

Revisionsrapport

Granskning av Cancer- vården

Region Jönköping

Jean Odgaard
Cecilia Fornstedt

November 2018

Innehåll

Sammanfattning och revisionell bedömning.....	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	5
1.3. Revisionskriterier	5
1.4. Kontrollmål	5
1.5. Avgränsning.....	5
1.6. Metod.....	5
2. Standardiserade vårdförlopp i cancervården.....	6
3. Iakttagelser och bedömningar	9
3.1. Standardiserade vårdförlopp.....	9
3.1.1. Organisation	9
3.1.2. Cancersjukdomar	11
3.1.3. Bedömning.....	14
3.2. Statsbidrag.....	14
3.2.1. Statsbidrag.....	14
3.2.2. Bedömning.....	16
3.3. Ansvarsfördelning och samverkan	16
3.3.1. Iakttagelser	16
3.3.2. Bedömning.....	16
3.4. Väntetider	17
3.4.1. Iakttagelser	17
3.4.2. Bedömning.....	18
3.5. Undanträngningseffekter	18
3.5.1. Iakttagelser	18
3.5.2. Bedömning.....	19
Bilaga 1)	20
Bilaga 2).....	21
Bilaga 3).....	22

Sammanfattning och revisionell bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Jönköping genomfört en granskning av cancervården. Revisionsfrågan som ska besvaras är om regionstyrelsen säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Granskningen har genomförts under perioden juni – november månad 2018 genom intervjuer och dokumentgranskning.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsens arbete med att säkerställa att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp i många delar är ändamålsenligt, men att det finns utvecklingsområden att ta fasta på.

Arbetet med implementering av SVF har skett enligt plan utifrån ett standardiserat arbetssätt med god struktur. Det finns en god kontroll över ledtider och processer och en väl fungerande samverkan mellan specialiserad vård och primärvård. Av granskningen framgår samtidigt att införandet av standardiserade vårdförlopp inte har medfört kortare ledtider för berörda patienter.

Vår bedömning grundas i övrigt på den avstämning av kontrollmål som gjorts.

Kontrollmål	Kommentar
Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering av standardiserade vårdförlopp?	Uppfyllt Vi bedömer att det finns en välfungerande organisation för implementering av standardiserade vårdförlopp, och att arbetet har skett utifrån ett standardiserat arbetssätt med god struktur. Det finns en god kontroll över ledtider och processer och arbetet har genomförts enligt plan.
På vilket sätt används erhållna stimulansmedel för införandet av standardiserade vårdförlopp?	Uppfyllt Region Jönköping har erhållit fullt statsbidrag under hela perioden 2015-2018. Vi bedömer att det finns en strukturerad process för tilldelning av projektmedel till cancerprocess utifrån behov.
Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller planering och utförande av cancer-vård?	Uppfyllt Av granskningen framgår att primärvården är delaktig i arbetet med planering och utförande av cancer-vård. Under arbetet har nya Fakta tagits fram och befintliga dokument uppdaterats i samband med implementering av SVF.
Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kor-	Delvis uppfyllt Av granskningen framgår att införandet av

tare ledtider (väntetider) för berörda patienter i länet?

standardiserade vårdförlopp inte har medfört kortare ledtider för berörda patienter. Den bedömning som ges för respektive granskad cancerprocess är att ledtiderna i stort sett är oförändrade i jämförelse med tiden före införandet av SVF.

Förekommer undanträngningseffekter i verksamheten?

Delvis uppfyllt

Av granskningen framgår att införandet av SVF till viss del har inneburit att undanträngningseffekter har uppstått i verksamheten. Det saknas en metod för att beskriva undanträngningseffekterna på ett kvantitativt sätt.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Ur ett nationellt perspektiv har stort fokus riktats mot cancersjukvården. En nationell cancerstrategi har utgjort grund för en nationell satsning i syfte att korta väntetider och minska de regionala skillnaderna i cancervården. Den viktigaste insatsen är att fortsätta införandet av det gemensamma systemet med standardiserade vårdförlopp (SVF) vilken sker i samverkan med de regionala cancercentrumen.

De standardiserade vårdförloppen ska förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. De beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen. Tidsgränserna ska enbart omfatta medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar. När ett standardiserat vårdförlopp ska införas ansvarar varje landsting/region för att anpassa sina organisatoriska strukturer till rekommendationer och ledtider i det standardiserade vårdförloppet.

Region Jönköping anger i budget för år 2018 som strategiskt mål *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård* och som framgångsfaktor *God cancervård*. Som uppdrag/mål anges att arbeta utifrån RCC sydöst sex löften till invånarna. Av budgeten framgår vidare att satsningen på ökad tillgänglighet inom cancervården fortsätter inom ramen för arbetet med standardiserade vårdförlopp. Sedan år 2015 har Region Jönköpings län arbetat intensivt med att införa SVF. Fram till år 2017 har 28 SVF implementerats och under år 2018 planeras för införande av ytterligare tre till fem. Arbetet sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och primärvården. Att korta väntetider till diagnos och behandling kräver fokus på kommunikation, processorientering, koordinering av vårdförloppen samt aktiva överlämningar i alla steg från primärvård till behandlingsstart. Cancervården ska präglas av ett personcentrerat arbetssätt, där patientens delaktighet och medverkan är viktig. Alla patienter som påbörjar behandling ska erbjudas en kontaktsjuksköterska och få en skriftlig vårdplan. Mer avancerad vård förutsätter utvecklad kompetens, att arbetet sker i processer och har en väl fungerade multidisciplinär organisation. Kontaktsjuksköterskor ska erbjuda individuellt stöd till patienter och närstående, samordna och underlätta snabb tillgång till högkvalitativ medicinsk och psykosocial vård genom hela patientens process.

Nationella riktlinjer och SVF kräver vid införande och utveckling att resurser anpassas, till exempel för övergång till mer och dyrare diagnostik och nya oftast kostsamma läkemedel. Här föreligger en övergripande risk för att SVF inte implementeras fullt ut i berörda verksamheter och att målsättningen med kortare väntetider och minskade regionala skillnader inte uppnås.

