

Redovisning av införandet av
standardiserade vårdförlopp i
cancervården 2016
Västerbottens läns landsting

Datum: 31 oktober 2016

Fastställd av: Ann-Christin Sundberg, hälso- och sjukvårdsdirektör

Kortare väntetider i cancervården

Dnr SKL 15/06016

Redovisning sker i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om kortare väntetider i cancervården 2016. En mall för landstingens handlingsplaner för införandet av 2016 års standardiserade vårdförlopp (SVF) har tidigare tagits fram av RCC i enlighet med överenskommelsen.

Målet med regeringens cancersatsning och överenskommelsen med SKL är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. På så sätt skapas en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är att fortsatt införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF).

Enligt överenskommelsen får de landsting som senast den 1 november 2016 lämnar in en redovisning enligt denna mall, med beskrivning av hur de arbetat enligt inlämnad handlingsplan under 2016, ta del av återstående stimulansmedel – 203 mkr. Av redovisningen ska det framgå att de 13 nya SVF har införts senast den 1 november 2016. Ett SVF räknas som infört när en patient med välgrundad misstanke har genomgått utredning enligt SVF och startat behandling eller avslutats på annat sätt. Vidare ska det framgå av redovisningen hur landstingen arbetat med SVF som går över landstingsgränser. Det ska också framgå i redovisningen hur landstingen har arbetat med framtagna nationell PREM-enkät.

Respektive regionalt cancercentrum (RCC) samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 november 2016.

1. Uppföljning av tidigare införda vårdförlopp

1.1 Nuläge

För närvarande har 18 SVF fastställts och fem av dessa infördes 2015. Beskriv nuläget för de fem SVF som landstinget implementerade under 2015 och beskriv också om utredningsgången fungerar som planerat? Har det förändrade arbetssättet för dessa stabiliserats? Om inte, vilka utmaningar kvarstår? Hur har landstinget arbetat med resultatet utifrån de nationella mätpunkterna för de SVF som infördes 2015?

Se tabellen nedan per vårdförlopp:

SVF införda 2015	Nuläget, fungerar utredningsgången som planerat	Arbetsätt stabiliserats, utmaningar som kvarstår	Resultat nationella mätpunkter
Huvud- och halscancer	Ja, allt stabilare flöde.	Etablerade arbetssätt med kssk och koordinator, min vårdplan och rehabteam. Utmaningar gällande vårdplatser och operationstider.	Ledtidsdata på olika delar av flödet har kunnat hämtas ur uppföljningssystem och blivit föremål för korrigeringar. Nationella mätpunkter kan följas. För registrerade fall har ledtiden hållits i 66 % av fallen, för riket 65 %.
Prostatacancer	Ja, struktur och arbetssätt fungerar. Kan dock bli bättre till vissa delar	Allt stabilare arbetssätt även om det återstår vissa behov av förbättringar i flödet, remissrutiner etc. Exempelvis kan rutiner vid MDK förbättras. Rutiner vid remittering mellan län och i landet kan också förbättras.	Nationella ledtidsdata har kunnat hämtas ur centrala uppföljningssystem. För registrerade fall har ledtiden hållits i 60 % av fallen, för riket 48 %.
Urinblåsa - urinvägscancer	Ja den fungerar även om rutinerna vid remittering fortfarande kan utvecklas. Fortfarande vissa fall med för lång ledtid.	Kvarstår att slutföra dialogen med primärvården om arbetsfördelning och rutiner.	Nationella ledtidsdata har kunnat hämtas ur centrala uppföljningssystem. För registrerade fall har ledtiden hållits i 24 % av fallen, för riket 26 %.
Matstrupe, magsäckscancer	Utredningsgången fungerar mycket bra.	Ja, arbetssättet har stabiliserats.	Nationella ledtidsdata har kunnat hämtas ur centrala uppföljningssystem. För registrerade fall har ledtiden hållits i 60 % av fallen, för riket 52 %. Beträffande esofagus cancer gjordes hösten 2014 en

			process-kartläggning. Ledtiden från gastroskopi-behandlingsstart låg då på 49 dagar i median. Samma ledtid ligger nu på 31 dagar, således en förbättring på drygt 2 veckor.
AML	Ja, fungerar som planerat.	Etablerade arbetssätt och rutiner.	Nationella ledtidsdata har kunnat hämtas ur centrala uppföljningssystem. För registrerade fall har ledtiden hållits i 81 % av fallen, för riket 79 %.

