

**Redovisning av arbetet med standardiserade
vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare
väntetider i cancervården 2018**
Region Jönköpings län

Redovisningarna ska vara Socialdepartementet
tillhanda senast den 1 november 2018

Inledning

Detta är en mall för landstingens redovisning av införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en redovisning enligt denna mall.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Krav i överenskommelsen 2018

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen senast den 1 november 2018 redovisa följande:

- Att de tre nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2018.
- Hur de har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.
- Hur de planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.
- Hur de har arbetat för att uppfylla målet 2020 om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.
- Hur kvalitetssäkringsarbetet inom landstingen har genomförts avseende uppföljning av väntetider
- Att de har använt den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC inom ramen för satsningen.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Antalet genomförda SVF ska redovisas i tabellen under 1.2, men det ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom de tre nya vårdförloppen fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt. I stället anses de vara införda när landstinget har alla delar i arbetet på plats så att patienter kan börja remitteras enligt aktuellt standardiserat vårdförlopp.

Beskriv kortfattat för respektive diagnos om införandet har följt handlingsplanen eller om justeringar skett och i så fall hur.

Införandet av de tre sista standardiserade vårdförloppen (buksarkom, neuroendokrina buktumörer (NET) och vulva) har följt den gemensamt framtagna införandeplanen för sydöstra sjukvårdsregionen och infördes 15 mars 2018. Även om detta är förlopp med små patientvolymerna har patienter både inkluderats och avslutats i samtliga dessa tre vårdförlopp.

Nya regionala vårdriktlinjer, Faktadokument, har upprättats för de tre nya SVF-förloppen och implementering har skett vid gemensamma Fakta-utbildningsdagar för läkare inom primärvården

Samverkansmöte inom sydöstra sjukvårdsregionen har också ägt rum inom ramen för SVF buksarkom eftersom patienter från Region Jönköpings län i förekommande fall överflyttas till Region Östergötland (RÖ) för kirurgi.

Diagnosen vulvacancer är sedan januari 2017 koncentrerad till fyra vårdenheter i landet och Universitetssjukhuset (US), i Linköping är en av dessa enheter. Patienter som tillhör RJL skickas till RÖ för multidisciplinär konferens (MDK) och eventuell behandlingsstart. Från och med 2019 kommer MDK genomföras vid annat nationellt centrum och erbjudas första tillgängliga tid för behandlingsstart.

Gällande NET har RJL beslutat att dessa handläggs från välgrundad misstanke vid kirurgiklinik som finns på de tre sjukhusen i regionen. Detta är förankrat inom specialiteterna (medicin och kirurgi i samverkan med primärvård) och en överenskommelse mellan representanterna emellan finns och beskrivs i regionens kunskapsstöd Fakta som är tillgängligt för remittenter på regionens webb.

Koordinatorfunktion fanns i linjeorganisationen vid startdatum för införandet av de specifika vårdförloppen. I syfte att säkra tillgång till koordinatorfunktion delar flera medarbetare på berörda kliniker den funktionen. Den nationellt framtagna funktionsbeskrivningen är grunden för koordinatorfunktion i RJL.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp **under 2018**. Ange datum för datauttag samt källa för datauttag.

Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF, genom start av behandling eller annat avslut. För diagnoser markerade med * ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom vårdförloppet fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt.

Dataintervall och urval för aktuell rapportering för RJL: 2018-01-01--09-30.
(Gemensamt beslut om intervall inom sydöstra sjukvårdsregionen.)

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget. Inga registreringar för 2018 - förklaring¹	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi*	0	0	2	1		
Akut myeloisk leukemi	2	1	0	0		
Analcancer*	2	3	0	2		
Bröstcancer	43	891	0	0		
Buksarkom*	2	1	1	2		
Bukspottkörtelcancer	22	23	5	6		
Cancer i galla och gallvägar*	4	6	2	2		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	8	7	0	0		
CUP – Cancer utan känd primärtumör	7	22	0	1		
Hjärttumörer	9	13	5	3		
Hudmelanom	140	112	0	2		
Huvud- och halscancer	87	100	6	5		
Kronisk lymfatisk leukemi	2	5	0	0		
Levercancer	8	6	4	2		

¹ Förklaring: Inga patienter mottagna i RJL från annat landsting finns registrerade. Ses vara korrekt då RJL inte är föremål för nationellt intag för specifikt ingrepp/åtgärd. Möjlighet att registrera patienter som påbörjat behandling i annat landsting finns dock genom sökord i mall för dokumentation, Canceröversikt, i IT-stödet Cosmic som används i regionen.

Livmoderhalscancer (cervix)	0	6	0	5		
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	66	0	13		
Lungcancer	69	45	2	5		
Lymfom	24	14	0	0		
Matstrupe- och magsäckscancer	22	13	1	1		
Myelom	14	8	0	0		
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*		1	0	0		
Njuncancer	40	23	0	0		
Peniscancer*	11	0	0	0		
Prostatacancer	432	0	0	0		
Skelett- och mjukdelssarkom	5	10	7	7		
Sköldkörtelcancer	4	6	0	0		
Testikelcancer*	29	0	0	0		
Tjock-och ändtarmscancer	414	479	1	1		
Urinblåse- och urinvägscancer	267	201	0	0		
Vulvacancer*	0	2	0	3		
Äggstockscancer	0	36	0	18		

1.3 Överföring av information

- a) Har systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget ändrats sedan handlingsplanen lämnades in?

Ingen förändring, samma modell som tidigare har tillämpas inom Region Jönköpings län.

- b) Hur har landstinget utvecklat kvalitetssäkringen av data till den nationella väntetidsdatabasen under 2018?

RJL har genomfört informationsutbildning på plats inom aktuella kliniker och vårdcentraler. Arbetet påbörjades under 2016, har pågått under 2017 och fortsatt under 2018. Repetition

krävs eftersom det är en stor förändring i personalens förhållningssätt till dokumentation i och med den modell som tagits fram i RJL. Det är många medarbetare som berörs och som behöver förstå tillämpning av kodningsvägledning, den administrativa modellen för SVF samt registrerings- och rapporteringsrutiner.

