

Johan Cosmo  
Regional samordnare av cancersjukvård (tom 180831)  
044-3091812  
[Johan.cosmo@skane.se](mailto:Johan.cosmo@skane.se)

Datum 181024  
Version 1

1 (15)

Lena Luts  
Regional samordnare av cancersjukvård (from 180901)  
040-675 35 21  
[lena.luts@skane.se](mailto:lena.luts@skane.se)

## **Redovisning av införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården i Skåne 2018**

### **Bakgrund**

Regeringen har valt att, inom cancervården, satsa på ett nationellt definierat system med standardiserade vårdförlopp (SVF) och med ekonomiska incitament stimulera landstingen att delta. Satsningen pågår mellan 2015-2018.

Syftet med SVF inom cancerområdet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid. SVF ska i första hand förkorta vårdförloppet mellan då *välgrundad misstanke om cancer* föreligger till start av *första behandling*. Utöver ovan nämnda mål avser man också att stärka patientmedverkan och öka patientnöjdheten inom cancervården.

Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar.

Förebilden till satsningen kommer från Danmark där man arbetat med standardiserade vårdförlopp (på danska pakkeforløb) sedan 2007. Under hösten 2014 fick RCC i uppdrag att ta fram SVF för fem pilotdiagnoser, dessa piloter infördes i Skåne under 2015.

## Politiskt beslut

I Region Skånes, RS, uppdrag för Hälso- och sjukvård 2018 står att ”RS ska delta i nationella satsningen kortare ledtider i cancervården 2015-2018, samt uppnå de krav som ställs”. För ändamålet har 55 miljoner avsatts i budget. Ett formellt beslut hur dessa medel skall fördelas och användas samt följas upp beslutades vid Hälso- och sjukvårdsnämndens möte 2017-12-08, Dnr 1702866.

## Organisation kring införandet av standardiserade vårdförlopp

Ett regionalt strategiskt råd för cancersjukvård har skapats med aktörer från RCC-Syd, sjukvården och koncernkontoret, under ledning av en samordnare som är direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektören. De tre sjukvårdande förvaltningarna, SUS, Sund och Kryh, har sedan skapat var sitt cancerråd med ansvariga chefer i respektive förvaltning och med representation från relevanta medicinsk service discipliner samt primär- och palliativ-vård.

Inom varje cancerprocess skall de tre förvaltningarna skapa tvärprofessionella team som är ansvariga för förloppet, inom sitt geografiska område, från symptom till rehabilitering/palliation. Det skall skapas ett lokalt processteam även om bara en del av SVF finns i förvaltningen. En lokal patientprocessledare, LPPL, är ordförande i varje lokalt processteam och är representant i en regional arbetsgrupp som leds av en regionalprocessledare, RPPL, utsedd av RCC-Syd. LPPL utses av förvaltningschef i respektive förvaltning.

