

Processutvecklingsplan

Processägaren är ansvarig för att ta fram, följa upp och fortlöpande utvärdera processens utvecklingsplan och resultat

Namn på processen

Delprocessen gynonkologi

Datum

2021-08-13

Uppnådda steg i processarbetet



Roller för processen

Styrgrupp	Barn- och kvinnosjukvårdens ledningsgrupp
Processägare	Maria Söderberg
Processledare	Maria Widmark
Metodstöd	Jessica Hagström
Övriga medlemmar i processgruppen	<p>Maria Widmark, överläkare, kvinnokliniken, SkaS S</p> <p>Christina Björkenfeldt Havel, överläkare, kvinnokliniken, SkaS S</p> <p>Emma Alsander, specialistsjuksköterska i onkologisk omvårdnad, gynonk mottagning, SkaS S</p> <p>Eva Gunnarsson, specialistsjuksköterska i onkologisk omvårdnad, gynonk mottagning, SkaS S</p> <p>Karin Ellvig, medicinsk sekreterare, kvinnokliniken, SkaS S</p> <p>Mia Cronsjö, sjuksköterska, gynavdelningen, kvinnokliniken, SkaS S</p> <p>Georgios Charonis, överläkare, kvinnokliniken, SkaS S (adjungerad)</p> <p>Maarten Buimer, överläkare, kvinnokliniken, SkaS S</p>

