

Redovisning av införande av standardiserade vårdförlopp i cancervården 2018

Västerbottens läns landsting

Datum: 29 oktober 2018

Fastställd av: Peter Olofsson (S), ordförande i landstingsstyrelsen och Karin
Lundström (S), ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Inledning

Detta är en mall för landstingens redovisning av införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en redovisning enligt denna mall.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Krav i överenskommelsen 2018

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen senast den 1 november 2018 redovisa följande:

Att de tre nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2018.

Hur de har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.

Hur de planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.

Hur de har arbetat för att uppfylla målet 2020 om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.

Hur kvalitetssäkringsarbetet inom landstingen har genomförts avseende uppföljning av väntetider

Att de har använt den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC inom ramen för satsningen.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF 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.

Vårdförlopp 2018	Införande
Buksarkom	Infördes 3 april. Införandet har följt handlingsplan. Alla delar och funktioner i vårdkedjan finns på plats även om det fortfarande inte har registrerats någon patient inom förloppet.
Neuroendokrina buktumörer GEP/NET	Infördes 3 april. Införandet har följt handlingsplan. Alla delar och funktioner i vårdkedjan finns på plats. Finns registrerade patienter i detta förlopp.
Vulvacancer	Infördes 3 april. Införandet har följt handlingsplan. Alla delar och funktioner i vårdkedjan finns på plats. Patienter finns registrerade men inte slutrapporterade.

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.

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.		TOTALT
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Totalt
Akut lymfatisk leukemi*	0	0	0	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi	2	1	0	0	0	0	3
Analancer*	3	4	0	0	0	1	8
Bröstcancer	9	519	0	0	0	0	528
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	21	12	0	0	8	8	49
Cancer i galla och gallvägar*	3	2	0	0	3	2	10

Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	18	19	0	0	0	0	37
CUP – Cancer utan känd primärtumör	7	10	0	0	0	0	17
Hjärntumörer	2	6	0	0	1	2	11
Hudmelanom	82	80	0	0	0	0	162
Huvud- och halscancer	17	19	0	0	43	28	107
Kronisk lymfatisk leukemi	1	4	0	0	0	0	5
Levercancer	6	8	0	0	7	1	22
Livmoderhalscancer (cervix)	0	6	0	0	0	13	19
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	49	0	0	0	13	62
Lungcancer	48	70	0	0	6	3	127
Lymfom	8	9	0	0	0	0	17
Matstrupe- och magsäckscancer	10	8	0	0	20	7	45
Myelom	9	11	0	0	0	0	20
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	4	1	0	0	0	0	5
Njurcancer	38	26	0	0	0	0	64
Peniscancer*	8	0	3	0	0	0	11
Prostatacancer	376	0	0	0	0	0	376
Skelett- och mjukdelssarkom	6	6	0	0	6	1	19
Sköldkörtelcancer	6	18	0	0	0	0	24
Testikelcancer*	10	0	0	0	0	0	10
Tjock-och ändtarmscancer	310	350	0	0	2	0	662
Urinblåse- och urinvägscancer	304	193	0	0	0	0	497
Vulvacancer*	0	0	0	0	0	0	0
Äggstockscancer	0	65	0	0	0	24	89
Totalt	1308	1496	3	0	96	103	3006

Uppgifterna är hämtade från nationella väntetidsdatabasen (Qlickview) 2018-10-24.

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?*

Rutiner och system för kodning och uppföljning av patienter inom de standardiserade vårdförloppen är egentligen desamma som beskrivits i handlingsplanen 2018. Funktion för att automatiskt koppla inremissens bedömnings- ankomst- och beslutsdatum har implementerats. Ytterligare utveckling av systemet med visualisering av bland annat ledtider är planerat som utvecklingsinsats för framtiden.

