

# Granskning av hälso- och sjukvårdens införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården

Landstinget Dalarna

Dnr LD 17/01215

Bo Lindblom och Bo Anderson

Stockholm den 23 oktober 2017

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Uppdraget.....</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Syfte .....	5
1.3 Avgränsning .....	5
1.4 Revisionsfrågor.....	6
1.5 Kontigos tolkning av uppdraget .....	6
<b>2 Genomförande .....</b>	<b>8</b>
2.1 Revisionskriterier .....	8
2.2 Projektorganisation och jävsprövning.....	8
2.3 Metod och angreppssätt .....	9
<b>3 Iakttagelser .....</b>	<b>11</b>
3.1 Styrdokument.....	11
3.2 Användning av stimulansmedlen .....	13
3.3 Intervjuer.....	14
3.4 Statistik över ledtider .....	17
3.5 Patientenkät.....	19
<b>4 Analys och slutsatser.....</b>	<b>22</b>
4.1 Samlad bedömning och svar på revisionsfrågor .....	22
<b>5 Referenser .....</b>	<b>25</b>
<b>6 Bilagor.....</b>	<b>26</b>
6.1 Bilaga 1. Granskade dokument inom landstinget .....	26



# Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna har Kontigo AB granskat hälso- och sjukvårdens införande av standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården. Syftet med granskningen var att ge underlag för att kunna bedöma om hälso- och sjukvården inför och tillämpar vårdförloppen inom cancersjukvården på ett ändamålsenligt sätt och om vårdförloppen leder till kortare väntetider för berörda patienter.

Som granskningsunderlag studerades landstingets beslut, handlingsplaner och rapporter rörande SVF samt statistik rörande ledtider för de olika vårdförloppen. Som ytterligare underlag intervjuades företrädare för verksamheterna, olika sakkunniga på regional och nationell nivå samt företrädare för de större patientorganisationerna. Dessutom inhämtades resultat från en patientenkät rörande SVF, som genomförts nationellt.

De skriftliga underlagen har styrkt att såväl projektplanering, informationsspridning som förankring av SVF i verksamheterna har varit adekvat utformad och denna bild bekräftas av genomförda intervjuer. Införandet har utgjort en lokal anpassning till en nationell satsning, som skett inom ett gemensamt åtagande från samtliga landsting. Landstinget har erhållit cirka 12 miljoner per år från de statliga stimulansbidragen för denna satsning. Dessa medel är använt för olika ändamål för att uppnå målsättningarna kring införande av SVF. Redan innan SVF-satsningen beslutats på nationell nivå hade Landstinget Dalarna börjat kartlägga vårdprocesser för flera cancersjukdomar och hade därmed en fördel när arbetet med SVF inleddes 2015. Det finns dock aktuella problem inom SVF, vilket delvis synes bero på att de kriterier som satts upp nationellt i vissa fall varit för vida eller på annat sätt olämpligt utformade. Kontigo konstaterar att Landstinget Dalarna på alla nivåer klarat att göra denna kraftsamling samt i flera avseenden nått de initialt uppsatta målen för SVF-arbetet. Det stora antalet vårdförlopp och olika undergrupper inom dessa gör det mödosamt att jämföra och tolka sifferuppgifterna, och det finns både positiva och negativa resultat vad gäller genomsnittlig ledtid och andel patienter som genomgår SVF inom maximal ledtid. Vår samlade bedömning är att landstingets resultat i fråga om ledtider ligger väl till i en nationell jämförelse. Oförutsedda problem under 2017 medförde dock ett allvarligt bakslag för vårdförloppet prostatacancer, vilket föranlett extraordinära åtgärder från landstingets sida. Ett problem ur patientsynpunkt är att kötiderna för behandling av vissa sjukdomar på regionnivå är fortsatt långa, varför det uppstår ett problematiskt stillestånd när väl patienten genomgått utredningsprocessen inom det egna landstinget.

Under granskningen har vi fått många muntliga uppgifter om undanträngningseffekter men inga sifferuppgifter som belägger och kvantifierar dessa. Utifrån det stora antalet exempel på att andra patientgrupper och andra vårdinsatser fått stå tillbaka på grund av införandet av SVF, bedömer vi att satsningen fått märkbara effekter på sjukvårdens prioriteringar. Det är dock inte möjligt att med befintliga underlag avgöra om dessa anpassningar är i strid med riksdagens prioriteringsbeslut.

Det finns ett antal övergripande hälsoekonomiska frågor kring SVF, som denna granskning inte haft möjlighet att närmare bearbeta. Det gäller bland annat omfattningen av det samlade administrativa merarbetet kring vårdförloppen samt det medicinska utfallet för patienter som ingått i SVF jämfört med patienter som av någon anledning inte gjort det.

Utifrån de samlade resultaten av denna granskning föreslår Kontigo att landstingsstyrelsen vidtar lämpliga åtgärder med följande inriktning och mål:

- Sträva efter att upprätthålla de förkortade ledtiderna inom cancervården.
- Lägg mer fokus på delaktighet, individuell planering och psykologiskt stöd inom vårdförloppen - och inom cancervården generellt.



2017-10-23

- Börjaplanera för att stimulansmedlen för SVF tar slut efter 2018.
- Utvärdera effekter, och ev. oönskade effekter, av SVF förutsättningslöst 2018 - 19.
- Bevaka andra granskningar och utvärderingar av SVF på regional och nationell nivå.
- Dra lärdom av erfarenheterna av projektets genomförande och använd dessa om det blir aktuellt att standardisera fler vårdförlopp i landstinget.
- Utnyttja den kompetens kring processarbete som finns i organisationen - och de lärdomar som uppnåtts inom SVF-satsningen - för att utveckla andra delar av länets hälso- och sjukvård.

# 1 Uppdraget

## 1.1 Bakgrund

I förfrågningsunderlaget lämnades följande bakgrundsbeskrivning:

”Förekomsten av cancer har ökat under de två senaste decennierna och förväntas öka ytterligare fram till år 2030. Som helhet – kirurgi, strålbehandling och läkemedelsbehandling inklusive palliativ behandling – svarar cancersjukvården idag för 7 – 8 procent av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige.

Nationellt har ett stort fokus riktats mot cancersjukvården under senare år. Detta har tagit sig uttryck i en nationell cancerstrategi (SOU 2009:11) som utgjort grund för en nationell satsning för att korta väntetider och minska de regionala skillnaderna i cancervården.

Ett viktigt inslag i cancervården är införandet av standardiserade vårdförlopp. Standardiserade vårdförlopp tas fram inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKL och sker i samverkan mellan de regionala cancercentrumen. Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller från välgrundad misstanke till start av första behandling. När ett standardiserat vårdförlopp ska införas ansvarar varje landsting för att anpassa sina organisatoriska strukturer till rekommendationer och ledtider i det standardiserade vårdförloppet. Hitintills har den nationella styrgruppen beslutat om 29 olika standardiserade vårdförlopp. Ytterligare vårdförlopp kommer att beslutas under åren 2017 och 2018. Överenskommelsen mellan regeringen och SKL innebär också att särskilda medel avsätts i form av bl.a. stimulansmedel till landstingen under perioden 2015 – 2018. För 2017 avsätts 407 miljoner kronor för ändamålet.

Cancersjukvården behandlas inte särskilt i landstingsplanen men indirekt finns målsättningar kring t ex mer jämlik vård och kortare köer som bl.a. inbegriper cancersjukvården. Hitintills har hälso- och sjukvården implementerat 18 av de 29 standardiserade vårdförloppen och arbete pågår med ytterligare 10 vårdförlopp. Landstingets båda kirurgkliniker (Falun och Mora) ansvarar för flertalet av vårdförloppen. Samtidigt finns en centralt placerad projektanställning för samordning av införandet”.

