

Kunskapsteam CaPrim Verksamhetsområden relaterade till SVF 2017-2018



Citera gärna Akademiskt primärvårdscentrums 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:

Syed E, Nemlander E. Kunskapsteam CaPrim. Verksamhetsområden relaterade till SVF 2017-2018. Stockholm: Akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm; 2019.

Akademiskt primärvårdscentrum
Box 45436, 113 65 Stockholm
www.akademisktprimarvardscentrum.se
Rapport 2019

Författare: Elinor Nemlander och Eliya Syed

Stockholm april 2019
Rapporten kan laddas ner från Akademiskt primärvårdscentrum,
www.akademisktprimarvardscentrum.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Förklaring av begrepp och förkortningar	7
Bakgrund	8
CaPrims nio verksamhetsområden med inriktning SVF	11
1. Interprofessionell fortbildning på vårdcentraler om SVF	11
2. Vårdprogram om cancer VISS	12
3. Cancerincidens i Stockholm	12
4. Fortbildning om cancer för primärvården.....	15
5. Remisser i Take Care	16
6. Beslutsstöd Prostatacancer	17
7. Nationella och regionala vårdprogramgrupper om cancer	18
8. Patientperspektiv	19
9. Intern och extern problem- och behovsinventering.....	19
A. Övergripande problemområden	19
1. Patientinformationen vid remittering enligt SVF	19
2. Remittering enligt SVF	20
3. Undanträngning	21
4. Positiva effekter	21
5. Radiologi.....	22
6. Kunskap om SVF i primärvården.....	22
7. Lokala problem med SVF på vårdcentralerna	22
8. VISS	23
9. Övrigt som framkom vid probleminventeringen på vårdcentralerna.....	23
B. Diagnosspecifika problem relaterade till SVF	24
10. Prostatacancer	24
11. Urinblåsecancer.....	24
12. Bröstcancer	25
13. Kolorektalcancer	27
14. Lungcancer.....	28
15. Huvud- och halscancer	28
16. Diagnostiskt centrum.....	28
17. Gynekologisk cancer	29
Diskussion	30
Tillkännagivande	32
Referenser.....	33
Bilagor.....	35

Sammanfattning

Cancer är en växande folksjukdom både nationellt och internationellt. Mellan 2015 och 2018 genomförde regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) en nationell satsning för att förkorta väntetiderna och skapa en jämlik cancervård över hela landet. En del av denna satsning omfattade införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF). SVF innebär att patienter som uppvisar symtom som kan bero på cancer ska genomgå en standardiserad utredning. Inom varje SVF finns kriterier för välgrundad misstanke (VGM), vilka måste vara uppfyllda för att ett SVF skall startas.

Primärvården har en stor betydelse vid tidig upptäckt av cancer och mer än 70 % av alla cancerutredningar startas i primärvården. Det är väl känt att ju tidigare en cancer upptäcks desto bättre är prognosen. Samtidigt är det en stor utmaning för primärvården att identifiera de fåtal patienter med cancer bland alla de som söker vård. Symtom som kan bero på cancer är dessutom en mycket vanlig sökorsak.

För att implementera SVF i Region Stockholm startades ett samarbete mellan Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland (RCC) och Akademiskt primärvårdscentrum (APC). Våren 2017 bildades kunskapssteam CaPrim (Cancer i Primärvården) på APC. Teamet består av distriktsläkare, distriktssköterskor, kurator/socionom och fysioterapeut/lymfteapeut. Syftet med denna rapport var att ge en fördjupad beskrivning av CaPrims huvudsakliga verksamhetsområden relaterat till SVF under tidsperioden 2017-2018.

CaPrims verksamhetsområden

- **Interprofessionell fortbildning på vårdcentral om SVF.** Denna utbildning erbjöds samtliga drygt 200 vårdcentraler i länet. Innehållet omfattade information om vad SVF är, primärvårdens ansvar, var information om SVF finns, till vem och hur remittering enligt SVF ska ske samt vilken information patienten har rätt att få vid ett SVF. Sammanlagt har hitintills 150 vårdcentraler tagit del av utbildningen.
- **Vårdprogram om cancer på VISS.** VISS.nu (hemsida) är ett webbaserat kunskapsstöd för medarbetare inom primärvården i SLL. Samtliga SVF-texter på VISS (för respektive diagnos) har granskats av CaPrim i samråd med processledare på RCC Stockholm-Gotland. Syftet var att göra texterna strukturellt mer enhetliga, samt arbetsprocessen mer primärvårdsanpassad.
- **Cancerincidens i Stockholm.** Statistik togs fram för bröst-, prostata- och kolorektalcancer för 2016 och 2017 ur VAL-databasen. Datan visar att varje distriktsläkare i genomsnitt identifierar mellan 1-2 nya fall av bröstcancer, 1-2 nya fall av prostatacancer och ett nytt fall av kolorektalcancer bland sina listade patienter per år.
- **Fortbildning om cancer för primärvården.** Fortbildningen genomfördes både uni- och interprofessionellt. Fördjupad utbildning om cancer genomfördes som en heldagskurs med målgrupp läkare och sjuksköterskor verksamma i primärvården. Riktad fortbildning genomfördes även i nätverk för distriktsläkare, ST-läkare inom allmänmedicin och distriktssköterskor.
- **Remisser i Take Care.** Remisser i journalsystemet utformades för bröst- och kolorektalcancer, i samråd med processledare för respektive cancer.
- **Beslutsstöd Prostatacancer.** Detta är ett nyutvecklat kliniskt beslutsstöd för enhetligt omhändertagande av patienter med misstänkt prostatacancer och som är integrerat i journalsystemet Take Care. I detta av RCC initierade och finansierade projekt

har CaPrim och processledare för prostatacancer RCC Stockholm-Gotland varit sakkunniga vid utvecklingen av beslutsstödet. För närvarande pilottestas det på fyra vårdcentraler i Stockholm.

- **Nationella och regionala vårdprogramgrupper om cancer.** Det finns både nationella och regionala vårdprogramgrupper för samtliga SVF-förlopp (31 cancerdiagnoser). Dessa grupper tar fram vårdprogram, riktlinjer och överenskommelser mellan vårdens olika aktörer i arbetet med SVF. CaPrim deltar i några av dessa och verkar också för att bjudas in i de regionala vårdprogramgrupperna med syfte att bidra med primärvårdsperspektivet.
- **Patientperspektiv.** Detta har varit ett viktigt fokus genomgående och patientens behov har haft högsta prioritering. CaPrim har samverkat med patientföreningar, men önskar framöver utöka detta och ytterligare lyfta patientperspektivet.
- **Intern och extern problem- och behovsinventering.** CaPrim har genomfört en systematisk problem- och behovsinventering dels i samband med den interaktiva utbildningen på vårdcentraler och dels utifrån de problem och behov som teamet själva uppdagat. Dessa problemområden kan indelas i övergripande vid SVF samt diagnosspecifika inom SVF.

De övergripande problemområdena vid SVF avser:

- Utlämnande av skriftlig patientinformation om SVF
- Remittering enligt SVF
- Undanträngning
- Radiologi
- Kunskap om SVF i primärvården
- Lokala problem med SVF på vårdcentraler
- VISS
- Övrigt som framkom vid probleminventeringen på vårdcentralerna

Specifika och ofta återkommande problemområden inom SVF avser:

- Prostatacancer
- Urinblåsecancer
- Bröstcancer
- Kolorektalcancer
- Lungcancer
- Huvud- och halscancer
- Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer
- Cancer utan känd primärtumör
- Gynekologisk cancer

Framtiden. För att samverkan ska fungera mellan primär- och sekundärvården och skapa bästa möjliga vård och behandling av patienter med cancer behöver alla aktörer finnas representerade i viktiga utvecklingssammanhang. Redan nu finns märkbara framgångar och lösningar på problem genom det hitintills etablerade samarbete som CaPrim har med olika aktörer. Det finns emellertid ett stort fortsatt behov av att lyfta primärvårdsperspektivet i olika sammanhang. Det finns även ett stort kunskapsbehov om cancer inom primärvården och som kontinuerligt behöver underhållas för att hela vårdkedjan skall fungera och att patienter ska få rätt och jämlik vård. CaPrim drivs nu i projektform vilket förlängts till och med 2020. För att säkerställa CaPrims fortsatta fortbildnings och utvecklingsarbete är det angeläget att CaPrim permanentas.