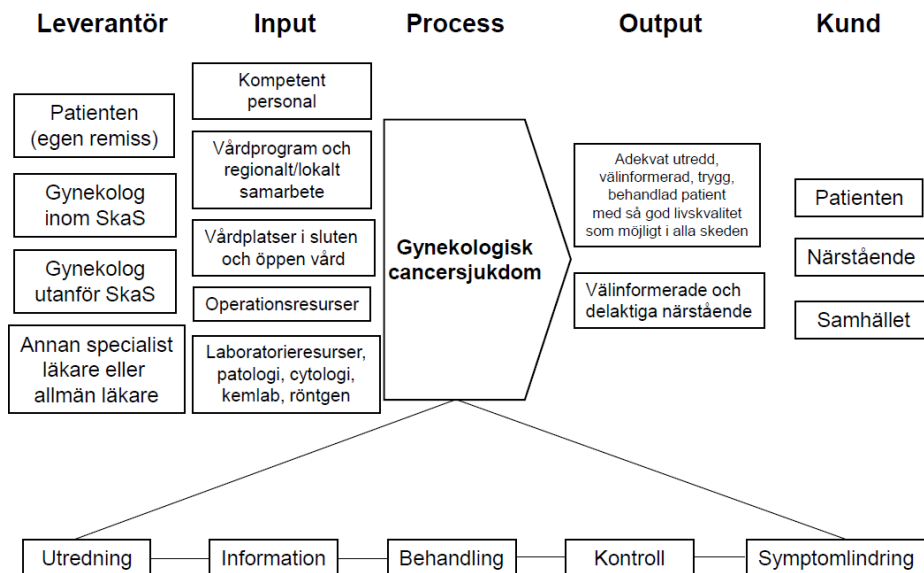
Kund

2010-11-19

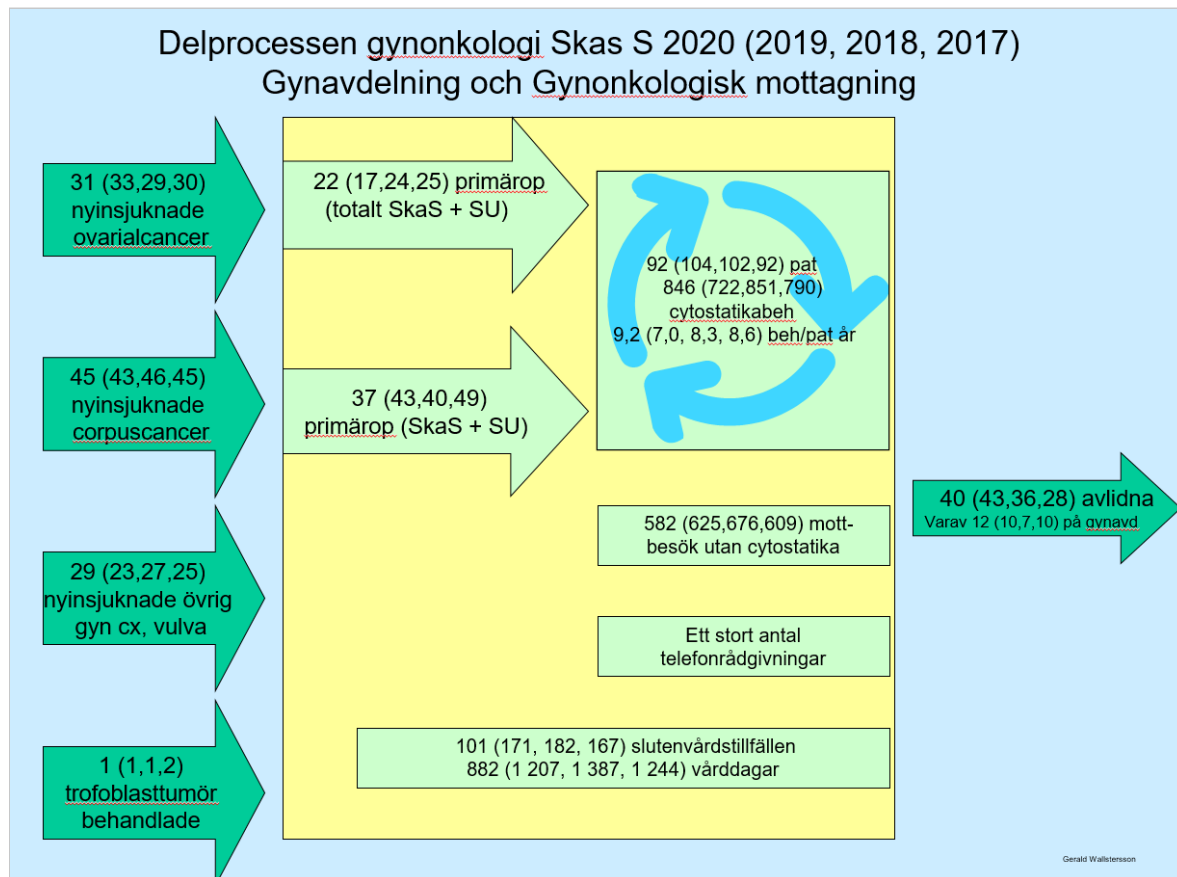
SIPOC

Process: Delprocess Gynekologisk cancersjukdom

Syfte: Ge optimal vård till kvinnor med gynekologisk cancersjukdom i Skaraborg



Volym och produktion



Gynonkologiska processens verksamhet på gynmottagningarna SkaS S och SkaS L 2019

Gynmottagning	SkaS Skövde									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Öppenvårdsbesök Gynekologisk cancersjukdom	424	555	551	508	446	473	592			
Öppenvårdsbesök Borderline Ovarialtumör	23	25	22	15	13	17	15			
Öppenvårdsbesök Mola	1	7	4	6	6	2	5			
Gynmottagning	SkaS Lidköping									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Öppenvårdsbesök Gynekologisk cancersjukdom	268	344	268	293	269	316	138			
Öppenvårdsbesök Borderline Ovarialtumör	13	13	6	8	8	7	5			
Öppenvårdsbesök Mola	1	1	6	1	9	0	1			
Gynmottagning	SkaS Mariestad									
	2014	2015	2016	2017						
Öppenvårdsbesök Gynekologisk cancersjukdom	12	35	46	15						
Öppenvårdsbesök Borderline Ovarialtumör	3	2	1	2						
Öppenvårdsbesök Mola	0	1	0	0						
Gynna	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mottagningsbesök utan cytostatika	403	312	315	326	369	424	609	676	623	582
Cytostatikabesök						734	790	851	722	846
Besök totalt						1158	1399	1527	1345	1428
Gynavdelning	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal vård dagar	1791	?	1858	1723	1936	1952	1244	1387	1185	882

Angående ovarialcancer 2020

2020 diagnostiserades 31 st med ovarial-/peritoneal-/tubarcancer/BOT. 6 av dessa har diagnos cancer abdominis. 6 st var borderline tumör och 1 st var dermoid med carcinoid.

7 patienter blev inte opererade. 4 st var palliativa utan cytostatika. Totalt 25 st opererades varav 2 efter neoadjuvant cytostatika.

18 (23) st var stadium 3–4, varav 12 st stadium 4. 13 (10) st var stadium 1–2.

9 st primäropererades på KK, SU, och 2 st opererades efter neoadjuvant cytostatika.

15 patienter primäropererades på KK, SkaS, ingen efter neoadjuvant cytostatika. 6 st avled samma år som diagnos gavs.

3 st stadium 3–4 opererades på KK, SkaS. Vid dessa medverkade en ur tumörteamet. 1 st var BOT st 3, 1 patient var 92 år, 1 var laparoskopisk diagnostik. Av de två laparotomierna var båda makroskopiskt radikala.

