

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Lägesrapport 2018

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 2018-11-10
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2018

Förord

Regeringen gav i mars 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att följa och utvärdera satsningen på kortare väntetider i cancervården (S2015/1659/FS).

Bakgrunden är regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att införa standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Satsningen syftar till att bidra till

- kortare väntetider
- nöjdare patienter
- en mer jämlik cancervård

Socialstyrelsens uppdrag omfattar bl.a. att följa landstingens och regionernas arbete med att införa standardiserade vårdförlopp. Vi ska även redogöra för eventuella undanträngningseffekter och för hur landstingen och regionerna har uppmärksammat och hanterat andra utmaningar i samband med införandet.

Under det första året (2015) lades grunden för uppföljningen, och vi har därefter lämnat en årlig lägesrapport. En samlad slutrapport ska lämnas till regeringen senaste den 1 april 2019. Arbetet med uppdraget har bedrivits utifrån en ambition om öppenhet och ömsesidigt lärande mellan aktörerna, och i den kommande slutrapporten avser vi att analysera arbetet med satsningen utifrån samtliga frågeställningar i uppdraget.

Denna fjärde lägesrapport syftar till att ge en kortfattad och övergripande bild av arbetet med satsningen under 2018. Rapporten riktar sig till regeringen (Socialdepartementet) samt till sjukvårdshuvudmän, profession patientföreträdare och andra intresserade. Ett särskilt tack till de verksamhetsföreträdare, projektledare och cancersamordnare i de aktuella landstingen och regionerna som bidragit med underlag och generöst erfarenhetsutbyte.

Rapporten har utarbetats av utredaren Christina Carlsson i samarbete med Ingrid Schmidt, projektledare för uppdraget. Flera andra interna och externa experter har bidragit till innehållet i rapporten. Björn Nilsson har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
1. Inledning och utgångspunkter	8
Om uppdraget	8
Vägledande perspektiv	8
Satsningens nyckelområden	9
Socialstyrelsens tidigare iakttagelser	10
Tillvägagångsätt, källor och innehåll	11
2. Nuläge och övergripande iakttagelser	13
Fler än 200 000 personer har genomgått SVF	13
Antalet diagnostiska centrum ökar	18
Sammanfattande reflektioner	21
3. Fördjupade iakttagelser i fyra landsting och regioner	22
Användningen av stimulansmedlen	23
SVF utifrån satsningens nyckelområden	25
Arbetet med hållbara och långsiktiga lösningar	27
Stödet inom satsningen	29
Målbilden för 2020	33
Patientnära verksamheters syn på satsningens hållbarhet	34
Sammanfattande reflektioner	35
Referenser	37
Bilaga 1. Metoder och tillvägagångsätt i respektive avsnitt	39

Sammanfattning

År 2018 är det fjärde året i satsningen på att korta väntetiderna i cancervården genom att införa standardiserade vårdförlopp (SVF). Samtliga landsting och regioner har hittills fått sammantaget 1 3800 000 kronor i stimulansmedel för att genomföra satsningen. Stimulansmedlen har framför allt använts till olika resurstillskott och att anställa de koordinatörer som har till uppgift att samordna de olika delarna i utredningarna. Samtliga sex regionala cancercentrum (RCC) samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har hittills fått sammanlagt 96 miljoner kronor för att stödja satsningen.

Sammanlagt har 31 olika standardiserade förlopp (SVF) införts, och denna fjärde lägesrapport från Socialstyrelsen visar att fler än 220 000 patienter nu har genomgått utredning för misstanke om cancer. Ungefär hälften av dessa har utretts inom den angivna maximala ledtiden. Andelen inom maximal ledtid för de olika förloppen har inte förändrats nämnvärt under 2018, enligt den rapportering som sker till Sveriges Kommuner och Landsting. Ungefär en tredjedel av dem som genomgått något förlopp visade sig också ha en cancerdiagnos och har påbörjat någon form av behandling. Variationerna är relativt betydande mellan de olika förloppen.

Parallellt med satsningen på SVF har etableringen av s.k. diagnostiska centrum tagit fart, vilka har i uppdrag att diagnostisera patienter med ospecifika symtom som kan tyda på en potentiellt allvarlig sjukdom.

Socialstyrelsen har under satsningen särskilt fokuserat på att följa arbetet i fyra landsting/regioner – *Västerbotten läns landsting*, *Region Gävleborg*, *Region Östergötland* och *Region Skåne*. Satsningens nyckelområden (välgrundad misstanke om cancer, införande av koordinatörer samt förbokade tider) och arbetssätt har tagit arbetet framåt, även om tillämpningen varierat och stödet har uppfattats olika. Införandet av SVF har medfört ökade krav på tillgänglighet inom utredande och kirurgiska verksamheter. Verksamhetsföreträdare från de aktuella fyra regionerna och landstingen lyfter även under 2018 fram att brist på kompetens och personal gör det svårt med tillgång till både vårdplatser och operationssalar. Särskilt kritiska områden som lyfts fram är urologi, patologi och koloskopi.

Socialstyrelsens iakttagelser visar vidare att de aktuella regionerna strategiskt fokuserar på framtida hållbarhet och att satsningen bidragit till ett ökat fokus på att utveckla vårdens processer samt förbättra kommunikationen mellan olika verksamheter.

Sammanfattningsvis verkar satsningen ha bidragit till en viktig utveckling av processer och rutiner som också kan komma andra vårdområden till del. Den parallella utvecklingen av diagnostiska centrum verkar ha korsbefruktat satsningens ambition om kortare utredningstider. Den sammantagna utvecklingen bör succesivt kunna leda till kortare väntetider för de patienter som söker vård för symtom som kan tyda på allvarlig sjukdom.

En samlad analys av satsningens effekter och uppdragets samlade frågeställningar lämnas till regeringen senast 1 april, 2019.

1. Inledning och utgångspunkter

Om uppdraget

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa och utvärdera regeringens satsning på kortare väntetider 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 korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Den ursprungliga överenskommelsen har därefter följts av ytterligare tre överenskommelser som specificerat årliga aktiviteter för arbetet.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att följa och utvärdera satsningen på cancerområdet för att se om överenskommelsen med SKL och eventuella övriga insatser bidrar till satsningens eftersträlvade effekt, dvs. en mer tillgänglig cancervård, förbättrad jämlikhet och nöjdare patienter. Av uppdraget framgår att vi 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 vara till nytta för hälso- och sjukvården inom andra områden än cancersjukvården.

Vägledande perspektiv

De nationella målen om god vård är vägledande i arbetet med uppföljningen. Detta innebär bl.a. att Socialstyrelsen prioriterar 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 makronivå) bidrar till att satsningen leder till långsiktigt hållbara arbetssätt
- *lärandeperspektivet* med ambitionen att verka för att satsningen bidrar till lärande hos olika aktörer och inom olika vårdområden.

Vi har i vår uppföljning även tagit intryck av både nationella och internationella erfarenheter om hur utvecklingen mot en mer integrerad, patientcentrerad och sammanhållen hälso- och sjukvård kan främjas.

¹ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015 dnr S2015/470/FS.

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

- begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition
- en koordinatorfunktion
- förbokade² tider hos utredande enheter (bild- och funktionsmedicin och mottagningar).

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

År 2015 infördes 5 SVF, 2016 infördes ytterligare 13 SVF, 2017 infördes 10 SVF och 2018 har ytterligare 3 SVF införts. Tabell 1 nedan ger en översikt över de införda förloppen 2015–2018 samt cancerincidens för respektive cancerform.

² Tider märkta för utredning enligt SVF.

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

Införande, år	Standardiserat förlopp	Cancerincidens, år 2016, riket*
2015	Akut myeloisk leukemi (AML)	393
	Huvud- och halscancer	1 517
	Matstrupe- och magsäckscancer	1 143
	Prostatacancer	10 446
	Urinblåse- och urinvägscancer	2 951
2016	Allvarliga ospecifika symtom (AOS)**	
	Bröstcancer	7 586
	Bukspottkörtelcancer	1 428
	Cancer med okänd primärtumör (CUP)**	
	Gallblåsecancer/cancer i gallvägar	337
	Hjärttumör	1 035
	Hudmelanom	4 033
	Levercancer	608
	Lungcancer	3 793
	Lymfom	1 872
	Myelom	639
	Tjock- och ändtarmscancer	6 488
	Äggstockscancer	890
2017	Akut lymfatisk leukemi (ALL)	54
	Analcancer	165
	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	642
	Livmoderhalscancer	568
	Livmoderkroppscancer	1 500
	Njuncancer	1 179
	Peniscancer	126
	Sarkom (skelett, mjukdelar)	265
	Sköldkörtelcancer	572
	Testikelcancer	300
2018	Buksarkom	202
	Neuroendokrina buktumörer	254
	Vulvacancer	207

Källa: *Cancerregistret 2016. **Ett AOS och CUP kan leda till ett diagnosspecifik SVF med start av behandling eller till att cancer avskrivs efter utredningen. Källa: Cancercentrum.se

Socialstyrelsens tidigare iakttagelser

Socialstyrelsens rapporter om arbetet med SVF 2015 konstaterade bl.a. att flera landsting och regioner sedan tidigare hade arbetat med processutveckling för att korta väntetiderna och förbättra vården vid misstänkt cancer (1). I dessa landsting och regioner bedömde vi det fanns särskilt goda förutsättningar för den nationella satsningen. Socialstyrelsen lyfte särskilt fram betydelsen av att tydligare betona och inkludera primärvårdens roll i det fortsatta arbetet (2).

I lägesrapporten för 2016 konstaterade vi att väntetiderna hade kortats för de patienter som remitterats in i de första förloppen 2015 och att patienterna

var nöjda med de kortare utredningstiderna. Rapporten konstaterade också att läkare inom primärvården i stora drag var positiva till satsningen och till möjligheten att remittera patienter med misstanke om cancer för snabb utredning. De framhöll också betydelsen av att bättre informera patienterna om vad som kommer att hända under utredningen (3).