Revisorerna i Jönköpings läns landsting har mot ovanstående bakgrund samt utifrån en väsentlighets- och riskanalys, funnit det relevant att granska cancervården och regionstyrelsens arbete med standardiserade vårdförlopp i cancervården.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Övergripande revisionsfråga

Säkerställer regionstyrelsen att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens iakttagelser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs av:

- Kommunallagen 6 kap 7§
- Hälso- och sjukvårdslagen 4 kap 1-2§
- Standardiserade vårdförlopp (antagna av regionala cancercentrum i samverkan)
- Reglemente för regionstyrelsen
- Budget med verksamhetsplan 2018

1.4. Kontrollmål

- Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering av standardiserade vårdförlopp?
- På vilket sätt används erhållna stimulansmedel för införandet av standardiserade vårdförlopp?
- Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller planering och utförande av cancervård?
- Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare ledtider (väntetider) för berörda patienter i länet?
- Förekommer undanträngningseffekter i verksamheten?

1.5. Avgränsning

Granskningen inriktas mot Prostatacancer, Tjock- och ändtarmscancer samt Lungcancer.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning samt sammanställning av statistik gällande SVF. Intervjupersoner samt granskade dokument framgår av bilaga 1.

2. Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Regionala Cancercentrum

Regionala Cancercentrum (RCC) är landstingens och regionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet. Tillsammans med landsting och regioner arbetar RCC för en mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård.

Det finns sex regionala cancercentrum (RCC) i Sverige vilka bildades under 2010/2011. Grunden i satsningen har varit betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) och ett riktat statligt stöd med styrning genom tio kriterier som RCC har att uppfylla.

På uppdrag av landstingsdirektörerna finns en nationell samverkansgrupp (RCC i samverkan), med cheferna för de sex regionala cancercentrumen. SKL är stödjande part och svarar för ordförandeskapet i gruppen. Samverkansgruppen verkar för att genomföra cancerstrategins intentioner, bland annat genom att skapa nationell samordning av riktlinjer och vårdprogram, samordna kvalitetsregister och verka för guidelines avseende utbildning, utveckling och forskning. Samverkansgruppen är även rådgivande instans i cancerfrågor till SKL, Socialstyrelsen och Socialdepartementet och tar fram underlag och rapporter till landstingsdirektörgruppen.

Region Jönköping ingår i RCC Sydöst. Regionens sjukvårdsledning har avgett sex löften till patienter och invånare i den sydöstra sjukvårdsregionen:

1. Alla cancerpatienter i regionen ska få behandling inom fyra veckor (om inte annat anges i standardiserat vårdförlopp).
2. Alla cancerpatienter ska erbjudas diagnostik och behandling enligt Best practice.
3. Alla cancerpatienter ska vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan
4. Alla cancerpatienter i livets slutskede ska få lika god palliativ vård oavsett bostadsort.
5. Alla ska erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram.
6. RCC Sydöst ska prioritera patientnära forskning inom cancerområdet.

Källa: RCC Sydöst, Sex löften till regioninvånarna

Nationell satsning på cancervården

Regeringen och SKL är överens om att, under 2015–2018, genomföra en nationell satsning på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården. Överenskommelsen för 2018 omfattar totalt 447,5 miljoner kronor. Av dessa utgör 391 miljoner stimulansmedel till landstingen, fördelat i relation till befolkningens mängden i länet.

Den viktigaste insatsen är att fortsätta införandet av det gemensamma systemet med standardiserade vårdförlopp.

År 2020 är målet att 70 procent av alla nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och att 80 procent av dessa patienter ska genomgå respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.

Målet med överenskommelsen är förbättrad tillgänglighet inom cancervården genom kortare väntetider och minskade regionala skillnader. De standardiserade vårdförloppen ska förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. De beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, och dels för de olika utredningsstegen. Tidsgränserna ska enbart omfatta medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar.

Införandet av vårdförlopp ska ge en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten och öka nöjdheten hos cancerpatienterna. Detta genom att bland annat tillhandahålla bättre information och öppna upp för mer delaktighet. Arbetet med cancersatsningen ska bygga på utvecklingsarbetet inom ramen för nationella cancerstrategin och de regionala cancercentrumen. Satsningen ska också knyta RCC och landstingens linjeorganisationer närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Insatserna i överenskommelsen ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och resultaten av arbetet ska bli tydliga för såväl landsting som invånare och patienter. Erfarenheter, slutsatser och resultat ska, så långt möjligt, komma till nytta även på andra områden inom hälso- och sjukvården.

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Fram till år 2017 har sammantaget 28 SVF införts, och ytterligare 3 införts under år 2018. Under åren 2015-2017 har fler än 100 000 personer genomgått en utredning enligt SVF. Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller från välgrundad misstanke till start av första behandling. 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 pakkeforlob) sedan 2007.

Beskrivningen av ett standardiserat vårdförlopp består av fyra huvudsakliga delar: Ingång, utredning, behandling och uppföljning. De svenska standardiserade vårdförloppen beskriver till vidare enbart de inledande delarna av vårdförloppet, det vill säga från misstanke till start av behandling.

Bild: Standardiserade vårdförlopp



Källa: Styrdokument – Regionala cancercentrum i samverkan.

Av Socialstyrelsens uppföljning¹ framgår att medarbetare i vården har blivit mer medvetna om prioriteringar och etiska principer genom kontinuerligt arbete med att förebygga undanträngning.

Patienternas upplevelse av vården

För att ta reda på patienternas upplevelser av att utredas enligt SVF får patienten en enkät sex till tio veckor efter avslutad utredning. Både patienter som fått ett cancerbesked och de som avslutat SVF av någon annan orsak får enkäten.