Samtliga SVF-processer och verksamheter har via rapporter i IT-stödet Diver² tillgång till uppdaterad information i princip i realtid. Detta möjliggör kvalitetssäkring i "nära tid" av dokumentation från patientens besök eller samtal som överförs till datarapporten. Dokumentationen genomförs i en strukturerad journalanteckning – Canceröversikt – vilket möjliggör översättning till KVÅ-koder enligt kodningsvägledning. Överföring till nämnda datarapport sker från en dag till en annan vilket medför att kvalitetssäkring av data kan ske i närtid från dokumentationsögonblicket. Detta är ett nytt, i någon mån utmanande sätt, att se på dokumentation. Fortsatt dialog krävs för systemförståelse med "återanvändning" av dokumentation. Rätt använt är nämnda modell grundläggande för automatisk överföring till andra datakällor, till exempel kvalitetsregister eller andra kunskaps-/informationskällor.

Utöver arbete med kvalitet i dokumentation och data inom RJL län har sydöstra sjukvårdsregionens tre projektledare tillsammans med person ansvarig för dataexport per huvudman och RCC:s statistiker samt regional projektsamordnare gemensamt arbetat med att:

- skapa en gemensam modell för export av data för att öka möjligheten för jämförelse i syfte att kunna stötta varandra vid utveckling utifrån resultat
- validera att data som presenteras nationellt överensstämmer med den som exporterats

Detta arbete också haft som ansats att skapa en känsla för hur väl patienter inkluderas i relation till det nationella målet för år 2020 att "70 % av patienter som får en cancerdiagnos ska ha genomgått ett SVF". Detta genom att bedömning genomförts utifrån registrerad SVF-data i relation till antal anmälda/år i cancerregistret med genomsnittligt antal 2014, 2015 och 2016 för att få en bild av rimlighet i data.

Utifrån ovan beskrivet arbete identifierades förbättringsområden och ett antal åtgärder har genomförts inom respektive huvudman. Exempel på sådan åtgärd är att information givits till aktuella SVF-processer samt att utbildning har genomförts utifrån funna feltolkningar vid tillämpning av KVÅ-koder i nationella kodningsvägledningar.

Ovanstående arbetsgrupp har även identifierat att ett antal förlopp saknar fastställda ledtider för palliativ vård. Detta har lämnats vidare till sydöstra sjukvårdsregionens representant i den nationella kodgruppen.

- c) Hur har landstinget arbetat under 2018 med att lösa frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?

² Diver är Region Jönköpings län IT-stöd för bearbetning; visualisering av journalregistrering och data.

Sydöstra sjukvårdsregionen har genomfört ett antal uppstartsmöten med flera av de remissmottagande och behandlingsstartande enheterna för god samverkan och samsyn runt arbetssätt för att stödja patientens utredning. Syftet har varit att skapa gemensamt arbetssätt. Dialogerna har också innefattat tydliggörande av remissvar för återkoppling vid återgång till hemort/hemlandsting.

Inom sydöstra sjukvårdsregionen finns sedan tidigare en gemensam process för manuell avstämning av data på patienter som överflyttats mellan huvudmännen. En process som är resurskrävande. Mycket arbetstid går åt att eftersöka remissvar innehållande information om aktuellt SVF, datum för behandlingsstart samt typ av behandlingsstart, KVÅ-kod, utöver information om patientens vårdtid och fortsatta plan. I väntan på utbyggnad av e-remiss önskar RJL och sydöstra sjukvårdsregionen en nationell rutinbeskrivning innehållande definition av obligatorisk och strukturerad information vid återremittering till hemort/hemlandsting. Sådan finns framtagna är patient överflyttas för behandlingsstart i annat landsting. Förslaget från sydöstra sjukvårdsregionen är att nämnda rutin för överflytt³ kompletteras med obligatorisk information för återlämning av patient till hem- eller remitterande sjukhus. Denna information ser sydöstra sjukvårdsregionen som viktig för att få helhetsinformation beträffande vård och behandling för regionens patienter som återkommer för eftervård eller uppföljning på hem- eller remitterande sjukhus.

I RJL har remitterande enheter uppmanats bevaka och säkerställa remissåterkoppling för att säkerställa patientens utredning. Genom den administrativa modell som tillämpas i regionen, med datarapport i realtid för kvalitetssäkring, möjliggörs bevakning av förloppet för respektive patient. Arbetssättet, med verksamhetsnära åtkomst till datarapporter som stöd i arbetet med bevakning för respektive patients utredning, kräver att utsedda personer finns med ansvar att eftersöka denna information när den saknas och efterfråga nästa steg. Även detta är ett förnyat sätt att se på arbetsuppgift och koppling till dokumentation och data, som regionen kallar processdokumentation. Detta kräver fortsatt ett aktivt efterfrågande och en aktiv bevakning på olika nivåer – från mikrosystemet till makrosystemet.

- d) Finns övrigt att kommentera utifrån de uppgifter som är lämnade i tabellen ovan?

Förändring av kriterium i SVF urinblåsa och urinvägarna, åldersgränsen höjdes från 40 år till 50 år. Antalet inkommande remisser till urologkliniken förväntades därmed minska med cirka 120/år. Den förväntade minskningen kan inte ses i materialet.

Förändrade kriterium i SVF prostata har medfört ökade volymer av inkommande remisser till urologkliniken.

³ Nationell rutin för överflytt till annat landsting innehåller hittills enbart definition av obligatoriska uppgifter för frågeställning och svar – saknar definition av obligatoriska uppgifter för återremittering till hemlandsting. Bör kompletteras med denna del också då patientens hemlandsting behöver korrekt information om vilket SVF, datum för behandlingsstart samt typ av behandlingsstart utöver information om patientens vårdtid och framtida plan.

2. Fortsatt arbete med SVF

2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Hur har de risker för undanträngningseffekter eller omprioriteringar som beskrivs i handlingsplanen följts och åtgärdats? Har nya risker identifierats under året?

Vi är beroende av våra vårdgrannar för att kunna leverera behandlingsstart i tid.

Kriterierna har på nationell nivå justerats vilket vi ser som positivt.

SVF-markerade remisser till patologen och röntgen kan på kort sikt ge undanträngning men det är svårt att bedöma detta på lång sikt. Patologen uppger att volymer inte ökat i antal/inflöde.