Vi har kontinuerlig bevakning via gynekologisk mottagning för att minimera ledtid från operation till start av cytostatika. Från gynekologen på SU ordineras nu adjuvant cytostatika snabbare och ledtider hålls. Samtliga nydiagnostiserade som ska BRCA-testas har fått det utfört efter genomgång. Opererade på SU har alla reflextestats enligt VP.

Reflektioner angående ledtider för ovarialcancer 2020

Angående ledtid från beslut till operation: medeltiden för primäroperation SkaS är relativt stabil, 19 dagar (2–33) med mediantid 22 dagar. Om man slår ihop samtliga primäroopererade från SkaS upptagningsområde får vi medeltid 20,5 dagar (2–33 dagar) och median 20,5 dagar.

Ledtid för PAD har minskat efter tidigare lång LED-tid. Ett problem vi har är att vissa preparat ska eftergranskas på patologen, SU. Det medför avsevärt förlängd ledtid om flödet inte optimeras. Ledtid för PAD gäller primäroopererade på SkaS.

Ledtid från operationsdatum till start av cytostatika har minskat från tidigare ökning. Mindre komplicerade fall med bättre flöde. Inga patienter opererade i två seanser. LED-tider för primäroopererade st 3 på SU hålls kring 21 dagar.

Angående corpuscancer 2020

Rutinerna uppdaterades enligt RMR 2020. Peroperativ bedömning av invasionsdjupet enligt tidigare PODEC-studie är infört med möjlighet att komplettera med MR. Den postoperativa hanteringen av lågriskfall corpuscancer har gjorts enklare så att det inte mer behövs kommunikation med JK om eftergranskning på SU bekräftar st 1A högt eller medelhögt diff endometroid cancer.

Under 2020 har totalt 37 patienter med diagnosen opererats och 45 st är nydiagnostiserade.

Av dessa 37 opererade patienter har 20 st opererats på SkaS och 17 st har handlagts på KK, SU. 4 st är inte primäroopererade. 1 patient fick diagnosen sarkom.

Andelen laparoskopier assisterade vaginala och vaginala ingrepp på SkaS Skövde var 2020 70 % (14/20 – jämfört med 45 % 2019).

1 st av 20 st opererade på SkaS fick lymfkörtelutrymning utförd (= 5 % jämfört med 19 % 2019).

Preoperativ lågrisk: 20 (22 st 2019) st opererade SkaS
 2 (3 st 2019) st opererad SU

Preoperativ högrisk: 0 (3 + 1* st 2019) st opererade SkaS
 15 (11 + 2* st 2019) st opererade SU

* = sarkom

9 patienter fick adjuvant cytostatikabehandling på SkaS. Antal patienter med adjuvant strålbehandling efter cytostatika ett fåtal. 3 stycken fick neoadjuvant behandling.

Angående cervixcancer och vaginalcancer 2020

2017 fastställdes det första nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancer. Det reviderades i juni 2020, i december 2020 reviderades regional medicinsk riktlinje (RMR). Vi utreder, behandlar och kontrollerar enligt RMR.

Vi diagnosticerade 20 st nya fall hos 19 patienter. 1 patient fick samtidigt 2 olika cervixcancerdiagnoser. 11 st i tidigt stadium och 9 st i sent stadium. Det är en ökning jämfört med tidigare år.

17 patienter behandlades med kurativ intention.

5 av dessa opererades på SkaS, 3 med konisering och 2 med LAVH.

6 patienter opererades på KK, SU. 4 med abdominellt ingrepp inklusive pelvin lymfkörtelutrymning, 1 med robotassisterad radikal hysterektomi och 1 med trakelektomi.

5 patienter fick kurativt syftande radiokemoterapi och 1 patient fick kurativt syftande radioterapi.

1 patient fick efter kurativt syftande kirurgi radiokemoterapi.

1 fick palliativt syftande cytostatikabehandling.

2 fick palliativt syftande vård som inte inkluderade kirurgi, radio- eller kemoterapi.

Angående vulvacancer 2020

Från 2017 tas beslut om vulvacancerbehandling på nationell multidisciplinär konferens och all behandling sker på något av fyra nationella centra för vulvacancerbehandling. Eftersom vårt regionsjukhus är ett av dessa, har det inte inneburit någon förändring i vårt sätt att arbeta. **Vi genomför utredningar och behandlingskontroller. Vi har slutenvård på grund av behandlingskomplikationer eller palliativ vård.**

Förslag till Det första nationella vårdprogram för vulvacancer har under 2019 varit på remiss godkändes i december 2019. Vårdprogrammet har inte inneburit några större kostnadskrävande förändringar på vår klinik. Och kommer att införas under 2020. Förslaget till Nationellt vårdprogram skiljer sig inte i något väsentligt från de riktlinjer från SU som vi arbetar efter nu, varför det nya vårdprogrammet inte kommer att innebära några större förändringar av våra rutiner. Under 2020 har RMR uppdaterats i den regionala processgruppen och godkänts. Checklista vid utredning har uppdaterats. Vårdprogrammet och RMR har presenterats för läkarkollegiet.