Arbete med resultatet utifrån de nationella mätpunkterna sker i de avsatta arbetsgrupperna där rutiner ständigt omprövas och förbättras för att öka måluppfyllelsen. Diskussioner förs, analyser görs och utifrån detta föreslås övergripande förbättringar i den landstingsövergripande LCC- gruppen. Lägesrapport ges månadsvis.

2. Införande av de 13 nya vårdförloppen under 2016

2.1 Införande

Har landstinget infört samtliga 13 SVF?

Ja alla vårdförlopp är införda.

När började landstinget inkludera patienter i vårdförloppen? När infördes koordinatorfunktionen för respektive vårdförlopp? När infördes obokade tider för respektive SVF? Har införandet följt handlingsplanen eller har det skett justeringar? I så fall varför och på vilket sätt?

Svar per fråga i tabellen nedan per vårdförlopp

SVF	Datum för uppstart	Koordinator införda (I vissa förlopp var detta infört redan innan SVF)	Obokade tider införda	Följt handlingsplan
AOS	160926	160926	160926	Ja
CUP	160926	160926	160926	Ja
Tjocktarms- och ändtarmscancer	160411	På Skellefteå och Lycksele lasarett sedan uppstart. På Nus infördes detta redan innan SVF.	160411	Ja
Bröstcancer	160501	160515	160501	Ja
Levercancer	160527	160527	160527	Ja
Gallblåsecancer	160527	160527	160527	Ja
Bukspottskörtelcancer	160527	160527	160527	Ja
Lungcancer	160901	160901	160901	Ja

Maligna lymfom	160901	160901	160901	Ja
Myelom	160607	160607	160607	Ja
Hjärntumörer	161003	161003	161003	Ja
Malignt melanom	160901	160901	160901	Ja
Äggstockscancer	160601	160601	160601	Ja

2.2 Stöd till utvecklingsarbete

Hur har landstinget gett stöd till verksamheternas utvecklingsarbete med:

a) införandet av välgrundad misstanke i primärvården?

- Kommunikation till olika målgrupper.
- Chefer, Medicinskt ledningsansvariga, Allmänläkarkonsulter.
- Utbildning/information till läkare.
- Lokala primärvårdsversioner av SVF finns framtagna efter överenskomna rutiner i vårdkedjan. Dessa rutiner används av alla inremittenter.
- Utarbetat och kommunicerat rutiner för märkning av remisser i tillgängliga journalsystem.
- Representanter för primärvården (särskilda processledare) har medverkat vid och varit delaktiga i införande av alla SVF i Västerbotten. Lokala primärvårdsversioner av SVF finns framtagna efter överenskomna rutiner i vårdkedjan.

b) införandet av välgrundad misstanke i den specialiserade vården?

- Kommunikation till olika målgrupper.
- Chefer
- Utbildning/information till vårdpersonal och vissa enheter.
- Lokala primärvårdsversioner av SVF finns framtagna efter överenskomna rutiner i vårdkedjan. Dessa rutiner används av alla inremittenter.
- Rutiner för märkning av remisser i olika journalsystem

c) införande av koordinatorfunktion?

I takt med att de olika förloppen och verksamheter kommit in i SVF har organisationen fått stöd i vilka roller som skall etableras. Förslag till och modell för uppdragsbeskrivningar finns framtagna i norra regionen och är beslutat att användas på alla enheter. En utbildning och introduktion för SVF koordinatörer inom norra regionen och i Västerbotten har nyligen påbörjats. Denna kommer att utmynna i ett etablerat nätverk med stöd för utveckling av arbetssätt och organisation i vårdkedjan.

d) införande av obokade tider?

I takt med att de olika förloppen och verksamheter kommit in i SVF har organisationen beskrivit planerna för införande av och säkring av obokade tider. Vissa verksamheter inom VLL har i samråd med bild- och funktionsmedicin medvetet avstått från ett system med obokade tider inom radiologi. Patienter i SVF

garanteras istället undersökning med exempelvis datortomografi och MR-kamera inom föreskriven tid. Detta ses som ett likvärdigt system.

Vissa enheter tillämpar även bokning av besök och undersökningar i block och i följd för att undvika onödig väntan och onödiga resor för patienterna. Metoderna för att erbjuda tider för undersökning utan onödig väntan för patienterna kan alltså variera.

