



Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp som arbetssätt i Region Stockholm Gotland

Röster från cancervården



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt:

Dervish J, Gunnarsson M, Delilovic S, Åhström M, Hasson H. Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp som arbetssätt i Region Stockholm Gotland: Röster från cancervården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:4.




Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin


Box 45436, 104 31 Stockholm



ces.sls@sls.se



Rapport 2020:4



ISBN 978-91-87691-67-6

Författare: Jessica Dervish, Malin Gunnarsson, Sara Delilovic, Mårten Åhström, Henna Hasson.



Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm maj 2020

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Långa väntetider till behandling, ojämlika insatser mellan landets regioner och brist på samordning har länge utgjort stora utmaningar för svensk cancervård som resulterat i lidande för patienter och närstående. Regeringen tillsammans med Sveriges kommuner och regioner (SKR) lanserade 2015 en nationell satsning kallat standardiserade vårdförlopp (SVF) med målet att korta väntetiderna, skapa mer ändamålsenliga processer och få till en mer jämlik vård med ökat patientfokus.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har genom Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm Gotland under treårsperiod följt och utvärderat implementeringsarbetet med SVF i Region Stockholm Gotland. Uppdraget har syftat till att identifiera och beskriva faktorer som främjat eller försvårat implementeringen utifrån cancervårdgivares perspektiv.

CES har under 2019 och 2020 publicerat fyra faktablad om SVF som finns att läsa på folkhalsoguiden.se:

- Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp inom cancervården – primärvårdens röster
- Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp inom cancervården – utredande enheter berättar
- SVF-koordinatorers förutsättningar att arbeta med standardiserade vårdförlopp
- Uppföljning av standardiserade vårdförlopp inom cancervården – analys av undanträngningseffekter.

Denna rapport kompletterar de tidigare publikationerna på så sätt att den inkluderar fler processer och aktörer inom cancervården samt att den tillhandahåller en mer ingående analys av SVF som arbetssätt.

Rapporten utgör ett kunskapsunderlag i det fortsatta arbetet med SVF inom Region Stockholm Gotland.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund	7
En nationell satsning för ökad kvalitet och tillgänglighet på cancervården	7
Regionala cancercentrums roll i arbetet med SVF	8
Nyckelområden inom SVF	9
Uppföljning.....	10
Syfte.....	11
Metod	12
Design	12
Rekrytering.....	12
Datainsamling	12
Resultat	15
Primärvården	15
Specialistvårdens utredande enheter.....	19
Skillnader och likheter mellan diagnosgrupperna	24
Onkologi	35
SVF-koordinatorrollen.....	36
Potentiella undanträngningseffekter	41
Diskussion: Tre års sammanfattande iakttagelser	43
Främjande faktorer	43
Försvårande faktorer	43
Undanträngningar	43
Projekttrötthet.....	44
Otydliga roller	44
Resursbrist.....	45
Lärdomar inför kommande standardiserande vårdförlopp	45
Styrkor och begränsningar med uppföljningen.....	46
Referenser.....	47
Förkortningslista.....	50

Sammanfattning

Cancer är en av vår tids största folksjukdomar som årligen resulterar i stora utmaningar för svensk hälso- och sjukvård, patienter och närstående. För att förbättra cancervården beslöt Regeringen och Sveriges kommuner och landsting 2015 att införa en nationell satsning för att korta väntetiderna och minska regionala skillnader inom cancervården. Den viktigare åtgärden för att åstadkomma detta var att införa ett gemensamt nationellt system kallat standardiserade vårdförlopp (SVF).

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har genom RCC Stockholm Gotland fått i uppdrag att följa och utvärdera implementeringsarbetet med SVF. Syftet med uppdraget har varit att identifiera och beskriva faktorer som främjat eller försvårat implementeringen utifrån cancervårdgivares perspektiv.

Uppföljningens resultat visar att ett redan etablerat samarbete mellan professioner var en stor faktor som främjade implementeringen av SVF och mynnade ut i positiva effekter. Det blev bland annat enklare att skapa samsyn gällande det nya arbetssättet, ta fram snabbare patientövergångar med kortare remisser och införa tätare multidisciplinära konferenser som ledde till effektivare vårdkedjor.

Ett flertal faktorer försvårade dock implementeringen av SVF. Det handlade bland annat om bristande motivation och intresse på grund av en allmän förändringströtthet, vilket innebar att hälso- och sjukvårdspersonal ställde sig kritiska till relevansen av den nya satsningen. Det handlade även om brist på kunskap och otydlig ansvarsfördelning mellan professioner, vilket resulterade i ofullständiga och felaktiga remisser, längre väntetider och merarbete för personalen. Vidare försvårades implementeringen av en personal- och resursbrist.

Sammanfattningsvis fanns en ansats hos hälso- och sjukhuspersonalen att arbeta med snabbare vårdkedjor. Dock kan personal behöva öka sin kunskap och sitt intresse genom att ledningen tydligare kommunicerar hur det nya arbetssättet bidrar till en förbättrad cancervård utan att överbelasta personalen och tränga undan andra patientgrupper i behov av vård.

Bakgrund

Cancer är en av vår tids största folksjukdomar och innebär stort lidande för patienter och närstående samt omfattande utmaningar och påfrestningar för hälso- och sjukvården. Ungefär 65 000 personer drabbas årligen av cancer i Sverige och var tredje person beräknas någon gång under sitt liv få ett cancerbesked (1). Att allt fler diagnostiseras med cancer har många orsaker: Det är ett resultat av utökad screening av olika cancerformer, att vi har en allt äldre befolkning och att metoderna för att diagnostisera cancer har blivit mer effektiva (2).

Sveriges hälso- och sjukvård ligger i topp vad gäller medicinska resultat och kvalitet inom cancervården, men rankas lägre i frågor om väntetid (3, 4). Långa väntetider är också ett globalt problem (5) och kan leda till sämre prognos, långvarigt patientlidande och missnöje (5). Redan år 2009 konstaterades att det fanns ett stort behov av snabbare utredningsgångar för cancerpatienter (6). I Sverige finns dessutom stora variationer mellan regionerna; hur snabbt man får vård har länge berott på var i landet man bor (7).

En nationell satsning för ökad kvalitet och tillgänglighet på cancervården

Danmark är ett av de länder som präglats av märkbart långa väntetider, och som haft en lägre femårsöverlevnad för cancerpatienter än övriga nordiska länder (7). För att få bukt på problematiken införde Danmark 2007 ett system kallat ”pakkeforløb” (7, 8). Systemet bestod bland annat av riktlinjer som beskrev larmsymtom vid misstanke om cancer, hur långa ledtiderna fick vara för utredning av patienter samt hälso- och sjukvården skulle informera patienter (9, 10).

Inspirerade av Danmarks ”pakkeforløb” slöt regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2015 ett avtal om en nationell satsning för att minska väntetider och regionala skillnader kallat standardiserade vårdförlopp (SVF) med mottot ”varje dag räknas” (4, 7). Den eftersträlvade effekten med SVF var att öka kvaliteten och tillgängligheten på cancervården för att göra den mer jämlik. I likhet med Danmark har insatser riktats mot att utveckla vårdens processer och stärka samarbetet mellan olika vårdinstanser och professioner (11). SVF är begränsat till upptäckt av potentiell cancer till start av första behandling, dock omfattar det olika typer av utredningar, professioner och verksamheter inom hälso- och sjukvården (4).

I dag har 31 SVF:er införts vilket omfattar över 95 procent av alla cancerdiagnoser. Man började med att implementera SVF inom fem diagnosgrupper år 2015. Dessa valdes ut för att representera olika typer av behandlingsprocesser och för att de relativt nyligen fått uppdaterade medicinska ramverk (4). Kommande år implementerades SVF inom fler cancerdiagnosgrupper: 13 stycken år 2016, 10 stycken år 2017 och 3 stycken år 2018 (12) (se faktaruta).

Diagnosgrupper där SVF implementerats år 2015 till 2018

SVF år 2015

Prostatacancer, huvud- och halscancer, magstrupe- och magsäckscancer, akut myeloisk leukemi, cancer i urinblåsan och urinvägar.

SVF år 2016

Lungcancer, tjock- och ändtarmscancer, malignt melanom, bröstcancer, myelom, lymfom, maligna hjärntumörer, bukspottkörtelcancer, levercancer, cancer i galla och gallvägar, cancer utan känd primärtumör, äggstockscancer, cancermisstanke vid allvarliga ospecifika symtom.

SVF år 2017

Analcancer, peniscancer, testikelcancer, njurcancer, livmoderkroppscancer, livmoderhalscancer, sarkom, sköldkörtelcancer, kronisk lymfatisk leukemi, akut lymfatisk leukemi.

SVF år 2018

Vulvacancer, Neuroendokrina buktumörer, buksarkom

Regionala cancercentrums roll i arbetet med SVF

SVF är framtaget av medicinska specialiteter och multiprofessionella arbetsgrupper (4). Arbetet med SVF bygger på ett utvecklingsarbete inom ramen för den nationella cancerstrategin och etableringen av regionala cancercentrum (RCC) (4). RCC:er finns representerade både på nationell och regional nivå. RCC:er i samverkan samarbetar på nationell nivå för att tillsammans skapa en mer jämlik cancervård i hela landet genom att bland annat skapa nationell samsyn och samordning. Målsättningen är att organisera och implementera arbetet med de nationella vårdprogrammen, inrapportera data och utveckla effektiva vårdprocesser, följa upp data och riktlinjer, stödja epidemiologisk, preklinisk- och klinisk forskning samt utveckla strategier för prevention på befolkningsnivå (6). Samverkansgruppen har en rådgivande funktion även till andra instanser såsom Sveriges kommuner och Regioner, Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

De sex regionala cancercentrumen (Norr, Stockholm Gotland, Syd, Sydöst, Uppsala Örebro och Väst) har alla arbetat med att utveckla system för att kunna genomföra SVF inom cancervården. Att införa arbetssättet har i första hand varit en lednings- och verksamhetsfråga för vardera region, som själva fått ansvara för införandet av SVF. Enligt styrdokumentet ska diagnosgruppernas förlopp hållas så lika som möjligt, men det är upp till var och en av regionerna att anpassa förloppen till sina egna organisatoriska förutsättningar. I socialstyrelsens lägesrapport från 2018 framgick att regionerna har skilt sig åt i hur de valt att strukturera arbetet med SVF. Regionerna har exempelvis lagt upp SVF-koordinatorernas roll och förbokade tider på olika sätt, vidare har vissa regioner agerat stödjande i implementeringen medan andra regioner haft det primära ansvaret för implementeringen och uppföljningen (13).

Nyckelområden inom SVF

Välgrundad misstanke om cancer

SVF går ut på att förkorta ledtiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Välgrundad misstanke om cancer i respektive vårdförlopp är ett av tre nyckelområden i arbetet med SVF. När en patient uppfyller ett eller flera kriterier för cancersymtom startas en välgrundad misstanke (4). RCC ansvarar för att leda de nationella vårdprogramgruppernas arbete med att fatta beslut om vad som utgör en välgrundad misstanke om cancer för samtliga diagnosgrupper samt ledtider. Ledtider avser maximalt antal dagar från det att en välgrundad misstanke om cancer upptäcks till att man startar behandling (14). Ledtiderna är viktiga för att åstadkomma den snabbhet i vårdförloppen som krävs för kortare väntetider inom cancervården (15).

Välgrundad misstanke om cancer upptäcks i majoriteten av fallen inom primärvården, vilket innebär att de ofta är ansvariga för att initiera SVF. Dock kan alla berörda vårdgivare starta ett SVF, exempelvis på akutmottagningar eller vid screening för tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer eller gynekologisk cellprovskontroll. En välgrundad misstanke om cancer följs av remittering till nästa vårdinstans (11).

Obokade tider hos utredande enheter

Det andra nyckelområdet inom SVF är så kallade obokade tider hos specialistvårdens utredande enheter endoskopi och bilddiagnostik. Obokade tider innebär tider för utredning med kort varsel som är reserverade specifikt för cancerpatienter. Den patologiska verksamheten, å andra sidan, saknar tidsbokning och har därför valt att behandla SVF-remisser på samma sätt som sina akuta remisser.

SVF-koordinatorfunktionen

Det tredje nyckelområdet är SVF-koordinatorer, en roll som är central för att strukturera vården och uppnå kortare väntetider (15). SVF-koordinatorerna är verksamma vid olika kliniker och mottagningar där cancerdiagnoser ställs och där behandling både planeras och startas upp (16). Yrkesgruppen finansieras av RCC under hela tidsperioden som projektet löper, men planen är att SVF-koordinatorer ska vara en permanent roll även efter det att projektet avslutats (17).

Rollen som SVF-koordinator har axlats av olika personalgrupper, exempelvis kontaktsjuksköterskor, medicinska sekreterare och undersköterskor (11). I funktionsbeskrivningen för SVF-koordinatorrollen framgår att det huvudsakliga uppdraget är att samarbeta och samverka med olika professioner, att vara ett administrativt stöd som ska underlätta arbetet med att hålla ledtiderna, att understödja övergångar i vårdkedjan och säkra att förloppen följs samt att säkerställa att patienter får strukturerad och individanpassad information om sina undersökningstider och det aktuella utredningsförloppet (18).

Vidare beskrivs hur SVF-koordinatorerna har en god översikt och kunskap om vårdförloppen samt eventuella flaskhalsar och oönskade effekter såsom exempelvis undanträngningar av andra patientgrupper (11). Socialstyrelsens rapport från 2016 visar på ett flertal utmaningar avseende SVF-koordinatorrollen kopplade till framför allt tids- och kunskapsbrist (11).

Uppföljning

KVÅ och INCA

Väntetider i respektive vårdförlopp följs upp på regional och nationell nivå, från en tidpunkt kallad välgrundad misstanke om cancer till det att första behandling startar. Dessa två mätpunkter ger tydliga ramar för vad diagnostiken i cancervården ska innehålla och hur lång tid varje del ska ta. Varje region är ålagda att samla sedda mätpunkter. I Region Stockholm Gotland registrerades dessa mätpunkter initialt med särskilda klassifikationer av vårdåtgärder, så kallade KVÅ-koder, i journalsystem, vilket fortfarande görs i många regioner.

Sedan våren 2017 registreras mätpunkter i SVF-INCA. SVF-INCA är ett lokalt vårdregister på INCA-plattformen som utvecklades i syfte att skapa ett verktyg för att hålla ordning på patienter som ingår i SVF och följa upp deras process. I SVF-INCA rapporteras datum för händelser i patienters cancerutredning, från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling (19).

Effektiva och sammanhållna vårdprocesser utifrån patientens perspektiv

Sedan införandet av SVF år 2015 och fram till mars 2020 har ungefär 400 000 personer utretts enligt SVF. Av dessa har omkring 95 000 personer fått en fastställd cancerdiagnos (13). En cancersjukdom innebär en komplex kedja av utredning, behandling, rehabilitering och uppföljning med många involverade vårdgivare. Processen kan innebära att patienter känner sig osäkra i vad som ska göras och konsekvensen av vad utredningen visar (20).