¹ Standardiserade vårdförlopp i cancervården, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Standardiserade vårdförlopp

3.1.1. Organisation

Organisation

Arbetet med att etablera ett regiongemensamt införande för SVF inom Region Jönköping med ett gemensamt arbetssätt startade år 2015. Dåvarande sjukvårdsdirektör för kirurgisk vård formerade en styrgrupp samt utsåg en projektledare med uppdrag att skapa en projektgrupp. Uppdraget till projektgruppen var att skapa förutsättningar för ett processorienterat arbete från primärvård/remittent till behandlingsstart. I uppdraget låg att skapa ett IT-stöd, säkra kvalitativ data och skapa stödstruktur för det dagliga arbetet. Vidare handlade det om att fånga in- och utdata till nationell databas och skapa underlag för enkätutskick till patient.

Projektorganisationen för införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården består av en styrgrupp samt projektgrupp. Styrgruppen leds av sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård. I styrgruppen ingår i övrigt projektledare, sjukvårdsdirektörer för Medicinsk vård och Medicinsk diagnostik, utvecklingsdirektör Qulturum, IT direktör samt företrädare för onkologi, kirurgi och primärvård/vårdvalsenheten. Styrgruppen träffas regelbundet för styrgruppsmöten där de bland annat tar beslut om fördelning av projektmedel i form av exempelvis utbildningsinsatser eller projektanställningar. Arbetet i styrgruppen handlar i nuläget mycket kring uppföljning och att kunna ta ut rätt data. Det uppges finnas svårigheter med ledtider i vissa delar, exempelvis patologi som upplevs vara en flaskhals.

Projektgruppen leds av projektledare och består av företrädare från Folkhälsa och sjukvård, IT-centrum, kommunikation, primärvård, specialiserad vård samt medicinsk diagnostik.

En modell för införande av standardiserade vårdförlopp är framtagen. I korthet innebär denna modell att när en ny SVF är framtagen och klar för införande utses en processledare och medicinskt ansvarig i organisationen. Projektledaren för SVF initierar arbetet och påbörjar arbetet med förberedelser enligt framtagen checklista. Varje processgrupp innehar funktionerna: processledare, medicinskt ansvarig, mått och mätansvarig och bemannas med nyckelkompetenser för att belysa hela processen från start i primärvården till processens slut. Arbetet med SVF i projektform upphör under år 2018. Vid intervju tillfället är det oklart hur den fortsatta ledningsstrukturen kommer att se ut. Av intervju med ordförande för styrgruppen framhålls betydelsen av att arbetet fortsätter kring processgrupperna och uppföljning av verksamheten.

Av intervju med ordförande för styrgruppen framgår att samtliga SVF är implementerade och har samma struktur. Vid intervjun framhålls också att arbetet med SVF har inneburit att det finns en god kontroll över processer och ledtider. En utmaning uppges generellt vara att inklusionskriterierna för de olika cancerdiagnoserna är breda. Breda inklusions-

kriterier innebär att indikationen för ”välgrundad misstanke för cancer” är bred och att fler patienter omfattas för diagnostisering i SVF. Det innebär att många patienter hanteras inom SVF processen och att fler cancerpatienter kan identifieras. Det innebär också att väntetider påverkas och att andra sjukdomar än cancer identifieras vilket behöver tas om hand och hanteras på ett strukturerat sätt.

Av intervju med projektledare beskrivs att arbetet med SVF har varit att implementera en standardprocess. För en del SVF-processer återstår ett arbete till att innefatta även behandlingsdelen. Arbetet har inneburit ett förändrat arbetssätt. De olika SVF-grupperna fungerar i varierande utsträckning väl. En framgångsfaktor för en välfungerande SVF uppges vara ett engagerat och delaktigt ledarskap. Konflikter kring exempelvis resurser hanteras i processgruppen. Frågor som inte kan lösas lyfts till projektgrupp och styrgrupp.

Systemstöd

Ett processstöd har byggts i Cosmic som börjar med remissflödet. Processtödet omfattar remissmallar som har kriterierna från de nationella riktlinjerna för varje cancerform kopplade i mallen, samt ett antal sökord som anger vilken information som är relevant att skicka med i remissen. Detta gör att remittenten får stöd i att ange rätt information och remissmottagaren får svar på viktiga frågor direkt utan att behöva inhämta kompletterande information. Ett IT-stöd, Canceröversikt i Cosmic, i form av journalmall samt journalvy har tagits fram i samband med implementering av SVF. Canceröversikten relaterar till patientens flöde genom vården och är framtagen i ett samverkansprojekt i sydöstra sjukvårdsregionen med syfte att verka för en jämlik och likvärdig vård och behandling inom regionen. Mallen ger förutsättningar för att följa vårdprocessen för varje enskild patient, samt att kunna följa ledtider för specifika processer. I arbetet ingår även att hantera rapportering av utdata till SKL och väntetidsdatabasen. Av intervjuer framgår att utdata är tillförlitlig förutsatt att data rapporteras i enlighet med rekommenderade arbetssätt/registrering.

Av intervjuer med företrädare från de olika cancerprocesserna framgår att de arbetar med det nationella kvalitetsregistret INCA. Syftet med kvalitetsregistret är att underlätta uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet. Ett nationellt kvalitetsregister inom cancerområdet innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandlingar och resultat.

Ledning och styrning

Styrningen sker genom den nationella cancerstrategin samt de sex cancerlöften som finns angivna i cancercentrum sydöst. Styrning och uppföljning uppges ske i linjeorganisationen. Uppföljning av arbetet med SVF inom respektive verksamhet/klinik sker inom ramen för ordinarie verksamhetsdialog.

Det sker en månatlig uppföljning av SVF som inkluderar rapportering till styrgrupp, linjeorganisationen och till RCC. Hälso- och sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden för folkhälsa samt regionstyrelsen. Ordförande i styrgruppen har informerat FS nämnden hur ledtiderna ser ut inom SVF. Regionstyrelsen och Nämnden för folkhälsa och sjukvård tar del av handlingsplanen för arbetet med SVF (mars) samt redovisningen av arbetet (november).

