



# Redovisning

## Arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018

Landstingsdirektörens stab  
Avdelningen för kunskapsstöd  
Annika Mellquist

Oktober 2018

## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Krav i överenskommelsen 2018.....	3
1. Införda standardiserade vårdförlopp (SVF) .....	4
2. Fortsatt arbete med standardiserade vårdförlopp.....	7
3. Information och förankring .....	8
4. Resultat och statistik.....	9
5. Planering för arbete efter 2018.....	11
6. Ekonomi.....	14
7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020.....	14
Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp .....	15

## 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 standardiserade vårdförlopp (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.*

Den samlade bilden för de flesta införda standardiserade vårdförloppen (SVF) är att ledtiderna har kortats både för personer som startar behandling samt för de som avslutar SVF av annan anledning. Vi kan konstatera en nedåtgående trend i Blekinge 2018, liksom i riket i stort, där andelen (totalt i samtliga SVF) som startat sin behandling i tid i förhållande till de nationellt uppsatta ledtidsmålen var 68 % våren 2016 och våren 2017, medan den har sjunkit till 52 % våren 2018.

Tre nya SVF infördes i Landstinget Blekinge, i samråd och samordning med övriga landsting och regioner i Södra sjukvårdsregionen, med start den 1 april 2018:

### **Buksarkom och Neuroendokrina buktumörer inklusive GIST**

Dessa båda förlopp omfattar endast ett litet antal patienter/år (ca 2-3 patienter). Vi har haft en läkare per förlopp som varit kontaktperson – dessa är placerade på kirurgkliniken. Införandet har skett helt enligt handlingsplanen. Det fortsatta regionala samarbetet är viktigt eftersom majoriteten av dessa patienter behandlas i samarbete med Region Skåne. Vi har god kompetens i Blekinge.

### **Vulvacancer**

SVF vulvacancer har omhändertagits i befintlig struktur inom processen gynekologisk cancer. Därmed har samma processledare samordnat införandet. Befintliga strukturer med koordinators och kontaktsjuksköterskor på kvinnokliniken har omhändertagit även detta SVF. Införandet har fungerat som planerat i handlingsplanen.

## 1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

*Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp **under 2018**.*

*Ange datum för datauttag samt källa för datauttag.*

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



Datauttag gjort från Landstinget Blekinges datalager, applikationen SVF\_PREM.qvw,  
2018-09-25.

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*	0	0	0	1	0	0
Akut myeloisk leukemi	0	3	2	0	0	0
Analcancer*	1	2	2	1	0	0
Bröstcancer	1	102	0	1	0	3
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	2	3	5	5	0	0
Cancer i galla och gallvägar*	0	0	1	1	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	7	6	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	6	0	0	1	0	0
Hjärntumörer	1	0	0	0	0	0
Hudmelanom	92	96	0	2	2	0
Huvud- och halscancer	16	36	15	13	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	6	7	0	0	0	0
Levercancer	3	1	9	0	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	5	0	3	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	54	0	0	0	6
Lungcancer	41	36	4	4	0	0
Lymfom	4	9	4	3	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	33	45	14	1	0	0
Myelom	3	4	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	0	0	0	0	0	0
Njuncancer	17	7	1	1	0	0
Peniscancer*	2	0	0	0	0	0
Prostatacancer	254	0	5	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	6	0	2	4	0	0
Sköldkörtelcancer	2	7	1	4	0	0
Testikelcancer*	10	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	128	156	7	8	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	151	79	5	0	0	0
Vulvacancer*	0	3	0	1	0	0
Äggstockscancer	0	41	0	0	0	1

### 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?*

Tyvärr inte då vår planerade övergång till automatiserad övergång blivit framskjuten p.g.a. oförutsedda sjukskrivningar på IT-tekniska sidan. Vår förhoppning är att övergång ska kunna ske automatiskt inom det första kvartalet 2019.

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

Förbättringar och förändringar har gjorts i vår lokala datoriserade applikation för utdata angående SVF. Under slutet av 2017 infördes en kliniköverskridande administrativ anteckning för att samla KVÅ-koderna för SVF. Tanken är att denna anteckning ska leda till mer kvalitetssäkrade resultat. Det kan vi konstatera att det har gjort, där samtliga koder för respektive SVF nu skrivs in enhetligt i en gemensam anteckningstyp.

Landstinget Blekinge har ett nätverk för koordinatörer/kodningsansvariga sekreterare som träffas fyra gånger per år. Sammanställande för nätverket är landstingets väntetidssamordnare samt cancersamordnare. Vid vårens möte följdes införandet av den nya anteckningstypen upp och vi kunde konstatera att sekreterarna upplever att det är lättare att följa och veta vilka data de ska följa upp. SVF-anteckningen har hjälpt oss att hålla koll så att det blir rätt saker som rapporteras. Respektive koordinatör/kodningsansvarig sekreterare ansvarar sedan för att kvalitetssäkra respektive SVF innan de rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen.

Diskussioner sker även lokalt och regionalt i processerna om eventuella frågetecken dyker upp gällande kodningen. Det krävs fortfarande arbete lokalt, regionalt och nationellt för att KVÅ-koderna ska användas på ett samstämmigt sätt. Södra sjukvårdsregionen kommer därför även fortsättningsvis ha mötesforum för att främja kontinuerligt erfarenhetsutbyte, personliga kontakter och även samstämmig tolkning av kodverket kopplat till SVF. RCC Syd bjöd i våras in till särskilt möte för landstingens/regionernas koordinatörer för att ytterligare främja tydlighet i kodning. Landstinget Blekinge deltar aktivt i detta samarbete och ett nytt möte är planerat till hösten.

- 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?*

Även fortsättningsvis har Landstinget Blekinge följt den nationella rutinen för överföring av patient i SVF mellan landsting. Aktiva överlämningar är något som vi i södra regionen arbetar för att förbättra, vilket bl.a. har skett via dialoger i samband med regionala processmöten.

Landstinget Blekinge följer det nationella regelverket gällande vem som ansvarar för rapportering till den nationella databasen. Fortfarande är det vissa svårigheter i rapporteringen då patienten överflyttas till annat landsting. Cancersamordnarna samt väntetidssamordnarna i södra sjukvårdsregionen samverkar för att rapporteringen ska vara överensstämmande med verkligheten och att tillförlitliga resultat presenteras för södra regionen.

Om problem uppstår så tar även kontaktsjuksköterskor och koordinatörer i processerna kontakter med andra funktioner i andra delar av processen som ligger utanför landstinget.

Vi får en översikt från SUS över de patienter som de har tagit emot från Landstinget Blekinge – en kvalitetsavstämning gentemot de patienter vi rapporterar att vi har fört över till dem. Även väntetiderna går att följa på motsvarande sätt.

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

I underlaget ingår de patienter som startat ett SVF och har avslutskod 70-78. Patienter som endast har ett startdatum registrerat har exkluderats.

## 2. Fortsatt arbete med standardiserade vårdflöpp

### 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?*

#### Ur handlingsplanen 2018:

I Landstinget Blekinge ser vi att köer för personer med benigna och kroniska sjukdomar ökar, men det är inte en undanträngningseffekt per definition och inga specifika åtgärder har vidtagits för dem. Ett exempel är köerna till koloskopier som tränger undan behov hos övriga gastro-patientgrupper. Antalet genomförda koloskopier ligger fortfarande stabilt högt, även om väntetiderna ökat något avseende väntande. I samband med diskussionerna kring införande av tarmcancerscreening kommer koloskopiverksamheten att granskas för att hitta möjliga lösningar på denna köproblematik.

Tillgängligheten till operation är idag en stor utmaning, bland annat för vårdflöppen för tjock- och ändtarmscancer samt prostata- och bröstcancer. Detta gör att kapaciteten inte räcker till för de benigna tillstånden och de får därför längre väntetider. På Blekingesjukhuset samverkar opererande kliniker i denna fråga i operationsstyrelsen, för att på bästa sätt kunna hjälpas åt att prioritera och använda operationssalarna optimalt. I södra sjukvårdsregionen har man även initierat ett samarbete för att se hur vi kan hjälpas åt med operationer över länsgränserna.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Köer till koloskopi gör att benigna tillstånd får vänta längre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbetsgrupp tillsatt för utredning och förbättringsförslag av koloskopiverksamheten.</li> </ul>
Begränsad tillgång till operation vid tjock- och ändtarmscancer samt prostata- och bröstcancer gör att benigna tillstånd får vänta längre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operationsstyrelsen bidrar till ökad samverkan mellan klinikerna för bättre prioriteringar och optimalt salsutnyttjande.</li> <li>Samarbete i södra sjukvårdsregionen.</li> </ul>

## 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?*

De olika processgrupperna på Blekingesjukhuset har sedan tidigare var för sig utvecklat en vårdplan med grund i det nationella generiska underlaget. Inom ett par vårdförlopp har även en pilot gjorts med ett digitalt verktyg för Min vårdplan, vilket har varit mycket uppskattat av både patienter och personal. Med anledning av det medverkar nu Landstinget Blekinge i implementeringen av den nationella digitala vårdplanen på databasplattformen Stöd och behandling. Detta sker i samarbete med RCC Syd och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Landstinget har fått finansiellt stöd från RCC Syd för att genomföra lokala anpassningar i Min Vårdplan på plattformen. En projektgrupp är aktiv med målet att pilottesta plattformen med start den 1 november.

## 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?*

Diskussioner förs fortlöpande med patientrepresentanter bland annat från de aktiva patientorganisationerna i Blekinge, såsom Victor och Victoria. Senaste mötet genomfördes i augusti där föreningarna uttryckte en önskan om mer samarbete och landstingets medverkan i deras föreningsträffar. Representanter från patientföreningarna har bjudits in även till lokala möten, exempelvis kvalitetsdialog med RCC Syd, tyvärr kunde de inte medverka. Landstinget Blekinge har under våren arrangerat tematräffar för patienter och närstående om olika aktuella ämnen kopplat till cancerrehabilitering. Dessa diskussioner har gett oss inspel till handlingsplanen och vad Landstinget Blekinge behöver arbeta vidare med. Ett par patientrepresentanter har även tagit del av och haft möjlighet att komma med förslag till förändringar på handlingsplanen. Denna årsredovisning kommer också att skickas ut till föreningarna för kännedom.

Varje processledare har blivit informerad om kravet på patientmedverkan i processteam. Blekinge är ett litet län och antalet patientorganisationer är få. Processteam har uppmanats att själva söka intresserade i respektive patientunderlag. En del processteam har lyckats med detta (inom bröstcancer och prostatacancer), medan andra fortfarande inte lyckats hitta någon patient eller närstående som önskat vara delaktig. Frågan har även i början av 2018 förmedlats vidare till RCC Syds patient- och närståenderåd om de har någon kontakt som kan tänkas vara intresserad av att medverka i Blekinges lokala arbete. Cancersamordnaren har medverkat vid möten med RCC Syds patient- och närståenderåd.



## 3.2 Vårdens medarbetare

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

Cancersamordnaren har varit på landstingsledningsgrupp under året och har också haft regelbundna möten med processledare, kontaktsjuksköterskor och koordinatörer för att sprida information. All berörd personal får info via intranät och mail. Även RCC Syds nyhetsbrev skickas ut. Samordnaren har skickat ut lokala nyhetsbrev till primärvården. Cancerrådet är ett viktigt forum i Landstinget Blekinge för att diskutera övergripande frågor gällande cancervården. I cancerrådet är bl.a. primärvården och den specialiserade vården representerade. Cancerrådets samarbetsyta på intranätet ligger publik för alla medarbetare.

Ansvar för respektive process vilar på processledare och linjeorganisationen. Cancersamordnaren stöttar processteamet i att uppmärksamma eventuella problem i processen, och att se helheten samt bidrar med goda erfarenheter från tidigare år.

Resultaten från årets geomapping över hur primärvården remitterar till enligt SVF visar att vi är duktiga på att remittera enligt SVF och ligger inom samma spektra i hela länet, d.v.s. vi erbjuder en jämlik cancervård ur den aspekten. Dessa resultat har kommunicerats med cancerrådets representanter och med alla primärvårdsenheter.

Landstinget Blekinges Diagnostiska centrum har varit i drift sedan den 1 november 2016. Vi ser ett behov av förnyade informationsinsatser kopplade till Diagnostiskt centrum uppdrag samt remitteringsförfarande och kontaktvägar. Frågan är därför en prioriterad punkt på nästa cancerråd i oktober 2018.

## 4. Resultat och statistik

### 4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

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

Vi följer de nationella riktlinjer för överföring av information mellan de olika landstingen och de kodningsvägledningarna som finns. Lokala nätverket för koordinatörer och kodningsansvariga möjliggör att vi kan se om vi använder koderna på rätt sätt. Dessa nätverk är viktiga forum som möjliggör erfarenhetsutbyte och kunskapspåfyllnad. Nätverket för kodningsansvariga samordnas av landstingets cancersamordnare och väntetidssamordnare och vid gruppens möten diskuteras bl.a. frågor gällande kodningen kopplat till SVF och kvalitetssäkring av kodning.

Klinikinterna diskussioner hur koderna används i respektive processteam drivs för att säkerställa att KVÅ-koderna används enligt respektive kodningsvägledning. Där det har funnits funderingar gällande kodningen har detta diskuterats och de nationella kodningsvägledningarna har ibland kompletterats med lokala förtydliganden.

Regionalt arbete pågår för att koderna ska användas på ett samstämmigt sätt. RCC syd arrangerade ett möte för att diskutera kodning kopplat till SVF under våren.

Koordinatorer/kodningsansvariga sekreterare tar även kontakt sinsemellan på regional nivå för att diskutera eventuella kodningsfrågor.

Det nationella och det regionala väntetidssamordnarnätverket är också viktiga forum för kvalitetssäkring.

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

I Landstinget Blekinge har vi säkrat detta genom att kodningen sker enbart i den specialiserade vården. Sedan i höstas samlar vi i även alla KVÅ-koder för SVF i en speciell anteckning för att enklare kunna följa förloppet, även om det är förlopp som utreds/behandlas på olika kliniker. Det vi har kunnat se hittills är att vi har fler fullständigt rapporterade patienter med start- och slutdatum. Det betyder att vi får med alla patienter och deras kompletta förlopp. Vi har svårare att följa dokumentationen hos de patienter vi skickar till annat landsting – där arbetar vi för att kvalitetssäkra enligt ovan med mycket samverkan i olika gemensamma forum. Vi kommunicerar ständigt kodningsrutinen med koordinatörer och kodningsansvariga.

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

Resultaten kommuniceras med processledare, förvaltningsledningsgrupper, politiker och tas kontinuerligt till vara i det ständiga förbättringsarbete som bedrivs i processerna, under ledning av de lokala patientprocessledarna. m.fl.

Resultaten utgör viktiga underlag i våra verksamhetsinterna dialoger, t.ex. i samband med canceråd, ledningsgrupper både i primärvård och i specialiserad vård samt lokala möten med processledare med flera. Processledare, verksamhetschefer och kontaktsjuksköterskor har tillgång till sina egna siffror, vilket skapar bättre möjligheter för kontinuerliga analyser och förbättringar.

Landstingets arbetsutskott har bett om regelbundna uppföljningar ca 4 ggr/år.

## 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?*

Utskicken av PREM-enkäten sköts fram under föregående höst, vilket gjorde att resultaten kom först i slutet på våren 2018. Alla processledare har fått tillgång till sina resultat men vi har inte hunnit ta något samlat grepp kring förbättringsinsatser. Vi har haft målsättningen att lära processledarna vilka finesser som finns i det nationella systemet för nationella patientenkätens resultat, för att stimulera till ökad användning. Vi har sett skillnader i resultaten mellan den grupp som fått cancer och den som inte fått cancer i hur de har upplevt utredningen. Inom dimensionerna ”emotionellt stöd” och ”delaktighet och involvering” låg Blekinge något bättre än riket 2017. I övrigt följer vi rikets utveckling. Underlaget för 2018 är fortfarande väldigt ofärdigt och vi vågar inte dra några slutsatser ännu. De resultat vi fick 2017 har kommunicerats ut till såväl ansvariga verksamheter som till landstingets politiker.

I ett litet landsting som Blekinges har vi för få patienter inkluderade för att kunna se resultat på landstingsnivå, som det ser ut nu har vi endast tillräckligt underlag för att få resultat på lokal nivå i ett fåtal av förloppen. Resultat på regional nivå är ett trubbigt mått att använda.

Resultaten kommer att användas i det fortsatta arbetet för att utveckla ett mer personcentrerat förhållningssätt i cancerprocesserna. Återkommande resultatrapporter kommer att ges i samband med cancerråden som äger rum fyra gånger per år. Återkommande resultatrapporter kommer även att ges i samband med RCC Forum Blekinge där processledare och övriga involverade i processarbetet möts.

Landstinget Blekinge hade gärna sett att det varit möjligt att följa resultaten på ett enklare sätt över tid. I dagsläget går det inte att få ut resultat sammantaget på exempelvis årsbasis. Hade det varit möjligt hade vi också kunnat få lokala resultat för fler vårdförlopp och hade därmed kunnat använda resultaten i större utsträckning. Idag är det svårt att använda resultaten i löpande utvecklingsarbeten.

Landstinget Blekinge har avropat mätning av alla 31 vårdförloppen för 2018, även de tre nyinförda. Dessa har dock väldigt få patienter.

## 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?*

Landstinget Blekinges organisation för arbetet med standardiserade vårdförlopp är byggd för att fungera långsiktigt och är inte knuten till den nationella cancersatsningens tidsram, vilket innebär att intentionen redan från start varit att detta är ett permanent utvecklingsarbete. Ett ansvar ligger på förvaltningarna lokalt att fortsätta vidareutveckla de lokala processerna – det är viktigt att Region Blekinges ledning fortsätter att efterfråga och skapar förutsättningar för god kvalitet i cancervården. Dialoger har inletts kring cancerprocessernas förankring och fortsatta utveckling i den nya organisationen av hälso- och sjukvården som håller på att inrättas i Landstinget Blekinge (som dessutom vid årsskiftet bildar Region Blekinge). Det bör finnas en nära koppling till den vårdkommitté/motsvarande som kommer att inrättas i hälso- och sjukvårdsförvaltningen under ledning av kvalitets- och utvecklingschefen. Dess uppdrag blir bland annat att prioritera och driva utvecklingen av processarbetet i hälso- och sjukvården. Vi ser att vi kan ha nytta av erfarenheterna från de standardiserade vårdförloppen när vi ska vidareutveckla andra processer vi vår organisation.

De lokala processledarna behöver fortsatt stöd och kompetensutveckling i processledning, monitorering av variationer i processer och ständigt förbättringsarbete.

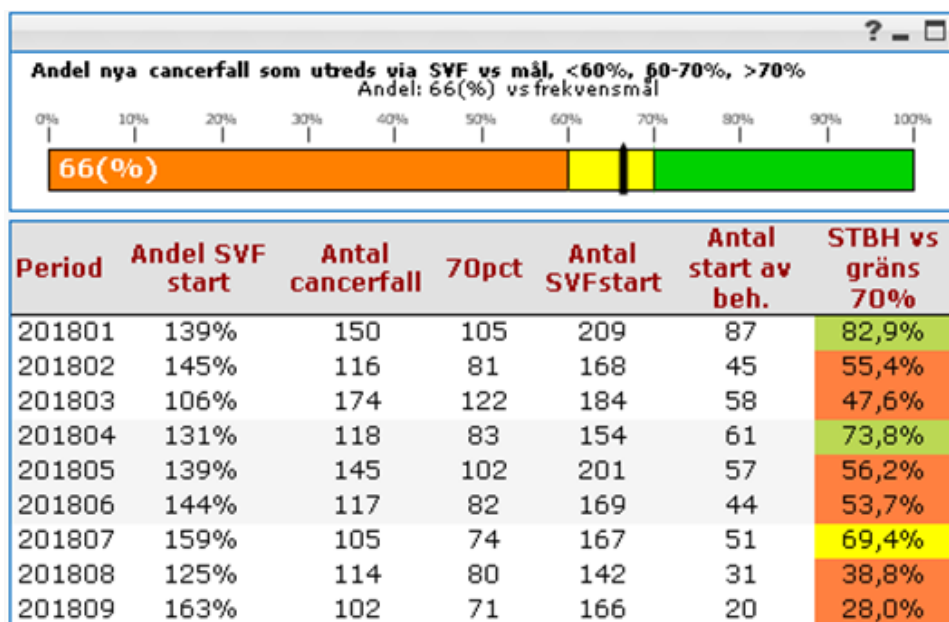
Det fortsatta stödet från RCC känns nödvändigt då stora delar av cancervården är beroende av den regionala och nationella nivåstruktureringen. Ett nära samarbete krävs för att patientens övergångar ska fungera friktionsfritt.

Det är viktigt att det finns någon form av nationell förvaltning av alla rutiner, kodningsvägledning och SVF-processer för att det fortsatta arbetet ska få fortsatt förtroende och kunna drivas vidare. Det fortsatta arbetet med den nationella kunskapsstyrningen hoppas vi blir en stödstruktur för cancerarbetet i framtiden. Detta är angeläget för att säkra att vi ger en jämlik vård som också hänger ihop över regionala gränser.

## 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?*

Hittills under 2018 når Landstinget Blekinge andelen 66 % som utreds via SVF. Under januari och april har vi klarat målet helt och närpå även i juli.



Vi fortsätter fortlöpande att arbeta med rekryterings- och kompetensförsörjningsfrågorna. Nyrekrytering och vidareutbildning pågår.

Svårigheter med bemanning och kompetensförsörjning påverkar arbetet med SVF. Denna problematik gör sig påmind på de flesta kliniker inom specialistvården och även inom primärvården. Som exempel kan hudkliniken nämnas, där det råder stora svårigheter att rekrytera färdiga hudspecialister. Kliniken har istället arbetat med skiften av arbetsuppgifter bland medarbetarna för att skapa mer patientutrymme för befintliga hudläkare.

Kontaktsjuksköterskorna är en viktig funktion för patienten och även för det sammanhållna processarbetet. I Landstinget Blekinge är denna yrkeskategori hårt belastad och vi måste se över hur vi organiserar funktionen för att ta till vara på deras kompetens på bästa sätt. Kontaktsjuksköterskornas funktionsbeskrivning har reviderats för att tydliggöra uppdraget ytterligare och förstärka deras mandat. Frågan har även varit uppe för diskussion på cancerrådet för att förankra deras förutsättningar på chefsnivå.

Som Landstinget Blekinge rapporterade i 2017 års redovisning råder en utmaning för tillgängligheten till koloskopi. Utbildning av fler koloskopister kommer att vara nödvändig för att tillgängligheten ska förbättras. När utbildningsplatser finns kommer utbildning att prioriteras. Problematiken med tillgången till koloskopi är en landstingsövergripande angelägenhet där vi måste samverka över klinikgränserna. Frågan har blivit än mer aktualiserad i samband med rekommendationen om tarmcancerscreening och en arbetsgrupp har utsetts för att diskutera de fortsatta förutsättningarna till förbättringar i koloskopiverksamheten. Frågan kommer att stämmas av på höstens cancerråd.

Även tillgängligheten till operationstider, framför allt i vårdförloppet för tjock- och ändtarmscancer, är en utmaning som blivit allt mer uttalad under föregående år. Blekingesjukhusets ledning är medveten om utmaningarna och den tillsatta operationsstyrelsen har fortsatt att bearbeta utmaningen under året. Opererande kliniker samverkar för optimal användning av operationssalarna. Det pågår även ständigt ett arbete på operationsavdelningen för att optimera processerna så att ställtiderna mellan operationen blir så korta som möjligt. Samarbete sker även i regionen för att hjälpas åt med operationer över länsgränserna.

Vi har långa väntetider till vissa undersökningar i lungcancerförloppet, vilket till stor del beror på att vi inte haft kapacitet att utföra EBUS-undersökningarna här i Blekinge under en tid. Utbildning pågår för att vi återigen ska kunna utföra dessa undersökningar här och då förväntas ledtiderna att kortas. Likaså utomlänsundersökning gällande exempelvis CT-PET har generat långa väntetider, men dessa borde minska med de satsningar som Region Skåne gjort inom detta område.

Vissa vårdförlopp berördes under föregående år av regional arbetsfördelning, exempelvis vårdförloppet för matstrups- och magsäckscancer. Inom dessa förlopp krävs fortfarande en del arbete innan ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer är tydlig. Detta kommer att kräva fortsatt samarbete. SUS har därför varit på besök hos de olika processgrupperna här i Blekinge för att föra dialog hur vi ska kunna skapa en så smidig process som möjligt för patienten i dessa övergångar.

Avdelningen för patologi samt röntgenavdelningen har hittills haft ett framgångsrikt arbete med att klara ledtiderna för SVF. Patologen kommer i framtiden behöva göra en satsning på sitt laboratorium och investeringar i teknisk utrustning kommer att vara nödvändig. Även röntgen ser att tillgängligheten till CT börjar nå bristningsgränsen och även här är framtida investeringar nödvändiga. Allt fler komplexa analyser/undersökningar kräver även vidareutbildning av personal samt ökat behov av kompetensöverföring över längre tid mellan erfaren och oerfaren personal.

## 6. Ekonomi

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

Ekonomisk tilldelning till verksamheterna sker i ordinarie budgetprocess. Satsningar som gjorts under året har fördelats enligt följande:

Satsningar i verksamheterna	Kostnad
Sjuksköterska för koloskopi	556
Onkologen sjuksköterskor och läkare	2 945
Forskningssjuksköterska (inklusive onkologi)	333
Vårdadministration (cancerrehabilitering)	449
Sjuksköterska sexologi (cancerrehabilitering)	111
Ökning av hudtumörer (läkare och sjuksköterska), fler operationer, PAD	680
Utökning av gyncancerscreening - uppdraget t.o.m. 64 år	1 133
Processledare Malignt Melanom, SVF	113
Mottagningssjuksköterska - dagkirurgen, RCC-arbete	515
Lab, PAD, Röntgen, genetiska undersökningar - utökade vårdplaner	1 030
Cancerrehab (dietist, arbetsterapeut, kurator, medicinsk sekreterare, processledare, sjukgymnast, sjuksköterska och överläkare)	3 000
<b>Summa driftskostnader</b>	<b>10 865</b>

Landstingets kostnad för den nationella cancersatsningen är större än det förväntade statsbidraget för 2018. Inga medel kommer att överföras till 2019.

## 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*

Landstinget Blekinge ser att det är viktigt att fortsätta följa utvecklingen av cancerarbetet på nationell nivå och förespråkar kvalitetsmål för ständiga förbättringar av resultaten istället för eller som komplement till pinnstatistik (antal patienter/svf är inte optimalt utan kvalitet på processmått och resultatmått vore mer önskvärt).

RCC Syd föreslås bidra med en samlad uppföljning och analys av uppfyllelsen av de nationella målen för 2020 i södra sjukvårdsregionen

## 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/>