2.3 Utmaningar

Beskriv utmaningarna med införandet av årets SVF.

a) Hur har landstinget omhändertagit de utmaningar som beskrevs i handlingsplanen?

Se uppdaterad tabell nedan från handlingsplanen 2016.

Utmaning	Planerad åtgärd	Utfall
Undanträngningseffekter inom BFM.	Över tid ej fler patienter än tidigare. Det finns risk för ökade väntetider till enstaka undersökningsmetoder under införandetiden. Väntetider följs löpande för såväl SVF som andra diagnoser under införandetiden och punktinsatser görs för att förhindra att så sker.	Inom BFM har man kunnat uppfylla förväntade krav på väntetider till diagnostik. Finns möjligheter att följa interna ledtider inom BFM.
Undanträngningseffekter inom patologi/cytologi.	Ej fler patienter än tidigare. Väntetider till färdig analys följs löpande för SVF diagnoser och andra diagnoser under införandetiden.	Försök till ledtidsmätning inlett. Även om det finns kapacitetsproblem har man kunnat leverera analyser i tid i de flesta fall.
Etablering av ett kliniskt molekylärpatologiskt lab (KMPL) med resurser för att kunna sätta upp och tillhandahålla de nya analyser som bland annat påtalas vid SVF primära maligna hjärntumörer samt äggstockscancer.	Etablering enligt fastställd plan.	Etableringen pågår enligt plan.
Inom patologi krävs stöd för att kunna följa provflödet internt och arbeta med de identifierade stoppklossarna på laboratoriet.	Qlikview är under införande och möjliggör att se provflödet.	Kan följas i vissa delar av flödet.
Patientsäkerhetsbrister i handläggning och överlämningar inom vårdkedjan.	Avvikelserutiner där avvikelser för SVF flödet kan analyseras separat och åtgärder kan vidtas. Kan på så sätt följa om processerna fungerar och om de tillämpas på rätt sätt.	Avvikelser berör i huvudsak brister i tillämpningen av rutiner i flödet

<p>Undanträngningseffekter inom operations-verksamheten i länet.</p>	<p>Löpande följa väntetider till åtgärd i etablerat system för tillgänglighets-bevakning.</p> <p>Ytterligare arbetsfördelning i länet inom operationsverksamhet pågår.</p>	<p>Operationsköer längre än vårdgarantin inom vissa områden. Dessa har inget med införandet av SVF att göra utan beror på generell brist på operations- och anestesijuk-sköterskor.</p>
<p>Den modell för resursfördelning inom primärvården som tillämpas i Västerbotten understödjer inte/kan direkt motverka införande av en processororienterad vårdmetod såsom SVF. Kan påverka utvecklingen negativt i de fall då primärvården remitterar till undersökningar som tidigare gjordes från specialistsjukvården.</p> <p>Det kan innebära en minskad benägenhet hos primärvården att beställa kostnadskrävande undersökningar i tidigt skede. En insats som minskar ledtid men ökar primärvårdens kostnader.</p>	<p>Dialog med landstingets ledning om att fenomenet kan inträffa och hur frågan hanteras.</p> <p>Ekonomiavdelningen och beställarenheten inom primärvården skissar på tänkbare åtgärder för att motverka negativa effekter för SVF - förloppens patienter. Åtgärder på kort och lång sikt.</p> <p>Omvärldsorientering, hur har andra landsting/regioner hanterat detta?</p>	<p>Frågan har kunnat hanteras i Västerbotten.</p> <p>Alla beställda röntgenundersökningar från primärvården inom SVF hanteras på särskilt sätt, där kostnaden inte belastar den enskilda primärvårdsenheten.</p>

I september 2016 inrättades ett diagnostiskt centra vid Lycksele lasarett, där man ska handlägga AOS och CUP. Det innebär att patientströmmar från hela länets primärvård skall styras via det diagnostiska centrat i Lycksele, vilket initialt kan innebära vissa logistiska utmaningar.

Journalsystemet NCS Cross har inte gått att anpassa till SVF-förlopp. Det saknas exempelvis systemstöd för märkning av remisser och process-stöd. Rutin för märkning och hantering av remisser inom SVF har därför fått införas för att parera brister i journalsystemet.

Inom flera vårdförlopp och verksamheter har man brist på specialistläkare i Västerbotten och inom den norra sjukvårdsregionen och man ser detta som en av de största framtida utmaningarna.