Förklaring av begrepp och förkortningar

AOS	Allvarliga ospecifika symtom
APC	Akademiskt primärvårdscentrum
AT	Allmäntjänstgöring
CaPrim	Kunskapsteam cancer i primärvården
CGM	CompuGroup Medical
CUP	Cancer utan känd primärtumör
FoUU	Forskning, utveckling och utbildning
HSF	Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder
PAD	Patologisk-anatomisk diagnos
PREM	Patient reported experience measures
PSA	Prostate specifikt antigen
RCC	Regionalt cancercenter
RGS	Rådgivningsstödet
RTB	Registret över totalbefolkningen
SCB	Statistiska centralbyrån
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SLL	Stockholms läns landsting
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
SPESAK	Specialsakkunnig i specialitetsråd
SPESAM	Specialister i samverkan
ST	Specialisttjänstgöring
SVF	Standardiserat vårdförlopp
VAL	Datalager för uppföljning av vårdhändelser i SLL
VGM	Välgrundad misstanke förklaring
VISS	Vården i Storstockholm (hemsida viss.nu)
ÖNH	Öron- näsa- och hals.

Bakgrund

Inledning

Cancer är en växande folksjukdom både nationellt och internationellt. År 2016 fick över 60 000 personer i Sverige ett cancerbesked. Uppskattningsvis kommer var tredje person få en cancerdiagnos under sitt liv (1). Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige. Antalet personer som lever med cancer (prevalens) förväntas fördubblas fram till år 2030, framförallt på grund av en växande och åldrande befolkning, men även på grund av behandlingsframsteg inom vissa cancersjukdomar. Även om Sverige idag har jämförelsevis goda behandlingsresultat för flera cancersjukdomar, så står landet inför stora utmaningar framöver. Därför har regeringen utformat en nationell cancerstrategi för framtiden, den så kallade nationella cancerplanen (2).

Mellan 2015 och 2018 genomförde regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) en nationell satsning för att förkorta väntetiderna och skapa en jämlik cancervård över hela landet. En del av denna satsning omfattade införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården. SVF vid cancer innebär att patienter som uppvisar symtom som kan bero på cancer ska genomgå en standardiserad utredning. Vårdförloppen beskriver vilka utredningar som ska göras, men även vilka maximala (och optimala) tider som gäller för olika steg i utredningen fram till behandlingsstart. Det finns SVF för ett flertal cancerdiagnoser och inom varje SVF finns kriterier för välgrundad misstanke (VGM), vilka måste vara uppfyllda för att ett SVF skall startas.

Att införa SVF har krävt hög samverkan och ibland organisatoriska förändringar för landstingen. Som del i den nationella cancersatsningen infördes sex regionala cancercentrum (RCC) i Sverige som fick till uppgift att samordna och underlätta cancersatsningar. De har tagit fram regionala handlingsplaner på vad RCC i samverkan med övriga aktörer konkret och mätbart ska genomföra. Att införa SVF har krävt hög samverkan och ibland organisatoriska förändringar för landstingen.

Primärvårdens roll

I Sverige finns screeningprogram för tidig upptäckt av cancer för bröst-, livmodertapps- och kolorektalcancer. Studier har visat att cancerscreening minskar dödligheten i dessa cancerformer, men screeningen upptäcker bara en liten del av alla patienter med cancer (3–5).

Primärvårdens betydelse vid tidig upptäckt av cancer är helt avgörande. Socialstyrelsens kartläggning av cancervården 2018 visade att mer än 70 % av alla som får en cancerdiagnos startar sin utredning i primärvården (1). Den stora utmaningen i primärvården är att identifiera de fåtal patienter som har en potentiellt farlig sjukdom bland alla patienter som kommer och presenterar symtom. Ju tidigare en cancer upptäcks ju bättre är prognosen (6,7).

Ungefär hälften av patienterna som senare visar sig ha en cancerdiagnos debuterar med alarmsymtom som till exempel knöl i ett bröst vid bröstcancer. Andra hälften söker med mer ospecifika allmänna symtom som trötthet eller viktnedgång. Både alarmsymtom och allmänna ospecifika symtom som kan bero på cancer är vanliga i befolkningen och är även vanliga söksaker på en vårdcentral. Majoriteten av dessa personer har inte en cancer. Enligt en dansk enkätstudie som omfattade 13 700 personer, som visade att 15 % av kvinnorna och 13 % av männen hade haft alarmsymtom som kan tala för bröst-, urinvägs-, gastrointestinal- eller lungcancer åtminstone en gång under de senaste 12 månaderna (8).

Kunskapen om cancersymtom härstammar ofta från forskning i sekundärvården. Patienter i sekundärvården är en selekterad grupp och det har oftast gått längre tid sedan debut av symtom. Patienter i primärvården behöver inte nödvändigtvis visa upp samma symtom (9).

Husläkarverksamheten i Stockholm består av drygt 200 husläkarmottagningar/vårdcentraler varav ca 60 % drivs i olika former av privat regi och 40 % drivs via Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Akademiskt primärvårdscentrum (APC) är en forsknings-, utvecklings- och utbildningsenhet (FoUU) i Stockholm vars verksamhet vänder sig till samtliga primärvårdsenheter oberoende av driftsform.

Kunskapsteam CaPrim

SVF infördes 2015 i Sverige för några cancerdiagnoser och därefter har fler SVF för olika cancerdiagnoser utvecklats (totalt 31 SVF 2018). Till en början fick inte satsningen önskat genomslag i primärvården i Stockholms läns landsting (SLL), få patienter remitterades från primärvården enligt SVF. För att bättre implementera arbetssättet startades ett samarbete mellan RCC Stockholm-Gotland och APC. Våren 2017 bildades ett nytt kunskapsteam, CaPrim (Cancer i Primärvården) med fyra läkare och tre distriktssköterskor, alla kliniskt verksamma i primärvården. Till en början handlade uppdraget om att informera primärvården om att arbeta i enlighet med SVF. Ganska snart blev det för CaPrim uppenbart att det också behövdes behovs- och probleminventering kring SVF i primärvården. Det behövdes även flera åtgärder för att stödja och underlätta SVF-implementeringen i primärvården i Stockholm.

CaPrims uppdrag har vuxit och sedan 2018 ingår även fortbildning och utveckling inom ämnesområdet cancerrehabilitering. De huvudsakliga nio verksamhetsområden med inriktning SVF och som beskrivs i denna rapport är:

1. Interprofessionell fortbildning på vårdcentraler om SVF
2. Vårdprogram om cancer på VISS
3. Cancerincidens i Stockholm
4. Fortbildning om cancer för primärvården
5. Remisser i Take Care
6. Beslutstöd prostatacancer
7. Nationella och regionala vårdprogramsgupper om cancer
8. Patientperspektiv
9. Intern och extern problem- och behovsinventering om SVF

Syftet med denna rapport var att ge en fördjupad beskrivning av CaPrims huvudsakliga verksamhetsområden med inriktning SVF under perioden 2017-2018.

Vårdutvecklingsledare i CaPrim

Huvudinriktning SVF

Elinor Nemlander; koordinator och vårdutvecklingsledare, primärvårdsrepresentant i nationella vårdprogramgruppen för prostatacancer, distriktsläkare.

E-post: elinor.nemlander@sll.se

Eliya Syed; koordinator och vårdutvecklingsledare, distriktsläkare.

E-post: eliya.syed@sll.se

Sarah Eklöf; vårdutvecklingsledare, distriktsläkare.

E-post: sarah.eklof@sll.se

Camilla Svensson; vårdutvecklingsledare, distriktssköterska.

E-post: camilla.svensson@sll.se

Nazmije Kelmendi; vårdutvecklingsledare, distriktssköterska.

E-post: nazmije.kelmendi@sll.se

Åsa Gisel; vårdutvecklingsledare, distriktssköterska.

E-post: asa.gisel@sll.se

Huvudinriktning Rehab

Nazmije Kelmendi; koordinator och vårdutvecklingsledare, distriktssköterska.

