

Avd för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Bodil Klintberg

LANDSTINGET VÄSTMANLAND
Landstingsstyrelserna/regionsstyrelserna
ANKOM

2015 -12- 2 1

Dnr. LTY/151690-1

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m m

Dnr 15/06017

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 december 2015 beslutat

att för sin del godkänna överenskommelsen med staten om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m.

att i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen.

Bakgrund

Landsting och regioner arbetar för att stärka kunskapsstyrningen och stödja vårdens verksamheter och har under de senaste åren förstärkt sin samverkan inom området. Arbetet har delvis skett med stöd av staten inom ramen för årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting.

Överenskommelsen för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. för 2016 är en fortsättning på 2015 års överenskommelse om Kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. omfattar insatser för att förbättra möjligheterna till uppföljning inom primärvården, utvecklingen av nya personcentrerade arbetssätt inom primärvården och ett projekt för att utveckla och samordna arbetet med kunskapsstöd inom primärvården. Den innehåller också fortsatt stöd till utvecklingsinsatser kopplade till de nationella programråden. Därutöver ingår möjligheter till fortsatt uppföljning och utveckling inom patientsäkerhet och tillgänglighet, arbetet med öppna jämförelser samt fortsatt stöd för vissa aktiviteter utifrån nationella läkemedelsstrategin och för medicintekniska produkter.



För 2016 har 108,45 miljoner kronor avsatts för överenskommelsen. Ersättningen fördelar sig på följande insatsområden:

- Insatser inom ramen för satsningen på kroniska sjukdomar till SKL, 30 Mkr.
- Landstingsmedel för att lokalt arbeta med de nationella utvecklingsområdena inom kronisk sjukdom, 48 Mkr.
- Samordnad uppföljning och utveckling av tillgänglighet, 9 Mkr.
- Insatser inom patientsäkerhetsområdet, inkl STRAMA-arbete, 7 Mkr.
- Förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel och medicinteknik, 6,5 Mkr.
- Utveckling av vårdens processer och resultat: öppna jämförelser, indikatorer, datakällor, 7,95 Mkr.

Överenskommelsen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet



Sveriges
Kommuner
och Landsting

**Insatser för att
förbättra vården för
personer med kroniska
sjukdomar m.m.**

**Överenskommelse mellan staten och Sveriges
Kommuner och Landsting 2016**

Innehåll

1. INLEDNING	4
1.2 ÖVERENSKOMMELSENS OLIKA DELAR	5
2. INSATSER FÖR ATT FÖRBÄTTRA VÅRDEN FÖR PERSONER MED KRONISKA SJUKDOMAR	6
2.1 BAKGRUND	6
2.2 INSATSER UNDER 2016	8
2.2.1 Effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd	9
2.2.2 Utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd	10
2.2.3 Främja uppföljning inom primärvården	11
2.2.4 Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat	11
2.2.5 Främja nya patientcenterade arbets sätt i primärvården	12
2.2.6 Utvecklingsmedel till landstingen	13
2.2.7 Ekonomisk omfattning av insatserna	13
2.2.8 Kommande överenskommelser och uppdrag till Socialstyrelsen	13
3. SAMORDNAD UPPFÖLJNING OCH UTVECKLING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS TILLGÄNGLIGHET	14
3.1. CANCERVÅRDEN	14
3.2 PRIMÄRVÅRDEN	15
3.3 INSATSER UNDER 2016	16
4. MOT EN SÄKRARE VÅRD	17
4.1 INSATSER UNDER 2016	18
5. FÖRBÄTTRAD KUNSKAP OCH UPPFÖLJNING AV LÄKEMEDEL OCH MEDICINTEKNIK	19
5.1 INSATSER FÖR FÖRBÄTTRAD UPPFÖLJNING PÅ INDIVIDNIVÅ	19
5.2 MÖJLIGGÖR ELEKTRONISK RAPPORTERING AV LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR	20
5.3 INSATSER UNDER 2016	21
5.4 MEDICINTEKNISKA PRODUKTER	23
5.5. INSATSER UNDER 2016	23
6. UTVECKLING AV ARBETET MED UPPFÖLJNING AV VÅRDENS PROCESSER OCH RESULTAT	24
6.1 INSATSER UNDER 2016	25
6.1.1. Från data till förbättringsarbete	25
6.1.2. Utvecklad tillgänglighet av data och indikatorer	26
8. EKONOMISKA VILLKOR OCH VERKSAMHETS RAPPORT	26
9. UPPFÖLJNING	27
10. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	27
11. BILAGOR	29
11.1 BILAGA 1: FÖRDELNING AV MEDLEN INOM ÖVERENSKOMMELSEN.	29
11.2 BILAGA 2: INFORMATION SOM SKA INGÅ I REKVISITION OCH EKONOMISK REDOVISNING AV MEDEL INOM RAMEN FÖR DENNA ÖVERENSKOMMELSE	30

1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden bland Sveriges befolkning ökar och antal döda i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar förutsätter ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljning av vårdresultat att det finns obefogade skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vårdprocesser som utgår från patientens behov. Vården behöver samordna sina insatser i större utsträckning. Det gäller såväl mellan olika delar av vården som mellan kommuner och landsting. Patienternas delaktighet i den egna vården behöver också förbättras. Vårdens ledare och medarbetare har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning.

Hälso- och sjukvårdens medarbetare är dess viktigaste resurs och en förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna stödjer en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styr signaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och

privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvad samverkan.

Överenskommelserna ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmönster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen liksom att eventuella brister i jämställdhetshänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning/identitet, funktionsförmåga m.fl. faktorer ska beaktas i analysarbetet.

På hälso- och sjukvårdsområdet syftar överenskommelserna under 2016 till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker, effektiv och av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges utifrån behov oavsett t.ex. kön, socioekonomisk bakgrund eller födelseland.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna. Samverkan med akademi och näringsliv för att bidra till utvecklingen av nya behandlingar och ny teknik för en effektivare vård är central.

Överenskommelserna omfattar all vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård och som finansieras av landstingen kan komma att omfattas.

1.2 Överenskommelsens olika delar

Överenskommelsen innehåller fem olika delar:

- Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.
- Insatser för samordnad uppföljning och utveckling av tillgängligheten i cancervård och primärvård.
- Insatser för att stärka och följa upp patientsäkerheten i vården.
- Insatser för att främja kunskap och uppföljningen av läkemedel.
- Insatser för att följa upp processer och resultat inom hälso- och sjukvården.

2. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

2.1 Bakgrund

Det är av strategisk betydelse att vården för personer med kroniska sjukdomar förbättras. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80-85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper.¹ Många bedömare i Sverige såväl som internationellt menar att utvecklingen av hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar är en avgörande fråga för att skapa ett socialt och ekonomiskt hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Det finns mycket som talar för att utvecklingen med en växande andel personer med kroniska sjukdomar går att bryta. Många sjukdomar kan förebyggas och behandlas. Enligt WHO kan 80 procent av alla hjärt- och kärlsjukdomar och stroke, samt 30 procent av alla cancersjukdomar i världen förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. För dem som redan har fått en kronisk sjukdom kan komplikationerna minska och hälsan förbättras med hjälp av hälsofrämjande insatser. Det finns dessutom stora möjligheter för bättre behandlingsresultat om vården i högre utsträckning möter personer med kroniska sjukdomar utifrån deras individuella behov.

I budgetpropositionen för 2014 föreslogs en fyraårig satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen pågår mellan åren 2014-2017 och omfattar totalt 450 000 000 kronor. Tillsammans med företrädare för professions- och patientorganisationer, landsting och berörda myndigheter har en Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar tagits fram (dnr S2014/395/FS). Ett övergripande syfte med strategin är att främja en mer hållbar och jämlik hälso- och sjukvård med särskilt fokus på primärvården. I strategin lyfts tre områden fram som angelägna att utveckla. Dessa är patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet.

Patientcentrerad vård innebär att personer med kroniska sjukdomar och deras närstående aktivt medverkar i vården och att deras individuella behov, preferenser och värderingar är vägledande när insatser för prevention och vård utformas. Inom detta område är

¹ Vårdanalys (2014) VIP i vården

behovet av utveckling stort. Patientens möjligheter att aktivt medverka i och styra sin egen vård behöver stärkas. Likaså måste patienterna ges bättre förutsättningar att skaffa sig kunskap om den egna sjukdomen och om bästa behandling. Patientcentrerad vård innebär också att vården samordnas och koordineras mellan vårdenheter och vårdnivåer. Det är särskilt viktigt för patienter med kroniska sjukdomar som ofta har flera olika vårdkontakter.

Kunskapsbaserad vård innebär att den vård som erbjuds i hälso- och sjukvården ska baseras på bästa möjliga kunskap. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar är ett av verktygen för att säkerställa att alla patienter vid varje vårdkontakt erbjuds insatser som vilar på sådan kunskap. Det finns nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar såsom diabetes, stroke, hjärt- och kärlsjukdomar med flera. För att de nationella riktlinjerna ska få genomslag i vården behöver lokala vårdprogram och behandlingsrekommendationer utvecklas och spridas. Denna utveckling behöver i högre grad ske i samverkan mellan landstingen.

Prevention och tidig uppmärksamhet är centralt både för att minska förekomsten av kroniska sjukdomar och för att minska komplikationerna för den som redan har en diagnos. Ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för insjuknande och utvecklingen av ett flertal kroniska sjukdomar.

Regeringen har under 2014 och 2015 fördelat medel till insatser som ska främja utvecklingen av dessa områden. Bland annat har Socialstyrelsen fått flera uppdrag att utveckla det nationella kunskapsstödet för olika kroniska sjukdomar. Vidare har regeringen ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om Kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015 (dnr. S2015/469/FS). I överenskommelsen ingår bl.a. att stödja spridning och tillämpning av kunskapsstöd, främja resultatuppföljning och utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården. Därutöver har Livsmedelsverket fått i uppdrag att främja arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården för att förebygga kroniska sjukdomar (dnr. S2015/1206/FS).

Primär- och närsjukvården har en nyckelroll inom hälso- och sjukvården både när det gäller att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Primärvården ska stå för kontinuitet och samordning i mötet mellan patient och hälso- och sjukvården. Det är viktigt att den

nära vården har förutsättningar att erbjuda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt att vård och behandling ges i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Ett patientcentrerat förhållningssätt som inkluderar patienter och närstående i vård och behandling är också av central betydelse. Insatser för att stärka och utveckla primärvården och dess medarbetare är därför angelägna. Flera av de insatser som har genomförts inom ramen för satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under 2014 och 2015 har bidragit till en sådan utveckling.

Regeringen har vidare tagit initiativ till flera andra insatser som också bidrar till att förbättra vården och medicinsk rehabilitering samt att minska sjukfrånvaron för personer med kroniska sjukdomar. Till dessa hör bland annat PRIO psykisk hälsa, en nationell cancerstrategi, satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvård, en nationell läkemedelsstrategi och en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2016.

Målsättningen med regeringens satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar är att bidra till och stärka de insatser som redan har inletts för att utveckla en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. I första hand handlar det om att främja ett mer kunskapsbaserat och patientcentrerat arbetssätt samt stärka vårdens arbete med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

2.2 Insatser under 2016

Parterna är överens om att SKL under 2016 kommer att arbeta för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, med särskilt fokus på primärvården. I detta arbete ingår att SKL fortsatt kommer att stödja konkret utvecklingsarbete hos landsting och vårdgivare när det gäller patientcentrerad vård och uppföljning inom primärvården. SKL kommer även att stödja tillämpningen och spridningen av nationella kunskapsstöd och behandlingsrekommendationer. SKL kommer under året att arbeta med att skapa lösningar för att långsiktigt förvalta och finansiera de insatser som ingår i överenskommelsen.

Parterna är vidare överens om att SKL kommer att samordna sina insatser med det arbete som bedrivs inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Det gäller särskilt insatser som tar sikte på att utveckla infrastruktur, tekniska lösningar och it-plattformar för spridning av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer. En viktig utgångspunkt ska vara att skapa samordnade lösningar som

underlättar för mottagare i hälso- och sjukvården att samlat ta del av kunskapsstöden.