## Resultat och genomförda aktiviteter 2018 i Skåne

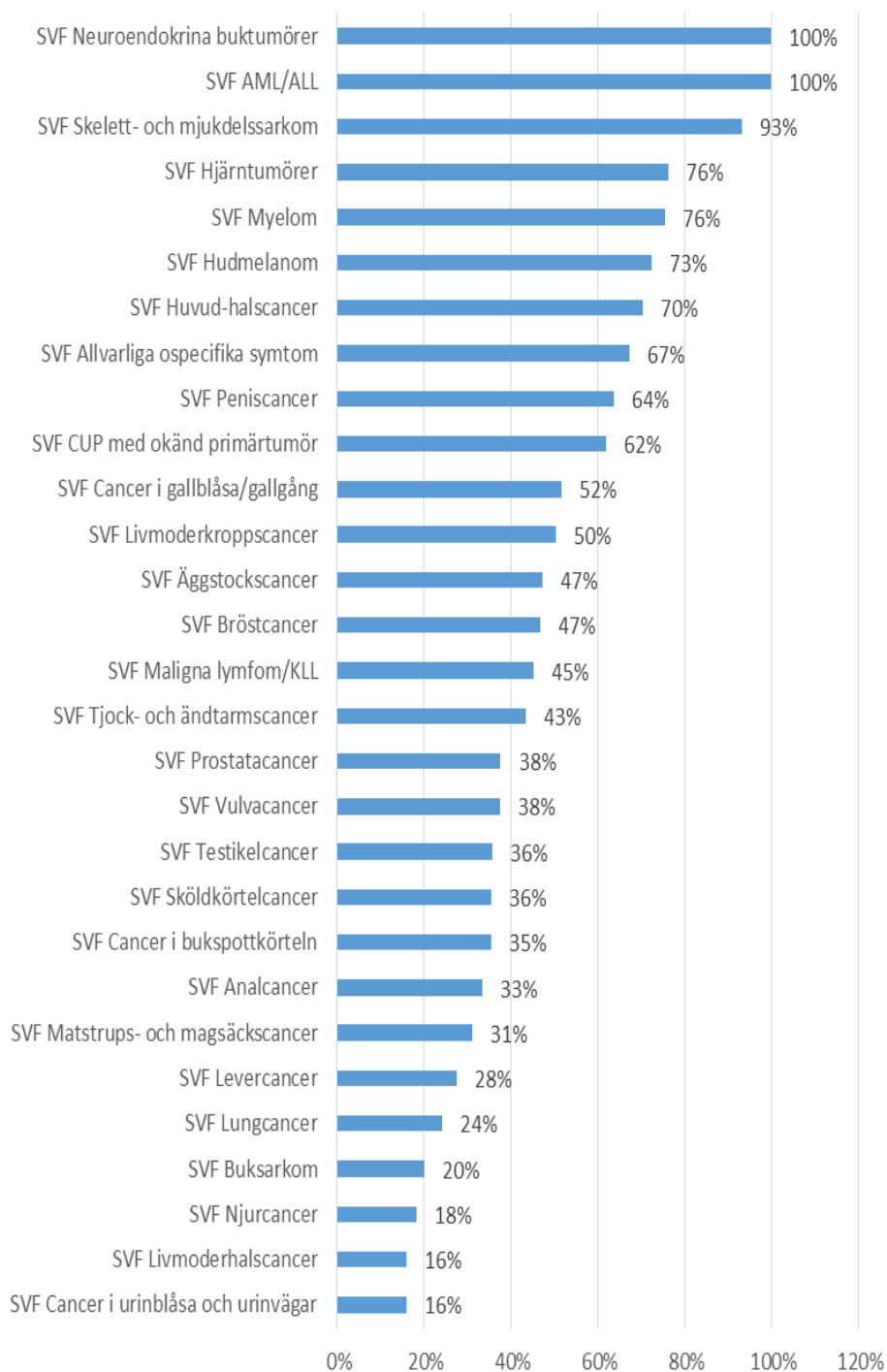
Då vi anser att tidigare arbete med SVF har varit framgångsrikt i Skåne, så har vi fortsatt att arbeta enligt samma struktur och arbetssätt.

Statusrapport har kommit in från förvaltningarna SUS, Sund, Kryh och Med Service där man beskriver hur pengarna har använts och hur man har arbetat. Bedömningen är att man har arbetat i enlighet med beslutet. Nedan följer en beskrivning av de viktigaste resultaten.

- Det har skett ett omfattande förbättringsarbete i Skåne helt i linje med den av hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade handlingsplanen för införande av standardiserade vårdförlopp, SVF.

