

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018

Redovisningarna ska vara Socialdepartementet
tillhanda senast den 1 november 2018



Regeringskansliet
Socialdepartementet



REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN



Sveriges
Kommuner
och Landsting

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.

Införandedatum för de tre sista SVF, buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer, sattes till den 15 Mars 2018. Datumet är överenskommet i sydöstra sjukvårdsregionen och införandet genomfördes som planerat.

Koordinatorfunktion fanns i linjeorganisationen vid startdatum för införandet av de specifika vårdförloppen. I syfte att säkra koordinatorfunktionen delar flera medarbetare på berörda kliniker den funktionen. Funktionsbeskrivning för koordinator finns.

Obokade tider fanns avsatta för utredning och behandling enligt SVF i respektive verksamhets tidbok vid startdatum för införandet av det specifika vårdförloppet. Det tekniska arbetet har supporterats med hjälp av projektgruppen för välgrundad misstanke. Rutin för bokning av SVF-patienter samt utnyttjande av tiderna för andra patienter då SVF-patient ej bokats har precis som tidigare upprättas på verksamhetsnivå.

SVF-arbetet i landstinget har pågått sedan 2015 och i verksamheterna är detta arbete väl känt. Från och med 1 september 2018 leds projektet av en ny projektledare som har uppdraget att slutföra SVF-projektet. Fortsatt roll och uppdrag efter projekttidens slut är ännu inte fastställd, läs mer under stycke 5, fortsatt arbete.

I detta, sista införande av tre nya förlopp har vi gått tillväga på samma sätt som vid tidigare införanden. I landstingets projektorganisation för SVF finns en projektgrupp Primärvård under ledning av verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF. Projektgrupp Primärvård är en tvärprofessionell införandegrupp med representanter från såväl offentlig som privat verksamhet samt hälsovalsenheten (som hanterar vårdval i primärvården). I gruppen finns verksamhetschefer som har läkar- eller sjuksköterskekompetens samt administratörer. Den breda representationen säkerställer alla parter delaktighet. Särskilda flödesscheman och flödeskartläggningar har genomförts för respektive vårdförlopp, förankring med slutenvårdens rutiner för att säkerställa övergångar har gjorts vid gemensamma möten SV/PV. Det har också varit ett aktivt deltagande från gruppen i remissbyggandet för SVF. I projektorganisationen för SVF finns tre projektgrupper Slutenvård då vi har tre sjukhus i länet. Dessa projektgrupper leds av verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF, grupperna är tvärprofessionellt sammansatta.

I projektorganisationen för SVF finns en projektgrupp för Välgrundad misstanke. Denna grupp har varit inriktad på arbete med remissmallar, dokumentation samt utdata. Projektgruppen leds av processledare/cancer som också ingår i projektledningsgruppen för SVF. Gruppen är sammansatt med representanter från slutenvården, primärvården samt IT vårdsystem och utdata. Denna grupp har fungerat som support till övriga grupper vad gäller byggande av remissmallar, canceröversikt och för kommande utdatarapporter. Vi har och kommer fortsatt att arrangera separata mötestillfällen

inom sjukvårdsregionen då flera vårdförlopp kan innefatta att patienten behöver överföras mellan huvudmännen. Detta för att säkerställa samsyn och tydlighet kring ansvaret för de olika delarna i vårdförloppen. I samband med införandet har det kommunicerats, förutom i linjeorganisationen, i kanaler som "IT's nyhetsbrev" och på vårt intranät.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp under 2018. Avser period 20180101-20180930 källa grunddata Cosmic.

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.