2.2.1 Effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd

För att främja utvecklingen av kunskapsbaserad vård har staten och SKL tidigare ingått flera överenskommelser. Inom ramen för dessa har SKL bland annat genomfört en kartläggning av hur landstingen har arbetat med att sprida och använda kunskapsunderlag inom hälso- och sjukvården och identifierat framgångsfaktorer för att kunskap ska omsättas i vården.

SKL har också, inom ramen för tidigare överenskommelser med staten, etablerat ett antal s.k. nationella programråd för diabetes, stroke, astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), samt startat en nationell kompetensgrupp för primärvård och en för levnadsvanearbete inom hälso- och sjukvården. Syftet med programråden är att samverka nationellt för att ta fram, sprida och tillämpa kunskapsstöd i vården, bland annat utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Inom ramen för programråden har SKL identifierat och analyserat nationellt viktiga förbättringsområden för hälso- och sjukvården och föreslagit insatser som bedöms utveckla området.

Under 2015 har SKL etablerat ytterligare nationella programråd och kompetensgrupper: Nationellt programråd ADHD, Nationell kompetensgrupp Strama (se även avsnitt 4), Nationell kompetensgrupp biobanksrådet samt Nationell kompetensgrupp internetbaserad stöd och behandling. Förberedelser för Nationellt programråd barn och ungas psykiska hälsa och Nationellt programråd depression och ångest har genomförts. Ett tidsbegränsat uppdrag inom området smärta har påbörjats. Under året har flera insatser genomförts för att stödja utvecklingen av vården inom ramen för programrådets arbete. Bland annat har framgångsfaktorer identifierats inom programrådet för stroke och en förstudie har genomförts om ordnat införande av trombektomier. Vidare har SKL följt upp vissa av programrådets insatser och genomfört en utvärdering av programrådsmodellen. Resultatet ska ligga till grund för utvecklingen av programråden och en mer långsiktig strategi för att utveckla styrningen med kunskap.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att stödja samordningen av landstingens implementering av nationella kunskapsstöd. I detta ingår att utveckla arbetet med etablerade programråd och de nationella

kompetensgrupperna för primärvård och levnadsvanearbete inom hälso- och sjukvården. Det huvudsakliga syftet med programrådets verksamhet är att aktivt bidra till att nationella kunskapsstöd sprids och används inom hälso- och sjukvårdens verksamheter med särskilt fokus på primärvård.

SKL kommer att genomföra insatser för att:

- Särskilt stödja användningen av nationella kunskapsstöd inom primärvården och främja kunskapsutbyte mellan landstingen.
- Analysera nationellt viktiga förbättringsområden och genomföra insatser för att stödja en utveckling på dessa områden.
- Inom relevanta programråd bidra till ett mer samordnat kunskapsstöd när det gäller landstingens arbete med hälso- och sjukvård för asylsökande.
- Föreslå en långsiktig strategi för hur programråden ska förvaltas och finansieras av landstingen själva på längre sikt.

2.2.2 Utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd

På flera håll i landet arbetar landstingen med att ta fram egna diagnos- och behandlingsrekommendationer som fungerar som stöd i vården. Detta sker inom professionella grupperingar i respektive landsting och är ett omfattande arbete. Landstingen har kommit olika långt i detta arbete och vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården använder även kommersiella källor för sådan information.

I en studie som SKL genomförde under 2014 framkom att det fanns ett stort behov av kunskapsstöd i mötet med patienten och att arbetet med kunskapsstöd till primärvården behövde samordnas i syfte att öka förutsättningarna för en likvärdig vård över landet.

SKL har under 2015 genomfört ett förarbete som syftar till att undersöka hur diagnos- och behandlingsrekommendationer kan tas fram och förvaltas nationellt samt hur ett sådant arbete långsiktigt kan finansieras av landstingen. I projektet har ingått att beskriva vilka insatser som krävs, föreslå lämpliga tillvägagångssätt för arbetet, teknisk infrastruktur och en process för hur innehållet i rekommendationerna ska tas fram. Arbetet har skett i samverkan med bl.a. företrädare för landstingen, professionen och berörda myndigheter.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att genomföra insatser för att samordna landstingens arbete med att ta fram, sprida och tillämpa nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer inom

primärvården. Insatserna ska samordnas med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och relevanta it-lösningar. En viktig utgångspunkt är att skapa samordnade lösningar som underlättar för mottagare i hälso- och sjukvården att samlat ta del av relevanta kunskapsstöd. SKL kommer dessutom att lägga fram ett förslag på hur arbetet med behandlingsrekommendationerna kan förvaltas och finansieras på lång sikt inom landstingen.

2.2.3 Främja uppföljning inom primärvården

Under 2014 genomförde SKL en kartläggning av angelägna förbättringsområden och möjligheter för systematisk verksamhetsuppföljning inom primärvården. Kartläggningen visade att det fanns ett stort behov av att stödja en mer systematisk användning av de data som fanns att tillgå i respektive landsting. Verksamheterna inom primärvården hade inte alltid kännedom om sina resultat på aggregerad nivå och återkopplingen från huvudmännen var otillräcklig. Den visade också att det i många fall inte var möjligt att jämföra mellan landsting eftersom underlagen varierade och det inte fanns några gemensamt överenskomna indikatorer.

Under 2015 har SKL samverkat med landsting och nationella aktörer för att stödja utvecklingen av uppföljning i primärvården. Inom ramen för regeringens och landstingens gemensamma satsning på kvalitetsregister har indikatorer utvecklats i syfte att utgöra en första version av en nationell standard för verksamhetsnära uppföljning och utveckling inom primärvården. En ny datainsamling från landstingen har genomförts under hösten med utgångspunkt från dessa indikatorer. Inom ramen för den nationella kompetensgruppen har därutöver en särskild arbetsgrupp för uppföljning inom primärvården tillsatts som ska arbeta med fortsatt indikatorutveckling och presentation av data.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja uppföljning inom primärvården. I detta ingår att vidareutveckla de nationellt framtagna indikatorerna och stödja implementeringen av dessa i landstingen. Vidare ingår att främja samverkan mellan landstingen och att stödja landstingen i analys- och tolkningsfrågor som rör uppföljning av primärvårdens resultat.

2.2.4 Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat

Hälso- och sjukvården är en komplex miljö där traditionella styr- och ledningsformer inte alltid är tillräckliga för att styra organisationen på

ett ändamålsenligt sätt. Ledningssystemen behöver kompletteras med styrsystem som tar sikte på resultaten för patienterna. Det är viktigt att främja medarbetarnas delaktighet i denna process. För att möta detta behöver utbildning för ledare innehålla en mer mångfasetterad kunskap där förståelsen för system och teambaserat lärande står i centrum.

SKL har inom ramen för tidigare överenskommelser utvecklat ett webbaserat kompetensutvecklingsmaterial om att leda mot förbättrade patientresultat. Materialet riktar sig till första och andra linjens chefer och ledningsgrupper. I kompetensutvecklingsmaterialet finns till exempel information om att sätta mål, identifiera förbättringsområden, och att skapa hållbarhet i förbättringsarbetet.

Under 2015 har SKL arbetat med att stödja ledningsnivåerna att fokusera på förbättrade resultat för patienterna och ledning i komplexa system. Insatser har genomförts för att testa, vidareutveckla och sprida kompetensutvecklingsmaterialet.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja styrning och ledning som syftar till att stödja vården att bli mer patientcentrerad, ständigt förbättra resultaten för patienterna och underlätta användningen av bästa tillgängliga kunskap. I detta arbete ingår att sprida kompetensutvecklingsmaterialet om att styra mot förbättrade behandlingsresultat för patienterna.

2.2.5 Främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården

Under 2015 har SKL initierat ett projekt för att främja utvecklingen av nya patientcentrerade arbetssätt och metoder inom primärvården. Utgångspunkten har varit att utforma tjänster som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar. En systematisk nationell behovssegmentering har påbörjats för att få mer information om patienternas behov, drivkrafter och beteenden. En primärvårdsenhet från varje sjukvårdsregion (två i Uppsala-Örebro) har deltagit i projektet. Under 2015 har samtliga primärvårdsenheter påbörjat inventering av behov och insatser för att utforma och testa nya arbetssätt och metoder. Flera sjukvårdsregioner har också påbörjat planering för lärande och spridning av resultat till flera primärvårdsenheter i regionen.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja patientcentrerade arbetssätt inom primärvården. I detta arbete ingår att stödja de enheter som redan ingår i projektet samt spridningen och utökningen

inom respektive sjukvårdsregion utifrån regionernas behov och önskemål. SKL kommer även att skapa förutsättningar för spridning av nya arbetssätt och metoder mellan sjukvårdsregionerna.

2.2.6 Utvecklingsmedel till landstingen

Det är viktigt att insatser för att utveckla primärvården kan genomföras i landstingen och hos vårdgivare. Fördelning av stimulansmedel till landstingen ska ske i relation till deras befolkningsandel, baserat på befolkningsunderlaget den 31 december 2015.

En förutsättning för att få stimulansmedel ska vara att de insatser som genomförs har direkt koppling till de utvecklingsområden som ingår i överenskommelsen, dvs. spridning och tillämpning av nationella kunskapsstöd, behandlingsrekommendationer inom primärvården, ledarskapets betydelse för uppföljning av resultat samt utvecklingen av resultatuppföljning och patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården.

Landstingen ska även redovisa till SKL vilka insatser som har genomförts för utvecklingsmedlen. SKL kommer att ansvara för att sammanställa och redovisa insatserna till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2017.

2.2.7 Ekonomisk omfattning av insatserna

För insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar avsätts sammantaget totalt 78 000 000 kronor under 2016. Av dessa ska 48 000 000 kronor fördelas direkt till landstingen utifrån lokala behov och förslag på utvecklingsprojekt som har tydlig koppling till de utvecklingsområden som ingår i överenskommelsen.

2.2.8 Kommande överenskommelser och uppdrag till Socialstyrelsen

Parterna har för avsikt att ingå en överenskommelse om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar även för 2017, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för detta.

Utöver denna överenskommelse med SKL har regeringen även för avsikt att besluta om ett uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet. I uppdraget ska ingå bl.a. att stödja utvecklingen av nationella kunskapsstöd, främja tillämpningen av sjukdomsförebyggande metoder och att fördela statsbidrag till relevanta organisationer för

insatser som främjar utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Uppdraget ska omfatta totalt 68 000 000 kronor.

3. Samordnad uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet

Under de senaste åren har väntetiderna förbättrats på flera områden, men tillgänglighet och väntetider är fortfarande en utmaning inom hälso- och sjukvården, exempelvis inom cancervården och primärvården.

Den nationella väntetidsdatabasen har utvecklats för att kontinuerligt följa, återkoppla och visualisera uppföljningen samt ge insikter om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Uppföljningen omfattar såväl förstabetesök och återbesök som operationer/åtgärder och ledtider inom diagnostik.

Syftet med uppföljningen är att ge underlag till verksamhetsutveckling och jämförelser och på så sätt möjliggöra utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

För att säkerställa en regelbunden och kvalitetssäkrad inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen erbjuds landstingen att använda en automatiserad teknik med möjlighet till månatlig rapportering av primärvård och specialiserad vård.

3.1. Cancervården

Den nationella väntetidsdatabasen erbjuder möjlighet att realisera uppföljningen av aktuella mätpunkter i cancerledtider i arbetet med standardiserade vårdförlopp i cancervården, i enlighet med överenskommelsen om kortare väntetider i cancervården. Införandet av standardiserade vårdförlopp kräver att gemensamma definitioner av mätpunkter och urval, rutiner för registreringar och avvikelser etc. fastställs, tillsammans med metoder, anvisningar och tillämpningar av regelverk i nära samarbete med landstingen, Regionala cancercentrum (RCC) och Socialstyrelsen. Det är en väsentlig aktivitet i utvecklingen av de stödprocesser som behövs för en kvalitetssäkrad registrering och uppföljning av de standardiserade vårdförloppen i landstingens IT-stöd. Dessa måste omfatta hela det standardiserade vårdförloppet, oberoende av gränsövergångar mellan system och/eller utförare.

I den nationella uppföljningen under 2016 kommer mätpunkterna "beslut välgrundad misstanke" och "start av första behandling" att vara

obligatoriska. Dessa mätpunkter ska även kunna användas av andra intressenter som exempelvis kvalitetsregister via INCA-plattformen. Den uppföljning som idag finns som stöd för verksamhetsutveckling i landstingen kommer att utvecklas och anpassas specifikt för införandet av standardiserade vårdförlopp. Nuvarande uppföljning i den nationella väntetidsdatabasen utgör ett viktigt verktyg för att kunna se om, och i så fall förstå hur, tillgängligheten för övriga patienter eventuellt kan komma att förändras vid införandet av standardiserade vårdförlopp.

3.2 Primärvården

De nationella mätningarna av tillgängligheten till primärvården som omfattar samtliga landsting sker idag två gånger per år. Femton av landstingen rapporterar dock månadsvis, under årets alla månader, vilket presenteras på www.vantetider.se. Uppföljningen omfattar telefontillgänglighet och läkarbesök i enlighet med den nationella vårdgarantin. Det innebär att det idag inte finns någon nationell kontinuerlig uppföljning av primärvården ur annat perspektiv än vårdgarantiuppfyllelse.

SKL genomförde under 2014 projektet "Tillgänglighet i primärvård ur ett vårdvalsperspektiv" – modell för lokal registrering, uppföljning och automatiserad redovisning till den nationella väntetidsdatabasen, som en del i överenskommelsen om den s.k. kömiljarden. Projektet resulterade i ett förslag till en utvecklad modell där den nuvarande uppföljningen föreslås kompletteras med ett utökat antal urvalskriterier och utökad basinformation. Under 2016 kommer SKL att införa utökade möjligheter i den nationella väntetidsdatabasen uppföljning av primärvård i enlighet med projektets resultat.

Under 2015 har SKL samverkat med andra projekt och aktörer angående uppföljning av primärvård i syfte att utveckla en modell som kompletterar annan uppföljning ur ett tillgänglighetsperspektiv. Arbetet utgår från en helhetssyn på tillgänglighet och ska bidra till att ge en integrerad bild av primärvårdens struktur, resurser och resultat. Modellen ska ge möjlighet att redovisa vad man åstadkommer, samtidigt som den ska ge information för lokal planering, styrning, jämförelse och verksamhetsutveckling samt nationell uppföljning. Resultatet förväntas under 2016 ge underlag för att införa en utvecklad lokal och nationell uppföljning av primärvård.

För att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov är en väsentlig uppgift att stödja samverkan mellan

landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg, i det samarbetet har primärvården en mycket viktig roll. En särskild nationell uppföljning av vårdtillfällen i slutenvård har initierats inom ramen för projektet "Bättre liv för sjuka äldre. Projektet omfattar bl.a. indikatorerna "utskrivningsklara, undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar". Uppföljningen har ingått i överenskommelsen Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård 2015. SKL och landstingen ansvarar för förvaltningen av uppföljningen. Inom sammanhållen vård och omsorg har det tidigare saknats relevanta mått och indikatorer.

Uppföljningen av vårdtillfällen under 2016 utgör ett viktigt stöd för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov.

En utvecklad uppföljning av tillgänglighet i primärvården lokalt och nationellt, är ett viktigt instrument för utvecklingen av primärvården.

3.3 Insatser under 2016

SKL kommer under 2016 att:

1. Fortsätta arbetet med att vidareutveckla registrering och inrapportering av väntetider och ledtider till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med utvecklade modeller.
2. Ge landstingen stöd i övergången från manuell till automatiserad överföring till den nationella väntetidsdatabasen.
3. Tillsammans med landstingen implementera uppföljning av ledtider inom patologi i enlighet med modell för ledtider inom bildiagnostik.
4. Stödja landstingen i arbetet med implementeringen av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.
5. Ge underlag för utveckling och förbättringar i vårdförloppen inom cancervården genom att ha fokus på primärvård, förstabesök hos specialist, gastroskopi, kirurgiska åtgärder, återbesök och ledtider i nuvarande uppföljning samt utveckla den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med överenskommelsen om kortare väntetider i cancervården 2016.
6. Fortsätta arbetet tillsammans med landstingen att, med en särskild nationell uppföljning av vårdtillfällen i slutenvård som omfattar bl.a. indikatorerna "utskrivningsklara, undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar", ge stöd för att utveckla effektiva flöden och åtgärder för att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting

7. Utveckla modeller för förbättrad tillgänglighet inom primärvården för ökad kunskap och stöd till verksamhetsutveckling.
8. Tillgängliggöra information ur den nationella väntetidsdatabasen via Vården i siffror.

För dessa ändamål sammantaget avsätts totalt 9 000 000 kronor. Av dessa beräknas 3 900 000 kronor avsättas till förvaltning av den nationella väntetidsdatabasen och övriga medel till utvecklingsinsatser.

4. Mot en säkrare vård

Patientsäkerhet är ett viktigt kvalitetsområde inom hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft den 1 januari 2011, definierar begreppet vårdskada och reglerar exempelvis vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att informera patienten vid en inträffad vårdskada. Högt patientsäkerhet är också ett grundläggande krav enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Den vanligaste vårdskadan, även globalt sett, utgörs av vårdrelaterade infektioner (VRI). Utöver vårdrelaterade infektioner är kirurgiska skador, fallskador, överfylld urinblåsa, trycksår och skador orsakade av läkemedel de mest frekventa skadorna i samband med vård. Vårdskador orsakar lidande för enskilda och kostnader för samhället. Kostnaden för extra vård dagar orsakade av vårdskador har beräknats av SKL till ca 8 miljarder kronor. Den metod som idag används för att identifiera och mäta antalet vårdskador är strukturerad journalgranskning. Den första vårdskademätningen gjordes av Socialstyrelsen 2008.

Patientsäkerhetsöverenskommelserna mellan staten och SKL tecknades mellan 2011-2014. Under denna period avsattes även medel till bl.a. myndigheter och till SKL för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Utvecklingen inom centrala delar på patientsäkerhetsområdet har följts bland annat genom ett antal databaser som hanteras av SKL. Under 2015 avsattes medel till SKL för fortsatt förvaltning av databaserna och för fortsatt mätning av utvecklingen på patientsäkerhetsområdet.

Socialstyrelsen har genomfört ett antal insatser för att stödja vårdgivarnas arbete inom patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att följa utvecklingen på området i årliga

lägesrapporter. I april 2015 publicerades den senaste rapporten i vilken Socialstyrelsen bl.a. bedömer att landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete har utvecklats och att kunskapen om vårdskadornas omfattning och typ har ökat. Myndigheten bedömer att utvecklingen går åt rätt håll men att stora regionala skillnader föreligger.

SKL publicerade i september 2015 sin fjärde rapport om skador i vården. Rapporten visar att det totala antalet skador och vårdskador har minskat mellan 2013 och 2014. Den minskning som ses mellan åren innebär att uppskattningsvis 15 000–20 000 färre patienter årligen undviker en vårdskada, enligt SKL. Våren 2016 kommer SKL att publicera en fördjupad analys av utvecklingen över tid för de större skadeområdena, samt resultaten från mätningarna 2015.

Regeringen har tagit initiativ till att ta fram en nationell strategi mot antibiotikaresistens. Det är av betydelse att det i landstingen ges möjlighet att arbeta med implementering av de mål och insatser som beskrivs i strategin.

Inom ramen för det arbete med programråd som SKL bedriver har Nationell kompetensgrupp Strama bildats. Kompetensgruppen syftar till att samverka nationellt för att minska antibiotikaanvändningen och förebygga antibiotikaresistens.

Den långsiktiga hanteringen av Nationell kompetensgrupp Strama sker inom ramen för översynen av hur programråden ska förvaltas och finansieras av landstingen själva på längre sikt som SKL enligt denna överenskommelse ska genomföra (se avsnittet 2.2.1).

4.1 Insatser under 2016

De gemensamma nationella målsättningarna är enligt SKL:s plan att förebygga allvarliga vårdskador, förebygga vårdrelaterade infektioner och förebygga trycksår.

För att uppnå detta kommer SKL i samråd med landstingen bland annat att:

- Fortsätta mäta skador i vården månatligen både på sjukhus och kliniknivå genom strukturerad journalgranskning. Utveckling kommer också successivt att ske inom andra områden än den somatiska slutenvården.
- Genomföra punktprevalensmätningar en gång per år (vår) avseende VRI, basala hygienrutiner och klädregler, samt

trycksår och fortsätta utveckla användningen av Infektionsverktyget.

- Fortsätta mätningarna av överbeläggningar och mata in dessa i SKL:s databas.
- Fortsätta använda mätresultaten i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

SKL kommer under 2016 att arbeta kontinuerligt med överföringen av förvaltning och utveckling till löpande verksamhet. Förankringen sker via kontaktpersonsätverket inom patientsäkerhet och med hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Kommunikation sker även med representanter för den kommunala hälso- och sjukvården. Sammanställningar och analyser av data från nationella mätningar som görs sprids till landstingen i lärande syfte för att underlätta utvecklingen för alla landsting.

För dessa ändamål avsätts totalt 5 000 000 kronor. Därutöver avsätts 2 000 000 kronor för att stödja utvecklingsinsatser inom ramen för Nationell kompetensgrupp Strama, som en del i genomförandet i den nationella strategin mot antibiotikaresistens.

5. Förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel och medicinteknik

5.1 Insatser för förbättrad uppföljning på individnivå

Behovet av att kunna följa läkemedelsanvändningen på individnivå är stort, både i det kliniska arbetet och i uppföljningssyfte. Tillgång till individdata över läkemedelsanvändning är avgörande för heltäckande uppföljning som kan stärka kunskapen om och erfarenheterna av läkemedelsanvändningen och ytterst förbättra för den enskilde patienten att få god och säker vård. Det är av största vikt att uppföljning kan göras oavsett vårdform och oavsett distributionsform för läkemedlen. I dag är det dock betydligt lättare att följa användningen av receptförskrivna läkemedel i öppenvården, än användningen av rekvisitionsläkemedel i både öppen- och slutenvård.

Under 2015 har SKL arbetat med att kartlägga övergripande mål för uppföljning av läkemedelsanvändning samt inlett arbetet med en sammanhängande och användbar informationsstruktur - domänmodell - för läkemedel. Två områden har studerats mer i detalj: identifiering av läkemedel och hanteringen av information om landstingens läkemedelssubventioner utanför förmånen. Identifiering av läkemedel är en förutsättning för allt annat strukturarbete, och därmed en nödvändig start för domänmodellarbetet. Båda områdena

är centrala ur uppföljningssynpunkt och har under 2015 dessutom varit särskilt viktiga för aktuellt utvecklingsarbete nationellt och på landstingsnivå.

Under 2016 fortsätter SKL utvecklingen av domänmodellen. Fokus kommer då att vara ordination och administrering av rekvisitionsläkemedel. Huvudsyftet är att klargöra hur Läkemedelsregistret kan utökas med individdata om rekvisitionsläkemedel och att lämna förslag till en stegvis, långsiktig utbyggnad av registret. Ambitionen är också att arbetet ska stödja ett kommande införande av en samlad läkemedelslista genom att skapa större förståelse och enhetlighet i gränsen mellan läkemedelslistan och den lokala journalen. Därför kommer även informationsbehov i vårdens övergångar att beaktas. Arbetet kommer också att beskrivas som en "metodguide" för denna typ av verksamhetsnära arbete med informationsstrukturer. Målet är att det arbetssätt som utvecklas för läkemedelsdomänen ska kunna ligga till grund för strukturarbete inom andra områden som är centrala för vård och omsorg.

Vidare kommer SKL att fortsätta arbetet med att beskriva strukturen för landstingens subventioner av läkemedel utanför förmånen. Ett mer enhetligt och strukturerat sätt att uttrycka landstingens subventionsregler kommer att bidra till mer effektiva processer både inom landstingen och på apotek. Dagens rutiner är administrativt omfattande, och det är svårt för landstingen att följa upp såväl kostnader som medicinska resultat. Arbetet kompletterar den tekniska lösning som E-hälsomyndigheten utvecklar för läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen, vilket är den största gruppen landstingssubventionerade läkemedel. Under 2016 kommer SKL tillsammans med övriga intressenter inom området att ge ett förslag till hur strukturbeskrivningen ska användas. Arbetet är särskilt viktigt för att bidra till en enhetlig och jämlig tillämpning av patientlagen. Redan mer enhetliga beskrivningar i text förväntas bidra till effektivisering, men målet på sikt är att hitta möjligheter till en mer tekniskt automatiserad hantering.

5.2 Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar

Årligen tar Läkemedelsverket emot cirka 5 000 biverkningsrapporter ifrån hälso- och sjukvården. Med populationen över 9 miljoner och antalet potentiella rapportörer över 200 000 inom svensk hälso- och sjukvård, är det fråga om stora mörkertal i rapporteringen. I dag upplevs rapporteringen som alltför tidskrävande av flera instanser och bättre återkoppling efterlyses.

Rapportering av läkemedelsbiverkningar är en viktig förutsättning för att upptäcka brister i läkemedelshanteringen och öka läkemedelssäkerheten. Alla biverkningsrapporter från hälso- och sjukvården skickas idag till Läkemedelsverket, antingen via en pappersblankett eller via ett webb- formulär. Det finns behov av smidigare och användarvänligare inrapporteringssätt, t.ex. direkt inifrån journalsystem, för att motivera och stimulera ökad biverkningsrapportering och kunskapsåterföring för en ökad patientsäkerhet.

Läkemedelsverket fick 2013 i uppdrag av regeringen att ta fram ett koncept och lösningsförslag för att möjliggöra elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar från hälso- och sjukvården. Lösningskonceptet fick namnet Sjukvårdens elektroniska biverkningsrapportering (SEBRA). Läkemedelsverket har i sitt uppdrag identifierat grunden för en modern elektronisk rapportering och återkoppling av läkemedelsbiverkningar för hela hälso- och sjukvården.

För att sjukvården ska kunna utveckla och införa sin del av rapporteringsfunktionaliteten i vårdsystemen, behöver Läkemedelsverkets lösningskoncept involvera flera parter i informationskedjan, t.ex. landsting och journalsystemsleverantör. Bland annat behöver den nationella tjänsteplattformen, med tjänstekontrakt, specificeras så att den kan hantera biverkningsinformation mellan hälso- och sjukvården och Läkemedelsverket.

Elektronisk biverkningsrapportering minskar administrationen för förskrivaren och ökar patientsäkerheten på sikt. Det underlättar också för Läkemedelsverket och Sverige att kunna leva upp till regulatoriska krav. Det finns alltså en ömsesidig nytta för staten och landstingen att biverkningsrapporteringen blir elektronisk.

5.3 Insatser under 2016

Parterna är överens om att ha kontinuerlig avstämning om hur arbetet för förbättrad uppföljning av läkemedel på individnivå fortskrider under året. Konkreta resultat i form av förslag på utökning av Läkemedelsregistret, metodguide samt underlag för eventuell teknisk lösning för subventionshanteringen redovisas i december 2016. En analys av hur arbetet kan bedrivas vidare efter år 2016 ska under året genomföras. I detta arbete ingår att ta fram förslag på konkreta

resultat som skulle kunna uppnås på kort och lång sikt. Utifrån denna analys ska flera alternativ för det fortsatta arbetet redovisas.

Parterna är eniga om att det är angeläget att det påbörjade arbetet kan slutföras. Under 2016 – 2017 kommer därför en förstudie och en pilot att genomföras i två faser.

Under mars 2016-maj 2016 (fas I) genomförs en förstudie med syfte att identifiera processer och funktioner som behövs för att rapporteringen ska fungera optimalt för vården samt för att kopplingen till journalsystemen ska fungera. Förstudien ska bl.a. utgå från de arbeten som gjorts i Läkemedelsverkets projekt (SEBRA) samt ta hänsyn till utformningen av redan införda elektroniska rapporteringar mellan vården och andra myndigheter. Målet är att förstudien ska resultera i ett beslutsunderlag för att parterna ska kunna ta beslut om fortsatt förberedelse, planering, genomförande och utvärdering av pilot i skarp miljö. Mellan fas I och II kommer utvärdering och nytt finansieringsbeslut fattas. Regeringens beslut om att avsätta medel för fas 2 baseras på beslutsunderlag från fas 1.

Under perioden juni 2016 och juni 2017 genomförs, under förutsättning att finansieringsbeslut fattas, systemutveckling och pilot (fas 2) med syfte att förbereda, genomföra och utvärdera en skarp pilot i ett landsting. Med skarp pilot avses klinisk studie med elektronisk biverkningsrapportering från vårdsystem till mottagande system hos Läkemedelsverket. Syftet med piloten är att ge kunskap och vägledning för fortsatt anpassning av informationskedjan, effektiv framtida förvaltning samt patientsäkert och kostnadseffektivt nationellt införande.

Regeringens finansiering av förstudien och piloten innebär inte att landsting och regioner har gjort ett åtagande avseende implementering och långsiktig förvaltning.

För ändamålet avsätts totalt 6 000 000 kronor. Av dessa avsätts 5 000 000 kronor för förbättrad uppföljning av läkemedel på individnivå och 1 000 000 kronor för att genomföra en förstudie avseende biverkningsrapportering. Medlen för att genomföra en pilot och en utvärdering av piloten ingår ej i dessa medel. Regeringen kommer efter det att förstudien är genomförd att ta ställning till finansieringen av denna del.

5.4 Medicintekniska produkter

Varje år lägger hälso- och sjukvårdshuvudmännen i Sverige omkring 20 miljarder kronor på medicinteknik och utbudet av metoder och produkter ökar därtill kontinuerligt. Beloppet är jämförbart med den årliga statliga kostnaden för läkemedel inom förmånssystemet. Medicinteknik är ett brett område och inkluderar en mängd olika produkter och lösningar som används i vården och omsorgen. Röntgen- och strålbehandlingsapparatur, ortopediska implantat, stentar, skalpeller, journalsystem, rollatorer, pacemakers, dialysapparater och förband är några exempel. Det finns idag över 500 000 olika medicintekniska produkter världen över.

Av hälso- och sjukvårdslagen(1982:763)framgår att det ska råda en rimlig relation mellan kostnader och effekter av en vårdinsats. Det innebär att för de skattepengar som fördelas för medicinteknik ska patienter och brukare få ut mesta möjliga hälsa.

Flertalet landsting saknar tillräckliga resurser och nödvändig kompetens för att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar trots att landstingen har ett uttryckligt behov av ökat hälsoekonomiskt stöd i sitt beslutsfattande.

Under åren 2013-2014 bedrevs ett projekt runt ordnat införande av nya läkemedel, kallat OtiS. Projektet leddes av SKL och drevs inom ramen för överenskommelsen om kunskapsstöd och utveckling, i tät samverkan med myndigheterna Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket och SBU. I projektets uppdrag ingick från början även medicinsk teknik och metoder men efter det första året beslutade styrgruppen för projektet att projektet var så pass omfattande att det behövde avgränsas till läkemedelsområdet. Det innebar att medicinsk teknik fick avvakta. Den rekommendationsfunktion som föreslogs för ordnat införande, NT-rådet, tänktes dock in som en tänkbar funktion att bygga vidare på i framtiden, även för medicinsk teknik.

5.5. Insatser under 2016

Parterna är överens om att SKL tillsammans med landsting och regioner ska genomföra en förstudie kring ordnat införande av medicintekniska produkter. Förstudien syftar till att hitta former för landstingen att samarbeta kring och samordna ett mer ordnat och systematiskt införande av medicintekniska produkter och metoder. Dessutom ska förstudien kartlägga landstingens behov av hälsoekonomiska kunskapsunderlag samt på vilket sätt landstingen

kommer att använda dessa i införandeprocessen av medicintekniska produkter. Staten avser att parallellt med detta se över hur de statliga myndigheternas kunskapsunderlag på området kan bli mer samordnat samt analysera myndigheternas framtida roller på området.

För detta ändamål avsätts 500 000 kronor.

6. Utveckling av arbetet med uppföljning av vårdens processer och resultat

Det råder internationell konsensus om att verksamheterna inom hälso- och sjukvård kontinuerligt måste följas upp och utvärderas för att förbättras och nå de övergripande målen om god hälsa och vård för alla. En milstolpe för arbetet med att följa upp hälsosystemen i världen var WHO:s rapport *The World Health report 2000 - Health systems improving performance*. Därefter har många olika initiativ, både internationellt och i Sverige, inriktats på att utarbeta indikatorer och mått som syftar till att mäta, följa upp och beskriva viktiga aspekter av hälso- och sjukvården.

Utifrån denna övergripande intention har staten och SKL sedan 2006 i samförstånd arbetat med att mäta, följa och analysera processer och resultat med hjälp av bland annat rapporter med öppna jämförelser. Syftet har varit och är dels att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd i arbetet med att utveckla kvalitet och effektivitet, dels att stärka patienternas och invånarnas kunskap om sjukvården.

Transparent publicering av data och indikatorer som mäter processer och resultat inom hälso- och sjukvården utgör underlag för såväl nationella, regionala som lokala analyser. Analyserna fungerar sedan som grund för prioriteringar i verksamheternas förbättringsarbete.

Under 2014 och 2015 har SKL och övriga intressenter arbetat i linje med den inriktning som lades fast i en handlingsplan för arbetet med öppna jämförelser. Planen omfattade inriktningen på aktiviteter för åren 2014-2015, och togs fram av en arbetsgrupp med medarbetare från Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Famna och Vårdföretagarna.

Handlingsplanen syftade bl.a. till att ange inriktning och fokus för arbetet under 2014-2015, förtydliga aktörernas olika roller och ansvar, samt bidra till samordning och samverkan så att berörda aktörer arbetar mot gemensamma mål.

Följande två insatsområden prioriterades i handlingsplanen och är fortsatt relevanta för arbetet under 2016:

- Öka potentialen för analys och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården
- Förbättra tillgängligheten av indikatorer och data för olika intressenter

SKL har en särskilt viktig roll när det gäller att stödja det lokala och regionala förbättringsarbetet. Det handlar bl.a. om att bistå sjukvårdshuvudmännen med metodutveckling, kunskapsöverföring, tolkning av data och analys.

Under 2015 har SKL fortsatt arbetet med att skapa ett mer flexibelt och ändamålsenligt stöd utifrån den övergripande inriktningen i handlingsplanen. Avsikten är bland annat att skapa en webbaserad presentation av indikatorer som kan anpassas utifrån respektive verksamhets behov. En enhetlig teknik för att tillgängliggöra och publicera indikatorer från olika källor har tagits fram för att möjliggöra det. Genom att använda den nationella tjänsteplattformen, en nationell infrastruktur för dataöverföring, skapas förutsättningar för presentation av indikatorerna med automatiska uppdateringar på olika webbplatser, till olika målgrupper, utan dubbelarbete.

Ett webbaserat system för att beskriva och definiera indikatorer, den s.k. kvalitetsindikatorkatalogen, har också byggts upp. Överföring av data och publicering av indikatorer sker nu inom denna webblösning för några nationella kvalitetsregister, databasen väntetider i vården samt den nationella patientenkäten. Data blir på så sätt mer aktuella, vilket gör att landstingen och verksamheterna kan dra mer nytta av dem. Förberedelser har även gjorts för att kunna presentera data för andra tillgängliga indikatorer i denna webblösning.

6.1 Insatser under 2016

Under 2016 kommer arbetet fortsatt att utgå från inriktningen i den handlingsplan som nämns ovan.

6.1.1. Från data till förbättringsarbete

SKL har ett särskilt ansvar för att stödja landstingen och sjukvårdens verksamheter så att rapporteringarna omsätts i lokalt analys- och förbättringsarbete. Särskilda målgruppsanpassade analyser och aktiviteter kommer därför att genomföras av SKL i samråd med landstingen för att identifiera förbättringsområden. Det kan handla

om områden där de regionala skillnaderna är särskilt stora, där det finns generell förbättringspotential eller områden där det finns omotiverade skillnader mellan olika patientgrupper. Stödet kommer att anpassas till lokala och regionala förutsättningar. Det kan till exempel handla om utbildning och analysstöd, samt att främja samutnyttjande av kompetens mellan landsting och regioner.