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

Kvalitetssäkringen fortgår enligt vad som beskrivits i handlingsplanen för 2018. Från maj 2017 överförs elektroniska filer med SVF-patienter varje månad till väntetidsdatabasen Signe. Uppgifterna har innan sändning kontrollerats och rensats från ofullständiga eller felaktiga data. På så sätt undviker landstinget att belastas med dubletter eller andra felaktiga uppgifter.

Kvalitetskontroll kan göras dels på verksamhetsnivå genom Koordinatoröversikten, på central nivå i samband med sändning av elektroniska filer till nationella väntetidsdatabasen samt även av respektive processledare som under hösten har fått behörighet att ta ut nationell statistik via Qlickview-databasen på SKL.

- 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?*

Landstinget har fortfarande problem med SVF-remisser från andra län som inte är uppmärksammade med aktuellt SVF-förlopp samt nödvändiga datum. Den nationellt överenskomna rutinen följs inte alltid. Det innebär ett betydande merarbete för koordinatörer och medicinska sekreterare att ringa upp remitterare för att få dessa uppgifter. Kopplingen i datalagret mot patientens folkbokföring fungerar väl och landstinget kan rapportera utomlänspatienter.

Frågan om bland annat brister i kvalitet på remisserna lyfts med jämna mellanrum via RCC till ansvariga projektledare vid övriga län/regioner i norra sjukvårdsregionen. VLL remitterar endast ett fåtal patienter till annat landsting/region men den centrala kontrollen som tidigare beskrivits, inbegriper detta flöde.

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

Det saknas fortfarande patienter registrerade i ett av de nya SVF som infördes 2018. (budsarkom) Budsarkom-patienter hanteras i verksamhet som är väl förtrogen med arbetet inom SVF för andra diagnosgrupper. Där finns alla viktiga funktioner/förutsättningar för ett effektivt patientflöde tillgängliga sedan tidigare. Detta talar för att även de nya nya förloppen skall fungera i framtiden. Inom vulvaförloppet finns patienter registrerade men ej slutrapporterade i dagsläget.

2. Fortsatt arbete med SVF

2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

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

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Endoskopiverksamheten: Nuvarande kriterier för välgrundad misstanke om kolorektal cancer innebär ett stort inflöde av remisser för skyndsam koloskopi. Vissa patientgrupper med statistiskt sett relativt låg tumörrisk får en hög prioritering. Med totalt sett begränsade koloskopiresurser innebär detta förlängda väntetider för andra patientgrupper, t ex för patienter med kolorektal cancer som inte har fångats upp i ett SVF-förlopp och patienter i kontrollprogram mm.	Utökning av koloskopiresurser pågår avseende personal, instrument och lokaler. Ett arbete med nationell översyn av SVF-kriterierna har inletts, vilket kan komma att reducera inflödet av "lågriskfall" till koloskopi framöver. Löpande uppföljning av väntetider. Införande av system för kapacitetsstyrning som en av landstingets pilotverksamheter skall förhoppningsvis medföra kortare väntetider till endoskopi
Bild- och funktionsmedicin, BFM: Om ökat MDK-rondarbete kan detta undantränga andra insatser.	Prioritering och effektivisering av insatser alternativt resursförstärkning. Krav på samverkan och planering i dessa fall. Genomgående revidering och kvalitetsutveckling har skett av regionala MDK för att kunna effektivisera BFM:s resurser i dessa. Effektiviseringen berör inte bara BFM utan alla berörda verksamheter i varierande grad. Detta arbete får aldrig avstanna utan måste vara en fortlöpande process. Vad gäller ett flertal MDK:er finns fortfarande potential att effektivisera resursutnyttjandet i rondan genom förbättrade rondkriterier.
Bemanning av vårdplatser och operationslag är en begränsande faktor inom många verksamheter. Kan medföra undanträngning/kräva omprioritering	Följa tillgänglighet, ledtider och data löpande för alla patientgrupper, även utanför SVF. Dimensionering utifrån möjlig rekrytering. Det pågår ständigt aktiva åtgärder för att bemanna verksamheterna.