Visionen med det nya arbetssättet är att sätta patienter i fokus genom att skapa en vård som upplevs som välorganiserad och utan onödiga dröjsmål. För att göra processen enklare för patienter, uppmuntras vårdgivare att öka patientdelaktigheten genom att delge information om behovet att fortsätta utreda symtom. I Region Stockholm Gotland finns ett informationsblad som ska underlätta informationen till patienter. I informationsbladet ingår bland annat att informera om man behöver fortsätta utreda symtom som kan tyda på cancer eller annan sjukdom och att man kommer att bli uppringd inom kort. Informationsbladet är översatt från enkel svenska till tolv andra språk (21). Om utredningen visar att man har cancer ska en individuell vårdplan för varje patient upprättats som utgår från patientens behov. Vårdplanen tar hänsyn till patienters önskemål och individuella situation (22). Målsättningen är att skapa en vård där patienter både är och känner sig delaktiga (11).

Följa upp implementeringen av SVF

RCC Stockholm Gotland gav år 2016 ett treårigt uppdrag till Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) att följa upp implementeringen av SVF i Region Stockholm Gotland för följande sex utvalda diagnosgrupper och deras utredningsenheter: cancer i övre buk, lungcancer, gynekologisk cancer, myelom och maligna hjärntumörer.

Syfte

Syftet är att identifiera och beskriva vad som främjade eller försvårade implementeringen av (SVF) inom cancervården, samt att följa upp implementeringsprocessen ur cancervårdgivares perspektiv. Detta har gjorts för sex utvalda diagnosgrupper: cancer i övre buk, lungcancer, gynekologisk cancer, maligna hjärntumörer, myelom och analcancer i Region Stockholm Gotland.

Metod

Design

En kvalitativt ansats tillämpades för att utvärdera utfallet av implementeringen av SVF inom Region Stockholm Gotland. Uppföljningen bedrevs under tre år och innefattade semistrukturerade intervjuer med individer verksamma inom primärvården och specialistvården. Datainsamlingsmetoden gav en möjlighet att förstå SVF som arbetssätt från respondenternas erfarenheter (23). Under uppföljningen hade CES kontinuerlig muntlig och skriftlig återkoppling av lärdomarna från uppföljningen till berörda aktörer vid RCC.

Uppföljningen inkluderade sex diagnosgrupper, dessa valdes för att de skilde sig åt i diagnoskomplexitet, typ av vårdgivare, incidens (insjuknande) och dödlighet.

Rekrytering

År 2016 rekryterades initialt respondenter genom RCC, följt av så kallad snöbollsrekrytering. Det är en metod där personer i urvalet rekommenderar nya personer som skulle vara lämpliga att ingå. På så sätt rekommenderas hela tiden nya personer tills urvalet anses tillräckligt stort (24).

Under 2018 inleddes rekryteringen genom att kontakta samma respondenter från 2017, och därefter tillämpades återigen snöbollsrekrytering. Således ingick några respondenter i både 2017 och 2018 års utvärdering.

För att rekrytera respondenter från primärvården användes två olika metoder: snöbollsrekrytering och e-postutskick. Författarna började under 2017–2018 att rekrytera respondenter genom att delta på utbildningsdagar om SVF som arrangerades av det nystartade kunskapsnätverket Cancer i primärvården (CaPrim) vid Akademiskt primärvårdscentrum (APC), samt genom snöbollsrekrytering.

Under maj 2018 fick samtliga verksamhetschefer inom de åtta akademiska vårdcentralerna (AVC) i Stockholm (ej Gotland) en inbjudan om att delta i studiens. Mejladresser till samtliga verksamhetschefer söktes via EK som är en elektronisk katalog över personer, funktioner och enheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Verksamhetscheferna ombads även att distribuera inbjudan till läkare vid sina respektive primärvårdsenheter. I Stockholm finns det i dagsläget åtta AVC, och kring dessa ett nätverk av vårdcentraler. AVC, är en del av APC som knyter samman utbildning, utveckling och forskning för primärvården.

I oktober 2018 skickades en påminnelse via e-post till samtliga verksamhetschefer.

Datainsamling

Under 2017 och 2018 genomfördes totalt 182 intervjuer med 222 individer från olika professioner inom vården både i offentlig och privat regi (se tabell 1). Intervjuguiden togs fram som hade fokus på specifika områden såsom införandet av SVF, samverkan med andra inom vården, utmaningar och styrkor med arbetssättet och patientperspektivet. Fyra olika intervjuguiden upprättades, en intervjuguide för specialistläkare och chefer för 2017 och 2018, en för SVF-koordinatorer, kontaktsjuksköterskor, processledare samt

medicinska sekreterare för 2017 och 2018. Två olika intervjuguider upprättades för respondenter för primärvården, en för 2017 och en för 2018.

Intervjuerna varade i genomsnitt 30 till 40 minuter och genomfördes på respondenternas arbetsplats. Respondenterna valdes på basis av anknytning till cancervården i Region Stockholm Gotland. Alla respondenter var under tiden uppföljningen löpte kliniskt verksamma och hade en koppling till SVF. Initialt kontaktades deltagarna via e-post. I inbjudan beskrevs studiens syfte, upplägg, etiska överväganden och kontaktuppgifter. Alla respondenter fyllde i samband med intervjun i en samtyckesblankett som bekräftade deras deltagande.

Uppföljningen var uppbyggd så att faktorer som påverkade implementeringen skulle upptäckas delvis för 2017 och 2018, men också så att eventuella skillnader mellan åren tydligare skulle kunna synliggöras. Materialet från 2017 analyserades innan datainsamlingen 2018 påbörjades.

Alla vårdens delar

I datainsamlingen ingick specialistvårdens utredande enheter patologi, endoskopi och radiologi samt primärvården, för att uppnå ett helhetsperspektiv och förstå hela vårdkedjans förlopp. Initialt avsåg CES även att intervjua patienter som utretts enligt SVF för att belysa patientperspektivet och deras resa genom vårdkedjan. Rekryteringsprocessen pågick under en längre tid. Dessvärre lyckades man inte rekrytera några patienter, trots omfattande försök.

Sju personer från CES genomförde intervjuerna.

Tabell 1. Totalt antal intervjuer per enhet eller diagnosgrupp.

Förlopp	Totalt	2017	2018
Cancer i övre buk	17	7 (varav 1 intervju 2016)	10
Lungcancer	14	6	8
Gynekologisk cancer	15	5	10
Maligna hjärntumörer	12	5	7
Myelom	14	5	9
Analcancer	3	2	1
Endoskopi	16	6	10
Radiologi	20	6	14
Patologi	15	6	9
Onkologi	15	5	10
Gotland*	13	13	
Primärvården	28	7	21
Totalt	182	73	109

*Region Stockholms är en sjukvårdsregion som omfattar Stockholms län och Gotlands län. Informanterna från Gotland representerar olika förlopp och presenteras därför separat. Ex: en SVF-koordinator på Gotland kan ansvara för flera olika diagnoser medan en på fastlandet är ansvarig för en specifik diagnos.

Respondenter i specialistvården

Totalt genomfördes 154 intervjuer med specialistvården, och totalt 163 personer intervjuades. Av dessa var 145 stycken individuella intervjuer och nio gjordes i grupper om två personer. Respondenterna inkluderade sex olika sysselsättningar: 58 läkare, 33 chefer, 30 SVF-koordinatorer, 17 kontaktsjuksköterskor, 7 processledare och 12 medicinska sekreterare samt 6 övriga personalgrupper inom cancervården.

Respondenter i primärvården

Under 2017 och 2018 kontaktades totalt 127 primärvårdsenheter, och sammanlagt 24 enheter svarade. Totalt genomfördes 28 intervjuer med 61 läkare och två sjuksköterskor varav sju var verksamhetschefer. Av dessa intervjuer var 18 individuella och tio gjordes i grupper om två till tio personer. Intervjuerna genomfördes under 2017 och 2018, varade mellan 30 och 40 minuter och hölls på respondenternas arbetsplats. Två olika intervjuguider upprättades, en för 2017 och en för 2018.

Analysmetod

Samtliga intervjuer spelades in, med medgivande från deltagarna, och transkriberades ordagrant. De transkriberade intervjuerna samlades som textfiler vilka utgjorde grunden för den senare analysen.

För att identifiera, analysera och beskriva mönster i datamaterialet användes tematisk analys (25). Dataanalysen genomfördes i tre steg: I det första steget lästes transkriberingarna igenom upprepade gånger av flera författare för att få en helhetsbild av materialet. I det andra steget plockade författarna ut de citat som var relevanta för frågeställningen, vilka placerades i ett separat dokument. Citaten lästes igenom ett flertal gånger och diskuterades mellan författarna för att identifiera koncept, likheter och skillnader. I det tredje steget presenterades hur koncepten relaterades till varandra. Därefter formulerades respondenternas upplevelser av SVF.

Materialet från 2017 analyserades innan datainsamlingen 2018 påbörjades. Dessutom analyserades materialet i ett flertal delmoment, vilket innebar att varje diagnosgrupp analyserades separat samt att de utredande enheterna, onkologin och primärvården analyserades för sig. Genom att dela upp analysen i flera delar möjliggjordes dels en mer komplex analys, dels möjligheten att kunna jämföra implementeringen av SVF mellan varandra.

Resultat

I resultatdelen beskrivs förklaringsfaktorer som främjade eller försvårade implementeringen av SVF inom cancervården i Region Stockholm Gotland. Resultatdelen följer patienters förlopp genom cancervården med *primärvården* som första instans, och sedan beskrivs *specialistvårdens utredande enheter* samt *diagnosgrupper*. Sedermera följer en beskrivning av den *onkologiska* verksamheten och start av behandling. Därefter presenteras resultatet för den nya tjänsten SVF-koordinator. Slutligen presenteras resultatet om potentiella undanträngningseffekter av SVF.

I alla delar presenteras resultaten med citat. För att säkerställa konfidentialiteten benämns respondenterna ibland efter diagnosgrupp och ibland med befattning.

Primärvården

Sammanfattning

- Majoriteten av de respondenterna inom primärvården var nöjda med de snabba utredningstiderna.
- Det fanns utmaningar kopplade till att identifiera symtom och arbeta fram en vana att diagnostisera patienter med de olika cancerformerna. Dock upplevdes webbstödet VISS som användbart som stöd för att identifiera symtom och kriterier.
- Generellt fanns ett bra samarbete sedan tidigare mellan primärvården och specialistvården. I framtiden ansågs det vara av intresse att utöka samverkan och samsyn samt att införa en tydligare ansvarsfördelning av cancerpatienter.
- Alla läkare informerade inte patienter om misstanke om cancer vilket sannolikt ledde till att patienter fick olika mycket information angående sin utredning.

En nyckelroll

Primärvården har en nyckelroll i arbetet med SVF eftersom majoriteten av patienter söker sig till primärvården som första instans när de uppvisar symtom på cancer. Eftersom flertalet patienter har oklara och diffusa symtom samt lider av samsjuklighet kan det vara svårt att avgöra om symtomen är tecken på allvarlig sjukdom eller övergående besvär. Primärvårdens roll inkluderar att avgöra om symtomen innebär misstanke eller välgrundad misstanke om cancer, och om patienter ska utredas och remitteras enligt SVF. Ett stort ansvar vilar därför på primärvårdsläkares kunskaper om cancer samt god samverkan med annan specialistvård, för att utreda patienter snabbt (11, 22).

Snabbare remittering av patienter

De intervjuade primärvårdsläkarna som remitterade patienter enligt SVF upplevde att väntetiden för patienter mellan primärvården och specialistvården hade blivit kortare sedan införandet av SVF. Man var dock noga med att poängtera att vissa utredande enheter man remitterade till var snabbare med att ta emot patienter än andra och att det fortfarande gick långsamt på vissa håll.

Dessutom hade remisshanteringen blivit tryggare och enklare för primärvårdsläkare efter införandet av en elektronisk remiss, den så kallade "SVF-knappen" – en funktion som gav möjlighet att välja SVF direkt i remissen. "SVF-knappen" innebar att primärvårdsläkare inte längre behövde ha personlig kontakt med specialistvården för att säkerställa en snabb utredningstid för patienter. Det upplevdes som en ökad trygghet att remitteringen inte längre var beroende av vad som skrevs eller inte skrevs i fritexten i remisser, utan att dessa behandlades standardiserat – och därigenom mer likt – av alla professioner.

"Pang säger det bara och så har patienten redan blivit inbokad. Det kan gå på bara några dagar. Förut kunde det ta veckor eller någon månad trots att man hade flaggat för att jag tror det här möjligen skulle kunna vara en malignitet." (Primärvårdsläkare)

"Som det fungerade förut tog man ofta telefonen och samma dag ringde man till onkologkonsulter, bröstspecialister och magtarmläkare innan man pratade med patienten för att kunna ha saker att säga till patienten. 'Jag har redan pratat med en specialist och nu ska vi göra så här och så här', så det blev en massa text kring det. Nu trycker man kryss i SVF och det blir samma resultat av alltihop, både fortare, lättare och säkrare." (Primärvårdsläkare)

Utmaningar med kriterier och remissrutiner

Primärvårdsläkarens roll innebar att besluta om patientens symtom var tillräckligt allvarliga för välgrundad misstanke om cancer samt att skicka remissen enligt SVF (11). Kriterier och symtom förtydligades i det välkända webbstödet VISS i samband med införandet av det nya arbetssättet. Under uppföljningen uttryckte flera primärvårdsläkare att VISS var mer användbart efter ändringar som gjordes med införandet av SVF. Dock ansåg några att texterna i webbstödet var för långa och svåra att tolka.

"När jag väl läser igenom och tittar på kriterierna så tycker jag att de ofta är väldigt enkla, välformulerade och inte så stora [omfattande], och det är inte så konstigt." (Primärvårdsläkare)

"Jag tänker mig att det kunde konkretiserats. Om vi återgår till heshet, så är det väldigt bra skrivet på VISS, väldigt konkret. Det går väldigt fort allting där. Andra ställen är det en roman skriven och då kan det vara lite svårare att navigera. Och då går jag till NEL [norsk elektronisk legehåndbok], kollar lite där. Kort, koncist, bam, bam, bam. Går tillbaks, skummar igenom och då är det problemet löst." (Primärvårdsläkare)

Det nya arbetssättet med SVF upplevdes i stor utsträckning som både snabbare och tryggare. Dock påpekade man att det fanns en generell ovilja bland vissa kollegor att använda sig av de nya remissrutinerna på grund av varierande kunskapsnivå om SVF och en allmän förändringströtthet. Den generella oviljan kunde ta sig uttryck i att primärvårdsläkare remitterade på samma sätt som innan införandet av SVF, exempelvis att man skickade en remiss när det prostataspecifikt antigen-värdet (PSA) var högre än de nya remissrutinerna föreskrev. Den varierande kunskapsnivån påverkade hur snabbt primärvårdsläkarna identifierade symtom för välgrundad misstanke om cancer.

Utmaningen berodde främst på att de sällan träffade cancerpatienter och därför hade få möjligheter att öka sin vana att identifiera cancer.

”Alltså vi får gå in och läsa på varje. Man får följa och titta i varje ärende. Så skulle det vara för mig som inte har så många patienter. Då skulle jag gå in och titta i VISS eller så. Så är det, men vi är i och för sig en stor enhet här. Jag kan tänka mig att det är ett mindre [problem] på en liten enhet. Men för varje specifik doktor så är det inte varje typ av cancerfall man möter varje år. Det är klart, så är det. Det finns risker i det.”
(Primärvårdsläkare)

Gemensamt arbete för en kontinuerlig vårdkedja

Det generella mönstret i analysen pekade på att det sedan tidigare fanns ett bra samarbete mellan primärvården och specialistvården, vilket införandet av SVF ytterligare förstärkte. Det utökade samarbetet innebar att cancerförloppen upplevdes mer organiserade, exempelvis genom tydligare remissvar från specialistvården.