E-post: nazmije.kelmendi@sll.se

Marie Nilsson; vårdutvecklingsledare, kurator, med.dr.

E-post: marie.i.nilsson@sll.se

Pia Klernäs; vårdutvecklingsledare, fysioterapeut, med.dr.

E-post: pia.hyllander-klernas@sll.se

Referensgrupp

Lena Törnkvist; enhetschef för fortbildning och utveckling APC; professor adjungerad, distriktssköterska

E-post: lena.tornkvist@sll.se

Kathrin Wode; verksamhetsutvecklare RCC Stockholm-Gotland; Palliativ konsult, Karolinska Universitetssjukhuset; Överläkare onkologi.

E-post: kathrin.wode@sll.se

CaPrims nio verksamhetsområden med inriktning SVF

1. Interprofessionell fortbildning på vårdcentraler om SVF

För att informera om SVF i primärvården utformade CaPrim en interaktiv utbildning under våren 2017. Utbildningen var 60 minuter lång och erbjöds samtliga vårdcentraler i Stockholms primärvård. Den riktade sig till alla läkare och sjuksköterskor på respektive vårdcentral, däribland distriktsläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, legitimerade läkare och läkare med utbildningstjänster (AT/ST). Framöver i rapporten kommer samtliga läkare benämnas distriktsläkare, och samtliga sjuksköterskor benämnas distriktssköterskor.

Samtliga vårdutvecklingsledare i CaPrim genomförde utbildningen på vårdcentraler. För att göra utbildningen enhetlig togs ett gemensamt manus och en powerpointpresentation fram. I samband med utbildningen delades även skriftligt material om SVF (framtaget av RCC) ut tillsammans med en patientinformationsblankett om SVF (se bilaga 1).

Utbildningen omfattade information om:

- Vad ett SVF är.
- Vad primärvårdens roll vid SVF är.
- Var information om SVF hittas.
- Hur och vart man remitterar enligt SVF.
- Vilken information patienten ska få vid ett SVF.

Utbildningen inleddes med bakgrunden till SVF och målet med SVF nationellt. Teamet lyfte även fram de tre vanligaste cancerformerna i Sverige; prostatacancer, bröstcancer och kolorektalcancer (10). För att kunna påvisa hur många fall av prostatacancer, bröstcancer och kolorektalcancer respektive vårdcentral hade per år, togs incidenssiffror från 2016 fram i VAL-databasen inför utbildningen (se avsnitt om cancerincidens, sidan 11). Statistiken för den unika vårdcentralen presenterades på respektive vårdcentral i jämförelse med statistiken för Stockholm i helhet. Målet var att påvisa hur vanligt förekommande nyupptäckta fall av dessa cancerdiagnoser var på just den vårdcentralen. Detta gav även en uppskattning om hur många patienter som kan bli aktuella för remittering enligt SVF.

För att illustrera hur medarbetarna på vårdcentralen skall arbeta enligt SVF utformades patientfall för prostatacancer och kolorektalcancer. Bröstcancer användes som exempel för att visa SVF-dokument på VISS.nu (se avsnitt om VISS, sid 11) samt symtomsökningar i Rådgivningsstödet (RGS). RGS är ett symtombaserat beslutsstöd som används av distriktssköterskor vid telefonrådgivning. Det ger förslag på egenvård samt prioritering av hur snabbt patienten behöver bedömas på vårdcentralen. I förarbetet kring den interaktiva utbildningen, gjordes sökningar i RGS för att säkerställa att tidsprioriteringarna stämde överens med ledtiderna i de olika SVF-förloppen och att cancerdiagnoserna fanns med som differentialdiagnoser. Medarbetarna informerades även om att de nationella vårdprogrammen för SVF hittas på RCC:s hemsida. Vidare visades de speciella SVF-remisserna som tagits fram i Take Care för bröstcancer och kolorektalcancer (se avsnitt om remisser i Take Care, sid 15).

Varje utbildningsträff avslutades med öppna frågor kring problem med SVF-arbetet på vårdcentralerna (se avsnitt om problem- och behovsinventering, sid 18).

Utbildningen gavs mellan 1 september 2017 till och med årsslutet 2018 på sammanlagt har 150 vårdcentraler. För att utvärdera den interaktiva utbildningen om SVF på vårdcentralerna, förbättringarna i VISS.nu:s cancerdokument samt införandet av speciella SVF-remisser samlades data in via ett frågeformulär. Resultatet redovisas i rapporten "SVF i primärvården - Kartläggning av personalens uppfattning om tillämpning, egen kunskap, arbetssätt, datasystem och utvärdering av CaPrim-teamets insatser" (11).

2. Vårdprogram om cancer VISS

VISS står för Vården i Storstockholm (VISS.nu) och är ett webbaserat kunskapsstöd för medarbetare inom primärvården i Region Stockholm. Det innehåller samlad medicinsk och administrativ information med fokus på samverkan mellan olika vårdnivåer i regionen. Cirka 90 000 personer besöker VISS.nu varje månad (12). Vårdprogrammen produceras via specialister i samverkan (SPESAM) och granskas av representanter för respektive specialitetsråd (SPESAK) inom Stockholms medicinska råd och Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd.

När SVF togs i bruk nationellt 2015, behövde information komma ut fort. Därför gjordes avsteg från sedvanlig granskning inför publicering på VISS av regionala vårdprogram för SVF. I vissa SVF-förlopp kopierades de nationella SVF-vårdprogrammen, medan andra sammanfogades med tidigare text på VISS. I takt med att SVF togs fram för fler cancerdiagnoser, publicerades fler texter snabbt utan sedvanlig granskning.

För CaPrims arbete var det viktigt att SVF-informationen på VISS var korrekt. Det var också viktigt att det fanns anvisningar om vart patienter med VGM skulle remitteras i Stockholm och att informationen var lättöverskådlig. Samtliga SVF-texter på VISS har granskats av CaPrim i samråd med processledare på RCC Stockholm-Gotland för respektive diagnos. CaPrim har även samarbetat med SPESAM för andra diagnosområden. Syftet var att göra texterna strukturellt mer enhetliga, samt förfarandet mer primärvårdsanpassat. Vidare har struktur på den övergripande cancersidan på VISS anpassats. I takt med att nya SVF-förlopp tagits fram under 2017 och 2018, har CaPrim tillsammans med processledare bidragit till att nya regionala SVF-vårdprogram upprättats och publicerats på VISS. Fortsatt saknas vårdprogram för enstaka cancerdiagnoser på VISS, dessa rör mycket sällsynta cancerformer. Framöver kommer CaPrim arbeta för att regionala vårdprogram tas fram även för dessa cancerdiagnoser, och publiceras på VISS.

Idag utgör CaPrim SPESAM-grupp för cancer på VISS, och ansvarar därmed för att vårdprogrammen om cancerdiagnoser hålls uppdaterade. Nu i efterhand sker den formella granskningen av dokumenten enligt VISS normala förfarande. CaPrim deltar även i möten för SPESAK i onkologi och hematologi, för att främja och tillgodose primärvårdsperspektivet när beslut som rör samspelet mellan primär- och sekundärvård tas.

3. Cancerincidens i Stockholm

Innan utbildningsarbetet om SVF på vårdcentralerna kunde startas undersöktes förekomst av cancer i primärvården. Detta för att budskapet skulle vara lättare att ta till sig bland personalen på vårdcentralerna. CaPrim önskade även visa hur många av just vårdcentralernas listade patienter som insjuknat i cancer. Incidensen (nyinsjuknandet) utforskades i de tre till antalet vanligaste cancerformerna; prostata-, bröst- och kolorektalcancer. Målet var att

påvisa hur vanligt förekommande nyupptäckta fall av dessa cancerformer är på en vårdcentral, och även ge en uppskattning om hur många patienter som kan komma att få någon av dessa cancerdiagnoser per distriktsläkare på ett år. Majoriteten av Stockholms befolkning är listad på en vårdcentral (13). Det finns i Stockholm inget tak för antal listade patienter som en distriktsläkare bör/får ha. I praktiken innebär detta att många distriktsläkare har ett stort antal listade patienter då vårdcentralens ersättning till stor del beror på antal listade patienter (14). En distriktsläkares lista varierar både beroende på patienternas vårdtyngd samt på hur välbemannad vårdcentralen är.