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*	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Akut myeloisk leukemi	1	3	0	1	N/A	N/A
Analcancer*	5	3	1	1	N/A	N/A
Bröstcancer	9	393	0	4	N/A	N/A
Buksarkom*	0	0	1	0	N/A	N/A
Bukspottkörtelcancer	9	16	9	4	N/A	N/A
Cancer i galla och gallvägar*	1	4	2	2	N/A	N/A
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	3	1	1	0	N/A	N/A
CUP – Cancer utan känd primärtumör	5	1	1	0	N/A	N/A
Hjärntumörer	4	5	0	0	N/A	N/A
Hudmelanom	87	111	1	2	N/A	N/A

Huvud- och halscancer	51	44	5	9	N/A	N/A
Kronisk lymfatisk leukemi	4	0	0	0	N/A	N/A
Levercancer	4	3	2	3	N/A	N/A
Livmoderhalscancer (cervix)	N/A	2	N/A	3	N/A	N/A
Livmoderkroppscancer (endometrie)	N/A	20	N/A	7	N/A	N/A
Lungcancer	62	58	6	4	N/A	N/A
Lymfom	23	10	0	0	N/A	N/A
Matstrupe- och magsäckscancer	12	8	4	2	N/A	N/A
Myelom	13	4	0	0	N/A	N/A
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	1	1	0	0	N/A	N/A
Njurcancer	16	8	0	0	N/A	N/A
Peniscancer*	5	N/A	1	N/A	N/A	N/A
Prostatacancer	453	N/A	10	N/A	N/A	N/A
Skelett- och mjukdelssarkom	1	1	3	5	N/A	N/A
Sköldkörtelcancer	3	6	0	0	N/A	N/A
Testikelcancer*	7	N/A	5	N/A	N/A	N/A
Tjock-och ändtarmscancer	225	239	0	0	N/A	N/A
Urinblåse- och urinvägscancer	195	148	4	0	N/A	N/A
Vulvacancer*	N/A	1	N/A	0	N/A	N/A
Äggstockscancer	N/A	15	N/A	11	N/A	N/A

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?*

Nej det har det inte. Vi arbetar sedan tidigare med en canceröversikt (en mall) i Cosmic där vi har kopplat KVÅ-koder med fasta val och det är så vi säkerställer registreringar kopplat till SVF. Vi arbetar ständigt med information till verksamheterna om vikten av att registrera och att göra det på rätt sätt genom att följa vårdförloppsbeskrivningarna. Projektet finns till hands för verksamheten i stor utsträckning och är behjälpliga med det verksamheten har frågor omkring. En medicinsk sekreterare kopplad till en av projektgrupperna har varit i samtliga SVF-verksamheter i länet och hjälpt till med registreringsarbetet. Till canceröversikten finns också en tydlig manual som beskriver vad samtliga fasta val innebär och när de ska registreras. I LKL finns sedan tidigare en valideringsrapport framtagen där verksamheterna kan stämma av sina registreringar som gjorts eller saknas i canceröversikten, det är den data som sedan skickas till SIGNE.

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

En del i kvalitetssäkringen är de sammanställda verksamhetsrapporterna med schemalagt utskick till respektive verksamhet kvartalsvis 2018. Rapporterna är baserade på data från den interna rapporteringen i canceröversikten (Cosmic) och utdataportalen Business objects (BO). Återkoppling efterfrågas i samband med utskicken, till projektledare/SVF, på de siffror som presenterats. Denna modell gör att enskild verksamhet blir uppmanad att titta på vilken data som presenteras och det har lett till att felregistrering identifierats inom den egna verksamheten och i regionen men även i samband med överflytt/export av data till den nationella databasen. LKL har automatiserat inrapporteringen till SIGNE, och i samband med det förbättrat datakvaliteten genom att bättra på det interna regelverket i vår databas.