3.1.2. Cancersjukdomar

Detta avsnitt innehåller en kort beskrivning av granskade cancersjukdomar samt arbetet med att implementera SVF. *Röntgen* är en verksamhet som är involverad i, i stort sett, alla cancerprocesser. Av intervju med verksamhetschefen för röntgenkliniken framgår att införandet av SVF har inneburit omfattande förändringar för verksamheten. Verksamheten har inte olika väntetider för olika vårdförlopp utan planerar för att kunna ge svar inom en vecka. Det finns en flexibilitet att kunna öka kapaciteten.

3.1.2.1. Prostatacancer

Beskrivning av sjukdom och process²

I Sverige diagnostiseras cirka 10 000 män varje år. Sjukdomen drabbar framför allt äldre män – cirka hälften är över 70 år och sjukdomen är mycket ovanlig före 50 års ålder. Risken att avlida av prostatacancer är starkt beroende av cancerens utbredning och hur aggressiv den är. Den relativa 5-årsöverlevnaden är drygt 90 procent. Prostatacancer indelas i lågriskcancer, intermediärriskcancer, högriskcancer och metastaserad cancer. Grupperna fördelas på cirka 28 procent, 32 procent 20 procent respektive 20 procent. PSA-testning minskar dödligheten i prostatacancer men leder till att vissa män behandlas i onödan, med minskad livskvalitet som följd. Aktiv monitorering innebär att man följer män med lågrisktumörer för att senare behandla de män vars cancer tillväxer. Denna behandling tillämpas allt mer och är standard vid mycket lågrisktumörer.

De vanligaste metoderna för att ställa diagnosen prostatacancer är via PSA-prov, palpation och biopsi. Vid konstaterad prostatacancer görs vidare utredningar för män med hög risk för spridd sjukdom och utifrån de resultaten bestäms lämplig behandling. Det finns en rad olika metoder för behandling baserade på bland annat på hur snabbt canceren växer, om den har spridit sig utanför prostatan, ålder och allmäntillstånd. Den behandling som kan vara aktuell är aktiv monitorering, operation, strålbehandling, hormonbehandling och cytostatikabehandling.

Implementering av SVF

Prostatacancer var det första SVF som implementerades i Region Jönköping. Arbetet påbörjades under våren 2015. Faktadokumentet reviderades tillsammans med primärvården. Samverkan med primärvården beskrivs som välfungerande. Samverkan med röntgen fungerar väl medan samverkan med patologen har utvecklats över tid. Patologen har dock fortfarande svårt att ge provsvar inom angiven målltid för processdelen inom SVF.

Av intervju med processgrupp beskrivs inklusionskriterierna som breda. Tidigare var kravet att två PSA prov hade tagits i primärvården. Idag tar verksamheten det andra PSA-provet. Under år 2017 utreddes 900 patienter och verksamheten hittade cancer hos 300 personer.

Av intervjuerna framgår att arbetet med Multidisciplinär konferens (MDK) fungerar bra. Verksamheten bedriver en uro-onkologisk mottagning (urolog och onkolog träffar patienten samtidigt) för att göra flödet för högriskpatienten snabbare. Kontaktsköterskefunkt-

² Detta avsnitt baseras på information från RCC <https://www.cancercentrum.se/sydost/cancerdiagnoser/prostata/> samt Prostatacancerförbundet (https://prostatacancerforbundet.se/fakta_om_prostatacancer).

ionen fungerar väl, men registrering i canceröversikten beskrivs som ett förbättringsområde. Alla patienter uppges få en skriftlig vårdplan. Relationen till patientföreningen beskrivs som välfungerande.

3.1.2.2. Tjock- och ändtarmscancer

Beskrivning av sjukdom och process³

Tjock- och ändtarmscancer (kolorektal cancer) är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige. Varje år drabbas omkring 4 100 personer av tjocktarmscancer och 2 100 av ändtarmscancer. Medelåldern på dem som insjuknar i cancerformerna ligger på 72 respektive 70 år. Tjocktarmscancer är lika vanligt hos män som hos kvinnor medan ändtarmscancer är något vanligare hos män. Femårsöverlevnaden har förbättrats för både tjocktarms- och ändtarmscancer under de senaste decennierna. Den relativa överlevnaden (i jämförelse med befolkningen i Sverige) för tjocktarmscancer är ca 66 procent, fem år efter diagnos. Motsvarande siffra för ändtarmscancer är 68 procent.

Tjock- eller ändtarmscancer diagnostiseras oftast med hjälp av olika typer av röntgen (exempelvis datortomografi och tjocktarmsröntgen), koloskopi och provtagning samt ultraljud. Koloskopi är vanligtvis förstahandsvalet. De avbildande teknikerna behövs för att bedöma den lokala tumörutbredningen och upptäcka eventuell spridning. Vid ändtarmscancer görs dessutom en magnetkameraundersökning för att bedöma tumörutbredningen i och utanför tarmen. Klinisk undersökning och blodprover ingår också alltid i undersökningen. Oklara fynd utreds alltid vidare, oftast med någon annan avbildande teknik, såsom PET-DT. PET (positionsemissionstomografi) är en metod för att registrera och mäta vävnaders ämnesomsättning.

För att varje person ska få en individanpassad uppföljning och behandling är det centralt att hälso- och sjukvården gör en korrekt klassifikation av tumören. För att kunna ställa rätt diagnos eller klassificera en tumör gör en patolog en undersökning av ett vävnadsprov eller av bortopererad vävnad. Utifrån denna undersökning ställer patologen en diagnos, som sedan ligger till grund för fortsatt behandling och uppföljning. Kurativ behandling vid tjock- eller ändtarmscancer innebär oftast att den del av tarmen där tumören är belägen opereras bort i sin helhet. Eftersom risken för återfall efter operation ibland kan vara hög ges olika tilläggsbehandlingar för att minska denna risk. Vid tjocktarmscancer innebär det behandling med cytostatika efter operationen och vid ändtarmscancer innebär det ofta strålning, ensamt eller i kombination med cytostatika före operation. Läkemedelsbehandling kan också vara aktuell för att minska risken för återfall inför eller efter operation av metastaser i exempelvis levern eller i andra organ. Region Jönköpings län utreder årligen omkring 1 200 patienter inom ramen för tjock- och ändtarmscancer.