- Samtliga 31 SVF förlopp är införda och patienter i olika antal har genomfört SVF från välgrundad misstanke till start av behandling eller avslut innan behandling.
- Totalt har ca 45 000 SVF utredningar startat i Skåne sedan starten 2015. Ca 15 000 av dem hade cancer, dvs 33 procent av startade SVF startar behandling för cancer.
- Hittills i år har ca 15 000 SVF startats i Skåne, vilket antyder att antalet startade SVF ökar en aning jämfört med 2017 då vi på helår startade 17 500 förlopp.
- Av de 8 000 som varje år diagnostiseras med cancer i Skåne kommer även i år ca 75 procent att få diagnosen efter en SVF utredning.
- 49,7 procent genomför hittills under 2018 sitt vårdförlopp inom det nationella tidsmålet vilket tyvärr inte är någon förbättring jämfört med 2017.
- De största förbättringarna i väntetider ses i år inom gynekologisk cancer, sarkom och gallvägscancer.
- Tyvärr har måluppfyllelsen försämrats ytterligare för urologiska cancerformer, så som njurcancer och cancer i urinblåsa och urinvägar.
- Svårigheter med att rekrytera sjuksköterskor har bland annat medfört problem med tillgänglighet till operationssalar vilket är den enskilt största orsaken till den något dåliga måluppfyllelsen avseende tidsmålen.
- Det har sedan starten 2015 anställts totalt 45,5 cancerkoordinatorer omräknade i heltider. En majoritet är medicinska sekreterare. Bedömningen är att dessa koordinatorer är centrala för att lyckas med att införa standardiserade vårdförlopp och att korta utredningstiderna.
- För att förbättra det psykosociala omhändertagandet av patienterna så har antalet kontaktsjuksköterskor dubblats sedan 2015. Vid starten fanns det 63 st och i augusti 2018 har vi 124 kontaktsjuksköterskor omräknade i heltider som arbetar inom cancersjukvården i Skåne.
- För flertalet SVF klarar patologi i Skåne svarstiderna räknat i mediantid. De SVF som har svårt att klara svarstiderna har antingen en orealistisk målnivå och/eller en relativ brist på patologer med specialkompetens inom just de områdena. Medelsvarstid för vävnadsprover totalt har förbättrats från 23 dagar 2016 till 17 dagar.
- Under året har ett stort antal patientenkäter, PREM, skickats ut till patienter som genomgått en SVF. Tyvärr har man nationellt ännu inte kunnat redovisa något resultat vad patienterna har svarat 2018. Svar från tidigare år visar att man är mycket nöjd med bemötandet man får av vården och att många får både skriftlig och muntlig information om utredningen. Tydligt är också att man inte tycker att utredningen går för fort, vilken har varit en oro.
- Måluppfyllelsen för de olika förloppen under perioden januari – september 2018 redovisas i tabell på nästa sida;

## Måluppfyllelse



## Svar på nationella frågor inför beslut om fördelning av resterande SVF medel 2018

### 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 har följt planerna i Region Skånes handlingsplan för 2018 förutom mindre förändringar nämnda nedan.

Neuroendokrina tumörer: Införandet av SVF har inte inneburit några tydliga förändringar då denna patientgrupp huvudsakligen handläggs som tidigare. Ett mer formaliserat samarbete med Diagnostiskt Centrum (DC) har emellertid utvecklats, då det har visat sig lämpligt att dessa patienter utreds där.

Buksarkom: Remitteras från såväl primärvård som specialistvård i hela Skåne direkt till sarkomcentrum på SUS. Endoskopienheterna har också informerats och involverats. Detta har fungerat bra.

Det fanns en oro att det skulle remitteras allt för många icke relevanta patienter i förloppen buksarkom och neuroendokrina buktumörer framförallt med anledningen av de diffusa och ofta svårbedömda symtomen, så har dock icke skett. Snarare finns det nu en farhåga att dessa patienter ska missas då de är så få.

Vulvacancer: Införandet av SVF har fungerat bra och detta har inte inneburit några väsentliga förändringar i strukturen, då införandet har skett inom ramen för den nationella nivåstruktureringen.