Vidare visade iakttagelserna att verksamheterna kontinuerligt arbetade med att förebygga undanträngning men att det samtidigt var oklart hur begreppet undanträngning relaterar till prioriteringar och den etiska plattformen. Vidare konstaterade vi att de hälsoekonomiska konsekvenserna av satsningen är, och kommer att vara, svåra att uppskatta. Dock bedömdes att möjligheterna till effektivisering var stora, särskilt om arbetet inom satsningen skulle spridas till andra vårdområden (3).

I Socialstyrelsens uppföljning för 2017 konstaterade vi att variationerna i väntetider var relativt betydande mellan de införda förloppen och att väntetiderna inte alls verkade ha påverkats inom vissa diagnoser. Patienterna rapporterades vara fortsatt nöjda med bättre information och ökad delaktighet i utredningsförloppet. Rapporten lyfte även fram att långvariga bemanningsproblem i en del fall hade försvårat arbetet med att uppnå påtagliga effekter på väntetiderna (4).

Uppföljningen för 2017 visade att koordinatörerna banat väg för ett framgångsrikt arbete med satsningen men att landsting och regioner arbetade på olika sätt med funktionen.

Vidare visade uppföljningen att SVF hade lett till att medarbetare i vården blivit mer medvetna om prioriteringar och etiska principer genom det kontinuerliga arbetet med att förebygga undanträngning. Samtidigt framhöll många av koordinatörerna, särskilt de med en bakgrund som medicinska sekreterare, svårigheter i arbetet med att prioritera och många av dem efterfrågade mer stöd i det arbetet.

I uppföljningen framhölls även att mindre regioner och landsting haft särskilda utmaningar 2017 vad gäller att möjligheten att uppfylla vissa delar i överenskommelsen (4).

Tillvägagångsätt, källor och innehåll

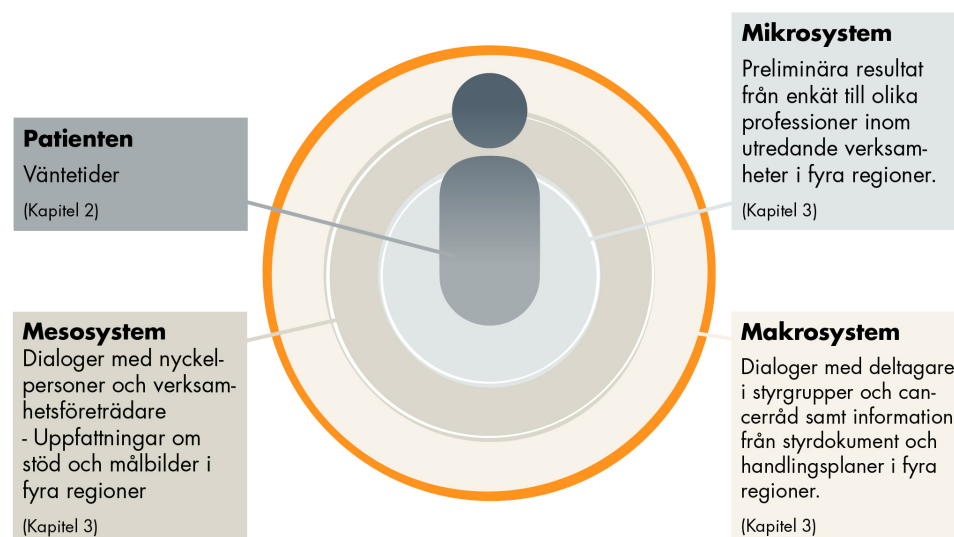
De iakttagelser och beskrivningar som presenteras i denna rapport bygger i huvudsak på

- kvantitativa uppgifter om vårdförloppen, vilka rapporterats till SKL landstingens och regionernas egna uppföljningar
 - fördjupade dialoger och samråd med nyckelpersoner i fyra landsting och regioner, bl.a. regionala styrgrupper för satsningen
 - dokumentation från nationella nätverksmöten om diagnostiska centrum
 - dokumentation från ett nordiskt möte om SVF-satsningar i de nordiska länderna
 - en enkät riktad till olika professioner vid utredande verksamheter i fyra landsting och regioner.
- (Se vidare metodbilaga, bilaga 1.)

Rapportens olika kapitel (se 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 dels förbättra vården för patienten med särskilt fokus på att korta väntetiderna, dels bidra till nöjdare och mer delaktiga patienter.

Figur 1. Systemperspektiv på uppföljningen av standardiserade vårdförlopp samt koppling till rapportens struktur



I *kapitel 2* redovisar vi en övergripande nationell bild av införda SVF och att vårdformen diagnostiska centrum ökar samtidigt som SVF införs i cancervården.

I *kapitel 3* redovisar vi särskilda iakttagelser i fyra landsting och regioner. Det handlar om dels implementeringen av satsningens nyckelområden och planering för långsiktigt hållbara arbetssätt, dels uppfattningar om stöd och målbilden för 2020. Därutöver presenteras några preliminära resultat från en enkät om patientnära verksamheters syn på satsningens hållbarhet.

2. Nuläge och övergripande iakttagelser

Sammanfattat

- Fram till oktober 2018 har sammanlagt 31 standardiserade vårdförlopp (SVF) införts. Drygt 200 000 personer har genomgått SVF.
- Andelen patienter av de som utretts enligt SVF och inlett en cancerbehandling varierar mellan förloppen. För förlopp införda 2015 har akut myeloisk leukemi (AML) högst andel (75 procent) medan urinblåse- och urinvägscancer har lägst andel (12 procent). För 2016 varierar andelen mellan 22 och 69 procent, och för 2017 varierar andelen mellan 12 och 78 procent.
- Andelen patienter som startat SVF inom maximal ledtid varierar. Lägst andel har patienter med livmoderhalscancer (12 procent) och högst andel har patienter med akut lymfatisk leukemi (78 procent).
- Patienter med allmänna och ospecifika symtom förefaller vara en grupp som särskilt gynnats av både SVF och utvecklingen av diagnostiska centrum.

Fler än 200 000 personer har genomgått SVF

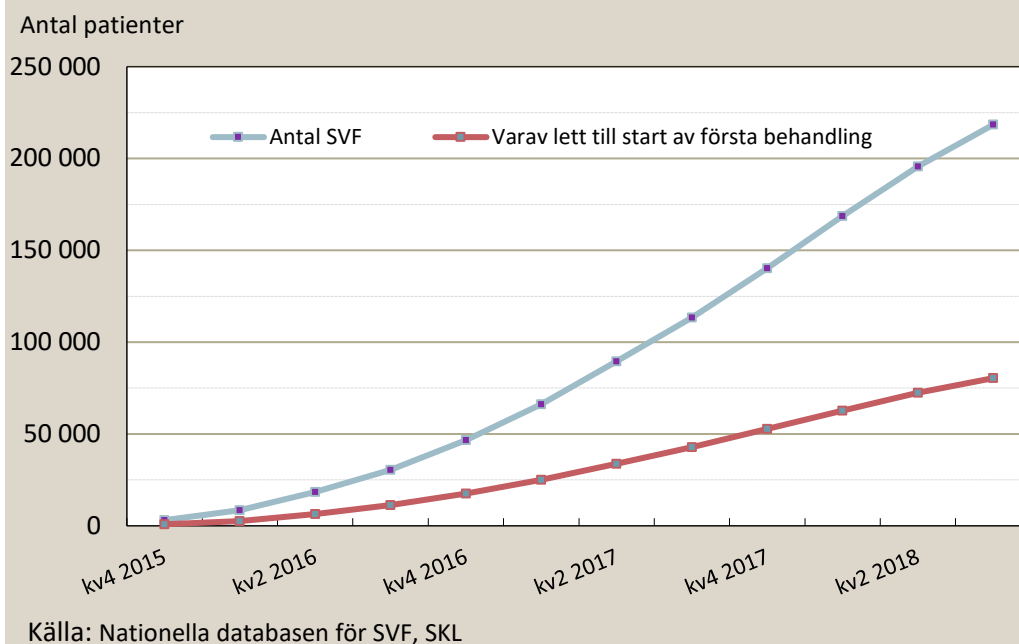
Under fyra år (2015–2018) har 31 standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården införts i samtliga landsting och regioner. Under denna period har fler än 200 000³ personer genomgått en utredning enligt SVF. Något fler än 78 000 av dessa har påbörjat en behandling, dvs. fått en cancerdiagnos.

I figur 2 nedan redovisas antalet patienter per kvartal respektive år samt de förlopp som lett till start av första behandling (2015–2018). Uppgifterna kommer från den nationella databas för SVF som härbärgeras av SKL och som uppdateras löpande.⁴ Endast patienter som genomgått SVF finns med i redovisningen. Några landsting och regioner har dock fortfarande svårigheter när det gäller att rapportera uppgifter från primärvård och privata utförare.

³ Totalt 222 483 patienter den 18 oktober 2018, enligt väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

⁴ En granskning har genomförts 2018 om hur väl väntetiderna i den nationella databasen (SKL) och kvalitetsregistren överensstämmer. Hämtat från cancercentrum.se 6 november, 2018.

Figur 2. Antal patienter per kvartal som genomgått något SVF samt antal patienter som startat behandling för cancer (2015-2018).



Tabell 2 visar de fem förlopp som startade 2015. En varierande andel av förloppen har resulterat i en cancerdiagnos och startat första behandling. Lägst andel (12 procent) har urinblåse- och urinrörs cancer och högst andelar har akut myeloisk leukemi (75 procent) respektive matstrups- och magsäckscancer (56 procent). Olika diagnosspecifika och kliniska faktorer förklarar dessa variationer. Tabell 2 nedan visar antal genomgångna förlopp, antal och andel som startat första behandling och andel som gjort detta inom den nationella ledtiden, dvs. från välgrundad misstanke till start av första behandling.

I samtliga förlopp som startade 2015 har andelen som startat behandling minskat något (1-5 procentenheter) mellan 2017 och 2018. Andel inom maximal ledtid har inte förändrats nämnvärt (4).