Inom urologi framförs att samarbete, rutiner och kommunikation med primärvården i länet måste utvecklas ytterligare.

b) Har det uppstått oförutsedda utmaningar? Om ja, vilka? Hur har landstinget löst detta?

Nej. Dock ger den allt ökade generationsväxlingsproblematiken inom många medicinska områden, i snabbare takt än förväntat, ökat problemen vad gäller tillgängliga vårdplatser, operationstider samt tillgängliga IVA-platser. Cancerfall tillhör

alltid högre prioriterade fall men väntetiderna för vissa patienter har ändå varit för långa.

c) Hur har landstinget arbetat med att följa och åtgärda eventuella s.k. undanträngningseffekter?

1. Undanträngningseffekter av olika slag följs löpande genom inventering och analys av samtliga väntelistor. I vissa fall är det svårt att direkt härleda väntelistornas utveckling till införandet av SVF. Bristande tillgång till kompetent personal är en generell sett vanligare orsak, *och har inget med SVF att göra.*
2. Frågan diskuteras månadsvis vid LCC- mötet (Landstingets cancercentrum) tillsammans med inblandade verksamhetschefer och processledare. Prioriteringsfrågor finns med på agendan.
3. Speciellt utsatta områden såsom patologi, bild- och funktionsmedicin och operationsverksamhet har fått ta del av statsbidraget och extraresurser har tillförts för att parera ett ökat tryck på verksamheten.
4. Eftersom större och omfattande cancerkirurgi i regel är förlagd till Nus har under året skett ett ökat flöde av mindre och elektiva kirurgiska insatser till lasaretten i Skellefteå och Lycksele för att ge plats för detta på Nus.

I de fall där behandlingsstarten gäller strålbehandling eller cytostatikabehandling har ledtiderna kunnat hållas inom det planerade intervallet i högre grad än för de fall som behandlas med kirurgi.

Inom patologi och bild- och funktionsmedicin har undanträngningseffekter kopplat till SVF-införandet i stort sett kunnat undvikas.

2.4 Antal avslutade patienter

Hur många patienter har genomgått och avslutat (påbörjat behandling eller avslutat av annan anledning) SVF fram till och med senast den 31 oktober 2016? Ange redovisningsdatum här. Redovisa antal uppdelat på kön. Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF.

Redovisningsdatum 2016-10-28

Standardiserat vårdförlopp	Män	Kvinnor	Totalt
AML	14	10	24
Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna	118	111	229
Huvud- och halscancer	48	31	79
Matstrups- och magsäckscancer	42	17	59
Prostatacancer	92	-	92
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer ¹	0	1	1
Bröstcancer	4	173	177
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt	7	10	17
Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång ²	1	0	1
Cancer utan känd primärtumör, CUP	2	1	3
Lungcancer	13	23	36
Maligna lymfom	6	9	15
Malignt melanom	2	5	7
Myelom	3	3	6
Primär levercancer	3	2	5
Primära maligna hjärntumörer	4	2	6
Tjock- och ändtarmscancer	49	84	133
Äggstockscancer	-	11	11
Totalt	408	493	901

¹) Det finns 3 patienter i förlopp med datum för välgrundad misstanke i senare delen av oktober (båda män) som inte hunnit till behandlings- eller avslut före behandling.

² Det finns 4 patienter i förlopp med datum för välgrundad misstanke i senare delen av oktober (1 man, 3 kvinnor) som inte hunnit till behandlings- eller avslut före behandling. Dessutom har landstinget haft 2 patienter som diskuterats på MDK där behandlings- eller avslut har skett i hemlandstinget.

Standardiserat vårdförlopp	Påbörjade i VLL	Påbörjade i annat lt	Avslutade i VLL
AML	24	0	24
Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna	229	0	229
Huvud- och halscancer	38	41	79
Matstrups- och magsäckscancer	27	32	59
Prostatacancer ³	92	0	92
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer	1	0	1
Bröstcancer	177	0	177
Cancer i bukspottkörteln och periampullärt ⁴	6	11	17
Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång	0	1	1
Cancer utan känd primärtumör, CUP	3	0	3
Lungcancer	25	11	36
Maligna lymfom	15	0	15
Malignt melanom	7	0	7
Myelom	6	0	6
Primär levercancer	1	4	5
Primära maligna hjärntumörer	1	5	6
Tjock- och ändtarmscancer	133	0	133
Äggstockscancer	7	4	11
Totalt	792	109	901

³ Dessutom fyra patienter påbörjade i VLL och överförda till Stockholms läns landsting för behandling

⁴ Dessutom en patient påbörjad i VLL och överförd till Region Skåne för behandling

2.5 Överföring av information

Hur har landstinget löst frågor gällande överföring av information/data när flera landsting har ansvar för olika delar i ett enskilt SVF?