Utmaningar	Genomförda åtgärder
Administrativ registrering av data och överlämning mellan enheter inom Region Jönköpings län men även mellan region eller landsting.	Informationstillfällen och utbildning för ökad förståelse av den administrativa modellen som tillämpas inom RJL är genomförd vid ett flertal tillfällen, i storgrupp men även på platsen-stöd på respektive arbetsplats.
SVF neuroendokrina buktumörer Ansvaret fördelat mellan kirurgi, endokrinologi och medicin – risk för otydlighet i flödet.	Kunskapsstödet Fakta uppdaterat och inkluderar överenskommelser, ansvarsfördelning och arbetsrutin.
MDK och kontinuitet och trygghet för patient vid överlämning till annat landsting. De tre nya förloppen som införs under 2018 är förlopp som ofta överflyttas för behandlingsstart till annat landsting. Främst Region Östergötland för RJL:s del.	Gemensamma uppstartsmöten för dialog om arbetssätt inom sydöstra sjukvårdsregionen som innebär möjlighet till att tydliga kontaktvägar skapats.
Risker för undanträngning eller omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Återbesök/kontrollbesök "Vida ingångskriterier inom vissa diagnosgrupper kan påverka tillgänglighet – det blir många patienter i systemet som konkurrerar om tillgängliga tider."	Dialoger med processledare om vikten att fånga undanträngning för att få hjälp att beskriva risker. Urologkliniken har veckoavstämning för god samordning inom länet. Syftet är att ha samsyn runt hur många som väntar på åtgärd samt hur många som inte kommer in i tid. En konsekvens av att arbeta för att nå målnivåer är att kontinuitet av läkare och vårdpersonal inte alltid är möjlig. Under 2018 har den kö som fanns inom koloskopi hanterats inom aktuellt resultatområde (sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård) och aktuell

	<p>verksamhet (kirurgkliniken i Region Jönköpings län). Kön till koloskopi minskade men volymerna är höga vilket medför svårigheter till balans inom ramen för verksamheten.</p>
<p>Diagnostiken: Flera diagnoser konkurrerar om snabba undersökningar och svar vilket ställer krav på leverantör, till exempel patologen. ”Ökning av prioriterade fall gör att de oprioriterade hamnar längst ner och vi får svårigheter att komma ifatt.” (Kommentar från patologen)</p>	<p>Bevakas av respektive processgrupp och utförande verksamhet som för dialog med aktuella samarbetspartner.</p> <p>Ett förändringsarbete pågår gemensamt inom sydöstra sjukvårdsregionen gällande patologi för att hitta gemensamma angreppssätt.</p> <p>Inom RJL har patologin arbetat med flera delar utifrån visionen ”Värde för patienten ger värde för oss”. De ser över vem som gör vad och omfördelar arbetsuppgifter utifrån det, har infört daglig styrning och skapat förändrade mötesstrukturer som frigör tid.</p>
<p>Administrativ registrering av data och överlämning mellan enheter inom Region Jönköpings län men även mellan region eller landsting.</p>	<p>I januari 2018 genomfördes ett informations- och dialogmöte med processledare, medicinskt ansvariga och personer med ansvar för mått och mätningar. , Mötet följdes upp i oktober 2018, med inbjudan till samma mottagargrupp.</p> <p>Kontinuerlig kommunikation genom på-platsen-stöd, för att skapa förståelse av den administrativa modellen som används inom RJL liksom inom sydöstra sjukvårdsregionen. Fortsatt arbete under 2018 med kvalitetssäkring av data.</p> <p>Utbildningsinsats genomförd i storgrupp på plats vid regionens samtliga tre sjukhus. Under hösten 2018 genomförs på-platsen stöd på respektive vårdcentral.</p> <p>Under hösten 2018 genomför projektgruppen avstämningsmöten med respektive processgrupp perSVF. Data, registrering och rapportering är utgångspunkten för att fånga kunskapsgap och i en förlängning genomföra riktade insatser.</p> <p>Inom sydöstra sjukvårdsregionen finns en arbetsgrupp som arbetar med patientadministrativa flödet för likriktning i IT-stöd och journalsystem. Arbetsgruppen har sammanträtt fyra gånger under 2018. Koppling till arbetsgruppen för samverkande processer i</p>

	region Sydöst, eSPIR ⁴ finns.
Överlämning till annan vårdgivare eller annat landsting/region utan kommunicerande IT-lösningar kräver manuella rutiner eftersom befintliga IT-stöd inte kommunicerar med varandra.	RJL såg fram emot att få vara en del i en planerad utvidgning av pilot för e-remiss som avsågs genomföras inom ramen för sydöstra sjukvårdsregionens e-samverkan via forumet "eSPIR". Tyvärr har planerad utvidgning av pilot inte kunnat genomföras. Manuella rutiner med pappersutskrifter, vanlig post och faxrutiner används fortsatt.

2.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Hur har landstinget arbetat med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Ett samverkat införande med stöd av RCC Sydöst, kommer en regional handlingsplan tas fram för införande av digital Min vårdplan, pilot 2.

Efter att RCC i samverkan fattat beslut om införande kommer respektive huvudman att skapa en införandeplan. Planen hålls samman av RCC Sydöst. I väntan på denna digitala Min vårdplan fortsätter RJL att skriva vårdplan för utredning och behandling enligt redan framtagna rutiner och förlopp.

Under våren 2018 genomfördes i RJL ett arbete mellan urologkliniken och behandlingsenheten på onkologkliniken, Jönköping, för att stärka samverkan runt patientgruppen prostatacancer, mellanrisk. Syftet var primärt att trygga patienten med korrekt information och visualisering av hur den fortsatta processen planeras se ut. En beskrivning togs fram för patienter med prostatacancer. Patienterna upplevde detta som ett bra stöd under sin utredning vilket lett till att liknande underlag tagits fram för ytterligare patientgrupper. För exempel se bilaga 1a och 1b.

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

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

Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF under 2018?

Både handlingsplan för 2018 och denna redovisning för 2018 har gått igenom med patientrepresentanter. Detta har följt samma process under hela införandeprojektet.

⁴ eSPIR är ett forum för samverkan och tår för eHälsa i samverkande processer inom sydöstra sjukvårdsregionen.

Patientföreträdare finns med i regionalt processarbete inom RCC Sydöst och i arbetet med nivåstrukturerings samt i ledningsgrupp för RCC.

