

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

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 vårdförloppet 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:

- *Hur koordinatorsfunktionen har lösts och datum för när detta var på plats*
- *Hur obokade tider eller motsvarande har lösts och datum för när detta var på plats*
- *Datum för när patienter kunde börja remitteras enligt SVF*
- *Hur har man löst de förutsedda utmaningarna och hur man har löst eventuella oförutsedda utmaningar*
- *Hur landstinget har gett stöd till verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.*
- *Om införandet har följt handlingsplanen eller om justeringar skett.*

Samtliga nedanstående diagnoser kunder remitteras enligt SVF från den 15 mars 2018, vilket var ett gemensamt beslutat startdatum inom sydöstra sjukvårdsregionen.

Vulvacancer

Kvinnor som debuterar med larmsymtom i kvinnliga könsorgan handläggs ofta på ett likartat sätt och det standardiserade vårdförloppen koordineras på regionens kvinnokliniker. Det finns ett etablerat samarbete mellan kvinnoklinikerna och onkologiska kliniken och kontaktsjuksköterskor på respektive kliniker utgör koordinatörer för dessa patienter.

Diagnosen vulvacancer är sedan januari 2017 koncentrerad till fyra vårdenheter i landet och Universitetssjukhuset (US) i Linköping är en av dessa enheter och också ansvariga för nationell MDK under innevarande år. Vi kan redan nu konstatera att antalet kvinnor som tas upp på nationell MDK näst intill fördubblats under 2018. Genom nationell MDK kan kvinnor erbjudas första lediga operationstiden i landet och systemet med obokade tider har introducerats på US i Linköping under året.

Neuroendokrina tumörer och Buksarkom

Personer med misstanke om dessa tumörer kan remitteras till kirurgisk klinik men kommer också via SVF för okänd primärtumör och utreds då inledningsvis vid regionens "Diagnostiska centrum", som i vår region har namnet Enheten för samordnad cancerutredning (ESCU) på Universitetssjukhuset och Utredningsenheten på Vrinnevisjukhuset. Patienter, med fastställd diagnos, remitteras till kirurgiska kliniken, US för MDK och vid alla dessa enheter koordineras vården av kontaktsjuksköterskor.

Obokade tider används i viss utstäckning. Ett mindre antal patienter med neuroendokrina tumörer remitteras för avancerad utredning och behandling till Uppsala.

RCC i samverkan rekommenderade, i februari 2018, landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering. Förändringen berör avancerad diagnostik och behandling av buksarkom men även barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom. Region har sedan tidigare, och kommer även fortsättningsvis, att ha ett sjukvårdsregionalt ansvar för denna patientgrupp. Den nationella vårdenheten som fattats beslut om finns på Karolinska sjukhuset och bedömningen är att förändringen inte kommer att påverka vårdflödena i någon större omfattning då ett nationellt samarbete finns sedan tidigare.

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. 1.1 – 30.9

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.

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	2	1	0	0	2	1
Akut myeloisk leukemi	1	1	0	0	0	1
Analcancer	1	3	2	0	0	0
Bröstcancer	15	444	0	1	0	5
Buksarkom	9	7	0	0	2	2
Bukspottkörtelcancer	41	30	0	0	18	20
Cancer i galla och gallvägar	17	19	0	0	5	6
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	148	181	0	0	1	0

CUP – Cancer utan känd primärtumör	93	116	0	0	1	1
Hjärntumörer	2	2	0	0	5	3
Hudmelanom	112	64	0	0	1	4
Huvud- och halscancer	74	75	0	0	11	14
Kronisk lymfatisk leukemi	2	3	0	0	0	0
Levercancer	22	11	0	0	6	5
Livmoderhalscancer (cervix)	0	7	0	0	0	8
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	30	0	0	0	38
Lungcancer	82	83	0	0	8	9
Lymfom	21	16	0	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	28	16	0	0	5	3
Myelom	7	4	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)	7	3	0	0	0	0
Njuncancer	13	17	0	0	0	0
Peniscancer	11	0	0	0	0	0
Prostatacancer	496	0	0	0	10	0
Skelett- och mjukdelssarkom	9	8	1	1	10	12
Sköldkörtelcancer	3	4	0	0	0	0
Testikelcancer	12	0	0	0	5	0
Tjock-och ändtarmscancer	92	82	1	0	1	1
Urinblåse- och urinvägscancer	333	313	0	0	4	0
Vulvacancer	0	3	0	0	0	14
Äggstockscancer	0	31	0	0	0	23