Tabell 2. Antal patienter som genomgått SVF och som påbörjat sin behandling för förlopp införda 2015* samt andel inom maximal ledtid (2015-2018)

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF	Antal patienter som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Andel i % inom maximal ledtid
Akut myeloisk leukemi	633	480	75	74
Huvud- och halscancer	10 439	3 143	30	69
Matstrups- och magsäckscancer	3 409	1 900	56	34
Prostatacancer	32 457	11 801	36	39
Urinblåse- och urinrörs cancer	40 510	4 768	12	66

Källa: *Sveriges Kommuner och Landsting, oktober 2018.

Under 2016 infördes SVF för stora diagnosgrupper, t.ex. tjock- och ändtarmscancer samt bröstcancer, men också för icke diagnosspecifika förlopp dvs. förlopp för patienter med ospecifika symtom (AOS) som kan bero på cancer samt förlopp för cancer med okänd primärtumör (CUP).

Sedan 2017 har andelen som startat första behandling minskat något (mellan 1-6 procentenheter). Andelen som påbörjat behandling för tjock- och ändtarmscancer var 34 procent 2017 och 28 procent 2018. Andel inom maximal ledtid har inte förändrats nämnvärt under 2018 (4).

Av de 3 823 patienter som genomgått förloppet för ospecifika symtom (AOS) hade majoriteten (2 389) inte cancer.

Tabell 3. Antal patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2016* samt andel som utretts inom maximal ledtid (2016-2018).

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling *	Andel i % inom maximal ledtid
Allvarliga ospecifika symtom (AOS)	3 823			
Bröstcancer	35 807	16 097	45	50
Bukspottkörtelcancer	3 527	2 218	63	40
Gallblåsecancer/cancer i gallvägar	1 123	661	59	23
Hjärtumör	1 627	735	45	46
Hudmelanom	14 253	7 256	50	69
Levercancer	1 556	861	55	22
Lungcancer	12 484	5 875	47	36
Lymfom	4 940	3 127	63	39
Myelom	1 855	1 191	64	61
Okänd primärtumör (CUP)	3 289	348	11	55
Tjock- och ändtarmscancer	36 995	10 298	28	52
Äggstockscancer	3 181	2 086	66	43

Källa: *Sveriges Kommuner och Landsting, oktober 2018.

Under 2017 startade 10 förlopp. Några av dessa diagnoser rymmer förhållandevis små volymer, t.ex. sarkom samt kroniska och akuta leukemier. Vissa diagnoser har något större volymer, t.ex. livmoderkroppscancer och njurcancer. För livmoderkroppscancer har 1 456 patienter (46 procent) startat behandling och för njurcancer har 1 401 patienter (61 procent) startat behandling (se tabell 4). Sedan 2017 har andelen av de som startat första behandling både ökat och minskat, exempelvis har SVF för livmoderhalscancer ökat andelen med 4 procentenheter som startat behandling och SVF för livmoderkroppscancer har minskat andelen med 9 procentenheter (4).

Tabell 4. Antal patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2017* samt andel som utretts inom maximal ledtid (2017-2018).

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Andel i % inom maximal ledtid
Akut lymfatisk leukemi	93	82	88	78
Analcancer	494	196	40	45
Kronisk lymfatisk leukemi	557	489	88	43
Livmoderhalscancer	679	433	64	12
Livmoderkroppscancer	3 191	1 457	46	43
Njuncancer	2 287	1 401	61	32
Peniscancer	408	137	34	36
Sarkom (skelett och mjukdel)	799	194	24	68
Sköldkörtelcancer	748	545	73	49
Testikelcancer	918	322	35	52

Källa: * Sveriges Kommuner och Landsting, oktober 2018.

Under 2018 har tre mindre förlopp startat, med hittills 222 patienter och hög andel som startat första behandling (64–77 procent) (se tabell 5).

Tabell 5. Antal patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2018* samt andel som utretts inom maximal ledtid

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Andel i % inom maximal ledtid
Buksarkom	80	51	64	69
Neuroendokrina buktumörer	66	51	77	75
Vulvacancer	76	49	64	Uppgift saknas

Källa: * Sveriges Kommuner och Landsting, oktober 2018.

SVF för patienter med ospecifika symtom

År 2016 infördes SVF för patienter med allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer (AOS) och för patienter med cancer med okänd primärtumör (CUP). Dessa patientgrupper har via den snabba utvecklingen av diagnostiska centrum (se kommande avsnitt) och SVF fått ökade möjligheter att utredas snabbt.

I det förstnämnda förloppet (AOS) ska en omfattande undersökning göras redan vid misstanke, och svaren från undersökningar och prover ska leda misstanken i en konkret riktning. Om undersökningar och prover inte pekar mot en specifik diagnos kvarstår ändå välgrundad misstanke om cancer.⁵

I det andra förloppet (CUP) finns en eller flera metastatiska förändringar utan att primärtumören är känd, och det saknas resultat som tyder på någon specifik cancersjukdom. CUP är vanligare bland kvinnor och utgör 1 300 patienter per år, vilket motsvarar 3–5 procent av all malignitet. Medianåldern för insjuknande för CUP är 60–70 år, och överlevnaden är

⁵ Cancercentrum.se – uppdaterat AOS, 2018. Hämtat den 24 oktober 2018.

överlag låg, men 10 procent lever lång tid efter diagnos och några patienter kan botas.⁶

Landstingens och regionernas företrädare framhåller att SVF för AOS särskilt gynnar de grupper av patienter som tidigare har haft svårt att komma in i vården utan i stället ofta har skickats runt mellan olika verksamheter. Socialstyrelsen har i tidigare rapportering via landstingen och regionerna identifierat att detta inte sällan handlar om särskilt utsatta patientgrupper. Det kan handla om personer med olika funktionsnedsättningar och neuropsykologiska problem samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi (4).

I tabell 3 ovan redovisades antalet patienter med AOS och CUP som genomgått dessa förlopp sedan 2016. På de platser där diagnostiska centrum finns har utredningen skett där. I övrigt har den skett inom verksamheter som har ett arbetssätt liknande det vid diagnostiska centrum.

⁶ Cancercentrum.se – Hämtat den 25 april 2018.

Antalet diagnostiska centrum ökar

Parallellt med satsningen på SVF ökar antalet diagnostiska centrum över hela landet. Liksom för SVF har utvecklingen i Danmark här utgjort en förebild (5). Ett diagnostiskt centrum har i uppdrag att diagnostisera patienter med ospecifika symtom som kan tyda på en potentiellt allvarlig sjukdom (6). I Danmark angavs tidsgränsen fram till fastställd diagnos eller avskrivning av misstanke till 22 dagar. Sverige har samma tidsgräns.

Samtliga sjukvårdsregioner i Sverige hade 2017 minst ett diagnostiskt centrum (figur 3).⁷ Det finns även ett antal utredningsenheter som har ett liknande arbetssätt men som inte benämns ”diagnostiskt centrum”. Under 2018 har omkring 15 mottagningar som riktar sig till förloppen AOS och CUP etablerats.⁸

Figur 3. Diagnostiska centrum i Sverige, 2017.



⁷ Uppgifter och dokumentation från det första nationella nätverksmötet för diagnostiska centrum, 2017.

⁸ Uppgifter och dokumentation från det andra nationella nätverksmötet för diagnostiska centrum, 2018.

De två första diagnostiska centrumen i Sverige etablerades före SVF-satsningen – i Region Skåne (Kristianstad) 2012 och i Stockholms läns landsting (Södertälje) 2015.

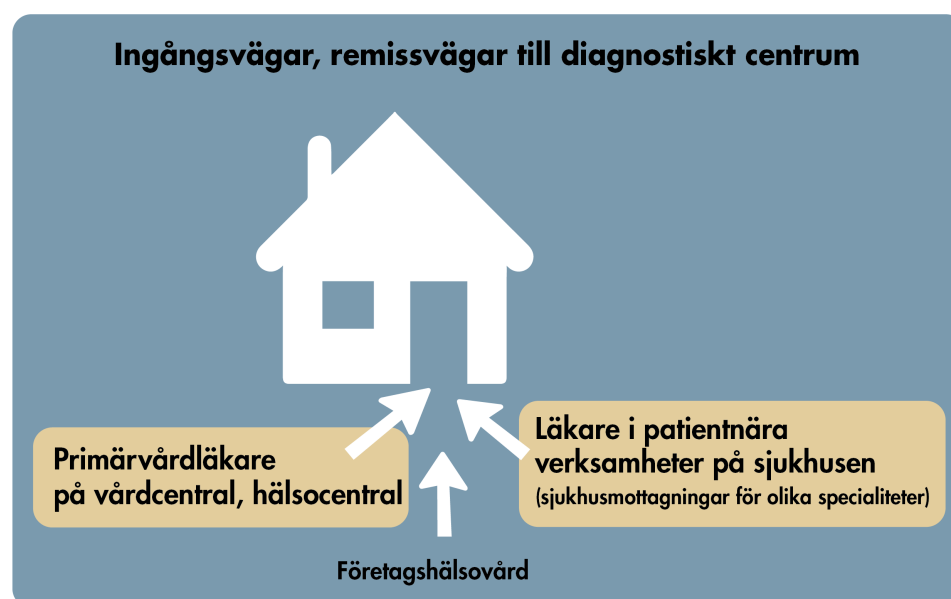
De diagnostiska centrumen i Sverige har en läkarbemanning som innefattar flera specialister (geriatrik, internmedicin, allmänmedicin, lungmedicin, palliativ medicin m.fl.). Även kontaktsjuksköterskor och koordinators samt medicinska sekreterare. Flera diagnostiska centrum anger att de planerar långsiktigt för kompetensförsörjning. En strategi är att erbjuda plats för läkare under allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST).⁹

I stort sett samtliga diagnostiska centrum som tillkommit 2016 – 2018 har sökt lärdom i och inspirerats av de första etablerade diagnostiska centrumen i Sverige och i Danmark (Silkeborg).

Målet för verksamheten vid diagnostiskt centrum på centralsjukhuset i Kristianstad var kortare tid från symtom till diagnos, tidig upptäckt av cancer samt ett ökat samarbete mellan primärvård och sjukhusvård. Primärvården var remittenten. Efter att verksamheten permanentades 2015 kunde fler verksamheter remittera patienter, t.ex. specialistsjukvårdens mottagningar, akutmottagningar och företagshälsovården.