I sydöstra sjukvårdsregionen arbetar SVF-projektledarna från respektive huvudman tillsammans för att kvalitetssäkra data. Detta tillsammans med RCC-statistiker och ansvariga för dataexport hos respektive huvudman. Vi jämför oss kontinuerligt med varandra i regionen och med nationella siffror. Under 2018 ha SIGNE-data granskats ner på behandlingsstartsnivå i alla vårdförlopp. Tillsammans har den data som presenteras nationellt, granskats mot den som exporterats. En valideringsrapport för 2017 helår har tagits fram. Resultatet av detta har sedan använts för att säkerställa kvalitén lokalt och regionalt. En jämförelse med våra siffror mot 2020-målen har gjorts i försökt att skapa en bild av hur väl patienterna inkluderas i relation till de uppsatta målen. Under året har det säkerställts att de uppdateringar som vårdförloppen genomgått också genomförts i vårdflöden och ur registreringsperspektiv. Vidare har LKL haft fortbildning inom slutenvård och primärvård med fokus på att säkerställa registreringar.

- 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?*

En standardiserad remissmall för överflyttning mellan landsting/region som stöd för verksamheter för att få med obligatoriska uppgifter har utvecklats gemensamt inom Sydöstra sjukvårdsregionen och togs i bruk under 2017. Denna skrivs i Cosmic men dras sedan ut på papper och skickas per post i väntan på e-remiss. I canceröversikten anges dessutom att patienten överflyttats till annat landsting, vilket landsting det är och datum för det. En svarsmall är också utarbetad och överenskommen i SÖSR. I dagsläget görs en manuell uppföljning mellan LKL och det landsting/region som överflyttning har skett till för att säkra att patienterna rapporteras in. Som tidigare tycker vi att det skulle vara bättre att vi rapporterar in "landstingets egna patienter" till SIGNE.

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

Kalmar läns landsting har sedan november 2017 kunnat erbjuda strålbehandling till patienter med huvud/hals cancer i sitt hemlandsting. Under 2018 har överförda patienter till annat landsting med huvud/halscancer varit 14 patienter, till skillnad mot år 2015-2016 då den siffran för var 64 patienter.

2. Fortsatt arbete med SVF

2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

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

Eventuella undanträngningseffekter är svåra att med säkerhet identifiera. Vi ser dock en betydlig ökning av coloskopier i SVF/tjock-och ändtarmscancer och datortomografiundersökningar i flera förlopp vilket på sikt skulle kunna skapa undanträngningar. PET-CT förekommer i större utsträckning och här är vi beroende av att våra vårdgrannar kan leverera undersökningar i tid. I en del SVF anses kriterierna vara för vida då andra SVF-diagnoser konkurrerar om samma tider. Kriterierna har på nationell nivå justerats i några SVF för att minska volymen och det ser vi som positivt. Vi kommer att följa vår produktion och kapacitet över tid. Vi kommer även att följa våra resultat både vad gäller LED- tider och medicinsk kvalitet för att identifiera eventuella undanträngningseffekter i verksamheten. Eftersom SVF har ändrat våra arbets sätt så löser sig sannolikt en del genom att där det uppstår "nya arbetsuppgifter försvinner andra". I något SVF görs ex. endoskopi istället för radiologisk undersökning, i andra SVF radiologisk undersökning istället för någon annan undersökning. Svarstiderna för patologi i LKL ligger på en bra nivå och följs kontinuerligt. SVF-remisser till patologen prioriteras som akuta, det kan ge en undanträngningseffekt på kort sikt men hur påverkan är på lång sikt kan vi inte svara på i dagsläget. Operationsfallen har inte blivit fler för att SVF införts, det är samma antal patienter som opereras nu som tidigare. Det är varje verksamhets ansvar att följa undanträngningseffekter och vidta åtgärder för det. På Länssjukhuset i Kalmar har vi en forskare som undersöker "Undanträngningseffekter kopplat till SVF", avhandling beräknas klar under hösten 2018. I ett första steg har uppföljning gjorts gällande radiologi, patologi och cytologi samt urologiska operationer. Hittills har