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?

Som tidigare nämnts i handlingsplanen är Min vårdplan, MVP patientens egendom. Den är redskap vid aktiva överlämningar mellan olika verksamheter och medverkar till en strukturerad och trygg vårdkedja. Den bör innehålla dels generisk information om den aktuella sjukdomen, utredningar och behandlingar, men också patientspecifik information.

Landstinget följer den nationella utvecklingen gällande utveckling av mallar och teknikstöd för MVP. Inom de olika verksamheterna används MVP sedan tidigare men i olika former. Det är viktigt att MVP införs för alla patienter och kan användas i någon form även om den inte kan understödjas digitalt. Vissa av verksamheterna använder idag underlag i pappersform. I några verksamheter har man sedan våren 2018 infört MVP med koppling till befintligt journalsystem NCS-Cross med stöd av och utskrift från verktyget Eye Doc. I vissa andra verksamheter har man arbetat för att Min vårdplan ska vara en integrerad del av patientens journal och därmed vara åtkomlig via 1177 förutom att den ska gå att skriva ut och lämna till patienten i samband med besök. Processen för införandet har tagit tid, men nu hösten 2018 finns ett fungerande system för denna lösning.

Ambitionen inom Landstinget är att utveckla stöd för Min Vårdplan, så att dokumentationen och användandet är en integrerad del av patientjournalen och kräver ett minimum av manuella extrainsatser för personalen. Detta stöd kommer att ses som en övergångslösning i väntan på införandet av framtidens vårdinformationssystem, FVIS som beräknas införas inom de kommande åren.

Det nationella projekt för införande av digitalt stöd för MVP under 1177, som leds av RCC under 2018, har visats för verksamheterna i länet. Hittills har dock ingen verksamhet attraherats av denna lösning men ett visst intresse finns att testa den lösningen. I så fall krävs att systemet förbättras för att understödja överlämning i vårdkedjan. För att MVP skall bli möjligt att upprätta på alla cancerpatienter måste det ges möjligheter för kontaktsjuksköterskorna till detta arbete. En rationell arbetsmetod med utvecklat systemstöd för MVP är då en viktig förutsättning.

Landstinget följer löpande utfallet i PREM enkäten, i vilken omfattning patienter som fått cancerdiagnos har fått Min vårdplan och om man har tilldelats en kontaktperson. Utfallen av dessa frågor hittills visar ingen förbättring jämfört med tidigare perioder. Fortsatta åtgärder inom detta område kommer alltså att behövas.

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?

Det löpande arbetet med SVF i Västerbotten har i likhet med tidigare år, skett i nära samarbete med landstingets patientråd. Representanterna i patientrådet har kunnat ge och lämna synpunkter på planering och aktiviteter under året. Patientrådet har vid olika möten med projektledningen hållits informerade om och kunnat lämna synpunkter på uppläggning av arbetet och erfarenheter från detta. Utdata från ledtidsmätningar, kvalitetssäkringsarbetet samt PREM-enkäten har även redovisats och diskuterats. Två representanter från patientrådet deltar vid möten inom landstingets lokala cancercentrum, LCC som är verksamhetens ledningsforum i projektet. I detta forum har man kunnat följa landstingets samlade arbete med SVF. Patientrepresentanter deltar även vid lokala och regionala processgruppsmöten. De positiva erfarenheter som dragits av samarbetet med patientrådet och arbetssättet i Västerbotten, presenterades även på RCC-norrs regionala cancerdagar i Umeå under

våren 2018.

Patientrådet har även detta år varit delaktiga i arbetet med handlingsplanen och redovisningen för arbetet med SVF.

3.2 Vårdens medarbetare

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

SVF beskrivs som välförankrat inom de flesta verksamheter. Något som kanske inte ska behöva poängteras, men som ändå bör kommenteras är att SVF inte är ett mål i sig utan ett arbetssätt för att uppnå likvärdig vård med spets och bredd för alla patienter. Arbetet med att sprida och etablera arbetssättet inom SVF följer en upprättad kommunikationsplan. Behov och måluppfyllelse följs upp löpande och plan anpassas efter aktuella förutsättningar. Kommunikation med medarbetare och verksamheter inom organisationen har i de flesta fall skett inom linjeorganisationen och av respektive chef, ibland med landstingscentralt stöd. Klinikernas medarbetare får information dels via aktivt deltagande när SVF utarbetas och implementeras i vårdprogram men även när interna rutiner anpassas för att överensstämma med SVF. Efter att mer än 30 SVF införts så är begreppet väl känt i verksamheten. Projektledare, väntetidssamordnare och processledare har också en viktig roll att komplettera budskapet till kollegor och inom olika team.

Kommunikationsaktiviteterna under 2018 har främst varit att uppdatera och omstrukturera informationen och materialet på landstingets intranät Linda. Sidorna syftar till att skapa en enkel och snabb ingång för medarbetarna vid behov av information om SVF, med direktlänkar från intranätets startsida. Det är en utmaning att löpande uppdatera material och länkar som är exponerade där. SVF-sidorna på landstingets intranät, Linda används flitigt av medarbetare i vårdkedjan. Under ett år har över 10 000 visningar noterats på SVF-sidorna, de flesta besök rörde rutiner för remittering och handläggning av SVF fall. En av länets akutmottagningar har informerats om innebörden av SVF och principerna för detta arbetssätt. Det har i detta fall mera handlat om komplettering av tidigare genomförda aktiviteter.

Under 2018 handlar arbetet om olika sätt att följa upp det nya arbetssättet och hur resultaten nås. Uppföljning och återföring av resultat är särskilt viktigt i slutet av projektet när alla diagnoser är införda i verksamheten. Detta kommer att ske såväl direkt till berörda verksamheter som övergripande i landstingets interna kanaler. Ledtider och PREM-data har vid flera tillfällen presenterats på lokala och regionala vårdprocessmöten där man diskuterat och föreslagit förbättringar i arbetet.

4. Resultat och statistik

4.1 Ledtider/kvalitetssäkring

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

Det som vanligtvis kommer upp till diskussion är när man ska starta ett SVF och vilken händelse i processen som är start av SVF. Här måste man fortsatt vara

tydlig med att de kriterier som i respektive SVF är definierat som start av SVF, även fortsatt måste hållas. Detta för att kunna göra jämförelser vad gäller ledtider mellan olika sjukhus, län och regioner.

De nationella kodningsvägledningarna för respektive vårdförlopp är gott stöd i arbetet. Utbildning av och diskussion om tolkning av kodvägledningarna är ett ständigt pågående arbete. Koordinatorer och kodningsansvariga medicinska sekreterare ingår i läns gemensamt nätverk med regelbundna träffar. De är även varandras bollplank vid tolkningsfrågor. Den lokala projektledaren och väntetidssamordnaren är även bollplank och svarar på tolkningsfrågor från verksamheten. På landstingets intranät finns en särskild avdelning för SVF. Där länkas även till RCC-samverkans websidor med frågor och svar om tolkning av och kodning inom olika SVF.

En koordinatoröversikt är uppbyggd som systemstöd i landstingets utdataverktyg Diver. I denna kan alla SVF patienter och deras olika kodade aktiviteter i datajournalen, NCS-Cross överblickas och kontrolleras.

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

Landstinget har endast landstingsdriven specialistvård. Både inom primärvård (landstingsdriven och privat) och specialiserad vård används samma journalsystem, NCS Cross. KVÅ-koder satta i primärvården fångas automatiskt i datalagret och till Koordinatoröversikten så att berörd koordinator ser den och kan fortsätta processen.