1.3 Överföring av information

- a) *Hur fungerar systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget? Beskriv endast förändringar som skett efter inlämnad handlingsplan.*

Inga förändringar har skett under 2018.

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

Ett gemensamt valideringsarbete har genomförts inom sydöstra sjukvårdsregionen under innevarande år. I arbetsgruppen har regionernas tre projektledare för SVF ingått samt ansvariga för överföringen av data, statistiker och projektsamordnare från RCC.

Valideringsarbetet har innefattat att:

- gå igenom modellen för export av data – målsättning gemensam process för export av data,
- validera att data som presenteras nationellt överensstämmer med den som exporterats,
- skapa en bild av hur väl patienter inkluderas i relation till det nationella målet för år 2020 - "70 % av patienter som får en cancerdiagnos ska ha utretts via ett SVF".

I samband med valideringsarbete har åtgärder genomförts hos respektive huvudman. Exempel på åtgärder har varit att informera/utbilda utifrån identifierade svårigheter kring kodning enligt de nationella kodningsvägledningarna.

Arbetsgrupp har även identifierat att ett antal förlopp saknar fastställda ledtider för palliativ behandling och att dessa i några fall "beräknas" mot längsta ledtiden för aktuellt förlopp medan det i andra förlopp "beräknas" mot kortaste tiden för angivet förlopp i den nationella redovisningen. Detta har lämnats vidare via regionens representant till 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?*

Sydöstra sjukvårdsregionen har genomfört uppstartsmöten med flera av de remissmottagande enheterna för god samverkan och samsyn kring gemensamma arbetsätt. Dialogerna har också innefattat tydliggörande av remissvar för återkoppling.

Vi har sedan tidigare en gemensam process för manuell avstämning av data på patienter som överflyttats mellan huvudmännen. En process som är resurskrävande då man ofta får eftersöka remissvar innehållande information om aktuellt SVF, datum för behandlingsstart samt typ av behandlingsstart

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

Regionen har en relativt hög andel patienter inkluderade i SVF allvarliga/ospecifika symtom och patienter med okänd primärtumör. Detta påverkar troligen främst antalet inkluderade inom vårdförlopp som lymfom och tjock-ändtarmscancer. Våra erfarenheter av att utreda dessa patientgrupper på utredningsenheter bemannade av multidisciplinära team är goda och det arbetssätt som utvecklats över de två senaste åren är något vi kommer följa över tid. I gruppen med allvarliga/ospecifika symtom är andelen patienter som visar sig ha en cancersjukdom relativt hög, drygt 25 procent. I den fördjupade uppföljning som är gjord visar det sig även att dessa patienter inte sällan en långt framskriden cancersjukdom.

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?

Åtgärderna har följts upp och i delar åtgärdas. Här hade vi gärna velat göra mer under året, inte minst finns nu möjligheten att på ett än mer systematiskt och strategiskt sätt utveckla och beforska de erarenheten som vi har samlat på oss.