”Innan jag har fått remissvaret så har patienten gått flera steg vidare. Så de verkar bara ha som någon slags autobahn där utan att jag behöver sitta och skriva nya remisser till olika mottagningar, kirurg och samordnare. Utan det är samordnat och uppstyrt.” (Primärvårdsläkare)

Bland de intervjuade fanns dock de som var mer kritiska till samarbetet mellan primärvården och specialistvården. Upplevda utmaningar med samarbetet var brister i kommunikationen, rutiner kring remissbekräftelse och samsyn. En stor del av utmaningen handlade om att de olika vårdinstanserna saknade kunskap kring varandras arbetssätt, vilket för primärvården resulterade i dubbelarbete eftersom de fortsatte att övervaka remisser som skickades till specialistvården.

”Hur funkar det? Jag vet inte vad olika kliniker har för rutiner. Det vet vi inte när vi skickar remiss. Tittar de samma dag eller har de kanske två gånger per vecka de tittar på remisser som inkommer? Det är ett lite oroande moment i det hela. Jag kan ändå inte släppa utan bevakar och ’kom igen, gör någonting.’ De kanske har planerat och sådant, men det står inte skrivet. Det skulle vara bra att veta hur snabbt de tittar på dem, när de tar nästa steg.” (Primärvårdsläkare)

Vidare lyftes en utmaning kopplad till ansvarsfördelningen. Man menade att det inte alltid var tydligt vem som skulle göra vad och hur långt ens ansvar som primärvårdsaktör sträckte sig, exempelvis vilken av instanserna som skulle starta SVF – primärvården eller specialistvården?

”Jag hade en patient som kom in snabbt. Det var två stycken. Men de [specialistvården] ville också att jag ska göra ompunktion av det här. Jag skickade remiss enligt misstanke om cancer. De kommer kalla patienten, men de ville [först] att jag skulle göra en ny punktion på det här. Vem gör vad? Den här vägen tills man kommer dit.” (Primärvårdsläkare)

Individuellt arbetssätt påverkade informationen till patienter

Det framgick att primärvårdsläkare sällan använde informationsbladet som fanns för att informera patienter om SVF. Vidare förhöll man sig olika till hur och vad man informerade patienter om. Vissa av de intervjuade menade att man inte informerade

patienter om misstanke om cancer eller SVF eftersom det dels var ett system eller akronym enbart använt av vårdpersonal, dels för att inte oroa patienter i onödan. Andra menade att de informerade om misstanke om cancer och SVF eftersom man ansåg att det minskade patienters oro inför deras kontakt med specialistvården.

”Jag informerar inte inför äldre att det ska bli en malignitetsutredning på det sättet. För att de ska bli oroliga. Jag informerar att jag gör [utredningen] så snabbt som möjligt, ’Jag gör så här för att det ska gå fort.’ Och då blir de nöjda. Ska vi säga mer utförligt att det är cancer då kommer vi ha besök varenda dag för dessa patienter blir oroliga. [Man behöver] formulera det så att patienten inte blir orolig.”
(Primärvårdsläkare)

”Även när de blir kontaktade så har jag varit hyfsat noga med ifall jag ska skicka en sådan SVF att man har sitt lilla tal, att ’nu skickar jag genom något som heter SVF det betyder att, med dina symtom så måste vi misstänka i alla fall.’ Även om man kanske inte ska förklara om vi tror det eller inte, men det är ändå symtom som inger misstanke och då skickar man enligt det här. Så ja, då ska man ha hört orden cancer eller malignitet så när de ringer upp patienten och säger; ’Ja, vi har fått en remiss för du kanske har cancer.’ Så får inte [patienten] en chock.” (Primärvårdsläkare)

Brist på fasta primärvårdsläkare

En stor utmaning för Gotlands primärvård var bristen på fasta läkare. Merparten kom från bemanningsföretag och stannade inte så länge i verksamheten, vilket försvårade att säkerställa kännedom och kunskap om SVF. Man uppgav att utbildningsinsatser om SVF som arbetssätt visserligen hade genomförts, men på grund av den höga personalomsättningen och svårigheten för alla läkare att kunna närvara vid samma tidpunkt var det svårt att få kunskapen att sätta sig i verksamheten.

”Ja det är svårt. De kommer som hyrläkare och ska introduceras i våra kunskapsdokument och för att det där ska fungera är det nästan som att man får ha en läkare som deltar i introduktionen för att riktigt trycka på vad som är riktigt viktigt så att säga i en introduktionsfas av alla hundratals rutinprogram och vårdprogram sammanlagt. Det är svårt att få loss tid där läkare introducerar läkare, så det är ett bekymmer. Ibland är det nästan bara hyrläkare och då får hyrläkare introducera hyrläkare och då blir det inte bra alls.” (Primärvårdsläkare)

Specialistvårdens utredande enheter

Sammanfattning

- Majoriteten av de intervjuade inom specialistvårdens utredande enheter upplevde att SVF inte hade lett till någon större skillnad i arbetssätt eftersom man redan tidigare arbetat med styrda processer. Dock upplevde man att det hade lett till en efterlängtd utveckling där patienter fick ett tydligare fokus.
- Samarbeten med externa kollegor hade utvecklats med de multidisciplinära konferenserna som möjliggjorde ett närmare samarbete mellan professionerna.
- Personal- och resursbrist var utmaningar som påverkade hur väl man tyckte sig klara uppdraget.
- Kritik riktades mot en del av lettiderna då de inte alltid upplevdes realistiska eller medicinskt befogade.
- Det upplevdes finnas felaktiga och ofullständiga remisser främst från primärvården, vilket ledde till ökade patientvolymen där patienter med benign tumör remitterades som potentiell cancer.

Med ansvar för SVF-remisser

Specialistvårdens utredande enheter: endoskopi, radiologi och patologi ansvarar dels för mottagandet av SVF-remisser som skickas från primärvården och akutmottagningar och dels för säkerställandet av patienters fortsatta utredning. En förutsättning för att göra förloppen smidiga var införandet av reserverade tider för cancerpatienter, vilket innebar ett flexibelt förhållningssätt för tider för utredning med kort varsel. Inom patologin finns emellertid inte tidsbokning, istället behandlar man SVF-remisser på samma sätt som sina akuta remisser.

Goda förutsättningar gav goda resultat

Det fanns goda förutsättningar att införa SVF inom de utredande enheterna. Både patologin och radiologin upplevde att SVF som arbetssätt inte innebar några större skillnader, man fortsatte exempelvis att förbereda preparat på samma eller liknande sätt som innan införandet. Man hade därtill varit van sedan tidigare att arbeta i styrda processer med krav på snabba utredningar, vilket underlättade övergången till det nya arbetssättet. Endoskopin menade dock att det fanns en skillnad jämfört med hur man arbetat tidigare vilken var att SVF tillhandahöll mer struktur i arbetet.

”För vår del som jobbade som SVF redan innan var det egentligen bara att vi tog de slåttar som vi redan hade och märkte dem med SVF och sedan gjorde vi bara som vanligt, så att säga. Det var ingen större omställning så.” (radiologi)

”Vi har väl utformade rutiner för var och när remissgranskningen ska ske, hur den ska ske och vem som ska göra vad. Det är väldigt bra struktur på det hela och det gör att det blir väldigt få frågetecken. Man jobbar efter bra mallar och därför kan man följa de här SVF-flödena, tycker jag, väldigt bra. Det är vår styrka. Det är en bra process i grunden alltså.” (endoskopi)

Som tidigare nämnts var en av målsättningarna med SVF att utveckla och etablera tydligare samarbeten mellan de olika vårdinstanserna. Många påpekade att de redan hade etablerade samarbeten innan SVF, vilket ökade möjligheterna att införa det nya arbetssättet. Man berättade att SVF bidrog till en ökad samsyn kring hur arbetet skulle genomföras, även bland konkurrerande verksamheter. Det betonades också att multidisciplinära konferenser, som blivit mer integrerade delar i arbetssättet, möjliggjorde ett närmare samarbete mellan olika professioner i vårdkedjan.

”Vi jobbar ganska integrerat med klinikerna via multidisciplinära beslutskonferenser och i och med att vi också är subspecialiserade har vi god kontakt med våra remitterter, så jag tycker det har fungerat väl.”
(patologi)

”Bara det faktum att RCC driver det här med SVF har gjort att vi har kommit igång och det har lett till att vi pratar med varandra på ett helt annat sätt mellan röntgenavdelningarna än vad vi har gjort tidigare. Det är klart att vi är konkurrenter många av oss, privata röntgenavdelningar, men vi har också öppnat för en gemensam syn för vad som ska göras och hur det ska göras, som vi inte hade tidigare.” (radiologi)

Tydligare patientfokus

Det framgick att det tidigare funnits en tendens att betrakta patienter väldigt anonymt och opersonligt. Efter införandet av SVF menade man att patienters perspektiv och upplevelse av vården var mer i fokus, vilket markerade en efterlängtd utveckling inom cancervården.

”Man har förstått hur plågade patienterna är av att vänta. Man har lärt sig mycket om patienterna och dessutom, en viktig grej som har kommit är att man nu, till varenda patient i SVF-förlopp frågar: ’hur upplevde du din behandling?’ Det har man inte gjort förut. Det har man inte brytt sig så mycket om. Men nu bryr man sig väldigt mycket om hur de upplever det.”
(radiologi)

”Man tänker mer på att de enskilda patienterna kommer fram bättre. Det är lätt att det blir anonymt på ett laboratorium, att man bara ser anonyma prover och inte patienten bakom (...) och då lyfts patienten och patientens behov och den komplexitet som finns i cancerbehandlingen upp. Man jobbar gärna lite extra och prioriterar patienter för att man ser de som individer och inte som anonyma prover.” (patologi)

Den ökade fokusen på patienter ledde dessutom till ett större engagemang hos externa kollegor. Det fanns en djupare förståelse för hur vårdkedjans olika delar hängde ihop och hur ansvaret fördelades. Man uttryckte att fler aktörer hade ett mer uttalat processtänk efter införandet av SVF, vilket motiverade dem att skynda på sina utredningar för att minska väntetider för patienter.

”Det är mer fokus nu på att det här ska utredas snabbt. Man upplever det som ett sätt att få till en snabbare undersökning. Om en remiss är SVF-märkt förstår man att vi måste lösa det snabbare. På det sättet har det haft en effekt.” (endoskopi)

”Får vi en SVF-remiss ordnar vi en snabb tid. Även om det inte står SVF men vi tänker ’oj, det här låter som en brådsakande patient’, då ordnar vi en tid så att säga. Står det en tydlig anamnes som gör att man misstänker cancer, då får den patienten en snabb tid.” (endoskopi)

Främjande funktioner

I arbetet med SVF uppfattades SVF-koordinatorerna och andra liknande funktioner som viktiga för att föra arbetet med satsningen framåt. Inom radiologin fanns ett exempel på hur användandet av en extern verksamhetsutvecklare resulterade i en effektiv implementeringsprocess som förenklade övergången till det nya arbetssättet.

”Vår ena chefsläkare anställde en strategisk verksamhetsutvecklare som inte kunde någonting om sjukvården men som var en jävel på processer och flöden. Hon lärde sig sjukvården snabbt, så hon kunde identifiera förloppen innan de själva hade identifierat vad som skulle bli ett förlopp. Hon standardiserade sättet man skulle arbeta på så exakt att alla jobbade på samma sätt.” (radiologi)

”De här koordinatorerna har en viktig funktion där, som finns avsatta för att göra det här. De smörjer systemet för att fungera smidigare och vi ska kunna ta det här, eftersom det är lite oförutsägbart vilka patienter där det blir någonting och där det inte blir någonting. Så det är en jättebra funktion att ha.” (endoskopi)

Resursbrist i flera led

Det framgick att brist på personal och klinisk utrustning var två stora utmaningar med SVF. Resursbristen upplevdes påfrestande och något som försvårade arbetet. Redan i ett tidigt stadium av implementeringsprocessen kommunicerade specialistvårdens utredande enheter att det skulle bli omöjligt att klara SVF-uppdraget utan tillförsel av resurser, men man hävdade att detta inte tagits i beaktning av ledningen. Man önskade en större lyhördhet och förståelse inför resursbristen som många av enheterna stod inför.

”Det har varit en viss frustration redan när SVF:et skrevs. Då sas att en grundförutsättning var att ’nu ska ni inte ta hänsyn till befintliga resurser, utan ni ska skriva ett SVF som om resurserna finns. Det ska vara det optimerade flödet, det perfekta flödet, ni ska beskriva i SVF:et.’ Och då vet jag att man redan i förordet till SVF huvud hals skrev att ’observera att det här inte är något vi kan uppnå med befintliga resurser, utan det är ett drömscenario som kräver tillförsel av resurser för att det här ska gå.’ Och sen vet inte jag i vilken mån de resurser som krävdes verkligen har landat i flödet.” (radiologi)

Vidare fanns en brist på flera avgörande yrkeskategorier, bland annat sjuksköterskor, läkare och biomedicinska analytiker (BMA). Personalbristen blev extra sårbar under semestertider och vid sjukfrånvaro. För radiologin innebar personalbristen att man tvingades utlokalisera patienter till privata röntgenkliniker, för att det egna flödet inte hanns med. En lösning som presenterades var att anställa fler ST-läkare, dock saknades handledare till dessa läkare. Att inte få den tid som behövdes för handledning gjorde det svårt för nya läkare att vidareutveckla sin kompetens och få in vanan att hantera mer avancerade patientfall. Inom patologin försökte man lösa personalbristen genom att

omstrukturera arbetsuppgifter mellan professioner, bland annat kunde BMA-personal ersättas med biologer och laboratorietekniker.

”Det är brist på patologer men framför allt har vi bekymmer med BMA, alltså biomedicinska analytiker, att vi inte hittar några sökanden som har full kompetens längre som vi gjorde för tio år sen. Yrket är mindre populärt och det kan bero på teknologi och att det går till andra grenar.” (patologi)

”Det är brist på radiologer. Det tar tid att åtgärda och nu har vi fått anställa mycket fler ST-läkare. Och det är i och för sig positivt, samtidigt ska de ha handledning också och det är brist på handledare.” (radiologi)

Dessutom fanns det en brist på klinisk utrustning som försvårade arbetet med SVF. Med ny utrustning hänvisade patologin bland annat till den digitala diagnostiken, med vilken man hoppades kunna arbeta på nationell nivå genom att använda hela Sveriges patologikompetens, i stället för den som enbart fanns lokalt. På så sätt trodde man sig kunna åstadkomma kortare svarstider och en jämnare vårdkvalitet. Dock upplevde man att arbetet med att införa digital patologi gick långsamt på flera enheter.

”Att man använder sig av digital patologi så man kan skicka bilder och journalinformation, den är digital nästan alltid. Så man kan skicka det, lätt få kontakt med andra experter, lätt skicka bilder, ha klara kontrakt som reglerar hur man samarbetar så att man alltid har tillgång till de här expertkunskaperna.” (patologi)

”Varje analys behöver en eller flera personer, och varje tar sin tid, varje tar sin kostnad. Det finns en ny modell maskiner som kan samla ihop alla de här analyserna och lämna ett svar, och då blir det att spara på personal, på tid, på kostnad, allt.” (patologi)

Hellre korrekt än snabbt

Medicinskt befogade

En synpunkt som lyftes var huruvida de hårda tidskraven och leddiderna var medicinskt befogade, framför allt vad gällde långsamt växande tumörer. Flera förhöll sig kritiska till idén om att snabbare utredningar gav bättre resultat och uttryckte det som att användbara svar kunde motivera till längre väntetider. Med tanke på den omfattande personal- och resursbristen upplevde man det svårt att skynda på utredningar som rent medicinskt inte var brådskande.

