

# Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Lägesrapport 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2015-11-6  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2015

# Förord

Regeringen gav i mars 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att följa och utvärdera satsningen på att korta väntetiderna i cancervården till och med 2018.

Uppdraget innefattar bland annat att se om överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting och eventuella övriga insatser bidrar till den effekt som regeringen önskar, nämligen en mer jämlik och tillgänglig cancervård. Uppdragets fokus är att följa landstingens och regionernas arbete med att införa och genomföra standardiserade vårdförlopp i cancervården och att bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter.

Socialstyrelsen vill tacka den expertgrupp som knutits till uppföljningsuppdraget för bistått arbete och värdefulla råd och Regionala cancercentrum och Sveriges Kommuner och Landsting för bistått arbete.

Rapporten har utarbetats av projektledare Christina Carlsson i samverkan med utredarna Jens Wilkens, Hubertus van Paaschen, Susan Sverin och Göran Zetterström. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Uppdraget .....	8
Nöjd patient.....	9
Införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp .....	10
Första årets lägesrapportering .....	12
Kortare tid för utredning av cancer .....	15
Pakkeforløb en del i danska cancerplaner .....	15
Diagnostiska centrum och nivåstrukturering.....	17
Upptäcka och utreda cancer.....	18
Beskrivning av läget 2015.....	21
Nuläget utifrån satsningens mål .....	21
Arbetet med processer före införandet.....	21
Identifierade utmaningar.....	25
Patientens tid och behov vid utredning .....	28
Första årets insatser och stöd .....	31
Nationellt och regionalt stöd .....	31
Standardiserade förlopp i satsningen .....	34
Koder för mätpunkter i standardiserade vårdförlopp.....	36
Lärande och utvecklingsprocesser.....	37
Diskussion.....	38
Kort väntan .....	38
Patientens ställning, sammanhållen vård och förbättringar .....	39
Implementering och stöd .....	40
Aspekter på undanträngning .....	40
Patientprocessen följs och grad av standardisering.....	41
Slutsatser.....	42
Referenser .....	43
Bilaga 1 .....	46
Bilaga 2 .....	48
Bilaga 3.....	49



# Sammanfattning

Ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp i cancervården är en satsning som i första hand ska korta tiden från en välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Förutom en mer jämlik och tillgänglig vård ska satsningen även leda till ökad nöjdhet hos patienterna.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa och utvärdera satsningen och årligen lämna en lägesrapport. Under första året har grunden lagts för uppföljningen.

För att landstingen och regionerna ska kunna följa ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen har Socialstyrelsen tagit fram koder för vårdåtgärder. Tidigare i år har Socialstyrelsen också genomfört en baslinjestudie utifrån målen med satsningen. Myndigheten skulle även ge en nulägesbild av förutsättningarna i landstingen och regionerna och beskriva de insatser som ska stödja dem i införandet, vilket görs i denna lägesrapport.

De första patienterna har under satsningens första år remitterats in i standardiserade vårdförlopp efter välgrundad misstanke om cancer. Socialstyrelsen har sett att satsningen med standardiserade vårdförlopp har gett patienten ökade möjligheter att uppleva en välorganiserad vård.

Landsting och regioner har sedan tidigare arbetat med processorientering och processutveckling för att korta och förbättra vårdprocessen, men olika förutsättningar råder utifrån de utmaningar som de har att hantera vid införandet av standardiserade vårdförlopp. Landstingen och regionerna anger utmaningar som tillgång till operationer och nödvändig kompetens samt befäror att förbokade tider tränger undan annan vård. Det ingår i Socialstyrelsens uppdrag att redogöra för eventuella undanträngningseffekter.

Det stöd som landstingen och regionerna har haft tillgång till under 2015 är både samordnat och riktat till olika målgrupper: hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård och specialistsjukvård samt patienter och den breda allmänheten. Det är betydelsefullt att stöd och lärande fortsätter med oförminskad styrka angående de utmaningar som landstingen och regionerna nu står inför samt de uppföljningar som ingår i införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården.

# Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa och utvärdera regeringens satsning på att korta väntetiderna i cancervården (S2015/1659/FS). Bakgrunden är den överenskommelse som regeringen slöt med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i januari 2015.<sup>1</sup> Överenskommelsen har syfte att nå kortare väntetider, minskade regionala skillnader och ökad nöjdhet hos patienterna. I uppdraget till Socialstyrelsen ingår att följa och utvärdera satsningen på cancerområdet för att se om överenskommelsen med SKL och eventuella övriga insatser bidrar till satsningens eftersträvade effekt – en mer jämlik och tillgänglig cancervård.

Socialstyrelsen ska följa landstingens och regionernas arbete med att införa och implementera standardiserade vårdförlopp i cancervården i syfte att bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter.

Därutöver ingår att redogöra för eventuella undanträngningseffekter och för hur landstingen och regionerna har uppmärksammat regionala utmaningar och hur de har åtgärdat dessa. Det ingår också en hälsoekonomisk analys med aspekter av kostnadseffektiviteten av att införa standardiserade vårdförlopp.

Socialstyrelsen ska i uppdraget sammanställa erfarenheter, resultat och slutsatser som kan komma hälso- och sjukvården till nytta inom andra områden än cancer. I uppdraget ingår att genomföra en baslinjestudie utifrån målen med satsningen. Socialstyrelsen ska även beskriva hur landstingen och regionerna arbetade med patient- och vårdflödesprocesser innan de införde standardiserade vårdförlopp. Under det första året ska vi också identifiera aktuella mätpunkter i de standardiserade vårdförloppen som ska införas under 2015 och 2016 med koder för registrering. Koderna ska ge landstingen och regionernas systemansvariga underlag för uppföljning.

I uppdraget ingår även att bedöma och prioritera inom vilka områden relevanta uppföljningar och analyser ska genomföras, rapportera oförutsedda konsekvenser samt lämna förslag på åtgärder och tillhandahålla rekommendationer till regeringen, SKL och sjukvårdshuvudmännen om hur de kan stärka satsningens genomslagskraft.

---

<sup>1</sup> Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.



# Nöjd patient

Ett uttalat mål med satsningen och införandet av standardiserade vårdförlopp är att patientens upplevelse av vården ska bli bättre. Satsningen ska även skapa ökad nöjdhet hos patienten, främst genom information och mer delaktighet. Att fånga patientnöjdhet har länge varit ett mål inom hälso- och sjukvården och inte minst inom cancerområdet.

Cancervårdens brister i information och kommunikation påpekades redan i *En nationell cancerstrategi för framtiden* och finns med i uppdraget för de regionala cancercentrumen [1, 2]. En nationell enkät för patientnöjdhet inom cancervården har varit under utveckling under flera år där Regionala Cancercentrum har haft en central roll. Revideringar har gjorts om vad det är man önskar ha svar på om patienternas tillfredsställelse, upplevelser och erfarenheter av själva vården.

Det sker en utveckling av mätningar av patientens upplevelse av vården, vanligen kallade PREM.<sup>2</sup> I samband med att PROM-center<sup>3</sup> gick igenom erfarenheter av att använda PREM i de nationella kvalitetsregistren fann de sparsamma försök, också inom cancerområdet. PREM mäts genom patienttillfredsställelse och den påverkas av patientens förväntningar. Förväntningarna i sin tur kan bero på patientens preferenser, personlighet och tidigare erfarenheter. Generella nöjdhetsmätningar uppvisar därutöver ofta höga resultat, och ger då inget stöd i vad som ska förbättras och var [3]. För att komma åt detta kan man fråga patienterna om speciella upplevelser de har kopplade till nöjdhet. Socialstyrelsen har i baslinjerapporten [4] lyft frågan och vikten av att frågorna delas ut på samma sätt och vid samma tillfälle i förhållande till det som ska mätas. Inom prostatacancerregistrets uppföljningar, vars PREM-enkät delas ut vid fyra tillfällen till varje patient, fann man att en stor del av patienterna var nöjda med informationen och delaktigheten, vilket är ett uttalat mål med satsningen. För patienten är helheten viktig för att förstå vad som händer och vad som behöver göras i en utredning, men också att förstå vad vald behandling innebär för konsekvenser i vardagen.

Det är rimligt att anta att införandet av standardiserade vårdförlopp, med dess förväntade kortare väntetider, tydligare information och ökad delaktighet, kommer att leda till ökad nöjdhet hos patienterna, även om det för närvarande är oklart på vilket sätt och i vilken omfattning. I ett motsvarande projekt i Danmark blev patienterna mer nöjda med cancersatsningen "pakkeforløben" [5-7]. Pakkeforløben angav innehåll och tidsramar för hur sjukvården skulle handlägga patienter från misstanke om cancer. Rapporteringen från Danmark visar utöver nöjdhet vikten av att förloppen är tydligt beskrivna på ett sådant sätt så patienten ser vad som händer i nästa steg och förstår varför.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> PREM – Patient Reported Experience Measures.

<sup>3</sup> PROM, Patient Reported Outcome Measures. Promcenter.se

<sup>4</sup> Skandinaviskt rådslag för en bättre cancervård, konferens, oktober 2015.

# Införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp

Satsningen med standardiserade vårdförlopp bygger på att införa ett gemensamt nationellt system. För denna satsning avsätter regeringen 500 miljoner kronor per år 2015–2018. Fördelningen av stimulansmedlen mellan landstingen sker för år 2015 i relation till deras befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 31 december 2014. Utbetalning sker i två omgångar 2015: efter lämnad handlingsplan den 1 mars och efter redovisning den 1 november. Sveriges Kommuner och Landsting och regionala cancercentrum (RCC) ska ge nationellt och regionalt stöd i arbetet med att utveckla systemet med standardiserade vårdförlopp.

De standardiserade vårdförloppen ska i första hand förkorta tiden från en välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling.

Syftet med satsningen är att utreda och behandla personer med misstänkt cancer snabbare. För vården innebär det att ta till sig de nya rekommendationerna för utredningstider med bland annat nya remissrutiner och koordinering. Detta involverar både offentlig och privat primärvård och den specialiserade vården.

Standardiserat vårdförlopp är ett förutbestämt och innehållsmässigt definierat utredningsförlopp. Det standardiserade vårdförloppet börjar med beslut om remiss på grund av en välgrundad misstanke om cancer. Vårdförloppet beskriver:

- vilka utredningar och första behandlingar som ska göras för respektive cancerdiagnos
- vilka maximala tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna.<sup>5</sup>

Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och kommer att variera mellan olika diagnoser och behandlingar.

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska vården sedan upprätta en individuell vårdplan för varje patient som får en cancerdiagnos. För många cancerdiagnoser krävs undersökning för att kunna fastställa en välgrundad misstanke. Denna undersökning kallas då filterfunktion.<sup>6</sup> De standardiserade förlopp som tagits fram i form av underlag beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller. Underlagen beskriver dels hela förloppet, dels de olika utredningsstegen. Tidsgränserna omfattar medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar. Beskrivningarna av hur ett standardiserat vårdförlopp för en viss cancerdiagnos ser ut finns publicerade på RCC:s gemensamma webbplats – [cancercentrum.se](http://cancercentrum.se).

---

<sup>5</sup> Kortare väntetider i cancer vården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015

<sup>6</sup> Budskapsplattform. Varje dag räknas! – en nationell satsning för kortare väntetider i cancer vården.

Införandet av de standardiserade vårdförloppen ska i sin tur leda till en mer sammanhållen vårdprocess för patienten. Förutom bättre tillgänglighet ska vårdförloppen även skapa en ökad nöjdhet hos patienten.

Standardiserade vårdförlopp kan ses som en kombination av fastställda maximala väntetider i utredningsförloppen och processutveckling.

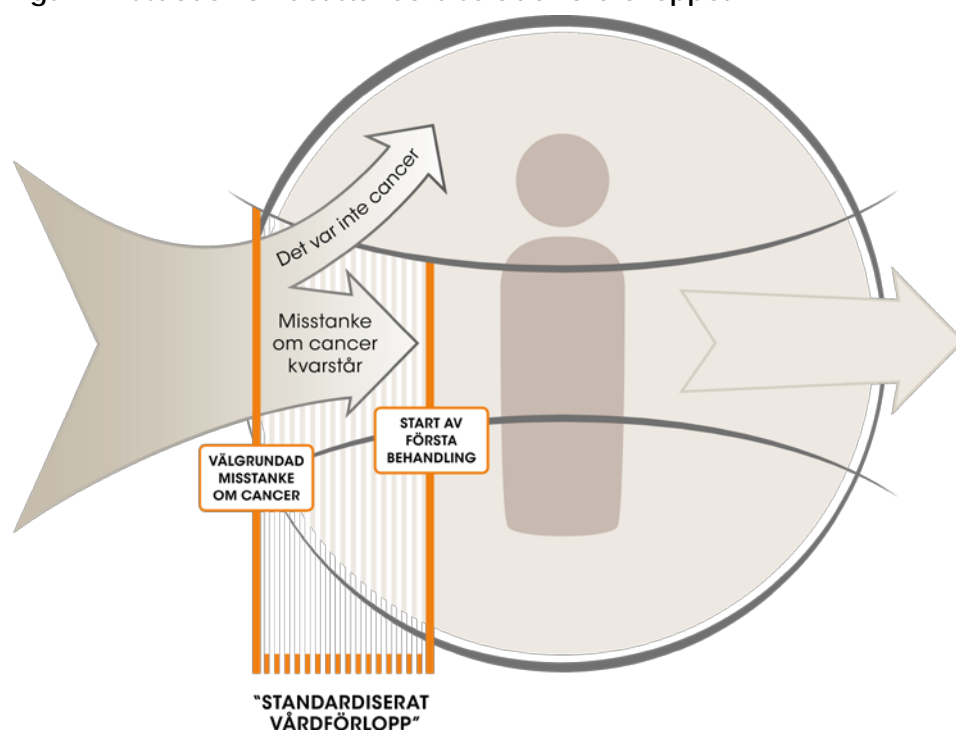
Standardiseringen stramar upp förloppet under utredningen.

Processutveckling bygger på att flöden och förlopp är kartlagda lokalt och kan då bidra till att minska tiden från misstanke till åtgärd i och med att man vet var förbättringar ska ske.

Socialstyrelsen har tagit fram en illustration (figur 1) över det standardiserade vårdförloppet utifrån patientens process. Illustrationen tar sin utgångspunkt i den individ som har misstanke om cancer och eventuellt senare får diagnosen cancer. Om utredningen visar att misstanken om cancer kvarstår fortsätter utredningen fram tills en diagnos kan ställas. Visar utredningen att det inte är cancer, lämnar individen förloppet.

För patienten kan det standardiserade förloppet bidra till att tiden fram till diagnos blir kortare. För individer som inte har cancer kortas tiden till beskedet om att det inte var cancer.

Figur 1. Illustration av det standardiserade vårdförloppet



# Första årets lägesrapportering

Eftersom ett viktigt mål för satsningen är kort tid från upptäckt av cancer till start av behandling har Socialstyrelsen gjort en kunskapsför djupning om förutsättningar för att upptäcka och utreda cancer. Vi fördjupar och problematiserar misstanke om cancer, tidiga, diffusa och diagnosspecifika symtom samt sammanhållen vård vid upptäckt och diagnostik av cancer.

Den danska satsningen, *pakkeforløben*, har pågått i åtta år. Eftersom den svenska satsningen i stora delar inspirerats av den danska modellen ges i denna rapport en kortfattad beskrivning av motsvarande satsning i Danmark.

Resultatdelen tar sin utgångspunkt i baslinjestudien och nuvarande situation utifrån satsningens mål. Därefter följer beskrivning av uppfattat nuläge; dels hur landstingen och regionerna arbetade med patient- och vårdflödesprocesser före införandet av standardiserade vårdförlopp, dels de identifierade utmaningarna som de har att hantera. I en avslutande del illustrerar Socialstyrelsen specifikt patientens tid och behov under utredning av cancer.

Första året beskrivs utifrån den struktur av stöd som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regionala cancercentrum (RCC) byggt upp och de övergripande insatser som ska stödja landstingen och regionerna när de inför standardiserade vårdförlopp. Nationell uppföljning av väntetiderna utifrån målvärden är en del av satsningen. I denna första lägesrapport beskriver Socialstyrelsen därför det kodverk som vi tagit fram för mätpunkterna ”välgrundad misstanke om cancer” och ”start av första behandling”. Dessa mätpunkter ska landstingen och regionerna införa i sina system för de standardiserade förlopp som ingår i satsningen.

Avslutningsvis sammanfattar Socialstyrelsen diskussionen utifrån patientens ställning, sammanhållen vård och förbättringar; implementering och stöd; undanträngning, hur patientprocessen följs och grad av standardisering, samt slutsatser.

## Metod och tillvägagångsätt

Socialstyrelsen sammanställde nulägesbilden av förutsättningarna i landstingen och regionerna genom att dessa besvarade en webbenkät. Myndigheten hade tagit fram enkätens frågor. Frågorna i enkäten omfattade skattning av påståenden att upptäcka cancer i tidigt skede, kartlagda och beskrivna cancerprocesser, cancerpatientens behov och samverkan mellan olika vårdnivåer samt en öppen fråga om hur landstingen och regionerna arbetade med patient- och vårdflödesprocesser innan de införde standardiserade vårdförlopp.

Utöver detta har landstingen och regioner lämnat handlingsplaner.<sup>7</sup> I dessa har Socialstyrelsen identifierat utmaningar.

Socialstyrelsen har i arbetets delar biståtts av projektets expertgrupp<sup>8</sup> och analyserat svaren i både enkäten och handlingsplanerna med hjälp av

---

<sup>7</sup> Se [cancercentrum.se](http://cancercentrum.se)

metoden manifest innehållsanalys [8].<sup>9</sup> Nulägesanalyserna har föregåtts av att frågorna har testats och följts upp med personer som arbetar i landsting och regioner. Analysen har genomförts i samverkan med så kallade medanalytiker<sup>10</sup> som har erfarenhet av innehållsanalys. Vi lämnar detaljerade beskrivningar av datainsamling och analys vid respektive resultatdel.

Patientens tid och behov under utredning tar sin utgångspunkt i den journalstudie i primärvården som Socialstyrelsen initierat och som vi redovisat i baslinjerapporten [4]. Syftet med denna del var att illustrera patientens tid och olika behov under utredning.

Socialstyrelsen har identifierat insatser som har syftet att stödja nationellt, regionalt och lokalt och som byggts upp för satsningen genom genomlysning av de dokument och stöd som tagits fram för införandet. Ett viktigt inslag har varit samtal med involverade och deltagande i arbetsgrupper och andra uppstartsaktiviteter. Ett annat viktigt inslag har varit regelbunden uppdatering av de aktiviteter som rört uppbyggnaden, där webbplatsen cancercentrum.se utgjort en viktig del.

Litteraturgenomgången utgår från satsningens viktiga mål om kort tid från upptäckt av cancer till start av behandling och förutsättningar att upptäcka och utreda cancer. Därutöver har myndigheten tagit del av dokument, erfarenheter och uppföljningar från motsvarande satsning i Danmark.

## Termer och begrepp

Med  *dagar* avses kalenderdagar.

Med  *välgrundad misstanke om cancer* avser vi den tidpunkt när en läkare tar beslut om att patienten ska ingå i ett standardiserat vårdförlopp baserat på kliniska fynd och resultat från olika undersökningar.

Vidare använder Socialstyrelsen termerna  *primärvård* och  *specialistvård* för att beskriva vårdnivåer. Primärvård avser i denna rapport verksamheter vid vårdcentraler. Med  *specialistvård* avser vi all annan specialiserad öppenvård samt sjukhusvård.

Den fastställda väntetiden mellan välgrundad misstanke om cancer och behandlingsstart är benämnda  *målvärden*. Socialstyrelsen definierar väntetiden utifrån patientens perspektiv, det vill säga tiden som går mellan två händelser som patienten upplever [9, 10].

I förloppen finns inga krav på att dessa hålls så länge den sammanlagda ledtiden hålls. Liksom i underlagen för standardiserat vårdförlopp använder vi  *ledtid*.

Från den 26 januari 2015, då överenskommelsen mellan regeringen och SKL offentliggjordes är ”Varje dag räknas – en nationell satsning för kortare väntetider i cancervården” den officiella benämningen liksom kortvarianter som ”varje dag räknas” och ”satsningen på kortare väntetider”.<sup>11</sup> Att

---

<sup>8</sup> Mattias Elg, Katarina Johansson, Svante Lifvergren, Fredrik Nilsson, Kerstin Nilsson, Johan Thor och Hans Thulesius.

<sup>9</sup> Innehållsanalys kan göras med olika abstraktionsnivåer. I denna analys har fokus varit på det manifesta innehållet, det vill säga det som direkt uttrycks i texten.

<sup>10</sup> Två analytiker var involverade i den analytiska processen för att säkerställa att tematiseringen överensstämde med ursprungsmaterialet.

<sup>11</sup> Kommunikationsstrategi och budskapsplattform för *Varje dag räknas – en nationell satsning för kortare väntetider i cancervården*, mars 2015 (SKL och RCC i samverkan).

konsekvent och enhetligt använda den överenskomna benämningen anses vara en del av samordningen.

Standardiserade vårdförlopp har därutöver fått den kortare benämningen - SVF.

I denna och kommande lägesrapporter har Socialstyrelsen valt att genomgående använda den benämning som ligger i uppdraget: ”Uppföljning och utvärdering av införandet av standardiserade vårdförlopp”. Kortversionen är ”Införandet av standardiserade vårdförlopp”.

# Kortare tid för utredning av cancer

Patienter med cancersjukdom i Danmark och Storbritannien har den lägsta överlevnaden (1999–2007) i jämförelse med andra västerländska länder [11, 12]. I dessa och flera andra länder har man satsat på och infört förutbestämda förlopp i cancervården för att korta utredningstiden [13-15].

I Danmark infördes det första standardiserade förloppet (*pakkeforløb*) 2007 med fokus på cancerdiagnoser. Där lyftes frågan på den politiska arenan genom att tala om cancer som en akut sjukdom. Väntetiden är en väsentlig del i den totala väntan [7].

I Norge pågår sedan 2014 en liknande reform som i Danmark för att få ihop cancerförloppen. Förutom förbättrad överlevnad är målen bättre utvecklade cancerprocesser, bästa möjliga livskvalitet och mer inflytande för brukare och patienter.

I Danmark och Norge leds arbetet nationellt genom danska Sundhedsstyrelsen<sup>12</sup> respektive norska Helsedirektoratet.<sup>13</sup> Det som ytterligare förenar är att båda länderna har nationella cancerplaner, Danmark sedan 2000 och Norge sedan 1999. I Sverige finns långsiktiga utvecklingsplaner för sjukvårdsregionerna beslutade av landsting och regionsledningar [16].

## Pakkeforløb en del i danska cancerplaner

Bakgrunden till de danska *pakkeforløben* var dels att överlevnadssiffrorna i Danmark var bland de lägsta i Europa, dels att medborgarna misstrodde cancervårdens kvalitet. Både högre insjuknande i cancer och sämre överlevnad i jämförelse med andra välfärdsländer motiverade Danmark att ta tag i cancerförloppen.

Det politiska trycket satte fokus på behovet av nationell samordning och nationella cancerplaner. Den första planen kom år 2000 och tog sig bland annat an arbetsgången och metoderna vid utredning och behandling. Utvärdering av den andra planen 2005 ledde fram till intensifierade åtgärder och en överenskommelse med de fem regionerna, som ansvarar för både primärvård och specialiserad vård, om pakkeforløb vid utredning och behandling. Den senaste och tredje planen från 2011 fokuserar på förloppet före och efter diagnostik och behandling i den specialiserade vården tillsammans med diagnostiskt förlopp för patienter med ospecifika symtom, men också stärkt koordination i förloppen. Rehabilitering och uppföljning, palliativ vård och tidig upptäckt har inarbetats i pakkeforløben allteftersom. Därmed är danskarnas modell av standardiserade vårdförlopp (SVF)

---

<sup>12</sup> <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kraeft/pakkeforloeb>.

<sup>13</sup> <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft>.

betydligt bredare, eller sträcker sig över en längre del av vårdprocessen, jämfört med Sveriges nuvarande satsning.

Upplägget med pakkeforløben byggde på primärvårdssatsningar, koordinatörer och reserverade tider hos utredande enheter. Inte minst betonades vikten av utbildningssatsningar och patientmedverkan i satsningen samt tydlig remissgång vid välgrundad misstanke. Regionerna fick tre månader på sig att införa förloppen [7]. Medicinska resultat var viktigast och det fanns inga krav på att hålla kostnader nere om mer utrustning behövdes för utredning och diagnostik [7]. De multidisciplinära arbetsgrupperna<sup>14</sup> för 24 cancerdiagnoser började med att ta fram kliniska riktlinjer redan 2004. Därefter följde i uppdraget att ta fram pakkeforløben 2007.<sup>15</sup>

Pakkeforløben i den danska kontexten är ett standardiserat förlopp som de flesta individer med misstänkt cancer kan ingå i. Förloppet sträcker sig från misstanke om en diagnosspecifik cancer till utredning och behandling samt med förbättrad patientinformation. En god process framhövdes vara viktigare än extra resurser, även om satsningen krävde utökade utredningsmöjligheter. Genomtänkt arbetsfördelning, arbete i multidisciplinära team och konferenser lyfts fram som viktiga inslag för framgång [7].

Patienten remitteras in i pakkeforløben av koordinatörer som bokar och övervakar förloppen och ger direktkontakt för primärvården. En fast kontakt på sjukhuset, riktlinjer för information till patienten och arbetet i multidisciplinära team är andra faktorer som lyfts fram i det funktionella arbets sättet med pakkeforløben. Patienter som av olika skäl inte kan ingå i förloppen, till exempel på grund av samsjuklighet (komorbiditet<sup>16</sup>) eller oklara symtom, tas om hand på annat sätt. Fyra år efter start började Sundhetsstyrelsen inhämta kvartalsvisa rapporter om utvecklingen av regionernas förlopp [7].

Satsningen i Danmark har bidragit till kortare väntetider och nöjdare patienter och medarbetare i vården, men också till bättre samverkan mellan olika delar av vården, om än inga direkta systemförändringar har rapporterats som en följd av pakkeforløben [5-7, 17]. Därutöver är effekten av tidig remittering snabbare förlopp i senare delar av vården [18]. Det går att se att satsningen medförde ökat antal utredningar och att förloppen trängde undan tider för andra patientgrupper, men också att det gav effekter på andra delar av den medicinska vården [7].

Samsjuklighet kan ha betydelse för överlevnad och patientens möjligheter att genomgå ett pakkeforløb. I den danska befolkningen har nästan 40 procent av befolkningen en eller flera långvariga sjukdomar. Exempelvis har 15 procent muskel- och skelettsjukdomar och 7 procent har hjärt- och kärlsjukdomar.<sup>17</sup>

Pakkeforløben finns i dag i Danmark för 34 diagnoser. De flesta rör cancer. Dock har även andra sjukdomar och tillstånd pakkeforløb, såsom hjärtsvikt och ospecifika symtom.

<sup>14</sup> Dansk motsvarighet till de svenska vårdprogramgrupperna.

<sup>15</sup> Det första förloppet togs fram vid ett enskilt sjukhus redan, 1999 (Probst, 2012).

<sup>16</sup> Närvaron av en eller flera sjukdomar eller diagnoser förutom en primärdiagnos.

<sup>17</sup> Sundhetsstyrelsen, Notat 15 november 2012.



I Danmark är allmänläkaren den huvudsakliga ingången till den specialiserade vården. En så stor andel som 98–99 procent av den danska befolkningen är registrerad hos en allmänläkare, som vid medicinska problem är första kontakt med vården [19]. Allmänläkaren ska i hög grad vara observant på de allmänna alarmsymtomen och de diagnosspecifika alarmsymtomen [18]. Det har därutöver visat sig att patienter som uppvisar vaga symtom har längre tid för utredning än de som har alarmsymtom [20]. Hos patienter med allvarliga, icke-specifika symtom har 16 procent cancer [21].

Sedan införandet i Danmark har stödet till allmänläkaren utvidgats omkring möjligheterna att diagnostisera cancer. Inte minst har tillgången till utbildning ökat [20, 22, 23].

En dansk modell har blivit internationellt känd för att diagnostisera cancer tidigt och beakta tidiga symtom [15]. Modellen<sup>18</sup> rör tidig remittering vid välgrundad misstanke och symtom – pakkeforløben, snabb remittering till diagnostiska centrum för patienter med okarakteristiska symtom på allvarlig sjukdom och snabb tillgång till ”Ja-Nej klinik” [22].

Det primära syftet med pakkeforløben var alltså inte de långa väntetiderna, som det är i Sverige, utan sämre överlevnad och dålig kvalitet. Pakkeforløben sträcker sig också över ett längre förlopp än de svenska standardiserade vårdförloppen och innehåller flera inarbetade delar.

## Diagnostiska centrum och nivåstrukturering

Det är viktigt att cancersjukdom upptäcks utan onödig fördröjning. Ett snabbspår som etablerats i Sverige är uppbyggnaden av diagnostiska centrum, som också har Danmark som förebild. Tanken med ett diagnostiskt centrum är att tidigt kunna hjälpa patienter där det finns misstanke om allvarlig sjukdom genom att snabbt komma igång med en utredning. I Region Skåne inrättades ett diagnostiskt centrum på centralsjukhuset i Kristianstad i projektform för några år sedan. Verksamheten blev permanent 2015. Förutom primärvården kan nu fler verksamheter remittera patienter, såsom specialistsjukvårdens mottagningar, akutmottagningar och företagshälsovården. I Södertälje startade det andra diagnostiska centrumet 2014 och fler är på väg i andra delar av landet. Exempelvis har hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen fattat beslut om diagnostiska centrum som ska införas 2016 vid NU-sjukvården<sup>19</sup>, Skaraborgs sjukhus, Södra Älvsborgs sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Frölunda specialistsjukhus. Av de patienter som remiterats till diagnostiska centrum i Kristianstad och Södertälje har 20-25% någon form av tumör.<sup>20</sup>

Därutöver pågår ett nationellt arbete med nivåstrukturering. Arbetet utgår ifrån målen och förslagen i cancerstrategin [1] och fokuserar på tio gemensamma kriterier som regeringen tagit fram och landsting och regioner

---

<sup>18</sup> The Danish three-legged strategy.

<sup>19</sup> Norra Älvsborgs läns sjukhus i Trollhättan och Udevalla sjukhus.

<sup>20</sup> Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp, november 2015.

ställt sig bakom.<sup>21</sup> Arbetet med nivåstrukturering drivs av en nationell grupp utsedd av RCC i samverkan, där det ingår representanter från varje sjukvårdsregion. Det första exemplet på genomförd nationell vårdstrukturering är peniscancer. Samtliga regioner och landsting har beslutat att remittera patienter som behöver denna behandling till någon av de två nationella enheterna (Malmö och Örebro). Uppföljning planeras till 2017. Under perioden 2015–2018 ska behandlingen av fler cancerdiagnoser som ingår i SVF bedömas för nationell nivåstrukturering.<sup>22</sup>

Utvecklingen med diagnostiska centrum och nivåstrukturering sker parallellt med införandet av SVF. Därför kommer Socialstyrelsen i uppföljningen att förhålla sig till det faktum att cancersjukvården koncentreras till färre antal orter och att personer med cancer också utreds vid diagnostiska centrum.

## Upptäcka och utreda cancer

### Misstanke om cancer och tidiga symtom

Uppmärksammandet av tidiga symtom, så kallade alarmsymtom, är en del av det cancerpreventiva arbetet och tidig upptäckt av cancer. Vikten av tidig diagnostik lyfts fram i den nationella cancerstrategin och är ett kriterium i uppdraget till de sex regionala cancercentrumen [1, 2].

Symtom vid cancer kan vara mer eller mindre specifika. Olika cancersjukdomar ger olika symtom, både allmänna och diffusa, eller är speciellt knutna till en viss del av kroppen eller ett visst organ. Exempelvis är trötthet något som många upplever i vardagen och som inte alltid signalerar att något allvarligt är på gång. Blod i urinen syns och kan skapa omedelbar oro om att något inte stämmer; det kan vara symtom på cancer men kan också vara exempelvis en infektion.

Allmänna symtom såsom trötthet och illamående kan dessutom vara övergående. En majoritet av patienter med cancer har en symtomatisk cancer, det vill säga symtom som ska alarmera misstanke om cancer [24]. Ett problem är att symtomen kan variera och utvecklas över tid med sjukdomen.

Den nationella vårdguiden 1177 har i dagsläget information om vad man själv kan göra för att minska risken för cancer. Däremot saknas upplysning generellt om betydelsen av tidig upptäckt av cancer och alarmsymtom. Det finns dock diagnosinriktad information, exempelvis ”det vanligaste symtomet vid livmodercancer är blödningar eller missfärgade flytningar” och för lungcancer ”det vanligaste symtomet är hosta” och ”man kan få torrhosta eller blodiga upphostningar”. Texter som utesluter cancer är i lagda i anslutning till diagnoserna, exempelvis ”blod i urinen kan vara ett annat symtom på prostatacancer, men det är ovanligt. För det mesta är blod i urinen ett symtom på andra sjukdomar”.

De flesta patienter med alarmsymtom (tecken som är mer eller mindre typiska) har inte cancer [25]. I Sverige saknas information om hur många som utreds för cancer och som har alarmsymtom. Danska studier visar

---

<sup>21</sup> Se nivåstrukturering – cancercentrum.se.

<sup>22</sup> Cancercentrum.se.

däremot att under ett år har 13–15 procent av befolkningen haft alarmsymtom för vanliga sjukdomar som bröstcancer, kolorektalcancer. För den norska befolkningen som besöker allmänläkaren är siffran 12 procent [26, 27].

En individs egen misstanke av att något inte står rätt till är viktig och betydelsefull, liksom förmågan att förstå risker och söka vård tidigt [22, 28, 29]. I detta innefattas både individens och närståendes uppmärksamhet av tidiga allmänna, generella och diagnosspecifika symtom. Uppfattningen om vad som kan vara allvarligt skiljer sig dock åt mellan individer.

Fördröjningen till att söka vård kan således vara kopplad till såväl symtom som individens och närståendes förmåga att förstå risker, vilket också gör att det är viktigt att befolkningen i allmänhet har kunskaper om relevanta symtom vid cancer. Fördröjningen kan därutöver finnas kvar efter kontakten med sjukvården i form av organisatorisk fördröjning. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering visar i sin genomgång om tidig upptäckt om symtomgivande cancer på kunskapsluckor om tidsförloppen från det att en person för första gången upplever symtom och effekter av fördröjning av diagnos [25].

Snabbspår och särskilda mottagningar för att utreda misstankar och symtom leder till att diagnosen kan ställas tidigare. Befolkningens beteende samt kunskaper och medvetenhet om tidiga symtom vid cancer är således av vikt för att upptäcka cancer tidigt. Information och utbildningsinsatser till befolkningen ökar medvetenheten om cancer och tidiga symtom, särskilt om den är personligt anpassad och två år efter insatsen [25]. Men det går inte att avgöra om utbildning till befolkningen eller vårdens professioner leder till att diagnosen kan ställas tidigare i förloppet eller om förhållandet mellan nytta och kostnad föreligger för tidig upptäckt av symtomgivande cancer [25]. Det behövs således fler uppföljningar för att bedöma effekterna av snabbspår som utreds inom respektive utanför dessa. Dock har tillgången till olika snabbspår betydelse för att patienten ska få diagnosen cancer tidigt [12]. Patienter med ospecifika symtom kan inte remitteras till en sjukdomsspecifik process eftersom det saknas misstanke om specifik sjukdom. Detta har uppmärksamats både i Danmark och i den svenska satsningen.<sup>23</sup>

## Sammanhållen vård vid upptäckt och utredning

Cancer är en av de vanligaste dödsorsakerna i västvärlden. Det finns därför anledning att tro att förutsättningarna för överlevnad ökar om tiden kortas från misstanke och upptäckt till behandlingsstart. En nyligen publicerad systematisk genomgång ställde frågan om ökad tid till diagnos och behandling är associerat med sämre resultat.<sup>24</sup> Detta stämde för symtomatisk bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, huvud-hals-cancer, maligna melanom och symtomatisk testikelcancer [30].

Inte överraskande värdesätter patienter snabb utredning fram till diagnos [31]. Patienter får även ökad livskvalitet vid tidig diagnos i ett tidigare skede, även om det kan skilja mellan olika cancerformer [30].

<sup>23</sup> Uppbyggnad av diagnostiska centrum i Danmark och Sverige. För den svenska satsningen har ett standardiserat förlopp tagits fram för Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer. November 2015.

<sup>24</sup> Systematisk genomgång som innefattande flera cancerdiagnoser och drygt 200 studier.

Ingångarna till vården för upptäckt av cancer skiljer sig åt mellan olika cancerområden. Cancer kan upptäckas tidigt genom screeningsverksamhet som vänder sig till befolkningen. Screeningprogram för livmoderhalscancer och bröstcancer är etablerade. Det sist tillkomna förebyggande programmet, screening för tjock- och ändtarmscancer, är i fas för nationell utvärdering av metoden. För de flesta cancerformer finns ingen nationell screeningverksamhet. Oavsett relevanta screeningaktiviteter diagnostiseras 85–90 procent av cancer utifrån patientens symtom [22, 32, 33].

Patientens väg in i sjukvården internationellt varierar också mellan olika sjukvårdssystem, bland annat eftersom de utredningar som förväntas ske i primärvården skiljer sig åt [25]. I vissa länder är allmänläkaren en god ingång för att fånga cancer tidigt, i andra länder inte [22]. Till exempel upptäcker primärvården omkring 60–70 procent av all cancer i Danmark [22].

Patienter som söker primärvården har en mängd olika symtom som kan vara svåra att tolka som tecken på en allvarlig sjukdom eller övergående. Trötthet är exempelvis ett vanligt allmänt symtom som patienter söker för i primärvården. Ofrivillig viktnedgång ska utredas för att utesluta cancer och blodig upphostning ska ge skyndsam utredning. Senare studier visar att så många som hälften av cancersjukdomarna visar sig genom diffusa och allmänna symtom, exempelvis trötthet [18]. Allmänläkarens kunskaper om tidiga symtom och alarmsymtom är tillsammans med samverkan mellan primärvård och specialistvård viktiga faktorer för att cancer ska upptäckas tidigt och handläggas snabbt. Detta bör ställas i relation till att det för den enskilde primärvårdsläkaren är få patienter som misstänker cancer och ska utredas. För den enskilda allmänläkaren kan det röra sig om en patient per månad som leder till en cancerdiagnos [25]. Hur allmänläkaren översätter de symtomen och fattar beslut om omhändertagande och utredning är av stor betydelse liksom att lyssna på patientens berättelse [20, 22, 25].

# Beskrivning av läget 2015

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen läget 2015. Det tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens baslinjestudie, innehållsanalys av en enkätstudie till alla landsting och regioner samt av de 21 handlingsplaner som landsting och regioner redovisade våren 2015. Syftet är att beskriva läget utifrån satsningens mål, beskriva hur landstingen och regionerna arbetade med patient- och vårdflödesprocesser innan de införde standardiserade vårdförlopp (SVF) samt ge en samlad bild av de utmaningar som landsting och regioner själva har sett. Avsnittet om patientens tid och behov vid utredning utgår från den journalstudie i primärvården som vi initierat och som vi redovisar i baslinjestudien [4]. I avsnittet illustrerar vi specifikt patientens tid och olika behov under utredning.

## Nuläget utifrån satsningens mål

Tidigare i år har Socialstyrelsen genomfört en baslinjestudie utifrån målen med satsningen [4].

Satsningen ska leda till *ökad nöjdhet* hos patienterna. Att i dag redovisa en samlad bild av detta är inte möjligt. Baslinjestudien visar att det är svårt att mäta hur nöjda patienterna är med cancer vården. Det pågår dock ett angeläget utvecklingsarbete för att mäta patienters upplevelser av vården. Av den journalstudie som Socialstyrelsen har initierat framgår det dessutom att patienter som senare får en cancerdiagnos i många fall har väntat länge med att uppsöka vård. De har ofta också en betydande väntan från den första kontakten med vården till det att remissen skickas. Denna tid fram till välgrundad misstanke, som är det steg som inleder SVF, varierar stort mellan olika patienter inom samma cancerdiagnos. Vår förstudie visar att tiden tycks kunna vara avsevärd.

Förutom fortsatt stora *regionala skillnader* mellan landstingen visar rapporten att det för närvarande råder stora skillnader i måluppfyllelse gentemot det antal dagar som vårdförloppen anses kunna ta och mellan cancerformerna. Väntetiderna för patienter med prostatacancer och blås- och urinvägscancer är betydligt längre än de fastslagna målen för de allra flesta. Dock uppnår en del landsting redan målen för huvud- och halscancer.

## Arbetet med processer före införandet

Socialstyrelsen har genomfört en enkätundersökning för att få en nulägesbeskrivning av hur landsting och regioner arbetade med bland annat patient- och vårdflöden före införandet av SVF. Enkäten<sup>25</sup> innehöll skattningsfrågor och en öppen fråga (kvalitetsdeklaration, bilaga 1). Skattningsfrågorna innebar att ta ställning till påståenden som rör några

---

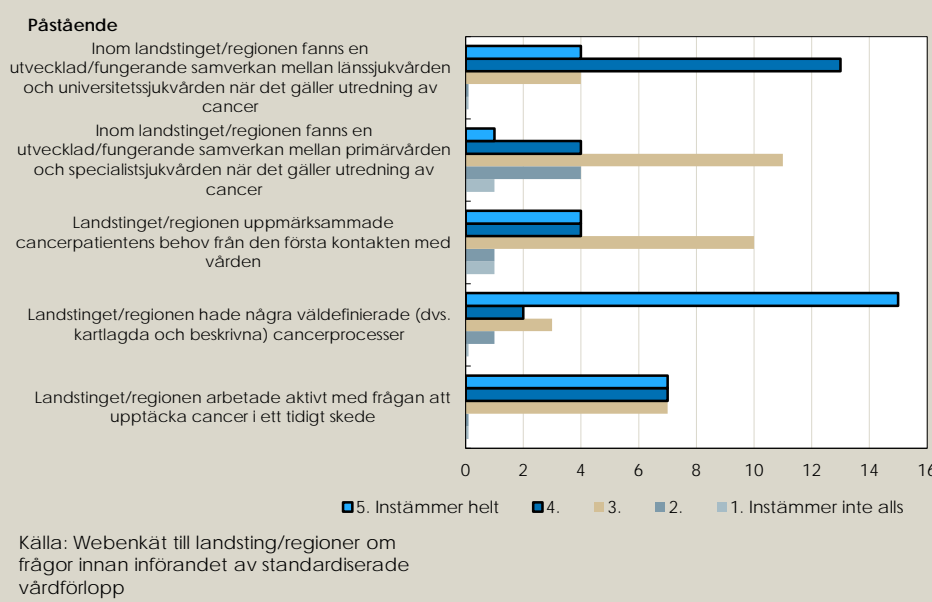
<sup>25</sup> Socialstyrelsen har samrått med SKL inför utformandet och genomförande av enkäten, i enighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner.

förutsättningar för satsningen. Dessa var att upptäcka cancer i tidigt skede, kartlagda och beskrivna cancerprocesser, cancerpatientens behov från den första kontakten med vården<sup>26</sup> samt samverkan mellan olika vårdnivåer eftersom flera cancerdiagnosers förlopp sträcker sig över flera. Den öppna frågan gällde huruvida landstingen och regionerna arbetade med patient- och vårdflödesprocesser innan de införde SVF. Vi har analyserat frågan med hjälp av manifest innehållsanalys (se metod).

Enkäten besvarades av samtliga 21 landsting och regioner i september och oktober 2015. Fyra påståenden besvarades av samtliga landsting/regioner. Påståendet om patientens behov besvarades av 20 landsting/regioner. Huruvida de representanter<sup>27</sup> som besvarade enkäten gjorde det själva eller i samråd med andra har Socialstyrelsen ingen uppgift om.

Uppgiftslämnarna omfattade följande befattningar: hälso- och sjukvårdsdirektör, utvecklingsdirektör, vårdchef, chefsläkare, medicinsk rådgivare, verksamhets-, division och avdelningschef, projektledare för satsningen samordnare och strateg för SVF samt ordförande i cancerråd. Socialstyrelsen redovisar både skattningsfrågorna och den öppna frågan på nationell nivå (se figur 2).

Figur 2. Antal landsting/regioners skattning utefter respektive påstående.



Socialstyrelsen vill med denna kartläggning ge en överblick över var landstingen och regionerna uppfattar sina startpunkter.

Sjutton landsting och regioner instämmer (5 och 4 i skalan) med att de har en utvecklad/fungerande samverkan mellan länssjukvården och universitetssjukvården.

Fem landsting och regioner instämmer med att de har en utvecklad/fungerande samverkan mellan primärvården och specialist-

<sup>26</sup> I satsningen ingår att patienten ska ha en individuell vårdplan och den utgår från patientens behov.

<sup>27</sup> Socialstyrelsen sparar och hanterar kontaktuppgifter till utgiftslämnaren till denna enkät i enlighet med personuppgiftslagen PUL (1998:204). Vi kan komma att använda uppgifterna till en ny enkät.

sjukvården, och åtta instämmer med att de uppmärksammar cancerpatientens behov från första kontakt med vården. På båda frågorna har skattningen 3 använts av 11 respektive 10 landsting, vilket kan tolkas som att de hade svårt att bedöma frågan.

Sjutton landsting och regioner instämmer med att de har några väldefinierade (kartlagda och beskrivna) cancerprocesser.

Fjorton landsting/regioner instämmer med att de arbetade aktivt med frågan om att upptäcka cancer i ett tidigt skede, vilket även kan tolkas som att de refererar till införandet av SVF.

## Landstingens och regionernas arbete med patient- och vårdflödesprocesser

Socialstyrelsen presenterar frågan om hur landstingen och regionerna arbetade med patient- och vårdflödesprocesser innan de införde SVF först i form av en tabell över teman och subteman. Se tabell 1.

Tabell 1. Tema och subteman

Tema	Subtema
Korta vårdprocessen	Policy och garantier Nivåstrukturering och samverkan Vårdformer och insatser som kortat vårdprocessen
Processorientering - processutveckling	Process: modeller och processer utvecklas processansvar och standardisering Multiprofessionella team och kontaktsjuksköterska Produktionsplanering visavi processutveckling
Lärande	Tidigare insatser Förberedande för införandet av standardiserade vårdförlopp

### Korta vårdprocessen

Landstingen och regionerna visar i sina beskrivningar på överenskommelser som gjorts mellan primärvård och specialiserad vård på sjukhus och menar att detta har kortat vårdprocessen. Några exempel de nämner är fördelning av uppdragen för olika cancerdiagnoser och hur vårdprogramarbete inom vissa diagnosområden utförts i samverkan med primärvården. Därutöver ger de exempel på hur garantier utvecklats sedan 2007; de ska lämna garantier om högst 14 dagar till första besök till specialist vid misstänkt cancer och om högst 28 dagar från det att en remiss lämnas och till start av behandling. Det finns exempel om utarbetade beslutsstöd för tidig upptäckt av cancer, vilka publicerats på det landstingets webbplats. Landstinget nämner krav på registrering och att verksamheter inom vissa divisioner har kortat ledtider med fastställd eller misstänkt cancersjukdom. Därutöver påvisar landstinget strukturer för insatser, arbetsfördelning och stöd som en del i verksamhetens krav på kontinuerlig utveckling.

Nivåstrukturering mellan primärvård, länssjukvård och regionvård framhålls som en del av landstingens och regionernas arbete, särskilt vad

gäller kirurgiska åtgärder. Nivåstruktureringsarbetet utgör en fortlöpande del av den landstingsinterna utvecklingen för dem som lyft fram det.

Några regioner och landsting har etablerat samverkan mellan primärvården och länssjukvården för att kunna följa patientprocessen både före och efter själva behandlingstiden. Ansvar har i sådan samverkan förtydligats mellan primärvård och specialistsjukvård, och länssjukvård och universitetssjukvård. Därutöver har nätverkslogik för värdeskapande aktiviteter använts mellan primärvård och specialistsjukvård och länsövergripande handläggning. En remissöverenskommelse har tagits fram generellt och för symtom som specifikt är alarmerande för cancer.

En del i arbetet med att korta vårdprocesser beskrivs utifrån hur landstingen och regionerna har etablerat nya enheter och arbetsformer. De ger exempel på diagnostiska centrum som kan ta emot patienter med allvarliga sjukdomar och att strategiska enheter för cancerprocesser tagit form. Ett annat exempel är att team har skapats för att kunna ta emot patienter med spridd cancersjukdom. Forsknings- och utvecklingsprojekt finns etablerade i primärvården om tidig upptäckt och tas upp i sammanhanget.

Flertalet landsting och regioner lyfter fram den utveckling som skett för processutveckling inom flera cancerdiagnoser och hur ledtiderna har kortats i och med detta arbete. Snabbspår med förbokade tider och multiprofessionell samverkan har hjälpt till att strama upp förloppen. De har även exempel på hur vårdcentraler i dag kan remittera patienter med stark misstanke om allvarlig sjukdom. Att man i primärvården fotograferar hudförändringar som biläggs remissen till specialistsjukvården anges också som en åtgärd för att korta ett utredningsförlopp.

## Processorientering – processutveckling

Inom temat processorientering och processutveckling finns tre relaterade områden som landstingen och regionerna refererar till:

- processmodeller, processer och processansvar
- standardisering följt av multiprofessionella team och kontaktsjuksköterska
- produktionsplanering gentemot processutveckling.

Flertalet modeller anges ha stramat upp processerna. Exempel på modeller som landstingen och regionerna använder är processlogik, flödesmodeller, gapanalyser, värdebaserad vård och att integrera processer i de multidisciplinära vårdprocesserna. Utveckling av processarbetet har pågått sedan flera år där processledare har fått ett ansvar att kartlägga processerna och att driva utvecklingen och strama upp flödena.

Etableringen av regionala cancercentrum (RCC) har påbörjat processutveckling inom landstingen och regionerna, och gett stöd i att utveckla arbetsformerna för vårdprocesserna. Multidisciplinära team och multidisciplinär samverkan är en viktig grund och utveckling av funktionen med kontaktsjuksköterska anses vara viktiga delar, liksom arbetet med individuella vårdplaner (som tas fram tillsammans med patienten). Arbetsgrupper och nätverk har kontinuerligt arbetat med systematiska genomgångar av cancerprocesserna, vilket bidragit till samsyn och förståelse för övergångar och fört de strukturerade förbättringsarbeten framåt.



Landstingen och regionerna rapporterar att det finns problem med processledares mandat att fatta beslut som rör processen och att de därför inte kunnat genomföra viss utveckling. De efterfrågar effektiva IT-stöd och stöd för systematisk produktionsplanering för effektivare vårdprocesser.

Vissa landsting och regioner har arbetat med standardisering. Cancerstrategin och etableringen av RCC anges ha bidragit till mer samverkan med patienter och patientföreträdare och att ha patientperspektiven med i utvecklingsarbeten. De lyfter fram delaktighet i sammanhanget. Utvecklingen av multidisciplinära team och konferenser, diagnos-övergripande processer och videolänkar anses vidare stödja medarbetarna att arbeta över gränser och se helheter.

## Lärande

I enkätsvaren finns beskrivningar om metoder för lärande från olika tidigare insatser men också metoderna som varit förberedande inför SVF.

Landstingen och regionerna nämner några tidigare insatser, bland annat dialogmöten, regionala processmöten och utbildning av processteam och kontaktsjuksköterskor, dialog- och utbildningsdagar för processteam, utdataverktyg skapade för att få fram utdata i realtid tillsammans med uppföljningsmöten om kvalitetsregister, uppföljningar som skett av regionala cancerplaner samt samordning av register för förebyggande program.

De nämner även framtagna faktadokument och kunskapsstöd i form av vårdprogram som förberedelser för SVF.

## Identifierade utmaningar

Samtliga 21 landsting och regioner har lämnat in handlingsplaner för att införa standardiserade vårdförlopp till Socialdepartementet. Regionala cancercentrum samordnade arbetet i respektive region och överlämnade handlingsplanerna till Socialdepartementet den 1 mars 2015. Handlingsplanerna omfattade 10–100 sidor var. Norra sjukvårdsregionen och Uppsala Örebro sjukvårdsregion lämnade därutöver en gemensam övergripande presentation av sina ingående handlingsplaner.

I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen en samlad bild av de svar som ges om koordinatorsfunktionen, som är en del i satsningen i införandet av SVF. För flera landsting och regioner är det en ny funktion. Därutöver redovisar vi de utmaningar som landsting och regioner beskrivit i sina handlingsplaner.

## Koordinatorsfunktionen

Landstingen och regionerna har besvarat frågan om hur de ska lösa koordinatorsfunktionen med alltifrån detaljerade beskrivningar till hur kartläggning i processerna ska kunna ge svar. Några har också svarat hur funktionen kan realiseras först när SVF startas upp.

Flera tar upp kontaktsjuksköterskan utifrån hur de kan organisera funktionen effektivare med utökat ansvar för koordineringen. Denna lösning måste dock sättas i relation till sjukdomens volymer och komplexitet, men också att lösningen måste föregås av en översyn av hela arbetsteamets kompetens. Något landsting betonar vikten av att kontaktsjuksköterskan finns

i den så kallade linjen och att besluten bara kan tas där. Några landsting och regioner lyfter fram att kontaktsjuksköterskan kan vara aktuell när volymerna är små och att en koordinator ska gälla vid större volymer. Bevekelsegrunden är att en koordinator inte kan täcka olika lösningar i processerna för de enskilda patienterna. Att remisser ska ligga på en koordinator och att den primära kontaktsjuksköterskan ska säkerställa flödet är också resonemang som förs. En region menar att teamet bestående av administrativ personal, kontaktsjuksköterskan och läkaren är en nyckelfunktion för hur de ska lösa koordineringen.

Förslagen på hur koordinatorsfunktionen ska lösas bygger också på andra yrkesgrupper än kontaktsjuksköterskan eller sjuksköterskan. Medicinska sekreterare och undersköterskor övervägs också att axla koordinatorsfunktionen. Översyn av redan befintliga koordinatörer och coacher nämns också.

Därutöver rapporterar landstingen och regionerna om hur översyner kan ge idéer om hur verksamheter kan samverka i lösningarna om koordineringsfunktionen. Att testa olika arbetssätt på vägen mot mer permanenta lösningar ger bilden av att landstingen och regionerna ser införandet av koordinatörer som en del i ett längre utvecklingsarbete.

## Utmaningar

I tabell 2 ger Socialstyrelsen en översikt över teman och beskrivningar för de utmaningar som omnämns i handlingsplanerna. Översikten utgår övergripande från stegen i förloppen såsom misstanke och utredning och avslutas med mätningar samt IT. Vid varje tema ger vi exempel på en beskrivning. Varje landsting och region kan ha flera beskrivningar under varje tema. Antalet beskrivningar säger inget om vikten av dem sinsemellan, men kan ge en översiktsbild av de reflektioner som landstingen och regionerna har gjort innan införandet av SVF.

**Tabell 2. Utmaningar i tema, antal beskrivningar och exempel**

Tema	Antal beskrivningar	Exempel på beskrivning
Välgrundad misstanke	3	Välgrundad misstanke måste betyda samma sak för alla och generera samma upplägg.
Utredning och diagnostik	38	Att samverka mellan primärvården och berörda utredningsfunktioner på sjukhusen utvecklas vad gäller remissrutiner.
Tillgång till aktiviteter	27	Brist på operationsutrymme.
Personaltillgång – kompetens	67	Tillgång till radiologi och koordinatorsfunktion.
Förbättringar avseende samordning och organisation	31	Nytt sätt att arbeta och tänka över organisatoriska gränser.
Patientrelaterat	8	Patientens medverkan och delaktighet i sin egen process.
Undanträngning av annan vård	2	Risk för undanträngning annan vård, sjuka äldre.
Mätningar och IT	11	Identifiera brister i registrering och IT-stöd för uppföljning.

### *Välgrundad misstanke, utredning och diagnostik*

Endast två landsting och regioner antar problematiken med välgrundad misstanke om cancer som en utmaning. Funderingarna är däremot flera om hur man ska hantera utredningsdelen fram till diagnos. Dessa handlar exempelvis om att kunna säkra leveranser av utredningarna med kvalitet, utifrån den kapacitet man har att tillgå, och fungerande samverkan mellan vårdnivåer, landstingsgränser och andra aktörer. Några exempel är hur remissrutiner ska kunna utvecklas samt hur gemensamma resurser ska säkerställas och kunna användas till rätt patient, i given stund. Andra funderingar är hur landstingen och regionerna ska kunna utveckla samverkan mellan primärvården och utredande verksamheter och hur tillgången till medicinsk service ska kunna räcka till (för satsningen). De reser också frågan om hur de ska kunna sortera det förväntade utökade antalet remisser och hantera de stora volymer som förväntas.

### *Tillgång till aktiviteter, personaltillgång och kompetens*

Tolv landsting och regioner tar upp utmaningar i tillgång till behandlingar, såsom operationer, olika undersökningar som utförs av bild- och funktionsmedicin och tillgången till lediga tider. Oron finns hur de ska kunna lösa detta i en verksamhet som redan har högt tryck, som exempelvis inom onkologin.

Personaltillgången och bristen på rätt kompetens omfattar i stort sett samtliga yrkesgrupper som behövs för förloppens utredning och diagnostik. Storleken som anger bristen och vilka kompetenser som saknas skiljer sig åt. Landstingen och regionerna nämner specialistläkare, framför allt onkologer, patologer, bild- och funktionsmedicinare, stråltekniker och dosplanerare samt specialistsjuksköterskor och kontaktsjuksköterskor. Endast 2 av de 21 landstingen och regionerna beskriver inte att personaltillgång och kompetenser är en utmaning. Däremot lyfter de fram omdisponering av resurser och kunskapsstöd. Vakanta tjänster ses som en speciell utmaning och att exempelvis bristen på onkologer äventyrar aktiviteter som multidisciplinära konferenser. Därutöver beskriver landstingen och regionerna hur de kommer att behöva fler personer som ska hantera större krav på uppföljningar och hur de ska kunna verkställa nya arbetssätt med SVF i en redan instabil bemanningssituation. Arbetsöverföring från urolog till sjuksköterska kan exempelvis kräva fler kontaktsjuksköterskor. Någon region menar att de ska se över resursfördelningen innan införandet och därefter kanske man får acceptera att det kan uppstå en viss kompetensfördröjning innan allt faller på plats.

### *Förbättringar avseende samordning och organisation*

Tretton landsting och regioner problematiserar de förbättringar som bör göras inför införandet av SVF. Standardiserade vårdförlopp är en utmaning i sig men har stora möjligheter att förbättra både inom och mellan verksamheter. Landstingen och regionerna uppfattar att detta kommer att ta tid.

Ambitionsnivån uppfattas som hög, och den ska i sin tur pressa fram bättre samordning, nya sätt att arbeta på och tänka över organisatoriska gränser. Några landsting och regioner uppfattar att det finns en positiv inställning till

satsningen och beskriver hur det multidisciplinära samarbetet kan utvecklas i och med detta.

### *Patientrelaterat och undanträngning av annan vård*

De patientrelaterade utmaningarna handlar om vem som tar hand om de patienter som inte prioriteras, patienternas samtliga behov som exempelvis återbesök samt hur den patientsakade fördröjningen ska kunna hanteras. Ett landsting lyfter frågan om i vilken utsträckning det standardiserade förloppets fokus på första delen av patientens process påverkar senare delar, som exempelvis palliation. Landstingen och regionerna ser patientens delaktighet och medverkan som en speciell utmaning. Den undanträngning två regioner befarar är att fler reserverade tider tränger undan annan vård, exempelvis sjuka äldre och svårt sjuka, och att patienter som är ineliggande på sjukhusen får vänta längre.

### *Mätningar och IT*

Det finns flera utmaningar som relateras till mätningar och IT. En del handlar om utveckling av snabba remissrutiner och flöde och en annan del tar upp tillgängligheten av koder, och hur de ska kunna anpassas i systemen. En annan utmaning som nämns är att tidigt kunna identifiera brister i registreringen.

## Patientens tid och behov vid utredning

Syftet med SVF inom cancerområdet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell cancervård utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.<sup>28</sup>

Underlagen för SVF är utvecklade utifrån ett medicinskt vårdperspektiv, det vill säga vad som är möjligt att göra på en viss tid givet de medicinska förutsättningarna och vårdens organisation. De innehåller däremot ingen avsatt tid för patienters behov av till exempel betänketid inför val av behandling efter ett diagnosbesked. Dessa behov är individuella och svåra att ha med i SVF, men vården måste kunna ta hänsyn till dem även efter att de infört dem. Patientens egen mätpunkt och start av väntetiden börjar vid misstanken att något inte står rätt till. Journalstudien som Socialstyrelsen redovisar i baslinjerapporten [4] visar att patienter som senare får en cancerdiagnos ofta väntat länge med att uppsöka vård men att det varierar mellan olika patienter inom samma diagnos.

Utifrån journalstudien illustreras patientens dagar och behov under ett utredningsförlopp. Det första exemplet fokuserar på ”patientens tid” under utredningen (bil 2, figur 3) och det andra exemplet på ”patientens olika behov” (bil 3, figur 4). Det är inte ovanligt med samsjuklighet<sup>29</sup> i den äldre befolkningen eller att ha flera sjukdomar och diagnoser samtidigt vid cancersjukdom. Samsjuklighetens problematik finns med i det andra exemplet (bil 3, figur 4).

<sup>28</sup> Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och SKL, 2015.

<sup>29</sup> Närvaron av en eller flera sjukdomar förutom primär diagnos eller effekten av sådan ytterligare sjukdom och diagnos.

## Patientens tid

En kvinna besöker primärvården för årlig kontroll av blodtryck och struma. Kvinnan berättar då att hon haft ont i magen och en längre tid haft blod i avföringen och undersöks av allmänläkaren.

Vårdförloppet omfattar 84 dagar. Exemplet illustrerar ett utredningsförlopp i primärvården på 36 dagar. Efter att patienten kommit in i speciallistsjukvården, dag 36 och påbörjat den första behandlingen har det gått ytterligare 38 dagar.

Blodprover tas dag 1 och kvinnan får tid för återbesök samt uppmanas att ta avföringsprov. Efter 14 dagar får kvinnan besked om att det fanns blod i avföringen och får 11 dagar senare en tid för ändtarmsundersökning. Allmänläkaren ser en tumör i ändtarmen och sänder samma dag en remiss till specialistkliniken.

En dryg månad efter det första besöket, dag 36 möter kvinnan för första gången kirurgläkare som via ytterligare undersökningar finner en polyp längre upp i tarmen. Tjugosju dagar senare, dag 53 görs datotomografi och sex dagar senare (dag 59) magnetkameraundersökning av ändtarmen. Några dagar senare (dag 65) hålls en tumörkonferens efter kompletterande undersökningar. Knappt tjugo dagar senare (dag 84) påbörjas strålbehandlingen (figur 3, bilaga 2).

I ett standardiserat vårdförlopp för tjock- och ändtarmscancer<sup>30</sup> skulle basutredningen från beslut om välgrundad misstanke till start av första behandling ta 39 kalenderdagar och vid en utökad utredning ta 53 kalenderdagar.

## Patientens olika behov

Vårdförloppet omfattar 143 dagar. Det börjar den dag mannen sökte vårdcentralen på grund av akut försämring av sina mångåriga vattenkastningsproblem (som urolog bedömt vara godartade och orsakade av prostataförstoring) och som efter 143 dagar ledde till att start av behandling för lungcancer.

Exemplet illustrerar olika processer som sker parallellt, där den ena drar utredningen av cancer framåt och den andra fokuserar på de behov som kräver mer eller mindre akuta vårdåtgärder.

Utredningen av misstanke om cancer börjar dag 29. Då berättar mannen, som har känd kronisk lungsjukdom, om sin viktnedgång för primärvårdsläkaren, som beställer lungröntgen. Efter ytterligare 13 dagar (dag 42) görs lungröntgen som visar en misstänkt lungcancer och mannen besöker sjukhuset för första gången i detta vårdförlopp. Skiktröntgen av bröstkorgen dag 56 föranleder ytterligare ett sjukhusbesök. Efter ytterligare 29 dagar (dag 85) träffar mannen en lungspecialist som beställer kompletterande undersökningar. Dag 110, 15 dagar efter första besöket hos lungspecialisten, görs en cellprovstagning av den starkt misstänkta canceren i lungan. Ytterligare 25 dagar senare får mannen besked av specialistläkaren om lungcancer och att han kan få behandling i tablettform. Några dagar senare (dag 143) startar behandlingen.

---

<sup>30</sup> Tjock- och ändtarmscancer. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. Fastställt av SKLs beslutsgrupp 2015-10-20.

Under vårdförloppet 143 dagar tas mannens andra behov och sjukdomar om hand. Dag 1 inträffar den första vårdåtgärden, att tömma mannens urinblåsa på en liter urin. Mannen går hem med en urinvägskateter. Vid två tillfällen krånglar katetern, vilket föranleder besök hos distriktsköterskan, dag 11 och dag 15. Vid den årliga kontrollen hos allmänläkaren av mannens prostataförstoring (dag 29) berättar mannen för första gången om sin viktnedgång. Vattenkastningsproblemen som föranledde det första besöket där mannen också ordinerades prostatakrympande medicin föranleder ett besök hos en urolog senare i förloppet (dag 43) (figur 4, bilaga 3).

I ett standardiserat vårdförlopp vid lungcancer<sup>31</sup> skulle beslutet från välgrundad misstanke om lungcancer och start av första behandling, i detta fall läkemedelsbehandling, ta 40 kalenderdagar.

---

<sup>31</sup> Lungcancer. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. Fastställt av SKLs beslutgrupp 2015-10-20.

# Första årets insatser och stöd

## Nationellt och regionalt stöd

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) är i första hand en lednings- och verksamhetsfråga för respektive landsting och region. Landstingen och regionerna är ansvariga för hur de avser att införa systemet med SVF.

Nyckelområden för arbetet är införandet av ”välgrundad misstanke” efter en nationell definition, införandet av koordinatorsfunktion och införandet av obokade tider hos utredande enheter.<sup>32</sup>

## Förlopp tas fram och nätverk skapas

Regionala cancercentrum (RCC) som kunskapsorganisation och SKL har olika ansvar för stöd för införandet. Båda ska ge nationellt och regionalt stöd till landstingen och regionerna i arbetet med att utveckla systemet med SVF. Sex RCC ska stödja, samordna och stimulera arbetet med att införa SVF och se till att lärandetillfällen kommer till stånd. RCC i samverkan beslutar, efter samråd med departementets expertgrupp, på vilka områden SVF tas fram. RCC i samverkan kopplade redan 2014 utvecklingsarbetet kring SVF till det nationella vårdprogramarbetet vars samordnare även utsågs till samordnare för SVF. I utvecklingsarbetet togs en manual fram för att utforma samtliga SVF. I denna framgår de centrala begrepp och områden i arbetet med SVF.<sup>33</sup>

I januari 2015 beslutades om vilka vårdförlopp som skulle bli de första för start av införande under 2015. Förloppen hade redan arbetats fram under hösten 2014.<sup>34</sup> De kommande SVF som ska införas under 2016 är föremål för utveckling av underlag under 2015.

RCC i samverkan ska stödja RCC regionalt för landstingens och regionernas arbete med att ta fram handlingsplaner, kommunicera målen med satsningen och kommunicera de förändringar som SVF kräver. Under första året ska RCC i samverkan och RCC regionalt genomföra nationella och regionala insatser riktade till primärvården, både offentlig och privat. Regionala cancercentrum i samverkan inledde i mars 2015 insatser riktade till primärvården med en nationell heldag med primärvårdsföreträdare med diskussion kring vilket stöd primärvården skulle komma att behöva.

Insatser för primärvården har skett och intensifierats under 2015. Exempelvis har RCC väst genomfört en utbildningsserie och dialogmöten vid tio tillfällen förlagda på fem orter. RCC väst har också tagit fram en lathund för allmänläkaren om ”Alarmsymtom och allmänna symtom som kan signalera cancer”. Dessutom har RCC syd tagit fram ”8 varningsflaggor för cancer” för vårdpersonal inom landstingen och regionerna. Därutöver har

<sup>32</sup> Kortare väntetider i cancer vården. Överenskommelsen mellan staten och SKL, 2015.

<sup>33</sup> Ledtider, misstanke och välgrundad misstanke, filterfunktion, remittering, primärvård, funktion för processsamordning/koordinator, multidisciplinära konferenser, patient och närstående – kommunikation och delaktighet, komorbiditet, registrering.

<sup>34</sup> I september 2014 fick SKL och RCC i samverkan ekonomiska medel för att arbeta fram minst fyra SVF och en manual.

RCC norr tagit fram filmer om SVF riktade till primärvården. De handlar exempelvis om alarmsymtom som ska signalera misstanke om cancer.

Vidare har RCC etablerat ett nätverk i form av en nationell projektgrupp med två regionala projektledare från varje RCC för att samordna sitt stöd. Gruppen leds av RCC:s nationella samordnare för SVF och SKL:s projektledare för satsningen. Gruppen ska bereda frågor och ta fram underlag för beslut, samordna arbetet med handlingsplaner och uppföljningen av dessa samt utgöra stöd vid genomförande, kommunikation och insatser för primärvården.

SKL har uppdraget att stödja landstingen och regionerna. De har etablerat en arbetsgrupp för att följa upp tillgängligheten med att underlätta införandet av SVF<sup>35</sup> i landstingen och regionerna. Syftet är att införandet ska kunna bedrivas effektivt och med god fart.

Det har även skett en förstärkning i landstingen och regionerna i och med att ett antal projektledare har fått uppdrag att stödja och driva utvecklingen lokalt. En del har uppdragen på kortare tid och andra har fått uppdragen under hela fyraårsperioden, fram till 2018.

## Uppföljning

I stödet för att genomföra SVF ingår att på nationell nivå mäta och följa upp väntetiderna för de SVF som ingår i satsningen. Uppföljningen ska omfatta mätpunkterna ”datum då beslut fattas om att välgrundad misstanke föreligger” samt ”datum för start av första behandling”. Tiden som ska följas upp är den sammanlagda maximala ledtiden (ej mediantid) angivet i kalenderdagar. Ledtiden anger hur många kalenderdagar som går åt för att med god kvalitet säkert utföra alla moment i utredningen. Den bygger på rekommendationer av medicinskt motiverad tid, men det finns inga krav på att dessa hålls så länge den sammanlagda ledtiden hålls. Landstingen och regionerna har kommit överens med regeringen om att använda den nationella väntetidsdatabasen (vid SKL) för uppföljningen. Den ledtid de ska följa upp gäller både för patienter som får diagnosen cancer och patienter som inte får en cancerdiagnos. De patienter som inte får diagnosen cancer registreras inte i kvalitetsregistren eftersom dessa enbart omfattar cancerdiagnoser. Patienter som får annan diagnos eller ingen diagnos fortsätter i specialiserad vård eller återremitteras till primärvården. Kvalitetsindikatorer andra än ledtider följs upp via kvalitetsregister och PREM (Patient Reported Experience Measures).

Under året finns exempel på landsting och regioner som med stöd av RCC gjort baslinjemätningar för att beskriva väntetidsläget för de diagnoser som ska införas under 2015 och 2016.<sup>36</sup>

För att kunna registrera och rapportera mätpunkterna i landstingens och regionernas IT-system på ett enhetligt sätt har Socialstyrelsen utvecklat ett antal KVÅ-koder - koder för vårdåtgärder (se koder för mätpunkter i standardiserade vårdförlopp). En särskild kodningsvägledning<sup>37</sup> tagit fram av

<sup>35</sup> Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och SKL, 2015.

<sup>36</sup> Mätningen presenteras på RCC Uppsala-Örebro's flik cancercentrum.se

<sup>37</sup> Illustrationen från denna kodvägledning har tagit inspiration från Norge, Helsedirektoratet.



RCC och SKL till hjälp för de som ska registrera uppgifterna och för respektive vårdförlopp.

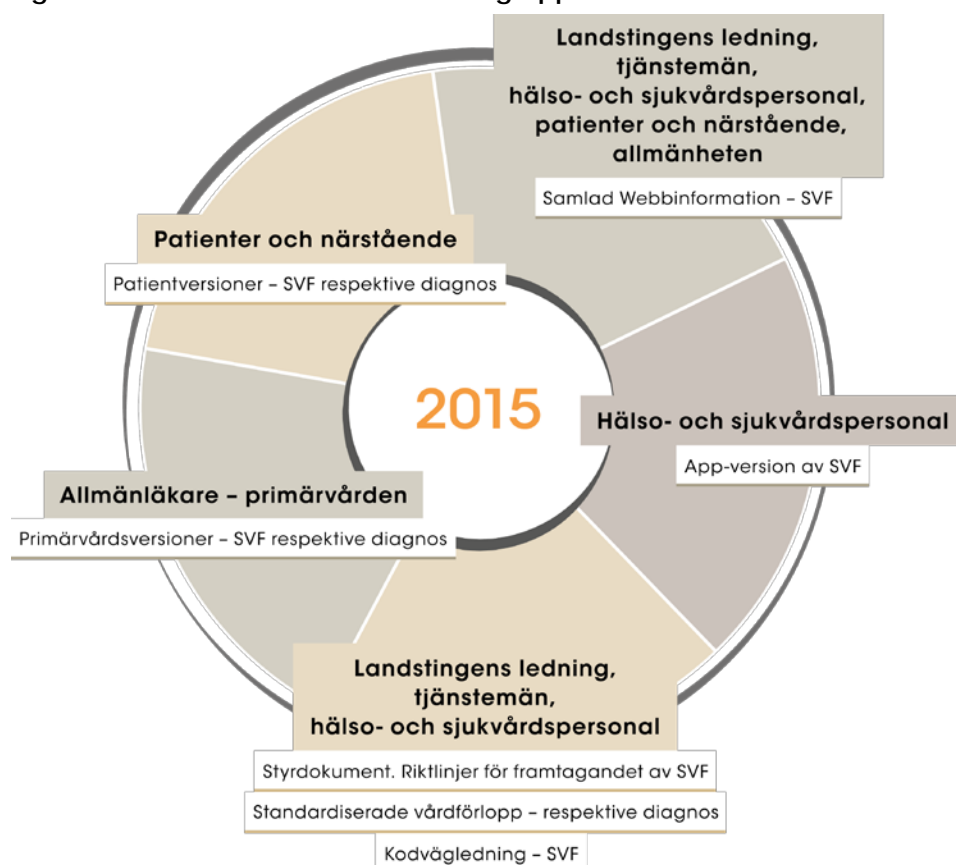
Uppföljningen av patientens upplevelser ingår i överenskommelsen med SKL, och har diskuterats under året då en PREM-version för SVF har tagits fram. Versionen var föremål för remissrunda och validering under hösten 2015 till ett urval patienter som genomgått SVF. PREM planeras följa arbetsgången för nationell patientenkät.

## Samordnade insatser och målgrupper

Förutom att SKL och RCC i samverkan ska stödja landstingen och regionerna i införandet av SVF, ska de samordna kommunikationen till vårdens ledning, medarbetare, patienter och närstående. I detta ingår att ta fram en strategi för kommunikation och budskapsplattform.<sup>38</sup> Men det ingår också att se behoven hos olika målgrupper och vid behov genomföra insatser och hitta informationskanaler som når de olika målgrupperna.

Under det första året har ett antal stödinsatser utvecklats av RCC och SKL för olika målgrupper. Socialstyrelsen visar i figur 5 olika insatser och stöd som tagits fram för olika målgrupper, inom landstingen och regionerna.

Figur 5. Insatser och stöd för olika målgrupper



<sup>38</sup> Nationell budskaps- och kommunikationsplan fastställd av RCC i samverkan, april 2015.

Tidigt i arbetsprocessen samlade RCC och SKL all information nationellt och samordnade budskapen. Den samlade informationen finns på RCC:s webbplats – *cancercentrum.se*. Den framlyfta fliken om ”Varje dag räknas” innehåller delar som de olika målgrupperna kan behöva, det vill säga landstingen och regionernas ledning och tjänstemän, hälso- och sjukvårdspersonal, patienter och närstående, patientrepresentanter samt allmänheten. Styrdokument för SVF, primärvårdsversioner<sup>39</sup> och kodvägledning ska exempelvis ge stöd för införandet. För att stärka tillgängligheten till SVF och nationella vårdprogram har RCC utvecklat mobilapplikationen *Cancervård*. Syftet med *Cancervård* är att den ska underlätta för hälso- och sjukvårdspersonalen att veta vad som gäller. Den har således krav på att vara uppdaterad.

Införandet av SVF påverkar allmänläkare eftersom de får nya remissrutiner och ska ha kunskap om vad som gäller för SVF och välgrundad misstanke om cancer. Underlagen som togs fram för de första fem SVF under 2015 fick därför tidigt kortfattade primärvårdsversioner som riktar sig till allmänläkaren och primärvården. Användardelen i *Cancervård* har tagit hänsyn till primärvårdens behov genom ingången alarmsymtom i stället för diagnos.<sup>40</sup>

För patienter och närstående har RCC tagit fram patientinformation om SVF för respektive diagnos. Informationsbladen ska vara ett stöd för landstingen och regionerna och komplement till den individanpassade muntliga informationen (som patienten har rätt att få).

På uppdrag av SKL och landstingen och regionernas samverkan för e-hälsa (Inera) startar Stockholms läns landsting så kallade invånartjänster. Under hösten 2015 pågår arbetet med att utveckla och uppdatera informationen om SVF via 1177 Vårdguiden. Denna insats är ett exempel på medborgar- och patientanpassad information om SVF.

## Standardiserade förlopp i satsningen

De standardiserade vårdförloppen bygger i första hand på utredningsdelen i det nationella evidensgraderade vårdprogrammet och är inte kompletta processbeskrivningar. De innehåller ej heller instruktioner som återfinns i lagstiftning eller andra styrdokument.

### Standardiserade vårdförlopp 2015

Standardiserade vårdförlopp<sup>41</sup> för fem pilotdiagnoser togs fram av RCC nationellt under hösten 2014. I överenskommelsen skulle vårdprogramgrupperna ha utvidgats med företrädare för primärvården, sjuksköterska, bild och funktionsdiagnostik och patienter. De argument som föranledde vilka diagnoser som skulle utgöra piloter var först och främst ett nyligen framtaget

<sup>39</sup> Primärvårdsversioner om pilotdiagnoser kom i april 2015, dock inte för ALM.

<sup>40</sup> Appen *Cancervård* innehåller också en riskkalkylator för att beräkna återfallsrisker och prognoser.

<sup>41</sup> Redan i de förberedande insatserna (exempelvis SKL) fanns skrivningar om benämningen *standardiserade vårdförlopp* kunde skapa icke önskvärda associationer, att den var alltför byråkratisk och inte inbegriper patienten.

eller uppdaterat nationellt vårdprogram.<sup>42</sup> Remissrundor av vårdprogrammen sker efter framtagande i två omgångar innan RCC fastställer dem och ansvarar för webbpubliceringen.<sup>43</sup>

De planerade förloppen som införs under 2015 är:

- akut myeloisk leukemi (AML)
- huvud- och halscancer
- matstrupe- och magsäckscancer
- prostatacancer
- urinblåse- och urinrörscancer.

## Standardiserade vårdförlopp 2016

De första SVF som infördes under 2015 har ett dominerande inslag av cancer som drabbar män. Det kommer att utjämnas under 2016 med de diagnoser som kommer att ingå då. Målet är att ta fram minst tio SVF under 2015 som ska införas under 2016. Under denna andra etapp kom man målen närmre genom att företrädare för primärvård, bild- och funktionsmedicin, sjuksköterska och patienter kunde vara med i arbetsgrupperna.

Standardiserade vårdförlopp ska tas fram för införande 2016 för följande diagnoser: bröstcancer, bukspottkörtelcancer, cancer i galla och gallvägar, hjärntumörer, levercancer, lungcancer, lymfom, malignt melanom, myelom, tjock- och ändtarmscancer och äggstockscancer. Det finns också SVF för cancer med okänd primärtumör (CUP) och allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer.<sup>44</sup> Syftet med ett SVF för patienter med ospecifika symtom på allvarlig sjukdom som kan vara cancer, är att säkra att dessa patienter utreds utan medicinskt motiverad väntetid.

Ledtiderna för SVF är riktmärken för landstingen att skapa det vårdförlopp som krävs för att de ska följa den totala tiden. För vårdens personal innebär införandet av SVF nya rekommendationer för hur snabb utredning ska ske och hur de ska påbörja behandlingen. Det innebär också förändrade krav på remissrutiner, införandet av förbokade tider, koordinatorsfunktion och att ta till sig ett nytt begrepp – *välgrundad misstanke om cancer*.

## Välgrundad misstanke om cancer

### – ett nytt begrepp i vården

Vad som ligger till grund för att en läkare ska kunna bestämma att det finns en välgrundad misstanke om cancer är olika för olika cancerdiagnoser. Det som ska ligga till grund för välgrundad misstanke om en viss cancer och undersökningar som ska göras finns i underlaget för SVF. Välgrundad misstanke om cancer kan uppstå antingen i primärvården eller i den specialiserade vården. Det kan alltså inträffa även om en patient redan är inlagd på sjukhus. Kriterierna som definierar välgrundad misstanke inkluderar både kliniska fynd och resultat från olika undersökningar, till exempel röntgen, laboratorieprover och endoskopiska fynd. Oavsett hur en

<sup>42</sup> Urvalet grundade sig också på att det fanns en vårdprogramgrupp som var villig att ta på sig uppdraget och önskemål om en blandning av snabba och akuta, långsamma förlopp med långa väntetider och förlopp över sjukhus och landstingsgränser etc.

<sup>43</sup> Framtagande av nationella vårdprogram – cancercentrum.se

<sup>44</sup> Dessa beskrivningar av förlopp färdigställdes november 2015.

välgrundad misstanke uppstår ska den enligt SVF föranleda utredning. När kraven är uppfylla startar SVF i enlighet med de rutiner som respektive landsting och region fastställt.

Under 2015 skulle underlaget för de första fem SVF sjösättas. Då uppmärksammades behov av justeringar och uppdateringar. Några generella justeringar exempelvis som rör välgrundad misstanke är att i vissa diagnoser väcks välgrundad misstanke redan på vissa symtom, utan att man behöver utreda dem.

Eventuella ändringar ska först diskuteras i vårdprogramgrupperna och förändringar görs inte i underlagen förrän tidigast vid årsskiftet 2015/16.

## Koder för mätpunkter i standardiserade vårdförlopp

I Socialstyrelsens uppdrag ingick att ta fram koder för mätpunkterna ”välgrundad misstanke om cancer” och ”start av första behandling” i SVF för fem cancerdiagnoser – ett arbete som skett under 2015. För att säkerställa att fler diagnoser och processteg ska kunna koda på ett strukturerat sätt krävdes ett mer heltäckande kodverk än det som uppdraget var avgränsat till. När det gäller de olika aktiviteterna och åtgärderna i vårdförloppet är Socialstyrelsens kodverk delvis baserat på norska Helsedirektoratets<sup>45</sup> och danska Sundhedstyrelsens<sup>46</sup> motsvarande publikationer.

Socialstyrelsen har utgått från kodstrukturen i klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) för de nya koderna. Det innebär att vi kan integrera koderna i en kommande uppdaterad version av KVÅ. Detta har fördelen att koderna enkelt kan implementeras i befintliga journalsystem som redan hanterar KVÅ-koder, för att registrera vårdåtgärder.

Kodstrukturen för SVF bygger dels på indelningen av cancersjukdomar i ICD-10 och dels på hur man i befintliga och kommande nationella vårdprogram har valt att gruppera diagnoserna. Den första axeln i kodverket baseras på avsnitten i kapitel II (maligna tumörer) i ICD-10 och den andra axeln ger ett urval av relevanta diagnoskategorier i dessa avsnitt. Den tredje axeln, siffrorna 00–99, används för att beskriva vårdprocessens händelser och aktiviteter. De tre axlarna kan enkelt kompletteras med ytterligare diagnosgrupper, diagnoser och processteg.

I tillämpliga fall har termer och begrepp stämts av mot Socialstyrelsens termbank, aktuella klassifikationer och Snomed CT.<sup>47</sup>

Efter leveransen av kodverket till Socialdepartementet har Socialstyrelsen anpassat beskrivningstexterna något i samarbete med SKL och RCC.

Eftersom de nya koderna och beskrivningstexterna utarbetats vid sidan av den befintliga uppdateringsprocessen för nationella primär- och sekundärklassifikationer kommer koderna sannolikt inte att ingå i den ordinarie releasen under hösten 2015 (som gäller från 1 januari 2016). Det betyder att koderna måste hanteras som ett separat tillägg tills vidare.

<sup>45</sup> <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft>

<sup>46</sup> <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kraeft/pakkeforloeb>

<sup>47</sup> Snomed CT är ett omfattande internationellt begreppssystem som syftar till att göra dokumentationen i vård och omsorg mer entydig och ändamålsenlig.

## Kodverkets uppbyggnad

Koderna för mätpunkterna är uppbyggda på ett visst sätt. Första bokstaven i koden (V) betecknar standardiserade vårdprocesser och motsvarar ett kapitel i KVÅ. De övriga tecknen (en bokstav och tre siffror) betecknar avsnitt enligt ICD-10-SE:s indelning av cancersjukdomar samt mätpunkterna i vårdförloppet. Se tabell 3 för exempel.

Till var och en av mätpunkterna finns en separat beskrivningstext (se cancercentrum.se) som ger vägledning till när och hur koden ska användas.

Under hösten 2015 färdigställs ytterligare vårdförlopp. För de totalt 18 SVF som planeras behövs omkring 400 koder som beskriver mätpunkterna i vårdförloppet.

Tabell 3. Exempel på koder för mätpunkter

Kod	Kodexempel	Beskrivningstext
VA915	SVF Huvudhalscancer UNS – välgrundad misstanke om cancer – remiss mottagen	Remiss mottagen i specialiserad vård
VA925	SVF Huvud-halscancer UNS – första besök i specialiserad vård	Första besök i specialiserad vård, avser utredning eller bedömning
VA950	SVF huvud-halscancer UNS – start av första behandling kirurgi	Innefattar kurativ eller palliativ kirurgisk behandling

Koderna finns samlade i en fil som Socialstyrelsen har sänt till landstingen och regionerna för att de ska kunna sätta in koderna i sina system.

Tillsammans med filen finns en kodvägledning som delvis har haft den norska kodvägledningen<sup>48</sup> som förebild.

I november 2015 har samtliga landsting och regioner gjort lösningar för koderna i sina IT system. Samtidigt rapporteras att tre landsting/regioner börjat rapportera patienter som genomgått SVF. Förväntningarna är att majoriteten av landstingen och regionerna har rapporterat in de första fem diagnoserna innan årsskiftet 2015/2016 (cancercentrum.se).

## Lärande och utvecklingsprocesser

Tidigt under 2015 publicerade RCC i samverkan<sup>49</sup> en flik på cancercentrum.se med ”frågor och svar” för berörda inom landstingen och regioner, samt andra intressenter. Svaren sorterades tidigt in under områdena tolkning och tillämpning av SVF, om överenskommelsen mellan SKL och regeringen, hur vårdförloppen ska fungera i praktiken och införandet i landstingen. Därefter har flera landsting och regioner öppnat för liknade aktiviteter exempelvis med frågor och svar riktade till primärvården.

Ungefär samtidigt som RCC publicerade frågeportalen tillkom också en uppmaning till landstingen och regionerna att dela med sig av erfarenheter genom att berätta hur man gör för att klara vårdförloppen.<sup>50</sup> De första inläggen handlade om vad landstingen och regionerna gjort innan SVF.

<sup>48</sup> Kodeveileder. Pakkeforløb for organspesifikk kreft.

<sup>49</sup> Cancercentrum.se

<sup>50</sup> Fliken benämns: Så gör vi som börjat med vårdförloppen – och vi som jobbar för att komma igång.

# Diskussion

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att bidra till gemensamt lärande för samtliga parter. Lägesrapporteringen utgör en del av detta.

Det första årets införande har inneburit stora insatser i det överbyggande arbetet för stöd och för att skapa goda förutsättningar för landstingen och regionerna. I den första lägesrapporten lyfter Socialstyrelsen avslutningsvis fram följande områden:

- Kort väntan
- Patientens ställning, sammanhållen vård och förbättringar
- Implementering och stöd
- Aspekter på undanträngning.
- Patientprocessen och grad av standardisering.

## Kort väntan

Långa väntetider har länge varit ett av svensk hälso- och sjukvårds uppmärksammade problem. Problemet delas dock med många andra länder med starkt inslag av offentlig finansiering. Detta har kopplats till att det saknas en ”prismekanism” för att reglera samhällets vårdutbud och befolkningens efterfrågan [34]. Orsakerna till denna obalans kan således antingen sökas på utbuds-tillgångssidan eller på efterfråge-behovssidan. Det finns därför inte en enda orsak till att väntetider uppkommer.

För att åtgärda väntetiderna har olika insatser prövats runt om i världen såväl som i Sverige [34]. Åtgärdernas utformning beror på hur styrningen av olika hälso- och sjukvårdssystem är utformad. En åtgärd som prövats i flera länder, däribland de nordiska, är vårdgarantier och fastställda maximala väntetider. Vilka tidsgränser som tillämpas och på vilken grund regelverket är utformat varierar dock mellan länderna. Vårdgarantier har funnits i Sverige sedan början av 90-talet. Mycket tyder på att vårdgarantierna har medverkat till vissa förbättringar, inte minst när det gäller synen på väntetider inom vården liksom patienternas inflytande [35].

Synen på och diskussionerna om hur man ska åtgärda problemen med väntetider har alltmer kommit att närma sig organisationen, processtyrning och logistik. För patienten är det viktigt att träffa en specialist snarast och att utredningen börjar. För att förstå var i vårdprocessen som väntetider uppstår och hur de kan påverkas, är det avgörande att kunna följa hela patientens process [9].

Tidigare åtgärder för utveckling av cancerprocesserna genom den nationella cancerstrategin och RCC-arbetet [1, 2] har uppmärksammat skillnaderna i väntetiderna mellan landstingen och regionerna. Nationellt har RCC varit drivande i att ta fram nationella vårdprogram<sup>51</sup> och för patientnära frågor som stöd och rehabilitering. När det gäller väntetiderna i landstingen

---

<sup>51</sup> I dag finns det 24 nationella vårdprogram för cancer.

och regionerna har dock inte förbättringarna varit tillräckliga. Socialstyrelsen har i sina årliga mätningar visat att väntetiderna i cancervården varierar för samma diagnos och mellan landsting och regioner, och sjukhus [36]. Fördjupade analyser visar på både väsentliga och omotiverade<sup>52</sup> skillnader [29]. Uppföljningar av olika reformer för att korta väntetider visar att det inte finns några enkla lösningar för att påverka väntetiderna [34].

## Patientens ställning, sammanhållen vård och förbättringar

Syftet med standardiserade vårdförlopp (SVF) är att patienten ska uppleva en sammanhållen process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Detta tillsammans med bland annat bättre information ska leda till nöjdare patienter. Satsningen har dessutom målet att vården ska bli mer jämlik. I detta ingår exempelvis att patienten ska erbjudas en individuell vårdplan och får ett informationsblad i samband med ingången i SVF. Landstingen och regionerna beskriver, uppmärksammar och löser delvis olika utmaningar och utgångslägen. Det kommer därför sannolikt att gå olika fort att nå målnivåerna och skilja sig mellan diagnoserna.

Därtill bygger satsningen framöver på en utökad mängd information av patientens upplevelser genom PREM (Patient Reported Experience Measures). En fråga som Socialstyrelsen kommer att följa är hur och i vilken utsträckning landstingen och regionerna kommer att använda denna information i sina förbättringsarbeten. Tidigare uppföljningar inom cancervården visar att dialog och lärobaserade projekt gör detta möjligt [37].

Uppföljning av perioden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling ingår i satsningen med SVF. Detta gör utvecklingen och tillgängligheten i primärvården speciellt viktig, liksom insatser och de förändrade arbetssätt som satsningen genererar i utredningsperioden i både specialistsjukvården och primärvården [38]. Standardiserade vårdförlopp kommer i första hand att medföra aktiviteter och förbättringar i delen av vårdprocessen mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Detta betyder i sin tur att vården behöver uppmärksamma risker som detta kan medföra för kvalitet och effektivitet i andra delar av patientprocessen som exempelvis uppföljning och rehabilitering.

Socialstyrelsen problematiserar välgrundad misstanke i primärvården och vikten av att snabbt etablera begreppet i verksamheterna på olika sätt. Det ligger således i utmaningen att primärvårdens läkare och andra som arbetar med SVF har kunskap om vad välgrundad misstanke betyder och vad som ligger till grund för att kunna bestämma att det finns en välgrundad misstanke. Betydelsen av att välgrundad misstanke betyder samma sak för alla inblandade och genererar lika upplägg kan inte understrykas nog.

På en övergripande nivå omfattar handlingsplanerna snarare utmaningar för befintliga produktionssystem än innovationer och förändrade patientprocesser. Man kan således konstatera att svaren präglas av vad landstingen och regionerna första året ska ha på plats för införandet av SVF.

---

<sup>52</sup> Skillnad som inte kan förklaras av att patienter har olika behov eller förutsättningar (Lungcancer, Vårdanalys).

I de regionala cancerplanerna ligger ett tydligt fokus på var vården i framtiden behöver använda resurser och kompetens på annat sätt.<sup>53</sup> Det är också viktigt att nationella överenskommelser finns omkring arbetsformer som exempelvis multidisciplinära konferenser.<sup>54</sup>

Införandet av SVF nationellt innebär att man lokalt förväntas förändra verksamheten i landstingen och regionerna, till exempel genom att införa förbokning av tider och en koordinatorsfunktion. En del landsting och regioner har redan erfarenhet av detta. Under 2015 har flera landsting och regioner erbjudits utbildning för koordinatörer.

## Implementering och stöd

Att betona den lokala betydelsen och friheten att utgå från lokala förutsättningar när man ska införa förändringar och satsningar är viktig. Implementeringskunskapens relevans för hälso- och sjukvården kan inte nog understrykas [39-41]. Att efterfråga handlingsplaner kan utgöra exempel på satsningens proaktiva förhållningssätt till genomförandeprocessen med ambitionen att ge den lokala praktiken stöd att anpassa den centralt beslutande satsningen till lokala förutsättningar. Det stöd som landstingen och regionerna har att luta sig mot innehåller delar som är viktade som betydelsefulla vid förändringar såsom patientmedverkan och att bygga på tidigare erfarenheter [42].

Socialstyrelsen noterar att budskapet ”varje dag räknas” har tagits fram i kommunikationssyfte och vill peka på att satsningens två andra mål – ökad nöjdhet hos patienten och minskade regionala skillnader – därmed kan riskera att komma i skymundan.

## Aspekter på undanträngning

Socialstyrelsen har tidigare lyft fram frågor om undanträngning, främst i arbetet med att följa lagstiftningen om den så kallade vårdgarantin [43]. I det arbetet (sid 38) användes följande definition av undanträngning;

*När patienter med lägre prioritet (mindre medicinskt behov) får vård före patienter som har högre prioritet (större medicinskt behov) inträffar undanträngning.*

I arbetet med SVF har Socialstyrelsen sett möjliga undanträngningar som bör följas. Det är dels undanträngning av andra delar i vårdförloppet inom samma diagnos, dels undanträngning av dem som inte följer det standardiserade vårdförloppen, exempelvis vid självmald väntan.

Satsningen på SVF kan ge effekter på hur vården prioriterar cancervården i förhållande till annan vård. Satsningen är ett uttryck för en tydlig fokusering på ett erkänt problem. Detta fokus kan ge mer resurser för att cancervården ”tar mer plats i vården”, eller som följd av en mer explicit prioritering av att huvudmännen satsar resurser inom cancervården för att uppnå

<sup>53</sup> Nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården, RCC i samverkan, 2015.

<sup>54</sup> Nationell multidisciplinär konferens. Ett ramverk. RCC i samverkan 2015.



målsättningarna med SVF. Detta är inte nödvändigtvis en undanträngning så som Socialstyrelsen använt begreppet hittills eftersom det inte finns någon automatisk koppling mellan mer resurser och bättre tillgänglighet. Standardiseringen av vårdprocessen kan ge snabbare tillgång till vård oavsett resurstillgången. Det är också svårt att jämföra behov mellan helt olika vårdområden. I Socialstyrelsens uppdrag innefattas att följa hur landstingen och regionerna löser eventuella undanträngningar.

## Patientprocessen följs och grad av standardisering

Många cancerpatienter kan ha vårdkontakter både inom kommunal hälso- och sjukvård och primärvård, och tidvis även inom akutsjukvården. För att processerna för patienterna och vården ska fungera och patientens säkerhet ska kunna garanteras krävs att dokumentation som utbyts fungerar och är beskriven på ett entydigt sätt. I dag passerar en cancerpatient omkring 25 övergångar inom vården.<sup>55</sup> Dessa är inte alltid samordnade, vilket kan leda till en besvärlig vårdupplevelse för patienten. Det finns därmed stora risker för patientsäkerheten om det brister i informationsöverföringen mellan de olika aktörerna som deltar i vårdprocessen för en patient.<sup>56</sup>

Därutöver skiljer sig de cancerdiagnoser som ingår i satsningen i komplexitet vilket bland annat kan påverka möjligheterna att helt ”strömlinjeforma” processerna [44]. Olika typer av behov och problem kan kräva olika former för organisering.

---

<sup>55</sup> Cancercentrum.se

<sup>56</sup> Socialstyrelsen.se/informationsöverföring och kommunikation

# Slutsatser

Första året i Socialstyrelsens uppdrag och lägesrapportering hade som mål att initiera och förbereda uppföljningen med att införa standardiserade vårdförlopp. Det skulle också ge en nulägesbild av förutsättningarna i landstingen och regionerna och beskriva de insatser som ska stödja dem i införandet.

De första patienterna har under satsningens första år remitterats in i standardiserade vårdförlopp efter välgrundad misstanke om cancer. Socialstyrelsen har sett att satsningen med standardiserade vårdförlopp har gett patienten ökade möjligheter att uppleva en välorganiserad vård.

Landsting och regioner har sedan tidigare arbetat med processororientering och processutveckling för att korta och förbättra vårdprocessen, men olika förutsättningar råder utifrån de utmaningar som de har att hantera vid införandet av standardiserade vårdförlopp. Landstingen och regionerna anger utmaningar som tillgång till operationer och nödvändig kompetens samt befarar att förbokade tider tränger undan annan vård. Det ingår i Socialstyrelsens uppdrag att redogöra för eventuella undanträngningseffekter.

Det stöd som landstingen och regionerna har haft tillgång till under 2015 är både samordnat och riktat till olika målgrupper: hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård och specialistsjukvård samt patienter och den breda allmänheten. Det är betydelsefullt att stöd och lärande fortsätter med oförminskad styrka angående de utmaningar som landstingen och regionerna nu står inför samt de uppföljningar som ingår i införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården.

# Referenser

1. En nationell cancerstrategi för framtiden. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2009.
2. Socialdepartementet. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum 2011:
3. Black, N, Jenkinson, C. Measuring patients' experiences and outcomes. *BMJ*. 2009; 339:b2495.
4. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie för införandet av standardiserade vårdförlopp. 2015.
5. Dyrop, HB, Safwat, A, Vedsted, P, Maretty-Nielsen, K, Hansen, BH, Jorgensen, PH, et al. Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark. *Health Policy*. 2013; 113(1-2):110-7.
6. Jensen, H, Topping, ML, Olesen, F, Overgaard, J, Fenger-Gron, M, Vedsted, P. Diagnostic intervals before and after implementation of cancer patient pathways - a GP survey and registry based comparison of three cohorts of cancer patients. *BMC Cancer*. 2015; 15:308.
7. Probst, HB, Hussain, ZB, Andersen, O. Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians--a national Danish project. *Health Policy*. 2012; 105(1):65-70.
8. Krippendorff, K. *Content Analysis. An introduction to its methodology* CA: Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
9. Socialstyrelsen. Patientens väg genom vården - system för uppföljning av väntetider i vården. Rapport december 2013. Stockholm; 2013.
10. Kollberg B, DJ, Brehmer P,. Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2007; 56(1):7-24.
11. Coleman, MP, Forman, D, Bryant, H, Butler, J, Rachet, B, Maringe, C, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 2011; 377(9760):127-38.
12. De Angelis, R, Sant, M, Coleman, MP, Francisci, S, Baili, P, Pierannunzio, D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014; 15(1):23-34.
13. Hansen, R. *Delay of the diagnosis of cancer*. Aarhus: University of Aarhus, Denmark.; 2008.
14. Olesen, F, Hansen, RP, Vedsted, P. Delay in diagnosis: the experience in Denmark. *Br J Cancer*. 2009; 101 Suppl 2:S5-8.
15. Weller, D, Vedsted, P, Rubin, G, Walter, FM, Emery, J, Scott, S, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer*. 2012; 106(7):1262-7.
16. Socialstyrelsen. Uppföljning av Regionala cancercentrum, 2014. Uppbyggnad, styrkor och utmaningar; 2014.
17. Jensen, H. Implementation of cancer patient pathways and the association with more timely diagnosis and earlier detection of cancer

- among incident cancer patients in primary care. Aarhus: Aarhus University; 2015.
18. Larsen, MB, Hansen, RP, Hansen, DG, Olesen, F, Vedsted, P. Secondary care intervals before and after the introduction of urgent referral guidelines for suspected cancer in Denmark: a comparative before-after study. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:348.
  19. Jensen, H, Torring, ML, Larsen, MB, Vedsted, P. Existing data sources for clinical epidemiology: Danish Cancer in Primary Care cohort. *Clin Epidemiol.* 2014; 6:237-46.
  20. Jensen, H, Torring, ML, Olesen, F, Overgaard, J, Vedsted, P. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study. *BMC Cancer.* 2014; 14:636.
  21. Ingeman, ML, Christensen, MB, Bro, F, Knudsen, ST, Vedsted, P. The Danish cancer pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer-a cross-sectional study of patient characteristics and cancer probability. *BMC Cancer.* 2015; 15:421.
  22. Vedsted, P, Olesen, F. A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis - the Danish three-legged strategy. *Br J Cancer.* 2015; 112 Suppl 1:S65-9.
  23. Guldbrandt, LM, Fenger-Gron, M, Rasmussen, TR, Jensen, H, Vedsted, P. The role of general practice in routes to diagnosis of lung cancer in Denmark: a population-based study of general practice involvement, diagnostic activity and diagnostic intervals. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15:21.
  24. Hamilton, W. Five misconceptions in cancer diagnosis. *Br J Gen Pract.* 2009; 59(563):441-5, 7; discussion 6.
  25. Statens beredning för medicinsk utvärdering och omsorg. Tidig upptäckt av symtomgivande cancer. En systematisk litteraturoversikt; 2014.
  26. Svendsen, RP, Stovring, H, Hansen, BL, Kragstrup, J, Sondergaard, J, Jarbol, DE. Prevalence of cancer alarm symptoms: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care.* 2010; 28(3):132-7.
  27. Ingebrigtsen, SG, Scheel, BI, Hart, B, Thorsen, T, Holtedahl, K. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. *Fam Pract.* 2013; 30(2):153-60.
  28. Levesque, JF, Harris, MF, Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013; 12:18.
  29. Vårdanalys. Låt den rätte komma in. 2014.
  30. Neal, RD, Tharmanathan, P, France, B, Din, NU, Cotton, S, Fallon-Ferguson, J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer.* 2015; 112 Suppl 1:S92-107.
  31. Richards, MA. The size of the prize for earlier diagnosis of cancer in England. *Br J Cancer.* 2009; 101 Suppl 2:S125-9.
  32. Hansen, RP, Vedsted, P, Sokolowski, I, Sondergaard, J, Olesen, F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:284.

33. Emery, JD, Shaw, K, Williams, B, Mazza, D, Fallon-Ferguson, J, Varlow, M, et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014; 11(1):38-48.
34. OECD, HPS. Waiting time policies in the health sector. What works?; 2013.
35. Vårdanalys. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. 2015.
36. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården. Stockholm; 2014.
37. Huzzard T, HA, Lifvegren S, Conradi N. A physician-led, and learning-driven approach to regional development of 23 cancer pathways in Sweden. Reconfiguring the eco-system for sustainable healthcare organization for sustainable effectiveness; 2014. p. 101-31.
38. Vårdanalys. Patientlagen i praktiken - en baslinjemätning 2015.
39. Nilsen, P. Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2010.
40. Barrett, S. Implementation studies: Time for a revival? Personal reflections on a 20 years of implementation studies. *Public Administration*. 20014; 82(2):249-62.
41. Saetren, H. Facts and myths about resaerch on public policy implementation: out-of-fasion, allegedely dead, but still very much alive and relevant. . *The Policy Studies Journal*. 2005; 33(4):559-82.
42. Best, A, Greenhalgh, T, Lewis, S, Saul, JE, Carroll, S, Bitz, J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q*. 2012; 90(3):421-56.
43. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard; 2012.
44. Bohmer, R. Designing Care. Aligning the nature and management of health care. Boston: Harvard Buisness Press; 2009.

# Bilaga 1

## Kvalitetsdeklaration av statistiska metoder

### Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa och utvärdera landstingens och regionernas arbete med att införa och implementera standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården. Ett led i uppdraget var att via en enkät samla in uppgifter om hur landsting/regionerna i Sverige arbetade med patient- och vårdflödesprocesser i cancervården *före* införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF). Resultat ska redovisas till regeringen och publiceras på Socialstyrelsens webbplats. Denna kvalitetsdeklaration utgör ett underlag för bedömning av undersökningens kvalitet.

### Statistikens innehåll

#### *Population*

Den population som utredningen avser omfattar Sveriges län. Enkäten skickas till hälso- och sjukvårdsdirektörer eller motsvarande i landets alla landsting och regioner.

#### *Datainsamling*

Datainsamlingen har genomförts via en elektronisk enkät. Ett informationsbrev med länk till enkäten skickades till landstingen via e-mail (se bilaga 1). Datainsamlingen pågick under perioden 15 september – 30 september. För att öka svarsfrekvensen förlängdes insamlingsperioden med två veckor.

Det var totalt 19 län som besvarade enkäten under insamlingsperioden medan två län besvarade enkäten under den förlängda svarsperioden. Svarsfrekvens blev därav 100 procent.

**Tabell 1: Population och svarande, antal och andel**

	Antal	Andel
Under insamlingsperioden	19	90
Efter förlängd insamlingsperiod	2	10
<b>Totalt</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

#### *Tillförlitlighet*

#### *Ramtäckning*

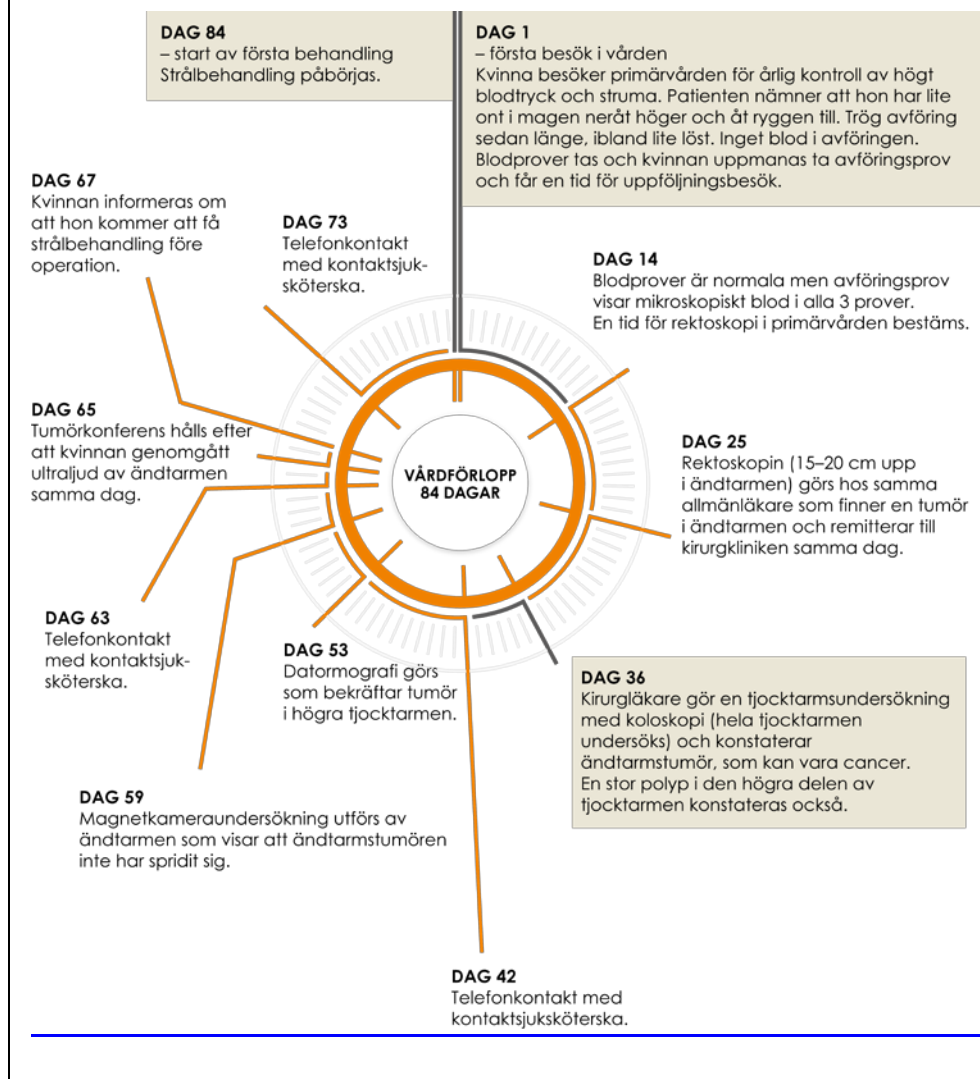
Vid kvalitetsbedömning av en undersökning är det viktigt att beakta hur väl rampopulationen stämmer överens med målpopulationen, d.v.s. hur väl man nått de objekt som man avsåg att mäta. I denna undersökning har uppgifter samlats in från län. Ramtäckning vad gäller län är komplett.

### *Mätning*

I samband med datainsamlingen kan fel uppstå, dessa kallas mätfel. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bl.a. mätinstrumentet, informationssystemet, och insamlingssättet. För att reducera mätfelen har enkäten och missiv konstruerats av en ämneskunnig samt en enkätfrågekonstruktör. Vidare har det insamlade materialet granskats genom olika manuella och maskinella kontroller. Enkäten består av endast två frågor. Den första frågan bestod av 5 delfrågor. Den andra frågan var en öppen fråga.

# Bilaga 2

## Vårdförlopp 84 dagar





# Bilaga 3

## Vårdförlopp 143 dagar