Vi harsedan tidigare identifierat risker för undanträngning:

- Inom samma diagnosgrupp (äldre vs yngre, män vs kvinnor, glesbygd vs storstad, svenska medborgare vs nyanlända, kuration vs palliation)
- Mellan olika diagnosgrupper inom cancerområdet
- Mellan cancer och non-cancer

Genom att vi har en enhet där merparten av alla SVF "passerar", kan vi konstatera relativt stora variationer utifrån enskild individ inom respektive diagnosgrupp t.ex. avseende ålder, samsjuklighet, tumörstadium och eventuell spridning vid diagnos vilket påverkar prognos och därmed möjlighet till standardisering. Vår samlade erfarenhet är att det finns tendens till undanträngning av äldre eller andra svaga behovsgrupper, främst när våra gemensamma resurser inte riktigt räcker till. Vi har upplevt att den högspecialiserade cancervården har ett mer tydligt koncept men att den mer "nära" cancervården behöver definieras mer tydligt avseende innehåll men också ansvarsförhållanden och kanske dessutom är underfinansierad.

Det vi lärt är att:

- tillämpning av kriterierna för välgrundad misstanke stringent för alla motverkar undanträngningseffekter och skapar förutsättningar för en utifrån individperspektiv jämlig vård
- tidig personlig kontakt gör att vi kan erbjuda patienten olika typer av stöd tidigt och anpassa vårdförloppet utifrån individens förutsättningar

- genom att samordna utredningarna för SVF allvarliga, ospecifika symtom och SVF för patienter med cancer utan känd primärtumör så fångar vi de som annars riskerar att få en fragmenterad utredning
- närmare en av fyra patienter som inkluderas i SVF med allvarliga och ospecifika symtom visar sig ha en cancersjukdom, detta tror vi är en behovsgrupp inom SVF som lätt kan riskera att bli undanträngd

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Variationer mellan diagnosgrupper - svarstiderna inom patologin varierar mellan diagnosgrupper och behöver balanseras på ett bättre sätt	Analys av data och underlag för prioriteringar inom patologin är ett arbete som fortgår.
Variationer i väntetid relaterat till ålder - variationer inom diagnosgruppen	Diagnosbaserade analyser av väntetider Forskningsprojekt under ledning av Bonnie Posinska, Linköpings Universitet, samverkan RCC
Patienter som utreds, men där cancer inte påvisats behöver kunna garanteras en fortsatt sammanhållen utredning om symtom kvarstår	Överenskommelse med aktörer om övertagande av utredningar där cancersjukdom inte verifierats

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?

Sydöstra sjukvårdsregionen, med stöd av RCC, har tagit fram en regional handlingsplan för att testa införandet av digital vårdplan. Från vår region har den urologiska kliniken medverkat i en nationell utvärdering som gjorts tillsammans med 1177. I november kommer samma klinik att gå vidare i sitt införande så att vi därefter kan gå mot ett breddinförande. En lokal variant av Min vårdplan togs fram redan 2014 och används sedan flera år inom flertalet vårdförlopp.

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?

RCC:s patientråd har fortlöpande fungerat som referensgrupp i arbetet med införandet av SVF i sjukvårdsregionen. Hur införandet av SVF fortgår inom sydöstra sjukvårdsregionen återförs och diskuteras regelbundet både i RCC:s patientråd och tillsammans med processledare. Aktörer inom SVF har även bjudits in till enskilda möten av patientföreningar i den egna regionen som Prostatacancerföreningen, Blodsjukas förening, Gynsam och Bröstcancerföreningen Moa Lina.

ESCU har genomfört fördjupade enkäter kring upplevelsen av bemötande, delaktighet, information och kontaktsjuksköterskans roll, dels för patienter om utreds på enheten och dels där enheten endast har en inledande koordinations funktion.

3.2 Vårdens medarbetare

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

Beslutsstöden finns tillgängliga via vårt intranät och även den standardiserade remissmallen i journalsystemet ger stöd vid remittering enligt SVF. ESCU ansvarar för uppdatering av intranätet och nödvändiga förändringar i remissmallar. Genom den funktion som ESCU utgör så finns även möjlighet att ta direkt kontakt när frågor om SVF uppkommer.