Patient- och närståenderådet inom RCC Sydöst har löpande uppdaterats om arbetet med uppföljning av patienternas erfarenheter av SVF. De har även fått information av representant inom RCC, om hur de själva kan ta fram data från PREM-enkäten.

Projektledning har med företrädare för patientforumet Hjärtats hus⁵ planerat för dialog om förvaltning av SVF i cancervården.

RJL grundade i början av 2018 en serie workshops under parollen Tillsammans, så mycket bättre! Ett forum där medarbetare och patientrepresentanter arbetar tillsammans som resulterade i input till fortsatt arbete. Den första workshopen genomfördes 19 januari 2018. Denna initiering följdes upp 3 oktober 2018 då med flera patientrepresentanter från så kallat levande bibliotek⁶. Vid detta tillfälle gavs bland annat information om fortsatt arbete efter införandeprojektet SVF och om den nationella satsningen med patientkontrakt.

RJL har tidigare arbetet med återkoppling från den nationella PREM-enkäten, både bild/graf och kommentarer i fritext har återkopplats/SVF till processgrupperna som sett det som ett stort värde för utveckling av patientprocesserna, främst fritext kommentarerna har setts som "en guldgruva". Liknande återkoppling har tyvärr inte varit möjligt under 2018 på grund av ny leverantör som ej kunnat leverera just fritext-kommentarerna nedbrutna på liknande sätt som tidigare leverantör. Processgrupperna ser detta som ett informationstapp i utvecklingsarbetet utifrån patientperspektiv. Region Jönköpings län har kontaktat ansvariga i den nationella arbetsgruppen och förmedlat ett tydligt önskemål om att återfå återkoppling av fritextkommentarer för respektive SVF inom aktuellt län.

Ett annat önskemål om återkoppling från PREM är från de SVF med små patientvolym (fåtal svar). Dessa kan idag inte få sina respektive resultat, varken genom bild/graf eller genom fritext kommentarer. De uttrycker att de saknar återkopplingen då det är svårt att veta vad som behöver stärkas eller förbättras i den egna processen eftersom resultaten enbart är tillgängliga på högre aggregerad systemnivå. Resultaten upplevs inte berörande eller nära och igenkänningsbara.

3.2 Vårdens medarbetare

Hur har landstinget säkerställt att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp under 2018?

Vid införande av de sista diagnoserna har information spridits via kända kanaler för förändringar i IT-stöd och införande, i nyhetsflöde i regionens intranät för Cosmic och ROS samt via nyhetsflöde för kunskapsstödet Fakta som är tillgängligt för alla på den externa webben. Meddelande om införandet har även gått ut till funktionsbrevlådor med uppmaning om vidarebefordran inom aktuell verksamhet. Meddelandet har skickats ut i enlighet med tidigare kommunikationsplan som tillämpats vid införande av nytt SVF-förlopp.

⁵ Hjärtats hus är ett nätverk, en plats, för patient och närstående i RJL.

⁶ Levande bibliotek innebär att RJL har en identifierad namnsamling på patienter som anmält intresse att vara delaktig i utveckling av vården för "utlåning".

Extra erbjudande om dialogmöte riktat till primärvård i RJL har gått ut till samtliga vårdcentraler, privata liksom offentligt drivna. Möten genomförs under hösten 2018 med på-platsen-stöd för ökad kunskap om SVF genrellt, men också specifikt för malignt melanom som till skillnad från övriga SVF även kan behandlingsstartas/avslutas efter diagnostisk excision med patologisvar som visar att förändring är radikalt borttagen. Deltagare i dessa möten har varit en mix av läkare, sjuksköterskor, vårdadministratörer och chefer.

Ett antal artiklar och nyheter har publicerats på Region Jönköpings läns intranät, bland annat om:

- ovan beskrivna aktivitet "Tillsammans så mycket bättre"
- socialminister Annika Strandhälls besök, i september, med syfte att följa upp SVF
- "Utvecklingskraft cancer", en konferens som anordnas av RCC Sydöst. Denna gång förlagd i Region Jönköpings län. Även här diskuterades och informerades om SVF.

I oktober 2018 diskuteras SVF med ledningsgruppen inom Kirurgisk vård, verksamhetschefer och stab, med informationsuppdrag inom sina respektive verksamheter.

4. Resultat och statistik

4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) Hur har landstinget säkerställt följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? T.ex. att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.

Region Jönköpings län har anpassat sitt dokumentationssystem att leverera data i och med dokumentation via fasta val i specifik journalmall, Canceröversikt, som kopplas samman med SVF-remiss. Detta möjliggör att alla som följer de rekommenderade arbetssätten bidrar till registrering av data. I och med denna koppling finns även möjlighet att i rapport med realtidsdata kvalitetssäkra följsamhet och kvalitet i data på ett enhetligt sätt. Flera aktiviteter har genomförts under projektiden, även fortsatt 2018, för att öka förståelsen för registreringsmodellen och rekommenderade arbetssätt. Under projektiden har projektgruppen stöttat genom att följa upp och föra dialog utifrån rapporten med realtidsdata.

- b) Hur har landstinget säkerställt att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?

De flesta vårdgivare i Region Jönköpings län, offentliga och privata enheter, som har avtal med regionen använder samma vårdinformationssystem, Cosmic/ROS. Det finns dock ett fåtal vårdgivare som inte har tillgång till gemensamt eller sammankopplat journalflöde. Det är en stor fördel när vårdaktörer har tillgång till journalsystem som kan kommunicera med varandra eftersom det påverkar både arbetssätt och patientsäkerhet i positiv riktning.

Rutiner finns framtagna som beskriver hur en inkommande remiss från verksamhet, som ej använder Cosmic/ROS, ska hanteras av enhet inom Region Jönköpings län. I dessa fall

registrerar remissmottagande enhet med Cosmic/ROS hela förloppet, från välgrundad misstanke till behandlingsstart. På så sätt möjliggörs att även patienter som remitteras av dessa aktörer fångas i den administrativa modellen. Under hösten 2018 genomförs avstämningsmöten med respektive SVF-processgrupp där hantering av dessa remisser diskuteras. Vid dessa möten har det framkommit behov av att belysa hantering av remisser som inkommer från nätdoktorer. Tills vidare ska dessa inom Region Jönköpings län handläggas på samma sätt som en privat vårdbegäran, egenremiss, från patienten.