Implementering av SVF

Av intervju med processledare framgår att processgruppen påbörjade arbetet med att implementera SVF redan under våren 2015 och i februari 2016 arbetade verksamheten enligt riktlinjerna. Processgruppen hade en bred representation och omfattade bland annat me-

³ Detta avsnitt baseras på information från RCC (<https://www.cancercentrum.se/sydost/cancerdiagnoser/tjocktarm-andtarm-och-anal/tjock--och-andtarm/>) samt Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, Socialstyrelsen 2014.

dicinsk diagnostik och primärvård. Processledaren påbörjade arbetet tidigt med bland annat en konsekvensanalys av vilka effekter som SVF skulle få för verksamheten. Vårdprocessen beskrivs som välfungerande även innan arbetet med SVF påbörjades.

Av intervju med processledare framgår att inom ramen för SVF tjock- och ändtarmscancer ska alla patienter utredas med koloskopi. Detta är en undersökning som uppges ge mycket bra diagnostisk men är resurs- och kostnadskrävande. Införandet av SVF tjock- och ändtarmscancer innebar att omkring 20 % fler koloskopier behövde utföras än tidigare. Denna förändring uppges ha skett inom befintlig ram varför undanträngningseffekter kan ses.

När det gäller samverkan med medicinsk diagnostik uppges röntgen fungera väl medan patologi ha svårt att klara sitt åtagande inom målsatt ledtid. Arbetet med Multidisciplinär konferens fungerar väl och samarbetet fungerar väl mellan länets sjukhus. Patienterna erhåller en skriftlig vårdplan och det finns tillgång till kontaktsjuksköterska.

3.1.2.3. Lungcancer

Beskrivning av sjukdom och process⁴

I Sverige drabbas cirka 3 800 personer av lungcancer varje år. Sjukdomen har de senaste decennierna minskat bland män och ökat bland kvinnor, och idag får lika många kvinnor som män lungcancer. De flesta patienterna är 69 år eller äldre. Färre än fem procent är under 50 år vid diagnos. Den totala femårsöverlevnaden för lungcancer är 16 procent. Omkring 3500 personer dör i lungcancer vilken är den cancerformen som tar flest liv i Sverige. Den viktigaste orsaken till den generellt dåliga prognosen är att flertalet fall av lungcancer upptäcks i ett sent skede. Botande behandling kan dock erbjudas i tidiga skeden.

Lungcancer diagnostiseras oftast med hjälp av olika typer av röntgen. Lungröntgen eller datortomografi kan visa om det finns cancer och om den har spritt sig. Bronkoskopi är en undersökning där ett instrument, bronkoskop, förs ner i luftrören och överför bilder till en bildskärm så att läkaren kan se hur luftrören ser ut och om det finns någon tumör. Läkaren kan också ta cellprover genom bronkoskopet i syfte att komplettera bronkoskopin. Om lungcancer konstateras sker fler undersökningar för att avgöra om canceren har spridit sig. När det gäller behandling är operation, strålbehandling och behandling med cytostatika vanligt vid lungcancer. Ofta kombineras behandlingarna på olika sätt.

Implementering av SVF

Arbetet med att implementera SVF påbörjades hösten 2015. Formellt startade arbetet januari 2016 och två månader senare var verksamheten i produktion. Processgruppen hade en bred representation med representanter från bland annat primärvård och medicinsk diagnostik. Av intervju framgår att den medicinska utvecklingen inom lungcancer-vården har skett snabbt och delar av den nationella process som planerades för år 2015 är idag inte aktuell. Dagens vård innebär en helt annan diagnostik för att kunna ”skraddarsy”

⁴ Detta avsnitt baseras på information från RCC <https://www.cancercentrum.se/sydost/cancerdiagnoser/lunga-och-lungsack/>, Nationella riktlinjer för lungcancervård, Socialstyrelsen 2011 samt 1177 <https://www.1177.se/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Cancerformer/Lungcancer/>.

behandlingen till patienten. Mot bakgrund av detta är de 40-44 dagar som SVF är målsatt svårt att nå.

Implementeringen av SVF beskrivs ha skett inom befintlig ram. Innehållet i utredningen förändrades inte utan verksamheten har snarare genomfört en del organisatoriska förändringar, exempelvis har dagvård samt en renodlad cancermottagning införts. Läkarschemat har förändrats och särskilda tider för SVF-patienter har tillskapats. Inklusionskriterierna uppges vara breda och majoriteten av de patienter som hanteras inom SVF avslutas på grund av att patienten inte hade cancer.

Av intervjuerna framgår att MDK fungerar väl och att patienterna ges tillgång till kontaktsjuksköterska. En skriftlig vårdplan lämnas till patienten. Verksamheten brister vad gäller dokumentation av MDK samt kontaktsjuksköterska i journalsystemet. En positiv effekt, vad gäller implementeringen av SVF, uppges vara att verksamheten har sett över och förbättrat sina processer. Mottagningsverksamheten uppges fungera bättre idag än då arbetet påbörjades år 2015.

3.1.3. *Bedömning*

Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering av standardiserade vårdförlopp?

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt*.

Vi bedömer att det finns en välfungerande organisation för implementering av standardiserade vårdförlopp. Arbetet med implementering av SVF har skett utifrån ett standardiserat arbetssätt med god struktur. Det finns en god kontroll över ledtider och processer. Arbetet med implementering av nya SVF har fortskridit enligt plan. Det finns ett IT-stöd och en struktur för att säkra in- och utdata.