RCC genomförde under senhösten 2017 platsbesök på ett femtontal vårdcentraler för att följa upp införandet av SVF i sjukvårdsregionen. De införda arbetssätten kring SVF fick genomgående positiv återkoppling av primärvården inom vår region. Under hösten 2018 har även SVF flödena utvärderats i samband med primärvårdens fortbildningsdagar. Kännedomen inom primärvården bedöms i sin helhet vara mycket god medan det inom sjukhusvården varit en längre startsträcka. Det stadigt ökade antalet patienter som inkluderas i SVF ser vi som en värdeomätare på att kännedomen om SVF har ökat i regionen som helhet.

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.*

Registreringen bygger på KVÅ- kodning som görs i journal. Startkoden för SVF är för flertalet SVF kopplat till en specifik journalmall, vilken används då första kontakten i specialistvården tas och datumet kan justeras bakåt i tiden. Genom vår utdataportal, REBUS, kan vi kontinuerligt avläsa antalet startade/avslutade vårdförlopp inom respektive SVF. REBUS har utvecklats successivt och kan även leverera datauttag kopplat till samtliga avslutskoder och antal dagar som vårdförloppet pågått i realtid. Vi kan även söka ut data avseende patienternas hemkommun, kön och ålder för respektive vårdförlopp samt verksamhetsrelaterad information som remitterande enhet. Vi kan därmed även söka ut patienter som är mottagna/ överflyttade samt visa på skillnader i remitteringsmönster mellan vårdcentraler och övriga remitterter. Portalen möjliggör också att patienter som saknar behandlingskoder/avslutningskoder kan följas upp kontinuerligt.

Behörighet till persondata i REBUS har differentierats så att data kan tillgängliggöras per vårdförlopp och på individnivå men då med särskild behörighet. Kontaktpersoner finns utsedda på berörda kliniker som tillsammans med uppföljningsansvariga kontinuerligt kan följa att avkodningen genomförs på ett adekvat sätt. Data kvalitetssäkras också genom ovan nämnda regionala möten i sjukvårdsregionen.

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

I regionen har vårdgivare med avtal samma vårdinformationssystem, Cosmic/ROS, vilket möjliggör kodning enligt SVF oavsett vem som utför vården. Mycket få personer som utreds enligt SVF omhändertas enbart av "externa utförare".

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

Inom ett antal diagnosområden finns ett samarbete som koordineras av RCC och utsedd processledare där resultaten följs upp regelbundet i olika grupperingar. Länk: [Regionala rapporter](#)

Region har sedan tidigare en struktur för uppföljning av väntetider inom cancervården där både politiska- och verksamhetsansvariga aktörer deltar. Den tidigare uppföljningen var begränsad till start av behandling inom kirurgi medan vi nu, genom mätpunkterna i SVF, kan följa upp "samtliga" väntetider. Uppföljning av de övergripande resultaten avseende väntetiderna görs samlat kvartalsvis.

Mätpunkterna följs även i de diagnosbaserade grupperna men här finns variationer avseende aktivitetsnivå och förutsättningar för att driva ett aktivt förbättringsarbete. Bröst- och prostatacancer har ett etablerat processarbete och här pågår sedan flera år ett strukturerat förbättringsarbete med utsedd processledning. Våra diagnostiska enheter inom radiologin och patologi är aktiva och har en struktur med diagnosgrupper som infört och följer upp rutiner och målvärden kopplade till SVF. Obokade tider till röntgenundersökningar används i relativ stor omfattning och för flera undersökningar finns utlovade garantier för svarstider.

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?

Det regelbundna arbetet kopplat till de diagnosbaserade grupperna är en avgörande kraft i förändringsarbetet och behöver fortsatt stöd. Här har resultaten från PREM-enkäten en given plats när gruppernas arbete handlar om hur arbetssätten behöver utvecklas.

Vi har använt oss av PREM-enkäten för införda vårdförlopp 2018. Resultatet i patientenkäten visar på goda resultat och inom dimensionerna emotionellt stöd och information och delaktighet har vi särskilt goda resultat.

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.