## 1.2 Syfte

Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om hälso- och sjukvården inför och tillämpar de standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården på ett ändamålsenligt sätt och om vårdförloppen leder till kortare väntetider för berörda patienter.

## 1.3 Avgränsning

I uppdragsbeskrivningen anges att granskningen ska avse införande av de standardiserade vårdförloppen. Denna satsning pågår 2015 - 2018 och uppdraget ska slutrapporteras i oktober 2017. Det är därför naturligt att granskningen har tidsperspektivet 2015 - första halvåret 2017.



## 1.4 Revisionsfrågor

Enligt uppdraget bör granskningen inom ramen för sitt övergripande syfte lämna svar på bl.a. följande frågeställningar:

- Har länets hälso- och sjukvård en ändamålsenlig organisation och arbetssätt (inklusive förankringsprocess och stöd till berörda kliniker) för implementering av de standardiserade vårdförloppen?
- Genomförs (i landstingets egen regi) några kostnadsberäkningar och konsekvensanalyser före införande av respektive standardiserat vårdförlopp?
- På vilket sätt används erhållna stimulansmedel för införandet av de standardiserade vårdförloppen och beaktas eventuella extra kostnader för vårdförloppen i budget för berörda verksamheter?
- Följs införda vårdprogram upp lokalt med avseende på faktorer som följsamhet till vårdförloppen, ledtider, kostnader, medicinska resultat e t c.
- Har styrelsen säkerställt att eventuellt önskade effekter av införandet av vårdförloppen kartläggs och i förekommande fall blir föremål för åtgärder? (undanträngningseffekter eller omprioriteringar i köer, ökat administrativt arbete, förändringar i samverkan mellan olika kliniker e t c)
- På vilket sätt dokumenteras och tillvaratas erfarenheterna från införandet av de standardiserade vårdförloppen inför framtida arbete med att utveckla hälso- och sjukvården?
- I vilken utsträckning klarar hälso- och sjukvården att efterleva de maximala ledtider som föreskrivs i de vårdförlopp som införts?
- Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare ledtider (väntetider) för berörda patienter i länet?
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte.

## 1.5 Kontigos tolkning av uppdraget

Svensk cancervård hävdar sig tämligen väl i en internationell jämförelse. Inte desto mindre finns välkända problem inom detta vårdområde, främst i form av långa väntetider till utredning och behandling. Dessutom rapporterar många landsting stora svårigheter med kompetensförsörjning, bland annat i fråga om patologer och specialistsjuksköterskor. Andra aktuella utmaningar för svensk cancervård är en åldrande befolkning med en prognosticerad total ökning av antalet insjuknanden, vilket kan medföra betydande kapacitetsproblem under kommande årtionden. Dessutom finns problematiska skillnader i insjuknandefrekvens och i vårdresultat mellan olika landsting och mellan olika befolkningsgrupper, vilket innebär att cancervården inte kan betraktas som jämlik.

Under de senaste åren har en rad initiativ tagits på nationell nivå för att förbättra tillgänglighet och jämlikhet inom cancervården, bland annat den nationella cancerstrategin, som ledde till skapande av regionala cancercentra (RCC) och införande av så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF), som är i fokus i denna granskning. SVF syftar till att korta tiden från en välgrundad misstanke om cancer



2017-10-23

till start av första behandling och minimera patienternas ovissa väntetid. Den andra viktiga komponenten i SVF är att utredningsgången och de ingående åtgärderna blir adekvata, sker i rätt ordningsföljd och i övrigt i enlighet med evidensbaserad kunskap och gällande vårdprogram. Hittills har 29 sådana förlopp beskrivits i landstingens gemensamma arbete.

Modellen är inspirerad av de danska "pakkeforløben" som tydligt kortat väntetiderna i dansk cancervård. Införandet av SVF sker inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och landstingen. Överenskommelsen för 2017 omfattar totalt 447 miljoner kronor, varav 407 miljoner utgör stimulansmedel till landstingen, fördelat i relation till befolkningmängden i länet. Den viktigaste insatsen är att fortsätta införandet av det gemensamma systemet med standardiserade vårdförlopp.

Kontigo anser det viktigt att både granska de aktuella styrdokumenterna, analysera statistiken över ledtider och låta företrädare för de berörda verksamheterna komma till tals. Vi har också försökt att belysa de standardiserade vårdförloppen ur patienternas perspektiv genom att dels intervjua företrädare för två större patientföreningar, dels återge delar av den patientenkät som utgjort en del av den nämnda överenskommelsen. I vår analys har vi strävat efter att belysa både den initiala införandeprocessen och teckna en bild av den aktuella situationen ur olika intressenters perspektiv.



## 2 Genomförande

### 2.1 Revisionskriterier

Regler och intentioner uttryckta i följande dokument har utgjort revisionskriterier i denna granskning:

- Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763).
- Kommunallag (1990:900)
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Överenskommelse 2015–2018 om kortare väntetider i cancervården. Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting 2015.
- Fastställda standardiserade vårdförlopp SVF, primärvårdsversioner och tillhörande vårdprogram – enligt SKL, RCC i samverkan och RCC Uppsala/Örebro.
- Landstinget Dalarna: Projektplan Standardiserade vårdförlopp. Dnr LD15/02047.

Andra vägledande dokument har varit:

- Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen 2015.
- Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen 2016.

Vid granskning och bedömning har tillämpats lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period. I övrigt har arbetet bedrivits i enlighet med kommunallagen samt SKYREV:s etiska regler, riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god sed etc. I granskningen har vi utgått ifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor, dess bestämmelser som rör vårdens kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

### 2.2 Projektorganisation och jävsprövning

Granskningen har genomförts av Bo Anderson, uppdragsansvarig och certifierad yrkesrevisor, samt Bo Lindblom, projektledare och medicinskt sakkunnig.

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte finns omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets självständighet och opartiskhet.





## 2.3 Metod och angreppssätt

Arbetet har fokuserat på förhållanden och uppgifter som avser de senaste två åren. När det varit uppenbart befogat, exempelvis för att bedöma trender över tid, har tidsperspektivet vidgats till en längre tidsperiod.

Granskningen har grundats dels på en genomgång av aktuella styr- och stöddokument, dels på granskning av utvalda sifferuppgifter kring SVF, återgivande av vissa resultat av en patientenkät samt på intervjuer med ett antal olika intressenter. Huvuddelen av granskningen genomfördes under perioden juni-september 2017.

### Granskning av styrdokument

Inledningsvis kartlades och granskades handlingsplaner och beslut kopplade till införandet och det fortsatta genomförandet av SVF. Av särskilt intresse var de rapporter som årligen togs fram och in-skickades till den RCC och SKL.

### Intervjuer

I ett andra steg genomfördes ett antal intervjuer med ett tiotal företrädare för primärvård och specialistvård samt med företrädare för RCC Uppsala/Örebro. Dessutom inhämtades information och synpunkter från två patientföreningar, SKL och Socialstyrelsen. Sammanlagt intervjuades omkring 20 personer. Företrädarna för respektive organisation förutsätts vid intervjuer ha uttryckt sin organisations uppfattning i de olika frågorna.

### Statistik

I ett tredje steg, och för att besvara vissa av revisionens frågeställningar, inhämtades statistik kring resultat inom de standardiserade vårdförloppen i cancervården i Landstinget Dalarna och landet i sin helhet. Vissa data kunde hämtas direkt från webbplatsen: <http://www.cancercentrum.se/upsala-orebro/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>. Ytterligare data erhöles genom kontakt med landstingets projektledare för SVF.

### Patientenkät

Kontigo har i samband med granskningen tagit del av den patientenkät som nyligen genomförts inom cancervården<sup>1</sup>. Enkätresultatet från Landstinget Dalarna jämfördes med övriga sjukvårdsregionen och med landet som helhet.

### Sammanställning och analys

Revisionsfrågorna och de olika underlagen bildade utgångspunkt för analysarbete och en samlad bedömning, som ledde fram till ett antal rekommendationer.

<sup>1</sup> <https://patientenkät.se/sv/resultat/svf-2017/>.



## Rapportering

En kort avstämning med revisionschefen hölls i mitten av juni 2017, då vissa preliminära resultat redovisades. En muntlig delrapportering till revisorerna gjordes 25 september 2017, då merparten av iakttagelser och preliminära bedömningar presenterades.

Samlade iakttagelser och gjorda bedömningar från de olika underlagen sammanställdes och presenterades i en preliminär rapportversion (kapitel 2–5 i denna rapport), som blev föremål för sakgranskning av de som intervjuats eller lämnat skriftliga underlag. Därefter färdigställdes föreliggande rapport, som inlämnades skriftligt och presenterades muntligt för revisorskollegiet 23 oktober 2017.



## 3 Iakttagelser

### 3.1 Styrdokument

#### Författningar

Den aktuella lagstiftningen (Hälsa- och sjukvårdslagen, Patientsäkerhetslagen samt Patientlagen) innehåller inga bestämmelser som specifikt rör cancervården. Däremot innehåller dessa lagar ett antal principer kring tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet och individuell bedömning. Införandet och tillämpningen av de standardiserade vårdförloppen kan inte anses strida mot de gällande bestämmelserna i dessa författningar.

#### Nationella överenskommelser

Införandet av de standardiserade vårdförloppen utgår som nämnts från en s.k. överenskommelse mellan regeringen och SKL<sup>2</sup>. Målet med överenskommelsen är förbättrad tillgänglighet inom cancer-vården genom kortare väntetider och minskade regionala skillnader. I första hand ska vårdförloppet mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart förkortas. Införandet av vårdförlopp ska även ge en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten och öka nöjdheten hos patienterna genom bland annat bättre information och mer delaktighet.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på utvecklingsarbetet inom ramen för nationella cancer-strategin och de regionala cancercentrumen. Satsningen ska också knyta RCC och landstingens linje-organisation närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården. Nyckelområden för arbetet är införandet av:

- begreppet "välgrundad misstanke" utifrån en nationell definition
- införandet av en koordinatorfunktion
- införandet av obokade tider hos utredande enheter.

De standardiserade förloppen tas fram i form av underlag som beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser som gäller. Led-tiderna för standardiserade vårdförlopp (SVF) är riktmärken för landstingen och regionerna att skapa de vårdförlopp som krävs. Under 2015 infördes fem standardiserade vårdförlopp. De 13 plus 10 för-lopp som införts 2016 - 17 innefattar också förlopp med allvarliga ospecifika symtom som kan vara cancer samt förlopp för cancer med okänd primärtumör (CUP)<sup>3</sup>.

#### Projektplan m.m.

En *projektplan* för införandet av SVF beslutades i april 2015 (dnr LD15/02047). I den inledande beskrivningen av projektet framgår sammanhanget och förklaras syftet med satsningen:

<sup>2</sup> Överenskommelse 2015–2018 om kortare väntetider i cancervården. Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting 2015.

<sup>3</sup> Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen 2016.



*”Regeringen avsätter 500 miljoner kronor per år 2015 - 2018 för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård med ökad kvalitet, med fokus på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Satsningens inriktning fastställs i årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I första hand ska tiden mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart förkortas. För att åstadkomma detta införs ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF), som ska leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av vårdförloppen även skapa ökad nöjdhet hos patienterna, genom bland annat bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider”.*

I den fortsatta texten anges bland annat följande:

*”Effektmål*

*100 % av patienterna ska uppleva att de är nöjda med sin vård. Detta ska ske genom att:*

*Alla patienter ska vid stark misstanke om cancer bokas på förbokade tider så att de i SVF beskrivna ledtiderna uppnås.*

*Alla patienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska.*

*Alla patienter ska få en egen vårdplan upprättad i samband med diagnosbesked. Vårdplanen ska uppdateras löpande under vårdprocessen.*

*Alla patienter ska informeras om möjligheten till second opinion.*

*Alla patienter ska informeras både muntligt och skriftligt om sin sjukdom samt behandlingsalternativ.*

*Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten.*

*Alla patienter ska få sitt behov av rehabilitering bedömt och vid behov erbjudas individuellt anpassad cancerrehabilitering.*

*Genom att skapa en strukturerad och tydlig vårdprocess som förkortar ledtiderna bereds patienterna möjlighet att uppleva en ökad livskvalitet samt nöjdhet med vården”.*

Enligt projektplanen är målet för projektet att uppnå följande:

- *Det finns en gemensam terminologi som möjliggör uttag ur vårdinformationssystemen (VIS).*
- *Det finns ett strukturerat system för att hämta uppgifter i VIS.*
- *100 % inrapportering av SVF angivna mätpunkter:*
  - *Remissbeslut*
  - *Första besök hos specialistläkare*
  - *Information om diagnos*
  - *Med patienten upprättad och beslutad vårdplan*
  - *Start av behandling.*
- *De i SVF angivna ledtider uppnås.*
- *Koordinatorer finns för varje diagnosgrupp.*

Av projektplanen beskrivs också projektorganisationen, som här återges i förkortad form:



*”Projektägare för de standardiserade vårdförloppen är förvaltningschefen för hälso- och sjukvården Dalarna. Styrgrupp för införandeprojektet är hälso- och sjukvårdens beredningsgrupp för kunskapsstyrningsfrågor. Projektledning utgörs av Landstinget Dalarnas Cancerråd. Projektledare är Bitte Kans på Avd. Kunskapsstyrd vård. Varje standardiserat vårdförlopp bildar en egen projektgrupp där projektledaren ingår och där Bild- och funktionsmedicin samt patologi finns representerad. Som stöd till projektledaren och projektgrupperna finns medarbetare på avd. Kunskapsstyrd vård och IT”.*

Publik information om SVF finns på Landstingets hemsida. Under rubriken Standardiserade vårdförlopp finns följande text:

*”De standardiserade vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom respektive cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser (ledtider) som gäller för de olika åtgärderna. Ledtiderna är angivna i kalenderdagar.*

*För att åstadkomma detta införs ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp som ska leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av vårdförloppen även skapa ökad nöjdhet hos patienterna, genom bland annat bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider”.*

Enligt projektplanen och denna information ska SVF således både leda till bättre tillgänglighet samt ökad nöjdhet hos patienterna, bland annat genom kortare väntetider.

## RCC och nationellt stöd

RCC och SKL ger nationellt och regionalt stöd till landstingen i arbetet med att utveckla systemet med standardiserade vårdförlopp. En nationell projektgrupp för att samordna RCC:s stöd har tillsatts, med två representanter från varje RCC.

En framskjuten roll i genomförandet fick de olika koordinatörer som tillsattes för respektive vårdförlopp. Detta beskrivs på följande sätt på Cancercentrums hemsida:

*”Koordinatorn är ett administrativt stöd som ska underlätta för sjukvården att hålla uppsatta ledtider.*

- *Koordinatorn bör ha ett skriftligt uppdrag av verksamhetschefen eller motsvarande.*
- *Koordinatorns uppdrag ska vara förankrat och känt av huvudmannens ansvariga för standardiserade vårdförlopp.*
- *Koordinatorn ska samarbeta och samverka med teamets olika professioner”.*

Här beskrivs också koordinatörernas specifika uppgifter, bland annat gällande remisshantering och som lättillgänglig kontaktperson. Koordinator är vanligen sjuksköterska, undersköterska eller medicinsk sekreterare.

## 3.2 Användning av stimulansmedlen

Enligt överenskommelsen mellan staten och huvudmännen ska landsting/regioner årligen till Socialdepartementet insända två dokument: dels en handlingsplan för hur införandet ska genomföras, dels en redogörelse för arbetet fortskridit under respektive år. Om de inlämnade redogörelserna uppfyller kraven erhåller respektive landsting/region en andel av stimulansmedlen som motsvarar befolkningens storlek. Landstinget Dalarna har från dessa medel erhållit drygt 12 miljoner kronor årligen 2015–2017. Det finns inga krav på hur medlen används utan tilldelningen görs utifrån vad som har uppnåtts, bland annat i fråga om införande av vårdförlopp och redovisning av statistik beträffande antalet patienter som genomgått SVF. Således är villkoren för tilldelning



baserade på vilka processer som etablerats och vilka resultat som åstadkommits. Medlen är således inte öronmärkta för vissa ändamål.

## 3.3 Intervjuer

### Företrädare för styrgrupp och projektledning

Cancerrådet ledde införande av SVF med Kunskapsstyrningsrådet som styrgrupp. Processkartläggning hade tidigare gjorts för vissa vårdförlopp i samband med vårdprogramarbete. Detta gjorde att "tänket" fanns när SVF skulle införas, och det blev inget ifrågasättande från klinikerna. En viktig insikt var att data om mätpunkter måste registreras i datajournalen, varför IT-stödet blev viktigt. Enligt utsago var "alla delar i systemet" med i designen av projektet. Patientföreträdare var inte med i början men kom in i arbetet senare. Framgångsfaktorer var att ha en styrgrupp med inflytande, och att ha läkare med i arbetsgrupperna.

### Primärvården

Generellt sett beskrivs att införandet var positivt ur primärvårdens perspektiv. Målbild för satsningen var tydlig och det var en styrka att det var en del av en nationell satsning. Primärvården har dock haft svag representation i styrande organ som Cancerrådet. Det var en ökad arbetsbelastning vid införandet men de flesta ansåg att det var bra att rutinerna blev enhetliga, inte minst för alla AT- och ST-läkare som flyttar mellan olika kliniker och även mellan landsting. Utredningsgången är egentligen inga nyheter men representanterna för primärvården upplevde att patienter tidigare ofta "hängde i luften".

Informationen är en central del och satsningen uppfattas till stora delar som ett enda stort informationsuppdrag. Primärvården ser positivt på den muntliga information som gavs ute på vårdcentralerna och beklagar att man på grund av bemanningsproblem inte kunnat svara upp mot de förväntningar som funnits på vårdcentralerna när det gäller kunskaper om regler kring remisser m.m. Enligt enstaka läkare var det dock "bättre förr då man hade koll på sina patienter".

Efterhand som fler SVF införts har det blivit svårare för läkarna och övriga berörda medarbetare att hålla reda på alla rutiner och regler kring SVF. Det var lättare att klara av de första "vanliga" diagnosgrupperna i SVF men med uppemot ett 30-tal diagnoser har det blivit lite rörigt. Vissa vårdcentraler menar att informationen från centralt håll har minskat ju fler SVF som införts. Det finns vissa kvarstående otydligheter, t.ex. vilka remisser som krävs i olika situationer.

Medicinska sekreterare sköter mycket av det dagliga rutinarbetet kring SVF-patienter och har stöd ifrån respektive koordinator. Aktuella problem uppges vara alltför vida kriterier för SVF urinvägar medan andra SVF, som exempelvis Huvud/ hals, "fungerar klockrent". Primärvården anser att återkoppling av resultat från landstinget behöver förbättras. Det är viktigt för att upprätthålla de nya rutiner som åstadkommits.

### Kirurgi

Från division kirurgi framförs att införandet 2015 - 16 var välorganiserat i stort men att det lokalt fanns problem med att "förstå vitsen" med en så pass stor förändring. Företrädarna påpekar att SVF är förenat med en ganska omfattande pappersexercis och att det finns kapacitetsproblem i fråga om kontaktsjuksköterskor och kuratorer. Den stora satsningen på att få SVF att fungera har medfört undanträngning av andra grupper, bland annat patienter med kolorektala sjukdomar som inte ingår i SVF.



Men även om utredningen görs snabbt och korrekt i Dalarna uppstår problem på nästa vårdnivå för de patienter som visar sig ha en cancersjukdom. Detta beskrivs som "en inbyggd paradox"- att hur fort man än jobbar med utredning så är väntetiderna till multidisciplinär konferens och operation på regionsjukhus många gånger "skamligt långa" (framför allt gäller det Akademiska sjukhuset i Uppsala).

## Medicin

Från division medicin framförs att det är problematiskt att systemet är så stelt, vilket gör det svårt att anpassa till lokala förhållanden. Det tidigare sättet att prioritera mellan grupper och enskilda patienter var mer ändamålsenligt, vilket innebar att de patienter som verkligen hade behov av snabb handläggning också fick det. Nu delas utredningsfall i praktiken upp i två grupper och patienter som tillhör den grupp som inte ingår i SVF får stå tillbaka oavsett sjukdomsgrad, vilket framför allt innebär svårigheter att ordna mottagningstider för dem. Bland annat uppstår en undanträngning av hematologipatienter, som inte är föremål för SVF. För akuta hematologiska cancer uppges SVF endast innebära mer administration utan någon egentlig nytta - dessa patienter har alltid tagits om hand prompt. Därför får SVF totalt sett en negativ effekt på omhändertagandet av hematologiska patienter.

Divisionen anser att kriterierna bör justeras efter lokala behov eftersom det är stor skillnad på förutsättningarna i olika landsting.

## Bild- och funktionsmedicin

Enligt andra tillfrågade har Bild- och funktionsmedicin anpassat sig på ett mycket bra sätt till SVF. Men företrädare för kliniken meddelar att det var en stor utmaning för verksamheten och "produktionstakten" har i vissa fall ökat mycket snabbt, bland annat antalet DT ("skiktröntgen") - och MRI ("magnettröntgen") -undersökningar. De senare undersökningarna har ökat 150 procent under den aktuella perioden. Kliniken anser att det är viktigt att utredningar görs enligt rutiner men uttrycker svårigheter att i praktiken klara den kapacitetsökning som det innebär om SVF-målen ska uppnås.

## Patientföreträdare

ProLiv Dalarna, som företräder patienter med prostatacancer, anser att SVF hittills inte inneburit någon förändring i fråga om väntetider till utredning och behandling. Man är dock positiv till tanken på standardisering av vårdprocesser.

ProLiv Dalarna har informerats om att Landstinget Dalarna upphandlat en extern urolog med mottagning i Borlänge som ska innebära en resursförstärkning, vilket verkar lovande. Föreningen har försäkrats att landstinget ska vara i fas med patientflödet om sex månader och att ledtider därmed ska normaliseras. ProLiv påpekar i det sammanhanget att Cancercentrums officiella statistik är inaktuell eftersom den släpar efter ett år.

Kontaktsjuksköterskorna fyller enligt föreningen en viktig uppgift för samtal och information men många medlemmar ställer grundläggande frågor till föreningen, vilket tyder på att informationsbehovet är större än vad landstinget klarar att möta. ProLiv anser vidare att det finns en brist på kuratorer. Dessa blir inte inkopplade i normalfallet, men behövs vid diskussioner om sexuella problem samt i s.k. brytpunktsamtal. Alla bör erbjudas kuratorskontakt och samtalet borde bli en del i rutinen.



ProLiv Dalarna har uppmärksammat att det i andra landsting sker undanträngning av andra patientgrupper på grund av SVF, bland annat njurstenssjukdomar, och vill att det ska undersökas även i Dalarna.

*Bröstcancerföreningen* framför att ledtiderna var acceptabla redan före införandet av SVF, att vårdprocesserna vid utredning i stort fungerar bra. Men man anser att detta inte är det största problemet för patienterna i nuläget. Istället pekar man på svårigheter att få hjälp i rehabiliteringskedet, bland annat med lymfödem, och med det psykologiska stödet i olika faser av utredning, behandling och rehabilitering.

## Övriga informanter

I en nyligen publicerad rapport från RCC<sup>4</sup> beskrivs införandet på följande sätt:

*”SVF-modellen har gradvis införts under 4 år. Under 2015 infördes de första 5 SVF inom diagnoserna AML, huvud och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer och urinblåsecancer. Under 2016 infördes SVF inom 13 diagnoser - bröstcancer, bukspottkörtelcancer, hjärntumörer, lever- och gallvägscancer, lungcancer, lymfom, malignt melanom, myelom, tjock- och ändtarmscancer och äggstockscancer samt för patienter med cancer från okänd primärtumör och patienter med diffusa symtom på allvarlig sjukdom. Under 2017 infördes SVF för ALL, analcancer, livmoderhalscancer, livmoderkroppscancer, KLL, njurcancer, peniscancer, skelett- och mjukdelssarkom, sköldkörtelcancer och testikelcancer. Inför 2018 återstår tre områden - buksarkom, neuroendokrina tumörer och vulvacancer”.*

Av rapporten och annan liknande information från RCC i samverkan framgår den kraftsamling som SVF-satsningen innebär, både på nationell, regional och lokal nivå. Företrädare för RCC uttrycker idag en oro över vad som händer med SVF efter 2018 då stimulansmedlen är slut. Koordinatorer spelar en central roll och skulle dessa försvinna 2019 finns stor risk att uppnådda resultat i form av nya arbetssätt och kortare ledtider skulle omintetgöras.

RCC:s företrädare anser att SVF bidragit till ett bättre samarbete mellan olika enheter, exempelvis mellan mottagningar och röntgenavdelningar och pekar på att bättre IT lösningar etablerats. Samarbetet mellan landstingen uppges i vissa fall vara problematiskt på grund av olika IT-lösningar, som leder till problem med överföringen av information över landstingsgränserna. Detta gäller även patientdata.

Enligt RCC handlar s.k. undanträngning många gånger om motiverade prioriteringar, och man menar att detta troligen är ett övergående problem.

Under granskningen har vi fått många muntliga uppgifter om s.k. undanträngningseffekter och andra oönskade effekter men däremot inga sifferuppgifter som belägger och kvantifierar dessa. Icke-önskade effekter av SVF har diskuterats i flera sammanhang och frågan har belysts av bland annat Socialstyrelsen<sup>5</sup>. Myndigheten skrev 2015, d.v.s. i samband med införandet av SVF:

*”Satsningen på SVF kan ge effekter på hur vården prioriterar cancervården i förhållande till annan vård. Satsningen är ett uttryck för en tydlig fokusering på ett erkänt problem. Detta fokus kan ge mer resurser för att cancervården ”tar mer plats i vården”, eller som följd av en mer explicit prioritering av att huvudmännen satsar resurser inom cancervården för att uppnå målsättningarna med SVF. Detta är inte nödvändigtvis en undanträngning så som Socialstyrelsen använt begreppet hittills eftersom det inte finns någon automatisk koppling mellan mer resurser och bättre tillgänglighet.*

<sup>4</sup> Ingångsvården, Regionala cancercentrum i samverkan 2017.

<sup>5</sup> Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen 2015.





*Standardiseringen av vårdprocessen kan ge snabbare tillgång till vård oavsett resurstillgången. Det är också svårt att jämföra behov mellan helt olika vårdområden.”*

I sin senaste lägesrapport<sup>6</sup> skriver Socialstyrelsen bland annat:

*”Begreppet undanträngning saknar en enhetlig och allmänt känd definition, vilket gör att olika aktörer gör olika tolkningar. Det finns en stor medvetenhet inom verksamheterna om att undanträngningar ska förebyggas. Personal som verkar nära patienterna förefaller i högre grad se risker för undanträngning, jämfört med t.ex. sjukhuschefer och hälso- och sjukvårdsdirektörer”.*

### 3.4 Statistik över ledtider

Från projektledaren har vi erhållit statistikuppgifter för ledtider m.m. kring de olika vårdloppen inom Landstinget Dalarna. Vissa av dessa uppgifter finns tillgängliga på Cancercentrums webbplats. Varje vårdförlopp har en beskrivning av de steg som ingår i utredningen samt maximal total ledtid angiven i kalenderdagar. De ledtider som avses här är *tiden från välgrundad misstanke konstaterats till avslut av utredning och start av första behandling*. Landstingen strävar efter att försöka hålla de maximala ledtider som bestämts för respektive vårdförlopp.

#### De fem först införda vårdförloppen

För de fem vårdförlopp som först infördes fastställdes den maximala ledtiden för respektive vårdförlopp efter konsensusdiskussion. Dessa tider ligger mellan 6 och 60 dagar. (tabell 1).

Tabell 1. Maximala ledtider (dagar) för de fem först införda SVF.

Vårdförlopp	Maximal ledtid
Akut myeloisk leukemi	6
Huvud/hals	30
Matstrupe/mage	31
Prostata högrisk	60
Urinblåsa	35

För uppföljning av vilka ledtider som har uppnåtts kan beskrivningen ske på två sätt: dels *andelen patienter som genomgår SVF inom tidsramarna ovan*, dels *genomsnittlig ledtid* (samt angivande av vissa variationsgränser) för respektive SVF. I det följande har vi använt en eller båda dessa uppgifter när vi diskuterar hur de olika SVF utfallit för de SVF som vi valt att närmare belysa. Det bör också noteras att endast SVF som avslutats med start av behandling (exempelvis läkemedel, kirurgi, aktiv expektans eller symtomlindrande palliativ vård) ingår i väntetidsredovisningen. SVF som avslutats av annan orsak än start av behandling (t.ex. misstanke om cancer avskrivs) ingår således inte i väntetidsrapporteringen.

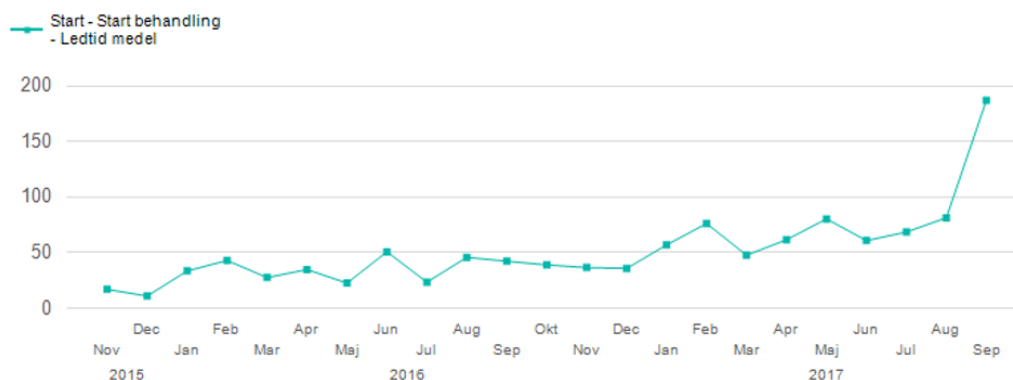
<sup>6</sup> Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen 2016.



Eftersom det för vissa diagnoser finns så få fall per landsting (<10) redovisas endast siffror för sjukvårdsregionen som helhet. Vi har därför valt att redovisa de data för de två vårdförlopp där det finns sifferuppgifter för Dalarna, d.v.s. cancer i urinvägarna och prostatacancer.

För *cancer i urinvägarna* redovisar RCC att ledtiden låg inom stipulerad tid för 83 procent av patienterna i Dalarna under första halvåret 2016 (riket som helhet 81 procent). Andra halvåret 2016 var motsvarande siffra 72 procent (riket 73 procent). Det föreligger dock speciella problem i mätning av ledtid i olika undergrupper av urinvägscancer, varför man bör iakttä stor försiktighet med att göra jämförelser beträffande dessa vårdförlopp.

Även för *prostatacancer* har olika maximala ledtider fastställts för undergrupper av patienter. För kategorin högrisktyp, botande behandling är den maximala ledtiden fastställd till 60 dagar. Efter införande av SVF ökade andelen patienter i Dalarna som genomgått SVF inom stipulerad tid till drygt 80 procent (riket som helhet omkring 50 procent). Då förkortades även de genomsnittliga ledtiderna markant och var under hela 2016 mindre än 50 dagar (jämfört med cirka 150 dagar vid baslinjemätningen 2011 – 2013). Under 2017 skedde dock efterhand en ökning och återgång till tidigare långa ledtider (figur 1). Detta förhållande har lett fram till åtgärder från landstingsledningens sida genom upphandling av privat urologresurs i Borlänge.



Figur 1. Genomsnittlig ledtid för patienter i Landstinget Dalarna som genomgått SVF för misstänkt prostatacancer (högrisktyp, botande behandling). Under 2015 och 2016 låg ledtiden i medeltal på 40 - 50 dagar men ökade sedan kraftigt och var vid den senaste mätningen i september 2017 nära 200 dagar.

## Vårdförlopp införda 2016 och senare

Under 2016 infördes i ett andra steg av SVF för ytterligare 13 diagnoser - bröstcancer, bukspottkörtelcancer, hjärntumörer, lever- och gallvägscancer, lungcancer, lymfom, malignt melanom, myelom, tjock- och ändtarmscancer och äggstockscancer samt för patienter med cancer från okänd primärtumör och patienter med diffusa symtom på allvarlig sjukdom. De genomsnittliga ledtiderna i Dalarna för dessa tumörgrupper ligger i många fall inom maxgränsen men andelen som uppnår mål varierar (tabell 2). Redovisningen och jämförelser försvåras dock av att det för flertalet diagnoser finns undergrupper med olika maximal ledtid.

Tabell 2. Genomsnittliga ledtider (dagar) för vissa SVF i Landstinget Dalarna, januari-april 2017 i jämförelse ingångsvården 2015 med de maximala ledtider som fastställts nationellt. De maximala ledtiderna är vanligen olika långa på grund av att vårdprocesserna för olika undergrupper av sjukdomarna skiljer sig åt. Angivelse av



genomsnittlig ledtid avser samtliga patienter i respektive grupp, oavsett undergrupp. Ledtider 2015 är hämtade från baslinjemätning 2015<sup>7</sup>. (\*Tillförlitliga basdata saknas.)

Vårdförlopp	Ledtid 2015	Ledtid 1 kv. 2017	Mål maximal ledtid
Bröst	15	31	28
Bukspottkörtel	61	33	22–36
Gallblåsa	44	24	29–36
Melanom	42	25	33–57
Lever	*	34	29–43
Lunga	25–44	22	30–44
Myelom	14	23	15–20
Tjock-/ändtarm	32	37	39–53
Äggstockar	*	23	22–24

Dessa resultat tyder på att Landstinget Dalarna klarar att uppnå rimliga ledtider för flera av diagnoserna men för ett antal diagnoser har ledtiden blivit längre. Endast omkring hälften av patienterna har en ledtid inom maxtiden. Översiktlig statistik med angivande av andel patienter inom maximal ledtid och lättillgängliga jämförelser av resultat över tid och mellan landstingen är ännu inte framtagen. Det är därför förenat med svårigheter att beskriva ledtidssituationen på ett lättfattligt sätt.

Ytterligare uppgifter om de allra senast införda vårdförloppen återfinns i den nyligen utgivna rapporten från Regionala cancercentrum i samverkan<sup>8</sup>. I rapporten presenteras ingångsvärden för ledtider beträffande 9 av de 10 diagnoser där SVF införts 2017. Där framgår bland annat att nuvarande ledtider i Dalarna i flertalet fall är kortare än riksgenomsnittet. Under 2018 planeras införande inom ytterligare tre områden - buksarkom, neuroendokrina tumörer och vulvacancer.

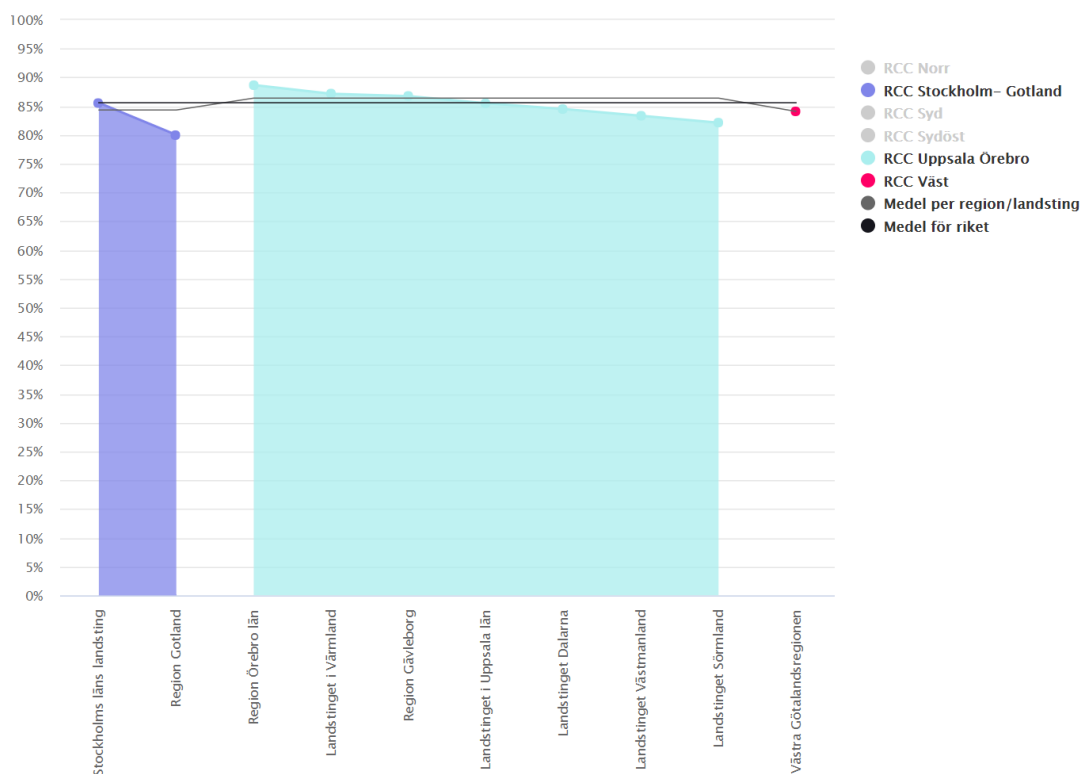
### 3.5 Patientenkät

Patientenkäten hade en svarsfrekvens på 58 procent i Dalarnas län, d.v.s. omkring 6 av 10 patienter besvarade enkäten (55 procent i riket som helhet). På den övergripande frågan "Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?" svarade 85 procent ja. Motsvarande siffra för riket som helhet var 86 procent (figur 2).

<sup>7</sup> Ingångsvärden. Nationella data 2015-01-01—2015-12-31. RCC i samverkan 2016.

<sup>8</sup> Ingångsvärden, Regionala cancercentrum i samverkan 2017.

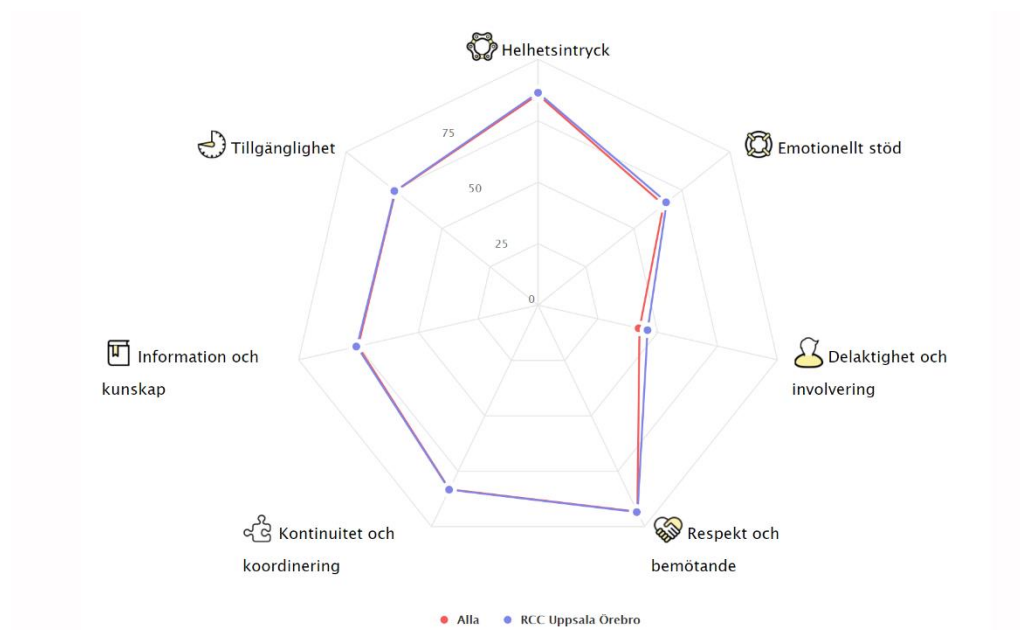




Figur 2. Resultat av patientenkät ang. SVF för landsting i Stockholmregionen, Uppsala/Örebroregionen och Västra Götalandsregionen. Avser andel svar med positivt helhetsintryck av SVF. Dalarnas utfall (85 %) ligger nära medelvärdet för regionen och riket som helhet.

När vi granskade enkätresultatet närmare framkom att omdömena om de olika frågeområdena varierade. Frågor som handlade om tillgänglighet, information, bemötande och koordinering erhöll tämligen positiva svar i mellan 75 - 95 procent av fallen. Däremot var svaren mindre positiva på frågor som rörde emotionellt stöd (67 procent positiva) samt delaktighet och involvering (cirka 46 procent positiva). Dalarnas siffror uppvisade mycket stor likhet med övriga landsting i Uppsala/Örebroregionen och landet som helhet (Figur 3).





Figur 3. Spindeldiagram som visar svar på enkätfrågor inom olika områden (Tillgänglighet, Helhetsintryck, Emotionellt stöd etc.). Alla landsting (rött) och landsting i framför allt Uppsala/Örebroregionen (blått). Förbättringspotential finns, enligt patientenkäten, inom området Delaktighet och involvering samt inom området Emotionellt stöd.



## 4 Analys och slutsatser

Som nämnts tidigare var syftet med granskningen att ge underlag för att kunna bedöma om hälso- och sjukvården inför och tillämpar de standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården på ett ändamålsenligt sätt och om vårdförloppen leder till kortare väntetider för berörda patienter. De underlag som tagits fram har kompletterat varandra och tillsammans utgjort grund för att kunna besvara den övergripande revisionsfrågan och de specifika frågeställningar som uppdragsgivaren formulerat.

De skriftliga underlagen har styrkt att såväl projektplanering, informationsspridning som förankring av SVF i verksamheterna har varit adekvat utformad och denna bild bekräftas av genomförda intervjuer. Införandet har utgjort en lokal anpassning till en nationell satsning, som skett inom ett gemensamt åtagande från samtliga landsting och utifrån en överenskommelse med regeringen. I sin tur utgör SVF-satsningen en viktig del i en nationell strategi för utveckling av cancervården i Sverige. Redan innan SVF-satsningen beslutats på nationell nivå hade Landstinget Dalarna börjat kartlägga vårdprocesser för flera cancersjukdomar och hade därmed en fördel när arbetet med SVF inleddes 2015. Intervjuerna innehåller många positiva omdömen om själva införandeprocessen. Det finns dock aktuella problem inom SVF, vilket delvis synes bero på att de kriterier som satts upp nationellt i vissa fall varit för vida eller på annat sätt olämpligt utformade. Intervjuerna på nationell och regional nivå har huvudsakligen haft syftet att validera iakttagelserna och teckna en nationell bild, som fungerat som projektyta för vad som åstadkommit i Landstinget Dalarna. Kontigo konstaterar att Landstinget Dalarna på alla nivåer klarat att göra denna kraftsamling samt i de flera avseenden nått de initialt uppsatta målen för SVF. Men en stor del av patienterna har fortfarande ledtider som överstiger de uppsatta målen för maximal ledtid. Det stora antalet vårdförlopp och olika undergrupper inom dessa gör det mödosamt att jämföra och tolka sifferuppgifterna, men vår samlade bedömning är att landstingets resultat i fråga om ledtider ligger relativt väl till i en nationell jämförelse. Oförutsedda problem under 2017 medförde dock ett allvarligt bakslag för vårdförloppet prostatacancer, vilket föranlett extraordinära åtgärder från landstingets sida. Ett problem ur patientsynpunkt är att kötiderna för behandling av vissa sjukdomar på regionnivå är fortsatt långa, varför det uppstår ett problematiskt stillestånd när väl patienten genomgått utredningsprocessen inom det egna landstinget. Därför är det viktigt att det regionala samarbetet inom RCC utvecklas och att flaskhalsar av detta slag identifieras och åtgärdas.

Det finns ett antal övergripande hälsoekonomiska frågor kring SVF, som denna granskning inte haft möjlighet att närmare bearbeta. Det gäller bland annat omfattningen av det samlade administrativa merarbetet kring vårdförloppen samt det medicinska utfallet för patienter som ingått i SVF eller av någon anledning inte gjort det. För att analysera dessa frågor skulle det krävas hälsoekonomiskt inriktade studier och en mer fördjupad medicinsk revision. Det finns därför skäl för Landstinget Dalarna att bevaka dessa aspekter och överväga en förnyad granskning i senare skede. Det är också lämpligt att landstinget följer de pågående granskningar och utvärderingar av SVF, som görs i andra landsting/regioner och på nationell nivå.

### 4.1 Samlad bedömning och svar på revisionsfrågor

Utifrån de underlag vi tagit del av och ovanstående överväganden har vi kommit fram till att hälso- och sjukvården i Dalarna infört, och nu tillämpar, de standardiserade vårdförloppen inom cancersjukvården på ett ändamålsenligt sätt. Införande av vårdförloppen medförde kortare väntetider för berörda patientgrupper under 2016 även om vissa ledtider ökade på nytt 2017.

De specifika frågorna besvaras enligt följande:



*Har länets hälso- och sjukvård en ändamålsenlig organisation och arbetssätt (inklusive förankringsprocess och stöd till berörda kliniker) för implementering av de standardiserade vårdförloppen?*

Vår bedömning: Den uppbyggda organisationen med Cancerrådet som styrgrupp, projektledarrollen och koordinatörer för varje diagnosgrupp förefaller ha varit ändamålsenlig och lyckosam. Generellt upplevs *införandet* av SVF ha fungerat utan större problem och särskilt från primärvården ges beröm till projektledningen och koordinatörerna, som spelat en viktig roll som informatörer och problemlösare. Inom medicin- och kirurgidivisionerna har det funnits problem att "förstå vitsen" med en så pass stor förändring. Deras företrädare påpekar att SVF är förenat med en ganska omfattande pappersexercis och att det inom flera SVF finns kapacitetsproblem. Vi uppfattar att denna kritik riktas huvudsakligen mot den nationella SVF-satsningen i sig och inte mot formerna för införandet i Dalarna.

*Genomförs (i landstingets egen regi) några kostnadsberäkningar och konsekvensanalyser före införande av respektive standardiserat vårdförlopp?*

Vår bedömning: Av projektplanen framgår att en lång rad konsekvenser och beroenden övervägdes före införandet. Det är oklart vilka kostnadsberäkningar som gjordes i det sammanhanget men en utbredd uppfattning synes vara att de bidrag som landstinget erhöll/förväntades erhålla skulle täcka merparten av de kostnader som var förenade med genomförandet.

*På vilket sätt används erhållna stimulansmedel för införandet av de standardiserade vårdförloppen och beaktas eventuella extra kostnader för vårdförloppen i budget för berörda verksamheter?*

Vår bedömning: Det har varit svårt att i detalj klargöra detta men merparten av medlen synes ha finansierat ökade IT-kostnader, projektledarkostnader samt inköp av en operationsrobot. Den nationella överenskommelsen bakom SVF ställer dock inga krav på hur medlen ska disponeras. Respektive division och klinik har inte någon specifik budgetpost för SVF.

*Följs införda vårdprogram upp lokalt med avseende på faktorer som följsamhet till vårdförloppen, ledtider, kostnader, medicinska resultat etc.?*

Vår bedömning: Vårdförloppen följs upp månatligen vad gäller ledtider, medan de medicinska resultaten uppges följas via kvalitetsregister. Kostnaderna förenade med SVF följs inte upp separat.

*Har styrelsen säkerställt att eventuellt önskade effekter av införandet av vårdförloppen kartläggs och i förekommande fall blir föremål för åtgärder? (undanträngningseffekter eller omprioriteringar i köer, ökat administrativt arbete, förändringar i samverkan mellan olika kliniker e t c)*

Vår bedömning: Önskade effekter av SVF har varit svåra att fånga och kvantifiera, trots att flera ansatser har gjorts, av bland annat Socialstyrelsen. Under granskningen har vi fått många muntliga uppgifter om undanträngningseffekter men inga sifferuppgifter som belägger och kvantifierar dessa. Utifrån det stora antalet exempel på att andra patientgrupper och andra vårdinsatser fått stå tillbaka på grund av införandet av SVF, bedömer vi att satsningen fått märkbara effekter på hälso- och sjukvårdens prioriteringar. Det är dock inte möjligt att med befintliga underlag avgöra om dessa anpassningar är i strid med riksdagens prioriteringsbeslut.

*På vilket sätt dokumenteras och tillvaratas erfarenheterna från införandet av de standardiserade vårdförloppen inför framtida arbete med att utveckla hälso- och sjukvården?*

Vår bedömning: Vi har inte kunnat finna att erfarenheterna av införandet av SVF dokumenteras och tillvaratas på ett samlat sätt. Däremot finns uppgifter om att det inom landstinget pågår vissa diskussioner om att införa liknande standardiserade förlopp för andra områden som t.ex. hjärtsvikt.

*I vilken utsträckning klarar hälso- och sjukvården att efterleva de maximala ledtider som föreskrivs i de vårdförlopp som införts?*



Vår bedömning: Utifrån den statistik som finns för vårdförlopp införda 2015 och 2016 är efterlevnaden till de maximala ledtiderna tämligen god för en cirka hälften av vårdförloppen. För vissa diagnoser, inte minst prostatacancer, har ledtiderna inte kunnat upprätthållas under 2017. I det fallet har särskilda åtgärder vidtagits av landstinget för att lösa problemet. För de vårdförlopp som införts under 2017 saknas underlag för att i dagsläget göra en bedömning av följsamhet.

*Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare ledtider (väntetider) för berörda patienter i länet?*

Vår bedömning: I vissa delar är svaret ja och i vissa delar nej. För flertalet SVF har ledtiderna varit kortare under SVF-perioden jämfört med basmätningen som gjordes före införandet. Dock har de genomsnittliga ledtiderna i vissa fall, exempelvis bröstcancer och myelom, ökat något under 2016 - 17. Oförutsedda problem under 2017 medförde ett allvarligt bakslag för vårdförloppet prostatacancer, vilket föranlett extraordinära åtgärder.

Kontigos eget tillägg till de särskilda frågorna:

*Hur har patienterna upplevt att ingå i SVF?*

Vår bedömning: I många avseenden är patienterna nöjda med att ingå i SVF men det finns tydliga tecken på att delaktighet och emotionellt stöd inte är tillfredsställande. Respekt och bemötande får särskilt goda vitsord. Hos företrädare för prostatacancerpatienter finns dock en stor besvikelse över att förkortade ledtider inte kunnat upprätthållas över tid.

Utifrån de samlade resultaten av denna granskning föreslår Kontigo att Landstingsstyrelsen vidtar lämpliga åtgärder med följande inriktning och mål:

- Sträva efter att upprätthålla de förkortade ledtiderna inom cancervården.
- Lägg mer fokus på delaktighet, individuell planering och psykologiskt stöd inom vårdförloppen - och cancervården generellt.
- Börja planera för att stimulansmedlen för SVF tar slut efter 2018.
- Utvärdera effekter, och ev. oönskade effekter, av SVF förutsättningslöst 2018 - 19.
- Bevaka andra granskningar, hälsoekonomiska studier och utvärderingar av SVF på regional och nationell nivå.
- Dra lärdom av erfarenheterna av projektets genomförande och använd dessa om det blir aktuellt att standardisera fler vårdförlopp i landstinget.
- Utnyttja den kompetens kring processarbete som finns i organisationen - och de lärdomar som uppnåtts inom SVF-satsningen - för att utveckla andra delar av länets hälso- och sjukvård.





## 5 Referenser

Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen.

Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen.

Överenskommelse 2015–2018 om kortare väntetider i cancervården. Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting 2015.

Överenskommelse om kortare väntetider i cancervården. Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting 2017.



## 6 Bilagor

### 6.1 Bilaga 1. Granskade dokument inom landstinget

Projektplan Standardiserade vårdförlopp inom cancervården 2015–18.

Redovisning av införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården 2015.

Handlingsplan SVF 2016.

Redovisning av införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården 2016

Handlingsplan SVF 2017.