Det sker en regelbunden uppföljning och rapportering till styrelse och nämnd.

Av granskade cancersjukdomar framgår att implementeringen av SVF har fungerat väl. Samtliga påbörjade sitt arbete i god tid och har följt det standardiserade arbetssätt som är framtaget. I samband med implementering har processerna genomlysts och förbättrats. Implementeringen uppges ha skett inom befintlig ram.

3.2. *Statsbidrag*

3.2.1. *Statsbidrag*

Enligt överenskommelsen mellan staten och huvudmännen ska landsting/regioner årligen insända två dokument till Socialdepartementet: dels en handlingsplan för hur de avser att arbeta med de 28 standardiserade vårdförloppen som är implementerade samt hur de avser att införa 3 nya standardiserade vårdförlopp under år 2018, dels en redogörelse för hur arbetet fortskridit under respektive år. I redovisningen ska det framgå att de 3 nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2018. Om de inlämnade redogörelserna uppfyller kraven erhåller respektive landsting/region en andel av stimulansmedlen som motsvarar befolkningens storlek.

Det finns inga krav på hur medlen används utan tilldelningen görs utifrån vad som har uppnåtts, bland annat i fråga om införande av vårdförlopp och redovisning av statistik beträffande antalet patienter som genomgått SVF. Medlen är således inte öronmärkta för vissa ändamål.

Huvudprincipen ⁵ för generella och riktade statsbidrag är att de är en del av finansieringen för Region Jönköpings län. Regionstyrelsen ansvarar för att det för varje riktat statsbidrag görs en prövning om det ska föranleda någon justering av berörd nämnds utgiftsområde. Samma gäller då ett riktat statsbidrag utgår.

Tabell: Statsbidrag cancervården 2015 - 2018

År	Statsbidrag		Projekt	
	Budget	Utfall	Budget	Utfall
2015	15,0	14,8		1,0
2016	15,0	15,3	3,0	3,1
2017	17,5	14,4	5,0	3,3
2018 ⁶	14,4	10,3	5,0	1,3

Källa: Region Jönköping

Av tabellen ovan framgår budgeterat statsbidrag och utfall för perioden 2015-2018. Av intervjuer framgår att staten under perioden har betalat ut fullt statsbidrag till Region Jönköping.

Av tabellen framgår vidare att delar av statsbidraget används för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i cancervården. Det finns en process för ansökan om projektmedel där respektive cancerprocess ansöker om medel. Projektgruppen värderar ansökan och gör en rekommendation medan styrgrupp beslutar om tilldelning. Av intervjuer framgår att medlen inte ska användas till "några bestående kostnader" såsom utrustning eller tillsvidareanställning, utan exempelvis projektanställning eller utbildningsinsatser. Kostnader för SVF-projektet är inkluderat inom ramen för projektkostnader.

Resterande delen av cancerbidraget har budgeterats centralt där arbete inom detta område finansieras samt att verksamheten kan få tillfällig täckning för arbete med standardiserade vårdförlopp genom att belasta det centrala ansvaret.

Av intervju med ordförande i styrgrupp framgår att det skulle behöva ske en uppföljning av hur statsbidragen har använts över tid. Av intervjuer med företrädare från respektive cancerprocess framgår att de anser att det har varit svårt att ansöka om medel för de behov som verksamheten har då stimulansmedlen inte har kunnat användas för rekrytering av framförallt personal.

⁵ Regionfullmäktiges direktiv till styrelser och nämnder avseende budget 2017 och 2018.

⁶ Utfall per 26 oktober 2018.

3.2.2. *Bedömning*

På vilket sätt används erhållna stimulansmedel för införandet av standardiserade vårdförlopp?

Vi bedömer att kontrollmålet till övervägande del är *uppfyllt*.

Region Jönköping har erhållit fullt statsbidrag under hela perioden 2015-2018. Statsbidraget har använts som en del av regionens finansiering i enlighet med de principer regionfullmäktige fastslagit.

Det finns en strukturerad process för tilldelning av projektmedel till cancerprocess utifrån behov. Mot bakgrund av att det är ett tillfälligt statsbidrag är det rimligt att resurserna används för tillfälliga insatser. Företrädarna för de olika cancerprocesserna ger tydligt uttryck för att det har varit svårt att söka medel utifrån verksamheternas behov. Ett förbättringsområde skulle därför kunna vara att ge verksamheterna ett tydligare stöd i samband med äskande av medel.

3.3. *Ansvarsfördelning och samverkan*

3.3.1. *Iakttagelser*

Primärvården ingår i styrgruppen för SVF och finns även representerade i de olika processgrupperna. Av intervjuer framgår att ansvarsfördelning och samverkan sker inom de olika processgrupperna. Under arbetet med SVF har 8 befintliga Fakta reviderats och 23 nya Fakta tagits fram vilket har gett en kvalitetshöjning av verksamheten. Vidare har specifika remissmallar tagits fram som ett stöd i arbetet mellan olika vårdnivåer.

Företrädare från projektgruppen har deltagit i länets Faktadagar vilket är ett forum som vänder sig till läkare inom primärvården. Arbetet omfattar även privat vård och det finns forum för dialog med olika företrädare.

Av intervjuer med processledare framgår att de upplever att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan specialiserad vård och primärvård. Exempelvis har faktadokumentet för tjock- ändtarmscancer reviderats och är uppdaterat. Företrädare för lungcancer framhåller att de remisser som inkommer från primärvården är bättre idag än tidigare.

3.3.2. *Bedömning*

Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller planering och utförande av cancervård?

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt*.

Av granskningen framgår att primärvården är delaktig i arbetet med planering och utförande av cancervård. Primärvården är representerade i såväl projektorganisation som inom berörda processgrupper. Under arbetet har nya Fakta tagits fram och befintliga dokument uppdaterats i samband med implementering av SVF.