2020 diagnostiserade vi 9 nya fall. Alla har fått eller planeras för kurativ terapi. 3 st har opererats, 1 st har fått radioterapi och 2 st planeras för radiokemoterapi, varav en efter operation och reoperation. 8 patienter har planerats för kurativt syftande behandling och en för palliativ behandling. 7 patienter har primäropererats och en har genomgått primär radiokemoterapi. En patient har planerats för radioterapi.

Angående trofoblasttumörer 2020

Totalt 1 patient med mola fick behandling under 2020. Nationellt vårdprogram med handläggning via Stockholm implementeras.

Angående gynekologisk onkologimottagning



2020 bemannades gynekologisk onkologimottagning med 2,7 specialistutbildade onkologisjuksköterskor och 1–2 läkare dagligen. Onkologimottagningens läkare ansvarar också för inneliggande onkologipatienter. Under året gavs 846 cytostatikabehandlingar. Antalet behandlingar per patient var 9,2, vilket innebär ett ökat antal behandlingar per patient. Det kan förklaras av en ökning i antalet veckobehandlingar (Avastin och vecko-Taxol). Antalet besök utan cytostatikabehandling var 582, vilket ger totalt 1 428 besök. Av dessa var 482 registrerade som läkarbesök.

Framgångsfaktorer

- Vårdprogram och uppdaterade styrdokument följs.
- Checklistor finns.
- Strukturerat informationsmaterial till patienter finns.
- Kontaktsjuksköterskesystemet fungerar på SkaS.
- Öppen retur till gynavdelningen fungerar.
- Fungerande samarbete kirurg- och urologkliniken.
- Gynonkologisk mottagning ger god tillgänglighet för patienter, deras externa vårdgivare och närstående.
- Kvalitetsregistrering via INCA och palliativregistret.
- Bevakningssystem för PAD, JK-kontakt och utredning via gynonkologisk mottagning.
- Onkologironder för samråd och planering av patientvård.
- Medverkan i lokala, regionala och nationella vårdprogram- och processgrupper.
- Bevakning av inkommande PAD-svar på mottagningen dagligen av mottagningssjuksköterska. Medicinsk sekreterare skickar med registrering av anmälningslapp RCC + INCA för att säkerställa canceranmälningar till INCA-systemet.
- Bra rutiner för patientflöden mellan SkaS och SU.
- Sekreterarfunktion med kontinuitet och kompetensöverföring på gynavdelningen.
- Fördjupat samarbete gentemot regionala processägare och regionens specialistsjukvård (processturné).
- Tid för återbesök ges och upprätthålls enligt vårdprogram.
- Medverkan av läkare från tumörteamet vid samtliga ovarialcanceroperationer.
- Fortsatt schemaläggning för ST-läkare med tjänstgöring på Gynna för utbildning inom området, gärna med kontinuitet över tid.
- Samarbete med palliativa rådgivningsteam och vårdavdelning/Hospice.
- Tidigt återbesök på Gynna efter avslutad behandling för rehabiliteringsplan och uppföljningsplan.
- Generell delegation för regimskifte av cytostatika vid allergisk reaktion utfärdad från gynonkologen, SU.
- Nya cyostatikaregimer handläggs enligt SU:s styrdokument. Bra och uppdaterad information erhålls.

Behov av förbättring

- Rekrytering av yngre specialister som kan knytas till tumörteamet. Introduktion av

- 
- tumörkirurgiskt profilerade gynekologer.
- Ökad tid för intern fortbildning av gynavdelningens och gynomtagningarnas personal.
 - Ökad läkarkontinuitet vid återbesök.
 - Läkare som självständigt tjänstgör på gynonkologisk mottagning ska ha tjänstgjort på gynonkologisk klinik och ha regelbunden fortbildning i palliativ vård. Tre månader vid tumörteam, KK, SU, samt tre månader gynonk, SU.
 - Kontinuitet avseende omvårdnadspersonal för ineliggande cancerpatienter.
 - Tillgång på operationstider.
 - Utbilda yngre tumörkirurger.
 - Gynonkologisk sjuksköterska med utökad kunskap om strålbiverkan, ESAS skala.
 - Säkerställa fortsatt handhavande av SVF och INCA i sekreterargruppen. Kontinuerlig utbildning av dessa.
 - Läkarkompetens med utökad kunskap om gynekologiskt ultraljud, särskilt med inriktning malignitet.
 - Rond med medverkan av kurator.
- 