Hur har landstinget arbetat med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Vi tror att införandet av SVF i vissa delar förändrat vårt sätt att möta medborgarnas behov av hälso- och sjukvård i detta fall av cancerutredningar och cancerbehandlingar. Arbetet är långsiktigt och vi behöver över tid gå mot att än mer styra vår kapacitet efter behov och medicinska resultat. Regionen valde initialt att starta ESCU för att tillsammans med diagnosgrupper och berörda verksamheter koordinera och utveckla gemensamma arbetssätt kring SVF och därmed cancervården. Vi bedömer att följande permanentade funktioner, där fortsatt utvecklingsarbete kommer att behövas, skapar förutsättningar för att intentionerna kring SVF blir bestående:

- "En ingång" till cancervården genom ESCU ger tydliga remitteringsvägar och utgör en samlad aktör för cancervården
- Systemet med obokader tider kräver kontinuerligt utvecklingsarbete inom och mellan berörda verksamheter
- Gemensam operationsplanering för cancerkirurgi inom regionen
- Diagnosbaserade processgrupper i samverkan RCC
- Diagnosbaserade arbetsgrupper inom radiologi och patologi
- Utdataportal REBUS för systematisk uppföljning av ledtider och kodningsrutiner
- Regelbunden uppföljning av resultat till regionens sjukvårdsledning och hälso- och sjukvårdsnämnd

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?

Vi har under året haft en fortsatt **ökad inkludering av patienter** inom SVF och ökningen är betydligt större än den ökning som de nyligen införda SVF utgör. Detta bedömer vi dels bero på en ökad kännedom och upplevd trygghet bland remittenterna men även bero på förbättrade kodningsrutiner i hela systemet.

För diagnoserna bröst-, urinblåse-, gallblåse- huvud/hals- matstrupe/magsäckscancer och för cancer i kvinnliga könsorgan äggstockscancer når vi målet att 70 procent av fallen utreds via SVF. Inom SVF hudmelanom ser vi en högre andel inkluderade patienter under 2018 relaterat till utförda åtgärder enligt handlingsplanen. Inom **ytterligare ett tiotal diagnosområden ligger vi nära målvärdet 70 procent** medan det för SVF hjärntumörer finns en fortsatt låg andel patienter som remitteras enligt SVF rutin. Detta påverkar inte den faktiskt utredningen utan handlar om svårtolkade kodvägledningar och att patienterna i ett akut skede, via journalen på nätet, kan se att en misstanke om hjärntumör noterats i journal men utan att hen informerats om denna misstanke.

Att nå målet 80 procent inom utsatt maximal tidsgräns är en fortsatt mycket stor utmaning. Vi har stora variationer mellan vårdförlopp men också beroende på vilken typ av behandling som ges. Generellt har vi goda och **stabila resultat när det gäller start av palliativ behandling** och når målet inom de allra flesta diagnoser.

Vår främsta utmaning är att nå satta ledtider för **start av kirurgisk behandling**. Merparten av all cancerkirurgi inom regionen görs vid US i Linköping, dock inte kirurgi vid tjocktarmscancer som görs

på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. På US utförs också cancerkirurgi för utomlänspatienter med cancer i bukspottskörtel, lever och galla, huvud/hals samt gynekologisk cancer. Under 2017 togs en modell för gemensam operationsplanering fram. Modellen och det nya arbetssättet har skapat en betydligt bättre överblick av antalet väntande patienter och gett förutsättningar för en gemensam prioritering av tillgänglig operationskapacitet. Under tidig höst har en **särskild satsning gjort för att komma i fas och avveckla upparbetad kö** från sommaren. Att möjliggöra ökad operationskapacitet kräver att all kompetens i flödet finns tillgänglig vid rätt tidpunkt. Då regionen har fortsatt bekymmer med stängda vårdplaster så inverkar detta på möjligheten att ha en ökad operationskapacitet över tid. Risken för undanträngning behöver också övervägas när riktade insatser görs.