I detta verktyg kan alla registrerade koder och mätpunkter följas på patienter från Västerbotten och övriga län, som har fått vård vid sjukhus i länet.

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

Volym och olika ledtidsdata har regelbundet presenterats på landstingets ledningsmöte, LCC samt vid processarbetsgruppsmöten i länet och inom den norra regionen. Data och ledtider kopplade till klinisk praxis och SVF-kodningen har där kunnat kopplas ihop. Jämförelser med utfallet i andra landsting och övriga landet har flitigt använts vid dessa tillfällen. Processledare lokalt och regionalt har även fått tillgång till olika former av utdata regelbundet via landstingets väntetidssamordnare.

Som även anges i den regionalt gemensamma inledningen från RCC-norr, har de regionala processledarna fått tillgång till utdataverktyget Qlickview och kan där själva följa och överblicka verksamheten.

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?

Landstinget har hittills kunnat ta del av PREM-data t o m kvartal 1, 2018. Utfallet har i viss mån kunnat analyseras och jämföras med utfallen från tidigare år och övriga landet.

Utfallet har redovisats på Landstingets lokala cancerråd, LCC, i möte med patientrådet samt på koordinators, och kontaktsjukskötersketräffar. Redovisning har även i vissa fall skett på regionala processarbetsgruppsmöten. Utfallet är ännu ej publicerat på www.patientkat.se och är därför inte åtkomligt för alla verksamheter i detta skede. När utfallet omfattar fler kvartal och fler patienters svar, kommer det att i likhet med tidigare år redovisas för och diskuteras i olika arbetsgrupper och processgrupper.

Utfallet av enkäterna är speciellt värdefullt att presentera vid processgruppsmöten och har getts utrymme för diskussioner i dessa tillfällen. Utfallen ger underlag till förbättringar i verksamheten även om svarsvolymerna fortfarande är begränsade och det även saknas möjlighet att analysera fritextkommentarer från respektive förlopp. Värdet av utfallet ökar dessutom i takt med att patientsynpunkter inom fler SVF kan redovisas och jämföras med andra förlopp och med övriga landet.

Från 2018 ingår patienter från samtliga införda vårdförlopp i PREM-enkäten (31 st) och verksamheterna ser fram emot ytterligare data på patientsynpunkter från vårdförlopp med fler än 10 svar. Hela proceduren med utskick av enkäterna fungerar bra även om redovisningen av data nationellt släpar efter i tid.

Fritextkommentarerna visar på ett behov av att patienter som avslutas utan att ha cancer, bör kunna besvara andra typer av frågor. En del av dessa patienter beskriver idag i kommentarerna att den förnyade och fortsatta utredningen stannar upp och att symtomen kvarstår. Eftersom övervägande delen av SVF patienterna inte har cancer kan man notera att det förekommer bakomliggande brister i vårdkedjan som inte uppdagas eller åtgärdas.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

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?

Analys och aktiviteter enligt handlingsplanen är fortfarande aktuella. Totalt sett är vården på alla nivåer under starkt förändringstryck då det inte saknas utmaningar. De långsiktiga målen för 2020 kommer att vara värdefulla indikatorer för att verksamheten fortsätter utvecklas på den inslagna vägen. I detta läge kan dock påpekas att de ovan nämnda målen för 2020 förefaller orimliga att uppnå.

SVF-kodning. Modellen för kodning av insatserna och den kliniska rutinen är under löpande analys och kvalitetssäkring. Även om detta arbete går framåt kommer kvaliteten i arbetssätt och kodningsrutiner att påverka utfallet under ytterligare tid. Förutsättningar att följa målet på att minst 70 % av cancerfallen skall utredas enligt SVF, kräver även uppgifter på totalt antal cancerfall i riket. Denna uppgift är utanför landstingets kontroll eftersom den skall tas fram av RCC nationellt och oklar för tillfället.