En nationell rutin för detta har utvecklats av RCC i samverkan och är satt i användning i hela landet.

Vilka rutiner finns? Bifoga gärna rutiner/regelverk som implementerats.

Rutinen finns tillgänglig på www.cancercentrum.se

Vilka ytterligare åtgärder kommer att vidtas för att informationsöverföringen ska förbättras under 2017?

Eftersom det inte finns gemensamma journalsystem som understödjer det regionala patientadministrativa flödet måste de nationella rutinerna följas. Det krävs även en löpande kontroll av SVF-kodade patienter och deras insatser speciellt inom regionala flöden.

Eftersom en stor del av norra regionens fall inom SVF inleder sin behandling på Nus (och då kodas i Västerbotten) måste VGM kodas i hemlandstinget och överförs till Nus i remissen. Denna rutin tillämpas inte fullt ut så som det vore önskvärt i dagsläget vilket innebär visst merarbete på Nus. Men med god kommunikation mellan grannlandstingen kan flödet ändå identifieras. Detta medför dock ett administrativt manuellt merarbete i vårdkedjan. Successiv utveckling av arbetsformer och rutiner inom det regionala patientflödet är alltså eftersträvansvärt

3. Information och förankring.

3.1 Patienter

Hur har landstinget involverat patientföreträdare i arbetet med SVF under året?

I början av 2016 bildades ett patientråd i Västerbotten. Vissa patientföreträdare deltog redan i mars med synpunkter på handlingsplanen för SVF. Första mötet i patientrådet hölls i maj och sedan dess har ytterligare två möten genomförts. Två av medlemmarna i patientrådet deltar vid möten i landstingets lokala cancercentrum, LCC. Där har man insyn i och delaktighet i hur landstingets totala SVF projekt leds och drivs m.m. Vid uppstart av nya SVF och vid dialogmöten inom etablerade förlopp deltar patientrådsrepresentanter med värdefulla synpunkter.

Patientrådet hålls delaktiga i arbetet med handlingsplaner och redovisningar till Socialdepartementet och även formulering av uppdrag till koordinatörer och kontaktsjuksköterskor och utbildning av dessa. Utfallet av PREM-enkäten är också en återkommande fråga på dagordningen i dessa forum.

Patientrådets medlemmar bidrar med värdefulla synpunkter i SVF arbetet, hur det planeras, följs upp och utvecklas.

3.2 Privata vårdgivare

Hur har landstinget involverat representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med SVF under året?

Eftersom alla hälsocentraler i Västerbotten har identiska uppdrag, hanteras de på likvärdigt sätt oavsett drifts- och ägarform. Hälsocentralernas chefer har deltagit vid SVF-information och utbildning som arrangerats av beställarenheten i länet. Ett ytterligare informationstillfälle är inplanerat i december. Allmänläkare har inbjudits och deltagit vid vidareutbildningar som hållits vid upprepade tillfällen. Privata hälsocentraler har delgetts information om arbetssätt och rutiner på samma sätt som de landstingsdrivna. Vid några tillfällen har även inremissflödet från primärvården kontrollerats för att studera remissmönster.

I Västerbotten har lokala processledare för SVF tillsatts i primärvården. Dessa har i uppdrag att företräda primärvården i dialogerna med lokala och regionala processledare för respektive SVF. Det innebär att nationella vårdprogram realiserar i länet med representanter från både primärvård och sjukhusvård som kan planera för överenskomna rutiner i vårdkedjan. Stort arbete inom projektet ägnas åt att skapa en enkel och smidig handlägningsrutin för primärvården eftersom de ska handlägga alla patientgrupper och vårdförlopp. "Det ska vara lätt att göra rätt" är en slogan hos oss.

Vårt intranät Linda används som kommunikationskanal till alla medarbetare, där anslås rutiner och remissvägar mm mellan olika vårdnivåer. Här exponeras även informationsmaterial och nyheter i arbetet.

3.3 Primärvård

Hur har landstinget säkerställt att primärvårdens medarbetare har kännedom om SVF?