Längst ifrån satt tidsgräns för kirurgisk behandling är i nuläget patienter med prostatacancer och njurcancer men även patienter med äggstockscancer, lungcancer och skelett- och mjukdelssarkom ligger långt ifrån målvärdet. De långa väntetiderna drabbar därmed patienter från hela vår sjukvårdsregion. Vår förhoppning är förstås att ovan beskrivna åtgärder ska ge effekt på våra ledtider.

Vi ser även fortsatt bekymmer för patienter i behov av **strålbehandling**, främst inom diagnoserna ändtarmscancer, prostatacancer men också för patienter med huvud/halscancer och matstrupe/magsäckscancer. För patienter från Kalmar med huvud/halscancer kan nu strålbehandling i de allra flesta fall erbjudas i den egna regionen. Även inom dessa områden pågår riktade förbättringsarbeten.

Sammanfattningsvis har analysen från tidigare handlingsplan inte förändrats och planerade insatser är under fortsatt genomförande.

6. Ekonomi

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

Stimulansmedlen har även under 2018 främst använts för fortsatt uppbyggnaden av ESCU och till processledning. En mindre del av medlen har gått åt till produktionsplanering inom främst diagnostik, IT-utveckling och utvärdering. Under 2018 har införande av teledermatoskopi inom primärvården intensifierats och beräknas vara fullt utbyggd i slutet av 2018.

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.

Utmaningarna kring den framtida cancervården är stora och kommer att kräva ett fortsatt intensivt arbete. Vi tror det är av stor vikt att det finns en samlad strategi kring hur den nationella uppföljningen kring dessa utmaningar ska fortgå. Att berörda aktörer som SKL, Socialstyreslen och

RCC, utifrån givna direktiv går samma och tar fram en gemensam plan är viktigt för ett kraftfullt uppföljningsuppdrag. Vår region är en av fem som Socialstyrelsen följt under projektiden och vår uppfattning är att genomförda aktiviteter i form av dialoger och enkäter varit relevanta och givande för oss som fått medverka. Uppföljning bör kunna ligga till grund för kommande uppföljningar och belysa viktiga områden att följa över tid.

Måluppfyllelsen för 2020 är central och bör vara relativt enkelt att bygga en fortsatt struktur kring. Vi kan se att det finns behov av analys kring hur resultaten förändras över tid och om justeringar avseende kriterier och målnivåer behöver göras. En annan viktig aspekt bör vara att analyser de mer komplexa utmaningar som nu framträder och då är det viktigt att inte endast fokuserar på ledtider och inkludering i SVF utan även väga in medicinska resultat och patienternas erfarenheter av vården.

Nedan följer några områden som vi ser behöver följas upp över tid:

- Ges cancervården alltid på lika villkor?
- Hur ser skillnaderna ut kring patienternas upplevelse av cancervården mellan diagnoser/kön/ålder/regioner?
- Hur löser vi kompetensbrist inom såväl högspecialiserade funktioner som kompetensbrist avseende funktioner som behöver finnas nära cancerpatienten då hen finns inom geografiskt "utsatta områden".
- Vilka orsaker ser vi till de stora variationerna i måluppfyllse – mellan diagnoser, mellan behandlingstyper, mellan regioner?
- Hur säkrar vi den "nära" cancervården för exempelvis personer i behov av cancerrehabilitering och vård i livets slutskede?
- Vilka lärdomar kan genomförda nivåstruktureringar ge, vilka för-/nackdelar ser vi med en mer centraliserad cancervård?
- Hur kommer det sig att universitetssjukhusen många gånger har svårare att leverera cancervård "i tid"?
- Hur kan vi få stöd att genomföra de förändringar som är nödvändiga kring en gemensam nationell dataöverföring/journal?

Många av oss som aktivt arbetar med SVF ser att våra erfarenheter kan tillämpas på andra komplexa processer t.ex. för en förbättrad vård för individer inom gruppen mycket svårt sjuka äldre. Här utgör utredningen kring den nära vården en viktig utgångspunkt och lyfter även avgörande utmaningar inom cancervården där det kan handla om möjligheten att få tillgång till cancerrehabilitering och vård i livets slutskede – inom just den nära vården.

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/>