3.4. Väntetider

3.4.1. Iakttagelser

Av intervjuer framkommer en bild av att väntetiderna för ledtiden SVF på övergripande nivå i stort sett är oförändrade idag i jämförelse med innan SVF infördes. Detta varierar dock mellan de olika cancerprocesserna. Någon baslinjemätning, dvs jämförelse med tiden före SVF infördes, är inte genomförd.

Uppgifter om väntetider per cancerprocess redovisas i Bilaga 2 (2016 och 2017, helår) samt Bilaga 3 (2016-2018, jan-sep). Nedan sker en redovisning av ledtiderna för respektive granskad cancerprocess.

Ett flertal intervjuade framhåller att tillgängligheten till patologisk undersökning är en delförklaring till att målsatt tillgänglighet inte nås. Av redovisning av Region Jönköpings nyttjande av stimulansmedel framgår att Patologi erhållit resurstillskott samtliga år under perioden 2015-2018.

3.4.1.1. Prostatacancer

Tabell: Andel SVF i tid (%), 2016-2018 (jan-sep)

2016	2017	2018
49 %	35 %	13 %

Av intervjuer med processgrupp framgår att verksamheten i nuläget inte kan genomföra utredningen enligt de tider som finns definierade i SVF. Det handlar om alla delledtider från remiss till behandling. Orsaken till att tiden inte kan hållas uppges beror på resursbrist vad gäller urologer och patologer. Processen behöver göras snabbare. Urologkliniken följer ett stort antal patienter med PSA-förhöjning, där den första utredningen inte kunde påvisa någon cancer men man kunde inte heller avsluta dessa eftersom man inte var helt säker på att det inte finns en liten cancer som utredningen missat. För att förbättra utredningsgången för dessa män kommer det ske en ökad användning av magnetkamera (MRT) av prostatan. Detta innebär att männen med PSA - förhöjning kommer att utredas på ett effektivare sätt och man kommer att kunna avsluta dessa män efter MRT och eventuell provtagning i mycket högre utsträckning än vad som sker idag. Våren 2019 kommer det finnas en MRT i Region Jönköpings län, som kommer att kunna användas för denna diagnostik.

3.4.1.2. Tjock- och ändtarmscancer

Tabell: Andel SVF i tid (%), 2016-2018 (jan-sep)

2016	2017	2018
54 %	55 %	46 %

Ledtiderna uppges vara oförändrade eller något sämre idag i jämförelse med år 2016. Detta beror framför allt på tillgängligheten till koloskopiundersökning vilken beskrivs som en flaskhals. Det har skett ett arbete med att korta ledtiderna för undersökningarna och SVF har prioriterats. Ledtiderna är dock fortfarande inte i nivå med målsatt tid för koloskopiundersökning.

Av intervju med processledare beskrivs det nationella mål som finns angivet för hur snabbt SVF skall vara som ”optimistiskt”. Processledaren betonar vikten av att vården är individualiserad och vikten av att diagnostiken leder fram till rätt beslut om behandling. Processledaren menar att det saknas uppgifter om data i canceröversikten när det gäller interna ledtider. Det krävs därmed ett extra arbete för att analysera exempelvis varför patienterna inte fick behandling (kirurgi) i enlighet med målsatt tid enligt SVF.

3.4.1.3. Lungcancer

Tabell: Andel SVF i tid (%), 2016-2018 (jan-sep)

2016	2017	2018
50 %	24 %	27 %

Av intervjuer med processgrupp framgår att ledtiderna för år 2018 uppges vara i stort sett oförändrade⁷ i jämförelse med när SVF implementerades. Ledtiderna är något sämre i Region Jönköping än på riksnivå. Områden som är möjliga att påverka och förändra uppges vara tiden från diagnostiskt ingrepp till behandlingsstart. Det beskrivs en brist vad gäller läkartillgång inom verksamheten.

3.4.2. Bedömning

Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare ledtider (väntetider) för berörda patienter i länet?

Vi bedömer att kontrollmålet är *delvis* uppfyllt.

Av granskningen framgår att införandet av standardiserade vårdförlopp inte har medfört kortare ledtider för berörda patienter. Frågan kan egentligen bara besvaras för enskild cancerprocess. Den bedömning som ges för respektive granskad cancerprocess är att ledtiderna i stort sett är oförändrade i jämförelse med tiden före införandet av SVF.

Av granskningen framgår vidare att det har skett ett arbete och en genomlysning för att effektivisera respektive cancerprocess. Det finns en kunskap och en god kontroll över patientflödet och olika delledtider.

3.5. Undanträngningseffekter

3.5.1. Iakttagelser

Av Region Jönköpings redovisning⁸ till Socialdepartementet 2017 framgår att det inte finns någon metod att fånga undanträngningseffekter på ett kvantitativt sätt.

Av intervjuer med företrädare för de granskade cancerprocesserna framgår att det till viss del förekommer undanträngningseffekter vid genomförande av SVF. Inom urologi anges att sedan SVF infördes har det skett undanträngningseffekter för män som inte har cancer men andra urologiska sjukdomar, såsom godartad prostataförstoring och njursten.

⁷ Enligt intervju har ledtiden förkortats för flera delprocesser, medan ledtiden för patologi har förlängts.

⁸ Mall för redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2017.

Införandet av SVF inom tjock- och ändtarmscancer har delvis inneburit att fler koloskopier än tidigare behöver utföras. Denna förändring uppges ha skett inom befintlig ram varför undanträngningseffekter kan ses. Det förekommer undanträngningseffekter vad gäller tillgängligheten för kontroll av patienter med genomgången cancer, patienter med potentiella förstadier till cancer (polyper) och med behandlingskrävande godartade tarmsjukdomar som IBD och divertikulosis. En stor del av de patienter som väntar på sin återbesökskoloskopi har fått vänta mer än 12 månader från utsatt tid.

När det gäller undanträngningseffekter inom lungcancer framhålls KOL-patienten, som övervägande handläggs inom primärvården i Jönköping.