”Rent medicinskt är det så att tjock- och ändtarmscancer är en långsamt växande sjukdom. Det är ingen medicinsk betydelse om det tar två eller tio dagar, eller tre veckor, eller sex veckor. Det är bara psykologiskt. Det finns olika saker som är viktigt medicinskt, att det kommer att påverka prognosen om vi får in det i tid. Här har det ingen betydelse.” (endoskopi)

”Som en erfaren patolog vet jag att en sjukdom har ett naturligt förlopp, det vill säga, om du får svar några veckor senare har det ingen betydelse för din cancer. Hellre ge ett optimalt svar att ’ja men det där var mikroskopisk kolit.’ Du får rätt behandling, du kommer till rätt läkare, du

vet vad du ska göra. Om man gör ett bra kvalitetsjobb så tjänar det patienten i slutändan och då måste det få ta tid.” (patologi)

Pressat tidskrav på kortare ledtider

En försvårande faktor i arbetet med SVF var att möta det växande behovet att få in patienter i tid och uppnå kravet på kortare ledtider. Ledtiderna var svåra att upprätthålla på grund av bristande resurser, helgdagar, och att preparaten ibland behövde kompletteras med tilläggsundersökningar, tilläggsanalyser och ny medicinsk bedömning från kollegor. Endoskopiska utredningar krävde exempelvis i majoriteten av fallen förberedelser hos patienterna som sträckte sig längre än de satta tio kalenderdagarna.

”Med bristen på radiologer kommer det bli svårt att uppehålla ledtiderna.” (radiologi)

”Och sedan det här tidskravet då, att det ska vara gjort inom tio kalenderdagar, det är inte ens tio arbetsdagar. Det är ett oerhört hårt kriterium. Om man tänker sig hur bedömer vi remisser i vanliga fall. Då är det att sätta något inom tio kalenderdagar, det är högsta möjliga prioritering för koloskopi.” (endoskopi)

Felaktiga och ofullständiga remisser

Respondenterna hänvisade till utmaningar med felmärkta och ofullständiga SVF-remisser, främst från primärvården men också från andra vårdinstanser. Exempelvis märktes remisser för patienter utan välgrundad misstanke om cancer med ”SVF”, medan remisser för patienter med misstanke inte märktes med ”SVF”.

Risken med felmärkta remisser var att cancer inte upptäcktes i tid. En konsekvens av detta blev en anstormning av patienter samt att patienter med cancer behövde vänta längre på utredning. De uttryckte att man därmed inte kunde ta förgivet att det endast var de märkta remisserna som skulle hanteras skyndsamt, man kände sig fortfarande tvungen att vara observant.

”Det finns några saker man reagerar på och det ena är när man får en remiss och det inte tydligt framgår från öppenvården att det är en standardiserad vårdförloppspatient.” (radiologi)

”Vi tycker fortfarande det finns en viss lucka, eller om det är att vi har tolkat budskapet olika. Hur märker man de här proverna som kommer framför allt från primärvården och vad är det man märker och hur håller man isär SVF-markeringen från en akut-markering?” (patologi)

En annan vanligt förekommande felaktighet var att remisserna inte var tillräckligt uttömmande på information och att kontaktuppgifter ofta saknades. Detta innebar att frågetecken lätt uppstod och att de utredande enheterna fick svårt att komma i kontakt med patienter.

”Det jag också känner är att remisserna inte alltid är befogade för jag ser då att undersökningarna är klara och färdiga, också blod i urinen. ’30-årig kvinna, ofta urinvägsinfektioner, blod i urinen, utredning malignitet.’ Det är löjligt. Så alltså fullständigt hejdlösa.” (radiologi)

”Något som jag kan sakna när vi får in remisserna och man ska hantera de inom fem dagar, är att det inte finns tillräckligt med kontaktuppgifter till patienten och att det saknas telefonnummer. Det borde vara ett tvingande fält i en SVF-remiss, för det kan ta jättelång tid att ens få tag på patienten, söka efter ett telefonnummer och ringa till mottagningar. Då kanske det har gått flera dagar innan man ens har fått tag på patienten och kunnat boka in. Och så gott om extratider, det har vi inte. Vi är redan ofta fullbokade så det blir ett problem om det är så att vi inte får tag på patienten. Så det här med telefonnummer, det är jätteviktigt och det saknas oftast på remissen.” (radiologi)

Skillnader och likheter mellan diagnosgrupperna

Sammanfattning

- De intervjuade var eniga om att SVF hade lett till ett tryggare omhändertagande av patienter och fungerade som ett incitament för att öka antalet multidisciplinära konferenser.
- De utmaningar som beskrevs för samtliga cancerdiagnoser var felaktiga och ofullständiga remisser, samarbetssvårigheter kring patientöverlämning mellan primärvården, akutmottagningar och specialistvården, personal- och resursbrist samt att patienter ofta var oinformerade om att de ingick i ett SVF-förlopp.
- Även om det generellt sett rådde samsyn om styrkor och utmaningar fanns det delar som skilde sig åt mellan diagnosgrupperna, främst kring hur mycket SVF hade påverkat de olika verksamheterna och i vilken utsträckning man hade valt att etablera arbetssättet.

Det här kapitlet behandlar uppföljningens resultat för specialistvårdens sex olika diagnosgrupper: maligna hjärntumörer, cancer i övre buk, lungcancer, myelom, gynekologisk cancer och analcancer.

Gemensamma styrkor för diagnosgrupperna

I samband med införandet av SVF identifierades tre styrkor som var gemensamma för samtliga diagnosgrupper: tryggare omhändertagande av patienter, identifiering och kartläggning av flaskhalsar samt utökning av multidisciplinära konferenser.

Tryggare omhändertagande av patienter

Respondenterna berättade att SVF hade goda förutsättningar att vara gynnsamt för patienter genom att bland annat skapa ökad tydlighet och en mer kontinuerlig vårdkedja. Man framhöll att det erbjöd ett mer systematiskt och utförligt arbetssätt med fokus på patienter under alla steg i utredningen, vilket framför allt gjorde patienter mer delaktiga i sin egen vårdprocess och påskyndade deras omhändertagande.

”Det skapar trygghet för patienten kanske, att de vet att de går [via] ett visst flöde, att de kommer att prioriteras och att det för dem också finns ett tydligt förlopp som förväntas.” (maligna hjärntumörer)

*”Jag tror att SVF i sig förbättrar vården, att det höjer kvalitén, ökar tempot och rätt fokus så att man gör rätt prioriteringar inom vården.”
(analcancer)*

*”Jag tror att alla är inställda på att nu måste vi hjälpa den här patienten. Det är det som det ytterst handlar om. (...) Vi kan gå till en kollega och fråga ’kan du hjälpa mig med det här?’ Vi kan gå till röntgen och fråga ’kan vi boka in den här [patienten] före?’ eller ’den här behöver extra prio’ och vi kollar tider, ’finns det tider för den här?’ Vi gör vårt yttersta för att hjälpa till att allting ska flyta på med underlag och remisser och så.”
(lungcancer)*

Identifiering och kartläggning av flaskhalsar

Arbetet med SVF bidrog till att identifiera och kartlägga så kallade flaskhalsar i arbetsgången på ett mer effektivt sätt än tidigare. Arbetssättet skapade en ny slags medvetenhet som innebar att man tydligare kunde urskilja var i vårdkedjan problemen uppstod och hur de olika leden i vårdkedjan påverkade varandra. Exempelvis lyckades flera mottagningar korta ner sina långa väntetider eftersom de visste var de skulle rikta insatser och hur man skulle kommunicera med andra verksamheter.

”Det är lättare att ta ut statistik, men också att det i organisationen finns en medvetenhet om det här. Något som vi märkte, det var svarstiden från patologen. De hade en väldigt välvillig inställning till det här och de såg över sina processer och så gick det mycket fortare. Så SVF har också blivit ett verktyg att kunna motivera att vi måste titta på det här med väntetider.” (lungcancer)

*”Jag tror att det i grunden har varit bra med SVF om man tittar på det mer övergripande. Det har satt en viss press på verksamheter att få sin organisation så optimerad för detta som möjligt, vilket har varit bra.”
(myelom)*

När mottagningarna kunde använda sig av statistiken för att identifiera hinder blev det enklare att öppna upp för dialog med andra verksamheter eftersom man konkret kunde visa vilka delar av utredningen som tog längre tid och lägga press på dessa. Dessutom innebar dialogen att mottagningarna breddade den egna kunskapen och ökade förståelsen om hur andra verksamheter fungerade. I de fall kommunikationen inte fungerade upplevde respondenterna att man kunde använda statistiken som ett påtryckningsmedel för att upprätthålla snabbare ledtider. För att bättre kunna identifiera framtida flaskhalsar önskade man få tillgång till mer detaljerad kunskap om utredningsförloppen, samt få mer möjligheter att jämföra statistik regionalt och nationellt. Det fanns också en inställning hos vissa av de intervjuade att statistiken inte stämde överens med verkligheten.

”Jag ser SVF som någonting som är väldigt positivt på så vis att vi äntligen har möjlighet att mäta vad som orsakar fördröjningar. Vi har haft många års kamp för att effektivisera de här flödena och vi har vetat egentligen väldigt mycket om vilka faktorer som har gjort att det har tagit tid, men vi har inte haft någon möjlighet att påvisa det. Då är SVF ett jättebra sätt att kunna hitta och dokumentera de trånga delarna i vårdkedjan som gör att det tar för lång tid.” (cancer i övre buk)

”Ledtiderna har nu börjat rapporteras. Och dels har det inte varit så lång tid som det har kommit, och sen så undrar vi om vi verkligen... Är siffrorna valida? Stämmer det? Vi tycker inte att vi känner igen siffrorna riktigt. Registrerar vi det vi ska göra och stämmer uppgifterna? Sen skulle jag vilja ha de mer på detaljnivå, mer än att bara ha uppfylld leddid eller inte. Jag vill veta var någonstans i förloppet.” (cancer i övre buk)

Multidisciplinära konferenser

Respondenterna beskrev hur implementeringen av SVF hade fungerat som ett incitament för att öka antalet multidisciplinära konferenser för att hinna diskutera alla patienter innan operation. Man lyfte att konferenserna hade lett till en mer individanpassad vård, något man upplevde både höjde kvaliteten på utredningarna och möjliggjorde en säkrare omvårdnad. Dock innebar de långa väntetiderna på röntgen och patologin, samt för ett flertal utomlänspatienter, att multidisciplinära konferenser ibland ändå förlängdes.

”Vi har fått en extra röntgenkonferens där vi rekommenderar åtgärder. Vi har fått till två gånger i veckan istället för en gång i veckan och då identifierar vi SVF-patienterna i de här konferenserna, för det är där vi pratar om alla patienter och då ser vi vilka som ska ha ett prioriterat återbesök och att det blir nästa dag.” (cancer i övre buk)

”Den är mer individanpassad på ett positivt sätt, att man tar reda på för den enskilda individen vilken undersökningsmetod man ska använda. Och jag tycker att det är en framgångsfaktor att man diskuterar patienterna på multidisciplinära konferenser i större utsträckning än vad vi gjorde förr, i början av utredningen. Det tycker jag är bra. Det är en kvalitetshöjning nu, att man drar patienterna i gemensamma forum, nästan alla innan första besöket. För då har man också ett bra beslut att grunda sin utredning på.” (lungcancer)

Gemensamma utmaningar för diagnosgrupperna

I samband med införandet av SVF identifierades fyra utmaningar som var gemensamma för samtliga diagnosgrupper: felaktiga och ofullständiga remisser, brister i överlämningen av patienter, personal- och resursbrist samt brist på patientdelaktighet.

Felaktiga och ofullständiga remisser

Remisserna till mottagningarna var ofta felaktiga och ofullständiga. Den vanligaste uppfattningen var att primärvården och akutmottagningar inte märkte patienter med ”SVF” i remissen trots att patienter uppfyllde kriterierna, och vice versa. Vidare beskrev respondenterna hur benigna tumörer blev SVF-märkta i remisserna fast de inte ingick i det snabba vårdförloppet. Det förekom även fall där patienter skickades på SVF-remiss trots att de redan utreddes för en konstaterad cancer sedan tidigare.

En möjlig orsak till felmärkta remisser ansågs vara att primärvården och akutmottagningarna var osäkra på hur de skulle remittera, och att cancerpatienter utgjorde en liten del av alla patienter som de mötte i sitt arbete.

”Om man redan har en konstaterad cancer kan det inte bli ett SVF. Då har man redan en diagnos. Så det där används lite för att skynda på vissa saker och jag kan tycka att rätt ska vara rätt. SVF:et ska användas just

när vi utreder för att det ska gå fort. Sen är det alltid angeläget att få snabba svar på allting, men det är inget SVF rent konkret om det redan är en konstaterad sjukdom.” (lungcancer)

”Det som påverkar mycket är också primärvården och deras okunskap. Vissa flöden har väldigt mycket privata aktörer som inte registrerar SVF, och det är mycket efterregistrering hos oss då, och letande efter tider. Så det är en kunskapsbrist även i primärvården som också påverkar.” (gynekologisk cancer)

Precis som hos de utredande enheterna, uttryckte även respondenter från de olika mottagningarna att remisser ofta var ofullständiga genom utebliven information, icke-länkade bilder och utförda behandlingar inom den tidigare vårdinstansen. Dessa brister ledde till extraarbete som tog mycket tid i anspråk och till att mottagningarna fick återsända remisser för komplettering eftersom man inte kunde göra en bedömning på det inkomna underlaget. Respondenterna önskade därmed en ökad tydlighet i SVF-remisserna, exempelvis kring information om patientens hälsa och kontaktuppgifter. Dessutom betonade man vikten av att den tidigare vårdinstansen utförde så mycket som möjligt av utredningen innan den vidareremitterade till de olika cancermottagningarna. Man resonerade att ju fler fullständiga remisser som inkom, desto mindre risk för fördröjningar.

”De här patienterna ska göra en PET-DT [positronemissionstomografi datortomografi] och magnetröntgen bäcken i ett tidigare stadium innan de hamnar hos oss och många remisser kommer där det inte är gjort, där vi efter några dagar när vår doktor ser remissen är tvungen att skicka tillbaks den för komplettering av det här. Så där har vi en flaskhals, det tar tid.” (analcancer)

”Det finns PM och så, men som jag sa, ibland är det väldigt bristfälliga remisser och då får man sitta och leta i journaler och det är inte riktigt meningen. Till en viss mån, ja. Men det är inte meningen att man ska behöva kolla en halvtimme om en person har rökt eller har sökt för något annat.” (lungcancer)

Brister i överlämningen av patienter

Något som försvårade arbetet med SVF, enligt respondenter, var samarbetet med primärvården, akutmottagningar och privata vårdinstanser. Utmaningarna handlade främst om att få till en bra och aktiv överlämning, det vill säga att den tidigare vårdinstansen tog sitt ansvar och kontaktade nästa instans samt dokumenterade dels var som hade utträttats, dels vilken information patienten fått under läkarbesöket. En aktiv överlämning skulle innebära att det blev tydligare för specialistvården på vilka grunder remitteringen skett. Man trodde dessutom att detta skulle öka patienternas trygghet eftersom de i större grad skulle veta att de hade någon att vända sig till i väntan på nästa utredningstillfälle.