Mått och mål för processen

Perspektiv	Mål	Mått	Nuvarande resultat
Patient	<ul style="list-style-type: none"> God tillgänglighet och trygghet 	<ul style="list-style-type: none"> Andelen patienter som vid akut/subakut behov bereds tid på Gynna inom 48 timmar. Mål: 100 % Årligen Andel patienter med akut behov av gynekologisk slutenvård, som kommer direkt till avdelningen Mål: 100 % Årligen 	<p>2020: 100 % 2019: 100 % 2018: 100 % 2017: 100 %</p> <p>2020: 100 % 2019: 100 % 2018: 100 % 2017: 100 %</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Optimal kirurgisk behandling Bra symtomkontroll vid livets slut 	<ul style="list-style-type: none"> Två operatörer från tumörteamet medverkar vid varje operation av avancerad ovarialcancer. Mål: 90 % INCA Årligen Andel patienter som inte upplevs helt symtomlindrade i livets slut Mål: god täckning i alla parametrar, palliativregistret Årligen 	<p>2020: 0/2 + 1/2 med nedre gastro 2019: 0/3 + 2/3 med nedre gastro 2018: 2/4 + 2/4 med nedre gastro 2017: 5/13 + 7/13 med nedre gastro</p> <p>2020: 12 st avlidna på gynnavd 2019: 10 st avlidna på gynnavd 2018: 7 st avlidna på gynnavd</p>
Process	<ul style="list-style-type: none"> Kontinuerlig anpassning vid ändringar i regionala vårdprogram 	<ul style="list-style-type: none"> Ledtid från info om operation av misstänkt ovarialcancer till operation hålls. Mål: 2 v INCA, Melior Årligen 	<p>2020 – SkaS: Median 22 dgr Medel 19 dgr SU: Median 20 dgr Medel 20 dgr 2019 – SkaS: Median 14 dgr</p>

		Neoadjuvant behandling ej inkluderad	Medel 21 dgr SU: Median 15 dgr Medel 17 dgr 2018 – SkaS: Median 22 dgr Medel 21,4 dgr SU: Median 22 dgr Medel 25 dgr
		<ul style="list-style-type: none"> • Ledtid från operation av ovarialcancer tills PAD-svar erhålls, SkaS Skövde Mål: 7 dgr INCA, Melior • Ledtid från op-datum till start av cytostatika-behandling för ovarialcancer Mål: 21 dgr INCA Neoadjuvant behandling inkluderad 	<p>2020: Median 18 dgr Medel 16 dgr (7–42)</p> <p>2019: Median 21,5 dgr Medel 22 dgr (9–49)</p> <p>2018: Median 15 dgr Medel 20 dgr</p> <p>2017: Median 13 dgr Medel 13,8 dgr</p> <p>2020: Median 21 dgr Medel 25,2 dgr (8-41)</p> <p>2019: Median 34 dgr Medel 35 dgr (16–69)</p> <p>2018: Median 21 dgr Medel 22 dgr</p> <p>2017: Median 21 dgr Medel 25,1 dgr</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Ledtid för diagnos till op corpuscancer Mål: 30 dgr • Ledtid op till PAD corpuscancer 	<p>2020 – SkaS: Median 28 dgr (0–57 dgr) Medel 26,9 dgr</p> <p>2019 – SkaS: Median 32 dgr (1–84 dgr) Medel 37,8 dgr</p> <p>2018 – SkaS: Median 34 dgr Medel 35 dgr (3–63 dgr)</p> <p>2017 – SkaS: Median 39 dgr Medel 38 dgr (0–80 dgr)</p> <p>2020: Median 13 dgr Medel 15,2 dgr (6–40 dgr)</p>

		Mål: 14 dgr	<p>2019: Median 16 dgr Medel 18,6 dgr (6–36 dgr)</p> <p>2018: Median 23 dgr Medel 24,5 dgr (8–42 dgr)</p> <p>2017: Median 17,5 dgr Medel 17,5 dgr (6–34 dgr)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> Ledtid op till behandlingsstart för corpuscancer Mål: 30 dgr 	<p>2020: Median 31 dgr Medel 33,4 dgr (14–62 dgr)</p> <p>2019: Median 33 dgr Medel 41 dgr (19–101 dgr)</p> <p>2018: Median 30 dgr Medel 32 dgr (17–55 dgr)</p> <p>2017: Median 29 dgr Medel 31 dgr (23–48 dgr)</p>
Medarbetare/Lärande	<ul style="list-style-type: none"> Vidareutbildning regionalt, inom Skaraborg och lokalt 	<ul style="list-style-type: none"> Antal onsdagsmöten för läkare och interna utbildningstillfällen för vårdpersonal Mål: 1 resp 2 Processen årligen 	<p>2020: 3 2019: ? 2018: 0 för läkare + 2 för vårdpersonal 2017: 3 för läkare (inkl planeringsdag) + 8 för vårdpersonal</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterskor som arbetar på gynonkologisk mottagning och inom slutenvården för kvinnor med gynekologisk cancer är onkologisjuksköterskor och utvecklar vården ST-läkare som utbildas på kliniken får strukturerad utbildning i 	<ul style="list-style-type: none"> Antal nya specialistsjuksköterskor i onkologisk omvårdnad eller sjuksköterskor som påbörjar dylik utbildning 2018 Mål: 2 Utbildade specialister på kliniken som i sin utbildning haft 	<p>2020: 0 (för närvarande 2,7 anställda) 2019: 1 2018: 1 2017: 0</p> <p>2020: 0 2019: 1 2018: 0 2017: 2</p>