#### 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.

Datum för uttag: 181015

Källa: Region Skånes QlikView applikation SVF som innehåller information från Pasis Processmodell

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*	4	2				
Akut myeloisk leukemi	8	2				
Analcancer*	13	30			1	5
Bröstcancer	41	1622				
Buksarkom*	5	6			0	2
Bukspottkörtelcancer	92	87	1	0	5	3
Cancer i galla och gallvägar*	26	27	2	0	1	3
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	127	145				
CUP – Cancer utan känd primärtumör	101	135				
Hjärntumörer	31	41			6	2
Hudmelanom	637	578	1	1	1	2
Huvud- och halscancer	255	248			18	18
Kronisk lymfatisk leukemi	12	8				
Levercancer	35	19	1	0	2	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	56			0	7
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	193			0	18
Lungcancer	342	365	0	2	4	4

Lymfom	71	55				
Matstrupe- och magsäckscancer	69	42	11	3	11	5
Myelom	44	33				
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	3	0				
Njurcancer	73	49			1	1
Peniscancer*	29	0			2	0
Prostatacancer	1165	0	5	0	2	0
Skelett- och mjukdelssarkom	45	30			1	7
Sköldkörtelcancer	19	61			3	12
Testikelcancer*	90	0			2	0
Tjock-och ändtarmscancer	1019	1207	4	1	1	4
Urinblåse- och urinvägscancer	1050	685	1	0		
Vulvacancer*	0	14			0	8
Äggstockscancer	0	128			0	9

### 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 inte skett.

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

Det sker kontinuerlig uppföljning i verksamheten av de KVÅ-kodsliknande registreringarna.

[Region Skånes registreringsanvisningar för SVF](#)

Vi arbetar kontinuerligt med att förtydliga riktlinjerna så de blir stöd till verksamheten för ökad följsamhet och kvalitetssäkrade uppgifter. Det sker även kontinuerlig avstämning med Södra sjukvårdsregionen för att få

samsyn i tillämpningen av regelverket.

Region Skåne har en organisation för koordinators och cancersamordnare för att arbeta med tolkning och rutinerna för registrering och hantering av SVF patienter. En del av deras arbete inbegriper kvalitetssäkring av data.

Valideringsrapporter är framtagna för att underlätta kvalitetssäkring av inregistrerad information. Uttagsapplikationerna har utvecklat ett antal rapporter för att underlätta denna kvalitetssäkring.

- 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?

Kontinuerliga avstämningar med Södra sjukvårdsregionen, för att förbättra och säkra informationshanteringen. Samtidigt sker avstämning i nationella arbetsgruppen med ansvar för registrering och uppföljning för ett enhetligt och likartat arbetssätt

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

Nej vi har inga övriga kommentarer.

## 2. Fortsatt arbete med SVF

### 2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

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

Undanträngningseffekter förekommer men har varit svåra att kvantitativt redovisa. Dock bedöms undanträngningseffekter tydligt förekomma inom de diagnostiska delarna, exempelvis gällande bilddiagnostik och patologi.

Remitteringsrutinerna kring koloskopi har sannolikt också påverkats av införandet av standardiserade vårdförlopp, så att en större andel nu remitteras som SVF. Ett särskilt arbete har initierats med syfte att förbättra koloskopikapaciteten, med målet att även inkludera privata vårdgivare. En särskild kösatsning har genomförts.

På samma sätt ses tydliga undanträngningseffekter när det gäller behandling av något lägre prioriterade men fortfarande allvarliga tillstånd med betydande lidande för patienten. Ett område som diskuteras är hur recidiv, som inte omfattas av SVF, ska hanteras, för att inte utredning och behandling ska försenas. Exempelvis pågår en pilot rörande recidiv inom huvud- och halscancerprocessen på SUS, där registrering av mätpunkter sker på likartat sätt som för SVF-patienter.