undanträngningseffekt kopplat till SVF inte kunnat påvisas inom något av dessa områden. Det är dock för tidigt att dra slutsatser av det och vi följer forskningen med stort intresse. Resultaten av mätningen av de nationella mätpunkterna används till att utveckla vården genom förbättringsarbeten i verksamheterna. Under 2017/2018 arbetade projektledningsgruppen fram en verksamhetsrapport innehållande bl.a. antal uppstartade SVF, andel inom ledtid från VGM till första besök hos specialist, andel som gått till start av behandling, andel som genomgått SVF inom satt ledtid, andel som fått kontaktsjuksköterska och upprättad vårdplan. Rapporten skickas schemalagd till respektive verksamhet för eventuella åtgärder och återkoppling kring resultatet ska ske till projektledare/SVF 1 gång/kvartal. Under hösten 2018 fortgår arbetet med att utveckla rapporten till att även innehålla en sammanställning av patientupplevelser (PREM-data). Inom flertalet diagnosområden finns ett nära samarbete tillsammans med av RCC utsedda processledare där resultaten både presenteras och följs upp regelbundet i olika grupperingar i SÖSR.

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?

Utvärdering av pilot 1 har gjorts via 1177 och utifrån de erfarenheterna har en kravställan för vidare arbete och utveckling gjorts. Beslut om införande under 2018 har fattats av RCC i samverkan med implementering under 2018. Verksamheterna har informerats och en lokal plan per landsting/region för införande tagits fram. Sydöstra sjukvårdsregionen har med stöd av RCC tagit fram en regional handlingsplan för ett första införande av e-MVP /pilot 2 under 2018. Den planen kommer LKL att hålla sig till. I väntan på "min vårdplan" fortsätter LKL att skriva vårdplan för utredning och behandling i Cosmic där det sedan tidigare finns en mall för det.

3. Information och förankring

3.1 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.

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

Handlingsplanen är avstämd med patientföreträdare. Patienter och närståendes kunskaper, erfarenheter och synpunkter tas tillvara i utvecklingen av en hälso- och sjukvård som fokuserar på kvalitet som ökar värdet för patienten i LKL. Sedan starten av SVF 2015 har patientföreträdaren varit en del av projektledningsgruppen. En del av PREM-enkätens fritextsvar har också använts som underlag i arbetet. LKL kommer att arbeta för patient-och närståendedelaktande i det fortsatta SVF-arbetet. Patientföreträdare finns med i regionalt vårdprocessarbete/RCC och i arbetet med nivåstrukturering. Lokala projektledare har presenterat arbetet med SVF för företrädare i patient-och närståenderådet vilket ledde till diskussioner kring vårdförlopp och funktioner inom SVF. Rådet tyckte att det var värdefullt. Patientrådet får fortsatt löpande uppdateringar gällande PREM samt övergripande SVF-frågor via representation i regionala ledningsgruppen.

3.2 Vårdens medarbetare

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

I LKL's projektorganisation för SVF finns projektgrupper för primärvård och slutenvård under ledning av verksamhetsutvecklare som också ingår i projektledningsgruppen för SVF. Inför pilotinförandet av SVF producerades en film för att förtydliga arbetssättet, den har reviderats och är fortfarande aktuell samt uppskattas av chefer och medarbetare i primärvården. Det finns bildspel som ständigt uppdateras. Flödesscheman, kortversioner, dikteringsmallar och informationsblad finns för respektive vårdförlopp. Detta finns samlat på landstingets intranät och är tillgängligt för samtliga vårdgivare. Spridning av information sker via mejl, olika möten och platsbesök. Det är av största betydelse att informationen upprepas vid flera tillfällen. Det yttersta ansvaret för att informationen når ut till samtliga medarbetare har verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare på vårdheterna. Erbjudande har gått ut till samtliga chefer i PV att delar av projektledningsgruppen återigen önskar komma för att informera om SVF på personalmöten under hösten 2018 och så har skett där det önskats. För slutenvården har informationsmöten kring registrering och utdata anordnats under september månad på länets tre sjukhus. Mötestiden har fördelats i en informationsdel gällande utdata och statistiken som finns och en praktisk registreringsdel med möjlighet att ställa frågor. Detta är en del i valideringsarbetet gällande registrering/utdata.