- c) Hur har landstinget följt upp och använt resultaten av de nationella mätpunkterna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?

Den modell som Region Jönköpings län tagit fram ger ett stöd till användare och möjliggör uppföljning utifrån dokumentation i realtid, någon dags fördröjning, vilket medför att de olika stegen/koderna i vårdförloppen kan följas upp i en samlad rapport för respektive SVF (figur 2 nedan). Ansvaret för denna uppföljning ligger enligt nuvarande modell inom aktuell processgrupp. Under 2017 skickades rapporter ut till respektive processgrupp med hänvisning och referenser/adresser till datakällor för att processgrupperna under 2018 skulle kunna hitta och kontinuerligt arbeta med sina egna resultat. Under hösten 2018 genomför projektgruppen så kallade avstämningsmöten med respektive processgrupp per SVF. Vid dessa möten genomarbetas resultat:

- Diver - datarapporter med ledtider och kvalitetsindikatorer, figur 2 nedan visar ett exempel på data som användes.
- RCC:s publika data, både väntetider och PREM-resultat är tillgängliga

4.2 PREM-enkäten

Utskick och analys av PREM-enkäten blev försenat under 2018. Besvara nedanstående fråga utifrån de data ni har haft tillgång till.

Hur har landstinget analyserat och tillgodogjort sig resultaten av PREM-enkäten för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Har landstinget använt sig av PREM-enkäten till de SVF som införts 2018?

RJL har tidigare arbetat med återkoppling från PREM i fritext vilket av processgrupperna setts som ett stort värde vid utveckling av patientprocesserna. Detta har tyvärr inte varit möjligt under 2018 på grund av ny leverantör som ej kunnat leverera just denna information på liknande sätt som tidigare leverantör. Detta har medfört förlust av information som stöd i utvecklingsarbetet utifrån patientperspektiv. Region Jönköpings län har kontaktat ansvariga i den nationella arbetsgruppen och förmedlat starkt önskemål om att återfå återkoppling av fritextkommentarer för respektive process per län. Ett önskemål som också finns, från SVF med små volymer, är att även dessa ska få sina respektive återkopplingar i resultat och fritext. Det är svårt att veta vad som behöver stärkas eller förbättras enbart utifrån resultat på högre systemnivå. – Resultaten upplevs inte berörande eller nära och berörande och därmed inte riktigt användbara.

Inom sydöstra sjukvårdsregionen har vi i samverkan beslutat att frågor från patienter/närstående primärt går till administratör på kansliet för RCC Sydöst som vid behov kontaktar respektive projektledare för införandet av SVF vid behov av stöd, vägledning av och svar på frågor. Lera av dessa

frågor har uppstått för att patient/närstående inte förstått vilken utredning de genomgått. Förslag från RJL är att enkäter för utskick märks med vilken SVF-utredning patient genomgått för att eliminera dessa frågor fortsättningsvis.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

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

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Inom RJL pågår en dialog med sjukvårdens ledningsgrupp, samtliga direktörer inom hälso- och sjukvården, samt ett utvecklingsarbete med att ta fram olika typer av översikte och rapporter. Se punkter nedan. Utöver detta planeras genomförande av så kallade processdialoger med respektive cancerområde inklusive SVF under våren 2019. Rapporter som är under utveckling i RJL:

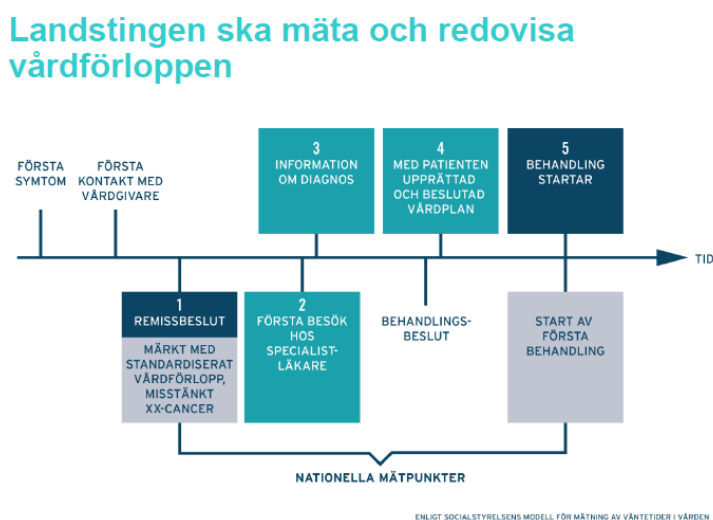
- **Dashboard** som ger möjlighet att titta på sammanställd data på olika systemnivåer;
 - makro (RJL),
 - meso (resultatområde, till exempel Kirurgisk vård eller Medicinsk vård)
 - processnivåer per SVF på övergripande nivå.

Användningsområde: Resultatuppföljning för olika typer av ledningsgrupper per systemnivå. Se figur 4 nedan för prototyp som är under utveckling hösten 2018 – ska presentera resultat för nationella måluppfyllelse men kompletteras med resultat av värde för uppföljning av huvudman.

- **Processrapport** per SVF som ger möjlighet att titta på sammanställd data för vald process. Önskvärd datamängd för presentation;
 - andel män/kvinnor,
 - total ledtid från välgrundad misstanke
 - delledtider för ingående valda delar
 - fördelning av olika behandlingsstarter och orsaker till annat avslut
 - andel genomförda multidisciplinära konferenser (best practice)
 - andel med erbjudande om kontaktsjuksköterska
 - andel som fått Min vårdplan tillsammans med uppfyllelse av nationella målbilden för år 2020.

- Rapport **per remitterande enhet** oavsett SVF – ansvarig med uppföljningsansvar har kontroll på remisser med misstanke om malignitet.
- Rapport för mikrosystemet runt respektive patient finns som presenterar den totala ledtiden samt detaljer för registrering enligt nationell beskrivning ”socialstyrelsens modell för mätning av väntetider i vården”. Mätpunkter 1, 2, 3, 4, 5, se figur 1 nedan, redovisas i intern rapport i Diver, denna rapport är även den som används vid kvalitetssäkring, se figur 2 nedan.