För att motverka brister har det redan skett och kommer det att ske ett arbete med bland annat;



- Samordning och samarbete inom Skåne och Södra sjukvårdsregionen kring patienter inom bristspecialiteter
- Utökade öppettider inom diagnostik
- Riktade kösatsningar inom operation och mottagning
- Utbyggnad av MR och coloskopikapaciteten
- Utbildning och rekrytering av medarbetare
- Byte av arbetsuppgifter från bristkompetenser till andra yrkeskategorier, till exempel cystoskopier från urolog till specialiserad sjuksköterska

## 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?

Informationsinsatser pågår såväl på enhetsnivå som på verksamhetsövergripande nivå, för läkare, sjuksköterskor och övrig personal, i syfte att skapa en ökad medvetenhet om ”Min Vårdplan” (MVP). Särskilt fokus ligger på vikten av att MVP används genom hela patientprocessen. Avgörande är också att identifiera obligatoriska delar i MVP, diagnosspecifika och generella.

Vissa verksamheter har sedan länge arbetat med MVP, exempelvis inom bröst och ÖNH-verksamheten. Patienten introduceras oftast av sin kontaktsjuksköterska, i anslutning till ett mottagningsbesök där även patientansvarig läkare och kurator deltar.

Hudprocessen i Kryh och huvud- och halscancer processen på SUS har påbörjat ett arbete att delta i test av e-MVP (elektronisk Min vårdplan i 1177) som utvecklas på uppdrag av RCC Samverkan och SKL.

Härutöver diskuteras hur Min vårdplan i journalsystemet Melior, som utvecklats inom Region Skåne, bör användas inom verksamheterna. En möjlighet är att i första hand prova Melior-mallen inom enstaka vårdprocess/er. Samtidigt måste behovet av dessa mallar beaktas i det arbete som pågår med att anpassa vårt kommande IT-system, SDV – Skånes Digitala Vårdsystem, till cancervårdens behov.

### 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?

Samarbetet har fortsatt under året på tre olika nivåer;

- Regional cancersamordnare har regelbundna möten tillsammans med RCC, med patientrepresentanter och patientföreningar.
- De lokala cancerråden i förvaltningarna involverar patienter- och närståenderepresentanter i det lokala förbättringsarbetet.
- Processteamet involverar patienter och närstående i det fortsatta arbetet med att utveckla processerna.

#### 3.2 Vårdens medarbetare

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

Information har skett enligt Skånes handlingsplan för 2018. Nedan följer några exempel på dessa informationsinsatser;

- En ny geomappning har med hjälp av RCC-syd genomförts för att se om det finns geografiska skillnader i Skåne i antal startade SVF/vårdcentral eller kommun. Där vi fick ett lågt antal har extra informationsinsatser sats in till vårdpersonalen. Samtliga vårdcentraler har tidigare år fått fysiska möten av cancersamordnare som har informerat om SVF.
- Regelbunden information ges på Vårdgivare i Skåne, som nås av alla privata och icke privata vårdgivare i Skåne.
- LPPL har fortsatt att ge information till samtliga vårdgivare som man samarbetar med kring ”sin” lokala process.
- Regional cancersamordnare har haft regelbundet möten med ledningar för vårdgivare i egen regi samt privata vårdgivarna. Vid behov har möten skett med grupper av vårdgivare tillsammans med enheten för uppdragsstyrning.
- Tillsammans med primärvården har SVF utbildningar för chefer, läkare, sjuksköterskor och sekreterare erbjudits.
- Tillsammans med primärvården har skapats tydliga rutiner för hur man exakt skall gå tillväga när man startar en SVF.
- Utbildningar kring SVF har anordnats inom enheter som inte är så djupt involverade i cancervården så som akutmottagningar och ortopedi.

## 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.

Vi arbetar kontinuerligt med att förtydliga riktlinjerna så de blir stöd till verksamheten för ökad följsamhet och kvalitetssäkrade uppgifter. Det sker även kontinuerlig avstämning med Södra sjukvårdsregionen för att få samsyn och tolkning i tillämpningen av regelverket.

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

Region Skåne har fullständig registrering av de nationella mätpunkter som är obligatoriska. Vi planerar att utöka informationen kring respektive SVF genom att koppla diagnos/KVÅ-kod i processerna. Valideringsrapporterna är framtagna bl a för att säkerställa fullständig registrering.