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.*

I journalsystemet Cosmic registreras samtliga patienter som inkommer på standardiserad SVF-remiss i canceröversikten. De fasta valen i canceröversikten är kopplade till KVÅ-koder och det är så vi säkerställer registreringar kopplat till SVF. Vi har arbetat mycket med information till verksamheterna om vikten av att registrera och att göra det på rätt sätt genom att följa vårdförloppsbeskrivningarna. Projektet finns till hands för verksamheten i stor utsträckning och är behjälpliga med det verksamheten har frågor omkring. En medicinsk sekreterare kopplad till en av projektgrupperna har varit i samtliga SVF-verksamheter i länet och hjälpt till med registreringsarbetet. Till canceröversikten finns också en tydlig manual som beskriver vad samtliga fasta val innebär och när de ska registreras.

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

Genom information och ett tydligt ansvar i respektive vårdverksamhet att registrera i canceröversikten. I övrigt se svar ovan.

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

Resultaten av mätningen av de nationella mätpunkterna används till att utveckla vården genom förbättringsarbeten i verksamheterna. Under 2017/2018 arbetade projektledningsgruppen fram en verksamhetsrapport innehållande bl.a. antal uppstartade SVF, andel inom ledtid från VGM till första besök hos specialist, andel som gått till start av behandling, andel som genomgått SVF inom satt ledtid, andel som fått kontaktsjuksköterska och upprättad vårdplan. Rapporten skickas schemalagd till respektive verksamhet för eventuella åtgärder och återkoppling kring resultatet ska ske till projektledare/SVF 1 gång/kvartal. Under 2018 fortgår arbetet med att utveckla rapporten till att även innehålla en sammanställning av patientupplevelser (PREM-data). Inom flertalet diagnosområden finns ett nära samarbete tillsammans med av RCC utsedda processledare där resultaten både presenteras och följs upp regelbundet i olika grupperingar i SÖSR. Tidigare uppstartat valideringsarbete fortgår i SÖSR.

4.2 PREM-enkäten

Utskick och analys av PREM-enkäten blev försenat under 2018. Besvara nedanstående fråga utifrån den 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

Resultaten av PREM-enkäten används till att utveckla vården genom förbättringsarbeten i verksamheterna. Genom att analysera och återföra resultat används de i dialog med verksamheterna för reflektion och vid behov agera på resultat. Det är därför av vikt att resultat finns tillgängliga för analys på enhetsnivå. Det är viktigt att komma åt kommentarerna i fritext för sitt eget landsting så att återkoppling kan ske till respektive process för eventuell aktion. Med tanke på de problem som varit under det gångna året (2017) gällande PREM har arbetet inte varit så omfattande som tänkt. Avrop är gjort för samtliga SVF inklusive de tre som införts 15 mars 2018.

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?

Stor vikt kommer att läggas vid att detta arbetssätt ska vara det naturliga sättet att handlägga våra cancerpatienter på framåt. Vi ser ett stort behov av fortsatt information och uppföljning av SVF över tid i våra verksamheter. Justeringar i remissmallar och canceröversikt kommer behöva göras. Projektledaren för SVF har presenterat förslag på förvaltningsorganisation till Sjukvårdsledningen