	gynekologisk onkologi och palliativ vård av onkologiska patienter	<p>minst 3 månaders tjänstgöring på gynonkologisk mottagning Mål: 100 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal självständigt arbetande tumörkirurgiskt profilerade gynekologer på SkaS. Mål: 5, SkaS Skövde och Lidköping Årligen Processen 	<p>2020: 3 Skövde 2019: 4 Skövde 2018: 3 Skövde</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Antal läkare som utbildas för att kunna arbeta självständigt inom tumörteamet Mål: 2 + 1 	<p>2020: 0 2019: 0 2018: 0</p>
Ekonomi	Utveckling mot målen inom givna ekonomiska ramar men vid vårdprogramändringar eller förändrad vårdorganisation, som medför ökade kostnader, resurstillskott	Förhållandet mellan resurstillskott och beräknad kostnadsökning vid förändrat vårdprogram Mål: 1:1 Beräknas vid varje ändring Processen	

Processens utveckling/handlingsplan

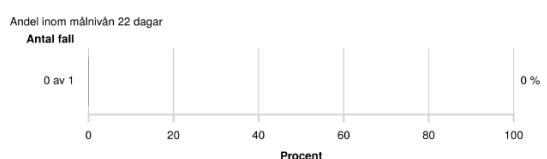
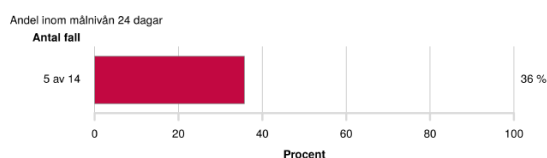
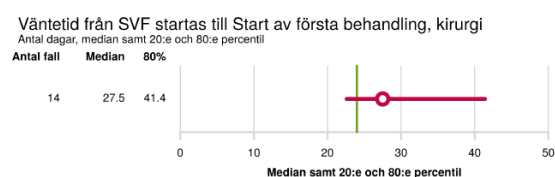
Standardiserat vårdförlopp

SVF-utdrag från INCA-SVF 2020 visar följande.

Ovarialcancer

Av 27 (43) patienter gick 16 (24) st hela vägen till behandling, det vill säga 67 % (73 %) träffsäkerhet. Det är i princip lika jämfört med föregående år, men färre patienter inkluderade. Andel opererade inom målnivån har sjunkit från 60 % till 36 %. Vi misstänker att orsaken till sänkningen av opererade inom målnivå är minskad tillgänglighet till operation med anledning av pågående Covid-pandemi.

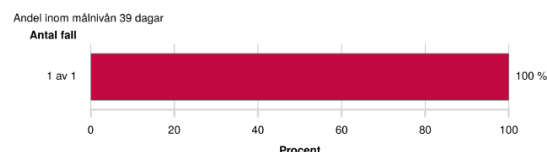
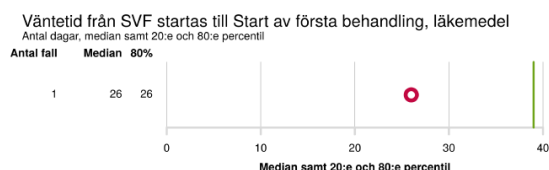
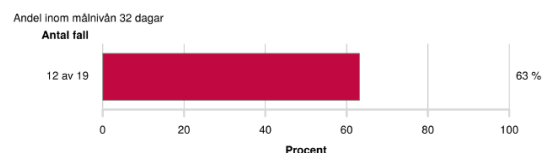
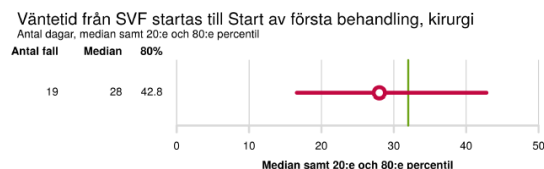
Avser patienter som ingått i SVF för äggstockscancer där SVF har startats och avslutats av Skövde och där SVF avslutats 2020/01/01 - 2020/12/31.



Livmoderkroppscancer

Av 70 (53) patienter gick 20 (27) hela vägen till behandling, det vill säga 44 % (57 %) träffsäkerhet. Det är en minskning jämfört med föregående år. Andel opererade inom målnivån är oförändrad jämfört med 2019, 63 %.

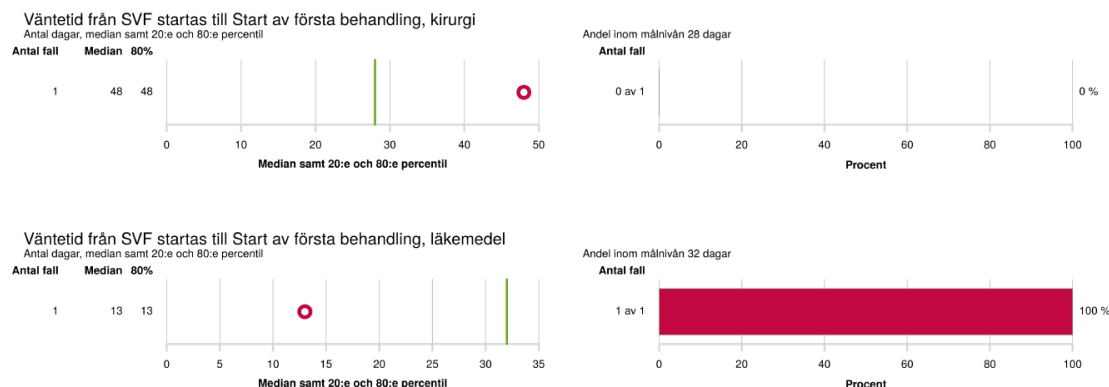
Avser patienter som ingått i SVF för livmoderkroppscancer där SVF har startats och avslutats av Skövde och där SVF avslutats 2020/01/01 - 2020/12/31.



Livmoderhalscancer

15 (13) patienter registrerades. SVF handläggs gentemot SU, därför svårtolkade data. Endast en påbörjad och avslutad i Skövde.

Avser patienter som ingått i SVF för livmoderhalscancer där SVF har startats och avslutats av Skövde och där SVF avslutats 2020/01/01 - 2020/12/31.



Vulvacancer

15 (4) patienter registrerades. SVF handläggs gentemot SU, därför svårtolkade data. Endast en påbörjad och avslutad i Skövde.

Tumörteam SkaS

Vi har ett tumörteam för närvarande med 3 st tumörkirurgiskt profilerade läkare. Tumörteamet är skört. Vi är för närvarande för få personer.

Vi har som målsättning att två stycken tumörkirurger ska medverka under avancerad cancerkirurgi. Vid alla ovarialcanceroperationer har medverkan skett från tumörkirurgiskt profilerad gynekolog, det vill säga från tumörteamet.

För framtiden önskvärt att 2 st ST-läkare redan nu profilerar sin utbildning mot detta område. En färdig specialist ska inskolas i teamet.

Ledtider

Viktigt att bibehålla LED-tid för uppstart av cytostatika vid ovarialcancer efter operation.

Vid känd (fryssnitt) eller klinisk klar misstanke om ovarialcancer stadium 3–4 ska brev (brev 1) skickas till JK innan PAD har anlänt. Kontaktsjuksköterska på JK ska meddelas. Alla ovarialcancer stadium 1–2 ska eftergranskas samt remitteras till tumörteamet KK, SU för MDK.

PAD-ledtider övervakas. Ingår nu i SVF, samtliga förlopp. Noterbart 2020 är att måluppfyllelse för operation ovarial har minskat från 60 till 36 %.

Kompetensutveckling

Palliativ utbildning via RCC.

Samtlig personal på avdelningen har tagit cytostatikakörkort.

Onsdagsmöte för läkare om nytt RMR vulvacancer (Christina B Havel).

Onsdagsmöte för läkare och mottagningspersonal. Audit cervixcancer (Christina B Havel).

Kringresurser

Mottagning för cancerrehabilitering, JK, SU, som handhar patienter med genomförd strålbehandling har permanentas. Goda erfarenheter. Fortsatta kontakter värdefulla.

Kurator med palliativ inriktning är nu knuten till den gyneonkologiska verksamheten. Cytobase infördes 2018.

Palliation

Under 2020 minskade antalet avlidna gyneonkologiska patienter något, till 40. Däremot ökade antalet patienter som avled ineliggande på gynavdelningen med två, vilket innebär att tolv patienter avled på gynekologiavdelningen under 2020.