Figur 1 Nationell bild över stegen i ett SVF



Figur 2 Urklipp ur RJs interna rapport för kvalitetssäkring och intern uppföljning – malignt melanom

Ledtider standardiserade vårdförlopp

År: 2018
SVF_Urval: SVF Malignt melanom

Remittent	Datum SVF remiss	Datum vård-åtagande	Beslut om start av vårdförlopp	Första besök	Diagnostisk kirurgi	Information om diagnos	Kontakt-sjuksköterska	MDK	Beslutad vårdplan	Behandling	Behandlingsstart	Antal dagar	Max ledtid
202 Hudkliniken Jkp	2018-05-31	2018-06-01	2018-06-01	2018-06-04	83%	31%	9%	73%	19%	25%	100%	32	33
202 Hudkliniken Jkp	2018-06-20	2018-07-18	2018-06-20	2018-06-29								28	33
592 Läkarhuset Väster	2018-02-02	2018-02-06	2018-02-02	2018-02-12			2018-02-12					38	33
509 Sävsjö vårdcentral	2018-01-09	2018-01-11	2018-01-06	2018-01-16			2018-01-16		2018-01-16			25	33
202 Hudkliniken Jkp	2018-06-13	2018-06-18	2018-06-13									26	33
202 Hudkliniken Jkp	2018-06-20	2018-06-21	2018-06-20	2018-07-05			2018-07-05	2018-07-04	2018-07-05			22	33
541 Väster vårdcentral	2018-03-26	2018-05-07	2018-03-26	2018-04-05			2018-04-05					42	33
		2018-07-30	2018-07-30	2018-08-23								24	33
202 Hudkliniken Jkp	2018-06-05	2018-06-05	2018-06-05	2018-06-14			2018-06-14					9	33

RJL önskar också få PREM-resultat integrerade i rapporten vilket är en svårighet då ägandeskapet för datakällan är externt. Den alternativa lösningen som då planeras är en länk till PREM-resultat på nationell plattform för patientenkäter.

Önskvärt är även att möjliggöra transparent rapportering av data för ledtider inom diagnostiken, röntgen, patologen och klinisk fysiologi. Fram till idag har RJL en utmaning i att kunna presentera data på SVF-nivå eftersom data inte kan fångas i respektive produktionssystem på denna detaljeringsnivå. Byte av beställnings- och svarssystem ses kunna underlätta detta på sikt. Lösning

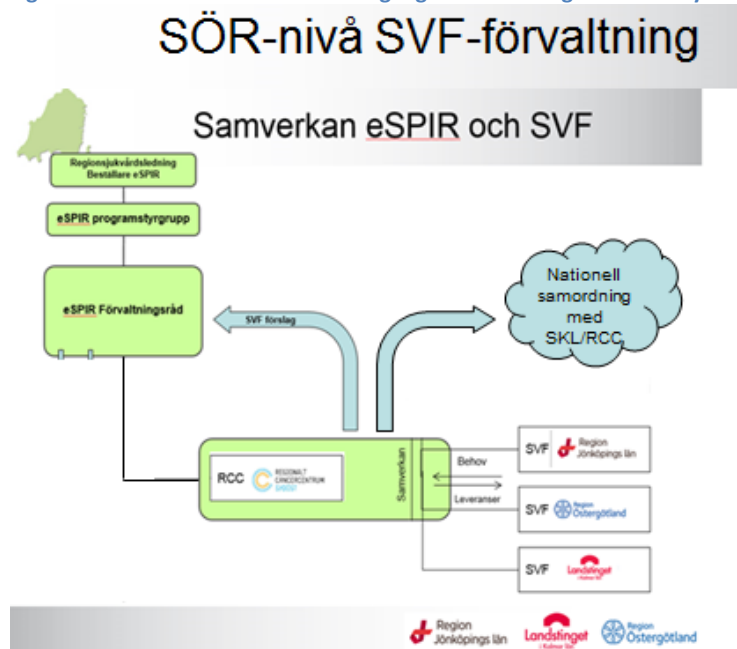
som används fram till annan lösning finns tillgänglig är direktkontakt med respektive utförande verksamhet.

RCC Sydöst planerar att fortsätta arbetet inom cancervården i en likvärdig modell som under införandet av SVF, figur 3 nedan. Detta innebär nära samverkan med:

- kontaktpersoner inom respektive huvudman
- arbetsgruppen för IT-samverkan
- den nationella konstellationen som arbetat med SVF-införandet – ledd av Helena Brändström, SKL

Ledningsgruppen för RCC Sydöst kommer även följa resultat och ha koppling via kontaktpersoner till ovanstående nämnda kontaktytor. Se även figur 1 nedan.

Figur 2 - samverkansbild SVF vid övergång till förvaltning inom RCC Sydöst



5.2 Mål för 2020

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

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att uppnå målen 2020? Har analysen från handlingsplanen förändrats under året och i så fall hur?

Vid analys med hjälp av intern data ses Region Jönköpings län ha relativt hög andel patienter som genomgår standardiserad utredning, SVF. Bedömning är även fortsatt att regionen är på god väg att nå målet att 70 procent av de nya cancerfallen ska ha utretts via SVF.

Fortsatt är det en större utmaning att nå målet 80 procent inom maximala tidsgränser inom RJJ. Bland annat är en av de stora utmaningarna att få högt värdeflöde vid överlämningar till annat

landsting samt vid patologisk analys och svar. Inom patologin pågår ständiga förbättringsarbeten inom Region Jönköpings län samtidigt som det pågår arbete med arbetsfördelning och ökad samverkan inom patologin. Detta kommer regionen följa och aktivt arbeta med tillsammans med verksamheterna även efter införandetprojektets slutdatum. Under hösten har avstämningsdialogerna innehållit frågeställningar utifrån ledtidsresultat. De kommer följas upp under vårens planerade processdialoger 2019.