”Man måste visa att det är det här vi ska göra nu. Det här är viktigt, och det måste vi prioritera. Det här är en hel vårdkedja och SVF startade inte på sjukhuset, utan det startade ute i öppenvården. Och öppenvården är inte med på det här överhuvudtaget. Så hälften av SVF-förloppet eller kedjan är inte med.” (gynekologisk cancer)

Personal- och resursbristen- största utmaningen

Alla respondenterna poängterade behovet av att komma tillrätta med personal- och resursbristen för att upprätthålla tidsramarna som satts för SVF. Bristen på läkare hade varit ett genomgående problem sedan införandet, och hade gradvis eskalerat under tidens gång. Det saknades dessutom specialistsjuksköterskor för operation och sjuksköterskor för pre- och postoperation, vilket de senaste åren hade inneburit ett minskat antal operationer och vårdplatser. Bristen på vårdplatser, röntgentider och framför allt personal upplevdes därmed som de största utmaningarna med SVF.

”De stora problemen är brist på bemanning och framför allt sjuksköterskor, både på operation och på avdelningen, och elektiv akuta flöden som brottas med varandra.” (maligna hjärntumörer)

”Ja, skillnader finns men det beror på så många andra grejer än just SVF. Det är brist på vårdplatser, antal operationstider (...) Vi har väl inga riktiga stötestenar, så, men alla kämpar mot resursknappheten. Jag menar, vi vill upprätthålla operationsverksamhet hela året. Eller vi vill ha fler vårdplatser men det finns inga att anställa.” (cancer i övre buk)

Att stå inför utmaningarna med personal- och resursbrist utgjorde en stor oro och ett stressmoment hos flera av de intervjuade, i synnerhet eftersom många sedan SVF infördes menade att det fanns ett ökat patienttryck och remissinflöde. Alltmer kompetent personal slutade och det var svårt att rekrytera nya. Utöver personal- och resursbristen på den egna mottagningen, lyfte de intervjuade att situationen förvärrades av att samma brister även förekom inom specialistvårdens utredande enheter. Det handlade framför allt om att det saknades läkare som kunde utföra strålbehandling, att väntetiderna till röntgen var långa samt en brist på klinisk utrustning såsom PET-kameror. Dessa tre faktorer försvårade utredningen av patienter inom de givna tidsramarna och ledde stundtals till en konkurrens om resurser mellan olika vårdavdelningar.

”Vi behöver ha mer resurser. Vi har inte resurser utifrån det behov som efterfrågas. Och eftersom våra doktorer bedömer att så många av de som skrivs remiss på ska kallas är efterfrågan större än tillgången.” (lungcancer)

”Vi har svårt att hålla våra ledtider med tanke på andra aktörer, alltså patologen, radiologen och kirurgen som är inblandade på ett visst sätt. Det skulle kunna gå snabbare men så har vi andra yttre faktorer som påverkar. Så då går inte det med tanke på att både radiologen och patologen har andra kliniker som de servar, det är inte bara vi. Och de klinikerna är också SVF i olika former eller så.” (lungcancer)

Patientdelaktighet

Det framgick att patienter ofta var oinformerade om att de ingick i ett SVF-förlopp när de kom till mottagningen. Man beskrev hur patienter först vid första kontakten med kontaktsjuksköterskan eller SVF-koordinatoren insåg att sjukvården misstänkte cancer.

”Jag minns ingen patient som har framfört det, att de känner till SVF eller att det ska hända någonting inom en viss tid, men de flesta är förståsa måna om att de ska få vård så fort som möjligt. Men jag minns inte någon

patient som specifikt har pratat om att 'nu har vi passerat SVF.'
(gynekologisk cancer)

"Men det är också svårt, för många har fått veta från vårdcentralen att 'du har en förändring.' De har inte pratat om att det kan vara en cancer. Att jag då kommer och säger att du ska ingå i ett standardiserat vårdförlopp kan vara väldigt 'ah, vad händer här?', chockande. Så jag tror att mycket av det handlar om information från läkarsidan i första hand och det är de som aktivt ska säga till patienten att 'du kommer ingå i ett standardiserat vårdförlopp'. Men i nuläget känns det som att det är jag som tar det på tal utan att de någonsin har vetat vad det är tidigare." (cancer i övre buk)

Vissa respondenter menade att de inte informerade om SVF eftersom informationen redan borde ha getts av den tidigare vårdinstansen som remitterade till specialistvården för välgrundad misstanke om cancer. Andra respondenter menade att de inte ville informera patienter om SVF eftersom det skulle öka patienters oro när ledtiderna blev längre. De som valde att informera sina patienter om SVF och välgrundad misstanke om cancer gjorde det för att de såg positivt på att patienten fick en ökad inblick i utredningsförloppet.

"Vi har bara sagt att 'nu har vi ett förlopp som ska fungera fort', men vi har inte sagt att det heter SVF och 'det här är våra mål'. Och det är kanske delvis för att vi ändå är långt ifrån målen och att man inte vill oroa patienter i onödan. De har det väldigt jobbigt ändå och får de då två veckors väntan till PET-DT och så säger vi 'nu hamnar vi 14 dagar efter målet', då blir de livrädda, så då hjälper man inte dem." (cancer i övre buk)

Specifika faktorer för enskilda diagnosgrupper

Avsnittet ovan behandlade ett flertal faktorer som gemensamt främjade och försvårade arbetet med SVF hos cancermottagningarna. Det fanns emellertid specifika faktorer hos varje enskild diagnosgrupp, vilka beskrivs nedan.

Maligna hjärntumörer

Inom området maligna hjärntumörer upplevdes inte någon större förändring eftersom man redan innan SVF arbetade med en tydlig vårdkedja och väletablerade multidisciplinära konferenser. Vissa respondenter berättade att man sedan tidigare hade rutiner för att mäta ledtider och tider som var kopplade till patienters utredning. Dock betonades att det nya arbetssättet tydliggjorde en del administrativa rutiner och tidsramar.

"Hur lång tid till operation? Hur lång tid från operation till att få patologisvar? När kommer patienter att få sitt svar på mottagningen? Vad är planeringen efter det? Och så vidare. De sakerna har vi redan, så vi hade börjat med vårt eget lilla lokala SVF (...) så därför tycker vi att vi länge har hållit på och bevakat ledtider. Men med SVF blir det mer konkret." (maligna hjärntumörer)

"Jag måste väl säga att för oss här i regionen har det inte krävt någon stor omvälvning. Vi har arbetat efter en ganska tydlig vårdkedja. Vi har haft väletablerade multidisciplinära konferenser till exempel, både före och

efter operation, och det har gjort att det här SVF:et inte grundläggande har ändrat vårt arbetssätt. Det gör det lite tydligare att det finns ledtider vi ska förhålla oss till. Det är väl framför allt där, att vi får skärpa till ledtiderna.” (maligna hjärntumörer)

Vidare menade man att SVF som arbetssätt underlättades av att man hade ett förbättrat samarbete med andra professioner och enheter. De intervjuade som arbetade med diagnosgruppen maligna hjärntumörer betonade vikten av att man från början av implementeringen genomförde utbildningar och höll informationsträffar för personalen i syfte att öka förståelsen kring SVF. Man menade att det bidrog till ett fungerande samarbete med kollegor och en mer positiv inställning till det nya arbetssättet.

”Samarbetet känner jag är ganska bra. Vi är samlade på en plats, alla som har med själva behandlingen att göra. Sen har vi väldigt bra avtal med till exempel rehabiliteringsinstanser och ASIH [avancerad sjukvård i hemmet]. Och där har jag inte något direkt samarbete, för det kommer oftast senare i förloppet. Då det är en neurolog som följer patienterna genom den medicinska behandlingen när de kommer in vid återfall av sjukdom.” (maligna hjärntumörer)

”Om man ser vilket stöd som finns, det är att jag har kollegor som är lyhörda och intresserade och positiva (...) Alla tycker att det är viktigt, alla är positiva och alla tar av sin tid så det är ingen uppförsbacke. Och min chef är stöttande.” (maligna hjärntumörer)

Myelom

I likhet med diagnosgruppen maligna hjärntumörer upplevde man inom verksamheter som arbetar med myelom att SVF inte hade inneburit någon större omställning i arbetssätt och att rutinen med standardiserade utredningsgångar för denna patientgrupp funnits på plats långt innan införandet av SVF. Även om man upplevde att det nya arbetssättet inte hade lett till någon större förändring kunde man tydligt se hur det externa samarbetet förbättrats. Flera respondenter menade att det i dag var lättare att få kontakt med, och svar från, specialistvårdens utredande enheter.

”Myelom, där har utredningsgångarna varit standardiserade enligt vårdprogrammen i mer än ett decennium, så det är ingen stor skillnad.”(myelom)

”Jag tycker att det fungerar jättebra. Man märker stor skillnad på SVF-patienter och inte SVF-patienter, att de handläggs mycket snabbare. Oftast har vi svar på tre, kanske fyra dagar mot normalt en vecka.” (myelom)

Det fanns emellertid vissa utmaningar kopplade till SVF. Respondenterna riktade främst kritik mot vissa av ledtiderna eftersom man tyckte att långsamt växande tumörer inom myelom inte var medicinskt relevanta att behandla så snabbt som vårdprogrammen föreskrev. Man ifrågasatte att man inte gjorde någon skillnad på tumörer, utan att alla skulle hanteras med samma prioritet och inom samma tidsramar. Man menade att när en cancer är mer akut ska den med all rimlighet undersökas snabbare. Motivationen till att arbeta med SVF påverkades negativt av man hade svårt att acceptera att ge förtur till patienter som hade en cancerdiagnos som inte var medicinskt brådskande. Diagnoserna

man framför allt syftade på var de som inte behövde behandling förrän 10 till 15 år fram i tiden, men som fortfarande utreddes inom 28 dagar enligt vårdprogrammet.

”Det finns en grupp av myelompatienter, eller som faller in under välgrundad misstanke ska jag säga, där de kanske behöver behandling om tio, femton år, och att då tycka att det är jätteviktigt att de får diagnos på 28 dagar har varit lite svårt att svälja.” (myelom)

I analysen framgick att SVF-koordinatorrollen var en viktig funktion vid införandet och etablerandet av SVF. Dock skilde sig området myelom från övriga diagnosgrupper eftersom man särskilt betonade att SVF-koordinatorrollen var en grundförutsättning för att arbetssättet skulle fungera i verksamheten. Man menade att den nya tjänsten var en stor avlastning för både läkare och kontaktsjuksköterskor eftersom SVF-koordinatorerna skötte det administrativa i bokningssystemet, tog emot remisser och hade kontakt med patienter.

”Att man har en speciell person som är ansvarig för det här och sedan om det är en sekreterare eller som vi, har en koordinator på deltid, det tror jag är det absolut viktigaste. För skulle det läggas ut på var och en eller på doktorerna, det skulle inte fungera. Så det är det absolut viktigaste, och en person som är intresserad och tycker att det här är roligt.” (myelom)

”Innan [SVF] hade vi ingen koordinator utan då var det kontaktsjuksköterskan som ringde in patienterna och bokade. Det gör vi inte längre utan vi har en koordinator som gör det, som tar hand om alla SVF-remisser, kontaktar patienter och följer upp att svaren kommer i tid till läkarbesök. Vår roll är att träffa patienterna när de sedan kommer för diagnosbeskedet (...) Så det underlättar att någon tar hand om den där första biten.” (myelom)

Lungcancer

Inom verksamheterna för lungcancer hade man en positiv inställning till SVF, som till stor del kunde härledas till att man hade en bra organisatorisk grund att stå på för att ta sig an det nya arbetssättet. Det handlade om att majoriteten av lungverksamheterna hade använt sig av så kallade ”snabbspår” tidigare, vilket i stora drag påminde om SVF. Vanan att hantera cancerpatienter på ett systematiskt sätt underlättade vid införandet av SVF och det fortsatta arbetet.

”Att implementera SVF var bara att utöka tänket kring snabbspår. Så det var ingen rocket science vi kom med, inget nytt gigantiskt, stort berg som folk bara ’åh, hur ska vi klara det här?’ Utan det var bara att ’nu säkerställer vi det här lite ytterligare och är tydliga mot den gruppen att vi har ett team kring det här.’” (lungcancer)

Respondenterna upplevde att arbetet blivit mer strukturerat sedan SVF infördes, men att det samtidigt blivit stressigare eftersom fler moment som skulle hinnas med på kortare tid. Arbetssättet krävde till exempel snabbare remissbedömningar än tidigare samtidigt som kraven på kvalitativa utredningar ständigt ökade.

”Vi är pressade till att bedöma remisser lite mer aggressivt än vad vi gjorde förut. Förut kanske vi litade mer på vår lungmedicinska kunskap och erfarenhet och så, att ’det här är nog en pneumoni.’ Jag tycker

inremitterande kan göra en ny kontroll. Jag tror att det har skett en liten glidning där faktiskt, så det är en nackdel. Och vi är inte hur många som helst, så då blir det per automatik att det kommer patienter som egentligen inte skulle komma som då står i vägen för de som skulle behöva komma. Förstår du? Vi är inte fler än vad vi är.”(lungcancer)

Respondenterna önskade få ett bättre organisatoriskt stöd från ledningen och RCC, så att man tillsammans kunde arbeta med de frågor som inte fungerade. Verksamheterna inom lungcancer upplevde att de gång på gång fick höra att de inte nådde upp till ledtiderna, vilket påverkade deras motivation att arbeta med SVF. Ett genomgående upplevt problem sedan införandet av SVF var att man saknade stöd och återkoppling om hur verksamheten kunde optimeras för att uppnå snabbare ledtider.

”Jag tycker att responsen är i det närmaste obefintlig. Det är ingen punkt på arbetsplatsträffar, att ’nu ligger vi till så här’. Inte än i alla fall har jag sett det. Du vet, när man har jobbat så länge som jag har gjort, man blir lite taggig så där när man kommer in. Och när man efterfrågar ’vet ledningen om det här nu, att vi inte håller måttet?’ ’Ja, ja, ja. Det är klart att de vet.’ Och det är klart att de vet det. Men man blir lite frustrerad.” (lungcancer)

”Jag ställer mig frågan ibland när vi inte kan hålla våra väntetider, ’vem bryr sig om det här då?’ Så kan jag känna, och jag försöker få en återkoppling från ledningen, ’vad gör vi nu? Vem rapporterar vi till att vi inte håller tiderna?’ Det är ganska oklart, upplever jag det som. Då kan man få höra från RCC som leder SVF-projektet att ’vi har tillsatt resurser. Ni måste lösa problemen.’ Och så är det. Men man måste också ha koll på att pengarna används på rätt sätt.” (lungcancer)

Gynekologisk cancer

Av analysen att döma var respondenterna från verksamheter som arbetar med gynekologisk cancer uttryckligen mer kritiskt inställda till arbetet med SVF än övriga diagnosgrupper. Till att börja med upplevde respondenterna att satsningen på SVF inte riktigt tagit höjd för den problematik och komplexitet som omfattade dagens cancervård. Man menade att kraven som ställdes på cancervården behövde anpassas efter den verklighet som rådde, inte bara den som efterfrågades. Det blev ett för stort glapp mellan vad som var önskvärt och vad man faktiskt upplevde sig kunna åstadkomma.