3.5.2. *Bedömning*

Förekommer undanträngningseffekter i verksamheten?

Vi bedömer att kontrollmålet *delvis* är uppfyllt.

Av granskningen framgår att införandet av SVF till viss del har inneburit att undanträngningseffekter har uppstått i verksamheten. Det saknas en metod för att beskriva undanträngningseffekterna på ett kvantitativt sätt.

2018-11-20

Jean Odgaard

Uppdragsledare/Projektledare

Bilaga 1)

Intervjupersoner

- Ordförande RCC sydöst/Ordförande styrgrupp Standardiserade vårdförlopp /Sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård
- Sjukvårdsdirektör Medicinsk vård
- Verksamhetschef Röntgen
- Utvecklingsledare/Projektledare Standardiserade vårdförlopp
- Sektionschef, systemförvaltare Folkhälsa och sjukvård
- Utredare Folkhälsa och sjukvård
- Processledare SVF prostata/Verksamhetschef Urologi/
- Medicinskt ledningsansvarig SVF prostata
- Kontaktsjuksköterska SVF prostata
- Processledare SVF tjocktarmscancer/specialistläkare kirurgkliniken
- Processledare SVF lungcancer/vårdutvecklare
- Medicinskt ledningsansvarig SVF lungcancer/överläkare lungkliniken
- Ekonomichef kirurgisk vård

Granskade dokument

- Handlingsplan för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL och kortare väntetider i cancervården 2017, Region Jönköping
- Mall för redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen – Kortare väntetider i cancervården 2017, Region Jönköping
- Handlingsplan för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL om kortare väntetider i cancervården 2018, Region Jönköping
- Standardiserade vårdförlopp i cancervården, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen
- Uppbyggnaden av regionala cancercentrum – En samlad bedömning från fyra års uppföljning, Socialstyrelsen 2016
- Delårsrapport, Tertial 2 2018
- Resultat och statistik för standardiserade vårdförlopp, RCC sydöst
- Införande standardiserade vårdförlopp, checklista, Region Jönköping
- Statistik/utdata QlikView
- Informationsmaterial Canceröversikt Cosmic, Region Jönköping

Bilaga 2)

Tabell: Antal SVF per helår 2016 och 2017.

	Antal SVF total		Andel i tid [%]		Antal SVF - avslut ej cancer	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Akut myeloisk leukemi	5	12	0%	33%	0	0
Analcancer		16				14
Bröstkancer	707	1216	63%	59%	533	899
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt	22	56	43%	31%	7	12
Cancer i gallblåsa och perihilär gallgång	3	14	100%	11%	0	1
Cancer i urinblåsan och urinvägarna	646	644	83%	86%	117	423
Cancer med okänd primärtumör CUP	7	71		36%	1	20
Cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom	6	22			5	19
Hjärntumörer maligna	5	37	0%	39%	2	10
Hudmelanom	51	333	92%	70%	14	62
Huvud- och halscancer	467	280	30%	38%	423	209
Kronisk lymfatisk leukemi		17		38%		1
Levercancer	8	15	75%	33%	0	6
Livmoderhalscancer		9		0%		4
Livmoderkroppscancer		98		64%		61
Lungcancer	71	227	50%	28%	14	63
Lymfom maligna	47	72	60%	45%	7	11
Matstrupe- och magsäckscancer	21	55	50%	32%	12	12
Myelom	14	36	100%	57%	6	4
Njurcancer		61		27%		14
Peniscancer		12				12
Prostatacancer	306	781	49%	33%	16	432
Skelett- och mjukdelssarkom		10				9
Sköldkörtelcancer		11		78%		1
Testikelcancer		50		21%		33
Tjock- och ändtarmscancer	709	1011	54%	55%	538	763
Äggstockscancer	3	68	50%	28%	0	23

Källa: Region Jönköping, QlikView (SKL:s rapport- och analysverktyg).

Bilaga 3)

Tabell: Antal SVF för perioden januari till september 2016, 2017 och 2018.

	Antal SVF total			Andel i tid [%]			Antal SVF - avslut ej cancer		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Akut myeloisk leukemi	5	9	3	0%	0%	100%	0	0	1
Analcancer		6	6					5	6
Bröstcancer	424	901	974	72%	54%	26%	331	683	681
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt	7	44	49	0%	41%	17%	4	10	11
Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång		12	11		0%	17%		1	1
Cancer i urinblåsan och urinvägarna	504	479	482	89%	86%	87%	111	276	413
Cancer med okänd primärtumör CUP	1	52	34		38%	29%	0	14	8
Cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom	1	15	17				1	15	15
Hjärntumörer maligna	1	24	25		55%	50%	0	6	7
Hudmelanom	6	258	270	100%	71%	57%	3	50	64
Huvud- och halscancer	382	217	199	38%	38%	48%	355	163	143
Kronisk lymfatisk leukemi		11	7		44%	67%		0	0
Levercancer	4	12	16	67%	25%	0%	0	5	5
Livmoderhalscancer		5	6		0%	0%		2	2
Livmoderkroppscancer		58	67		71%	33%		36	51
Lungcancer	50	180	138	50%	24%	27%	9	50	48
Lymfom maligna	27	53	44	71%	45%	45%	4	9	9
Matstrupe- och magsäckscancer	10	46	40	50%	27%	10%	7	11	15
Myelom		29	24		44%	55%		4	7
Njuncancer		28	64		0%	58%		8	19
Peniscancer		8	10					8	10
Prostatacancer	260	620	437	49%	35%	13%	15	337	271
Skelett- och mjukdels-sarkom		4	17					4	17
Sköldkörtelcancer		8	12		100%	55%		1	1
Testikelcancer		37	27		0%	0%		25	17
Tjock- och ändtarmscancer	476	744	940	54%	55%	46%	348	545	767
Äggstockscancer		53	35		29%	26%		16	12

Källa: Region Jönköping, QlikView (SKL:s rapport- och analysverktyg).