Kompetensförsörjning innebär en av de allra största utmaningarna. Generellt kan man säga att ledtiderna inom patologi och väntetiderna till behandlingsstart inom specialistvården har de största utmaningarna. Brist på personal för att bemanna

vårdplatser och operationssalar är speciellt stor orsak till detta. Åtgärder inom kompetensförsörjning, riktade utbildningsinsatser och överföring/översyn av arbetsuppgifter inom och mellan verksamheter/kategorier är några sätt att parera detta.

Förbättrings och utvecklingsarbeten är en ständig aktivitet inom alla verksamheter. Redan i dagsläget kan positiva effekter av detta arbete ses exempelvis inom patologi, där ledtid till analysvar förkortats radikalt för flertalet analyser, efter att man genomfört ett strukturerat förbättringsarbete.

Nyttjande av nya digitala tekniker för kommunikation och kontakt är ett annat. Landstingets satsning på nytt vårdinformationssystem, FVIS är den enskilt största förändring som landstinget står inför. Något som även kommer att påverka arbetet med Standardiserade vårdförlopp. Detta kommer att innebära och skapa möjligheter för moderna och nya arbetssätt genom ett utvecklat processtöd.

Produktions- och kapacitetsstyrning, PKS införs löpande inom hela landstinget med start från våren 2018. En gemensam och strategisk planering inom alla verksamheter utifrån behov och kapacitet kommer förhoppningsvis att medföra kortare köer till vård och behandling på sikt.

Arbetsätt och MDK. Arbetsättet inom SVF är etablerat, kontaktsköterskor och koordinatörer finns för i princip alla diagnoser. MDK är numera en del i arbetet och etableras även för fall där SVF inte gäller. Ronderna kommer att vara föremål för ständiga förbättringar vilket är till gagn för alla inblandade verksamheter och patienter. Utmaningarna är att få tider för dessa konferenser som passar för alla involverade samt att förberedelser, som är nödvändiga för en relevant diskussion samt efterarbete tar väldigt mycket tid. Fortsatta förbättringsarbeten av MDK ronderna och rutinerna kring dessa, kommer att vara nödvändigt under lång tid framöver. Vidare kan tillgång till teknik och konferensrum som har videoupkoppling också vara ett problem som ökar i takt med antalet önskade MDK.

6. Ekonomi

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

Alla beviljade medel för 2018 har använts till stöd i verksamheten inom SVF. Stimulansmedlen har i likhet med tidigare år inom projektet, använts till stöd och resurstillskott inom verksamheter med speciella behov. Resurserna har till stora delar fördelats långsiktigt för att skapa stabilitet och uthållighet i verksamheterna. Medlen har tilldelats/använts i form av:

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.

Resurstillskott till Patologi.

Resurstillskott till vissa basenheter för att inrätta koordinatörer, kontaktsjuksköterskor samt endoskopister.

Kommunikationsstöd inom VLL.

Medicin- och rehabiliteringskliniken, Lycksele lasarett för etableringen av diagnostiskt centrum i Västerbotten.

Det beräknas inte överföras några medel för SVF till nästkommande år.

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.

Det är viktigt att man följer den utveckling som nu inletts under lång tid eftersom många strukturer inom SVF arbetet behöver tid att etableras och slå rot i organisationen. Vårdens utmaningar gällande tillgång på resurser och personal är betydande och kan lätt rasera det goda arbete som nu är inlett men som inte på långa vägar är helt genomfört. De olika målsättningar som nu är aktuella, som exempelvis målen för 2020 är bra indikatorer för att följa arbetet över tid, även om dessa i dagsläget upplevs som orimliga att uppnå. För att kunna beräkna och följa täckningsgraden inom olika diagnoser och andelen utredda fall enligt SVF behövs vissa nationella data som grund. Det efterfrågas och behövs en redovisning av antal patienter med olika cancerformer som utreds inom respektive utanför SVF, även om letiderna för dessa grupper skiljer sig åt.