I RJL:s handlingsplan för 2018 lyftes nedanstående område som utmaningar:

- Lungcancer - sedan september månad, 2018, har ytterligare en PET-CT-kamera installerats i sydöstra sjukvårdsregionen. Denna finns i RJL. Detta är en resursförstärkning vilket anses påverka utredningstiden positivt bland annat för denna patientgrupp i hela sydöstra sjukvårdsregionen.
- Prostata - inom sydöstra sjukvårdsregionen pågår ett arbete med ökat fokus på samverkan. Samtidigt utvecklar urologkliniken i RJL ett förändrat arbetssätt vad gäller utredning av prostatacancer involverande så kallad fusionsteknik, i samverkan med Stockholm. Fortsatt kommer interna utvecklingsarbeten att pågå.
- Koloncancer – under 2018 har RJL arbetat med att förändra arbetssättet i processen SVF tjock- och ändtarmscancer för att förkorta väntetiden till koloskopiundersökning. Numera finns en gemensam koloskopikö. Patienterna fördelas utifrån tillgänglighet mellan regionens tre sjukhus.

Region Jönköpings län kommer även att följa det arbete Region Östergötlands län genomför, kallat "Projekt köförkortning", som en del i förbättrade ledtider för RJL:s patienter i cancervården. Flera förlopp har behandlingsstart i RÖ.

Figur 3 – modell för översikt "dashboard" under utveckling/kompletteras med nationella mål för intern uppföljning, RJL (datauttag 2018-10-15)

Standardiserade vårdförlopp per resultatenheter - Intern Diverrapport						
2018-01-01--10-25, datauttag 2018-10-26						
Standardiserat vårdförlopp: Alla SVF						
Standardiserat vårdförlopp	Antal startade SVF	Avbrutna före behandlingsstart	Andel avbrutna	Antal startade behandlingar	Andel startade behandlingar	Andel inom ledtidsmål
SVF Akut leukemi	6	1,0	16,7%	5,0	83,3%	60%
SVF Bröstcancer	1 059	735,0	69,4%	274,0	25,9%	28%
SVF Cancer i bukspottkörtel	69	21,0	30,4%	36,0	52,2%	33%
SVF Cancer i gallblåsa och gallgång	20	5,0	25,0%	12,0	60,0%	50%
SVF Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna	709	452,0	63,8%	48,0	6,8%	88%
SVF Cancer utan känd primärtumör	54	31,0	57,4%	9,0	16,7%	33%
SVF Hjärntumör	38	18,0	47,4%	14,0	36,8%	50%
SVF Huvud- och halscancer	237	176,0	74,3%	34,0	14,3%	36%
SVF Kronisk lymfatisk leukemi	9	1,0	11,1%	6,0	66,7%	67%
SVF Levercancer	29	11,0	37,9%	13,0	44,8%	29%
SVF Livmoderkroppscancer	115	62,0	53,9%	25,0	21,7%	20%
SVF Lungcancer	196	78,0	39,8%	68,0	34,7%	32%
SVF Malignt lymfom	53	18,0	34,0%	31,0	58,5%	38%
SVF Malignt melanom	323	93,0	28,8%	182,0	56,3%	62%
SVF Matstrups- och magsäckscancer	55	21,0	38,2%	25,0	45,5%	20%
SVF Myelom	26	12,0	46,2%	10,0	38,5%	60%
SVF Njurcancer	107	27,0	25,2%	46,0	43,0%	67%
SVF Prostatacancer	862	422,0	49,0%	133,0	15,4%	29%
SVF Sköldkörtelcancer	18	1,0	5,6%	10,0	55,6%	60%
SVF Tjock- och ändtarmscancer	972	665,0	68,4%	126,0	13,0%	59%
SVF Äggstockscancer	72	19,0	26,4%	37,0	51,4%	22%
Totalt	5 215	2 978,0	57,1%	1 167,0	22,4%	42%

Fortsatt utvecklingsarbete med interna rapporter pågår för diagnoserna: Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer, analcancer, buksarkom/skelett- och mjukdelssarkom, livmoderhalscancer, vulvacancer, neuroendokrina buktumörer, peniscancer och testikelcancer.

6. Ekonomi

Ge en översiktlig bild av hur stimulansmedlen har använts under 2018 och vad återstående medel kommer att användas till.

2018 års stimulansmedel har i Region Jönköpings län använts till kostnader för projektorganisation inkluderat lön för projektledare och processledare cancer, resor, PREM-utskick och lokaler vid läns, regionala och nationella möten inom ramen för SVF-projektet. Den modell vi använder vid fördelning av stimulansmedel utgår från att SVF-processgrupper i Region Jönköpings län identifierar och beskriver behov och utvecklingsområden i en ansökan. Denna processas i SVF projektgrupp som lämnar underlag för beslut till styrgruppen för SVF.

Tabellen nedan visar hur ansökta stimulansmedel har fördelats inom Region Jönköpings län, under 2018

Område	Innehåll	Uppföljning
Folkhälsa och sjukvård	Projektjänst, 100 %, för kvalitetssäkring in- och utdata i vårdens IT-stöd.	Följs genom att kvaliteten i data förbättras – ses i rapport i Diver.
Lungcancer	Fortsatt utveckling arbetsätt	Inom förvaltningsmodellen för

	för att nå nationella målnivåer till år 2020. Nya förutsättningar finns på plats i RJJ vilket anses påverka ledtid. Utveckling av arbetssätt för att nå nationella målnivåer inom lungcancer fortsätter 2019 och finansieras ur återstående medel.	SVF i RJJ. Bl.a. genom processdialoger som planeras under våren, 2018. Följs även inom ramen för samverkan, RCC Sydöst.
IT-stöd för avvikelse från standard	Utveckling av IT-stöd för i ett lärande system kunna fånga avvikelser från beskriven standard för att undvika att liknande avvikelse uppstår åter igen.	Leverans följs av beställare av funktionalitet tillsammans med systemägare och förvaltare av nämnda IT-stöd för avvikelshantering. Beställare = ansvarig i förvaltning)

7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020

Delge oss gärna synpunkter på hur regeringen kan följa landstingens arbete inom cancerområdet under kommande år, t.ex. gällande målet för 2020.

RJJ anser att modellen med liknande riktade satsningar med tydlig patientnytta som kopplas ihop med en tydlig beskrivning av vinsterna för medarbetare och organisation har goda förutsättningar att lyckas.

Nationell samverkan är viktig för jämlik vård. Vi har börjat resan med standardisering och processororienterat arbetssätt utifrån patientens perspektiv men vi är inte i mål. Fortsatta krav och yttre styrning på nationell nivå tror vi är en av framgångsfaktorerna tillsammans med möjlighet till inre frihet att skapa lokal arbetsmodell⁷ för att kunna nå målen till 2020. Under projektåren har platsbesök och nätverksträffar genomförts vilket varit uppskattat och setts som relationsskapande arenor som till del bidragit till ökad samsyn vid utveckling. Vid några tillfällen har så kallade rundabordsamtal genomförts bestående av deltagare från respektive RCC vilket möjliggör uppföljning och dialog om utmaningar.

Under hösten 2018 genomförde socialministern ett besök i Region Jönköpings län vilket också bidrar till återkoppling, respons och dialog med vårdens viktiga aktörer.

Att utbyta erfarenheter och stärka samverkan via RCC och via nationella forum inom respektive cancerområde, inklusive tillhörande SVF, är även det ett sätt att stimulera till gemensam uppföljning och utveckling. Till exempel kan vårdprogramsgupper ses som en kraft att använda för sådan aktivitet framåt.

Bilagor

Bilaga 1: Fastställda standardiserade vårdförlopp

⁷ Inre frihet: Beskriva "hur det lokala arbetssättet ska stödja patientprocessen utifrån lokala förutsättningar".

Bilaga 2 a: Behandlingsplan, strålbehandling prostatacancer (mellanrisk)

Bilaga 2 b: forts... Behandlingsplan, strålbehandling prostatacancer (mellanrisk)

Bilaga 1: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Äggstockscancer

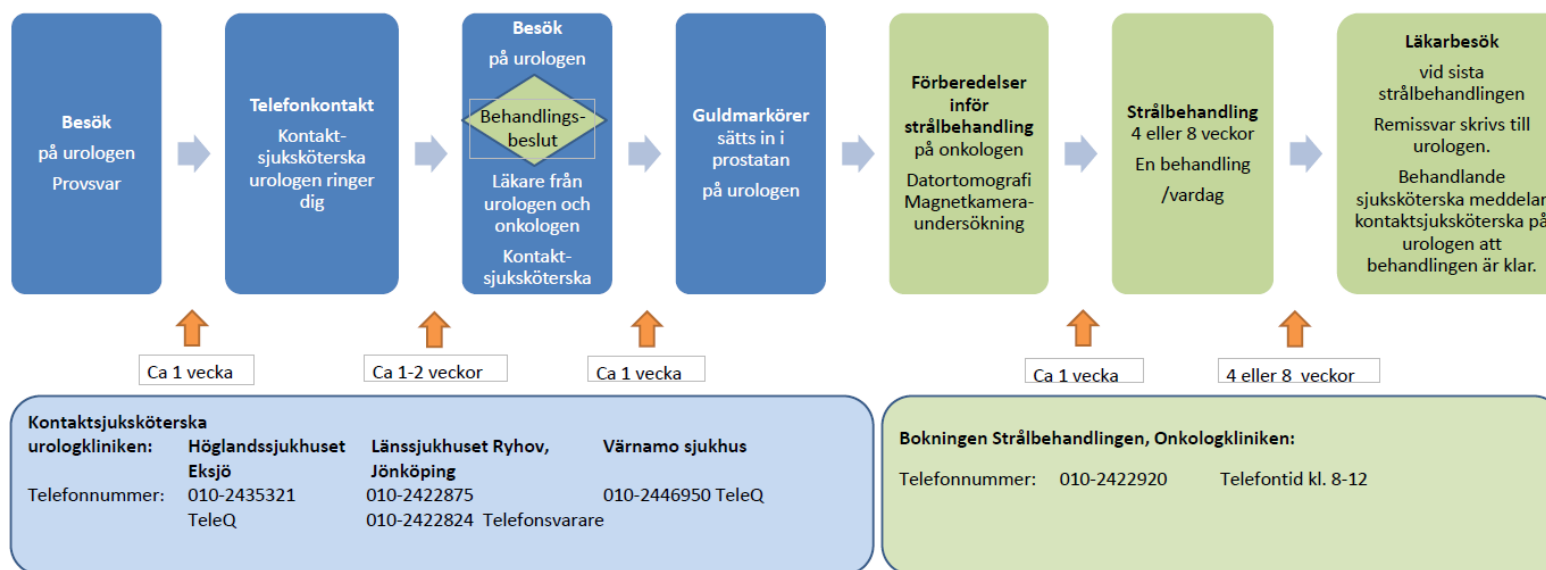
Standardiserade vårdförlopp som ska ha införts 2018

- Buksarkom inklusive GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inklusive binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>

Behandlingsplan strålbehandling 4 eller 8 veckor

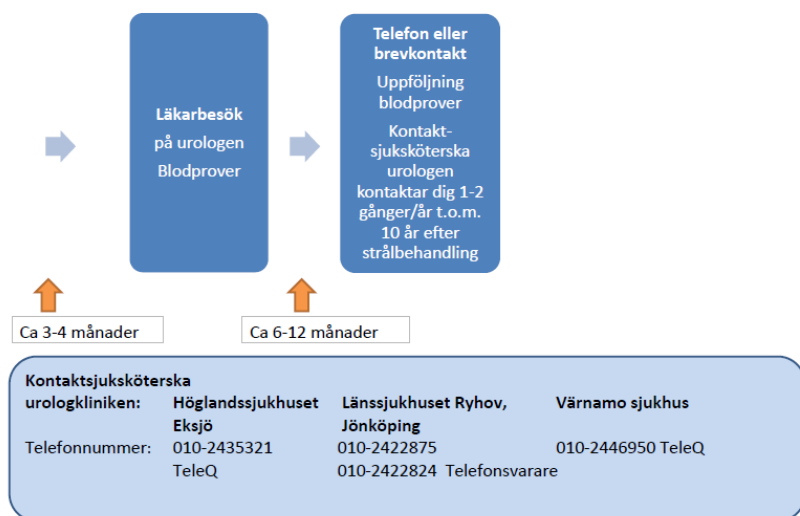


Kontaktpersoner:

helen.a.johansson@rjl.se

viktoria.markusson@rjl.se

Behandlingsplan strålbehandling 4 eller 8 veckor



Kontaktpersoner:

helen.a.johansson@rjl.se

viktoriamarkusson@rjl.se