som är styrgrupp för SVF i LKL och denna diskuteras. I landstingsplanen 2018-2020 anges att "under planperioden ska en plan för den fortsatta utvecklingen av cancervården tas fram" och där kommer det fortsatta arbetet med SVF vara en del, denna kommer att presenteras under november/december 2018. Diskussioner med IT-förvaltningen pågår vad gäller förvaltning av vårt IT-system kopplat till SVF. Det sjukvårdsregionala samarbetet som startats gällande SVF ser vi vara av största vikt att det fortsätter även efter 2018 för att fortsatt säkerställa att vi har säkra övergångar för våra gemensamma patienter. Att de tre parterna mäter samma saker, att ledtider hålls och att inrapportering till SIGNE sker är en av flera viktiga delar för att samverka inom sjukvårdsregionen fortsatt ska kunna utvecklas. RCC sydöst samt de regionala processledarnas uppdrag och roll blir även fortsättningsvis viktiga. Förhoppningen är att landstingets involverade enheter ser verksamhetsnyttan med SVF för våra cancerpatienter och att dess processupplägg kan tillämpas inom andra sjukdomsgrupper. Vi ser också att en "fortsättning på SVF-projektet" med cancerrehabilitering och palliativ vård skulle vara en självklarhet att arbeta vidare med. Landstinget 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. Förväntat underlag från utvärderingen av införandet av SVF i samtliga verksamheter som gjorts i samarbete med Linnéuniversitetet under hösten 2017 var tänkt att ligga till grund för vad vårt fortsatta SVF-arbete kommer att innehålla. Resultatrapporten från Linnéuniversitetet har fördröjts.

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?

Vi har en bit kvar till att nå de uppsatta målen för 2020. I landstingsplanen för Landstinget i Kalmar län åren 2018-2020 står att "under planperioden ska en plan för den fortsatta utvecklingen av cancervården tas fram", SVF kommer att vara en del i den planen. Kartläggningen kommer att belysa de steg som behöver tas framåt gällande cancervården i LKL för att 2020-målet ska uppnås. Planeringen av SVF-projektet över i förvaltning kommer också att innehålla delar för att säkerställa att målet nås. Inom LKL finns ett flertal diagnoser som behöver arbeta aktivt med att nå utredning inom fastställd tid. Inom samtliga processgrupper handlar det om fortsättning och uthållighet i de redan påbörjade arbetssätten med ständiga förbättringar tillsammans inom processgrupperna samt att använda och arbeta med de resultat som finns tillgängliga. Dialog och resultatuppföljning kommer att ske med ledning och berörda verksamheter både gällande registreringar av SVF men också vad som kommer att krävas för att komma i mål med inkludering och ledtid. Resultatet av dialogerna med respektive verksamhet kommer att ligga till grund för vilka insatser som krävs. Den nationella sammanställningen som vi ska mäta 2020-målet emot, kommer ha en avgörande betydelse i kvalitetssäkringsarbetet.

6. Ekonomi

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

Stimulansmedlen har använts till,

- Projektledning inkl. patientmedverkan
- IT Cosmic vårdssystem och utdata bla. för utveckling av remisser, canceröversikt, verksamhetsrapporter
- Verksamhetsutvecklare
- Köfötkortningsåtgärder coloscopy
- Köfötkortningsåtgärder MR
- Utvärdering av projektet
- PREM-enkäter
- Cancerrehabilitering

Det beräknas inte återstå några medel vid projekttidens slut.

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.

Nationell samverkan är viktig för jämlik och god vård oavsett bostadsort. Det är av stor vikt att det finns en samlad strategi kring hur den nationella uppföljning avseende landstingens arbete ska fortgå. Att berörda aktörer, SKL, Socialstyrelsen och RCC, går samma och tar fram en gemensam plan för ett kraftfullt uppföljningsarbete.

Ett tydligt nationellt underlag att jämföra data mot är nödvändigt för att kunna nå målsättningen 2020 inom respektive landsting. Övriga nationella data exempelvis de indikatorer som redovisas i vården i siffror bör också ses som viktiga för regeringen att följa. Flera av indikatorerna visar på nästkommande delar av cancerprocessen såsom 5-överlevnad etc. Det nationella arbetet som sker i vårdprogramsgupper, kvalitetsregistergrupper etcetera bör också beaktas.

Att utbyta erfarenheter, stärka samverkan och föra dialoger kring utvecklingsområden på nationell nivå bör ledas av de sex Cancercentrumen tillsammans.

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

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

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