Se ovan. Som angetts gäller jämlika förutsättningar för alla hälsocentraler inom Hälsoval Västerbotten.

4. Arbete med PREM-enkäten

För att ta del av stimulansmedlen ska den nationella PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC och följer strukturen för nationell patientenkät (NPE), användas under 2016. Kravet gäller för de fem SVF som har implementerats under 2015 men önskvärt är att även de patienter som ingår i de SVF som införs under 2016 utvärderas med enkäten. Resultaten ska kunna användas såväl nationellt som regionalt och för respektive landsting.

4.1 Utskick av PREM-enkät

Hur har landstinget arbetat inför utskick av PREM-enkäten för de fem första vårdförloppen?

Landstinget har deltagit i det nationella arbetet med förberedelser av rutiner och formulering av PREM-enkäten. Under 2016 har ett gediget arbete genomförts för att identifiera patienterna i de aktuella patientflöden som skulle ingå i PREM-enkäten. Patienterna i SVF har kopplats till olika flöden och därigenom kunnat bli aktuella för att besvara enkäten. I detta arbete har samarbete med landstingets väntetidssamordnare och datalagerpersonal setts som värdefullt. I dagsläget fungerar rutinerna för uttag av patienter till PREM på ett bra sätt även om arbetet sker med manuella insatser.

Har landstinget startat utskick av PREM enkäten även till patienter ingående i 2016 års SVF? I så fall vilka?

Under sommaren 2016 genomfördes en beställning av patientenkäten inom alla SVF-diagnoser som införts under 2016. Det innebär att med start från augusti skickas enkäten ut till patienter i alla förlopp i den takt de infördes. Härigenom kommer enkätvolymen att kunna ökas för att få redovisade utfall inom fler vårdförlopp än vad som annars skulle varit fallet.

4.2 Användning av resultat

Hur har/kommer resultaten från PREM-enkäten att användas?

Utfallet sänds ut i verksamheterna. Materialet görs åtkomligt för alla inblandade verksamheter och respektive processledare för ytterligare analyser och identifiering av adekvata förbättringsåtgärder i verksamheterna. Eftersom syftet med enkäten i första hand är att ge underlag till verksamhetsförbättring är en spridning till dessa målgrupper helt nödvändig.

Landstingets LCC och patientrådet har tagit del av materialet och lämnat synpunkter på vissa förbättringsåtgärder med ledning av utfallet. Emellertid ger det just nu begränsade patientunderlaget en osäker bild över patienternas synpunkter. En jämförelse av utfallet mellan landsting/regioner är därför ytterst osäker i detta skede.

Ser landstinget redan nu om utveckling av enkäten behövs för att ge ytterligare vägledning till landstingets förbättringsarbete för patienternas upplevelse av SVF?

Den nu genomförda enkäten ses som en screening över hur det ser ut i stora drag. Den behöver kompletteras med andra former av mätningar i flödet för att ge bättre underlag till verksamhetsförbättringar. Vissa delar av flödet kan exempelvis analyseras på detaljnivå med andra enkätformer eller undersökningar på andra sätt.

Det analysverktyg som finns tillgängligt för denna mätning inom ramen för Nationell patientenkät, uppfyller inte de kvalitetskrav man kan ställa på ett modernt hjälpmedel för analys av utfallet av PREM-enkäten. Arbetet att analysera utfallet blir därför onödigt tidsödande och komplicerat.

5. Erfarenheter av 2016 års arbete

Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2016 lett till förändringar i upplägget inför arbetet 2017? Om ja, på vilket sätt?

En ny införandemodell för vårdförloppen (se ovan om primärvården) infördes från 2016 där nu även primärvården representeras vid uppstart och utveckling, utvärdering av de länsövergripande rutinerna och förloppen. Därigenom har en delaktighet hos alla vårdenheter kunnat uppnås i flödet och bättre rutiner har skapats.

Kommunikationsfrågorna är alltid aktuella. Det uppdagas ständigt nya målgrupper eller enheter som har behov av ytterligare och fördjupad information och utbildning om SVF.

Akutmottagningar och Informatikenheten (systemstöd) är exempel på sådana verksamheter. Det ansvar som linjecheferna har att bland annat informera om bärande principer inom SVF har inte varit tillräckligt. Alla arbetsgrupper behöver få diskutera om hur just den egna verksamheten möter olika cancerpatienter och deras anhöriga, samt om hur arbetsgruppen ska införa rutiner för att kunna utföra uppgifterna på bästa sätt.