Båda Kristianstads och Södertäljes diagnostiska centrum har byggt upp utredningsblock i två steg. I Södertälje är det första steget är anamnes, strukturerad klinisk undersökning och ett tjugotal prover. Om diagnosen därefter är oklar går utredningen vidare med remiss till röntgen och koordinerad utredning på det diagnostiska centrumet. Dessa utredningsblock får maximalt ta 22 dagar. Ingångsvägar, remissvägar till ett diagnostiskt centrum illustreras i figur 4.

Figur 4. Ingångsvägar och remissvägar till diagnostiskt centrum



⁹ Uppgifter och dokumentation från det första och andra nationella nätverksmötet för diagnostiska centrum, 2017, 2018.

I Kristianstad visade den treåriga uppföljningen av diagnostiskt centrum att av de 393 patienter som togs emot hade 22 procent cancer och 64 procent andra diagnoser, varav sjukdomar i rörelseapparaten och mage/tarm var vanligast.¹⁰ Av de personer som genomgick utredningen fick 4 procent ingen diagnos. De undersökningspaket som hade utarbetats för utredningen användes hade 28 procent hade genomgått alla rekommenderade utredningar i primärvården.¹¹

I Södertälje får patienten i genomsnitt drygt två läkarbesök och även besök hos sjuksköterska under utredningen. Totalt 35 procent av patienterna får en cancerdiagnos, där tumörer i lunga utgör den största gruppen. De andra stora sjukdomsgrupperna är sjukdomar i muskel och skelett, i matsmältningsorgan och i andningsorgan.¹² Verksamheten i Södertälje följts upp för närvarande med hälsoekonomisk utvärdering genom att bland annat kartlägga vårdkonsumtion och kostnader för de patienter som utreds.

Erfarenheter från nationella dialog- och nätverksmöten

Under 2017 initierade Regionalt cancercentrum Stockholm/Gotland det första nationella nätverksmötet; ytterligare ett är genomfört november 2018. Mötena visade att flera lärdomar hade fört arbetet framåt samtidigt som arbetet präglades av utmaningar som behövde hanteras (se tabell 6).

Tabell 6. Översikt över lärdomar och utmaningar

Patienten	Ökad tillgänglighet för patienten, med snabbare och effektivare omhändertagande. Patientens möjligheter till förnyad bedömning är svåra att förverkliga. Trots ökad medvetenhet är det inte klarlagt på alla diagnostiska centrum hur man ska hantera allvarigt sjuka patienter som inte uppfyller kriterier för utredning.
Bemannning	Ett intresse finns från läkargrupper att arbeta på diagnostiskt centrum. Flera fördelar lyfts om att tidigt ha ett diagnostiskt centrum som utbildningsplats för AT- och ST-läkare. Koordinatorer och kontaktsjuksköterskor är viktiga, och heltidstjänster är att föredra.
Samverkan	Primärvården har fått en tydligare ingång för patienter med allmänna och ospecifika symtom. Samverkan mellan kliniker och verksamheter har förbättrats. Multidisciplinära konferenser uppfattas vara en tillgång i utredningsarbetet vid diagnostiskt centrum.
Remitter och remissflöde	Antalet läkargrupper som kan remittera till diagnostiskt centrum är stort och som påverkar bl.a. möjligheten till bra återkoppling. Remissflödet är ojämnt och det är varierande kvalitet på remisser.

¹⁰ Acceperat manuskript i Acta Oncologica. Stenman, E m.fl. Diagnostic spectrum and time intervals in Swedish first diagnostic centra.

¹¹ Uppgifter och dokumentation från det första nationella nätverksmötet för diagnostiska centrum, 2017.

¹² Uppgifter och dokumentation från det första nationella nätverksmötet för diagnostiska centrum, 2017.

Sammanfattande reflektioner

Ett diagnostiskt centrum har utvecklat metoder för snabb utredning vilket leder till tidig behandling och därigenom förutsättningar för bättre prognos. De flesta patienter med ospecifika symtom eller s.k. alarmsymtom har inte cancer. Många har andra diagnoser, som exempelvis sjukdomar i rörelseapparaten och mag-tarmkanalen.

Diagnostiska centrum och SVF för patienter med ospecifika symtom och symtom utan känd tumör (AOS och CUP) innebär att stora patientgrupper får tillgång till snabb utredning.

Nätverken som byggts upp för SVF är omfattande. Detta tillsammans med de nationella och lokala nätverk som byggs upp omkring diagnostiska centrum bör påskynda kunskapsutvecklingen om stora patientgrupper som behöver utredas och åtgärdas snabbt.

Regeringen lyfter fram att förebyggande arbete och tidig diagnostik är betydande förbättringsområden både för cancervården och för hälsosystemet i stort (7).

Utvecklingen av diagnostiska centrum kan sägas vara ett svar på behoven av tidig diagnostik. Under satsningens fyra år har ett tjugotal diagnostiska centrum etablerats i runt om i landet.

Sammanfattningsvis gör tillgången till olika snabbspår i form av diagnostiska centrum och SVF att patienten får sin diagnos tidigt och snabbt, men också att hen får informationen att det inte föreligger någon allvarlig sjukdom.

3. Fördjupade iakttagelser i fyra landsting och regioner

Sammanfattat

- Socialstyrelsen har under arbetet med uppföljningen särskilt följt utvecklingen i Västerbotten, Gävleborg, Östergötland och Skåne.
- Begreppet ”välgrundad misstanke om cancer” har landat väl i verksamheterna.
- De olika regionerna har tillämpat olika strategier för koordinators funktion och förbokade tider.
- Arbetet med hållbara och långsiktiga lösningar handlar framöver om att formulera övergripande mål, säkerställa strukturer för arbetsprocesser och fortsätta arbetet i utrymmet mellan den nära och den sjukhusanknutna vården.
- Uppfattningar om stödet varierar. Regionerna menar att nätverk och kontinuitet bidrar till lärande och goda relationer, att primärvårdens perspektiv är viktigt men att tolkningsutrymme och otydliga ledtider har försvårat arbetet.
- Målet att 70 procent av nya cancerfall ska utredas genom SVF senast 2020 uppfattas vara realistiskt att nå för de flesta cancerdiagnoser. Däremot uppfattas målet om att 80 procent av dessa patienter ska utredas inom utsatta ledtider mindre realistiskt, bl.a. på grund av samsjuklighet hos patienterna och olika typer av bemanningsproblem.
- Läkare, koordinators och kontaktsjuksköterskor inom utredande verksamheter uppfattar att arbetssätten inom SVF kommer att finnas kvar också efter 2018, dvs. när satsningen avslutats.
- Iakttagelserna 2018 i de aktuella landstingen och regionerna bekräftar i stora drag de slutsatser som Socialstyrelsen tidigare redovisat.

Socialstyrelsen har under satsningens fyra år fokuserat på arbetet i fyra landsting/regioner – *Västerbotten läns landsting*, *Region Gävleborg*, *Region Östergötland* och *Region Skåne*. I det följande använder vi enbart begreppet regioner när vi benämner dessa fyra samlat. När vi benämner landstinget eller regionerna enskilt använder vi ibland den geografiska beteckningen (*Västerbotten*, *Gävleborg*, *Östergötland* respektive *Skåne*) för att underlätta framställningen.

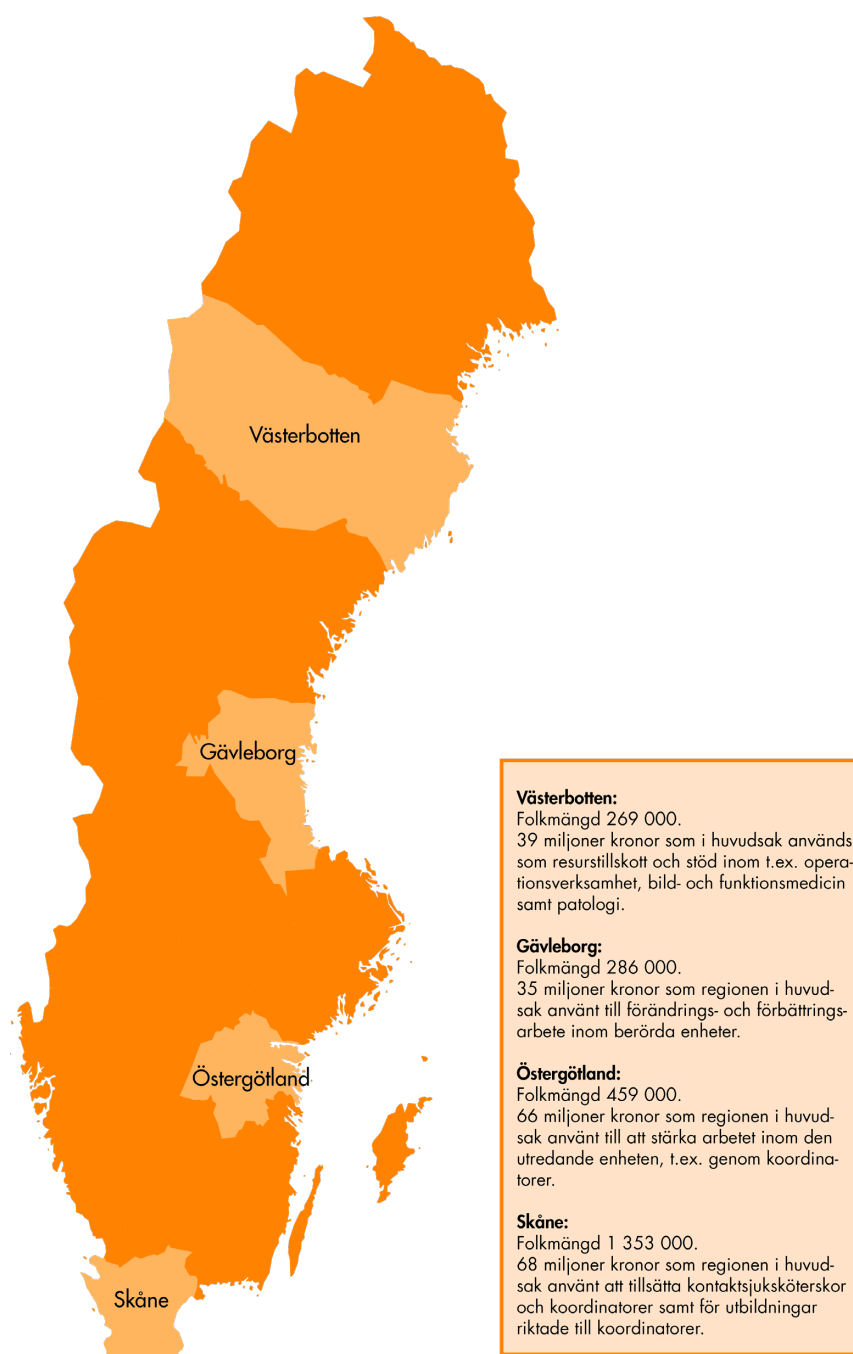
Användningen av stimulansmedlen

År 2018 är det fjärde året i satsningen på att korta väntetiderna i cancervården genom att införa standardiserade vårdförlopp (SVF). Samtliga landsting och regioner har hittills fått sammanlagt 1 3800 000 kronor i stimulansmedel för att genomföra satsningen. Samtliga sex regionala cancercentrum (RCC) samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har hittills fått sammanlagt 96 miljoner kronor för att stödja satsningen.

Genomförandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) beskrivs årligen i handlingsplaner som landsting och regioner lämnar till Socialdepartementet varje vår och höst. Det statliga stimulansmedel som överenskommelsen omfattar fördelas först när redovisningen är godkänd. Befolkningsmängden avgör hur mycket varje landsting/region får.

Vid sju (av åtta) planerade utbetalningar har de fyra undersökta regionerna fått sammanlagt cirka 308 miljoner kronor. Av figur 5 framgår stimulansmedlens storlek per landsting/region och hur de i huvudsak använt medlen. Region Gävleborg var en av de regioner som inte uppfyllde kraven 2016 om ett visst antal patienter som gått igenom förloppen.

Figur 5. Fördjupningsområden, information om stimulansmedlens användning*



*Statistiska centralbyrån, kvartal 2, 2018

Socialstyrelsen har under uppföljningen särskilt studerat olika aspekter kopplade till genomförandet. Detta kapitel tar avstamp i 2018 års dialogmöten i *Västerbotten läns landsting*, *Region Gävleborg*, *Region Östergötland* och *Region Skåne*, där följande ämnen diskuterades:

- satsningens nyckelområden
- arbetet mot hållbara och långsiktiga lösningar

- stödet till verksamheterna
- målbilden för 2020
- patientnära verksamheters syn på satsningens hållbarhet.

(Se bilaga 1, *Frågeområden vid besök i landsting och regioner, 2018.*)

SVF utifrån satsningens nyckelområden

SVF ska i första hand korta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling. Nyckelområden för arbetet är införandet av dels begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition, dels en koordinatorfunktion, dels förbokade tider hos utredande enheter.¹³

Välgrundad misstanke om cancer har landat väl

Socialstyrelsen uppfattar att arbetsgång och rutiner för SVF och välgrundad misstanke har landat väl i de aktuella regionerna. Den nationella definitionen om välgrundad misstanke om cancer har också stärkt samarbetet mellan primärvård och utredande enheter. En verksamhetsföreträdare inom Region Östergötlands enhet för samordnad utredning lyfter bl.a. att den välgrundade misstanken har kunnat möta stora delar av de problem som tidigare funnits kring primärvårdens utredning av misstänkt cancer.

Jag tror att det haft betydelse att det varit fokus på begreppet för att få tillträde till primärvården. Det tror jag faktiskt.

(verksamhetschef utredningsenhet)

De uppdateringar som görs av kriterier för välgrundad misstanke i förloppen välkomnas. Dessa uppdateringar är speciellt viktiga för regionerna nu när de ska etablera arbetssätt som håller långsiktigt. Det kvarstår dock en del problem vad gäller tolkning av kriterier för välgrundad misstanke och startpunkter för SVF (se avsnitt stödet inom satsningen). Det gäller t.ex. start av SVF: Är det startpunkten när patienten söker eller när patienten har första besöket?

Betydelsen av att alla involverade uppfattar den välgrundade misstanken om cancer lika lyfts alltså och kommunikationsinsatser behövs fortfarande, exempelvis inom akutsjukvården.

Det har varit okomplicerat att införa kriteriet välgrundad misstanke om cancer som arbetssätt, menar representanter från Skåne. De olika lathundar som skapats i regionen för hur man ska agera har varit ett viktigt stöd i det lokala arbetet.

Införandet av koordinator hanteras olika

En koordinerad utredning är en bärande strategi inom satsningen för att olika undersökningar ska utföras i rätt ordning, i rätt tid och utan onödig fördröjning för patienten. Området har prioriterats under åren, liksom

¹³ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015–2018.

utbildningsinsatser för dem som fått koordinatorsuppgifterna i regionerna. Både införande och utgångsläge har dock varit olika.

I Västerbotten har koordinatörer införts och ses som centrala funktioner för det patientadministrativa stödet i patientflödet. De som koordinerar benämns dock inte alltid koordinator utan kan också benämnas kontaktsjuksköterskor eller ”bokare”. Den person som bokar ska enligt verksamhetsföreträdare vara den funktion som i de specifika förloppen koordinerar utredningsförloppet ”på bästa sätt”.

Bristen på sjuksköterskor har gjort att Gävleborg gått över till att koordinationen allt mer utförs av medicinska sekreterare. Den stora volymökningen inom kirurgiska och urologiska verksamheter har därtill inneburit att stöd och stimulansmedel lagts i dessa verksamheter.

Östergötland valde tidigt koordinatörer med övergripande ansvar och man har hållit fast vid detta upplägg under införandeperiodens fyra år. Koordinatörns specifika funktion har sedan fastställts på olika nivåer efterhand. Sammanfattningsvis ska de sex koordinerande sjuksköterskorna vid enheten för samordnad cancerutredning vid universitetssjukhuset i Linköping tidigt fånga patientens behov, identifiera om stöd behövs under utredningen samt screena för livsstilsfrågor. Sedan ska de koordinera förloppen samt ge stöd till team och kontaktsjuksköterskors koordinering av enskilda patienter.

Skåne utgick tidigt i satsningen från att medicinska sekreterare skulle prioriteras vid val av yrkesgrupp för uppdraget, där ett argument var att tid för koordinering inte skulle tas från kontaktsjuksköterskans patientcentrerade arbete. Omkring 40–50 SVF-koordinatörer (heltid) finns i dag i regionen, varav de flesta är medicinska sekreterare; ett fåtal är kontaktsjuksköterskor.

Tillämpning och synen på förbokade tider skiljer sig åt

Införande av förbokade tider hos utredande enheter har skilt sig både vad gäller synen på arbetssättets tillämpbarhet i verksamheterna och hur förbokade tider hanteras i de aktuella regionerna.

Representanter för Västerbotten beskriver hur behovet av tider ofta kunnat tillgodoses på mottagningar och överlag varit möjligt att anpassa utifrån förändrade behov. Bild- och funktionsmedicin tillämpar dock inte förbokade tider utan ”bokar in undersökningar fortlöpande enligt medicinsk prioriteringsordning”, enligt en verksamhetsföreträdare för satsningen. Formuleringarna ”obokade tider” eller ”förbokade tider” ser företrädare från olika verksamheter som problematiska. De menar att logistiken främst handlar om att utredningen ska gå fort och att de tider som finns ska användas.

Inom Gävleborg fanns tidigt en koordinator inom bild- och funktionsmedicin. Denna koordinator har fått en unik överblick och kan tidigt identifiera om andra patientgrupper trängs undan på grund av att tider bokas för SVF utredning. ”Tid för leverans” är en beskrivning som används i Gävleborg om när svaret kan förväntas vara klart.

Företrädare inom Östergötlands enhet för samordnad utredning vid Linköpings universitetssjukhus menar att förbokade tider var en viktig

förutsättning för att komma igång med förloppen 2015, eftersom det ger förutsägbarhet i planeringen om vad som behöver göras och vilka behov som finns. De uppskattade behoven har ofta stämt väl men har också varit lätta att korrigera. Förbokade tider på flera ställen (t.ex. Linköping och Norrköping) har dessutom gett patienten fler tider att välja på. Därtill är det viktigt att aktuella verksamheter känner tillit till dem som bokar, i och med att koordinatörerna numera i hög utsträckning kan boka tider i andra verksamheters bokningssystem.

Enligt företrädare för satsningen inom Skåne uppfattas förbokade tider har fungerat bra och man går nu vidare med att införa arbetssättet till andra områden än cancer.

Arbetet med hållbara och långsiktiga lösningar

En viktig fråga som varit i fokus för Socialstyrelsens uppföljning har varit hur arbetet inom satsningen kan bli långsiktigt hållbart. Tidigare har verksamhetsföreträdare lyft fram processarbete och kommunikationsinsatser men också framtida ledningsstrukturer och stöd samt resurser och kompetens att vara viktiga i det långsiktiga arbetet (4). Nedan beskrivs några huvudsakliga iakttagelser som framkommit i dialogerna 2018.

Västerbotten skapar övergripande strategiska mål

I norra regionen finns en tradition att dra åt samma håll. I dag prioriterar förvaltningarna inom regionen att dels skapa landstingsövergripande mål för att följa upp arbetet, dels skapa löpande och långsiktig uppföljning av resultat kopplade till SVF.

Under hela satsningen har Västerbotten kommunicerat och tydliggjort inom organisationen att införda arbetssätt med SVF ska bibehållas också efter projektiden slut. Budskapet har varit att arbetssätten har kommit för att stanna och målet är förbättring för patienten.

Ambitionen är att skapa en organisation av vård och vårdprocesser som är uppbyggd för långsiktig drift med uppföljning och utveckling. Därför har man på övergripande nivå och inom de olika processerna säkerställt att det kommer att finnas funktioner med ansvar att driva, följa och stödja verksamhetens utveckling framåt. Detta arbete kommer att ske i nära samarbete med linjeorganisationerna.

Flera olika förutsättningar för att SVF:s arbetssätt ska kunna bibehållas innehåller flera delar. Dels kan traditionen i vården med linjeorganisationer och den egna enhetens perspektiv behöva överges till förmån för en gemensam plattform utifrån patients behov. Dels handlar det om processutveckling och om att process och uppföljning av gränsöverskridande samarbete måste tillgodoses i det långsiktiga arbetet.

Långsiktighet tror jag på. Vi har ju bestämt att det här är ett arbetssätt som vi måste skruva i /.../. Man måste revidera, man måste skruva och se vad som inte blev bra. Det är inget som tar slut.

(Projektledare för SVF, Västerbotten)

Gävleborg tillämpar programområde cancersjukdomar

Liksom för andra regioner fanns inom Gävleborg ett pågående utvecklingsarbete om patient- och vårdprocesser redan före satsningen. I dag handlar det långsiktiga arbetet att säkerställa funktioner som ska vara på plats och bestämma vilka processer som ska vara kvar. I årets uppföljning har Socialstyrelsen särskilt uppmärksammat hur Region Gävleborg har kopplat sitt arbete med processer inom cancervården till de nationella programområdena (NPO). Socialstyrelsen uppfattar att regionen i hög grad använder erfarenheterna från det pågående processarbetet och SVF-satsningen i det regionala uppbyggnadsarbetet av NPO.

Gävleborgs *programområde cancersjukdomar* består av ett kunskapsstyrningsråd, en programområdesansvarig och en styrgrupp för cancersjukdomar. Kunskapsrådet ska vara ingången för nationella kunskapsstyrningsfrågor och verka för ett nationellt enhetligt system. Programansvarig ansvarar för att nationell kunskapsstyrning följs och implementeras regionalt och lokalt.

Processägarfunktionen syftar till att närma sig linjeorganisationen och därmed säkerställa resurser. Processägaren ska vara en verksamhetschef som är involverad i flödena. Ansvaret sträcker sig från att patienten har symptom, genom förloppet och fram tills uppföljningen. Processledarna ska vara kliniskt verksamma. I organisationen ingår även processteam och processtöd. Den förstärka utbildning (s.k. coachutbildning) som pågår ska underlätta och ge stöd till processägarfunktionen.

Östergötland verkar i utrymmet mellan primärvård och specialistsjukvård

Region Östergötland bestämde sig för att enheten för samordnad utredning skulle vara remissgång för SVF. Av naturliga skäl har tankar om hållbarhet långsiktigt utgått från denna verksamhet. Det långsiktigt hållbara, menar företrädare för verksamheten, ligger i att de verkar i utrymmet mellan den nära vården och högspecialiserade vården. Med små resurser (3 läkare och 6 koordinerande sjuksköterskor) är verksamheten inte kostbar. Storleken och bemanning på enheten gör dessutom att den är mer sårbar än större verksamheter. Att verka i utrymmet mellan flera vårdnivåer menar verksamhetsföreträdarna är en garanti för att arbetssätten och SVF fortsätter efter 2018.

Under SVF-satsningen har flera tusen patienter bokats upp för utredning, och hälften av dessa träffar enhetens medarbetare mer än en gång. Ambitionen om tidig kontakt med patienten och ett team på cirka 10 personer gör att de har en överblick över utredningarna, och de har även identifierat behov av förbättringar. Nödvändigheten att bryta ”icke ändamålsenliga strukturer” har påbörjats genom SVF, menar en företrädare för verksamheten.

Skåne säkerställer operativa arbetsprocesser

SVF uppfattas inom Region Skåne som en del av den ordinarie verksamheten. Rutinerna för arbetssätten har stärkts 2018 och man uppfattar även att kunskapen om utredning enligt SVF har ökat i vårdens verksamheter. Företrädare för satsningen menar att hållbarheten säkerställs långsiktigt genom att verksamhetscheferna har en viktig roll i integrationen av arbetssätten. De deltar i de lokala cancerråden där det sker en kontinuerlig återkoppling om hur det går i verksamheterna. Lokala patientprocessledare, kontaktpersoner och processteam arbetar regelbundet med återkoppling både uppåt och nedåt i organisationen.

Cancersamordnarfunktionen har bidragit till att utveckla samverkan mellan regionalt cancercentrum (RCC) och förvaltningarna. Detta innebär att stödet till vårdprocesserna har säkerställts på olika nivåer och mellan professionerna i teamen. Kvalitetssäkring av data och framtagande av kvalitetsdata sker kontinuerligt. Inom förvaltningen finns speciellt kunniga inom uppföljning av systemen, vilka tillsammans med cancersamordnaren ansvarar för support och uppföljning.

Det regionala samarbetet kring gemensamma resurser är avgörande för att bibehålla uppnådda resultat, menar företrädare för satsningen. Samarbetet sker på olika nivåer där det strategiska regionala rådet har en viktig roll. En operativ styrgrupp bildas under hösten 2018, vilket ska utgöra ett komplement till det lokala cancerrådet.

Utmaningarna är till stor del gemensamma

Resursbrist lyfts alltså i de aktuella regionerna. Införandet av SVF har medfört krav på tillgänglighet inom opererande verksamheter och personella resurser i direkt utredande verksamheter. Låg bemanning och brist på utbildad personal gör det svårt vad gäller tillgången till både vårdplatser och operationssalar. Bristområden som lyfts är exempelvis urologi, patologi och koloskopi. Den stigande åldern i befolkningen är därtill ett faktum, menar företrädare för verksamheten.

På något sätt är cancervården självprioriterade i vårt system, men frågan är hur vi ska se på de frågorna framöver. I takt med stigande ålder kommer vi att få fler cancerfall.

(verksamhetsföreträdare, Västerbotten)

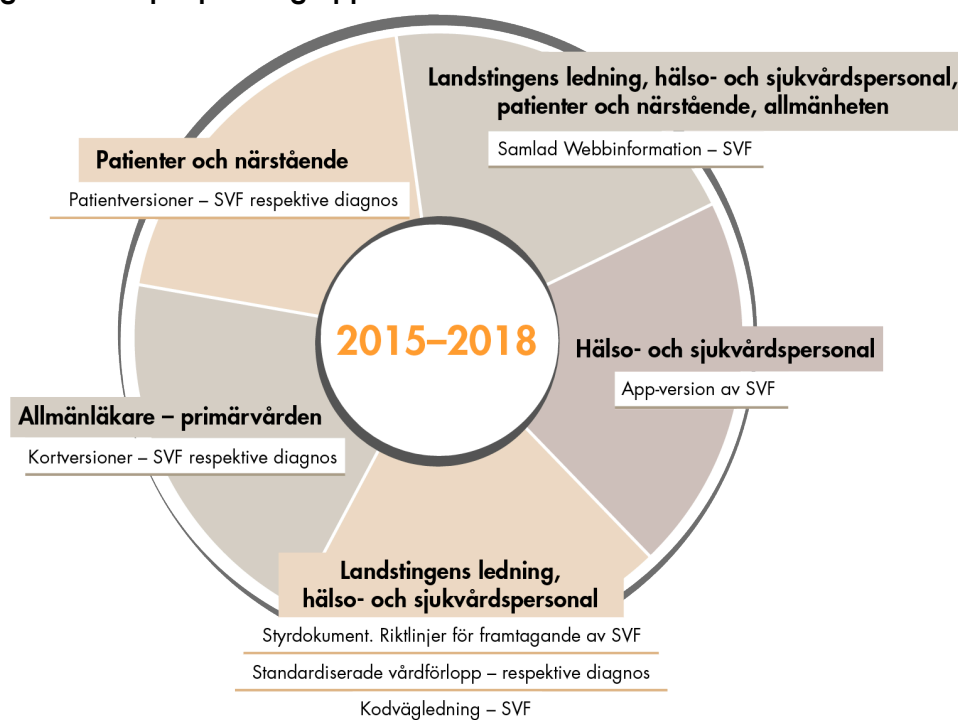
Stödet inom satsningen

Införandet av SVF är i första hand en lednings- och verksamhetsfråga för respektive region, och regionerna har varit ansvariga för hur de arbetar med att införa SVF med dess nyckelområden och arbetssätt.

Samtliga sex regionala cancercentrum (RCC) samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har hittills fått sammanlagt 96 miljoner kronor för att stödja satsningen. Genom åren har RCC och SKL tagit fram stödsatser för olika målgrupper, och stödet utvecklas löpande. Plattformen *Varje dag räknas* finns på RCC:s webbplats (cancercentrum.se) där regionerna har

tillgång till stöd och uppföljning. I figur 6 ges exempel på olika typer av stöd som tagits fram och använts av olika målgrupper i landsting och regioner.

Figur 6. Exempel på målgrupper och stöd



Det nationella styrdokumentet för SVF fanns tillgängligt redan 2015. Dokumentet har därefter uppdaterats två gånger (senast 2017). Syftet med styrdokumentet är att hålla beskrivningarna av de olika diagnosernas förlopp så lika varandra som möjligt. Därefter har regionerna ansvar för att anpassa de enskilda förloppen till sina egna organisatoriska strukturer och utarbeta lokala beskrivningar för hur enskilda SVF ska tillämpas.

Den nationellt mätta leddtiden (tiden från välgrundad misstanke till start av första behandling) rapporteras till SKL:s nationella databas medan delledtiderna hanteras av landstingen och regionerna. De landsting och regioner som Socialstyrelsen specifikt följer har fått stöd av fyra RCC i arbetet med att utveckla systemet med SVF:

- RCC Norr (Västerbottens läns landsting)
- RCC Uppsala/Örebro (Region Gävleborg)
- RCC Sydöst (Region Östergötland)
- RCC Syd (Region Skåne).

Uppfattningarna om stödet varierar

Uppfattningar om hur SVF bidrar till förbättring varierar. Företrädare från verksamheterna har observerat att det funnits olika bilder hos aktörerna om vad som behöver göras och om hur stödet ska se ut. Det finns därtill en otydlighet i vem som slutligen fattar beslut om detta.

Stödet har varit viktigt, främst den första tiden när allt startades upp. Företrädare för Skåne menar att både RCC och SKL var viktiga aktörer de

två första åren, inte minst för deras möjligheter att initiera och arrangera regelbundna möten och återkopplingar. En bit in i arbetet har dock behovet av RCC:s stöd minskat i takt med att SVF blivit en naturlig del av verksamheten.

Både nationellt och regionalt har ett stort antal verksamhetsföreträdare arbetat tillsammans på olika nivåer. En processledare som infört förloppen i det egna landstinget, men som också deltagit i det nationella arbetet med att ta fram vårdförloppen i vårdprogramsgruppen, beskriver arbetet som ansträngande men effektivt. Processledaren beskriver samtidigt hur det lokala arbetet påverkats vad gäller läkarnas dokumentation.

I det lokala arbetet har jag uppmärksammat att vi läkare blivit bättre på att dokumentera i journalen.

(processledare och läkare inom kirurgisk verksamhet)

Samtidigt som det nationella förarbetet värdesätts, speciellt arbetet med att ta fram ett stort antal förlopp på kort tid, menar företrädare för regionen att den lokala förankringen i frågorna är avgörande för att arbetet ska fortskrida. Detta har tagit mer tid än vad de involverade för nationellt och regionalt stöd har förstått menar man, och ibland har det varit svårt att inta rollen att berätta hur det verkligen står till i verksamhetens vardag för dem som har i uppdrag att stödja. Det nationella stödet är viktigt, men det bör komma i god tid för regionernas lokala anpassning, vilket inte alltid varit fallet.

Företrädare för Västerbotten menar att RCC har varit en sammankopplande och viktig funktion för det regionala arbetet. Det stöd RCC gav initialt omkring kommunikation och budskapsplattformen *Varje dag räknas* har varit avgörande för såväl samverkan i norra regionen som nuläget inom det egna landstinget.

En annan aspekt som lyfts vad gäller det nationella stödarbetet är huruvida olikheter inom de olika RCC har haft betydelse. I den sjukvårdsregionen som Gävleborg tillhör finns sju landsting och regioner som ska stödjas, och frågan uppkom om just detta haft betydelse för hur långt arbetet har kommit i olika landsdelar.

De RCC-områden som har färre landsting har kommit längre.

(samordnare för SVF satsningen)

Ett annat område som lyfts är betydelsen av hur budskapet om satsningen kommuniceras – att det mer handlar om införande av ett långsiktigt arbetssätt och mindre ska ses som ett nationellt tidsbegränsat projekt. Följande uttalanden kan illustrera hur satsningen kommuniceras.

Vi [i Skåne] har medvetet och i alla sammanhang /.../ sagt att det inte är ett projekt utan det är något vi inför.

(samordnare för satsningen i en förvaltning)

Det har vi varit överens om hela tiden här i regionen att detta inte är ett projekt. Detta är ett arbetssätt. Så är det. Vi [i Västerbotten] pratar aldrig projekt.

(deltagare i projektgrupp för SVF satsningen)

Några reflekterande synpunkter om stödet

I de regioner som Socialstyrelsen följt specifikt under snart fyra år har det funnits kontinuitet vad gäller projektledare och cancersamordnare, i och med att de aktuella personerna haft sina funktioner hela perioden. Nätverken med andra projektledare och cancersamordnare har uppfattats som värdefulla. Vinsterna har bl.a. varit att man tidigt och undervägs har kunnat diskutera gemensamma frågor och de ibland olika sätt på vilket problemen har kunnat lösas.

I följande textavsnitt lyfts de områden som regionernas företrädare för verksamheter och satsningen specifikt lyft som viktiga stödåtgärder.

Kontinuitet och nätverk skapar lärande och relationer

De koordinatorsnätverk som ofta byggts upp med stöd av RCC lyfts som viktiga. Dessa nätverk, som nu har flera år på nacken, har möjliggjort ett lärande i regionerna allt eftersom fler koordinators har knutits till förloppen. I exempelvis Skåne uppfattas detta RCC-nätverk (som även innefattar Blekinge, Halland och Kronoberg) ha haft stor betydelse för att skapa goda relationer och förståelse dem emellan, men det har också skapat ökad förståelse mellan regionens egna förvaltningar. Det lokala nätverk som därefter har etablerats i Skåne består av koordinators, ansvariga företrädare vad gäller tillgänglighetsfrågor och SVF-koder samt cancersamordnare inom respektive förvaltning.

Primärvårdens perspektiv är viktigt initialt och undervägs

Unisont uppfattas primärvården som en viktig aktör i satsningen, samtidigt som det varit svårt få tag i primärvårdsrepresentanter i satsningens olika delar. Bristen på primärvårdsmedverkan har varit ett bekymmer undervägs och är så än idag, om än i mindre omfattning än tidigare. I Västerbotten förstärktes stödet genom att man involverade samtliga yrkesgrupper i primärvården. Nu gör en företrädare för satsningen följande reflektion om läget.

Jag tror vi har kommit längre med primärvården än jag trodde från början. Alla sa "trots primärvården" och allt vad som sades, men jag tycker vi gjort det med primärvården.

(projektledare för SVF satsningen)

Tolkningsutrymme och otydliga ledtider har försvårat

I vissa fall uppfattar de nyckelpersoner som varit ansvariga för införandet i regionerna att det nationella överbryggande arbetet inom olika SVF skilt sig åt – skillnader som de under åren haft att förhålla sig till. Skillnaderna har handlat om det övergripande tänket och att det inte funnits tydlig struktur för arbetet. Därutöver framkommer att vissa kriterier för inledningen av ett SVF

kunde varit tydligare och mer verksamhetsnära, för att minska risken för olika tolkningar. De olika tolkningarna gör att det i vissa fall varit svårt att förhålla sig till olika tidsangivelser (ledtider) och till vad som är rimligt avseende tidsåtgång för t.ex. olika undersökningar. Därutöver kommer det att vara svårt att göra jämförelser mellan landstingen, menar en företrädare för satsningen.

Så det där med välgrundad misstanke får en jättestor betydelse om vi ska jämföra oss med varandra, så att vi gör samma beslut och det blir samma standard. Det ska inte finnas några tveksamheter.
(projektledare för SVF satsningen)

Målbilden för 2020

Målet med regeringens överenskommelser 2015–2018 har varit förbättrad tillgänglighet inom cancervården genom kortare väntetider och minskade regionala skillnader. I 2018 års överenskommelse mellan staten och SKL presenteras mål om volymer som regionerna har att förhålla sig till och som ska vara uppnådda 2020. Vid årets dialogmöten bad vi de aktuella regionerna att reflektera över målen 2020.

I tabell 7 redogör vi kortfattat hur regionerna ser på målet om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF.

Tabell 7. Mål: Sjuttio procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF 2020.

Västerbotten	Måloppfyllelsen kommer förmodligen att ta tid även om den kan förväntas förbättras löpande i takt med att verksamheternas arbetsprocesser utvecklas. För att kunna beräkna täckningsgraden 70 procent av nya cancerfall utredda enligt SVF behöver man känna till totala antalet nya cancerfall. Beräkningsmodellen behövs revideras.
Gävleborg	Målet om att 70 procent ska utredas inom ett SVF uppfattas vara ett rimligt mål. Det är endast SVF prostatacancer som inte når 70 procent – i övriga SVF ligger regionen över 70 procent. Möjligen kan svårighet uppkomma att nå målen för mindre diagnoser.
Östergötland	Målen nås för start av patienter med symtomlindring och andra palliativa åtgärder. En viss problematik finns vad gäller patienter som ska ha tid för strålbehandling inom exempelvis öron-näsa-halscancer. När det gäller tid till läkemedelsbehandling får 40–60 procent sin första behandling inom tid.
Skåne	Detta mål är redan totalt uppnått inom regionen. Måloppfyllelsen varierar dock mellan förloppen.

Målet om att 80 procent av dessa patienter ska igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser uppfattas däremot som mer problematiskt. Följande resonemang och reflektioner framkom från de olika regionerna.

Västerbotten: Det fastställda målet att 80 procent av patienterna ska utredas inom maximala tidsgränser ses som mycket utmanande och inte helt realistiskt att nå. Även om uppgifter om andel i dagsläget kan följas både lokalt och nationellt finns kvalitetsbrister i tillämpning av vårdförloppen och registrering av insatserna både inom Västerbotten och nationellt. Detta får som konsekvens att alla jämförelser av väntetider och andel inom maximal tid i dag måste göras med stor försiktighet. Måluppfyllelsen om 80 procent inom maximal tid uppfylls i dag i enstaka SVF, men mycket arbete återstår innan det kan nås.

Gävleborg: Företrädare menar att de inte kommer att lyckas att nå 80-procentsmålet. Ett problem som lyfts är att regionerna sätter startpunkten olika. I Gävleborg är startpunkten av ett SVF när patienten kontaktar vården, exempelvis känner en knöl. För andra regioner anges tiden för första besöket. Förväntningar finns på att välgrundad misstanke ska definieras, tolkas och registreras lika – annars blir nationella jämförelser omöjliga.

Östergötland: Det kommer att variera hur Östergötland kommer att nå målet. Tiderna uppfattas vara för tajt satta för att verksamheterna ska kunna klara utmaningen. Eftersom glappet är så stort, och man har en bit kvar, är det inte alltid en bekväm fråga att tala om. Målet kan vara rimligt inom någon diagnos men mindre åtkomligt inom diagnosgrupper med stora variationer. Det är inte alltid en fråga om resurser utan det handlar i vissa fall om tidsåtgången i processen fram till olika beslut, exempelvis tiden från beslut om SVF till patientens besked om resultat från någon undersökning.

Skåne: Det satta målet på 80 procent uppfattas vara en stor utmaning, inte minst i ljuset av regionens svårigheter med bemanningen. Företrädare för förvaltningarna menar att kompetensförsörjningen inom cancervården är nödvändig för att ledtiderna ska kunna hållas. Tillgången till flera yrkeskategorier är helt avgörande för regionens möjligheter att både upprätthålla och fortsätta utveckla ledtiderna inom cancersjukvården. Speciellt lyfts möjligheten att i dag och framöver både attrahera ny personal och behålla dem som redan finns i verksamheterna.

Patientnära verksamheters syn på satsningens hållbarhet

Under 2018 har Socialstyrelse genomfört en enkätundersökning i de aktuella regionerna. Enkäten har vänt sig till olika professioner och till teamen inom utredande och patientnära verksamheter. Enkäten besvarades av läkare inom kirurgiska samt medicinska och onkologiska verksamheter, läkare inom utredande verksamheter såsom bild- och funktionsmedicin och patologi samt SVF-koordinatorer och kontaktsjuksköterskor. Frågorna omfattade flera aspekter av SVF, bl.a. arbetssätt, samarbete och frågor om tiden efter satsningen.

Det preliminära resultatet vad gäller satsningens hållbarhet visade att av de omkring 350 som besvarade enkäten bedömde 70 procent (skattade 4–5 på en femgradig skattningsskala)¹⁴ att SVF kommer att finnas kvar efter 2018. Flera fritextkommentarer lämnades från de olika professionerna, där följande kommentarer exemplifierar förutsättningar och farhågor inför framtiden.

Det kommer inte leva av sig själv om det inte strukturerat följs och möts då man inom sjukvården ännu inte jobbar enligt SVF.
(läkare inom kirurgisk verksamhet)

Om informationen når ut till läkare inom primärvård så SVF inte blir en slarvigt använd märkning av påskyndande av remiss, vilket blir ett merarbete för många inblandade.
(SVF-koordinator)

SVF kanske har varit en nödvändighet för att få in tanken att specificera rimliga tidsgränser för olika delar av handläggningen.
(läkare inom bild- och funktionsmedicin)

Vi ser redan att resurser (regionens resurser) som tillfördes vid införandet av SVF nu dras bort när man behöver spara. Detta hotar SVF och leder till att man inom olika delar av processen sluter sig och skyddar sin egen verksamhet.
(läkare inom kirurgisk verksamhet)

Sammanfattande reflektioner

Sammanfattningsvis pågår en hel del som har sitt ursprung i cancerstrategin (8) och som på olika sätt faller väl in i arbetet med att stärka utredningsprocesserna genom SVF. Exempelvis har processarbete, involverad primärvård, uppbyggnad av vårdprocessteam och insatser som syftar till att stärka patientens ställning i form av t.ex. patientmedverkan, individuella vårdplaner och kontaktsjuksköterskor, utgjort en viktig del av det lokala förbättringsarbetet. Insatserna faller väl in i regeringens långsiktiga mål om att vårdkedjorna inom cancervården ska vara sammanhållna mellan nära och specialiserad vård över landstingsgränser samt vara uppbyggda utifrån patientens perspektiv (7).

Begreppet välgrundad misstanke om cancer uppfattas ha landat väl, även om mycket arbete kvarstår avseende uppdatering och uppföljning av kriterier. Kunskapsutvecklingen i framför allt primärvården om symtom och alarmsymtom bör gynna möjligheterna för den nära vården att upptäcka cancer. Denna utveckling faller väl in i arbetet med att utveckla den nära vården och regeringens långsiktiga inriktning att upptäcka flertalet cancersjukdomar så tidigt som möjligt (7).

Stödet som utgått från RCC har varit omfattande i satsningen, och det kunnande som RCC byggt upp omkring nationella nätverk har varit en god

¹⁴ Lickertskalan: 5= instämmer helt, 1= instämmer inte alls.

motor i det initiala arbetet. I uppföljningen av de aktuella regionerna har fokus legat på dels satsningens nyckelområden, dels hur väl de kunnat omsättas lokalt i verksamheterna, dvs. hur väl stödinsatser på makronivå gynnat utvecklingen för mikrosystemen i de aktuella verksamheterna och för patienten.

Införande av nya arbetssätt inom ramen för satsningen förefaller ha bidragit till ett lärande och en ökad samverkan mellan utredande enheter och olika nivåer inom hälso- och sjukvården, och vi ser alltjämt hur viktigt erfarenhetsutbytet mellan team och verksamheter uppfattas vara i de aktuella regionerna. I dialogerna lyfts därutöver lärande som rör hur regionerna hanterat och responderat på variationer. Lärandet innefattar också exempel på hur regionerna arbetat proaktivt genom att uppskatta behovet av utredningar när alltfler förlopp införs (9, 10).

Det är väl känt att perioden när en reform eller satsning ska övergå i permanent verksamhet är kritisk, inte minst på grund av att uppmärksamheten från omgivningen blir mindre och stödet till viss del upphör. Arbetet går mer in i en fas som handlar om förmågan att strukturera arbetet efter aktuella behov och RCC:s möjligheter att fånga upp nya frågor.

I uppföljningen uppfattar vi att de fyra regionerna på olika sätt bygger upp strukturer för att säkerställa hållbara och långsiktiga lösningar i såväl styrning som processer, dvs. processer på meso- och makronivån.

Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat de utmaningar och specifika kapacitetsbrister som blivit synliga i och med SVF-satsningens krav på en standardiserad och integrerad utredningsprocess (3, 4). I de aktuella regionerna är utmaningarna till stor del gemensamma – arbetssätten behöver fortfarande motiveras och kommuniceras i verksamheterna och bristen på tillgänglighet inom bl.a. opererande verksamheter kvarstår.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015.
2. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie. 2015.
3. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016.
4. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2017.
5. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, m.fl. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer*. 2012;106(7):1262–7.
6. 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.
7. Regeringskansliet. Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården. I: Socialdepartementet, editor. 2017.
8. En nationell cancerstrategi för framtiden. Socialdepartementet, editor. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2009.
9. Fairbanks RJ WR, Woods DD, Hollnagel E, Plsek P, Cook RI. Resilience and resilience engineering in health care. . *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2014;8(40):379–83.
10. Pattersson M DE. Safety-I, Safety-II and Resilience Engineering. . *Current problems in pediatric and adolescent health care*. 2015;12(45):382–9.

Bilaga 1. Metoder och tillvägagångssätt i respektive avsnitt

Avsnitt 2. Nuläge och övergripande iakttagelser

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Regelbunden uppdatering av information om aktiviteter som rör satsningen, där webbplatsen www.cancercentrum.se utgjort en viktig del.
- Dokumentation från diagnostiska centrum i Kristianstad och Södertälje, presentationer och uppföljningsdokumentation från två nationella nätverksmöten (2017 och 2018) om diagnostiska centrum.
- Telefonintervjuer med verksamhetsföreträdare vid diagnostiskt centrum i Kristianstad och Södertälje.
- Dokumentation från två nordiska möten (2017 och 2018) om diagnostiska centrum och SVF-satsningen 2016–2018.

Avsnitt 3. Fördjupade iakttagelser i fyra landsting och regioner

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Besök och fördjupade dialoger utifrån olika frågeområden (se nedan) med nyckelpersoner för satsningen, verksamhetsföreträdare och sjukvårdsledning i fyra landsting/regioner.
- Landstingens handlingsplaner (2018) i de aktuella landstingen och regionerna.
- Webbenkät till olika professioner och teamen inom utredande verksamheter i fyra landsting och regioner. Frågorna bevaras på en femgradig skattningsskala med möjlighet att lämna fritextkommentarer. Svaren kommer att redovisas i slutrapporten (april 2019); i denna lägesrapport redovisas preliminära resultat om satsningens hållbarhet omfattande 350 svar samt några kommentarer från läkare inom kirurgiska och, läkare inom utredande verksamheter och koordinator. Den aktuella frågan lyder: I vilken utsträckning tror du att SVF kommer att fortleva efter att de vårdförlopp som ingår i satsningen har införts, 2018?

Frågeområden vid besök i fyra landsting/regioner

Utgångspunkten för besöken har varit en uppsättning grundfrågor.

Intervjuerna har utgått från och inspirerats av frågor om systemtänkande samt lärande och implementering. Frågorna och frågeområdena för besöken 2018 var följande:

- *Implementering – hållbara och långsiktiga lösningar*
Beskriv hur arbetsprocessen ser ut i er region då införande av SVF går från projekt till permanent verksamhet? Hur arbetar ni för att SVF blir långsiktigt och hållbart i er region? Hur gör ni exempelvis för att de uppbyggda arbetssätten ska bli hållbara? Vilka utmaningar ser ni som större än andra etc.?
- *Stödet som ingår och som utvecklats i satsningen*
En viktig del av införandet av SVF är det stöd som RCC och SKL tagit fram och kontinuerligt utvecklat. Beskriv hur ni ser på detta stöd och hur det fungerat under satsningens fyra år. Har ni inom landstinget/regionen utvecklat någon form av lokalt anpassat stöd?
- *Satsningens nyckelområden:*
Välgrundad misstanke om cancer, införande av koordinators och förbokade tider – era erfarenheter efter fyra år.
- *Följeffekter av satsningen*
Beskriv eventuella spinn off-effekter som införandet av SVF har haft eller kan ha få för andra vårdområden och utredningsprocesser och/eller aktiviteter. Vilka områden handlar det om i så fall? Har dessa följeffekter möjligheter att bli långsiktigt hållbara etc.?
- *Era reflektioner omkring målen 2020:*
70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF. 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.

Analys och sammanställning

Underlag från dialogmöten och fördjupade dialoger med nyckelpersoner i landsting/regionerna har ljudbandinspelats och transkriberats. Analysen har utgått från innehållet och riktningar i svaren. De transkriberade intervjuerna omfattar drygt 300 A4-sidor i utskrift. Underlag från intervjuer har diskuterats med såväl personer knutna till uppföljningen som externa experter kopplade till satsningen. Framställningen och de delar som lyfts i årets lägesrapport har bedömts viktiga för satsningens genomförande.

Om sekretess och kvalitetssäkring

Socialstyrelsen sparar och hanterar kontaktuppgifter till utgiftslämnarna till samtliga enkäter i enighet med personuppgiftslagen (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. Enkäter inom projektet har genomgått Socialstyrelsens kvalitetsdeklaration avseende statistiska metoder. Inspelade intervjuer och transkriberade texter hanteras inom arbetsgruppen och förvaras på ett sätt som inte röjer deltagarnas identitet eller utsagor. I den mån citat använts som kan kopplas till någon specifik individ har dessa personer fått godkänna att deras uttalande används.