Inom ramen för detta arbete kommer SKL också, i samverkan med landstingen, att ta fram särskilda landstingsprofiler. En viktig del i arbetet är att utforma presentationer och analyser av vårddata så att det enskilda landstingets användning av dessa kunskapsunderlag underlättas.

6.1.2. Utvecklad tillgänglighet av data och indikatorer

Arbetet med att systematiskt ta fram och förvalta gemensamma indikatorer behöver fortgå kontinuerligt. Arbetet kommer att drivas gemensamt av de nationella aktörerna. SKL kommer därför fortsatt att samverka med Socialstyrelsen i arbetet med indikatorbaserade jämförelser. SKL ska vidare upprätthålla ett nära samarbete med landstingen, och företrädare för kvalitetsregister och andra relevanta källor om aktuella data och relevanta indikatorer för publicering i olika rapporter och verktyg.

SKL kommer vidare att fortsatt stödja anslutning av fler källor till nationella tjänsteplattformen, samt i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett mer automatiserat och kontinuerligt datautbyte.

Slutligen kommer SKL att fortsatt ansvara för förvaltning och utveckling av databasen KPP (kostnad per patient) och KPP inom psykiatri så att dessa uppgifter, i högre grad än i dag, kan ingå i arbetet med öppna jämförelser. Uppgifterna i databasen ska också på sikt i högre utsträckning utgöra grund för riktade studier kring effektivitet. En vidareutveckling under 2016 blir att möjliggöra presentation av data med KPP som källa tillsammans med övriga data.

För insatserna för avsätts totalt 7 950 000 kronor.

8. Ekonomiska villkor och verksamhetsrapport

Beslut om utbetalning av 108 450 000 kronor ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg regleringsbrevet för 2016 avseende anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposterna 3 Långvariga och kroniska sjukdomar, 15 Säkrare och effektivare hälso- och sjukvård, 18 God vård och folkhälsa,

29 Ordnat införande och strukturerad uppföljning samt anslag 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2016. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

SKL kommer att lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2017, om inte annat anges. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidraget. En prognos över bidragsförbrukningen för 2016 samt en delredovisning ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 oktober 2016.

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisningen inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

9. Uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och utvärderas.

10. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och landstings styrelse samt att riksdagen beslutat att bevilja erforderliga medel.

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Stockholm den 14 december 2015

Stockholm den 14 december 2015

Agneta Karlsson
Statssekreterare

Håkan Sörman
Verkställande direktör

11. Bilagor

11.1 Bilaga 1: Fördelning av medlen inom överenskommelsen.

Insatsområde	Mnkr	Sid
Insatser inom ramen för satsningen på kroniska sjukdomar	78	13
Medel till SKL för att främja de områden som ingår i överenskommelsen	30	
Medel till utvecklingsinsatser inom landstingen	48	
Tillgänglighet	9	16
Medel till SKL för väntetidsdatabasen, förvaltning etc.	3,9	
Medel till SKL för olika utvecklingsinsatser	5,1	
Patientsäkerhet	7	18
Insatser inom patientsäkerhetsområdet	5	
Nationell kompetensgrupp Strama	2	
Förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel	6,5	21,
		23
Insatser för förbättrad uppföljning på individnivå	5	
Biverkningsrapportering	1	
Medicintekniska produkter	0,5	
Utveckling av vårdens processer och resultat	7,95	25
Totalt för överenskommelsen	108,45	26

11.2 Bilaga 2: Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
<p>1. Kontaktuppgifter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress 	<p>1. Kontaktuppgifter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
<p>2. Bidrag som ansökan avser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden 	<p>2. Bidrag som ansökan avser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
<p>3. Uppgifter för utbetalning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens 	<p>3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag -- kostnader)
<p>4. Underskrift i original av behörig företrädare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande 	<p>4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Namn • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress
	<p>5. Underskrift i original av behörig företrädare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande



Sveriges
Kommuner
och Landsting

MEDELANDE FRÅN
STYRELSEN NR 14
2015-12-18

Vårt dnr
15/0081

LANDSTINGET VÄSTMANLAND
ANKOM

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna
2015 -12- 2 1

Avd för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Gunilla Gunnarsson

Dnr. LTY15/1691-1

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om Kortare väntetider i cancervården 2016

Dnr 15/06016

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 december 2015 beslutat

att godkänna förslaget till överenskommelse om Kortare väntetider i cancervården 2016, samt

att i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen.

Bakgrund

I betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) lämnades förslag till en strategi för svensk cancervård med inriktning på bland annat förebyggande arbete, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård, kunskapsbildning och kunskapsspridning. Sedan 2009 har staten och SKL slutit överenskommelser om stöd till cancervårdens utveckling och det nationella arbetet genom Regionala cancercentrum i samverkan.

Genom insatserna har cancervården vidareutvecklats och stärkts under de senaste åren vilket visas bl.a. i Öppna Jämförelser cancer 2014. Uppföljningar av cancervårdens tillgänglighet visar dock på att väntetiderna är långa och att de regionala skillnaderna är stora.

Regeringen och SKL enades därför om en överenskommelse 2015 som första delen i en fyraårig satsning under beteckningen "Varje dag räknas". Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma kortare väntetider och minska de regionala skillnaderna är att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp. Det handlar i första hand om att förkorta vårdförloppet mellan att välgrundad misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart. Under 2014 togs det fram underlag för standardiserade vårdförlopp för fem pilotdiagnoser och under 2015 har ytterligare 13 vårdförloppsunderlag tagits fram.

När de standardiserade vårdförloppen införs i vården utgår man från det framtagna underlaget. Landsting ansvarar för att de standardiserade vårdförloppen införs.

Nyckelområden för arbetet är införandet av "välgrundad misstanke" efter en nationell definition, införande av koordinatorfunktion och införandet av obokade tider hos utredande enheter.


Samtliga landsting beslutade under 2015 att införa ett system med standardiserade vårdförlopp i cancervården och i mars 2015 lämnade de in en handlingsplan till Regeringskansliet för hur de avsåg att införa systemet. I november 2015 lämnade dessutom alla landsting in en redovisning för hur de hade arbetat med inlämnad handlingsplan.

För 2016 har 444 miljoner kronor avsatts för överenskommelsen. Ersättningen fördelar sig på följande insatsområden:

- 406 miljoner kr i stimulansmedel till landsting/regioner för införande av ytterligare tretton standardiserade vårdförlopp.
- 9 miljoner kr till SKL för RCC i samverkans arbete med framtagandet av ytterligare standardiserade vårdförlopp, nationellt stöd och kommunikationsinsatser.
- 18 miljoner kr till RCC, varav 12 mkr (2 miljoner kr till vardera RCC) gäller RCC:s regionala stödjande, stimulerande och sammanhållande arbete vid införandet av standardiserade vårdförlopp samt 6 mkr (1 mkr per RCC) att nyttjas för stöd till verksamhetens utveckling av multidisciplinära konferenser.
- 11 miljoner kronor till SKL för övrigt arbete inom cancerområdet bl.a. fortsatt stöd för RCC i samverkans arbete, utveckling av nationella vårdprogram och fortsatt nivåstrukturerings av cancervården.

Överenskommelsen om Kortare väntetider i cancervården 2016 redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting



Lena Micko
Ordförande



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Kortare väntetider i cancervården 2016

Överenskommelse mellan staten och Sveriges
Kommuner och Landsting

Innehåll

1. INLEDNING	3
2. BAKGRUND	4
3. MÅLSÄTTNING	6
4. ETT GEMENSAMT SYSTEM MED STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP	6
5. ORGANISATION OCH ANSVARFÖRDELNING	8
6. DEN EKONOMISKA OMFATTNINGEN AV ÖVERENSKOMMELSEN	9
7. GRUNDLÄGGANDE KRAV OCH BERÄKNINGSMODELL	10
7.1 Grundläggande krav	10
7.2 Beräkningsmodell	12
8. STÖD TILL UTVECKLINGEN AV ETT SYSTEM MED STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP	12
8.1 Nationellt stöd	12
8.2 Regionalt stöd för utveckling	13
9. ÖVRIGA INSATSER PÅ CANCEROMRÅDET	14
9.1 RCC i samverkan	15
9.2 Fortsatt arbete med nationella vårdprogram	15
9.3 Nationell nivåstrukturerings	15
9.4 Min vårdplan	16
9.5 Kompensförsörjning inom barncancervården	16
10. EKONOMISKA VILLKOR	16
10.1 Ekonomiska villkor för medel till landstingen	16
10.2 Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL	17
11. KOMMANDE ÖVERENSKOMMELSER	18
12. UPPFÖLJNING	18
13. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	18

1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden bland Sveriges befolkning ökar och antal döda i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar förutsätter ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljning av vårdresultat att det finns obefogade skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vårdprocesser som utgår från patientens behov. Vården behöver samordna sina insatser i större utsträckning. Det gäller såväl mellan olika delar av vården som mellan kommuner och landsting. Patienternas delaktighet i den egna vården behöver också förbättras. Vårdens ledare och medarbetare har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styrsignaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvad samverkan.

Överenskommelserna ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmonster klarläggs och analyseras i förhållande till de jäm-

ställdhetspolitiska målen liksom att eventuella brister i jämställdhets-
hänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommel-
serna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt.
Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempel-
vis ålder, etnicitet, sexuell läggning/identitet, funktionsförmåga m.fl. ska
beaktas i analysarbetet.

På hälso- och sjukvårdsområdet syftar överenskommelserna under 2016
till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov
samt är tillgänglig, säker, effektiv och av god kvalitet. Hälso- och
sjukvården ska vara jämlik och ges utifrån behov oavsett t.ex. kön,
socioekonomisk bakgrund eller födelseland.

Hälso- och sjukvårdens medarbetare är dess viktigaste resurs och en
förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna
stödjer en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med imple-
mentering av bästa tillgängliga kunskap. Värde av forskning och inno-
vation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommel-
serna. Samverkan med akademi och näringsliv för att bidra till utveckl-
ingen av nya behandlingar och ny teknik för en effektivare vård är
central.

Överenskommelserna omfattar all vård som är offentligt finansierad,
oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som
privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård och som finansieras av
landstingen kan komma att omfattas.

Regeringen avser att avsätta 500 000 000 kronor per år 2015-2018 för att
skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård med fokus på att korta
väntetiderna och minska de regionala skillnaderna, under förutsättning
att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande. I den
här överenskommelsen har därför regeringen och SKL enats om att
genomföra vissa insatser på cancerområdet.

2. Bakgrund

Under de senaste åren har flera insatser initierats inom ramen för den
nationella cancerstrategin med syfte att få en mer jämlik vård både inom
och mellan landsting. Det har skett bland annat genom inrättandet av sex
regionala cancercentrum (RCC). Syftet med RCC är att få mer fokus på
prevention, nå en ökad vårdkvalitet, nå förbättrade vårdresultat, korta
väntetiderna samt att få ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och

sjukvårdens resurser. Genom regional och nationell samverkan ska RCC bidra till en mer patientfokuserad, jämlik, säker och effektiv cancervård. Det har dessutom tagits fram ca 25 nationella vårdprogram som har fastställts av RCC i samverkan och ytterligare ett tiotal är under framtagande eller remissbehandling. Genom dessa och andra insatser har cancervården vidareutvecklats och stärkts under de senaste åren vilket visas bl.a. i Öppna Jämförelser.

Under 2015 har det pågått ett arbete inom flera områden, t.ex.:

- Arbetet med nationella vårdprogram har fortsatt under året. För närvarande finns det 36 nationella vårdprogram fastställda, under revidering eller under framtagande. Tio av dessa vårdprogram har fastställts under 2015.
- Ett arbete för att inkludera kvalitetsdokument inom patologi i de nationella vårdprogrammen har påbörjats i enlighet med överenskommelsen för 2015.
- Ett vårdprogram för primärvården har tagits fram inom prostatacancerområdet. För närvarande pågår det inom SKL ett arbete med att ta fram ett generiskt underlag för behandlingsriktlinjer för primärvården. Primärvårdsprogram inom cancerområdet kommer framöver att bygga på detta arbete.
- En app har tagits fram för såväl nationella vårdprogram som standardiserade vårdförlopp. Den har under årets lanserats under namnet "Cancervård".
- Under 2015 har det nationella arbetet med nivåstrukturering tagit ett viktigt steg framåt. Botande kirurgi vid peniscancer utförs idag vid två enheter i Sverige och RCC i samverkan har till landstingen remitterat ytterligare sju åtgärder inom olika diagnoser för nationell nivåstrukturering. Samtidigt har ytterligare sju områden bedömts av sakkunniggrupper.
- Den nationella tarmcancerscreeningstudien fortgår som planerat, 32 sjukhus deltar nu i studien. Under 2015 har en avancerad utbildning för koloskopister anordnats för att säkerställa hög kvalitet vid koloskopi.

Uppföljningar av cancervårdens tillgänglighet visar att väntetiderna är långa, både för män och kvinnor, och att de regionala skillnaderna är stora. För flera cancerformer får patienten i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar av landet. Inget landsting har dock genomgående långa väntetider och det är inte samma landsting som ligger i toppen respektive botten. Skillnaderna mellan landstingen indikerar att det finns potential att förbättra tillgängligheten generellt genom bl.a. utvecklade arbetssätt.

Regeringen och SKL enades därför i en överenskommelse 2015 om att korta väntetiderna i cancervården. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är att fortsätta arbetet med att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (se avsnitt 4).

3. Målsättning

Målet med regeringens cancersatsning och denna överenskommelse 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. Det handlar i första hand om att förkorta vårdförloppet mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är att som tidigare nämnts införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp (se avsnitt 4). Införandet av vårdförloppen ska i sin tur leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Inom ramen för satsningen kommer även frågan om behovet av särskilda målnivåer för de standardiserade vårdförloppen att beaktas.

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av vårdförloppen även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

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.

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter genom att standardiserade vårdförlopp som ingår i överenskommelserna är implementerade (se avsnitt 7.1).

Cancersatsningen ska utformas så att erfarenheter, slutsatser och resultat så långt möjligt kan komma till nytta även på andra områden inom hälso- och sjukvården.

4. Ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp

Arbetet med att förbättra tillgängligheten inom cancervården utgår från ett gemensamt nationellt definierat system med standardiserade vårdförlopp. Dessa vårdförlopp beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom respektive cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna. Tidsgränserna

utgår enbart från värdeskapande tid och kommer att variera mellan diagnoser och olika behandlingar. Det standardiserade vårdförloppet börjar med beslut om remiss till följd av välgrundad misstanke om viss cancerdiagnos och följs sedan av utredning och behandling i detta första skede. Vårdförloppet kan senare komma att utökas med fortsatta behandlingar och uppföljningar. Förebilden kommer från Danmark som arbetat med standardiserade vårdförlopp (s.k. pakkeforløb) sedan 2007. Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska sedan en individuell vårdplan planeras för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Ett standardiserat vårdförlopp har ett multidisciplinärt upplägg och involverar både primärvården och den specialiserade vården som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten.

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. På så sätt ska patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården förbättras och vården ska bli mer jämlik.

Beskrivningarna av standardiserade vårdförlopp för de enskilda cancerformerna har en bred målgrupp som bland annat innefattar vårdpersonal, tjänstemän, politiska beslutsfattare och patientföreträdare.

Framtagandet av de standardiserade vårdförloppen sker med utgångspunkt från de nationella vårdprogramgrupperna och utgår från en manual för att utforma dessa vårdförlopp. Utöver redan befintliga professioner i vårdprogramgrupperna ska även följande representanter delta i arbetet med varje enskilt vårdförlopp: primärvårdsföreträdare, representanter för patologi och bild- och funktionsmedicin, en sjuksköterska samt en patientrepresentant. Samverkan ska dessutom ske med aktuella kvalitetsregister så att det säkerställs att de indikatorer för kvalitetsuppföljning som specificeras kan följas upp i registren.

Under 2014 togs det fram standardiserade vårdförlopp för fem pilotdiagnoser som sedan infördes under 2015. År 2015 togs det fram ytterligare 13 vårdförlopp som ska införas under 2016 (se *bilaga 3*).

När de standardiserade vårdförloppen införs i vården utgår man från det framtagna underlaget. Landstingen ansvarar för att de standardiserade vårdförloppen införs. Nyckelområden för arbetet är införandet av "välgrundad misstanke" efter en nationell definition, införande av koordinatorkfunktion och införandet av obokade tider hos utredande enheter.

Samtliga landsting har beslutat om att införa ett system med standardiserade vårdförlopp i cancervården och i mars 2015 lämnade de in en handlingsplan till Regeringskansliet (Socialdepartementet) för hur de avser att införa detta system. I november 2015 lämnade dessutom alla landsting in en redovisning för hur de har arbetat med inlämnad handlingsplan.

SKL har ansvarat för uppföljningen av väntetider inom cancervården via den nationella väntetidsdatabasen. En av förutsättningarna för uppföljningen har varit att den ska ske automatiserat från landstingens vårdadministrativa system och att presentation av resultat ska ske utan fördröjning.

För att göra det möjligt att följa det standardiserade vårdförloppet i landstingens system, över organisationsgränser och ibland över landstingsgränser, infördes KVÅ-koder för de olika processtegen som också utgör mätpunkter. Socialstyrelsen ansvarar för inrättandet och förvaltningen av dessa nationella koder. Samtliga landsting har funktioner för registrering och uppföljning av KVÅ-koder. Socialstyrelsen har skapat generella koder som specificeras för respektive standardiserat vårdförlopp. SKL har utarbetat kodvägledningar och förslag till rutiner för registrering och uppföljning. Arbetet med att skapa förutsättningar för implementering av KVÅ-koderna och uppföljning har skett i samverkan mellan Socialstyrelsen, RCC, landstingen och SKL.

Under hösten 2015 har några landsting påbörjat rapporteringen och för december månad förväntas samtliga landsting rapportera.

Patienternas erfarenheter av och synpunkter på cancervården är viktiga underlag i sjukvårdens utvecklingsarbete med de standardiserade vårdförloppen och resultaten bör dessutom användas för att utveckla och förbättra cancervården utifrån ett patientperspektiv. SKL och RCC har därför tagit fram en PREM-enkät (Patient Reported Experience Measures) som bygger på arbetet med nationell patientenkät (NPE). PREM är ett begrepp som innebär att patientens upplevelser mäts på ett strukturerat sätt. PREM-enkäten kommer att börja användas 2016 i enlighet med de rutiner som har arbetats fram (se avsnitt 7.1).

5. Organisation och ansvarsfördelning

Arbetet med de strategiska frågorna leds av Regeringskansliet (Socialdepartementet) och beslutas genom uppdrag till myndigheter och årliga överenskommelser med SKL. Till stöd har Regeringskansliet (Socialdepartementet) inrättat en nationell expertgrupp bestående av

representanter med olika expertkunskaper inom cancerområdet, bl.a. från RCC, professionerna och patientorganisationerna. Expertgruppen är rådgivande i strategiska frågor som rör satsningens utformning, genomförande och uppföljning.

RCC i samverkan ansvarar för att uppdra åt de nationella vårdprogramgrupperna att ta fram förslag på de standardiserade vårdförlopp som bör gälla för respektive cancerdiagnos och även lämpliga tidsgränser för dessa. Underlagen tas fram i enlighet med en manual som RCC i samverkan har beslutat om. Därutöver tar RCC i samverkan fram mallar för landstingens rapportering till Regeringskansliet (se avsnitt 7.1). En samordnare utsedd av RCC i samverkan ansvarar för att leda de nationella vårdprogramgruppernas arbete med framtagande av förslag på standardiserade vårdförlopp. Samordnaren rapporterar kontinuerligt till RCC i samverkan och den nationella expertgruppen. Erfarenheter tas på så sätt tillvara för fortsatt arbete.

RCC i samverkan ansvarar för löpande operativa beslut gällande arbetet med standardiserade vårdförlopp. För vissa operativa frågor som behöver beslutas under pågående verksamhetsår har dock SKL inrättat en grupp med representanter från SKL, landstingen och RCC. Gruppen fastställer framtagna standardiserade vårdförlopp samt tar ställning till frågor av stor vikt för huvudmännen, t.ex. principer för välgrundad misstanke. Frågorna är förberedda i RCC i samverkan och så långt möjligt diskuterade med den nationella expertgruppen. Syftet med gruppens arbete är att underlätta så att införandet av standardiserade vårdförlopp i landstingen kan bedrivas effektivt och med god fart.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) har upprättat en referensgrupp för kommunikationsarbetet inom ramen för cancersatsningen. Referensgruppens uppgift är att vara rådgivande och föreslå inriktningen för eventuella kommunikationsinsatser (se bl.a. avsnitt 8.1). I referensgruppen ingår representanter från bl.a. SKL, RCC, landstingen och företrädare för patientorganisationerna.

6. Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Överenskommelsen för 2016 omfattar totalt 444 000 000 kronor avsett för olika insatser som syftar till att korta väntetiderna i cancervården och göra den mer jämlik.

Av de totala medlen är 406 000 000 kronor avsett som stimulansmedel till landstingen. Parterna är överens om att för att landstingen ska kunna ha möjlighet att få ta del av dessa stimulansmedel måste de uppfylla vissa

grundläggande krav (se avsnitt 7). Utbetalning av dessa medel sker i början på april och i slutet av november 2016, se vidare avsnitt 10.

Överenskommelsen omfattar också 9 000 000 till SKL för nationellt stöd genom RCC i samverkan (se avsnitt 8.1).

Överenskommelsen omfattar också 18 000 000 kronor för regionalt stöd genom bl.a. RCC:s stödjande, stimulerande och sammanhållande arbete (se avsnitt 8.2).

Utöver medlen som är kopplade till väntetidssatsningen omfattar dessutom överenskommelsen 11 000 000 kronor för övrigt arbete inom cancerområdet bl.a. utveckling av nationella vårdprogram och fortsatt arbete med nationell nivåstrukturering (se avsnitt 9).

7. Grundläggande krav och beräkningsmodell

De grundläggande krav som ingår i överenskommelsen för 2016 är alla viktiga byggstenar för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik cancervård.

7.1 Grundläggande krav

Införande av standardiserade vårdförlopp och inlämnande av handlingsplan

Till de landsting som fortsätter att införa standardiserade vårdförlopp i enlighet med denna överenskommelse fördelas 203 000 000 kronor (se avsnitt 4). En förutsättning för att få ta del av medlen är att de fem standardiserade vårdförlopp som skulle införas 2015 är implementerade i landstinget. För att få ta del av medlen ska dessutom landstinget tillsammans med RCC ta fram och lämna in en handlingsplan enligt framtagna mall för hur de avser att fortsätta att arbeta med de fem standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015 och hur de avser att införa 13 nya standardiserade vårdförlopp under 2016 (se *bilaga 3*). Respektive landsting är ansvarigt för att den egna handlingsplanen tas fram. RCC:s uppgift är att ge stöd till landstingen i deras arbete med att ta fram handlingsplanen samt att hålla samman arbetet regionalt. I arbetet med handlingsplanen ska patientföreträdare involveras. Handlingsplanen ska innehålla svar på följande frågor:

- Beskriv läget för de fem standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015.
- Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015 (mätpunkt den 31 januari 2016)?
- Hur avser landstinget att införa 13 nya standardiserade vårdförlopp under 2016?

- Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015 lett till förändringar i upplägget inför 2016? I så fall på vilket sätt?
- Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter och representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?
- Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införande av koordinatorfunktion och obokade tider?
- Har landstinget, utifrån 2015-års arbete, erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.
- Hur säkerställer landstinget att primärvårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp?
- När planerar landstinget att koordinatorfunktion och obokade tider för de nya standardiserade vårdförloppen ska vara i drift?
- Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya standardiserade vårdförloppen och hur avser man att lösa dessa?
- Bedömer landstinget att undanträngningseffekter kan komma att uppstå under 2016 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.
- Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i det fortsatta arbetet med de införda standardiserade vårdförloppen?
- Hur har landstinget löst frågor gällande överföring av information om uppföljningsdata när flera landsting har ansvar för olika delar i ett enskilt standardiserat vårdförlopp? Hur avser landstinget arbeta med den PREM-enkät som tagits fram och ska införas under 2016?