Den generella informationen behöver ofta anpassas efter de olika målgrupperna.

6. Ekonomi

Ge en översiktlig bild av hur årets medel samt föregående års eventuellt överförla medel har använts. Vad kommer årets återstående medel att användas till och hur mycket av årets medel kommer att föras över från år 2016 till 2017?

Hur stimulansmedlen har använts kommer inte att påverka utbetalning av medel men informationen är av värde inför diskussion av en ny överenskommelse för 2017 mellan regeringen och SKL.

VLL har erhållit statliga stimulansmedel för 2015 och 2016.

Dessa medel har under de båda åren använts till stöd och resurstillskott inom vissa verksamheter med speciella behov. Medlen har till stora delar fördelats långsiktigt för att skapa stabilitet och uthållighet i verksamheterna. En viss del av medlen har använts till sent uppdagade behov vid uppstart av SVF.

De verksamheter som fått del av medlen är:

- Operationsverksamheten på lasarettet i Lycksele, för att kunna ta emot fler fall inom elektiv kirurgi och därigenom kunna avlasta operationsverksamheten på Nus så att man där kan prioritera större cancerkirurgi.
- Resurstillskott till Bild- och funktionsmedicin– ST-block , men på kort sikt handlar det om att bättre nyttja den kapacitet och kompetens som finns tillgänglig idag.
- Resurstillskott till Patologi
- Resurstillskott till vissa basenheter för att inrätta koordinatörer, kontaktsjuksköterskor samt endoskopister
- Kommunikationsstöd inom VLL
- Tillkommande speciella resurstillskott för andra speciella resurser i etableringsskedet

Medlen har till stora delar fördelats långsiktigt för att skapa stabilitet och uthållighet i verksamheterna. En viss del av medlen har använts till sent uppdagade behov vid uppstart av SVF.

Inga medel har överförts mellan åren.

7. Inför överenskommelse 2017

Delge oss gärna synpunkter och erfarenheter som kan vara viktiga att ta med inför arbetet med 2017-års överenskommelse mellan regeringen och SKL.

Informera medborgarna om SVF

Det ses som ytterst angeläget att informationen till medborgarna och allmänheten förbättras. Landstinget inväntar en nationell informationskampanj riktad till målgruppen allmänheten. Denna har varit planerad under en längre tid och nu har projektet kommit så långt att allmänheten kan göras medvetna om SVF-införandet och de bärande principerna i det arbetet.

Vad händer efter 2018

Det behöver inledas arbeten i syfte att säkra övergången från projekt till drift när projektet avslutas och statliga stimulansmedel inte längre finns att tillgå.

Hur kan man skapa hållbarhet i det som införts – vad händer efter 2018. Tankar redan nu för verksamhetens planer.

Generellt anser Västerbottens läns landsting att det riktade statsbidraget till cancervården bör permanentas. Den ökade cancerincidensen på 20 % framgent med allt ökande möjligheter till behandling skapar stora kostnadsutmaningar för landstinget.

Patologi

Arbeta med utdata- flödeshelhet – undanträngningseffekter. Korta ledtider i SVF är beroende av tillgång till snabb och högkvalitativ diagnostik. Detta är en utmaning idag framför allt inom klinisk patologi. På lång sikt kan detta avhjälpas genom utbildningsinsatser (fler ST-tjänster) men på kort sikt handlar det om att bättre nyttja den kapacitet och kompetens som finns tillgänglig idag. Därför föreslås en satsning på ett pågående projekt som syftar till att skapa diagnostiska nätverk på nationell nivå inom patologi. Det etablerade diagnostiska nätverk inom patologi, som benämns ExDIN, har idag drygt 60 % av Sveriges patologilabb som medlemmar. ExDIN-nätverket drivs av medverkande patologilabb i projektform och önskvärt är att förlänga projektet ett till två år för att bygga ut nätverket och söka en lämplig huvudman för fortsatt drift och förvaltning. Finansiering av ExDIN-nätverket under denna period skulle säkra nätverkets fortlevande. Effektmålen för projektet är kortare ledtider, högre kvalitet på diagnostiken samt bidra till kontinuerlig kompetens- och kvalitetsutveckling. På en övergripande nivå bidrar det till en jämlik vård då patienten får tillgång till bästa diagnostiska kompetens oavsett geografi.