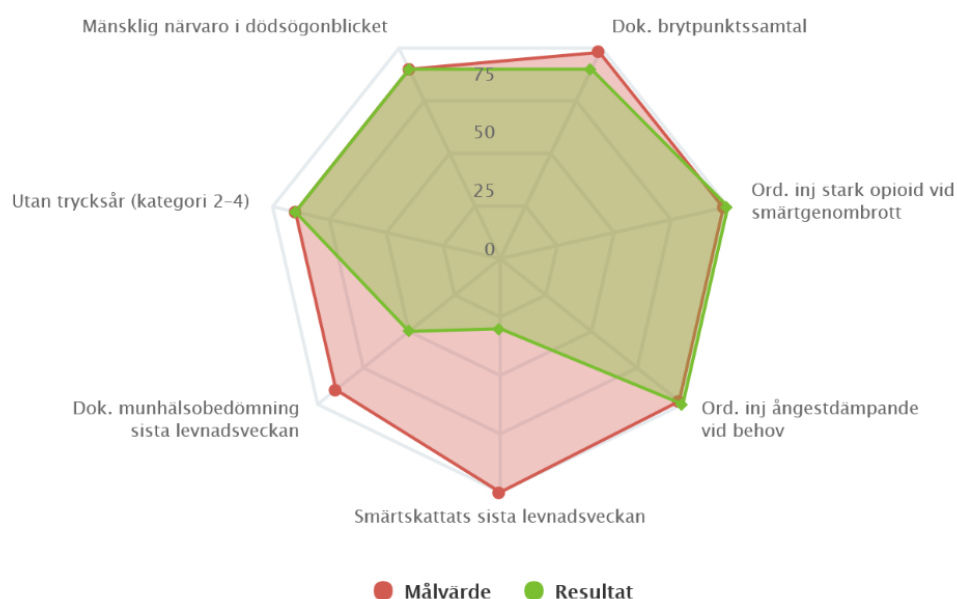
Samarbetet med palliativa teamet fortsatte under 2020 och 65 % av de patienter som avled var inskrivna i teamet vid dödstillfället. Av de tolv patienter som avled på gynekologiavdelningen var två patienter inskrivna i palliativa teamet, men på grund av platsbrist på palliativa enheten avled dessa på gynekologiavdelningen.

Under 2020 var det fortsatt ett lågt antal patienter som avled på gynekologiavdelningen och detta, i kombination med en hög personalomsättning samt bristande kontinuitet, ökar utmaningen att upprätthålla en god palliativ vård. Även risken för vårdplatsbrist på palliativa enheten ses i framtiden vilket gör det än viktigare att säkerställa god palliativ vård för gyneonkologiska patienter på gynavdelningen. Därför ses fortsatt ett stort behov av kontinuerlig utbildning inom palliativ vård för att utveckla och förbättra vården för patienterna i livets slut. Ökad kunskap minskar även osäkerheten att vårda patienter i livets slut hos nyexaminerad personal.

Nedan ses gynekologiavdelningens spindeldiagram över kvalitetsindikatorer 2020 från svenska palliativregistrets utdataportal.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 – 2020-12



Vårdprogramarbete

Regionalt cancercentrum Väst har fem processägare för gynekologisk cancer. Vecka 36 kommer dessa ut till övriga sjukhus i regionen. Detta utbyte har ett stort värde för omhändertagande och samarbete kring våra patienter. Denna grupp kan föra fram lokal problematik på regionnivå. Gemensamma kvalitetsmått och ledtider definieras och följs upp. Fortsatt tidig annonsering av detta viktiga möte även nästa år (kalendervecka 36).

Regionalt vårdprogramarbete fortsätter i samtliga processer med anpassning till nationella vårdprogram.

Resursplan

Yngre specialister, 2 st, knutna till tumörteamet för utbildning inom teamet. Med bra schemaläggning kommer det inte innebära behov av ekonomiskt tillskott.

Oförändrat operationsutrymme för att kunna hålla vårdprogrammets ledtider från diagnos till operation.

Möjlighet till kontinuitet och samarbete inom slutna och öppna gynekologiska vård, det vill säga kontinuitet för inläggande cancerpatienter.

Vid omflyttning sammanhållen vårdavdelning, gynekologisk mottagning och medicinsk sekretärfunktion trots olika lokaliseringar.

Uppmärksamhet LED-tider

Ledtid diagnos till operation – samtliga diagnoser behöver bevakas med tanke på centraloperationspersonalbrist och strykningar av operationstider 2020.

Uppföljning

Uppföljning sker årligen i samband med regional processturné.