”Jag önskar att man tog in komplexiteten i frågan ibland. Inte bara som i våras när vi fick höra att vi inte höll SVF-tiderna på en enda cervixcancerpatient, till exempel. Då är det ingen som pratar om hur komplex frågan är eller hur mycket utmaningar man står framför just nu när vi håller på och omorganiserar hela sjukhuset. Det är så mycket som påverkar förloppet.” (gynekologisk cancer)

I likhet med området myelom uttryckte de gynekologiska verksamheterna att ledtiderna inte var fullt realistiska och medicinskt relevanta. De intervjuade kunde stundtals känna att de fick frångå sin medicinska bedömning för att tillfredsställa kraven som kom med det nya arbetssättet. Dessutom ansåg man att det saknades rimlighet i hur kriterierna för välgrundad misstanke var utformade för vissa gynekologiska cancerformer. Man menade att det var viktigt att strama upp kriterierna, eller åtminstone förfina dem, så att

man utredde de patienter som sannolikt hade ett större behov av snabb utredning. Annars trodde man att SVF kunde riskera att leda till resursslöseri och en förhöjd risk för undanträngningar.

”Ja, så om du har andra kriterier för när man sätter en diagnos och vad det är som är en diagnos. Endometriecancer, det vill säga corpuscancer eller livmodercancer, då är det när man blöder som är grejen. Men i det här är det när du får svar från patologin.”(gynekologisk cancer)

”Tidsramen om den är rätt eller fel, jag tror inte alla gånger att den är rätt. Jag tror att det är för snäv tidsram framför allt inom vissa diagnoser.”(gynekologisk cancer)

Samtliga respondenter, oavsett profession och gynekologisk verksamhet, tryckte på att ett genomgående problem under SVF-processen var den bristfälliga informations- och kunskapsspridningen. De privata verksamheterna kände exempelvis att de inte fått tillräckligt med information om vad satsningen innebar och hur man praktiskt skulle lägga upp arbetet. Man ställde sig skeptisk till hur man skulle få SVF att fungera när det fortfarande var många verksamheter som varken hade kunskapen eller resurserna som krävdes för att arbeta standardiserat. För att möjliggöra mer effektiva flöden behövdes mer informations- och kunskapsspridning till alla inblandade aktörer inom cancervården; alla hade behövt veta vad som behövde göras och vad som förväntades av dem.

”Våra resurser är otillräckliga, det är en sak. Och sen medvetenheten i hela kedjan. Jag tror att vi nu är välinformerade om det här på sjukhusnivå, men just det som ligger utanför, och det är mycket svårare eftersom det är en gigantiskt stor grupp som måste informeras och som byter och växlar hela tiden. Men det är, tror jag, elementärt. När det första steget inte fungerar, det kan inte bli riktigt bra.”(gynekologisk cancer)

Trots den kritiska inställningen upplevde majoriteten inom området gynekologisk cancer att SVF var en del av ett viktigt förändringsarbete inom cancervården. Respondenterna såg positivt på att man snabbade på sina flöden för att hitta fler behandlingskrävande cancersjukdomar i ett tidigare skede, och på samma gång mildra något av den oro som många patienter får vid misstanke om cancer.

”Jag tror att det här är ett bra sätt att förändra arbetssätt. Jag menar, grundtanken är egentligen att det inte ska vara mer arbete än det varit tidigare, bara att man ska lägga jobbet på ett visst sätt, så att patienten ska kunna gå snabbare genom vårdkedjan. Och det tror jag inte är dåligt.”(gynekologisk cancer)

Analancer

Inom området för analancer hade man ett mindre förlopp med färre patienter, vilket innebar att införandet av SVF inte krävde lika stora förändringar som för de större diagnosgrupperna. Emellertid öppnade det nya arbetssättet upp för ett ökat samarbete mellan olika professioner och verksamheter, det gav en djupare förståelse för kollegors arbetsuppgifter och om hur situationen såg ut på andra sjukhus. Dessutom upplevde respondenterna att arbetssättet bidrog till en bättre struktur i patientutredningar, och

att det i dag fanns tydligare riktlinjer för hur man skulle omhänderta, remittera och utreda patienter, jämfört med hur det såg ut innan.

”Som här på sjukhuset har vi mellan kirurgen och oss startat en grupp sedan länge där vi tittar på flödet för patienten, var vi har våra flaskhalsar och hur vi kan utveckla det. Då kan kirurgen kanske förstå vad vi har för problem, ’kan vi underlätta för er?’ Eller tvärtom.” (analcancer)

”Jag tycker att vi har fått ett bra flöde. Det är mycket bättre struktur än det var tidigare så det är tack vare det här. Tack vare nivåstruktureringen då egentligen, att det har blivit en bra struktur. Vi har inte så långa väntetider här utan tar emot patienter och kommer igång med behandling.” (analcancer)

Cancer i övre buk

Jämfört med flera av de andra diagnosgrupperna hade verksamheter som arbetar med cancer i övre buk en mer påtaglig problematik med långa väntetider och kapacitetsbrist (26). Respondenter berättade att verksamheten hade blivit mer stabil och att SVF fungerade som ett incitament för att korta de långa väntetiderna och ta tag i de faktorer som försvårade arbetet.

”Det är att följa patienten i vårdförloppet och ha den här kollen på vad nästa steg är, att ringa röntgen och se till att patienten får tid snabbt. Ja, man skulle kunna säga ligga steget före, för nu när man har jobbat med SVF i några månader så vet man ’Okej, vad är nästa steg? Vad ska vi göra med den här patienten nu?’ Och då kan man ligga på, på ett annat sätt. Så SVF är också ett verktyg för oss som sjuksköterskor och annan vårdpersonal som jobbar med det för att veta vad som gäller i det här flödet, för den här patientgruppen.” (cancer i övre buk)

Dessutom hade enheterna för cancer i övre buk under år 2017 en ovanligt hög omsättning av SVF-koordinatorer, vilket resulterade i ofullständig rapportering till INCA. År 2018 modifierades SVF-koordinatorers funktionsbeskrivning i målsättningen att kunna minska omsättningen och ha en mer aktiv implementering av SVF på mottagningarna. Vidare framkom att kontaktsjuksköterskor upplevde att arbetet med ”Min vårdplan”, som etablerades i samband med arbetssättet, var tidskrävande att sammanställa. Man var orolig att på sikt behöva ta över SVF-koordinatorernas arbete med att registrera i INCA eftersom man redan upplevde sig ha en hög arbetsbelastning.

”För tanken är att SVF-funktionen ska integreras i allas arbetsuppgifter. Så på mottagningen ska alla som jobbar kunna registrera patienter och följa patienter i de här förloppen, men det har inte riktigt blivit så. Så om jag inte är där någon dag är det ingen som registrerar patienter. Så det är ett litet problem och det är någonting vi försöker jobba fram, just den här implementeringen.” (cancer i övre buk)

”Sen tror jag det här med registreringen, den tar emot för vissa också. Det är någonting nytt som man måste lära sig. Det är något nytt som man måste göra och det är något nytt som kommer till. En del tror nog att det är jättemycket process just i och med att vi har haft en person som har

suttit och bara registrerat och plötsligt ska det in i vårt jobb. Vi som redan nu har fullt upp.” (cancer i övre buk)

Onkologi

Sammanfattning

- Den främsta utmaningen för den onkologiska verksamheten var att korta tiden mellan patienters återbesök hos kirurgen och nybesöket hos onkologen.
- Långa utredningstider och brist på personal och resurser var en annan påtaglig utmaning som resulterade i sen start av behandling för patienter.

Onkologisk verksamhet markerar slutskedet av SVF. Det innebär att patienter har remitterats från en primärvårdsenhet eller akutmottagning och genomgått en utredning hos specialistvården. I många fall har patienter därmed genomgått operation. Onkologisk verksamhet innebär att patienter inte längre ingår i ett SVF-förlopp, utan att de har startat sin behandling med strålning eller cytostatika.

Från återbesök till start av behandling

Införandet av SVF resulterade i en ökad fokus på att korta tiden mellan patienters återbesök hos specialistvårdens kirurger och nybesöket hos onkologen. Det innebar både att boka patienter snabbare hos onkologen men också att genom samverkan med kirurgen ta bort återbesöken.

”Vi har behövt skärpa till när vi bokar våra nybesök från patienterna, till exempel på våra postopkonferenser och preopkonferenser har vi nu blivit mycket mer medvetna vid hur snabbt vi måste boka, så att vi inte bara bokar på när det finns tider. Utan finns det inga tider, då ser vi till att skaffa tider, för att de ska kunna starta inom de här 28 dagar eller vad sjutton det är som gäller.” (onkologi)

”Sedan tror jag, på sikt nu när vi jobbar mer tematiserat på Karolinska, att vi är väldigt nära våra kirurger, att det blir mer sömlösa övergångar. Jag tror att det kommer att borga för ett mycket bättre flöde totalt sett än när man sitter som två olika kliniker. Jobbar man ihop kirurgi och onkologi så tror jag på sikt att det säkert kommer att bli bättre.” (onkologi)

Mindre personal resulterade i senare behandling

Eftersom den största delen av utredningsförloppet för SVF-patienter skedde inom kirurgin upplevde man att arbetssättet hade en liten påverkan på den onkologiska verksamheten. Dock menade de intervjuade att start av behandling senarelades på grund av att patologin och radiologin hade längre utredningstider. Vidare beskrev respondenterna hur den generella personal- och resursbristen inom cancervården påverkade starten av behandling eftersom ledtiderna inte var anpassade till bristen på maskiner och strålbehandlingssjuksköterskor.

”Det känns som att ofta på konferenserna är inte svaren färdiga. De har inte hunnit med, det är personalbrist och så måste man skjuta fram till

nästa konferens och då går det nästan en vecka till, och då blir det förseningar med start av behandling.” (onkologi)

”Vi har för lite personal, och som det är nu har vi dels en maskin nersläckt helt och hållet som inte fungerar längre, men sedan är det största problemet resursbrist. Att det inte finns personal som kan behandla vilket har gjort att vi under sommaren, eller egentligen under två års tid i alla fall, har haft öppet varannan helg för att köra extra. Vi har sedan i vintras, våras, planerat övertid varje dag, för att få in de här patienterna. Och det är väl det som är det besvärliga, att det är sådan brist på just strålbehandlingssjuksköterskor.” (onkologi)

SVF-koordinatorrollen

Sammanfattning

- Koordinatorerna upplevde att de hade tillräckliga kunskaper för att genomföra uppdraget. Dock var det initialt otydligt hur man praktiskt skulle gå tillväga med bland annat registrering, bevakning av ledtider samt bokning av snabbare vårdtider.
- Koordinatorerna kände sig stundtals ensamma i sin roll, men uppdraget underlättades av att man hade ett gott samarbete med andra aktörer såsom andra SVF-koordinatorer, medicinska sekreterare, läkare och chefer.
- En utmaning var bristande engagemang och låg prioritering av SVF bland kollegor. Man betonade samtidigt att denna utmaning hade minskat i takt med att arbetssättet blivit mer etablerat.
- Motivationen till det nya arbetssättet kom från förhoppningen om att SVF skulle resultera i en bättre och snabbare vård av patienter. Dock fanns det vissa som ifrågasatte om SVF skulle möjliggöra detta eftersom man hade svårt att korta ledtiderna på grund av den omfattande personal- och resursbristen.

En samverkande och stöttande roll

I samband med införandet av SVF tillsattes en ny tjänst i form av SVF-koordinatorer. I deras funktionsbeskrivning ingick bland annat att

- samarbeta och samverka med cancervårdens olika professioner,
- vara ett administrativt stöd som ska underlätta arbetet med att hålla ledtiderna,
- understödja övergångar i vårdkedjan och säkra att förloppen följs
- säkerställa att patienter får strukturerad och individanpassad information om sina undersökningstider och det aktuella utredningsförloppet (18).

Att utforma ett arbetssätt

Även om det fanns en funktionsbeskrivning för SVF-koordinatorerna beskrev de intervjuade att de själva behövde anpassa arbetssättet efter sin specifika verksamhet och

arbetsplats. Detta resulterade i att de tog sig an rollen på olika sätt. En strategi var att ringa runt till olika mottagningar eller laboratorium och påminna om vikten av att följa de kortare leddiderna. En annan strategi var att leta rätt på SVF-patienter genom att bevaka patientlistor, delta på multidisciplinära konferenser och ha kontakt med SVF-koordinatorer på andra enheter. En tredje strategi innebar att informera övrig personal inom flera yrkeskategorier (läkare, ST- och AT-läkare, sjuksköterskor, kontaktsjuksköterskor och medicinska sekreterare) om arbets sättet.

”Min roll, vad är min tjänst? Men det är att försöka se till att leddiderna hålls och ha ett extra öga på hur patienterna ligger till i de olika leddiderna och försöka ligga på så gott jag kan på röntgen och andra undersökningar patienten behöver göra inför operation eller cytostatikabehandling. Så ligga på mycket och försöka ringa de instanser jag behöver ringa, så att det ska ske smidigt för patienten.” (SVF-koordinator)

Majoriteten av SVF-koordinatorerna upplevde sig ha tillräckliga kunskaper för att genomföra sitt uppdrag. Arbetet underlättades av att SVF inte innebar någon större omställning eftersom många redan hade haft liknande arbetsuppgifter tidigare och att flera enheter redan innan införandet hade arbetat med snabbare förlopp inom cancervården. Dock förhöll man sig kritisk till introduktionen av SVF som arbets sätt och menade att man saknat tydliga riktlinjer för när man skulle börja registrera och följa leddiderna.

”Jag tycker egentligen inte att det är så stor skillnad med hur snabbt vi tar patienter för vi har alltid kunnat ta de här patienterna snabbt. Så skillnaden är att jag har en kontakt på röntgen. Om det ska göras en röntgen så får jag tiden på en gång. Och att jag informerar patienten om alla delarna (...) Så jag tycker att för patienten är det inte så stor skillnad hos oss för vi har kunnat ha ganska snabbt hela tiden.” (SVF-koordinator)

”Det var något litet kort mail [om SVF]. Väldigt övergripande och sedan så tror jag det var min chef, och några andra här på huset, som började med SVF. De hade något möte och skrev i sin tur hur vi skulle göra på enheten och då följde jag det och det var fortfarande ingen som visste riktigt, utan man gjorde så gott man kunde utifrån den informationen som fanns.” (SVF-koordinator)

För många av SVF-koordinatorerna var det redan från början svårt att veta hur man skulle registrera och följa leddider. Det handlade främst om att man upplevde att det inte fanns någon att fråga om hjälp och stöd. Istället beskrev respondenterna hur de själva fick lösa sina problem, lära sig jobbet på egen hand och uppfinna egna arbets sätt. Utmaningen med otydliga arbetsrutiner påverkade även introduktionen av nya SVF-koordinatorer. Många gånger fick man uppfinna hjulet på nytt då flera av de tidigare SVF-koordinatorerna inte längre fanns kvar i verksamheterna.

