

**HANDLINGSPLAN –  
för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt  
överenskommelsen mellan regeringen och SKL  
om kortare väntetider i cancervården 2018**

**Region Jönköpings län**

Handlingsplanerna ska vara Socialdepartementet tillhanda  
senast den 15 mars 2018

## Inledning

Detta är en mall för landstingens handlingsplaner för 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 handlingsplan enligt denna mall.

RCC i samverkan kommer också att ta fram den mall som ska användas för redovisningen som ska vara Regeringskansliet tillhanda senast den 1 november 2018.

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 vårens medel (195 mkr) ska landstingen senast den 15 mars 2018:

- tillsammans med RCC ta fram en handlingsplan enligt denna mall. Respektive landsting ansvarar för att den egna handlingsplanen tas fram.
- involvera patientföreträdare vid framtagandet av handlingsplanen
- genom RCC lämna in handlingsplanen till Socialdepartementet.

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen också senast den 1 november 2018 lämna in en redovisning enligt kommande mall baserad på överenskommelsen 2018.

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

# 1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

## 1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) *Vad är landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider?*

Region Jönköpings län har utgått från samma modell för införandet av SVF, koordinator och obokade tider sedan 2015. I och med att KVÅ-kodning sker vid dokumentation i specifik journalmall "Canceröversikt" sker denna kodning i anslutning till åtgärd (dokumentation av åtgärd). Detta medför att koordinatörer inom Region Jönköpings län (RJL) ofta är desamma som bokade besök redan innan SVF-infördes, det vill säga tidigare rutiner har anpassats till att innefatta SVF. Urologin har gjort en större förändring av arbetssätt och infört koordinator för att hantera verksamhetens stora flöden, några av dessa har krävt större förändringar. Respektive processgrupp har ansvar för att kartlägga, anpassa och säkerställa funktionalitet i respektive SVF i samband med införandedatum.

Införandet av SVF upplevs ytterligare förtydliga vart remisser ska sändas och vem som bär ansvar för vilken diagnosgrupp. Primärvården ger uttryck för att SVF-remitter ger god tillgång till diagnostik – undersökning och svar - "även vid remiss även från primärvård".

I samband med införandet av SVF har specifika remissmallar, journalmallar (Canceröversikt samt journalmall Canceröversikt PV) skapats och anpassningar av kundskapsstödet Fakta genomförts.

Kundskapsstödet Fakta ger remittenter ett stöd för vilka symtom som ska uppmärksammas (misstanke/välgrundad misstanke) och vilka patienter som ska remitteras vidare till en standardiserad utredning. Fakta innehåller även länk till den generiska patientinformation som finns framtagen och kan lämnas till patient/närstående vid ingång i SVF. Kundskapsstödet Fakta är tillgängligt på webben (rjl.se) och nås således av primärvård, specialiserad vård – privat eller offentlig vårdgivare. Inom ramen för SVF-arbetet har regionen även utökat antalet Fakta-dokument till att innefatta diagnosgrupper som tidigare inte haft specifika dokument, detta ses som en kvalitetshöjning.

I Fakta finns en förtydligande skrivning om att remisser som skrivs för standardiserad utredning ska märkas med termen SVF kombinerat med aktuellt förlopp i fritext. Skrivningen ses som ett stöd när pappersremitter används, t.ex. för privata vårdgivare som inte har digitaliserad remissöverföring eller när reservrutiner behöver tillämpas vid driftstopp.

Under de år SVF-arbetet pågått har vi gemensamt inom Sydöstra sjukvårdsregionen arbetat med att ta fram en remissmall för överflyttning mellan landsting. Denna utgår från den nationellt framtagna rutinen och ger stöd för verksamheterna att få med alla obligatoriska

uppgifter vid överlämning till annan vårdgivare. Denna remiss blir ett underlag som kan vara vägledande i samband med utveckling av e-remiss (digital informationsöverföring till annan vårdgivare). Samma behov av remissmall med obligatoriska informationsfält har fångats även vid överlämning till annan verksamhet inom regionen varpå specifik remissmall för detta skapats som möjliggör automatisk uppföljning av SVF. Dessa behov har uppdragats över tid och blir integrerade i RJL's fortsatta arbetssätt.

Data för RJL, år 2017, visar att 83 % av de som inkluderats i SVF på remiss har initierats via remiss från primärvården.

*b) Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015–2017 lett till förändringar i upplägget inför 2018? I så fall på vilket sätt?*

RJL har använt samma modell för införandet sedan 2015. Både styrgrupp och projektgrupp har bred förankring med representation från primärvård, diagnostik, specialiserad vård och stödresurser från vårdens IT-stöd/IT-centrum. På samma sätt har processgrupperna som arbetat med införandet varit bemannade efter aktuellt SVF. Detta ser RJL vara en framgång då behov kunnat fångas och hanteras tidigt i införandearbetet utifrån flera perspektiv.

Modellen som tillämpats har krävt nära samarbete mellan verksamhetsrepresentanter från hela patientförloppet (från primärvården till specialistvården), ansvariga för vårdens IT-stöd, Fakta-ansvariga och diagnostiken. Detta är ett medskick som blir viktigt att beakta vid framtida uppdatering/förändring av eller kommunikation runt nationella SVF-beskrivningar, eftersom förändringar kan påverka konfigurerade remissmallar, framtagna dokumentationsmallar, utdatarapporter/-exporter och anpassning av kunskapsstöd m.m.

## 1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

*Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är den 31 december 2017 och ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast den 1 februari 2018.*

RJL arbetar med kvalitetssäkring av registrering vid dokumentation och validering av data under 2018. Arbetsgrupp finns för detta inom RJL men även inom sydöstra sjukvårdsregionen.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

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	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi*	13	7	3	0	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	*	*	*	*	0	0
Analcancer	7	10	0	1	0	0
Bröstcancer	62	1869	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	59	56	18	11	0	0
Cancer i galla och gallvägar	7	19	4	5	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	14	14	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	35	46	0	0	0	0
Hjärtumörer	27	16	?	?	0	0
Hudmelanom	201	192			0	0
Huvud- och halscancer	418	510	6	5	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	12	5			0	0
Levercancer	17	18	7	2	0	0
Livmoderhalscancer	0	20	0	11	0	0

(cervix)						
Livmoderkroppscancer (endometrie)	111	0	0	12	0	0
Lungcancer	206	150	15	9	0	0
Lymfom	62	64	1	1	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	71	45	7	7	0	0
Myelom	30	23	0	0	0	0
Njuncancer	40	22	0	1	0	0
Peniscancer	18	0	6	0	0	0
Prostatacancer	1189	0	0	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	12	8	7	3	0	0
Sköldkörtelcancer	7	4	0	0	0	0
Testikelcancer	50	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	864	1005	1	5	0	0
Urinblåse- och urinvägs-cancer	646	1067	1	1	0	0
Äggstockscancer	0	109	0	37	0	0

\*Akut leukemi innehåller siffror från Akut lymfatisk leukemi och Akut myeloisk leukemi – enligt nationell SVF-beskrivning.

### 1.3 Överföring av information

- a) Hur fungerar systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget?

Beskrivning av registreringsmodellen i Region Jönköpings län: Två olika grader av misstanke finns; lägre grad "misstanke", högre grad "välgrundad misstanke".

I det fall den lägre misstankegraden uppstår i primärvården "misstanke" ska patienten genomgå en undersökning, så kallad filterfunktion. Utifrån resultat från denna kan välgrundad misstanke uppstå som dokumenteras i journalen, det vill säga att ett SVF-vårdåtagande skapas. Datum för skapandet av vårdåtagande blir datum för välgrundad misstanke.

I det fall den högre misstankegraden uppstår i primärvården, "välgrundad misstanke", fångar vi remissdatum för aktuellt SVF i primärvården. Denna remiss kopplas till ett SVF-vårdåtagande.

Utdata hämtas från remiss och de aktiviteter som dokumenteras i mall för dokumentation, Canceröversikt i IT-stödet Cosmic. Dokumentation sker genom texter (fasta val och datum) kopplade mot aktuellt SVF-vårdåtagande. Dessa fasta val kopplas i bakgrunden till de KVÅ-koder som används nationellt och exporteras till väntetidsdatabasen.

- b) Hur säkerställer landstinget i nuläget en effektiv kvalitetssäkring av data till den nationella väntetidsdatabasen?

Data visualiseras inom Region Jönköpings län i en sammanställd rapport, baserad på data från regionens interna rapport- och analysverktyg Diver, resultat från den nationella PREM-enkäten och ledtider från den nationella databasen Signe. Detta samlas i ett standardiserat format per SVF och skickas ut som en resultatrapport till respektive SVF-processgrupp att reflektera över. Vi jämför oss kontinuerligt med övriga aktörer i sydöstra sjukvårdsregionen men har via webben för RCC i samverkan tillgång till nationell jämförelse.

Ovanstående modell gör att processledare blir uppmanad att titta på vilken data som presenteras vilket också lett till att felregistrering identifierats inom egen verksamhet och i regionen men även i samband med överflytt/export av data till den nationella databasen.

Under 2017 har vi använt stimulansmedel för att kvalitetssäkra dokumentationen så att vi får korrekt registrering (=korrekt utdata) men framför allt för att dokumentationen i patientprocessen ska vara korrekt.

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

Remissmall för överflyttning mellan landsting som stöd för verksamheter för att få med obligatoriska uppgifter har utvecklats gemensamt inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Manuell uppföljning sker genom datauttag för överflyttade till annat landsting.

## 2. Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har fastställts för införande under 2018: buksarkom neuroendokrina buktumörer och vulvacancer.

### 2.1 Tidplan för införande

*Hur ser tidplanen för år 2018 ut, för respektive SVF? Ange när koordinatorkfunktion och obokade tider ska finnas på plats samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF?*

Inom sydöstra sjukvårdsregionen finns en gemensamt framtagna tidplan som för införande av de tre återstående SVF:en, dessa införs 15 mars, 2018. RJL följer samma koncept som beskrivits ovan för införande av koordinering och obokade tider i respektive verksamhet.

*Beskriv även hur landstinget avser att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.*

Region Jönköpings län följer tidigare koncept, en checklista för införande av SVF används och projektgruppen arbetar tillsammans med processledare och diagnosbaserad processgrupp. Uppstartsmöte äger rum. Varje SVF har en diagnosbaserad processgrupp där representanter finns från alla verksamheter som berörs i aktuellt förlopp, från primärvård, rehabilitering, specialiserad vård (ibland också tandvård). Kunskapsstödet Fakta och dokumentationssystemet med remissmallar anpassas efter SVF-beskrivningar som tagits fram.

I samband med införandet sker en kommunikation med nyhet i nyhetsflöde i intranätet för Region Jönköpings län, denna kompletteras med utskick mailledes till arbetsplatsbrevlådor till samtliga enheter inom Region Jönköpings län samt specifikt till privata vårdgivare med erbjudande om platsbesök för dialog.

Information om de tre SVF som införs under 2018 (Buksarkom, GIST inkl. gynsarkom; Neuroendokrina buktumörer och Vulva) kommer även lämnas vid forum för kunskapsspridning inom primärvården, så kallade Faktautbildningar för distriktsläkare.



## 2.2. Utmaningar och konsekvenser

*Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?*

*Använd gärna tabellen:*

Utmaning	Planerad åtgärd
Administrativ registrering av data och överlämning mellan enheter inom Region Jönköpings län men även mellan region/landsting.	Arbeta med förståelse av den administrativa modellen som används inom RJL men också inom sydöstra sjukvårdsregionen samt fortsatt under 2018 arbeta med kvalitetssäkring av data.
SVF Neuroendokrina buktumörer  Ansvaret fördelas i RJL mellan kirurgi och endokrinologi - för att optimera kvaliteten i omhändertagandet av dessa patienter.	Kunskapsstödet Fakta uppdaterat inkluderar instruktioner och ansvarsfördelning.  Bevakas av processgrupper, projektgrupp under 2018.
MDK och kontinuitet/trygghet för patient vid överlämning till annat landsting – de tre nya förloppen som införs under 2018 överflyttas ofta till annat landsting – för vår del främst Östergötland.	Initiera gemensamma arenor för dialog inom sydöstra sjukvårdsregionen samt arbetsätt som innebär kända kontaktvägar och kontaktuppgifter att lämna till patient.

## 3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

### 3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

*Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2018 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.*

RJL vill lära mer om undanträngning frågor har ställts bland annat till primärvården, röntgen – men ingen uppger sig se någon direkt undanträngning eller krav av omprioritering kopplat till SVF.

Röntgen RJL har arbetat med att öka kunskap och förståelse för aktuella flöden och volymer. Utefter detta har de anpassat personalscheman vilket skapat möjlighet att möta behov av tider. De är observanta på om så kallade omprioriterade undersökningar får en ökad väntetid (störst risk på MR), dock kan de inte se någon skillnad mellan slutet av 2017 än i början av året avseende detta, snarare tvärtom.

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
<p>Återbesök/kontrollbesök</p> <p>Vida trattar för vissa diagnoser kan påverka ovan – det blir för många patienter i systemet.</p>	<p>Bevakas av respektive verksamhet för att tidigt kunna agera.</p> <p>Projektgruppen/styrgruppen följer detta i en resultattavla.</p>
<p>Koloskopier – ökade volymer</p>	<p>Handlingsplan framtagen inom kirurgisk vård för hantering. Hanteras av klinikledning i linjeorganisation.</p>
<p>Diagnostik: Flera diagnoser konkurrerar om snabba undersökningar/-svar vilket ställer krav på leverantör (t.ex. patologi).</p> <p>”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. Vid behov signaleras till projektgrupp och styrgrupp.</p>
<p>Administrativ registrering av data och överlämning mellan enheter inom Region Jönköpings län men även mellan region/landsting.</p>	<p>Kontinuerligt arbeta med förståelse av den administrativa modellen som används inom RJL men också inom sydöstra sjukvårdsregionen samt fortsatt under 2018 arbeta med kvalitetssäkring av data.</p>
<p>Överlämning till annan vårdgivare/annat landsting</p>	<p>Kräver manuella rutiner eftersom befintliga IT-stöd inte kommunicerar med varandra. Vi ser fram emot att få vara en del i den utvidgade pilot för e-remiss som ska genomföras inom ramen för sydöstra sjukvårdsregionens e-samverkan via forumet ”eSPIR”.</p>

## 3.2 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.*

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram genom stöd i tidigare överenskommelser. I samarbete med Inera och 1177.se har under 2016 och 2017 en elektronisk nationell vårdplan utvecklats, vilken ligger på databasen Stöd och behandling. Under 2017 har pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomförts och utvärderats. Under 2018 ska den elektroniska nationella vårdplanen färdigställas och ett implementeringsarbete ska inledas i landstingen.

*Hur tänker landstingen arbeta med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?*

Sydöstra sjukvårdsregionen med stöd av RCC planerar att ta fram en regional handlingsplan för ett första införande/pilot 2 under 2018. Utvärdering av pilot 1 har gjorts via 1177 och utifrån de erfarenheterna har en kravställan för vidare arbete och utveckling gjorts. Implementering kommer under 2018 att ske i ett flertal landsting. Beslut om införande under 2018 kommer att fattas av RCC i samverkan och därefter kommer verksamheterna informeras och en lokal plan per landsting/region för införande tas fram. I väntan på detta införande kommer RJL fortsatt arbeta med de vårdplaner för utredning och behandling som sedan tidigare finns integrerad i verksamheterna.

## 3.3 Definition av välgrundad misstanke

*Har landstinget erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.*

Upplevelsen i RJL är att kunskapsstödet Fakta och de specifika remissmallar framtagna för SVF underlättar bedömning av välgrundad misstanke. Dock finns det förlopp där remittenter uttrycker att det kan vara svårt att avgöra vilket förlopp som ska väljas eftersom symtom och fynd ibland kan leda till mer än ett specifikt SVF. Exempel nedan:

- Analcancer och tjock- ändtarmscancer – liknande kriterium.
- Lever, galla, pankreas – liknande kriterium.
- Prostata – stora volymer i och med förändrade kriterium, leder till att vi överarbetar och konkurrerar om prioriterade tider inom urologin.

## 4. Information och förankring

### 4.1 Patienter och närstående

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

- a) *Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?*

Region Jönköpings län genomförde 2018-01-19 "Tillsammans så mycket bättre" - en workshop tillsammans med medarbetare och några patientrepresentanter som resulterade i input till fortsatt arbete.

De tidigare resultat som finns i fritextkommentarer i PREM-enkäten har används som underlag i samband med att handlingsplan tas fram.

Handlingsplan 2018 har stämts av med patientrepresentanter.

- b) *Hur avser landstinget att fortsätta involvera patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF?*

Även under 2018 kommer resultat från PREM-enkät användas likt tidigare beskrivning, punkt 1.3b.

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

Under hösten kommer regionen att genomföra en workshop som uppföljning till vårens aktivitet "Tillsammans så mycket bättre", med patientfokus.

Under året ska ledning för införandet av SVF besöka Hjärtats hus, en plats för patient och närstående i ett nätverk, för dialog om cancervården.

### 4.2 Vårdens medarbetare

Hur säkerställer landstinget att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp?

Kunskapsstödet Fakta som inkluderar SVF finns tillgängligt för alla på webben.

Information och kommunikation via intranätet publiceras under 2018. RJL använder även personaltidningen Pulsen för att återkoppla och beskriva resultat av SVF. Under våren kommer styrgruppsordförande och projektledare för SVF besöka ledningsgrupper för att beskriva vad som krävs av respektive verksamhet som ett led i att överlämna till förvaltning. Erbjudande till samtliga verksamhetschefer om information till respektive kliniker/platsbesök.

Platsbesök genomförs av representanter från projektgruppen på kliniker som är involverade i SVF.

Under våren och hösten informeras om SVF vid så kallade Faktadagar för primärvården och nyhetsflöde Fakta.

IT-stödet Cosmic har ett nyhetsflöde, här presenteras alla förändringar i dokumentation och IT-stödet.

## 5. Uppföljning

### 5.1. Ledtider

- a) *Hur säkerställer landstinget 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.*

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 (läs koderna) i vårdförloppen kan följas upp i en samlad rapport för respektive SVF. Ansvaret för denna uppföljning ligger enligt nuvarande modell inom aktuell processgrupp som kommenterar sina resultat till projektgruppen.

Modellen innefattar, övergripande beskrivning:

- SVF-processgrupp med ansvar för aktuellt SVF. (Deltagare från primärvård till behandlingsstart – en utsedd mått-/mätansvarig som följer registreringar och säkerställer att data registreras)
- Kunskapsstöd – Fakta – som anpassats efter nationella beskrivningar av SVF som också pekar
- Remissmall/SVF innehållande kriterium beskrivna i de nationella SVF-beskrivningarna.
- Dokumentation mot specifika sökord genom fasta val i journalsystem som översätts till aktuella KVÅ-koder (IT-stödet innehåller specifik mall för detta, så kallad Canceröversikt).
- Rapportmallar/SVF skapade för processuppföljning i utdataverktyget Diver.
- Respektive processgrupp har ansvar att skapa gemensamma arbetssätt och specifika rutinbeskrivningar.

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

Se Modellen beskrivs ovan. Remissmall för standardiserad utredning, gemensamma arbetsätt och specifika rutinbeskrivningar tas fram. Dokumentation som följs upp genom rapportuttag. Under 2018 arbetar RJL med riktade insatser för att ökas kunskap och säkrad registrering.

- c) *Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i det fortsatta arbetet med de införda standardiserade vårdförloppen?*

Under våren 2018 kommer tre alternativa utbildningstillfällen ges till processledare och mått-/mätansvariga inom SVF, även andra intresserade är välkomna. Resultatåterkoppling kommer att ske till processledare med uppdrag att återkoppla på aktuella resultat. Styrgruppen och projektgruppen avser att följa den resultattavla som finns framtagen för vidareutveckling inför överlämning till förvaltning.

## 5.2 PREM-enkäten

*Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av den PREM-enkät som ska användas för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?*

Region Jönköpings län har skrivit avrop även för de tre SVF som införs under 2018. Därmed kommer enkäten användas för samtliga framtagna SVF.

Under 2018 kommer PREM-resultat återkopplas till respektive process likt tidigare modell för resultatåterkoppling, beskrivet ovan.

## 6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

### 6.1 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.*

*Hur arbetar landstinget med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?*

RJL ser ett behov av fortsatt information och uppföljning av SVF över tid i våra verksamheter. Fortsatt utveckling kan innefatta justeringar av remissmallar, IT-stöd och kunskapsstödet Fakta. RJL önskar fortsatt att SVF kommer vara vårdens arbetsätt vid utredning på cancermisstanke. Representanter från ledning för införandet av SVF kommer att besöka ledningsgrupper i regionen för dialog om framtida uppföljning och förvaltning.

Projektledare/styrgruppsordförande har inlett kommunikation med sjukvårdens ledningsgrupp om modell och resurser för övertag i förvaltning. Resultat kommer att återkopplas till sjukvårdens ledningsgrupp, och diskuteras vid verksamhetsdialoger (2 gånger/år).

Samarbetet inom sydöstra sjukvårdsregionen med stöd från regionalt cancercentrum ses som en viktig och naturlig del i den fortsatta utvecklingen av cancervården och värdefullt vid eventuell fortsatt standardisering av vårdprocesserna. Regionen hoppas att enheter som är involverade i de standardiserade vårdförloppen ser nytta för patientgrupper samtidigt som det skapar verksamhetsnytta så att utarbetade koncept och modeller tas till vara, även inom andra sjukdomsgrupper när detta införande är avslutat. Införandet av SVF har bidragit till utveckling av samarbete och kunskapsdelning mellan verksamheter och representanter inom RJL men även över region-/landtingsgränser utifrån ambition om jämlik vård.

RJL arbetar för att SVF-arbetet inkluderas i arbetet med att utveckla system för "kunskapsstyrning" dvs. där cancersjukdomar/RCC och övriga nationella programområden tillsammans har som mål att skapa en god vård för medborgare tillika bästa tillgängliga kunskap för vårdens medarbetare. Ett första steg i detta arbete är att delta i workshops i regionala uppdrag där cancervården är ett av dessa.

## 6.2 Mål för 2020

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

- a) *Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende t.ex. infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020.*

Region Jönköpings län har idag en relativt hög andel patienter som genomgår standardiserad utredning/SVF. Bedömning är att regionen är på god väg att nå målet att 70 % av de nya cancerfallen ska ha utretts via SVF. Det är en större utmaning att nå målet 80 % inom maximala tidsgränser. Bland annat är en av de stora utmaningarna att få högt värdeflöde vid överlämningar till annat landsting samt vid patologisk analys/svar. Detta kommer regionen följa och arbeta aktivt med tillsammans med verksamheterna.

- b) *För vilka diagnoser bedömer landstinget att det kommer att krävas störst insatser för att uppnå 2020-målet?*

Inom RJL finns ett flertal diagnoser som behöver arbeta aktivt med att nå utredning inom fastställd tid. I en del grupper handlar det om små volymer men t.ex. prostata är en grupp med stora volymer som har relativt låg andel inom fastställd tid, vi vet även att lungcancer och koloncancer är områden med utmaningar.

c) *Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?*

Inom samtliga processgrupper handlar det om fortsättning och uthållighet i de redan påbörjade arbetssätten med ständiga förbättringar tillsammans inom processgrupperna samt att använda och agera på de resultat som finns tillgängliga.

Under våren kommer RJL att påbörja dialoger med ledningsgrupper och respektive verksamhet som är engagerade i de standardiserade vårdförloppen för att nyfiket efterfråga resultat.

Lungcancer: Beträffande lungcancer är PET-CT en flaskhals som påverkar ledtiderna. RJL har investerat i ny utrustning för PET-CT vilken kommer driftsättas hösten 2018.

Koloncancer: Handlingsplan finns framtagna och följs upp av ledning i linjeorganisationen.

Rjl kommer under 2018 bygga ett diagnostiskt center för prostatacancerutredning. Innefattar ny teknik för att säkerställa diagnostiken. Målsättningen är att flera patienter snabbare ska få diagnos vilket påverkar ledtiden för val av behandling och behandlingsstart.



## Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

### Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- 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 införas 2018**

- Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

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