsostateg	Kontinuerligt från och med kodernas införande via IT och data uttag. Återkoppling via utdataportal, eller annan återkoppling till samtliga registrerande enheter
Vilka åtgärder behöver landstinget genomföra för att kunna införa fler SVF under 2016?	Med erfarenheterna från arbetet med de fem pilotdiagnoserna i ryggen kan arbetet med nya SVF rationaliseras, främst vad avser remissrutiner och fångst av ledtider	2016 och framåt	Lokala cancerrådet, Stygrupp med representanter från Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp och cancerrådet	Uppföljning av ledtider införs rutinmässigt för alla SVF, måluppfyllelse redovisas i resultattavlan.
primärvård	Se till att framtagen rutin under 2015 följs och är anpassad till fler patientgrupper. Införandet av e-remiss prioriterad aktivitet			
Patologi	Samarbete på sjukvårdsregional nivå för att fördela arbetsuppgifter mellan olika			

REGION ÖREBRO LÄN
Mats Björemans

	patologavdelningar - nivåstrukturering			
Bild och funktionsdiagnostik	Bättre samverkan mellan de tre sjukhusens röntgenenheter, Länsklinik? Gemensam bokning, koordinatorsnätverk			
Rutin för kontakt med landsting/region för tillstånd som kräver vård utanför länsgränsen	Utifrån samverkansavtalet som finns inom sjukvårdsregionen ta fram verksamhetsnära rutiner, ta fram rutiner för patienter från landsting/regioner utanför sjukvårdsregionen			