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

Region Skåne har utvecklat två QV-applikationer för att möta upp olika målgruppers behov. Den ena inriktad på koordinatörer och cancersamordnare med fokus på kvalitetssäkring. Den andra är inriktad på en vidare målgrupp för att se resultat på såväl 2020-målen som uppföljning av enskilda förlopps ledtider, jämförelser m m.

### 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?

Enkäter har skickats ut till samtliga 28 förlopp som var införda 2017. Data finns tyvärr ej vad patienterna svarade på enkäterna under 2018.

Insatser för att förbättra informationen till patienter som remitteras för SVF-utredning pågår kontinuerligt, sedan resultatet av den första PREM enkäten offentliggjordes. Exempelvis arbetar vi aktivt med frågan i primärvården, både i dialogform och som riktad uppmärksamhet i Nyhetsbrev och motsvarande. Liknande insatser pågår inom sjukhusen med syfte att säkerställa att alla inremitterade patienter har blivit muntligt och skriftligt informerade om kommande utredning.

Särskilt aktuellt i nuläget är att patienter som inte får en cancerdiagnos är mindre nöjda med utredningen än de som har cancer, enligt senast redovisade resultat. Här pågår analyser och diskussioner om vad detta kan beror på och hur man ska angripa problemet. Sannolikt handlar det bland annat om omhändertagandet efter resultatet av SVF-utredningen, oftast i primärvården, men fortsatt utredningsansvar kan även åvila sjukhusvården.

## 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?

Vår bedömning var att SVF redan vid ingången av 2018 var en integrerad del av vården. Viktiga SVF funktioner i form av kontaktsjuksköterskor och koordinatörer utgör en bestående komponent i den fortsatta cancersjukvården. I Skåne har också betydande satsningar gjorts på cancervården, utöver de statliga stimulansmedlen, satsningar som redan är en del av ordinarie verksamhet.

Våren 2018 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att (dnr 1702867);

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer sig bakom inriktningen att fortsätta satsningen för att stärka cancersjukvården efter 2018 i enlighet med beslutsförslaget.
2. Finansiering av förslaget ska beaktas i budgetprocessen inför 2019. Finansieringen skall då övergå från projektfinansiering till reguljär finansiering.

Ett arbete att överföra de digitala uppföljningssystemen av SVF från projektform till ordinarie verksamhet är nästan slutförd och kommer vara helt genomfört mot slutet av året.

### 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?

Resultaten 2017 och 2018 visar att Skåne totalt redan klarar 2020 målet om att 70 procent skall få sin cancerdiagnos via ett SVF. Måluppfyllelsen varierar dock mellan de olika processerna och den process som är längst ifrån målet är prostatacancer. Vi har identifierat att en stor mängd patienter tas om hand inom privat vård och att dessa inte har blivit registrerade. Ett arbete pågår nu att få med de privata urologerna i SVF registreringen.

Resultaten 2018 visar att Skåne totalt klarar tidsmålen hos 49,7 procent av patienterna. Arbetet för att förbättra denna siffra har följt vår handlingsplan för 2018, men tyvärr ser vi ingen stor förbättring avseende måluppfyllelse mot tidsmålen. I detta avseende är Skåne beklagligtvis inte unikt i Sverige, utan tvärtom är väntetiderna för långa även i andra delar av landet. Orsakerna är multifaktoriella, skiljer sig mellan olika diagnoser och varierar också över tid. I arbetet med att åtgärda problemen har vi därför sett över varje vårdförlopp. Vissa problem är emellertid av mer generell/principiell natur och kräver därmed åtgärder på övergripande nivå. Det mest akuta problemet i Skåne är bristande operationskapacitet. Vårdplatskapaciteten är dock också en flaskhals, som skulle bli ännu tydligare om operationskapaciteten var bättre. Nedan följer en beskrivning av några av de insatser som har initierats under året för att nå målen;

- Satsningar på utveckling av arbetsmiljön för att kunna rekrytera och, inte minst, behålla medarbetare genomförs kontinuerligt.
- Fortsatt processutveckling inom berörda patientflöden har genomförts.
- Verksamhets-/produktionsplanering genom koordinering och balansering av akuta och elektiva flöden samt koordinering av vårdplatser och operationsresurser genomförs kontinuerligt.
- Frigörande av befintliga operationssalar genom ett stort antal åtgärder har genomförts.
- Vi har genomfört kösatsningar inom de mest kritiska diagnoserna.
- Vi har fortsatt arbetet kring profilering och arbetsfördelning via samarbete inom Region Skåne och inom södra sjukvårdsregionen. Detta arbete pågår, såväl via bilaterala kontakter som via det arbete som görs i södra regionvårdsnämndens regi. Exempel på det förre är samarbete med Kryh, Halland och Karlskrona kring kolorektalkirurgi, kring robotkirurgi med Sund och Växjö och samarbete med Karlskrona kring hals-kirurgi. Målet är att kunna bygga upp långsiktiga och hållbara samarbeten baserade på ömsesidig arbetsfördelning. Under denna rubrik kan även Skåne-gemensam prioritering och operationsplanering nämnas.
- Utbyggnaden av PET-CT kapaciteten inom Skåne har fortsatt och innebär nu att tillgången till denna, ofta centrala, undersökningsmodalitet är god.
- Fortfarande finns kapacitetsbrist gällande CT och MR, men en utbyggnad även inom detta område gör att situationen har förbättrats.
- Strålbehandlingsenheten har för närvarande adekvat kapacitet, men ökande behov under kommande år kommer att kräva uppdatering av utrustning, fortsatt arbete med utnyttjandegrad, samt inte minst fortsatt satsning på kompetensförsörjning.

## 6. Ekonomi

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

- De två största posterna är löner till koordinators och kontaktsjuksköterskor.
- Den nya tjänsten cancerkoordinator definierades under 2015 och totalt 45,5 omräknade heltider har anställts i Skåne. Bedömningen är att dessa koordinators är centrala för att lyckas med att införa standardiserade vårdförlopp och att korta utredningstiderna.
- För att förbättra det psykosociala omhändertagandet av patienterna så har antalet kontaktsjuksköterskor dubblats sedan 2015. Vid starten fanns det 63 st och i augusti 2018 har vi 124 kontaktsjuksköterskor omräknade i heltider som arbetar inom cancersjukvården i Skåne.
- Nedan är en beskrivning hur pengarna har använts och kommer att användas under 2018;

<b>Tilldelade medel 2018</b>						
	<b>SUS</b>	<b>Sund</b>	<b>Kryh</b>	<b>MSF</b>	<b>KK</b>	<b>Tot</b>
Strategiskt processtöd/IT	1	1	1	0,5	3,5	<b>7</b>
Koordinatorer	6	4	3	2		<b>15</b>
Kontaktsjuksköterskor	8,5	4,5	4			<b>17</b>
Multidisciplinär konferens	1					<b>1</b>
Kösatsningar 2018	4	1	0,5	0,5		<b>6</b>
Förberedelse inför 2019	1,5	1	0,5	0,25	1	<b>4,25</b>
Utbildningsinsatser	2	1,5	1	0,25		<b>4,75</b>
<b>Totalt</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>3,5</b>	<b>4,5</b>	<b>55</b>

## 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.

Region Skåne föreslår att RCC i samverkan får ett fortsatt uppdrag att följa landstingens måluppfyllelse och att redovisa resultaten öppet på RCCs hemsida.

För att kunna göra nationella jämförelser krävs dock att SVF siffrorna kvalitetssäkras så att alla landsting/regioner registrerar på ett likartat sätt samt att välgrundad misstanke tolkas likartat i hela Sverige. Vi föreslår att RCC får ett uppdrag att kvalitetssäkra SVF registreringarna.

Malmö 181025

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Pia Lundbom', with a long horizontal stroke extending to the right.

Pia Lundbom

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör