

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Lägesrapport 2017

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	2017-11-14
Illustration	s. 32, iStock
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , november 2017

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 (SKL) om att införa standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

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. 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 2017.

Rapporten riktar sig till regeringen, samt till sjukvårdshuvudmännen, regionala cancercentrum (RCC), professioner och patientföreträdare. 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
Drygt 100 000 patienter har utretts för cancer i snabbare takt.....	7
Koordination och kommunikation banar väg	8
Mindre landsting och regioner har särskilda utmaningar.....	8
Medvetenhet hos fler förebygger undanträngning	9
1. Inledning och utgångspunkter	10
Om uppdraget	10
Vägläddande perspektiv	10
Satsningens nyckelområden	10
Socialstyrelsens tidigare iakttagelser	12
Tillvägagångssätt, metoder och rapportens innehåll	13
2. Nulägesbild och övergripande iakttagelser	16
Fler än 100 000 patienter har hittills genomgått SVF.....	16
Tre års arbete i landsting och regioner	19
Erfarenheter, förbättringar och lärande	21
Frågor om framtida hållbarhet	24
Vad händer efter 2018?	25
Jämförelse med Norge och Danmark	27
3. Särskilda iakttagelser om implementeringen 2017	31
Koordinatorerna i vårdförloppen	31
Uteblivet stimulansmedel.....	48
Undanträngning förebyggs genom medvetenhet	56
4. Patienterna är nöjda med kortare utredningstider	64
Referenser	74
Bilagor	77
Bilaga 1 Metodik och tillvägagångssätt.....	77
Bilaga 2 Dialogmöte om Socialstyrelsens uppföljning av standardiserade vårdförlopp i cancervården	86
Bilaga 3 Nationell kartläggning av koordinatörer inom standardiserade vårdförlopp i cancervården	87
Bilaga 4 Dimensioner med beskrivningar enligt Nationell patientenkät	88
Bilaga 5 Medianväntetid SVF införda 2015-2016.....	89

Sammanfattning

Satsningen på att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården har lett till ett ökat fokus på att utveckla vårdens processer och samarbetet mellan olika verksamheter.

Nationell samsyn, ett gemensamt språk och utrymme för lärande och lokala anpassningar bedöms vara framgångsfaktorer som långsiktigt bidrar till att korta väntetiderna för patienterna. Avgörande utmaningar är samtidigt bristande tillgång till nyckelkompetenser, samt att processorienterade arbetsätt inte alltid tillämpas inom och mellan alla inblandade verksamheter. Denna tredje lägesrapport från Socialstyrelsen visar att landstingen och regionerna har fortsatt sitt arbete med att utveckla långsiktigt hållbara och lokalt anpassade lösningar. Samtidigt har väntetiderna kortats för många patienter och de är också nöjda med de kortare utredningstiderna.

Drygt 100 000 patienter har utretts för cancer i snabbare takt

Under satsningens första tre år (2015–2017) har 28 vårdförlopp införts och drygt 100 000 personer har genomgått SVF. Andelen som inlett en cancerbehandling varierar stort mellan olika SVF. För akuta diagnoser (till exempel akut myeloisk leukemi, AML) är andelen hög, (80 procent) medan den varierar mellan cirka 30 och 70 procent för andra diagnoser. Lägst andel som startat en cancerbehandling finns inom urinblåse- och urinvägscancer, där hittills 14 procent av dem som remitterats till förloppen också har påbörjat behandling.

Under 2016 infördes ett SVF för patienter som har ospecifika och allvarliga symtom som kan bero på cancer. Landstingens och regionernas företrädare framhåller att detta SVF särskilt gynnar grupper av patienter som tidigare har haft svårt att komma in i vården, utan ofta skickats runt mellan olika verksamheter. Exempel som anges är personer med olika funktionsnedsättningar och neuropsykologiska problem, samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi.

Preliminära uppgifter från Sveriges kommuner och landsting (SKL) och de nationella kvalitetsregistren visar att väntetiderna kortats för de patienter som remitterats till förloppen. Det finns dock även här stora variationer mellan förloppen; några förlopp (t.ex. hudmelanom) hade korta väntetider redan före satsningen. För ytterligare några diagnoser (bland annat tjock- och ändtarmscancer och lungcancer) verkar väntetiderna inte ha påverkats nämnvärt ännu. Inom flera verksamheter tycks utmaningar med brister i vissa kompetenser (t.ex. operationssköterskor och specialister i lungmedicin och urologi) försvåra arbetet med att uppnå påtagliga effekter på väntetiderna.

Koordination och kommunikation banar väg

Koordination är en bärande strategi i satsningen på SVF, och 2015–2017 har ett stort antal koordinators anställt. Landstingen och regionerna har valt olika sätt att integrera koordinators i verksamheten. Vanligast är att koordinators samordnar förlopp inom olika vårdverksamheter, med ansvar för antingen ett helt förlopp eller delar av förloppet. Mindre vanligt är en modell där koordinators har ett övergripande ansvar för styrning och samordning av samtliga förlopp.

Tjänstgöringsgraden i uppdraget som koordinators varierar. En större andel av koordinators arbetar med uppdraget mindre än en tredjedel av heltid medan tio procent arbetar med uppdraget på heltid. Koordinators har även varierande yrkesbakgrund (till exempel medicinsk sekreterare, undersköterska eller sjuksköterska) men gruppen lyfter samstämmigt upp både positiva och mer utmanande aspekter i rollen som koordinators.

Många upplever arbetet som koordinators som meningsfullt. Samtidigt uppger många att det kan vara utmanande att växla mellan olika arbetsuppgifter och efterfrågar utbildning och erfarenhet vad gäller patientkontakt. Drygt 40 procent uppger vidare att de regelbundet prioriterar mellan olika patienter, vilket uppfattas som en svårighet i arbetet.

Sedan tidigare har koordinators etablerats inom flera andra områden, inte minst för att bristande samordning och kontinuitet vad gäller patientens vård och omsorg har bedömts vara ett av de viktigaste utvecklingsområdena inom svensk hälso- och sjukvård.

Mindre landsting och regioner har särskilda utmaningar

Det har visat sig att mindre landsting och regioner i vissa avseenden har större utmaningar med att uppfylla det krav som fastställts i överenskommelserna om satsningen mellan staten och SKL. Detta har för sex mindre landsting och regioner lett till att de inte fick en del av utbetalningen av stimulansmedel hösten 2016. I intervjuer med företrädare för arbetet med satsningen i dessa landsting och regioner framkommer att detta bidragit till besvikelse och frustration hos dem som arbetar med SVF i de patientnära verksamheterna, vilket i sin tur uppges påverka i kvaliteten i implementeringsarbetet.

Flera framhåller att arbetet i mindre landsting och regioner generellt är mer utmanade. Bland annat nämns att de till exempel inte haft möjlighet att etablera så kallade diagnostiska centrum, det vill säga organisatoriska enheter som etableras i ökad utsträckning med syftet att snabbt utreda patienter med misstanke om allvarlig sjukdom.

Medvetenhet hos fler förebygger undanträngning

Satsningen på SVF har lett till att medarbetare i vården har blivit mer medvetna om prioriteringar och etiska principer genom det kontinuerliga arbetet med att förebygga undanträngning. Risken för undanträngning till följd av SVF är fortsatt tydligast inom diagnostiska verksamheter, men den kan även uppstå inom andra områden och på olika nivåer.

Socialstyrelsens iakttagelser under året visar att innebörden av begreppet undanträngning fortfarande behöver blir mer känd. Det finns en stor medvetenhet inom verksamheterna om att oönskad undanträngning ska hanteras och förebyggas. En farhåga som lyfts fram är vad som händer de patienter som av olika skäl inte passar för att ingå i SVF. Genom att kontinuerligt ta hänsyn till undanträngningseffekter i relation till den etiska plattformen kan riskerna för oönskade effekter förebyggas och minimeras.

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 de regionala skillnaderna.

I uppdraget till Socialstyrelsen ingår att följa och utvärdera satsningen på cancerområdet för att se om överenskommelsen med SKL och eventuella övriga insatser bidrar till satsningens eftersträvade effekt, det vill säga en mer tillgänglig cancervård, förbättrad jämlikhet och ökad nöjdhet hos patienterna. I uppdraget framgår 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.

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 prioriterar följande tre perspektiv:

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

Vidare har uppföljningen tagit intryck av både nationella och internationella erfarenheter om hur man kan främja utvecklingen mot en mer integrerad, patientcentrerad och sammanhållen hälso- och sjukvård.

Satsningens nyckelområden

Det standardiserade vårdförloppet (SVF) ska i första hand förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Nyckelområden för arbetet är införandet av

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

- begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition
- en koordinatorsfunktion
- obokade tider hos utredande enheter.²

SVF 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 är riktmärken för landstingen och regionerna i arbetet med att skapa de vårdförlopp som krävs.

Under 2015 infördes 5 SVF och 2016 infördes ytterligare 13 förlopp. Under 2017 ska landstingen och regionerna införa 10 ytterligare SVF, och då finns sammantaget 28 SVF på plats. Under 2017 ska landstingen och regionerna även förbereda för de SVF som planeras för 2018. Tabellen nedan (tabell 1) ger översikt av de införda förloppen 2015–2017 och cancerincidens för respektive cancerform.

² Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015 och 2016.

Tabell 1. Standardiserade vårdförlopp och år för införande, cancerincidens för respektive diagnos

Införande År	Standardiserat förlopp	Cancerincidens, riket*
2015	Akut myeloisk leukemi (AML)	417
	Huvud- och halscancer	1 400
	Matstrupe- och magsäckscancer	1 162
	Prostatacancer	10 411
	Urinblåse- och urinvägscancer	2 995
2016	Allvarliga ospecifika symtom**	
	Bröstcancer	7 961
	Bukspottkörtelcancer	1 373
	Cancer med okänd primärtumör (CUP)**	
	Gallblåsecancer/gallvägar	318
	Hjärtumör	1 047
	Hudmelanom	3 818
	Levercancer	494
	Lungcancer	3 970
	Lymfom	1 999
	Myelom	661
	Tjock- och ändtarmscancer	6 162
	Äggstockscancer	967
2017	Akut lymfatisk leukemi (ALL)	48
	Analcancer	64
	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	635
	Livmoderhalscancer	596
	Livmoderkroppscancer	1 499
	Njurcancer	1 187
	Peniscancer	100
	Sarkom (skelett och mjukdel)	255
	Sköldkörtelcancer	566
	Testikelcancer	359

Källa: *Cancerregistret 2015. "Patienter med allvarliga ospecifika symtom" ska säkra att patienten utreds utan medicinsk omotiverad väntetid. Både förloppen "för allvarliga ospecifika symtom" och ett CUP kan leda till ett diagnosspecifikt SVF med start av behandling/eller cancer avskrivas efter utredningen
Källa: Cancercentrum.se

Socialstyrelsens tidigare iakttagelser

I Socialstyrelsens rapporter om SVF under 2015 konstaterades att flera landsting och regioner sedan tidigare arbetat med processutveckling för att korta väntetider och förbättra vården vid misstänkt cancer. I dessa landsting och regioner fanns en särskild beredskap inför den nationella satsningen på SVF. Vidare lyfte rapporterna att verksamheterna såg positivt på det stöd som regionala cancercentrum (RCC) riktat till verksamheterna inför satsningen.

Därutöver visade rapporterna från 2015 på svårigheterna med att ge en samlad bild av patienters nöjdhet före införandet av SVF. Socialstyrelsen

framhöll också primärvårdens roll inom satsningen, bland annat mot bakgrund av att en stor majoritet av de patienter som söker vård för misstänkta symtom på cancer i första hand söker sig till vård- och hälsocentraler.

I lägesrapporten för 2016 konstaterades att väntetiderna hade kortats för de patienter som remitterats in i SVF och att patienterna var nöjda med de kortare utredningstiderna. Rapporten pekade också på att läkare inom primärvården i stora drag är positiva till satsningen och till möjligheterna att bättre informera patienterna om vad som kommer att hända under utredningen.

Vidare visade rapporten att verksamheterna kontinuerligt arbetar med att förebygga undanträngning men att det för många i verksamheterna var oklart hur begreppet undanträngning relaterar till prioriteringar och den etiska plattformen. Därutöver konstaterades att de hälsoekonomiska konsekvenserna av satsningen är svåra att uppskatta. Dock bedömdes att möjligheterna till effektivisering är stora, särskilt om arbetet inom satsningen får spridning till andra vårdområden.

Tillvägagångsätt, metoder och rapportens innehåll

De iakttagelser och beskrivningar som presenteras i denna lägesrapport baseras i huvudsak på följande underlag:

- landstingens och regionernas handlingsplaner för införandet 2015–2017
- fördjupade dialoger med nyckelpersoner i fyra landsting och regioner
- enkäter riktade till verksamheternas projektledare samt SVF-koordinatorer
- fördjupade intervjuer med ansvariga för SVF på olika nivåer
- uppgifter från kvalitetsregister och SKL:s väntetidsmätningar
- resultat från en nationell enkät till patienter som genomgått SVF.

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

Om samverkan och gemensamt lärande

Till uppdraget har sedan tidigare knutits externa experter och forskare som på olika sätt bidragit i arbetet. Under året har Socialstyrelsen deltagit i flera regionala möten inom ramen för satsningen. Vidare har Socialstyrelsen tillsammans med Prioriteringscentrum arrangerat ett seminarium vid den nationella prioriteringskonferensen i oktober 2017 samt deltagit i två nordiska möten om motsvarande satsningar i Norge och Danmark.

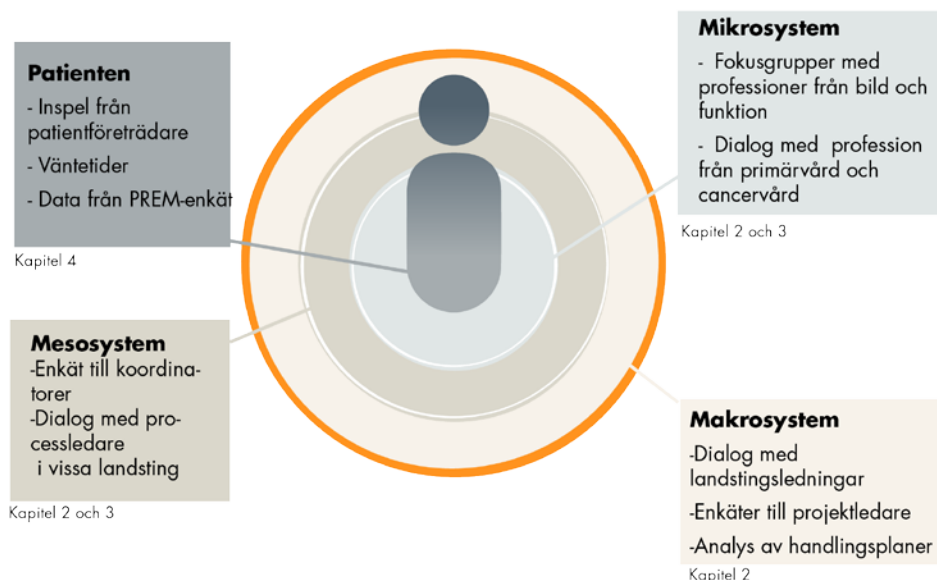
Därutöver har Socialstyrelsen arrangerat ett särskilt dialogmöte med projektledare i landsting och regioner utifrån vår uppföljning (bilaga 2). Vid mötet diskuterades frågor som rör satsningen, exempelvis koordinatorernas roll, övergripande utmaningar, undanträngning och prioriteringar samt hur standarisering kopplar till en mer patientcentrerad vård. Erfarenheter från mötet har sammanställts och återkopplats till deltagarna, liksom verksamheternas egna resultat från den enkätundersökning som genomförts om koordinatorernas arbete.

De externa experter som särskilt bidragit vid olika dialogmöten, och också med underlag till årets lägesrapport, är *Fredrik Nilsson*, Lunds universitet, *Ulrika Winbladh* och *Anna Hallberg*, Uppsala universitet, *Bonnie Posinska*, *Magdalena Smed* och *Mattias Elg*, Linköpings universitet samt *Thomas Davidsson*, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet.

Rapportens innehåll

Rapportens olika avsnitt (figur 1) avser att belysa hur de olika delarna i systemet bidrar till att utveckla vården utifrån de övergripande målen i satsningen, där de yttersta målen är att förbättra vården för patienten med särskilt fokus på att korta väntetiderna och bidra till nöjdare och mer delaktiga patienter.

Figur 1. Systemperspektiv på uppföljningen av standardiserade vårdförlopp och koppling till källor för rapportens innehåll



I *kapitel 2* redovisas en övergripande bild av införda SVF, hur arbetet i landstingen fortskridit under året samt de utmaningar som utkristalliserats det senaste året utifrån verksamheternas perspektiv. Vidare kommenteras några olika aspekter som kan vara av värde för andra vårdområden utifrån generella resonemang om satsningens bäring på förbättringar och lärande. I avsnittet kommenteras också kortfattat motsvarande satsningar i Norge och Danmark.

I *kapitel 3* redovisar iakttagelser från de särskilda fördjupningar av implementeringsarbetet som genomförts under 2017. Det handlar dels om resultatet av en nationell uppföljning av *koordinatorernas funktion* inom satsningen, dels resultatet av en intervjuvstudie som genomförts i de landsting och regioner som inte fick ta del av stimulansbidraget under hösten 2016. Slutligen beskriver vi de aspekter på *undanträngningseffekter och prioriteringar* som hittills framkommit i arbetet med satsningen.

I *kapitel 4* beskrivs vad myndigheten så här långt kan säga om hur SVF bidrar till de övergripande målen för satsningen. Uppgifterna baseras bland annat på preliminära uppgifter om väntetider från nationella kvalitetsregister, samt uppgifter från den nationella enkät som distribuerats till de patienter som genomgått SVF.

2. Nulägesbild och övergripande iakttagelser

Sammanfattat

- Fram till år 2017 har sammantaget 28 SVF införts. Drygt 100 000 personer har genomgått SVF.
- Andelen som inlett en cancerbehandling varierar mellan olika SVF. För förlopp införda 2015 har akut myeloisk leukemi, (AML) en hög andel (80 procent) och lägst andel (drygt 14 procent) har urinblåse- och urinvägscancer. Andelen varierar mellan 34 och 67 procent för örlopp införda 2016.
- Sedan 2015 har diagnostiska centrum (DC) utökats till antal från 3 (2015) till 22 (2017) och finns nu i samtliga sjukvårdsregioner.
- Det råder fortfarande en samsyn mellan landsting och regioner och verksamheter om att satsningen på kortare väntetider skapar engagemang för att samverka mellan olika aktiviteter och vårdnivåer.
- Lärandet ökar mellan olika SVF, samtidigt som arbetssätten fortlöpande behöver motiveras och kommuniceras och kompetensen säkerställas.
- Ett arbete pågår i landstingen och regionerna för att permanenta SVF efter 2018 med lösningar som fungerar på sikt, men förutsättningar för stöd och integrering i verksamheterna varierar.
- Patienter med allmänna och ospecifika symtom har genom SVF och fler diagnostiska centrum fått ökad möjlighet att uppmärksammas och snabbt utredas för allvarliga symtom.
- Nationella ramverk och arenor för lärande och ett gemensamt språk har varit betydelsefulla faktorer för satsningen och även centrala faktorer för utvecklingen på andra områden.

Innehållet i avsnittet baseras på

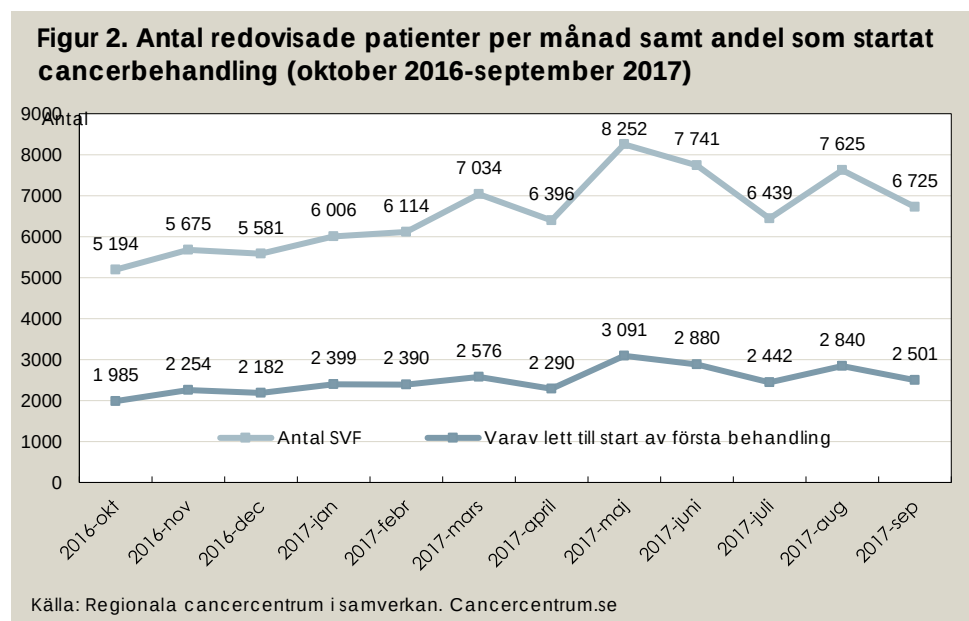
- i första hand kvantitativa uppgifter om vårdförloppen, vilka har hämtats från webbplatsen www.cancercentrum.se och den nationella databasen med resultat och statistik
- i andra hand fördjupade analyser i landstingen och regionerna, frågor riktade till landstingens och regionernas projektledare samt handlingsplaner (se vidare i metodbilagan, bilaga 1).

Fler än 100 000 patienter har hittills genomgått SVF

Åren 2015–2017 har SVF i cancervården införts i samtliga landsting och regioner. Under samma period har fler än 100 000 personer genomgått en utredning enligt SVF. Samtliga landsting och regioner infört olika it-

lösningar och rapporterat in de patienter som genomgått SVF utifrån de nationella mätpunkterna.³ Redovisningen återfinns i den nationella väntetids-databasen och redovisas nationellt, regional och för respektive lands-ting/region. Uppgifterna uppdateras dagligen.

I figur 2 nedan redovisas antalet patienter per månad samt de förlopp som lett till start av första behandling under ett år (oktober 2016–september 2017).



Tabell 2 nedan ger en översikt över antalet genomgångna förlopp samt antal och andel patienter som startat sin första behandling för de förlopp som startade 2015.

³ 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 behandling.

Tabell 2. Patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2015, antal och andel

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal patienter som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*
Akut myeloisk leukemi – AML	545	425	80
Huvud- och halscancer	6 447	1 944	31
Matstrups- och magsäckscancer	2 010	1 115	57
Prostatacancer	15 881	6 117	41
Urinblåse- och urinrörs-cancer	23 857	3183	14

Källa: *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL oktober 2017.

Drygt 48 000 personer har genomgått en utredning enligt SVF för de första fem förloppen, med en varierande andel som har startat första behandling. Lägst andel (14 procent) finns inom urinblåse- och urinrörs-cancer. Variationerna illustrerar att sjukdomarna skiljer sig åt på flera olika sätt när det gäller utredningsinsatser och symtom. Exempelvis avgör en specialist om det finns välgrundad misstanke vid huvud- och halscancer samt matstrupe- och magsäckscancer, vilket inte är fallet för flera andra diagnoser.

Varje år får ungefär 3 000 personer cancer i urinblåsa och urinvägar, där cirka 2 800 gäller urinblåsecancer med en medelålder vid insjuknandet på drygt 70 år. Vid urinblåse- och urinvägscancer är blod i urinen det vanligaste symtomet, vilket även gäller vid urinvägsinfektion.

Under 2016 infördes SVF för stora diagnosgrupper, bland annat tjock- och ändtarmscancer samt bröst- och lungcancer, men också för patienter med ospecifika symtom som kan bero på cancer samt för cancer med okänd primärtumör (CUP). I tabellen nedan (tabell 3) redovisas de patienter som genomgått SVF samt antal och andel som startat behandling.

Tabell 3. Patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2016, antal och andel

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling *
Allvarliga ospecifika symtom	1 550	-	-
Bröstcancer	19 846	8 896	46
Bukspottkörtelcancer	1 691	1 074	65
Gallblåsecancer/cancer i gallvägar	571	351	62
Hjärttumör	724	311	46
Hudmelanom	6487	3 287	55
Levercancer	778	415	54
Lungcancer	5 972	2 838	51
Lymfom	2 899	1 842	66
Myelom	981	624	67
Okänd primärtumör (CUP)	1 470	187	14
Tjock- och ändtarmscancer	17 235	5 660	34
Äggstockscancer	1 618	1 088	71

Källa: *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL oktober 2017.

Av de 1 550 patienter som ingick i SVF för allvarliga ospecifika symtom hade 953 ingen cancerdiagnos. Av de 1 470 patienter som ingick i SVF för CUP startade 14 procent en cancerbehandling. Av dem som avslutade CUP (925) hade 358 av ingen cancer.

Under 2017 har 10 nya förlopp införts, vilka till största delen omfattar diagnoser med förhållandevis små volymer. För inget av de förlopp som införts 2017 har fler än 1 000 individer genomgått SVF (se tabell 4).

Tabell 4. Patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2017*

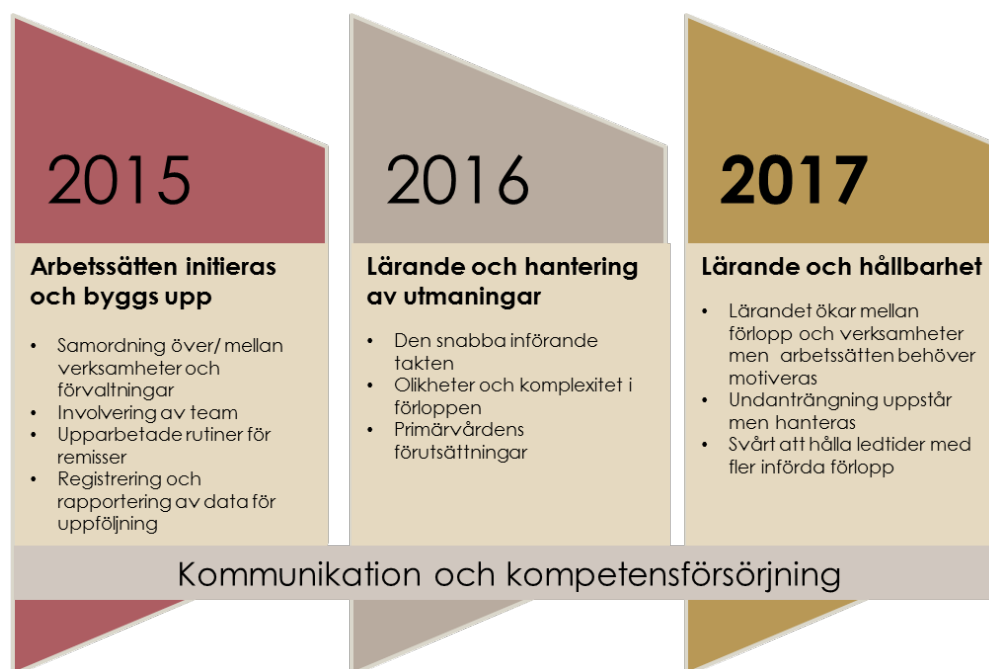
Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*
Akut lymfatisk leukemi – ALL	40	31	89
Analcancer	129	43	36
Kronisk lymfatisk leukemi – KLL	195	160	84
Livmoderhalscancer	166	94	60
Livmoderkroppscancer	833	425	55
Njuncancer	436	275	65
Peniscancer	96	35	38
Sarkom (skelett och mjukdel)	178	36	22
Sköldkörtelcancer	178	134	78
Testikelcancer	228	66	31

Källa: * Sveriges Kommuner och Landsting, oktober 2017.

Tre års arbete i landsting och regioner

Under tre år har landstingen och regionerna lämnat in handlingsplaner till Socialdepartementet två gånger per år och Socialstyrelsen har underlägs analyserat dessa och satt olika frågor under lupp, exempelvis frågan om undanträngning. I följande figur (figur 3) illustreras de större utmaningar som landstingen och regionerna beskriver att de haft att hantera under satsningens tre år (2015–2017).

Figur 3. Landstingens och regionernas övergripande utmaningar 2015–2017.



Under åren har olika fokus och förändringar blivit tydliga. Under 2015 framkom landstingens och regionernas svårigheter för att få satsningens arbetsätt och uppföljning på plats i de befintliga produktionssystemen. Året därpå (2016) framträdde en något förändrad bild, där arbetsätt och hur de olika förloppen och komplexiteten behövde lösas [1, 2].

En annan observation, som skiljer beskrivningarna 2017 från 2016, är att nu finns en mer framträdande bild av patientens och medborgarens inflytande på satsningens genomförande. Detta kan vara en följd av att det i mallen för handlingsplanerna numera finns med en utvecklad frågeställning om patienterfarenheter och patientinflytande. Flera landsting beskriver nu en större involvering av patientrepresentanter i arbetet med flera SVF än tidigare (Se vidare i avsnittet 4 om väntetider och patientnöjdhet.)

I 2017- års handlingsplaner beskriver flera regioner och landsting goda resultat med implementeringsarbetet, exempelvis att satsningen skapar engagemang i organisationerna eftersom SVF betraktas som ett förbättringsarbete med patientens perspektiv i fokus. Samtidigt lyfts några områden som svåra och oroande inför framtiden exempelvis om SVF-arbetsättens⁴ hållbarhet på sikt, brist på kompetens och personal och hur ledtiderna ska kunna hållas när allt fler SVF ska införas.

⁴ Begreppet välgrundad misstanke enligt nationell definition, införande av koordinatörer och obokade tider hos utredande enheter.

Erfarenheter, förbättringar och lärande

Lärandet ökar mellan förloppen och verksamheter

Företrädare för landsting och regioner beskriver att arbetet med SVF har lett till effektivitetsförbättringar inom och mellan professioner inom utredande enheter och verksamheter. Något mindre utveckling har skett mellan olika landsting och regioner.

I samtal och analyser framträder en något annan bild än tidigare. Satsningen pågår t.om. 2018 och SVF ska därefter övergå i ordinarie verksamhet. Framtidsperspektivet kan urskiljas i flera beskrivningar som bland annat handlar om att etablera hållbara rutiner samt säkerställa kompetens samt om framgångsrika arbetssätt och funktioner, till exempel koordinatorernas roll (se vidare kapitel 3, avsnitt 1).

Förloppen för allvarliga ospecifika symtom och CUP har uppfattats som viktiga komplement till övriga diagnosspecifika SVF. Några av de nya förlopp som införs 2017 är diagnoser med relativt små volymer. Flera landsting och regioner löser detta genom att koppla ihop dessa förlopp med tidigare införda och volymmässigt större förlopp.

Samtidigt återkommer vissa direkta utmaningar, exempelvis ledtider samt personal- och kompetensbrist, vilket funnits med sedan starten av SVF-satsningen.

Ökad medvetenhet om prioriteringar och etiska överväganden

Att undvika undanträngning av andra patientgrupper har varit ett prioriterat område under satsningen och i Socialstyrelsens uppföljning. I likhet med vad som tidigare framkommit lyfts undanträngning fortsatt, men man tar också upp hur undanträngningen hanteras och förebyggs. Medan vissa landsting och regioner rapporterar om redan existerande undanträngning (exempelvis av godartad prostataförstoring) lyfter andra fram farhågor och risker för undanträngning i framtiden. Beskrivningarna gäller både specifika diagnosgrupper och funktioner, exempelvis bild- och funktionsmedicin, patologi och cytologi där prioriteringar görs inom respektive verksamhet. Patienter som inte ingår i SVF kan då riskera få vänta längre.

Uppföljningar har tydliggjort att många medarbetare inom vården prioriterar mellan olika patientgrupper, och våra uppföljningar visar att vårdens medvetenhet om undanträngning och prioriteringar har ökat. Detta innebär en större medvetenhet om kopplingen till den etiska plattformen. Denna medvetenhet behöver kontinuerligt stärkas inom många av vårdens verksamheter (se vidare kapitel 3, avsnitt 3).

Arbetssätten behöver motiveras och kommuniceras

Företrädare för landsting och regioner beskriver att arbetet med SVF har lett till högre effektivitet i flera verksamheter när det gäller bland annat tydligare processer och remissrutiner. Samtidigt rapporteras 2017, i likhet med 2016, om regionala och lokala svårigheter att föra in de nya arbetssätten i verksamheten. Några exempel:

- *Kommunikation om satsningen* är en fortsatt utmaning, både internt och externt. En del landsting och regioner beskriver att det fortfarande saknas konceptförståelse hos verksamhetschefer och att SVF är lättare att förstå för patientnära verksamheter än för dess ledning.
- Definitionen av *välgrundad misstanke om cancer*, liksom sättet på vilket det kommuniceras till patienter och närstående, rapporteras fortfarande vara svårt för de olika förloppen. För flera cancerformer behövs ett fortsatt utvecklingsarbete för att bättre beskriva begreppet och uppdatera kriterierna. Därtill anses kunskapen om alarmsymtom fortfarande kunna förbättras.
- *Primärvårdens involvering* är en fortsatt utmaning, speciellt i landsting och regioner med många stafettläkare i primärvården. Lågt deltagande i informations- och utbildningssatsningar som riktas till primärvården förekommer. Uppsökande verksamhet för att inkludera primärvården i utvecklingsarbetet beskrivs dock som en avgörande förutsättning för framgång.
- *Remisshanteringen och icke korrekt märkta remisser* från remitterer inom både primärvård och specialistvård är ett fortsatt problem. Patientsäkerhetsproblem kopplas till hanteringen av remisser, och bristen på avvikelserutiner lyfts inom flertalet landsting och regioner.
- Det finns ett behov av att än mer närma sig allmänheten med *information om utredning för cancer*. Flera regioner och landsting planerar därför olika initiativ vad gäller informationskampanjer och material.

Svårt att hålla ledtiderna när fler förlopp införs

Under tre år har 28 SVF införts i cancervården och ledtidernas längd påverkas av ett ökat tryck på bild- och funktionsmedicin (PET-CT), operationskapacitet och strålbehandling, vårdplatser samt patologi. Krav på samordning mellan olika SVF blir allt viktigare för att verksamheterna ska klara av att hålla fastställda ledtider. Här kan det exempelvis handla om att samordna de undersökningar som sker inom bild- och funktionsmedicin.

Osäkerheten i att följa och hantera ledtiderna handlar också här om risken för att information går förlorad när patienter remitteras till ett annat landsting eller en annan region. En fråga som återkommer är hur de nationella målen ska kunna nås och ledtiderna behållas efter införandeperioden.

Utvecklingsarbete med bäring på annan vård

Den övergripande ambitionen med SVF är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell vård utan onödig väntetid, oavsett var i landet patienten söker vård. Denna ambition bör förstås gälla alla patienter som utreds för misstanke om allvarlig sjukdom.

Nyttan för olika patientgrupper

Möjligheten att upptäcka förmodad cancer genom standardiserade alarmsymtom för välgrundad misstanke varierar mellan olika cancerformer. Även om detta i hög utsträckning handlar om att "säkra ingången" finns det vissa alarmsymtom som gör att SVF aktiveras lättare. Standardiseringen av alarmsymtom när patienten söker vård har successivt medfört att det sker prioriteringar mellan olika patientgrupper. Grupper som i högre utsträckning tas om hand i dag är de med återfall och diffusa symtom. Just dessa grupper har enligt flera företrädare för landsting och regioner vunnit på SVF, eftersom de tidigare lotsades runt i vårdsystemet utan åtgärd.

Socialstyrelsens iakttagelser specifikt under 2017 rör SVF med ospecifika allvarliga symtom. Landstingens och regionernas företrädare menar att denna ingång i vården gynnar en grupp som tidigare har haft svårt att komma in och i vården på rätt nivå. Exempel som anges är personer med olika funktionsnedsättningar och neuropsykologiska problem samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi.

Parallellt med satsningen sker en utveckling av en annan vårdform - DC. Tanken med ett DC är att tidigt kunna hjälpa patienter där det finns misstanke om allvarlig sjukdom genom att snabbt komma igång med en utredning: Sedan 2015 har DC utökats i antal från 3 (2015) till 22 (2017). I dag finns DC i samtliga sex sjukvårdsregioner. Denna utveckling kan hjälpa fler patienter med misstanke om allvarlig sjukdom att snabbt få svar vad som är orsaken till symtomen.

Vården får nya erfarenheter

Utvecklingen av nationella policydokument och stöd inom ramen för SVF har varit centralt för landstingen och regionerna. I verksamheterna sker kontinuerligt anpassningar av de olika mallar och koder som tagits fram nationellt. Det låter kanske självklart, men det förtjänar ändå att belysas vilken betydelse de nationella ramverken och stödet tillskrivs och uppfattas tre år in i implementeringen av SVF. I detta innefattas såväl styrkor som svagheter men också vad verksamheterna menar kunde gjorts annorlunda och bättre.

Myndighetens uppföljningar visar att SVF-beskrivningarna av de olika vårdförloppen spelar en stor roll i det lokala förbättringsarbetet. Exempelvis skapar beskrivningarna en gemensam plattform som möjliggör ett lärande och en ökad förståelse i de verksamheter där utredningen ska ske. Detta innebär inte att företrädarna för de olika aktörerna alltid har varit överens, men det är via de nationella ramverken som aktörerna fått klarhet i vad man har samsyn om och vari olikheterna består. De standardiserade beskrivningarna kan med andra ord ge goda möjligheter till lärande på systemnivå.

Införandet av SVF i landstingen och regionerna är otvetydigt kopplat till den nationella nivåns insatser för att skapa ett gemensamt språkbruk. Ett av nyckelområdena i satsningen är införandet av den nationella definitionen "välgrundad misstanke om cancer" – att det betyder samma sak för alla inblandade och genererar samma upplägg. Även om grunden för välgrundad misstanke finns väl beskriven menar verksamhetsföreträdare i landstingen och regionerna att begreppet inte är oproblematiskt. I Socialstyrelsens

uppföljningar finner myndigheten praktiska lösningar hos landstingen och regionerna på hur de arbetar med tydlighet för fynd och symtom riktat till exempelvis vårdcentraler.

Vården initierar olika uppföljningsprojekt för att utveckla lärande och kunskaper från satsningen. Exempelvis har Stockholms län forskningsuppföljning av implementeringen. Ett annat exempel är uppföljning av undanträngning vid länssjukhuset i Kalmar.

Sammanfattningsvis berör det gemensamma lärandet flera delar av systemet på såväl mikro-, som makro- och mesonivå, och samlat bör dessa erfarenheter utgöra en resurs när exempelvis systemförbättringar efterfrågas.

Stöd och nätverk är avgörande för bibehållet engagemang

Flertalet landstings- och regionföreträdare lyfter fram ”vikten och det värdefulla i att göra saker tillsammans med andra i landet” och hur stödet är ett viktigt fundament för att det ska bli ”enklare och framför allt samstämmigt”. Det framgår också att ”första året var lite trevande”.

Legitimitet och kliniskt förbättringsarbete inom ramen för SVF bygger i hög grad på viljan och engagemanget hos dem som arbetar i utredningsförloppen. Detta innebär att det skapas arenor för organisationsövergripande strategiska dialoger och överenskommelser även mellan professioner. Primärvården och specialistsjukvården har genom satsningen behövt närma sig varandra.

Tvärprofessionell delaktighet är en grundläggande idé som alltid behöver beaktas, vilket också görs i satsningen. För att det ska uppstå tvärprofessionell delaktighet krävs dock reellt stöd, och det är ledningens uppgift att dels skapa dessa arenor, dels ange ramarna och inriktningen för dem.

Socialstyrelsen har under flera år noterat att olika nätverk initierats och knutits till arbetet på nationell nivå som exempelvis landstingen och regionernas projektledare och regionala nätverk för koordinatörer. RCC har ofta utgjort navet och hållit samman arbetet regionalt. Nu, tre år in i satsningen, iakttar myndigheten och får rapporterat att stödet från de olika RCC skiljer sig åt vad gäller bland annat innehåll och omfång. Dessa olikheter i stöd kan göra införandet svårare i vissa landsting och regioner än i andra. Det stöd som olika verksamheter får från sina egna landsting och regioner beror på om stödsystemen existerar men också på hur de fungerar och finns tillgängliga.

Frågor om framtida hållbarhet

Hur ska arbetssätten bli hållbara?

I satsningen finns kravet att arbetssättet ska behållas efter 2018, och landstingen och regionerna lyfter fram två förutsättningar som de ser som extra viktiga – dels att processarbetet kan fortsätta att utvecklas, dels att det sker ett fortsatt arbete med information och kommunikation kopplat till satsningen.

Den höga belastningen i verksamheterna gör dock att det är svårt att samtidigt både driva utvecklingsarbete och förbättra vårdprocessen, och här ingår

att bättre kunna tillvarata befintliga och nya erfarenheter. Det behövs fler medarbetare med processkunskap som stöd för att arbetssätten ska kunna behållas i verksamheterna.

Samtidigt som lärandemöjligheterna ökar i takt med antalet SVF, så ökar komplexiteten i att kunna säkerställa varje enskilt förlopp och dess olikheter. I dagsläget ska 28 SVF vara på plats och allt fler verksamheter ska involveras, och för de cancerförlopp som har få patienter lyfts svårigheter vad gäller följsamhet till rutiner eftersom vården möter dessa patienter mer sällan.

Information och kommunikation både inom och mellan landsting och regioner liksom till privata vårdgivare utmanar, eftersom det till stor del saknas rutiner och stöd för nyanställningar och inhyrd personal.

Hur ska ledningsstrukturer och stöd se ut i framtiden?

En central fråga är hur ledningsstrukturerna för SVF ska se ut efter satsningen. Här finns en oro vad gäller otydligheter i ägandeskap och förvaltning av SVF. Flera landsting och regioner beskriver att det behövs en robust ledningsstruktur för att processarbetet för SVF ska bli framgångsrikt och för att arbetssätten ska kunna behållas. Hållbarheten i verksamheten handlar då om att bidra till processen snarare än den organisatoriska enheten. Detta uppfattas som speciellt utmanande, eftersom SVF inte följer befintliga organisatoriska strukturer och därmed inte heller befintliga ekonomiska incitament.

En annan del handlar om ett tydligt ledarskap som säkerställer engagemang och fortsatt dialog mellan olika organisatoriska enheter, exempelvis primärvården och specialistsjukvårdens utredande enheter. Andra exempel som lyfts är resursfördelningsmodeller och ersättningssystem inom primärvården där remittering till viss typ av röntgen kan bedömas som (för) kostsam.

Vidare rapporteras om ekonomiska utmaningar när stimulansmedlen försvinner, vilket i sin tur kan äventyra tillgången till exempelvis koordinatörer och kontaktsjuksköterskor för mindre diagnosgrupper.

Hur ska resurser och kompetens säkerställas?

Merparten av landstingen och regionerna rapporterar om utmaningar vad gäller personalresurser och tillgången till kompetens inom utredande enheter. Bristen på patologer och urologer lyfts ofta, men det rapporteras också om brist på sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker, läkare inom bild- och funktionsmedicin samt specialister inom exempelvis onkologi och lungmedicin.

Även andelen fast anställda jämfört med andelen inhyrd personal i primärvården lyfts när det gäller frågan om resurser och kompetens.

Vad händer efter 2018?

För många regioner och landsting upplevs perioden efter 2018 som oroande, eftersom den initiala investeringen försvinner och det finns en risk att engagemanget avtar. Arbetet med SVF ska därtill bära sina egna kostnader efter 2018.

Socialstyrelsen har bett projektledare inom de landsting och regioner där myndigheten haft fördjupad dialog under några år att reflektera om tiden efter satsningen utifrån följande frågeställningar:

- Vilka stora utmaningar finns i ert landsting/er region efter införandet och hur tänker ni hantera dessa?
- Hur ska lärdomar och erfarenheter tas om hand och integreras i förvaltningar och verksamheter när SVF ska fortsätta i den dagliga verksamheten?

Nedan följer en sammanfattande bild om utmaningarna och arbetssättens integrering i den dagliga verksamheten utifrån fyra områden som framkom i analysen:

- Viktigt att behålla fokus efter satsningen.
- Fortsatt kunskapsutveckling om komplexitet.
- Såväl resursbrist som skillnader består.
- Det krävs både utveckling och ett förändrat synsätt.

Viktigt att behålla fokus efter satsningen

Det råder en samstämmighet om utmaningarna med att behålla det fokus som satsningen inneburit. Införandet av SVF har varit ett startskott för ett arbete som måste fortsätta, snarare än något som är färdigt vid utgången av 2018. En risk som flera för fram är att något annat kommer i fokus, och därmed realiserar inte den potential som nu påbörjats.

Satsningen har skapat nya rutiner och arbetssätt över organisatoriska gränser. Speciellt lyfter man det samarbete som skapats mellan specialist- och primärvård som viktigt att vidmakthålla och utveckla – då även vad gäller att överföra kunskaperna till andra områden än cancer. För att behålla och utveckla satsningens arbetssätt lyfts några bärande förutsättningar: nödvändigheten av att fortsätta att utveckla det processororienterade arbetssättet, kravet på långsiktiga målsättningar utifrån process- och systemperspektiv och att dessa mål prioriteras av ledningsfunktioner på alla nivåer.

Fortsatt kunskapsutveckling om komplexitet

En konceptuell utmaning för cancervården i landstingen och regionerna är att betrakta cancerprocesserna som komplexa, snarare än utifrån den linjära beskrivning som oftast lyfts fram relaterat till SVF och andra processbeskrivningar. Eftersom merparten av cancerpatienterna är äldre och ofta multisjuka utgör SVF endast fragment, om än viktiga, i deras situation. Varken vilka steg som ska tas eller vem som ska ingå i diagnostisering, behandling samt stöd och vård är entydiga. En annan vårdprocess kopplad till detta är de patienter som får beskedet att de inte har en specifik cancerdiagnos men som fortsätter att ha besvär och smärta. Denna utmaning gör koordinering mer avancerad än vad SVF innebär i dag.

Såväl resursbrist som skillnader består

Kompetens- och resursbrist inom vissa cancerområden består, exempelvis vad gäller urologer men också vårdpersonal och vårdplatser. Detta ses som

en stor utmaning också efter 2018 för att klara målet om att ge patienter en sammanhållen och effektiv vård.

I detta innefattas skillnader i hur långa väntetiderna är, hur patienten blir bemött samt hur samverkan fungerar mellan landsting och regioner, kliniker och vårdenheter. Det kommer förmodligen även fortsättningsvis att finnas skillnader mellan diagnoser och kön samt socioekonomiska skillnader.

Det krävs både utveckling och ett förändrat synsätt

Fortsatta insatser och ett fortsatt utvecklingsarbete kommer att behövas för att minska olika skillnader. Att behålla fokus och bäring på annan vård och betydelsen för patienten kräver i grunden ett förändrat synsätt på vårdens organisatoriska strukturer liksom på hur vården ska betalas. Båda dessa aspekter ligger utanför SVF men lyfts fram som viktiga.

Finansiella utmaningar kvarstår, eftersom de resurser som tillskjutits under införandefasen kommer att upphöra. De stödfunktioner, i vissa fall koordinatörer och kontaktsjuksköterskor, kan då ifrågasättas ekonomiskt och det blir en prioriteringsfråga för respektive landsting och region. Om inte dessa funktioner integreras väl i verksamheten finns en risk att de ifrågasätts.

Jämförelse med Norge och Danmark

Utgångspunkter och strategier är olika

Både Sverige och Norge har inspirerats av de danska så kallade *pakkeforløben* i cancervården. Den danska organisatoriska överbyggnaden är internationellt känt för att diagnostisera cancer tidigt och beakta tidiga symtom [3]. De tre strategiska benen⁵ för att diagnostisera cancer rör tidig remittering vid välgrundad misstanke och symtom (pakkeforløben), snabb remittering till diagnostiska centrum och snabb tillgång till ”ja-nej-klinik” det vill säga uteslutning av cancer [4].

I både Danmark och Norge leds arbetet nationellt genom danska Sundhetsstyrelsen respektive norska Helsedirektoratet. Båda länderna har nationella cancerplaner – Danmark sedan 2000 och Norge sedan 1999. I Sverige finns regionala cancerplaner [5, 6].

Danmark

Både högre insjuknande i cancer och sämre överlevnad jämfört med andra välfärdsländer motiverade Danmark att ta tag i cancerförloppen [7, 8]. Det primära syftet var alltså det medicinska resultat och överlevnad, inte primärt de långa väntetiderna som i Sverige.

I Danmark infördes det första pakkeforløbet 2007, och rehabilitering och uppföljning, palliativ vård och tidig upptäckt har inarbetats i pakkeforløben allt eftersom. Upplägget med pakkeforløben byggde på primärvårdssatsningar, koordinatörer och reserverade tider hos utredande enheter. Inte minst betonades vikten av utbildning och patientmedverkan i satsningen samt tydlig remissgång vid välgrundad misstanke. Fyra sjukvårdsregioner fick tre månader på sig att implementera förloppen, och medicinska resultat var

⁵ The Danish three-legged strategy in diagnosis cancer (I Vedstedt & Olesen, 2015)

viktigast utan krav på resursmässig hänsyn [9]. De multidisciplinära cancergrupperna⁶ för cancerdiagnoser började med att ta fram kliniska riktlinjer redan 2004 och därefter följde i uppdraget att ta fram pakkeforløben.

Norge

I Norge pågår en liknande satsning som i Sverige för att få ihop förloppen för organspecifik cancer med utgångspunkt i utredning, välgrundad misstanke och start av första behandling. Regionerna fick 2015 ett år på sig att implementera förloppen. Målen i Norge är förbättrad överlevnad, bättre utvecklade cancerprocesser, bästa möjliga livskvalitet samt mer inflytande för brukare och patienter.

Skillnader mellan länderna

Takten i införandet av förloppen skiljer sig åt mellan Danmark, Norge och Sverige – tre månader för regionerna i Danmark, ett år för regionerna i Norge och fyra år (2015–2018) för Sveriges 21 landsting och regioner.

Målen i de olika länderna skiljer sig åt, liksom några av utgångspunkterna och det förberedande arbetet. Danmark har i dagsläget tio års erfarenhet av uppbyggnad och genomförande, vilket innebär fler möjligheter för anpassning och lärande. Danskarnas vårdförlopp är också bredare och sträcker sig över en betydligt längre del av vårdprocessen. De har dessutom ett något utökat innehåll, exempelvis rehabilitering och uppföljning, jämfört med Sveriges och Norges nuvarande satsningar.

Satsningarna i Sverige respektive Norge har tagit fasta på samma utgångspunkter som Danmark vad gäller vårdprogram, förbokade tider, koordinering av förloppen samt nationell definition om välgrundad misstanke om cancer. Inte minst har länderna tagit till sig de danska erfarenheterna på dessa områden. Endast Sverige har funktionen kontaktsjuksköterska uppbyggd inom verksamheterna.

Utveckling och nuläge för danska pakkeforløb

Cancervårdens utveckling i Danmark har understötts av flera cancerplaner. Den första så kallade kraeflplanen (2000) tog sig främst an arbetsgången och metoderna vid utredning och behandling. Utvärdering av den andra cancerplanen (2005) ledde fram till intensifierade åtgärder och en överenskommelse med de fem regionerna, vilka ansvarar för både primärvård och specialiserad vård, om pakkeforløb vid utredning och behandling.

Den tredje kraeflplanen (2011) fokuserar på förloppet före och efter diagnostik och behandling i den specialiserade vården, diagnostiskt förlopp för patienter med ospecifika symtom samt stärkt koordination i förloppen. Den fjärde planen (2016) har fokus på patienten och förebyggande åtgärder.

Pakkeforløben finns i dag för ett drygt trettio tal diagnoser, varav majoriteten är cancer. Även andra sjukdomar och tillstånd har pakkeforløb, till exempel hjärklappning och hjärtsvikt med ospecifika symtom.

De danska pakkeforløben säkerställdes i en tvåstegsprocess som karaktäriseras av inslag av både bottom up och top down samt en konsensusprocess

⁶ Dansk motsvarighet till de svenska vårdprogramgrupperna.

[9]. Pakkeforløben i den danske konteksten är ett standardiserat förlopp där de flesta individer med misstänkt cancer kan ingå.

Samsjuklighet kan ha betydelse för överlevnad och också för patientens möjligheter att genomgå ett pakkeforløb. I den danska befolkningen har nästan 40 procent av befolkningen en eller flera långvariga sjukdomar; exempelvis lider 15 procent av olika muskel- och skelettsjukdomar och 7 procent av hjärt- och kärlsjukdomar.⁷ Patienter som av olika skäl inte kan ingå i förloppen på grund av samsjuklighet (komorbiditet)⁸ och oklara symtom tas om hand på annat sätt.

Satsningen i Danmark har bidragit till kortare väntetider och till nöjdare patienter och medarbetare i vården men också till bättre samverkan mellan olika delar av vården, även om inga direkta systemförändringar har rapporterats som en följd av i pakkeforløben [9-13]. Därutöver finns effekter av tidig remittering vad gäller snabbare förlopp i senare delar av vården [14].

Indikationer finns på att införandet i Danmark medförde ökat ett antal utredningar och att förloppen trängde undan tider för andra patientgrupper, men implementeringen har också haft vissa negativa effekter på annan del av den medicinska vården [9]. Vissa andra problem rapporteras, till exempel ouppnåeliga maximala tider, att förloppstiden inte överensstämmer med den lagstadgade tiden samt att patienter ibland behöver en ”pausknapp”, det vill säga ett avbrott i utredningen [4].

Undanträngning av benigna åkommor diskuteras alltjämt och verifieras, liksom att kvantitet fått ge vika för kvalitet. Genomtänkt arbetsfördelning samt arbete i multidisciplinära team och konferenser lyftes fram tidigt som viktiga inslag för framgång [9] och lyfts alltjämt.

Fyra år efter start (2012) började Sundhetsstyrelsen inhämta kvartalsvisa rapporter om utvecklingen av regionernas förlopp [9]. Av dessa framgår att 85 procent av de registrerade cancerförloppen blev genomförda inom den föreskrivna tiden 2016. I år visar för första gången nedåtgående måloppfyllelse på såväl nationellt plan som i de fem regionerna.⁹ Utvecklingen följs noggrant upp. Därutöver lyfts behoven fram omkring revision av förloppen utifrån exempelvis vilka aspekter som är välfungerande idag och vilka justeringar som kan motiveras ha betydelse.¹⁰

Sedan införandet i Danmark har stödet till allmänläkarna utvidgats vad gäller deras möjligheter i att diagnostisera cancer; inte minst har tillgången till utbildning ökat [4, 11, 12, 15]. Senare studier visar att allmänläkaren varit involverad i 68 procent av pakkeforløben inom cancer [11].

Utveckling och nuläge för norska pakkeforløpen

I den norska cancerstrategin – *Sammen mot kreft – National kreftstrategi* för åren 2013–2017 lyfts nationella målområden om vad goda nationella pakkeforløpen ska omfatta. Förutom att utredning vid misstanke om cancer ska ske utan förseningar ska de som har en cancersjukdom starta behandling inom 20

⁷ Sundhetsstyrelsen, notat 15 november 2012.

⁸ Samsjuklighet (komorbiditet) innebär närvaron av en eller flera sjukdomar eller diagnoser utöver en primärdiagnos.

⁹ Möte nordiskt nätverk för forskning om pakkeforløb inom cancer, Köpenhamn 14 november 2017

¹⁰ Pakkeforløb for kræft – en organisatorisk analyse af behovet af revision. Sundhetsstyrelsen (KORA), juni 2017.

dagar. Systemet ska utvecklas under utredning, och mål lyfts också om att patienter i större utsträckning ska få en individuell skriftlig vårdplan.

Under 2015 infördes 29 förlopp inom cancerområdet i tre uppstarter (januari, maj och september). De förlopp med störst volym startade först. Den maximala ledtiden är olika för de olika cancerformerna.

Innan införandet gjordes en uppföljning i befolkningen och de patienter som genomgått ett förlopp.¹¹ Befolkningsuppföljningen visade att omkring 50 procent tyckte att vården inte fanns tillgänglig i tillräcklig utsträckning när de hade behov av dem. Patienterna beskrev även vårdens brist på samverkan, kontinuitet och koordinering. Uppföljningen i Norge är knuten till kvalitetsbaserad finansiering, vilket sker på försök i specialistvården sedan 2014.¹²

Direktiven för sjukhusen som gäller för 2017 är att 70 procent ska ingå i förloppen och inom den maximala tiden ska andelen vara 70 procent. Under nästkommande år (2018) planeras förlopp införas för psykisk ohälsa och stroke.¹³

¹¹ Pakkeforløp for kreft. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser i befolkningen og patienter. PasOpp-rapport 2016. www.fhi.no Hämtad 20 oktober, 2017.

¹² Evaluering av Kvalitetsbasert Finansiering (KBF), Sirona Health Solution, 2015.

¹³ Nordiskt nätverk för forskning på pakkeforløb inom cancer. Köpenhamn 14 november, 2017.r

3. Särskilda iakttagelser om implementeringen 2017

Koordinatorerna i vårdförloppen

Sammanfattat

- Koordinatören är en strategiskt viktig och bärande del av satsningen, eftersom det krävs samordning och koordinering för att de olika undersökningarna i SVF ska kunna planeras och utföras i rätt ordning och tid.
- Landstingen och regionerna har två olika sätt att organisera koordinatorerna – *antingen* en koordinator med övergripande ansvar för att styra och samordna samtliga förlopp *eller* koordinatörer inom olika vårdverksamheter med ansvar för ett vårdförlopp eller delar av ett förlopp. Det senare är vanligast.
- Fler än hälften (56 procent) av koordinatorerna arbetar med uppdraget på mindre än 30 procent av heltid och 13 procent arbetar med uppdraget på heltid.
- Arbetsuppgifterna skiljer sig åt beroende på koordinators bakgrund. Sjuksköterskor och kontaktsjuksköterskor arbetar mer med patientnära uppgifter än med administration medan medicinska sekreterare och undersköterskor oftare arbetar med till exempel att registrera och rapportera ledtider.
- De största utmaningarna enligt koordinatorerna är tidsbrist och växlingen mellan olika roller och arbetsuppgifter.
- Ett stort ansvar förefaller ofta vila på koordinatorerna, inte minst när det gäller frågor kring tidsbokning, vilket i viss mån för med sig frågor om prioritering mellan olika patienter.

Koordination och samordning

Bristande samordning och bristande kontinuitet vad gäller individens vård och omsorg bedöms som ett av de viktigaste utvecklingsområdena inom svensk hälso- och sjukvård [16].

Samordning kan definieras som hur man styr och samordnar vårdinsatserna mellan två eller flera deltagare (inklusive patienten) för att säkerställa ändamålsenliga hälso- och sjukvårdstjänster [17]. Begreppet innefattar även att tillgodose att nödvändig personal och nödvändiga resurser finns tillgängliga, och samordningen styrs ofta av informationsutbyte mellan vårdgivarna inom respektive ansvarsområde [17].

Kontinuitet handlar i stället om att aktiviteter och relationer är regelbundna och varaktiga över tid [18]. Bristande kontinuitet är en orsak till ineffektivitet, vilket i sin tur dels kan bidra till dubbelarbete, dels riskerar att bli en

patientsäkerhetsrisk. Fortlöpande informationsdelning mellan vårdgivare är därför en central del av att kunna tillhandahålla sammanhängande och tidsenlig vård.

Koordinerad utredning är en bärande strategi

För att de olika undersökningar som ingår i SVF ska planeras och utföras i rätt ordning och i rätt tid krävs samordning av olika aktörers insatser [19]. SVF-satsningen bygger dels på styrning och ledning på olika nivåer, dels på uppföljning och samverkan i de patientnära verksamheterna [20-22]. Samverkan mellan olika professioner och team är utgångspunkter i utveckling av arbetssätten i SVF. Hur väl koordinatorsfunktionen utvecklas över tid och integreras i utvecklingsarbetet och teamen blir av stor betydelse för hållbara lösningar.

Figur 4 nedan illustrerar professioner i utredning med olika former av samordning. Koordinatorm har en särställning när det gäller att samordna vårdinsatser med patienten och olika vårdgivare och därigenom säkra kontinuiteten i förloppen.

Figur 4. Samordning och andra bärande delar i SVF



I SVF-satsningen kan de olika delarna beskrivas så här:

1. *Styrdokument, riktlinjer och regler* är till exempel beskrivningar av SVF med alarmsymtom, utredningar och de första behandlingar som gäller inom respektive cancerform samt arbetsrutiner som utvecklas hos respektive vårdgivare.

2. *Målstyrning* innebär styrning och samordning genom gemensamma mål, till exempel maximala väntetider eller andel patienter som bedöms vid multidisciplinära konferenser (MDK).
3. *Informationssystem* kan vara patientjournaler och bokningssystem som underlättar informationsdelning, kommunikation och samverkan.
4. *Direkt kommunikation* kan ske mellan olika vårdgivare i vårdförloppet genom till exempel aktiv patientöverlämning till annan vårdenhet eller annat landsting/annan region.
5. *Koordinatorn* har ansvar för att samordna och säkra kontinuiteten i vårdförloppet.
6. *Processteam* har ansvar för att utveckla vårdförloppen inom olika SVF.
7. *Multiprofessionella team* samverkar vid cancerutredning.
8. *Ledningsgrupp* och andra ledningsstrukturer, till exempel projektgrupp och projektledare, ansvarar för att införa SVF i landsting/regioner.

Koordinatorn är inte ny i vården

Koordinatorfunktionen är inte ny eller specifik för cancervården utan har funnits och utvecklats under en längre tid inom andra vårdområden. Under 1970- och 1980-talen hade koordinatorn ofta primärt en administrativ funktion med fokus att dels samordna vårdinsatser mellan vårdgivare, dels se till att resurserna användes på ett effektivt sätt [23]. Under 1990-talet utvecklades sedan konceptet *case management* vars mål var att säkerställa en effektiv, säker och patientcentrerad vård för patienter med kroniska och komplexa sjukdomar. Nytt var då att vårdinsatserna också skulle samordnas med patienten. Koordinatorerna hade som primär uppgift att underlätta kommunikationen i teamet och med patienten [23].

I dag finns flera olika etablerade koordinatorfunktioner inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är rehabiliteringskoordinatorer som stödjer personer som är sjukskrivna eller riskerar sjukskrivning. En utvärdering av funktionen (2012–2013) visade att möjligheten att någon fungerade som ”spindeln i nätet” bidrog till en mer effektiv och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess och kortare vårdtid.

Förslaget att införa vårdkoordinatorer inom cancervården togs upp 2009 i betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* [5], där funktionen som vårdkoordinator föreslogs vara av administrativ karaktär med uppgift att aktivt bevaka patientflöden och ledtider. Funktionen ansågs därmed inte kräva klinisk eller omvårdnadsmässig kompetens.

Koordinatorn kan vara integratör eller samordnare

I olika kunskapsunderlag beskrivs två funktioner av koordinators inom vården: integratör respektive samordnare [21].

Integratör	Samordnare
<i>Integratören</i> placeras utanför de vårdverksamheter som ingår i vårdförloppet och har ett övergripande ansvar att samordna vårdinsatserna mellan vårdgivare och patient. Funktionen har inget egentligt ledaransvar och behöver förlita på sig att mottagaren uppfattar funktionen som värdefull.	<i>Samordnaren</i> placeras inom och utgår från en vårdverksamhet och har ansvar för att samordna vårdinsatserna för patienten inom verksamheten gentemot andra vårdverksamheter. Den fokuserar framför allt på att möta behoven i den egna verksamheten snarare än på att möta behoven i verksamheter inom hela vårdförloppet.

Koordinatorsfunktionen inom satsningen

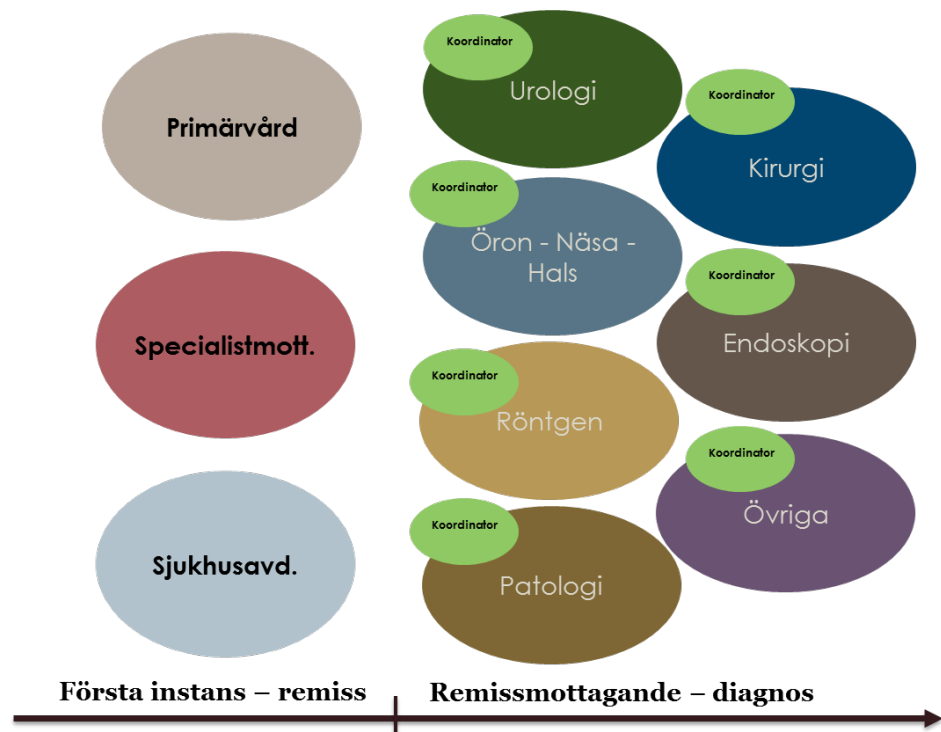
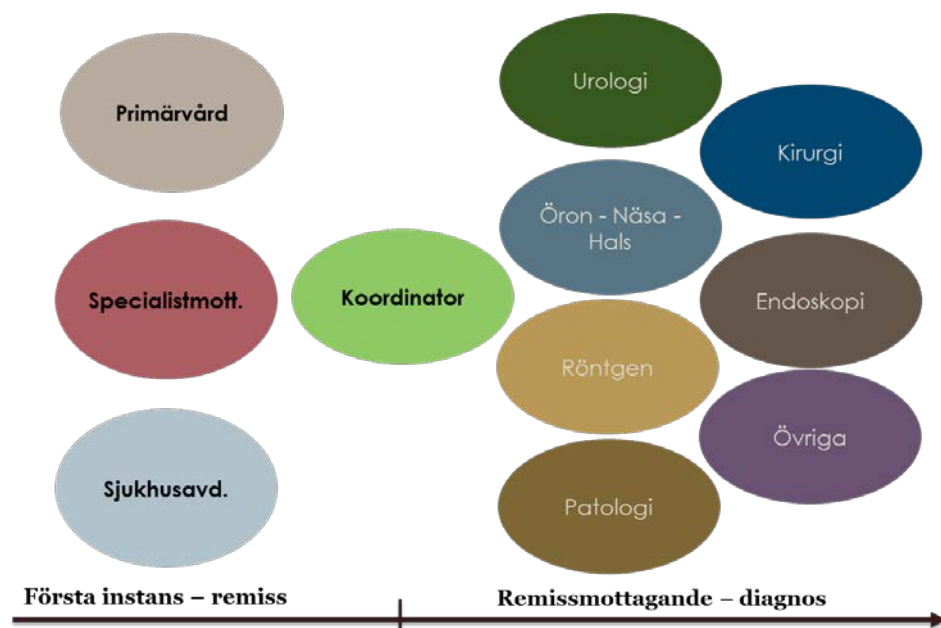
Vid införandet av SVF tillkom en koordinator i syfte att säkra kontinuiteten i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Funktionen ansågs ha en central roll för att dels få överblick över patientens vårdförlopp, dels agera som första kontakt gentemot patienten och remittenten.¹⁴

Landstingen och regionerna väljer olika sätt att utveckla och organisera samordningen och koordinatorfunktionen inom SVF. I Socialstyrelsens uppföljning har myndigheten identifierat två övergripande sätt att organisera SVF (se figur 5, övre och nedre bild).

Det första (övre bilden) är att tillsätta koordinators med övergripande ansvar för styrning och samordning av samtliga vårdförlopp. Det andra (nedre bilden) är att utse koordinators inom olika vårdverksamheter med ansvar för de vårdförlopp eller delar av vårdförloppet som omfattas av verksamheten. Det senare är det mest vanligt förekommande i landstingen och regionerna.

¹⁴ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015, 2016, 2017.

Figur 5. Landstingen och regionernas olika sätt att organisera samordningen av SVF och koordinatorsfunktionen under utredningen (övre och nedre bild)



Koordinatorn idag och imorgon

Inom ramen för uppföljningen har Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning om hur koordinators uppfattar sitt arbete och sin funktion. Syftet var att utveckla kunskapen om hur koordinatorfunktionen fungerar och hur den kan fortsätta att utvecklas inom SVF.

Kort om enkäten till koordinators

- Totalt 387 (72 procent) av de koordinators som arbetar med de SVF som införts 2015–2017 besvarade webbenkäten.
- Koordinators från samtliga landsting och regioner finns representerade i svaren. Region Jämtland Härjedalen, Region Kronoberg och Landstinget Västmanland har högst svarsfrekvens (100 procent) medan Region Gävleborg, Region Jönköpings län och Norrbottens läns landsting har lägst svarsfrekvens (25, 38 respektive 40 procent).
- Frågorna var ofta utformade för att besvaras på en tre- eller femgradig skattningsskala samt med möjlighet att lämna kommentarer i fritext.
- Frågorna handlade om koordinators arbetsinnehåll, samverkan i utredningen, förutsättningar i arbetet och utmaningar kopplade till koordinatorfunktionen.

Samtliga landsting och regioner har svarat (se frågor bilaga 1 och svarsfrekvens från respektive landsting/region i bilaga 3). I några landsting/regioner (Jämtland/Härjedalen, Kronoberg, Västmanland) har samtliga koordinators svarat. Totalt 66 procent av koordinators har svarat totalt; lägst andel svar inkom från Region Gävleborg (25 procent). Frågor och antal svar samt andel svar från respektive landsting/region, se bilaga 1 och 3.

Koordinatorernas bakgrund varierar

Koordinatorerna inom SVF har olika yrkesbakgrund för sitt uppdrag (tabell 5). De flesta koordinators är sjuksköterskor eller kontaktsjuksköterskor (49 procent). Frågan formulerades som ett flervalsoalternativ där 19 procent valde sjuksköterska, (varav 33 procent var specialistsjuksköterskor utbildade främst inom onkologi), 21 procent valde både alternativet sjuksköterska och kontaktsjuksköterska och 9 procent valde enbart kontaktsjuksköterska. Den andra stora gruppen koordinators har en bakgrund som medicinska sekreterare (35 procent), följt av undersköterskor (9 procent), vårdadministratörer (2 procent) och barnmorskor (2 procent). I kategorin *annat* ingår vårdutvecklare, operationsplanerare samt respondenter som valt flera olika alternativ.

Tabell 5. Koordinatorernas olika yrkesbakgrund

Yrke	Antal	Andel (%)
Medicinsk sekreterare	137	35
Både sjuksköterska och kontaktsjuksköterska	82	21
Sjuksköterska	72	19
Kontaktsköterska	35	9
Undersköterska	34	9
Vårdadministratör	8	2
Barnmorska	7	2
Annat	12	3
Totalt	387	100 procent

Koordinatorerna som angett en bakgrund som kontaktsjuksköterska är vanligast i SVF för bröstcancer (50 procent) och kolorektalcancer (36 procent), vilket kan förklaras av att det är just inom dessa cancerformer som kontaktsjuksköterskor funnits längst. En större andel med bakgrund som medicinsk sekreterare var vanligast inom SVF för cancer i urinvägar (45 procent), lungcancer (40 procent) och hjärntumör (38 procent).

De flesta landsting och regioner har koordinatörer med flera olika yrkesbakgrunder, men det finns även koordinatörer med övervägande en bakgrund. Exempelvis har de flesta koordinatörerna i Region Skåne (88 procent), Landstinget i Kalmar län (73 procent) och Landstinget Sörmland (67 procent) en bakgrund som medicinsk sekreterare, i motsats till Landstinget i Värmland, Norrbottens läns landsting och Region Östergötland där ingen av de koordinatörer som besvarade enkäten hade en bakgrund som medicinsk sekreterare. Stockholms läns landsting har största andelen koordinatörer med bakgrund som undersköterska (53 procent).

Arbetsuppgifterna för koordinatörerna skiljer sig åt beroende på yrkesbakgrund (tabell 6). Exempelvis anger 91 procent av kontaktsjuksköterskorna och 72 procent av sjuksköterskorna att de informerar patienten och närstående om kommande steg i utredningen, medan endast 11 procent av de medicinska sekreterarna anger denna arbetsuppgift. Däremot arbetar 80 procent av de medicinska sekreterarna med att registrera och rapportera ledtider för SVF, jämfört med 37 procent av kontaktsjuksköterskorna och 41 procent av sjuksköterskorna.

Tabell 6. Vanliga arbetsuppgifter* för koordinators med olika bakgrund

Koordinator med bakgrund som			
Sjuksköterska	Kontaktsjuksköterska	Medicinsk sekreterare	Undersköterska
Boka tider för undersökningar och provtagningar (83 procent)	Vara patientens kontakt vid frågor kring bokningar och tider (91 procent)	Registrera och rapportera ledtider för SVF (80 procent)	Registrera och rapportera ledtider för SVF (85 procent)
Vara patientens kontakt vid frågor kring bokningar och tider (72 procent)	Informera patienten och närstående om kommande steg i utredningen (91 procent)	Boka tider för undersökningar och provtagningar (65 procent)	Boka tider för undersökningar och provtagningar (68 procent)
Informera patienten och närstående om kommande steg i utredningen (71 procent)	Vägleda patienten till psykosocialt stöd vid behov (86 procent)	Vara första kontakt för remittenten (46 procent)	Delta i multidisciplinära konferenser (68 procent)

*Flera svarsalternativ kunde väljas då frågan besvarades (Vilken/vilka arbetsuppgifter ingår i ditt arbete som koordinator för SVF).

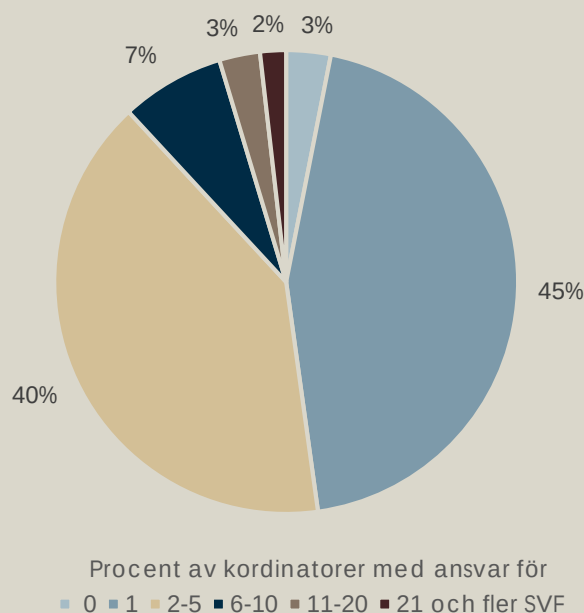
Majoriteten har även andra arbetsuppgifter

Fler än hälften (59 procent) av alla koordinators arbetar med uppdraget mindre än 30 procent av tjänsten; enbart 13 procent arbetar med uppdraget på heltid.

Resultaten visar också att undersköterskorna (34 stycken) arbetar större andel av sin tjänst med koordinatoruppdraget jämfört med koordinators med annan bakgrund. Fler än 76 procent av undersköterskorna arbetar med uppdraget minst 50 procent, jämfört med 27 procent av de medicinska sekreterarna. De medicinska sekreterarna arbetar lägst andel av sin tjänst med uppdraget; 56 procent av medicinska sekreterare anger att de arbetar mindre än 19 procent med uppdraget.

Initialt i enkäten fick koordinators markera inom vilket/vilka vårdförlopp av de 28 införda förlopp som de verkade inom och om "annat" kunde detta anges. Nedan (figur 6) visar antalet SVF under respektive koordinators ansvar. De flesta koordinators (45 procent) ansvarar för ett vårdförlopp medan 10 procent av samtliga koordinators ansvarar för fler än 11 vårdförlopp. Ju fler SVF personen koordinerar, desto större andel av en heltidstjänst ryms inom uppdraget. De koordinators som inte har angett något specifikt vårdförlopp arbetar inom exempelvis bild- och funktionsmedicin..

Figur 6. Antalet SVF under respektive koordinators ansvar



Vår kartläggning visade att ansvaret sträcker sig olika långt i vårdförloppet. Frågan hade syftet att kunna ge svar hur landstingen och regionerna hade löst omfattningen för uppdraget. Även på denna fråga kunde koordinators ange det/eller de alternativ som gällde ansvarets omfattning. Koordinators kan ansvara för patienter genom en hel SVF-utredning (från välgrundad misstanke till start av första behandling), för enbart under en del av en SVF-utredning eller både genom hela respektive delar av en utredning (tabell 7). En del koordinators ansvarar även för patienten efter start av första behandling (cirka 4 procent), men det finns inget samband mellan antalet SVF man koordinerar och om man koordinerar hela eller delar av utredningen.

Tabell 7. Antal och andel koordinators som ansvarar för hela och/eller delar av en SVF-utredning samt efter start av första behandling

Uppdragets omfattning	Antal	Andel (%)
Del av en SVF-utredning	185 (varav 12 efter start av behandling)	48
Hel SVF-utredning	173 (varav 36 efter start av behandling)	45
Både hel och delar av en SVF-utredning	13 (varav 3 efter start av behandling)	3
Efter start av första behandling	16	4
Koordinators	387	100 procent

Erfarenheter som koordinators varierar i tid

Tabell 8 visar hur länge som de arbetat som koordinators. De flesta koordinators har arbetat med uppdraget mellan 6 och 12 månader (43 procent), där tiden som koordinators beror på i vilket vårdförlopp koordinators arbetar

och när detta SVF infördes. Koordinatorer som arbetat längre tid med uppdraget (25 månader eller längre) ansvarar för något eller några av de först införda förloppen 2015.

Tabell 8. Erfarenhet i arbetet

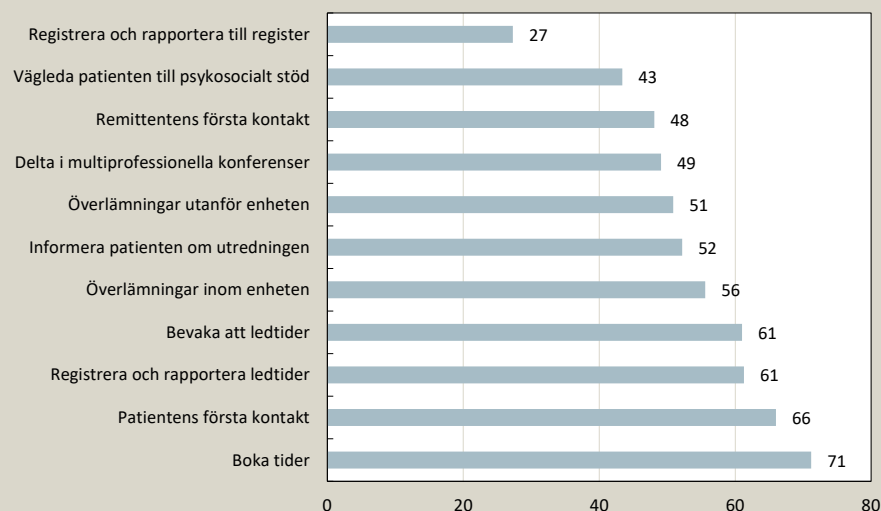
Arbetstid som koordinator	Antal	Andel (%)
Mindre än 6 månader	66	17 procent
6–12 månader	165	43 procent
13–24 månader	133	34 procent
25 månader eller längre	23	6 procent
Koordinatorer	387	100 procent

Arbetsuppgifterna varierar

I kartläggningen ingick att få svar på vilken/vilka arbetsuppgifter som koordinatorerna uppfattade sig ha. Frågan besvarades genom att de valde det/eller de 11 alternativ (se bilga 1) som stämde för dem men frågan hade också plats för egna kommentarer. Figur 7 visar koordinatorns uppgifter från de mest till de minst förekommande uppgifterna. De vanligaste arbetsuppgifterna är att boka tider för undersökning och provtagning, vara patientens kontakt vid frågor om bokningar och tider, registrera och rapportera ledtider för SVF samt bevaka att ledtiderna följs.

Figur 7. Koordinators arbetsuppgifter

Andel i procent (%)



Bokningen av besöks-, undersöknings- och behandlingstider görs ofta av koordinatorerna men även till viss del av kontaktsjuksköterskor. De flesta koordinatorerna bokar endast tider inom den egna enheten eller verksamhet-

en och bokningssystemen uppfattas som enkla. Några få uppger att de kan boka tider utanför den egna enheten/verksamheten. Skillnader finns mellan landstingen och regionerna vad gäller möjlighet att boka tider utanför den egna enheten/verksamheten. Exempelvis kan koordinators i Region Kronoberg och Region Östergötland till stor del boka tider utanför den egna enheten/verksamheten.

Koordinator ska förutom att boka tider också samordna patientens utredning med andra professioner och team. Frågan besvarades genom att koordinators angav på en tregradig skala (ofta/ibland/aldrig) vem de kontaktade i olika delar av planeringen och genomförande av utredningen. Professionerna omfattar läkare, kontaktsjuksköterska, annan koordinator. När patientens utredning ska samordnas är det vanligast med kontakter med yrkesgrupper inom den egna enheten/verksamheten, exempelvis med läkare och kontaktsjuksköterskor. Utanför den egna enheten/verksamheten är det oftast koordinator eller kontaktsjuksköterska som kontaktas i utredningen och dess planering och uppföljning (tabell 9).

Tabell 9. Koordinators samverkan med professioner under planering och genomförande av utredning

	Tidigare steg i utredningen			Inom egna enheten/verksamheten			Nästa steg i utredningen		
	ofta	ibland	aldrig	ofta	ibland	aldrig	ofta	ibland	aldrig
Ansvarig läkare	10	26	64	52	39	10	6	27	67
Kontaktsjuksköterska	7	22	71	44	30	26	20	33	47
Koordinator	9	22	70	30	28	42	24	32	44

Skala: Ofta, ibland, aldrig/sällan. Samtliga värden i procent.

Patientkontakt och patientens delaktighet

Den vanligaste vägen för kontakt med patienten är via telefon eller telefon i kombination med brev. Personligt möte uppges vara vanligare än bara brev. E-post är fortfarande ovanligt men används av några få koordinators.

Första kontakt via personligt möte tas enbart av sjuksköterskor och kontaktsjuksköterskor medan medicinska sekreterare och undersköterskor i större uträkning använder brev vid den första kontakten med patienten.

Tabellen nedan (tabell 10) visar svar på påståenden om patientens delaktighet i planering av utredningen och antal koordinators som bedömt hur ofta eller sällan de olika situationerna uppstår. Skattningen om delaktighet besvarades av de koordinators som angett att de har direkt patientkontakt.

Tabell 10. Patientens delaktighet i planering av utredningen

Påståenden	Ofta	Ibland	Sällan
Patienten efterfrågar information om kommande steg i utredningen	56	37	7
Patienten vill vara delaktig i besluten om undersökningar och provtagningar	36	43	21
Patienten vet att utredningen sker enligt SVF redan vid den första kontakten	34	43	23
Patienten har goda möjligheter att påverka tider för utredning och provtagning	22	48	30
Patienten efterfrågar lindring av oro och smärta med mera	14	51	35
Patienten och närstående efterfrågar psykosocialt stöd	5	56	39

Fråga: Hur ofta uppkommer, enligt din uppfattning följande situationer? Andel i procent

Vid patientkontakt är det vanligt att patienter efterfrågar information om kommande steg i utredningen, och de oftast vill vara delaktiga i besluten gällande undersökningar och provtagningar. Patienterna har dock inte alltid möjlighet att påverka tider för utredning och provtagning.

Förutsättningar och stöd för uppdraget varierar

Kartläggningen visar att 51 procent av koordinatörerna har en skriftlig uppdragsbeskrivning. Resultaten varierar dock beroende på koordinators yrkesbakgrund, där cirka 77 procent av undersköterskorna respektive 34 procent av kontaktsjuksköterskorna anger att de har en skriftlig uppdragsbeskrivning för koordinatorsfunktionen.

Koordinatorerna är nöjda med de personliga förutsättningarna och sin kompetens för att utföra uppdraget, och stödet kring arbetet och informationen om SVF har uppfattats vara tillfredställande. Däremot finns det utrymme för förbättring när det gäller organisatoriska förutsättningar som tid för att utföra arbetsuppgifter samt ersättare vid ledighet, sjukfrånvaro och så vidare. Resultaten visade också att undersköterskor är mer nöjda med tiden för att utföra sina arbetsuppgifter jämfört med koordinatörer med annan yrkesbakgrund. Landstingen och regionerna har även arbetat olika med att skapa organisatoriska förutsättningar för uppdraget.

I en sammanställning nedan (tabell 11) återfinns några av de mer framträdande områdena som framkom i analysen av de förslag (183 förslag sammanlagt) på hur förutsättningarna för koordinatörfunktion kunde förbättras. Några av de koordinatörer som gått en introduktionsutbildning framhåller i kommentarerna att den varit bra och underlättat arbetet. Ett stort antal koordinatörer efterfrågar också möjligheten att ingå i ett nätverk för koordinatörer för erfarenhetsutbyte och för att exempelvis diskutera pågående utredningar.

Tabell 11. Förslag på förbättringar

Förslag	Antal kommentarer
Utbildning/handledning inom verksamheten	68
Nätverk och kontaktlista till koordinators/studiebesök på andra sjukhus	34
Mallar, checklistor, lathundar och riktlinjer (SVF-förloppen, arbetssätt, registrering, kodning)/funktionsbeskrivning för koordinators	25
Utökade personalresurser/kompetens/tid för arbetsuppgifter/resursplanering	21
Förbättrade journalsystem/uppföljningsmöjligheter/registreringsverktyg	9
Ökat samarbete och information i vårdförloppet	8
Delaktighet i arbetsgrupper för SVF	2
Annat	16

Det finns ett antal utmaningar kopplat till uppdraget

I enkäten har koordinatorserna beskrivit totalt 370 olika utmaningar och svårigheter kopplade till uppdraget. Tabellen nedan anger de åtta områden som framkom i analysen, varav de fem första utvecklas i texten som följer.

Tabell 12. Utmaningar och svårigheter

Områden	Antal kommentarer
1. Tid- och kunskapsbrist samt svårighet att växla mellan roller och uppgifter	103
2. Bristande tillgänglighet till resurser när ledtider ska kortas och undanträngning undvikas	78
3. Svårt att få alla involverade med på tåget och skapa ett fungerande samarbete runt patienten	68
4. Problem med remisser, kodning och rapportering av ledtider	47
5. Brister i administrativa system och tillgång till information förvårar överblicken	30
6. Samarbetet vad gäller avseende rutiner och arbetssätt är svårt	9
7. Ensamarbete med avsaknad av ersättare	7
8. Annat	37

Fråga: Vilka utmaningar upplever du finns i din roll som koordinator?

1. Tid- och kunskapsbrist samt svårighet att växla mellan olika roller och uppgifter

Den största upplevda utmaningen handlar om tids- och kunskapsbrist samt svårigheten att fördela sin tid och växla mellan sina andra arbetsuppgifter och arbetet som koordinator.

Många arbetsuppgifter som ingår i koordinatorsfunktion, exempelvis bokning av tider, kan med fördel utföras av andra, till exempel medicinska sekreterare. Utmaningen är, dock enligt de med sjuksköterskebakgrund, att hinna med det patientnära arbetet. Flera koordinators med bakgrund som medicinska sekreterare lyfter fram utmaningar som gäller deras otillräckliga kunskaper om psykosocialt stöd och om cancersjukdomar och utredningar:

Att ha fått uppgiften som koordinator i stället för en sjuksköterska är åtminstone på min arbetsplats en verklig utmaning.

Dilemma vid vissa tillfällen när man skall kalla patienter och man kanske inte har tillräckligt med medicinska kunskaper om frågor uppstår.

Att ha kunskap om vad olika sjukdomar och vilka undersökningar som behövs för varje diagnos. Kunna få tiden att räcka till för ALLT!!

I nedanstående (tabell 13) visas fördelarna med att kombinera rollerna som kontaktsjuksköterska och SVF-koordinator, där tidig kontakt med patienten och möjligheten följa denna genom hela utredningsförloppet nämns som den största fördelen. Exempelvis anges att man får bättre inblick i patientens nuvarande tillstånd, var i utredningen patienten befinner sig för tillfället och vilka behov patienten har. Patienten får också en tydlig uppfattning vem som samordnar utredningen, vilket i sin tur kan leda till minskade kontakter med vården. Ett stort antal fördelar beskrevs (146) och illustreras uppdelat i följande områden (tabell 13).

Tabell 13. Fördelar med att kombinera uppdraget

Fördelar	Antal kommentarer
Följer och har koll på patienten från start och genom hela sin del av utredningen	39
Får inblick i och en helhetsbild av patientgruppen och utredningsförloppet	32
Det finns en tydlig kontaktperson och färre vårdkontakter för patienten	21
De medicinska kunskaperna är goda	17
Samordning och planering i utredningsprocessen förenklas	14
Det blir en nära kontakt med patienten	7
Det blir kontinuitet i arbetsprocessen	6
Man kan själv svara på alla frågor som patienten ställer om sin utredning	4
Man bevakar själv ledtiderna för sina patienter	4
Arbetsuppgifterna är likartade men ger också omväxling	2

Fråga: Ange vilka eventuella fördelar och nackdelar som du ser med att de olika funktionerna koordinator och kontaktsjuksköterska är integrerade?

Den största nackdelen med att kombinera rollerna som koordinator och kontaktsjuksköterska uppfattas vara den höga arbetsbelastningen samt svårigheten att hinna med alla arbetsuppgifter och fördela tiden mellan dem. Exempelvis anges att tidsåtgången för de administrativa arbetsuppgifter som ingår i uppdraget som koordinator medför att tid tas från patienten. Detta uttrycks enligt följande av några kontaktsjuksköterskor som kombinerar detta med att vara koordinator i SVF:

Kontaktsjuksköterskan ska ha tid för patienterna, inte få mer administrativa uppgifter, som konkurrerar med patienttiden.

Låt inte vårdpersonal lägga tid på registreringar. De behövs i vården, inte vid en dator!

2. Bristande tillgänglighet till resurser när ledtider ska kortas och undanträngning undvikas

Ett av syftena med koordinatorsfunktionen är att undvika onödiga väntetider för patienten, men vid samordning av utredningen ställs koordinatören inför att exempelvis tider för läkarbesök och mottagningsbesök samt röntgen och vissa undersökningar inte är tillräckliga och att svarstiderna är långa. Det största problemet med tider för undersökningar anges inom bild- och funktionsmedicin, svarstiden för PAD-svar samt tid för operation och vissa undersökningar som ingår i utredningen, exempelvis koloskopi och cystoskopi. Speciellt utmanande blir det att hålla de ledtider som förväntas inom SVF och undvika att andra patienter inte får vänta längre.

3. Svårt att få alla involverade med på tåget och skapa ett fungerande samarbete runt patienten

Koordinatorfunktionen skiljer sig åt mellan olika förlopp, verksamheter och förvaltningar samt mellan landsting/regioner, och det är inte alltid tydligt vem som ska göra vad och vem som kommunicerar med patienten. Det är i allmänhet upp till respektive verksamhet att utforma vad koordinatören ska utföra och vilka arbetsuppgifter som ingår i uppdraget. Detta uppfattas i grunden som positivt, men det finns en risk att ansvarsfördelning blir otydlig om det blir för stora skillnader mellan verksamheter.

Uppbyggnaden av rollen som koordinator sker samtidigt som arbetssätten i SVF byggs upp och flera professioner är ovana. Uppbyggnaden av gemensamma rutiner mellan verksamheter och fördelning av ansvar kräver sannolikt mer tid än de år som satsningen pågår.

4. Problem med remisser, kodning och rapportering av ledtider

Det nationella kravet på uppföljning av ledtider inom SVF gör att mycket fokus läggs på registrering och rapportering. För att redovisningen ska vara korrekt krävs exempelvis att remisser skickas till rätt SVF och att mätpunkterna kodas, registreras och rapporteras enhetligt. KVÅ-koder (klassifikation av vårdåtgärder) sätts av olika enheter och verksamheter, och det finns en risk att kodningen inte blir korrekt eller rent av glöms bort. För koordinatören innebär det extra insatser att korrigera och efterlysa den information som saknas.

Skär delar av utredningen därtill i andra landsting och regioner innebär det att koordinatören ska hantera olika uppföljningssystem när ledtider ska registreras och rapporteras samt hållas inom angiven maximal ledtid i förloppen.

5. Bristfälliga administrativa system och tillgång till information försvårar överblicken

Dagen boknings- och journalsystem är inte utformade för att stödja ett flödes- och patientorienterat arbetssätt. Informationen är ofta låst i funktioner och it-system som inte fungerar tillsammans.

Inom flera landsting och regioner och verksamheter pågår ett ständigt utvecklingsarbete för nya rutiner, genvägar och lathundar som skapar tillgång till information, möjliggör bokning av tider utanför den egna verksamheten

och underlättar uppföljning av patienter. Eftersom journalsystemen inte är uppbyggda för ett standardiserat flöde använder koordinatoren en stor del av sin arbetstid till att identifiera var patienten befinner sig i utredningen och bevaka att förloppet fungerar inom angivna tidsramar.

Funktionen har betydelse för förbättringar

Avslutningsvis ingick i kartläggningen att få koordinators uppfattning hur de såg på deras betydelse för förbättringar för patienten (fyra påståenden) och vården (5 påståenden) (se bilaga 1). Följande områden i fallande ordning är områden där koordinatorena skattade sin funktions betydelse för olika förbättringar för patienten och vården:

- Utredningsförloppen blir effektivare och väntetiderna kortas.
- Samverkan mellan olika professioner inom cancerutredningen förbättras.
- Patienten upplever trygghet och kontinuitet under utredningen.
- Cancervården blir mer jämlik.
- Patienten är välinformerad.
- Patientens delaktighet i sin vård ökar.
- Cancerutredningen blir mer individanpassad.
- Samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård ökar.

Det som framträder är att koordinatorena mest uppfattar att de bidrar att utredningsförloppen blir effektivare och att väntetiderna kortas och minst uppfattar att de bidrar till bättre samarbete mellan primärvård- och sjukhusvård.

Flera koordinators uttrycker sin oro för att ett allt för starkt fokus ligger på att korta ledtider och att det finns en risk att patientens behov inte alltid tillgodoses. Korta ledtider är inte det som patienten värderar högst, menar koordinatorena:

Har under mitt år som koordinator framför allt sett och hört patienter som sätter omhändertagandet och kontinuiteten i utredningen före ledtidsspekten.

Koordinatorer med bakgrund som kontaktsjuksköterska skattar sitt bidrag till förbättringar för patienten lägre än koordinators med annan bakgrund.

Koordinatorfunktion bedöms sammantaget vara ”ett viktigt uppdrag som verkligen gör skillnad”. Uppdraget uppfattas som roligt och stimulerande med mycket ansvar men också med regelbunden återkoppling av nöjda patienter. I beskrivningarna har myndigheten inte identifierat några negativa uppfattningar om uppdraget i sig.

Sammanfattande reflektioner

Huvuduppgiften för en koordinator är att tillgodose patientens behov av samordning och kontinuitet. I svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning finns tydliga krav på att vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten samt samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Syftet med koordinatorfunktion som definierades inom SVF är att den ska ”säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid”. Detta innebär att koordinatören ska samordna vårdinsatser med patienten och med olika professioner i utredningen.

Kartläggningen visar att landsting och regioner valt olika lösningar för att bemanna och organisera koordinatorfunktionen utifrån lokala behov och förutsättningar. Dessa olika lösningar har både fördelar och nackdelar.

Det är tydligt att koordinatorfunktionens utformning kommer att utvecklas olika och se olika ut beroende på behoven i vårdförloppen och utifrån den enskilda koordinatörens bakgrund och kompetens. Vissa landsting och regioner hävdar att uppdraget kräver minst sjuksköterskekompetens för att kunna möta och fånga upp problem runt patienten tidigt och menar att det ger ett ”mervärde för såväl patientens som systemet”. Andra landsting och regioner för fram att den personliga lämpligheten är viktigare än den utbildning koordinatören har. Flera landsting och regioner med koordinatörer ser denna som ett administrativt stöd till verksamheten och att kontaktsjuksköterskor i huvudsak ska fortsätta med det patientnära arbetet.

Om funktionen är delad är det viktigt att ansvarsfördelningen är tydlig genom hela utredningen. Delad uppmärksamhet mellan olika uppdrag kan leda till svårighet att prioritera mellan uppdragen. Vid tillsättning är det dessutom viktigt att ha i åtanke vilken typ av arbetsuppgifter som ska utföras, vilken kompetens som behövs för uppdraget och vilket mandat som gäller för förändring och förbättring. Ansvaret är stort, inte minst vad gäller de medicinska prioriteringar som koordinatören ställs inför vid bokning och planering.

Koordinatorerna erbjuds utbildning och stöd i arbetet under satsningens gång. Detta är betydelsefullt i sig. Mer betydelsefullt är att landsting och regioner arbetar för att förbättra förutsättningarna och för att koordinatören ska uppfattas som en viktig part i teamet runt patienten.

Uteblivet stimulansmedel

Sammanfattning

- Sex mindre landsting och regioner fick inte del av den andra utbetalningen av statliga stimulansmedel 2016, eftersom ett eller flera krav för utbetalning inte hade uppfyllts.
- I de intervjuer som Socialstyrelsen låtit genomföra i de aktuella landstingen uppfattar de ansvariga för arbetet att de uteblivna medlen lett till frustration och besvikelse i regionerna och landstingen, särskilt hos dem som arbetar i de patientnära verksamheterna,
- Generellt finns dock en vilja i de sex landstingen och regionerna att fortsätta arbetet och en uppfattning att stimulansmedlet inte utgör den huvudsakliga drivkraften.
- Det uteblivna medlet har i vissa av de aktuella landstingen och regionerna bland annat inneburit att implementeringen 2017 påskyndats, vilket i viss mån har uppfattats som ytterligare ökad tidspress, med risk för sämre kvalitet i arbetet.

En studie av sex landsting/regioner

Genomförandet av satsningen på SVF specificeras årligen i en handlingsplan som lämnas till Socialdepartementet under våren. Sedan följs arbetet upp och återskildras under hösten genom en separat redovisning. Det statliga stimulansmedel som överenskommelserna omfattar fördelas när handlingsplanen respektive redovisningen har godkänts, det vill säga två gånger per år. Detta förutsätter dock att landstingen och regionerna det aktuella året har uppnått grundläggande krav, bland annat att handlingsplanen ska specificera hur arbetet med de införda vårdförloppen ska fortgå och att redovisningen visar att de aktuella vårdförloppen har införts före den 1 november.

Den andra utbetalningen 2016, som är aktuell för den här delstudien, omfattade 203 miljoner kronor och 15 av 21 landsting och regioner delade på summan; hur mycket varje landsting får avgörs av befolkningens mängd. Däremot var det sex landsting och regioner¹⁵ som inte fick del av denna utbetalning, eftersom de inte uppnått de krav som ställs av regeringen och SKL.

Syftet med detta avsnitt är att ge en bild av hur arbetet i de aktuella landstingen och regionerna påverkats av att stimulansmedlet uteblev. För att få en bild av detta har en separat intervjustudie genomförts.

¹⁵ Kronoberg, Gotland, Blekinge, Halland, Gävleborg, Jämtland/Härjedalen.

Studiens genomförande

- Totalt 13 intervjuer har genomförts med verksamhetsföreträdare som varit ansvariga i landstingens och regionernas arbete med införandet av SVF.
- Sammansättningen av informanter från de olika landstingen och regionerna har liknat varandra; i de flesta fall har intervjuerna genomförts med en verksamhetschef, områdeschef eller förvaltningschef som har varit ansvarig för ett eller flera vårdförlopp samt landstingets och regionens cancersamordnare.
- Intervjuerna genomfördes per telefon och spelades in. Efter datainsamlingen har materialet transkriberats och analyserats genom en kategorisering av materialet beroende på om det rört sig om förändringar i *omfattning*, *arbetssätt* eller *inställning*. Syftet med indelningen är att fånga in olika aspekter av hur uteblivna stimulansmedlet påverkat verksamheten.

Kraven för att få stimulansmedel uppfylldes inte

De totalt 406 miljoner kronor som utgjorde stimulansmedlet för 2016 års överenskommelse utbetalades i två omgångar om 203 miljoner kronor vardera. De medel som betalades ut 2016 kunde även användas av landstingen och regionerna 2017. Stimulansmedel betalats ut utifrån befolkningstorlek i landstingen/regionerna.

Kraven för den första utbetalningen 2016 var att SVF för 2015 skulle vara införda samt att en handlingsplan¹⁶ för införandet av de 13 nya vårdförloppen för 2016 skulle vara inskickad senast den 15 mars 2016. Detta krav uppfyllades av samtliga landsting och regioner. För den andra utbetalningen 2016 ställdes kravet att landstingen och regionerna skulle lämna in en redovisning av arbetet 2016 som visade att de 13 förloppen för 2016 har införts i respektive landsting och region senast den 1 november. Kravet uppfyllades av 15 av 21 landsting och regioner.

De sex landsting och regioner som denna delstudie omfattar är alla förhållandevis små sett till befolkningsmängd (tabell 14). Till exempel kan Hallands befolkning (som är störst av dessa sex) på drygt 300 000 personer jämföras med Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen eller Region Skåne som alla har en befolkningsmängd på över en miljon vardera.

Tabell 14. Befolkningsmängd i de sex landstingen/regionerna

Kronoberg	194 628
Blekinge	158 453
Halland	320 333
Gävleborg	284 586
Gotland	58 003
Jämtland/Härjedalen	128 673

Källa: SCB:s befolkningsstatistik den 31 december 2016.

¹⁶ Landstingen ansvarar för att ta fram handlingsplanen med stöd och i samverkan med RCC.

De sex landstingen och regionerna hade i varierande grad ett processbaserat arbetssätt inom cancervården sedan tidigare; några informanter redogör för att de innan den aktuella satsningen hade strukturerade processer för vissa cancerdiagnoser. I vissa fall innebar därför satsningen på SVF framför allt kortare tidsramar för redan existerande förlopp. Informanter i andra landsting och regioner anser sig däremot inte ha haft ett strukturerat processbaserat arbetssätt i cancervården sedan tidigare.

För få patienter var främsta orsaken

Den främsta anledningen till att stimulansmedlet uteblev i de sex landstingen och regionen var avsaknaden av patienter i ett eller flera vårdförlopp. Vid inrapporteringstillfället den 1 november 2016 fanns det i samtliga dessa landsting och regioner ett eller ett par vårdförlopp där ingen patient hade startat, utretts eller avslutat (till exempel genom start av behandling) ett SVF så att vårdförloppet kunde betraktas som infört, vilket var ett krav för utbetalning av den ekonomiska ersättningen.

De berörda landstingen och regionerna anger flera orsaker till avsaknaden av patienter. Något man lyfter fram är att utformningen av satsningen har missgynnat de små landstingen och regionerna, i och med att kraven framför allt fokuserat på kvantitet. För att ha åtminstone en patient i varje vårdförlopp krävdes att det fanns en patient med en specifik diagnos i varje landsting och region. I mindre landstingen och regioner har det under den aktuella perioden helt enkelt inte funnits någon patient med vägrundad misstanke om cancer för någon av de mer ovanliga diagnoserna.

Vi är ett litet landsting och där drog vi nitlotten i det fallet, kan jag säga. Vi har vissa diagnoser där vi inte har många patienter per år, och då hade vi inte haft någon patient i det förloppet. (Informant 4)

I vissa fall har det inte funnits någon patient med en viss diagnos, och i andra fall har det rört sig om få patienter som inte har hunnit gå igenom hela förloppet vid inrapporteringstillfället.

Vidare tycks det finnas en variation bland de sex landstingen och regionerna i uppfattningen om och förståelsen för kraven och tillämpningen av dessa. Ett par informanter uttrycker att de varit väl medveten att kraven skulle tillämpas strikt och inte ge möjlighet för undantag. Från några landsting och regioner framkommer i stället att de trodde att Socialdepartementet skulle vara mer flexibelt i sin bedömning. Från ett landsting uttrycker de att informationsgången kring kraven inte har fungerat helt, och att det låg till grund för att de inte såg till att alla vårdförlopp infördes i tid.

En annan förklaring till avsaknaden av patienter i vissa vårdförlopp är att det av olika anledningar förekommit förseningar i arbetet som har berört dessa specifika vårdförlopp. De har därför inte hunnit få igenom patienter före inrapporteringen i november. I vissa fall upplever man att det funnits en omedvetenhet om arbetets omfattning och hur mycket tid som skulle krävas exempelvis för att få kodningsproceduren att fungera. I ett av landstingen menar de att det har det uppstått förseningar på grund av att de inte haft något diagnostiskt centra.

En mindre förekommande förklaring till att det inte har funnits genomgångna patienter i alla vårdförlopp vid inrapporteringstillfället är att det uppstått komplikationer i återrapporteringen som lett till felregistreringar och missar i rapporteringen av patienter.

Verksamheten påverkades i låg utsträckning

Omfattningen är densamma

En första aspekt som undersöktes var påverkan av det uteblivna stimulansmedlet på fortlevnaden av satsningen i landstingen och regionerna och dess fortsatta *omfattning* i termer av antal vårdförlopp. Här finns ingen antydning till att de inte avser fortsätta med arbetet inom satsningen på grund av att den ekonomiska ersättningen uteblev – även om det i ett av landstingen och regionerna uppkom viss tveksamhet om att arbeta vidare inom satsningen i samband med beskedet om utebliven utbetalning.

Det är tydligt att informanterna upplever att det finns en vilja i landstingen och regionerna att driva arbetet vidare. Flera informanter tydliggör att stimulansmedlet i första hand har en möjliggörande och stimulerande funktion men att det inte utgör den grundläggande anledningen till förändringsarbetet. Det framkommer i stället att SVF upplevs leda till en bättre cancervård för patienten och att detta utgör en stark fortsatt drivkraft för arbetet:

[...] av helt andra skäl än att vi ska få stimulansmedel så måste vi få det fungerande under året, det har ju med patienterna att göra. (Informant 7)

En annan anledning till att arbetet fortgår som planerat kan vara att det inte ses som möjligt att dra sig ur. Att frivilligheten för landsting och regioner att delta i olika överenskommelser mellan SKL och regeringen kan vara begränsad har tidigare konstateras av Riksrevisionen [24]. Såväl ekonomiska incitament och medialt tryck, som det faktum att SKL ses som en representant för landstinget och regionen, kan därför vara orsaker till att deltagandet i överenskommelserna ses som en ickefråga [24]. Vissa av informanterna i denna studie ger uttryck för en liknande uppfattning:

Ja, vi kommer ju att införa [vårdförloppen] ändå. Det är vi ju tvungna till [...] det är ju ett åtagande vi har att införa dem. Med och utan stimulanspengar. (Informant 2)

I detta fall står det dock klart att inte enbart uppfattas som att verksamheterna är tvungen att genomföra satsningen utan att det även är något man från landstingens och regionernas sida *vill* göra av andra skäl. Framför allt tycks medarbetarnas engagemang, och att de ser fördelarna för patienten med processarbetet, vara avgörande för denna uppfattning.

Flera av informanterna lyfter dock att stimulansmedlet även kan ha varit en viktigare drivkraft på högre nivå:

För vad gör man det här, är det för att få lite pengar eller är det för att faktiskt göra en stor insats för att förbättra vården för cancerpatienter?

Man har ibland lite olika perspektiv beroende på var man sitter i vårdorganisationen. (Informant 10)

Oavsett vilka drivkrafterna har varit för olika inblandade aktörer kommer satsningen att fullföljas även med den minskade ekonomiska ersättningen, eftersom att processarbetet upplevs som välfungerande och som en bidragande faktor till en bättre cancervård:

Även om vi nu inte fick de här pengarna så fortsätter vi ju i samma anda på den inslagna banan för vi tror på det här. (Informant 9)

Sammanfattningsvis är upplevelsen bland informanterna att stimulansmedel har underlättat och möjliggjort arbetet med SVF men att det framför allt är god vård och patientens bästa som varit huvudsakliga drivkrafter i arbetet. De ser därför inte att den tillfälliga avsaknaden av stimulansmedel kommer att påverka SVF:s vara eller icke vara, och det kommer inte heller att påverka i vilken omfattning satsningen genomförs, sett till antal vårdförlopp. Stimulansmedlet upplevs snarare ha snabbat på ett förbättringsarbete som flera av informanterna menar ändå hade genomförts förr eller senare, oavsett om stimulansmedlet hade tillkommit eller inte:

Hade vi inte haft det här ekonomiska incitamentet så hade vi nog, vi hade infört standardiserade vårdförlopp, men vi hade inte gjort det i den hastigheten. (Informant 2)

Arbetssätt anpassas allt eftersom

Att omfattningen av satsningen kvarstår i landstingen och regionerna innebär inte nödvändigtvis att arbetet sker på samma sätt som tidigare. Det uteblivna stimulansmedlet kan med andra ord ha haft en påverkan på verksamheternas *arbetssätt* i termer av till exempel resurser och tidsramar.

I och med att stimulansmedlet har haft en möjliggörande påverkan på arbetet med SVF är uppfattningen bland informanterna att det uteblivna stimulansmedlet kommer att ha viss påverkan på kvaliteten i arbetet samt på tempot i implementeringen av vårdförloppen. Bland annat framkommer det att det uteblivna medlet innebär att man i vissa landsting och regioner inte kommer att genomföra planerade satsningar, till exempel inköp av viss utrustning eller anställning av personal. I några landsting och regioner var det även tänkt att pengarna skulle användas för att komma till rätta med problem med flaskhalsar i redan införda förlopp:

De pengarna var ju tänkta att förbättra ledtiderna egentligen och inte implementeringen av de kommande förloppen, så jag kan se att det kommer ta ytterligare lite längre tid efter 2017 att komma till rätta med [...] ledtidsproblematik som är relaterade till flaskhalsar möjligtvis. (Informant 6)

Till följd av att vissa planerade satsningar inte kommer till stånd återfinns således en viss oro bland informanterna att avsaknaden av stimulansmedlet

kan påverka såväl kvaliteten på vårdförloppen i sig (i form av sämre ledtider) som kvaliteten och engagemanget i implementeringsarbetet. Det senare tror man i sin tur kan påverka hur väl man lyckas etablera arbetssättet i verksamheten.

Samtidigt tycks satsningen i ett par av landstingen och regionerna fortgå på samma sätt som tidigare. Här uppfattar informanterna inte att avsaknaden av stimulansmedlet påverkar deras arbetssätt med vårdförloppen nämnvärt:

Det här ska fortgå, det ska inte stanna av eller att vi har fått inskränkt den på något sätt, att nej nu får ni tänka om och göra på något annat sätt för det här får inte kosta lika mycket pengar [...] utan det har fått fortgå.

(Informant 5)

En informant påtalar att det uteblivna medlet, till följd av den strikta tillämpningen av kraven för att få stimulansmedel, kan komma att leda till att någon form av kontrollfunktion införs i landstinget och regionen som säkerställer att det finns genomgångna patienter i alla vårdförlopp inför nästa utbetalning. Ytterligare en tydlig påverkan på arbetssättet är att den uteblivna ersättningen har stimulerat till en tidigarelagd start av de nya vårdförloppen 2017. I vissa av landstingen/regionerna ses detta som en positiv effekt:

I så fall i positiv bemärkelse skulle jag säga [...] nu måste alla starta första juni [...] no mercy när det gäller det. (Informant 11)

I några landsting och regioner uttrycker de i stället att det fortsatta implementeringsarbetet kommer att påverkas negativt av en ökad tidspress:

Det som jag kanske kan uppleva litegrann 2017, jämfört med tidigare, det är väl att vi kanske har sänkt kvalitetskraven litegrann hur väl flöden liksom funkar [...] mycket utifrån att vi måste få in det i tid och så.

(Informant 12)

Generellt sett har informanterna dålig kunskap om hur det uteblivna stimulansmedlet kan komma att påverka annan verksamhet i landstingen och regionerna, eftersom de inte har ett övergripande perspektiv på landstingens och regionernas verksamhet. Uppfattningarna varierar och vissa av informanterna uttrycker att det är troligt att det påverkar annan verksamhet eftersom SVF ges företräde:

Det påverkar ju kanske inte specifikt standardiserade vårdförlopp, för de kommer ju bli prioriterade eftersom att det finns, det finns pengar i där, utan det kommer ju snarare påverka andra patientgrupper. (Informant 7)

Sammanfattningsvis har det uteblivna stimulansmedlet inneburit en viss anpassning till nya förutsättningar i landstingen och regionerna. Denna anpassning upplevs ha en möjlig påverkan på kvaliteten i det fortsatta implementeringsarbetet, både gällande de redan införda förloppen och de vårdförlopp man avser införa 2017.

Generellt sett fortsätter dock genomförandet av satsningen med liknande kraft som tidigare men med mer fokus på att klara kraven inför nästa utbetalning av stimulansmedel. Den uteblivna ekonomiska ersättningen har på detta vis bidragit till en lärandeprocess som bland annat har lett till att man i flera av de sex landstingen och regionerna har tidigarelagt starten av 2017 års vårdförlopp för att dels undvika att en liknande situation uppstår, dels säkerställa att de får del av kommande utbetalningar. I många fall uttrycker de att det försenade arbetet 2015 och 2016 har lett till att vårdförloppen startats tidigare 2017:

Sen så hade vi inga heller i hudmelanom, och det har vi ju nu. Och anledningen att vi inte hade det, det var att vi startade alldeles för sent. Det har vi verkligen tagit lärdom av [...] av de som ska implementeras får ingen starta senare än första juni. (Informant 11)

Det finns viss besvikelse men engagemanget är ändå stort

Inställningen i landstingen och regionerna gentemot satsningen är en annan aspekt som har påverkats på olika sätt av att stimulansmedlet uteblev. Framför allt framkommer en frustration och besvikelse bland flertalet informanter till följd av att man anser sig ha blivit orättvist behandlad i bedömningsprocessen. Många menar att bedömningen av arbetet i termer av antalet patienter i vårdförloppen är byråkratisk och inte tar hänsyn till arbetets helhet. Flera informanter jämför med större landsting och regioner och påpekar att man i förhållande till folkmängd sammantaget har haft fler patienter i vårdförloppen. Det varierar dock huruvida man i landstingen och regionerna härleder anledningen till det uteblivna medlet främst till sin egen verksamhet eller till kravens utformning.

Trots den generella besvikelsen i de sex landstingen/regionerna, som är mer tydlig i vissa än i andra, har utfallet i det snaraste lett till en ökad aktivitet och en omladdning inför införandet av de tio nya vårdförloppen 2017. En del informanter uttrycker att det har skapat ytterligare incitament att förbättra arbetet med vårdförloppen:

Och det blev ju också lite press på den verksamheten att verkligen ta tag i det såklart. Så blev det ju också. Så nu är det verkligen på gång att det funkar bättre, ja kanske inte enbart på grund av det, men vi ser ju hur saker haltar på grund av att vi inte har en bra organisation för koordineringen. (Informant 11)

Sammantaget återfinns i alla sex landsting och regioner uppfattningen att satsningens utformning missgynnar mindre landsting och regioner och att de har blivit orättvist bedömda sett till att de faktiskt har presterat. Utfallet har lett till viss besvikelse, men eftersom de ser fördelar med arbetssättet har det uteblivna medlet trots allt lett till en ökad motivation i verksamheterna även om de i vissa fall upplever att inställningen till arbetet har försämrats.

Sammanfattande reflektioner

Utformningen av kraven inom ramen för satsningen, som man uppfattar förfördelar mindre landsting/regioner, har skapat frustration och i vissa fall ett motivationstapp på verksamhetsnivå. Detta verkar samtidigt inte påverkat det faktiska införandet av vårdförloppen i någon större utsträckning. Däremot riskeras förtroendet för så väl den aktuella satsningen som liknande framtida satsningar, menar flera av informanterna. Engagemang och upplevelse av legitimitet i verksamheterna och bland anställda är av stor vikt för en framgångsrik implementering.

Vad gäller arbetssättet har detta till viss del anpassats efter att man inte fick den extra ekonomiska resursen. Bland annat återfinns ett ökat fokus i landstingen och regionerna på att uppnå kraven i överenskommelsen, vilket exempelvis tar sig uttryck i en tidigareläggning av kommande vårdförlopp jämfört med tidigare år.

Slutligen är det viktigt att vara medveten om risken för en potentiell kvalitetsförsämring, vilket i värsta fall skulle kunna påverka vårdförloppens fortlevnad på längre sikt:

Så att det är klart att jag känner det att det berör, sen försöker vi väl lösa det med våra vanliga pengar, men det hade absolut gjort nytta i implementeringsarbetet. (Informant 8)

Mycket tyder dock på att drivkraften för införandet av vårdförloppen inte grundar sig i möjligheten till ekonomisk ersättning utan i att vården ser införandet av SVF som en viktig del i att skapa en god cancervård för patienten:

Det är ju en prioritering vi gör, att vi ska ha bra förlopp för våra cancerpatienter. Det är ju viktigt att få till bra processer så att inte de, att de ska omhändertas på bästa och snabbaste sätt. (Informant 2)

Undanträngning förebyggs genom medvetenhet

Sammanfattat

- Det finns risker för undanträngning av olika slag till följd av SVF – inom vårdförloppen, mellan patienter inom förloppen samt för patienter utanför SVF.
- Kännedom om begreppet undanträngning, inklusive kopplingen till prioriteringar och den etiska plattformen, varierar mellan olika verksamheter.
- Socialstyrelsens iakttagelser indikerar att kunskapen och medvetenheten om undanträngning förbättrats det senaste året.
- Alla intervjuade verksamheter uppger att de arbetar med att förebygga undanträngning.
- Ett flertal verksamhetsföreträdare lyfter fram att SVF synliggjort och visat risker för undanträngning i vården som tidigare skett i det dolda.
- Många menar att faktisk undanträngning till följd av SVF främst förekommer för patienter med återfall och patienter med samsjuklighet.

Patienter med misstänkt cancer har generellt sett varit högt prioriterade inom vården, och de korta rekommenderade ledtiderna inom SVF ökar ytterligare uppmärksamheten på patienter med välgrundad misstanke om cancer. När specifika satsningar görs inom ett område riskerar man dock samtidigt att fokus och resurser minskar inom andra områden. Genom att återkommande belysa detta, samt öka kunskapen om undanträngning och prioriteringar i verksamheterna, är ambitionen att undanträngning till följd av SVF ska begränsas.

I det följande avsnittet beskrivs Socialstyrelsens iakttagelser om undanträngning under 2017. Iakttagelserna bygger i huvudsak på landstingens och regionernas handlingsplaner, dialoger med ett antal fördjupningslandsting samt enkäter till projektledare och koordinatorena för SVF.

Undanträngning är kopplad till tillämpning av prioritering

I Socialstyrelsens förra lägesrapport [2] diskuterades och beskrevs vad *undanträngning* inom sjukvården är. Då definierades undanträngning enligt följande:

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

Definitionen syftar till att tydliggöra att undanträngning ska kopplas till den etiska plattformen för prioritering inom hälso- och sjukvården samt att undanträngning uppstår när beslut står i strid med denna. Den etiska plattformen omfattar tre principer:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Innehållet i den etiska plattformen är inkluderad i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ska vara styrande för all resursfördelning inom hälso- och sjukvården.

I den förra lägesrapporten [2] visade Socialstyrelsen också att undanträngningar i relation till införandet av SVF kan delas in i tre huvudsakliga nivåer:

- undanträngning av andra delar inom vårdförloppet
- undanträngning inom samma patientgrupp och av dem som inte passar in, klarar av eller vill följa SVF
- undanträngning av annan vård, alltså inte cancerpatienter.

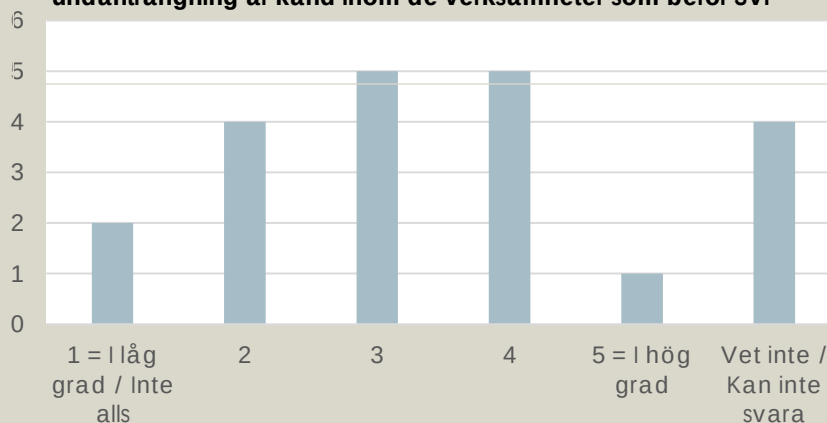
Samtliga dessa nivåer kan uppkomma till följd av SVF men de är svåra att mäta och följa upp. I rapporten konstaterades också att olika aktörer menade olika saker med undanträngning. Generellt sett verkade företrädare nära patienter uttrycka fler farhågor för undanträngning jämfört med representanter för ledningen. Många verksamhetsföreträdare hade identifierat diagnostik som ett område med kapacitetsbrist, vilket i sin tur riskerade leda till undanträngning. Den samlade bedömningen var ändå att de flesta farhågor för undanträngning inte hade realiserats i verksamheterna och att alla inblandade arbetade aktivt för att förebygga undanträngningar [2].

Kännedomen om begreppet varierar

Genom en enkät till samtliga 21 projektledare med ansvar för att införa SVF har bland annat kännedomen om begreppet undanträngning belysts. Den specifika fråga som myndigheten redovisar här löd: ”I vilken grad bedömer du att ovanstående definition är känd inom de verksamheter som berör SVF?”

Svaren uppvisar en relativt stor spridning (se figur 8 nedan). Flera av projektledarna uppgav också att det är svårt att veta hur känd definitionen är i verksamheterna men att projektledarna arbetar aktivt utifrån definitionen.

Figur 8. Antal projektledare som bedömer att definitionen av undanträngning är känd inom de verksamheter som berör SVF



Nedan följer några kommentarer till frågan om hur spridd och känd definitionen är:

Tror den är känd på ledningsnivå. Tror att kännedomen om den lägre ner i organisationen är lite mer osäker.

Den exakta uppfattningen av vad som är undanträngningar kan nog variera något men medicinsk prioritering av patienter är något som personalen är mycket medveten om och hela tiden försöker agera enligt.

Jag har inte hört eller sett den definitionen någonstans, osäker på om verksamheterna har det heller. Inte hört någon nämna den. Hur har den kommunicerats och till vem?

Svårt att bedöma, dock kan konstateras att professionen inte har samma definition av undanträngning som ledning eller personer på strategisk nivå.

En annan enkät riktades till koordinatörerna inom SVF (se kapitel 3, avsnitt 1) och även där ställdes frågor specifikt om risker för undanträngning. I förra lägesrapporten [2] bedömdes koordinatörerna vara särskilt viktiga för att förhindra undanträngning.

Koordinatorerna uppger i enkäten att det inte finns tillräcklig tillgång till läkartider, röntgentider, mottagningstider, handläggningstider samt att vissa undersökningar har långa svarstider. När det saknas tider uppkommer förseningar med resultatet att patienter kan få vänta, och om denna väntan inte följer beslutade prioriteringar leder det till undanträngning.

Totalt menar 13 procent av de svarande koordinatörerna att de dagligen ställs inför frågan om undanträngning och prioritering, men majoriteten (56 procent) upplever att det händer mer sällan än flera gånger i månaden (se tabell 15).

Tabell 15. Hantering av prioritering och undanträngning.

	Antal	Procent
Dagligen	41	13
Flera gånger i veckan	44	14
Flera gånger i månaden	50	16
Mer sällan/aldrig	170	56
Vet ej	81	21
Respondenter	387	

Frågan: Markera hur ofta du, i ditt arbete som koordinator, uppfattar att du ställs inför frågor om undanträngning och prioritering. Frågan föregicks av definitionen av undanträngning och prioritering.

Nedan följer några kommentarer till den fråga om prioritering och undanträngning som ställdes till koordinatörerna:

Det gäller både remissbedömningar och kön till MDK som måste prioriteras. Just nu går SVF före alla andra och knuffar undan de andra som får vänta ett par veckor extra till just konferensen.

Egentligen är det samma antal patienter som inkommer, men med snabbare besök. Däremot har röntgen och patologen ett större tryck och svårare att få fram tider. Detta beroende på personalbrist.

Hos oss är det så att "lägre prioriterade patienter" får vänta ännu längre.

Med min långa erfarenhet inom vården – "de som skriker och gapar högst får tider fortare än andra, trots lägre prioritet".

Vi får sitta hela telefontider och tala om för patienter med benigna åkomor att vi inte vet när de kan tänkas få en tid till urolog för utredning. Hela tiden seglar SVF-patienterna förbi.

Sammantaget visar svaren från både projektledare och koordinatörer att kännedomen om undanträngning förbättrats under detta tredje år av satsningen men att det fortsatt är viktigt att kunskapen sprids på olika nivåer i verksamheterna, eftersom många ännu inte uppger sig känna till definitionen. Många koordinatörer möter återkommande risken att patienter blir undanträngda.

Medvetenheten om undanträngning har ökat

Alla landsting och regioner har årligen upprättat handlingsplaner för hur införandet av SVF genomförs. I den senaste mallen för en sådan handlingsplan fanns följande fråga:

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2017 som följd av införandet av SVF? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.

Samtliga landsting och regioner uppger i sina handlingsplaner att de kontinuerligt arbetar med att förebygga undanträngning. Samtidigt lyfts en oro för undanträngning fram både inom primärvård och inom den specialiserade sjukhusvården. Inget landsting och ingen region har dock identifierat hur undanträngning kvantitativt kan uppskattas utifrån befintliga datakällor. Kapacitetsbrister diskuteras och vissa kompetenser saknas i vissa fall, vilket gör att de patienter som blivit lägre prioriterade riskerar få vänta längre än tidigare.

Undanträngningar uppges uppstå exempelvis inom urologi när det gäller återbesök och till följd av införandet av flera multidisciplinära röntgenronder för SVF. Just återfallspatienter nämns ofta som en grupp med högre risk för undanträngning, och det finns tankar i flera av handlingsplanerna att dessa patienter borde inkluderas i SVF på nytt. Flera handlingsplaner lyfter också risken för undanträngning av benigna diagnoser, men detta definieras oftast inte som undanträngning givet definitionen ovan.

Generellt sett uttrycks i de olika underlagen en oro för att en del SVF har haft en allt för vid ingång och att det kan bidra till undanträngning när patienter utreds i onödan. Det sägs också finnas utrymme för egna tolkningar inom några områden när det gäller vad som menas med välgrundad misstanke. Några företrädare för landsting och regioner framhåller också att förbokade tider för vissa mindre diagnosgrupper inte är ändamålsenligt och riskerar att ge upphov till undanträngning. De menar att om dessa förbokade tider inte används sker tveklöst en undanträngning, eftersom även lågt prioriterade patienter givetvis går före oanvänd tid. Andra menar samtidigt att detta inte behöver vara något problem i praktiken, eftersom de förbokade tiderna snabbt kan användas till andra patienter om ingen patient inom SVF behöver den.

SVF lyfter fram undanträngning som funnits tidigare

I dialoger med de förträdare för verksamheterna framkommer generellt sett att många farhågor om undanträngning har funnits men att dessa farhågor sällan verkar ha blivit uppfyllda. Ganska samstämmigt ges också en bild av att den undanträngning som finns sällan är en konsekvens av SVF utan att dessa felprioriteringar först nu blir synliga. Några uttrycker till och med att undanträngning snarare har minskat jämfört med tidigare; i och med att SVF har lett till ett ökat fokus på ledtider och en ökad kontroll av alla patienter är det nu lättare att identifiera olika gruppers behandling och väntetider.

De uttrycker även att SVF har lett till att verksamheterna blivit tydligare med sina prioriteringar. Exempelvis har urologin i Region Skåne haft nytta av detta, eftersom SVF har inneburit en ökad tydlighet där mindre allvarligt sjuka patienter nu flyttas till mindre sjukhus. Därmed blir man effektivare samtidigt som man kan göra relevanta prioriteringar.

På några håll diskuterades också att den vanligaste typen av undanträngning uppstår inom *samma* diagnosgrupp, och att undanträngningen då sker utifrån till exempel ålder eller socioekonomisk status. Detta bedöms emellertid inte vara en konsekvens av SVF utan av att dessa aspekter alltid omedvetet påverkar vilken vård någon får. ”Det är lätt att prioritera in lätta patienter

ter” som en person uttryckte det. I något fall beskrevs detta som intern undanträngning, där remisser hanteras olika beroende på var och vem som skrivit dem.

Patienter med återfall riskerar undanträngning

Relativt samstämmig framkommer en farhåga att SVF kan leda till undanträngning av återfallspatienter, eftersom dessa inte räknas som nya SVF-patienter. Detta räknas då som undanträngning inom första nivån, det vill säga inom vårdförloppet. Denna typ av undanträngning är något som även kunde påvisas i Danmark [10] och till följd av detta räknas nu återfallspatienter som nya SVF-patienter i Danmark. Även komplext sjuka och multisjuka bedöms riskera att kunna bli undanträngda.

Huruvida undanträngning uppstår verkar bero på olika saker på olika platser. På något ställe säger man sig kunna påvisa undanträngning av andra patienter hos patologen till följd av resursbrist. På andra ställen sägs i stället patologen klara detta bättre än väntat, till följd av effektiviseringar och tydligare ledtider. De mest komplext sjuka och multisjuka bedömdes riskera att bli undanträngda när förloppen utreds var för sig och många efterfrågar ett helhetsansvar. Bland de utmaningar som riskerar leda till undanträngning nämns kompetensförsörjning och brist på operationsplatser.

Andra exempel på undanträngning som nämns är andra hudcancerar än de som ingår i SVF. Olika SVF kan dessutom undantränga varandra. Exempelvis riskerar SVF med bred ingång, exempelvis för cancer i urinblåsa, att tränga ut SVF med smalare ingång, exempelvis prostatacancer. Dessutom nämns att de SVF som startade först har trängt undan de SVF som ännu inte startat. Exempelvis får benigna sjukdomar samt planerad (elektiv) kirurgi vänta längre än tidigare på grund av SVF, men detta beskrivs inte främst som undanträngning utan som rätt prioritering. Däremot visar detta att det ofta behövs mer resurser.

En enhetlig struktur efterfrågas

Vid dialogerna med fördjupningslandstingen uppkom diskussioner om de specifika förloppens uppsatta ledtider kopplat till risken för undanträngning. Överlag efterfrågas en enhetlig struktur mellan de olika vårdförloppen. Många skillnader är motiverade utifrån de specifika cancersjukdomarnas karaktäristiska, men man menar att det ändå borde vara möjligt med mer enhetlig terminologi och gemensamma ledtider. Nu uttrycks det som att det finns mycket plats för godtycke:

Patologer får själva räkna ut hur lång tid de har på sig inom SVF. Vissa vårdförlopp kan kräva fyra prover, oklart vilket prov som räknas.

Förutsättningarna för att lyckas finns inte! Svårt att tolka instruktionerna – hur många dagar har vi på oss? Arbetsdagar eller kalenderdagar?

Det framkom att förloppens ledtider kan leda till undanträngning inom laboratoriet där vissa prover har mer tid på sig än andra. Synpunkter lyftes också om att manualerna för förloppen borde ha gjorts gruppvis för att kunna

användas i en komplex verklighet; nu är manualerna framtagna för ett förlopp i taget, vilket gör att helheten blir lidande. Dessutom uppkom synpunkten att det varit för många vårdflöden på kort tid och att det hade varit mer värdefullt med färre förlopp som tas fram och implementeras ordentligt.

Vissa SVF rör relativt ovanliga sjukdomar som kanske bara uppkommer någon gång per år på en vårdcentral, och att då ha specifika rutiner kanske kräver mer insatser än vad det ger. Samtidigt är de äldre och multisjuka patienterna ofta svåra att inkludera i snabba förlopp. Åsikter lyftes också om att det finns en skillnad i belastning mellan större och mindre sjukhus men att ledtiderna inte tar hänsyn till detta:

Vissa ledtider är omöjliga att uppfylla, ska inte vara en tävling.

Det uppkom också diskussioner om ingången till förloppen, de så kallade trättarna. Några reflekterade över att dessa ingångar gav för mycket tolkningsutrymme och i vissa fall var för breda, till exempel vad gäller tjock- och ändtarmscancer. Andra pekade dock på att detta ändå inte ledde till undanträngning eftersom dessa patienter behöver utredning oavsett om symtomen visar sig bero på cancer eller inte.

Åsikter som kom upp var också att det saknas medicinska skäl för de snabba förloppen för de flesta SVF. Detta kan i sin tur leda till felaktiga prioriteringar, eftersom det kan finnas behov av andra mer akuta åtgärder. Vissa SVF har ganska litet behov av snabb vård, exempelvis prostatacancer och njurcancer medan vissa benigna diagnoser ger allvarliga symtom. Dessutom har förloppen tagits fram utan hänsyn till realiteten och de begränsningar i resurser som finns. När man sedan försöker uppfylla ledtiderna i förloppen kan det leda till konsekvenser på andra områden:

För hög fart leder till tomma luckor som inte kan användas.

Det finns potential att förbättra

En utmaning handlar om att bättre inkludera primärvården vid införandet av SVF. Många har vid diskussionerna lyft fram att det finns flera personalkategorier inom primärvården som inte har förstått SVF fullt ut och att det är fler än läkarna som behöver mer kunskap. Risken för undanträngningar i primärvården till följd av SVF är därmed mest relaterad till att implementeringen inte blir effektiv och till att resurser i form av tid och kompetens inte används optimalt.

Andra områden som många i fördjupningslandstingen tar upp relaterat till undanträngning handlar om bristen på elektroniska remisser och datoriserat stöd för att följa förloppen och patienterna. Systemen, och eventuella brister, skiljer sig åt i hög grad åt både mellan olika landsting och regioner samt mellan olika vårdcentraler. Förutom att detta medför längre tid för rapportering mellan olika enheter gör det även att det blir svårare att se helheten. Därmed riskerar man att undanträngning uppstår.

Det visade sig finnas olika uppfattningar om huruvida förbokade tider specifikt för SVF-patienter riskerar att leda till undanträngning eller inte.

Några verksamhetsföreträdare var positiva till förbokade tider, eftersom de menade att det ger snabb vård och att tiden alltid kan användas till alternativ patient om ingen SVF-patient kan använda dem. Andra menar att förbokade tider riskerar att dels underminera flexibilitet, dels leda till undanträngning av andra patientgrupper om ingen annan kan använda den förbokade tiden. Om arbetssättet med förbokade tider används är det väldigt viktigt att det i god tid går att säkerställa att någon annan kan använda tiden om den inte kan brukas för SVF.

Sammanfattande reflektioner

Snart har införandet av SVF pågått i tre år. Under hela denna tid har uppmärksamhet riktats mot att förebygga oetisk undanträngning av andra patientgrupper, och sannolikt har denna aktiva medvetenhet begränsat omfattningen av dessa negativa effekter. Att undanträngningen till följd av SVF är begränsad betyder inte att andra patientgrupper inte behövt vänta eller inte blivit nedprioriterade. Hittills tyder våra iakttagelser dock på att detta oftast snarare är rimliga prioriteringar utifrån den etiska plattformen.

Kännedomen om begreppet undanträngning och relationen till prioriteringar och den etiska plattformen varierar i hög grad inom de verksamheter som berör SVF men den bedöms ha ökat under det senaste året. Allt fler verkar relatera undanträngning till prioriteringar. Detta är antagligen en följd av att alla verksamheter fokuserar på att förebygga undanträngningar. Trots detta uppstår antagligen en del icke önskade undanträngningar till viss del som en följd av SVF, främst vad gäller återfallspatienter och multisjuka patienter och som därmed inte passar in inom ett specifikt förlopp.

Många menar ändå att införandet av SVF i stort leder till säkrare och mer tillgänglig vård och också till mindre undanträngning än tidigare. Den undanträngning som framkommer verkar enligt verksamhetsföreträdarna vara sådan som förut skedde i det fördolda.

4. Patienterna är nöjda med kortare utredningstider

Sammanfattat

- Patienterna är överlag nöjda med kortare utredningstid.
- De patienter som fått cancerbesked och startat första behandling är mer nöjda med utredningsförloppet än de patienter vars utredning visade att misstanke om cancer kunnat avskrivas.
- Omkring hälften av de patienter som genomgått ett standardiserat vårdförlopp (SVF) uppfattar sig som delaktiga i sin vård i önskad utsträckning.
- Flertalet av patienterna får, och förstår den information de får, under utredningen.
- Förbättringsområdena handlar dels om närståendes möjligheter att närvara vid information, dels om patientens tillgång till en skriftlig individuell vårdplan.
- Lokalt arbete för att följa patienters uppfattning av SVF pågår i flertalet landsting och regioner.
- Preliminära uppgifter från de nationella kvalitetsregistren visar att väntetiderna kortats för vissa förlopp men att variationerna är stora mellan förloppen liksom mellan olika behandlingsformer.

Patienternas efarenheter av SVF är goda

Syftet med den enkät som utvecklats inom ramen för satsningen är att fånga patientens erfarenheter av att genomgå en utredning i ett standardiserat vårdförlopp (SVF).¹⁷ Vid årsskiftet 2016/2017 gjordes ett antal förändringar i enkäten, där några frågor byttes ut och några frågor omformulerades. Dessutom utvecklades följebrevet till patienten. Ett arbete har också skett 2017 med att fördela frågor i olika dimensioner genom viktning.¹⁸ Dimensionerna är gemensamma för samtliga mätningar enligt metoden för nationell patientenkät (se bilaga 4).

Patienternas uppfattning om helheten och att aktuella behov av vård blivit tillgodosedda är överlag positiv med små skillnader mellan kvinnor och män – 88 respektive 86 procent. De patienter som fått ett cancerbesked och inlett

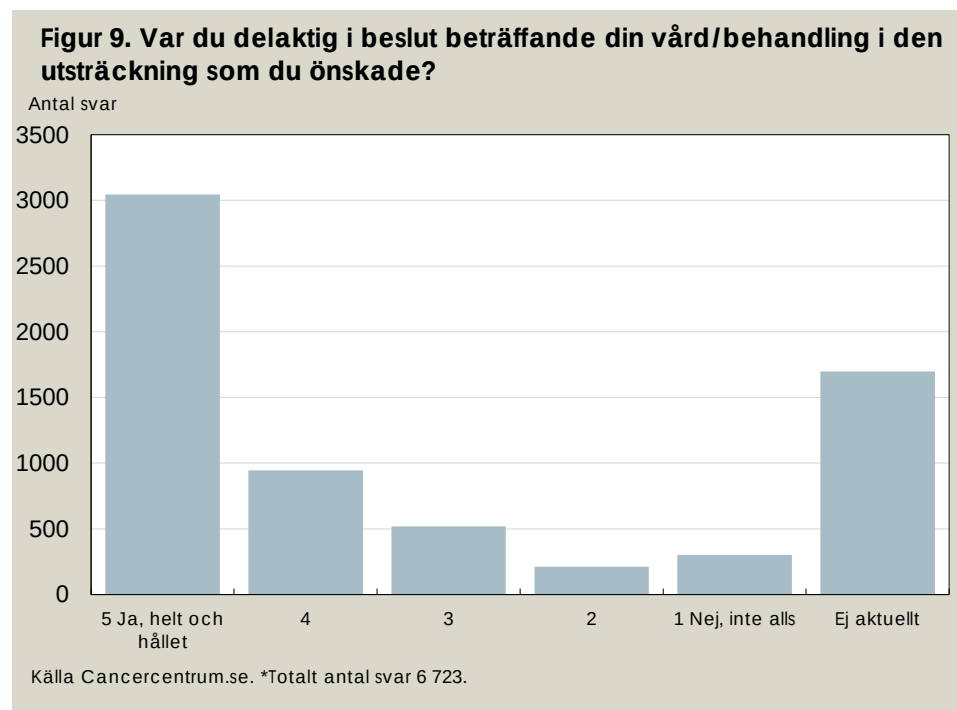
¹⁷ Enkäten skickas ut 6–8 veckor efter avslutad utredning till dem som utretts enligt SVF.

¹⁸ Varje dimension innehåller flera frågor. Dessa frågor viktas (bidrar till en viss andel till det totala dimensionsvärdet) och utgör tillsammans det totala värdet på dimensionen. Utifrån insamlade data görs sedan en så kallad principal komponentanalys som bestämmer vikterna. Källa: Cancercentrum.se.

sin första behandling är något mer nöjda (91 procent) än de patienter vars utredning visade att misstanken om cancer kunnat avskrivas (82 procent).¹⁹

De flesta känner sig delaktiga – men inte alla

Huruvida patienten upplever sig vara involverad och delaktig i sin vård och beslut är en viktig del av i arbetet med att stärka patientens ställning. Drygt 50 procent av patienterna kände sig i hög grad delaktiga i beslut om vård och behandling i den utsträckning de önskade. En fjärdedel (25 procent) angav ”ej aktuellt” som svar på frågan (figur 9).



Känslan av delaktighet har också bäring på tidig involvering i form av en individuell skriftlig vårdplan. Av dem som svarade på frågan och där utredningen visade att de som hade en sjukdom hade 28 procent av patienterna fått en individuell skriftlig vårdplan för den fortsatta vården. En något lägre andel (22 procent) hade fått en skriftlig individuell vårdplan som omfattade en del av utredningen. När enkäten besvarades hade drygt en femtedel (22 procent) av dem som svarat inte fått besked om utredningen. Trots att flera landsting och regioner trycker på vikten av en skriftlig individuell vårdplan i samband med SVF-satsningen anger nästan 29 procent av patienterna där utredningen visat att de har en sjukdom att de inte fått någon sådan.

Enkätsvaren visar också att det finns fler förbättringsområden inom området deltagande och inflytande. Exempelvis anger endast 44 procent av patienterna att de blivit uppmanade att ta med någon närstående eller ha någon hos sig när de skulle få besked om utredningens resultat.

¹⁹ Kortare väntetider i cancervården. Delrapport om överenskommelsen 2017. Sveriges Kommuner och Landsting och cancercentrum.se.

De flesta förstår och uppfattar informationen

Fyra av fem patienter anser att de fått bra information under utredningen. En stor andel (75 procent) anser i hög grad att den information de fått under utredningen varit tillräcklig. Ännu fler (81 procent) anser i hög grad vårdens personal förklarat utredningens resultat för dem så att de förstod (se tabell 16).

Tabell 16. Patienternas skattning av huruvida den information de fick var tillräcklig och om de förstod informationen, procent

Skattning	Fick tillräcklig information*	Förstod informationen**
1 Nej inte alls	4	2
2	5	2
3	13	7
4	23	19
5 Ja, helt och hållet	53	61
Ej aktuellt	2	8

* Fråga: "Upplever du att du fått tillräcklig information under utredningen av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?" ** Fråga: "Förklarade vårdpersonalen utredningens resultat på ett sätt som du förstod?"

Patienternas uppfattning följs upp lokalt

Dialog med patientföreningar och patientrepresentanter är en kärna i SVF-satsningen och i verksamheten vid regionala cancercentrum (RCC), och under satsningen har regelbundna dialoger förts med patientföreträdare inom RCC:s patientråd. Patientföreträdare har också deltagit i olika utbildningar som rör satsningen, exempelvis koordinatorsutbildningar. Många landsting och regioner har därutöver på olika sätt riggat uppföljningar specifikt för SVF och med direkta återkopplingar till verksamheterna. Följande exempel har identifierats:

- fokusgruppsintervjuer
- uppföljningssamtal med patienter som genomgått SVF
- återkommande mätningar på områden som kan ha förbättrats i och med SVF – exempelvis patientens trygghet under utredningen
- kvalitetssäkring av eget utvecklingsarbete för arbetsmetoder för SVF genom stöd av extern aktör
- dialog om avvikelshantering
- direkt återkoppling från koordinators och kontaktsjuksköterskor i den patientnära verksamheten.

Uppföljning av väntetider pågår

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

- datum för beslut om att det finns välgrundad misstanke om cancer
- datum för start av första behandling eller för avslutat SVF före start av första behandling.

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

och regionernas rutiner och uppföljningssystem behöver fortfarande utvecklas.

Aktuella väntetider

Det finns två primära datakällor för väntetidsmätningar; nationella kvalitetsregister och landstingens vårdadministrativa system. Inom satsning på SVF har en särskild databas byggts upp utifrån den vårdadministrativa systemen och som SKL ansvarar för. Uppgifter om medianväntetider och antal patienter som utretts inom maximal ledtid för förlopp införda 2015 - 2016, och baseras på SKLs mätning, återfinns i bilaga 5. Väntetider finns sedan tidigare redovisade på cancercentrum.se.

Socialstyrelsen har tidigare använt data främst från de nationella kvalitetsregistren. I denna redovisning bygger uppgifterna åter på nationella kvalitetsregister med mätpunkter inkluderade före satsningens införande. Översikten baseras på respektive cancerregister för de SVF som startade 2015 och 2016. De flesta register har inte möjlighet att skilja ut SVF-patienterna i sina uppgifter, så siffrorna bygger i de flesta fall på samtliga patienter vid respektive mätpunkt. Mätpunkterna skiljer sig också i flera fall från de mätpunkter som finns definierade inom satsningen. För att ta del av de exakta mätpunkterna som använts i denna redovisning, kontakta Socialstyrelsen. Siffrorna ska tolkas med stor försiktighet.

I figur 11 och 12 nedan presenteras de preliminära *medianväntetiderna* på riksnivå för de 5 SVF som startade 2015. Medianväntetiden innebär att hälften av patienterna får behandling (eller diagnos i vissa fall, beroende på mätpunkt) inom denna tid. I figur 13 visas väntetiderna för några av de SVF (3 av 10) som infördes 2016. Väntetiderna för resterande 8 SVF som infördes 2016 presenteras i tabell 17.

Kommentarer till väntetider för SVF införda 2015

Matstrups- och magsäckscancer innefattar två diagnosgrupper – maligna tumörer i matstruben och magmunnen samt maligna tumörer i nedre delen av magsäcken.

Dessa diagnoser drabbar cirka 1 100 personer årligen, och arbetet för att korta väntetiderna för denna patientgrupp behöver i första hand bedrivas inom specialistsjukvården. Sedan januari 2017 har Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus ett nationellt uppdrag för de omkring 30 patienter med cancer i matstrupe och övre magmun som kräver särskilt spetskompetens inom kirurgisk verksamhet. För matstrupe- och magsäckscancer förefaller medianväntetiderna kortats något för de tre behandlingsgrupperna.

Prostatacancer har sedan tidigare kännetecknats av långa väntetider. I figuren noteras dock en trend i önskad riktning med minskade väntetider (mätt som medianväntetid) för samtliga behandlingsgrupper. I detta nationella register följs SVF-patienterna särskilt, och för dessa patienter har medianväntetiderna kortats något mer än för hela gruppen. Vi kan också

notera en minskad spridning vid de senare mätpunkterna, särskilt för SVF patienter. Prostatacancer är en av de vanligaste cancerformerna och bristen av urologisk kompetens är en fortsatt utmaning för verksamheterna.

Huvud- och halscancer innefattar flera diagnosgrupper, och på det här området bedrevs ett nationellt framgångsrikt processarbete med att korta väntetiderna redan innan SVF infördes. Medianväntetiden för kirurgi låg redan före SVF ungefär på maximal väntetid enligt SVF. I dag syns en liten tendens till än kortare medianväntetider för den studerade tidsperioden.

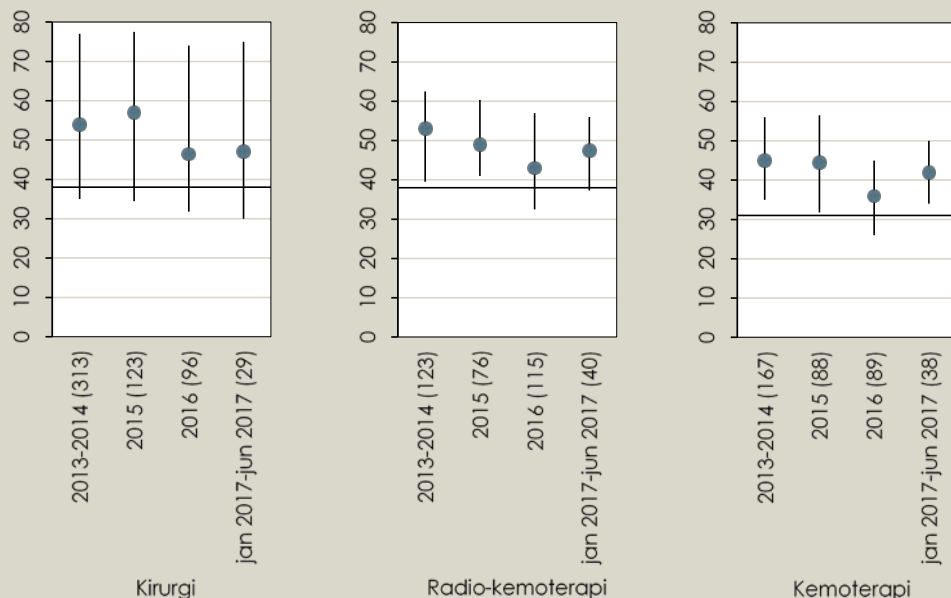
Akut myeloisk leukemi (AML) är en ovanlig diagnos som drabbar omkring 400 personer årligen och som sedan länge betraktas och hanteras som en akut sjukdom. Medianväntetiden låg före satsningen under den maximala ledtiden. SVF tycks kortat väntetiderna ytterligare; framför allt tycks spridningen minskat vid senaste mätpunkten.

Urinblåse- och urinvägscancer är relativt vanliga cancerformer med ett tydligt alarmsymtom i form av synligt blod i urinen. Eftersom sjukdomen har ett så tydligt alarmsymtom är denna patientgrupp är vanligt förekommande i primärvården. Medianväntetiderna verkar påverkas i önskad riktning men ligger fortfarande relativt långt över den maximala ledtiden. Också i detta register följs SVF-patienterna särskilt.

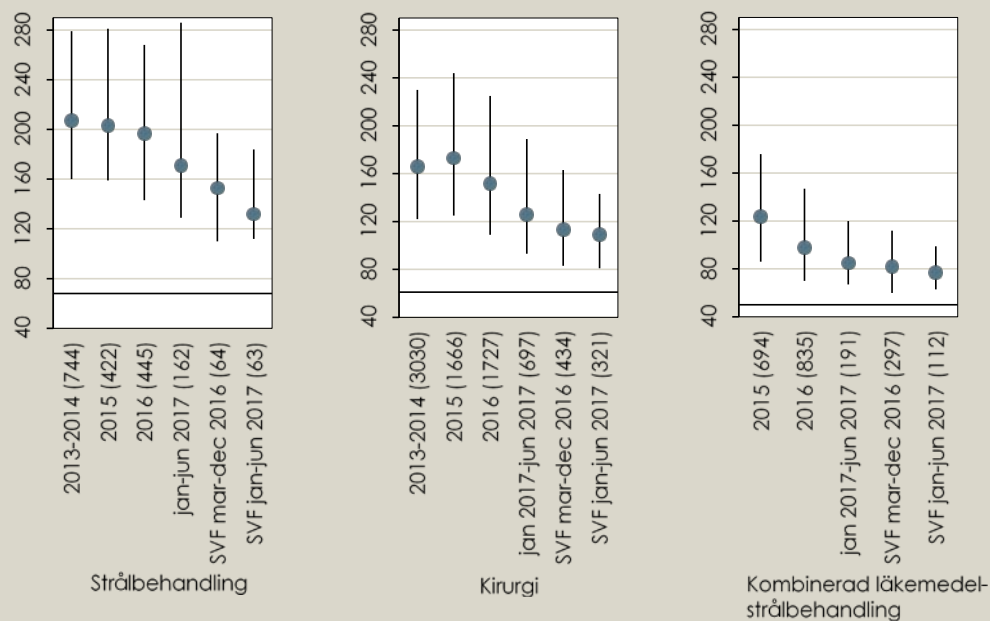
Figur 11. Väntetider för två diagnoser som omfattas av SVF sedan 2015.

Horisontella linjer markerar målnivåer för respektive cancerform och patientgrupp enligt SVF. Y-axeln anger antal dagar. Antalet patienter anges inom parantes. OBS! Mätpunkten för jan-jun 2017 bör tolkas med försiktighet eftersom den endast innehåller data för ett halvår.

Matsrups- och magsäckscancer



Prostatacancer

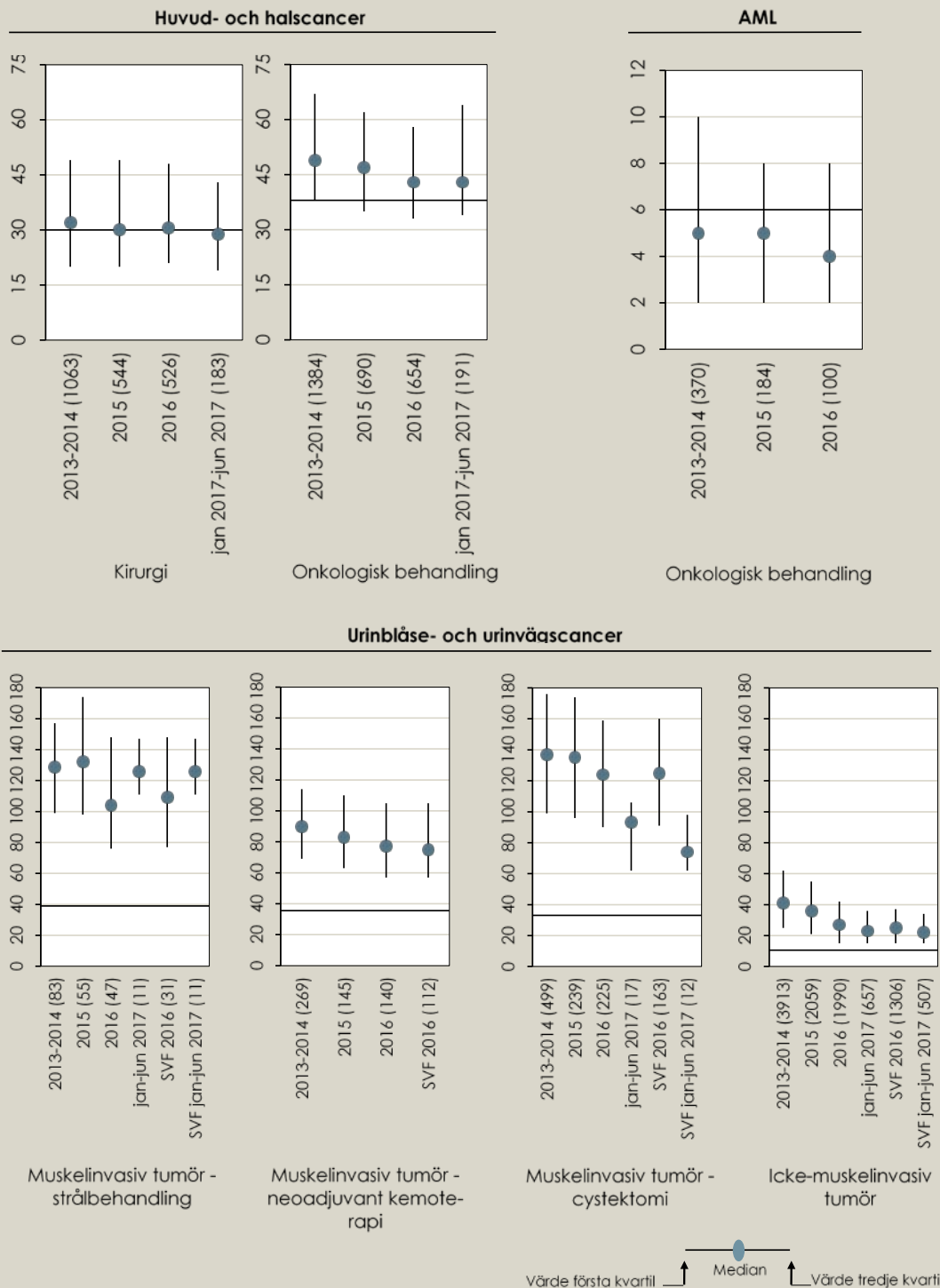


Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Värde första kvartil Median Värde tredje kvartil

Figur 12. Väntetider för tre diagnoser som omfattas av SVF sedan 2015.

Horisontella linjer markerar målnivåer (maximala ledtider) för respektive cancerform och patientgrupp enligt SVF. **Y-axeln anger antal dagar.** Antalet patienter anges inom parantes. Mätpunkten för jan-jun 2017 bör tolkas med försiktighet eftersom den endast innehåller data för ett halvår.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Kommentarer till väntetider för förlopp införda 2016

Under 2016 infördes SVF för stora diagnosgrupper, bland annat tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer, lungcancer och hudmelanom. Därutöver har SVF införts för ett antal mindre vanliga diagnoser, till exempel levercancer samt cancer i gallvägar och gallblåsa. I figur 13 presenteras väntetiderna för ett urval av de SVF som infördes 2016.

För några av diagnoserna låg medianväntetiderna under den maximala tidsgränsen redan före införandet av SVF. Det gäller exempelvis vissa behandlingar vid *lungcancer* och *tjocktarmscancer*. För dessa förlopp och behandlingar visas dock i grafen att det finns relativt stor spridning. För lungcancer ses ingen större påverkan på medianväntetid över tid till kirurgi och strålbehandling. För några av cancerformerna ses tendens till kortare väntetider vid de senaste mätpunkterna, till exempel för strål- eller läkemedelsbehandling vid tjocktarmscancer. Även för *ändtarmscancer* finns en tendens till minskade väntetider för den grupp som ordinerats strål- eller läkemedelsbehandling.

I tabell 17 redovisas medianväntetiderna för resterande SVF som införts 2016. De vanligaste diagnoserna i tabellen är bröstcancer och hudmelanom.

Kirurgisk behandling vid *hudmelanom* hade, enligt kvalitetsregistretsmät-punkter, sedan tidigare betydligt kortare medianväntetider än den maximala ledtiden för SVF. När det gäller *bröstcancer* verkar SVF ännu inte ha påverkat väntetiderna. Några av förloppen berör ovanliga cancerformer, exempelvis *bukspottkörtelcancer* respektive *gallvägs- och gallblåscancer*. Dessa cancerformer är för närvarande aktuella för så kallad nivåstrukturering (vården centraliseras till några sjukhus) vilket kan komma att påverka väntetiderna på sikt.

När det gäller *bukspottkörtelcancer* har medianväntetiderna kortats något för kirurgi och behandling med cytostatika men de är ändå fortsatt långa. För *levercancer*, som drabbar omkring 500 personer årligen, ses en viss minskning när det gäller transplantation, vilket i detta fall mäts som att patienten blivit uppsatt på väntetlista till själva transplantationen.

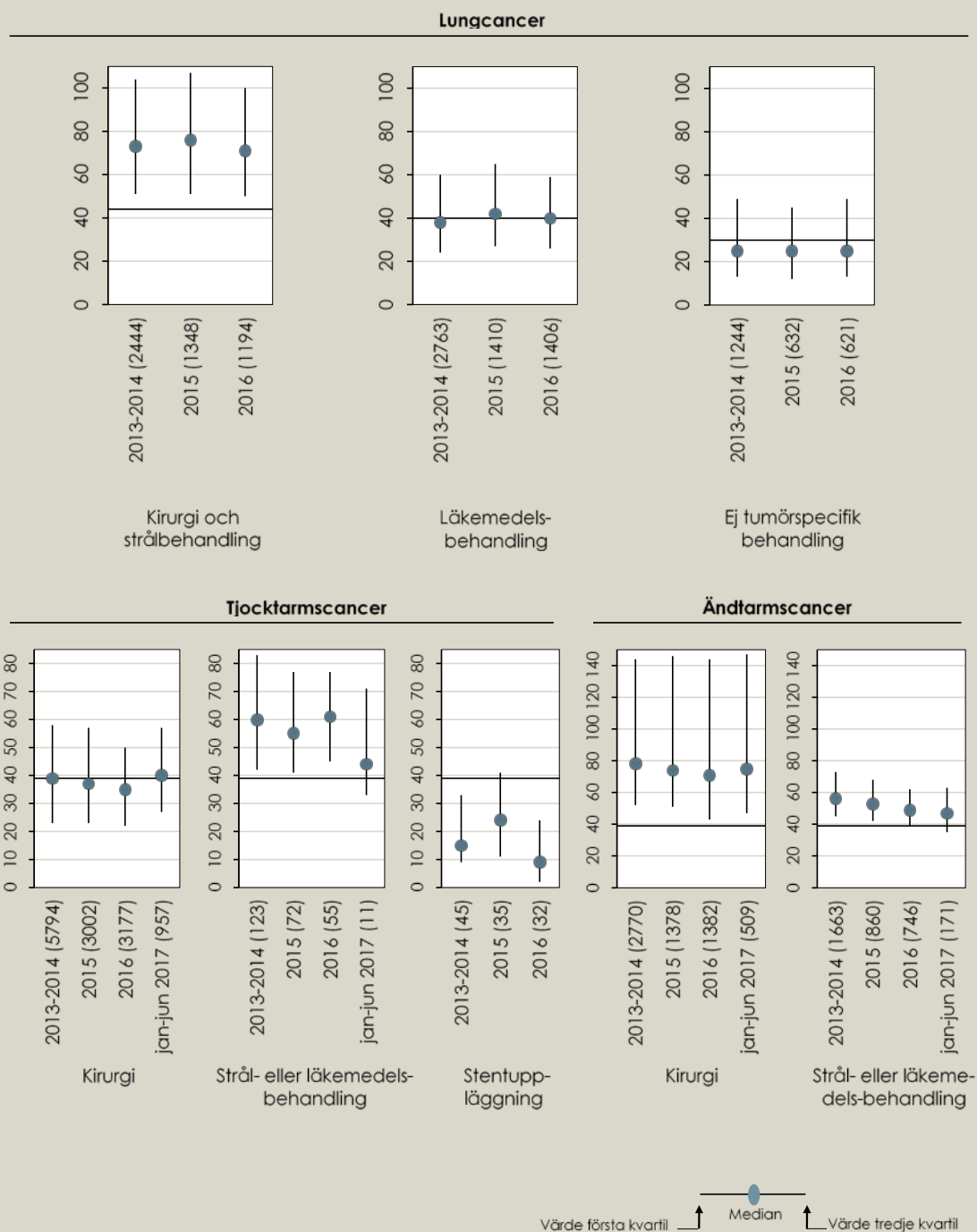
För *gallblåse- och gallgångscancer* har medianväntetiderna minskat relativt påtagligt när det gäller kirurgi, men de är ändå fortsatt långa. När det gäller behandling med cytostatika låg medianväntetiderna under maximala ledtiden redan före SVF.

Medianväntetiderna för *lymfom* ser inte ut att ha påverkats när det gäller start av strålbehandling utan de är fortsatt långa och möjligen ökande, men en viss minskning ses i medianväntetiderna till läkemedelsbehandling.

Hjärntumörer drabbar omkring drygt 1 000 personer årligen. Två tredjedelar av tumörerna är högmaligna och en tredjedel är lågmaligna. Kirurgi är den viktigaste behandlingsformen. Medianväntetiderna till operation vid högmalign sjukdom har minskat något vid de senare mätpunkterna och ligger under den definierade maximala ledtiden. För lågmalign sjukdom ses däremot ingen effekt på medianväntetiderna ännu.

Figur 13. Väntetider för tre diagnoser som omfattas av SVF sedan 2016.

Horisontella linjer markerar målnivåer (maximala ledtider) för respektive cancerform och patientgrupp enligt SVF. Y-axeln anger antal dagar. Antalet patienter anges inom parantes. Mätpunkten för jan-jun 2017 bör tolkas med försiktighet eftersom den endast innehåller data för ett halvår.



Tabell 17. Medianväntetider för förlopp införa under 2016.

		Målnivå	2013-2014		2015		2016		jul 2016 - jun/april ¹ 2017		jan - jun 2017	
Diagnos	Patientgrupp		Median (p25, p75)	Antal patienter	Median (p25, p75)	Antal patienter	Median (p25, p75)	Antal patienter	Median (p25, p75)	Antal patienter	Median (p25, p75)	Antal patienter
Bröstcancer ¹	Primär operation, cytostatika, strålbehandling, endokrin behandling	28	37 (27, 53)	16074	37 (27, 52)	7633	33 (23, 47)	6999	ET	ET	ET	ET
	Primär operation	ESVF	36 (27, 49)	15128	36 (27, 48)	7090	32 (22, 44)	6745	30 (22, 42)	5298	ET	ET
Bukspottkörtelcancer	Kirurgi	36-43	50 (33, 77)	1086	52 (33, 82)	662	51 (36, 77)	644	50 (36, 74)	448	49 (35, 70)	156
	Cytostatika	29-36	66 (41, 107)	323	69 (44, 109)	274	66 (42, 90)	94	54 (37, 77)	23	ET	ET
Gallblåse- och gallgångscancer	Operation	36-43	77 (47, 110)	105	68 (49, 96)	61	64 (47, 88)	60	64 (47, 91)	53	75 (47, 102)	29
	Cytostatika	29-36	19 (12, 32)	86	15 (9, 42)	59	20 (9, 33)	52	15 (8, 30)	46	18 (10, 30)	22
Hjärntumör	Högmalign: Enbart operation	37	33 (19, 47)	33	30 (23, 40)	22	26 (20, 34)	30	24 (20, 33)	25	P	5
	Högmalign: Strål- eller läkemedelsbehandling	48	57 (44, 79)	695	61 (44, 119)	362	54 (42, 81)	288	52 (42, 80)	223	53 (42, 116)	83
	Lågmalign: Enbart operation	72	68 (27, 135)	83	97 (54, 245)	34	82 (50, 131)	43	61 (27, 120)	32	85 (41, 370)	14
	Lågmalign: Strål- eller läkemedelsbehandling	97	104 (69, 224)	131	105 (64, 271)	44	104 (80, 217)	39	101 (70, 233)	30	99 (78, 217)	12
Hudmelanom	Kirurgi	33	9 (0, 28)	6284	10 (0, 28)	3590	9 (0, 26)	3756	8 (0, 23)	2779	7 (0, 20)	978
Levercancer	Kirurgi/tumörspecifik behandling	36-43	85 (56, 138)	289	104 (71, 149)	193	86 (56, 125)	185	90 (56, 146)	175	90 (56, 178)	78
	Transplantation	55	57 (31, 100)	93	53 (24, 114)	57	40 (22, 72)	66	37 (20, 74)	47	49 (32, 84)	13
	Systemisk cytostatikabehandling	29-36	29 (13, 56)	302	30 (19, 59)	153	27 (14, 57)	178	28 (14, 46)	144	24 (13, 41)	59
Lymfom	Strålbehandling	26	68 (50, 94)	227	75 (47, 99)	81	72 (43, 99)	38	78 (53, 92)	18	ET	ET
	Läkemedelsbehandling	18-22	23 (13, 44)	2293	25 (13, 47)	867	21 (12, 41)	345	16 (8, 35)	125	20 (7, 49)	17
Myelom (symptomatisk)	Strål- eller läkemedelsbehandling	20	21 (8, 52)	921	21 (8, 54)	323	ET	ET	ET	ET	ET	ET

Referenser

1. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport; 2015.
2. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016; 2016.
3. Weller, D, Vedsted, P, Rubin, G, Walter, FM, Emery, J, Scott, S, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. Br J Cancer. 2012; 106(7):1262-7.
4. 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.
5. En nationell cancerstrategi för framtiden. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2009.
6. Socialstyrelsen. Uppbyggnaden av regionala cancercentrum. En samlad bedömning från fyra års uppföljning; 2016.
7. Coleman, MP, Forman, D, Bryant, H, Butler, J, Rachet, B, Maringe, C, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. Lancet. 2011; 377(9760):127-38.
8. De Angelis, R, Sant, M, Coleman, MP, Francisci, S, Baili, P, Pierannunzio, D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE--5-a population-based study. Lancet Oncol. 2014; 15(1):23-34.
9. 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.
10. 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.
11. Jensen, H, Tørring, 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.
12. 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.
13. Jensen, KH, Maina, PJ. Cancer pathways are associated with improved long-term survival. Dan Med J. 2015; 61(2).
14. Larsen, MB, Hansen, RP, Hansen, DG, Olesen, F, Vedsted, P. Secondary care intervals before and after the introduction of urgent referral guidelines for suspected cancer in Denmark: a comparative before-after study. BMC Health Serv Res. 2013; 13:348.
15. 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.
16. Statens Offentliga Utredningar, SOU. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården 2016:2;
17. McDonald KM, SV, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, Owens D. Care coordination. I: Shojania GK MK, Wachter RM, Owens DK, red. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. s. 1-210.

18. Haggerty JL, RR, Freman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ: British Medical Journal. 2003; 327(7425):1219-21.
19. Nutt, M, Hungerford, C. Nurse care coordinators: definitions and scope of practice. Contemp Nurse. 2010; 36(1-2):71-81.
20. Bickell, NA, Young, GJ. Coordination of care for early-stage breast cancer patients. J Gen Intern Med. 2001; 16(11):737-42.
21. Charns MP, YG. Organisation design an coordination. I: Burns L BE, Weiner B, red. Shortell and Kaluzny's Health Care Management: Organization Design and Behaviour. New York: Delmar Cengage Learning; 2011.
22. Gittel JH, WL. Coordination networks within and across organisations: A multi-level framework. Journal of Management Studies. 2004; 41(1):127-53.
23. Shockney LD, The evolution of breast cancer navigation and survivorship care. The Breast cancer journal. 2015; 21(1):104-10.
24. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? . Stockholm; 2014.

Bilagor

Bilaga 1 Metodik och tillvägagångsätt

Kapitel 2, avsnitt 1- 5: Nulägesbild och övergripande iakttagelser

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Landstingens handlingsplaner för 2015–2017 (främst vad gäller utmaningar, lärande och koordinering).
- Sammanställningar av innehåll och rundabordsdiskussioner vid ett dialogmöte (september 2017) med landstingens projektledare för satsningen.
- Platsbesök och fördjupade dialoger med nyckelpersoner vid införandet och teamen i verksamheten i fyra landsting/regioner och i förekommande fall processteamens iakttagelser och relaterade till införandet av SVF.
- Intervjuer med personer knutna till införandearbetet i landstingen, deltagande i landstingens SVF möten och regionala- och nationellt möte med fokus på primärvården.
- Svar på webbenkät riktade till landstingens/regionernas projektledare för satsning.
- Regelbunden uppdatering av information om aktiviteter som rör satsningen, där webbplatsen www.cancercentrum.se utgjort en viktig del liksom väntetidsdatabasen för satsningen (SKL).
- Socialstyrelsens journalgranskning i primärvården som genomförts under 2015-2016 med fokus om symtom och samsjuklighet under utredning för misstänkt cancer.
- Inledande fördjupad kunskapsöversikt om standardiseringens möjligheter och förutsättningar att åstadkomma lärande.

Frågor och frågeområden vid besök i fyra landsting/regioner

Utgångspunkter vid besöken är en uppsättning grundfrågor. Intervjuerna har utgått från och inspirerats av frågor om systemtänkande samt lärande och implementering.

Frågorna och frågeområdena för 2017 var följande:

Om implementering och stöd: En viktig del av införandet av SVF är det stöd som RCC och SKL tagit fram och kontinuerligt utvecklar. Beskriv hur du/ ni ser på detta stöd och hur det fungerat hittills. Har ni inom landstinget/regionen utvecklat någon form av lokalt anpassat stöd som varit viktigt i införandet?

Spinn-off-effekter och effektivisering: Beskriv eventuella ”spinn off effekter” som införandet av SVF har haft eller kan ha på andra vårdområden eller centrala processer och/eller aktiviteter?

Koordinatorns roll och funktion: Koordinatorer är utsedda för 28 förlopp. Beskriv de erfarenheter ni hittills har av koordinatorns roll i teamen och i verksamheterna. Görs någon typ av uppföljning av koordinatorernas funktion? Hur ser ni på koordinatorfunktionen ur ett mer långsiktigt perspektiv?

Lokal och regional uppföljning och utvärdering: Beskriv hur ni följer införandet i ert landsting/region. (Utifrån t.ex. väntetider och andra aspekter av tillgänglighet och hur arbetsätten påverkar utredande enheter etc.). Konkretisera gärna med exempel.

Risk för undanträngning: Hur ser ni i dagsläget på riskerna för undanträngning av andra högt prioriterade patienter? Vilka farhågor finns kvar? Finns konkreta exempel på undanträngning? Har ni strategier att följa detta och förhindra undanträngning av annan prioriterad vård? Finns specifika risker för undanträngning i samband med implementeringen av SVF?

Välgrundad misstanke om cancer: Hur har begreppet ”välgrundad misstanke om cancer” tagits emot i verksamheterna?

Förankring och delaktighet inom primärvården: I 2017s överenskommelse med staten finns öronmärkta stimulanmedel för primärvården angivna. Hur planerar ni använda dessa medel inom ert landsting/region?

Utveckling och samverkan mellan landsstingen i utredningsförloppen: Utredningsförloppen kräver samverkan mellan olika landsting och regioner. Beskriv aspekter på detta utifrån situationen i ert landsting/region.

Samordning med andra satsningar: Regeringen har i överenskommelse med landstingen och SKL flera andra satsningar som pågår. Exempel är den s.k. ”samordningsmiljarden”, satsningen för att ”förbättra vården vid kroniska sjukdomar” och ”professionsmiljarden”. Kan de samordnas på ett meningsfullt sätt? Avslutningsvis öppnades för övrigt som deltagarna ville samtala om rörande SVF satsningen.

Webbenkät till projektledare

Frågorna bevaras på en skattningsskala med möjlighet att lämna kommentarer och beskrivningar med egna ord.

Frågeområden och frågor:

Statliga stimulanmedel

Har enligt dig, de statliga stimulanmedlen som betalats ut för satsningens genomförande haft betydelse för utvecklingen av SVF i ditt landsting/region? I så fall, på vilket/vilka sätt?

Patienter med cancerdiagnos som inte remitterats till SVF och avslut av SVF
Hur görs uppföljningen i ditt landsting/region av de patienter som får en cancerdiagnos men som inte remitterats till SVF?
Beskriv kort om er uppföljning och de erfarenheter som ni hittills fått om väntetider.

Förväntningar om förändring av väntetiderna
Väntetiderna i de standardiserade vårdförloppen följs upp på nationell nivå med hjälp av särskilda KVÅ –koder. Hur uppfattar du/ni omfattning av patienter som rapporterats mot koderna ”avslut av SVF” annan orsak” (KVÅ-koderna VXX 72, 73, 74, 76 och 78) i ditt landsting? Tregradig skattningskala med möjlighet att markera ”vet inte/kan inte svara”.

Patienter som genomgår SVF men inte har cancerdiagnos
Hur görs, inom ramen för satsningen, uppföljning av de patienter som genomgår SVF men inte får en cancerdiagnos?
Beskriv kort om er uppföljning och de erfarenheter ni fått hittills.

Förbättringar för patienten
Under 2016 har patienters uppfattningar efterfrågats genom en PREM enkät. I vilken utsträckning används resultaten i det lokala förbättringsarbetet inom ert landsting/region.
Finns det någon eller några positiva följd effekter av införandet av SVF som ni speciellt vill lyfta fram? (Utöver kortare väntetider)
Förutom PREM, tillämpas andra strategier för att följa upp patientens uppfattning, t.ex. lokala enkäter och samtal.

SVF för allvarliga symtom som kan bero på cancer och SVF för cancer med okänd primärtumör
Under 2016 infördes SVF ”för allvarliga symtom som kan bero på cancer” och SVF ”med okänd primärtumör”.
Beskriv kort de erfarenheter ni hittills fått av dessa förlopp.

Etablering av diagnostiska centrum
Under samma period som SVF införs etableras nya diagnostiska centrum. Dessa ska tidigt kunna hjälpa patienter där det finns misstanke om allvarlig sjukdom att snabbt komma igång med utredning.
Ange var i ditt landsting/region som det finns ett diagnostiskt centrum. Ange antalet diagnostiska centrum som planerar att etableras i ditt landsting/region under 2017-2018?

Om undanträngning och prioritering
Under 2016 fastställde Socialstyrelsen tillsammans med Prioriteringscenrum följande definition: ”Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter, medvetet eller omedvetet, ges vård före patienter som har högre prioritet”.
I vilken grad bedömer du att ovanstående definition är känd inom de verksamheter som berörs av SVF?

Bedömer du att definitionen är användbar vid diskussioner med landstingets ledning och personal i verksamheterna?

Övrigt

Om det finns annat som ni vill informera Socialstyrelsen om som är eller har blivit viktigt i satsningens införande – skriv gärna ner detta här:

Analys och sammanställning

Underlag från dialogmöten och transkriberade 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 införandeprocess och lärande.

Underlag från kunskapsöversikt som intervjuer har diskuterats i såväl projektgrupp som expertgruppen. Framställningen har delar lyfts ut som kan anses som viktiga för lärande och förbättringar. Abstraktionsnivån har legat främst på det som uttalas och beskrivs. Flera personer inom projektet och expertgruppen har varit inblandade i såväl analys som sammanställningen.

Kapitel 2, avsnitt 6 – Jämförelse mellan Norge och Danmark

Avsnittet bygger på litteraturfördjupning samt granskning av material och rapporter knutna till införandet av SVF i Danmark och Norge. Därutöver bygger datainsamlingen från erfarenheter och iakttagelser från nordiska möten i Oslo (maj) och Köpenhamn (november) och Nordiskt rådslag för framtidens cancervård (april) i Stockholm.

Kapitel 3, avsnitt 1: Koordinatorerna i vårdförloppen

Datainsamling med en webbenkät till kordinatorer och litteraturgenomgång

Landstingens/regionernas projektledare ombads identifiera, samt ta fram e-postadresser till koordinatorerna inom SVF. Länken till webbenkäten distribuerades i april 2017.

Enkätundersökningen till koordinatorerna genomfördes i samverkan med landstingens projektledare som angav antal utskick och distribuerade två påminnelser.

Frågorna besvarades genom flera svarsalternativ och bedömning på en femgradig eller tregradig skattningsskala med möjligheter att lämna kommenterar vid varje fråga, ange att de ej vet samt en avslutande öppen fråga. Koordinatorerna besvarade avslutningsvis i vilket landsting/vilken region de var verksamma och inledningsvis i vilken/vilken SVF de arbetar inom. Länken till webbenkäten till koordinatorerna distribuerades i april och länken stängdes i juni, efter två påminnelser.

Frågorna i webbenkäten till koordinatorerna

Skattningsfrågor och frågor med flera svarsalternativ:

- Hur länge har du arbetat som koordinator för Standardiserade Vårdförlopp (SVF)?

- Vilket är ditt yrke/funktion? Inom vilket område är du specialistläkare? Inom vilket område är du specialistsjuksköterska? (De senare frågorna besvarades av de som angett att de är specialistläkare eller specialistsjuksköterska).
- Hur stor del av en helhetstjänst arbetar du som koordinator för SVF?
- Vilken/vilka av beskrivningarna nedan stämmer överens med ditt arbete som koordinator för SVF? Ange det/de alternativ som gäller för dig? Jag har ansvar för patienten genom hela SVF-utredningen (välgrundad misstanke till start av behandling)/Mitt ansvar för patienten gäller enbart under en del av SVF-utredningen/Jag har ansvar för patienten även efter start av första behandling).
- Vilken/vilka av följande arbetsuppgifter ingår i ditt arbete som koordinator för SVF?
 - Vara första kontakt för remittenten
 - Boka tider för undersökningar och provtagningar
 - Vara patientens kontakt vid frågor om bokningar och tider
 - Vägleda patienten till psykosocialt stöd vid behov
 - Informera patienten och närstående om kommande steg i utredningen
 - Delta i multidisciplinära konferenser
 - Säkerställa överlämningar till andra vårdgivare inom den egna enheten/verksamheten
 - Säkerställa överlämningar till andra vårdgivare utanför den egna enheten/verksamheten
 - Registrera och rapportera ledtider för SVF
 - Bevaka att ledtider följs
 - Registrera och rapportera till Kvalitetsregister/Cancerregister m.m.
 - Annat, ange vad
- Har du en skriftlig uppdragsbeskrivning för ditt arbete som koordinator) Ja/Nej
- I vilken utsträckning stämmer beskrivningarna nedan överens med ditt arbete som koordinator inom SVF? (Femgradig skala). För mitt arbete som koordinator har jag:
 - Fått tillräckligt stöd och information om SVF
 - Tillräckligt med tid för att utföra mina arbetsuppgifter
 - Den kompetens jag behöver
 - Ett tillräckligt stöd i form av riktlinjer, checklistor och mallar mm.
 - Ersättare vid ledighet, sjukfrånvaro, och annat
- I vilken utsträckning stämmer beskrivningarna nedan överens med ditt arbete som koordinator vid bokning av tider (Femgradig skala):
 - Jag anser att det bokningssystem jag arbetar i är lätt att använda
 - Jag kan endast boka tider för utredning och provtagning inom den egna enheten/verksamheten

- Jag har själv möjlighet att boka tider för utredning och provtagning utanför den egna enheten/verksamheten
 - Jag behöver ofta göra en prioritering mellan patienter
- Under 2016 fastställde Socialstyrelsen tillsammans med Prioriteringscentrum följande definition om undanträngning och prioritering: "Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter, medvetet eller omedvetet, ges vård före patienter som har högre prioritet". Markera hur ofta du, i ditt arbete som koordinator, uppfattat att de ställs inför frågor om undanträngning och prioritering. Dagligen/Flera gånger i veckan/Flera gånger i månaden/Mer sällan-aldrig/Vet ej.
 - Hur ofta kontakter du följande professioner och funktioner för att koordinera patientens utredning enligt SVF? (tregradig skala; Ofta/Ibland/Sällan eller aldrig).
 - Ansvarig läkare inom den egna enheten/verksamheten
 - Kontaktsjuksköterska inom den egna enheten/verksamheten
 - Koordinator inom den egna enheten/verksamheten
 - Ansvarig läkare inom föregående steg i utredningen
 - Kontaktsjuksköterska inom föregående steg i utredningen
 - Koordinator inom föregående steg i utredningen
 - Ansvarig läkare inom nästkommande steg i utredningen
 - Kontaktsjuksköterska inom nästkommande steg i utredningen
 - Koordinator inom nästkommande steg i utredningen
 - På vilket/vilka sätt tar du den första kontakten med patienten?
 - Brev/Telefon/Personlig möte/E-post/Annat, Var vänlig specificera
 - Hur ofta förekommer, enligt din uppfattning, följande situationer (Tregradig skala: Ofta/Ibland/Sällan eller aldrig)
 - Att patienten vet om att utredningen sker enligt SVF vid den första kontakten
 - Att patienten vill vara delaktig i besluten gällande undersökningar och provtagningar
 - Att patienten och närstående efterfrågar lindring av oro och smärta mm
 - Att patienten efterfrågar information om kommande steg i utredningen
 - Att patienten har goda möjligheter att påverka tider för utredning och provtagning.
 - I vilken utsträckning bidrar ditt arbete som koordinator till förbättringar för patienten och vården (femgradig skala). Min funktion som koordinator bidrar till att:
 - Utredningsförloppen blir effektivare
 - Cancerutredningen blir mer individanpassad
 - Väntetiden för patienten kortas

- Patienten är välinformerad
- Öka patientens delaktighet i sin vård
- Patienten upplever trygghet och kontinuitet under utredningen
- Samverkan mellan olika professioner inom cancerutredningen förbättras
- Samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård ökar
- Cancervården blir mer jämlik

Öppna frågor

- Denna enkät har skickats till dig som koordinator för standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården. I en tidigare fråga har du angett att du arbetar som kontaktsjuksköterska. Ange vilka fördelar och nackdelar som du ser med de två funktionerna koordinator och kontaktsjuksköterska är integrerade. Fördelar/Nackdelar.
- Kombinerar du ditt arbete som koordinator för SVF med andra arbetsuppgifter? Ja/nej. Om Ja, ange vilka arbetsuppgifter och funktioner?
- Vilka utmaningar upplever du finns med din roll som koordinator?
- Om du har några förslag på hur förutsättningarna för ditt arbete som koordinator vad gäller t.ex. kompetensutveckling, utbildning, nätverk, mallar o.s.v. kan förbättras, skriv dem gärna här.
- Vilka undersökningar/patientbesök uppfattar du har sämst tillgänglighet vid planering och bokningar? Ge gärna exempel för det respektive SVF som du arbetar med, t.ex. koloskopi för SVF för tjock- och ändtarmscancer eller besök hos urologen för SVF vid urinblåsecancer.
- Beskriv gärna dina erfarenheter och hur du hanterar prioriteringsfrågor och risken för undanträngning.
- Har du några avslutande kommentarer vad gäller arbetet som koordinator för SVF inom cancervården

Projektledarna i landstingen lämnar skriftliga svar på frågor om:

- Hur kan koordinatorfunktionen organiseras för att möta de olika behoven, att samordna SVF mellan vårdgivare samt planera och genomföra undersökningar i samråd med patienten?
- Vilken kompetens krävs för att samordna mellan vårdgivare respektive med patienten?
- Vilka för nackdelar finns med att integrera koordinatorfunktionen med andra uppgifter/funktioner som kontaktsjuksköterska, sjuksköterska, sekreterare?

Analys och sammanställning

Svaren från frågorna från koordinatorerna analyserades med hjälp av deskriptiv statistik (medelvärden och procentenheter) och hypotesprövning (ANOVA och Chi-två test) i dataprogrammet SPSS. För analysen av kommentarerna och de öppna frågor har vi använt innehållsanalys. Alla kommentarer lästes genom flera gånger, kategoriserades utifrån teman och sammanfattades. Slutligen räknades antal kommentarer inom varje kategori. Vid

analysarbetet har flera varit involverade i den analytiska processen liksom sammanställningen.

Kapitel 3, avsnitt 2: Utebivit stimulansmedel

Huvudsakliga källor, Datainsamling, och analys

Påverkan av det uteblivna stimulansmedlet i de sex aktuella landstingen/regionerna har undersökts genom intervjuer med verksamhetsföreträdare som varit delaktiga i införandet. Sammansättningen av informanter från de olika landstingen har liknat varandra; i de flesta fall har intervjuerna genomförts med en verksamhetschef/områdeschef/förvaltningschef som har varit ansvarig för ett eller flera vårdförlopp samt projektledare eller cancersamordnare. I två landsting intervjuades en s.k. lean-samordnare respektive en delprojektledare istället för en ansvarig chef.

Intervjuerna har varit omkring 30-45 min långa och semi-strukturerade., vilket innebär att frågorna har gett utrymme för svar som är resonerande och reflekterande. Intervjuerna har kretsat kring olika aspekter av arbetet med SVF så som anledningen till att stimulansmedlet uteblev, samt den mer generella betydelsen av den ekonomiska ersättningen. Vidare har frågor om påverkan på arbetet fokuserat på eventuella förändringar i arbetet med satsningen som en följd av det uteblivna stimulansmedlet.

Intervjuerna genomfördes per telefon och spelades in. Efter datainsamlingen har materialet transkriberats och analyserats genom en kategorisering av materialet enligt uppdelningen *förändring av omfattning, arbetssätt, respektive inställning*, för att fånga in olika sätt på vilket avsaknaden av stimulansmedlet kan ha påverkat arbetet med satsningen.

Kapitel 3, avsnitt 3: Undanträngning förebyggs genom medvetenhet

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Landstingens handlingsplaner för 2015–2017 vad gäller svaren om undanträngning.
- Erfarenheter från Socialstyrelsens dialogmöte (september 2017) med landstingens projektledare för satsningen.
- Fördjupade dialoger med nyckelpersoner vid införandet och teamen i verksamheten i fyra landsting/regioner och i förekommande fall process-teamens iakttagelser och relaterade till införandet av SVF.
- Svar på webbenkätens specifika fråga om undanträngning och prioritering riktade till landstingens/regionernas projektledare för satsning och koordinatörer i förloppen införda 2015-2016 (se också kapitel 2 och 3)

Analys och sammanställning

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

Kapitel 4 – Patienterna är nöjda med kortare utredningstider

Kontakta Socialstyrelsen för utförligare beskrivning rörande datainsamling och analys för avsnittet.

Om sekretess och kvalitetsäkring

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 Dialogmöte om Socialstyrelsens uppföljning av standardiserade vårdförlopp i cancervården

Torsdagen 21 september 9.30 – 15.00, 2017. *Socialstyrelsen, Rålambsvägen 3, lokal Örnén. Kaffe serveras från 9.00*

PROGRAM

- 9.30** **Välkommen! Socialstyrelsen och systemperspektivet**
Ingrid Schmidt, Christina Carlsson, Martin Sparr
- 9.45** **En nationell uppföljning av koordinatör i SVF satsningen**
Bonnie Poksinska & Magdalena Smeds
- 10.30** **Bensträckare – 5 min**
- 10.35** **Arbete i landsting utan statlig stimulans – vad händer?**
Ulrika Winblad
- 11.00** **Exempel på hantering av undanträngning till följd av införande**
Thomas Davidsson,
- 11.30** **Samtal och frågor till Kjell Asplund, Statens medicinsk etiska råd**
- 11.45** **LUNCH**
- 12.30** **Lärande och utmaningarna över tid.**
Fredrik Nilsson
- 13.15** **Upptäcksresande i vårdförlopp – en reseberättelse från studier av cancerpatienters journaler**
Kristina Bengtsson Boström, reflektioner Emma Spak
- 14.00** **Bensträckare – 10 min**
- 14.10** **Standardisering av vård ur ett förbättrings- och systemperspektiv**
Mattias Elg.
- Ca 14.45** **Summering och frågor - Dagen avslutas 15.00 - Kaffe**

Bilaga 3 Nationell kartläggning av koordinators inom standardiserade vårdförlopp i cancervården

Antal svar, svarsfrekvens samt andel svar från respektive landsting och region

Landsting/region	Antal	Svars- frekvens (%)	Andel respondenter (%)
Landstinget Blekinge	8	42	2,1
Landstinget Dalarna	30	86	7,8
Region Gotland	7	50	1,8
Region Gävleborg	10	25	2,6
Region Halland	27	69	7
Region Jämtland Härjedalen	13	100	3,4
Region Jönköpings län	18	38	4,7
Landstinget i Kalmar län	22	52	5,7
Region Kronoberg	3	100	0,8
Norrbottnens läns landsting	6	40	1,6
Region Skåne	41	51	10,6
Stockholms läns landsting	32	69	8,3
Landstinget Sörmland	18	78	4,7
Landstinget i Uppsala Län	14	93	3,6
Landstinget i Värmland	11	73	2,9
Västerbottens läns landsting	18	90	4,7
Landstinget Västernorrland	8	47	2,1
Landstinget Västmanland	14	100	3,6
Västra Götalandsregionen	66	52	17,1
Region Örebro Län	13	52	3,4
Region Östergötland	8	80	2,1

Bilaga 4 Dimensioner med beskrivningar enligt Nationell patientenkät

Helhetsintryck	Avser att belysa patientens upplevelse av vården sett till helhetsaspekten, upplevd effektivitet och utfall, omhändertagande och trygghet
Emotionellt stöd	Avser att belysa hurvida patienten upplever att personalen/behandlaren är aktiv och lyhörd inför patientens oro, ångest, farhågor, rädsla eller smärta och är tillgänglig och stödjande på ett för patienten tillfredställande sätt
Delaktighet och involvering	Avser att belysa hurvida patienten upplever sig involverad och delaktig i sin vård och i beslut rörande densamma
Respekt och bemötande	Avser att belysa patientens upplevelse av vårdens förmåga till ett bemötande anpassat till individuella behov och förutsättningar
Kontinuitet och koordinering	Avser att belysa patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Detta innebär hur individens vård samordnas, såväl externt som internt.
Information och kunskap	Avser att belysa hur väl patienten upplever att vården förmår informera/kommunicera på ett sätt anpassat utifrån individuella förutsättningar och på ett proaktivt sätt
Tillgänglighet	Avser att belysa patientens upplevelse av vårdens tillgänglighet avseende både närhet och kontaktvägar, samt personalens tillgänglighet för patientens såväl som för anhöriga

Cancercentrum.se

Bilaga 5 Medianväntetid SVF införda 2015-2016

Väntetider (mätt som medianväntetid) för patienter som genomgått SVF införda 2015 -2016.

Standardiserat vårdförlopp	Andel i % och antal patienter som startat behandling inom angiven maximal ledtid		Medianväntetid i antal dagar	Maximal ledtid i arbetsdagar**
Akut myeloisk leukemi – AML	72	304	3	6 (start av behandling)
Bröstcancer	52	4651	28	28 (kirurgi, cytostatika-, strål-endokrin behandling)
Bukspottkörtelcancer	34	370	37	22 (åtgärdsbesked – palliativa) 36 (operation, utan föregående behandling)
Gallblåsecancer/ cancer i gallvägar	23	81	36	36 (kirurgi) 36 (utökad utredning))
Hjärntumör	43	135	41	20 (operation)*
Hudmelanom	60	1 979	20	57 (lymfkörtelutrymning) 33 (utvidgad kirurgi) (Ki-rurgi/tumörspecifik behandling)
Huvud- och halscancer	48	924	34	30 (kirurgi) 38 (onkologisk behandling)
Levercancer	21	87	39	36 (kirurgi) 43 (utökad utredning)
Lungcancer	40	1 149	46	30 (behandlingsbeslut) 40 läkemedelsbehandling) 44 (kirurgi och strålbehandling)
Lymfom	41	756	21	14-20 (aktiv expektans) 22-26 (strålbehandling) 16-22 (läkemedelsbehandling)
Matstrups- och magsäckscancer	37	409	36	38 (kirurgi) 31-38 (neoadjuvant behandling)
Myelom (symtomatisk)	60	377	15	20 (aktiv behandling) 15 (aktiv expektans)
Okänd primärtumör (CUP)	56	105	27	35 (strålbehandling) 28 (läkemedelsbehandling) 35 (kirurgi)
Prostatacancer	39	2 360	49	26 (låg/ intermediär risk) 28 (högrisk – ej kurativ) 60 (högrisk – kurativ)
Tjock- och änd-tarmscancer	55	3 107	35	39 (cytostika, kirurgi, strålbehandling)
Urinblåse- och urinrörscancer	70	2 233	25	9-12 (ej muskelinvasiv tumör) 31-37 (muskelinvasiv – cystektomi/neoadjuvant behandling)
Äggstockscancer	43	468	26**	9(kirurgi) 7 (onkologisk behandling)

Källa: *Sveriges kommuner och landsting, **Ingångsvärden RCC i samverkan nationella data avseende 2014-01-01 – 2015-06-30 (23 februari 2016) och Ingångsvärden Nationella data avseende 2015-01-01 – 2015-12-31 (19 maj 2016). Cancercentrum.se. *SKL databas (quick view) har kirurgi som diagnostik (inte behandling). ** SKL databas (quick view) har tiderna 22-24 dagar.