”Det fanns ingen jag kunde lära mig av, utan det handlar om att jag har fått sätta mig in i det själv helt enkelt. Sen så har jag haft jättebra stöd från Regionalt cancercentrum såklart. Det har funnits en individ på plats där som har hjälpt till en massa. Men det är fortfarande att jag får sätta mig in i det själv.” (SVF-koordinator)

I intervjuerna framkom synpunkter på RCC:s utbildning om rollen som SVF-koordinator. Respondenterna uttryckte det som att utbildningen inte handlade om det praktiska arbetet med SVF, det vill säga hur man skulle gå tillväga med registrering, bevakning av ledtider eller bokning av snabbare vårdtider. Dock lyfte man att utbildningen hade hjälpt SVF-koordinatorerna att utforma sin roll, ta sig an svåra uppgifter och hantera motstånd från kollegor.

“Vi gick den tillsammans, den var jättebra och det gav mycket. Och det var inte så mycket SVF betonat utan det var mer det här om hur man ska ta rollen och lite mer sådana saker (...) man reflekterar, man backar. Så det var jättebra och jag tror att de andra deltagarna också tyckte att det var bra. Det var ingen utbildning om just SVF. I och för sig gör det ingenting för man jobbar så olika på olika kliniker, under olika förutsättningar.”
(SVF-koordinator)

SVF-koordinatorernas möjligheter att vara ett administrativt stöd påverkades också av datasystemen. Sjukhusen hade exempelvis olika journalsystem, vilket ledde till längre remissgångar mellan verksamheter. Ett annat problem rörde KVÅ-koderna och INCA. Under 2017 hävdade man att KVÅ-koderna innebar en ökad arbetsbelastning eftersom flertalet verksamheter inte fyllde i KVÅ-koderna noggrant. Det problemet försvann dock vid införandet av INCA eftersom SVF-koordinatorerna nu kunde registrera SVF åt andra verksamheter. Dock menade man att INCA fungerade dåligt eftersom systemet arbetade långsamt och saknade översikt över vårdkedjan.

“Det kan spillas alltifrån att sjukhuset inte har samma journalsystem och skickar remisser per post, ja, då går det bort flera dagar där.” (SVF-koordinator)

De intervjuade inom Region Gotland berättade hur rollerna som koordinator och kontaktsjuksköterska ofta axlades av en och samma person. Man såg något kritiskt på detta på grund av att det hade medfört oklarheter kring vad som förväntades och vilka arbetsuppgifter som var kopplade till respektive roll. På grund av personalbrist och bristande införande var det emellertid svårt att hålla de två rollerna isär, man hade dock som målsättning att komma tillrätta med utformningen av koordinatorrollen och hålla den mer separat. Det var i dagsläget enbart en avdelning som hade en renodlad SVF-koordinatorroll, och där kunde man se att arbetet med SVF flöt på med bättre kontinuitet.

“Vi införde kontaktsjuksköterskor 2015 och så började vi med SVF 2016. Det blev lite för mycket för medarbetarna här. Det blev svårt att hålla isär de här sakerna. Man ville gärna få koordinator till kontaktsjuksköterska och SVF till allting, att det var samma sak. Vi fick inte ordentligt implementera kontaktsjuksköterskefunktionen innan vi skulle in med koordinatorskapet. Vi valde då den här vägen för de flesta mottagningarna, att vi integrerade koordinatorskapet i kontaktsjuksköterskans funktion och roll. Det har gjort att det har blivit lite rörigt. Men för oss som var här och skulle lösa det här, det var att vi fick SVF-beskrivningarna och koordinatorns funktionsbeskrivning i knät och så nu ska vi fixa det här. Det finns mer att göra, så kan jag väl säga. Just när det gäller koordinatorskapet så har vi en hel del mer att göra innan vi riktigt är i land med det.” (Gotland)

Samarbetet med andra aktörer

I intervjuerna framkom många synpunkter på SVF-koordinatorernas sociala stöd och nätverk. De intervjuade betonade vikten av att ha nära kontakt med andra koordinatörer och processledare. Man såg positivt på de nätverksträffar som anordnades av RCC, vilka beskrevs som givande och som en bra möjlighet att ta upp frågor och funderingar, få hjälp och stöd av varandra samt ventilera frustration över arbetsuppgifterna. Man var även tydlig med att samarbetet mellan två SVF-koordinatörer på samma mottagning var nödvändigt och effektivt eftersom man då kunde fördela arbetsuppgifterna lättare och minska risken för förseningar vid sjukfrånvaro eller ledighet.

”Jag tycker det fungerar bra när det är samarbete mellan en cancerklinik och en annan cancerklinik, mellan SVF-koordinatörer och kontaktsjuksköterskor som kan det här. Där har vi fått till en bra överlämning till varandra och bra rutiner.” (SVF-koordinator)

”Vi har inte haft någon att bolla med när det gäller just våra patienter utan vi har generellt haft mer nytta av den här nätverksgruppen med koordinatörerna, under konferensen när vi hade utbildningen och sedan på träffarna. För där har det varit mycket frågor och vi har kunnat luta oss mot varandra lite grand.” (SVF-koordinator)

Vidare berättade SVF-koordinatorerna om det stöd och den hjälp de fått av andra aktörer. De beskrev att medicinska sekreterare var en viktig stödfunktion som underlättade arbetet med att upptäcka och märka SVF-remitter. Man upplevde sig ha bra kontakt med läkare och chefer. Dock tyckte några av respondenterna att cheferna behövde ta ett större ansvar för att informera om SVF och SVF-koordinatorernas roll till övrig personal i verksamheten.

”Vi gjorde en massa fel i början (...) första halvåret så sekreteraren och jag har fått gå igenom patient för patient och göra om och fixa alla koder. Så vi har haft ett avstämningsmöte en gång i månaden för att beta av alla så att alla har blivit korrekta med stopp- och startkoder. Så det har varit mitt stöd för då har vi kunnat bolla lite grand.” (SVF-koordinator)

En utmaning var bristande engagemang från andra aktörer: att SVF inte var något som berörde deras arbetsuppgifter. Den inställningen förklarades ofta med att det fanns en uppfattning om att projektet snart skulle avslutas och därmed inte behövde prioriteras. Det bristande engagemanget resulterade i svårigheter för SVF-koordinatorerna att etablera hållbara arbetssätt. Dock betonade de flesta att det skett en förändring det senaste året och att allt fler upplevde SVF som ett arbetssätt som var här för att stanna.

”Man ifrågasätter om regeringen satsar så här mycket pengar och till vad då? Vad ska det här vara bra för? Det här är bara en modefluga och det kommer rinna ut i sanden som allt annat. Det är många sådana där små gliringar man får, som är ganska tråkiga att höra.” (SVF-koordinator)

SVF-koordinatorerna beskrev emellertid att det fanns fortsatta utmaningar med att samverka med läkargrupperna. Man menade att det främst handlade om brist på tydligt mandat och en djupt rotad hälso- och sjukvårdshierarki som gjorde det svårt att kommunicera med läkargrupperna om vad som behövde göras, för att säkerställa att flödet upprätthölls som det skulle.

”Det här systemet som vi har haft från början, att vi ska börja nerifrån, det är inte okej (...) Att det anställs massa koordinatörer som ska gå ut och tala om för läkarna vad de ska göra och inte göra. Det är ytterst få som tar till sig det. Den känslan har jag efter de här åren i alla fall (...) Ja, varför det är så? Det är så med hierarkier.” (SVF-koordinator)

Motivation blandat med oro

Det generella mönstret var att arbetet med SVF upplevdes som viktigt, framför allt eftersom det underlättade för cancerpatienter och hjälpte dem att få snabbare vård samt behandling. Man beskrev att man som SVF-koordinator hade en betydande roll för patienter genom att dels snabba på förloppet, dels vara ett stöd som patienterna kunde vända sig till i väntan på nästa utredningstillfälle.

”Det är ett fantastiskt tänk, och det är jättebra att man vill värna om de här cancerpatienterna. För jag kan förstå att det här hålrummet när man får beskedet och tills man hör någonting ifrån den här kliniken måste vara fruktansvärt. Och därför så önskar jag att den här bedömningen går fort, så att jag kan etablera en kontakt så fort som möjligt. Så att de vet var de ska vända sig.” (SVF-koordinator)

Bland respondenterna rädde det skilda åsikter kring SVF-koordinatorernas långsiktiga förväntningar på SVF. Majoriteten hoppades att arbetssättet skulle leda till bättre resultat inom cancervården med kortare väntetider, medan andra menade att bristen på resurser i form av läkare och specialistsjuksköterskor gjorde att det inte fanns några möjligheter för SVF att nå förväntat resultat. Man betonade att läkarbristen innebar att remisshanteringen och patientbesöken på mottagningarna tog längre tid samt att bristen på specialistsjuksköterskor innebar att operationssalar stängdes. Detta resulterade i längre väntetider och innebar en stor utmaning för SVF-koordinatorernas arbete att korta ledtiderna.

”För så som [det ser ut] på sjukhuset idag så är två vårdavdelningar stängda av personalbrist. Och det innebär att operationer inte kan utföras i samma takt, och sedan är det också en läkarbrist. Så jag skulle säga att förutsättningarna för det [SVF] är betydligt försämrade. Och det är också väldigt frustrerande. För även om alla vet och förstår att vi gör det här för patienten, och att det ska bli ett snabbare förlopp och en snabbare tid till behandling, så går det inte att fullfölja, på grund av situationen inom vården idag.” (SVF-koordinator)

Potentiella undanträngningseffekter

Sammanfattning

- Vid införandet av SVF fanns en generell oro för undanträngningar av andra patientgrupper. Det råde dock splittrade meningar huruvida arbetssättet gav upphov till denna effekt eller inte.
- Bland de som upplevde att SVF gav upphov till undanträngningar menade man att andra patientgrupper beroende av snabb utredning fick vänta längre. Problematiken antogs bero på att olika behandlingsdelar av vårdkedjan konkurrerade om samma resurser.
- Bland de som upplevde att SVF inte gav upphov till undanträngningar menade man att man sedan tidigare hade tillräckliga resurser för att inte tränga undan andra patienter (t ex återfallspatienter eller kroniskt sjuka).

Ett begrepp med koppling till både prioriteringar och medicinskt behov

När insatser riktas mot specifika patientgrupper finns en överhängande risk för så kallade undanträngningseffekter. I praktiken innebär det att olika patientgrupper som är beroende av samma undersökningar och diagnostik ställs mot varandra (8).

Socialstyrelsen menar med undanträngningar att *”patienter med lägre prioritet (mindre medicinskt behov) får vård före patienter som har högre prioritet (större medicinskt behov)”*. Begreppet är således kopplat både till prioriteringar och till medicinskt behov (11).

Socialstyrelsens rapport från 2016 betonar vikten av att samtliga verksamheter har en medvetenhet om undanträngningseffekter samt vidtar åtgärder för att förebygga undanträngningar i sina flöden (11). Det här kapitlet behandlar uppföljningens resultat för potentiella undanträngningseffekter till följd av SVF utifrån de intervjuer som gjorts. Ett faktablad om analyser av undanträngningar i kvantitativ form finns på folkhalsoguiden.se (29).

Oenigheter i synen på undanträngningseffekter

Vid införandet av SVF fanns en generell oro inom specialistvårdens utredande enheter och mottagningar att det nya arbetssättet skulle leda till undanträngningseffekter. Det råde dock något splittrade meningar mellan de intervjuade huruvida arbetssättet gav upphov till sådana undanträngningar eller inte. Vissa av respondenterna menade att SVF hade få undanträngningseffekter eftersom majoriteten av patientflödena bestod av cancerpatienter. Andra menade att risken för undanträngningar alltid var överhängande när man skulle skilja ut vissa patientgrupper från det övriga flödet.

”Det som väl har funnits en oro [kring] är när allting blir SVF. Hur ska man då sortera? Vi kommer inte kunna ta alla patienter först inom alla områden. Så många är vi inte som kan hantera det.” (radiologi)

Vidare uttryckte respondenter en oro för att fler diagnoser skulle ingå i SVF, vilket man menade potentiellt kunde tränga undan andra patientgrupper i behov av snabb utredning såsom kroniskt sjuka samt återfallspatienter. Man menade att problematiken med undanträngningseffekter kunde härledas till att så många olika behandlingsdelar i vårdkedjan konkurrerade om samma resurser. Exempelvis innebar den omfattande

personal- och resursbristen inom alla berörda verksamheter att det fanns en generell minskning av lediga operationstider, vilket gjorde det svårt att prioritera SVF-patienter framför andra patientgrupper.

”Det känns som att vissa patienter som egentligen är sjukare men som inte går in under SVF-flödena får vänta för att vi måste prioritera SVF och det kan jag tycka är ett problem. SVF är en icke-diagnosticerad tumör. Men om man har en tumör som redan är diagnosticerad men kanske har ett återfall som är behandlingsbart, då är man ändå inte SVF.” (radiologi)

Ett exempel där SVF inte gav upphov till några större undanträngningseffekter fanns inom området för myelom, vilket främst antogs bero på att vissa diagnosgrupper inte krävde alltför mycket resurser att utreda. Respondenterna uttryckte att ett ökat inflöde av patienter ändå kunde tas om hand, att de gick att få in i bokningsschemat utan problem.

”Alltså på myelom har det inte varit så mycket av ett reellt problem. Det har inte krockat så väldigt mycket. Myelom kräver inte så mycket annan utredning, utredningen är ganska enkel och inte speciellt resurskrävande.” (myelom)

Diskussion: Tre års sammanfattande iakttagelser

Främjande faktorer

Resultaten från CES uppföljning visar att det fanns ett flertal faktorer som främjade arbetet med SVF i Region Stockholm Gotland. I de intervjuer som genomförts inom ramen för uppföljningen fann man att implementeringen av SVF upplevdes smidigare och enklare när man hade etablerade samarbeten redan innan införandet av det nya arbetssättet eftersom det då fanns en högre grad av samsyn. Det blev lättare att få till snabbare patientövergångar när remissvägarna blev kortare och införandet av fler och tätare multidisciplinära konferenser upplevdes öka effektiviteten och kvaliteten på utredningarna.

Den sammantagna effekten av dessa främjande faktorer var att primärvårdens remittering till specialistvården upplevdes tryggare och snabbare samt att hela cancervården fick en djupare förståelse för vårdkedjans olika delar genom att man lättare kunde identifiera och kartlägga så kallade flaskhalsar. Detta förbättrade dessutom kommunikationen med alla inblandade aktörer samt att patientens perspektiv och upplevelse av cancervården hamnade mer i fokus än tidigare.

Generellt sett har samarbete och samverkan mellan professioner inom hälso- och sjukvården visat sig vara viktiga komponenter som ökar tillgången till vård och bidrar till bättre omhändertagande av patienter (27). Koordinering och samarbete över professionsgränser inom arbetet SVF har visat sig vara en bärande strategi för att olika undersökningar ska utföras i rätt ordning, i rätt tid och utan onödig fördröjning (13).

Vidare har SVF-koordinatorer visat sig vara en tydlig framgångsfaktor i arbetet med SVF. De har haft en betydande roll i att främja säkra övergångar i vårdkedjan, att beställda undersökningar genomförs inom de olika cancerförloppen, se till att patienter får information om sin fortsatta utredning och att återkoppla till inremitterande instanser vid behov.

Försvårande faktorer

Det fanns på samma sätt ett flertal faktorer som utmanat och försvårat arbetet med SVF. Man upplevde att ledtiderna ibland var orealistiskt korta och man ifrågasatte den medicinska relevansen. En effekt blev att respondenterna stundtals kände sig omotiverade att arbeta efter det nya arbetssättet, och man uttryckte dessutom en oro för att ledtiderna skapade en undanträngningseffekt av benigna, recidiva (återkommande) och kroniskt sjuka patientgrupper beroende av samma undersökningar som SVF-patienter.

