

Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter

Effekter av satsningen på standardiserade
vårdförlopp i cancervården

Slutrapport del 2, 2019

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

ISBN	978-91-7555-487-7
Artikelnummer	2019-4-1
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , april 2019

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 (SVF) inom cancervården. Satsningen syftade till att bidra till

- kortare väntetider
- nöjdare patienter
- en mer jämlik cancervård

Socialstyrelsens uppdrag har bland annat omfattat att följa arbetet i landets 21 regioner (tidigare landsting och regioner) med att införa SVF. Det har även inneburit att vi ska redogöra för undanträngningseffekter och för hur regionerna har uppmärksammat och hanterat andra utmaningar i samband med införandet.

Arbetet med uppdraget har bedrivits utifrån en ambition om öppenhet och ömsesidigt lärande mellan aktörerna.

Det första året (2015) lades grunden för uppföljningen, och vi har därefter lämnat en årlig lägesrapport. Denna rapport är en av två slutrapporter som lämnas till regeringen senast den 1 april 2019.

- *Rapport 1* utgår från de övergripande målen med satsningen i form av kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård.
- *Rapport 2* (denna rapport) avser att ge en fördjupad bild med särskilt fokus på bland annat lärande och styrning, undanträngningseffekter och hälsoekonomiska aspekter.

Båda rapporterna riktar sig till regeringen (Socialdepartementet) samt till sjukvårdshuvudmän, profession, patientföreträdare och andra intresserade. Rapporten har utarbetats av Ingrid Schmidt, projektledare för uppdraget, i samarbete med utredaren Christina Carlsson. Flera externa experter har bidragit till innehållet i rapporten. Björn Nilsson har varit ansvarig enhetschef. Ett särskilt tack till verksamhetsföreträdare, projektledare och cancersamordnare i regionerna som bidragit med underlag och ett generöst erfarenhetsutbyte.

Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
1. Inledning och utgångspunkter	9
Om uppdraget	9
Satsningens nyckelområden	9
Vägläddande perspektiv	10
Tillvägagångsätt, metoder och innehåll	12
Socialstyrelsens tidigare iakttagelser 2015–2018	13
2. Övergripande iakttagelser	15
Koordinering och samverkansarenor har utvecklats	15
Dialogen om sammanhållen vård och patientens ställning har ökat....	16
Kompetensbrist finns i vissa verksamheter	17
En utmaning är att behålla arbetssättet och nå målen 2020	19
RCC har fungerat som kunskapsstödare	20
SVF sprider kunskap inom andra områden och processer	22
3. Primärvårdens roll vid utredning av cancer.....	25
Primärvården är ofta första instans	26
Allmänläkarens kunskaper avgörande vid utredning av symtom	29
Journaler granskades i sex regioner	31
Sammanfattande reflektioner	40
4. Undanträngning till följd av SVF.....	42
Undanträngning kopplas till prioriteringar	43
SVF har synliggjort undanträngning mer än skapat den.....	44
Regionerna följer upp ledtider och eventuell undanträngning	49
Sammanfattande reflektioner	53
5. Effekter av SVF på lärande i komplexa system.....	55
Många faktorer påverkar verksamheternas möjlighet till lärande.....	56
Explorativt lärande börjar med de nationella ramverken.....	59
Ramverken kan anpassas lokalt via ett transformativt lärande.....	60
Variationer mellan patientgrupper påverkar standardiseringsarbetet..	62
SVF minskar osäkerheten i vårdprocesser via verkställande lärande	64
Baslärandet har ökat genom SVF	66
Sammanfattande reflektioner	71
6. Betydelsen av SVF-överenskommelsernas form och innehåll	73
Fyra överenskommelser har slutits	74
Överenskommelserna mottogs överlag positivt	78
Sammanfattande reflektioner	80

7. Standardiserade vårdförlopp ur ett hälsoekonomiskt perspektiv	83
Kostnader för cancervården	84
Kortare utredningstid ger förbättrad livskvalitet.....	89
Verksamhetsföreträdarnas syn på hälsoekonomiska effekter av satsningen.....	90
Sammanfattande reflektioner	93
Referenser	95
Bilaga 1. Metodik och tillvägagångssätt för avsnitt 3– 7.....	98
Bilaga 2. Enkät riktade till professioner inom utredningsteam.....	102
Bilaga 3. Undanträngning till följd av SVF, exempel från Länssjukhuset i Kalmar	115
Bilaga 4. Beräkning med hälsokalkylatorn	131

Sammanfattning

Regeringen har tillsammans med landets 21 regioner (tidigare landsting och regioner) genomfört en flerårig satsning för att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården, för att skapa effektiva och ändamålsenliga processer och rutiner samt hög tillgänglighet. Bakgrunden var de utmaningar samhället står inför i och med att allt fler insjuknar i cancer. Satsningen har byggt på sammanhållna processer vid utredning av cancer och är en del i det fortsatta arbetet med den nationella cancerstrategin, som riksdagen antog 2009. Socialstyrelsen har sedan 2015 haft uppdraget att årligen följa arbetet i regionerna.

Denna rapport är den andra delen i slutrapporteringen av Socialstyrelsens uppdrag att följa satsningen; den första delen tar upp effekter av målen med satsningen, dvs. i vilken grad satsningen bidragit till kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik vård. I denna rapport ger vi en samlad bedömning utifrån flera av de centrala frågeställningarna i uppdraget.

Satsningen har lett till ett ökat fokus på lärande

Rapporten visar att regionerna har fokuserat arbetet på att utveckla långsiktigt hållbara och lokalt anpassade lösningar i syfte att korta utredningstiden från misstanke om cancer till start av behandling. Satsningen har lett till ett ökat fokus på lärande och att utveckla vårdens processer och samarbetet mellan olika verksamheter.

Satsningen har även bidragit till ett ökat lärande mellan olika delar av de utredande verksamheterna i cancervården. De överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting som legat till grund för satsningen har tagits emot väl av verksamheterna. En viktig förutsättning har varit dialogen med och engagemanget hos alla inbladade aktörer, inklusive företrädare för de patientnära verksamheterna. De arbetssätt som utvecklats inom ramen för satsningen kan också tas till vara för att förbättra tillgängligheten inom andra vårdområden.

SVF har synliggjort brister i verksamheterna

Införandet av SVF har samtidigt ställt krav på regionernas linjeorganisationer, vilka ofta har rapporterat om brist på bland annat operationskapacitet, vårdplatser, kompetens och i vissa fall underdimensionerad onkologisk eller patologisk verksamhet. Verksamheterna framhåller att synliggörandet av dessa brister har varit avgörande. En stor del av de medel som ingått i satsningen har enligt regionerna gått till personaltillskott, inte minst till centrala stödfunktioner som exempelvis koordinators, urologer och patologer.

Några framgångsfaktorer enligt regionerna är att satsningen skapat en nationell samsyn, ett gemensamt språk och ett utrymme för lärande och lokala anpassningar. Detta har sammantaget bidragit till förbättrade vårdprocesser. Avgörande utmaningar enligt regionerna har hittills varit bristande tillgång till nyckelkompetenser samt att ett processorienterat arbetssätt inte alltid tillämpas inom och i alla inblandade verksamheter.

Undanträngningar till följd av satsningen har i stor utsträckning förebyggts, men det är angeläget att kontinuerligt öka lärandet om prioriteringar och undanträngningar kopplat till den s.k. etiska plattformen i de patientnära verksamheterna.

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 de årliga överenskommelser som regeringen slutit med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2015–2018.¹ Överenskommelsen har till syfte att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Den ursprungliga överenskommelsen har därefter följts av ytterligare fyra överenskommelser som specificerat årliga aktiviteter för arbetet.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att följa och utvärdera satsningen på cancerområdet för att se om överenskommelserna med SKL och eventuella övriga insatser bidragit till en mer tillgänglig cancervård, förbättrad jämlikhet och nöjdare patienter.

Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen ska följa regionernas arbete² med att implementera standardiserade vårdförlopp i cancervården, bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter och 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.

Satsningens nyckelområden

Syftet med standardiserade vårdförloppet (SVF) är i första hand att förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Några nyckelområden är begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition en koordinatorfunktion förbokade³ tider hos utredande enheter (bild- och funktionsmedicin samt mottagningar)

SVF för olika cancerformer har tagits 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 har varit riktmärken för regionerna i deras arbete med att införa SVF. Införandet har skett stegvis med 5 SVF 2015, 13 SVF 2016, 10 SVF 2017 och 3 SVF 2018.

¹ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015–2018.

² Samtliga landsting benämns *regioner* från och med den 1 januari 2019. Rapporten använder genomgående begreppet regioner om de tidigare landstingen.

³ Tider märkta för utredning enligt SVF.

Vägledande perspektiv

De nationella målen om god vård är vägledande i arbetet med att följa upp införandet av SVF. Detta innebär att Socialstyrelsen har prioriterat 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 tagit intryck av både nationella, nordiska och internationella erfarenheter om hur utvecklingen mot en mer integrerad, patientcentrerad och sammanhållen hälso- och sjukvård kan främjas.

Patient, mikrosystem och lärande

I allt större utsträckning blir det tydligt att *mikrosystemet* måste vara i fokus för att de övergripande målen med hälso- och sjukvården i form av tillgänglighet, patientcentrering och jämlikhet ska uppnås. Mikrosystemet har på ett tydligt sätt patienten i centrum och är den grundläggande byggstenen i all hälso- och sjukvård [1].

Den viktigaste delen i det så kallade mikrosystemet är patienten, och mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvården. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som man identifierar vårdbehov samt beslutar om diagnostik, behandling och rehabilitering. Vårdens kvalitet är därmed inte ett konstant fenomen utan skapas och återskapas i varje möte mellan patient och vårdare.

Men för att mikrosystemet ska fungera behöver hälso- och sjukvården använda både kunskap och fakta på ett klokt sätt, och dessa måste i sin tur generera ett värde för enskilda patienter. Det förutsätter att samarbetet med andra mikrosystem är effektivt och håller hög kvalitet. Alla som arbetar i mikrosystemet behöver vara engagerade i att både utföra sitt arbete och förbättra det. De olika mikrosystem som patienten ingår i måste också samverka så smidigt som möjligt för att möta behoven hos patienten.

Statliga satsningar inom hälso- och sjukvården sker oftast inte direkt från den nationella nivån till klinisk praktik utan via olika regionsövergripande aktiviteter på förvaltningsnivå. När det gäller SVF har de regionala cancercentrumen (RCC) och SKL båda haft ansvar för att stödja regionerna i införandet och med att utveckla systemet med SVF. Därför är det viktigt att lärandetillfällen kommer till stånd i och mellan verksamheter och följer regionernas behov av stöd och samordning.

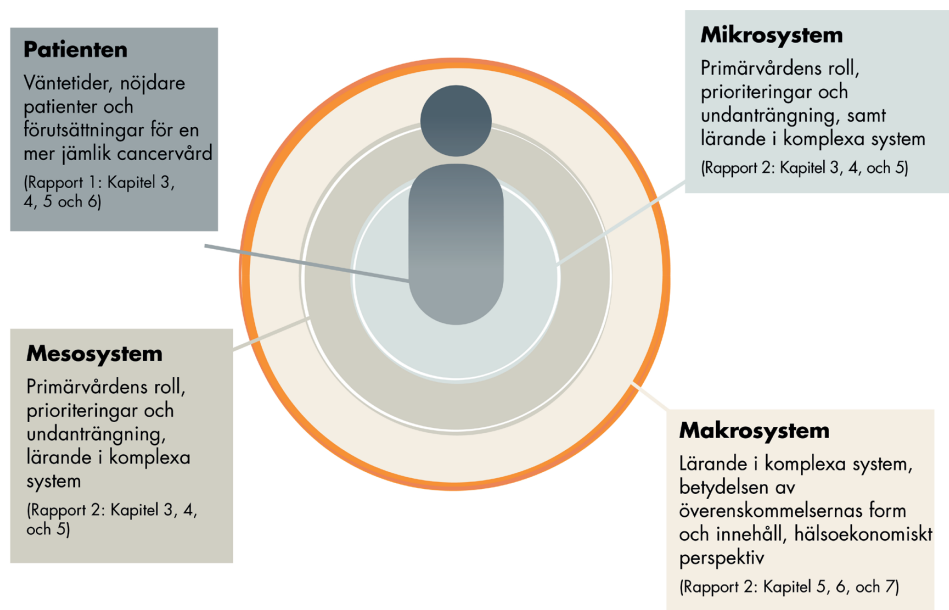
Samtidigt råder det en samsyn mellan olika professioner i hälso- och sjukvården om att tillgängligheten behöver förbättras och väntetiderna kortas – särskilt för patienter med potentiellt livshotande sjukdomar.

Den första rapporten rapport 1 utgår från de övergripande målen med satsningen i form av kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård. Denna rapport, rapport 2 avser att ge en fördjupad bild med särskilt

fokus på bland annat lärande och styrning, undanträngningseffekter och hälsoekonomiska aspekter.

Rapporternas olika kapitel (se figur 1) belyser 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 förbättrad jämlikhet.

Figur 1. Systemperspektiv på uppföljningen samt koppling till innehållet i rapport 1 och 2



Disposition och innehåll i denna rapport

Kapitel 2 innehåller ett antal övergripande iakttagelser om bland annat koordinering, kunskapsstöd, kompetensbrist och utmaningen att behålla arbetssättet för standardiserade vårdförlopp (SVF) efter satsningens slut.

I kapitel 3 diskuterar vi mikrosystemens (de patientnära verksamheternas) betydelse fram för utveckling av arbetssätt, framför allt primärvårdens förutsättningar vid misstanke in cancer och tidiga symtom.

I kapitel 4 beskrivs de utmaningar och risker för undanträngning och prioriteringar som framkommit i uppföljningen.

I kapitel 5 tar upp lärandet inom ramen för SVF och vilka effekter lärandet har fått och kan få på lång sikt. Lärandet omfattar det som sker inom verksamheter, men också om det lärande som kan utvecklas mellan verksamheter och på olika nivåer inom organisationen.

I kapitel 6 belyses den statliga överenskommelsen med SVF utifrån form, innehåll och följsamhet.

I kapitel 7 slutligen, diskuteras hälsoekonomiska aspekter på satsningen, där vi ger en överblick av kostnaderna för cancervårdens olika delar och hur mycket kostnader som ligger inom SVF.

Tillvägagångsätt, metoder och innehåll

Till uppdraget har Socialstyrelsen knutit flera externa experter inklusive en patientrepresentant (Katarina Johansson), vilka kontinuerligt deltagit i diskussioner om uppföljningen. Till de analyser och beskrivningar som presenteras i denna rapport har följande personer bidragit: Mattias Elg, Thomas Davidson, Fredrik Nilsson, Hans Thulesius och Ulrika Winblad. Till bilaga 2 och 3 har följande personer bidragit: Bonnie Poksinska, Magdalena Smeds och Olle Olsson.

Rapportens slutsatser och resonemang bygger på samtliga Socialstyrelsens lägesrapporter 2015–2018. Tillkommande iakttagelser och beskrivningar som presenteras i denna rapport baseras i huvudsak på följande underlag:

- årliga handlingsplaner och redovisningar inom SVF-satsningen från samtliga regioner
- fördjupade dialoger i fyra regioner med nyckelpersoner och verksamhetsteam samt styrgrupper för satsningen
- webbaserad undersökning riktad till utredningsteam i de fyra fördjupningsregionerna
- journalgranskning före och efter satsningen av journaler för patienter fått en cancerdiagnos, inklusive observationer av primärvårdsläkare (tillika granskare)
- intervjuer med nationella och regionala företrädarna för satsningen samt olika nyckelpersoner inom hälso- och sjukvården
- svar på frågor riktade till regionernas projektledare och samordnare
- hälsoekonomiska kostnadsberäkningar och kalkyler.

En mer detaljerad beskrivning av datainsamling och analys återfinns i bilaga 1. Metoder, tillvägagångsätt och analyser från tidigare rapportering återfinns i metodbilagor i respektive lägesrapport [2-6].

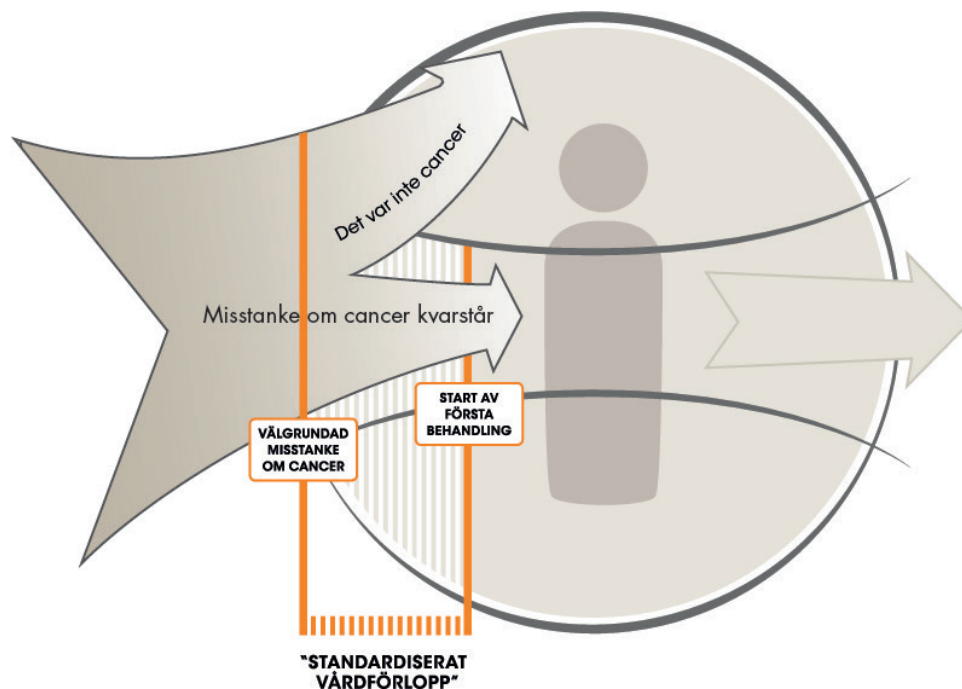
Satsningen utifrån patientens perspektiv

Ett uttalat mål med satsningen på standardiserade vårdförlopp är att patientens upplevelser av vården ska förbättras. Satsningen ska även skapa ökad nöjdhet hos patienten, främst genom information och mer delaktighet och koordination av utredningsinsatser.

Illustrationen nedan (figur 2) tar sin utgångspunkt i patientens process och den person som har misstanke om cancer och eventuellt senare får diagnosen cancer [2]. Om utredningen visar att misstanken om cancer kvarstår fortsätter utredningen fram tills en diagnos kan ställas. Visar utredningen att det inte är cancer, lämnar personen förloppet.

För patienten kan det standardiserade förloppet bidra till att tiden fram till diagnos blir kortare. För individer som inte har cancer kortas tiden till beskedet om att det inte var cancer. Resultaten från uppföljningen av väntetiderna och i vilken grad patienterna är nöjda redovisas i rapport 1.

Figur 2. Illustration av det standardiserade vårdförloppet.



Socialstyrelsens tidigare iakttagelser 2015–2018

Socialstyrelsens rapporter om arbetet med SVF 2015 konstaterade bland annat att flera regioner sedan tidigare hade arbetat med processutveckling för att korta väntetiderna och förbättra vården vid misstänkt cancer. I dessa regioner bedömde vi det fanns särskilt goda förutsättningar för den nationella satsningen. Vi lyfte dock 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 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 [4].

Vidare såg vi 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 var svåra att uppskatta. Dock bedömdes att möjligheterna till effektivisering var stora, särskilt om arbetet inom satsningen skulle spridas till andra vårdområden [4].

I Socialstyrelsens uppföljning för 2017 konstaterade vi att variationerna i väntetider var relativt betydande mellan de införda förloppen och att vänteti-

derna 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 [5].

Uppföljningen för 2017 visade att koordinatorerna banat väg för ett framgångsrikt arbete med satsningen men att regionerna arbetade på olika sätt med funktionen. Vidare såg vi 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 koordinatorerna, särskilt de med en bakgrund som medicinska sekreterare, svårigheter i arbetet med att prioritera och många av dem efterfrågade mer stöd i det arbetet [5].

I uppföljningen för 2017 framhölls även att mindre regioner haft särskilda utmaningar 2017 vad gäller att möjligheten att uppfylla vissa delar i överenskommelsen [5].

Parallellt med satsningen på SVF har etableringen av så kallade diagnostiska centrum (DC) tagit fart, vilka har i uppdrag att diagnostisera patienter med ospecifika symtom som kan tyda på allvarlig sjukdom. Utvecklingen av DC har korsbefruktat satsningens ambition om kortare utredningstider vid cancer och för andra patienter som söker vård för symtom som kan tyda på allvarlig sjukdom [4-6].

2. Övergripande iakttagelser

I uppdraget till Socialstyrelsen ingår, utöver att utvärdera satsningen i relation till målen med satsningen, att bidra till lärande samt följa och sammanställa erfarenheter, resultat och slutsatser som kan komma till nytta för andra områden och processer. I detta kapitel har vi sammanfattat några övergripande iakttagelser utifrån hur

- satsningen har utvecklat koordineringen och skapat nya samverkansarenor
- satsningen har bidragit till ökad dialog om sammanhållen vård och patientens ställning
- kompetensbrist i vissa verksamheter har försvårat situationen
- regionerna ser en utmaning i att behålla arbetssätten för standardiserade vårdförlopp (SVF) samtidigt som nya mål ska uppnås 2020
- regionala cancercentrum (RCC) har varit kunskapsstödande för vårdens verksamheter
- SVF har spridit kunskap till andra vårdområden och processer.

Koordinering och samverkansarenor har utvecklats

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 utbildningsinsatser för dem som fått koordinatorsuppgifterna i regionerna.

Förslaget att införa vårdkoordinatorer inom cancerområdet togs upp 2009 i betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* [7].

Socialstyrelsens uppföljning av SVF visar att regionerna har två olika sätt att organisera koordinatorena – *antingen* en koordinator med övergripande ansvar för att styra och samordna samtliga förlopp *eller* koordinatorens ansvar inom olika vårdverksamheter med ansvar för ett specifikt vårdförlopp eller delar av ett förlopp. Det senare är vanligast. Båda lösningarna har rapporterats ha både fördelar och nackdelar.

Ett stort ansvar vilar på SVF: koordinatorens ansvar inom olika svåra områden, inte minst när det gäller tidsbokning, vilket i viss mån för med sig frågor om prioritering mellan patienter. De största utmaningarna enligt koordinatorens är tidsbrist och växlingen mellan olika roller och arbetsuppgifter. Koordinatorfunktionen bedöms sammanlagt vara ett ”viktigt uppdrag som gör skillnad” och några regioner talar om ”mervärde för både patienten och systemet”.

En naturlig följd av de olika yrkesbakgrunderna blir att regionerna bör ta ställning till om uppdraget kräver vårdkompetens och minst sjuksköterskekompetens för att möta och fånga upp problemen runt patienten tidigt eller om koordinators uppdrag ska vara ett administrativt stöd till verksamheten. I våra uppföljningar har det framkommit att om funktionen delas mellan

olika personer är det dessutom viktigt att ansvarsfördelningen är tydlig genom hela utredningen.

Fler än hälften (56 procent) av koordinatorena arbetar med uppdraget på mindre än 30 procent av heltid, och 13 procent arbetar med uppdraget på heltid (uppgifter från 2017). 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 [5].

Det är tydligt att koordinatorfunktionens utformning kommer att utvecklas i regionerna och se olika ut beroende på behoven i vårdförloppen och utifrån enskilda koordinators bakgrund och kompetens.

Hur väl koordinatorfunktionen utvecklas över tid och integreras i verksamheten och teamen blir av stor betydelse för hållbara lösningar men också hur väl de regioner som nyttjat stimulansmedlen för att anställa koordinators har säkerställt uppdragen i verksamheterna.

Socialstyrelsen har i uppföljningen under 2015–2018 noterat olika nätverk som initierats och knutits till arbetet på nationell nivå, exempelvis mellan regionernas projektledare och regionala nätverk för koordinators. Många regionföreträdare lyfter ”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” [2, 4-6].

Legitimitet och kliniskt förbättringsarbete inom ramen för SVF bygger i hög grad på viljan och engagemanget hos dem som arbetar i utredningsförloppen, och det har skapats arenor för organisationsövergripande strategiska dialoger och överenskommelser mellan professioner och team. Dessutom har primärvården och sjukhusens specialistsjukvård behövt närma sig varandra och fått nya samverkansarenor.

Dialogen om sammanhållen vård och patientens ställning har ökat

Socialstyrelsen har i uppföljningen sett att införandet av SVF har ett brett stöd inom och mellan berörda verksamheter. Det rapporteras exempelvis om att förloppens tydlighet skapar bättre ordning och reda, samtidigt som den nationella samlingen kring införandet minskar risken att man fortsätter att göra som man alltid har gjort. Det finns också en medvetenhet i regionerna om att allt fler får cancer och att det måste hanteras.

Vår kartläggning 2015 visade att det fanns olikheter mellan regionerna i hur långt man kommit i att kartlägga vårdens och patientens process. Våra senare iakttagelser (2018) visar att några regioner fått etablerat processteam och på olika sätt förstärkt det processorienterade arbetet genom satsningen [2, 4-6].

För patienten är helheten viktig för att den ska förstå vad som händer och vad som behöver göras under en utredning. Den ökade tillgången till koordinators som kan förklara, och den utvecklande patientinformationen i satsningen, har gett patienter och närstående ökade möjligheter att återkoppla

och förstå. Dock kan de effektivare och snabbare utredningsförloppen inte göra avkall på patientens enskilda och särskilda behov, där kontaktsjuksköterskan har en viktig roll.

Syftet med den enkät som utvecklats inom ramen för satsningen är att fånga patientens erfarenheter av att genomgå en utredning enligt SVF. De flesta patienterna förstår informationen; fyra av fem patienter anser att de fått bra information under utredningen och att vården i hög grad förklarat utredningens resultat så att de förstod. Patienternas uppfattning om helheten och om att behovet av vård blivit tillgodosett är överlag positiv och det är små skillnader mellan kvinnor och män. De flesta känner sig delaktiga – men inte alla. Drygt 50 procent av patienterna kände sig i hög grad delaktiga i beslut om vård och behandling i den utsträckning de önskade.

I den enkätundersökning (2018) som Socialstyrelsen riktade olika professioner och team i utredande och patientnära verksamheter i fyra regioner lyftes frågor om förutsättningar. Svaren pekar på vikten av dialog i den egna verksamheten men också att det inte räcker att rutiner och processer fungerar i den egna verksamheten; den sammanhållna vården är också beroende av att rutiner och processer fungerar i andra verksamheter (se resultatet från enkätundersökningen, bilaga 2).

Några utgångspunkter för en patientcentrerad vård är att patienter ska vara delaktiga och att vården ska uppfattas som samordnad och tillgänglig, och vården ska även kontinuerligt ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter [8]. I och med satsningens uppföljning av patientens nöjdhet genom den PREM-enkät⁴ som utvecklats i satsningen har allt fler patienter som utreds via SVF kunnat bidra till verksamhetsförbättringar i regionerna. Flera av förbättringarna rör de områden som ingår i regeringens långsiktiga inriktning för det nationella arbetet med cancervården.⁵

Ett av förbättringsområdena är behovet av att utveckla sammanhållna vårdkedjor för de många äldre personer som har komplexa behov och flera sjukdomar samtidigt. Ett annat förbättringsområde är primärvårdens nyckelroll med att upptäcka cancer tidigt. (Primärvårdens särskilda förutsättningar i SVF lyfts i kapitel 3) och patientnöjdhet i rapport 2 (Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik vård).

Kompetensbrist finns i vissa verksamheter

Initialt i Socialstyrelsens uppföljning lyfte vi frågan om personalresurser och ett resonemang om kompetensen i utredningsförloppen [3]. Antalet personer per yrkeskategori avgör till viss del förmågan till kortare väntetider i samband med att SVF införs, men det är lika viktigt att de olika yrkeskategorierna samverkar med varandra, oavsett verksamhet och vårdnivå. En bärande del av satsningen är arbetssätten i form av en nationell definition om välgrundad misstanke om cancer i förloppen, koordinatorfunktion och förbokade tider samt hur del olika delarna struktureras i förhållande till varandra. Till frågan om hur verksamheterna i regionerna använder sina personalresurser hör också vem som ska göra vad i vården.

⁴ PREM – en metod att patientens upplevelse av vården, från engelskans *patient reported experience measure*.

⁵ Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården, 2018. Regeringskansliet, Socialdepartementet.

Tidigt (2016) i uppföljningen rapporterade regionerna om utmaningar vad gäller personalresurser och tillgången till kompetens inom utredande enheter. Bristen på patologer och urologer lyftes ofta men det rapporterades 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 lyftes [4].

Införandet av SVF har ställt stora krav på linjeorganisationen, vilken ofta har rapporterat om brist på till exempel operationskapacitet, vårdplatser, kompetens och i vissa fall underdimensionerad onkologisk eller patologisk verksamhet. Synliggörandet av dessa brister är nödvändigt menar verksamheterna, men det handlar också om att hantera variationer av inflöde av patienter som ska utredas enligt SVF. En stor del av de medel som ingår i satsningen har enligt regionerna gått till personaltillskott som varit viktiga för satsningen samt centrala stödfunktioner i diagnostiken, exempelvis urologer och patologer.

I den enkätundersökning (2018) som Socialstyrelsen riktade olika professioner och team i utredande och patientnära verksamheter i fyra regioner bedömde regionerna den nuvarande och förväntade bemanningssituationen. Bemanningssituationen ansågs vara otillfredsställande; 53 procent bedömde den som mycket eller ganska otillfredsställande. Möjligheten att utveckla och upprätthålla relevant kompetens var mer positiv. Här bedömde 58 procent att den var mycket och ganska tillfredsställande (se resultatet från enkätundersökningen, bilaga 2).

I det nationella planeringsstödet för tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård visar efterfrågan på flertalet yrkesgrupper (november, 2016) [9]. Antalet legitimerade och sysselsatta per 100 000 invånare mellan 2000 och 2016 har ökat eller ligger på samma nivå, men det ser olika ut i landet. Endast sjuksköterskor med specialistutbildning har minskat i antalet yrkesverksamma (2000-2016). Pensionsavgångarna är stora den närmaste femårsperioden för både specialistsjuksköterskor och biomedicinska analytiker; den största åldersgruppen i dessa yrken är 60–64 år. Flest specialistsjuksköterskor relativt befolkningen finns i Region Jämtland Härjedalen, Region Västerbotten och Region Blekinge och lägst antal finns i Region Sörmland, Region Stockholm och Region Halland. Operationssjuksköterskor tjänstgör 88 procent av 100 procents heltidstjänst och skiljer sig inte nämnvärt från andra specialistsjuksköterskors tjänstgöringsgrad. Bedömningen av inom vilka specialinriktningar för sjuksköterskor det råder brist varierar mellan regionerna. Exempelvis bedömer Region Skåne att det råder brist inom 17 av 19 inriktningar medan Region Halland bedömer att det råder brist inom 4 inriktningar.

Av de 19 regioner⁶ som har bedömt tillgång och efterfrågan på specialistläkare uppger samtliga regioner en brist på allmänläkare. I hela riket finns 64,3 allmänläkare per 100 000 invånare (lägst med 59,6 i Västra Götalandsregionen och högst med 72,9 i Region Stockholm). Inom urologin finns 3,6 specialister per 100 000 invånare av dessa är drygt 100 ST-läkare. Totalt 16

⁶ Västra Götalandsregionen och Region Stockholms län har inte bedömt tillgång på och efterfrågan på olika specialistläkare.

regioner redovisar brist på urologer ett bristområde som regionerna lyft redan satsningens första år (2015) [9].

Sammanfattningsvis anser regionerna att det finns svårigheter med kompetensförsörjningen. I detta infattar de möjligheten att i dag och framöver både attrahera ny personal och behålla dem som redan finns i verksamheterna. Samtidigt lyfts att det inte alltid är en fråga om brist på kompetens och resurser utan det handlar i vissa fall om att tidsåtgången i processen fram till olika beslut i undersökningsprocessen inte går att göra snabbare.

Kompetens- och resursbristen verkar dessutom att bestå inom vissa områden bedömer företrädarna för regionerna. Det menar de är en extra stor utmaning om de ska klara att ge patienter en sammanhållen utredning enligt SVF och samtidigt klara målet 2020 (om att 70 procent av de nya cancerfallen inom aktuella diagnoser ska utredas via SVF och att 80 procent av dessa patienter ska utredas inom utsatta maximala tidsgränser). (Se vidare i följande avsnitt.)

En utmaning är att behålla arbetssättet och nå målen 2020

Implementering av nya arbetssätt i komplexa verksamheter tar tid – det kan ta flera år innan en ny metod eller ett nytt arbetssätt integrerats och blivit en del av arbetet [10]. Sammanfattningsvis uppfattar Socialstyrelsen att SVF satsningen som arbetssätt

- har uppfattats som relevant
- har använts och i stora drag varit lätt att använda.

Efter satsningens fyra år övergår arbetet i regionerna till att skapa långsiktig hållbarhet i arbetssätten. Samtidigt som lärandemöjligheterna har ökat i takt med antalet införda SVF uppkommer nu frågor om hur regionerna ska kunna säkerställa varje enskilt förlopp och dess olikheter och hur arbetssätten ska kunna behållas efter satsningen. För flera regioner 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.

Socialstyrelsen har i analyserna/uppföljningarna identifierat två förutsättningar som regionerna ser som extra viktiga nu – dels att processarbetet kan fortsätta att utvecklas i verksamheterna, dels att det fortsatt sker stöd, information och kommunikation om arbetssätten också efter satsningen.

Det råder en samstämmighet i regionerna om utmaningarna med att behålla det fokus som satsningen inneburit, där 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 regioner för fram är att något annat kommer i fokus, och därmed realiserar inte den potential som finns.

Sammanfattningsvis lyfter vår fördjupade uppföljning i fyra regioner under fyra år några viktiga förutsättningar för den långsiktiga hållbarheten:

- *Vikten av att behålla fokus efter satsningen.* Satsningen har skapat nya rutiner och arbetssätt över organisatoriska gränser. Speciellt lyfts det samarbete som skapats mellan sjukhusens specialistvård och primärvården som viktigt att vidmakthålla och fortsätta utveckla. Fokus gäller även möjligheten att överföra kunskaperna till andra områden än cancerområdet (se avsnitt hur SVF sprider kunskap inom andra områden och processer).
- *Fortsatt kunskapsutveckling om komplexitet.* En utmaning för regionerna har varit att betrakta cancerprocesserna som komplexa, snarare än utifrån den linjära beskrivning som oftast lyfts fram i SVF beskrivningarna och andra processbeskrivningar. Eftersom merparten av cancerpatienterna är äldre och ofta multisjuka utgör SVF endast fragment, om än ett viktigt sådant, i deras situation.
- *Det krävs både utveckling och ett förändrat synsätt.* Fortsatta insatser och ett fortsatt utvecklingsarbete kommer att behövas för att minska skillnaderna inom verksamheter och regioner. Att behålla fokus och att SVF får bäring på annan vård (se avsnitt; RCC har fungerat som kunskapsstödjare) och betydelsen för patienten kräver i grunden ett förändrat synsätt på vårdens organisatoriska strukturer.

Regionerna uppfattar inte att det är svårt att nå målet 2020 om att 70 procent av de nya cancerfallen inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF. Däremot uppfattas målet om att 80 procent av dessa patienter i sin tur ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser som mer utmanande.

RCC har fungerat som kunskapsstödjare

Införandet av SVF är i första hand en lednings- och verksamhetsfråga för respektive region. Regionerna har varit ansvariga för hur de inför SVF:s nyckelområden och arbetssätt, medan RCC som kunskapsorganisation respektive Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har haft olika ansvar för stöd. Den nationellt mätta ledtiden (tiden från välgrundad misstanke till start av första behandling) rapporteras till SKL:s nationella databas medan delledtiderna hanteras av regionerna. I Socialstyrelsens uppdrag ingick också att ta fram koder för mätpunkterna ”välgrundad misstanke om cancer” och ”start av första behandling” för samtliga SVF.

Cancercentrum i samverkan och sex RCC runt om i landet har, tillsammans med SKL, hittills fått sammanlagt 96 miljoner kronor för att stödja satsningen. Stöd har tagits fram för olika målgrupper liksom uppföljningar och finns samlat på RCCs hemsida (cancercentrum.se). Detta innehåll har varit en viktig del för regionerna i arbetet med att omsätta SVF förloppen lokalt. Det stöd som genomfört från RCC och SKL finns att ta del av i årliga del- och slutrapporter från SKL⁷ och i den artikelserie som RCC i samverkan publicerar under våren 2019.⁸

⁷ Kortare väntetider i cancervården. Slutrapporter och delrapporter, 2015, 2016, 2017 och 2018. Sveriges Kommuner och Landsting.

⁸ Artikelserien handlar om införande och uppföljning, mätningar, samverkan mm. Se cancercentrum.se flik SVF.

Syftet med styrdokumentet (riktlinjer för framtagande av SVF)⁹ var att beskriva de olika SVF-förloppen så lika varandra som möjligt. Därefter har regionerna haft ansvar för att anpassa de enskilda förloppen till sina egna organisatoriska strukturer och ta fram lokala beskrivningar för hur enskilda SVF ska tillämpas.

Det stöd regionerna hade tillgång till vid uppstarten (2015) uppfattade Socialstyrelsens som samordnat och riktat till olika målgrupper – dels hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård och specialistsjukvård, dels patienter och den breda allmänheten [2]. Kommande år (2016) hade de nationella förlagorna och mallarna utvecklats vad gäller exempelvis rutiner för rapportering av patienter i SVF mellan regioner. Ett omfattande arbete har parallellt genomförts med kodvägledning¹⁰ för att ge regionerna stöd för registrering.

Patientinformationen om utredningen togs fram det första året och har därefter omarbetats. Noterbart är att när ordet ”cancer” togs bort i informationsbrevet i den enkät som utvecklats för satsningen ökade svarsfrekvensen.

Stödet från RCC har varit omfattande, och det kunnande som RCC byggt upp kring nationella nätverk har varit en god motor i det initiala arbetet. I uppföljningen i regionerna har fokus legat på satsningens nyckelområden och hur väl de kunnat omsättas lokalt i verksamheterna, det vill säga hur väl stödinsatser på makronivå gynnat utvecklingen för mikrosystemen i de aktuella verksamheterna och för patienten.

Regionernas uppfattningar om hur SVF bidrar till förbättring har varierat. Företrädare från verksamheterna har observerat att det funnits olika bilder hos aktörerna om vad som behöver göras och om hur stödet ska se ut, och de menar att det undervägs funnits otydlighet i vem som slutligen fattar beslut om förloppen. Regionerna hade en förhoppning att de skulle lära av de initiala förloppen 2015, men man uppfattar att den snabba införandetakten omöjliggjort detta moment [4].

Stödet har varit viktigt för regionerna, främst den första tiden när satsningen initierades och skulle startas upp. Företrädare för verksamheterna i regionerna menar att både RCC och SKL varit viktiga aktörer de två första åren, inte minst för deras möjligheter att arrangera regelbundna möten och återkopplingar. Allt eftersom har dock behovet av RCC:s stöd minskat, i takt med att SVF blivit en naturlig del av verksamheten.

Samtidigt som regionerna har värdesatt det nationella förarbetet, speciellt arbetet med att ta fram ett stort antal förlopp på kort tid, menar företrädare att den lokala förankringen har varit avgörande för att arbetet skulle kunna fortskrida. Detta har tagit mer tid än vad de involverade för nationellt och regionalt stöd har förstått, menar de. Det nationella stödet har varit viktigt, men det bör komma i god tid för regionernas lokala anpassning, vilket inte alltid varit fallet.

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 ledtider och till vad som är en rimlig tidsåtgång för till exempel olika undersökningar.

⁹ Första versionen togs fram 2015. Den senaste uppdaterade versionen 1.2 20170425

¹⁰ Kodvägledningarna är ett stöd till regionerna för att registrera uppgifterna.

Nätverken med andra projektledare och cancersamordnare har uppfattats som värdefullt. Vinsterna har bland annat varit att man tidigt och undervägs har kunnat diskutera gemensamma frågor och olika sätt att lösa problem. 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 koordinatorsnätverk har knutits till förloppen.

Primärvården uppfattas som en central aktör i satsningen, samtidigt som det varit svårt få tag i primärvårdsrepresentanter i satsningen, framför allt initialt. Bristen på primärvårdsmedverkan har varit ett bekymmer i olika utvecklingsgrupper och på olika nivåer.

Sammanfattningsvis uppfattar Socialstyrelsen att det fortfarande behövs stöd och utbildning i stor omfattning, även om stödet nu övergår att ha fokus på hållbarhet och målen för 2020 (se en utmaning är att behålla arbetssättet och nå målen 2020).

SVF sprider kunskap inom andra områden och processer

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.

Socialstyrelsen har därför i flera lägesrapporter frågat olika nyckelpersoner i satsningen och verksamheter huruvida satsningen på något sätt inspirerat och fått fäste i processer och andra vårdområden [4-6].

Diagnostiskt centrum och förloppens nytta 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 regionerna vunnit på SVF, eftersom de tidigare lotsades runt i vårdsystemet utan åtgärd. En uppföljning i Region Östergötland visar exempelvis att SVF kan ge svårt sjuka bättre stöd och vikten av att en cancerutredning bör göras utifrån patientens samtliga behov.¹¹

Regionernas företrädare uppfattar att SVF här gynnar en grupp som tidigare har haft svårt att komma in i vården på rätt nivå som exempelvis personer med allvarliga ospecifika symtom. Som exempel nämner verksamhetsföreträdare från regionerna om personer med olika funktionsnedsättningar och

¹¹ Standardiserade vårdförlopp kan ge svårt sjuka bättre stöd. Hedman m.fl. Läkartidningen, volym 116; s 1-5.

neuropsykologiska problem samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi [5].

Parallellt med SVF-satsningen sker en utveckling av en annan vårdform så kallade diagnostiska centrum (DC). Tanken med DC är att vården tidigt ska kunna hjälpa patienter där det finns misstanke om allvarlig sjukdom genom att de snabbt kan komma igång med en utredning. DC i Kristianstad (startade 2012) och i Södertälje (startade 2014) var båda tidiga. De arbetar med utredningsblock i flera steg – en metod som efterföljande DC i stor utsträckning utgått ifrån när de etablerat sig.

I dag finns minst ett DC i samtliga sex sjukvårdsregioner. Denna snabba utveckling av DC samtidigt som SVF införs gör att fler patienter med misstanke om allvarlig sjukdom snabbt kan få svar på orsaken till symtomen eller avskriva symtom som inte pekar på att det är något allvarligt.

Vården får nya erfarenheter

Utvecklingen av nationella policydokument och stöd inom ramen för SVF har varit centralt för regionerna. I verksamheterna har det skett en kontinuerlig anpassning under åren. Nyttan med och betydelsen av de nationella ramverken och beskrivs vidare i kommande kapitel (effekter av SVF på lärande i komplexa system).

Socialstyrelsens uppföljningar visar att beskrivningarna av de olika vårdförloppen spelat 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.

Införandet av SVF är kopplat till den nationella nivåns insatser för att skapa ett gemensamt språkbruk. Ett av nyckelområdena i satsningen är den nationella definitionen ”välgrundad misstanke om cancer” och att den betyder samma sak för alla inblandade och genererar samma upplägg. Våra uppföljningar visar att det finns ett antal praktiska lösningar hos regionerna på hur de arbetar med tydlighet för fynd och symtom riktat till exempelvis vårdcentraler.

Tidigt presenterade RCC goda exempel på cancercentrum.se som skulle stimulera arbetet i regionerna, till exempel om utvecklad teambildning, hur koordinatörer kortade tider, hur förbokade tider halverade väntetiden, hur produktionsplanering har anpassat resurserna efter behov och hur tydlig patientinformation underlättat arbetet i primärvården.

Under det andra uppföljningsåret (2016) frågade Socialstyrelsen fyra regioner specifikt om exempel på förbättringar som de på ett eller annat sätt kunnat knyta till SVF-satsningen. Följande översikt kan exemplifiera det breda perspektiv som angavs som tidiga ansatser för förbättringar och kunskapsutveckling [4].

Säkrad långsiktig resursförstärkning inom bristområden

Region Västerbotten har använt sina stimulansmedel till bristområden som urologi, kirurgi och onkologi. Beloppet som motsvarar stimulansmedlen har lagts in i budgeten för åren framåt, vilket skulle säkra en långsiktig resursförstärkning för implementeringen av SVF.

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

I Region Gävleborg är bristen på biomedicinsk analytiker (BMA) och patologer stor. Man såg därför över logistiken för provflödet och standardiserat laboratorieflödet samt säkrade kompetensöverföringen mellan BMA och undersköterska samt mellan cytodiagnostiker och patolog, i syfte att korta både vårdens utredningsprocess och patientens väntan på svar.

Skapad ingång för patientens utredning och säkerställd snabb överföring till rätt vårdprocess

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

Ambition att öka träffsäkerheten om alarmsymtom i tidiga skeden av cancer

Region Skåne granskade samtliga alarmsystem, baserat på 1 000 remisser, tidigare journaldokumentation och intervjuer med patienter som diagnostiserats med cancer. Granskningen hade som mål att göra alarmsymtomen mer specifika och ge kunskap om kombinationer av symtom för att öka träffsäkerheten i tidiga skeden.

Vårdens verksamheter har på olika sätt initierat olika uppföljningar för att utveckla lärande och kunskaper från satsningen. Exempelvis gör Region Stockholm en forskningsuppföljning av implementeringen. Ett annat exempel är uppföljningen av undanträngning vid länssjukhuset i Kalmar (se bilaga 3). I en urologisk verksamhet på Skånes universitetssjukhus i Lund har en koordinator anställts för att planera för benigna urologiska sjukdomar och samarbeta med SVF-koordinatören. Detta är ett exempel på hur urologisk verksamhet vill planera och koordinera hela sin verksamhet. Sammanfattningsvis berör det gemensamma lärandet kunskapsspridning till såväl andra vårdområden utöver cancervården som olika arbetsprocesser. Flera av exemplen ingår i systemet på mikro-, makro- och mesonivå. Samlat bör dessa erfarenheter utgöra en resurs när exempelvis systemförbättringar efterfrågas i kommande satsningar och reformer.

3. Primärvårdens roll vid utredning av cancer

Sammanfattat

- Primärvården är ofta patientens första kontakt med vården vid misstanke om sjukdom samt diffusa och oklara symtom. Dessa symtom är ibland svåra att tolka och kan vara tecken på allvarlig sjukdom men oftast handlar det om något övergående.
- Allmänläkares kunskaper om tidiga symtom på cancer är viktiga för att cancer ska upptäckas tidigt och handläggas snabbt.
- Allmänläkare angav i enkäter att man saknade beslutsstöd och utbildning för remiss och utredning enligt SVF.
- Under cancersatsningens fyra år (augusti 2015 till och med december 2018) har fler än 250 000 patienter genomgått utredning enligt standardiserade vårdförlopp (SVF). För cirka 120 000 patienter (44 procent) startade SVF i primärvård, med 6–63 procent variation mellan olika förlopp. Högst andel sågs för prostatacancer (63 procent) och tjock- och ändtarmscancer (50 procent). Lägst andel sågs för buksarkom (6 procent) och vulvacancer (9 procent).
- Primärvårdens förutsättningar har tydliggjorts genom en journalstudie. Patientjournaler i sex regioner granskades för patienter som fått diagnoserna lungcancer samt tjock- och ändtarmscancer före och efter SVF:s införande.
- Andelen patienter som hade andra sjukdomar förutom cancer var hög för de granskade patienterna. Detta bedömdes vara en viktig förklaring till längre ledtider och mer komplicerade utredningar.
- Tid mellan att patienten sökte vård för symtom och start av första behandling var oförändrad före och efter SVF:s införande enligt journalgranskningen. Kortare ledtider efter SVF:s införande fanns mellan olika skeden i cancerförloppen som omfattar tiden för första kontakt i primärvården till besök och undersökning på sjukhus.
- De journalgranskande läkarna ansåg att processer för diagnostik blivit smidigare, koordination mellan primärvård och sjukhusvård bättre och journalstrukturen tydligare med standardiserade remissmallar efter SVF:s införande.

I detta kapitel utvecklas olika fakta och resonemang omkring primärvårdens roll vid utredning av cancer före- och efter SVF tillsammans med primärvårdens förutsättningar samt befolkningens kunskaper om symtom:

- Primärvården är ofta första instans
- Antal och andel patienter som remitterats för SVF-utredning via primärvården
- Befolkningens kunskaper om alarmsymtom är central
- Allmänläkarens kunskaper har stor betydelse vid utredning av symtom
- Den första kliniska erfarenheten av SVF var i stort positiv – men mer stöd önskas
- Journaler granskades i sex regioner för de patienter som fått en cancerdiagnos före och efter SVF införts.

Primärvården är ofta första instans

För närvarande pågår flera nationella initiativ för att ställa om hälso- och sjukvården mot ett ökat fokus på primärvård och nära vård. Reformen och initiativ syftar till att förbättra tillgången till vård, och vården ska erbjudas nära människor. En nära vård innebär ökad tillgänglighet och bättre samordning. Under 2016 lämnades slutbetänkandet för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården [11]. Utredningen fokuserar både på att stärka patientens delaktighet och förtydliga att primärvården är navet. Det finns även ett antal nationella satsningar som på olika sätt ska bidra till omställningen till en god och nära vård med bättre samordning. Satsningen på standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården kan utgöra ett exempel på en nationell satsning för att samordna aktiviteter och flöde under utredning för allvarlig sjukdom.

Vid symtom och misstanke om sjukdom är primärvården första instans. Det är dit patienterna söker sig och det är där utredningen påbörjas (se tabell 1). Införandet av SVF i cancervården ger möjligheter till en mer sammanhållen vård vid utredning av misstanke om cancer eller annan allvarlig sjukdom.

Patientens väg in i sjukvården varierar internationellt mellan olika sjukvårdssystem, bland annat eftersom de utredningar som förväntas ske i primärvården skiljer sig åt [12]. I många länder är allmänläkaren en god ingång för att fånga cancer tidigt. Som exempel upptäcker primärvården cirka 60–70 procent av all cancer i Danmark [13]. I Danmark är primärvården dessutom den huvudsakliga ingången till den specialiserade vården; en så stor andel som 98–99 procent av den danska befolkningen är registrerad hos en allmänläkare som därmed blir den första kontakten med vården vid medicinska problem [14]. Sedan införandet av så kallat *pakkeforløb* (motsvarande SVF) i Danmark har stödet till allmänläkare för att diagnostisera cancer utvidgats. Inte minst har tillgången till utbildning ökat [13–15].

Utvecklingen med ökat stöd till primärvårdsläkare har fortsatt under SVF-satsningen i Sverige, även om flera regioner rapporterat att de behövt göra omtag en bit in i satsningen [4, 5]. Socialstyrelsen har tidigare rapporterat om att det nationella stödet varierat beroende på vilket regionalt cancercentrum som stött respektive region [5, 6].

Patienter som remitterats för SVF utredning via primärvården

Ingångarna till vården för upptäckt av cancer skiljer sig åt mellan olika cancerområden. Cancer kan upptäckas tidigt genom screeningsverksamhet som vänder sig till befolkningen; screeningsprogram för livmoderhalscancer och bröstcancer är etablerade. Det senast tillkomna förebyggandet programmet, screening för tjock- och ändtarmscancer, är i fas för införande i regionerna och lungcancerscreening diskuteras. För de flesta cancerformer finns ingen nationell screeningsverksamhet.

Följande tabell (tabell 1) visar antal och andel patienter som remitterats för en SVF-utredning under perioden augusti 2015 till och med december 2018. De sju SVF med högst andel remitterade från primärvården är prostatacancer, cancer i urinblåsa och urinvägar, allvarliga ospecifika symtom, analcancer, tjock- och ändtarmscancer, kronisk lymfatisk leukemi och myelom.

Tabell 1. Standardiserade vårdförlopp, år för införande samt antal/andel (procent) remitterade SVF från primärvården (augusti 2015 – december 2018).

Införande, år	Standardiserat förlopp	Antal och andel SVF remitterade från primärvården* (augusti 2015–december 2018)	
		Antal	Andel (%)
2015	Akut myeloisk leukemi (AML)	226	26
	Huvud- och halscancer	2 560	22
	Matstrupe- och magsäckscancer	615	16
	Prostatacancer	23 404	63
	Cancer i urinblåsa och urinvägar	25 611	57
2016	Allvarliga ospecifika symtom (AOS)**	2 483	55
	Bröstcancer	15 739	39
	Bukspottkörtelcancer	812	20
	Cancer med okänd primärtumör (CUP)**	1 242	33
	Gallblåsecancer/cancer i gallvägar	234	19
	Hjärntumör	348	18
	Hudmelanom	6 112	37
	Levercancer	369	21
	Lungcancer	4 476	31
	Lymfom	1 603	30
	Myelom	985	46
	Tjock- och ändtarmscancer	21 238	50
	Äggstockscancer	558	16
2017	Akut lymfatisk leukemi (ALL)	39	37
	Analcancer	285	50
	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	319	49

Införande, år	Standardiserat förlopp	Antal och andel SVF remitterade från primärvården* (augusti 2015–december 2018)	
	Livmoderhalscancer	96	12
	Livmoderkroppscancer	440	11
	Njuncancer	854	31
	Peniscancer	86	18
	Sarkom (skelett, mjukdelar)	385	39
	Sköldkörtelcancer	234	26
	Testikelcancer	443	40
2018	Buksarkom	7	6
	Neuroendokrina buktumörer	22	14
	Vulvacancer	11	9
Totalt		111 836	44

Källa: *Cancercentrum.se Uppgifter från den nationella databasen vid Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtat 2019-01-29. **Ett AOS och CUP kan leda till ett diagnosspecifik SVF med start av behandling eller till att cancer avskrivs efter utredningen.

Befolkningens kunskaper om alarmsymtom är central

Att uppmärksamma tidiga symtom, så kallade alarmsymtom, är en del av det cancerpreventiva arbetet och tidig upptäckt av cancer. Vikten av tidig diagnos lyfts fram i den nationella cancerstrategin och är ett kriterium i uppdraget till de sex regionala cancercentrumen (RCC) [7, 16].

Symtom vid cancer kan vara mer eller mindre specifika och varaktiga. Olika cancersjukdomar ger olika symtom, både allmänna och diffusa, eller är speciellt knutna till en viss del av kroppen eller ett visst organ. Trötthet är ett allmänt symtom som många upplever i vardagen, medan blod i avföringen är ett specifikt symtom som också är vanligt i befolkningen.

En majoritet av patienterna med cancer har en symtomatisk cancer, det vill säga symtom som kan ge alarm för misstanke om cancer [17]. Men de flesta patienter med alarmsymtom, eller tecken som är mer eller mindre typiska för cancer, har inte cancer [12]. Dessutom varierar symtomen och utvecklas över tid med sjukdomens förlopp. Exempelvis sker blödning från cancer i intervall och kan minska när cancer växer, och cancerorsakad förstoppning kan upphöra eller övergå i diarré.

Den nationella vårdguiden 1177 har i dagsläget information om vad man själv kan göra för att minska risken för cancer. Däremot saknas upplysning om betydelsen av tidig upptäckt av cancer och alarmsymtom. Det finns dock viss diagnosinriktad information, exempelvis ”Det vanligaste symtomet vid livmodercancer är blödningar eller missfärgade flytningar” och för lungcancer: ”Det vanligaste symtomet är hosta”.

Danska uppföljningar visar exempelvis att under ett år hade 13–15 procent av befolkningen alarmsymtom för bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer. I Norge var siffran 12 procent [18, 19].

En individs egen misstanke om att något inte står rätt till är betydelsefull, liksom förmågan att förstå riskerna och söka vård tidigt [13, 20, 21]. I detta ingår både individens och närståendes uppmärksamhet på tidiga både allmänna och diagnosspecifika symtom. Uppfattningen om vad som kan vara allvarligt skiljer sig dock åt mellan individer.

Fördröjningen till att söka vård kan således vara kopplad till såväl symtom som individens och närståendes förmåga att förstå riskerna, vilket gör att det är viktigt att befolkningen i allmänhet har kunskap om relevanta symtom vid cancer. Fördröjningen kan även finnas kvar efter kontakten med sjukvården i form av organisatorisk fördröjning. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar i sin genomgång om tidig upptäckt av symptomgivande cancer att det i dag saknas kunskap dels om tidsförloppen från det att en person första gången upplever symtom, dels om effekterna av fördröjd diagnos [22].

Oavsett screening diagnostiseras 85–90 procent av all cancer utifrån patientens symtom [13, 23, 24]. Befolkningens beteende samt kunskaper och medvetenhet om tidiga symtom vid cancer är alltså av vikt för att upptäcka cancer tidigt. Information och utbildningsinsatser till befolkningen ökar medvetenheten om cancer och tidiga symtom, särskilt om den är personligt anpassad och kunskapen hos den enskilde finns kvar två år efter personen nåtts och erhållit informationen [22].

Allmänläkarens kunskaper avgörande vid utredning av symtom

Patienter som söker primärvården har en mängd olika symtom som kan vara svåra att tolka. Trötthet är ett vanligt allmänt symtom som patienter söker för, ofrivillig viktnedgång ska utredas för att utesluta cancer och blodig upphostning ska ge skyndsam utredning. Så många som hälften av cancersjukdomarna visar sig genom diffusa och allmänna symtom [25].

Allmänläkarens kunskaper om tidiga symtom och alarmsymtom samt samverkan mellan primärvård och specialistvård är viktiga faktorer för att cancer ska upptäckas tidigt och handläggas snabbt. Detta bör dock ställas i relation till att en enskild primärvårdsläkare träffar få patienter med cancer; för den enskilda allmänläkaren kan det röra sig om en patient per månad som leder till en cancerdiagnos [22]. Hur allmänläkaren lyssnar och tolkar symtom i patientens berättelse och fattar beslut om omhändertagande och utredning är av stor betydelse för snabbt omhändertagande [13, 22, 26].

Allmänläkare ska i hög grad vara observanta både på allmänna alarmsymtom och diagnosspecifika symtom [25]. Ny svensk primärvårdsforskning har visat att patienter som sökt ofta året före diagnos med olika krämpor och symtom utvecklade cancer, även om symtomen tett sig godartade då de handlades av allmänläkaren [27]. En annan svensk uppföljning [28] visar att kombinationen av normalt blodvärde och normalt blod i avföringen kan vara användbart för att utesluta tjock- och ändtarmscancer i primärvården, även när patienten rapporterar blod i avföringen.

Den första kliniska erfarenheten av SVF var i stort positiv – men mer stöd önskas

Professionens kompetens inom det egna ämnesområdet ska förhålla sig till olika satsningar och därmed bedöma dess legitimitet. Även chefers engagemang har betydelse [10]. Klart är att det initiala arbetet med förberedelser och förankring spelar en viktig roll för framgång när något ska implementeras.

Primärvårdsläkarens roll är att avgöra om den kliniska bilden ger misstanke om cancer och i dessa fall utreda och remittera enligt SVF i samråd med patienten. För många SVF uppstår dock välgrundad misstanke om cancer först efter att en patient utretts i en filterfunktion. Exempelvis vid lungcancer utgörs filterfunktionen av lungröntgen eller skiktröntgen och vid misstanke om cancer i matstrupe och magsäck är filterfunktionen gastroskopi. Därmed kan några SVF inte inledas i primärvård, även om patienten sökt primärvård för symtom som leder till utredningar som senare resulterar i en cancerdiagnos.

År 2016 genomförde Socialstyrelsen en webbenkätundersökning¹² riktad till primärvårdsläkare för att fånga tidiga erfarenheter om att remittera patienter enligt SVF [4]. Attityderna var överlag positiva till att SVF gör nytta och skapar trygghet för patienter och närstående. Däremot framkom att de omfattande kraven på remissinnehåll och samspelet mellan olika aktörer sågs som utmaningar som behövde hanteras i det fortsatta implementeringsarbetet. Primärvårdsläkarna efterfrågade även bättre tillgängliga cancerspecifika beslutsstöd för utredningar, remisser och utbildning.

Därtill lyftes det problematiska att informera patienter om SVF. Självklart ska utredningar gå snabbt när misstanke om allvarlig sjukdom utreds, men man bör samtidigt inte oroa patienter i onödan, menade läkarna. Majoriteten (74 procent) ansåg dock att införandet kunde bidra till ökad samverkan och ökad kontinuitet i cancervården.

De vanligaste fritextkommentarerna gällde information och stöd i införandet av SVF. I tabell 2 nedan ges exempel på primärvårdsläkarnas initiala synpunkter och problem kring information och stöd.

¹² Totalt besvarade 298 primärvårdsläkare

Tabell 2. Exempel på primärvårdsläkarnas uppfattningar om satsningens stöd och information

Tema	Kommentarer, exempel
Osäkerhet kring rutiner	<i>Det har varit mycket osäkerhet omkring vem som gör vad, vem som kodar, vem som bestämmer röntgen etc.</i>
Ohanterlig mängd information	<i>Utförligheten gör dem dock svåröverskådliga och i vissa fall är det mycket tidskrävande att följa dem.</i>
Otillräckligt avsatt tid	<i>Någon avsatt tid för utbildning eller för att sätta sig in i detta har inte givits.</i>
Förvirrande eller otydlig information	<i>Först har en information skickats ut och sedan har diverse kompletteringar/förtydliganden cirkulerat i andra forum.</i>
Höga krav på primärvården i satsningen	<i>Det är otroligt mycket som primärvården ska hantera och klara av i dagsläget.</i>

Källa: Fritextkommentarer från webbenkät riktad till primärvårdsläkare 2016.

Stödet till primärvården med exempelvis kortversioner och filmer om SVF-utredning ökade en tid in i satsningen. Dessutom togs ett speciellt riktat stöd fram 2016 med medel avsatta till primärvården [4].

Journaler granskades i sex regioner

Inom ramen för uppföljningen av SVF initierade Socialstyrelsen 2015/2016 en journalgranskning i 6 regioner (se faktaruta). Granskningen upprepades med jämförbara protokoll 2018 för patienter med lungcancer och tjock- och ändtarmscancer. De 6 regionerna utgjorde 16 procent (2017) av Sveriges befolkning och befolkningstätheten¹³ varierade mellan 3 och 68 invånare per kvadratkilometer.

Efter de båda granskningarna fick de 8 granskarna, samtliga primärvårdsläkare med lång erfarenhet av patientarbete och forskning, reflektera utifrån sina observationer. Efter granskningen 2016 skrev de ner sina reflektioner och efter granskningen 2018 reflekterade de i en inspelad intervju över några övergripande frågor (se bilaga 1).

¹³ År 2017 var Sveriges befolkningstäthet 23 invånare per kvadratkilometer.

Journalgranskningen och primärvårdsläkarnas observationer

Journalgranskning genomfördes efter forskningsetiskt tillstånd 2015/2016 i följande regioner: Halland, Jämtland Härjedalen, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, Uppsala län och Västra Götaland; 2018 upprepades samma journalgranskning med undantag för Västra Götaland. De granskande primärvårdsläkarna var desamma vid båda granskningstillfällena.

Patienterna identifierades via fyra regionala tumörregister och de valdes ut i tidsföljd baserat på datum för diagnos. Journalgranskningen gjordes konsekutivt i system som gav tillgång till uppgifter i primärvård och specialiserad öppen- och sjukhusvård.

Ett granskningsprotokoll om fem cancerformer togs fram i en förstudie 2015. Protokollet modifierades till tre cancerformer 2016 och i granskningen 2018 togs två cancerformer upp (62 variabler).

Följande uppgifter noterades: tidpunkt för första symtom, första vård- och första läkarkontakt, tidpunkter för olika diagnostiska åtgärder och händelser i utredningar, remiss, diagnos och start av första behandling samt uppgifter om symtom, övriga sjukdomar, rökning, ärftlighet och stadieindelning av cancer.

Granskningen genomfördes med jämförbara protokoll 2016 och 2018 för totalt 736 patienter, varav 360 med lungcancer och 376 med tjock- och ändtarmscancer, med ett tillägg 2018 om *hur* SVF noterats i journalen.

Primärvården hade varit första kontakt i 360 patientjournaler där patienten fick diagnosen lungcancer och 376 patientjournaler där patienten fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer. Av dem som diagnostiserades med lungcancer före SVF:s införande hade 79 procent primärvården som första kontakt; efter SVF:s införande var andelen 70 procent. Andelen var något högre för dem som fått diagnosen tjock- och ändtarmscancer – 75 procent före SVF och 87 procent efter SVF.

SVF startade i primärvård för 46 procent av de journalgranskade patienter som fick diagnosen lungcancer och för 42 procent av de journalgranskade patienter som fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer. Dessa uppgifter skiljer sig något från de nationella totala andelarna de senaste 3,5 åren (augusti 2015 – december 2018),¹⁴ där de SVF som startat via primärvård var lägre i riket (31 procent, 4 476 patienter) för lungcancer i riket och högre i riket (50 procent, 21 238 patienter) för tjock- och ändtarmscancer (se tabell 1).

¹⁴ Uppgifter från den nationella databasen vid Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtat 2019-01-29.

Tjock- och ändtarmscancer...

är den tredje vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor.

Under satsningen år (2015-2018) remitterades 50 procent (drygt 21 000) patienter med misstanke om tjock och ändtarmscancer från primärvården.

För att utreda utbredningen av sjukdomen används endoskopi och bilddiagnostik i form av datortomografi eller magnetkamera. Screening för att upptäcka tjock- och ändtarmscancer hos symtomfria personer äldre än 55–60 år, och därmed minska dödstalen, pågår i olika delar av Sverige och omfattar avföringsprov, koloskopi och rektoskopi.

Vid icke spridd tjocktarmscancer är kirurgi förstahandsbehandling, vilken innebär att den del av tarmen där tumören finns tas bort. Kemoterapi används för att hindra återfall i vissa fall. Vid spridd sjukdom utgörs behandlingen av kemoterapi och strålbehandling. I några fall tas en del av levern bort. Behandlingen av ändtarmscancer beror på sjukdomens utbredning och innefattar operation med eller utan kombination av kemoterapi och strålbehandling.

År 2017 fick 6 808 personer diagnosen tjock- och ändtarmscancer, varav 3 147 kvinnor och 3 661 män. Av dessa var 5 180 (76 procent) äldre än 64 år medan 345 (5 procent) var yngre än 50 år.

Källa: Cancerregistret, 2017. Tjock- och ändtarmscancer. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. Regionala cancercentrum i samverkan. Version 2015-12-21. Cancer i siffror 2018. Populärvetenskaplig fakta om cancer. Socialstyrelsen & Cancerfonden, www-socialstyrelsen.se. Tjock- och ändtarmscancer. Nationellt vårdprogram. Version 2016-03-15. Regionala cancercentrum i samverkan. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationella väntetidsdatabasen vid SKL (hämtat 1 mars 2019).

Lungcancer...

är den femte vanligaste cancerformen i Sverige men den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken.

Under satsningen år (2015-2018) remitterades 31 procent (4 500) patienter med misstanke om lungcancer från primärvården.

Lungcancer minskar hos män men ökar bland kvinnor. Ökningen speglar kvinnors ändrade rökvanor sedan 1950-talet. Risken för att få lungcancer ökar med stigande ålder och idag är de flesta patienter med lungcancer mellan 60 och 80 år.

Omfattningen av utredningen varierar men vanligt är bilddiagnostik och magnetkamera. Framför allt positronemissionstomografi (PET) är viktig eftersom undersökningen har hög träffsäkerhet vad gäller att skilja cancertumörer från godartade lungförändringar. Där tänkbar botande behandling föreligger görs en omfattande utredning för att fastställa funktionsstatus och tumörstadium.

Lungcancer kan opereras om den upptäcks tidigt. Om cancer växer i flera delar av lungan tas hela lungan bort. Lungcancer där tumören är för stor för att opereras behandlas med kemoterapi och strålbehandling. Även vid spridd sjukdom är kemoterapi aktuellt. Så kallade målinriktade läkemedel kan vara aktuella om tumören uppvisar vissa biologiska egenskaper.

Omkring 4000 personer (3 970) fick diagnosen lungcancer 2017.

Källa: Källa: Cancerregistret, 2017. Lungcancer. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. Regionala cancercentrum i samverkan. Version 2015-12-21. Cancer i siffror 2018. Populärvetenskaplig fakta om cancer. Socialstyrelsen & Cancerfonden, www-socialstyrelsen.se. Lungcancer. Nationellt vårdprogram. Version 2018-08-21. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationella väntetidsdatabasen vid SKL (hämtat 1 mars 2019).

Av de 376 patienter som senare fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer var 10 procent rökare och 21 procent tidigare rökare, 44 procent hade aldrig rökt och uppgift om rökning saknades för 24 procent. Av de 360 patienter som senare fick diagnosen lungcancer var 39 procent rökare och 45 procent tidigare rökare, 11 procent hade aldrig rökt och uppgift om rökning saknades för 5 procent. Uppgifter om ålder och kön för de patienters journaler som granskats, se i tabell 3.

Tabell 3. Ålder och kön för de patienter som ingår i journalgenomgången

	Lungcancer		Tjock- och ändtarmscancer	
	Före SVF (189 patient-journaler)	Efter SVF (171 patient-journaler)	Före SVF (189 patient-kortaler)	Efter SVF (187 patient-journaler)
Ålder (median)	72 (36-91 år)	73 (37-94 år)	73 (30-92 år)	74 (24-96 år)
Män Procent (antal)	49 (92)	50 (85)	47 (89)	57 (107)
Kvinnor Procent (antal)	51 (97)	50 (86)	53 (100)	43 (80)

Avsnittet nedan tar sin utgångspunkt i uppföljningar, lärdomar och iakttagelser hos granskarna vad gäller

- patientens symtombild och samsjuklighet
- primärvårdsläkarnas reflektioner om cancerutredningar tiden före SVF
- primärvårdsläkarnas reflektioner om cancerutredningar efter att SVF införts
- kortare ledtider för utredningsmoment efter införandet av SVF
- oförändrade ledtider från att patienten söker vård för symtom och till start av första behandling.

Patientens symtombild och samsjuklighet

Ingen skillnad framkom i frekvens av symtom i förhållande till välgrundad misstanke före respektive efter SVF

Journalgranskningen registrerade symtom och samsjuklighet, och symtomen sattes i relation till de symtom som utgjorde välgrundad misstanke i respektive SVF.

Det visade sig att det inte fanns någon signifikant skillnad i frekvens före respektive efter SVF:s införande vad gäller symtom och tecken som definierar välgrundad misstanke i SVF vare sig för lungcancer eller tjock- och ändtarmscancer.¹⁵

Samsjukligheten var påtaglig både före och efter SVF

Samsjukligheten skattades med hjälp av så kallad ASA-klassning¹⁶ för utredningar av cancer före respektive efter SVF:s införande. ASA-klass är en gradering av samsjuklighet:

- ASA-klass 1 betecknar en tidigare frisk person.
- ASA-klass 2 betecknar till exempel välkontrollerad diabetes, högt blodtryck, lindrig lungsjukdom eller är rökare.
- ASA-klass 3 betecknar till exempel obstruktiv lungsjukdom, hjärtinfarkt eller stroke för mer än tre månader sedan.

¹⁵ Samtliga p-värden är höga, det vill säga ligger över 0,05.

¹⁶ ASA-klassning = *American Society of Anesthesiologists Classification*.

- ASA-klass 4 betecknar allvarligt och ständigt livshotande systemsjukdom som hjärtinfarkt eller blodförgiftning mindre än tre månader tidigare.

Graden och förekomst av samsjuklighet enligt ASA framgår nedan av tabell 4.

Tabell 4. ASA klasser av patienter som utreddes för lung- och tjock- och ändtarmscancer före och efter införandet av SVF

ASA klass	Lungcancer		Tjock- och ändtarmscancer	
	Före SVF (n=189) Procent (antal)	Efter SVF (n=171) Procent (antal)	Före SVF (n=189) Procent (antal)	Efter SVF (n=187) Procent (antal)
1	11 (20)	8 (13)	9 (16)	8 (15)
2	20 (39)	34 (58)	35 (66)	41 (77)
3	61 (115)	53 (91)	54 (103)	42 (79)
4	8 (15)	5 (9)	2 (4)	9 (16)

Tabellen (tabell 4) visar att det vid lungcancer finns en stor andel allvarlig systemsjukdom eller allvarlig livshotande systemsjukdom (ASA-klass 3 och 4) både före och efter SVF:s införande. Även fördelningen av samsjuklighet vid tjock- och ändtarmscancer var hög både före och efter införandet av SVF.

En stor andel av patienterna hade haft cancer tidigare. Totalt 17–20 procent av de patienter som fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer hade haft cancersjukdom tidigare och av dem som fick lungcancer hade 22–30 procent haft en cancersjukdom tidigare.

Primärvårdsläkarnas reflektioner om cancerutredningar tiden före SVF

De patientjournaler som granskades 2015–2016 omfattade patienter som fått diagnoserna tjock- och ändtarmscancer, lungcancer respektive cancer i urinblåsa och urinvägar tiden före införandet av SVF.

Flera patienter visade sig även ha andra sjukdomar och flera exempel på hur samsjuklighet försvårade och fördröjde utredning gavs i reflektionerna. Symtom feltolkades, vilket fördröjde utredning vid pågående svåra infektioner eller hjärtinfarkt. Patienter med synligt blod i urinen och samtidig demens, svår hjärtsjukdom samt patienter som vistades på äldreboende utreddes inte lika snabbt som yngre eller friskare patienter.

I vissa fall tolkades cancersymtom som läkemedelsbiverkningar. Att hjärtsjukdom, stroke eller annan cancer behövdes utredas och behandlas innan utredningen kunde fortsätta ledde ofta till fördröjd utredning.

En annan reflektion som framkom var hur länge man kunde lita på en utredning med normala undersökningsresultat.

Granskningen visade av det var slingriga vägar mellan olika vårdgivare men det skedde också ofta en snabb remittering från primärvården, vilket speglas i följande citat.

Kommer man fel från början tar det ofta mycket lång tid.

Jag blev överraskad över hur snabbt patienterna remitterades från primärvård till utredning.

Granskarna lyfte flera exempel på hur svårigheter att tolka symtom kunde fördröja diagnosen, speciellt om symtomen var diffusa och vaga. Bröstsmärta, som är ett vanligt symtom vid kärlkramp, kan till exempel också vara ett symtom på lungcancer, och normal lungröntgen vid lungcancer eller avsaknad av mikroskopiskt blod i avföring vid tarmcancer bidrog ibland till att utredningar avbröts, eftersom alarmsymtomen då antogs bero på godartade tillstånd.

En speciell iakttagelse var att cancerdiagnosen dröjde när patienter var yngre och till det yttre friska. Patienter kunde också först hamna på fel klinik för sina symtom, exempelvis vid blodbrist (anemi) och återremitteras till primärvård i stället för till rätt klinik. Detta fenomen kallade en av granskarna ”bakvänd remittering”, vilket också fick en kod i uppföljningsgranskningen 2018.

Primärvårdsläkarnas reflektioner om cancerutredningar efter att SVF införts

De patientjournaler som granskades i den uppföljande granskningen 2018 bestod av patienter som fått diagnosen lungcancer respektive tjock- och ändtarmscancer efter att SVF införts.

Granskningen gav kunskap och lärorika berättelser

De intervjuade primärvårdsläkarna beskrev att journalgranskningen gav dem mycket kunskap om cancersjukdomarnas förlopp. Det var lärorika berättelser som gav god inblick i diagnosprocessen och utredningen både i primärvård och i sjukhusvård.

Det var som en berättelse – just så! Man fick ”bygga historia”.

Fascinerande läsa gamla journaler – sjukhistorien från början till slut.

Utredningarna blev smidigare med SVF

Alla granskare upplevde positiva effekter av SVF och att utredningsprocessen fram till diagnos hade blivit smidigare efter införandet. Utredning på sjukhusen startade lättare och det var färre remissvar med begäran om kompletteringar. Det var inte heller lika svårt för primärvården att få in patienten till en utredning hos specialistsjukvården där exempel med tillbakaremittering inte förekom som tidigare innan SVF infördes.

Mycket mer positivt – gamla ”dumheter” med tillbakaremittering är borta.

Granskarna uppfattade det som att svag läkarbemanning i primärvården och bristande kontinuitet till följd av hyrläkare tillsammans med otydliga symtom

orsakade långsamma utredningar fram till diagnos – inte minst för de patienter som senare fick diagnosen lungcancer. Flera inblandade läkare i utredningen uppfattades ge långsammare utredningsförlopp.

Flera läkare inblandade ger långsammare utredning.

Granskarna menade även att det behövs system för att följa upp remissvar, röntgensvar och blodprovssvar vid utredningar av misstänkta cancersymtom, och man menade att säkerhetsnätet fungerade sämre vid bristande läkarkontinuitet, exempelvis vid hyrläkare i korta perioder.

Samsjuklighet fördröjde diagnosen

Samsjuklighetens betydelse för fördröjning av diagnos dominerade i intervjuerna och upptog en stor del av reflektionerna liksom vid tidigare års uppföljning (2016). Granskarna lyfte flera exempel och var förvånade över att samsjukligheten hade så stor betydelse i diagnosprocessen. Speciellt kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) var en fördröjande faktor vid lungcancer, med mångårig rökning som gemensam sjukdomsorsak.

Primärvårdsläkarna upplevde att kommunikationen mellan primärvården och sjukhusvården blivit bättre med SVF men detta hjälpte inte alltid när patienterna hade diffusa och okaraktäristiska symtom. Detta gällde framför allt lungcancerpatienter som hade flera olika symtom, och många av dessa patienter avled tidigt.

Bristande kunskap om SVF i första linjen

Bristen på kunskap om SVF nämndes av granskarna. Inte minst sjuksköterskor i primärvårdens telefonrådgivning saknade kunskaper för att få fram misstankar om cancer bland alla symtom.

Man skyller på antikoagulation vid blödning, medicinering med metformin vid diarré, KOL med förvärring av symtom – misstanke om cancer kommer långt ned på listan.

Sjuksköterskan som sitter i första linjen har inte kunskap alls om SVF.

Granskarna upplevde att sjukdomen ibland upptäcktes av en slump och att man ibland snubblade över diagnosen; detta nämndes dock bara 2018, inte 2016.

Mer en slump att sjukdomen upptäcks.

Ibland snubblar man över diagnosen.

Journalstrukturen var bättre efter SVF:s införande

Många granskare tyckte att det var bättre struktur på journalerna efter införandet av SVF och bedömde att införandet av SVF kunde vara en förklaring till detta. Speciellt gällde detta när journalsystemet hade samma uppbyggnad och sökord för både sjukhusvård och primärvård.

Det var dock ofta svårt att hitta information i journalerna. Särskilt rökning var dåligt rapporterat, inte minst hur länge och hur mycket rökare och före detta rökare tidigare hade rökt. Därtill saknades frågor om ärftlighet för cancer.

Svårt att hitta data, framför allt rökning och hereditet. Tog längre tid denna gång än förra.

Bättre journalföring, mer strukturerat.

Tillgång till alla klinikers journaler och sökord gemensamt, till exempel rökning, underlättar.

Samarbetet och koordineringen uppfattas ha blivit bättre. Samtliga primärvårdsläkare upplevde att processen vid utredning av cancer hade blivit smidigare efter SVF:s införande, liksom det allmänna omhändertagandet, särskilt om patienten hade debutsymtom som återfanns i SVF-manualen. I exempelvis Region Jämtland Härjedalen hade en central koordinator för samtliga SVF effektiviserat omhändertagandet, för då kunde en patient enkelt omdirigeras av koordinatören till ett annat förlopp, och om det rådde osäkerhet om vilken typ av SVF det gällde kunde insatserna lättare koordineras.

Det gick snabbare med omhändertagande av patienten.

Det var en utökad kapacitet.

Men framför allt [förbättring] om man debuterar med "rätt" symtom.

Det var suveränt med en central koordinator som tog emot alla SVF-remitter och sedan fördelade.

Det var svårt för granskarna att bedöma om det framgick av den uppföljande granskningen 2018 att det gick snabbare i primärvården från patientens första kontakt fram till remiss om utredning enligt SVF. Om en patient inte passade in i ett specifikt SVF kunde det bli remisser till ytterligare utredning och patienten passerade då flera vårdgivare före diagnos. Detta mönster var tydligast för patienter som utreddes för lungcancer.

Svårt om patienten kom in i "fel" spår. Fram och tillbaka-remittering.

Lungcancer passar sämre i SVF än tarmcancer.

Kortare ledtider för utredningsmoment efter införandet av SVF

SVF syftar till att förbättra aktiviteterna i förloppet från att misstanke om cancer uppstår och till att behandlingen påbörjas. De förändringar i arbetssätt som satsningen genererar under utredningsperioden i både primärvård och annan specialistvård på sjukhusen är viktiga, liksom tillgängligheten i primärvården och den utveckling som sker där [29].

Tabell 5 visar vilka utredningsmoment och olika skeden i cancerförloppen som blivit kortare från kontakt, genom undersökningar och fram till diagnos vid utredning för lungcancer och tjock- och ändtarmscancer i de sex regioner där journalgranskning gjorts (Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg och Region Uppsala). Förbättringarna (signifikanta) ses framför allt i den tidiga utredningsdelen d.v.s. från första vård/läkarkontakt med remiss till sekundärvård och besök hos läkare (tabell 5).

Tabell 5. Kortare ledtider för utredning av lungcancer och utredning vid tjock- och ändtarmscancer

Utredning vid lungcancer	Utredning vid tjock- och ändtarmscancer
Kortare tid från första läkarkontakt till skiktröntgen bröstorg	Kortare tid från första läkarkontakt till remiss
Kortare tid mellan lungröntgen och skiktröntgen bröstorg	Kortare tid från första läkarkontakt till koloskopi
	Kortare tid från första kontakt med vården till diagnos
	Kortare tid från första läkarkontakt till diagnos

Oförändrade ledtider från att patienten söker vård för symtom och till start av första behandling

Journalgranskningen analyserade jämförbara stickprov av tider och aktiviteter vid utredning. I sex regioner granskades utredning för lungcancer i 360 patientjournaler och utredning för tjock- och ändtarmscancer i 376 journaler före och efter införandet av SVF i cancervården. Syftet med granskningen var att följa processen från tiden då patienten uppfattade symtom och sökte vård (sökintervall) och fram till start av första behandling. Granskningen möjliggjordes med journaldata från både primärvård och sjukhusvård.

Ledtiden mellan första kontakt då patienten sökte vård för symtom till start av behandling var oförändrad före respektive efter SVF införts vid både lungcancer och tjock- och ändtarmscancer.

Däremot kunde kortare ledtider identifieras vid olika utredningsmoment, och även om stickprovet är litet framträder en trend om kortare ledtider i olika delprocesser, framför allt i den tidigare delen av vårdprocessen fram till diagnos. Detta kan exempelvis förklaras av att fler skiktröntgenundersökningar av bröstorg/lunga gjordes utan föregående lungröntgen efter SVF än före SVF i flera av de studerade regionerna, särskilt i Region Halland och Region Kronoberg.

Ett annat exempel på kortare vårdprocesser är att kapaciteten för koloskopi ökat genom att fler sjuksköterskor utför koloskopi. Detta brukar kallas uppgiftsväxling (*task shifting*) och syns i de minskade ledtiderna till koloskopi i flera regioner, särskilt i Region Kronoberg och Region Uppsala.

Sammanfattande reflektioner

Primärvården är ofta patientens första kontakt vid misstanke om sjukdom samt diffusa och oklara symtom. Svårigheten att tolka allvaret i vanliga can-

cersymtom som trötthet speglar primärvårdsläkarens vardag och primärvårdens roll och förutsättningar inom utredningar vid allvarlig sjukdom. I de journalgranskande läkarnas reflektioner både före och efter SVF-införandet framkom att det var vanligt med samsjuklighet hos patienter som fick diagnosen cancer samt att cancerutredningarna ofta fördröjdes eller drog ut på tiden för patienter som hade en eller flera svåra sjukdomar.

Knappt hälften (44 procent, tabell 1) av 250 000 patienter som genomgått SVF (SKLs databas) startade sin SVF-utredning i primärvården (2015-2018). En hög andel patienter (50 procent, 21 238 patienter) som senare fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer och 63 procent (23 404 patienter) av de som senare fick diagnosen prostatacancer hade remitterats från primärvården.

Socialstyrelsens detaljerade journalgranskning av mer än 1 000 patientjournaler, visar att fler än hälften av dem som fått diagnosen cancer i fem olika organ hade kontakt med primärvård för symtom som senare lett till cancerdiagnos.

I journalgranskningen jämfördes stickprov av 736 patienter med lungcancer respektive tjock- och ändtarmscancer i sex regioner före och efter SVF: införande. Ingen av 27 ledtider var signifikant längre efter införandet, och även om vissa ledtider för utredning med bildundersökning och koloskopi minskade (signifikant) efter SVF-införandet sågs ingen skillnad i den övergripande ledtiden mellan första vårdkontakt och start av behandling. En snabb utredning ger inte automatiskt snabb behandling.

De journalgranskande läkarna upplevde generellt att diagnostik och koordination mellan primärvård och sjukhusvård förbättrats efter SVF:s införande och inte minst på grund av koordinatorerna. Att journaler hade fått standardiserade SVF-remissmallar underlättades för de remitterande läkarna men löste inte uppföljningen av utredningsresultaten vid bristande läkarkontinuitet.

En majoritet av de primärvårdsläkare som svarade på enkäten som Socialstyrelsen använde 2016 för att fånga primärvårdsläkarnas tidiga erfarenheter av att remittera patienter upplevde ökad kontinuitet och samverkan i cancer vården. Man märkte dock av brister i stödet i införandet och önskade utbildning och beslutsstöd för remisser och utredningar.

En framtida utmaning för primärvården och SVF:s fortsatta hållbarhet blir på vilket sätt undersökningar kommer att initieras och genomföras i primärvården för olika cancerformer.

4. Undanträngning till följd av SVF

Sammanfattat

- Undanträngning är definierat som situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter med högre prioritet. Det finns dock fortfarande en osäkerhet i verksamheterna om vad undanträngning innebär, vilket gör att det är svårt att jämföra undanträngning mellan områden och över tid.
- Det finns risk för undanträngning till följd av SVF såväl inom vårdförloppen och mellan patienter inom förloppen, som för patienter utanför SVF. Dessa risker har återkommande påvisats och beskrivits i regionernas handlingsplaner.
- Det har under införandet funnits en samsyn hos alla inblandade om vikten av att arbeta kontinuerligt med att förhindra undanträngning. Denna samsyn har begränsat omfattningen av undanträngningar.
- De största riskerna för undanträngning till följd av SVF bedöms gälla patienter som får återfall i sin cancer samt personer som har flera sjukdomar och behov. Framöver behövs därför åtgärder för att förhindra att dessa patientgrupper blir undanträngda.
- Olika professioner säger sig i olika hög grad ställas inför frågor om undanträngning och prioritering mellan patienter, vilket som skulle kunna bero på i vilken grad de själva kan påverka detta.
- Många regionala projekt pågår för att analysera om undanträngning uppstår, men de flesta kan ännu inte redovisa färdiga analyser. Data och analyser från länssjukhuset i Kalmar påvisar inget tydligt mönster för undanträngning mellan olika verksamheter. Däremot verkar införandet av SVF ha påverkat väntetiderna för vissa andra patienter i behov av samma resurser.
- Sammantaget bedöms införandet av SVF inte ha lett till omfattande undanträngning utan de flesta förändringar kan ses som förbättringar eller korrekta prioriteringar. För att bekräfta om undanträngningar uppstår behövs framför allt bättre prioriteringsunderlag.

I Socialstyrelsens uppdrag att följa och utvärdera regeringens satsning SVF i cancervården ingick bland annat att redogöra för eventuella undanträngningseffekter, vilket gjorts undervägs [4, 5]. I detta kapitel presenteras en samlad bild av resultat av uppföljningen under fyra år. Avsnittet baseras i huvudsak på

- teoretiska analyser och granskning av samtliga handlingsplaner 2015-2018

- resultat från enkäter till olika professioner som utredningsteam samt intervjuer med olika professioner personer på olika verksamhets- och beslutsnivåer.

Undanträngning kopplas till prioriteringar

En del av uppdraget har varit att definiera begreppet undanträngning, och Socialstyrelsen definierar undanträngning enligt följande:

Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade åtgärder vid specifika tillstånd ges företräde framför högre prioriterade åtgärder vid specifika tillstånd.

Därmed framgår att undanträngning är kopplat till prioriteringar. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska göras utifrån tre principer som utgör den så kallade etiska plattformen:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Människovärdesprincipen är den övergripande etiska principen i plattformen och den anger vad som inte får avgöra prioriteringar av vård, till exempel personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att om prioriteringar mellan olika effektiva åtgärder måste ske ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste tillstånden och de med den sämsta livskvaliteten.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Undanträngning uppkommer därmed när de principer som ligger till grund för prioriteringar inte följs på grund av en insats.

Undanträngningar kan vara av olika slag

Undanträngning kan vara av olika slag:

- inom vårdprocessen men utanför standardiserade vårdförlopp (SVF), det vill säga det som sker före eller efter det som ingår i SVF
- av andra patienter inom vårdförloppet, det vill säga av patienter med risk för cancer men som inte ingår i SVF
- av andra patienter utanför vårdförloppet, det vill säga av patienter som utreds eller behandlas för något annat än cancer.

Det är troligt att undanträngning av det första slaget kan uppkomma till följd av införandet av SVF, eftersom SVF endast täcker en del av vårdförloppet. Varken det som händer före välgrundad misstanke om cancer eller det som händer efter start av behandling ingår i SVF. Därmed kan dessa delar, exempelvis uppföljning, riskera att undanträngas till förmån för den del av förloppet som SVF inkluderar. Detta är en anledning till att återfall riskerar att bli

undanträngda. Patienter som avslutat ett uppföljnings- eller kontrollprogram och därefter får ett återfall ingår i ett nytt SVF medan patienter med återfall under pågående behandling inte inkluderas i SVF.

När det gäller undanträngning inom vårdförloppet skulle patienter som närmar sig de uppsatta tidsgränserna inom SVF-förloppen eventuellt kunna prioriteras före dem som har mer tid kvar till tidsgränserna, även om de senare borde prioriteras högre. I den här gruppen ingår också de som av olika anledningar inte ingår i SVF (självvalt eller inte passar in), och som därmed riskerar undanträngning.

Om de som ingår i SVF ges förtur utan att detta stämmer överens med beslutad prioriteringsordning medför det undanträngning. Det skulle exempelvis kunna handla om personer med flera sjukdomar och behov som fått välgrundad misstanke om cancer. Även individundanträngning kan vara en risk inom den här gruppen, om resursstarka patienter genom exempelvis övertalning och ihärdighet prioriteras högre på någon annans bekostnad.

När det gäller undanträngning av det tredje slaget kan det handla om att patienter med andra sjukdomar än cancer, men som är beroende av samma resurser, får stå tillbaka på grund av införandet av SVF. Om detta går emot uppgjorda prioriteringsordningar leder det till undanträngning. Det kan exempelvis handla om patienter med njursten eller godartad prostataförstoring som behöver urologisk kompetens men där patienter med cancerutredning enligt SVF går före.

Samtliga dessa slags undanträngningar har bedömts kunna uppkomma till följd av SVF, något som presenteras längre fram i det här kapitlet.

SVF har synliggjort undanträngning mer än skapat den

Risken att undanträngning kan uppstå om arbetssättet fokuserar på en viss aspekt av en vårdkedja eller ett enskilt vårdbehov har varit känd vid uppstarten av SVF. Därför har detta diskuterats och undersökts kontinuerligt under implementeringstiden bland annat i de rapporter som regionerna lämnat två gånger varje år. Socialstyrelsen har följt området kontinuerligt [4-6].

Lägesrapporten 2016 [4] visade att verksamheterna saknade en tydlig definition av begreppet undanträngning och att olika aktörer tolkade begreppet olika. Även om liknande definitioner som den som används i det här kapitlet funnits sedan tidigare, verkade den inte allmänt känt inom vården, utan de flesta refererade till undanträngning så fort en patient fick vänta till följd av en annan. Att återkommande presentera definitionen av undanträngning har därför varit av stor vikt, och kännedomen om definitionen verkar ha ökat.

En iakttagelse från lägesrapporten [4] var att företrädare nära patienter generellt uttryckte fler farhågor för undanträngning än representanter för ledning. På ledningsnivå nämndes oftast de positiva effekterna av en mer standardiserad handläggning, och det påpekades att SVF innebär att man gör samma saker som tidigare men på ett mer strukturerat sätt. Företrädare närmare patienterna beskrev i stället att standardiseringen ibland medgav mindre möjligheter för anpassning utifrån patienternas specifika behov [4].

I lägesrapporten 2017 redovisades att handlingsplanerna de första åren visat att det fanns en medvetenhet om risken för undanträngning och en strävan efter att motverka detta. Den samlade bedömningen utifrån en granskning av handlingsplanerna var att de flesta farhågorna för undanträngning inte hade realiserats och att alla inblandade arbetade aktivt för att förhindra undanträngning [5].

I samband med intervjuer och analys av handlingsplaner framkom också att många regioner identifierat kapacitetsbrister inom diagnostiken, som riskerar leda till undanträngning. Därutöver nämndes organisatoriska utmaningar samt det snabba införandet av SVF som potentiella risker för att undanträngning uppkommer.

Under 2017 genomfördes intervjuer med verksamhetsföreträdare i några regioner (Region Västerbotten, Region Gävleborg, Region Östergötland och Region Skåne) och vissa lärdomar kunde dras. Det visade sig att det fanns en varierad kännedom om begreppet undanträngning. Många ansåg att den främsta risken för undanträngning gällde patienter med återfall av cancer samt personer med flera sjukdomar och behov. Överlag ansåg dock de flesta att det inte var främst SVF som orsakade undanträngning utan att SVF gjorde att tidigare förekommande undanträngning blev synlig. Därutöver diskuterades vad som är ett optimalt förlopp och hur breda ingångarna till SVF ska vara, där många menade att speciellt ingången till SVF för tjock- och ändtarmscancer var så bred att den riskerade att orsaka undanträngning av andra patienter. Slutligen var det många som menade att verksamheterna kontinuerligt förbättrats under införandet av SVF [5].

Det finns en medvetenhet om riskerna

Det har ingått en specifik fråga om undanträngning i de mallar för redovisning av arbetet med SVF som samtliga regioner årligen besvarat för att få ta del av medel inom SVF. Frågans formulering har inte varit identisk under alla åren; i den senaste versionen, 2018, löd den: *Hur har de risker för undanträngningseffekter/omprioriteringar som beskrevs i handlingsplanen följts och åtgärdats? Har nya risker identifierats under året?*

Vi kan konstatera att samtliga regioner samtliga år nämner risken för undanträngning till följd av SVF. Utifrån handlingsplanerna 2018 går det också att konstatera att ingen kan visa att dessa risker realiserats i hög grad, men alla säger sig arbeta förebyggande för att förhindra att undanträngningar uppstår. Nedan följer några utdrag ur handlingsplanerna 2018:

Det finns oro för undanträngning men det har inte rapporterats om några fall som tydligt kan hänföras till SVF. (Region Jämtland Härjedalen)

Till följd av satsningen med SVF har risken för undanträngningar belysts och den sammantagna bilden bland vårdpersonalen är att undanträngningar förekommer men är metodologiskt svårt att mäta, främst med kvantitativa ansatser. (Region Stockholm)

Citaten ovan är exempel på vanliga skrivningar i handlingsplanerna. Eftersom det sällan förekommer tydliga prioriteringar av olika patienter blir det

dock svårt att bedöma om undanträngning verkligen uppstår. Exempelen visar den vanligen uttryckta oron att undanträngningar riskerar uppstå.

Citaten nedan illustrerar de utmaningar vad gäller flaskhalsar som är relaterade till risk för undanträngningar på alla nivåer. Vid brist på exempelvis radiologer kommer samtliga utredningar som behöver radiologi att samsas om en trång resurs. Därmed finns en risk att undanträngningar uppkommer, om en utvald del ges förtur utan att ytterligare prioriteringar av patienterna genomförs.

Sedan flera år tillbaka följer Region Kronoberg väntetider för besök till berörda enheter och där har vi inte sett några förändringar. /... / Långa väntetider i Region Kronoberg hör samman med brist på resurser inom flera kompetensområden. (Region Kronoberg)

Ökat antal SVF-förlopp har skapat tillgänglighetsproblem för radiologiska undersökningar som inte ingår i förloppen. (Region Uppsala)

Följande citat påvisar också att det är mycket svårt att bedöma risker och behov innan en patient går igenom en utredning, det vill säga att det är svårt att prioritera och att det i efterhand ibland visar sig vara felprioriterat.

Inom patologin finns exempel på undanträngning av patienter med malignt hudmelanom. De remisser inte märks med SVF får vänta längre. Bland remisser som inte märks med SVF hittas fall av maligna hudmelanom. (Västra Götalandsregionen)

Många möter frågor om undanträngning

Under 2017 gavs en enkät ut till samtliga koordinators för SVF, vilket presenterades i Socialstyrelsens lägesrapport 2017. På den specifika frågan om hur ofta de ställdes inför frågor om undanträngning och prioritering mellan patienter såg svaren ut enligt tabell 6 nedan. Det kan noteras att 27 procent av koordinatorserna mötte dessa frågor dagligen eller flera gånger i veckan. Det behöver dock inte innebära att undanträngningar realiserats.

Tabell 6. Hur ofta ställs du inför frågor om undanträngning och prioritering mellan patienter?

Svar från koordinators (2017)	Antal	Andel (procent)
Dagligen	41	13
Flera gånger i veckan	44	14
Flera gånger i månaden	50	16
Mer sällan/aldrig	170	56
Vet inte	81	21
Totalt	386	100

Den stora spridningen i svaren kan delvis bero på att de som arbetar som koordinators har olika ansvar och arbetsuppgifter, och inte minst olika omfat-

tande koordineringsuppdrag där ett fåtal täcker nästan alla SVF-förlopp medan många endast har ett eller några få förlopp. Många fritextkommentarer på frågan om risk för undanträngning visar också detta:

Jag kommer endast i kontakt med cancerpatienter och ser därför främst undanträngningseffekterna på dessa. Främst gäller det patienter med misstänkta recidiv eller de som t.ex. blivit akutopererade och därför startat behandling (avslutat sitt SVF) innan nödvändig utredning blivit utförd. Här försöker jag skynda på ändå men har ingen "makt" som koordinator och patienterna får därför vänta längre på utredning.

Medicinsk prioritering går alltid först oavsett SVF eller inte. Det viktiga är inte att presentera fina SVF siffror utan att alla patienter tas om hand på ett bra och professionellt sätt.

I början när vi startade med SVF var det mycket undanträngningseffekt men detta har nu stabiliserat sig och är normalt igen.

Under 2018 ställdes samma fråga i en enkät till olika professioner (kontakt-sjuksköterskor, koordinators, koloskopister/endoskopister, läkare inom laboriemedicinska vetenskaper, läkare inom patientnära kirurgiska verksamheter samt läkare inom patientnära medicinska och onkologiska verksamheter) i Region Västerbotten, Region Gävleborg, Region Östergötland och Region Skåne. Dessa svar presenteras i tabell 7 nedan (se bil 2).

Tabell 7. Hur ofta ställs du inför frågor om undanträngning och prioritering mellan patienter? Svar från olika professioner, 2018.

	Antal	Andel (procent)
Dagligen	90	25
Flera gånger i veckan	98	27
Flera gånger i månaden	67	19
Mer sällan/aldrig	84	23
Vet inte	19	5
Totalt	358	100

Svaren visar att det finns en stor spridning, men fler än hälften svarar att de upplever detta dagligen eller flera gånger i veckan. Dessa svar visar betydligt mer förekomst av risk för undanträngning jämfört med de som uppvisades hos koordinators i enkäten 2017 [5].

När svaren från 2018 års enkät jämförs mellan de fyra regionerna syns inga samband.¹⁷ Det verkar alltså inte finnas några skillnader mellan de olika regionerna när vi jämför vad olika professioner upplever risken för undanträngning. När de olika professioner som svarat på enkäten däremot relateras till frågan om undanträngningar ses däremot ett samband.¹⁸ Det betyder att olika professioner bedömer sig möta frågor om undanträngning i olika hög grad.

¹⁷ Kruskal-Wallis test, sig 0.213

¹⁸ Independent sample Kruskal-Wallis test, sig 0.000

De professioner som svarade att de mötte undanträngningar oftast var koloskopister/endoskopister. Därefter följde läkare inom laboratoriemedicinska vetenskaper och läkare inom patientnära kirurgiska verksamheter. Detta är inte överraskande, eftersom samtliga dessa professioner arbetar inom områden som har identifierats som möjliga flaskhalsar.

Frågan om undanträngning besvarades också i nästan 100 fritextkommentarer i enkäten från 2018. Här presenteras några citat som tjänar som exempel för vanliga uppfattningar:

På grund resursbrist kan vi bara operera cancerpatienter. Patienter med invalidiserande benign sjukdom får vänta på obestämbar tid.

Med beaktning av väntetiden i kön går högmaligna diagnoser före mer lågmaligna och yngre går före äldre. Benign kirurgi har helt trängts bort från vår klinik och blir utlokaliserat till andra operationsenheter i länet och utanför länet.

Kommentarerna från de olika professionerna visar resursbristen men också att definitionen av undanträngning ofta handlar om mer än felaktiga prioriteringar. Dessutom återfinns argumentation för att det inte är acceptabelt att de med lägre prioritet ska få vänta på obestämbar tid. Blir detta fallet så är det en tydlig resursbrist som behöver åtgärdas.

Svaret nedan visar en tydlig undanträngning, det vill säga när reserverade tider bokats in i förväg för SVF-patienter men dessa tider inte kan används.

Undanträngning kan också vara när för högt prioriterade patientgrupper reserverade tider inte kan bokas till andra patienter. Det inträffar ibland.

Jämfört med att en tid inte används alls är givetvis samtliga patienter därmed undanträngda. Många verksamheter säger sig dock kunna kontrollera så att dessa tider aldrig står oanvända, men det förefaller ändå hända ibland.

Även kommentaren nedan vittnar om risker för verklig undanträngning.

Alltid sjukast först. Otroligt irriterande att patienter som kvalar in för SVF KLL eller myelom, och där vi vet att det inte föreligger behandlingsindikation, ska ha förtur och att detta ska mätas som kvalitet!

Det handlar oftast om att gränserna för vad som ska klassas som SVF ibland är så breda att de fångar in alltför många patienter, där en stor andel inte har särskilda behov av snabb utredning.

Även svaren nedan belyser den resursbrist som finns på många håll, främst i form av kompetens inom vissa områden.

Det blir jättejobbigt för oss på diagnostik eftersom det rör sig inte ett eller två SVF-område men att alla SVF kommer till oss. Det innebär undanträngning av flera patienter varje dag eftersom SVF måste prioriteras.

Svårt, upplever att det är svårt att undvika undanträngning då det är en pressas situation på mottagningen redan innan och med SVF ännu mer.

Längre fram i samma enkät fick respondenterna besvara en öppen fråga där de fick beskriva eventuella nackdelar med SVF. Då uppkom ofta undanträngningseffekter eller bristande prioritering som svar.

På en ytterligare öppen fråga om huruvida de kunde se några följeffekter av SVF för andra vårdområden eller patientgrupper, svarade flera också undanträngningar. Speciellt beskriver flera att undanträngningar av benigna sjukdomar uppstår eller att mindre allvarliga sjuka patienter får vänta längre. Det verkar därmed som respondenterna utgår från olika definitioner av undanträngningar i svaren, och om Socialstyrelsens definition inte ges i samband med frågan menar många att undanträngning uppstår när någon får vänta – oavsett prioritering.

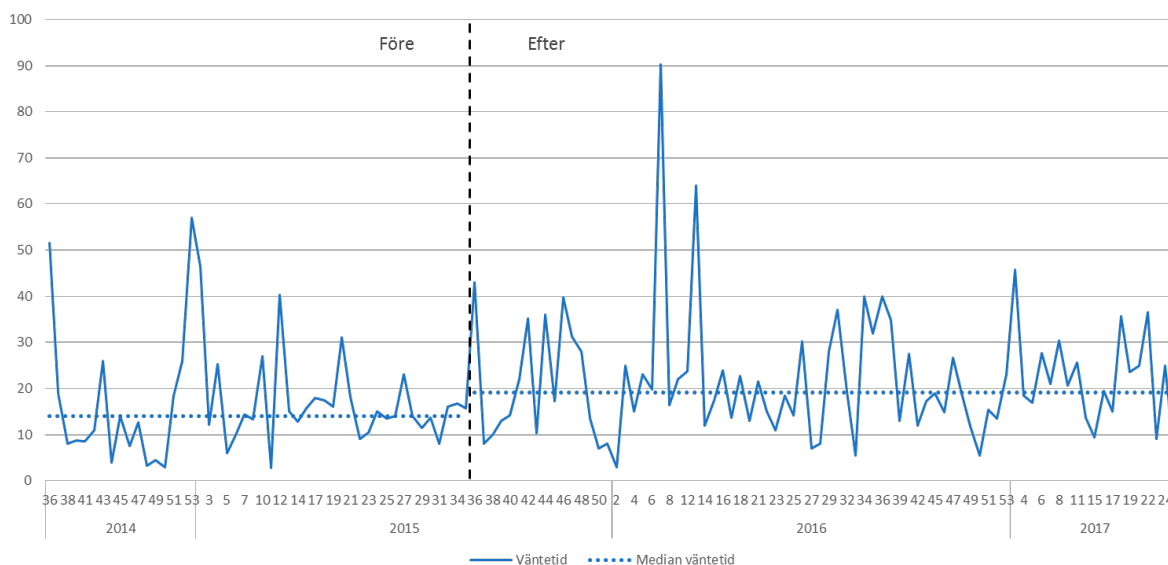
Regionerna följer upp ledtider och eventuell undanträngning

Det pågår många projekt i regionerna som syftar till att mäta väntetider för olika SVF samt att i många fall försöka analysera om undanträngningar uppkommer. Att bedöma om undanträngningar uppstår är emellertid svårt i praktiken, eftersom det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifterna till. Det har också funnits svårigheter med tillförlitliga data. Nedan presenteras några av de mest omfattande projekten.

Socialstyrelsen har tagit del av dataunderlag och analyser från länssjukhuset i Kalmar utifrån frågeställningen om huruvida SVF leder till undanträngning av andra patienter (se bilaga 3). De har genom att följa upp ledtider inom patologi, radiologi och kirurgi före och efter införandet av SVF för olika patientgrupper analyserat underlaget utifrån grad av prioritering. Resultatet visar införandet av SVF har lett till längre väntetider för de prioritetskategorierna som prioriteras näst efter SVF, det vill säga vid planerade operationer, undersökningar och analyser som tidigare ofta haft bland de kortaste väntetiderna. Patienter som utreds och påbörjar behandling inom SVF har efter införandet prioriterats högre än dessa grupper, vilket har ökat väntetiderna.

Ett exempel på detta ses i figur 3 nedan, där medianväntetiden för urologpatienter som prioriterats som dubbel förtur och opererats inom den urologiska subspecialiteten ökat från 14 till 19 dagar efter införandet av SVF för prostatacancer samt cancer i urinblåsan och övre urinvägarna.

Figur 3. Medelväntetider i antal dagar för urologisk operation för patienter inom prioritetsskategorin dubbel förtur, före och efter SVF-införandet



Detta mönster finns även inom patologi, radiologi och kirurgi, och anledningen till att dessa högt prioriterade patientgrupper får vänta längre är relaterat till att verksamheten praktiskt i planeringen lagt till SVF som ny prioritetsskategori inom ett befintligt system och inte ändrat planeringen i övrigt.

Bilaga 3 tar upp två praktiska exempel som illustrerar denna effekt – datortomografiundersökningar inom radiologi och operationer inom urologi (från vilken figuren ovan är hämtad). Huruvida dessa effekter är undanträngning utifrån den etiska plattformen är svårt att säga. En förändring i prioriteringar mellan olika patientgrupper efter SVF-införandet är dock påvisad.

I Västra Götalandsregionen har en uppföljande granskning av jämlik cancervård¹⁹ genomförts bland annat med syfte att följa upp eventuella undanträngningseffekter. Uppföljningen bedömer att det inte fullt ut finns tillräcklig diagnostik och onkologisk kapacitet för att säkerställa att de stipulerade väntetiderna för SVF-patienterna kan uppnås samt att det finns vissa problem med undanträngning mellan SVF-patienter och andra patienter. Både verksamhet och politiska ledningen inom västra Götalandsregionen bedömde dock i stort ha god uppsikt över vilka undanträngningseffekter som uppstått.

Rapporten påpekar att de breda kriterierna för vilka patienter som ska ingå i SVF kan leda till undanträngning. Det framkommer också att kontrollbesöken glesas ut mer än vårdprogrammet anger på grund av SVF, vilket i sådana fall kan anses som en undanträngning på första nivån. Ytterligare synpunkter som framkommer är att patienter som får återfall riskerar att trängas undan av SVF eftersom de inte ingår i SVF-processen. Vid urologiklinikerna finns exempelvis en risk att patienter med stenar i urinvägarna kan få stå tillbaka på grund av SVF. I allvarliga fall kan en sådan patient hamna i ett livshotande tillstånd om undersökning och behandling drar ut på tiden.

¹⁹ Västra Götalandsregionen. Uppföljande granskning av jämlik cancervård. Revisionsrapport, december 2017.

Slutligen konstaterar rapporten att problemet med undanträngningseffekter i botten är ett kö- och tillgänglighetsproblem som nu blivit mer synligt oberoende av SVF:s införande.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin analyserar för närvarande eventuella undanträngningseffekter till följd av införandet av SVF i Region Stockholm. De använder nationella kvalitetsregister, väntetidsregister och cancerregistret tillsammans med den nationella IT-plattformen för kvalitetsregister (INCA). Analyserna baseras på data för fem olika cancerformer 2010–2018. Väntetider och andra kvantitativa indikatorer, till exempel vårdkontakter under diagnostikdelen, analyseras före införandet av SVF samt under SVF för att se om undanträngning uppstår.

Analyserna är inte färdiga, men preliminära data visar att andelen med godartad prostataförstoring som fått tid till operation inom 90 dagar (det vill säga inom ramen för vårdgarantin) minskat något (0,5 procent per månad), medan inga signifikanta förändringar återfanns vid behandling av njursten sedan implementeringen av SVF.

I Region Örebro län pågår analyser av liknande slag. Exempelvis följer man data över väntetider hos patologen från det att prov tas emot fram tills att svar är klart. Genom att jämföra prover specifikt för SVF jämfört med övriga prover analyseras om undanträngning verkar uppkomma. Dessa analyser pågår och inga resultat finns framme.

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har i en rapport jämfört datakällor för väntetider, för att ge en bild av hur väntetiderna i cancervården har förändrats sedan införandet av SVF. Rapporten visar att väntetiderna på riksnivå i princip inte påverkats under införandet av SVF men att det finns stor spridning mellan regionerna.²⁰

Undanträngning påvisas i några studier

Det finns endast några studier att jämföra ovanstående med. Närmast till hands är de danska pakkeforløben som är den huvudsakliga förebilden till SVF. Pakkeforløben har visat att det finns positiva effekter vad gäller vårdtid och överlevnad men inte helt utan negativa konsekvenser. Alla patienter har inte kunna ingå i vårdförloppen, exempelvis till följd av samsjuklighet, och därmed riskerar de längre vårdtid. Uppföljning av den danska satsningen har också påvisat att andra patientgrupper fått förlängda vårdtider. Erfarenheten att patienter som får återfall riskerar att bli undanträngda ledde till ändringar, så dessa patienter räknas nu som nya cancerpatienter och ingår därmed i förloppen på nytt.

I Norge har motsvarande SVF för 28 olika cancerförlopp implementerats, samtliga 2015. Dessa förefaller ha fungerat väl, men analyser över eventuella undanträngningar har inte identifierats.²¹

Väntetidsstatistiken från Norge och Danmark visar att de har högre andel patienter vars förlopp uppfyller kriterierna för ledtiderna. I Danmark genomförs 77 procent av alla förloppen inom den optimala väntetiden medan motsvarande siffra i Norge är 69 procent. Svenska data visar att 49 procent av förloppen utreddes inom den maximala ledtiden 2017.

²⁰ Jämförelse av data i kvalitetsregister och SKLs databas Signe. RCC i samverkan oktober 2018 (cancercentrum.se)

²¹ Helsedirektoratet.no. Gode resultater med pakkeforløp for kreft.

I Storbritannien har särskilda snabbspår för cancerdiagnostik testats. En utvärdering avseende bröstcancer visade dock att detta ledde till att fler fall hittades, utan i stället blev väntetiderna längre för patienter som bedömdes ha låg risk men som i slutändan ändå visade sig ha cancer [30]. En annan utvärdering i Storbritannien visar att utredningstiden generellt blev kortare efter införande av snabbspår för misstänkt cancer 2007–2008 jämfört med 2001–2002 [30]. För 2 av 15 cancerformer (cancer i matstrupe och livmoderhalscancer) var väntetiden för utredning längre för dem som inte kvalificerade sig till snabbspår än den hade varit tidigare. Det skulle kunna innebära undanträngning. För övriga cancerformer fanns inga signifikanta skillnader.

Myndigheten för vårdanalys har granskat tidigare studier om undanträngningar relaterat till vårdgarantin, men på grund av problem med data och många osäkerhetsfaktorer har de inte dragit några säkra slutsatser av dessa studier [31]. Vårdanalys genomförde därutöver en enkätundersökning med verksamhets- och klinikchefer i vården samt intervjuer med läkare, där den huvudsakliga slutsatsen var att professionerna i stor utsträckning förmår balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar men att undanträngning sker ibland [31].

Svensk uppföljning av undanträngning till följd av SVF [32] har identifierat tre huvudskäl till att undanträngningar uppstår:

- antalet personer med behov av cancerdiagnostik ökar med SVF
- det råder resursbrist inom flera områden
- de förbokade tiderna kan ibland inte användas.

De första två delarna två ingår i den här rapportens analys, nämligen patienter med risk för cancer som inte ingår i SVF (*exclusion effect*) samt patienter med andra diagnoser än risk för cancer (*push-out effect*). Den svenska uppföljningen inkluderar även en positiv aspekt (*inclusion effect*) av undanträngning, där patienter som antagligen inte skulle utredas (eller få vänta på utredning) utan SVF nu blir snabbt utredda [32]. Det kan därmed ses som positiv undanträngning eller i termer av att tidigare undanträngning nu minskat.

Viss undanträngning uppkommer

Särskilda satsningar får nästan alltid konsekvensen att det som ligger utanför själva satsningen får mindre uppmärksamhet. Det kan också leda till att undanträngning uppstår. Vid implementering av SVF har dock riskerna för undanträngning funnits högt på agendan hela tiden, med ständiga uppmaningar till alla inblandade att arbeta förebyggande för att förhindra att undanträngning uppkommer. Detta har antagligen lett till att de största negativa konsekvenserna av satsningen har mildrats – men därmed inte sagt att ingen undanträngning alls uppkommit.

Sammantaget är det inte mycket i praktiken som talar för att den faktiska undanträngningen är av stor omfattning, eftersom inte minst koordinatörerna kan styra resursanvändningen. Just koordinatörerna har i en tidigare lägesrapport bedömts som en nyckelfaktor för en framgångsrik implementering av SVF.

De senaste åren har risken för undanträngningar diskuterats i debattartiklar utifrån professionen. Exempelvis har exempelvis vårdförloppet för blåscancer diskuterats²² med koppling till undanträngning, där författarna menat att kriterierna för att ingå i förloppet är så vida att det leder till onödiga undersökningar och därmed undanträngning av patienter med större behov av dessa utredningar. Även när det gäller patienter med godartad prostataförstoring eller patienter med njursten verkar de breda ingångarna till SVF ha medfört sämre tillgång till behandling enligt en senare inläga.²³

Eftersom undanträngningar är starkt kopplat till prioriteringar blir det högst relevant att bredda resonemanget till prioriteringar mellan olika vårdområden. Den satsning som nu gjorts på cancervården kunde ha skett på något annat område, och om det finns högre prioriterade områden kan detta alternativa område vara undanträngt till följd av SVF.

Sammanfattande reflektioner

Det fanns ingen klart uttalad definition av undanträngning i samband med införandet av SVF, vilket gjorde att olika aktörer tolkade undanträngning på olika sätt och besvarade frågor om risk för undanträngning olika utifrån dessa tolkningar. Under implementeringstiden har dock kunskapsnivån höjts och definitionen av undanträngning har presenterats återkommande, vilket fått till följd att allt fler (dock långt ifrån alla) relaterar undanträngningar till felaktiga prioriteringar. Följande definition används och är relaterad till den etiska plattformen för prioriteringar:

Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade åtgärder vid specifika tillstånd ges företräde framför högre prioriterade åtgärder vid specifika tillstånd.

När det gäller risken för undanträngningar i samband med införandet av SVF har en ganska samstämmig bild getts utifrån de handlingsplaner, möten, enkäter och intervjuer som belyst detta. Det framkommer en bild av att SVF effektiviserar starten av behandlingen av patienter med välgrundad misstanke om cancer, vilket i huvudsak har positiva aspekter på vården och resursanvändningen. De farhågor om undanträngning som lyfts är i huvudsak inriktade på de trånga sektorer som finns inom utredning och diagnostik, risken för att onödiga undersökningar genomförs samt att tider planerade för patienter som följer SVF ibland står tomma. Samtliga inblandade uppger också att de förhoppningsvis kan begränsa att dessa negativa konsekvenser uppstår genom att beakta riskerna för undanträngning.

En viktig faktor för att förebygga undanträngning är de koordinators som ser samtliga SVF: patienter och som har mandat att styra vården i enlighet med de specifika förloppen. Det är emellertid viktigt att koordinatorserna har ett brett uppdrag att se till alla patienter, så att inte SVF-patienter får förtur framför patienter med högre prioritet.

²² Holmäng H, Hedelin, H. Vårdförloppet för blåscancer bör fortfarande omvärderas. Läkartidningen.se Hämtat 2019-03-01,

²³ Sherif, A. Överläkare varnar: Ojämlig vård av godartad prostataförstoring. Överläkaren.se Hämtat 2019-03-01.

För att framöver kunna bekräfta om undanträngningar uppstår behövs framför allt bättre prioriteringsunderlag. Det finns många utmaningar inom svensk sjukvård, och det är uppenbart så att resurserna inte räcker till allt befolkningen önskar. Det gör att prioriteringar är nödvändiga. Förutom ekonomiska resurser är det ofta brist på personal, både allmänt och för flera specialistområden. Implementeringen av SVF är dock till största del en effektiviseringsprocess. Detta innebär förhoppningsvis att fördelarna med en mer effektiv process är större än de risker för undanträngning som finns.

5. Effekter av SVF på lärande i komplexa system

Sammanfattat

- Innebörden och syftet med SVF är inte på något sätt är nytt ur ett kunskapsperspektiv.
- Lärande och samsyn vid utvecklingen av nationella policydokument och ramverk inom ramen för SVF har varit centralt för regionerna vid utveckling av cancervården.
- God samverkan mellan nationell, regional och lokal nivå beslutsnivå samt mellan styrande logiker (politik, administration/ledning, vårdprofession) är nödvändig för att det ska ske ett lärande utifrån SVF.
- Realisering av SVF i klinisk verksamhet sker utifrån en förståelse av behovet att anpassa standardiseringen utifrån variationer i komplexitet hos de olika utredningsförloppen.
- Mekanismer som skapar förutsättningar för bättre lärande i vårdförloppet är bättre kontinuitet i insatserna, överlappande deltagande, tidsmässig närhet mellan aktiviteter teknikstöd samt enhetlig information och kommunikation.
- Ett viktigt lärande inom ramen för SVF har uppstått i skapandet av rutiner och arbetssätt i och mellan ingående verksamheter.
- Ett mer avancerat lärande, som bygger på fördjupade analyser av behov och skapandet av nya lösningar på identifierade problem, har varit begränsat under implementeringen.
- För att fortsatt verkställa och realisera förväntade resultat från satsningen bör patientfokus förstärkas, (dominerade) vårdlogiker och utmaningar med kompetensbrist adresseras.

I socialstyrelsens uppdrag ingick att bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter. Detta har inneburit att arbetssätten har genomsträvs av att lyssna, inbjuda till dialog och bedriva fördjupade analyser underlägs. Avsnittet bygger på underlag från satsningens fyra år (2015-2018).

- Resultat och analyser från innehållet i samtliga lägesrapporteringar
- Samtliga regioners handlingsplaner och rapporteringar
- Intervjuunderlag och dialoger i fyra regioner under satsningens fyra år.
- Fördjupade innehållsanalyser av lärande på olika nivåer.

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) ska ge en mer sammanhållen utrednings- och vårdprocess kring patienten och öka nöjdheten hos cancerpatienterna, bland annat genom bättre information och mer delaktighet.

Hälso- och sjukvården är dock komplex, liksom de frågeställningar och situationer som många patienter representerar. Den är dock inte bara komplex utan också adaptiv, det vill säga under ständig förändring, vilket kräver ett aktivt lärande som leder till förbättring och förnyelse. Alltså bör de sammanhang där SVF uppstår förstås, förklaras och förbättras inte bara som komplicerade system utan även som komplexa adaptiva system med förmåga att lära [33-37].

Införandet av SVF i cancervården inneburit ett lärande där olika organisationer har haft och skapat olika förutsättningar för medarbetare att lära och ta till sig ny kunskap, integrera den i befintliga verksamheter och omsätta den i en förbättrad tillämpning. Ett gott exempel på lärande inom SVF är relaterat till undanträngning (se kapitel 4) där den oklara bilden av begreppet inledningsvis skapade stora diskussioner inom de flesta verksamheter, men där arbetet med en samsyn om begreppet lett till fokus på prioriteringar och hur dessa kan göras bättre, snarare än på huruvida det är en faktisk undanträngning eller inte.

Det är viktigt att poängtera att syftet med SVF inte på något sätt är nytt ur ett kunskapsperspektiv; det finns en mångfald vetenskapliga rapporter och artiklar som påvisat nyttan med kortare väntetider och en mer sammanhängande vård för ökad nöjdhet hos patienterna. Exempelvis presenterar (Gerteis m.fl.) i boken *Through the patients eyes* att patienter upplever att de är i goda och kompetenta händer om vården de tillhandahålls karaktäriseras av 1) effektiv koordinering, 2) ett integrerat och enhetligt vårdsystem och 3) en medvetenhet om individuella behov och omständigheter [38].

I följande avsnitt presenteras analys och reflektioner av lärandet i de komplexa adaptiva system som varje SVF-förlopp representerar.

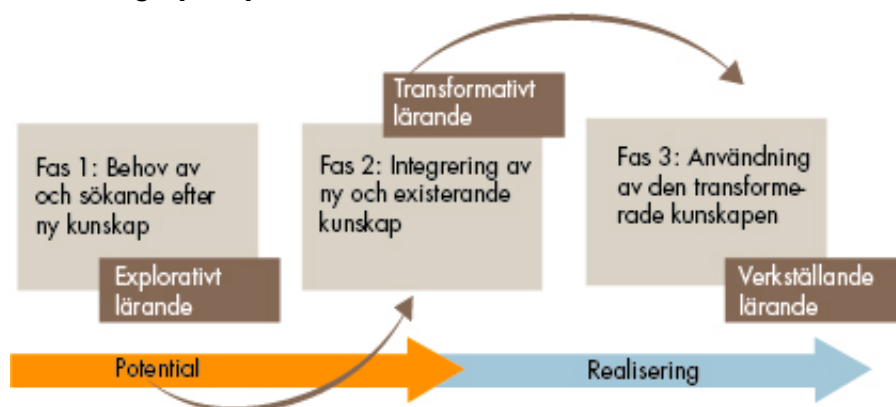
Många faktorer påverkar verksamheternas möjlighet till lärande

Socialstyrelsens uppdrag har inkluderat att följa regionernas arbete med att införa och implementera SVF i cancervården i syfte att bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter. Organisationers förmåga att absorbera kunskap har studerats sedan slutet av 1980-talet och ses som centralt för organisationers dynamiska förmågor.

Teorin om absorbtiv kapacitet adresserar organisationers förmåga och möjlighet att ta till sig kunskap och omsätta denna i rutiner, processer och arbetssätt som skapar varaktiga förbättringar och resultat i organisationer och gentemot dess användare och kunder [39]. Genom att studera lärandet inom och mellan regioner i förhållande till de aktiviteter som gjorts och resultat som genererats kan både framtida utvecklingsbehov och eventuella spridningsmöjligheter till andra satsningar göras.

I figuren 4 nedan illustreras kunskapsutveckling inom organisationer som en lärandeprocess i tre faser.

Figur 4. Absorbtiv kapacitet som tre faser av lärande enligt Lane et al. (2001) samt potential och realisering av absorbtiv kapacitet enligt Zahra och George (2002)



Källa: Lane med.fl. (2001) om faser och Zahra och George (2002) om potential och realisering.

Den första fasen handlar om att medvetandegöra att ny kunskap behövs samt en initial förståelse av denna. I den andra fasen sker en integrering av den nya kunskapen med existerande kunskap, det vill säga en transformering till den rådande kontexten. Fas två är avgörande för lärandets realisering, det vill säga för om den nya kunskapen ska stanna vid en potential eller gå vidare och omsättas i en varaktig förändring [40].

Det är inte förrän i den tredje fasen, det verkställande lärandet, som några faktiska resultat kan genereras. Det är där kunskapen går från att vara något som medarbetare känner till och eventuellt förstår till att också påverka och förändra arbetssätt, processer och rutiner och resultat. I denna fas ska strukturer etablerats, processer och rutiner ha gått från tester till breda implementeringar och medarbetare informerats och involverats i de nya förutsättningar och arbetssätt som råder.

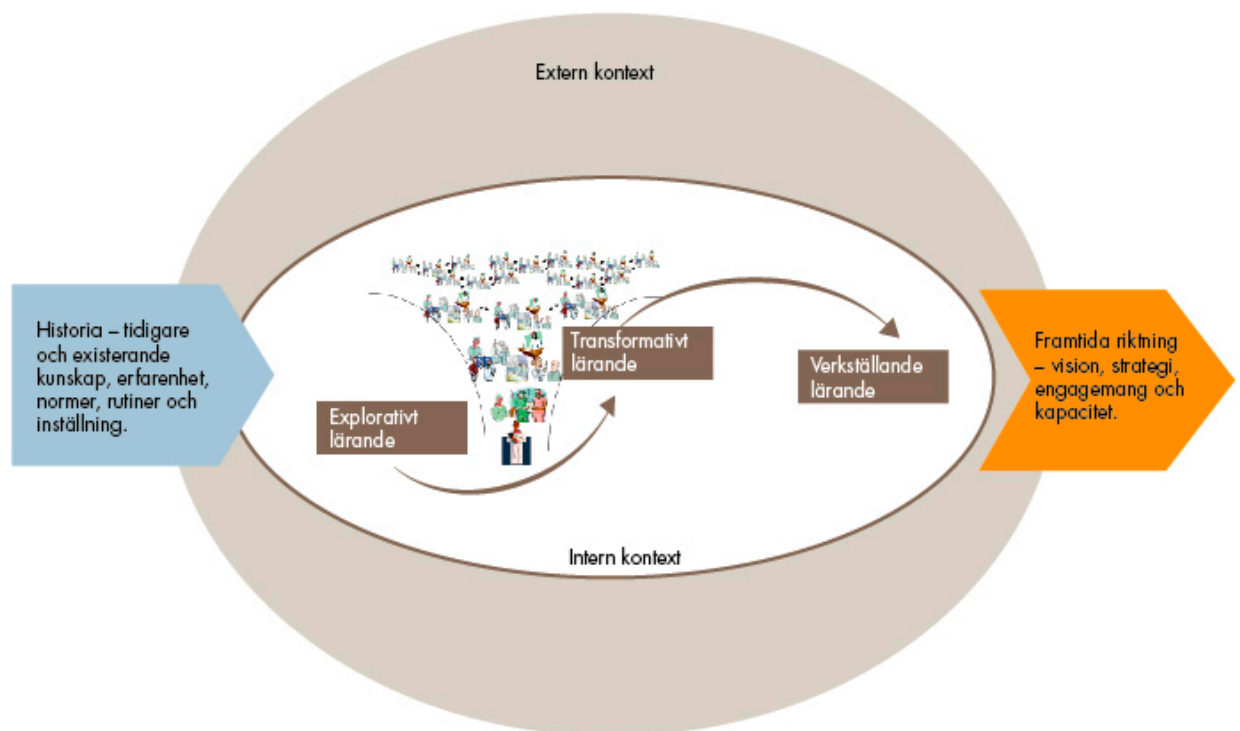
För att förstå det lärande som sker inom ramen för SVF utgår vi från de delar i vårdsystemet som involveras, inte minst eftersom SVF är en nationell reform som ska implementeras i olika kontexter med syfte att skapa jämlikhet över regiongränser. Betoningen av den lokala kontexten och friheten att utgå från lokala förutsättningar när förändringar och satsningar ska åstadkommas lyftes fram redan i Socialstyrelsens första lägesrapport [4]. Den kontextuella betydelsen är central för komplexa adaptiva system och utgörs av ett antal kontextuella faktorer som influerar organisationers och individers förmåga att lära och skapa varaktiga förändringar.

I Figur 5 nedan illustreras fyra områden som har direkt inverkan på en lärande och den absorbtiva kapaciteten:

- den interna kontexten (mikrosystemet), det vill säga rådande förutsättningar vad gäller kompetens/personal, synsätt, rutiner, arbetssätt och engagemang
- den externa kontexten (makrosystemet), det vill säga närmiljö (regional politik) och nationell/internationell miljö (nationella riktlinjer, lagar och liknande)

- historien, det vill säga verksamhetens tidigare erfarenhet, kunskap, arbets-sätt, rutiner och normer
- den framtida riktningen, det vill säga om det finns tydliga visioner och strategier som är förankrade och kommunicerade och som driver samsyn och ett engagemang hos medarbetare och chefer.

Figur 5. Influeraande och beroende faktorer för en organisations förmåga och möjligheter till lärande vilka här definieras som intern respektive extern kontext, historia (eng. *path dependence*) och framtida riktning.

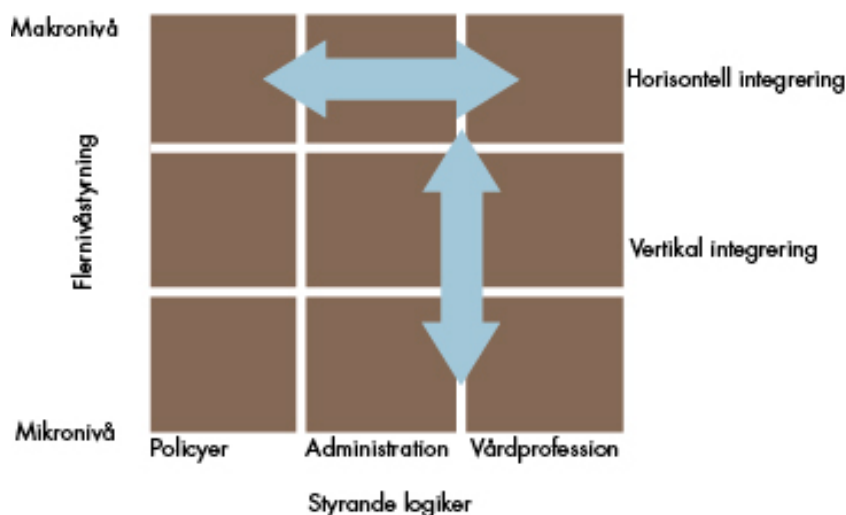


Eftersom satsningen inbegriper olika systemnivåer – allt från nationella aktörer till regional ledning och stöd (makro- och mesosystemet) till vårdverksamheter och kliniska processer (mikrosystemet) – kommer flernivåstyrningen och dess principer, möjligheter och begränsningar in som en central del i SVF. I en välfungerande flernivåstyrning behöver de olika nivåerna samverka effektivt för att skapa förutsättningar för god implementering. Förutom krav på god vertikal samverkan behöver också olika styrande logiker samsas för att underlätta den horisontella samverkan.

Även om att beslutsnivåer i den vertikala styrningen kan påverka och styra implementeringsprocesserna spelar även normer för handlingar en central roll, det vill säga professionens medicinska synsätt och erfarenhet, tjänstepersonernas administrativa kultur och rutiner samt politikens funktionssätt. Dessa kan slå tillbaka, förändra eller medverka till oförutsedda konsekvenser av implementeringen.

Med utgångspunkt i den absorbtiva kapaciteten och de tre faserna av lärande är frågan hur dessa nyttjas i det system som initierar, utvecklar och realiserar SVF. I det sammanhanget blir nedanstående modell relevant (figur 6).

Figur 6. Vårdsystemet i två dimensioner: flernivåstyrning och styrande logiker



I nedanstående avsnitt lyfter vi fram några centrala aspekter av lärande utifrån denna systembeskrivning (citaten är från flera års dialoger i fyra regioner).

Explorativt lärande börjar med de nationella ramverken

Utvecklingen av nationella policydokument och ramverk inom ramen för SVF har varit centralt för regionernas utveckling av cancervården. Det kanske låter självklart, men förtjänar ändå att belysas. En fråga är på vilka sätt det nationella stödet har haft betydelse för regionerna. I regionerna sker kontinuerligt översättningar av de olika mallar och koder som tagits fram nationellt. Ett exempel på hur det går till beskrivs av en representant tillika projektledare från en region:

Förloppen har varit välarbetade. De har varit ute på remiss. Visst, det har varit bråttom när de skulle komma, och de första kom väldigt tätt inpå, det visste vi... Och vi har tagit dem till oss och sedan har vi gjort egna lokala versioner tillsammans med primärvården [i lokala vårdprogram].

Här spelar utformningen av SVF stor roll, och generellt har det varit stor uppslutning kring detta arbete. Arbetet har även varit uppskattat; det som lyfts fram är att vårdprofessionen och även patientföreträdare har varit delaktiga i utformningen av de nationella ramverken. Några hävdar att denna

form av partnerskapslösning är unik och något som inte har varit så framgångsrikt i andra initiativ. I och med den breda samverkan och betydande expertkunskap som sker i samband utvecklingen av de nationella ramverken skapas modeller som möjliggör lärande och förståelse. En verksamhetsföreträdare för en region menar följande:

SVF har gett en systematik i vad som ska utredas och [primärvården] är lojal med den.

De nationella ramverken blir fasta hållpunkter där företrädare för olika delar av vården och aktörer på förvaltningsnivå kan föra diskussion och dialog med såväl professionen som såväl med aktörer inom andra organisationer (till exempel RCC). Detta innebär inte att företrädare för de olika delarna alltid är överens, men det är via de nationella ramverken som olika aktörer får klarhet i vad man har samsyn kring och var olikheter finns.

De standardiserade beskrivningarna ger med andra ord möjligheter till lärande på systemnivå. SVF ger förutsättningar att se helheten, vilket är något som de med hög kompetens i verksamheten inte alltid ser menar bland annat en läkare i en region:

De som sitter med hög kompetens längre in i det specifika vårdförloppet kan faktiskt inte svara på väldigt adekvata frågeställningar om hur vi ska utreda från A till B till C.

Sammanfattningsvis vill vi poängtera att graden av sammanhållet, explorativt lärande utifrån SVF i regionerna är otvetydigt kopplad till den nationella nivåns insatser för att skapa ett gemensamt språk. En företrädare tillika projektledare för en region pekar på behovet av att man kommer överens nationellt:

Det är värdefullt att göra saker tillsammans med andra i landet. Både det stöd som RCC nationellt, RCC Norr och SKL gör är viktiga fundament för att det ska bli enklare och framför allt likartat.

Ramverken kan anpassas lokalt via ett transformativt lärande

Behovet av samverkan mellan olika beslutsnivåer och olika handlingslogiker blir tydligt i utveckling av SVF. Ett naturligt steg efter att man har kommit överens om de nationella ramverken är att arbeta med utveckling i regionerna och dess förvaltningsområden. Denna process sker översiktligt genom att den nya kunskapen från ramverken integreras med etablerade rutiner, arbetssätt och kunskap i regionerna. Den nya kunskapen implementeras med andra ord inte oförmedlad utan den transformeras med utgångspunkt i var man för närvarande står i frågorna.

För att åstadkomma ett transformativt lärande där ny och etablerad kunskap möts måste det finnas legitimitet för frågorna på alla nivåer. Återkommande beskrivs att det generellt sett finns samsyn om att man ska arbeta med utveckling av cancervården, även om att det finns olika budskap om hur det

ska gå till. De angreppssätt som utarbetats inom ramen för SVF är trovärdiga för många. En företrädare, tillika projektledare för en region poängterar följande:

Politiknivån är ju väldigt på det här och intresserade. Det är över huvud taget lätt att sälja det här budskapet i alla organisationer, det måste jag säga. Till och med hos revisorer.”

Även om att den politiska styrningen spelar en central roll för legitimitet och resurssättande av SVF sker det konkreta arbetet med transformering av de nationella ramverken till realiserade idéer i vårdverksamheter genom något så kallade intermediärer i gränssnitten mellan den nationella och den lokala beslutsnivån. I figur 6 ovan rör det framför allt den regionala nivån med företrädare för såväl administration som vårdprofessionen.

En central roll för intermediären är att underlätta processer genom att koordinera olika aktörer och länka initiativ. Intermediären är också ofta involverad i utvecklingsfrågorna under kortare eller längre tid. Ett exempel på hur intermediären har arbetat med SVF i region Skåne bygger på ett ansvar och uppgifter lokalt successivt förflyttas som enligt projektledaren har handlat om:

Gradvis har mer och mer arbete skjutits ut. Initialt låg mycket arbete på mig och centralt, och mycket styrning därifrån. Det senaste året/de senaste åren har det gradvis gått över mycket mer till de lokala råden, till cancer-samordnarna och till dem som är huvudansvariga i varje förvaltning.

Intermediären är därmed länken mellan den nationella och den lokala nivån och binder ihop såväl olika verksamheter som verksamheterna med deras omgivningar. Prioriteringar görs också i hög utsträckning av intermediären som på så sätt blir en översättare som väljer ut områden att fokusera på och arbeta med. Ett tydligt exempel på detta är Region Östergötlands satsning på en enhet med standardiserat flöde för samtliga ingående SVF – enheten för samordnad cancerutredning.

Några exempel på hur intermediärer i regionerna arbetar för att samordna och utveckla SVF och cancervården är att de:

- samordnar för lärande mellan olika diagnosgrupper och genomför pilotstudier för att pröva SVF, anordnar vid behov regionala utredningar
- utformar roller och ansvar för kontaktsjuksköterskor och koordinators och ingår i cancerråd
- tar fram analysstöd för av mätmetoder, beslutsstödsystem och redovisning av mätningar
- koordinerar processledares arbete och samarbetar med RCC
- utbildar kontaktsjuksköterskor och koordinators
- utbildar primärvård, akutvård och på läkarutbildningen om SVF och alarmsymtom vid cancer.

Intermediären har en central roll i det transformativa lärandet och i arbetet med att integrera ny extern kunskap med befintliga arbetssätt. Frågan om

huruvida detta bidrar till hållbara lösningar är dock inte helt enkel. Det handlar om i vilken grad intermediären stödjer utvecklingsinitiativet, på vilket sätt arbetet stöds samt i vilken utsträckning de kliniska verksamheterna får stöd att anpassa lösningarna till specifika kontexter. En betydande risk för avbrott sker när externa medel exempel slutar att tillföras. Risken är då att intermediärens arbete behöver dras ner. Inte sällan sker detta när nya, andra, initiativ ska sättas igång.

Sammanfattningsvis skapar intermediären länkar mellan den nationella och den lokala nivån och binder ihop såväl olika verksamheter som verksamheterna med deras omgivning. Ett exempel där intermediären får en konkret roll är koordinatören som utifrån kunskap om metoder och angreppssätt om SVF arbetar i det praktiska kliniska arbetet. Koordinatören blir då en bärare av SVF:s arbetssätt.

Prioriteringar görs också i hög utsträckning av intermediären om utvecklingar, som på så sätt blir en översättare som väljer ut områden att fokusera på och arbeta med. Genom dessa prioriteringar kommer aktiviteter i implementeringskedjorna att stärkas, medan andra länkar tonas ner.

Ytterligare en faktor som bidrar till det transformativa lärandet är att det finns variationer mellan de olika cancerformerna i SVF. I det transformativa lärandet ligger integrering av ny kunskap med existerande kunskap, och för att gå från potential till realisering behöver det göras olika val för att möta de behov som finns hos personer med misstanke om cancer, där vissa förlopp har en mer tydlig utvecklingsprocess medan andra är mer komplexa. I nedanstående avsnitt lyfts variationer mellan patientgrupper.

Variationer mellan patientgrupper påverkar standardiseringsarbetet

Graden av standardisering är avhängig patientgruppens komplexitet. För enklare patientgrupper kan patienter genomgå ett ganska enkelt och standardiserat förlopp, och komplexa patientgrupper som tidigare lotsats runt i vårdssystemen får nu möjlighet till bättre vård genom SVF. I utredningsprocesserna om SVF beskrivs symtomen om välgrundad misstanke och symptom som ska alarmera att det inte står rätt till. Dessa kriterier och symptom gör exempelvis primärvårdsläkaren kan lotsa patienter vidare till adekvat vård. Såväl enklare som mer komplexa behov hos cancerpatienter får därmed stöd i SVF men på olika grunder.

Därutöver kan variation i sjukdomsbild och symptom som är mer eller mindre diffusa göra att vissa patientgrupper får mer eller mindre tillträde till SVF. Regionala företrädare och läkare i verksamheterna menar att det som ofta benämns som enklare cancerflöden – och här lyfts urologi och lungcancer fram – har en hög andel som genomgår SVF, och en företrädare lyfter de relativt tydliga kriterierna för att komma in i SVF:

När det gäller de urologiska flödena tror jag att vi har en rätt hög procentandel som går genom SVF. Det är ju ganska enkelt – antingen en prostataförstoring identifierad hos remittent eller ett PSA-värde. Då vet man att de ska skickas in i SVF

Några anledningar till att man verksamheterna sig till SVF på olika sätt är att vissa diagnoser har snabba sjukdomsförlopp där överlevnadssannolikheten är låg. Ett exempel är patienter med bukspottkörtelcancer där det är svårare och möjligen inte lika angeläget att standardisera.

För [cancer i]bukspottskörtel är det 60 procent som avlider inom sex månader efter diagnos. Om man då ska standardisera det blir det bara att du standardiserar för den lilla kohort som har små tumörer, som är pigga och raska och som kan opereras.

(Läkare)

Möjligheten att upptäcka förmodad cancer genom de standardiserade alarmsymtomen i välgrundad misstanke varierar mellan olika cancerformer. Även om detta i hög utsträckning handlar om att säkra ingången finns det vissa enklare alarmsymtom som gör att SVF aktiveras lättare. Standardiseringen av alarmsymtom när patienten uppsöker vård har successivt medfört prioriteringar mellan olika patientgrupper. De patienter som i högre utsträckning tas omhand i dag är de med återfall och diffusa symptom. Just dessa grupper har enligt flera företrädare för regionerna vunnit mycket på SVF, eftersom de tidigare lotsades runt i vårdsystemet utan åtgärd. En administrativ företrädare för en region poängterar vilka vinster som uppnås, utifrån frågan om risken med att standardisera för patienter med mer diffusa symptom:

Jag tror man hittar fler och vinner fler av dem som tidigare skickades runt. Det var ingens ansvar och allas ansvar på något sätt. De här skickas ju utifrån att primärvården får en känsla av att det nog är en patient som är sjuk men där man inte kan säga vad det är.

Standardiseringsarbetet anpassas därför utifrån de olika förutsättningar och konsekvenser som följer av en viss sorts cancerform. Detta är en i grunden praktisk fråga där SVF ställs i relation till de sammanhang där arbetssätten avser att stödja verksamheten, och det är på förhand svårt i många avseenden att veta i vilken utsträckning standardiseringsarbetet faktiskt spelar roll. Återigen kommer det transformativa lärande in i bilden. Genom att införa, testa och utvärdera nya arbetssätt och metoder skapas möjlighet att lära hur vården svarar på de nya idéerna.

Genom SVF skapas en möjlighet att generera kunskap om de dilemman och vägval som vården ställs inför när det gäller standardiseringen. En vanlig föreställning är att komplexa hälsoproblem inte låter sig hanteras speciellt bra i ett standardiserat processförlopp. Tankegången är den att standardisering minskar variation medan komplexitet innebär högre variation. Utgångspunkten för en sådan tankegång är att den inte tar hänsyn till att det saknas

full kunskap från början och att man måste starta om läro- och provprocessen gång på gång. Men erfarenheter från satsningen visar paradoxalt nog att cancer som är mer svårupptäckt, med diffusa symptom och återfall, under vissa omständigheter gynnas av SVF:s införande. En viktig del i det är att SVF skapar en trygghet bland primärvårdsläkare att remittera vidare trots att det råder osäkerhet om vad problemet består i. Denna minskade osäkerhet är en nyckel till att skapa ett bättre lärande.

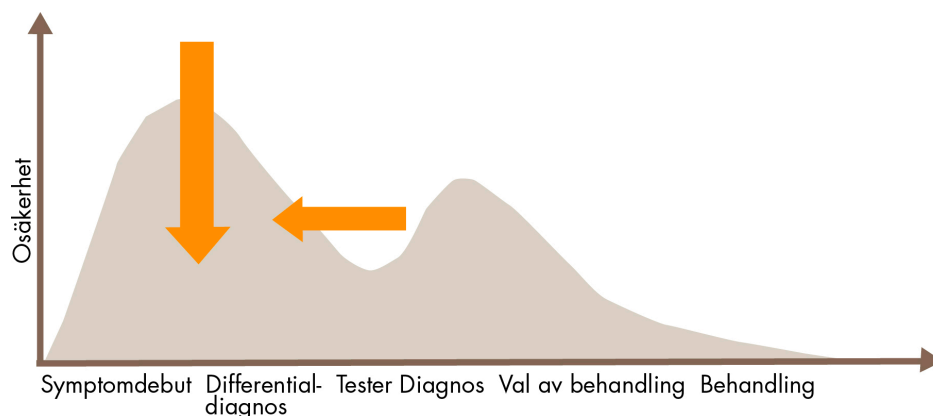
SVF minskar osäkerheten i vårdprocesser via verkställande lärande

Komplexitet och kunskap om hur man ska agera spelar en viktig roll för möjligheten att standardisera och driva förbättringsarbete. Osäkerhet och bristande samsyn minskar möjligheten att standardisera. Hög osäkerhet, till exempel diagnostisering av flera olika cancerformer, innebär därmed att arbetet behöver vara flexibelt organiserat för att fånga in mångfalden av olika möjliga sjukdomsutfall.

För att skapa en effektiv organisering av arbetet krävs en matchning mellan det underliggande problem som ska hanteras och vårdens metoder. Det stor skillnad i hur man organiserar sina arbetsprocesser för att exempelvis vaccinera ett stort antal patienter eller att utreda orsaker till många och diffusa symptom som kanske handlar om cancer. För att möta de olika behov som individer har behövs olika organisationsformer.

Osäkerheten i vad som ska göras i olika steg i ett vårdförlopp förklarar varför man ibland behöver arbeta iterativt, det vill säga genom en mer ändamålsenlig *trial and error*-process. Figur 7 nedan illustrerar osäkerheten i vårdens olika delar.

Figur 7. Osäkerhet i vårdens olika delar; pilarna i bilden visar hur osäkerhet kan minska.



Källa: Bohmer, R. Designing care. Aligning the nature and management of health care, 2009.

Vid hög osäkerhet om en patients hälsoproblem handlar det om att utvärdera och hantera komplexa, svåra och multipla problem. Vid låg osäkerhet kan man i högre utsträckning standardisera, det vill säga ha en given lösning på ett givet problem.

Modellen ovan visar också att det finns potential till lärande. När osäkerheten i diagnosarbetet minskar, så minskar även osäkerheten om patientens hälsoproblem (vertikal pil i figur 7) och likaså kan processen snabbas upp (horisontell pil i figur 7). Över tid – och med ackumulering av såväl medicinsk, organisatorisk som teknisk kunskap – blir vården allt bättre på att klara av dessa olika steg.

Som poängterades i föregående avsnitt handlar graden om standardisering i hög utsträckning om graden av osäkerhet i vården – allt från att utesluta vissa diagnoser och att hitta rätt, till att fastställa rätt behandlingsmetod – där stor osäkerhet leder till att svårigheter att standardisera i allt för hög utsträckning. Här har SVF på flera sätt bidragit till att minska osäkerheten bland annat för primärvårdsläkare som nu har fått stöd för välgrundad misstanke. Standardiseringen via olika alarmsymtom har därmed minskat osäkerheten inledningsvis i vårdprocesserna. Framgångsfaktor för standardiseringen av SVF-mallarna har varit att de har bäddats in i lösning som gör det lättare för vårdpersonal i primärvården att identifiera symtomen.

När standardiseringen verkligen fungerar i lokal kontext sker det som ett resultat av att verksamheterna upplever att de får nytta av dem. Det är långt ifrån alla nationella initiativ som faktiskt får fotfäste i de lokala primärvårdsverksamheterna, men när det gäller SVF uppfattar många företrädare i regionernas verksamheter att så faktiskt har skett i flera fall.

Förutom att osäkerheten har minskat genom uttalade alarmsymtom för olika cancerformer finns det också förutsättningar för en snabbare utredning. Det vill säga en förflyttning till vänster i ovanstående figur (figur 7). Nedan redogör vi för ett antal aspekter i SVF som bidrar till detta.

Insatser i tidiga faser av vårdförloppet har i högre utsträckning direkta konsekvenser för senare aktiviteter.

Detta handlar om effektiviteten i omhändertagandet av patienten när denna remitteras och överförs mellan olika delar i vården. Traditionellt finns en problematik att det sker ett omtag med exempelvis samma tester när patienten får en ny vårdgivare.

I och med att SVF skapar en tydlighet i roller och ansvar, och att utformningen av detta inte sällan har skett i samförstånd, ökar förståelsen för vad de olika delarna ska utföra. Alarmsymtomen och de standardiserade remissernas utformning är ett tydligt exempel på detta. Tilltron till andra vårdgivares aktiviteter ökar och stärkt med ett sådant angreppssätt.

Delar av vårdförloppet överlappar varandra

Beroenden mellan olika vårdgivare i flödet, det vill säga dem som deltar i olika överlappande aktiviteter och utredningar spelar en viktig roll för att patienten utreds snabbt. Patienten deltar i hög utsträckning i de flesta aktiviteterna, om än inte samtliga (till exempel multidisciplinära konferenser, MDK), och man kan anta att patientens inflytande och medskapande spelar stor roll.

I och med att patienten är den enda som upplever hela vårdförloppet behöver inflytandet vara utvecklat till patientens fördel. Här spelar kontaktsjuksköterskan och koordinatören en central roll i och med att de kan överlappa och delta i olika aktiviteter.

Aktivitaternas tidsmässiga närhet stärker helheten i vårdförloppet

Aktiviteter som sker nära varandra tidsmässigt leder även till en bättre helhetsupplevelse för patienten. Här kan SVF uppvisa förbättringar, där tiden från välgrundad misstanke i primärvården till fortsatt utredning i specialiserad vård i flera fall har minskat. Vi ser exempel på hur man standardiserar återkommande tider för att skapa utrymme för SVF, både via förbokade tider och möten som återkommer med viss frekvens. Detta skapar en rytm som gör att processen stärks.

När vården integreras och flera vårdgivare deltar i gemensamma aktiviteter märks detta tydligt. Det kan gälla förbokade tider till magnetröntgenundersökning eller MDK med jämna tidsintervall.

Teknikstödet skapar ett flöde mellan aktiviteter

Via SVF-mallar och datorstöd skapas kopplingar och beroenden mellan olika aktiviteter i flödet. Exempelvis vittnar uppföljningen om betydelsen av standardiserade remisser som är fullödigare än tidigare remisser att viktiga delar för bedömningen i den vidare hanteringen besvarats.

Information och kommunikation är enhetlig

Återkommande handlingar skapar förutsättningar för att olika aktiviteter i ett flöde knyts samman. Inom ramen för SVF handlar det bland annat om att kommunicera på ett tydligt och enhetligt sätt såväl mellan patient och vårdgivare som mellan olika vårdgivare och system.

Det finns ytterligare en aspekt av välgrundad misstanke som gör att denna intervention faktiskt vunnit terräng. I flera uppföljningar framkommer att kommunikationskanaler förbättrats från primärvården till den sjukhusanknutna vården och att patienterna får hjälp och stöd i det fortsatta arbetet på ett adekvat sätt. Tilliten mellan primärvården och sjukhusvården har därmed ökat. Standardiseringen genom alarmsymtom har bidragit till bättre patientöverlämning och dialog mellan involverade verksamheter.

Baslärandet har ökat genom SVF

En central fråga, både för det fortsatta arbetet med SVF och spridningen till andra områden inom hälso- och sjukvården, är vad som faktiskt lärts. SVF innehåller inget nytt rent kunskapsmässigt vad som kan förväntas av modern cancervård. Lärandet har mer handlat ett lärande för samtliga involverade att skapa en sammanhållen utredningsprocess enligt SVF som är jämlik och ökar nöjdheten hos patienterna.

Nivåer av lärande kan kategoriseras på olika sätt. Lärande ske på basnivå respektive avancerad nivå [41-44]. Basnivålärandet fokuserar på att minnas, förstå och tillämpa kunskap, och det uppstår i organisationer när fel korrige-

ras, rutiner uppdateras och nya mallar används. Därmed utvecklas existerande arbetssätt. Avancerad lärandenivå däremot inkluderar analys, värdering och skapande och uppstår dels när analyser genomförs och rådande antaganden ifrågasätts. Denna nivå av avancerat lärande handlar exempelvis om ökad förståelse för helhet, se nya möjligheter till förnyelse och pröva nya lösningar och arbetssätt.

I denna del redovisas resultat och insikter baserat på en fördjupad innehållsanalys av regionernas absorbtiva kapacitet, det vill säga förmågan att ta till sig ny kunskap och nya arbetssätt (explorativt lärande). Följt av hur regionerna omsätter ny kunskap genom förbättrade processer (transformerande lärande) och hur arbetssätten blir hållbara (verkställande lärande).

Sammanfattningsvis har samtliga regioners rapporter (handlingsplaner och rapporteringar) studerats och utdrag från dessa kodats utifrån typ av lärande och vilken fas lärandet ses representera. Exempelvis har ett identifierat behov om justering av en rutin eller mall kodats som utforskande lärande på basnivå, medan rapportering av goda resultat från en implementerad rutin har kodats som verkställande lärande på basnivå. Vidare har exempelvis frågeställningar om hur vården tillsammans kan förbättra och utveckla utifrån patienters och närståendes perspektiv kodats som utforskande lärande på en avancerad nivå medan initiering av fördjupningsprojekt kodats som transformativt lärande på en avancerad nivå. I tabell 8 och 9 nedan presenteras exempel på rapporterat lärande utifrån lärandefaserna inom absorbtiv kapacitet och typ av lärande – bas eller avancerat.

Tabell 8. Exempel på basnivålärande och fas av lärande – explorativ, transformerande eller verkställande, citat från rapporternas beskrivningar (region/år för lämnad rapport)

Basnivålärande	
Explorativt lärande	RCC Väst har som planerat arbetat fram en beskrivning över den kompetensbrist som råder i regionen. (Västra götalandsregionen/2018) Det finns fortfarande förbättringsmöjligheter i informationsöverföringen till och från MDK fram till start av behandling. (Region Gävleborg/2016) Information till primärvården kommer att utökas, med bl.a. personliga infomöten på alla vårdcentraler i Skåne. (Region Skåne/ 2016) Inom främst primärvården har förankring och involvering i processerna dock hittills upplevts vara låg och svårigheter har funnits med att nå fram. (Region Västerbotten, 2016) Genom en journalgranskning av patienter som fått en cancerdiagnos i de fem första förloppen med långa ledtider ser vi att patologen och röntgen huvudsakligen inte varit orsak till detta. (Region Örebro/2017)
Transformerande lärande	Tillsammans med PV har skapats tydliga rutiner för hur man exakt skall gå tillväga när man startar en SVF. (Region Skåne/2018) Vi har infört hälsoskattningsinstrument som numera finns i vårt journalsystem... Vi tror att hälsoskattningsinstrumentet kommer bli en god hjälp vid upprättande av Min Vårdplan. (Region Värmland/2018) Årets arbete inneburit att en aktivitetsplan för kvalitetssäkring av data har tagits fram. (Västra götalandsregionen/2018) I samband med framtagandet av förvaltningsorganisationen efter 2018 har ansvaret för att följa PREM-mätningar tydliggjorts i uppdragsbeskrivningar. (Västra götalandsregionen/2018) Lokala primärvårdsversioner av SVF finns framtagna efter överenskomna rutiner i vårdkedjan. (Västerbotten/2016) Under det snabba införandet av många nya processer har det funnits behov av att samlas för att fånga upp utmaningar och för att sprida goda arbetssätt. (Region Uppsala/2017)
Verkställande lärande	Ett införande och ökat användande av standardiserade remissmallar som innehåller strukturer för information enligt SVF, och som efterfrågas av mottagande lands-ting/region i befintligt journalsystem. (Region Gävleborg/2018) Ett arbete att överföra de digitala uppföljningssystemen av SVF från projektform till ordinarie verksamhet är nästan slutförd. (Region Skåne/2018) Avseende MVP ... resultatet visar att patienter i högre grad rapporterar tillgång till kssk och MVP (54 %). (Region Stockholm/2018) Förbättringsarbetet för att minska ledtider inom radiologin och patologin är effektiviserat arbetsflödet. (Region Värmland/2018) DC finns nu på tre sjukhus i Skåne: Malmö, Kristianstad och Helsingborg. (Region Skåne/2016)

Källa: SVF handlingsplaner och rapporter från regionerna 2016, 2017 och 2018.

Ur ett lärandeperspektiv verkar SVF huvudsakligen handlat om lärande på basnivå. Mycket arbete har lagts på att ta fram koder samt etablera nya rutiner och mallar, tillsammans med mycket informations- och kommunikationsarbete om detta. Följaktligen har både de enkla och komplicerade frågeställningarna haft stort fokus, och det är inte förrän de senare avrapporteringarna som nya kunskapsbehov av mer komplex natur lyfts fram. I komplexa adap-

tiva system är det dock avgörande att en grundläggande förståelse och etablering av vardagliga rutiner skapas först, eftersom det förstärker behovet av att ytterligare interagera inom och mellan verksamheterna.

Nedanstående exempel från regionernas rapporter 2017 - 2018 lyfter fram identifierade nyttor med att etablera arbetssätt och rutiner för att det bidrar både till att engagera medarbetare och till effektivitet, för att sedan kunna arbeta med förbättringar snarare än utifrån fel och brister.

Processarbetet kring SVF har successivt förenklat vårt arbetssätt framförallt genom att vi arbetat med tydliga instruktioner och förenklade uppföljningsrapporter mm, vilket gör att det känns som ett effektivt och naturligt arbetssätt som vi inte tänker överge.
(Region Värmland/rapport, 2018).

I samband med införandet [av SVF] har rutiner och verktyg för att bland annat följa ledtiderna i de olika förloppen utvecklats och vunnit stort intresse. (Västra götalandregionen/rapport 2018)

Ett stort mål och utmaning är att få systemet att bli självgående och självkritiskt så att mindre tid kan läggas på att rätta till fel och mer tid att utveckla och förbättra.
(Region Örebro/rapport 2017)

Baslärandet utgör också en viktig grund för att kunna angripa mer avancerat lärande eftersom överföringen av kunskap är beroende av styrkan i de erfarenheter och relationer som finns inom ett vårdförlopp. Tack vare att de nationella uppföljningarna av ledtider mättes över organisatoriska gränserna tvingades specialistvård på sjukhusen och primärvård till ett nytt beroende i mätningar som krävde nya samarbeten.

Under projektåren har platsbesök och nätverksträffar genomförts vilket varit uppskattat och setts som relationsskapande arenor som till del bidragit till ökad samsyn vid utveckling.
(Region Jönköpings län/rapport 2018)

Etableringen av rutiner lyfter fram ett antal interorganisatoriska beroenden, vilket exempelvis rapporterats från flera regioner vad gäller exempelvis förbättrade remissrutiner och processer inom radiologi och patologi. Från primärvårdsperspektivet (se kapitel 3) redovisas en smidigare process med färre antal korrigeringar av remisser och ökad tillgänglighet vid sjukhusen. För ett fortsatt framgångsrikt arbete med tidig upptäckt och utredning av cancer kommer styrkan i relationen mellan primärvård och specialistvård vara avgörande.

Tabell 9. Exempel på avancerad lärandenivå och fas av lärande – explorativ, transformerande eller verkställande, citat från rapporternas beskrivningar (region/år för lämnad rapport)

Avancerad lärandenivå	
Explorativt lärande	... analysera de mer komplexa utmaningar som nu framträder och då är det viktigt att inte endast fokuserar på ledtider och inkludering i SVF utan även väga in medicinska resultat och patienternas erfarenheter av vården. (Region Östergötland/2018) Frågeställningarna som kommit upp under 2018 handlar om hur vi inom vården tillsammans kan förbättra och utveckla utifrån patienters och närståendes perspektiv. (Region Gävleborg/2018) Vi ser att behovet av att behöva vara mer lyhörda och efterfråga vad patienten och dess närstående saknar/önskar för att utveckla en vård tillsammans. (Region Gävleborg/2018) Under 2018 har projektledningen genomfört en flaskhalsinventering i regionen. Resultatet pekar på ett antal områden inom varje förlopp och förvaltning som kräver särskilda insatser för flödeseffektivitet. (Västra götalandregionen/2018) I syfte att öka patienters delaktighet på Akademiska sjukhuset görs nu ett omfattande arbete för att kartlägga metoder, modeller och goda exempel på hur patienter kan göras mer delaktiga i sin egen vård, men också i att utforma vården för andra patienter. (Region Uppsala/2017)
Transformerande lärande	Ett projekt har under hösten startat i samverkan med alla patientflöden i Tema Cancer Karolinska för att hitta rutiner som säkrar att alla patienter erbjuds MVP med ett personcentrerat fokus. (Region Stockholm/2018)
Verkställande lärande	Inga exempel identifierade i analysen.

Källa: SVF handlingsplaner och rapporter från regionerna 2016, 2017 och 2018

Samtidigt tål det att reflekteras över om baslärandet varit tillräckligt effektivt eftersom det fortgått genom hela processen men det är inte förrän i de sista rapporteringarna (2018) som en mer avancerad lärandenivå har blivit synlig.

Medan flera regioner inledningsvis rapporterade om att införandetakten upplevdes för snabb har detta inte framgått i senare rapporteringar, och således borde det inte vara en betydande anledning till den mindre andelen rapporterat avancerat lärande. Vidare är det få regioner som rapporterat om bristande tid och engagemang hos medarbetare utan många har menat att SVF skapat ett intresse och setts som viktigt från de kliniska verksamheterna.

En analys av de mer avancerade nivåerna av lärande (tabell 9) visar ett explorativt lärande om hur vårdens logik fungerar, hur ökad förståelse för patienters situation ska kunna uppnås och omsättas i förbättrade processer. Därutöver lyfts hur närstående ska kunna involveras samt hur *Min vårdplan* ska nå alla patienter. Det senare ligger i linje med SVF-satsningens mål som utöver ledtiderna även fokuserar på ökad nöjdhet hos patienten, bland annat genom information och mer delaktighet – det som den avancerade lärandenivån representerar. Det finns endast ett fåtal exempel i beskrivningarna i regionernas handlingsplaner som tyder på transformativt lärande på avancerad nivå, och något verkställande lärande på avancerad nivå har vi inte kunnat påvisa i analyserna.

Ur ett lärandeperspektiv hade det varit önskvärt att mer avancerat lärande adresserades i den avrapportering som skett, inte minst eftersom rapporterade

utmaningar (som kan ses *input* till explorativt lärande) varken lyfts till mer övergripande nivåer eller initierat satsningar för att lösa mer långsiktiga problem. Ett exempel är patientperspektivet (delaktighet, upplevelse och värdeskapande) som genomgående beskrivits på både passivt och reaktivt i rapporterna. Det redovisas om patientmedverkan och att patientrepresentanter gett synpunkter på inskickade handlingsplaner och rapporter, men det finns inga redogörelser av konkreta effekter och lärdomar som patientinvolvering eller delaktighet lett till.

Det kan finnas många anledningar till detta, till exempel vårdens ovana att arbeta integrativt och utifrån ett patientperspektiv. Vidare kan etableringen av rutiner och arbetssätt för att minska ledtiderna ses som ett vårdinternt logistikprojekt för att cancervården till den nivå där modern sjukvård bör vara.

En slutsats från analysen av samtliga handlingsplaner och uppföljningsdiskussioner vid dialogmöten är att de flesta regioner lyckats realisera det baslärande som SVF inneburit, medan ett antal regioner finns kvar i en potential där det finns mycket kvar att lära och transformera innan arbetssätten förblir hållbara. Detta gäller inte minst i kopplingen mellan primärvård och specialistvård på sjukhusen.

Jämlikhet i vården kommer vara en utmaning på flera sätt, även efter införandet. I detta innefattas skillnader både i hur långa väntetiderna är och hur patienten blir bemött samt hur samverkan fungerar mellan regioner, kliniker och vårdenheter. När det gäller vårdens förmåga att absorbera ny kunskap har det varit utmanande att informera och kommunicera med alla involverande och relaterade verksamheter om SVF. Mycket resurser har gått till detta informationsarbete initialt.

Intermediärerna i form av RCC, regionala och centrala cancerfunktioner och inte minst koordinatörerna har varit, och kommer fortsatt att vara, viktiga för det hållbara arbetet med SVF. Dessa kommer också vara centrala för de större och viktiga frågeställningarna om hur vården och samhället möter patienters behov och gör detta på effektiva sätt – något som kräver avancerat lärande i de interorganisatoriska sammanhangen. Utan intermediärerna hade den inter-organisationella dimensionen av lärandet troligtvis inte skett, och framför allt hade inte de viktiga kopplingarna mellan olika verksamheter i SVF utredningarna byggts upp.

Sammanfattande reflektioner

För att åstadkomma ett lärande i samband med genomförandet av en så stor satsning som SVF behöver samtliga delar i vårdssystemet involveras – på makronivå, mesonivå och mikronivå. De olika delarna behöver också samverka i olika faser av satsningen för att skapa en samsyn och förståelse men också för att lära sig att tillämpa nya arbetssätt och rutiner, vilket i sin tur är nödvändigt för att kunna analysera och skapa förbättringar och förnyelse.

Den första fasen av lärandet (det explorativa lärandet), där behovet av ny kunskap inventeras, behöver genomföras genom ett brett partnerskap där nya modeller och metoder implementeras gemensamt. Inom SVF har detta skett i samverkan mellan medicinsk profession, patientföreträdare och policyföre-

trädare på nationell nivå. Till detta ska sägas att tidigare utveckling om processorienterade arbetssätt och team där RCC har haft en central roll, eftersom SVF i stor utsträckning startades i en etablerat struktur och kunskapskontext [2, 4]. Detta pekar på betydelsen av uthållighet och möjligheten att knyta an satsningar över tid. Riktade utvecklingssatsningar behöver i olika former ha stöd under längre tid, kanske i decennier, för att långsiktigt hållbara lösningar ska åstadkommas.

Genom ett brett partnerskap ökar sannolikheten för legitima lösningar på problem, vilket underlättar den andra fasen av lärande (det transformativa lärandet) i regionerna, det vill säga när ny kunskap möter befintliga sätt att göra saker. Det är i denna fas som arbetssätt, modeller och metoder behöver översättas till de lokala förutsättningarna i varje region. Särskilt viktigt är det att uppmärksamma varje regions mottagarkapacitet och sätt att organisera och väva in den nya kunskapen.

Återigen spelar tidigare arbeten och relationer med till exempel RCC stor roll för uppdragets genomförande. Genom att resurssätta olika aktiviteter prövas SVF:s arbetssätt, inte sällan genom pilotprojekt, för att se hur den nya kunskapen fungerar i praktiken. Potentialen i SVF testas därmed skarpt. Kompatibilitetstestet är ett bra sätt att förstå huruvida SVF får fotfäste i en organisation, där SVF måste vara såväl tekniskt som värdemässigt kompatibelt med vårdpraktiken och verksamheter för att släppas in. Om det uppfattas som främmande kan det i stället stötas bort. Därför är ett brett partnerskap viktigt initialt i utvecklingsarbetet för redan där kan vårdprofessionen signalera vilka idéer som är möjliga och var motstånd kommer att finnas.

Ett fullständigt lärande i SVF kräver även att det sker en storskalig användning av SVF, det vill säga det som kallas ett verkställande lärande. I denna tredje fas sker ytterligare översättningar och anpassningar av SVF:s modeller utifrån verksamheters olika förutsättningar och olika patientgruppers olika behov. De nationellt framtagna modellerna prövas och omstöps, och detta arbete sker till stor del i mikrosystemen. Det är också i detta system effekterna av lärandet blir synliga: Har verksamheterna ändrat sina sätt att bedriva sin verksamhet? Har vården blivit mer effektiv? Har det lett till bättre vård för patienterna?

Implementeringsförloppet har möjliggjort en grund där verksamheterna tillsammans lärt sig att tillämpa existerande kunskap. Detta kan ses som en naturlig startsträcka för att framledes kunna verkställa och därmed skapa resultat i form av kortare väntetider och nöjdare patienter genom mer avancerat lärande.

6. Betydelsen av SVF-överenskommelsernas form och innehåll

Sammanfattat

- Intervjuer med ett antal nyckelaktörer bedömer att den följsamhet till överenskommelserna som regionerna överlag har uppvisat vad gäller SVF har möjliggjorts genom både gynnsamma förutsättningar och hur överenskommelserna utformades.
- Några av respondenterna menade dock att införandet i vissa delar skedde för snabbt och att det inte gavs så mycket tid för utvärdering och reflektion. Vissa lyfte också fram graden av detaljering som ett problem, medan andra menade att grad av detaljering snarare varit ett stöd.
- Generellt pekade respondenterna på att satsningen var relativt enkel att föra ut i organisationerna. Det framhölls också att den ekonomiska styrningen liksom den relativt omfattande medicinska förankringen inom cancervården utgjort framgångsfaktorer.

Syftet med detta avsnitt är att fånga mottagandet av överenskommelsen på strategisk tjänstemannanivå. Avsnittet tar sin utgångspunkt i

- dokumentstudier och intervjuer med företrädare för satsningen på nationella och regionala nivå (de citat som ingår i avsnittet kommer från intervjuerna)

En överenskommelse är något som ingås mellan olika parter och som kan ha olika grad av formalisering – allt från ett slags samförstånd och frivillighet till mer formella avtal med rättsliga förpliktelser.²⁴ I Sverige används överenskommelser som en statlig styrform främst inom vård- och omsorgsområdet och ingås då mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting (SKL), där den senare representerar regionerna.

Utformning av överenskommelser mellan SKL och staten är inget nytt fenomen. Användningen av överenskommelser som styrform har dock förändrats över tid och antalet överenskommelser inom hälso- och sjukvården har ökat de senaste decennierna.

Vidare har utformningen av överenskommelser inom hälso- och sjukvården förändrats över tid. I början av 2000-talet skiftade överenskommelsernas karaktär från en mer generell finansiering av olika verksamheter i vården till

²⁴ Överenskommelsen mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej. Riksrevisionen, 2014.

att omfatta en mer detaljerad ekonomisk styrning med krav på specifika motprestationer från regionerna. Denna förändring har medfört att överenskommelserna utvecklats till ett mer kraftfullt styrmedel genom att de innehåller tydligare ekonomiska incitament och att allt fler detaljerade krav ställs på regionerna.²⁵

Fyra överenskommelser har slutits

Cancervården är ett av de områden inom hälso- och sjukvården där överenskommelser har använts med syfte att uppnå ökad tillgänglighet och mer jämlik vård. Under 2014–2018 har totalt fyra överenskommelser slutits mellan regeringen och SKL i syfte att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården. Detta innebär i praktiken införandet av ett förutbestämt och innehållsmässigt definierat utredningsförlopp som beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras för respektive cancerdiagnos samt vilka maximala tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna.

SVF ska i första hand korta tiden från en välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling och ett uttalat mål med satsningen är att patientens upplevelse av vården ska bli bättre. Enligt överenskommelserna ska de sex regionala cancercentrumen (RCC) samt RCC i samverkan stödja, stimulera och samordna arbetet med att införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp.

Socialstyrelsens uppföljning av SVF-överenskommelserna visar att satsningen har lett till ett ökat fokus på att utveckla både vårdens processer och samarbetet mellan olika verksamheter. Under 2015–2017 hade 28 vårdförlopp införts och drygt 100 000 personer hade genomgått SVF, och uppgifter från SKL visar att väntetiderna då har kortats för de patienter som remitterats till vårdförloppen, även om det finns stora variationer mellan förloppen [5].

Under 2017 genomfördes en särskild uppföljning av konsekvenserna i sex regioner som inte fått ta del av de ekonomiska medel som är en del av överenskommelserna, eftersom ett eller flera krav på utbetalning inte uppfyllts [5]. Uppföljningen visade bland annat att det fanns ett missnöje med att satsningens upplägg förfördelade mindre regioner på så vis att flera av regionerna hade för få patienter med vissa diagnoser för att kunna uppnå de nationellt uppsatta målen om minst en genomgången patient i varje infört vårdförlopp. Samtidigt framkom även att det fanns en generell följsamhet till överenskommelserna även i dessa regioner.

Nedan beskrivs överenskommelsernas utformning och uppfattningar om styrningens mottagande i ett urval av regioner, och i viss mån jämförs resultatet med andra fall av nationell styrning av hälso- och sjukvård genom överenskommelser. Detta konkretiseras i tre frågeställningar:

- Hur och i vilken kontext initierades SVF-överenskommelserna?
- Hur var överenskommelserna utformade?

²⁵ Överenskommelsen mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej. Riksrevisionen, 2014.

- Hur mottogs överenskommelserna i regionerna?

Nedan belyses, baserat på dokumentstudier och intervjuerna, hur och i vilken kontext överenskommelserna kom till, hur deras utformning och innehåll har sett ut samt hur styrningen genom överenskommelserna mottagits i regionerna.

Initiativet utgick från en medicinsk och politisk kontext

Satsningen på SVF i cancervården initierades första halvåret 2015. Kunskap och inspiration hämtades från den danska modellen med så kallade pakkeforløb som hade börjat införas 2007 [2]. Till grund för initiativet låg även att väntetiderna inom cancervården inte hade förbättrats trots det arbete som bedrivits utifrån den nationella cancerstrategin från 2009 och de RCC:s uppdrag hade för att korta väntetiderna för cancerpatienter [7, 16].

RCC lyckades på många fronter [...] men det här med väntetider var ett problem som man inte riktigt kom åt, det hände inte så himla mycket. Så då kom egentligen den här satsningen som mer eld på brasan för att få saker att hända snabbare.

Det arbete som bedrivits utifrån den nationella cancerstrategin och RCC:s kriterier om vårdprocesser innebar att koncept som vårdförlopp och processorientering inte var helt okända när införandet av SVF initierades, vilket lyfts fram som en framgångsfaktor av flera av de intervjuade. Satsningen på SVF sågs som en naturlig fortsättning på uppbyggnaden av RCC och RCC i samverkan, som hade pågått sedan 2010 som en del av den nationella cancerstrategin.

Det fanns ju redan ett upparbetat samarbete med RCC i samverkan då med cancersamordnaren och det var någonting som hade fungerat väl under många år så det kändes som att det var en given väg att fortsätta.

Cancerfrågans status, så väl politiskt som medicinskt, är en annan viktig aspekt av överenskommelsernas kontext. Det framgår i flera av intervjuerna att det har rått konsensus bland involverade aktörer om att cancer är en politiskt prioriterad fråga. En av företrädarna för den nationella nivån beskrev hur den politiska enighet som rådde på nationell nivå kring satsningen skapade förutsättningar för en långsiktighet i arbetet.

Det var en långsiktig satsning och vi visste att båda politiska blocken stod bakom det [...] då blir det ett annat lugn i satsningen [...] Jag kände inte i alla fall att det fanns jättestora krav på oss att visa på resultat från start utan det var viktigt att processen skulle sätta sig.

I linje med vad som konstaterats i exempelvis utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* [7] beskrivs cancer därtill som en sjukdom med en i viss mån unik position som är viktig att diagnostisera i ett tidigt skede.

... just därför att det är cancer [...] en allvarlig sjuka, den går fort och det är väldigt viktigt att stoppa den, den har liksom alla delar [...] blir högt prioriterad...

Den nationella nivån var utgångspunkten

Under hösten 2015 utformades den första överenskommelsen om införandet av SVF. Enligt informanterna skedde utformningen i första hand nationellt och förankrades sedan genom SKL på regional ledningsnivå.

Överenskommelser kan utformas på olika sätt men vanligtvis stipuleras hur mycket pengar satsningen omfattar, hur dessa medel ska fördelas mellan olika aktörer samt vilka krav som ställs på framför allt regionerna för att få ta del av medlen. *Formen* för styrningen varierar sett till kombinationen av dessa aspekter. Utöver att specificera fördelningen av ekonomiska medel och tillhörande krav beskriver överenskommelser ofta även den specifika modell eller åtgärd som regionerna har åtagit sig att införa respektive genomföra, det vill säga satsningens *inhåll*.

Formen

SVF-överenskommelserna har omfattat omkring 500 miljoner kronor per år. Från och med 2016 (överenskommelsen 2015 såg lite annorlunda ut) delades dessa medel ut förutsatt att regionerna hade uppnått vissa krav – både grundkrav och, prestationskrav. Grundkravet för SVF bestod i att regionerna skulle lämna in en handlingsplan som beskrev hur man avsåg att införa de aktuella vårdförloppen (antalet vårdförlopp varierade från år till år). Till de regioner som lämnat in handlingsplanen delades hälften av medlen ut i början av året, som en typ av stimulansmedel.

Grundkravet kombinerades med en form av prestationskrav, där den andra hälften av medlet delades ut först efter att regionen redovisat vissa resultat [45].²⁶ Mer exakt utgjordes prestationen av att man skulle ha infört de aktuella vårdförloppen före ett visst datum; minst en patient skulle ha genomgått respektive vårdförlopp för att detta skulle betraktas som infört.

Denna prestation avgjorde om man fick ta del av den andra halvan av medlet eller inte. Däremot styrde prestationen inte storleken på den ekonomiska ersättningen²⁷ utan den baseras på regionens befolkningsmängd. Sammanfattningsvis rörde det sig alltså om en kombination av stimulans- och prestationsmedel med grundkrav och prestationskrav på införande av processer.

I intervjuerna med företrädare för den nationella nivån framkom att det initialt fanns en tanke om att fokus för överenskommelserna inte skulle ligga på resultat i första hand utan att det krävdes en uppbyggnadsfas för att få igång arbetet.

Överenskommelsernas upplägg för fördelning av medel beskrevs som ändamålsenlig sett till detta fokus på uppbyggnad och införandet av ett (delvis) nytt arbetssätt, bland annat med tanke på att regionen hade olika förutsättningar.

²⁶ Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen, 2016.

²⁷ Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen, 2016.

Det gäller ju att bygga stabila system, en stabil process... och då tror jag att det sättet som pengarna varit fördelade har varit bra [...] Jag brukar alltid likna det vid orientering, just det här att... jag tror man måste ha förståelse för att det ser olika ut i olika regioner.

Vidare gavs bilden av att varianten med delvisa prestationskrav placerar sig i mitten sett till sin skarphet, jämfört med å ena sidan mer övergripande satsningar (till exempel patientmiljarden) och å andra sidan exempelvis kömiljarden, vars krav på företrädare både på nationell och regional nivå beskrivs som mer resultatfokuserade.

Kömiljarden och sjukskrivningsmiljarden, var ju väldigt skarpa och då fokuserade man ju inte på att få en långsiktig förändring utan då var det ju för att få resultat här och nu.

Innehållet

En överenskommelse består även av ett innehåll som beskriver den modell, det arbetssätt, de åtgärder och så vidare som regionerna ska införa eller genomföra. För SVF bestod innehållet av ett delvis nytt arbetssätt, det vill säga ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp, och omfattade bland annat vilka diagnoser som skulle ingå (med hänvisning till framtaget specifikt underlag för var och en av dessa), uppföljningsförfarandet för varje förlopp samt vissa obligatoriska funktioner, till exempel en koordinatorfunktion och införandet av obokade tider hos utredande enheter.²⁸

Hösten 2015 fick SKL och RCC i samverkan i uppdrag att arbeta fram SVF för fem pilotdiagnoser samt även att ta fram rutiner och instruktioner för hur kommande standardiserade vårdförlopp skulle tas fram. Framtagandet skedde med utgångspunkt från de nationella vårdprogramgrupperna, och utöver de befintliga professionerna i vårdprogramgrupperna deltog även bland annat primärvårdsföreträdare och patientgruppsrepresentanter. Vårdprogramgruppernas arbete har letts av en samordnare utsedd av RCC i samverkan.

Till stöd för Regeringskansliet inrättades även en nationell expertgrupp med representanter från bland annat RCC, professionerna och patientföreträdare, vilken fungerade som rådgivande i strategiska frågor som rörde utformning, genomförande och uppföljning.

Framtagandet av de specifika vårdförloppen utgick från redan existerande nationella vårdprogram och omfattade förloppet från beslut om remiss till följd av välgrundad misstanke om specifik cancerdiagnos till start av första behandling. Detta innebar en anpassning av den danska modellen för vårdförlopp, vilken sträcker sig över ett längre förlopp och innehåller fler inarbetade delar.

Man hade ju kunnat kopiera direkt från Danmark med innehåll och allt men så gjorde vi ju inte utan vi hade ett ganska gediget arbete ändå med vårdprogramgrupperna, så att det här förstås ska stämma överens med

²⁸ Socialdepartementet, Kortare väntetider i cancervården, 2015

dom nationella vårdprogrammen så att vi inte rekommenderar någonting annat där.

Förankringen av SVF-modellens innehåll bland involverade aktörer på olika nivåer i regionerna lyfts fram i flera intervjuer. Det fanns till att börja med en medvetenhet om vikten av tidig förankring av satsningen bland aktörerna på nationell nivå, och flera informanter gav bilden av att arbetet med överenskommelserna i detta avseende präglades av dialog mellan aktörer på flera olika nivåer.

[...] på alla nivåer... både i profession, i verksamhetschefsledet [...] tjänstemannaledet och på politisk nivå så har man dialog och diskussion kring det här.

Utmärkande för utformningen av överenskommelserna är att det genom exempelvis de styrgrupperna för RCC redan fanns en existerande struktur som utgjorde ett forum där satsningen kunde förankras.

Varje RCC, dom har en styrgrupp [...] lite olika hur den där styrgruppen ser ut, men många har kanske då typ en hälso- och sjukvårdsdirektör från vardera region [...] och då kan man ju, så att säga, berätta och liksom förankra och diskutera ett sådant koncept och vad det betyder.

Sammanfattningsvis beskrivs SVF-överenskommelserna som annorlunda sett till sin *form* och sitt exakta *innehåll* jämfört med andra nationella satsningar inom hälso- och sjukvård. Det som framför allt lyfts upp i intervjuerna är tydligheten i styrningen och att det har funnits en ovanlig detaljnivå i SVF-överenskommelserna sett till innehållet. Samtidigt uttrycker företrädare för den nationella nivån en medvetenhet om vikten av att utforma överenskommelserna så att det exakta innehållet var möjligt att anpassa efter regionernas förutsättningar, exempelvis vad gäller den koordinatorfunktion som har utgjort ett av de obligatoriska inslagen i satsningens innehåll.

Det var väl också att man fick anpassa utifrån sina förutsättningar, att vi kanske när vi började [...] hade en bild av koordinatorfunktionen [...] Det är den här typen av profession som ska ha den, dom ska göra det här. Sedan märkte vi ganska snabbt, men så kommer det inte bli för att man inte har möjlighet eller ja, av olika skäl, och då blev inte det, det viktiga utan huvudsaken att det fanns... funktionen på något sätt, men exakt hur den utformades, det var inte det viktiga

Överenskommelserna mottogs överlag positivt

Intervjuerna med företrädare för de utvalda regionerna visar överlag att överenskommelserna om införandet av standardiserade vårdförlopp har fått ett

positivt mottagande, men det framkommer även viss kritik. Exempelvis menade ett par informanter att införandet skedde för snabbt och att det inte gavs så mycket tid för utvärdering och reflektion. Generellt pekade man dock på att satsningen var relativt enkel att föra ut i verksamheterna.

Och det här togs emot väldigt positivt måste jag säga, jag tror aldrig jag har jobbat med något projekt som har kommit utifrån eller uppifrån där det har varit så lätt att sälja in det [...].

Flera av de intervjuade i regionerna lyfter fram att överenskommelserna har bidragit till att ge en nationell ram till vårdförlopp i cancervården och till att skynda på det arbete som regionerna redan hade påbörjat. De medel som tillfördes genom överenskommelserna gav prioritet åt arbetet och underlättade införandet.

[...] för det här var ändå något vi skulle ha gjort i alla fall, men det gjorde ju att vi fick lite smörjmedel.

Vissa informanter lyfte att formen för styrningen i vissa fall innebar problem, exempelvis kravet om minst en genomgången patient i alla vårdförlopp oavsett diagnos och region. Men man såg generellt överenskommelsernas tydlighet avseende de krav som ställdes för att få ta del av medlen som en framgångsfaktor.

Att regeringen samarbetar med SKL har utarbetat ganska tydliga riktlinjer för att ta del av pengarna [...] har varit ovanligt tydlig, och det är en del av framgångsfaktorerna, att man har varit ovanligt tydlig vad man ska genomföra för att få ta del av den statliga satsningen [...].

Några pekade på att det är ovanligt att en så tydlig och detaljerad styrning av vården sker via överenskommelser och att denna detaljnivå har inneburit visst missnöje i verksamheterna längre ner i den regionala organisationen. Att de medicinska styrdokumenterna generellt har uppfattats som legitima av professionen har trots detta möjliggjort den detaljerade styrningen, enligt flera av de intervjuade. De menade bland annat att det fanns en acceptans för beslutet hos professionen, eftersom det uppfattades som ett genomtänkt beslut som berörde en prioriterad målgrupp.

Därför att vården har accepterat det här utifrån att det här var ett genomtänkt beslut som både professionen och vården så att säga tycker är någonting som är bra, det är bra för patienterna, det är en angelägen patientgrupp, till skillnad från andra statliga satsningar, till exempel kömiljarden där man prioriterar patienter som ur en medicinsk synvinkel inte är högprioriterade.

I intervjuerna på regional nivå framkom att RCC spelade en viktig roll i arbetet i och med att man delegerades ansvaret för framtagandet av vårdförloppen, genom sitt samarbete med professionerna och som komplement till den

ordinarie linjeorganisationen. Citatet ovan visar även att den medicinska sakkunskapens roll i överenskommelserna lyftes av informanterna som en skillnad mellan SVF-satsningen och andra liknande satsningar.

Att regionerna getts möjlighet att lämna synpunkter på den nationella styrningen under genomförandet, exempelvis avseende vad som ingår i vårdförloppen, sågs som positivt av flera av de intervjuade. En del av de intervjuade lyfte att de synpunkter som de lämnat i uppföljningen har bidragit till vissa justeringar, vilket sågs som värdefullt. I sammanhanget kan det noteras att regionerna i vårt urval har utgjort så kallade uppföljningsregioner som har fått utökade möjligheter till återkoppling, vilket kan ha bidragit till en mer positiv syn på styrningen i detta avseende.

Vissa av informanterna riktade dock viss kritik mot hur uppföljningen har fungerat. En av de intervjuade tog upp att den modell som applicerades för uppföljningen har inneburit att regionerna har utvecklat lite olika lösningar för kodning och uppföljning av väntetider; väntetiderna har dock i slutändan återrapporterats enligt de nationella direktiven. En annan av de intervjuade pekade på att det har varit svårt att få till uppföljningen av väntetiderna.

Avslutningsvis framkom att överenskommelserna har innehållit flera olika målsättningar där vårdförloppen utgjort en gemensam lösning. Medan vissa aktörer har gett uttryck för att likvärdighet och tillgänglighet är satsningens främsta mål har det för andra främst handlat om de rent medicinska aspekterna, där många vittnar om att satsningen upplevs ha varit positiv ur patientens perspektiv.

[Vårdförloppen] lyfter in ännu tydligare patientens perspektiv och patientens resa. För det kan man ju säga att det har blivit ännu tydligare att det är patientens resa vi pratar om och inte den medicinska organisationsresan.

Sammanfattande reflektioner

Uppföljningen har syftat till att undersöka vilken roll överenskommelsernas utformning och innehåll har haft för hur satsningen mottagits i regionerna. Detta har undersökts på tjänstemannanivå i fyra regioner, och urvalet är därför inte representativt för den patientnära verksamheten. Sett till beskrivningen ovan finns det flera aspekter som kan lyftas fram som betydelsefulla.

Överenskommelsernas förutsättningar

Inledningsvis kan konstateras att de undersökta överenskommelserna utgör en specifik nationell satsning på kortare tider i cancervården och införandet av SVF i samtliga regioner. Beskrivningen av överenskommelsernas kontext visar att det har funnits förutsättningar som kan förväntas ha bidragit till att styrningen fallit väl ut sett till mottagandet av satsningen i regionerna.

En av de viktigaste förutsättningarna är att satsningen på införandet av SVF utgör en slags fortsättning på det arbete som inleddes i och med den nationella cancerstrategin 2009 och att överenskommelserna därför till viss del betraktas som en förstärkning av ett redan pågående arbete.

I och med det tidigare arbetet kring den nationella cancerstrategin fanns det en redan etablerad kunskapsstyrningsstruktur i form av RCC-organisationen, där regionala cancercentrum i samverkan och de sex regionala cancercentrumen hade i uppgift ta fram vårdförloppen och stödjande regionerna i införandet. Detta har bidragit till en förståelse för konceptet vårdförlopp i regionerna och till att stärka regionernas kapacitet att implementera satsningen.

Vidare fanns det en politisk enighet om satsningen på SVF och konsensus kring cancerfrågans prioritet vilket har utgjort viktiga förutsättningar.

Överenskommelsernas utformning och innehåll

Flera aspekter av överenskommelsernas utformning och innehåll har haft betydelse för det mottagande styrningen har fått i de utvalda regionerna. Intervjuerna indikerar att den generellt sett positiva uppfattningen främst har sin grund i utformningen av överenskommelserna avseende 1) den ekonomiska styrningen och tillhörande krav, 2) överenskommelsernas detaljnivå och 3) den medicinska förankringen.

Vad gäller *den ekonomiska styrningen och tillhörande krav* har SVF-överenskommelsernas form uppfattats som rimlig i regionerna och tycks ha lämpat sig väl för den typ av förändring som införandet av SVF innebar. De ekonomiska medlen och kombinationen av grundkrav och prestationskrav har bidragit till ett fokus på processens uppbyggnad på lång sikt snarare än att tydligt ge direkta resultat på väntetider. Vidare är det tydligt att överenskommelserna har bidragit med en nationell ram till det arbete med kortare väntetider och vårdförlopp som redan hade inletts i regionerna och att de ekonomiska medlen har underlättat arbetet, vilket torde ha påverkat hur satsningen mottagits i regionerna.

Intervjuerna visar även på att SVF-överenskommelserna utmärker sig vad gäller *detaljnivån*, det vill säga att de stipulerade att SVF för specifika diagnoser skulle införas i regionerna inom en viss tid. Även om just denna detaljnivå har kritiserats i tidigare uppföljningar framkommer i den här studien att den också har bidragit till en känsla av jämspelthet mellan regionerna i och med att man har upplevt sig ha liknande utgångsläge gentemot andra regioner. Flera informanter menar att tydligheten i vad som krävts för att få ta del av pengarna har förenklat införandet.

Samtidigt påpekar en informant att det har funnits mer kritik mot styrningens detaljnivå närmare verksamheterna. Detta tyder på att detaljnivån i styrningen kan uppfattas olika beroende på vilken roll man har i regionen.

På både nationell och regional nivå uttrycker de intervjuade vidare att det i viss mån funnits en flexibilitet och öppenhet från nationellt håll att låta regionerna anpassa delar av införandet utifrån de egna förutsättningarna.

Hur man plockar ihop det där och verkligen får ihop tiden, det kan få lov att vara regionalt olika, men att man satte samma tider och samma innehåll... Det var viktig nationell styrning.

En möjlig slutsats av detta är att SVF-överenskommelserna har visat sig vara en väl avvägd kombination av detaljstyrning och flexibilitet som fallit relativt

väl ut på strategisk tjänstemannanivå i regionerna och att denna kombination skulle kunna ses som ett sätt att hantera regionernas självbestämmande från nationellt håll.

Slutligen pekar intervjuerna på att den *medicinska förankringen* av innehållet, exempelvis att förloppen varit kopplade till de nationella vårdprogrammen och att de diagnosspecifika ledtiderna fastställts av professionen. Detta har varit betydelsefullt för mottagande i regionerna och möjliggjort den detaljnivå som återfinns i styrningen. En slutsats att dra av detta är att en detaljerad statlig styrning kan uppfattas som legitim under förutsättning av den baseras på professionens kunskap.

Sammanfattningsvis indikerar uppföljningen att den följsamhet till överenskommelserna som regionerna överlag har uppvisat vad gäller SVF har möjliggjorts både genom gynnsamma förutsättningar som tidigare arbete med vårdförlopp och cancerfrågans status, men också genom hur överenskommelserna utformats. En av de intervjuade lyfter fram värdet av överenskommelserna på följande vis:

Men det var ganska modigt att man gjorde den här överenskommelsen kan jag tycka, har funnits mycket mod i den. Så att, på det sättet så tror jag den sticker ut lite och dessutom tror jag att liksom det finns ett stort... vad ska jag säga... symbolvärde i den här satsningen, för den berör så många medborgare

7. Standardiserade vårdförlopp ur ett hälsoekonomiskt perspektiv

Sammanfattat

- Den totala samhällskostnaden för cancer i Sverige skattades till totalt 36 miljarder kronor 2013. I jämförelse med behandlingskostnaderna är utredningskostnaderna begränsade.
- Minst en tredjedel av all cancer går att förebygga med förbättrade levnadsvanor. Om hälso- och sjukvården stärkte sina hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och andelen överviktiga, rökare och stillasittare minskade bland personer med gymnasial utbildning eller lägre till samma nivå som hos personer med eftergymnasial utbildning i dag, skulle det leda till minst 2 335 färre nya cancerfall per år och minskade samhällskostnader med 617 miljoner kronor per år.
- Den totala sjukvårdskostnaden per patient har beräknats till 210 000–270 000 kronor för tjock- och ändtarmscancer, 260 000–330 000 kronor för lungcancer och 60 000–190 000 kronor för urinblåse- och urinvägs-cancer.
- Den genomsnittliga utredningskostnaden från första vårdkontakt till behandlingsstart för dessa tre cancerformer var 17 300 kronor, 18 400 kronor respektive 19 700 kronor.
- För tjock- och ändtarmscancer och lungcancer sågs ett samband mellan antal väntande dagar och ökade kostnader. Variationen mellan patienter var betydande, vilket bland annat speglar hög förekomst av samsjuklighet.
- Att vänta på en diagnos vid misstanke om cancer påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet negativt.
- Baserat på antagandet att SVF leder till måttliga initiala kostnadsökningar och en förbättrad livskvalitet bedöms SVF ha goda möjligheter att effektivisera vården, särskilt om arbetssätten får spridning till andra vårdområden.

Samhällets resurser är begränsade och behovet av hälso- och sjukvård ökar bland annat till följd av att befolkningen lever längre och att andelen äldre med större vårdbehov ökar. För att samhällets resurser ska användas på ett så effektivt sätt som möjligt är det därför viktigt att analysera hälso- och sjukvården både ur ett ekonomiskt perspektiv och i ett perspektiv av vilken nytta en behandling eller åtgärd ger.

Inom hälsoekonomin för man samman dessa perspektiv för att analysera hur de tillgängliga resurser ska kunna användas på ett så effektivt sätt som möjligt. Detta utgör ett underlag för beslutsfattare att fatta beslut om resursfördelning eller vilka åtgärder eller behandlingar som ska prioriteras.

För att analysera kostnadseffektivitet - det vill säga vad resursallokering ger i form av nytta – studeras kostnader i förhållande till utfallet av en åtgärd. Detta utfall kan beskrivas som en nytta som kan ges ett mätbart värde för patienter och för samhället. Det vanligaste måttet på nytta i hälsoekonomiska utvärderingar är kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) som är ett kombinerat mått på individers livskvalitet och livslängd. QALYs används ofta för att visa vilken extra nytta ett behandlingsalternativ ger i jämförelse med något annat. Fördelen med att använda QALYs är att det är ett universellt mått som möjliggör jämförelser mellan olika sjukdomsområden eller olika delar av sjukvårdssystemet. Det finns även andra mått på effekt och nytta exempelvis funktionsjusterade levnadsår (Disability-adjusted Life Years, DALY), levnadsår, sjukskrivning eller sjukhusinläggning.

I detta kapitel analyseras kostnaderna för utredning och behandling av cancer, med huvudsakligt fokus på utredningsfasen. Syftet är att analysera vilka effekter på kostnader och livskvalitet som skulle kunna ges om målen med SVF uppnåddes. Kostnaderna för SVF ställs även i relation till de totala kostnaderna för cancerbehandling. Kostnaderna för utredning och behandling analyseras särskilt för tre cancerformer; tjock- och ändtarmscancer, lungcancer samt urinblåse- och urinvägscancer.

Cirka en tredjedel av alla cancerfall bedöms kunna förebyggas enligt Världshälsoorganisationen.²⁹ Därför redovisas även en beräkning av vilka vinster förebyggande av cancer kan ha.

För att belysa vad som påverkar livskvaliteten under cancerutredning har vi gjort en systematisk litteraturgenomgång för att studera livskvalitet under cancerutredning. I litteraturen finns inte tillräckligt underlag för att göra en generell värdering av livskvalitetseffekter under utredning för cancer.

Utredningen innan diagnos ställs kan påverka kommande behandling och rehabilitering. SVF skulle kunna ha betydelse genom att leda till tidigare upptäckt, behandlingsstart och rehabilitering vilket, kan få stor betydelse för långsiktiga kostnader, överlevnad och livskvalitet. I detta avsnitt har sådana effekter på efterkommande behandling eller rehabilitering inte studerats.

Kostnader för cancervården

År 2016 publicerades en sjukdomskostnadskalkyl för cancer i Sverige.³⁰ Totalkostnaderna för samtliga cancerformer uppgick till 36 miljarder kronor, där den största enskilda kostnadsposten (15,9 miljarder kronor) var produktionsförluster till följd av sjukdomsrelaterad nedsatt arbetsförmåga eller förtidig död. Nästan lika stora kostnader, 15,5 miljarder kronor, handlade om vård och omsorg, inklusive slutenvård, specialiserad öppenvård och läkemedel.

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

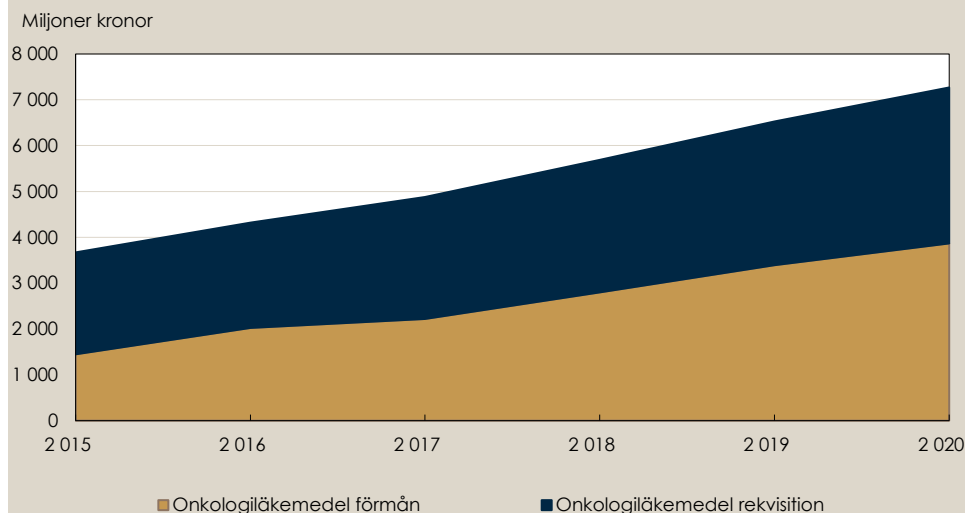
²⁹ Hämtat 2019-03-01 <https://unric.org/sv/nyhetsarkiv/27659-minst-en-tredjedel-av-cancerfallen-kan-foerebyggas>

³⁰ Kostnader för cancer i Sverige idag och år 2040 utifrån 2013 (års underlag). IHE rapport 2016:1

År 2017 rapporterades drygt 61 000 nya fall av cancer till cancerregistret. Antalet cancerfall ökar stadigt, vilket till stor del beror på att Sveriges befolkning lever allt längre och antalet äldre ökar. Enligt en prognos från Folkhälsomyndigheten kommer antalet cancerfall att öka kraftigt den närmaste tjugoårsperioden, och 2040 beräknas över 100 000 personer få en cancerdiagnos. Cancerbehandlingen har utvecklats de senaste åren bland annat genom nya metoder för diagnostik, screening, och behandling. Denna utveckling har lett till generellt sett förlängd överlevnad och bättre livskvalitet.

Antalet nya cancerläkemedel som kommer ut på marknaden ökar. Många av dessa nya läkemedel är så kallade målstyrda läkemedel, bland annat immunoterapi, som kan förlänga överlevnaden, lindra symtom och höja livskvaliteten vid återfall. Det finns en tydlig trend mot fler läkemedel inom cancerområdet, men också mot att olika läkemedel kombineras oftare. Många av de nya cancerläkemedlen har dock ett högt pris, vilket tenderar att påverka regionernas budget i stor utsträckning. Under 2017 uppgick kostnaderna för cancerläkemedel till totalt 4,7 miljarder kronor inom läkemedelsförmån och slutenvård, och kostnaderna för cancerläkemedel prognosticeras av Socialstyrelsen att fortsätta öka och uppgå till nästan 7 miljarder kronor 2020 (figur 11). Samhällskostnaderna för cancer har prognosticerats öka med 90 procent fram till 2040, baserat på uppskattningar av framtida prevalens av cancer från Folkhälsomyndigheten.³¹

Figur 11. Kostnader för onkologiläkemedel 2015–2017 samt prognos för kostnaderna 2018–2020



Källa: Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten.

Ett ökat fokus på förebyggande åtgärder behövs

Förebyggande åtgärder för att minska antalet nya cancerfall anses allt mer nödvändigt för att möta den befarade utvecklingen i cancerprevalens och

³¹ Folkhälsomyndigheten. Årsrapport 2018.

framtida kostnader. Enligt WHO kan minst en tredjedel eller upp till 40 procent av cancerfallen förebyggas, till exempel genom rökstopp, hälsosam kost och fysisk aktivitet.³² Det finns också ett intresse för skattningar av möjliga besparingar utifrån ett samhällsperspektiv om befolkningens levnadsvanor förändras, som ett stöd vid beslutsfattande.

Genom epidemiologiska metoder och statistik, tillsammans med uppgifter om befolkningens levnadsvanor, har Socialstyrelsen gjort prognoser för framtida sjuklighet i ett antal cancerdiagnoser och beräknat relaterade samhällskostnader och hälsoeffekter. Den så kallade cancerpreventionskalkylatorn (CPK) som utvecklats i ett samarbete mellan RCC Uppsala Örebro och Uppsala universitet har använts i detta arbete. Skattningarna i kalkylatorn baseras på förekomsten av kända riskfaktorer för cancer i den svenska befolkningen, till exempel fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol. CPK omfattar i dag 15 cancerdiagnoser där det finns klara och tydliga samband mellan levnadsvanor och insjuknande. De 15 diagnoserna täcker cirka 45 procent av den totala cancerincidensen i Sverige.

Beräkningarna visar att en minskad förekomst på 1 procentenhet av fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol skulle innebära 449 färre nya cancerfall per år bland de 15 cancerdiagnoserna.

I tabell 11 nedan presenteras scenarier med 1, 2 respektive 3 procentenheters minskning i förekomsten av riskfaktorer i befolkningen. Om förekomsten av de 4 riskfaktorerna minskade med 3 procentenheter kan samhällskostnaderna minska med mer än 334 miljoner kronor per år.

Tabell 11. Samhällsbesparingar för olika sektorer, olika scenarier beroende på minskad förekomst av 4 specifika riskfaktorer i befolkningen

Samhällsbesparingar (kr)	Minskad förekomst av 4 riskfaktorer i befolkningen		
	1 procentenhets förbättring	2 procentenhets förbättring	3 procentenhets förbättring
Hälso- och sjukvård	38 969 000 kr	77 210 000 kr	116 387 000 kr
Kommun	42 655 000 kr	84 645 000 kr	127 585 000 kr
Försäkringskassan	29 415 000 kr	59 838 000 kr	90 253 000 kr
Totalt	111 039 000 kr	221 693 000 kr	334 225 000 kr

Förekomsten av riskfaktorer samvarierar kraftigt med utbildningsnivå. Personer med eftergymnasial utbildning har lägst andel med kraftig övervikt (8 procentenheter), lägst andel rökare (5 procentenheter) samt lägst andel med stillasittande fritid (10 procentenheter). Om hela befolkningen hade lika låg andel med kraftig övervikt, rökare och stillasittare som andelen bland dem med eftergymnasial utbildning skulle det leda till 2 335 färre nya cancerfall per år bland de 15 undersökta cancerdiagnoserna. Samhällets kostnader skulle samtidigt minska med totalt 617 miljoner kronor per år. Hälso- och sjukvårdens kostnader uppskattas minska med 200 miljoner kronor, medan kommunernas kostnader skulle minska med 221 miljoner kronor per år. För

³² Hämtat 2019-03-01 <https://unric.org/sv/nyhetsarkiv/27659-minst-en-tredjedel-av-cancerfallen-kan-foerebyggas>

den statliga sjukförsäkringen beräknas besparingen uppgå till 194 miljoner kronor per år (bilaga 4).

Kostnaderna för utredning är måttliga i förhållande till kostnaderna för behandling

Behandlingskostnader

Utredningskostnaderna som presenteras ovan kan jämföras med kostnaderna för behandling. RCC Väst har gjort en nulägesbeskrivning över direkta sjukvårdskostnader för olika cancerformer i Västra Götalandsregionen (VGR).

För tjock- och ändtarmscancer ingick kostnaderna för som längst 14 månaders behandling från diagnosdatum. Kostnaderna rapporterades separat för tjocktarms- respektive ändtarmscancer till 214 100 respektive 267 000 kronor per patient för 14 månader.

För lungcancer inkluderades kostnader för patienter 12 månader från och med diagnosdatum. Patienterna diagnostiserades mellan januari 2012 och december 2013, och kostnaden uppskattades till 261 300 kronor per patient och år.

När det gäller kostnadsstudien för behandling av cancer i urinblåsa och urinvägar fanns ingen information om inklusionskriterier eller uppföljningstid för patienter. De rapporterade kostnaderna var 62 300 kronor per patient [4].

Utredningskostnader

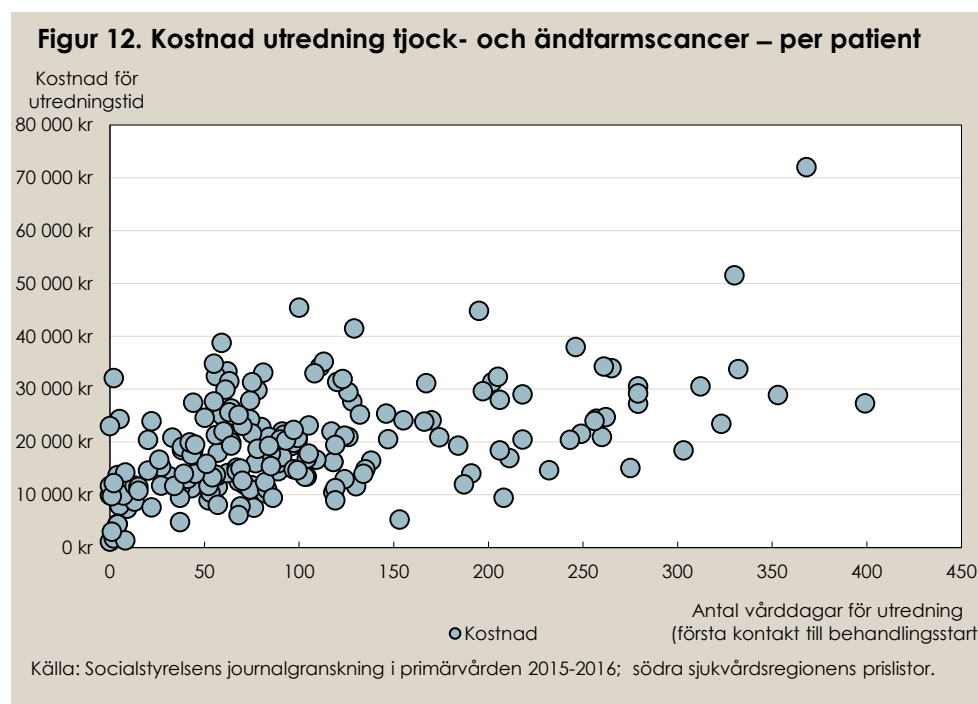
Kostnadsberäkningen för cancerutredningar från första vårdkontakt till behandlingsstart baseras på en journalstudie som Socialstyrelsen initierade 2015 inom ramen för sin uppföljning. Data för tjock- och ändtarmscancer, urinblåse- och urinvägscancer samt lungcancer, vilka alla ingick i journalstudien,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

Journalgenomgången är gjord på 610 journaler – cirka 200 patienter för respektive diagnos. Protokollet för journalstudien är utvecklat av Socialstyrelsen i samarbete med en grupp experter inom cancer- och primärvård. Variabler med information om antal besök, vårdgivare, provtagningar och undersökningar har inkluderats samt resultatet av dessa och tidpunkten för respektive händelse.

För två av de tre studerade cancerformerna framkommer ett måttligt samband mellan den tid utredningen pågår och kostnaderna. Närmare beskrivning av datakälla och metod för kostnadsberäkningen se bilaga 2 i lägesrapport 2016.

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

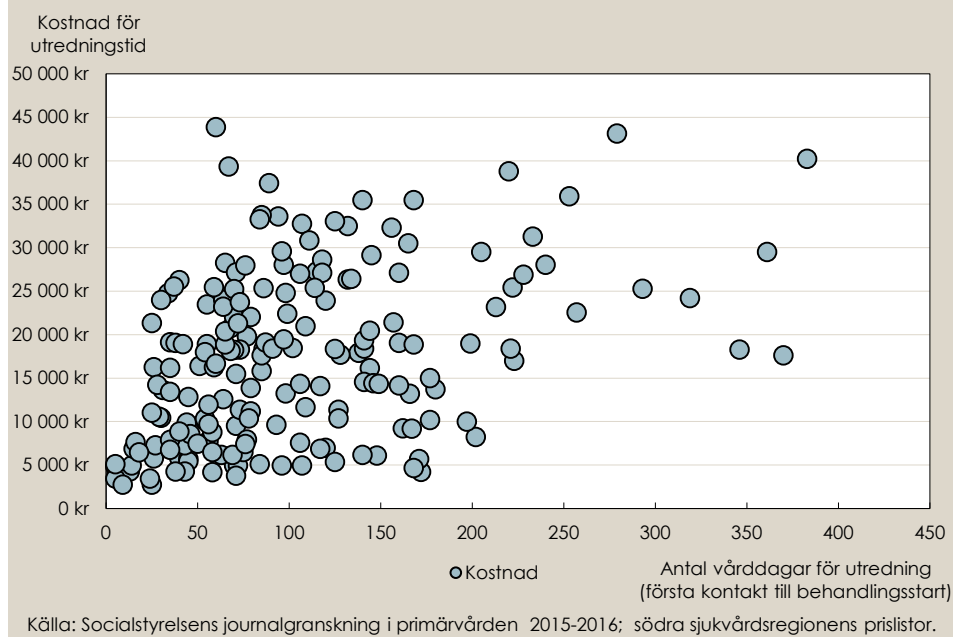
tjock- och ändtarmscancer kan därför antas minska kostnaderna för att utreda och ställa diagnos.



Kostnad för utredning av misstänkt lungcancer

Den genomsnittliga kostnaden för att utreda en misstänkt lungcancer var 17 316 kronor (standardavvikelse $\pm 9\,989$ kronor) per patient. Kostnaden varierade för enskilda patienter, där 95 procent av utredningarna fanns i intervallet 3 875–39 216 kronor. Det fanns en måttlig korrelation mellan väntetid från första vårdkontakt vid misstanke om cancer till behandlingsstart och kostnad förutredning (figur 13). En förkortad utredningstid vid misstänkt lungcancer kan därför antas minska kostnaderna för att utreda och ställa diagnos [4].

Figur 13. Kostnad utredning lungcancer – per patient



Kostnad för utredning misstänkt urinblåse- och urinvägscancer

Den genomsnittliga kostnaden för att utreda en misstänkt urinblåse- och urinvägscancer var 18 438 kronor (standardavvikelse $\pm 11\,154$ kronor) per patient. Kostnaden varierade för enskilda patienter, där 95 procent av utredningarna fanns i intervallet 5 351–42 803 kronor. Det fanns ingen korrelation mellan väntetid från första vårdkontakt vid misstanke om cancer till behandlingsstart och den totala kostnaden för utredning [4].

Kostnaderna för utredning av cancer utgör alltså en mindre del av de totala behandlingskostnaderna för de tre undersökta cancerformerna. För lungcancer utgör utredningskostnaderna cirka 7 procent, för tjock- och ändtarmscancer cirka 8 procent och för urinblåse- och urinvägscancer cirka 30 procent [4].

Kortare utredningstid ger förbättrad livskvalitet

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

Studier inom området har primärt fokuserat på patienter som redan har fått sin cancerdiagnos; endast ett begränsat antal studier har fokuserat på patientens upplevelser och livskvalitet i tidspannet från misstanke om cancer till att diagnos ställs i form av cancer eller inte cancer, det vill säga den fördiagnostiska fasen .

Patienter som befinner sig i den fördiagnostiska fasen av en cancerutredning uppvisar höga ångestnivåer, och det går även att påvisa en negativ inverkan på livskvaliteten. Prevalensen av ångest har rapporterats ligga på 46–73 procent i den fördiagnostiska fasen för bröst- och lungcancerpatienter. Vidare har patienter i denna fas en liknande nedsättning i livskvalitet, oavsett om diagnosen slutligen blir cancer eller inte. Även om patienten får en diagnos är det en fördel att tidigt kunna påbörja behandling. (se också avsnitt i Socialstyrelsen lägesrapport 2016 sidan 71, där referenser återfinns från litteraturgenomgången).

Skattning av QALY-vikt i väntan på cancerdiagnos

Efter en genomgång av relevant litteratur bedömdes två danska publikationer av [46, 47].) vara mest relevanta för att skatta QALY-vikt i väntan på eventuell cancerdiagnos.

Studierna omfattar 674 patienter i den fördiagnostiska fasen av en cancerutredning. En av studierna innehåller dessutom en referenspopulation i den danska befolkningen, med liknande egenskaper gällande kön och ålder. Denna grupp användes som referenspunkt vid skattning av QALY-vikt för det aktuella tillståndet.

Skattningen visade att den hälsorelaterade livskvaliteten kan minska med 14–27 procent när en patient befinner sig i den fördiagnostiska fasen av en cancerutredning jämfört med hos den allmänna befolkningen. I absoluta tal motsvarar detta en minskning i QALY-vikt på 0,112–0,218 på skalan från 0 (död) till 1 (perfekt hälsa). En förkortad utredningsfas skulle dock inte automatiskt uppnå dessa värden, eftersom de flesta inte blir friska direkt efter en utredning. En snabbare utredning kan ändå förväntas vara positivt för den hälsorelaterade livskvaliteten.

Verksamhetsföreträdarnas syn på hälsoekonomiska effekter av satsningen

I syfte att kartlägga de bredare konsekvenserna av SVF har Socialstyrelsen tagit hjälp av kontaktpersoner i fyra fördjupningsregioner (Region Gävleborg, Region Västerbotten, Region Östergötland och Region Skåne). Vi har genomfört intervjuer för att ta reda på de övergripande kostnader som SVF hittills har medfört i regionerna (inklusive personal, organisatoriska förändringar, utvecklingsarbete, arbetstid för inrapportering av data med mera) och vilka effekter arbetet med SVF har medfört (se intervjuguiden bilaga 1)

Kartläggningen är gjord utifrån ett systemperspektiv där vi har försökt fånga förändringar med anledning av SVF som har medfört ändrade kostnader och effekter. Det rör sig till exempel om ändrade rutiner, arbetssätt och effekter som med anledning av SVF har uppstått för patienter, olika delar av vården och andra sektorer.

Kostnader av SVF

I vissa förlopp genomförs samma undersökningar i dag som innan SVF infördes vilket inte medfört stora kostnadsförändringar. I de fall där indikationerna för undersökning och vidareutredning har vidgats jämfört med tidigare

praxis syns däremot en tendens till ökad vårdkonsumtion inom vissa områden med fler eller större undersökningar. Flera regioner beskriver hur inflödet av patienter och antalet undersökningar har ökat efter SVF på grund av att fler undersöks.

För cancer i urinblåsa, det är ju så att det är inte fler som blir sjuka men däremot så undersöker vi fler på de indikationer som anges.

Troligen görs fler undersökningar nu, men det är för att vi nu följer de riktlinjer som finns och att vi inte alltid gjorde detta förut. Det görs mindre onödiga undersökningar och felaktiga undersökningar.

De beskriver även att de mer avancerade undersökningarna görs tidigare än förut.

Vi gör mer avancerad undersökning direkt i stället för enklare först, vilket gör att vi kommer säkert hitta mer cancer.

Kostnaderna för radiologiska undersökningar inom BFM [bild- och funktionsmedicin] under jämförbara perioder visar vad vi hittills tror på en kostnadsökning på 3 procent per år på grund av tyngre och mer resurskrävande undersökningar än tidigare.

Flera av de intervjuade kontaktpersonerna beskriver att ökningen av antalet undersökningar har medfört att kapaciteten har behövt förstärkas samtidigt som det råder brist på personal, vilket påverkar både arbetsmiljön och organisationen. De beskriver även att patienterna kommer snabbare in från primärvården vilket gör att det behövs mer personal.

Vi har bland annat ökat bildtagningen på bild och funktion, vi tar mer bilder från primärvården och det kanske är rätt, det kanske har varit underanvänt. Men det skapar ju också att vi behöver öka vår kapacitet på ett annat sätt.

I vissa fall beskrivs hur kapacitetsbristen har skapat flaskhalsar och ökade väntetider som har renderat tjänsteköp från andra regioner. Förutom ökade kostnader för personalen beskrivs också en ökning i kvalitetssäkrande kostnader, till exempel för kodning av data för att följa upp undersökningar i enlighet med SVF. Flera regioner beskriver hur de har ökat insamling och registrering av data, eller behövt justera i befintliga datasystem för att synkronisera dem med kraven i SVF, vilket har medfört en större resursåtgång.

En region värderar årskostnaderna för att arbeta med SVF till motsvarande 244 miljoner kronor för riket, uppräknat med befolkningen. Samtidigt uppges kostnaderna ha minskat inom andra områden – i primärvården, kirurgiska, urologiska och lugnmedicinmottagningen – så de uppskattar grovt att cirka en tredjedel är rena merkostnader. En annan region uppger årskostnaderna

för de extra tjänster som tillkommit efter SVF till motsvarande 170 miljoner för riket.

Nyttan av SVF

Samtliga kontaktpersoner tar upp att SVF bidragit till att arbetet nu är mer likvärdigt och standardiserat. Övergripande beskrivs att det nationella vårdprogrammet fått större genomslag genom SVF. Dessutom poängteras att utredningen från remiss till beslut om behandling nu går snabbare. Patienter utreds snabbare, med bättre struktur och med högre trygghet är tidigare.

Den största vinsten med SVF-införandet är att vi nu kan erbjuda en likvärdig och standardiserad utredning oavsett var man söker i landstinget samt att man snabbt blir omhändertagen av specialistvården vid allvarliga symptom. Enligt primärvårdsläkarna har det skett ett paradigmskifte. Inom specialistvården går utredningen från remiss till beslut om behandling betydligt fortare än före SVF införandet.

Den tydligare remissvägen och snabbare utredningen har gjort att patienter har vetat var de ska vända sig och de har kommit till insikt om sin diagnos och/eller inlett behandling för cancer eller annan sjukdom tidigare än annars skulle varit aktuellt. Det genererar vinster i form av både tryggare och mindre oroliga patienter och mindre oroliga anhöriga. Detta återspeglas i resultat från patientenkäter.

Många patienter, inte minst i PREM-enkäten, beskriver att de är nöjda med en snabb och effektiv utredningskedja och att de ofta kommit till sjukhus och specialistvård tidigare och snabbare än man trodde var möjligt.

Dessutom blir det lugnare i vårdkedjan och färre kontakter med vården eftersom oroliga patienter och närstående tenderar att höra av sig mer till vården.

Flera kontaktpersoner lyfter upp att den snabbare utredningstiden dock inte åtföljs av snabb tid till behandling vilket blir en kontrast för patienterna. De menar att det är svårare att klara ledtiderna för behandling och att det är särskild brist på operationer.

Vi har fortfarande problem med väntetider till behandling för alla typer av behandlingar så som läkemedel eller strålning men störst problem är väntetider till operation.

Men dessa ledtider följs nu upp mer än innan SVF infördes.

En annan fördel som ofta lyfts är att primärvården och remittenten på akutmottagningen vet var de ska vända sig och att svårdiagnostiserade fall i primärvården har kunnat komma vidare snabbare till specialistvården än tidigare. Genom en strukturerad remissväg och tydlighet inför remittering har personal hos remittenterna kunna göra andra vårdinsatser.

Ytterligare en positiv konsekvens av SVF är att regionerna sätter igång utvecklingsarbete på ett annat sätt.

Det blir ett större tryck som kanske inte hade hänt om vi inte hade haft ett yttre ramverk att förhålla oss till.

Sammanfattande reflektioner

Kostnaden för en cancerutredning från första vårdkontakt på grund av misstanke om cancer till behandlingsstart är relativt liten jämfört med den totala kostnaden för en cancerbehandling och för cancer generellt. Eftersom majoriteten av kostnaderna för cancer rör behandling och produktionsbortfall, finns det stora samhällsekonomiska besparingar att göra genom att förebygga cancer.

Minst en tredjedel av all cancer går att förebygga med förbättrade levnadsvanor, vilket skulle medföra stora vinster i undvikna cancerfall och kostnader. Förebyggande insatser ligger också i linje med de globala utvecklingsmålen enligt FN:s Agenda 2030³³ som bland annat har som mål att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. För att hälso- och sjukvården ska utvecklas på ett långsiktigt hållbart sätt i linje med Agenda 2030 behöver preventiva arbetssätt och strategier utvecklas.

Hälso- och sjukvården kan arbeta med primärprevention riktad till den vuxna befolkningen genom hälsoundersökningar och riktade hälsosamtal. I dag finns god evidens för effekten av riktade hälsosamtal och arbetet med hälsosamtal sprids nu över landet.

Det finns få studier och undersökningar om patienters hälsorelaterade livskvalitet. Det verkar dock finnas belägg för att kortare fördiagnostisk fas leder till mindre oro hos patienterna vilket kan ge en förbättrad livskvalitet. Dessutom rapporteras andra effekter av SVF som kan leda till ökad nytta, bland annat mer likvärdig vård, mer strukturerade arbetssätt med tydligare remissväg, ökad trygghet för patienter och närstående samt en förbättrad uppföljning. Det kan också ge anledning att reflektera över hur verksamheten fungerar och därigenom stimulera förändrings- och utvecklingsarbete.

Eftersom utredningskostnaderna är små jämfört med de totala behandlingskostnaderna och övriga samhällskostnader för cancer, är den kostnadsmässiga effekten av SVF vara förhållandevis liten, även om antalet utredningar skulle öka. Kortare väntetider och ledtider innebär inte per automatik en förändrad vårdkonsumtion; möjligen kan man tänka sig att det förutbestämda förloppet kan minska antalet läkarbesök under utredningen något. Detta i sin tur kan också innebära exempelvis kortare tid till start av rehabilitering.

Satsningen medför initiala kostnader på organisatorisk nivå, och de kostnader som rapporterats ha ökat inkluderar personalkostnader för att undersöka fler patienter eller göra fler eller mer avancerade undersökningar på de som undersöks samt kostnader för insamling och registrering av data.

Det är relativt komplicerat att definiera vad som inkluderas i ett utredningsförlopp. I analysen baserad på Socialstyrelsens journalstudie, har samtliga registrerade vårdinsatser inkluderats, från första vårdkontakt på grund av misstanke om cancer till avgörande om patienter har cancer eller inte. För en del patienter präglas dock den tidiga utredningsfasen av en rad varierande

³³ Regeringskansliet. Att förändra vår värld. Agenda 2030 för hållbar utveckling. (översättning av FNs transformation on world. The 2030 agenda for sustainable development; 2015.

undersökningar innan en misstanke om diagnos uppstår. Detta gäller framför allt vid samsjuklighet och för patienter med oklara och diffusa symtom.

Några av patienterna i journalstudien har ett många läkarbesök registrerade i journalen. Dessa patienter med ett stort antal läkarbesök är inkluderade i analysen eftersom de avspeglar den vårdkonsumtion som i dag är förknippad med cancerutredningar. En patientgrupp som saknas i journalstudien är däremot de patienter som genomgått en cancerutredning och som sedan fått en annan diagnos än cancer.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det sannolikt finns stora effektivitetsvinster i de arbetssätt som utvecklats inom ramen för SVF. Tidigare har konstaterats att införandet av kontaktsjuksköterskor i cancervården har stor potential att effektivisera vården.³⁴ Detta är dock svårt att göra mätbart, både i ekonomiska termer och hur det påverkar behandlingsresultatet.

Utredningsfasen utgör bara en första fas i ett längre vårdförlopp, och kan därför antas påverka även senare stadier som behandling och rehabilitering. Det skulle därför vara relevant att göra större hälsoekonomiska analyser och utvärderingar som kopplar samman olika delar i vårdkedjan. Då blir det också lättare att analysera vilka komponenter i kedjan som är viktiga för att skapa en så stor nytta och ett så stort värde som möjligt för de resurser som fördelas.

Det fokus på effektivare vårdprocesser och smidigare patientflöden som har funnit i utvecklingen av SVF bör också kunna spridas till andra vårdområden. I tidigare analyser, av bland annat Socialstyrelsen, har framhållits att det finns en stor effektiviseringspotential i att öka betoningen på multidisciplinära samarbeten och omfördelning av arbetsuppgifter. Detta är också en bärande slutsats i betänkandet *Effektiv vård* [11]. Samtidigt finns de stora ekonomiska besparingarna och hälsovinster att göra i satsningar på förebyggande insatser.

³⁴ Hälsoekonomisk bedömning av Regional cancerplan RCC syd med särskilt fokus på kontaktsjuksköterskan och multidisciplinära terapikonferenser. Institut för Hälso- och sjukvårdsekonomi; 2014.

Referenser

1. Bohmer, R. Designing Care. Aligning the nature and management of health care. Boston: Harvard Buisness Press; 2009.
2. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015.
3. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie; 2015.
4. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016
5. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport.; 2017.
6. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården, Lägesrapport 2018.
7. En nationell cancerstrategi för framtiden. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2009.
8. Constand, MM, J.Dal Bello-Haas,V. Law, M. Scooping review of patient-centered care approaches in health care. BMC Health Serv Res. 2014; (14):271.
9. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning på lång och kort sikt; 2019.
10. Brulin, L. Att äga, styra och utvärdera stora projekt; 2011.
11. Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården; 2016.
12. Hansen, R. Delay of the diagnosis of cancer. Aarhus: University of Aarhus, Denmark, 2008.
13. 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.
14. Jensen, H, Torring, ML, Olesen, F, Overgaard, J, Vedsted, P. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study. BMC Cancer. 2014; 14:636.
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. Socialdepartementet. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum 2011.
17. Hamilton, W. Five misconceptions in cancer diagnosis. Br J Gen Pract. 2009; 59(563):441-5, 7; discussion 6.
18. Svendsen, RP, Stovring, H, Hansen, BL, Kragstrup, J, Sondergaard, J, Jarbol. Prevalence of cancer alarm symptoms: a population-based cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28(3):132-7.
19. Ingebrigtsen, SG, Scheel, BI, Hart, B, Thorsen, T, Holtedahl, K. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. Fam Pract. 2013; 30(2):153-60.
20. Levesque, JF, Harris, MF, Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013; 12:18.
21. Vårdanalys. Vårdval och vårdutnyttjande; 2014.
22. Statens beredning för medicinsk utvärdering och omsorg. Tidig upptäckt av symptomgivande cancer. En systematisk litteraturöversikt; 2014.

23. Hansen, RP, Vedsted, P, Sokolowski, I, Sondergaard, J, Olesen, F. General practitioner characteristics and delay in cancer diagnosis. a population-based cohort study. *BMC Fam Pract.* 2011; 12:100.
24. Emery, JD, Shaw, K, Williams, B, Mazza, D, Fallon-Ferguson, J, Varlow, M, et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* 2014; 11(1):38-48.
25. 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.
26. Jensen, H, Nissen, A, Vedsted, P. Quality deviations in cancer diagnosis: prevalence and time to diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract.* 2014; 64(619):e92-8.
27. Ewing, M. Identification and early detection of cancer patients in primary care: Göteborgs Universitet; 2018.
28. Högberg, C. Diagnosing colorectal cancer in primary care. The value of symptoms, faecal immunochemical tests, faecal calprotectin and anaemia: Umeå Universitet; 2017.
29. Vårdanalys. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin; 2015.
30. Potter S, GS, Shere M, Braddon F, Curran G, Greenwood R, Sahu A.k, Cawtton S. . Referral patterns, cancer diagnosis, and waiting times after introduction of two weeks wait rule for breast cancer, prospective cohort study. *BMJ.* 2007; 335(288).
31. Vårdanalys. Låt den rätte komma in; 2014.
32. Smeds M, PB. The effects of cancer care pathways on waiting times. *Int J Quality and Service Sciences.* 2018. Fulltext www.emeraldinsight.com
33. Anderson, RMJ, R. Managing health care organizations: where professionalism meet complex science. *Health Care management review.* 200; 25(1):82-92.
34. Bar-Yam, Y. Improving the effectiveness of health care and public health: a multiscale complex systems analysis. *Am J Public Health.* 2006; 96(3):459-66.
35. Cooper, HCG, R. What can complexity do for diabetes management? Linking theory to practice. *Journal of evaluation in clinical practice.* 2009; 15(4):761-5.
36. Lemak, CG, E. Strategy as simple rules. Understanding success in rural clinic. *Health Care Manage Rev.* 2003; 28(2):179-88.
37. McDaniel, RR, Jr., Jordan, ME, Fleeman, BF. Surprise, Surprise, Surprise! A complexity science view of the unexpected. *Health Care Manage Rev.* 2003; 28(3):266-78.
38. Gerteis, ME, Levitan, S, Daley J, Delbanco T.L. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
39. Cohen, WL, D. . Absorptive capacity. A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly.* 1990; 35(1):128-52.
40. Zahra, SG, G. Absorption capacity. A review reconceptualization. *Academy of Management Review.* 2002; 27(2):185-203.
41. Bloom B, KDR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, by a committee of college and university examiners. Handbook 1 Cognitive domain. New York: Longmans, Green; 1956.
42. Argyris C, SD. Organizational learning. MA Google Scholar: Addison-Wesley Reading; 1978.
43. Murray, PD, K. Empirical linkages between firm competencies and organisational learning. *The learning Organizations.* 2003; 10(1):51-62.
44. Senge, P. The leader's new york. Leading organizations. 1998; (1):439-57.
45. Vårdanalys. Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning; 2014.

46. Moschholm, RR-H, S. Lindhardt, BO. Fetter, MD. Health-related quality of life in patients with serious non-specific symptoms undergoin evaluation for possible cancer and their experience during the process: a mixed methods study. Qual Life Res. 2016.
47. Moschholm, RR-H, S. Lindhardt, BO. Undergoing diagnostic evaluation for possible cancer affects the health-related Quality of life in patient presenting with non-specific symptoms PLoS Genet. 2016; 11(2).

Bilaga 1. Metodik och tillvägagångssätt för avsnitt 3– 7

Avsnitt 3. Primärvårdens roll vid utredning av cancer

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Nationella väntetidsdatabasen – Signe, Sveriges kommuner och landsting (SKL). Uttag augusti 2015 till och med december 2018; om antal och andel patienter som remitterats för SVF utredning via primärvården.
- Cancerregistret, 2017. Socialstyrelsen.
- Litteraturgenomgång: att upptäcka och utreda cancer, sammanhållen vård vid utredning av cancer, kunskap om alarmsystem, och dansk primärvårdsforskning med uppföljningar i primärvården och danska pakkeforløb.
- Socialstyrelsen webbenkätundersökning (2016) riktad till primärvårdsläkare i syfte att fånga tidiga erfarenheter om att remittera patienter enligt SVF.
- Patientjournaler har granskat i sex regioner av patienter som fått cancerdiagnos före (2015/2016) och efter SVF (2018) har införts. Genomförande, identifiering, urval, granskningsprotokoll – se också faktainformationen i avsnittet ”journalgranskningen och primärvårdsläkarnas observationer”.
- Ledtidsmätningar har gjorts i samma sex regioner före och efter införande av standardiserade vårdförlopp av samma granskande primärvårdsläkare. Samma kriterier för att registrera händelser har tillämpats både 2016 och vid 2018 års granskning.
- Under granskningen noterades i protokollet samsjuklighet, förekomst av och angiven text om rökning och ärftlighet för cancer samt angivna symptom i anslutning till att patienter sökt vården före upptäckten av cancersjukdomen.
- Två cancerformer ingick i uppföljningen 2015/2016 och 2018: lungcancer och tjock- och ändtarmscancer. Faktainformationen om cancerformerna återfinns i avsnittet. Efter de båda granskningarna (2015/2016 och 2018) genomförts fick samtliga granskare, primärvårdsläkare med lång erfarenhet av patientarbete och forskning reflektera utifrån sina observationer, skriftligt 2016 och muntligt (telefonintervju) 2018. Frågorna som intervjuerna utgick ifrån var: Vilka tankar/upplevelser fick du när du gjorde granskningen? Var det något som gjorde dig upprörd, glad eller förvånad när du när du granskade? Vilka tankar/upplevelser har du om journalstrukturen? Vilka tankar/upplevelser har du om förloppet från kontakt i primärvården till vidare remiss? Vilka tankar/upplevelser har du om förloppet före och efter SVF?

Analys och sammanställning

- Text och intervjuunderlaget från primärvårdsläkarnas reflektioner och observationer har analyserats utifrån abstraktionsnivån på det manifesta innehållet, det vill säga det som uttrycks i text och tal. Citaten från granskarna har till syfte att illustrera de teman och områden som analysen genererat.
- Tidsskillnaden mellan datum för olika händelser har beräknats och jämförts mellan före och efter införande av standardiserade vårdförlopp (för patienter med lungcancer och tjock och ändtarmscancer).
- Graden av och förekomsten av samsjuklighet (för patienter som fått cancerdiagnos före och efter SVF införts) skattades med ASA-klassning för utredning av cancer före respektive efter SVF:s införande. ASA är en gradering av samsjuklighet – se beskrivningen i avsnittet ”Patientens symtombild och samsjuklighet”.
- Analysen av ledtider och samsjuklighet ärföretadesvis genomförd med: Deskriptiva analyser och regressionsanalys.

Avsnitt 4. Undanträngning till följd av SVF

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Regionernas handlingsplaner 2016-2018 vad gäller svaren om undanträngning och prioritering.
- Erfarenheter (inspelade samtal och transkribering av intervjuer) från Socialstyrelsens dialogmöten med fyra regioner 2016-2018.
- Svar från webbenkätens specifika frågor om undanträngning och prioritering riktade till regionernas projektledare och samordnare (2016-2017), till SVF koordinatörer (2017) och till olika professioner inom utredningar (2018).
- Dataunderlag och analyser från länssjukhuset i Kalmar utifrån frågeställningen om huruvida SVF i cancervården leder till undanträngning av andra patienter (underlaget presenteras i sin helhet i bilaga 3, inklusive dataunderlag och analyser).

Analys och sammanställning

Vad gäller svaren om undanträngning och källor var god se metodavsnitten i respektive lägesrapport (2016-2018). Se vidare analys och sammanställningar från tidigare lägesrapportering, (2016-2017).

Avsnitt 5. Effekter av SVF på lärande i komplexa system

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Resultat och analyser från innehållet i samtliga lägesrapporteringar (2015-2018).
- Samtliga regioners handlingsplaner och rapporteringar (2015-2018).

- Intervjuunderlag och dialoger i fyra regioner under satsningens fyra år (2015-2018).
- De teoretiska områden som ligger till grund för resonemangen har härletts från bland annat teorier om komplexitet, absorbtiv kapacitet, organisatoriskt lärande samt kvalitetsbegreppet.

Analys och sammanställning

- Fördjupade analyser av lärande på olika nivåer utifrån ovanstående underlag.
- Texter och svar på frågor samt transkriberade intervjuer har sammanställt och varit utgångspunkt för analysen, främst det som uttryckt i texten.
- Samtliga handlingsplaner och rapporter har studerats och utdrag från dessa kodats utifrån typ av lärande och vilken fas lärandet ses representera. Se vidare om kodningsproceduren i avsnitt ”Baslärandet har ökat genom SVF”.
- Syntes utifrån teoretiska områden och uppkommande mönster från kodade rapporter och fördjupade intervjuer.

Avsnitt 6. Betydelsen av SVF-överenskommelsernas form och innehåll

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Studier av dokument knutna till satsningen (cancercentrum.se) och samtliga överenskommelser (2015-2018).
- Urvalet av informanter syftade till att ge en bild av mottagandet på strategisk tjänstemannanivå i regionerna både bland de personer som arbetar med att samordna införandet av SVF i respektive region (fyra regioner) och bland de som arbetar med samordningen av regionernas tillgänglighetsarbete mer generellt.
- Underlaget bygger på tolv ljudbandinspelade intervjuer, fyra med företrädare för den nationella nivån och åtta med företrädare för den regionala nivån.

Analys och sammanställning

- Materialet har transkriberats, kategoriserats och analyserats utifrån den ekonomiska styrningen och tillhörande krav, överenskommelserna på detaljerad nivå, och den medicinska förankringen.
- Resultatet reflekteras i en sammanfattande del utifrån; överenskommelsernas förutsättningar, överenskommelsernas utformning och innehåll.

Avsnitt 7. Standardiserade vårdförlopp ur ett hälsoekonomiskt perspektiv

Datainsamling och huvudsakliga källor (se också lägesrapport 2016)

- En beräkning av vinsterna med prevention av cancer (hälsokalkylator).
- Intervjuer med verksamhetsföreträdare i fyra fördjupningsregioner, 2018.

- Intervjuguiden har utgått från följande frågeställningar:
 - Skulle ni kunna uppskatta de övergripande kostnader som SVF hittills har medfört i er region i SEK (ej resurser i form av stimulansmedel) (*Inkl. personal, organisatoriska förändringar, utvecklingsarbete, arbetstid för inrapportering av data etc.*)
 - Vilka är de initiala kostnader, och hur kan kostnaderna komma att se ut på sikt?
 - Sammanfatta kort de önskvärda effekterna/konsekvenserna (med utgångspunkt i hälsoekonomiska aspekter) som arbetet med SVF medfört i er region?
 - I vilken omfattning har SVF bidragit till ökade kostnader för olika diagnostiska undersökningar, och för vilka diagnoser?
 - Enligt regionernas bedömning- i vilken utsträckning har de insatta resurserna/ kostnaderna bidragit till att uppnå de önskvärda utfallen i satsningen på SVF? (”har det varit värt det”).

Analys och sammanställning

- Intervjuerna har analyserats utifrån informanternas skriftliga svar (via e-post) och från anteckningar tagna vid telefonintervjuerna.
- I de avsnitt som refererar till uppföljningen 2016 – se metodbilagor i lägesrapport 2016.

Bilaga 2. Enkät riktade till professioner inom utredningsteam

Introduktion till enkäten

Enkäten skickades ut till de regioner (Region Gävleborg, Region Skåne, Region Västerbottens och Region Östergötland) som särskilt studeras i Socialstyrelsens uppföljning av SVF. Totalt skickades enkäten till 981 personer som representerade de flesta de professioner som arbetar med cancerutredning enligt standardiserade vårdförlopp (SVF) och behandling. Antal svar i förhållande till utskickade enkäter, se tabell 1 nedan. ”Annat” angivet i tabellen, omfattar respondenter som inte uppfattar sig tillhöra någon av de angivna regionerna.

Tabell 1. Totala antalet utskickade enkäter och svar per landsting/region

Region	Antal utskick	Antal svar	Procent
Västerbottens	415	114	32 %
Skåne	154	100	28 %
Gävleborg	154	94	26 %
Östergötland	117	45	13 %
Annat		6	2 %
Totalt:	981	359	100 %

Enkäten består av två delar, där den första delen är inriktad på förutsättningar för att införa SVF och den andra delen består av frågor om professioners inställning till SVF samt hur SVF påverkar arbetssätt och verksamhet i stort. Den senare delen besvarades endast av de respondenter som själva angett sig vara tillräckligt involverade i arbetet med SVF för att besvara frågor om själva implementeringen och effekterna av den. Cirka 70 procent av antalet svarande besvarade båda delarna med cirka 30 procent endast besvarade den första delen.

Respondenterna representerar tre grupper: läkare inom patientnära verksamhet, funktioner för stöd och koordinering samt professioner inom utredande verksamhet (se tabell 2). Den största gruppen svarande var läkare tillhörande antingen patientnära kirurgisk verksamhet som allmänkirurgi, urologi samt öron-näsa-halssjukdomar eller medicinsk och onkologisk verksamhet som internmedicin, hematologi och gynekologisk onkologi. Den nästa största gruppen var funktioner för stöd och koordinering, till exempel kontaktsjuksköterskor och SVF-koordinatorer. Därefter kom professioner inom utredande verksamhet, till exempel laboratorier, bild- och funktionsmedicin samt koloskopi och endoskopi. Det fanns också möjlighet att välja ”annat”, där personer med många olika tillhörigheter eller funktioner räknades

in, exempelvis läkare i kombination med koordinator samt andra professioner, till exempel specialisttandläkare, läkare inom palliativ medicin och sjuksköterskor på cytostatikamottagning.

Tabell 2. Antal svarande från olika professioner

Profession/funktion	Antal	Procent
Läkare inom patientnära verksamhet (medicinsk, onkologisk och kirurgisk verksamhet)	171	48 %
Funktioner för stöd och koordinering (kontaktsjuksköterska, SVF-koordinator samt kombinationen koordinator/ kontaktsjuksköterska)	101	28 %
Professioner inom utredande verksamhet (läkare inom laboratorier, bild- och funktionsmedicin samt koloskopi och endoskopi)	63	18 %
Annat	24	6 %
Totalt:	359	100

Implementering inom vården – faktorer som påverkar utfallet

Implementering av SVF kan anses vara en komplex process, eftersom implementering inom vården generellt påverkas av många faktorer på både organisationsnivå och individuell nivå (Grol & Grimshaw, 2003). Olika mekanismer och strukturer som påverkar implementeringsprocessen och utfallet beskrivs bland annat av Greenhalgh med flera (2004), Nutley med flera (2007) och Damschroder med flera (2009). En syntes av dessa ramverk görs i Nilsen med flera (2010) som belyser faktorer av betydelse för utfallet av implementering inom vården. Enkäten fokuserade på att undersöka implementeringsfaktorerna (se nedan) utifrån professionens perspektiv.

Det nationellt framtagna underlaget för SVF har utvecklats med mål om kortare väntetider, nöjdare patienter och jämlik vård. Professionerna tolkar, värderar och anpassar sedan SVF utifrån sin egen kontext:

- Vad anses vara bra eller mindre bra med SVF?
- Hur överensstämmer implementeringen av SVF med de upplevda utvecklingsbehoven i verksamheten?
- Hur påverkar nuvarande struktur och resurser implementeringen och genomförandet av SVF?

Följande är exempel på frågor som enkäten hade för avsikt att besvara, och analysen av enkäten utgår från de faktorer som beskrivs nedan.

Implementeringsobjektet, det vill säga de nationellt framtagna beskrivningarna av SVF som innehåller följande komponenter: kriterier för välgrundad misstanke om cancer, beskrivning av standardiserat utredningsförlopp, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider hos utredande enheter.

Implementeringsstrategin som genomförs vid införandet SVF inom verksamheterna med faktorer som till exempel stödstrukturer för förändring, mål och ledningsstöd.

Förutsättningar och behov hos professioner som tolkar och värderar SVF utifrån sin egen kunskap och kontext. Professionens erfarenhet, attityder

till och motivation att använda eller nyttiggöra det som implementeras påverkar resultat av utvecklingsarbetet.

Kontext, vilket avser nuvarande struktur, styrning och resurser som skapar förutsättningar för utvecklingsarbetet och påverkar hur väl implementeringen lyckas.

Verksamheternas förutsättningar och utvecklingsarbete

Respondenternas nulägesbild av den egna verksamheten och utvecklingsarbetet ger en bild av och förståelse för den kontext som kan ha påverkat förutsättningarna för införandet av SVF. Tabell 3 visar hur respondenterna bedömer nuvarande bemanningssituation i verksamheten samt hur de ser på verksamhetens möjlighet att utveckla och upprätthålla relevant kompetens. Bemanningssituationen anses vara otillfredsställande; 53 procent bedömer den som mycket eller ganska otillfredsställande. Professionerna ser däremot mer positivt på möjligheten att utveckla och upprätthålla relevant kompetens; 58 procent bedömer möjligheten att utveckla och upprätthålla relevant kompetens som mycket och ganska tillfredsställande.

Tabell 3. Uppskattning av nuvarande och förväntad bemanningssituation

	Otillfredsställande			Tillfredsställande	
	mycket	Ganska	varken eller	ganska	Mycket
Nuvarande bemanningssituation i verksamheten	16 %	37 %	12 %	27 %	7 %
Möjlighet att utveckla och upprätthålla relevant kompetens	5 %	23 %	15 %	44 %	14 %
Antal svar: 357					

På frågan *I vilken utsträckning bedömer du att rutiner och processer fungerar tillfredsställande i din verksamhet?* svarar 67 procent av respondenterna att dessa fungerar tillfredsställande eller mycket tillfredsställande. Frågan kompletteras med fritextsvar som ger en bild av vad respondenterna anser fungerar bra respektive mindre bra. Övergripande är respondenterna nöjd med rutiner och processer inom den egna verksamheten med det anses svårt att hålla fast vid dessa när det finns omständigheter som försvårar följsamheten. Kapacitetsbrist, underbemanning och behov av ständiga prioriteringar gör att rutiner ofta faller bort. Utmaningen ligger också i att nå ut till alla och skapa en acceptans för nya arbetssätt. Det kan förklaras av att förändringar som inte kan motiveras eller inte anses leda till förbättringar är svårare att genomföra.

En faktor som påverkar följsamheten positivt är drivande personer som har rollen som spindel i nätet, menar responterna. Den rollen har ofta koordinatörer och kontaktsjuksköterskor, vilka nämns som faktorer som underlättar arbetet.

Det som anses fungera mindre bra, och som har potential för förbättring, är samarbetet med primärvården, andra kliniker samt inom den egna regionen. Respondenterna beskriver olika exempel på problem som uppstår på grund av bristande systemtänk eller på att inte alla i vårdförloppet har välfungerande arbetssätt. Respondenterna beskriver att det inte räcker att rutiner och

processer fungerar i den egna verksamheten utan man är en del av systemet och är beroende av att rutiner och processer fungerar hos andra.

Om man tittar mer specifikt på samarbetet mellan specialistvården och diagnostiska verksamheter bedömer 80 procent av respondenterna att samarbetet fungerar mycket eller ganska tillfredställande. Respondenterna beskriver att det är lätt att ta kontakt med varandra och att samarbete sker via multidisciplinära konferenser (MDK). Där samarbetet fungerar sämre nämns anledningar som dålig förståelse för varandras verksamheter, vilket skapar klyftor som ofta beror på att det inte finns en gemensam målbild eller överenskomelse om hur aktiviteter ska genomföras.

Vidare undersökte enkäten hur verksamheter arbetar med utveckling av rutiner och processer för att dessa ska vara hållbara på längre sikt. Analysen av de 193 fritextkommentarerna visar en enhetlig bild av hur arbetet med utvecklingsarbetet sker. De flesta svarande ser det som en del av verksamhetsplanering och styrning. Respondenterna beskriver att medarbetare och verksamhetschef behöver träffas regelbundet för att utbyta information, diskutera utvecklingsbehov och upprätta handlingsplaner.

Utvecklingsarbetet sker dock på olika nivåer och med olika fokus. Särskilt lyfts det processarbete upp som genomförs med stöd av processteam och processledare som har ansvar för att utveckla hela patientflöden. Vårdpersonal deltar också i möten på olika nivåer, både regionalt och lokalt, för att sprida kunskap och utveckla nya rutiner. Detta arbete kräver ofta samarbete över klinikgränserna, men det sker även lokalt inom verksamheterna genom regelbundna processmöten eller teammöten med olika yrkesgrupper. Ytterligare exempel på utvecklingsarbete som respondenterna beskriver är sektionsmöten där rutiner stäms av och nya behandlingar diskuteras. Specialister inom olika vårdområden beskriver hur de bevakar vetenskaplig utveckling via möten, konferenser och artikelgenomgångar samt delar kunskap med varandra på olika möten.

Arbetsätt och komponenter inom SVF

Tabell 4 visar hur respondenterna har deltagit i utvecklingsarbetet med SVF. En stor andel av respondenterna (69 procent) har deltagit i införandet av SVF på den egna enhet eller egna verksamheten, andelen som deltagit i ett specifikt vårdförlopp är 37 procent. Totalt 20 procent uppger att de inte alls har deltagit i utvecklingsarbetet och införandet av SVF.

Tabell 4. Deltagande i utvecklingsarbetet med SVF

	Antal	Andel
Införandet av SVF på egen enhet/i egen verksamhet	173	69 %
Processarbetet för ett specifikt vårdförlopp (till exempel projektgrupp eller processgrupp)	93	37 %
Införandet av SVF på sjukhusnivå	45	18 %
Införandet av SVF på landstings- eller regionnivå	35	14 %
I arbetsgruppen för framtagning av SVF på nationell nivå	30	12 %
Annat	11	4 %
Nej	49	20 %

Antal svar: 249. Respondenterna kunde välja flera svarsalternativ.

Enkäten undersökte vidare vikten av olika komponenter av SVF-satsningen (se tabell 5). Kriterier för välgrundad misstanke om cancer anses vara något viktigare och obokade tider hos utredande enheter anses vara något mindre viktigt.

Tabell 5. Vikten av olika komponenter i SVF-satsningen

	Inte alls viktigt	Ganska oviktigt	Varken eller	Ganska viktigt	Mycket viktigt
Kriterier för välgrundad misstanke om cancer	2 %	2 %	6 %	13 %	76 %
Införandet av koordinatörer	3 %	5 %	13 %	22 %	58 %
Obokade tider hos utredande enheter	6 %	4 %	12 %	20 %	59 %
Multidisciplinära konferenser (MDK)	2 %	3 %	8 %	21 %	67 %
Beskrivningar av utredningsförlopp för varje SVF	3 %	3 %	11 %	24 %	59 %

Ett återkommande tema i svaren på frågorna är att införandet av SVF påverkar produktionsnivåer och arbetsbelastning i verksamheterna. Kriterier för välgrundad misstanke om cancer kommenteras i fritextsvaren på flera ställen i enkäten. Bilden som kommer fram är att inklusionskriterierna för vissa cancerdiagnoser anses för vida, vilket anses bidra till ökade patientflöden, onödiga undersökningar och ökad arbetsbelastning. Starkt fokus på kriterierna för välgrundad misstanke kan också medföra att inte rätt patient remitteras till cancerutredningen, vilket illustrerats av följande citat.

Risk att man fokuserar så mycket på själva kriterierna att man missar andra symtom.

Risk att man stoppar in patienter i ett SVF och inte tänker själv.

Flera respondenter kommenterar också att fokus ligger allt för mycket på att korta ledtider, vilket inte alltid anses vara medicinskt motiverat (se citatnedan om lymfom). Patienter hänger ofta då inte med mentalt och har inte hunnit reflektera över situationen.

Dålig nyansering av utredningstempo vid lymfom, där indolenta sjukdomar ska handläggas lika skyndsamt som aggressiva. Detta skapar mer oro för patienter och genererar ofta större vård- och kontaktbehov än vid tidigare handläggning med utgångspunkt från medicinsk bedömning och prioritering.

Ytterligare en faktor som bidrar till upplevd ökad arbetsbelastning är kravet på kodning och uppföljning av ledtider. Flera respondenter pekar på att SVF innebär extra administration och krångel, vilket tar tid från patienterna och ökar stressen.

SVF kan starta på olika sätt, skapar förvirring kring vilka patienter som är SVF och inte och hur de ska kodas. Kodningen inte tillförlitlig, tolkas olika. För vem kodar vi?

Ytterligare en aspekt som inte fungerar helt, men som tycks kunna utvecklas i framtiden, är felaktiga och ofullständiga remisser. Remisshantering nämns ofta som en aspekt som bidrar till administrativt krångel och tar onödig tid. Det finns ett uttalat behov av att utveckla rutiner för de patienter som inte är remitterade via SVF men som ändå har en sjukdom som bör innefattas. En sammanfattning av olika aspekter som tas upp av respondenterna finns i tabell 6.

Tabell 6. Olika aspekter och kommenterar på SVF-införandet.

	Antal	Citat
För vida kriterier för välgrundad misstanke	47	"För vaga inklusionskriterier vilket leder till onödiga utredningar." "Många som inkluderas där det inte är något, resurskrävande."
Ökat antal utredningar	44	"Ett ökat remissflöde till mottagning. Arbetsbörda flyttat från primärvård till slutenvård. Primärvård bedömer ej ifall pat. klarar SVF eller ej." "Oflexibelt system, medför mycket utredning i onödan."
Administrativt krångel	28	"Kodningssystemet onödigt, bara till för administration utan betydelse för sjukvården." "Dubbelarbete för att koda korrekt. Ändrar inte patienthanteringen till det bättre. Tid och energi går åt för kodning."
Ökad arbetsbelastning	27	"Mycket kraftigt ökad arbetsbörda för radiologin/rtg-läkare med krav på snabba svar och tunga MDK." "Ökad arbetstryck och ständig stress pga. kortare svarstider på fler och fler patienter."
För snabbt	18	"Mycket oro hos pat. Snabb utredning och sedan längre väntan på behandling." "Inte alls korrelerat med medicinsk prognos vilket gör det svårt att försvara det snabba förloppet, kan skapa mer oro hos patienten faktiskt."
Felaktiga remisser	17	"Felaktiga remisser benämnda som SVF." "Inte alltid används SVF-remiss inom primärvården."

Det framkommer i fritextkommentarerna att införandet av SVF har haft negativ påverkan på produktionsnivåer och arbetsbelastning i verksamheterna, men generellt ser man också många fördelar med det nya arbetssättet.

Ändå mer plus än minus, men mycket fortsatt att förbättra.

De mer positiva aspekterna med fritextkommentarer sammanfattas i tabell 7. Standardiserade och förutsägbara flöden med effektivare, snabbare och säkrare vård för SVF patienter beskrivs vara den största fördelen med SVF. Strukturerat utredningsförlopp underlättar både för medarbetare och för patienter. Ansvarsfördelningen mellan verksamheter och specialiteter blir tydligare och medvetenheten om cancerutredning ökar hos alla. Ytterligare en fördel som nämns är att alla inblandade vet vad som gäller vilket tros minska risken att patienter faller mellan stolarna.

Snabbare tid till första besök, mer organiserat kring dessa patienter, kontrolleras dagligen att patienter följer sitt förlopp och får tider. Tog längre tid innan.

Det beskrivs även att SVF skapar bättre förutsättningar för ökat samarbete kring patienten. Alla kompetenser inom olika specialiteter kan vara med och bidra till utredningen genom MDK och tvärprofessionellt samarbete. Vidare anses införandet av SVF initierat processarbete på olika nivåer i vårdssystemet. Detta har lett till många diskussioner och ökad insikt om väntetider, brister i rutiner samt flaskhalsar i systemet. Processarbetet tycks då även bidra till bättre kommunikation och samarbetet mellan kliniker och sjukhus.

Tabell 7. Positiva aspekter på SVF-införandet.

	Antal	Citat
Standardiserade och förutsägbara flöden	60	"Ett snabbare standardiserat omhändertagande för flertalet tumörpatienter." "Klara riktlinjer, tydlighet i utredning."
Flödesorientering	46	"Bättre organisation och flöden, vi har på ett nyttigt vis omvärderat rutiner." "Ökat tänk kring flöden och varför vi gör som vi gör – vad går att förändra."
Ökad medvetenhet	13	"En grundlig genomgång av utredningsprocessen som även medfört att arbetet med andra processer förbättrats." "Att fler personer i vården är informerade om vikten av att förkorta samtliga ledtider."
Tvärprofessionellt samarbete	12	"Lärt oss att vara med i hela förloppet och inte bara en del." "Förbättrad kommunikation mellan olika enheter samt med universitetssjukhus."

Vidare om arbetssätt fanns det stora skillnader i uppfattning hur mycket SVF har påverkat respondentens arbetssätt. Totalt 6 procent angav att deras arbetssätt inte alls påverkades medan 23 procent angav att deras arbetssätt påverkades i hög utsträckning. En jämförelse mellan professioner ger viss förklaring till variationen. Koordinatorerna angav att deras arbetssätt påverkades mest medan professioner inom utredande verksamhet uppfattar att deras arbetssätt påverkades minst. Med hänsyn till förändringar som SVF medför är det ett förväntat resultat.

Professionens uppfattning om SVF:s effekter

Respondenterna blev tillfrågade i vilken utsträckning de tror att SVF har bidragit till ett antal förbättringsområden, se tabell 8. Analys av fritextsvaren bekräftar och förklarar bilden av hur respondenterna ser på SVF:s bidrag till förbättringar, se tabell 9. Främst bedömer respondenterna att SVF har bidragit till effektivare utredningsförlopp med en (signifikant) skillnad mellan kontaktsjuksköterskor, som är mest positiva, och läkare inom patientnära verksamheter, som är minst positiva. Arbetet med SVF öppnar upp för nya arbetssätt och rutiner i verksamheterna. Genom att alla verksamheter hjälper till att utveckla sina delar av förloppet, anges i fritextkommentarerna att resurseffektiviteten förväntas bli högre.

Tabell 8. SVF:s bidrag till förbättringar.

	Medelvärde	SD*
Effektivare utredningsförlopp	4,1	1,1
Nöjdare patienter	3,8	1,1
Kortare väntetider	3,8	1,2
Ökad samverkan inom specialistvården	3,7	1,2
Mer jämlik cancervård	3,6	1,3
Ökat samarbete mellan primärvård och sjukhusvård	3,3	1,3
Mer individanpassad cancerutredning	3,0	1,3

Tabellen visar medelvärde (på skalan 1–5, där 5 = i hög utsträckning och 1 = inte alls)

* Standard division (SD), standardavvikelse.

Nöjdare patienter och kortare väntetider rankas högt. Uppfattningen är att patienterna uppskattar både snabbare och mer samordnad vård. I fritextsvaren omnämns framför allt det snabba förloppet som en positiv effekt (se tabell 9). Standardiserad utredning och ökad samordning anses minska antalet besök och ledtider i vårdförloppet. På så sätt minskar väntetiden på besked och eventuell oro för patienterna. SVF-patienter beskrivs även i ordalag av att de gynnas av prioriteringar och förbokade tider, vilket bidrar till att utredningsprocessen går snabbare och att det blir kortare väntetider. Många nämner att patientgrupper inom SVF för allvarliga ospecifika symtom(AOL) och SVF för okänd primärtumör (CUP) speciellt gynnas av SVF, eftersom det nu är uttalat prioriterade patientgrupper där tidig upptäckt och korta utredningsförlopp ofta visat sig vara avgörande för utfallet av vården.

Vidare anses SVF bidra till ökad samverkan inom specialistvården och mer jämlik cancervård. Det sistnämnda kommenteras även av flera i fritextsvaren. Prioriteringen av SVF-patienter tros även bidra till mer jämlik vård. Jämlik vård innebär dock inte nödvändigtvis att alla patienter har rätt att få vård lika snabbt. Snarare anses det innebära att alla patienter får likvärdiga bedömningar och får vård i rätt tid utifrån sina behov. En annan förklaring till ökad jämlikhet i vården är att det skapas tydliga och enhetliga utredningsförlopp både lokalt och nationellt.

Något lägre bedöms SVF:s bidrag till ökat samarbete mellan primärvård och sjukhusvård. En bidragande faktor kan vara att respondenterna inte har så mycket kontakt med primärvården i vårdförloppet; kontakten sker framför allt genom remisser som av flera har kommenterats som ett utvecklingsområde. Minst anser professionerna att SVF bidrar till mer individanpassad cancerutredning. En vanlig uppfattning tycks vara att det inte går att jobba med både standardisering och individanpassning samtidigt. Detta illustreras genom följande kommentarer.

Det är svårt att både likrikta utredningen och individanpassa men jag upplever att hänsyn tas till patienternas behov och åsikter.

SVF innebär enligt vad jag förstår inte någon möjlighet till individuell utredning.

Tabell 9. SVF:s bidrag till förbättringar utifrån fritextsvaren

	Antal	Citat
Snabbheten	109	"Snabbt omhändertagande av patienten." "Bra att det finns reserverade tider på röntgenkliniken för SVF. Detta snabbar på utredningstiden.", "Kortare väntetider.", "Mer effektivt använd tid."
Jämlik vård	29	"Mer likriktad behandling.", "Enhetliga utredningar.", "Tydliggör skillnader nationellt och lokalt för samma cancerdiagnos.", "Förutsättningar för mer likvärdig vård och rimliga utredningstider. Klarare remitteringsvägar."
Patientnöjdhet	8	"Standardisering av vårdprocessen är en fördel för både medarbetare och patienter.", "Alla patienter blir självklart tacksamma över snabb handläggning vilket de ofta påtalar."

Det finns även ett antal negativa effekter som identifieras utifrån enkätens svar. Det som sticker ut är undanträngningseffekter vad gäller både andra cancerdiagnoser och andra patientgrupper. I frågor om nackdelar och följd effekter för andra vårdområden eller patientgrupper handlar 33 procent av alla kommentarer (164 av 504) om de negativa effekterna kring undanträngning. Undanträngningen nämns i termer om längre väntetider för patienter med benigna diagnoser och även att andra patienter får vänta längre på grund av att SVF-patienter prioriteras. Det finns därför ett behov att prioriteringar sker mellan enskilda patienter oberoende av vårdförlopp.

Begränsningarna i SVF bidrar till undanträngningseffekter av patienter med recidiv och de som redan startat sin behandling. Det blir inte alltid den mest brådskande patienten som får tid först utan SVF-stämpeln väger ibland väldigt tungt.

Patienter som behöver utredas skyndsamt men som inte har alla SVF-kriterier handläggs mer sakta än förut.

SVF anses även vara resurskrävande i förhållande till vad det ger, alltså mycket jobb för en mindre förbättring. Flera kommenterar att det är slöseri med resurser där det anses att "SVF inte ger något utan bara att skattepengar kastas i sjön".

En bidragande faktor är att man tycker att antalet cancerutredningar har ökat men inte antalet bekräftade cancerdiagnoser. Det anses såklart vara positivt att de flesta som utreds inte behöver behandlas men det ifrågasätts om det är värt att lägga ner dessa resurser för att finna dessa i förhållande få patienter som går vidare till behandling.

De hematologiska förloppen fungerar redan. SVF ställer bara till bekymmer och stress för personal.

Som negativa effekter nämns även att SVF kan innebära en onödig oro hos patienterna på grund av att det just benämns som en cancerutredning. Man anser att patienterna blir oroliga i onödan, när det sedan visar sig att det inte är någon cancer. Det kopplas ihop med att kriterierna formar en stor tratt som

fångar även ganska friska patienter. Det kan leda till att dessa patienter kräver resurser i form av information och kontakt för att samtala, och det läggs tid på att lugna dem.

Patienter med ofarliga urinvägsinfektioner blir mycket oroliga när de utreds snabbt från topp till tå. Man måste ibland lägga ned mycket tid på att lugna dem.

En del patienter får veta stark misstanke om lungcancer som senare visar sig vara obefogad. Detta beror på att en specialist inte bedömt patienten i första läget. Konsekvens blir oro och lidande för patienter i onödan.

Multidisciplinär konferens

I den nationella cancerstrategin (2009) lyftes multidisciplinära konferenser (MDK). MDK är idag ett inarbetat arbetssätt i många verksamheter och har på många håll funnits även innan starten av SVF. Eftersom MDK integrerades i beskrivningarna av standardiserade vårdförlopp har många frågor om MDK aktualiseras i och med införandet av SVF.

En hög andel (71 procent) av respondenterna deltar i multidisciplinära konferenser, där funktioner för stöd och koordinering deltar i högst utsträckning; därefter kommer läkare inom patientnära verksamhet och läkare inom utredande verksamhet. Enkäten efterfrågade hur ofta olika aspekter av MDK kan beskrivas på en femgradig skala mellan 1 (mycket sällan/aldrig) och 5 (mycket ofta/alltid).

I stort tycker respondenterna att arbetssättet med MDK fungerar bra. De allra flesta svarade att alla kompetenser oftast finns representerade för att ta välgrundade beslut (medelvärde 4,53) och att ansvarsfördelningen före och efter MDK är tydlig (medelvärde 4,40). Även om representationen av olika kompetenser under MDK uppges vara bra anses den största utmaningen vara att säkerställa resurser till MDK (se tabell 10). Utmaningen ligger inte bara i att alla nödvändiga kompetenser finns på plats utan även att det inte ska påverka annan verksamhet. MDK anses resurskrävande och frågan om vilka patienter som ska tas upp på möten har blivit högaktuell.

I flera av fritextkommentarerna finns uttryck för frustration över den tidsåtgång som krävs för att förbereda och delta i MDK:er. Exempelvis finns en önskan om att verksamheterna själva kan bestämma vilka patienter som ska tas upp på MDK och att detta inte specificeras i beskrivningen för respektive SVF.

En annan utmaning handlar om att säkerställa att all information om patienten finns tillgänglig för att kunna ta beslut. Detta är den del av MDK som anses fungera mindre bra och kännedomen om patientens behov och önskemål anses endast finnas tillgänglig ibland (medelvärde 3,6). Utmaningen är också att de som deltar i MDK ska vara väl förberedda innan mötet och att det finns en struktur och ansvarsfördelning i arbetet. Många vittnar om patientfall som måste skickas tillbaka eftersom det saknas provsvar eller patientinformation.

De flesta respondenterna anser att alla professioner bidrar aktivt till diskussionen om patienten (medelvärde 4,29). Kontaktsjuksköterskorna är dock

mindre positiva. I fritextsvaren kommenterar flera kontaktsjuksköterskor att MDK är slöseri med tid för deras del och att de borde ha en tydligare roll att föra patienternas talan. Den totala sammanställningen av utvecklingsbehovet vad gäller MDK återfinns i tabell 10.

Tabell 10. Utvecklingsbehov och utmaningar med MDK

Kategori	Antal
Säkerställ resurser	70
Genomförande av MDK	31
Specificera vilka patientfall som ska tas upp/ej krav på MDK	23
It-system/videokonferens	17
Tillgodose patientbehov och önskemål	14
Gemensam och standardiserad dokumentation	13
Omstrukturera MDK	9
Kompetensutveckling	8
Antal kommentarer	185

Sammanfattning – viktiga faktorer för SVF:s införande och fortlevnad

Det finns en stor tilltro till att SVF kommer att leva kvar i verksamheterna. De implementeringsfaktorer som beskrivs inledningsvis (Nilsen med flera (2010) har spelat en viktig roll för SVF-införandet och är även viktiga enligt enkätsvaren för SVF:s fortlevnad (se tabell 11).

Tabell 11. Viktiga resurser och stöd för att upprätthålla arbetet med SVF

Kategori	Antal
Bemannning	91
Ekonomiska medel	38
Utvärdering och uppföljning	29
Fysiska resurser	16
Kompetensutveckling	15
It-system	13
Samverkan	12
Verksamhetsutveckling	12
Annat	23
Antal kommentarer	249

Som viktiga komponenter inom SVF, det vill säga *egenskaper hos satsningen*, lyfts framför allt kriterier för välgrundad misstanke, gränser för väntetider samt koordinatorfunktionen. Kriterierna för välgrundad misstanke anses i många fall för vida, vilket ökar produktionsnivåer och kan skapa undanträngningseffekter. Allt för starkt fokus på att korta ledtider kan leda till att patientens andra behov inte tillgodoses och ytterligare bidrar till risker för undanträngning. Dessa SVF-komponenter måste utvärderas och följas upp menar respondenterna för att SVF fortsatt ska utvecklas.

Koordinatorfunktionen anses som en viktig del av satsningen. Koordinator omnämns i fritextkommentarerna som en välkommen och viktig resurs som stöttar det administrativa arbetet och patientuppföljningen i vårdförloppen.

Vad gäller *implementeringsstrategier* anses en fortsatt tilldelning av resurser som nödvändig för fortlevnad och fortsatt utveckling av SVF. Risken är annars att de redan ansträngda verksamheterna får svårt att upprätthålla de nya arbetssätten.

Vi ser redan att 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. Då fungerar processen sämre. Vinsten man gjort genom att utredningsprocessen finslipats kommer att kvarstå men det är viktigt att man på olika sätt stödjer fortsatt processarbete.

Det finns en medvetenhet om att de arbetssätt och rutiner som satts upp måste utvecklas vidare för att man inte ska falla tillbaka i gamla mönster.

Det kommer inte att leva av sig själv om det inte strukturerat följs och möts, då man inom sjukvården ännu inte jobbar enligt SVF utan mycket är tyvärr fortfarande pappersprodukter. Att ändra i sjukvården är tunga stora kolosser att förändra och helst vill många göra som man alltid gjort. Därav att man snabbt trillar tillbaka i gamla mönster när ingen håller i rodret.

Samverkan lokalt, regionalt och nationellt anses viktigt för att upprätthålla SVF. Samverkan och verksamhetsutveckling ses som viktiga aktiviteter för att utveckla arbetet med SVF. Dock efterfrågas en bättre integrering av detta arbete i vardagen, så att det inte ses som en sidoverksamhet. På samma linje nämns gemensamma mål, kontinuerligt samarbete mellan olika verksamheter och engagemang från både medarbetare och ledning som nycklar för att stärka arbetet med att utveckla och upprätthålla arbetet i vårdförloppen.

Kontexten i form av nuvarande struktur, styrning och resurser har påverkat SVF-införandet och beskrivs även som en viktig aspekt för SVF:s fortlevnad. Bristen på olika typer av resurser uppkommer genomgående i enkäten.

Viktigast för att upprätthålla arbetet med SVF är bemanningen i vårdförloppen, se tabell 11 ovan. Den nationella bristen på personalresurser inom hälso- och sjukvården blir tydlig, och en stor del av fritextkommentarerna (37 procent) handlar om att säkra upp bemanningen i verksamheterna. Störst behov anses finnas inom radiologi och patologi samt när det gäller hitta specialisläkare och specialistsjuksköterskor. Resurser i form av tid behövs för kompetensutveckling och kontinuerlig kunskapsuppdatering både inom SVF och inom områden kopplade till den egna verksamheten. Även primärvården har behov av fortsatt kompetensutveckling inom SVF.

Det är inte bara bemanning som ses som en bristvara; även de fysiska resurserna som exempelvis operationssalar, vårdplatser och olika typer av utrustning. Även resursbehoven inom framför allt radiologi och patologi lyfts.

Vidare beskrivs dagens it-system som icke-stödjande för bevakning av ledtiderna. Synkronisering mellan it-system och olika register behövs för att underlätta uppföljning och minska behovet av dubbelregistreringar. En efterfrågad lösning är ett gemensamt nationellt journalsystem. Ett annat problem kopplat till it-systemen är de begränsade möjligheterna att läsa journalanteckningar från andra verksamheter, inte minst primärvården. En fortsatt uppföljning av ledtider och lättillgänglig statistik anses nödvändig för att skapa underlag för framtida utveckling.

I frågan om *förutsättningar och behov hos professioner* lyfts både positiva och negativa aspekter fram. Strukturerade och mer förutsägbara flöden är en stor fördel både för medarbetare och för patienter. SVF skapar bättre förutsättningar för ökat samarbete kring patienten. Ansvarsfördelningen blir tydligare och risken att patienter faller mellan stolarna minskar. På den negativa sidan finns ökad arbetsbelastning till följd av att flera patienter behöver utredas samt de extra administrativa uppgifterna som SVF medför. Det är viktigt att kodningen och uppföljningen av ledtiderna förenklas och inte tar tid från det patientnära arbetet. Att använda kompetensen rätt, det vill säga att rätt person gör rätt saker, ökar förutsättningarna för att säkra kvalitet och effektivitet inom samtliga vårdområden.

Referenser

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50–65.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225–1230.
- Nilsen, P., Roback, K. & Krevers, B. (2010). Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk I P. Nilsen (red.), *Implementering: Teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård* (sid. 71–89). Lund: Studentlitteratur.
- Nutley, S. M., Walter, I. & Davies, H. T. (2007). *Using evidence: How research can inform public services*: Policy press.

Bilaga 3. Undanträngning till följd av SVF, exempel från Länssjukhuset i Kalmar

Följande uppföljning av undanträngning har genomförts i Region Kalmar län.³⁵

Sammanfattning

Med data från Länssjukhuset i Kalmar har analyser gjorts utifrån frågeställningen om huruvida införandet av SVF inom cancervården leder till undanträngning av andra patientgrupper. Genom att följa upp väntetider inom patologi, radiologi och kirurgi, både före och efter införandet av SVF, har väntetiderna för olika patientgrupper analyserats, baserat på deras prioriteringsgrad. Det handlar om väntetider för andra patienter som är i behov av patologisk eller radiologisk undersökning samt kirurgiskt ingrepp, och mer exakt om väntetider för histopatologisk³⁶ eller cytopatologisk³⁷ undersökning inom patologi, datortomografiundersökningar³⁸ och magnetkameraundersökning³⁹ inom radiologin samt väntetiden för kirurgiska ingrepp inom urologi⁴⁰, bröstkirurgi⁴¹ och nedre gastrointestinalkirurgi⁴².

Inom kirurgin motsvarar dessa områden de med flest antal ingrepp utförda inom SVF på sjukhuset. Patologi och radiologi är verksamheter som är delaktiga i utredning och behandling för många SVF, varför dessa också kan motsvara en stor andel av den totala mängden undersökningar. För att studera om det förekommer undanträngning jämförs väntetider före och efter införandet av SVF.

Utifrån de analyser som gjorts dras slutsatsen att införandet av SVF har trängt undan de prioritetskategorier som prioriteras näst efter SVF. Dessa patientgrupper motsvarar planerade operationer och undersökningar som tidigare ofta haft bland de kortaste väntetiderna. Patienter som utreds och påbörjar behandling inom SVF har efter införandet prioriterats högre än dessa grupper, vilket ökat väntetiderna för dessa. Detta mönster stämmer inom både patologi, radiologi och kirurgin. För de sektioner som inte uppvisat dessa effekter kan detta härledas till att SVF stod för en liten andel av den totala mängden magnetkameraundersökningar, att väntetiderna för SVF-operationer inom bröstkirurgin endast kortats marginellt samt att man inom

³⁵ Samverkan mellan Länssjukhuset i Kalmar och Linköpings universitet (Logistik- och Kvalitetsutveckling).

³⁶ Diagnostisk undersökning där vävnad extraherad genom biopsi eller kirurgiskt ingrepp studeras i mikroskop.

³⁷ Diagnostisk undersökning där celler i vätska studeras i mikroskop.

³⁸ Radiologisk undersökning med datortomograf där en anatomisk bild skapas i tre dimensioner baserat på vävnadernas densitet.

³⁹ Radiologisk undersökning med magnetkamera som använder magnetfält för att skapa olika typer av tredimensionella bilder.

⁴⁰ Kirurgiska ingrepp för sjukdomar i njurar, urinledare, blåsa, prostata, urinrör, penis och testiklar.

⁴¹ Kirurgiska ingrepp för sjukdomar i bröst samt bröstrekonstruktion.

⁴² Kirurgiska ingrepp för endokrina sjukdomar samt sjukdomar i tarm och buk.

cytopatologin hade ett minskat inflöde i efterperioden som därmed troligen påverkat väntetiderna positivt.

Anledningen till att det är dessa högt prioriterade patientgrupper som får vänta längre är relaterat till att man praktiskt i planeringen lagt till en ny prioritetskategori, SVF, inom ett befintligt system och inte ändrat hur man planerar i övrigt. I slutet på denna bilaga redovisas också två praktiska exempel som illustrerar denna förändring – datortomografiundersökningar inom radiologin och urologiska ingrepp inom kirurgin.

Huruvida de längre väntetiderna för dessa patientgrupper är undanträngning utifrån den etiska plattformen är svårt att säga. En förändring i prioriteringar mellan olika patientgrupper efter SVF-införandet kan dock påvisas.

Verksamheter och undanträngningseffekter som har studerats

Undanträngning till följd av SVF är ett område som diskuterats från högsta politiska nivå till de vårdprofessioner som dagligen arbetar med patienterna. Begreppet undanträngning saknar dock en accepterad och känd definition, vilket öppnar för olika tolkningar. I en proposition från regeringen definieras undanträngning som ”situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (det vill säga ett större medicinskt behov)” (Socialdepartementet, 2009, sid. 40). Det är dock inte enbart patienter med högre medicinskt behov som riskerar att få vänta längre på medicinsk utredning eller behandling till följd av SVF utan även patienter med lägre eller lika stort behov.

Undanträngning kan också uppstå av flera olika skäl samt på flera olika nivåer. De olika typer av undanträngning som riskerar uppstå vid införande av SVF är (Socialstyrelsen, 2016):

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

Medicinska stödfunktioner inom utredning och behandling med patologi, radiologi och kirurgi är verksamheter där risken för undanträngning bedömts som hög. En anledning till detta är att det är vanligt med kapacitetsbrist inom dessa verksamheter (Socialstyrelsen, Standardiserade vårdförlopp i cancervården, lägesrapport, 2016). Eftersom dessa verksamheter också är delaktiga i utredning och behandling för många SVF kan volymerna också bli stora. I detta arbete studeras därför undanträngning inom dessa verksamheter. Den typ av undanträngning som studeras är vertikal undanträngning av annan vård (typ 3 i punktlistan ovan), alltså väntetider för andra patienter som är i behov av patologisk eller radiologisk undersökning samt kirurgiskt ingrepp.

Patientgrupper som har lägre prioritet än SVF exkluderas inte, eftersom längre väntetider för dessa patientgrupper till följd av SVF också är relevant att belysa. En anledning till att dessa verksamheter och denna typ av undanträngning studeras är också att tillgången på tillförlitlig data är god.

Inom patologi, radiologi och kirurgi görs många olika typer av undersökningar och ingrepp, och hur införandet av SVF påverkar dessa beror på hur

dessa organiseras och hur olika resurser fördelas. För att undanträngning ska vara relevant att studera behöver en betydande andel av den totala arbetsbördan inom en verksamhet utgöras, eller förutspås utgöras, av arbete kopplat till ett SVF, eftersom en kortare väntetid för denna del därmed skulle kunna öka väntetiderna för andra delar på en mätbar nivå. Utifrån detta tankesätt, samt diskussioner med representanter för dessa verksamheter samt projektgruppen för införandet av SVF inom Region Kalmar län, beslutades att studera nedan listade sektioner inom dessa verksamheter:

- patologi
 - histopatologiundersökningar
 - cytopatologiundersökningar
- radiologi
 - datortomografiundersökningar (CT)
 - magnetkameraundersökning (MR)
- kirurgi
 - urologi
 - bröstkirurgi
 - nedre gastrointestinalkirurgi (NGI)

I tabellen nedan (Tabell 1) visas en sammanställning över de SVF som införts under år 2015 och 2016. Under år 2017 och 2018 infördes ytterligare ett antal SVF, alla är dock ovanliga cancerformer, med få diagnostiserade fall i Region Kalmar län, varför de inte inkluderats i tabellen.

Gällande kirurgin så delas operationssalar på Länssjukhuset i Kalmar upp i akuta och elektiva operationer och kirurgkliniken fördelar sina tilldelade elektiva operationssalar mellan de olika sektionerna. Prostatacancer och cancer i urinblåsa och urinvägar opereras av urologsektionen, bröstcancer av bröstsektionen och tjock- och ändtarmscancer av NGI-sektionen. Dessa tre cancerformer motsvarar de största grupperna baserat på antalet diagnostiserade fall och de opereras i Kalmar. Eftersom operationsutrymmet fördelas på detta sätt undersöks inte undanträngningseffekter på akuta operationer eller andra sektioner utan bara andra elektiva operationer inom samma sektion. Gällande histopatologi-, cytopatologi-, CT- och MR-undersökningar ingår dessa i flertalet standardiserade vårdförlopp. Därmed inte sagt att dessa undersökningar alltid görs men de ingår som utredningsalternativ i många SVF.

Tabell 1. Sammanställning över införda SVF; kolumnen "antal diagnostiserade fall inom LT Kalmar 2013" har inhämtats från *Handlingsplan Standardiserat vårdförlopp 2015*.

Vårdförlopp	Införande	Antal diagnostiserade fall inom LT Kalmar 2013	Kirurgi	Histopatologi	Cytopatologi	CT	MR
Prostata	21 sept. 2015	284	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Urin-blåsa/övre urinvägarna	21 sept. 2015	109	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Akut myeloisk leukemi (AML)	21 sept. 2015	4	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Huvud/hals	21 sept. 2015	33	Ja, Kalmar eller Linköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Matstrupe/magsäck	21 sept. 2015	38	Ja, Karlskrona eller Linköping	Ja	Ja	Ja	Nej
Okänd primärtumör (CUP)	31 mars 2016	Oklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Lunga	31 mars 2016	113	Ja, Kalmar eller Linköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Lymfom	31 mars 2016	64	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Tjocktarm/ändtarm	31 mars 2016	165	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Hjärttumör	31 maj 2016	29	Ja, Linköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Bukspottkörtel/gallblåsa	31 maj 2016	46	Ja, Kalmar eller Linköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Lever	31 maj 2016	17	Ja, Kalmar eller Linköping	Ja	Nej	Ja	Ja
Äggstock	31 maj 2016	15	Ja, Linköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Myelom	31 maj 2016	27	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Ospecifika symtom	2 aug. 2016	Oklart	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Bröst	15 sept. 2016	195	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Hudmelanom	15 sept. 2016	106	Ja, Kalmar eller Linköping	Ja	Ja	Ja	Nej

Väntetider och perioder som har studerats

För att kunna studera undanträngning analyseras väntetiden från registrering till slutförd operation/undersökning. För operationer avses tiden mellan det datum när läkare och patient gemensamt fattar beslut om operation till det datum när operationen utförs. För radiologiska undersökningar avses tiden

från att en elektronisk remiss godkänts av sekreterare till att en radiolog signerat sitt remissvar. Inom patologin avses tiden från att remiss ankommer till laboratoriet till att patolog signerat slutsvaret. Dessa datum benämns gemensamt som *registreringsdatum* respektive *slutförandedatum* i den fortsatta beskrivningen.

För att studera om det förekommer undanträngning jämförs väntetider före och efter SVF-införandet. Inom kirurgin eftersträvades data för minst ett år före respektive efter införandet av de aktuella vårdförloppen; i övrigt gjordes anpassningar till verksamheternas behov av analyser. Inom patologin och radiologin är det större volymer, vilket medför att kortare perioder kan accepteras. Eftersom att de olika vårdförloppen infördes vid olika tidpunkter blir perioden före respektive efter införandet olika för de olika sektionerna. Gränsen mellan före- och efterperiod bestämdes inom kirurgin utifrån när första operationen inom aktuella SVF registrerades.

För patologin och radiologin följer efterperioden inte direkt efter föreperioden. Anledningen är att SVF för de vanligaste cancerformerna infördes vid olika tidpunkter under ett års tid – från september 2015 till september 2016, och kvantiteterna ökar därmed kontinuerligt under detta år. Som slutdatum för föreperioden användes datumet för när första undersökningen inom något SVF registrerades. Som startdatum för efterperioden användes datumet för när första bröstoperation inom SVF registrerades. Anledningen är att SVF för bröstcancer tillsammans med hudmelanom infördes sist av de vanligare cancerformerna samt att man i data för radiologin inte kunde urskilja vilket SVF en undersökning gjordes inom. Perioden mellan före- och efterperioden benämns i fortsättningen som mellanperioden. I tabellen nedan (Tabell 2) så redogörs start- och slutdatum för före- och efterperioden för de olika sektionerna.

Tabell 2. Gruppindelning för dem olika sektionerna

Verksamhet	Sektion	Före		Efter	
		Start	Slut	Start	Slut
Patologi	Histologi	2015-01-01	2015-09-04	2016-10-18	2017-08-31
	Cytologi	2015-01-01	2015-09-22	2016-10-18	2017-08-31
Radiologi	CT	2015-01-01	2015-09-17	2016-10-18	2017-08-31
	MR	2015-01-01	2015-09-01	2016-10-18	2017-08-31
Kirurgi	Urologi	2014-09-01	2015-09-03	2015-09-04	2017-06-20
	Bröstkirurgi	2014-09-01	2016-10-17	2016-10-18	2017-09-29
	NGI	2014-09-01	2016-04-18	2016-04-19	2017-06-20

Det uthämtade dataunderlaget innehåller samtliga undersökningar/operationer som slutförts från och med startdatum för föreperioden till och med slutdatum för efterperioden. För att bestämma vilken period respektive operation/undersökning tillhör används slutförandedatumet. Detta medför att de som registrerats under före- eller mellanperioden men slutförts under efterperioden tillhör den sistnämnda.

Både inom kirurgi och inom radiologi fungerar planeringen av operationer/undersökningar så att man lägger registrerade patienter i en väntelista

och planerar in operationer/undersökningar med en planeringshorisont som inom radiologin är cirka en månad och inom kirurgin 2–3 veckor. Undersökningar/operationer som registrerats under föreperioden men slutförs under mellan- eller efterperioden kan därmed teoretiskt trängas undan av operationer/undersökningar inom ett SVF. Inom patologin arbetar man inte direkt med någon väntelista utan påbörjar arbetet med proverna när dessa inkommer. Väntetiderna är också kortare än inom radiologin och kirurgin.

Uppdelning av insamlad data

Inom alla av de studerade verksamheterna beslutas en prioritetskategori i samband med registrering. Denna prioritetskategori ligger därefter till grund för hur snabbt en operation/undersökning genomförs. För att analysera undanträngningseffekter delas undersökningarna/operationerna upp i grupper utifrån dessa prioritetskategorier. Vissa prioritetskategorier exkluderas också från analyserna. I nedanstående avsnitt redogörs för dessa delar för respektive verksamhet.

Inom den elektiva kirurgin används, förutom SVF, tre nivåer av prioritetskategorier med benämningen dubbel förtur (FF), förtur (F) samt oprioriterade (0 prio) där man planerar för kortast väntetider för FF, följt av F och längst väntetid för 0 prio.

Inom radiologin är de vanligaste prioritetskategorierna akuta, ineliggande, förtur, CT1/MR1 respektive CT2/MR2. De akuta och ineliggande utförs snabbast med målsättningen att de ska utföras samma dag. Därefter utförs förtur snabbast, följt av CT1/MR1 och sist CT2/MR2. Man har 2 CT-maskiner och 2 MR-maskiner. De flesta undersökningar inom prioritetskategorierna akuta och ineliggande görs på en av maskinerna, men även andra undersökningar utförs på dessa maskiner, varför ingen av nämnda grupper exkluderas från analysen. Utöver dessa prioritetskategorier finns många tidsbestämda kategorier som ofta används för olika typer av kontroller som ska utföras en viss tid efter någon annan insats. Dessa tilldelas prioritetskategorin CTS/MRS eller den tidsperiod som undersökningen ska utföras, till exempel 2 veckor eller 6 månader. Eftersom dessa undersökningar delas upp på så många prioritetskategorier samt att den tidsperiod som de utförs bestäms av remittenten, inkluderas de inte i analyserna om undanträngningseffekter. Förutom dessa prioritetskategorier finns det ett antal andra olika specialfall som används, dock med små volymer, varför de också exkluderas. I dataunderlaget finns också en viss mängd undersökningar som saknar prioritetskategori; dessa exkluderas också.

De prioritetskategorier som är klart vanligast inom patologin är Prio1 vilket motsvarar de lägre prioriterade undersökningarna. SVF används också som prioritetskategori sedan införandet av de första vårdförloppen. Utöver dessa finns också flera andra prioritetskategorier, alla med små volymer. De sistnämnda exkluderas från analyserna.

I tabellen nedan (Tabell 3) ses en uppställning över alla undersökningar/operationer slutförda från och med startdatum för föreperioden till och med slutdatum för efterperioden. För att förenkla analyserna har de olika prioritetskategorierna som inte tillhör SVF-gruppen benämnts på samma sätt för

de olika sektionerna. Exempelvis motsvarar Prio 1 de undersökningar/operationer som prioriteras högst av de inkluderande prioritetskategorierna, det vill säga tidigare akuta inom radiologin, Prio1 inom patologin och FF inom kirurgin. Prio 2 motsvarar de näst högst prioriterade, och så vidare. I tabellen ses också antalet exkluderade undersökningar/operationer och för radiologin hur de flesta av de exkluderade tillhör grupperna med tidsbestämda undersökningar samt undersökningar som saknat prioritet.

Tabell 3. Antal undersökningar/operationer inkluderade och exkluderade i analyserna om undanträngningseffekter

	Histologi	Cytologi	CT	MR	Urologi	Bröst	NGI
Inkluderade	48 813	10 359	35 841	12 635	1 514	794	763
SVF	2 734	812	1 207	105	102	85	89
Prio 1	3 417	860	21 256	1 266	567	73	96
Prio 2	42 662	8 687	5 707	2 806	617	537	383
Prio 3	0	0	3 687	2 129	228	99	195
Prio 4	0	0	2 977	4 016	0	0	0
Prio 5	0	0	1 007	2 313	0	0	0
Exkluderade	2 053	512	15 498	5 522	0	0	0
Tidsbestämda			13 773	3 883			
Saknar prioritet			1 061	989			

Hur har SVF påverkat de olika verksamheterna?

I nedanstående tabell (Tabell 4) redogörs för karaktäristik för före- och efterperioden. Antal undersökningar/operationer, medelvärde och standardavvikelse för dessa inkluderas. Även medianen samt gränsen mellan kvartil 1 och 2 (Q1) samt 3 och 4 (Q3). Den nya kategorin i efterperioden, SVF, har placerats utifrån att medelväntetiderna stiger för varje rad inom respektive verksamhet.

För att testa förändringar i väntetiden mellan före- och efterperioden används Mann-Whitney-testet. Det kräver inte normalfördelning och används i detta fall för att testa sannolikheten att väntetiderna i före- och efterperioden är lika. Detta redovisas genom ett p-värde, där lägre värden motsvarar en ökad sannolikhet att väntetiderna förändrats. Eftersom att multipla tester genomförs bedöms p-värden på <0,001 påvisa signifikanta skillnader mellan tidsperioderna. De p-värden som motsvarar signifikant förlängda väntetider markeras i tabellen med fet stil.

Tabell 4. Sammanställning över antal, medelvärde och median under före- och efterperiod inom patologi, radiologi och kirurgi

		Före			Efter			
Verksamhet		Antal	Medel (SD)	Median (Q1-Q3)	Antal	Medel (SD)	Median (Q1-Q3)	p-värde (MW)
Patologi								
Cyto	Prio 1	339	2,75 (2,49)	2,1 (1,1–3,9)	158	2,13 (1,77)	1,7(1,0-2,9)	<0,001
	SVF	-			508	2,84 (2,28)	2,1 (1,1-4,1)	
	Prio 2	2 597	4,35 (3,58)	3,9 (1,9–5,9)	2 492	3,71 (3,64)	3,0 (1,1-5,0)	<0,001
Histo	SVF	-			1 942	5,64 (3,18)	5,1 (3,2-7,0)	
	Prio 1	1 203	5,73 (4,11)	4,9 (2,3-7,2)	666	6,06 (4,00)	5,3 (3,2-7,1)	<0,001
	Prio 2	10 982	11,89 (4,14)	12,0 (9,0-14,0)	13 302	10,81 (4,81)	10,1 (7,2-13,1)	<0,001
Radiologi								
CT	Prio 1	4 667	3,60 (6,61)	1,7 (0,6-4,1)	8 145	3,75 (7,22)	1,6 (0,7-3,9)	0,031
	Prio 2	1 766	5,61 (8,45)	3,0 (1,0-7,0)	1 693	6,15 (8,69)	3,7 (1,2-7,9)	<0,001
	SVF	-			721	9,97 (7,52)	7,9 (5,4-12,0)	
	Prio 3	754	14,81 (10,85)	13,0 (8,2-18,2)	1 251	17,35 (11,24)	15,3 (12-21)	<0,001
	Prio 4	806	51,94 (26,45)	49,6 (32-67)	731	47,32 (30,06)	39,1 (28-56)	<0,001
	Prio 5	242	73,54 (32,35)	73,6 (49-97)	261	51,67 (25,20)	44,9 (34-64)	<0,001
MR	Prio 1	297	5,78 (8,01)	3,8 (1,1-7,2)	407	7,50 (7,40)	5,1 (2,1-10,9)	<0,001
	Prio 2	585	6,80 (6,87)	5,0 (2,3-8,0)	1 009	6,59 (6,73)	4,1 (1,9-9,1)	0,107
	SVF	-			74	13,49 (13,75)	9,2 (7,1-13,2)	
	Prio 3	511	18,34 (17,23)	15,0 (11-20)	755	17,55 (11,20)	15,0 (11-22)	0,765
	Prio 4	917	59,73 (35,62)	55,5 (37-73)	1 298	66,90 (38,01)	59,2 (44-84)	<0,001
	Prio 5	776	90,62 (41,50)	90,2 (66-112)	623	90,88 (49,15)	87,2 (66-110)	0,467
Kirurgi								
Bröst	Prio 1	47	13,57 (15,28)	10,0 (4,0-19,0)	26	15,19 (10,28)	11,0 (8,0-27)	0,211
	SVF	-			84	17,33 (11,22)	15,0 (8,0-21,0)	
	Prio 2	438	20,73 (16,78)	16,0 (13-23)	99	19,57 (13,95)	16,0 (9,0-26,0)	0,191
	Prio 3	79	75,71 (63,15)	56,0 (35-92)	20	63,45 (56,60)	56,5 (19-80)	0,379
NGI	Prio 1	62	11,92 (10,50)	9,0 (4,0-15,0)	34	11,44 (9,28)	8,5 (6,0-15,0)	0,918
	SVF	-			88	19,92 (15,30)	17,0 (11-24)	
	Prio 2	245	28,48 (29,44)	20,0 (14-32)	138	38,12 (54,94)	28,0 (18-38)	<0,001
	Prio 3	120	106,78 (95,49)	79,0 (52-132)	75	101,1 (82,85)	76,0 (47-138)	0,911
Urologi	Prio 1	242	22,16 (20,81)	16,0 (8,0-29,0)	322	21,38 (21,98)	15,0 (9,0-28,0)	0,975
	SVF	-			101	26,03 (15,26)	24,0 (13-36)	
	Prio 2	238	70,60 (60,59)	56,5 (35-77)	379	65,60 (79,34)	36,0 (25-63)	<0,001
	Prio 3	71	126,89 (102,1)	89,0 (63-169)	156	129,3 (123,5)	90,0 (40-180)	0,423

Inom cytopatologin har alla prioritetskategorier fått kortare väntetider. Undanträngning är därmed inte troligt för denna sektion. För histopatologin har Prio 1-gruppen längre väntetider i efterperioden. Andelen Prio 1-undersökningar har också minskat i efterperioden. En förklaring skulle kunna vara att en delmängd av de undersökningar som i föreperioden skulle klassats som Prio 1 i efterperioden gick inom SVF. Om dessa undersökningar tidigare hade korta väntetider skulle den potentiella undanträngningseffekten kunna vara mindre.

Eftersom Prio 2-gruppen fått kortare väntetider skulle dessa grupper också ha kunnat kompensera för varandras förändring i väntetider, om arbetssätt eller annat förändrats så att Prio 2-gruppen får vänta kortare och Prio 1-gruppen längre. Eftersom att cytopatologin fått kortare väntetider för båda prioritetskategorierna medan histopatologin fått både kortare och längre väntetider kan man inte urskilja någon tydlig effekt av SVF inom patologin.

För radiologin ser förändringarna i väntetiderna olika ut för CT och MR. För CT har Prio 2 och Prio 3 fått längre väntetider och Prio 4 och Prio 5 kortare väntetider. Om man tittar på de faktiska väntetiderna är för Prio 3 väntetiderna har ökat mest, vilket kan vara kopplat till SVF-undersökningarna som har kortare väntetider än denna grupp. Att vissa grupper fått kortare väntetid medan andra fått längre väntetid kan också innebära att förändringarna inte har att göra med SVF utan att det handlar om en förändring av arbetssätt eller användandet av prioritetskategorierna.

För MR har Prio 1 och Prio 4 fått längre väntetider. Att detta skulle vara kopplat till SVF är dock inte så troligt, eftersom andelen SVF-undersökningar endast utgjort cirka 2 procent av det totala antalet i efterperioden.

Inom kirurgin har väntetiderna utvecklats olika inom de olika sektionerna. Ingen av de olika prioritetskategorierna inom bröstkirurgin har fått statistiskt säkerställt förändrade väntetider. SVF-patienterna motsvarar ändå en betydande del av det totala antalet operationer i efterperioden. Av förändringarna i andelen operationer för respektive prioritetskategori ser det ut som att de flesta SVF-operationer tidigare skulle klassats som Prio 2. Om så är fallet har heller inte väntetiderna kortats så mycket i och med SVF-införandet.

Prio 2 har fått längre väntetider under efterperioden inom NGI. Detta kan motsvara en undanträngningseffekt från SVF-operationer. Dessa har också kortare väntetider än Prio 2-gruppen. En del av de som i föreperioden tillhörde Prio 2 kategoriseras i efterperioden troligen som SVF. Om dessa operationer i föreperioden var de med lägst väntetider i Prio 2-gruppen kan den potentiella undanträngningseffekten i verkligheten vara mindre.

Urologin visar inte några undanträngningseffekter utifrån denna jämförelse. I stället har Prio 2-gruppen fått kortare väntetid i efterperioden.

Kan man se några mönster i hur SVF påverkat de olika verksamheterna?

Utifrån ovanstående diskussion kan man inte urskilja några tydliga mönster inom respektive verksamhet gällande undanträngningseffekter kopplat till SVF. Genom att observera mönster mellan de olika verksamheterna och sekt-

ionerna kan en mer generell uppfattning av hur SVF påverkat andra patientgrupper synliggöras. Det finns skillnader hur väntetiderna har utvecklats mellan före- och efterperioden. För två (histopatologi och CT) av sju sektioner kan förändringar i väntetider för olika prioritetskategorier kompensera för varandra, i övriga sektioner är alla förändringar åt samma håll, två sektioner har bara kortare väntetider (cytopatologi, urologi), två (MR, NGI) har bara längre väntetider och en (bröstkirurgi) har oförändrade väntetider

Samtidigt har antalet undersökningar/operationer som utförts inom SVF i de flesta fall varit tillräckligt stort för att kunna påverka väntetiderna för andra prioritetskategorier. Inom kirurgin har andelen operationer som utförts inom SVF varit cirka 10 procent inom urologin, en 25 procent inom NGI och en drygt 30 procent inom bröstkirurgin. Även patologin har haft ganska stora volymer i efterperioden – cirka en sjättedel av undersökningarna inom cytopatologin och en åttondel inom histopatologin.

Radiologin har haft lägst andel SVF-undersökningar i efterperioden med cirka 5 procent av CT-undersökningarna och 2 procent av MR-undersökningarna, där möjligheten att SVF kunnat påverka de andra prioritetskategorierna, framför allt gällande MR, kan ifrågasättas.

Även om andelen undersökningar/operationer som utförs inom ett SVF är tillräckligt stort för att ha kunnat påverka väntetiderna för andra prioritetskategorier så är det inte den enda faktorn som påverkar. En viktig faktor är inflödet, alltså antalet remisser gällande patologisk eller radiologisk undersökning och antalet patienter registrerade för operation. En annan viktig faktor är bemanning, vilket speglas i hur många undersökningar/operationer man utfört, alltså produktionen. Dessa aspekter finns inte angivna i tabell 4 men diskuteras nedan.

Inom patologin är inflödet cirka 15 procent mindre i efterperioden för cytopatologin och 20 procent mindre inom histopatologin. Produktionen har också minskat i paritet med inflödet. Detta kan vara en förklaring till att väntetiderna generellt är lägre i efterperioden inom patologin. Inom radiologin har inflödet varit cirka 10 procent lägre till MR och produktionen har minskat med motsvarande mängd. För CT har inflöde och produktion legat stabilt. Detsamma gäller urologin, NGI och bröstkirurgin, som alla haft stabilt inflöde och produktion. Detta tyder därmed inte på att det generellt enbart är förändringar i produktion eller inflöde som påverkat väntetiderna, utan SVF kan ha bidragit till förändrade väntetider.

Om man tittar på vilka prioritetskategorier som fått förändrade väntetider är det svårt att se något mönster vid en första observation. Det finns dock en tendens till att det generellt är de högre prioriterade prioritetskategorierna som fått vänta längre i efterperioden. Det är inte heller någon av de lägst prioriterade prioritetskategorierna som fått vänta längre i efterperioden. För histopatologin, CT samt NGI har den prioritetskategori som i efterperioden väntar lite längre än SVF fått längre väntetider. Detta skulle kunna vara en undanträngningseffekt. För de sektioner som inte uppvisar detta mönster finns det troliga förklaringar. Cytopatologin har genom ett minskat inflöde på 20 procent kortat väntetiderna för alla prioritetskategorier i efterperioden. MR har en liten andel SVF-undersökningar i efterperioden, varför undan-

trängning är mindre troligt. Inom bröstkirurgin motsvaras antalet som opererats inom SVF av en minskning i antalet operationer inom prioritetsskategorin Prio 2, varför det är troligt att SVF-operationer i föreperioden prioriterats till just Prio 2. Eftersom SVF endast har marginellt kortare väntetid än Prio 2 i efterperioden blir också den potentiella undanträngningseffekten liten.

Den sista sektionen, urologin, uppvisar inte längre väntetider och det finns inte några enkla förklaringar utifrån tabell 4. För att vidare analysera denna möjliga undanträngningseffekt studeras just urologin samt CT i nästa avsnitt.

Exempel på hur planeringen påverkar väntetiderna – datortomografi och urologi

Datortomografi (CT)

Remisser till CT skickas elektroniskt och registreras av en sekreterare på radiologiska kliniken. Remissen skickas därefter till en läkare för vidimering och prioritering. När läkaren prioriterar en remiss används framför allt prioritetsskategorierna nedan (väntetidsmål till CT-undersökning efter kolon):

- SVF: sekreterarna har koll på tiderna för de olika förloppen och strävar efter att boka in utefter dem
- Förtur: < 2 veckor
- CT1: < 6 veckor
- CT2: < 10 veckor
- CTS: önskemål, exempelvis ett visst datum när patient ändå ska till sjukhuset eller behöver kontroll om 6 månader
- tidskategorier: 2 veckor, 3 månader, 1 år, och så vidare.

När akuta och inläggande undersökningar vidimerats av läkare kommer remissen upp på körschemat på ett akutlaboratorium där en sjuksköterska bedömer körordningen för dagen. Sekreterarna ser därmed inte dessa undersökningar. När en ny remiss från någon av de övriga prioritetsskategorier är vidimerad av en läkare kommer den upp i bokningslistan för sekreterarna. För undersökningar med prioritetsskategori *Förtur* eller *SVF* ringer sekreterarna till patienten och bokar tid direkt – oftast inom en timme efter att remissen är vidimerad. Innan införandet av de första standardiserade vårdförloppen användes detta arbetssätt endast för prioritetsskategorin *Förtur*.

Förtur ska bokas in inom två veckor och SVF så fort som möjligt, lite beroende på hur många dagar vårdförloppet har som maximala tider.

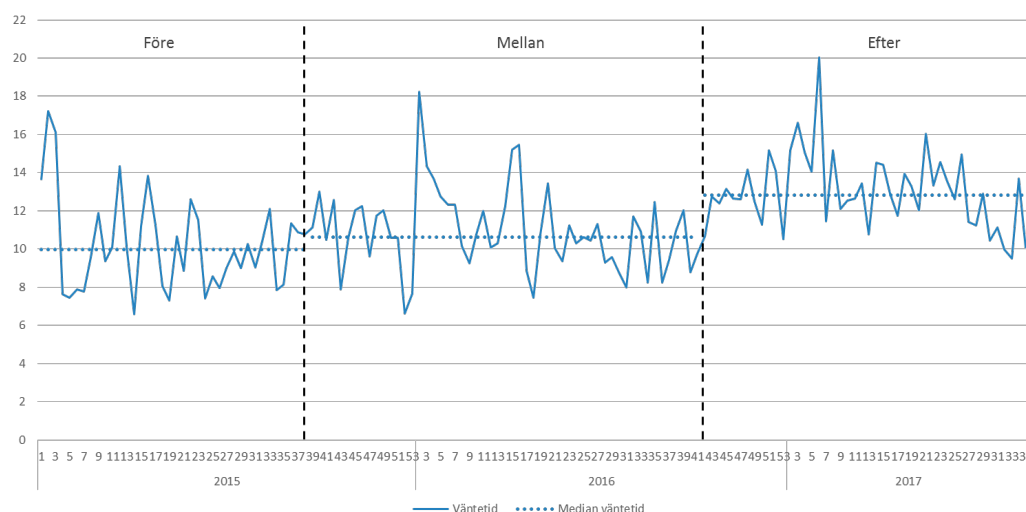
För CT1-remisser kan sekreteraren undersöka om det finns en lucka i körschemat och ringa och fråga patienten om tiden passar. I bokningslistan har dessa remisser ett förväntat undersökningsdatum på 6 veckor efter registreringsdatum för CT1, 10 veckor för CT2 och tid utifrån när undersökningen bör utföras för CTS och tidskategorierna. Sekreterarna går igenom bokningslistan och bokar in CTS, tidskategorierna, CT1 och CT2 cirka en månad innan undersökningen ska utföras.

Genom detta arbetssätt vid inbokning av CT-undersökningar har antalet undersökningar som bokas per telefon ökat efter införandet av SVF. Eftersom SVF också har kortare väntetidsmål till undersökning inom de flesta

SVF ökar den potentiella undanträngningen av förtursundersökningarna. I figur 1 nedan ses utvecklingen av väntetiden till CT-undersökning för prioritetsskategorin *Förtur*. SVF infördes successivt för de vanligaste cancerformerna mellan september 2015 och september 2016.

Det ska poängteras att väntetiderna i figur 1 nedan är till undersökning; i tabell 4 ovan inkluderades också tiden från undersökning till slutsignering, men eftersom inbokningen av CT-undersökningar inom SVF borde påverkat tiden från registrering till undersökning är det denna tid som redovisas i figuren. Denna tid har också ökat från före- till efterperioden.

Figur 1. Genomsnittlig väntetid i dagar till CT-undersökning för prioritetsskategorin *Förtur*



Urologi

Att en operation ska genomföras är ett beslut som fattas gemensamt av läkare och patient. När beslutet är taget registreras operationen i operationsplaneringsprogrammet. Läkaren bedömer också i vilken kategori operationen ska prioriteras. De prioritetsskategorier, exklusive SVF, som används för elektiva operationer är:

- FF (dubbel förtur): operation inom 2 veckor
- F (förtur): operation inom 6 veckor
- 0 (oprioriterade): operation inom 2 månader.

När det kommer till inplaneringen av operation börjar operationskoordinatören cirka 3 veckor före operationsdatum att planera in de större operationerna som kräver två operatörer. Dessa är ofta också högprioriterade operationer. En av dessa operationer är radikal prostatektomi⁴³, vilket är den operation som utförs som ett av behandlingsalternativen i SVF för prostatacancer. Två veckor före operation bokas en operation av urinblåsan, så kallad TUR-B⁴⁴ in, vilket är det ingrepp som utförs som en del av utredningen i SVF för cancer i urinblåsan och övre urinvägar. I nästa steg planeras operat-

⁴³ Operation där läkaren tar bort hela prostatan och sädesblåsorna

⁴⁴ Operation som innebär att en cancertumör på urinblåsan tas bort

ioner in utifrån prioritet med början med dubbel förtur, förtur och sist oprioriterade. För operationer med dubbel förtur kan man också lägga in operationen i operationsschemat direkt när beslut om operation tagits av läkare och patient. Detta används ofta när urologen själv ska utföra operationen. Patienten får då operationsdatumet direkt.

I och med införandet av SVF inom urologin i slutet av september 2015 började länssjukhuset i Kalmar lägga in ett antal operationstider per vecka i operationsschemat som var reserverade för operationer inom de standardiserade vårdförloppen. Detta gjordes för att man skulle nå de väntetider som angavs i vårdförloppen. Om en sådan reserverad tid inte bokades upp av en operation inom SVF ringde operationsplaneraren in andra patienter från väntelistan cirka 5 dagar innan. Det gjordes även ett antal fler förändringar i och med införandet av SVF:

- Under våren 2015 fick Kirurgkliniken operera på ytterligare en sal på måndagar. Av 6 måndagar användes 4 av urologsektionen, 1 av NGI-sektionen och 1 av övre gastrointestinal-sektionen.
- Kön av patienter för TUR-B opererades innan SVF påbörjades, så att det inte fanns några kvar kön.
- Det utökade operationsutrymmet på måndagar användes de första månaderna efter införandet av SVF för TUR-B, med 2 operationer per vecka initialt.

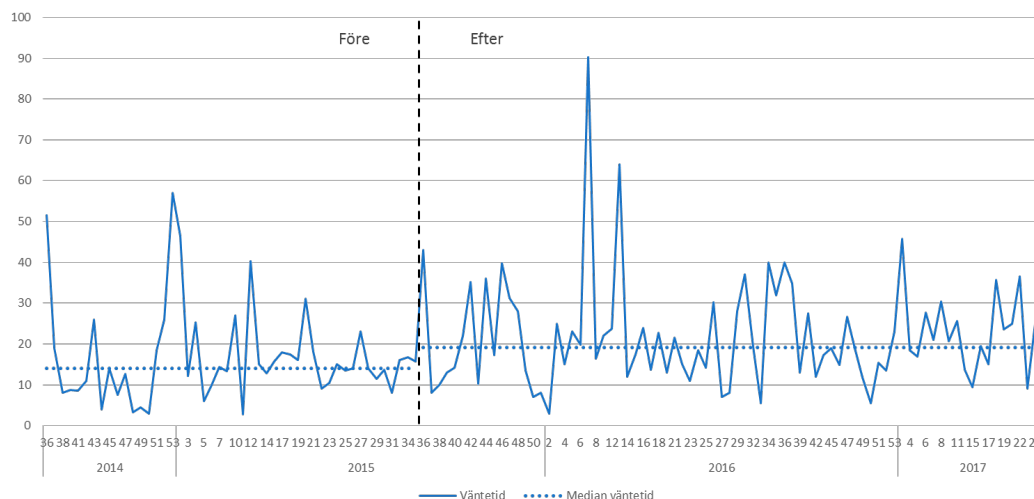
Inom urologin påvisades inte några längre väntetider i efterperioden för den prioritetskategori (Prio 2) som prioriteras näst efter SVF, utan där identifierades i stället kortare väntetider. Inom urologin infördes dock två SVF samtidigt i september 2015 – SVF för prostatacancer och SVF för cancer i urinblåsan och övre urinvägar – och de ingrepp som utförs inom dessa SVF, TUR-B och radikal prostatektomi har olika långa väntetider. Dessa operationer (TUR-B och radikal prostatektomi) har efter införandet av SVF gjorts både inom och utanför ramen för SVF, och för dessa ingrepp har väntetiderna minskat. För TUR-B har medelväntetiden minskat från 47 till 24 dagar, varav de som opererats inom SVF haft en medelväntetid på 16 dagar. De som har opererats utanför SVF haft 26 dagar som medelväntetid. För radikala prostatektomier har medelväntetiden minskat från 53 till 40 dagar, varav de som opererats inom SVF haft en medelväntetid på 37 dagar och de som opererats utanför SVF har haft 43 dagar som medelväntetid.

Det har alltså blivit en inkluderande effekt av SVF-införandet där dessa ingrepp fått kortare väntetid, trots att de inte gjorts inom ramen för SVF. TUR-B som utförts inom SVF har också kortare medelväntetid än den högst prioriterade prioritetskategorin, det vill säga *Dubbel förtur*. Andelen ingrepp som motsvaras av TUR-B är ungefär 20 procent, och radikala prostatektomier 10 procent, av urologisektionens totala antal operationer.

Eftersom TUR-B har kortare väntetid än *Dubbel förtur* och operationskoordinatorerna efter SVF-införandet reserverat tider för operationer inom de standardiserade vårdförloppen är det möjligt att operationerna inom *Dubbel förtur* trängts undan. I figur 2 visas därför medelväntetiderna veckovis för prioritetskategorin *Dubbel förtur* före och efter SVF-införandet. Där ser man

att medianväntetiden har ökat från 14 dagar före införandet till 19 dagar efter införandet. Det är möjligt att detta är en undanträngningseffekt.

Figur 2. Genomsnittlig väntetid i dagar för prioritetsskategorin *Dubbel förtur* före och efter SVF-införandet



Slutsats: Undanträngning ser ut att ske för de grupper som prioriteras näst efter SVF

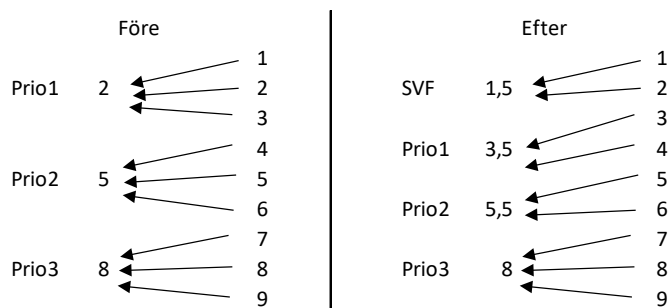
Utifrån de analyser som gjorts i detta arbete dras slutsatsen att införandet av SVF har trängt undan de prioritetsskategorier som prioriteras näst efter SVF. Detta mönster stämmer inom både patologin, radiologin och kirurgin. Efter en djupare analys av planeringen för CT-undersökningar och urologiska operationer stämde också dessa med denna slutsats. För de sektioner som inte uppvisat dessa effekter kan detta härledas till att SVF stod för en liten andel av den totala mängden MR-undersökningar, att väntetiderna för SVF-operationer inom bröstkirurgin endast kortats marginellt samt att man inom cytopatologin hade ett minskat inflöde i efterperioden, vilket troligen påverkat väntetiderna positivt.

Väntetiderna under mellanperioden inom radiologin och patologin redovisades inte, men för i princip alla prioritetsskategorier så ligger dessa mellan väntetiderna för före- och efterperioden. Detta tyder på att effekten har blivit större under efterperioden jämfört med mellanperioden för de prioritetsskategorier som blivit undanträngda, vilket är logiskt eftersom att volymerna har ökat.

Varför undanträngning är påvisbar just för den prioritetsskategori som prioriteras näst efter SVF är relaterat till att man praktiskt i planeringen lagt till en prioritetsskategori inom ett befintligt system och inte ändrat hur man planerar i övrigt. Effekten kan möjligtvis också exemplifieras av figur 3. I figuren motsvarar siffrorna 1–9 patienter som får en undersökning med väntetid 1 dag, 2 dagar, 3 dagar och så vidare. I föreperioden tillhör dessa patienter någon av de tre prioritetsskategorierna Prio 1, Prio 2 eller Prio 3, som har en medelväntetid på 2, 5 respektive 8 dagar. När verksamheterna i efterperioden inför SVF är dessa undersökningar högprioriterade och får undersökning på 1 eller 2 dagar. Prio 1-undersökningarna har nu trängts undan och gått från en

medelväntetid på 2 dagar till 3,5 dagar medan Prio 2-undersökningarna ökat marginellt från 5 till 5,5 dagar i medelväntetid. För Prio 3-undersökningarna är medelväntetiden densamma. Detta förenklade exempel visar att undanträngningseffekten blir störst för den prioritetskategori som prioriteras näst efter SVF.

Figur 3. Exempel över undanträngning för den prioritetskategori som prioriteras näst efter SVF



För att undanträngning ska kunna förekomma behöver väntetiderna efter införandet av SVF ha minskat för denna grupp. Detta är dock delvis svårt att påvisa eftersom det är svårt att selektera ut de operationer samt radiologiska och patologiska undersökningar som i föreperioden skulle ha gjorts inom ett SVF om detta redan var infört. Det finns dock anledning att anta att dessa operationer/undersökningar i genomsnitt fått kortare väntetid.

Inom radiologin är SVF den prioritetskategori som har kortast väntetid, efter akuta och inläggande patienter. Den sekreterare som bokar in undersökningarna bedömde också att många av de undersökningar som utfördes inom SVF tidigare skulle tillhört gruppen Prio 4. Inom patologin har SVF kortast respektive näst kortast väntetider. För kirurgin ser man, baserat på andelen operationer inom de olika prioritetskategorierna, att många SVF-operationer tidigare borde prioriterats som Prio 2, vilka har längre väntetid än SVF i efterperioden. Inom urologin diskuterades också i tidigare avsnitt att ingreppen som utförs inom SVF fått kortare väntetid i och med införandet.

Tidigare forskning från införandet av standardiserade vårdförlopp i Danmark (*så kallade pakkeforløp*) har också visat att väntetiderna från välgrundad misstanke till start av behandling har minskat (Probst och Andersen, 2012; Larsen m fl., 2013).

Referenser

- Handlingsplan Standardiserat vårdförlopp, Version 1*, 2015-03-05, Region Kalmar län (dåvarande Landstinget i Kalmar län), hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Diariernr 150164.
- Larsen, M. B., Hansen, R. P., Hansen, D. G., Olesen, F. och Vedsted, P. (2013). *Secondary care intervals before and after the introduction of urgent referral guidelines for suspected cancer in Denmark: a comparative before-after study*. BMC Health Services Research, Nr. 13.
- Probst, H. B. och Andersen, O. (2012). *Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians – A national Danish project*. Health Policy, Nr 65–70.
- Socialdepartementet (2015). *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, regeringens proposition 2009/10:67.
- Socialstyrelsen (2016). *Standardiserade vårdförlopp i cancervården - Lägesrapport 2016*, November 2016.

Bilaga 4. Beräkning med hälsokalkylatorn

Befolkningens levnadsvanor är viktiga påverkbara faktorer för många cancerdiagnoser och har en särskild betydelse för den framtida ohälsan. För några cancerdiagnoser kan statistik om befolkningens levnadsvanor tillsammans med epidemiologiska metoder ge relativt säkra prognoser för framtida sjuklighet.

Det finns ett intresse för skattningar av de möjliga besparingar utifrån samhällskostnader då befolkningens levnadsvanor förändras, som ett stöd vid beslutsfattande. Genom epidemiologiska metoder och statistik, tillsammans med uppgifter om befolkningens levnadsvanor, kan man göra prognoser för framtida sjuklighet i ett antal cancerdiagnoser och beräkna relaterade samhällskostnader och hälsoeffekter. Med hjälp av sådana skattningar går det att illustrera olika tänkbara scenarier i form av beskrivningar och beräkningar av hypotetiska tillstånd, genom ett prognosinstrument Cancerpreventionskalkylatorn (CPK) som utvecklats i ett samarbete mellan regionala cancercentrum och Uppsala universitet.

Cancerpreventionskalkylatorn© underlättar för politiker och andra samhällsplanerare att beräkna hälsoekonomiska effekter på befolkningsnivå av förebyggande insatser ämnade att minska insjuknandet i cancer. Skattningarna i kalkylatorn är baserade på förekomsten i den svenska befolkningen av kända riskfaktorer för cancer så som fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol.

Enligt en prognos från Folkhälsomyndigheten kommer antalet cancerfall att öka kraftigt den närmaste 25-årsperioden. Samhällets kostnader för cancer år 2040 väntas därmed ha stigit med 90 procent jämfört med idag. Förebyggande åtgärder för att minska antalet nya cancerfall anses allt nödvändigare för att möta den befarade utvecklingen. CPK omfattar idag 15 cancerdiagnoser där det finns klara och tydliga samband mellan levnadsvanor och insjuknande. De 15 diagnoserna täcker ca 45 procent av den totala cancerincidensen i Sverige.

Nedan i tabell 1 visas ett beräkningsscenario som belyser vad en minskad förekomst på en procentenhet av de fyra riskfaktorerna kan innebära i minskade incidens och samhällskostnader som inkluderar landstingens och regionernas kostnader för hälso- och sjukvård, kommunernas kostnader för vård och omsorg samt statliga utgifter för sjukförsäkringen. Scenariot specificerar inte hur detta önskade läge har åstadkommit och beräknar heller inga kostnader för eventuella nödvändiga insatser. Utgångspunkten för beräkningsscenariot är andelen personer i Sverige som lever med respektive riskfaktor i befolkningsgrupperna 20-44 år, 45-64 år och 65-84 år, uppdelat på män och kvinnor, enligt folkhälsorapporten 2016.

Tabell 1. Minskad incidens i cancer beroende på en procent minskad förekomst av riskfaktorer i befolkningen

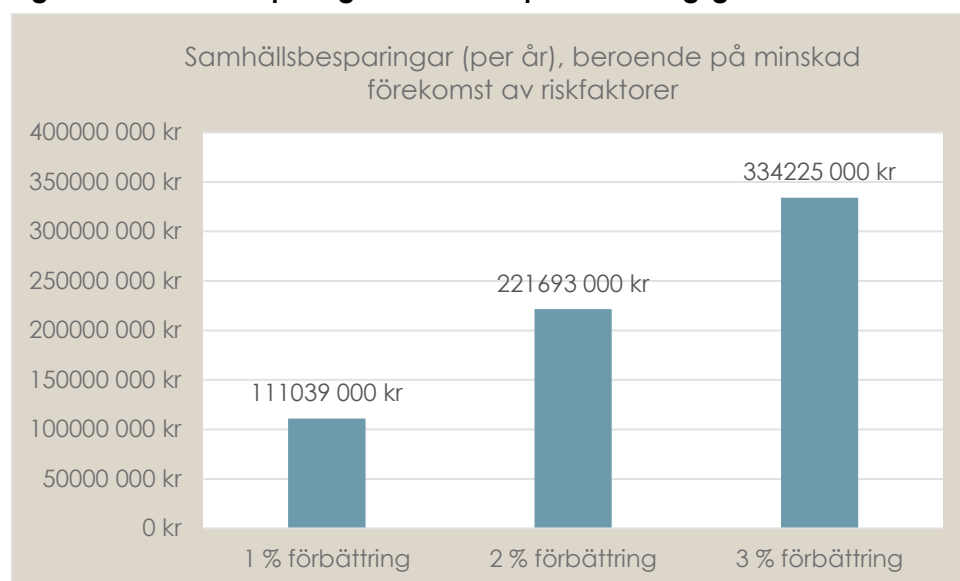
Åldersgrupp	Antal		BMI > 30 (%)				Daglig rökning (%)				Fysisk inaktivitet (%)				Riskbruk (%)			
	Män	Kvinnor	Aktuellt		Alternativt		Aktuellt		Alternativt		Aktuellt		Alternativt		Aktuellt		Alternativt	
Totalt	3647051	3634551	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
20-44	1629855	1561289	9	8	8	7	7	8	6	7	14	13	13	12	22	17	21	16
45-64	1228289	1205769	19	17	18	16	12	16	11	15	14	15	13	14	18	11	17	10
65-84	788907	867493	17	17	16	16	8	12	7	11	16	17	15	16	11	6	10	5
Undvikna cancerfall																		
Bröstcancer	– 55		– 13				0				– 17				– 25			
Tjock-ändarmscancer	– 68		– 12				– 16				– 18				– 22			
Urinblåsecancer	– 41		0				– 41				0				0			
Njurcancer	– 21		– 8				– 13				0				0			
Livmoderkroppscancer	– 14		– 15				5				– 4				0			
Livmoderhalscancer	– 2		0				– 2				0				0			
Matstrupscancer	– 12		– 2				– 8				0				– 2			
Lungcancer	– 205		0				– 205				0				0			
Magsäckscancer	– 3		0				– 3				0				0			
Levercancer	– 6		– 3				– 3				0				0			
Bukspottkörtelcancer	– 14		– 2				– 10				0				– 2			
Struphuvudcancer	– 8		0				– 8				0				0			
Totalt	– 449		– 55				– 304				– 39				– 51			

Scenariot visar 449 färre nya cancerfall per år. Det kan bli resultatet om andelen i befolkningen som har en respektive riskfaktor i Sverige minskar med en procent. Samhällets kostnader skulle samtidigt minska med totalt 111 miljoner per år, hälso- och sjukvårdens kostnader uppskattas minska med 39 miljoner kronor medan kommunernas kostnader minskar med 42 miljoner kronor per år. Den statliga sjukförsäkringen beräknas spara 30 miljoner kronor per år. I tabell 2 presenteras olika scenarier, med en, två eller tre procentenheter minskad förekomsten av riskfaktorer i befolkningen. Om vi lyckas att minska förekomst de fyra riskfaktorerna med tre procentenheten kan samhället spara mer än 334 miljoner kronor per år (figur 1).

Tabell 2. Samhällsbesparingar för olika sektorer. Olika scenarier beroende på minskad förekomst av riskfaktorerna i befolkningen

Samhällsbesparingar (kr)	Minskad förekomst av riskfaktor i befolkningen		
	1 % förbättring	2 % förbättring	3 % förbättring
Hälso- och sjukvård	38 969 000 kr	77 210 000 kr	116 387 000 kr
Kommun	42 655 000 kr	84 645 000 kr	127 585 000 kr
Försäkringskassan	29 415 000 kr	59 838 000 kr	90 253 000 kr
Totalt	111 039 000 kr	221 693 000 kr	334 225 000 kr

Figur 1. Samhällsbesparingar beroende på förbättringsgrad i riskfaktorer.



Förekomst av riskfaktorer samvarierar kraftigt med utbildningsnivå. Vi vet att personer med eftergymnasial utbildning har lägst andel med kraftig övervik (8 %), lägst andel rökare (5 %) samt lägst andel med stillasittande fritid (10 %). Vad det skulle innebära om hela befolkningen hade lika låg andel med kraftig övervikt, rökare och stillasittare som bland de med eftergymnasial utbildning? Cancerpreventionskalkylatorn hjälper att skatta fram minskning i antal nya cancerfall och samhällsbesparingar som beror på ojämlikhet i

förekomst av hälsorelaterade riskfaktorer för grupper med olika utbildningsnivåer. Minskad ojämlikhet skulle leda till 2 335 färre nya cancerfall per år, se figur 1. Samhällets kostnader skulle samtidigt minska med totalt 617 miljoner per år, hälso- och sjukvårdens kostnader uppskattas minska med 200 miljoner kronor medan kommunernas kostnader minskar med 221 miljoner kronor per år. Den statliga sjukförsäkringen beräknas spara 194 miljoner kronor per år.

Tabell 3. Minskad incidens i cancer beroende på minskad ojämlikhet i förekomst av hälsorelaterade riskfaktorer för grupper med olika utbildningsnivåer: alla grupper har den bästa nivån för BMI, rökning och fysisk inaktivitet.

Åldersgrupp	Antal		BMI > 30 (%)				Daglig rökning (%)				Fysisk inaktivitet (%)				Riskbruk (%)			
	Män	Kvinnor	Aktuellt		Alternativt		Aktuellt		Alternativt		Aktuellt		Alternativt		Aktuellt		Alternativt	
Totalt	3647051	3634551	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
20-44	1629855	1561289	9	8	8	7	7	8	6	7	14	13	13	12	22	17	21	16
45-64	1228289	1205769	19	17	18	16	12	16	11	15	14	15	13	14	18	11	17	10
65-84	788907	867493	17	17	16	16	8	12	7	11	16	17	15	16	11	6	10	5
Undvikna cancerfall																		
Bröstcancer	– 232		– 136				0				– 96				0			
Tjock-ändtarmscancer	– 302		– 100				– 98				– 104				0			
Urinblåsecancer	– 188		0				– 188				0				0			
Njuncancer	– 144		– 76				– 68				0				0			
Livmoderkroppscancer	– 112		– 132				43				– 23				0			
Livmoderhalscancer	– 13		0				– 13				0				0			
Matstrupscancer	– 59		– 24				– 35				0				0			
Lungcancer	– 1104		0				– 1104				0				0			
Magsäckscancer	– 20		0				– 20				0				0			
Levercancer	– 47		– 31				– 16				0				0			
Bukspottkörtelcancer	– 80		– 20				– 60				0				0			
Struphuvudcancer	– 34		0				– 34				0				0			
Totalt	– 2335		– 519				– 1593				– 223				– 0			