Respektive RCC ska samlat skicka in landstingens handlingsplaner till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 mars 2016.

Redovisning av arbetet enligt inlämnad handlingsplan

Till de landsting som lämnar in en redovisning enligt framtagna mall för hur de har arbetat enligt inlämnad handlingsplan under 2016 fördelas 203 000 000 kronor. I redovisningen ska det framgå att de 13 nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2016. Ett standardiserat vårdförlopp räknas som infört när patienter med välgrundad misstanke har remitterats för start av standardiserat vårdförlopp alternativt beslut har tagits om att starta ett standardiserat vårdförlopp. Patienter ska ha genomgått utredning enligt det standardiserade

vårdförloppet och startat behandling eller avslutats på annat sätt. Vidare ska det framgå av redovisningen hur landstingen har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser. Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 november 2016.

För att få ta del av medlen ska den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC och som bygger på arbetet med nationell patientenkät (NPE) användas under 2016, se även avsnitt 4. Kravet gäller för de fem standardiserade vårdförlopp som har implementerats 2015 men önskvärt är att även de standardiserade vårdförlopp som införs 2016 utvärderas med enkäten. Resultaten ska kunna användas såväl nationellt som regionalt och lokalt.

7.2 Beräkningsmodell

Fördelningen av stimulansmedlen mellan landstingen sker i relation till deras befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 31 december 2015. Under 2015 har ett arbete pågått för att se över om det finns behov av att utveckla beräkningsmodellen för fördelning av medel 2016 men parterna ser i nuläget inte ett behov av en alternativ beräkningsmodell.

8. Stöd till utvecklingen av ett system med standardiserade vårdförlopp

För insatserna under avsnitt 8.1 tilldelas RCC i samverkan genom SKL 9 000 000 kronor. Medlen ska användas för nationellt stöd till landstingen i arbetet med att utveckla ett system med standardiserade vårdförlopp. De insatser som RCC i samverkan ansvarar för är vårdrelaterade. Insatserna är av sådan karaktär att de inte är lämpliga för annan anordnare att utföra.

SKL ska dessutom utbetala 12 000 000 kronor till RCC:s stödjande, stimulerande och sammanhållande arbete samt 6 000 000 kronor för arbetet med multidisciplinär konferens (se avsnitt 8.2).

8.1 Nationellt stöd

8.1.1 Nationellt stöd till det regionala och lokala arbetet

RCC i samverkan ska vara nationellt stödjande, stimulerande och samordnande i arbetet med att införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp. RCC i samverkan ska stödja det regionala arbetet genom att leda de regionala projektledarnas gemensamma arbete och ta fram mallar för handlingsplaner och rapporter från landstingen.

8.1.2 Framtagande av nya standardiserade vårdförlopp

Som nämns i avsnitt 5 ansvarar RCC i samverkan för att uppdra åt de nationella vårdprogramgrupperna att ta fram förslag på de standardiserade vårdförloppen. Under 2016 ska det tas fram ett tiotal standardiserade vårdförlopp. RCC i samverkan ska, efter samråd med den nationella expertgruppen, senast den 31 januari 2016 besluta på vilka områden dessa vårdförlopp ska tas fram.

I arbetet ingår även att ta fram primärvårdsversioner av de 13 standardiserade vårdförlopp som ska implementeras under 2016.

8.1.3 Kommunikation

RCC i samverkan ska stödja RCC:s och landstingens arbete med att kommunicera dels målen med satsningen, dels de förändringar som de standardiserade vårdförloppen innebär. RCC ska delta i arbetet med att ta fram underlag för dialog om satsningen inom verksamheterna. RCC:s webb, som fungerar som ett nav för kommunikationsstödet till landstingen, ska ytterligare stärkas. RCC:s webb utgör bl.a. en viktig plattform för remisshanteringen av nya standardiserade vårdförlopp samt för eventuella revideringar. Uppföljningen av nationellt redovisade ledtider, resultaten från PREM-enkäten m.m. ska dessutom redovisas på RCC:s webb. Arbetet med att utveckla informationen på 1177 ska fortsätta för de standardiserade vårdförlopp som ska införas under 2016.

8.1.4 Mötesplats för kunskapsutbyte

RCC i samverkan ska initiera ett nätverk för kunskapsutbyte gällande standardiserade vårdförlopp och dess implementering samt uppföljning av effekter för patienterna. Särskilt angeläget är att följa och jämföra utvecklingen i Danmark, Norge och Sverige mot bakgrund av de nordiska ländernas pågående satsningar på cancerområdet i form av cancerstrategi - cancerplaner, nivåstrukturering - specialplaneläggning, pakkeförlopp - standardiserat vårdförlopp m.m.

8.2 Regionalt stöd för utveckling

8.2.1 Regionalt stöd till det lokala arbetet

De sex RCC ska vara stödjande, stimulerande och samordnande i arbetet med att införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp. I arbetet ingår bl.a. att bistå och stimulera landstingen i deras respektive utvecklingsarbete. RCC ansvarar för att lämna in landstingens handlingsplaner och redovisningar till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Respektive RCC ansvarar dessutom för att säkerställa att lärandetillfälle kommer till stånd i varje region. På detta sätt får landstingen och olika vårdgivare möjlighet att lära av varandra.

8.2.2 Utveckling av multidisciplinär konferens

En viktig del i ett standardiserat vårdförlopp är bedömning under utredning eller inför behandling, s.k. multidisciplinär konferens (MDK). Öppna Jämförelser cancer 2014 visar att MDK är olika införda för olika diagnoser även om en utjämning skett under senare år. Öppna jämförelser visar även på regionala skillnader. Vid t.ex. bröstcancer genomgår 97 procent av patienterna MDK inför operation och 98 procent efter operation men vid urinblåsecancer är siffran drygt 50 procent och med stora variationer mellan landstingen.

SKL har i enlighet med en tidigare överenskommelse inom cancerområdet, tillsammans med RCC, låtit genomföra en utredning av vilka förutsättningar som krävs för att organisera multidisciplinär konferens (MDK) inom olika diagnosområden. Slutsatserna från utredningen, som främst berör nationell MDK, har samlats i en rapport. För att en MDK ska bli tidseffektiv och för att samtliga patienter ska kunna bedömas behöver en rad olika faktorer hanteras och finslipas. I utredningsrapporten beskrivs hur arbetet bäst kan organiseras och bedrivas (Nationell multidisciplinär konferens - Ett ramverk 2015).

MDK behöver inrättas eller utvecklas för fler diagnoser. Respektive RCC ska under 2016 stödja och fördela huvuddelen av medlen till verksamheterna för utvecklingen av MDK med målet om en mer jämlik cancervård.

9. Övriga insatser på cancerområdet

Utöver insatserna i överenskommelsen kommer Socialstyrelsen utbetala 48 000 000 kronor till de sex RCC, i enlighet med ett särskilt regeringsbeslut från den 17 december 2015. Socialstyrelsen tilldelas dessutom 2 500 000 kronor för arbetet med att fördela medel till RCC och uppföljning av RCC.

Under 2016 ska insatser genomföras inom de områden som anges nedan. Huvuddelen av insatserna innebär en fortsättning på det arbete som har påbörjats under de senaste åren inom ramen för den nationella cancerstrategin. SKL svarar för ett nationellt stöd och samordnar RCC:s och landstingens insatser på nedanstående områden. För insatserna 9.1-9.5 tilldelas SKL 11 000 000 kronor.

Inom ramen för nationella cancerstrategin har arbete pågått med kvalitetsutveckling inom patologi samt en förstudie en kring hur samlad kompetens inom patologi kan bidra till kortare ledtider och mer kvalitativa och patientsäkra medicinska bedömningar över hela landet. Del av

de medel som regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 avseende en professionsmiljard kan användas för att åstadkomma en mer effektiv och ändamålsenlig organisering av arbetsfördelning och arbetsätt för nyckelkompetenser inom cancervården, såsom patologi.

9.1 RCC i samverkan

SKL ska fortsätta att vara en sammanhållande part för gruppen RCC i samverkan. Det gemensamma arbetet inom ramen för RCC i samverkan kommer ha en central roll i arbetet med väntetidssatsningen 2015-2018.

SKL kommer att främja att nationellt angelägna områden för jämlik vård kommer upp för diskussion och att formerna för samverkan ytterligare utvecklas. SKL kommer också verka för att värdefulla erfarenheter från tidigare arbeten inom den nationella cancerstrategin implementeras inom RCC.

9.2 Fortsatt arbete med nationella vårdprogram

RCC har som en av sina viktigaste uppgifter att arbeta med kunskapsstöd inom cancervården. RCC i samverkan leder det gemensamma arbetet med framtagandet av nationella vårdprogram genom professionella arbetsgrupper. För närvarande finns ca 25 nationella vårdprogram och ett tiotal är under framtagande eller remissbehandling. Under 2016 ska SKL genom RCC i samverkan fortsätta arbetet med ytterligare nya nationella vårdprogram och årliga uppdateringar av befintliga program. Arbetet med primärvårdsversioner, kvalitetsdokument i patologi och inarbetningen av standardiserade vårdförlopp i de nationella vårdprogrammen ska fortsätta. För att stödja att kunskap finns tillgänglig vid mötet mellan läkare och patient ska arbetet med utveckling av appen "Cancervård" fortsätta (se även avsnitt 2). RCC i samverkan ska initiera en utvärdering av de nationella vårdprogrammets användning i vården samt effekter för patienterna.

9.3 Nationell nivåstrukturerings

Under 2015 har SKL genom RCC i samverkan lett arbetet med nationell nivåstrukturerings inom cancervården. SKL kommer under 2016 att fortsätta arbetet med nationell nivåstrukturerings så att beslut, i enlighet med föreslagen beslutsordning, kan tas om en nationell koncentration av de sju vårdåtgärder som under 2015 remisshanterats. De sju åtgärder som varit föremål för sakkunnigbedömning ska också följa arbetsprocessen fram till att beslut kan tas i landstingen om föreslagen nivåstrukturerings. Arbetet kommer att fortsätta i oförändrad omfattning tills det står klart vilka förändringar som blir följden av den statliga utredningen om högspecialiserad vård (S2014:11). Diskussioner kommer också att föras

med 1177 kring information om de nya nationella vårdenheter som beräknas utses 2016.

9.4 Min vårdplan

Patientens individuella vårdplan påbörjas senast då diagnos meddelas patienten och ska innehålla bland annat uppgift om sjukdom och planerad behandling, symtom och behandlingsrelaterade problem, förväntade effekter av behandlingen, förväntade steg såsom multidisciplinär teamkonferens (MDK) och uppföljning, kontaktsjuksköterskans telefonnummer och mottagningstider, egenvård och information om förnyad medicinsk bedömning samt anhörigstöd.

För att säkerställa att patienten och de närstående fått tillräcklig kunskap om sjukdomen och den behandling patienten genomgått bör det även tas fram en sammanfattning av vårdplanen där uppgifter om bl.a. vilken cancerform patienten har eller har haft, vilken behandling som givits och hur uppföljning ska ske framgår.

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram i enlighet med tidigare överenskommelser och testats brett i verksamheterna. Arbetet har letts av RCC:s nationella arbetsgrupp för kontaktsjuksköterska och min vårdplan.

Arbetet har bedrivits lokalt och regionalt i samverkan med processägare eller motsvarande. Under 2015 har behovet av en elektronisk vårdplan accentuerats i takt med att standardiserade vårdförlopp har införts. Under hösten 2015 kommer två underlag för kravspecifikation för elektronisk vårdplan att arbetas fram.

Under 2016 kommer SKL genom RCC stödja framtagandet av en elektronisk vårdplan.

9.5 Kompensförsörjning inom barncancervården

RCC i samverkan kommer att genomföra en översyn av kompetensförsörjningen inom barncancervården på kort och lång sikt. Översynen ska innehålla en analys av vårdens tillgång till rätt kompetenser för att tillgodose barnets behov genom hela vårdkedjan.

10. Ekonomiska villkor

10.1 Ekonomiska villkor för medel till landstingen

Beslut om utbetalning av medel till landstingen kommer att fattas genom särskilda regeringsbeslut ställda till Kammarkollegiet även innehållande

ekonomiska villkor (se även avsnitt 7). Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 16 Åtgärder för en bättre cancervård.

Medel inom ramen för denna överenskommelse som innehas efter uppnådda kriterier i avsnitt 7 får användas såväl under 2016 som 2017.

10.2 Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL

Beslut om utbetalning av medel till SKL sker i ett beslut av regleringsbrevet för budgetåret 2016 avseende utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 16 Åtgärder för en bättre cancervård. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition av bidrag*) ställd till Kammarkollegiet. Rekviseringen av medel ska ske senast den 1 december 2016. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

En prognos över bidragsförbrukning för 2016 samt en delredovisning avseende verksamheten ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2016. SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 28 februari 2017. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2016 med stöd av bidraget.

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

11. Kommande överenskommelser

En förutsättning för att få ta del av medlen för 2017 kommer vara att landstingen har implementerat de 13 standardiserade vårdförlopp som togs fram under 2015. Ett av delmålen med 2017 års överenskommelse kommer sedan att vara att de standardiserade vårdförlopp som tas fram under 2016 ska implementeras under 2017.

Målnivåer för standardiserade vårdförlopp kommer att ingå i kommande överenskommelser.

12. Uppföljning

Regeringen beslutade den 5 mars 2015 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa och utvärdera satsningen som syftar till att korta väntetiderna i cancervården m.m (dnr. S2015/1659/FS). I uppdraget ingår bl.a. att följa landstingens arbete med att införa och implementera standardiserade vårdförlopp i cancervården i syfte att bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter. Myndigheten ska senast den 30 november varje år lämna en årlig lägesrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 april 2019.

Den 3 november 2015 redovisade Socialstyrelsen en baslinjestudie som syftar till att beskriva resultat och funktionssätt 2015 inom den del av cancervården som väntetidssatsningen omfattar och utifrån målen med satsningen. Rapporten fokuserar därför framförallt på väntetider, regionala skillnader avseende väntetider och nöjdhet hos patienterna.

13. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Stockholm den X december 2015

Stockholm den X december 2015

Agneta Karlsson
Statssekreterare

Håkan Sörman
Verkställande direktör

Bilaga 1 Fördelning av medlen inom ramen för överenskommelsen.

	mnkr	sida
Medel till landstingen		
Inlämnande av handlingsplan	203	10
Redovisning av arbetet enligt inlämnad handlingsplan	203	11
Totalt	406	
Medel till SKL (RCC, RCC i samverkan och landstingen)		
<i>Stöd till utvecklingen av ett system med standardiserade vårdförlopp</i>	27	12
<i>Övriga insatser på cancerområdet</i>	11	14
Totalt	38	
Totalt för överenskommelsen	444	

Bilaga 2 Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av icke-prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress 	1. Kontaktuppgifter <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvideras • Rekvisitionen avser perioden 	2. Bidrag som ansökan avser <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning <ul style="list-style-type: none"> • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens 	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet <ul style="list-style-type: none"> • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande 	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen <ul style="list-style-type: none"> • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Namn • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande

Bilaga 3 Standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015

- Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- Huvud- och halscancer
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Prostatacancer
- Urinblåse- och urinvägscancer

Standardiserade vårdförlopp som ska införas 2016

- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- Hjärntumörer
- Levercancer
- Lungcancer
- Lymfom
- Myelom
- Tjock-och ändtarmscancer
- Äggstockscancer
- Malignt melanom

2015-12-21
Sveriges
Kommuner
och Landsting
Dnr. LTV 151693-1

MEDDELANDE FRÅN
STYRELSEN NR 15
2015-12-18

Vårt dnr
15/0081

Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälsa och jämställdhet
Anna Östbom

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar 2016

Dnr 15/06294

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 december 2015 beslutat

att godkänna förslaget till överenskommelse om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar 2016

att i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen.

Bakgrund

SKL och Regeringen har haft en överenskommelse om att genomföra en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar under perioden 2013-2015. Piloten under 2015 har genomförs i följande landsting/regioner: Region Jönköpings län, Region Skåne, Stockholms läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland.

I mars 2014 beslutade Regeringen om direktiv för en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag på hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Utredningen lämnade sitt betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) den 2 mars, där föreslogs att landstingen ges ett lagstadgat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Betänkandet har remitterats och den övervägande delen av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Avsikten är att en ny lagstiftning i enlighet med utredningens förslag ska träda i kraft den 1 november 2016.

Mot bakgrund av ovanstående bedömer Regeringen och SKL att pilotverksamheten med AFU bör förlängas fram till den 31 oktober 2016. Från och med att den nya lagen träder i kraft upphör pilotverksamheten.

Överenskommelsen om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar 2016 redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting



Lena Micko
Ordförande

()

()

()

()



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Pilotverksamhet för aktivitetsförmågeutrednin gar

Överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Landsting
2016

INNEHÅLL

PILOTVERKSAMHET FÖR AKTIVITETSFÖRMÅGEUTREDNINGAR	1
1. INLEDNING	3
2. BAKGRUND	3
3. AKTIVITETSFÖRMÅGEUTREDNINGAR	3
4. ERSÄTTNING TILL LANDSTINGEN	4
5. REDOVISNING AV EKONOMISKA MEDEL	5
6. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	6

1. Inledning

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt den 11 mars 2013 en överenskommelse som innebar att landstingen i Jönköpings, Norrbottens, Skånes, Stockholms, Västerbottens, Västernorrlands, Västra Götalands och Östergötlands län erbjöds att delta i en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar (AFU) under 2013. De landsting som deltog i pilotverksamheten om aktivitetsförmågeutredningar fick ersättning för genomförda utredningar och för att förbereda arbetet inom ramen för överenskommelsen.

Genom överenskommelser mellan regeringen och SKL i december 2013 och 2014 förlängdes pilotverksamheten att gälla för 2014 och 2015. Under 2015 valde Norrbottens läns landsting att inte längre medverka i pilotverksamheten. Regeringen och SKL är överens om att förlänga överenskommelsen om pilotverksamheten till att gälla även under perioden den 1 januari-31 oktober 2016.

2. Bakgrund

För en rättssäker prövning av rätten till ersättning från sjukförsäkringen behöver Försäkringskassan i vissa fall begära in kompletterande medicinska underlag, s.k. försäkringsmedicinska utredningar, vid sidan av andra medicinska underlag som utfärdats av den försäkrades behandlande läkare. Underlagen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för individens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet. De kan därigenom ligga till grund för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Försäkringskassan beställer även två andra typer av kompletterande försäkringsmedicinska utredningar från hälso- och sjukvården; särskilda läkarutlåtanden (SLU) och teamutredningar (TMU), vilket samtliga landsting tillhandahåller genom överenskommelsen mellan staten och SKL om Försäkringsmedicinska utredningar i form av TMU och SLU för 2016.

3. Aktivitetsförmågeutredningar

Försäkringskassan fick 2010 i uppdrag av regeringen att, tillsammans med Socialstyrelsen, i samråd med Arbetsförmedlingen samt tillsammans med representanter från hälso- och sjukvården, vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga. Resultatet av detta arbete är det nya bedömningsverktyget, s.k. aktivitetsförmågeutredningar (AFU). AFU kan genomföras av en läkare eller om behov finns kompletteras med ytterligare kompetenser som t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog.

Som ett led i arbetet med att ta fram det nya bedömningsverktyget genomfördes två mindre pilotförsök för att testa metoden. Under hösten 2011 prövades metoden av ett antal utvalda läkare. Under hösten 2012 genomfördes en pilotverksamhet i landstingen i Skåne samt Västra Götalands län. En utvidgad pilotverksamhet i dess nuvarande utformning har pågått under 2013-2015.

I mars 2014 beslutade regeringen direktiv för en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag på hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta social-försäkringsområden ska tillgodoses.¹ Utredningen lämnade sitt betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) den 2 mars. Där föreslogs att landstingen ges ett lagstadgat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Betänkandet har remitterats och den övervägande delen av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Avsikten är att en författningsreglering av den aktuella frågan ska börja gälla den 1 november 2016.

Mot bakgrund av ovanstående bedömer regeringen och SKL att pilotverksamheten med AFU bör förlängas fram till och med den 31 oktober 2016. Från och med att den nya lagen träder i kraft upphör pilotverksamheten.

4. Ersättning till landstingen

De landsting som deltar i pilotverksamheten om AFU får ersättning för dessa utredningar inom ramen för denna överenskommelse. Överenskommelsen gäller för beställningar av AFU fram till och med att den nya lagen träder ikraft.

För 2016 reserveras högst 41 500 000 kronor i ersättning för pilotverksamheten till landstingen i Jönköpings, Skånes, Stockholms, Västernorrlands, Västerbottens, Västra Götalands och Östergötlands län. Ersättningen utbetalas i enlighet med de krav och redovisningsrutiner som fastställs av Försäkringskassan efter samråd med SKL. Ersättningen till landstingen är uppdelad i dels ett fast belopp till respektive landsting som motsvarar 70 procent av den volym AFU som Försäkringskassan prognostiserats beställa från landstingen fram till och med den 31 oktober 2016, dels ett styckpris per levererat AFU för volymer som överstiger 70 procent av prognostiserade beställningar från Försäkringskassan.

¹ FörMed-utredningen (S 2014:09).

Tabellen nedan visar respektive landstings tilldelade fasta belopp samt den volym AFU som Försäkringskassan prognostiseras beställa från respektive landsting.

Belopp i kronor

	Volym Helår	70 % av helår (helårsersättning)	Beräknad fast ersättning till landstingen 1 januari– 31 oktober
Västerbotten	80	1 651 615	1 376 340 kr
Västernorrland	128	2 213 064	1 844 213 kr
Stockholm	544	8 659 622	7 216 323 kr
Östergötland	90	1 863 624	1 553 014 kr
Västra Götaland	700	9 657 684	8 048 038 kr
Jönköping	88	1 661 857	1 384 875 kr
Skåne	500	7 233 656	6 028 022 kr
Totalt	2 130	32 941 121	27 450 825 kr

För beställningar av AFU som överstiger 70 procent av Försäkringskassans prognostiserade volym ersätts respektive landsting med högst 14 400 kronor per levererad AFU. I de fall det finns behov av tolk för att genomföra en AFU ersätts landstinget med ytterligare 2 500 kronor per sådan AFU. En s.k. utvidgad AFU, dvs. när det finns behov av flera kompetenser än läkare, lämnas ersättning för dessa kompetenser med 925 kronor per timme. I de fall det finns behov av tolk för att genomföra en utvidgad AFU ersätts landstinget med 500 kronor per tolktimme.

Försäkringskassan svarar för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen. Landstingen kommer att ersättas vid tre tillfällen utifrån genomförda och av Försäkringskassan godkända utredningar.

Försäkringskassan fattar beslut och utbetalar ersättningen till det konto landstinget har uppgivit. Utbetalningsdatum :

- 27 maj 2016
- 9 september 2016
- 16 december 2016
- 17 februari 2017

5. Redovisning av ekonomiska medel

Nedan redovisas den totala omfattningen av överenskommelsen, liksom fördelningen över olika insatser.

Fördelning av medlen för överenskommelsen avseende AFU.

	mnr
Medel till landstingen	
Fast ersättning till landstingen	27,5
Styckersättning för beställningar av AFU som överstiger 70 procent. Tolkersättning Ersättning vid flera kompetenser	14,0
Totalt för överenskommelsen	41,5

Kostnaderna ska under 2016 belasta utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen, anslagsposten 9 Försäkringsmedicinska utredningar.

6. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Stockholm den
XX december 2015

Stockholm den
XX december 2015

Therese Svanström Andersson
Statssekreterare

Håkan Sörman
Verkställande direktör