Att ifrågasätta relevans är vanligt vid implementering av nya arbetssätt, och förekom exempelvis vid införandet av väntetidsgarantin då läkare uttryckte tvivel om vårdgarantins medicinska betydelse (28).

Undanträngningar

Som en parallell del av uppföljningen gjordes en kvantitativ pilotstudie kring undanträngningseffekter. Syftet var att analysera eventuella undanträngningseffekter till

följd av införandet av SVF. I studien tittade man specifikt på prostatacancer och patienter inom urologin (godartad prostataförstoring och njursten). Studien visade på en undanträngningseffekt, dock endast för patienter med godartad prostataförstoring. Det man fann var att andelen patienter som fått sin planerade åtgärd eller operation inom ramen för vårdgarantin (som är 90 dagar) minskade med 0,5 procent per månad sen införandet av SVF för prostatacancer (29).

Undanträngningar för andra diagnosgrupper har inte studerats och det är osäkert om samma mönster återfinns. Ett större arbete kring mätning av undanträngningar inom Region Stockholm Gotland gjordes, dock utan större framgång. Att mäta undanträngningar visade sig vara mycket metodologisk svårt med bristfälliga data för jämförelse och svårigheter med att spegla och återfinna "ledtider" för andra diagnosgrupper än cancer. Socialstyrelsen fick dock i uppdrag av regeringen att redogöra, följa upp och utvärdera för eventuella undanträngningseffekter inom och mellan regionerna, ett arbete som bör utvecklas och bli mera omfattande.

Projekttrötthet

Implementeringen av SVF som arbetssätt kan anses ha varit en komplex process, eftersom implementering inom vården generellt påverkas av många faktorer på både organisationsnivå och individuell nivå (30). Flera respondenter uppfattade SVF som ett i raden av alla projekt som implementeras. Många var trötta på att införa nya arbetssätt och ställde sig skeptiska till om alla dessa nya, och ofta parallella, satsningar i slutändan skulle innebära någon nytta i praktiken.

Mekanismer och strukturer som påverkar implementeringens process och resultat beskrivs som komplexa, och flera teorier inom implementeringsforskning lyfter fram att för en framgångsrik implementering behövs mer än kunskap om metoden bland dem som ska genomföra den (30, 31). Information eller utbildning garanterar inte användande; de som ska tillämpa metoden behöver även ha motivation att arbeta med den (32). Tydliga mål och direktiv från ledning till personal är också komponenter som är avgörande för en lyckad implementering (33). Det är rimligt att anta att ledningen behövde bli tydligare i att kommunicera betydelsen och värdet i att arbeta mot kortare ledtider för att motverka skepticismen hos sjukvårdspersonalen.

Otydliga roller

Felaktiga och ofullständiga remisser mellan primärvården och specialistvården var ytterligare en faktor som försvårade arbetet med SVF. Arbetssättet och kriterierna för välgrundad misstanke om cancer upplevdes vaga, vilket skapade kunskapsluckor som i sin tur resulterade i onödiga fördröjningar i vårdkedjan. Att det fanns kunskapsbrister om SVF inom primärvården har tidigare lyfts fram i en rapport från CaPrim som visade att ett flertal primärvårdsläkare varken upplevde SVF som enkelt att använda eller att de hade tillräckliga kunskaper att starta ett SVF (34).

Bristen på tydlig ansvarsfördelning och förståelse för sin egen roll har tidigare lyfts fram som en viktig del av en effektivt arbetsgrupp (27), och en av de större faktorerna som försvårade arbetet med SVF var att det fanns en otydlig ansvarsfördelning mellan primärvården och specialistvården. Det var inte alltid självklart vilken vårdinstans som skulle ansvara för vilka delar av utredningen och vilken vårdinstans som skulle informera patienter om SVF och välgrundad misstanke om cancer. Man var dessutom

inte alltid eniga om hur arbetsgången skulle se ut, vilket kunde leda till att patienter bollades mellan verksamheter i stället för att hanteras med den snabbhet som behövdes.

Viktigt i sammanhanget är att CaPrim initierades år 2017 på uppdrag av RCC Stockholm Gotland. Syftet med CaPrim är att verka som en länk mellan primärvården och sekundärvården i arbetet med att implementera SVF för cancer. CaPrim har sedan år 2018 utökats med rehabiliteringsgrupper vars mål är att skapa fortbildning för primärvården inom vård och rehabilitering för patienter som har eller haft cancersjukdom. Skapandet av CaPrim inom Region Stockholm Gotland har varit viktigt för att identifiera och belysa primärvårdens roll i SVF arbetet.

Resursbrist

Enligt respondenterna var resursbristen den enskilt största försvårande faktorn i arbetet med SVF. Bristen tog sig uttryck i form av färre läkartider, vårdplatser samt operationstider och påverkade alla delar av vårdkedjan. Vid införandet kände ett flertal att ledningen inte tagit hänsyn till denna situation inom vården utan antagit att verksamheterna skulle få till snabbare ledtider på befintliga resurser. Detta skapade en frustration hos många eftersom arbetssättet upplevdes vara dömt att misslyckas, dels på grund av den rådande resursbristen, dels för att det förutsatte ett optimalt flöde hos alla inblandade aktörer för att kunna fungera. Om det uppstod en fördröjning tidigt i vårdkedjan var det svårt att åtgärda längre fram, vilket resulterade i för långa ledtider.

Uppfattningen om att ledtider sattes utan hänsyn till befintlig kapacitet delades också av läkare i Danmark, som berättade hur resurser inte inkluderades av ledningen i diskussionen om ”pakkeforløb”, något som ledde till brister i samsyn mellan ledning och klinisk personal (10).

Lärdomar inför kommande standardiserande vårdförlopp

Sammanfattningsvis fanns en motivation att arbeta långsiktigt med SVF, men de intervjuade upplevde att det i nuläget fanns för många hinder för att arbetssättet skulle fungera smidigt. Det saknades tillräcklig förankring mellan ledningen och personalen för en effektiv implementering. Man betonade att förändring tar tid eftersom hälso- och sjukvården i mångt och mycket är en komplex organisation med höga krav, där många projekt sker parallellt och ofta behöver prioriteras med samma skyndsamhet.

Regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) beslöt i maj 2019 att införa SVF för fler sjukdomsområden än cancer. Dessa vårdförlopp kallas för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Under 2020 kommer minst tio vårdförlopp införas. Vidare ska ytterligare 15 vårdförlopp tas fram. Införande av dessa vårdförlopp kommer påbörjas under 2021. De nationella arbetsgrupperna i regionerna har tagit fram remissversioner för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande diagnoser: höftledsartros, astma och KOL, kritisk benischemi, reumatoid artrit, schizofreni-förstagångsinsjuknande, sepsis och stroke/TIA (35,36). Beslutet grundar sig på de goda effekter man sett av SVF inom cancervården, framför allt vad gäller att åstadkomma en mer sammanhållen och förutsägbar vårdkedja.

Med denna rapport hoppas CES kunna bistå med kunskap om hur implementeringen av SVF har fortskridit inom cancervården och de faktorer man kan behöva ha i åtanke vid utökandet av standardiserade vårdförlopp inom fler sjukdomsområden.

Styrkor och begränsningar med uppföljningen

Detta är den första genomföra uppföljningen kring implementeringen av SVF. Uppföljningen bedrevs under en längre tidsperiod, vilket kan betraktas som en styrka eftersom det möjliggjort en jämförande analys mellan olika delar av vårdkedjan år för år i projektet.

Majoriteten av respondenterna kom från regionsägda verksamheter, vilket begränsar förmågan att ta itu med likheter och skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare rörande SVF som arbetssätt. Urvalet respondenter kan därmed inte betraktas som representativt för hela Region Stockholm Gotland. I fråga om generaliserbarhet – som anger till vilken utsträckning fynd kan överföras till andra kontexter eller grupper – kan uppföljningens resultat inte direkt antas generaliserbara för andra regioner i Sverige, eller andra länders hälso- och sjukvårdssystem (37). Detta eftersom uppföljningen endast innefattade Region Stockholm Gotland, som skiljer sig från övriga regioner i storleken på population i upptagningsområdet.

Vidare inbegrep uppföljningen endast sex diagnosgrupper. Det är möjligt att vårdgivare inom andra diagnosgrupper hade kunnat tillföra värdefulla perspektiv på SVF som arbetssätt.

En av uppföljningens styrkor var emellertid att de respondenter som ingick i uppföljningen representerade ett brett spektrum av yrkesprofessioner inom cancervården och en mängd olika diagnosgrupper, vilket gav större möjligheter att beskriva SVF utifrån ett helhetsperspektiv. För att få en än mer holistisk bild av SVF och uppnå en större urvalsbredd hade även patienter kunnat intervjuas. Det gjordes upprepade försök att rekrytera patienter, men dessvärre anmälde inga patienter intresse att delta i studien.

Vidare skedde ett bortfall av potentiella respondenter i uppföljningen, framför allt inom primärvården men också inom specialistvården. Betydligt fler personer bjöds in att delta än de som intervjuades. Detta beror på att ett stort antal antingen inte svarade på den intervjuförfrågan som mejlades ut eller avböjde deltagande. Tidsbrist var den vanligast angivna anledningen att avstå bland de som tackade nej. Många hänvisade till ett pressat schema och att det inte fanns utrymme för andra åtaganden utöver ordinarie arbetsuppgifter. Bortfall och låg svarsfrekvens på exempelvis utskickade enkäter om SVF har påtalats tidigare inom primärvården, något som bland annat kan härledas just till den rådande personalbristen på många av regionens vårdcentraler (34).

I rapportens resultatdel användes citat, vilket stärkte slutsatserna (38). Flera personer ansvarade för intervjuerna och rapporten fullbordades av samtliga fem medförfattare, vilket möjliggjorde mer öppenhet och minskade risken för personlig vinkling av materialet (23). Eftersom uppföljningen involverade personer från olika discipliner, stärktes såväl uppföljningens objektivitet som validitet.

Referenser

1. Cancerfonden. Cancer i siffror: Populärvetenskapliga fakta om cancer. Socialstyrelsen. Stockholm; 2018.
2. Dahlqvist M, Westerholm B, Bengtsson F. Cancervården – utmaningar och möjligheter. Stockholm; 2016.
3. Sveriges kommuner och landsting. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2018. Stockholm; 2018.
4. Wilkens J, Thulesius H, Schmidt I, Carlsson C. The 2015 National Cancer Program in Sweden: Introducing standardized care pathways in a decentralized system. *Health Policy (New York)*. 2016;120(12):1378–82.
5. Viberg N, Forsberg B, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care - Limitations and prospects. *Health Policy (New York)*. 2013;112(1–2):53–61.
6. Socialdepartementet. En nationell cancerstrategi för framtiden. Stockholm; 2009.
7. Robertson S, Adolfsson J, Stattin P, Sjövall A, Winnersjö R, Hanning M, et al. Waiting times for cancer patients in Sweden: A nationwide population-based study. *Scand J Public Health*. 2017;45(3):230–7.
8. Jensen H, Tørring 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(1).
9. Vinge S. Pakkeforløb for kræft: En organisatorisk analyse af behovet for revision: Köpenhamn: Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning.; 2017.
10. Probst HB, Hussain ZB, Andersen O. Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians - A national Danish project. *Health Policy (New York)*. 2012;105(1):65–70.
11. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården: lägesrapport 2016. Stockholm; 2016.
12. Cancerfonden Stockholm. Kortare väntetider för cancerpatienter [Internet]. 2016 [citerad 2019 Dec 11]. Tillgänglig från: <https://www.cancerfonden.se/nyheter/kortare-vantetider-for-cancerpatienter>
13. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården: lägesrapport 2018. Stockholm; 2018.
14. Dervish J et al. Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp inom cancervården – utredande enheter berättar. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2019.
15. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården: lägesrapport 2017. Stockholm; 2017.
16. Regionalt cancercentrum. SVF-koordinatör [Internet]. 2019 [citerad 2019 Jun 10]. Tillgänglig från: <http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardeforlopp/regional-information/koordinator>

17. Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting. Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov. Stockholm; 2018.
18. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationell funktionsbeskrivning för koordinator inom standardiserade vårdförlopp (SVF). Stockholm; 2017.
19. Regionalt cancercentrum. Om INCA [Internet]. 2017 [citerad 2019 Dec 11]. Tillgänglig från: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/om-inca/>
20. Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland. Cancerplan 2016-2019: patientens väg i vården. Stockholm-Gotland; 2015.
21. Regionalt cancercentrum. Patientinformation om standardiserade vårdförlopp [Internet]. 2019 [citerad 2019 Jun 10]. Tillgänglig från: <https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/patientinformation/>
22. Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting. Kortare väntetider i cancervården 2018: överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Stockholm; 2018.
23. Kvale, Steinar; Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
24. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
26. Milton A. Operationskapacitet för cancer i övre buk sommaren 2017: Utredning av Karolinska Universitetssjukhusets hantering av kapacitetsbrist gällande canceroperationer inom övre bukkirurgi sommaren 2017. Stockholm; 2018.
27. Hudson CC, Gauvin S, Tabanfar R, Poffenroth AM, Lee JS, O’Riordan AL. Promotion of role clarification in the Health Care Team Challenge. *J Interprof Care.* 2017;31(3):401–3.
28. Hanning M, Spångberg UW. Maximum waiting time — a threat to clinical freedom? *Health Policy (New York).* 2000;52(1):15–32.
29. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Standardiserade vårdförlopp inom cancervården – analys av undanträngningseffekter. Faktablad 2020:1.
30. Grimshaw J, Grol R. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care. *Lancet.* 2003;362(9391):1225–30.
31. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice Abstract and Keywords.* 1st ed. Oxford University Press; 2012.
32. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: A consensus approach. *Qual Saf Heal Care.* 2005;14(1):26–33.
33. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(1):1–15.

34. Lundgren ML, Nemlander E, Syed E, Kelmendi N, Svensson C. SVF i primärvården: Kartläggning av personalens uppfattning om tillämpning, egen kunskap, arbetssätt, datasystem och utvärdering av CaPrim-teamets insatser. Stockholm-Gotland; 2018.
35. Regeringskansliet. Standardiserade vårdförlopp införs för fler sjukdomsområden [Internet]. 2019 [citerad 2020 Jan 8]. Tillgänglig från: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/05/standardiserade-vardforlopp-infors-for-fler-sjukdomsomraden/>
36. Sveriges Kommuner och Regioner. Pågående arbete inom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp [Internet] 2020. [citerad 2020 Mars 24] Tillgänglig från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapssstyrning/personcentreradesammanhallnavardforlopp/pagaendevardforlopp.30011.html>
37. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
38. Patton M Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Third edit. Thousand Oaks, United States: Sage Publications; 2002. 598 p.

Förkortningslista

ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BMA	Biomedicinsk analytiker
CAPRIM	Cancer i primärvården
CES	Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
DT	Datortomografi
INCA	Informationsnätverket för cancervården
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder
NEL	Norsk elektronisk legehåndbok
PSA	Prostata specifikt antigen
PET	Positronemissionstomografi
RCC	Regionalt cancercentrum
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SVF	Standardiserade vårdförlopp

ISBN 978-91-87691-67-6



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM