

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Lägesrapport 2016

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

Artikelnummer 2016-11-5
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2016

Förord

Regeringen gav i mars 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att följa och utvärdera satsningen på att korta väntetiderna i cancervården. Bakgrunden är regeringens överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting att införa standardiserade vårdförlopp inom ett antal cancerdiagnoser.

Uppdraget omfattar bland annat att följa landstingens och regionernas arbete med att införa standardiserade vårdförlopp i cancervården i syfte att bidra till ett gemensamt lärande. Därutöver ingår att redogöra för eventuella undanträngningseffekter och för hur landstingen och regionerna har uppmärksammat och hanterat olika utmaningar i samband med införandet. Vidare omfattar uppdraget en analys av hälsoekonomiska aspekter av satsningen. Under första året lades grunden för uppföljningen, och Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen lämna en lägesrapport till regeringen. Denna lägesrapport syftar till att ge en bild av hur satsningen och införandet utvecklats under 2016.

Rapporten riktar sig i första hand till regeringen (Socialdepartementet) men den kan också vara av intresse för sjukvårdshuvudmännen, Regionala cancercentrum (RCC), patientorganisationer och andra intresserade. Ett särskilt tack till satsningens projektledare i landsting och regioner för stort engagemang och generöst erfarenhetsutbyte.

Rapporten har utarbetats av projektledaren Ingrid Schmidt i samarbete med utredaren Christina Carlsson samt interna och externa experter. Martin Sparr har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Professionernas engagemang är centralt	7
Primärvårdens utmaningar aktualiseras.....	7
Stor medvetenhet om risken för undanträngning	8
Hälsoekonomiska effekter är svåra att uppskatta	8
1. Inledning och utgångspunkter	10
Om uppdraget	10
Vägledande perspektiv	10
Satsningens nyckelområden	11
Socialstyrelsen tidigare iakttagelser.....	11
Tillvägagångssätt, metoder och rapportens innehåll	12
2. Verksamheternas erfarenheter och lärdomar av införandet.....	14
Nulägesbild av genomgångna förlopp.....	14
Iakttagelser om stöd	17
Utmaningarna förändras över tid och skiljer sig åt mellan förloppen....	18
Hållbara och långsiktiga lösningar eftersträvas	21
Koordinering av vårdinsatser – en nyckel i satsningen	22
Allt fler diagnostiska centrum etableras.....	24
Exempel från landsting och regioner	25
Sammanfattande reflektioner	29
3. Erfarenheter bland primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor.....	31
Mikrosystemens betydelse för implementering av nya arbetssätt	31
Enkäter till primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor.....	33
Sammanfattande reflektioner	44
4. Leder standardiserade vårdförlopp till undanträngning?	45
Undanträngning är relaterat till prioriteringar.....	45
Risk för undanträngning vid SVF bedöms olika	51
Åtgärder görs för att förhindra undanträngningar	53
Sammanfattande reflektioner	54
5. Kortare väntetider och nöjdare patienter	56
Uppföljning av väntetider pågår	56
Aktuella väntetider inom fyra förlopp	57
Patienterna nöjda med kortare väntetider	61
Balansera tempot med lyhördhet för patientens behov	61
Patienters uppfattningar efterfrågas med enkät.....	62
Sammanfattande reflektioner	64

6. Standardiserade vårdförlopp ur ett hälsoekonomiskt perspektiv	65
Inledning	65
Kostnader för cancervården i dag – en nulägesbeskrivning.....	67
Få studier ger kunskap om patientens livskvalitet under utredning.....	71
Sammanfattande reflektioner	73
Referenser	75
Bilaga 1. Metodik och tillvägagångssätt för avsnitt 2–4.....	79
Bilaga 2. Metodik för avsnitt 5.....	84
Bilaga 3. Metodik för avsnitt 6.....	88

Sammanfattning

Satsningen på att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården har bidragit till ett ökat fokus dels på att utveckla vårdens processer, dels på samarbete mellan olika verksamheter. Under införandets första två år (2015–2016) har 18 vårdförlopp införts, och preliminära uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting visar att väntetiderna kortats för de patienter som remitterats till de första förloppen. Majoriteten av patienterna är därtill nöjda med de korta utredningstiderna.

Det är framöver viktigt att det skapas utrymme för lärande och lokala anpassningar för att de nya arbetssätten ska integreras i verksamheten och blir långsiktigt hållbara. Fokus på kvalitet och samarbete är avgörande för att satsningen på SVF långsiktigt ska bidra till kortare väntetider samt delaktiga och nöjda patienter.

Denna andra lägesrapport från Socialstyrelsen visar sammantaget att arbetet med SVF har goda förutsättningar att bidra till en mer integrerad och sammanhållen cancervård. Uppföljningen bedrivs med en ambition om transparens och samverkan, och 2016 har en kontinuerlig dialog förts med nyckelpersoner i verksamheterna, Regionala cancercentrum (RCC) samt företrädare för patienter och profession.

Professionernas engagemang är centralt

Flertalet landsting och regioner hade redan tidigare arbetat med processutveckling för att förbättra tillgängligheten och insatser för att förbättra flöden. Nu när landstingen och regionerna kommit en bit på väg i arbetet med SVF uppfattas vissa förlopp som mer komplexa. Detta kräver utökade insatser inom de patientnära verksamheterna som är huvudansvariga för genomförandet och som ska omsätta arbetssätten i praktiken. Vidare lyfter landstingen och regionerna fram utmaningar vad gäller tillgången till både olika undersökningar och den specifika kompetens som behövs i utredningsförloppen.

Våra iakttagelser pekar på att införandet av standardiserade vårdförlopp kan ge snabba resultat i form av kortare väntetider genom ett fokuserat processarbete och koordinering av insatserna. Företrädare för verksamheterna framhåller att detta utvecklingsarbete successivt bör inkludera förbättrade vårdprocesser för andra allvarliga sjukdomar. Under de kommande åren behöver därför införandet av SVF mer uttalat koordineras och samordnas med andra pågående satsningar. Samtidigt bör professionerna i de patientnära verksamheterna få utökade möjligheter att anpassa utvecklingsarbetet till sina lokala förutsättningar.

Primärvårdens utmaningar aktualiseras

En stor del av de patienter vars symtom kan vara cancer söker sig till primärvården. Ett stort ansvar vilar på läkare i primärvården när det gäller att tidigt upptäcka symtom på allvarlig sjukdom och att fatta beslut om välgrundad

misstanke om cancer. Många patienter som söker vård vid vårdcentralerna har därtill ofta olika hälsoproblem och varierande grad av samsjuklighet. Bemanningen av hyrläkare och stafettläkare är en situation som är vanlig inom primärvården i flera landsting och regioner, och det har i många fall varit problematiskt att inkludera primärvårdsläkare i aktiviteter som rör satsningen.

De primärvårdsläkare som besvarat Socialstyrelsens enkät bedömer att standardiserade vårdförlopp kan göra stor nytta för både patienter och närstående. Samtidigt lyfter de fram olika utmaningar med delar av satsningen och efterfrågar bättre kommunikation med annan specialistvård.

Stor medvetenhet om risken för undanträngning

Risken för undanträngning till följd av SVF är tydligast inom olika diagnostiska verksamheter, men den kan även uppstå inom olika andra områden och på olika nivåer. Socialstyrelsens iakttagelser visar att innebörden av begreppet undanträngning delvis är oklar, vilket gör att olika aktörer gör olika tolkningar. Personal nära patienterna verkar dessutom i högre grad se risker för undanträngning, jämfört med t.ex. sjukhuschefer samt hälso- och sjukvårdsdirektörer. Det finns en stor medvetenhet inom verksamheterna om att oönskade undanträngningar ska hanteras och förebyggas. En farhåga som lyfts fram är vad som händer de patienter som av olika skäl inte passar att ingå i SVF. Det är i det framtida arbetet viktigt att följa hur väntetiderna utvecklas för de patienter som av olika skäl inte remitteras in i SVF. Genom att kontinuerligt ta hänsyn till undanträngningseffekter i relation till den etiska plattformen kan riskerna för oönskade effekter förebyggas och minimeras.

Hälsoekonomiska effekter är svåra att uppskatta

Den totala samhällskostnaden för cancer i Sverige uppskattades av Institutet för Hälsoekonomi till totalt 36 miljarder kronor år 2013. I jämförelse med behandlingskostnaden är dock utredningskostnaderna begränsade. Den genomsnittliga utredningskostnaden från första vårdkontakt till behandlingsstart för tre relativt vanliga cancerformer (tjocktarmscancer, cancer i urinblåsan och lungcancer) var 17 300 kronor, 18 400 kronor respektive 19 700 kronor. Variationen mellan patienter var dock betydande, vilket speglar särskilda utmaningar vad gäller många patienter med dels samsjuklighet, dels diffusa och oklara symtom.

Baserat på antagandet att SVF leder till måttliga initiala kostnadsökningar och en förbättrad livskvalitet bedöms införandet ha goda möjligheter att effektivisera vården. Ytterligare effektivisering uppnås om arbetssätten sprids till andra vårdområden. Det handlar till exempel om de s.k. koordinatörerna som är en nyckelfunktion inom satsningen, och som arbetar med att förbättra flöden och logistik. Dessa möjligheter till effektivisering är svåra att

uppskatta i ekonomiska termer. Lärande inom och mellan verksamheter ger ett värdefullt tillskott för en generell utveckling av hälso-och sjukvården. Systemperspektivet med fokus på hur de olika delarna i hälso- och sjukvårdssystemet hänger ihop kan bidra också till att satsningen leder till långsiktigt hållbara arbetssätt.

1. Inledning och utgångspunkter

Om uppdraget

Socialstyrelsen har 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 2015.¹ Överenskommelsen har till syfte att uppnå kortare väntetider och minskade regionala skillnader. 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 eftersträlvade effekt, det vill säga en mer jämlik och tillgänglig cancervård och ökad nöjdhet hos patienterna.

I uppdraget framgår också att Socialstyrelsen ska:

- följa landstingens och regionernas arbete med att implementera standardiserade vårdförlopp i cancervården
- bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter
- redogöra för eventuella undanträngningseffekter.

Därutöver ingår att beskriva och analysera hälsoekonomiska aspekter av satsningen. I uppdraget ingår även att sammanställa erfarenheter, resultat och slutsatser som kan komma hälso- och sjukvården till nytta inom andra områden än cancersjukvården.

Vägledande perspektiv

De nationella målen om god vård är vägledande i arbetet med uppföljningen. Detta innebär bland annat att vi i uppföljningen prioriterar följande tre perspektiv:

- patient- och medborgarperspektivet med särskilt fokus på hur satsningen bidrar till förbättrad tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet
- systemperspektivet² med fokus på hur de olika nivåerna i hälso- och sjukvårdssystemet (mikro-, meso- och makronivå) bidrar till att satsningen leder till långsiktigt hållbara arbetssätt (se figur 1)
- lärandeperspektivet, med ambitionen att verka för att satsningen bidrar till lärande hos många olika aktörer och andra vårdområden.

Vidare har uppföljningen tagit intryck av relevanta aspekter av både nationella och internationella erfarenheter kring främjandet av utvecklingen mot en mer integrerad, patientcentrerad och sammanhållen hälso- och sjukvård.

¹ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

² Uppföljningar och fördjupningar har inspirerats av systemtänk och resonemang förda i National Institutes Report NO 18, 2007 "Greater than the sum: System thinking...", National cancer Institute, US.

Satsningens nyckelområden

Det standardiserade förloppet ska i första hand förkorta tiden från en välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Nyckelområden för arbetet är införandet av

- begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition
- införandet av en koordinatorsfunktion
- införandet av obokade tider hos utredande enheter.³

De standardiserade förloppen tas fram i form av underlag som beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser som gäller. Ledtiderna för standardiserade vårdförlopp (SVF) är riktmärken för landstingen och regionerna att skapa de vårdförlopp som krävs.

Under 2015 har fem standardiserade vårdförlopp införts. De 13 förlopp som införs 2016 innefattar också förlopp med allvarliga ospecifika symtom som kan vara cancer samt förlopp för cancer med okänd primärtumör (CUP). Under 2016 ska landstingen och regionerna ha 18 SVF på plats.

Socialstyrelsen tidigare iakttagelser

2015 genomförde Socialstyrelsen dels en så kallad baslinjestudie, dels en lägesrapport utifrån målen med satsningen [1, 2].

Baslinjestudien visade bland annat stora svårigheter att ge en samlad bild av patienters nöjdhet före införandet av standardiserade vårdförlopp. Det kommer därmed inte att bli möjligt att visa förändringar i aspekter av patienters nöjdhet med cancervården efter satsningens genomförande. I samma rapport beskrevs också de första iakttagelserna från den journalstudie i primärvården som Socialstyrelsen initierat inom ramen för satsningen. Det framkom bland annat att patienter som senare får en cancerdiagnos i många fall väntat länge med att söka vård. Tiden fram till dess att misstanke om cancer uppstått hos patienten varierade också stort mellan olika patienter inom samma cancerdiagnos.

I lägesrapporten för 2015 konstaterades att landstingen och regionerna tidigare arbetat med processutveckling för att korta och förbättra vården vid misstänkt cancer. De utmaningar som landsting och regioner lyfte fram i sina handlingsplaner för arbetet 2015 berörde framför allt förändringar inom vårdens produktionssystem. Vidare lyfte rapporten fram att det stöd som regionala cancercentrum riktat till verksamheterna inför förändringarna varit samordnat och välorganiserat och att patienten genom satsningen fått ökade möjligheter att uppleva en välorganiserad vård.

³ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015 och 2016.

Tillvägagångsätt, metoder och rapportens innehåll

Till uppdraget har sedan tidigare knutits en extern expertgrupp som kontinuerligt deltagit i diskussioner kring uppföljningen. De iakttagelser och beskrivningar som presenteras i rapporten baseras i huvudsak på följande underlag:

- landstingens/regionernas handlingsplaner för införandet 2016
- fördjupade dialoger i fyra landsting/regioner med medverkande nyckelpersoner vid införandet och teamen i verksamheten
- svar på frågor riktade till landstingens och regionernas projektledare samt till processledare för några av förloppen
- fördjupade intervjuer med koordinators, förloppsansvariga och andra nyckelpersoner inom hälso- och sjukvården
- webbaserade undersökningar riktade till kontaktsjuksköterskor och primärvårdsläkare
- uppgifter från kvalitetsregister och SKL:s väntetidsmätningar.

En detaljerad beskrivning av datainsamling och analys återfinns i bilaga 1.

Om samverkan och gemensamt lärande

Under 2016 har Socialstyrelsen arrangerat två dialogmöten med de projektledare i landstingen/regionerna som är ansvariga för införandet av SVF. Under dessa möten har en mängd frågor som rör satsningen diskuterats, exempelvis primärvårdens särskilda utmaningar, undanträngning, välgrundad misstanke om cancer samt integrerad och sammanhållen vård. Erfarenheter från dessa dialogmöten har sammanställts och återkopplats till deltagarna. Socialstyrelsen har också återfört resultaten från olika enkäter till landstingen/regionerna för deras förbättringsarbete. Under 2016 arrangerade Socialstyrelsen och RCC tillsammans ett seminarium i Almedalen med temat undanträngning och prioritering. I paneldiskussionen medverkade bland annat företrädare för verksamheterna och Statens medicinetiska råd.

De externa experter som särskilt bidragit med underlag i samband med arbetet med årets lägesrapport är *Fredrik Nilsson*, Lunds universitet, *Johan Thor*, Jönköping Academy, *Thomas Davidsson*, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, samt *Fredrik Olson* och *Anders Ingelgård*, Nordic Health Economics AB.

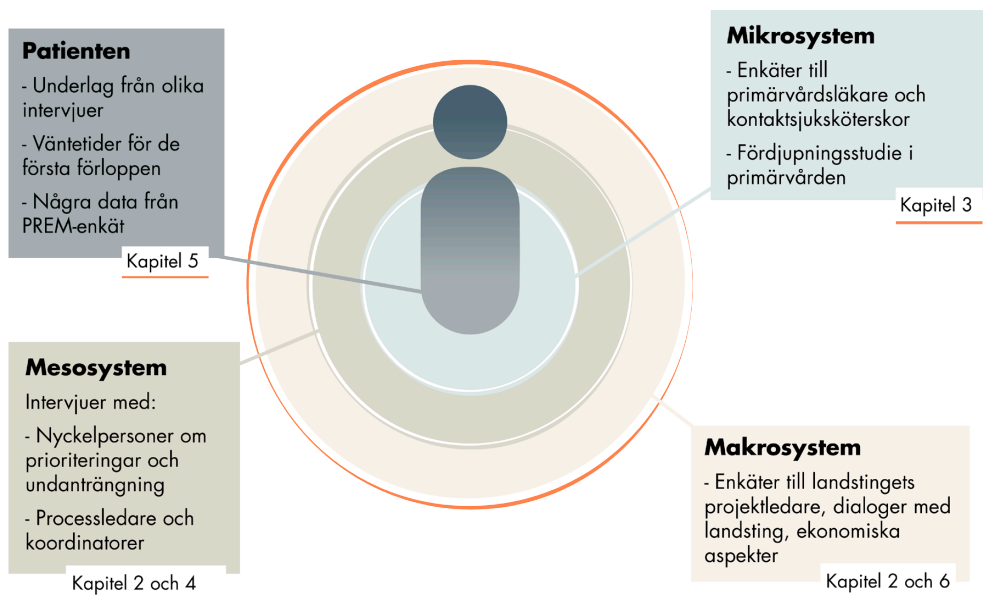
En patientrepresentant ingår i expertgruppen sedan 2015, och under senare delen av 2016 har en referensgrupp med patientrepresentanter knutits till uppföljningen för en fortsatt dialog om målen för satsningen. Vidare har Socialstyrelsen kontinuerligt deltagit i och samverkat med arbetsgrupper inom RCC och SKL.

Rapportens innehåll

Det yttersta syftet med satsningen är att dels förbättra vården för patienten med särskilt fokus på att korta väntetiderna, dels bidra till nöjdare och mer

delaktiga patienter. Rapportens kapitel belyser på olika sätt hur olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet är kopplade till att uppnå dessa mål (se figur 1).

Figur 1. Systemperspektiv på uppföljningen av standardiserade vårdförlopp



I kapitel 2 ges en övergripande nationell bild av införandet 2015 och större delen av 2016 i landstingen och regionerna. Iakttagelserna baseras bland annat på landstingens handlingsplaner, fördjupade dialoger med några landsting/regioner och frågor utifrån systemtänk och svar på enkätfrågor riktade till landstingens projektledare och andra nyckelpersoner.

I kapitel 3 lyfts mikrosystemens (de patientnära verksamheternas) betydelse fram för utveckling av arbetssätt. Fokus i denna lägesrapport är erfarenheter från primärvårdsläkare som remitterat patienter till SVF samt cancervårdens kontaktsjuksköterskor som arbetar nära patienterna. Underlaget för detta avsnitt baseras huvudsakligen på enkäter till dessa båda grupper.

I kapitel 4 beskrivs aspekter på de utmaningar med undanträngningseffekter och prioriteringar som hittills framkommit i arbetet med satsningen. Underlaget baseras i huvudsak på intervjuer med ett antal nyckelpersoner inom landsting och regioner.

I kapitel 5 beskrivs vad vi så här långt kan säga om hur SVF bidrar till de övergripande målen med satsningen. Uppgifterna baseras bland annat på preliminära uppgifter om väntetider från Sveriges Kommuner och Landstings särskilda databas för SVF-satsningen, uppgifter från kvalitetsregister samt preliminära uppgifter från den enkät som tagits fram och distribuerats inom satsningen.

Slutligen, i kapitel 6 ges en överblick av kostnaderna för cancervårdens olika delar och hur mycket kostnader som ligger inom det standardiserade vårdförloppet för 3 cancerdiagnoser. Dessa uppgifter baseras i huvudsak på kostnadsberäkningar från den journalstudie i primärvården som Socialstyrelsen initierat inom ramen för uppföljningsuppdraget. Därutöver tar avsnittet upp tänkbara effekter på patienters livskvalitet av kortare utredningstider.

2. Verksamheternas erfarenheter och lärdomar av införandet

Sammanfattat

- Det råder samsyn mellan landsting/regioner samt verksamheter om att satsningen på standardiserat vårdförlopp stimulerar till viktigt utvecklingsarbete inom cancervården.
- Tidigare arbete med vårdprocesser och patientflöden, och den samlade nationella satsningen, främjar arbetet med effektivare arbetssätt och hållbara lösningar.
- Landsting och regioner har tagit sig an satsningen på olika sätt utifrån lokala förutsättningar och behov.
- De utmaningar som finns är i stora delar gemensamma men skiljer sig åt mellan olika delar av landet och mellan olika diagnoser och förlopp.
- Den nationella definitionen *välgrundad misstanke om cancer* är välkommen. Det krävs fortsatt utveckling och förankring i de patientnära verksamheterna om betydelse och tillämpning.
- Inom primärvården tydliggörs särskilda utmaningar med samsjuklighet. Diagnosen dröjde ofta när de första symtomen var ospecifika eller vaga.

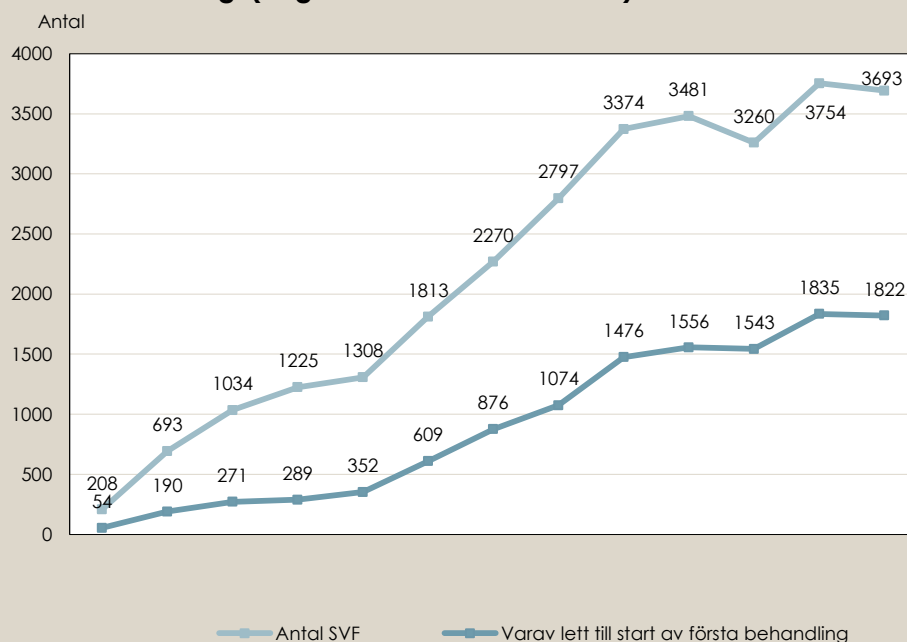
Nulägesbild av genomgångna förlopp

År 2015 hade samtliga landsting och regioner förberett olika IT-lösningar för standardiserade vårdförlopp (SVF) och börjat rapportera patienter som genomgått SVF utifrån de nationella mätpunkterna.⁴ Den nationella uppföljningen omfattar antalet patienter som genomgått SVF sedan augusti 2015. Siffrorna ska dock tolkas med viss försiktighet eftersom informationen uppdateras kontinuerligt, och landstingen/regionerna kan dessutom komma att korrigera tidigare rapporterade siffror senare av olika anledningar vilket till exempel kan bero på att system och rutiner inte har varit anpassade för inrapportering. Det kan även bero på förändring i bemanning för dessa uppgifter och att man har behövt introducera nya personer i rapporteringsarbetet.

Den nationella databasen publiceras och uppdateras regelbundet på de regionala cancercentrumens gemensamma webbplats (cancercentrum.se) med antal personer som genomgått SVF per månad och antal patienter som startat första cancerbehandling inom olika förlopp (figur 2).

⁴ Förloppens mätpunkter är datum för beslut att välgrundad misstanke finns, datum för start av första behandling eller datum för avslut av SVF före start av första behandling.

Figur 2. Antal redovisade patienter per månad samt andel som startat cancerbehandling (augusti 2015 - oktober 2016)



Källa: Cancercentrum.se

Tabell 1 nedan ger en översikt över antalet genomgångna SVF och antal patienter som startat sin första behandling för 5 vårdförlopp under drygt 15 månader (fr.o.m. augusti 2015 t.o.m. oktober 2016). De 5 diagnosgrupperna är:

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

Vårdförloppen är i sig olika. AML kräver akut omhändertagande och specialistkontakt inom tre kalenderdagar. Prostatacancer, som tidigare kännetecknats av långa väntetider, har ett SVF med olika ledtider beroende på stadium och vilken typ av cancertumör det handlar om.

Sjukdomarna skiljer sig också åt vad gäller utredningsinsatser och symptom. Exempelvis avgör en specialist om det finns välgrundad misstanke vid huvud- och halscancer samt för matstrupe- och magsäckscancer.

Urinblåsecancer är den femte vanligaste cancerformen i västvärlden och i Sverige får cirka 2 500 personer diagnosen varje år. Vid urinblåse- och urinvägscancer är blod i urinen det vanligaste symtomet, vilket dessutom är ett vanligt symptom hos patienter i primärvården och är vanligt vid enklare åkommor, som till exempel urinvägsinfektion. Diagnosen cancer är helt enkelt inte alls självklar vid detta "alarmsymtom". Bland annat av detta skäl har inom Region Skåne tagit ett initiativ, en så kallad *röd telefon* (som också fått nationell spridning), dit patienter kan ringa vid synligt blod i urinen, med syfte att snabbt vägleda patienten vidare för att utesluta misstanke om cancer

[3]. Detta är ett exempel på ett annat snabbt omhändertagande och som just i det här fallet kan kopplas ihop med utredning enligt SVF. För SVF urinblåse- och urinrörs cancer har 16 procent (1374 av 8681 patienter startat första behandling) vilket skiljer sig från exempelvis matstrupe- och magsäckscancer (57 procent) och prostatacancer (47 procent).

Tabell 1. Antal patienter som genomgått SVF och startat första behandling för förlopp införda 2015. Cancerincidens för respektive diagnos

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal patienter som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Cancerincidens, riket**
Akut myeloisk leukemi - AML	278	228	82	328
Huvud- och halscancer	2754	809	29	1525
Matstrupe- och magsäckscancer	746	427	57	1328
Prostatacancer	4887	2299	47	10 985
Urinblåse- och urinrörs cancer	8681	1374	16	2 965
Totalt	17346	5137		

Källor: *cancercentrum.se (oktober 2016); **Cancerregistret 2014.

Under 2016 har förlopp för stora diagnosgrupper, införts till exempel bröstcancer lungcancer samt tjock- och ändtarmscancer; enligt landstingens/regionernas handlingsplaner har förloppen inletts mellan februari och september. Under 2016 införs också SVF för patienter med ospecifika symtom som kan bero på cancer samt för cancer med okänd primärtumör (CUP). Det sistnämnda vårdförloppet kan leda till ett diagnosspecifikt SVF efter utredning.

I tabell 2 visas en översikt över antalet genomgångna SVF och antalet patienter som inlett sin första behandling för något av de 13 vårdförlopp som införts under 2016.

Tabell 2. Antal patienter som genomgått SVF och startat första behandling för vårdförlopp införda 2016

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF	Antal patienter som startat första behandling
Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer	127	
Bröstcancer	4105	1773
Bukspottkörtelcancer	243	199
Cancer i galla och gallvägar	62	57
Cancer med okänd primärtumör	201	163
Hjärtumör	83	62
Levercancer	115	94
Lungcancer	1198	663
Lymfom	720	465
Malignt melanom	579	347
Myelom	164	111
Tjock- och ändtarmscancer	3221	2659
Äggstockscancer	255	177
Totalt	11073	6607

Källa: Cancercentrum.se, Oktober 2016

Iakttagelser om stöd

Det stöd som landstingen/regionerna hade tillgång till 2015 var både samordnat och riktat till olika målgrupper – dels hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård och specialistsjukvård, dels patienter och den breda allmänheten [2].

Under 2016 har dessutom de nationella förlagorna och mallarna utvecklats vad gäller exempelvis rutiner för rapportering av patienter i SVF mellan landsting/regioner och nya filmer tagits fram för primärvården. Dessutom har kodvägledningarna⁵ tagits fram både för förloppen som införts 2016 och för några förlopp som ska införas 2017.

Därutöver har den patientinformation som togs fram 2015 för respektive SVF omarbetats. Omarbetningen handlade om att tona ner ordet *cancer* i texterna. Exempelvis togs texten ”Din läkare misstänker att du har cancer” bort, eftersom det skapade problem för verksamheten. Patientinformation för 18 förlopp finns nu tillgänglig via på 1177.se och cancercentrum.se. Informationen ska delas ut i samband med det besök när läkaren får en välgrundad misstanke om cancer och patienten remitteras in i förloppen.

Socialstyrelsen gör iakttagelsen att det fortfarande behövs stöd och utbildning i stor omfattning till de målgrupper som ingick redan 2015. Det som sticker ut 2016 är att det behövs fortsatt stöd och information riktat till primärvården och till dem som axlar koordinatorsfunktionen i de nu införda 18 förloppen. De flesta landsting har med stöd från regionala cancercentrum (RCC) utarbetat funktionsbeskrivningar för koordinatorsfunktioner och anordnat nätverksträffar för gemensamt lärande. De utbildningar som specifikt anordnats för koordinatorsfunktioner varierar både i innehåll och i längd – från någon dag till drygt en vecka. Detta lärande har gett stöd i arbetet, vilket framkommer i flera intervjuer med koordinatorsfunktioner. Men det framgår också att det inte är tydligt hur deras kunskaper kan användas och vilket mandat de har att vidta åtgärder för förbättringar.

Projektledarna på SKL gör stödjande och uppföljande besök samt deltar vid träffar med regionala projektledare lokalt. Dessutom har kodvägledningarna förbättrats utifrån erfarenheterna från föregående år. Detta innebär att kodvägledningarna för 2016 och 2017 års SVF kan levereras snabbare till verksamheterna – se vidare SKL:s delrapport 2016 för satsningen [4].

Lokala och regionala svårigheter uppkommer

I 2016 års uppföljning och vid samtal med nyckelpersoner för införandet indikerar landstingen och regionerna att vissa delar av det nationella överbyggande arbetet och stödmaterialet inte alltid uppfattas som effektivt. Exempelvis uppfattas koderna i det nationella kodsystemet ibland som otydliga, vilket man menar kan äventyra kvaliteten i uppföljningen. I backspiegeln beskriver nyckelpersoner från flera landsting/regioner att det första årets, och även delar av det andra årets, införande av SVF har präglats av för mycket fokus på väntetidsdatabasen och på rapportering.

⁵ Kodvägledningarna är stöd till landstingen/regionerna och till de som ska registrera uppgifterna. De norska kodvägledningarna för motsvarande satsning har inspirerat och varit en förebild för de svenska kodvägledningarna.

Det var till en början svårt att rekrytera representanter från primärvården till arbetsgrupper för det överbyggande arbetet. Bristen på delaktighet från primärvårdens sida innebar initialt vissa svårigheter i det lokala arbetet med att införa SVF. (Se avsnitt 3 om primärvårdsläkarnas erfarenheter.)

Det framkommer också att det finns utmaningar i landstingen och regionerna vad gäller definitionen *välgrundad misstanke om cancer* i de olika förloppen. Man framhåller att det behövs ett utvecklingsarbete för att bättre beskriva begreppet och eventuellt uppdatera kriterierna.

Kommunikation kring satsningen är också en fortsatt utmaning. Exempel från landstingen/regionerna beskriver dels att det fortfarande saknas konceptförståelse hos verksamhetschefer, dels att SVF är lättare att förstå för patientnära verksamheter än för dess ledning.

En avslutande observation från handlingsplanerna för 2016 är att endast något enstaka landsting rapporterade om patientupplevelser från de SVF som infördes 2015.

Utmaningarna förändras över tid och skiljer sig åt mellan förloppen

Implementering av nya arbetssätt i komplexa verksamheter tar tid och att det kan ta flera år innan en ny metod eller ett nytt arbetssätt integrerats och blivit en del av arbetet. Några kriterier som har betydelse för och underlättar ett införande är att metoden:

- uppfattas som relevant
- kan användas och är lätt att använda
- uppvisar positiva resultat.⁶

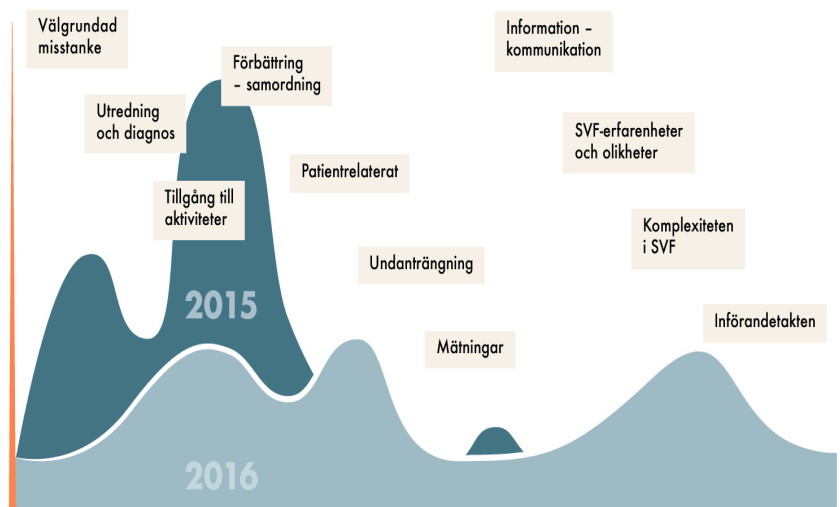
Införandet av SVF har inneburit förändringar för mottagningar och i olika verksamheter inte minst primärvården. Det handlar t.ex. om att sätta sig in i olika cancerförlopp, bl.a. mot bakgrund av att varje primärvårdsläkare möter ett fåtal patienter med cancer under ett år.

I Socialstyrelsens lägesrapport om standardiserade vårdförlopp för 2015 [2] beskrevs landstingens/regionernas utmaningar inför införandet, och på övergripande nivå omfattade dessa utmaningar vid denna tidpunkt snarare befintliga produktionssystem än innovationer och förändrade arbetssätt. En förklaring kan vara att svaren präglades av det som landstingen och regionerna skulle ha på plats första året.

Analysen av årets utmaningar visar en något förändrad bild där utmaningar som rör arbetssätt och innovationer framträder. Förskjutningen sker till andra och nya områden även om det finns områden som fortsättningsvis är utmanande, t.ex. tillgång till kompetens och till olika undersökningar som behövs i utredningsförloppen. I nedanstående bild (figur 3) illustreras de utmaningar som landstingen och regionerna uppfattade 2015 och 2016.

⁶ Jmf. Durak (2008) och Greenhalgh (2004) om vad som har betydelse och underlättar vid implementering av metoder.

Figur 3. Landstingens och regionernas utmaningar 2015 och 2016



De nya utmaningar som framträder i handlingsplanerna för 2016 handlar om följande områden.

- *Behov av information och kommunikation.* Information och behov av kommunikationsinsatser hanterades företrädesvis av RCC det första införandeåret men har nu kommit att bli en allt mer påtaglig uppgift för landstingen/regionerna själva. Att nå ut med information till och kommunicera med berörda personalkategorier och verksamheter som är involverade i ett utredningsförlopp beskrivs av landstingen och regionerna som en stor utmaning, inte minst när det gäller att involvera primärvården.
- *Erfarenheter om förloppen och dess olikheter.* När landstingen och regionerna ska planera för införandet av förloppen i verksamheterna skapas erfarenheter om förloppen som exempelvis att de kan se olika ut och likna varandra. Liknar förloppen varandra avseende exempelvis samma undersökning och ingångar kan detta ge kunskaper om i vilken ordning SVF på bästa sätt kan planeras och införas. Vissa delar av införandet sker förhållandevis enkelt samtidigt som andra förlopp blir allt svårare – och hör således ihop med komplexiteten i förloppen.
- *Komplexiteten i förloppen.* Nu när landstingen/regionerna kommit en bit in i arbetet uppfattas vissa förlopp som mer komplexa och svårare än andra. Exempelvis handlar komplexiteten och de lokala anpassningarna om svårigheter vid överlappning av symtom mellan olika SVF och vad som är praktiskt tillämpligt. För vissa förlopp är det svårare att hitta flöden, exempelvis vid cancer med okänd primärtumör och allvarliga symtom som kan bero på cancer. En fråga som

specifikt lyfts fram är vad som händer patienter som av olika skäl inte lämpar sig att ingå i SVF.

- *Den snabba införandetakten.* En annan utmaning som landsting- en/regionerna rapporterar om är den korta tid som verksamheterna har på sig för att införa förloppen i verksamheten. Därtill uppfattar landstingen/regionerna att det nationella stödet ibland är otydligt och svårt att tolka (se ovan). De uppfattar exempelvis att tid saknas för reflektion, konsekvensanalys och lärande mellan de förlopp som har och ska införas efter de första 5 förlopp som infördes under 2015.

Utmaningarna 2015 och 2016 skiljer sig i delar åt mellan olika landsting och regioner. Därutöver skiljer sig utmaningarna åt mellan olika diagnoser. Exempelvis rapporteras om resursbrist och kompetens som rör förlopp som infördes 2015, t.ex. SVF för prostatacancer där det råder brist på urologer, patologer och radiologer i flera landsting/regioner. I ett landsting lyftes bristen på specialistsjuksköterskor fram vid SVF för öron-näsa-halscancer. Vid SVF för lungcancer (införs 2016) har flera landsting och regioner rapporterat om att ha brist på kompetens för diagnostiska undersökningar.

När det gäller de förlopp som planeras för 2017 har någon landsdel redan identifierat att det kommer att bli svårt att lösa SVF vid livmoderhalscancer på grund av svag tillgång till tider för strålbehandling.

Primärvårdens särskilda förutsättningar tydliggörs

En majoritet av befolkningen söker i första hand kontakt med primärvården vid nedsatt hälsa eller symtom på sjukdom. Detta gäller kanske särskilt vid diffusa eller oklara symtom. Andra patienter uppsöker akutmottagningar eller specialistläkare. Inom ramen för uppföljningen av SVF-satsningen initierade Socialstyrelsen 2015 en journalgranskning i primärvården för tre cancerdiagnoser: tjock- och ändtarmscancer, lungcancer samt urinblåse- och urinvägs- cancer.

Journalgranskningen syftade framför allt till att belysa var i vårdprocessen olika väntetider och fördröjningar uppstår: vid första symtom till tidpunkt för första vårdkontakt, vid en senare tidpunkt för välgrundad misstanke om cancer, vid tiden för att remiss skickas eller vid start av behandling. Följande är några exempel på lärdomar från journalgranskningen så här långt.

- Många patienter hade flera andra sjukdomar före cancersjukdomen. Denna samsjuklighet försvårade diagnostiken bl.a. på grund av behandling av andra sjukdomar och symtom som kunde bero på andra sjukdomar.
- Diagnosen dröjde ofta när de första symtomen var ospecifika eller vaga.
- I några fall återremitterades patienter med alarmsymtom (dvs. symtom som ska alarmera misstanke om cancer) från sjukhus till primärvård i stället för att remitteras till rätt specialistklinik.

Hållbara och långsiktiga lösningar eftersträvas

Socialstyrelsens iakttagelser indikerar att verksamheterna inom landstingen och regionerna eftersträvar hållbara och långsiktiga lösningar. Standardiserade vårdförlopp sätter fokus på cancer men det konkreta arbetet inom landstingen och regionerna behöver samtidigt balanseras och integreras med andra processer och sjukdomsområden som också kräver långsiktiga och hållbara lösningar. Socialstyrelsen har i underlagen också identifierat samverkansvinster i form av synergieffekter inom andra områden än cancer, exempelvis förbokade tider och koordinering av andra utredningsförlopp inom bild- och funktionsmedicin (se avsnitt nedan med exempel från landsting och regioner).

Införandet av SVF ställer stora krav på linjeorganisationen, vilken ofta har brist på t.ex. operationskapacitet, vårdplatser, kompetens och i vissa fall underdimensionerad onkologisk eller patologisk verksamhet. Synliggörandet av dessa brister ses som nödvändigt av verksamheterna men också att hantera variationer av inflöde av patienter som ska utredas enligt SVF,

Uppstramade förlopp under utredning där många verksamheter är involverade sätter hela sjukvårdssystemets resurshantering under lupp. Detta är efterlängtat av flera landsting och regioner.

Fungerande och samordnade arbetssätt är en förutsättning för framgång

Införandet av SVF har ett brett stöd inom och mellan de verksamheter som berörs. Det rapporteras exempelvis om att förloppens tydlighet skapar bättre ordning och reda, samtidigt som den nationella samlingen kring införandet minskar risken att man fortsätter att göra som man alltid har gjort. Det framkommer bl.a. vid besök i landstingen/regionerna en stor insikt om att den framtida utmaningen med allt fler som får cancer måste hanteras.

Våra iakttagelser tyder också på att det fleråriga utvecklingsarbetet av patientprocesser, den s.k. cancerstrategin, har underlättat införandet i och med att processteamens ansvar att kartlägga, utveckla och följa upp arbetssätt sedan tidigare var etablerat, men det finns olikheter mellan landsting och regioner i hur långt man kommit i detta arbete [2, 5].

Socialstyrelsen uppfattar att implementeringsarbetet har bidragit till en ökad öppenhet när det gäller att våga syna hur verksamheten ser ut och släppa in patienten i processerna. Exempelvis finns det beskrivningar om hur utvecklade arbetssätt ska ge patienten avsevärt större möjlighet att påverka processen tidigt i förloppet. Samtidigt framkommer professionens vilja att ompröva mönster och rutiner i arbetet som viktig, innefattande viljan att tänka om och verka för ökad flexibilitet.

Våra iakttagelser indikerar att satsningen bidragit till att vårdprocesserna effektiviserats. Det finns dock fortfarande vissa svårigheter i att finna samarbetsformer och fungerande rutiner mellan primärvården och sjukhusvården samt mellan landstingen och regionerna. För att hantera och lösa primärvårdens viktiga roll har exempelvis Kalmar läns landsting utarbetat en

generisk modell i primärvården för samtliga cancerförlopp för att underlätta införandet som exempelvis remissmallar som kan anpassas för samtliga förlopp.

I landstingens och regionernas handlingsplaner uttrycks dock en oro med redan underdimensionerade system och hur det ska kunna gå att effektivisera och slimma verksamheten mer.

Under 2016 införs successivt 13 nya förlopp. Detta innebär att arbetssätt utvecklas och lokalt anpassas för dessa. Landstingen/regionerna har dock beskrivit i handlingsplanerna att SVF för hudcancer är svårare att planera in i verksamheten. För just diagnostik och utredning av hudcancer är ansvaret mellan primärvårdens och specialistsjukvården ibland otydligt och kan också variera mellan olika verksamheter i samma landsting/region. Mer tid har ofta behövts för att planera förloppet. Ett annat förlopp som beskrivs som en utmaning är SVF med ospecifika symtom på allvarlig sjukdom som kan vara cancer.

Koordinering av vårdinsatser – en nyckel i satsningen

Satsningen på SVF innebär att vården ska ta till sig nya rekommendationer om förbokade tider och koordinering. Koordinatören är central i införandet bland annat vid remittentens första kontakt, och i handlingsplanerna före införandet presenterades olika lösningar för funktionen. Flera landsting och regioner tog då upp hur kontaktsjuksköterskan kunde axla funktionen med utökat ansvar för koordineringen. Några landsting menade att en kontaktsjuksköterska skulle gälla vid små volymer medan en koordinator skulle gälla vid större volymer. Medicinska sekreterare och undersköterskor övervägdes också att axla koordinatorfunktionen [2].

Landstingen och regionerna har successivt rekryterat koordinatörer till förloppen och från flera håll rapporteras att det finns ett stort intresse för att ta sig an uppdraget, oavsett tidigare yrkestillhörighet. I handlingsplanerna för 2016 (inför införande av 13 nya vårdförlopp) beskrevs hur olika koordineringslösningar formats utifrån landstingens/regionernas förutsättningar och kultur. De har också utgått från de erfarenheter som genererats av de första införda förloppen 2015. Dessa erfarenheter handlar om hur man följer de lösningar som initialt planerades avseende tidigare yrkestillhörighet, dels hur man sökt samverkan mellan verksamheter. Koordinatören beskrivs vara en funktion som efter hand kommer att få en unik översikt och kunskaper om genomgångna förlopp, t.ex. kring flaskhalsar som kan resultera i oönskade undanträngningar mm.

Koordinator – uppdragets innehåll och omfattning

Utifrån landstingens och regionernas handlingsplaner för 2016 samt intervjuer med verksamma koordinatörer har vi identifierat ett antal förutsättningar för koordinatoruppdraget, oavsett yrkeskategori och förvaltning/verksamhet. I detta innefattas hur förloppen koordineras i verksamheten och vad som konkret görs i kontakten med patienten.

Arbetsbeskrivningar för koordinatorsuppdrag har ofta tagits fram med stöd av RCC, men trots den unika översikt som koordinatorsuppdraget förväntas få efterhand kan vi inte identifiera huruvida uppdraget också har mandat att kunna påverka eller agera för förändring om de ser att det behövs. Uppdraget förutsättningar består sammantaget av följande delar med exempel på arbetsinnehåll och funktion (tabell 3):

Tabell 3. Koordinatorsuppdragets förutsättningar och arbetsinnehåll

Uppdragets förutsättningar	Exempel på arbetsinnehåll och funktion
Beslutat samt fastställt innehåll och fastställt omfattning.	Koordinatorsuppdraget beslutat av cancerråd, styrelse eller motsvarande. Funktions- och uppdragsbeskrivning finns på plats. Arbetsuppgifter och arbetsbeskrivning stäms av för varje SVF.
Plats i organisationen	Uppdraget finns i linjeorganisationen.
Kontinuitet och tillgänglighet	Funktionen är namngiven och finns tillgänglig kontorstid. Ersättare finns vid ledighet och annan frånvaro.
Samverkan och tydlig roll i teamet	Täta samarbeten sker med process- och arbetsteam. Rollerna är tydliga för koordinator respektive kontaktsjuksköterska.
Kompetens och möjlighet till kompetensutveckling	Personer anställs som har kompetens för uppdraget och vilja att utveckla funktionen. Utbildning erbjuds initialt och kontinuerligt. Regelbundna nätverksträffar (forum) anordnas.
Plan om hur stimulansmedel ska användas	Förvaltningar och verksamheter lämnar en plan över hur den verksamhetsnära funktionen ska användas. Medel finns avsatta i budgeten för att underlätta införandet i förlopp samt förvaltningar och verksamheter.
Funktionens möjligheter till utveckling	Deltagande i multidisciplinära team möjliggör utvecklingsområden specifika för uppdraget.

Införandet av koordinatorsuppdrag i verksamheten påverkar i varierande utsträckning kontaktsjuksköterskans uppdrag. I vissa landsting och regioner förs diskussioner om huruvida kontaktsjuksköterskan är den rätta instansen för uppdraget, eftersom dessa redan har en hög arbetsbelastning. Det framkommer också vid dialoger med verksamhetsföreträdare att kontaktsjuksköterskans stöd till patienten kan bli mindre om koordineringen tar mycket tid. Koordinatorsuppgifterna har dessutom utvecklats och förtydligats i verksamheterna. I nedanstående tabell (tabell 4) illustreras hur Stockholms läns landsting och region Gotland klargjort avgränsningar och skillnader i koordinatorsuppdragets och kontaktsjuksköterskans funktion. Kontaktsjuksköterskans huvudsakliga uppdrag är att stödja patienten och uppmärksamma enskilda behov.

Tabell 4. Avgränsningar och skillnader i koordinators och kontaktsjuksköterskans patientrelaterade arbete, uppdrag och uppgift

Koordinator	Kontaktsjuksköterska
Är patientens kontakt vid frågor kring förlopp och bokningar.	Informerar om kommande steg i förloppen.
Bokar tider i enighet med SVF och ser till att tider hålls.	Säkerställer patientens delaktighet i och inflytande över den egna vården.
Ser till att patienten får information om undersökningstider och utredningsförlopp.	Ansvarar för att en skriftlig individuell vårdplan upprättas.
Säkerställer aktiva överlämningar till andra vårdgivare inom ramen för SVF, även över landstings- och regiongränser.	Ansvarar för aktiva överlämningar till annan kontaktsjuksköterska.
Registrerar och följer ledtider rapporterar avvikelser.	Har speciell tillgänglighet, ger stöd till patient och närstående.
Planerar och deltar i multidisciplinära konferenser.	Deltar i multidisciplinära konferenser.

Allt fler diagnostiska centrum etableras

En utveckling som pågår i landsting och regioner är etableringen av s.k. diagnostiska centrum (DC). Ett diagnostiskt centrum ska tidigt kunna hjälpa patienter där det finns misstanke om allvarlig sjukdom genom att snabbt komma igång med en utredning. Detta kan ses som en parallell process till SVF med syfte att förbättra tillgängligheten för patienter med allvarlig sjukdom. Ett diagnostiskt centrum är en liten organisatorisk enhet som består av få personer (oftast läkare och sjuksköterskor) som tar emot remisser om allvarlig sjukdom och ser till att utredningen görs, ofta inom 7–10 dagar.

Diagnostiskt centrum i Kristianstad permanentades 2015 efter 3 års försöksverksamhet. Från början var tanken att verksamheten skulle ta emot remisser i huvudsak från primärvården men i dag omfattar verksamheten även remisser från specialistsjukvårdens mottagningar, akutmottagningar och företagshälsovård. I Södertälje startade ännu ett DC 2014 diagnostiskt centrum. Av de patienter som remitterats till DC i Kristianstad och Södertälje har 20–25 procent visat sig ha någon form av tumör.⁷

I dag finns flera diagnostiska centrum etablerade. Exempelvis har sex DC etableras inom Västra Götalandsregionen under 2016 och fler är på väg att byggas upp.

Under perioden 2015–2018 ska behandlingen av flera av de cancerdiagnoser som ingår i SVF bedömas för både regional och nationell nivåstruktureringsring. I dag är nationell nivåstruktureringsring beslutad för behandling (radiokemoterapi och kirurgi i botande syfte) vid analcancer och behandling (kirurgisk- och onkologisk behandling) vid vulvacancer, alltså förlopp som införs 2017.

⁷ Standardiserat vårdförlopp – Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer, november 2015.

Exempel från landsting och regioner

Under 2016 har Socialstyrelsen särskilt iakttagit införandet och satsningen i fyra landsting/regioner: Västerbottens läns landsting, Region Gävleborg, Region Östergötland och Region Skåne. Att just dessa valdes ut grundade sig bland annat på olikheter hur landstingen/regionerna hade arbetat med patient- och vårdflöden före införandet i SVF. Dessutom fanns det olikheter i vilka utmaningar de hade beskrivit i handlingsplanerna. Ytterligare ett urvalskriterium var att de tillhör olika sjukvårdsregioner och i och med det får stöd från olika RCC. Denna del i årets lägesrapport kan ses som ett avstamp för långsiktig och fördjupad uppföljning om vad som sker i införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården.

De första fem SVF som infördes 2015 har olika volymer i de olika landstingen/regionerna (tabell 5). Siffrorna avser perioden fr.o.m. augusti 2015 t.o.m. oktober 2016.

Tabell 5. Incidens för de fem första diagnoserna i landsting/regioner

Förlopp	Västerbotten	Gävleborg	Östergötland	Skåne	Riket*
AML	11	10	9	49	328
Huvud- och halscancer	43	41	63	190	1 525
Cancer i matstuge och magsäck	34	31	58	194	1 328
Prostatacancer	279	360	510	1 209	10 985
Cancer i urinblåsa och urinrör	94	66	136	508	2 965

*Källa: Cancerregistret, 2014.

I årets lägesrapport har vi valt att exemplifiera införandet i landstingen och regionerna genom att följa och beskriva hur plattformar skapats för implementering och hur strävan mot integrerad vård med involvering av primärvården ser ut. Avslutningsvis ger vi exempel på utveckling, förbättringar och positiva följd effekter till följd av satsningen.

Plattform skapas för implementering

– med olika erfarenheter som grund

Samtliga landsting och regioner har byggt upp en plattform för implementeringen av förloppen och tillsatt projektledare eller motsvarande för satsningen. Vissa landsting och regioner har dessutom förändrat sina strategier under vägs. Gemensamt för landstingen och regionerna är att satsningen inte byggts upp separat utan att den bygger på tidigare erfarenheter, exempelvis vad som fungerat i just den verksamheten och den kultur som råder. Nedan följer ett antal exempel, som är just exempel – ingen totalbild.

I *Västerbottens läns landsting* byggdes införandearbetet tidigt upp runt ett implementeringsteam. Teamet möts regelbundet och koordineras av en projektledare. De första fem vårdförloppen byggdes utifrån processteam där verksamhetschefer och olika yrkeskategorier inom specialistsjukvården

deltar. En bit in i arbetet gjordes en omvärdering utifrån att arbetsprocessen kunde ha innefattat omvärldsbevakning och en mer utvecklad arbetsplan.

Resultatet från Socialstyrelsens öppna jämförelser utgjorde initialt ett stöd, i och med att man visste var landstinget låg i jämförelse med andra. Bristområdena var ingen nyhet för regionen.

Landstingets ledning poängterar vikten av långsiktighet och hållbara lösningar. Inom landstinget finns en väl förankrad policy om att man inte startar projekt som inte stöder permanenta förändringar. Kostnaden för bristområdena använde man stimulansmedlen till. Dessa poster har därefter lagts in i budgeten för åren framåt, efter beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden.

I *Region Gävleborg* utgör en projektgrupp och en projektledare navet i införandeprocessen. Gruppen har under 2016 utökats med den personal som har hand om inkodningen i det patientadministrativa systemet, dvs. personer som ansvarar för stöd, hjälp och kvalitetskontroll av kodning av SVF. En delprojektledare finns för varje SVF, vilken bevakar flöde och arbetar för samsyn. Dessa personer är numera också processledare med egna kontinuerliga arbetsmöten för sina respektive SVF.

Utgångspunkten för satsningen var några genomarbetade förlopp (bröstcancer samt mun- och halscancer) där man sedan 2008 redan använde arbetssätt som liknar SVF. Ledtiderna för patologiprocessen hade redan setts över sedan tidigare och stimulansmedel har använts för patologin. Riskanalyser hade också genomförts före uppstarten av SVF.

I *Region Östergötland* startade införandet av SVF i samband med att en enhet öppnades för samordnad cancerutredning och mottagare av remisser. Enheten finns sedan flera år tillbaka som ingång för cancerutredningar inom regionen och kan sägas vara ett embryo till SVF. Regionens projektledare är knutna till denna enhet och enheten koordinerar samtliga SVF. Därutöver finns SVF knutna koordinators där enheten lyfter fram vikten av att dessa har relevant kompetens och att kompetensutveckling säkerställs för gruppen. Enheten försöker bygga upp kompetens för patienter med olika behov i samverkan med de processledare som finns inom regionen.

Enheten har, tillsammans med erfarenheter från ett koloncancerprojekt⁸ som genomfördes i Sydöstra sjukvårdsregionen 2010–2013, beskrivs ha varit en viktig kunskapsbas i arbetet med SVF. Det fanns således kunskaper att bygga vidare på utifrån deras kunskap om patientens väg genom vården ur ett patientperspektiv, dvs. vilka upplevelser och behov patienten har i de olika stegen från misstanke om en cancersjukdom via utredning till behandling.

Inom *Region Skåne* har ett strategiskt råd bildats för SVF med representanter från sjukvården, regionens koncernkontor och Regionalt cancercentrum syd. Rådet leds av en samordnare/projektledare som är direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektören. Inom varje förvaltning har det skapats ett cencerråd med verksamhetsansvariga chefer och medicinsk personal från primärvård, specialistvård och palliativ vård. Inom varje förvaltning finns dessutom lokala patientprocessledare för respektive cancerprocess samt tvärprofessionella team som utbildats och ansvarar för de olika vårdförloppen.

⁸ Ett försöksprojekt till följd av Cancerstrategin 2009 - Sveriges Kommuner och Landsting.

Inom varje förvaltning fanns sedan tidigare en organisationsstruktur med lokala patientprocessledare för varje cancerprocess och tvärprofessionella team som genomgått utbildning. De lokala teamen har nu övergått till att också ansvara för SVF. Baserat på tidigare erfarenheter av diagnostiska centrum för diffusa symptom har denna kunskap kunnat tillämpas i införandet av SVF. Diagnostiskt centrum har säkerställt att de patienter som haft alarmsymtom som inte passar i ett specifikt SVF blivit effektivt omhändertagna och snabbt remitterade till fördjupade undersökningar och utredningar.

Strävan mot integrerad vård med delaktig primärvård – exempel på strategier

Genomgående har det varit svårt med att få med primärvårdsrepresentanter, både i satsningens överbyggande arbete men också i de lokala arbetsteamerna, vilket *Västerbottens läns landsting* har löst genom att primärvården fått vara med i parallella arbetsgrupper och i flera förlopp. Detta innebär bl.a. att alarmsymtom och välgrundad misstanke har diskuterats för flera diagnoser. Informationsmöten med primärvården har dock haft dålig uppslutning och det finns enligt projektgruppen behov att göra ett omtag i detta arbete.

Av de 43 hälsocentraler som finns i *Region Gävleborg* är ungefär hälften bemannade med hyrläkare – en situation som de delar med flera landsting och regioner. För att bättre nå primärvården har en särskild arbetsmodell tagits fram där man möter all personal på hälsocentralerna, alltså inte bara primärvårdsläkarna, för att informationen ska finnas tillgänglig när exempelvis hyrläkare kommer.

I *Region Östergötland* ska Enheten för samordnad cancerutredning utgöra en remissgång för alla patienter som har misstanke om cancer. Enheten vittnar om svårigheter att göra den känd för remittenter från såväl primärvården som andra verksamheter. Målet är att enheten ska ta kontakt med patienten inom två dygn efter att en remiss inkommit. Enheten arbetar också med validering av kriterierna för SVF med målet om att dessa ska vara kända för personalen inom primärvården.

Region Skåne har tagit flera initiativ tidigare vad gäller olika utvecklingsprogram för en mer sammanhållen vård utifrån patientens perspektiv. I utvärderingar av dessa har det visat sig att övergången från primärvården och målet med ett verksamhetsöverskridande perspektiv har fallerat. I flera SVF har det nu blivit tydligare övergångar, och införandet av SVF har intensifierat ett mer aktivt arbete över verksamhetsgränserna för att hitta både snabbare och effektivare sätt att förbättra dessa.

Utveckling, förbättringar och följeffekter

Utifrån våra möten och samtal med landstingen och regionerna framkommer flera exempel på såväl utvecklingstrådar som förbättringar och följeffekter.

Utveckling av mer strukturerade rutiner inom operationslogistiken rapporteras från *Västerbottens läns landsting*, och *Region Gävleborg* tar ett vidare grepp om att satsningen samtidigt ska innefatta att säkra att alla patienter har en egen vårdplan ("Min vårdplan") samt säkerställa att samtliga patienter har en kontaktsjuksköterska. Inom *Region Gävleborg* har man försökt att anställa biomedicinsk analytiker (BMA) under lång tid men misslyckats. Därför har

man i stället arbetat fram en form av kompetensöverföring (s.k. *taskshift*) inom patologi. Man har exempelvis kunnat omfördela vissa arbetsuppgifter från biomedicinsk analytiker till undersköterskor.

Den enhet som ansvarar för SVF och cancerutredningar i *Region Östergötland* har identifierat ett antal områden som handlar om dels hur man ska få till en bättre riskbedömning initialt, dels hur regionen prioriterar mellan olika vårdflöden och processer med frågeställningar om huruvida denna prioritering sker likvärdigt eller om vissa cancersjukdomar eller enskilda patienter får något slags förtur. En tid in i årets implementering av förlopp ser enheten att många patienter behöver en mer anpassad utredning än SVF (exempelvis vid samsjuklighet) och att dessa patienter är fler än man initialt trodde. Företrädare för införandet i *Region Östergötland* ser inte satsningen på SVF enbart som en satsning för att korta väntetiderna utan menar att om hög kompetens möter patienterna tidigt i förloppet kan patientens behov tillgodoses på ett bättre sätt.

Region Skåne har en lång tradition av att utbilda team i förbättringskunskap och har under året förnyat denna utbildning i förbättringskunskap specifikt för införandet av SVF, vilket lett till att teamen utökats med koordinators för SVF. Definitionen för välgrundad misstanke har upplevts som för ospecifik inom flera SVF. Detta har lett till några utvecklingsprojekt för att öka träffsäkerheten i tidiga skeden av alarmsymtom om cancer (se exempel nedan).

När det gäller För SVF för urinblåsa- och urinvägscancer har man konstaterat att onödiga utredningar med CT (datortomografi) genomförs. Detta är nu ett särskilt område för uppföljning och eventuella åtgärder. Erfarenheter som bör återkopplas till verksamheter utanför regionen.

Flera landsting och regioner har rapporterat att arbetssättet med SVF har fått effekter för andra patientgruppers utredningsförlopp. Exempel återfinns om hur satsningens arbetssätt med t.ex. koordinators och obokade tider spridits till andra medicinska områden än cancer. Ett exempel från region Skåne är utredningsförlopp för barn med mag- och tarmbekymmer.

Följande exempel och beskrivningar kan illustrera dels förbättringar och andra effekter till följd av införande av SVF, dels utvecklingsambitioner med mål om långsiktigt hållbara lösningar.

Västerbottens läns landsting

Säkrar långsiktig resursförstärkning inom bristområden

Västerbottens läns landsting har använt sina stimulansmedel till bristområden som urologi, kirurgi och onkologi. Kostnaden för stimulansmedlen har lagts in i budgeten för åren framåt genom beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden. Detta är ett exempel på hur landstinget säkrat resursförstärkning långsiktigt i implementeringen av SVF.

Region Gävleborg

Överför kompetens för ett laborativt flöde och för att frigöra tid för patologen att korta utredningstiden

I regionen är bristen på biomedicinsk analytiker (BMA) och patologer ett faktum. Därför görs en översyn av logistiken kring provflödet och standardiserat laboratorieflöde samt kompetensöverföring mellan BMA och undersköterska samt mellan cyto-diagnostiker och patolog, i syfte att korta såväl vårdens utredningsprocess som patientens väntan på svar.

Region Östergötland

Skapar en ingång för patientens utredning och säkerställer snabb överföring till rätt vårdprocess

Enheten för samordnad cancerutredning ska vara en remissingång i Region Östergötland för samtliga patienter som har misstanke om cancer. En ingång för cancerutredningar ska dels säkerställa att patienterna utreds och därefter snabbt förs över till rätt vårdprocess, dels utgöra en kontakt för patienten under utredningstiden. Ambitionen är att man vill ha en tidig kontakt med patienten vid misstanke om allvarlig sjukdom.

Region Skåne

Vill öka träffsäkerheten i tidiga skeden om alarmsymtom om cancer

Baserat på 1000 remisser, tidigare journaldokumentation och intervjuer med patienter som diagnostiserats med cancer görs en granskning av samtliga alarmsymtom. Granskningen har som mål att göra alarmsymtomen mer specifika och ge kunskap om kombinationer av symtom för att öka träffsäkerheten i tidiga skeden.

Sammanfattande reflektioner

Under SVF:s första två år har satsningen inneburit utvecklade arbetssätt för 18 cancerförlopp. Införandet och samverkan på lokal och regional nivå bör, tillsammans med formationer av nya arbetsgrupper och nätverk, ha bidragit till en stor kunskapsutveckling inom och mellan team. Denna kunskapsutveckling kan på sikt bidra till en allt mer integrerad och sammanhållen

cancervård och överförs till andra angelägna vårdområden. Satsningen i Danmark har bidragit dels till kortare väntetider samt nöjdare patienter och medarbetare i vården, dels till ökad samverkan mellan olika delar av vården [6-9].

I årets uppföljning ses såväl förbättringar som följd effekter samt ambitioner för långsiktiga och hållbara lösningar. Den snabba införandetakten uppfattas dock som utmanande för verksamheterna.

Årets uppföljning visar att landstingens och regionernas utmaningar förändras i riktning mot att hitta effektivare och långsiktiga lösningar, samtidigt som t.ex. tillgång till kompetens ibland saknas. Samtidigt som utmaningarna ska hanteras tillkommer dessutom nya förlopp som ska införas. En nyckelfråga i dagsläget handlar därför om hur lärdomarna ska kunna integreras i verksamheterna för de förlopp som planeras för att införas under 2017.

Under satsningen gång har en delvis ny funktion tagit plats i vården – koordinatörer som har rekryterats för 18 cancerförlopp. Eftersom teamets utvidgas i och med tillkomsten av koordinatörer kan förändringar komma att ske inom teamen. Detta blir speciellt viktigt att hantera och även följa i det fortsatta arbetet med SVF. Efter nästan 10 år av pakkeförlopp i Danmark bedöms koordinatörerna utgöra det viktigaste inslaget tillsammans med multidisciplinära konferenser.⁹

Den nationella definitionen om välgrundad misstanke om cancer som introducerats under satsningen kommer dock att behöva bli föremål för fortsatt diskussion och utvecklingsarbete:

- Hur kommer begreppet att påverka utvecklingen inom primärvården och samarbetet med annan specialistvård?
- I vilken utsträckning finns behov av gemensamma definitioner om välgrundad misstanke för andra sjukdomar eller sjukdomsgrupper?
- Vilken påverkan kan satsningen få på medborgarens kunskaper och om tidiga symtom vid cancer och andra allvarliga sjukdomar?

Satsningen har inneburit en omfattande utveckling nationellt för samordning och stöd och inte minst nya nätverk för lärande och mer omfattande regionala och lokala samarbeten.

⁹ Skandinaviskt Rådslag för framtidens cancervård, oktober 2016. Konferens anordnad av Dagens Medicin i Danmark, Norge och Sverige.

3. Erfarenheter bland primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor

Sammanfattat

- De primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor som besvarat Socialstyrelsens enkäter anser att standardiserade vårdförlopp kan göra stor nytta för patienter och närstående. De framför såväl positiva som ifrågasättande synpunkter samt ger förslag på förbättringar.
- Omfattande krav på remissinnehåll och oenighet om arbetsfördelning mellan olika aktörer är utmaningar som behöver hanteras i det fortsatta arbetet.
- Såväl primärvårdsläkare som kontaktsjuksköterskor bedömer att standardiserade vårdförlopp kan påverka patientens och närståendes trygghet positivt och att satsningen kan bidra till utveckling av flera viktiga aspekter av patientens vård, exempelvis ökad användning av individuella vårdplaner.
- Båda yrekesgrupperna framhåller vidare att man upplever att det kan vara problematiskt att informera specifikt om SVF, eftersom man menar att det är självklart att utredning ska gå snabbt när misstanke om allvarlig sjukdom ska utredas.
- Värdet av standardiserade vårdförlopp framöver är beroende av att hälso- och sjukvården åstadkommer hållbara förutsättningar för de patientnära verksamheterna vad gäller kompetensutveckling, arbetsglädje, arbetsbörda och resursfördelning.

Mikrosystemens betydelse för implementering av nya arbetssätt

I allt större utsträckning blir det tydligt att mikrosystemet (de patientnära verksamheterna) behöver vara i fokus för att de övergripande målen med hälso- och sjukvården i form av t.ex. effektiv och säker vård, tillgänglighet, patientcentrering och jämlikhet ska uppnås. I mikrosystemet ska patienten stå i fokus. Det är den grundläggande byggstenen i all hälso- och sjukvård och har betydelse vid förbättringar. Ett fungerande mikrosystem är beroende av att kunskap och fakta används på ett klokt sätt som skapar värde för den enskilda patienten samt att samarbetet med andra mikrosystem sker effektivt och med hög kvalitet [10]. Alla som arbetar i mikrosystemen behöver vara engagerade i att både utföra sitt arbete och förbättra det. De olika mikrosystem som patienten ingår i och är beroende av behöver också

samverka så smidigt som möjligt för att möta behovet hos en viss grupp patienter.

Vården utvecklas i mötet med patienten

Mötet mellan patient och läkare, sjuksköterskor och andra medarbetare är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Patienten, de kliniskt verk-samma och den information de gemensamt hanterar utgör mikrosystemet. I Sverige görs varje år fler än 28 miljoner läkarbesök och cirka 36 miljoner besök hos andra personalkategorier inom vården [11]. Det är i dessa kontak-ter som vårdens centrala uppdrag utförs. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som vårdbehov identifieras och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering tas. Förutsättningarna för samspelet mellan vårdgivare och patient påverkas i stor utsträckning av sjukvårdens organisat-ion och olika finansierings- och ersättningsformer. Det främsta syftet med sjukvårdens organisation och utformning bör vara att stödja och underlätta värdeskapande möten och relationer. Vårdens kvalitet är inte ett konstant fenomen utan skapas och återskapas i varje möte mellan patient och vårdare.

Professionernas engagemang avgörande för framgång

Statliga satsningar inom hälso- och sjukvården sker inte direkt från den nationella nivån till klinisk praktik utan via olika region och landstingsöver-gripande insatser och aktiviteter. När det gäller införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) har regionala cancercentrum (RCC) och Statens Kommu-ner och Landsting (SKL) olika ansvar för stöd i införandet. Dessa instanser ska nationellt och regionalt ge stöd till landstingen/regionerna i arbetet med att utveckla systemet med SVF. Regionala cancercentrum i samverkan beslutar, efter samråd med Socialdepartementets expertgrupp, vilka förlopp som ska tas fram för satsningen. De sex regionala cancercentrumen ska stödja, samordna och stimulera arbetet med att införa SVF och bidra till att lärandetillfällen kommer till stånd. Regionala cancercentrum i samverkan har sedan 2015 en nationell arbetsgrupp bestående av regionala projektledare med ett speciellt uppdrag vad gäller erfarenhetsutbyte, samordning och stöd. Den nationella gruppen leds av RCC:s nationella samordnare för SVF och SKL:s projektledare för satsningen. Gruppen tar exempelvis fram underlagen för landstingen och regionerna.

Det finns i allmänhet också en mer eller mindre direkt relation mellan statliga satsningar och vårdprofessionerna. Vårdpersonalen, som i allmänhet har hög kompetens inom sina respektive ämnesområden, har själva möjlighet att förhålla sig till implementeringen och därmed också bedöma dess eventu-ella legitimitet i den egna praktiken. Vilken patient som får respektive inte får ta del av insatserna bestäms i mötet med vårdpersonalen. Om satsningen eller reformen dels möts av chefer med en öppen ansats i sitt engagemang, dels tillskrivs hög grad av legitimitet ökar sannolikheten för tillämpning i praktiken, men om den ifrågasätts kan det motverka införandet [12]. Det tillvägagångssätt och förhållningssätt som är utgångspunkten för att imple-mentera och förankra SVF spelar med andra ord en viktig roll för framgång.

Enkäter till primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor

Många patienter med misstänkt cancer söker sig i första hand till primärvården, särskilt med oklara diffusa symtom. Primärvårdsläkarens roll inkluderar att avgöra om den kliniska bilden ger välgrundad misstanke om cancer och att i så fall utreda och remittera enligt aktuellt SVF i samråd med patienten. Kontaktsjuksköterskans uppdrag innefattar bl.a. att följa upp att patienten förstår vad som sker under utredningen. En del kontaktsjuksköterskor arbetar även som koordinators inom satsningen eller i nära samarbete med dem som är koordinators.

Våren 2016 har Socialstyrelsen genomfört enkätundersökningar riktade till primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor. (För information om datainsamling och analys, se bilaga 1)

Primärvårdsläkarnas erfarenheter

Patienter som söker sig till primärvården har en mängd olika symtom, och det kan vara svårt att avgöra om dessa är tecken på allvarlig sjukdom eller på övergående besvär. Allmänläkarens kunskaper om tidiga symtom för cancer och olika cancerformer är, liksom god samverkan med annan specialistvård, viktiga faktorer för att cancer upptäcks tidigt och handläggs snabbt. Samtidigt behöver endast en mindre del av primärvårdsläkarens patienter utredas för cancer.

Standardiserade vårdförlopp kommer i första hand att medföra aktiviteter och förbättringar i vårdförloppet från att det uppstår en välgrundad misstanke om cancer till att behandling påbörjas. Detta gör utvecklingen och tillgängligheten i primärvården speciellt viktig, liksom de insatser och de förändrade arbetssätt som satsningen genererar i utredningsperioden i både primärvården och annan specialistvård [13].

Kort om enkäten till primärvårdsläkare

- Projektledarna för SVF i landstingen/regionerna ombads skicka enkäten till minst 5–10 primärvårdsläkare (som remitterat patienter till SVF) i respektive landsting eller region.
- Totalt besvarade 298 primärvårdsläkare webbenkäten.
- Primärvårdsläkare från samtliga landsting och regioner finns representerade i svaren.
- Antalet svar från respektive sjukvårdsregion skiljer sig åt med flest svar från sydöstra regionen, Uppsala/Örebro-regionen och norra regionen (143, 81 respektive 27 svar) och färre svar från Stockholm/Gotland-regionen, södra regionen och västra regionen (14, 11 respektive 10 svar).
- Frågorna omfattade satsningens stöd, remissrutiner och andra arbetssätt samt en avslutande del där primärvårdsläkarna med egna ord kunde lämna kommentarer om införandet av SVF.
- Antalet svar för respektive fråga varierade mellan 288 och 298 svar och 129 primärvårdsläkare kommenterade SVF.

De flesta är nöjda med information och stöd

De allra flesta av de tillfrågade primärvårdsläkare som remitterat patienter enligt SVF hade fått information om SVF genom primärvårdsversioner och vårdprogram som tagits fram nationellt eller som fått lokala anpassningar; de flesta hade också fått information via olika möten och utbildningsforum. Ett mindre antal anger att de tagit del av mobilapplikationen *Cancervård* eller av informations- och utbildningsfilmer. En majoritet (60 procent) angav att stödet och informationen varit fullt tillräckligt medan en mindre andel (13 procent) angav att stöd och information varit otillräckligt.

Majoriteten av de fria kommentarerna (antal 67) rör *problem* kring information om och stöd i införandet av SVF. Vanligast är kommentarer som rör osäkerhet om SVF-rutiner och att införandet involverat en ohanterlig mängd information. Flera uttrycker att de inte haft tillräckligt med avsatt tid och att informationen ibland varit förvirrande och otydlig. Informationen om SVF beskrivs också ha varit svår att hitta. Uppfattningar och synpunkter framkommer om att SVF:s införande ställer höga krav på vad primärvården ska göra och att SVF ger upphov till mer administrativt arbete i stället för bättre vård. I nedanstående sammanställning (tabell 6) exemplifieras primärvårdsläkarnas synpunkter om problemen kring information och stöd.

Tabell 6. Exempel på primärvårdsläkarnas uppfattningar om satsningens stöd och information

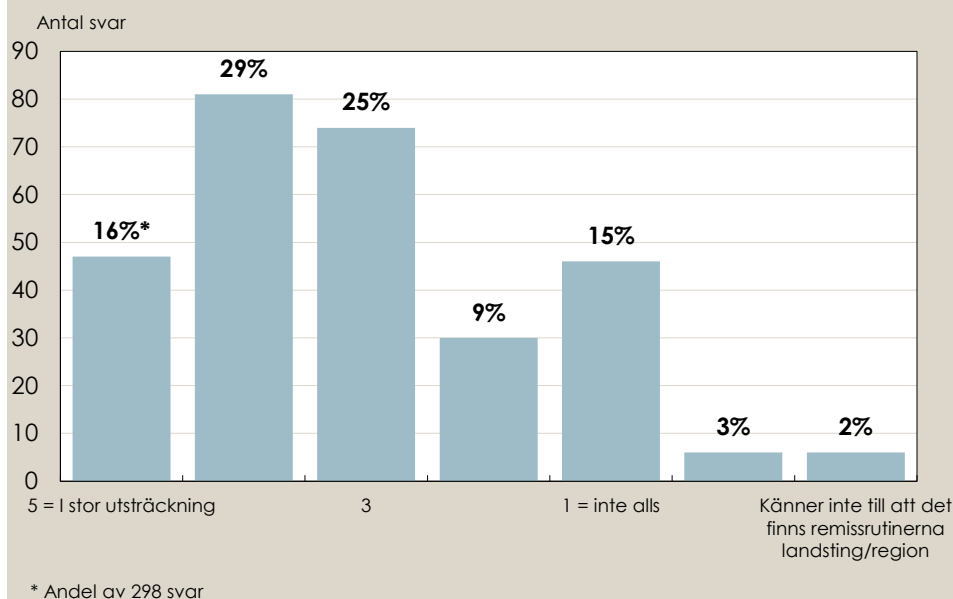
Tema	Kommentarer, exempel
Osäkerhet kring rutiner	Det har varit mycket osäkerhet omkring vem som gör vad, vem som kodar, vem som bestämmer röntgen etc.
Ohanterlig mängd information	Många vårdförlopp att hålla ordning på och svårt att komma ihåg när man skulle göra vad.
Otillräckligt avsatt tid	Utförligheten gör dem dock svåröverskådliga och i vissa fall är det mycket tidskrävande att följa dem.
Förvirrande eller otydlig information	Den information jag har fått har jag själv fått leta. Någon avsatt tid för utbildning eller för att sätta sig in i detta har inte givits.
	Först har en information skickats ut och sedan har diverse kompletteringar/förtydliganden cirkulerat i andra forum.
Höga krav på primärvården i satsningen	Det är otroligt mycket som primärvården ska hantera och klara av i dagsläget.
	I de primärvårdsversioner som jag tagit del av beskrivs en ofta ganska omfattande utredning som ska göras i primärvården. Det som beskrivs är ganska utopiskt, såsom primärvården på många ställen i dag ser ut.
Ökad administrativ börda	Idén om SVF är sorgsam då svensk vård borde klara att hantera uppgiften bättre utan formaliseringen.
	Totalt sett alltså rimligt värdelösa som verktyg då de leder till för hög tidsåtgång, både för primärvården då man vill att vi ska göra mer än vad vi hittills funnit medicinskt meningsfullt.

Nya remissrutiner både underlättar och krånglar till det

I de standardiserade vårdförloppen är remissrutiner en del av satsningen. För primärvården finns information om vad remissen vid utredning av välgrundad misstanke ska innehålla i de primärvårdsversioner som tagits fram för förloppen. Under införandet har landstingen/regionerna tagit fram olika stöd och en del landsting/regioner som haft möjlighet har tagit fram elektroniska remisser via sina system.

Knappt hälften (47 procent) av primärvårdsläkarna anger att remissen för utredning enligt SVF har underlättat arbetet för dem. Se nedanstående figur 4.

Figur 4. Remissen för utredning har underlättat



Totalt 71 primärvårdsläkare lämnade kommentarer om remissrutiner för SVF, dvs. vad remissen vid utredning av SVF vid välgrundad misstanke ska innehålla. Dessa kommentarer innehåller positiva omdömen såväl som problem beträffande standardremisser i förloppen. En del primärvårdsläkare tycker det var för tidigt att bedöma och andra tycker att remitteringen inte skiljde sig från hur det varit tidigare.

Synpunkterna från primärvårdsläkarna illustrerar hur standardremisser för SVF ger vägledning men också hur de uppfattas som alltför komplexa och i vissa fall krävande; se kommentarerna nedan från framför allt primärvårdsläkare från landsting/regioner med elektronisk remiss.

Standardremissen ger tydlig vägledning (kring önskat innehåll)

Bra med tydlig info om kriterier i remissen och viktiga anamnesuppgifter.

Enklare för att man vet vad man ska göra.

Mitt arbete underlättas av att specialistklinikerna nu accepterar företeelsen "välgrundad misstanke".

Standardremiss är alltför komplex och krävande

Remissen är svår att hitta! Informationen skiljer sig åt för varje diagnos och [remissen] kan därför vara svår att diktera. Man tvingas leta upp remissen, skriva den själv för att få med alla tvingande moment! Krångligt, svårarbetat, tidskrävande!

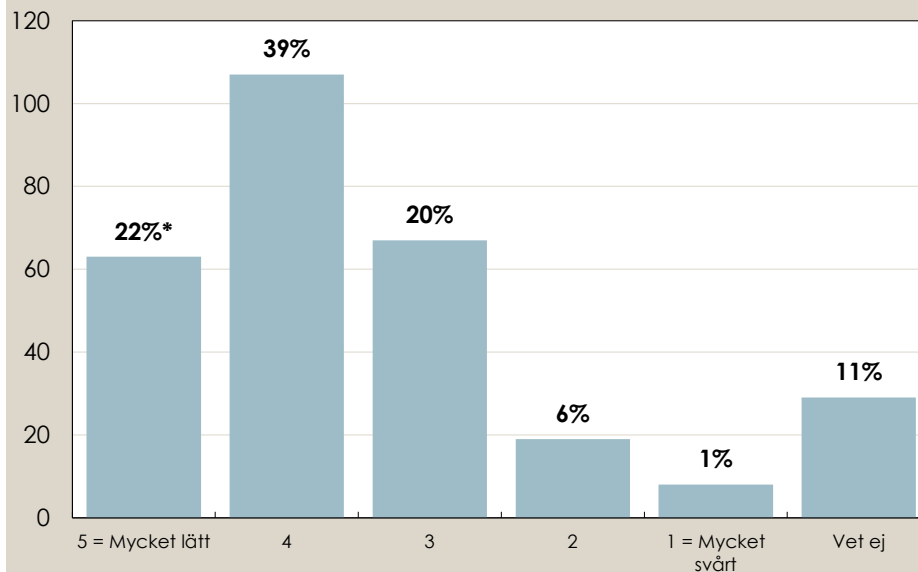
Det är mycket irriterande med remisser bestående av mallar. Det betyder att mallen måste finnas och man måste fylla i den själv, det går inte att diktera.

Ökad trygghet för patienten men kommunikationen kring förloppen kan förbättras

På frågan om hur lätt eller svårt primärvårdsläkarna upplever att det är att beskriva innebörden av utredning enligt SVF för patienten anger en majoritet (61 procent) svarsalternativen "lätt", "ganska lätt" eller "mycket lätt" (se figur 5).

Figur 5. Hur lätt eller svårt upplever du att det är att beskriva innebörden av standardiserat vårdförlopp för patienten?

Antal svar



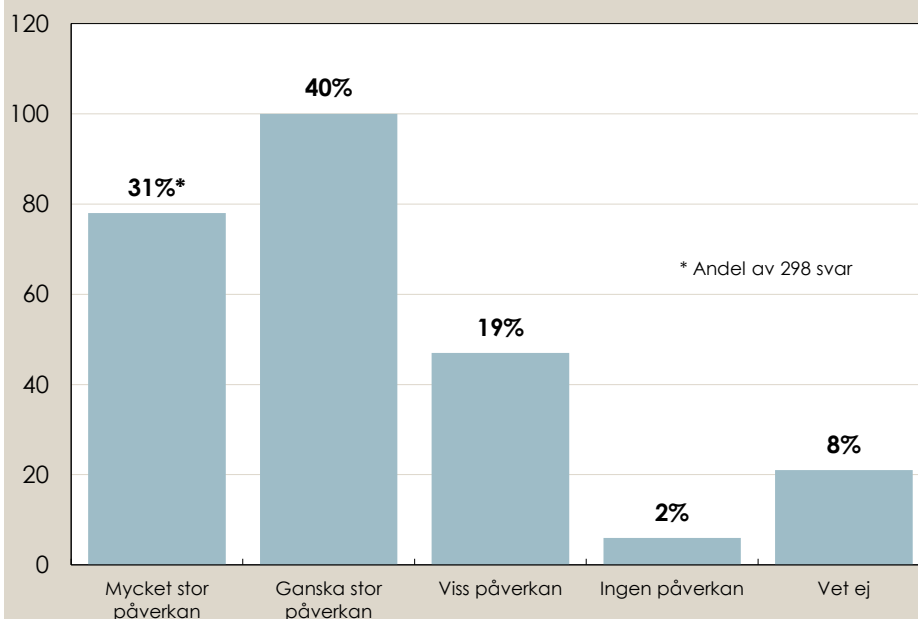
* Andel av 252 svar

Kommentarerna som lämnas vid frågan berör flera delar, där de flesta rör svårigheter med att beskriva innebörden av SVF för patienten. Flertalet kommenterar också att de inte ger någon speciell information om utredningen enligt SVF. En del framhåller att det är självklart med kort handläggningstid vid utredning av misstanke om allvarlig sjukdom.

Några primärvårdsläkare kommenterar att det är svårt att förklara SVF för patienten när man själv är osäker om innebörden. Några anger att det är svårt att ge bra information om SVF och samtidigt fylla i remissen. Andra skriver hur bra det är som primärvårdsläkare att kunna använda remittering enligt SVF och en primärvårdsläkare tillägger: ”Så här snabbt ska sjukvården fungera i alla lägen!”

De allra flesta primärvårdsläkarna (drygt 70 procent) bedömer att ett standardiserat vårdförlopp kan ha mycket eller ganska stor påverkan på patientens trygghetskänsla under utredningstiden (se figur 6).

Figur 6. Hur stor påverkan kan, enligt din bedömning, ett standardiserat vårdförlopp ha på patientens trygghetskänsla under utredningstiden?



De fördelar för patienterna som primärvårdsläkarna beskriver rör minskad ovisshet, förkortad utredningstid och tydlighet kring förväntad tidsåtgång för utredningen. De farhågor som primärvårdsläkarna anger rör hur en snabbare utredning kan skapa stress för patienten med ökad och ofta onödig oro. I följande kommentar synliggörs hur primärvårdsläkarna, utöver muntlig patientinformation, nu också ska hantera den skriftliga patientinformationen, som de tidigare inte har stor erfarenhet av.

Ordet cancer skrämmer, den muntliga informationen fungerar i regel bra men den skriftliga informationen kan bli väl direkt för en relativt oförberedd och ibland intet ont anande patient.

Vissa patienter tycker det är bra med en snabb utredning medan andra blir stressade av att deras symtom tolkas som så pass allvarliga. Några av dessa aspekter speglas i följande kommentarer från primärvårdsläkarna:

Fördelar för patienten

En del känner sig trygga med att vi tar det på allvar, att det går relativt snabbt och att det finns någon som håller ihop utredningen.

Att slippa gå i ovisshet i upp till 8 veckor eller mer från att remissen skickas från primärvården till behandling på operationsbordet exempelvis.

Farhågor om reaktioner hos patienten

De jag hittills kommit i kontakt med har blivit mer stressade av det snabba förfarandet vilket krävt extra insatser trots information.

För en del patienter går det för fort. Alla har inte tänkt att deras symtom kan bero på cancer. De hamnar som i chock.

Samverkan och kontinuitet i cancervården blir bättre

Majoriteten (nästan 74 procent) av primärvårdsläkarna anser att införandet av SVF kan bidra till ökad samverkan och kontinuitet i cancervården medan 10 procent inte tror detta och en knapp femtedel (19 procent) svarat ”vet ej”

Flera av dem som lämnat kommentarer till frågan om samverkan och kontinuitet menar att det är för tidigt att bedöma detta, vilket kan förklara att så pass många primärvårdsläkare svarar ”vet ej”. Andra uttrycker farhågor om ökade volymer och oro för undanträngning av patienter med andra sjukdomar. Några framhåller att SVF:s effekter på samverkan kan skilja sig åt mellan en storstad och mindre orter med ett lokalt sjukhus. Breda och för vida ingångskriterier för SVF är en annan farhåga som framförs och att detta kan bli ett uttalat problem för de utredande klinikerna.

Samtidigt beskriver flera primärvårdsläkare att SVF är lovande, eftersom det förbättrar möjligheten för patienter att få snabb utredning och behandling. Man menar att detta på sikt kan stärka förtroendet för sjukvården,

Primärvårdsläkarnas engagemang avspeglar sig i många kommentarer

Socialstyrelsen ställde i frågeformuläret en avslutande öppen fråga: ”Övriga kommentarer från mig som primärvårdsläkare om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården?” Svaren gav, vilket tidigare redovisats under andra rubriker, kommentarer om de positiva aspekterna av SVF men det framkom även vissa farhågor i beskrivningarna. De positiva sidorna och farhågorna kan på ett övergripande plan illustreras i följande översikt:

Standardiserade vårdförlopp är en väg framåt

Detta är en bra väg framåt! Med lite tid kommer vi i primärvården att uppleva att vi inte behöver oroa oss över att patienter ska hamna mellan stolar eller behöva vänta för länge utan nu rullar utredningen på.

Känns tryggt att veta att patienten kommer att bli snabbt omhändertagen och bra att jag kan förmedla detta till patienten.

Det stora antalet patienter inom SVF riskerar att tränga undan andra grupper

... det är en alltför stor grupp patienter som uppfyller kriterierna för standardiserade vårdförlopp. Av alla dessa som uppfyller så är det inte rimligt att remittera alla.

Jag kan även se nackdelen att mycket klassar in, även sådant utan större cancermisstanke [som] då prioriteras före andra patienter som kanske också har det mycket besvärligt även om det just inte är cancermisstanke för dem.

Andra kommentarer tar upp oklarheter och oenigheter kring rollfördelningen vid införandet av SVF. Några påpekar att SVF medför utvidgade uppgifter för primärvården med ökad belastning vilket man upplever som problematiskt, särskilt om det finns otillräckligt med resurser.

Flera primärvårdsläkare exemplifierar hur svårt det är att få in rutinerna för SVF i verksamhetens vardag och varnar för en ökad administrativ börda i primärvården. En annan farhåga som anges är att arbetsglädjen i allmänläka-

rens vardag kan minska med för mycket mallar och detaljanvisningar om hur de ska agera i alla lägen.

Flera av ovanstående reflektioner och kommentarer kan reflekteras mot primärvårdens resurser och vardag.

Kontaktsjuksköterskans erfarenheter

Att patienter ska få en kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbesked har nått framgång, bl.a. för att frågan prioriterats under många år [5, 14]. Som tidigare angetts i kapitel 2 har flera landsting/regioner gett koordinatorsuppgiften till just kontaktsjuksköterskan.

Kontaktsjuksköterskorna i den här uppföljningen arbetar också inom vissa förlopp som koordinators för SVF, men det framkommer inga skillnader mellan svaren i de olika grupperna. I följande tabell (tabell 7) visas antalet kontaktsjuksköterskor som bevarat enkäten samt antalet som också har uppdrag som koordinator per sjukvårdsregion.

Tabell 7. Antal kontaktsjuksköterskor samt antal kontaktsjuksköterskor med samtidigt uppdrag som koordinator, per sjukvårdsregion

Sjukvårdsregion	Kontaktsjuk-sköterska	Kontaktsjuksköterska och koordinator
Norra	62	30
Uppsala/Örebro	128	43
Stockholm/Gotland	60	17
Sydöstra	95	28
Västra	55	23
Södra	92	18

Kort om enkäten till kontaktsköterskor

- Totalt 512 kontaktsjuksköterskor (av drygt 650) besvarade webbenkäten.
- Totalt 180 av kontaktsjuksköterskorna hade samtidigt uppdrag att vara koordinator.
- Samtliga kontaktsjuksköterskor arbetade inom de standardiserade vårdförlopp som har införts 2015/2016.
- Frågorna besvarades på en femgradig skattningsskala genom val mellan fem svarsalternativ med möjlighet till att lämna kommentarer vid respektive fråga. Frågorna gällde bl.a. satsningens samverkan, patientens möjligheter till delaktighet och hur informationen om standardiserade vårdförlopp uppfattas och förstås av patienten.
- Antal svar för respektive fråga varierade mellan 510 och 512 svar och 452 kontaktsjuksköterskor valde att lämna kommentarer vad gäller utmaningar, möjligheter och hinder för införandet.

Snabb utredning positivt för patienten och närståendes trygghet

Merparten av kontaktsjuksköterskorna bedömer att SVF kan ha en mycket stor (29 procent), eller ganska stor (41 procent) påverkan på patientens känsla av trygghet under utredningstiden. Kontaktsjuksköterskorna får, enligt kommentarerna, på olika sätt uppskattning från patienterna om att vården är organiserad och genomtänkt.

Kontaktsjuksköterskorna bedömer också att SVF kan bidra till trygghet även för patientens närstående under utredningstiden. Svaren om närståendes trygghet tack vare SVF fördelar sig ungefär på samma sätt som svaren om patienternas trygghet. Kontaktsjuksköterskorna kommenterar dock att det är svårt att avgöra hur trygga de närstående känner sig, eftersom deras uppdrag framför allt omfattar patientens behov.

Patientens förståelse av stegen i utredningen

Vid alla utredningsförlopp, oavsett om de är standardiserade eller inte, ska patienten informeras för att den ska veta vad som ska göras och varför. Här har såväl koordinatoren som kontaktsjuksköterskan en viktig funktion att fylla genom att kommunicera med patienten.

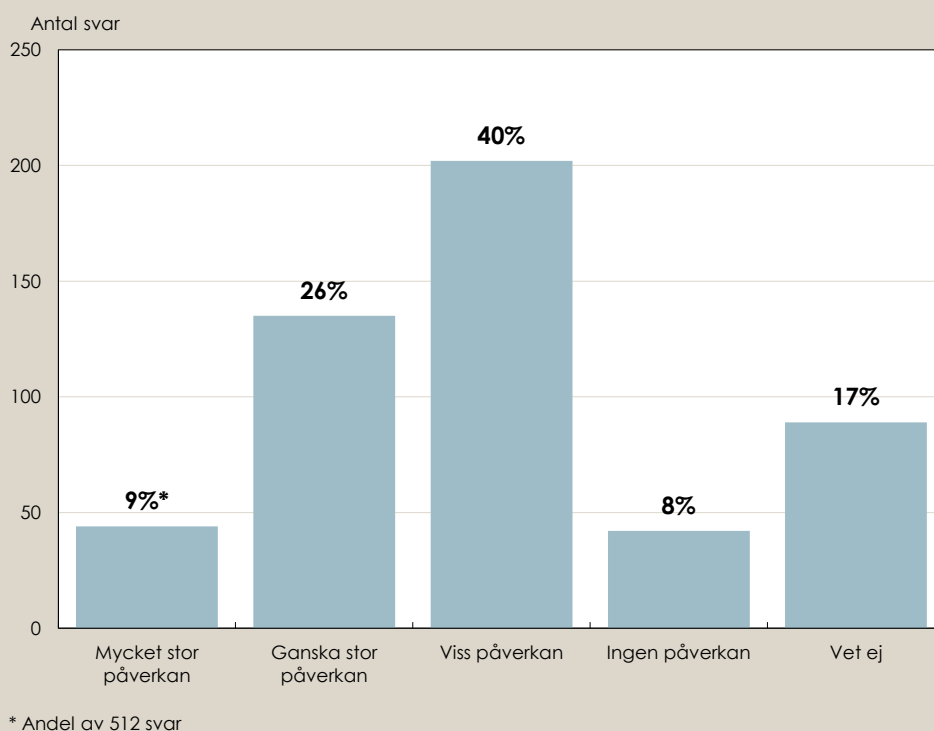
När det gäller att muntligen beskriva SVF för patienten anger knappt hälften av kontaktsjuksköterskorna att det är mycket lätt (13 procent) eller ganska lätt (32 procent) att informera. En fjärdedel (26 procent) anger dock ”vet ej”.

Nationellt finns sedan det första införandeåret (2015) patientinformation för samtliga SVF, men endast ett mindre andel (knappt 10 procent) av kontaktsjuksköterskorna anger att den skriftliga patientinformationen som hör till SVF påverkar patienternas kunskap om stegen i utredningen i ”mycket stor utsträckning”. Beträffande patientinformationen anger 77 av 511 kontaktsjuksköterskor att de inte känner till patientinformationen för satsningen.

Patientens delaktighet kan öka

Ett av målen med SVF-satsningen är att patienten ska känna större delaktighet i den egna vården. Trettiofem procent av kontaktsjuksköterskorna bedömer att införandet av SVF har mycket stor eller ganska stor påverkan när det gäller att stärka patientens möjligheter till delaktighet i den egna vården, och 40 procent av kontaktsjuksköterskorna menar att SVF har viss påverkan på patientens delaktighet (figur 7).

Figur 7. Hur stor påverkan har, enligt din bedömning, införandet av standardiserat världsförlopp för att stärka patientens möjligheter till



Nästan 42 procent av kontaktsjuksköterskorna anger att införandet av SVF kan bidra till ökad samverkan och kontinuitet i cancervården medan 29 procent svarar ”vet ej”.

Satsningen kan bidra till förbättringar inom flera områden

Kontaktsjuksköterskorna deltar vid multidisciplinära konferenser (MDK), och många av kontaktsjuksköterskorna i enkätundersökningen deltar ofta (56 procent) i MDK medan 25 procent anger att de inte deltar alls.

Satsningen syftar till att främja att samtliga patienter har en skriftlig vårdplan, och 34 procent av kontaktsjuksköterskorna bedömer att införandet av SVF kan ha mycket stor eller ganska stor påverkan på detta medan 18 procent bedömer att SVF inte har någon påverkan alls på huruvida patienten får en vårdplan eller inte. Kontaktsjuksköterskorna uppger vidare att samtliga patienter (30 procent) eller de flesta patienter (23 procent) som de är kontaktsjuksköterska för får en skriftlig vårdplan i dag, medan 30 procent uppger att patienterna inte får någon vårdplan.

En aktiv överlämning innebär en skriftlig och muntlig överlämning eller rapportering av patienter mellan enheter, förvaltningar och lands-ting/regioner, och införandet av SVF bidrar till utvecklade arbetssätt vid överlämningar. Majoriteten (64 procent) av kontaktsjuksköterskorna i enkätstudien uppger att de ofta eller ibland arbetar med aktiva överlämningar.

Tiden med patienten vägs mot tiden för logistiken

Åsikten om huruvida införandet av SVF underlättat arbetet som kontaktsjuksköterska varierar. En fjärdedel (26 procent) svarar ”inte alls” och 36 procent anger ”vet ej”. Endast 5 procent bedömer att deras arbete som kontaktsjuksköterska påverkas ”i stor utsträckning”. Kommenterarna som följer på frågan tyder på att det är för svårt och för tidigt att bedöma.

Några kontaktsjuksköterskor skriver att arbetet ”flyter på som tidigare” medan andra kommenterar att arbetsinnehållet för kontaktsjuksköterskan har påverkats och att SVF på sikt kan underlätta arbetet. Även om arbetet med logistik är en del av det patientstödjade arbetet, och förbokade tider inte är något nytt, får kontaktsjuksköterskor nu i vissa fall axla hela koordinatorsuppgiften i förloppen.

Även om de flesta (65 procent) av kontaktsjuksköterskorna uppger att de inte har uppdrag som koordinator för SVF vittnar många kommentarer om svårigheter för dem som ska kombinera rollen som koordinator med rollen som kontaktsjuksköterska. Brist på medarbetare med rätt kompetens och brist på tider för patientmöten gör därtill förloppen svårarbetade. Några uttrycker oro för att det patientstödande arbetet kan påverkas negativt i och med att det läggs mycket tid på logistiken och inte på patienten.

Patienten, logistiken och resurserna utmanar

Kontaktsjuksköterskorna ombads avslutningsvis att särskilt kommentera utmaningar, möjligheter och hinder för införandet utifrån sitt perspektiv från 2016 och framåt. Följande kommentarer rör patienternas situation.

Även om det går väldigt fort i förloppet så har jag upplevt att patienten ändå tycker det är ok så länge de får löpande information och vet vart de skall vända sig som t.ex. till kontaktsköterskan.

Etiska dilemman då andra patienter som inte är SVF också behöver snabba tider. Möjligheter är att när patienterna verkligen får en snabb utredning ger [det] dem bättre chans att må bättre både fysiskt och psykiskt.

Följande kommentarer rör logistiken och resurserna.

En stor utmaning är att få snara besöks-/undersökningstider då det redan innan är kö inom vissa verksamheter.

Vi står för utmaningen att hålla ledtider i detta snabba vårdförlopp. Logistik för att få kontakter mellan primärvård och specialistvård är ”stenålder”. Finns inget system annat än telefon eller fax oss emellan, vilket tar tid.

Utmaningar är att det finns tillräckligt med tider för undersökningar och läkartider.

Sammanfattande reflektioner

Både läkare i primärvården och kontaktsjuksköterskor i cancervården ser stora fördelar med införandet av SVF i cancervården. Samtidigt finns en stor bredd av uppfattningar om satsningen. Det finns stora kontraster – från kommentarer som lyfter fram stora fördelar med SVF till mer kritiska uttalanden om att SVF är mer byråkratiskt och tidskrävande än hjälpsamt. En förklaring till dessa kontraster kan vara att läkarna och kontaktsjuksköterskorna har upplevt olika varianter av SVF, t.ex. i olika delar av landet där man kommit olika långt och där det fungerat olika bra.

Andra orsaker till de kontrastfyllda kommentarerna kan gälla bemanning samt situation och delaktighet före införandet och information om SVF vad gäller utredningsrutiner och remittering av patienter med misstänkt cancer.

Flera av svaren uttrycker farhågor av olika slag, vilka kan vara värda att uppmärksamma i det fortsatta SVF-arbetet. Många påpekar att den tydliga signalen att utredningen föranleds av en välgrundad cancermisstanke kan skapa onödig oro hos patient och närstående. Eftersom många som utreds inte har cancer kan själva språkbruket skapa onödig oro.

Bland primärvårdsläkarna finns också kontraster i uppfattningarna som speglar skillnader i synen på den egna yrkesrollen. Några menar att SVF medför alltför många arbetsuppgifter för primärvårdsläkarna medan andra i stället uttrycker farhågor över att gå miste om inslag i arbetet som man uppskattar.

Återigen kan dessa skillnader hänga samman med skillnader i hur sjukvården, och då särskilt primärvården, fungerar i olika delar av landet. På sina håll finns bemanningsproblem, vilket kan medföra begränsad kontinuitet bland primärvårdsläkare och kanske en större andel hyrläkare och stafettläkare eller oerfarna läkare.

Såväl primärvårdsläkare som kontaktsjuksköterskor uttrycker att arbetet med SVF till viss del förändrat deras arbetsbörda. Samtidigt efterlyser många ökade resurser för att matcha den initialt utökade arbetsbördan.

Det är inte givet att arbete enligt SVF ska medföra en ökad arbetsbörda – i varje fall inte för vården som helhet. Däremot kan fördelningen av arbetsmoment ändras, så att vissa aktörer förväntas göra mer eller andra saker än tidigare. Rätt genomförda utredningar av välgrundade misstankar om cancer, enligt överenskomna rutiner, bör snarare minska den totala arbetsinsatsen jämfört med ett fragmentiserat system utan tydliga rutiner.

Sedan införandet i Danmark har stödet till allmänläkaren utvidgats bland annat när det gäller diagnostik. Inte minst har tillgången till utbildning ökat [15-17].

4. Leder standardiserade vårdförlopp till undanträngning?

Sammanfattat

- Risk för undanträngning av vård till följd av satsningen på standardiserade vårdförlopp finns tydligast inom olika diagnostiska verksamheter, men kan uppstå inom flera områden på olika nivåer.
- Begreppet undanträngning saknar en enhetlig och allmänt känd definition, vilket gör att olika aktörer gör olika tolkningar.
- Det finns en stor medvetenhet inom verksamheterna om att undanträngningar ska förebyggas.
- Personal som verkar nära patienterna förefaller i högre grad se risker för undanträngning, jämfört med t.ex. sjukhuschefer och hälso- och sjukvårdsdirektörer.
- Genom att kontinuerligt beakta och vidta åtgärder för att minska och förebygga riskerna begränsas de negativa konsekvenser av införandet av standardiserade vårdförlopp.
- Koordinatorerna, som är en strategisk del av satsningen, bedöms vara särskilt viktiga när det gäller att observera och förhindra risker med undanträngning, och det är angeläget att detta ansvar tydliggörs.
- Undanträngningar är relaterade till prioriteringar och det är viktigt att den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården finns med som ett rättesnöre vid fördelning av resurser kontinuerligt under satsningens gång.

När särskilda satsningar inom hälso- och sjukvården genomförs är det viktigt att beakta om detta riskerar leda till undanträngning av annan hälso- och sjukvård. I det här avsnittet diskuteras och analyseras därför om införandet av SVF riskerar att leda till undanträngning. Först analyseras begreppet undanträngning. Därefter diskuteras potentiella undanträngningar på olika nivåer i relation till införandet av SVF. Detta följs sedan upp med de uppgifter om risk för undanträngning som framkommit från handlingsplaner, möten, enkäter och intervjuer. Slutligen diskuteras åtgärder för att begränsa undanträngningar.

Undanträngning är relaterat till prioriteringar

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av *undanträngning* inom hälso- och sjukvården. Ibland används ordet undanträngning när någon patientgrupp får vänta eller avstå från vård till följd av någon annans behandling, men vid

andra tillfällen relaterar ordet undanträngning även till patientgruppernas behov.

I regeringens proposition som ligger till grund för införandet av vårdgarantin som en del av hälso- och sjukvårdslagen, definieras undanträngning enligt följande:

Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (det vill säga ett större medicinskt behov). (Ref prop. 2009/10:67 sid. 40)

I denna proposition är det därmed tydligt att undanträngning måste relateras till någon form av medvetna prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys skriver i uppföljning av den nationella vårdgarantin (s 87) att ”Undanträngning innebär att medicinska prioriteringar sätts åt sidan” [13], vilket också visar på relationen mellan undanträngning och prioriteringar. I Socialstyrelsens analys av undanträngning avseende vårdgarantin användes en något modifierad definition av undanträngning som löd [18]:

När patienter med lägre prioritet (mindre medicinskt behov) får vård före patienter som har högre prioritet (större medicinskt behov) inträffar undanträngning (sid. 38).

Definitionerna ovan var alla relaterade till vårdgarantin, men de är användbara även för analys av risker för undanträngning vid införandet av SVF. De leder till att mer begränsad omfattning av undanträngning uppkommer jämfört med de som menar att undanträngning uppkommer så fort någon får vänta till följd av någon annans behandling. Enligt definitionerna ovan är det endast fråga om undanträngning ifall patienter med högre prioritet får stå tillbaka för patienter med lägre prioritet. Eftersom cancerpatienter ofta bedöms ha en hög prioritet leder det till att det inte räknas som undanträngning om satsningen på SVF leder till att andra (lägre prioriterade) patienter får vänta längre. Däremot kan det innebära undanträngning om exempelvis en äldre patient som har flera sjukdomar samtidigt (samsjuklighet) med hög prioritet får vänta på utredning till följd av att patienter inom SVF per automatik ges förtur.

För en analys av risker för undanträngning till följd av införandet av SVF är det därför viktigt att detta relateras till hur prioriteringar bör genomföras och hur de i praktiken genomförs inom hälso- och sjukvården.

Den etiska plattformen är vägledande för prioriteringar

År 1992 initierade regeringen en utredning avseende prioriteringar inom hälso- och sjukvården, där etiska principer för sådana prioriteringar diskuterades. I betänkandet som följde föreslogs att prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård skulle vägledas av en etisk plattform med tre principer:

- Människovärdesprincipen
- Behovs-solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

Människovärdesprincipen är den övergripande etiska principen i plattformen och anger vad som inte får avgöra prioriteringar av vård, såsom personliga egenskaper och funktioner i samhället. *Behovs-solidaritetsprincipen* innebär att om prioriteringar måste ske mellan olika effektiva åtgärder ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste tillstånden och de med den sämsta livskvaliteten. *Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas.

Betänkandet ledde till en proposition som föreslog ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen med innebörden att vården ska fördelas efter behov samt utövas med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet, något som riksdagen beslutade om 1997. Det är sedan dess dessa arbeten och skrivningar som utgör grunden för hur prioriteringar inom hälso- och sjukvården i Sverige bör ta sin utgångspunkt. Som konstaterat behövs även en analys av risk för undanträngning förhålla sig till denna grund.

Idag finns nästan 20 års erfarenhet av praktiska prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård baserad på prioriteringsutredningen, den efterföljande propositionen och lagändringen. I stort sett har den etiska plattformen visat sig fungera väl som vägledning i verksamheterna inom hälso- och sjukvården, men det finns även en hel del tolknings- och tillämpningssvårigheter [19]. För att stödja en konkret tillämpning av plattformen har en Nationell modell för öppna prioriteringar tagits fram på initiativ av Socialstyrelsen i samverkan med myndigheter, förbund, landsting/regioner och Prioriteringscentrum [20, 21]. I den Nationella modellen har principerna i den etiska plattformen samt dess komponenter ställts upp i enlighet med figur 8 nedan.

Figur 8. Schematisk beskrivning av etiska principer och centrala komponenter i den nationella prioriteringsmodellen



Prioriteringar inom hälso- och sjukvården kan delas upp på flera olika sätt, exempelvis mellan geografiska områden, sjukdomsgrupper eller behandlingsformer. En vanlig uppdelning är mellan vertikala respektive horisontella prioriteringar:

- Vertikala prioriteringar handlar om prioriteringar inom ett avgränsat sjukdomsområde mellan insatser för patienter med likartade tillstånd.

- Horisontella prioriteringar handlar om fördelning mellan olika sjukdomsområden.

Förenklat brukar politiken anses ansvara för de horisontella prioriteringarna, medan vårdprofessionerna gör de vertikala prioriteringarna. För båda typerna av prioriteringar krävs samsyn och dialog mellan vårdprofessionerna och politiker. Det är viktigt att slå fast att oavsett på vilken nivå prioriteringarna sker så är det alltid samma etiska principer som ska styra dem.

Vad innebär undanträngning?

Relaterat till den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården går det att konstatera att definitionerna av undanträngning ovan är relaterade till prioriteringar, men också att *medicinskt behov* verkar väga tyngre än de andra etiska principerna för prioritering eftersom detta är uttalat. *Människovärdesprincipen* och *kostnadseffektivitetsprincipen* blir outtalade och riskerar att ges lägre vikt. Eftersom människovärdesprincipen inte aktivt används för prioritering utan istället sätter gränser för hur man inte får prioritera, är det främst kostnadseffektivitetsprincipen som lätt förbises med tidigare nämnda definitioner av undanträngning. Om en behandling införs som har mycket hög kostnad och inte bedöms vara kostnadseffektiv kan det leda till att resurserna inte räcker åt andra, högre prioriterade, alternativ och därmed leda till undanträngning. Dessutom är medicinskt behov ett snävare begrepp än vad som avses i *behovs-solidaritetsprincipen* i den etiska plattformen, på så sätt att medicinskt behov inte täcker bredden av det som i plattformen menas med behov.

Ytterligare en aspekt att diskutera i definitionerna av undanträngning ovan är att de inkluderar termen patienter medan Nationella modellen för öppna prioriteringar istället använder kombinationen av tillstånd och åtgärd som prioriteringsobjekt. Enligt Nationella modellen är det alltså inte patienter i sig som prioriteras, utan olika åtgärder givet olika hälsotillstånd. Därmed borde man inte prata om cancerpatienter som grupp i fråga om prioriteringar och risk för undanträngning, utan det borde vara patienternas tillstånd i relation till potentiella åtgärders effekt och kostnad som styr prioriteringarna.

I analysen av risk för undanträngning till följd av införandet av SVF i den här rapporten används i princip den definition av undanträngning som fastställdes i regeringens proposition som beskrevs tidigare:

Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet.

Undanträngning kan finnas på olika nivåer

Undanträngning kan uppstå av flera olika skäl samt på flera olika nivåer. I myndigheten för Vård- och omsorgsanalys rapport *Varierande väntan på vård* [13] diskuteras undanträngning utifrån tre huvudgrupper: a) undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan; b) undanträngning inom samma väntelista; och c) undanträngning mellan vård- och specialistområden. Denna indelning (något modifierad) är relevant även för analys av införandet av SVF i cancervården (Se figur 8).

Det är rimligt att tänka sig att undanträngning i den första gruppen, av andra delar inom vårdförloppet, kan uppkomma till följd av införandet av SVF, då SVF endast täcker en del av vårdförloppet. Vad som händer innan välgrundad misstanke om cancer fastställs, såväl som efter start av behandling, ingår inte i SVF, och därmed skulle dessa delar kunna ges mindre resurser och sämre kapacitet som en konsekvens av satsningar på den del av vårdförloppet som SVF inkluderar. Även eventuella återfall skulle kunna få sämre tillgång till adekvata insatser av den här anledningen.

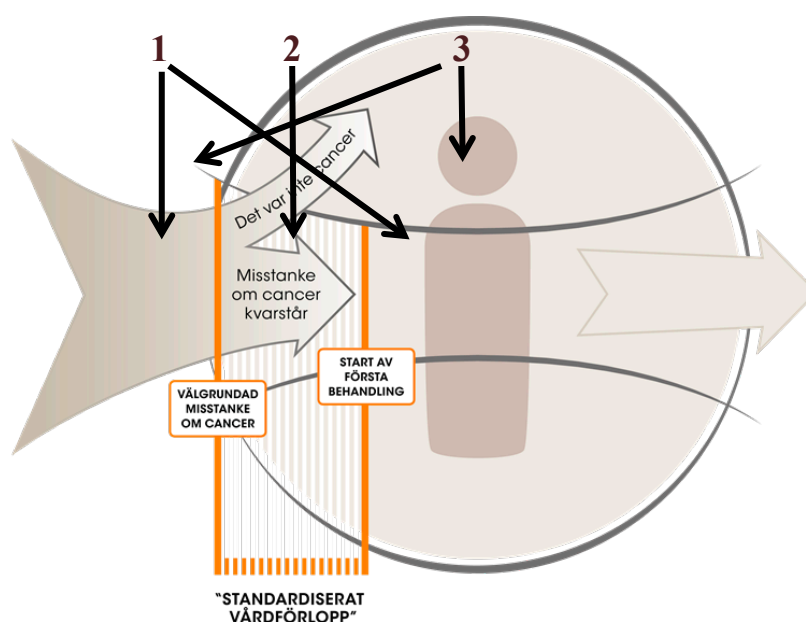
För den andra gruppen, de inom samma patientgrupp samt de som inte passar in/klarar av/vill följa SVF, finns också risk för undanträngning till följd av införandet av SVF. Det kan då handla om att SVF-patienter som närmar sig de uppsatta tidsgränserna i SVF prioriteras före de som har mer tid kvar till tidsgränserna, även om de senare borde prioriteras högre. I den här gruppen ingår också de som av olika anledningar inte ingår i SVF (självalt eller inte passar in), och som därmed riskerar undanträngning. Om de som ingår i SVF ges förtur utan att detta stämmer överens med beslutad prioriteringsordning medför det undanträngning. Det skulle exempelvis kunna handla om multisjuka äldre. Även individundanträngning skulle kunna uppstå som risk inom den här gruppen, ifall resursstarka patienter genom övertalning och ihärdighet prioriteras högre på någon annans bekostnad.

I följande figur (figur 9) förtydligas undanträngning utifrån de huvudgrupper som kan uppstå vid införandet av SVF.

Figur 9. Illustration över SVF relaterat till de olika huvudtyperna av undanträngning som riskerar uppstå vid införande av SVF

Olika typer av undanträngning som riskerar uppstå vid införande av SVF:

1. Undanträngning av andra delar inom vårdförloppet
2. Undanträngning inom samma patientgrupp samt de som inte passar in/klarar av/vill följa SVF
3. Undanträngning av annan vård, både vertikalt och horisontellt



För den tredje gruppen, undanträngning av annan vård (både vertikalt och horisontellt), finns risk att undanträngning uppstår när satsningar och ansträngningar avseende SVF medför att resurser begränsas till andra områden, utan att detta skett efter medvetna prioriteringar. Det kan också handla om patienter med andra sjukdomar än cancer, som är beroende av samma diagnostik och behandlingar, får stå tillbaka p.g.a. införandet av SVF. Om detta går emot uppgjorda prioriteringsordningar leder det till undanträngning. Ett exempel på en sådan farhåga som diskuterats är att satsningen på SVF riskerar tränga undan behandling av inflammatoriska tarmsjukdomar.¹⁰ Ett annat exempel är om definitionen för välgrundad misstanke om cancer görs bred så att antalet utredningar om cancer ökar, så riskerar dessa extra utredningar att tränga bort annan angelägen vård. Även om dessa extra utredningar är medicinskt motiverade, är det inte givet att de följer principerna för prioriteringar.

¹⁰ Dagens medicin NO 43-44, 26 oktober, 2016 – Tema cancer.

Risk för undanträngning vid SVF bedöms olika

Nedan följer en sammanställning av de risker för undanträngning vid införande av SVF som framkommit från handlingsplaner, möten, enkäter och intervjuer.

Definition av undanträngning är otydlig eller okänd

Nästan alla källor och underlag för analysen påvisar (direkt eller indirekt) att en tydlig definition av undanträngning saknas eller är okänd. Därmed riskerar många missförstånd att uppstå och olika uppgifter går inte att jämföra med varandra. Flera av de risker för undanträngning som framkommer förefaller inte uppfylla definitionen för undanträngning som vi kommit fram till i den här genomgången; dvs. det rör inte tillstånd med högre prioritet än för de aktuella patienterna. Det är därför av stor vikt att en tydlig definition används varenda gång risk för undanträngning övervägs.

Företrädare nära patienter uttrycker större farhågor för undanträngning

Det visade sig att risken för undanträngning vid införande av SVF bedömdes högre ju närmare patienterna den intervjuade arbetade. De som dagligen hade direkt kontakt med patienter såg stora utmaningar och risker för undanträngning, medan representanter för ledning såsom hälso- och sjukvårdsdirektörer främst såg fördelar med det nya arbetssättet och endast liten (eller ingen) risk för undanträngning.

Med ett stort antal standardiserade vårdförlopp blir det svårt att upprätthålla vården. Det finns andra viktiga sjukdomar som inte är cancer, de trängs undan. (Primärvårdsläkare)

Ser inga nackdelar med SVF, och det borde heller inte bli några undanträngningar. Snarare positivt, exempelvis blir primärvården avlastad. (Hälso- och sjukvårdsdirektör)

Till viss del kan denna skillnad antagligen kopplas till den oklara definitionen av undanträngning då de på ledningsnivå starkare betonade risken för undanträngning i relation till prioriteringar inom hälso- och sjukvården än vad de flesta företrädare nära patienter gjorde.

Diagnostik bedöms vara en flaskhals

Huvudskälet till att undanträngningar riskerar att uppstå uppges vara till följd av kapacitetsbrister, främst inom patologi och bild- och funktionsmedicin. Detta är aspekter som återkommer generellt i alla underlag, och det riskerar att leda till undanträngning av såväl åtgärder inom andra delar inom vårdförloppet för SVF-patienter som undanträngning av annan vård för helt andra patientgrupper som är beroende av samma undersökningar och diagnostik. Vid intervjuerna påpekas också att dessa utmaningar bedöms vara påverk-

bara. Ytterligare en aspekt som ofta lyftes fram som en flaskhals var operationer.

Har stora undanträngningseffekter. Patienter med misstanke om recidiv eller svåra benigna sjukdomar får stå tillbaka, längre tid för dessa grupper att vänta på sina undersökningar och operationstider. (Kontaktsjuk-sköterska)

Exempelvis kan operationsverksamhet ses som en trång resurs, men det har man löst genom att i de flesta fall klara alla operationer inom en dag vilket avlastar sjukvården i stort. (Hälso- och sjukvårdsdirektör)

Organisatoriska utmaningar

SVF borde i sig inte leda till att fler patienter utreds, men beroende på hur kriterierna för välgrundad misstanke om cancer beskrivs är det möjligt att andelen patienter som utreds, men inte visar sig ha cancer, ändå ökar. Den förändring i arbetssätt som SVF medför kan under en period leda till att onödiga undersökningar sker. Detta har under året exempelvis konstaterats för cancer i urinblåsa och urinvägar där omotiverat många CT undersökningar genomförs. För att klara SVF vid alla tider kommer en viss överkapacitet att krävas. Exempelvis förbokas tider för undersökning och operation för att möjliggöra de snabba förloppen som SVF kräver, och det kommer antagligen att kräva en del erfarenhet, forskning och utveckling, innan dessa används på ett så effektivt sätt som möjligt. Så länge tiderna fylls sker ingen undanträngning men om tider inte används uppstår undanträngning. Uppgifter har framkommit att SVF ibland används ”för säkerhets skull”, vilket riskerar leda till undanträngning. En av de övergripande risker som nämnts är att förloppens införande skulle kunna tränga undan andra grupper av patienter som har flera sjukdomar och att patienter med risk för återfall oavsiktligt skulle få vänta längre.

Processen känns inte helt genomtänkt – de förstår inte logistiken med vardagliga arbetet. Organisatoriska aspekter är viktiga. (Verksamhetschef, onkologisk klinik)

Införandet av satsningen går fort

Några av de intervjuade har pekat på utmaningar till följd av att införandet av SVF ska genomföras relativt hastigt och samtidigt utgår från ett optimalt omhändertagande, vilket ställer höga krav på alla inblandade. Detta sägs främst innebära risker för mindre landsting/regioner.

Om införandet inte sker under kontrollerade former kan det i sig öka risken för undanträngning och ineffektivt utnyttjande av resurser. Dessa utmaningar är än så länge endast en farhåga då det inte finns några bekräftade exempel på undanträngning.

Införandeprocessen går alldeles för fort för att man skall uppleva arbetet som riktigt seriöst. Blir alldeles för många SVF på för kort tid för att implementeringen skall lyckas. Stor risk att ett bra initiativ kommer att haverera pga. detta. (Primärvårdsläkare)

Vi har upplevt att införandet av SVF inte alltid är positivt. I flera fall har det gått FÖR fort. Patienten kommer uppskrämd. Hon/han har sökt för något och kommer snabbt till oss och då ska det göras CT benmärg mm direkt helst efter bara någon dag. (Kontaktsjuksköterska)

Nu när 13 vårdförlopp startat kan det bli lite ångestfyllt när det blir stora volymer men det måste vi klara. (Hälso- och sjukvårdsdirektör)

Många farhågor har inte realiserats

I samtliga underlag framkommer farhågor om undanträngning till följd av SVF, men ingen av dessa har hittills gått att belägga. Många landsting och regioner avser att följa olika väntetider för att bedöma om undanträngning uppstår, men efterlyser också gemensamma riktlinjer så att det kan ske på ett enhetligt sätt.

Vid intervjuerna framkom också att de flesta anser att de farhågor som lyfts i handlingsplanerna hittills inte har realiserats. Det framhölls också att det idag finns begränsad kunskap vilken undanträngning som sker före införandet av SVF.

Inga konkreta exempel på undanträngningar, mest farhågor som inte verkar besannas. (Sjukhuschef)

Nästan alla underlag och intervjuer till den här analysen påpekar att SVF är en bra satsning och att den borde leda till effektivare vård, men att alla parter samtidigt bör vara medvetna om risker och begränsa eventuell undanträngning. Flera personer säger dessutom att de inte tror undanträngningseffekter kommer att uppstå då SVF inte leder till ökad behandling utan till effektivare arbetssätt. Koordinatorerna, som är en del i införandet av SVF, anses vara den viktigaste garanten för att förhindra undanträngningar.

Det är mycket efterlängtat att det är utsikt till drastisk förkortade väntetider. (Primärvårdsläkare)

Åtgärder görs för att förhindra undanträngningar

Det faktum att risken för undanträngningar till följd av SVF har varit uppmärksammat sedan SVF initierades har skapat goda förutsättningar att begränsa risken för undanträngningar. Det finns en stor medvetenhet att satsa på arbetssätt och metoder som kartlägger och förhindrar undanträngning. Det finns idag flera exempel på hur verksamheter själva identifierar och vidtar åtgärder för effektivisering av vården och därmed minskar risken för undanträngning, även om den faktiska effekten behöver utvärderas framöver.

Exempelvis har patologerna i Stockholms läns landsting skapat en plattform för standardisering inom diagnostiken som effektiviserar arbetssättet. Genom standardisering försöker man se till så att det blir en jämlik och bra kvalitet på behandlingen oavsett vem som gör den patologiska bedömningen.

Ett annat exempel kan hämtas från Region Jönköpings län. De har tagit fram ett nytt arbetssätt för patientflödet från akutmottagningen till uppfölj-

ning vid den aktuella specialistmottagningen, vilket förväntas effektivisera vården och förhindra undanträngning.

Ytterligare ett exempel är det nationella register för SVF-patienter som har tagits fram i Västra Götalandsregionen (se också kapitel 5). Förhoppningen är att registret gör det enklare att jämföra olika vårdgivare och få bättre koll på varje enskild patient, något som förväntas motverka undanträngningar.

Slutligen kan nämnas att urologerna på Skånes Universitetssjukhus arbetat med flödesscheman över alla patienternas väg genom mottagningen, något som också förväntas leda till en förbättrad verksamhet och därmed förhindra att undanträngningar uppstår.

Sammanfattande reflektioner

Våra iakttagelser hittills visar att olika aktörer tolkar begreppet undanträngning olika, eftersom ingen klart uttalad definition tagits fram i samband med införandet av SVF. Det leder till att man besvarar frågor om risk för undanträngning olika. Det är därför viktigt att en sådan definition uttrycks och görs allmänt känd samt att den relaterar till de principer som är lagstadgade om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I den här rapporten definieras undanträngning enligt följande:

Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet.

När det gäller risken för undanträngning i samband med införandet av SVF i cancervården ges en ganska samstämmig bild utifrån de handlingsplaner, möten, enkäter och intervjuer som belyst detta begrepp: att SVF effektiviserar starten av behandlingen av patienter med välgrundad misstanke om cancer. Detta har i huvudsak har positiva aspekter på vården och resursutnyttjandet. De farhågor om undanträngning som lyfts är i huvudsak inriktade på de trånga sektorer som finns inom utredning och diagnostik och risken för att onödiga undersökningar genomförs. Samtliga inblandade uppger dock att de förhoppningsvis kan beakta och begränsa att dessa negativa konsekvenser och riskerna för undanträngning.

De koordinatörer som möter samtliga cancerpatienter har genom sin överblick över patienternas väg genom utredningen också möjlighet att påverka risken för undanträngning och kommunicera detta till berörda.

Det finns endast några studier att jämföra SVF med. Närmast till hands är de danska *pakkeforløben* som är den huvudsakliga förebilden till SVF.¹¹ Pakkeforløben har påvisat positiva effekter avseende vårdtid och överlevnad. Alla patienter har inte kunna ingå i vårdförloppen, exempelvis till följd av samsjuklighet, och därmed riskerar dessa patienter en längre vårdtid. Uppföljning av den danska satsningen har också visat att andra patientgrupper fått förlängda vårdtider [6].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har granskat tidigare studier [13] om undanträngningar som kan relateras till vårdgarantin, men på grund

¹¹ I väntan på besked. Väntetider inom cancervården, kartläggning av förslag till mätmodell, 2010 föreslog Socialstyrelsen Pakkeforløb som ett sätt att korta väntetiderna.

av problem med data och många osäkerhetsfaktorer har inga säkra slutsatser kunna dras av dessa studier. Myndigheten genomförde därutöver en enkätundersökning med verksamhets- och klinikchefer i vården samt intervjuer med läkare. Den huvudsakliga slutsatsen var att professionerna i stor utsträckning förmår balansera vårdgarantin med medicinska prioriteringar men att viss undanträngning ändå sker ibland.

Det är nu viktigt att fortsatt följa SVF för att se om det finns risk för undanträngning. Det är inte entydigt i dagsläget hur detta ska kunna mätas. Som konstaterat uppstår undanträngning när vården inte följer riktlinjerna för prioritering, så att enbart mäta vårdtider besvarar inte frågan om huruvida undanträngning förekommer. Analysen behöver även studera vilka långsiktiga kostnadsförändringar som förväntas uppstå till följd av SVF och om detta i sig riskerar ge upphov till horisontella undanträngningar på sikt.

5. Kortare väntetider och nöjdare patienter

Sammanfattat

- Preliminära uppgifter visar att väntetiderna blivit kortare för de patienter som genomgått standardiserade vårdförlopp (SVF) för något av de första förloppen.
- I den fortsatta uppföljningen, både regionalt och nationellt, är det av intresse att även följa hur väntetiderna utvecklas för de patienter som har symtom på cancer (eller annan allvarlig sjukdom) men som av olika skäl inte remitterats till SVF.
- Erfarenheterna från patienter som genomgått SVF tyder på att en majoritet är nöjda med de snabba utredningstiderna,
- Företrädare för både patienter och profession uttrycker att det ibland blir för stark betoning på effektiv logistik på bekostnad av annat som också är viktigt för patienten.
- Det är rimligt att anta att SVF, kombinerat med ett patientcentrerat förhållningsätt, leder till att patienterna blir mer välinformerade om utredningens olika delar.
- Den enkät som tagits fram för att följa satsningen kan förhoppningsvis användas i det lokala förbättringsarbetet framöver.

Uppföljning av väntetider pågår

I satsningen ingår att på nationell nivå följa upp väntetiderna i förloppen. Den modell som tagits fram för landstingens/regionernas rapportering och uppföljning omfattar mätpunkterna:

- datum för beslut om att det finns välgrundad misstanke om cancer
- datum för start av första behandling eller
- datum för avslut av standardiserat vårdförlopp (SVF) före start av första behandling.

I slutet av 2015 hade samtliga landsting och regioner börjat rapportera in de patienter som genomgått SVF för de första fem förloppen. Den nationella uppföljning som presenteras under 2016 på webbplatsen www.cancercentrum.se gäller samtliga patienter som genomgått SVF sedan 2015 (se kapitel 2). För förlopp införda under 2015 redovisades den 10 november, 2016 preliminära väntetider för de första fem SVF. Siffrorna som redovisas på cancercentrum.se avser perioden januari 2016 - juni 2016.

Nationellt pågår därutöver ett utvecklingsarbete för att förenkla inrapportering och följa upp både enskilda patienter och hela vårdförlopp. Exempelvis

har den nationella Inkaplattformen¹² testats i ett pilotprojekt i Västra Götalandsregionen. Denna uppföljning följer aktiva SVF-patienter och koordineringen genom förloppen men den följer också upp avslutade patienter och sätter fokus på olika aspekter som behöver förbättras.

Sveriges sex regionala cancercentrum (RCC) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ger också nationellt och regionalt stöd i arbetet med att utveckla systemet med SVF. Under 2016 har RCC i samverkan tagit fram ingångsvärden för dels de förlopp som infördes 2015, dels de förlopp som införs 2016.¹³

Västra Götalandsregionen rapporterade i september 2016 att cirka 30 procent av deras omkring 4 000 genomgångna SVF hade resulterat i en cancerdiagnos. En månad senare (oktober 2016) rapporterade Södersjukhuset i Stockholm att de hade halverat väntetiden för prostatacancer och urinblåscancer jämfört med ett år tidigare och att framgångsfaktorerna var såväl utvecklade arbetssätt som ökad samverkan. En ingång för samtliga förlopp beskrivs som nästa steg.

Patientens egen mätpunkt och väntetid startar vid misstanken att något inte står rätt till [2], och Socialstyrelsens journalstudie visar dels att de patienter som får en diagnos sent väntat länge med att uppsöka sjukvården, dels att väntetiderna varierar mellan olika patienter inom samma diagnos [1].

Aktuella väntetider inom fyra förlopp

I figur 10 presenteras de preliminära väntetiderna för fyra av de fem första cancerförloppen som startade 2015. Det femte förloppet (akut myeloisk leukemi, AML) redovisas däremot inte här, eftersom AML kräver akut omhändertagande och specialistkontakt inom några få dagar. Dock har väntetiderna för AML kortats ytterligare inom ramen för satsningen (se cancercentrum.se).

Uppgifterna om medianväntetider har hämtats från respektive cancerforms nationella kvalitetsregister. För tre av diagnoserna (huvud- och halscancer, magsäcks- och matstrupscancer samt prostatacancer) redovisas även de väntetider som regelbundet rapporterats till SKL:s databas. För dessa diagnoser går det inte att urskilja vilka patienter som genomgått SVF.

I det nationella kvalitetsregistret för urinblåsecancer anges däremot explicit om patienten gått igenom SVF. Därför anger grafen för den diagnosen enbart uppgifterna från kvalitetsregistret och inte uppgifterna från SKL:s nationella databas.

Figuren visar att medianväntetiderna för de flesta cancerformer för respektive patientgrupp har påverkats i positiv riktning för de patienter som har rapporterats till kvalitetsregistren. För de patienter som ingått i SVF och som särskilt rapporterats till SKL:s databas kan man se en ytterligare minskning av väntetiderna. Detaljerade uppgifter om mätpunkter inom respektive datakälla återfinns i tabellen i bilaga 2.

¹² INKA är en nationell IT-plattform för hantering och registrering kring cancerpatienter avseende vård och forskning.

¹³ Cancercentrum.se

Landsting och regioner arbetar för närvarande med rapporteringsrutiner kring SVF samt kvalitetssäkring av data, vilket innebär att resultaten ska tolkas med försiktighet. Det är också viktigt att notera att det dels handlar om olika grupper av patienter, dels finns stora skillnader i antal patienter mellan de olika mätperioderna. Syftet med redovisningen är därför enbart att visa den övergripande trenden i riket för de fyra diagnoserna.

Några kommentarer till respektive diagnosförlopp.

Huvud- och halscancer innefattar flera diagnosgrupper – läppcancer, munhålecancer, svalgancer, stämbandscancer, näs- och bihålecancer samt spottkörtelcancer. Välgrundad misstanke uppkommer vid undersökning på öron-näsa-halsklinik (ÖNH), och den angivna maximala tiden från första besök på ÖNH till behandlingsstart är 30 dagar för kirurgi och 38 dagar för onkologisk behandling (strålbehandling). För diagnosgruppen har väntetiderna legat nära den angivna maximala tiden för SVF under flera år. År 2014 var medianväntetiden för riket 32 dagar för kirurgisk behandling och 48 dagar för onkologisk behandling (cytostatika eller strålterapi). För patienter som genomgått SVF har väntetiderna närmast sig den maximala tiden.

Matstrups- och magsäckscancer innefattar två diagnosgrupper – maligna tumörer i matstrupen och magmunnen samt maligna tumörer i nedre delen av magsäcken. Diagnosgruppen har likartade behandlingsprinciper, även om de inte är identiska, och välgrundad misstanke uppkommer inom specialistsjukvården i samband med gastroskopi. Den angivna maximala tiden till operation är 38 dagar för de patienter som inte får onkologisk behandling. För de patienter (80 procent) som bedöms klara onkologisk behandling är den angivna tiden 31 dagar. Vid första mätpunkten i grafen (2013/2014) från välgrundad misstanke till start av behandling var medianväntetiden 53 dagar för kirurgisk behandling och 45 dagar för onkologisk behandling (radio- och kemoterapi eller kemoterapi). Väntetiderna har successivt kortats något vid de tre mätpunkterna, och för de patienter som genomgått SVF och rapporterats till SKL:s databas har väntetiderna ytterligare kortats för båda grupperna. För cancer i matstrupe (kirurgi) är nationell nivåstrukturerings beslutad att träda i kraft 2017.

Urinblåsecancer är en relativt vanlig cancerform med ett tydligt symtom i form av blod i urinen. För patienter med tidig cancer är borttagande av urinblåsan (TURB) den enda behandlingen. För patienter som har en muskelinvasiv cancer (dvs. där tumören trängt in i muskelvävnaden) behöver behandlingen därutöver kompletteras med ytterligare kirurgisk behandling och strålbehandling. Den angivna maximala ledtiden för SVF från remiss till start av första behandling är 9–12 dagar för icke muskelinvasiv blåscancer och 31–37 dagar för muskelinvasiv blåscancer. För icke muskelinvasiv urinblåsecancer har väntetiderna successivt kortats de senaste åren. För SVF-patienterna närmar sig medianväntetiderna den angivna maximala ledtiden. Den sista mätpunkten i grafen (juni 2015–juni 2016) redovisar patienter som inte ingått i SVF. För denna grupp har väntetiderna inte förändrats i samma utsträckning. Medianväntetiden ligger dock fortfarande relativt långt ifrån den angivna maximala väntetiden enligt SVF. Urinblåsecancer är en förhållandevis vanlig sjukdom som kräver tillgång till urologisk verksamhet samt

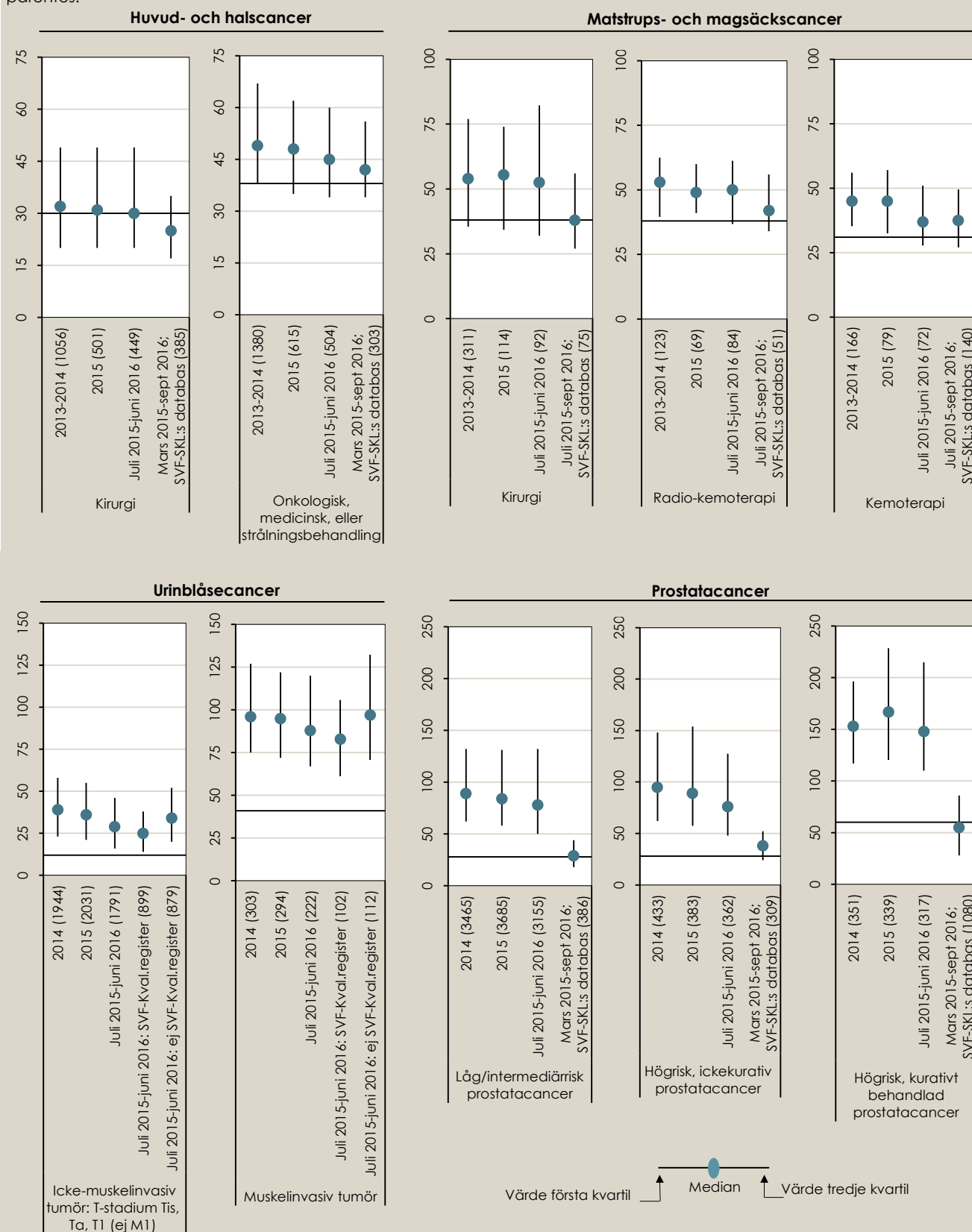
snabb tillgång till operation och kompletterande behandling som strålbehandling.

Prostatacancer har sedan tidigare kännetecknats av långa väntetider. Diagnosen har ett SVF med olika ledtider beroende på stadium och vilken typ av cancertumör det handlar om. Välgrundad misstanke gäller från det datum när remiss utfärdas, och den angivna tiden för SVF från att remiss utfärdas till start av första behandling är 28 dagar för prostatacancer med låg och intermediär risk, 28 dagar för prostatacancer med högrisk och ej botande behandling samt 60 dagar för högrisk och botande behandling.

Medianväntetiderna har minskat något för prostatacancer med låg intermediär och hög risk/ej botande behandling, men för cancer med hög risk och botande behandling är väntetiderna fortfarande långa (cirka 150 dagar). För de patienter som genomgått SVF och rapporterats till SKL:s databas hamnar medianväntetiderna nära den angivna maximala väntetiden för samtliga tre tumörgrupper. Prostatacancer är en av de vanligaste cancerformer med stora volymer och bristen av urologisk kompetens är en utmaning för verksamheterna.

Figur 10. Väntetider för fyra diagnoser som omfattats av SVF sedan 2015

För detaljer om mätpunkter enligt SVF samt motsvarande mätpunkt i kvalitetsregistret och SKL:s databas se tabell 2. Horisontella linjer markerar målnivåer för respektive cancerform och patientgrupp enligt SVF. Antalet patienter anges inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform samt SKL:s databas som samlar in mätpunkter för SVF.

Patienterna nöjda med kortare väntetider

En del framhåller att en del av den information de får om satsningen på SVF är överflödigt och menar att det är självklart att det ska gå snabbt att utreda misstanke om en allvarlig sjukdom.

I de underlag som Socialstyrelsen tagit del av framkommer också att man ser att satsningen har andra avgörande positiva konsekvenser för patienten. SVF ger t.ex. patienten ett tydligt utredningsförlopp och en tidsplan, och patienterna vet vad som ingår och hur utredningen kommer att gå till. En koordinator ringer dessutom upp alla patienter, vilket gör att patienterna har större möjlighet till delaktighet i utredningsförloppet. Enligt både kontaktsjuksköterskor och primärvårdsläkare påverkas även närståendes trygghetskänsla positivt under utredningstiden (se kapitel 3).

Balansera tempot med lyhördhet för patientens behov

Underlagen för SVF är utvecklade utifrån ett medicinskt perspektiv, dvs. vad som är möjligt att göra på en viss tid, givet de medicinska förutsättningarna och vårdens organisation.

Förloppen har däremot inte med tid för patientens behov av exempelvis betänketid inför val av behandling efter diagnosbeskedet. Därutöver kan de snabba förloppen innebära konsekvenser för det patientstödande arbetet i och med att mycket tid läggs på logistiken, vilket i sin tur innebär att mindre tid finns kvar för patienten. Exempelvis har kontaktsjuksköterskorna uttryckt farhågor om vad som kan hända om förloppet går för fort (se kapitel 3). Det handlar exempelvis om patienternas olika förutsättningar att ta till sig information och särskilda individuella behov. Dessa farhågor exemplifieras i följande citat.

Patientens förutsättningar att ta till sig information minskas	Möjligheten för individualisering och för att kunna möta patientens särskilda behov minskas
Patienten är i en fas under utredning där mottaglighet för stora mängder information inte är möjlig.	Kan medföra exempelvis att det blir svårare att individanpassa utefter behov och att multisjuka patienters behov inte hinner bli beaktade och bedömda rätt.
Patienten hinner inte smälta information, fundera/reflektera och förstå innebörden i utredningen (och kan vara mentalt oförberedd).	

De problem som primärvårdsläkarna lyfter fram är exempelvis att de snabba förloppen ibland skapar en oro hos patienten och att de kan väcka cancermisstanke i onödan. Samtidigt uppger primärvårdsläkarna att det inte är svårt att förklara den snabba utredningstiden i och med att det är en självklarhet för patienten att utredningen går fort. Dock menar flera att det är märkligt att de

förväntas informera patienten om att detta med ett särskilt snabbt förlopp vid misstanke om allvarlig sjukdom på något sätt är nytt (se kapitel 3).

Liknande information framkommer vid samtal och dialog med patientföreträdare, som beskriver att de inte vetat att de varit utredda enligt SVF eller att cancersjukdom misstänkts. Detsamma gäller att utredningen i vissa fall gått så fort att det inte funnits möjlighet att förbereda sig för exempelvis stora ingrepp och också förstå vad ingreppet innebär.

Utgångspunkten i RCC:s arbete har genomgående varit att patienter och närstående ska vara med och utveckla cancervården. Patientinflytandet i har genomgående varit, och är, omfattande i både lokala och regionala sammanhang. Likväl ligger i arbetet med att via SVF minska väntetiderna i cancer-vården ett ansvar att se till att den snabba införandetakten inte innebär ett avkall på patientens individuella och särskilda behov.

Patienters uppfattningar efterfrågas med enkät

Under 2015 har SKL tillsammans med RCC tagit fram en enkät inom ramen för arbetet med satsningen och som uppföljning av SVF. Enkäten är en s.k. PREM-enkät (*patient reported experience measures*) där patientens erfarenheter efterfrågas. Enkäten avser att fånga patienternas upplevelser av att genomgå en utredning enligt SVF, och den skickas till dem som utretts enligt SVF och har avslutat utredningen, dvs. både till dem som senare får en cancerdiagnos och till dem där utredningen inte ledde till en cancerdiagnos.

Enkäten innehåller 26 frågor och den har skickats ut till de patienter som påbörjade SVF 2015 och i möjligaste mån till de som påbörjat SVF 2016. Patienter som träffar en kontaktsjuksköterska eller en koordinator får information om enkäten och de olika sätt den kan besvaras på.

Initialt blev vården kontaktad av patienter om frågor kring enkäten. Det handlade framförallt om personer som inte fått diagnosen cancer men fått enkäten eftersom de blivit utredda enligt SVF. Frågorna rörde både att enkäten gjorde dem oroliga samt att de inte uppfattat att utredningen hade med misstanke om cancer att göra cancer att göra.

Några preliminära resultat

Mellan mars 2016 och juni 2016 har 4 615 enkäter skickats ut till patienter som genomgått SVF [22]. Enkäten har besvarats av 2 385 personer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 51,7 procent. För de patienter där förloppet övergått i behandling är svarsfrekvensen något högre, 61 procent.

De svar som ingår i resultaten grundar sig på 27 procent kvinnor och 73 procent män, vilket kan förklaras av den stora gruppen patienter med prostatacancer. Svarsfrekvensen skiljer sig något mellan de olika diagnosernas förlopp:

- de som genomgått SVF- prostatacancer har en svarsfrekvens på 60,4 procent

- de som genomgått SVF- urinblåse- och urinvägs cancer har en svarsfrekvens på 51,8 procent män och 46,4 procent kvinnor
- de som genomgått SVF- huvud- och hals cancer har en svarsfrekvens på 46 procent män och 44,7 procent kvinnor.

PPREM-enkäten är under utveckling, där denna första redovisning är en del av arbetet framåt vad gäller landstingens och regionernas införande och stöd vad gäller SVF. I den fortsatta uppföljningen är Socialstyrelsen intresserad av att följa frågor som berör:

- patientens uppfattning av hur och varför de tog kontakt
- tid under utredning
- information om utredning enligt SVF
- beslut om vård och behandling
- individuell skriftlig vårdplan
- tillgodosedda vårdbehov.

I nedanstående tabell (tabell 8) exemplifieras några preliminära resultat från enkäten.

Tabell 8. Några preliminära resultat från patientenkät om SVF

Område	Exempel
Första vårdkontakt	Totalt 69 procent av patienterna svarade att de hade sjukdomssymtom innan de kontaktade eller besökte vården. Andelen som svarade att de hade symtom var lägre bland dem som senare fick en cancerdiagnos (59 procent) än bland dem som avslutade SVF av annan orsak (73 procent). För tre fjärdedelar av dem som besvarade enkäten var primär vården den första kontakten med vården. Högst andel patienter som sökte vård via akutmottagning fanns inom SVF för cancer i urinblåsa och urinvägar (18 procent).
Tiden för utredning	Av de 2 336 personer som besvarade enkätens fråga om tid från första kontakt med vården till besök i specialiserad sjukhusvård svarade tre av fyra att tiden varken var för lång eller för kort medan 22 procent upplevde att den var något för lång eller för lång.
Information	Av de 1 006 patienter som svarade "ja" på frågan om hurvida de fått information om att de utreds enligt SVF uppfattade en majoritet att de var nöjda med informationen. Totalt 86 procent skattade informationen till 4 eller 5 på den femgradiga skalan vilket motsvarade ganska bra respektive mycket bra. De personer som fått en cancerdiagnos uppfattade i något större utsträckning att de fått tillräckligt med information under utredningen jämfört med patienterna som avslutat SVF av annan orsak.
Skriftlig individuell vårdplan	Av de personer som sedermera fick en cancerdiagnos svarade 54 procent att de fått en skriftlig individuell vårdplan som omfattade hela eller delar av vårdförloppet. Av de patienter som avslutat SVF av annan orsak svarade 30 procent att de fått en skriftlig individuell vårdplan.

Sammanfattande reflektioner

Preliminära uppgifter från den nationella uppföljningen visar att väntetiderna kortats för de första förloppen. De patienter som remitterats till SVF har uppfyllt kriterierna för välgrundad misstanke om cancer medan patienter med mer komplicerade symtom eller samsjuklighet, eller där diagnossättningen inte är lika tydlig, troligen inte har remitterats till SVF. För dessa patienter blir ett individualiserat och patientcentrerat omhändertagande fortsatt viktigt för en god vård. Även för dessa patienter borde väntetiderna på sikt kunna kortas, om de arbetssätt och den samverkan som främjas av satsningen också tillämpas inom andra delar av vårdens processer.

Att skapa hög tillgänglighet och korta väntetider har länge varit stora utmaningar inom den svenska hälso- och sjukvården och uppföljningar av olika reformer visar att det inte finns några enkla lösningar. Socialstyrelsen har i många år rapporterat om problem med tillgängligheten i vården, och ett antal statliga satsningar har under åren sjugets för att komma till rätta med detta. Väntetiderna inom cancervården har varit särskilt problematiska [14, 23-26].

Av regeringens överenskommelse med SKL framgår att syftet med SVF är att skapa bättre tillgänglighet och ökad nöjdhet hos patienterna genom bättre information och ökad delaktighet. Ett patientcentrerat förhållningsätt som betonar och tar hänsyn till patientens individuella behov är grunden i allt arbete inom hälso- och sjukvården.

I samband med etableringen av regionala cancercentrum ökade möjligheterna med att komma tillrätta med en rad problem inom cancervården, bl.a. de långa väntetiderna. Arbetet med satsningen på SVF har förutsättningar att genom förbättrade och tydliga processer korta väntetiderna betydligt.

6. Standardiserade vårdförlopp ur ett hälsoekonomiskt perspektiv

Sammanfattat

- Den totala samhällskostnaden för cancer i Sverige skattades till totalt 36 miljarder kronor för 2013. I jämförelse med behandlingskostnaderna är utredningskostnaderna begränsade.
- Den totala kostnaden per patient har beräknats till 210 000–270 000 kronor för tjock- och ändtarmscancer, 260 000–330 000 kronor för lungcancer och 60 000–190 000 kronor för urinblåse- och urinvägs-cancer.
- Den genomsnittliga utredningskostnaden från första vårdkontakt till behandlingsstart för de tre ovan nämnda cancerformerna var 17 300 kronor, 18 400 kronor respektive 19 700 kronor.
- För tjock-och ändtarmscancer och lungcancer sågs ett samband mellan antal väntande dagar och ökade kostnader. Variationen mellan patienter var betydande, vilket bl.a. speglar hög förekomst av samsjuklighet.
- Om satsningen på standardiserade vårdförlopp (SVF) leder till att fler fall av misstänkt cancer utreds leder till ökade kostnader för utredningsfasen.
- Att vänta på en diagnos vid misstanke om cancer påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet negativt.
- Baserat på antagandet att SVF leder till måttliga initiala kostnadsökningar och en förbättrad livskvalitet bedöms SVF ha goda möjligheter att effektivisera vården, särskilt om arbetssätten får spridning till andra vårdområden.

Inledning

Hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade och alla tillgängliga åtgärder kommer inte att kunna erbjudas till alla patienter. För att underbygga val och prioriteringar mellan olika åtgärder krävs kunskap om vad de olika aktiviteterna leder till i form av konsekvenser och kostnader. I det sammanhanget är hälsoekonomiska bedömningar ett viktigt instrument för mer initierade bedömningar.

Satsningen på standardiserade vårdförlopp (SVF) har sjuatts utifrån antagandet att kortare väntetider, inte i sig kommer att påverka det kliniska utfallet av vårdinsatserna för cancer i form av exempelvis förlängd överlevnad. Detta framhålls bland annat i de förberedande dokumenten för satsningen, där det också påpekas att Sverige har mycket goda - och världsledande - kliniska resultat inom cancervården. Det är oklart om detta är ett rimligt

antagande, mot bakgrund av de ibland extremt långa väntetider som rapporterats tidigare, av bland annat Socialstyrelsen [24]. Det finns i den fortsatta uppföljningen skäl att beakta kortare väntetider inom cancervården även kan påverka överlevnad (mätt som t.ex. ettårsöverlevnad) för vissa cancerformer. Framförallt är det i detta sammanhang viktigt att framhålla att väntetiden fram till behandling kan vara avgörande för det medicinska resultatet för enskilda patienter, även om effekter inte går att utläsa på befolkningsnivå. En systematisk litteraturgenomgång [27] med syfte att studera sambandet mellan långa väntetider och medicinska resultat visar på några samband. Ett samband fanns, mätt som överlevnad, för bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, huvud- hals cancer, maligna melanom och en viss form av testikelcancer. Studierna som ingick i genomgången skilde sig dock åt avseende design och kvalitet.

Ett annat antagande är att satsningen inte kommer att leda till några kostnadsförändringar för vårdinsatser som inträffar efter SVF, dvs. från att diagnosen är fastställd och framåt. Inte heller utfallet i form av behandlingsresultat antas förändras av satsningen. Detta antagande ligger till grund för beskrivningarna i detta avsnitt.

En *kostnadseffektivitetsanalys* beräknar den extra kostnad som en behandling ger i jämförelse med en annan och ställer den i relation till den extra effekt som behandlingen ger i jämförelse med alternativet. Kostnaden kan omfatta t.ex. samhällets samlade kostnader (samhällsperspektiv) eller hälso- och sjukvårdens kostnader (betalarperspektiv). Effekten kan mätas i generella nyttomått som kvalitetsjusterade levnadsår (QALY, se beskrivning nedan) eller sjukdomsspecifika utfallsmått, t.ex. antalet genomförda operationer eller total väntetid. I Sverige tillämpas i allmänhet av ett samhällsperspektiv och att effekterna om möjligt mäts i QALY.

SVF-reformen förväntas inte ha någon större effekt på den genomsnittliga patientens vårdkonsumtion under SVF. Däremot förväntas harmoniseringen leda till att kostnadsspridningen minskar och förutsägbarheten ökar.

Hälsorelaterad livskvalitet och kvalitetsjusterade levnadsår

Hälsorelaterad livskvalitet är ett väldefinierat begrepp vid utvärdering av hälso- och sjukvård. Begreppet delas vanligen in i *generell* hälsorelaterad livskvalitet respektive *sjukdomsspecifik* hälsorelaterad livskvalitet. För att mäta hälsorelaterad livskvalitet används ofta standardiserade frågeinstrument med frågor som patienterna svarar på. Genom att mäta den hälsorelaterade livskvaliteten skapas en möjlighet att undersöka patienternas upplevelse och värdet av dessa upplevelser sett ur ett hälsoekonomiskt perspektiv, där exempelvis ökade behandlingskostnader kan sättas i relation till vinster i form av ökad hälsorelaterad livskvalitet.

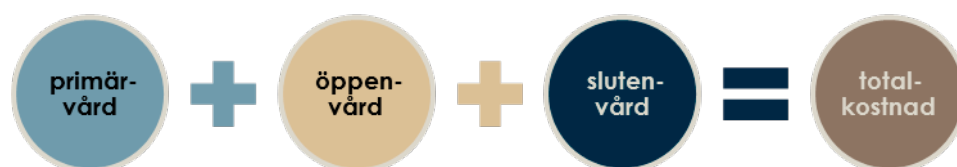
För att mäta hälsorelaterad livskvalitet i en hälsoekonomisk analys används ofta QALY-begreppet. QALY (*quality-adjusted life year*) beräknas som produkten av tid i ett hälsotillstånd och livskvalitetsvärdet (QALY-vikten) för det hälsotillståndet, där QALY-vikten uttrycks som ett värde mellan 1 och 0 där 1 motsvarar perfekt hälsa och 0 motsvarar död. En QALY motsvarar ett år med perfekt hälsa [28].

Ett sätt att mäta nytta med SVF vore att beräkna hur mycket varje dags väntan under en cancerutredning påverkar QALY och därefter beräkna den totala påverkan på QALY. QALY-måttet skulle då främst representera den psykiska påfrestning det innebär att vänta på beskedet från en cancerutredning.

Kostnader för cancervården i dag – en nulägesbeskrivning

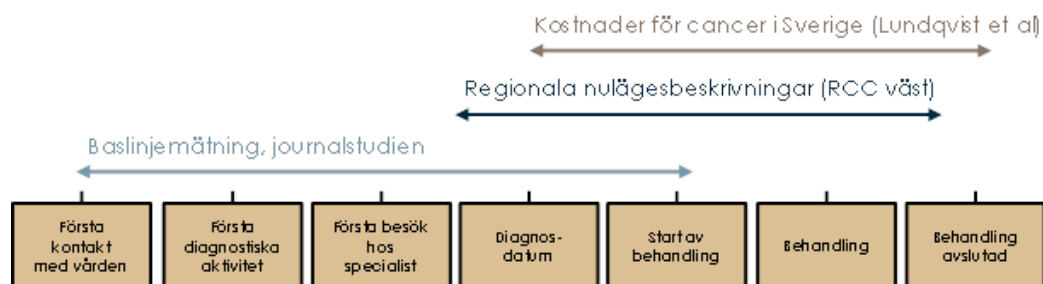
Som utgångspunkt för att följa SVF-satsningens kostnadspåverkan presenteras här en uppskattning av vårdens kostnader för ett antal cancerformer baserat på tiden före SVF-satsningens införande. Med kostnaden för en cancerdiagnos menas här totalkostnaden för hela vårdförloppet – från första vårdkontakt till avslutad behandling. Kostnader uppkommer inom flera verksamheter i vården (figur 11).

Figur 11. Skiss över kostnadsfördelning



Analysen är uppdelad i två delar. Först sammanfattas tidigare utförda kostnadsstudier för cancerbehandlingar utifrån diagnos, från behandlingsstart och framåt. Sedan följer en kostnadsberäkning för utredningsfasen, från första vårdkontakt till behandlingsstart, baserad på journalstudiedata. Studierna täcker in olika skeden av vårdförloppet med viss överlappning (figur 12). De cancerformer som diskuteras här är tjock- och ändtarmscancer, lungcancer samt urinblåse- och urinvägscancer.

Figur 12. Skiss över de skeden i vårdförloppet som inkluderas i de tre kostnadsstudier som diskuteras i avsnittet [28]



Översiktlig beskrivning av aktuella studier av kostnader för cancerbehandlingar

År 2016 publicerades en sjukdomskostnadskalkyl för cancer i Sverige 2013 [28]. Kalkylen inkluderade de kostnader som uppstår efter att cancerdiagnos

ställt samt kostnader för den populationsbaserad för screening som ingår i nationella riktlinjer till sjukvården.

Totalkostnaderna för samtliga cancerformer uppgick till 36 miljarder kronor, där den största enskilda kostnadsposten (15,9 miljarder kronor) var produktionsförluster, inklusive minskade produktionsmöjligheter, sjukskrivningar samt sjuk- och aktivitetsstöd vid långvarig nedsatt arbetsförmåga. Nästan lika stora kostnader, 15,5 miljarder kronor, handlade om vård och omsorg, inklusive slutenvård, specialiserad öppenvård och läkemedel [28].

Tjock- och ändtarmscancer samt lungcancer fanns även med bland de cancerformer som hade högst totalkostnad i Sverige 2013 [28], där tjock- och ändtarmscancer kostade totalt 4,1 miljarder kronor (12 procent av kostnaderna för samtliga cancerformer) och lungcancer kostade 3,7 miljarder kronor. Urinblåse- och urinvägscancer kostade 0,9 miljarder kronor

I Regionalt Cancercentrum Västs nulägesbeskrivningar rapporteras kostnader för olika cancerformer i Västra Götalandsregionen (VGR) [29-31] (tabell 9).

Tabell 9. Direkta sjukvårdskostnader per patient samt incidens och prevalens för tjock- och ändtarmscancer, lungcancer samt urinblåse- och urinvägscancer i Västra Götalandsregionen

	Cancerform			
	Tjock- och ändtarmscancer (6)		Lungcancer (5)	Urinblåse- och urinvägscancer (4)
	Tjocktarm	Ändtarm		
Direkta sjukvårdskostnader per patient	214 100	267 000	261 300	62 300
Incidens per år (antal)	1 099		559	420
Prevalens (antal)	3 458		849	3 856

För tjock- och ändtarmscancer ingick kostnader för som längst 14 månaders behandling från diagnosdatum [31]. Patienterna diagnostiserades mellan januari 2009 och november 2013. Kostnaderna rapporterades separat för tjocktarms- respektive ändtarmscancer till 214 100 respektive 267 000 kronor per patient för 14 månader. Den årliga incidensen för tjock- och ändtarmscancer var 1 099, varav två tredjedelar uppskattades gälla tjocktarmscancer och en tredjedel uppskattades gälla ändtarmscancer.

För lungcancer inkluderades kostnader för patienter 12 månader från och med diagnosdatum [30]. Patienterna diagnostiserades mellan januari 2012 och december 2013, och kostnaden uppskattades till 261 300 kronor per patient och år. Dödlighet i lungcancer var relativt stor; den årliga incidensen var 559 och prevalensen var 849.

När det gäller kostnadsstudien för behandling av cancer i urinblåsa och urinvägar fanns ingen information om inklusionskriterier eller uppföljningstid för patienter [29]. De rapporterade kostnaderna var 62 300 kronor per patient. [28]. Incidensen för urinvägscancer var 420 och prevalensen var 3 856, vilket betyder att de flesta patienterna levde relativt länge efter

cancerdiagnosen. (Se referenser för förlopp lungcancer, urinblåsa- urinvägar och tjock- och ändtarmscancer.)

Kostnadsberäkning för utredning av tre cancerdiagnoser

Kostnadsberäkningen för cancerutredningar från första vårdkontakt till behandlingsstart baseras på en journalstudie som Socialstyrelsen initierade 2015 inom ramen för uppföljningen [1]. Data för tjock- och ändtarmscancer, urinblåse- och urinvägscancer samt lungcancer, vilka alla ingick i journalstudien, har inkluderats i kostnadsberäkningarna. Baserat på journaldata har kostnaderna för utförda insatser beräknats inom respektive diagnosområde.

Journalgenomgången är gjord på 610 journaler – ca 200 patienter för respektive diagnos. Patienterna kommer från sju olika landsting/regioner: Jämtland/Härjedalen, Halland, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, del av Västra Götalandsregionen (Skaraborg) samt Uppsala län. Urvalet gjordes genom att patienter med cancer som gått igenom cellmembranet (s.k. invasiv cancer) identifierades i de regionala cancerregistren från slutet av första halvåret 2015 och löpande bakåt i tiden.

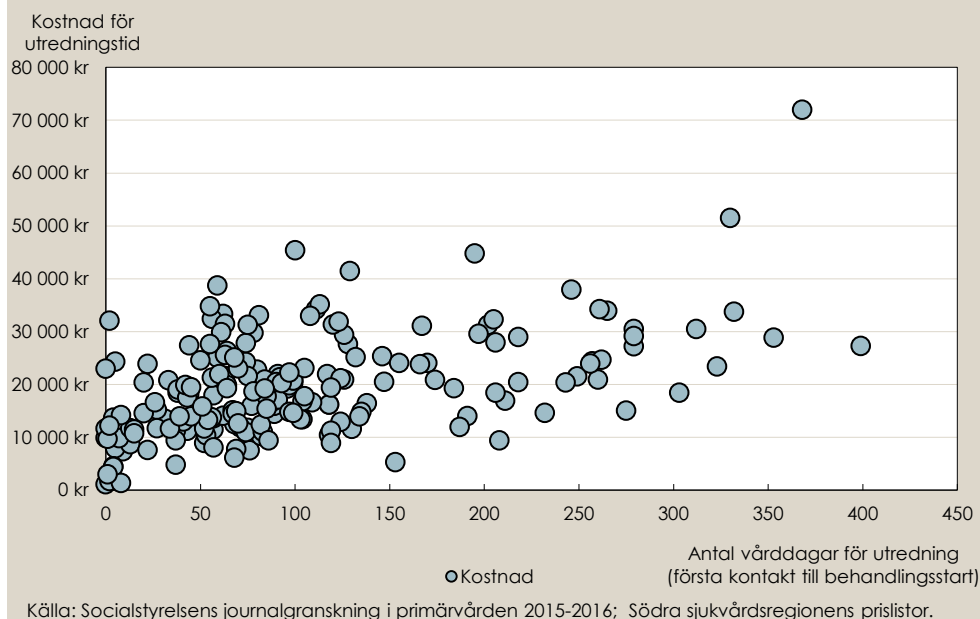
Protokollet för journalstudien är utvecklat av Socialstyrelsen i samarbete med en grupp experter inom cancer- och primärvård. Variabler med information om antal besök, vårdgivare, provtagningar och undersökningar har inkluderats samt resultatet av dessa och tidpunkten för respektive händelse. Protokollet innehåller 68–79 variabler beroende på cancerform, eftersom det bl.a. skiljer i antalet genomförda undersökningar och provtagningar beroende på diagnos.

För två av de tre studerade cancerformerna framkommer ett måttligt något samband mellan den tid utredningen pågår och kostnader. Närmare beskrivning av datakälla och metod för kostnadsberäkningen återfinns i bilaga 3.

Kostnad för utredning av misstänkt tjock- och ändtarmscancer

Den genomsnittliga kostnaden för att utreda misstänkt tjock- och ändtarmscancer var 19 742 kronor (standardavvikelse $\pm 9\,707$ kronor) per patient. Kostnaden varierade för enskilda patienter, där 95 procent av utredningarna fanns i intervallet 4 587–41 120 kronor. Det fanns en måttlig korrelation mellan kostnad och väntetid från första vårdkontakt vid misstanke om cancer till behandlingsstart.

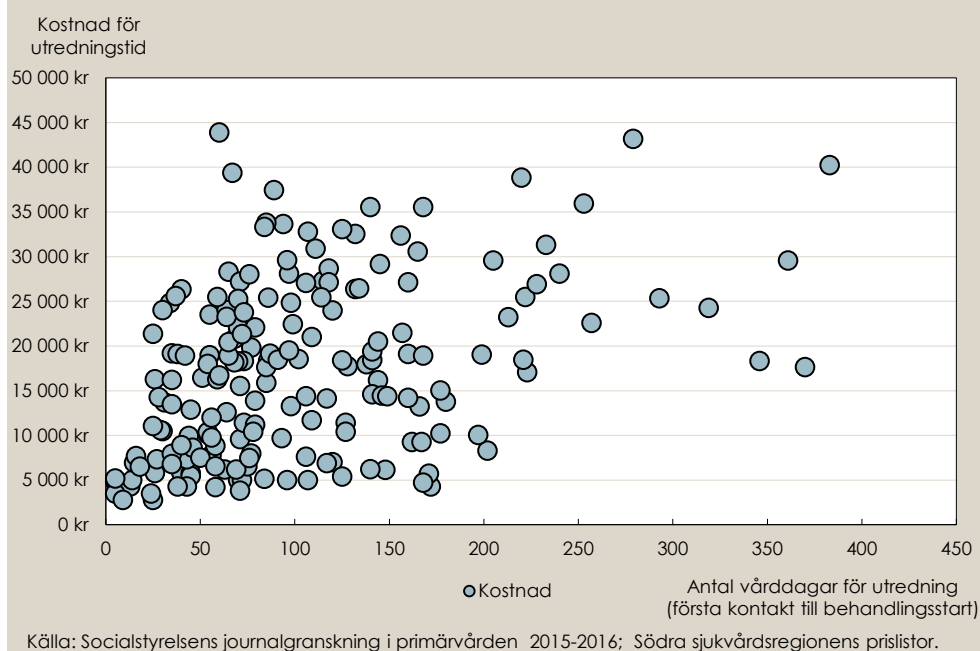
Figur 13. Tjocktarms- och ändtarmscancer - kostnad för utredningstid



Kostnad för utredning av misstänkt lungcancer

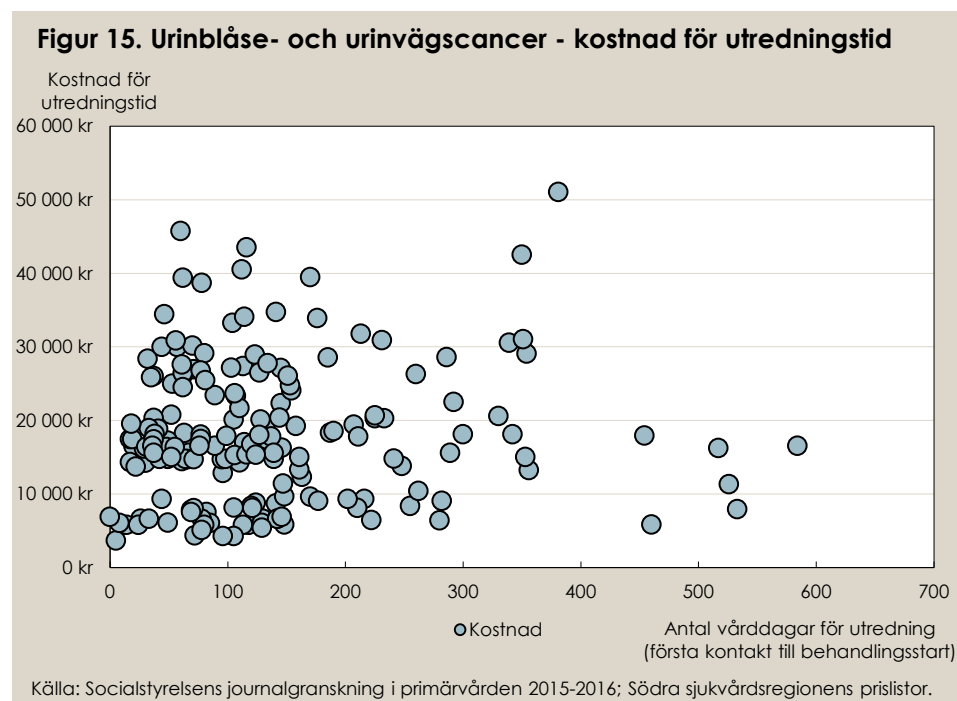
Den genomsnittliga kostnaden för att utreda misstänkt lungcancer var 17 316 kronor (standardavvikelse $\pm 9\,989$ kronor) per patient. Kostnaden varierade för enskilda patienter, där 95 procent av utredningarna fanns i intervallet 3 875–39 216 kronor. Det fanns en måttlig korrelation mellan kostnad och väntetid från första vårdkontakt vid misstanke om cancer till behandlingsstart.

Figur 14. Lungcancer - kostnad för utredningstid



Kostnad för utredning av misstänkt urinblåse- och urinvägscancer

Den genomsnittliga kostnaden för att utreda misstänkt urinblåse- och urinvägscancer var 18 438 kronor (standardavvikelse $\pm 11\,154$ kronor) per patient. Kostnaden varierade för enskilda patienter, där 95 procent av utredningarna fanns i intervallet 5 351–42 803 kronor. Det fanns ingen korrelation mellan väntetid och kostnad från första vårdkontakt vid misstanke om cancer till behandlingsstart.



Få studier ger kunskap om patientens livskvalitet under utredning

Att vänta på en diagnos vid misstanke om cancer kan vara en påfrestande upplevelse – dels lever patienten med risken att han eller hon är allvarligt sjuk, dels väntar en omfattande utredning med (potentiellt invasiva) diagnostiska ingrepp som är nödvändiga för att ställa diagnos [32, 33].

Studier inom området har primärt fokuserat på patienter som redan har fått sin cancerdiagnos; endast ett begränsat antal studier har fokuserat på patientens upplevelser och livskvalitet i tidsspannet från misstanke om cancer till att diagnos ställs i form av cancer eller inte cancer, dvs. den prediagnostiska fasen [15, 34-43].

Patienter som befinner sig i den prediagnostiska fasen av en cancerutredning uppvisar höga ångestnivåer och det går även att påvisa en negativ inverkan på livskvaliteten [34, 38, 42]. Prevalensen av ångest har rapporterats ligga på 46–73 procent i den prediagnostiska fasen för bröst- och lungcancerpatienter [35-37, 39, 43]. Vidare har patienter i den prediagnostiska fasen en liknande nedsättning i livskvalitet oavsett om diagnosen slutligen

blir cancer eller inte [41]. För patienter som får en cancerdiagnos ökar ångesten samtidigt som livskvaliteten sänks ytterligare, medan det ofta sker en förbättring av båda tillstånden om den slutgiltiga diagnosen inte är cancer [34, 35, 37, 39, 41, 43, 44].

Skattning av QALY i väntan på cancerdiagnos

Efter en genomgång av relevant litteratur, bedömdes två danska publikationer av Moseholm m.fl. vara mest relevanta för att skatta QALY-vikt i väntan på eventuell cancerdiagnos [41, 45].

Studierna är nya och omfattar 674 patienter i den prediagnostiska fasen av en cancerutredning. En av studierna innehåller dessutom en referenspopulation i den danska befolkningen, vilken har liknande egenskaper gällande kön och ålder. Denna grupp användes som referenspunkt vid skattning av nyttovikt för det aktuella tillståndet [41].

De två danska studierna gällde patienter som remitterats för icke-specifika cancersymptom där viktnedgång, smärta samt misstanke om svår sjukdom eller malignitet var de tre vanligaste orsakerna. Innan en vidare utredning påbörjades fick patienterna fylla i instrumentet EORTC QLQ-C30 vilket är ett validerat och ofta använt instrument för att mäta livskvalitet hos cancerpatienter. Patienterna i studien visste att det fanns cancermisstanke när de fyllde i formuläret [41, 45].

Skattning av QALY-vikt

Skattningen visade att den hälsorelaterade livskvaliteten kan minska med 14–27 procent när man befinner sig i den prediagnostiska fasen av en cancerutredning jämfört med hos den allmänna befolkningen. I absoluta tal motsvarar detta en minskning i hälsorelaterad livskvalitet på 0,112–0,218 på skalan från 0 (död) till 1 (perfekt hälsa).

Räkneexempel – vinst i hälsorelaterad livskvalitet vid förkortade väntetider

Den potentiella vinsten i hälsorelaterad livskvalitet har uppskattats genom att vi har utgått ifrån skillnaden mellan nuvarande väntetider och de mål för maximala väntetider för olika cancertyper som satts upp inom ramen för SVF. För detta har följande beräkning gjorts, där medelvärdet av nyttoviktsskattningarna (nyttovikt=0,165) har använts för någon som befinner sig i den prediagnostiska fasen av en cancerutredning.

$$QALY = 0,165 \times \text{skillnad i väntetid} / 365$$

De samlade resultaten av beräkningarna visas i tabell 10 [46]. Exempelvis skulle en förbättring av nuvarande väntetid till målväntetid för prostatacancer av högrisktyp med botande behandling motsvara en förbättring av livskvaliteten på 0,042 QALY ($0,165 \times [153-60]/365$).

Tabell 10. Potentiell QALY-vinst om målen med SVF uppnås, avseende förkortad väntetid vid olika cancerutredningar

Cancertyp		Behandlingstyp	Tidslinje	Mål/dagar	Nuvarande väntetid	QALY	Källa
Prostatacancer	Högrisk	Botande	Remissbeslut till behandlingsstart	60	153	0,042	[47]
		Icke-botande	Remissbeslut till behandlingsstart	28	97	0,031	[47]
	Mellan- och lågrisk		Remissbeslut till diagnosbesked	28	84	0,025	[47]
Huvud- och halscancer	Kirurgisk		Första besök till behandlingsstart	30	31	0,000	[47]
	Onkologisk		Första besök till behandlingsstart	38	50	0,005	[47]
Cancer i urinblåsa och övre urinvägarna			Remissbeslut till behandlingsstart	12	39	0,012	[47]
Matstrupscancer			Remissankomst till behandlingsbeslut	23	28	0,002	[48]
Magsäckscancer			Remissankomst till behandlingsbeslut	23	22	0,000	[48]
Lungcancer	Behandling med läkemedel		Beslut om välgrundad misstanke till behandlingsstart	40	45	0,002	[49]
	Kirurgisk behandling och strålbehandling		Beslut om välgrundad misstanke till behandlingsstart	44	80	0,016	[49]
Tjocktarmscancer			Diagnos till behandlingsstart	28	34	0,003	[50]

Sammanfattande reflektioner

Kostnaden för en cancerutredning från första vårdkontakt på grund av misstanke om cancer till behandlingsstart är relativt liten jämfört med den totala kostnaden för en cancerbehandling.

SVF-satsningens effekt på kostnaderna för själva utredningen bör därmed bli liten, eftersom antalet diagnostiska undersökningar som en patient genomgår överlag kan förväntas vara relativt konstant, även efter satsningens införande. Kortare väntetider och ledtider innebär inte per automatik en förändrad vårdkonsumtion; möjligen kan man tänka sig att det förutbestämda förloppet kan minska antalet läkarbesök under utredningen något.

Troligen kommer också fler patienter – åtminstone initialt – att utredas för cancer jämfört med tidigare. Dessa extra kostnader ingår inte i beräkningarna i denna undersökning men kommer att redovisas och uppskattas i ett senare skede av Socialstyrelsens uppföljning.

Dessutom kan satsningen medföra åtminstone initiala kostnader på satorisk nivå; dessa kostnader har inte ingått i den kostnadsberäkning som gjorts här.

Det är relativt komplicerat att definiera vad som egentligen bör inkluderas i ett utredningsförlopp. I analysen ovan, vilken baseras på Socialstyrelsens journalstudie [1], har samtliga registrerade vårdinsatser inkluderats, från första vårdkontakt på grund av misstanke om cancer. För en del patienter präglas dock den tidiga utredningsfasen av en rad varierande undersökningar innan en misstanke om diagnos uppstår. Detta gäller framför allt vid sam-sjuklighet och för patienter med oklara och diffusa symtom.

Några av patienterna i journalstudien har ett stort antal läkarbesök registrerade, vilket i en del fall går att härleda till oro hos patienten. Dessa patienter är inkluderade i analysen eftersom de avspeglar den vårdkonsumtion som i dag är förknippad med cancerutredningar. En patientgrupp som saknas i journalstudien är däremot de patienter som genomgått en cancerutredning och som sedan fått en annan diagnos än cancer.

Det finns få studier och undersökningar om patienters hälsorelaterade livskvalitet under den prediagnostiska fasen, jämfört med mängden undersökningar som har gjorts av patienter som fått en cancerdiagnos. Det verkar dock finnas belägg för att kortare prediagnostisk fas leder till mindre oro hos patienterna.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det sannolikt finns stora effektivitetsvinster i de arbetssätt som utvecklats inom ramen för SVF. Tidigare har konstaterats att införandet av kontaktsköterskan i cancervården har stor potential att effektivisera vården, men detta är problematiskt att uppskatta i direkta ekonomiska termer [47]. Satsningens fokus på att skapa effektivare vårdprocesser och smidigare patientflöden bör också kunna spridas till andra vårdområden. I tidigare analyser av bland annat Socialstyrelsen har framhållits att det finns en stor effektiviseringspotential i att öka betoningen på multidisciplinära samarbeten och omfördelning av arbetesuppgifter. Detta är också en bärande slutsats i betänkandet Effektiv vård [48-50].

Referenser

1. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie för införandet av standardiserade vårdförlopp; 2015.
2. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport; 2015.
3. Liedberg, F, Gerdtham, U, Gralen, K, Gudjonsson, S, Jahnson, S, Johansson, I, et al. Fast-track access to urologic care for patients with macroscopic haematuria is efficient and cost-effective: results from a prospective intervention study. *Br J Cancer*. 2016; 115(7):770-5.
4. Sveriges Kommuner och Landsting, Kortare väntetider i cancervården. Delrapport om överenskommelsen; 2016.
5. Socialstyrelsen. Uppbyggnaden av regionala cancercentrum. En samlad bedömning från fyra års uppföljning; 2016.
6. 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.
7. Jensen, H, Torring, 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.
8. 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.
9. 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.
10. Bohmer, R. Designing Care. Aligning the nature and management of health care. Boston: Harvard Buisness Press; 2009.
11. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015; 2015.
12. Brulin, GS, L. Att äga, styra och utvärdera stora projekt. Lund: Studentlitteratur; 2011.
13. Vårdanalys. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. 2015.
14. En nationell cancerstrategi för framtiden. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2009.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard; 2012.
19. Sandman, L. Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringssituationer? En översikt av tolknings- och tillämpningssvårigheter: Prioriteringscentrum; 2015:3.
20. Carlsson, PK, C. Broqvist, M, Eklund, K, Hallin, B, Jacobsson, C, Jacobsson Ekman, G, Källgren, C, Lind, M, Norlander, B, Rosén, P, Sjöblom, U.

- Sohlberg, A. Nationell modell för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård: Prioriteringscentrum; 2007:2.
21. Broqvist, MBE, M. Carlsson, P. Eklund, K. Jacobsson, A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Prioriteringscentrum; 2011:4.
 22. Så tycker patienterna om standardiserade vårdförlopp. Patientrapporterade erfarenhetsmått (PREM). Regionala Cancercentrum i samverkan; 2016 (november).
 23. Socialdepartementet. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum 2011.
 24. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården. Stockholm; 2014.
 25. Vårdanalys. Låt den rätte komma in. 2014.
 26. OECD. Waiting time policies in the health sector. What works?; 2013.
 27. 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.
 28. Lundqvist, AS, E. Carlsson, K. Kostnader för Sverige idag och år 2040: IHE; 2016:1.
 29. Regional nulägesbeskrivning - Standardiserat vårdförlopp - Cancer i urinblåsa och övre urinvägar. Regionalt Cancercentrum Väst; 2015.
 30. Regional nulägesbeskrivning standardiserat vårdförlopp - Lungcancer. Regionalt Cancercentrum Väst 2015.
 31. Regional nulägesbeskrivning - Standardiserat vårdförlopp - Tjock och ändtarmscancer. Regionalt Cancercentrum Väst; 2015.
 32. Brocken, P, Prins, JB, Dekhuijzen, PN, van der Heijden, HF. The faster the better?-A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psychooncology*. 2012; 21(1):1-10.
 33. Montgomery, M, McCrone, SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *J Adv Nurs*. 2010; 66(11):2372-90.
 34. Al-Shakhli, H, Harcourt, D, Kenealy, J. Psychological distress surrounding diagnosis of malignant and nonmalignant skin lesions at a pigmented lesion clinic. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2006; 59(5):479-86.
 35. Brocken, P, van der Heijden, EH, Oud, KT, Bootsma, G, Groen, HJ, Donders, AR, et al. Distress in suspected lung cancer patients following rapid and standard diagnostic programs: a prospective observational study. *Psychooncology*. 2015; 24(4):433-41.
 36. Dey, P, Bundred, N, Gibbs, A, Hopwood, P, Baildam, A, Boggis, C, et al. Costs and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 324(7336):507.
 37. Lampic, C, Thurfjell, E, Bergh, J, Sjoden, PO. Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer*. 2001; 37(4):463-9.
 38. Lheureux, M, Raherison, C, Vernejoux, JM, Nguyen, L, Nocent, C, Tunon De Lara, M, et al. Quality of life in lung cancer: does disclosure of the diagnosis have an impact? *Lung Cancer*. 2004; 43(2):175-82.
 39. Montazeri, A, Milroy, R, Hole, D, McEwen, J, Gillis, CR. Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52(3):203-4.
 40. Montazeri, A, Vahdaninia, M, Harirchi, I, Ebrahimi, M, Khaleghi, F, Jarvandi, S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008; 8:330.
 41. Moseholm, E, Rydahl-Hansen, S, Lindhardt, BO, Feters, MD. Health-related quality of life in patients with serious non-specific symptoms undergoing evaluation for possible cancer and their experience during the process: a mixed methods study. *Qual Life Res*. 2016.

42. Stover, AM, Mayer, DK, Muss, H, Wheeler, SB, Lyons, JC, Reeve, BB. Quality of life changes during the pre- to postdiagnosis period and treatment-related recovery time in older women with breast cancer. *Cancer*. 2014; 120(12):1881-9.
43. Ubhi, SS, Shaw, P, Wright, S, Stotter, A, Clarke, L, Windle, R, et al. Anxiety in patients with symptomatic breast disease: effects of immediate versus delayed communication of results. *Ann R Coll Surg Engl*. 1996; 78(5):466-9.
44. Liao, MN, Chen, MF, Chen, SC, Chen, PL. Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. *Cancer Nurs*. 2008; 31(4):274-83.
45. Moschholm, E, Rydahl-Hansen, S, Lindhardt, BO. Undergoing Diagnostic Evaluation for Possible Cancer Affects the Health-Related Quality of Life in Patients Presenting with Non-Specific Symptoms. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0148463.
46. Vasarainen, H, Malmi, H, Maattanen, L, Ruutu, M, Tammela, T, Taari, K, et al. Effects of prostate cancer screening on health-related quality of life: results of the Finnish arm of the European randomized screening trial (ERSPC). *Acta Oncol*. 2013; 52(8):1615-21.
47. Hälsoekonomisk bedömning av Regional Cancerplan RCC syd med särskilt fokus på kontaktsjukslöterskan och multidisciplinäraterapikonferenser. Institut för Hälso- och sjukvårdsekonomi; 2014.
48. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport; 2009
49. Socialstyrelsen. Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården? ;2016.
50. Statens Offentliga Utredningar. (SOU 2016:2). Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Bilaga 1. Metodik och tillvägagångssätt för avsnitt 2–4

Avsnitt 2

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Landstingens handlingsplaner för 2015–2016 (främst vad gäller utmaningar, lärande och koordinering).
- Sammanställningar av innehåll och rundabordsdiskussioner vid två dialogmöten (februari och oktober 2016) med landstingens projektledare för satsningen.
- Platsbesök och fördjupade dialoger med nyckelpersoner vid införandet och teamen i verksamheten i fyra landsting/regioner.
- Intervjuer med koordinators om uppdraget som koordinators, deltagande i nätverksmöten med koordinators samt genomgång av olika uppdragsbeskrivningar som tagits fram för uppdraget.
- Svar på webbenkäter riktade till landstingens/regionernas projektledare för satsning, primärvårdsläkare som remitterat patienter inom ramen för SVF samt kontaktsjuksköterskor som arbetar nära patienter under utredning både kontaktsjuksköterskor och som koordinators (se också avsnitt 3).
- Lokala processledares svar för ett antal SVF (livmoderhalscancer, lungcancer, prostatacancer samt mun- och halscancer) på frågan om iakttagelser och utmaningar relaterade till införandet av SVF.
- Regelbunden uppdatering av information om aktiviteter som rör satsningen, där webbplatsen www.cancercentrum.se utgjort en viktig del.
- Socialstyrelsens journalgranskning i primärvården som genomförts under 2015-2016.

Frågor och frågeområden vid platsbesök i fyra landsting/regioner
Utgångspunkten vid platsbesöken var en uppsättning grundfrågor. Intervjuerna har utgått från och inspirerats av frågor om systemtänkande (se framför allt kapitel 3 och referenser) samt lärande och implementering.

Frågorna och frågeområdena var följande:

- Beskriv kortfattat hur ni planerade och tänkte kring implementeringsarbetet. Finns det aspekter som ni i dag kunnat göra annorlunda?
- Vilken betydelse bedömer ni att framtagandet av handlingsplaner och rapporteringen till Socialdepartementet har för det regionala arbetet?
- Har ni iakttagit om, och i så fall vilka, spinn off-effekter som införandet av SVF kan ge upphov till?
- På vilket sätt bedöms och dokumenteras inom landstinget hur medlen används?
- Vilka möjligheter har ni att följa upp införandet av SVF? Finns det några framtida specifikt för ert landsting/er region?

- Hur ser den övergripande kartan ut när det gäller kompetens – tillgång och gap/brist?
- Hur ser ni på primärvårdens delaktighet i införandet för 2016? Privata vårdgivare?
- Vilka lärdomar kan ni dra från det första året?
- Hur ser ni på begreppet ”välgrundad misstanke om cancer”?
- Regeringen har i överenskommelser med landstingen och SKL flera andra satsningar som pågår. Hur ser ni på samordningen av relevanta satsningar inom ert landsting/er region? Kan de samordnas på ett meningsfullt sätt?
- Hur har ni arbetat med att få verksamhetschefer på olika nivåer delaktiga i satsningen? Utmaningar och möjligheter?

Analys och sammanställning

Underlag från dialogmöten och fördjupade dialoger med nyckelpersoner i landstingen/regionerna har sammanställts. Underlag från intervjuer har diskuterats i såväl projektgrupp som expertgrupp inför uppföljningen, och i framställningen har delar lyfts ut som kan anses som viktiga för införande-process och lärande.

Textunderlag (och i förekommande fall utskrifter av sammanställningar) har analyserats. En innehållsanalys kan göras utifrån olika abstraktionsnivåer, och i denna analys har fokus legat på det manifesta innehållet, dvs. det som uttrycks i texten. Vid analysen av handlingsplanerna har två analytiker varit involverade i processen både 2015 och 2016.

Avsnitt 3

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Webbenkäter riktade till primärvårdsläkare som remitterat patienter inom ramen för SVF.
- Kontaktsjuksköterskor som arbetar nära patienter under utredning som kontaktsjuksköterskor men också som koordinators.

Landstingens/regionernas projektledare ombads identifiera, samt ta fram e-postadresser till 5–10 läkare inom primärvården, som informerat och remitterat patienter inom ramen för SVF. Länken till webbenkäten distribuerades i maj 2016.

Enkätundersökningen till kontaktsjuksköterskor genomfördes i samverkan med den nationella arbetsgruppen för kontaktsjuksköterskor och min vårdplan, vilken är knuten till Regionala cancercentrum i samverkan. Arbetsgruppens sex representanter vidareände länken till kontaktsjuksköterskorna inom respektive sjukvårdsregion.

Frågorna för båda grupperna besvarades genom flera svarsalternativ och bedömning på en femgradig skattningsskala med möjligheter att lämna kommenterar vid varje fråga samt en avslutande öppen fråga. Båda grupperna besvarade vilket landsting/vilken region de var verksamma i och kontaktsjuksköterskorna svarade också i vilken eller vilka cancerprocesser de arbetar och om de även har uppdraget som koordinator. Länken till webbenkäten till kontaktsjuksköterskor distribuerades i maj och juni 2016, med en påminnelse.

Frågorna i webbenkäten till primärvårdsläkare
Skattningsfrågor och frågor med flera svarsalternativ:

- Jag har deltagit i och/eller använt mig av följande information omkring SVF i cancervården.
- För mig har stödet och informationen om SVF varit ...
- I de standardiserade vårdförloppen är remissrutiner en del av satsningen. För primärvården finns information vad remissen vid välgrundad misstanke ska innehålla.
- Remissen för utredning enligt SVF har underlättat arbetet för mig ...
- Hur lätt, eller svårt, upplever du det är att beskriva för patienten innebörden av utredning enligt SVF?
- Hur stor påverkan kan, enligt din bedömning, ett standardiserat vårdförlopp ha på patientens trygghetskänsla under utredningstiden?
- Anser du att införandet av SVF kan bidra till samverkan och kontinuitet i cancervården?

Öppen fråga

Övriga kommentarer från mig som primärvårdsläkare om införandet av SVF i cancervården.

Frågorna i webbenkäten till kontaktsjuksköterskor
Skattningsfrågor och frågor med flera svarsalternativ

- Har du ett skriftligt uppdrag som kontaktsjuksköterska?
- Deltar du som kontaktsjuksköterska i multidisciplinära konferenser?
- Arbetar du med ”aktiva överlämningar” (muntliga/skriftliga) till annan enhet?
- Får de patienter du är kontaktsjuksköterska för en skriftlig individuell vårdplan – Min vårdplan?
- Ingår det i ditt arbete som kontaktsjuksköterska också att vara koordinator för SVF?
- Inom vilka cancerformer arbetar du som kontaktsjuksköterska?
- Inom vilka cancerformer arbetar du som koordinator?
- I vilken utsträckning har införandet av SVF underlättat ditt arbete som kontaktsjuksköterska?
- I vilken utsträckning kan, enligt din bedömning, införandet av SVF bidra till ökad samverkan mellan primärvård och specialistvård?
- Hur stor påverkan har, enligt din bedömning, införandet av SVF för att stärka patientens möjlighet till delaktighet i sin egen vård?
- Hur stor påverkan har, enligt din bedömning, införandet av SVF för att patienten ska erhålla en skriftlig individuell vårdplan (Min vårdplan) i samband med utredningen?
- Hur lätt eller svårt upplever du det att muntligen beskriva innebörden av SVF för patienten?
- I de standardiserade vårdförloppen är skriftlig patientinformation en del av satsningen. I vilken utsträckning uppfattar du att den skriftliga patientinformationen har påverkat patientens förståelse av innebörden och stegen i utredningen?

- Hur stor påverkan kan, enligt din bedömning, ett SVF ha på patientens trygghetskänsla under utredningstiden?
- Hur stor påverkan kan, enligt din bedömning, ett SVF ha på närståendes trygghetskänsla under utredningstiden?

Öppen fråga

Övriga kommentarer och reflektioner om införandet av standardiserade vårdförlopp. Kommentera särskilt utmaningar, möjligheter och hinder för införandet under år 2016 och framåt.

Analys och sammanställning

Svaren från frågorna från primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor har analyserat frågorna med flera svarsalternativ och skattningarna med deskriptiv statistik. För analysen av kommentarerna och den öppna frågan har vi använt manifest innehållsanalys, det vill säga med fokus på det som direkt uttrycks i texten, i kombination med visst induktivt ansats för att spegla innehållet i texten utifrån olika teman och subteman. Textanalysprogrammet NVivo 10 har använts vid analysarbetet och två analytiker har varit involverade i den analytiska processen.

Avsnitt 4

Datainsamling, huvudsakliga källor och analys

- Landstingens och regionernas handlingsplaner.
- Telefonintervjuer med ett antal nyckelpersoner inom landstingen och regionerna: hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukhuschef, kontaktsjuksköterska med flera.
- Webbenkät till projektledarna i respektive landsting/region (se nedan), inklusive påminnelse.
- Ett avstamp utifrån de kommentarer som lämnades av primärvårdsläkare och kontaktsjuksköterskor som besvarade en webbenkät (se vidare under avsnitt 3) och de dialogmöten som genomförts i fyra landsting/regioner.

Webbenkät till projektledare

Samtliga landsting/regioner har för 2016 lämnat in en handlingsplan för införandet av standardiserade vårdförlopp. Frågorna nedan berör undanträngning och prioriteringar. I textfältet önskar vi att ni beskriver hur ditt landsting/region hanterar och förebygger eventuella undanträngningar. I textfältet önskar vi att ni beskriver om, och i så fall hur, satsningen gett upphov till diskussioner om prioriteringar mellan olika vårdområden (s.k. horisontella prioriteringar).

Analys och sammanställning

Texter och svar på frågor samt intervjuer och samtal har sammanställts och varit utgångspunkten för analys, främst med fokus på det som uttrycks i texten men också genom citat som illustrerar det sagda.

Om sekretess och kvalitetsäkning

Socialstyrelsen sparar och hanterar kontaktuppgifter till utgiftslämnarna till samtliga enkäter i enighet med personuppgiftslagen PuL (1998:2014).

Socialstyrelsen har samrått med SKL inför utformning och genomförande, i enighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner. Enkäten har genomgått Socialstyrelsens kvalitetsdeklaration avseende statistiska metoder.

Bilaga 2. Metodik för avsnitt 5

Tabell A. Urval och mätpunkter i uppföljningen av ledtider för fyra cancerformer med SVF start år 2015.

Maximal väntetid är angiven i kalenderdagar. Kolumnerna Från och Till i kvalitetsregistren och SKL motsvarar Mätpunkt 1 respektive Mätpunkt 2 i SVF.

	Mätpunkter enligt SVF				Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform				SKL:s databas		
Cancerform	Patient-grupp	Mät-punkt 1	Mät-punkt 2	Maxtid	Patient-grupp	Från	Till	Övrigt	Patientgrupp1	Från	Till
Huvud- och hals-cancer	Kirurgisk behandling	Välgrundad misstanke	Behandlingsstart	30	Kirurgisk behandling	Första besöket till specialist	Behandlingsstart: operation	- Uttag: 2016-10-20 - Registrets täckningsgrad mot Cancerregistret är 99 % för hela perioden 2008-2015, men är ej komplett för det senaste året - Urval: behandlingsstart under respektive tidperiod i figur 9. - Inga negativa ledtider ingår i rapportering. - Ledtider längre än 1 år är borttagna där det är misstänkt felregistrering. - Vid kirurgisk behandling är samma datum registrerat för båda mätpunkterna för: 69 patienter år 2013-2014; 24 patienter år 2015 och 22 patienter juli 2015-juni 2016.	Kirurgisk behandling (VA950=kirurgi)	Välgrundad misstanke (150613)	Behandlingsstart: kirurgi (160824)
	Onkologisk behandling, alternativt strålbehandling, medicinsk behandling	Välgrundad misstanke	Behandlingsstart	38	Onkologisk behandling, alternativt strålbehandling, medicinsk behandling	Första besöket till specialist	Behandlingsstart: onkologisk behandling, alternativt strålbehandling, medicinsk behandling		Onkologisk behandling, alternativt strålbehandling, medicinsk behandling (VA952=läkemedel, VA954=strålbehandling, VA956=kombinerad)	Välgrundad misstanke (150307)	Behandlingsstart: onkologisk behandling, alternativt strålbehandling, medicinsk behandling (160829)

Tabell A. Urval och mätpunkter i uppföljningen av ledtider för fyra cancerformer med SVF start år 2015.

Maximal väntetid är angiven i kalenderdagar. Kolumnerna Från och Till i kvalitetsregistren och SKL motsvarar Mätpunkt 1 respektive Mätpunkt 2 i SVF.

	Mätpunkter enligt SVF				Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform				SKL:s databas		
Cancerform	Patient-grupp	Mät-punkt 1	Mät-punkt 2	Maxtid	Patient-grupp	Från	Till	Övrigt	Patientgrupp1	Från	Till
Prostata-cancer	Högrisk-cancer där kurativt syftande behandling kan vara aktuell	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart/beslut om att avstå behandling	60	Högriskcancer som fått som primärbehandling radikal prostatektomi eller strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling ²	Remissbeslut	Behandlingsstart: kurativ behandling	- Uttag: 2016-09-28 - Negativa ledtider har exkluderats i beräkningen. - För diagnosår 2014 och 2015 har registret en täckningsgrad jämfört med Cancerregistret på 98 respektive 96 %. Av de som har diagnostiken inrapporterad är typ av primärbehandling känd för 95 %	Högriskcancer ³ där kurativt syftande behandling kan vara aktuell (dvs alla behandlingskoder för prostata exklusive VJ158=palliativ, VJ160=aktiv monitorering, VJ142=diagnosbesked och behandlingsdiskussion)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke (150313)	Start av kurativ behandling (160906)
	Högrisk-cancer där kurativt syftande behandling inte är aktuell	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart/beslut om att avstå behandling	28	Högriskcancer som fått icke-kurativ handling/hormonbehandling	Remissbeslut	Behandlingsbeslut	- Urval: behandlingsstart under respektive tidperiod i figur 9 (dvs. operationsdatum/strålbehandlingsstart för kurativ terapi, behandlingsbeslut för konservativ/icke-kurativ terapi, och behandlingsbeslut/diagnosbeskedsdatum⁴ för låg -och intermediärriskcancer)	Högriskcancer där kurativt syftande behandling inte är aktuell (VJ158=palliativ, VJ160=aktiv monitorering)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke (150520)	Behandlingsstart/beslut om att avstå behandling (160829)
	Låg -och intermediär riskcancer	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Diagnosbesked och behandlingsdiskussion med patienten	28	Låg -och intermediär riskcancer	Remissbeslut	Diagnosbesked och behandlingsdiskussion med patienten		Låg -och intermediär riskcancer (VJ142=diagnosbesked och behandlingsdiskussion)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke (150921)	Diagnosbesked och behandlingsdiskussion med patienten (160906)

Tabell A. Urval och mätpunkter i uppföljningen av ledtider för fyra cancerformer med SVF start år 2015.

Maximal väntetid är angiven i kalenderdagar. Kolumnerna Från och Till i kvalitetsregistren och SKL motsvarar Mätpunkt 1 respektive Mätpunkt 2 i SVF.

	Mätpunkter enligt SVF				Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform				SKL:s databas		
Cancerform	Patient-grupp	Mät-punkt 1	Mät-punkt 2	Maxtid	Patient-grupp	Från	Till	Övrigt	Patientgrupp1	Från	Till
Urinblåse-cancer (urinblåsan och övre urinvägarna)	Icke muskelinvasiv tumör (T-stadium Tis, Ta, T1, exklusive M1)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart	9–12	Icke muskelinvasiv tumör (T-stadium Tis, Ta, T1, exklusive M1)	Remissbeslut		Behandlingsstart: TURB-operation			
	Muskelinvasiv tumör	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart: strålning	37–41	Muskelinvasiv tumör	Remissbeslut		Behandlingsstart: neo-adjuvant kemoterapi, strålning, cystektomi	- Uttag: 2016-10-18 - För diagnosår 2014 och 2015 har registret en täckningsgrad jämfört med Cancerregistret på 99 respektive 94 %. För första halvåret 2016 ligger täckningsgraden på 81% (beräknat 2016-10-19) - Urval: diagnos ställd under respektive tidperiod i figur 9. - Negativa värden exkluderade.		
			Behandlingsstart: neoadjuvant kemoterapi	34–37							
			Behandlingsstart: cystektomi	31–35							

Tabell A. Urval och mätpunkter i uppföljningen av ledtider för fyra cancerformer med SVF start år 2015.

Maximal väntetid är angiven i kalenderdagar. Kolumnerna Från och Till i kvalitetsregistren och SKL motsvarar Mätpunkt 1 respektive Mätpunkt 2 i SVF.

	Mätpunkter enligt SVF				Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform				SKL:s databas		
Cancerform	Patient-grupp	Mät-punkt 1	Mät-punkt 2	Maxtid	Patient-grupp	Från	Till	Övrigt	Patientgrupp1	Från	Till
Matstrups- och magsäcks-cancer	Kirurgisk behandling	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart	38	Patienter som har genomgått endast kirurgisk behandling. Exkluderar kombinationen neoadjuvant+kirurgi ⁶	Diagnos	Behandlingsstart: kirurgi	- Uttag ur INCA-databasen: 2016-10-05 - Täckningsgrad: 96% för år 2013, 93% för år 2014, 85% för år 2015, ej framtaget för r 2016 - Urval: behandlingsstartdatum (operationsdatum / neoadjuvant behandlingsstart) under respektive tidperiod i figur 9. 2013-2014! - Endast väntetider>=0 dagar inkluderas i statistiken	Kirurgisk behandling (VB050=kirurgi)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke (150811)	Behandlingsstart: kirurgi (160830)
	Radio-kemoterapi (neoadjuvant cytostatika)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart	38	Radio-kemoterapi som neoadjuvant cytostatika	Diagnos	Behandlingsstart: kemo-radioterapi		Radio-kemoterapi som neoadjuvant cytostatika (VB056=kombinerad)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke (150710)	Behandlingsstart (160831)
	Kemoterapi	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Behandlingsstart	31	Kemoterapi	Diagnos	Behandlingsstart: kemoterapi		Kemoterapi (VB052=läkemedel)	Remissbeslut vid välgrundad misstanke (150826)	Behandlingsstart (160831)

¹ För koder inom parantes se kvå-koder på följande sidor:

http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/kva-koder/kodvagledning_huvudhals_final_8jun15.pdf

http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/kva-koder/kodvagledning_prostatacancer_final_8jun15.pdf

http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/kva-koder/kodvagledning_urinblasanurinvagar_final_8jun15.pdf

http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/kva-koder/kodvagledning_matstrupemagsack_final_8jun15.pdf

² Patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling innan strålbehandling är ej inkluderade. I registret finns inte datum för start av neoadjuvant hormonbehandling förrän år 2015 så om man vill jämföra bakåt i tiden måste dessa alltså exkluderas.

³ Kod för hög eller lågriskcancer saknas, vilket innebär att det inte fullständigt kan säkerställas om urvalet gäller hög- eller lågrisk. Grupperingen har gjorts utifrån behandlingsalternativen.

⁴ När behandlingsbeslutsdatum saknats, har urvalet gjorts på diagnosbeskedsdatum. Detta påverkar inte själva ledtiden eftersom denna är remiss->diagnosbesked utan gör bara att de kan komma med i urvalet för aktuell period.

⁵ Urvalet kan även innehålla cystektomi.

⁶ Anledningen är att operationen normalt senareläggs om man inleder med neoadjuvant behandling.

Bilaga 3. Metodik för avsnitt 6

Kostnadsberäkningar utifrån journalstudien i primärvården

Bland variablerna i journalgenomgången identifierades de som gick att utläsa resursförbrukning för, bl.a. datum för olika vårdbesök, undersökningar, åtgärder, medicinsk service och labprover. Ett noterat datum likställdes med utnyttjande av motsvarande resurs. Perioden motsvarar cancerutredning, från första vårdkontakt p.g.a. cancermisstanke till behandlingsstart.

Journalstudien har dels inkluderat förekomst av insatser som är typiska för utredning av den aktuella cancerformen, dels har det funnits möjlighet att notera andra diagnostiska aktiviteter som utförts under utredningens gång. Diagnostiska aktiviteter av sidokaraktär är vanliga vid diffusa symptom och innan specifik cancerform börjat misstänkas. Även dessa insatser har inkluderats i kostnadsberäkningen eftersom de är en del av vårdförloppet från första vårdkontakt till diagnos. Det kan dock noteras att dessa aktiviteter kan ligga före tidpunkten för välgrundad misstanke om cancer.

Journalstudien innehåller uppgifter om såväl primärvård som sekundärvård. Typ av specialistkompetens i sekundärvård finns för flertalet patienter registrerat i materialet. I övriga fall har det antagits att läkarbesök på sekundärnivå har varit hos relevant specialitet: urologi för urinblåse- och urinvägscancer; lungmedicin för lungcancer; samt kirurgi för tjock- och ändtarmscancer. Fördelningen av patienter över olika sekundärvårdsspecialiteter redovisas i Tabell .

Tabell A. Specialistkompetens i sekundärvård som utredde patienterna i journalstudien, antal patienter per specialitet och cancerform

Specialitet	Tjock – och ändtarmscancer	Lungcancer	Urinblåse och urinvägscancer
Kirurgi	194	5	12
Lungmedicin		189	
Urologi	1		169
Gastroenterologi	11		
Internmedicin	2	8	1
Gynekologi	1		7
Infektion		1	1
Ortopedi		2	
Hudkliniken		1	
Neurologi		1	
Öron Näsa Hals		1	

Kostnadsberäkningar för tre cancerdiagnoser

För kostnadssättning av de vårdresurser som registrerats i journalstudien har Södra sjukvårdsregionens prislister använts. I förekommande fall har kostnaden för återbesök använts fr.o.m. andra vårdbesöket för respektive patient och besökstyp. Tabell B redovisar resursförbrukning i form av registrerade vårdbesök, åtgärder samt laboratorieprover i journalstudien. Perioden motsvarar cancerutredning, från första vårdkontakt p.g.a. misstanke om cancer till behandlingsstart. Tabellen (tabell B) visar även den påföljande kostnaden per patient. Primärvårdskontakter har kostnadssatts som ett läkarbesök i primärvård. Sekundärvårdsbesök har kostnadsförts enligt angiven specialitet, eller som besök på kirurgmottagning om uppgift saknats.

Tabell B. Resursförbrukning och kostnader för utredning vid misstänkt kolorektal cancer (n=209 patienter).

		Antal	Antal per patient	Kostnad per patient
Vårdbesök	Läkare primärvård	371	1,78	2 663 kr
	Läkare sekundärvård	483	2,31	2 530 kr
	Sjuksköterska primärvård	25	0,12	73 kr
	Sjuksköterska sekundärvård	7	0,03	20 kr
Åtgärder, typiska	Koloskopi	171	0,82	4 833 kr
	Patologi, ektomi colon	135	0,65	5 561 kr
	Rektoskopi	115	0,55	1 363 kr
	PET-scan	21	0,10	1 206 kr
Åtgärder, övriga	DT thorax och buk	30	0,14	310 kr
	DT colon	28	0,13	248 kr
	DT buk	22	0,11	173 kr
	Gastroskopi	19	0,091	269 kr
	RTG lungor	8	0,038	18 kr
	MR nedre buk/bäcken	7	0,033	103 kr
	RTG, colon med enkelkontrast	4	0,019	45 kr
	DT thorax	3	0,014	22 kr
	RTG ländrygg	2	0,010	6 kr
	Cystoskopi	1	0,005	5 kr
	DT urografi med iv kontrast	1	0,005	11 kr
	Gyn us	1	0,005	8 kr
	ULJ buk	1	0,005	9 kr
	ULJ urinblåsa	1	0,005	4 kr
Prover	F-Hb	315	1,51	127 kr
	Hb	209	1,00	14 kr
	Trombocyter	207	0,99	14 kr
	CRP	137	0,66	10 kr
	SR	70	0,33	13 kr

	Antal	Antal per patient	Kostnad per patient
F-Kalprotectin	47	0,22	84 kr
Totalt			19 742 kr

Kostnad för utredning av misstänkt lungcancer

Tabell redovisar resursförbrukning i form av registrerade vårdbesök, åtgärder samt laboratorieprover i journalstudien, och påföljande kostnader. Primärvårdskontakter har kostnadssatts som ett läkarbesök i primärvård. Sekundärvårdsbesök har kostnadsförts enligt registrerad specialitet, eller som besök på lungmottagning om uppgift saknats.

Tabell C. Resursförbrukning och kostnader för utredning vid misstänkt lungcancer (n=208 patienter)

		Antal	Antal per patient	Kostnad per patient
Vårdbesök	Läkare primärvård	368	1,77	2 654 kr
	Läkare sekundärvård	536	2,58	1 968 kr
	Sjuksköterska primärvård	25	0,12	74 kr
	Sjuksköterska sekundärvård	2	0,01	6 kr
Åtgärder, typiska	Lungröntgen	220	1,05	491 kr
	Patologi, ektomi lunga	216	1,04	3 301 kr
	DT thorax	201	0,97	1 493 kr
	Spirometri	136	0,65	1 242 kr
	PET-scan	93	0,45	5 365 kr
	EBUS	21	0,10	523 kr
Åtgärder, övriga	DT buk	4	0,019	32 kr
	DT hjärna	3	0,014	21 kr
	Koloskopi	2	0,010	57 kr
	DT thorax och buk	2	0,010	21 kr
	RTG ländrygg	2	0,010	6 kr
	Ambulatorisk blodtrycksmätning 24 tim	1	0,005	9 kr
	RTG axel	1	0,005	2 kr
	Gastroskopi	1	0,005	14 kr
	MR höftled	1	0,005	15 kr
	RTG hypofarynx	1	0,005	9 kr
	ULJ lever	1	0,005	4 kr
	Arbets-EKG	1	0,005	17 kr
Prover	Hb	201	0,97	14 kr
	Trombocyter	197	0,95	13 kr
	CRP	168	0,81	12 kr

	Antal	Antal per patient	Kostnad per patient
SR	59	0,28	11 kr
Totalt			17 372 kr

Tabell D redovisar resursförbrukning i form av registrerade vårdbesök, åtgärder samt laboratorieprover i journalstudien, och påföljande kostnader. Primärvårdskontakter har kostnadssatts som ett läkarbesök i primärvård. Sekundärvårdsbesök har kostnadsförts enligt registrerad specialitet, eller som besök på urologimottagning om uppgift saknats.

Tabell D. Resursförbrukning och kostnadsberäkning för utredning vid misstänkt cancer i urinvägar eller urinblåsa (n=190 patienter)

		Antal	Antal per patient	Kostnad per patient
Vårdbesök	Läkare primärvård	342	1,80	2 700 kr
	Läkare sekundärvård	362	1,91	3 252 kr
	Sjuksköterska primärvård	28	0,15	90 kr
	Sjuksköterska sekundärvård	2	0,01	6 kr
Åtgärder, typiska	Cystoskopi	194	1,02	1 095 kr
	Patologi, ektomi urinblåsa	154	0,81	7 253 kr
	DT urinvägar/buk	153	0,81	1 161 kr
	Urincytologi	70	0,37	302 kr
	PET-scan	36	0,19	2 274 kr
Åtgärder, övriga	ULJ njurartärer	12	0,063	83 kr
	DT urografi med iv kontrast	4	0,021	48 kr
	DT buk	3	0,016	26 kr
	RTG lungor	3	0,016	7 kr
	ULJ urinvägar	3	0,016	13 kr
	DT urinvägar	3	0,016	23 kr
	Gyn us	2	0,011	17 kr
	Rektoskopi	2	0,011	26 kr
	DT colon	1	0,005	10 kr
	Urografi utan kompression	1	0,005	8 kr
Prover	Hb	187	0,98	14 kr
	Trombocyter	181	0,95	13 kr
	CRP	130	0,68	10 kr
	SR	30	0,16	6 kr
Totalt				18 438 kr