För att kunna få cancerincidens per listad vårdcentral användes Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) databas, VAL. VAL är ett datalager för uppföljning av vårdhändelser i SLL. Vårdgivare som har slutit avtal med SLL har åtagit sig att leverera information elektroniskt till SLL. Beroende på verksamhet rapporterar vårdgivaren vårdhändelser till olika system. I datalagret finns samlad information från ett antal olika verksamheter/grundsystem, bland annat finns uppgifter om vårdcentralistning samt diagnoskoder som satts inom SLL (15).

Sökning i VAL-databasen

Inklusionskriterier: Alla individer skrivna i SLL med diagnoskod för prostata-, bröst- eller kolorektalcancer registrerad i SLL under 2016.

Exklusionskriterier: Personer som haft diagnoskod för respektive cancerform någonstans i SLL 2006-2015 exkluderas ("karensperiod" för att exkludera prevalens och recidiv).

Motsvarande sökning gjord för 2017 med karensperiod 2007-2016.

I sökningen har följande diagnoskoder används enligt ICD-10 klassifikation (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision):

Prostatacancer: C61.9

Bröstcancer: C50.0-C50.9, D05.9

Kolorektalcancer: C18.0-C18.9, C19.9 C20.9 C21.0-C21.8

Möjliga felkällor

En möjlig felkälla är nyinflyttade patienter med prevalent cancer som i sökningen kommer att klassas som nya fall. En annan är att det i VAL saknas diagnoskoder på patienter som sökt vård på enheter som arbetar på nationella taxan, inte heller helt privat finansierad sjukvård, exempelvis sjukförsäkringar, finns med. Det kan finnas fall av cancer som hittas på dessa enheter som aldrig kommer i kontakt med offentlig sjukvård och därför inte syns i undersökningen.

Jämförelser

För att validera och få en så riktig bild av verkligheten som möjligt gjordes sedan en jämförelse på incidensdatan från VAL för 2016 mot socialstyrelsens databas för cancerincidens för samma år.

Socialstyrelsens databas för cancerincidens sammanställer data från cancerregistret till vilken all verksamhet inom hälso- och sjukvården är skyldig enligt lag att rapportera nyupptäckta fall av cancer. Socialstyrelsen hämtar också uppgifter från dödsorsaksregistret om dödsdatum och underliggande dödsorsak, och från Registret över totalbefolkningen (RTB) vid Statistiska centralbyrån (SCB) inhämtas information om eventuell migration samt uppgifter om huruvida personen fortfarande är folkbokförd i landet. Man har skattat bortfallet i cancerregistret till ca 4 % men cancerbortfallet är högre för vissa cancersjukdomar och högre åldrar (16).

I bild 1 på nästa sida visas jämförelse i cancerincidens för prostata-, bröst- och kolorektalcancer från 2016 mellan VAL och Socialstyrelsens databas för cancerincidens. Med tanke på att det är två olika databaser som hämtar data på olika sätt stämmer det väl överens. Störst skillnad är det i prostatacancerincidensen 13 % (bröstcancer 10 %, kolorektalcancer -1 %).

Cancerincidens i Stockholm 2016

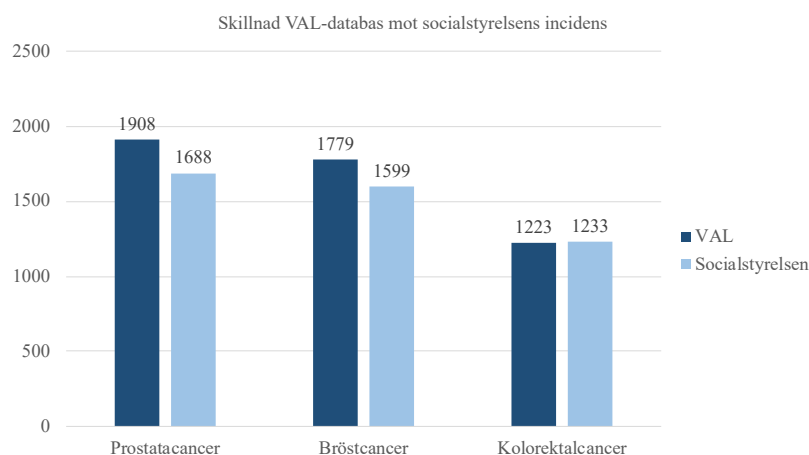


Bild 1: Jämförelse i cancerincidens för prostata-, bröst- och kolorektalcancer från 2016 mellan VAL och Socialstyrelsens databas för cancerincidens

Cancerincidens per distriktsläkare

Utifrån VAL-sökningen uppskattades hur många av en distriktsläkares listade patienter som får prostata-, bröst- och kolorektalcancerdiagnos i genomsnitt per år. Utifrån CaPrims egen kliniska erfarenhet på olika vårdcentraler samt diskussioner med kollegor gjordes antagandet att en heltidsarbetande distriktsläkare i Stockholm i genomsnitt har kring 2000 listade patienter. Detta antagande har möjliggjort en skattning av cancerincidens per distriktsläkarlista, om listan motsvarar ett genomsnitt av Stockholms befolkning.

Inom Stockholm finns stora skillnader mellan områden vad gäller befolkningens åldersfördelning och socioekonomiska faktorer som har stor påverkan på cancerincidensen. Detta gör att incidensen i praktiken kommer att variera beroende på var i Stockholm distriktsläkaren arbetar.

En distriktsläkare bör i genomsnitt hitta 1½ nytt fall av prostatacancer hos sina listade patienter per år.

En distriktsläkare bör i genomsnitt hitta 1½ nytt fall av bröstcancer hos sina listade patienter per år.

En distriktsläkare bör i genomsnitt hitta 1 nytt fall av kolorektalcancer hos sina listade patienter per år.

I VAL-sökningen har även cancerincidens per vårdcentral analyserats. CaPrim har på den interaktiva SVF-utbildningen på vårdcentralerna, visat respektive vårdcentral hur många av deras patienter som fått ovan nämnda cancerdiagnoser 2016. I bilaga 2 visas incidens per vårdcentral. För att kunna jämföra vårdcentralerna som är olika stora med olika många listade har den faktiska incidensen räknats om till incidens per 1000 listade patienter. Stockholms vårdcentraler är indelade i 8 akademiska vårdcentralområden och incidensen visas i respektive vårdcentralområde.

I bild 2 nedan visas VAL-sökningen för både 2016 och 2017. Tyvärr har inte Socialstyrelsens databas för cancerincidens publicerat data för 2017 varför jämförelse inte varit möjlig.

Cancerincidens Stockholm 2016-2017

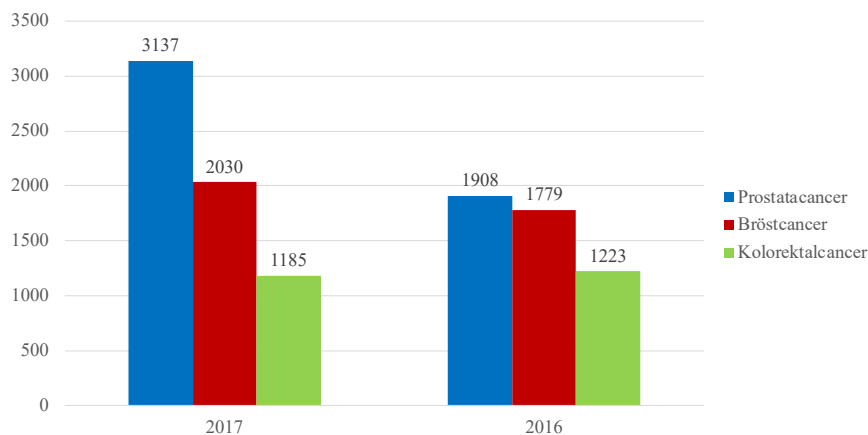


Bild 2: Cancerincidens för prostata-, bröst- och kolorektalcancer från 2016 och 2017 från VAL.

VAL-sökningen visade 64 % ökad förekomst av nya diagnosregistreringar för prostatacancer under 2017 jämfört med 2016 års sökning. Ökningen kan förklaras av att ett fåtal enheter som haft en stor privatfinansierad verksamhet under 2017 övergått till vårdval urologi och därmed börjat rapportera in till VAL. Det finns därför en risk att individer med tidigare behandlad prostatacancer utanför den offentligt finansierade sjukvården felaktigt klassificeras som nyinsjuknade. Kompletterande analyser och avstämningar mot cancerregistret kommer att göras då denna data publiceras. I bilaga 3 visas cancerincidens 2017 per vårdcentral, data för prostatacancerincidensen har exkluderats.

4. Fortbildning om cancer för primärvården

Utöver de interprofessionella fortbildningarna som erbjöds samtliga vårdcentraler i Stockholm utformade och arrangerade CaPrim tillsammans med RCC Stockholm-Gotland fördjupad utbildning om cancer. CaPrim undervisade också i fortbildningsträffar för distriktsläkare, ST-läkare inom allmänmedicin och distriktssköterskor.

Utbildningen om cancer gavs som en heldagskurs vid sammanlagt fyra tillfällen. Två tillfällen hösten 2017, samt två tillfällen våren 2018. Kursen fokuserade mer ingående på SVF-arbetet både på vårdcentraler men även inom sekundärvården med fokus på arbetet som sker via SVF-koordinatorer, kontaktsjuksköterskor och cancerrådgivningen. Även patientperspektivet lyftes in genom att visa video på patienter som berättade om sin cancerresa. Utöver detta gavs fördjupade föreläsningar om prostatacancer, bröstcancer, kolorektalcancer, analcancer, malignt melanom och lungcancer. Kursutvärderingarna visade genomsnittspoäng på 4.5 (skala 1-5).

I Stockholm finns det fem fortbildningsnätverk för distriktsläkare som organiseras av APC. Uppdelningen är geografisk (Södra Stockholm/Sydöstra Stockholm, Nordvästra Stockholm, Nordöstra Stockholm/Norrtälje, Västra/Centrala Stockholm samt Sydvästra Stockholm) och alla vårdcentraler ingår. CaPrim har tillsammans med processledare från RCC Stockholm-Gotland efter inbjudan deltagit eller planerar att delta som föreläsare i samtliga nätverk. Vid dessa tillfällen har undervisningen varit inriktad på en fördjupning inom 1-2 cancerdiagnoser allt efter önskemål från respektive nätverk.

I Stockholm finns även motsvarande nätverk för ST-läkare inom allmänmedicin, så kallade ST-forum. CaPrim-medlemmar har föreläst själva eller tillsammans med föreläsare från RCC Stockholm-Gotland i dessa forum. Totalt har ST-forum besökts vid 9 tillfällen med fokus på SVF, samt fördjupning om specifika cancerdiagnoser efter önskemål.

För distriktssköterskor har halvdagsutbildningar genomförts vid två tillfällen. Ett på våren 2018 om hudförändringar och de vanligaste hudcancerformerna. Ett tillfälle på hösten 2018 om svårläkta sår med fokus på tumörsår och hudbiverkningar av onkologisk behandling. Framöver planeras fortsatta fortbildningar både inter-och uniprofessionellt.

5. Remisser i Take Care

För att underlätta vid remittering vid de tre vanligaste cancerformerna, prostata-, bröst- och kolorektalcancer, initierade CaPrim införandet av speciella SVF-remisser i journalsystemet Take Care. Framtagandet av remisserna skede med hjälp av administratör på Take Care-förvaltningen inom SLSO. Tidigt i förloppet togs beslut om att avvakta med SVF-remiss för prostatacancer, då CaPrim samtidigt engagerades i framtagandet av ett beslutsstöd för prostatacancer (se avsnitt om beslutsstöd prostatacancer, sidan 16).

Innehållet i remisserna beslutades i samråd med regionala processledare för bröst- respektive kolorektalcancer. Bägge remisser innehöll kryssrutor för VGM-kriterierna inom respektive cancer, uppgift om att aktuellt telefonnummer till patienten finns i journalen samt om att patienten är informerad om vad SVF innebär.

I arbetet med kolorektalremisserna hölls även samverkansmöten med företrädare för samtliga endoskopimottagningar i Stockholm, så att övrig väsentlig information som krävs vid koloskopier kunde överföras på ett lätt sätt vid remittering.

När remisserna var framtagna ansvarade processledarna för att samtliga berörda mottagningar aktiverade remisserna på sina enheter. Detta kunde inte ske centralt via Take Care-förvaltningen. I början av hösten 2017 hade samtliga endoskopimottagningar samt de tre bröstcentra i Stockholm aktiverat remisserna.

The screenshot shows the 'Beställning konsultation' window in the Take Care system. The main form is for a 'Standardiserat vårdförlopp (SVF) Bröstcancer'. A dialog box titled 'Kompletterande uppgifter' is open, listing symptoms for selection:

- Våggrundad misstanke bröstcancer då något av dessa symptom föreligger:
- Suspekt knötl i bröstet
- Suspekt knötl i armhålan hos kvinnor
- Ändrad kontur på bröstet
- Nyttkommet indragen bröstvårta
- Rodnad eller svullnad på huden över bröstet utan annan förklaring
- Blödigt sekretion från enskilda mjölkgång
- Ensidigt eksem på bröstvårten
- Sårblödning på bröstvårten eller i anslutning till bröstströarna
- Nyttkommet apelsinskalnande hud
- Fynd vid biopsidiagnostik talande för bröstcancer
- Återkallade för klinisk undersökning efter screening (som utfallt med kod 3 eller 4 eller 5)

At the bottom of the dialog, there is a checkbox for 'Patienten är informerad om vad remittering enligt Standardiserat'.

Bild 3: SVF-remiss för bröstcancer i Take Care

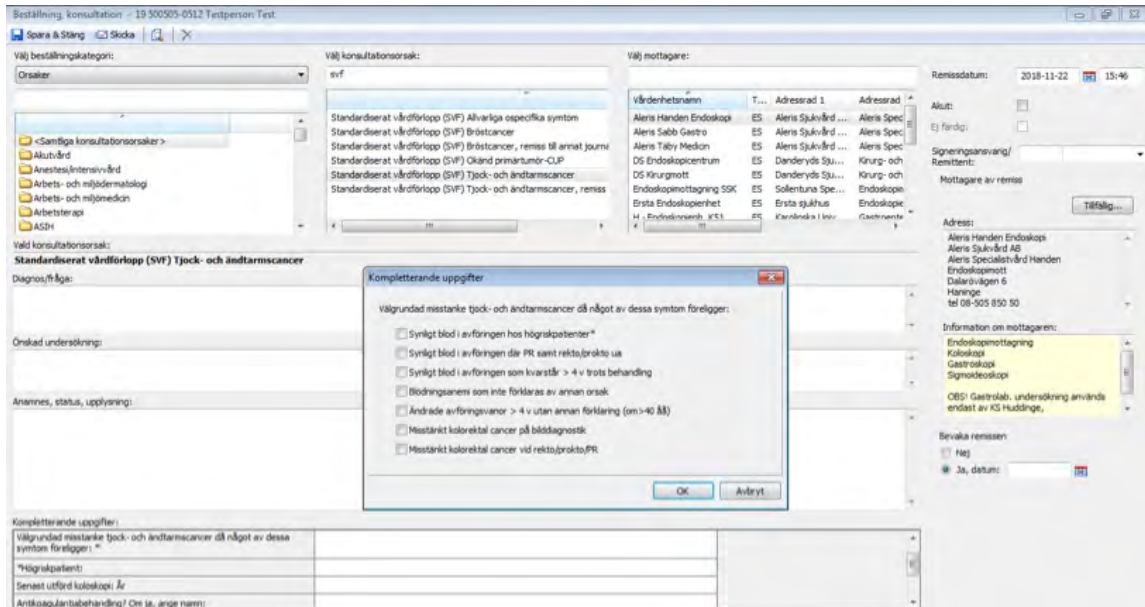


Bild 4: SVF-remiss för kolorektalcancer i Take Care

6. Beslutsstöd Prostatacancer

RCC Stockholm-Gotland har tagit initiativ till att införa ett kliniskt beslutsstöd för enhetligt omhändertagande av patienter med misstänkt prostatacancer. Detta har tekniskt genomförts genom ett samarbete mellan CompuGroup Medical (CGM) och Cambio Cosmic. CaPrim har tillsammans med processledare för prostatacancer på RCC Stockholm-Gotland fungerat som sakkunniga vid utvecklandet av detta beslutsstöd som är integrerat i journalsystemet Take Care. Under skrivande stund pilottestas detta beslutsstöd på fyra vårdcentraler i Stockholm. Pilot-testet genomförs under sex månader och kommer att sedan utvärderas våren 2019 för att säkerställa att systemet bidrar till avsedd effekt, innan eventuell implementering i hela Stockholm.

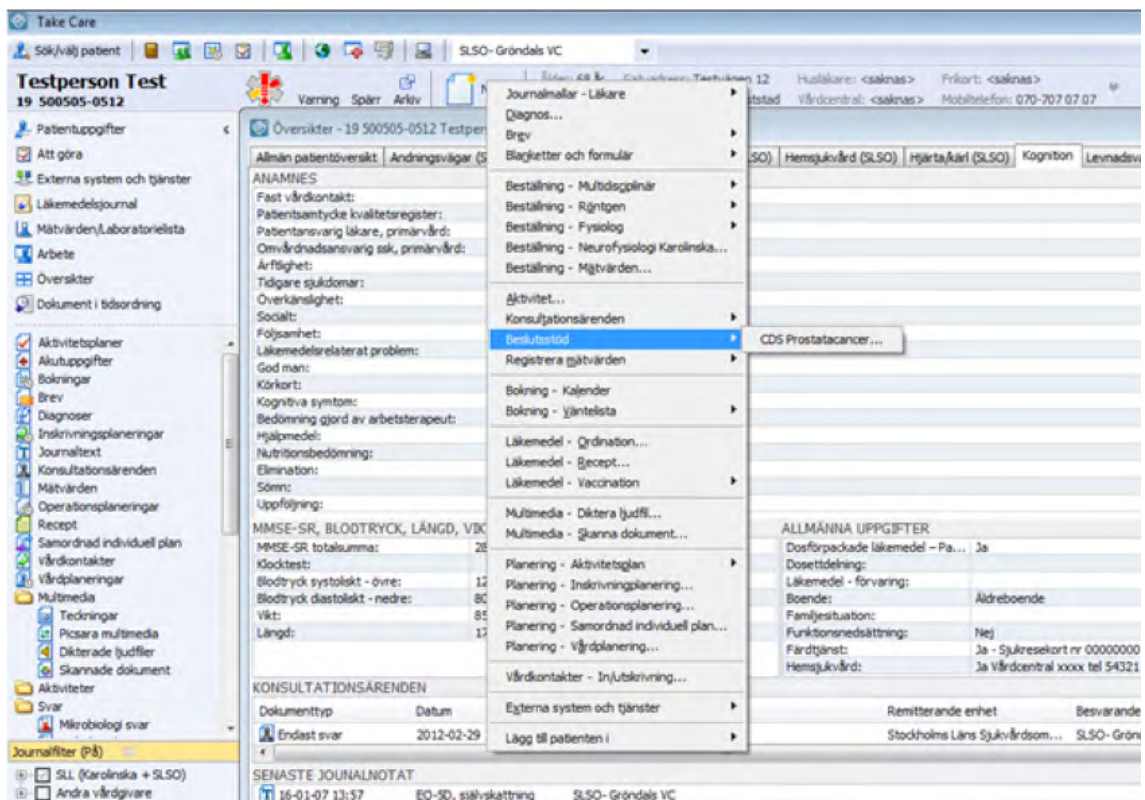


Bild 5: Bild på sökväg till beslutsstödet i Take Care

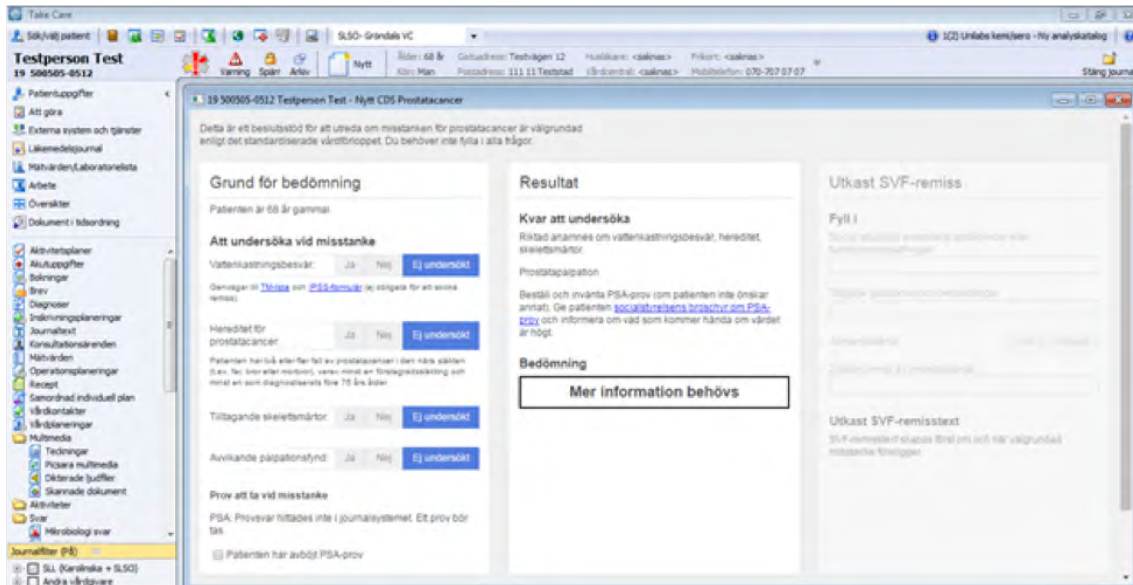


Bild 6: Bild på beslutsstödet

Syftet med beslutsstödet är, förutom att ge stöd till allmänläkare i bedömning och ställnings-tagande till remittering av patienter, också att underlätta för läkare att följa SVF. Beslutsstödet samlar tillgänglig relevant data, utifrån nationellt framtaget vårdprogram för prostatacancer samt information från patienternas journaler, och genererar en SVF-remiss när kriterier för VGM är uppfyllda. Detta för en mer träffsäker information som underlag när patienter behöver remitteras till sekundärvården för vidare utredning.

7. Nationella och regionala vårdprogramgrupper om cancer

Som en del i den nationella samordningen av cancervården bildades 2015 nationella vårdprogramgrupper för varje cancerdiagnos som fick eget SVF. I skrivande stund finns det 31 SVF (se bild 7). I de nationella vårdprogramgrupperna beslutas det vad som ingår i SVF för respektive cancerdiagnos. Vårdförloppen går sedan på remissrunda, varefter de fastställs av RCCs samverkansgrupp och SKL. Vårdförloppen revideras årligen. I grupperna ingår personer med olika specialiteter, flera professioner och patientrepresentanter. I många av de nationella vårdprogramgrupperna saknas dock representant från primärvården. CaPrim arbetar aktivt med att det minst bör finnas två primärvårdsrepresentanter i varje grupp, en från glesbygd och en från storstadsregion. CaPrim har en representant i den nationella vårdprogramgruppen för prostatacancer.

De standardiserande vårdförloppen

- Prostatacancer
- Cancer i urinblåsa och urinvägar
- Njurcancer
- Testikelcancer
- Peniscancer
- Lungcancer
- Malignt melanom
- Tjock- och ändtarmscancer
- Matstrups- och magsäckscancer
- Bukspottkörtelcancer
- Levercancer
- Cancer galla och gallvägar
- Analcancer
- Neuroendokrina buktumörer
- Bröstcancer
- Livmoderkroppscancer
- Livmoderhalscancer
- Vulvacancer
- Akut leukemi
- Lymfom och KLL
- Myelom
- Huvud- och halscancer
- Hjärntumörer
- Sarkom
- Tyroideacancer
- Cancer utan känd primärtumör
- Cancer vid allvarliga ospecifika symtom

(Regionalt Cancercentrum 2018)

Bild 7: Bild på cancerdiagnoser som har SVF.

8. Patientperspektiv

För CaPrim har det från början varit centralt att utarbeta och främja arbetssätt som sätter patientens behov i centrum i enlighet med den nationella cancerstrategin som lyfter fram vikten av att uppnå högre patientmedverkan (2). Frågan om hur SVF påverkar patienter, både de som får en cancerdiagnos och de som frias från cancer, har haft ett stort fokus för CaPrim. För ytterligare förståelse har även resultat från Patient Reported Experience Measures (PREM) diskuterats, detta är en enkät som skickas ut till samtliga patienter som genomgår ett SVF (17).

I samband med heldagskursen "Fördjupningdag om cancer" har citat från PREM-enkäter som berör arbetet på vårdcentral tagits fram och diskuterats. Vidare har patienter med cancer medverkat i videoinspelade inlägg, där de berättar om sin cancerresa.

CaPrim samverkar också med patientföreningar. Teamet har bland annat träffat Patient- och närståenderådet och berättat om CaPrims arbete, samt varit i kontakt med bröstcancerföreningen Amazona.

9. Intern och extern problem- och behovsinventering

I samband med att CaPrim under våren 2017 fördjupade sig i ämnesområdet cancer och byggde upp sitt kontaktnät uppdagades ett flertal problem inom SVF. Dessa problem har dokumenterats som en intern probleminventering och CaPrim har fortlöpande arbetat med lösningar. En stor fördel är att samtliga i teamet förutom att ha tid avsatt för att arbeta med cancerfrågor i primärvården även arbetar kliniskt på vårdcentraler och där handlägger patienter med misstänkt cancer. En del av de problemen som uppdagades bedömdes som nödvändiga att åtgärda innan utbildningsarbetet om SVF på vårdcentralerna kunde starta. Ett exempel på detta är registreringen av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) (se avsnitt om lokala problem med SVF på vårdcentralerna, sid 21).

Den interprofessionella fortbildningen om SVF på vårdcentralerna startade den 1 september 2017. På samtliga vårdcentraler har denna utbildning avslutats med en probleminventering där fokus har varit de svårigheter man upplever vid arbete enligt SVF. Probleminventeringen har skett muntligen i form av öppna frågor. Problem har dokumenterats i ett särskilt protokoll och sammanställts. De problem som återkommer på många vårdcentraler har teamet arbetat särskilt aktivt med. CaPrims interna probleminventering har slagits samman med probleminventeringen som genomfördes i samband med utbildningen om SVF på de 150 vårdcentralerna. Nedan följer en beskrivning av de oftast förekommande problemområdena.

A. Övergripande problemområden

Nedan listas de stora och mer generella problemområdena som kommit upp både vid teamets interna probleminventering och på vårdcentralerna i samband med den interaktiva utbildningen.

1. Patientinformationen vid remittering enligt SVF

När en patient remitteras enligt SVF till sekundärvården har det nationellt beslutats att patienten ska informeras både muntligen och skriftligen om vad SVF innebär (18). När CaPrim bildades var denna information diagnosspecifik för de olika cancerförloppen och

ibland svår att hitta. Ett ytterligare problem var att informationen till en början enbart fanns på svenska. CaPrim lyfte fram detta problem för RCC, som nu har översatt informationen till ytterligare 12 språk. För att lätt hitta informationen finns den nu länkad på samtliga SVF-vårdprogram på VISS.nu, att skriva ut till patienten, tillsammans med instruktioner för vilken muntlig information patienten bör få i punktform. Det är numera även samma information oavsett vilket SVF patienten remitteras till (se bilaga 1).

I samband med utbildningarna på vårdcentralerna uppkom många olika åsikter om denna skriftliga information. På en fjärdedel av vårdcentralerna framfördes en rädsla för onödigt oro eller stigmatisering av patienter vid utlämnande av denna skriftliga information. Särskilt tas detta upp vid vissa SVF-utredningar där VGM kan fattas redan när cancermisstanken är relativt låg och man kan förvänta sig att endast en liten andel av remitterade patienter har en cancer. Det fanns även en rädsla hos många remittenter att SVF-remissen kan avslås av sekundärvården efter det att patienten är informerad om att hen skall utredas enligt SVF. Informationen har då endast lett till oro hos patienten. Rädslan hos remittenten är i vissa fall befogad då upp emot 50 % av remisserna, inom enstaka SVF-förlopp (se avsnitt om Diagnostiskt centrum, sidan 27), går i retur med begäran om komplettering eller helt avslås.

2. Remittering enligt SVF

Remittering var en central fråga när det gällde arbetet med SVF. I samband med den interaktiva utbildningen framkom kommentarer som rörde remisser och remisshantering på ca 50 % av vårdcentralerna. Vid SVF-remittering måste remisser tas emot snabbt (samma dag) och märkas upp på ett enhetligt sätt (ex SVF-ruta i remissen), vilket enligt distriktsläkare ibland fanns men inte alltid.

CaPrim framförde önskemål till RCC om remissbekräftelser för att säkerställa att remissen blivit påtittad och sedermera ett remissvar för att se hur sekundärvården bedömt patienten, då detta ofta tidigare saknats. I teamet fanns även en oro för de remisser som skickats till mottagare med ett annat journalsystem, dels över att remissen kommer bort i posthanteringen och dels att förloppet fördröjs. De flesta vårdcentraler, öppenvårdsmottagningar och sjukhus i Stockholm använder sig av det elektroniska journalsystemet Take Care, dock använder sig S:t Görans Sjukhus av ett annat elektroniskt journalsystem som heter Cosmic. Många av de vårdcentraler som remitterar till S:t Görans Sjukhus upplevde det problematiskt att inte kunna skicka elektroniska remisser.

Probleminventeringen visade att det både i journalsystemet Take Care och på VISS, våren 2017, fanns svårigheter för primärvården att förstå vilka enheter som skulle ta emot patienter enligt SVF. Detta gällde framförallt vid de förlopp där det fanns ett flertal möjliga remissmottagare, såsom öppenvårdsmottagningar som etablerats via vårdval (19), framförallt för urologi, gynekologi och endoskopi. Ett önskemål för att underlätta förståelsen var att införa remissportaler. En sådan åtgärd skulle även kunna jämna ut patientflödena mellan olika mottagningar inom sekundärvården. CaPrim undersökte möjligheterna att få till en sådan lösning med både Take Care förvaltningen, RCC, sjukhus och öppenvårdsmottagningar men den lösningen är i nuläget omöjlig.

Istället arbetade teamet vidare med att ta fram speciella SVF-remisser för patienter som uppfyller VGM kriterier för bröstcancer samt kolorektalcancer. (se avsnitt om remisser i Take Care, sid 13). På viss.nu lades även länkar till vårdgivarguidens hemsida som visar aktuella godkända vårdgivare i sekundärvården i de vårdprogram där SVF-remiss ska skickas till öppenvårdsmottagningar. Journalsystem och vårdprogram kan emellertid inte

fullt ut hållas uppdaterade för förändringar i vårdvalsaktörer. Vårdgivarguidens listor uppdateras däremot i större utsträckning.

Ett annat problem som framkom under probleminventeringen var att patienter som uppfyllde kriterierna för VGM vid remittering inte togs emot eller att man begärde komplettering. Vårdcentralerna önskade att de remisser som skickades enligt SVF skulle vidarebehandlingas om remissmottagaren inte hade möjlighet att ta emot patienten. Detta för att inte fördröja förloppet. För närvarande är det vanligt att remisserna istället avslutas med en hänvisning till att en ny remiss ska skickas till en annan mottagning.

De remisser som CaPrim bidragit med att ta fram togs emot väl av primärvården, man upplevde att de underlättade i arbetet. Vidare framkom önskemål om tekniska lösningar som kunde underlätta remisshantering, bland annat en fråga/svara funktion i samband med elektronisk remittering. Ibland var återkopplingen från sekundärvården om vad som skulle ske med patienterna framöver bristfällig. Ytterligare ett problem som uppdagades var att det fanns patienter som sökt på en akutmottagning, närakut eller varit inneliggande och haft tydliga symtom/fynd som gav VGM för cancer felaktigt remitterades till sin vårdcentral för SVF-utredning. Detta skapade en onödig tidsfördröjning för dessa patienter som direkt borde ha remitterats enligt aktuellt SVF. CaPrim har lyft dessa frågor med RCC Stockholm-Gotland samt HSF och kommer fortsätta att arbeta aktivt med att hitta lösningar.

3. Undanträngning

En annan viktig fråga som kom upp på 20 % av vårdcentralerna var huruvida satsningen på införandet av SVF får undanträngningseffekter på andra patientgrupper och andra utredningar. Personal på vårdcentralerna uttryckte även att kriterier för VGM inom vissa cancerutredningar är vida och att många patienter där ingår i SVF trots att misstanken om cancer är relativt liten.

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen utvärdera satsningen på kortare väntetider i cancer vården. I uppdraget ingår att utvärdera eventuella undanträngningseffekter.

I deras rapport framkommer att risken för undanträngning till följd av SVF är tydligast inom olika diagnostiska verksamheter, men den kan även uppstå inom olika andra områden och på olika nivåer. Man skriver även att det finns en stor medvetenhet inom verksamheterna om att oönskade undanträngningar ska hanteras och förebyggas. En farhåga som lyfts fram är vad som händer de patienter som av olika skäl inte passar att ingå i SVF. Socialstyrelsen planerar att följa hur väntetiderna utvecklas för de patienter som av olika skäl inte remitteras in i SVF (20).

4. Positiva effekter

Vid probleminventeringen på vårdcentralerna efterfrågades i första hand problem med SVF, trots det framkom spontana positiva kommentarer på ca 40 % av vårdcentralerna. Den interaktiva utbildningen i sig upplevdes positiv. Generellt var medarbetarna positiva till snabbspår för patienter med cancer. SVF upplevdes både positivt för patienten samt en trygghet för distriktsläkaren på vårdcentralen, då en patient med VGM skyndsamt togs emot av sekundärvården. De som hade använt sig av SVF hade oftast goda erfarenheter i form av i regel snabbt och smidigt remisshantering.

5. Radiologi

Vid vissa cancerutredningar krävs olika former av radiologisk utredning för att få VGM om cancer och ibland ska remiss för röntgen skickas vid VGM. I många fall ska denna utredning ske i primärvården. Radiologisk utredning som beställs av primärvården skickas i första hand till den radiologiska öppenvården som drivs av flera olika privata aktörer. Dessa använder olika journalsystem och det finns inget enhetligt system till alla för remittering. Samma radiologiska undersökning kan heta olika saker på olika röntgenmottagningar och remisserna ser ofta olika ut.

Vid probleminventeringen framkom olika problem vad gäller radiologin. Radiologiska remisser saknade ett enhetligt sätt att SVF-märka remissen, dvs att den ska hanteras inom ramen för SVF. Detta behövde istället framgå i frågeställningen, vilket kunde ge en osäkerhet både hos avsändare och mottagare. På flera vårdcentraler togs det även upp att det inom vissa SVF-förlopp är oklart om patienten ska undersökas med förtur på röntgen eller om patienten först ingår i SVF efter ett radiologiskt fynd.

Svaren varierade även efter undersökningen. Det var viktigt att radiologen svarade standardiserat på remisserna då vissa av SVF-förloppen har VGM-kriterier som bygger på olika radiologiska klassificeringssystem.

CaPrim har arbetat aktivt med detta i samverkan med SPESAK för röntgen. Frågan om SVF-ruta vid radiologiska remisser är dock ännu inte löst.

6. Kunskap om SVF i primärvården

CaPrim startade den interaktiva utbildningen på vårdcentralerna den 1 september 2017 det vill säga två och ett halvt år efter det att cancersatsningen införts nationellt. Före detta hade en representant från RCC Stockholm-Gotland varit på ett antal vårdcentraler och informerat.

Mottagandet av CaPrim på vårdcentralerna har varit mycket gott när väl träff kunnat bokas upp. Hos 20 % av vårdcentralerna uppger man att informationen kommer sent. En relativt stor andel (ca 10 %), framförallt distriktssköterskor men även distriktsläkare, uppgav spontant att de inte hört talas om SVF eller VGM före teamets besök trots att informationen kommer så långt efter införandet. CaPrims enkätstudie visade att 27 % av distriktsläkarna och 57 % av distriktssköterskorna inte kände till vad som avsågs med VGM vid SVF innan utbildningen (11). Många av vårdcentralerna uttryckte även problem kring flera av de nya begrepp som förts in. Skillnaden mellan misstanke och välgrundad misstanke om cancer är ett sådant exempel. Ett annat problem var svårigheter att känna till kriterierna för VGM vid de olika cancerdiagnoserna. Flera distriktsläkare uppgav också att de chansat på frågan om SVF vid remittering.

CaPrim har mycket aktivt arbetat med dessa frågor se utförlig beskrivning i kapitel om remisser i Take Care, fortbildning och VISS.

7. Lokala problem med SVF på vårdcentralerna

Nationellt ska SVF följas upp med tiden från VGM till behandlingsstart och tiderna mäts med koder för KVÅ som vårdgivare är skyldiga att rapportera in till Socialstyrelsens hälsoregister (21). I Stockholm har ansvaret för att sätta KVÅ-koder gällande start av SVF tidigare legat på distriktsläkaren i samband med att VGM fattats. Detta har varit en svår uppgift då samtliga SVF-förlopp har individuella koder för start, vilket medfört att distriktsläkaren måste i samband med start sätta en unik KVÅ-kod för varje SVF. VGM är inte något som

fattas dagligen, och KVÅ-kodning används i övrigt sparsamt på vårdcentraler. CaPrim med flera framförde att KVÅ-kodningen av SVF fungerade dåligt och många remisser returnerades på grund av att det saknades KVÅ-kod. Från och med 1 juni 2017 togs beslut av RCC Stockholm-Gotland att KVÅ-kod skall sättas av mottagande enhet i Stockholm. I samband med att ansvaret för kodning av start flyttats till sekundärvården har en ny resurs tillsatts för bland annat detta, SVF-koordinator.

Övriga lokala problem som sågs kring SVF på den egna vårdcentralen var bristande resurser och ersättning vid handläggning enligt SVF. Nu behövde distriktsläkaren utreda med fler blodprover/undersökningar på ett och samma besök, vilket medförde ökade kostnader, mindre ersättning samt tidspress. Det var även svårt att snabbt hitta tider för besök hos distriktsläkare när misstanke om cancer uppstod i samband med att patienten tog kontakt med vårdcentralen. De ekonomiska svårigheterna var mest framträdande på små enheter med få listade patienter eftersom en stor del av vårdcentralens ersättning kommer från antalet listade patienter (14).

I CaPrims interna probleminventering diskuterades om vårdcentraler som använder sig av ett annat journalsystem än Take Care skulle ha svårare att klara av att arbeta enligt SVF, dessa farhågor bekräftades vid probleminventering på dessa vårdcentraler.

8. VISS

Det var många nya begrepp som införts i samband med SVF-införandet som medarbetarna kom i kontakt med på VISS. Begreppet filterfunktion (22) var förvirrande och hade även förlorat sin funktion då KVÅ-kodningen skulle ske på mottagande enhet (se avsnitt lokala problem med SVF på vårdcentralerna, sid 21) varför begreppet togs bort. Övriga nya begrepp förtydligades, och strukturen sågs över (se avsnitt om VISS, sid 11).

På vårdcentralerna framkom önskemål om att texterna på VISS ska vara tydliga, uppdaterade och att det framgår vart remissen ska skickas. I CaPrims enkätstudie framgick att 91 % av distriktsläkarna i Stockholm, efter den interaktiva utbildningen om cancer använder VISS som sin huvudsakliga informationskanal gällande cancer (11). Det fanns vidare en frustration när dokument på VISS inte stämde överens med varandra, till exempel dokument om makroskopisk hematuri jämfört med SVF urinblåsecancer. En annan synpunkt som framkom var att vårdprogrammen ledde till att läkarna inte fick använda sin kliniska förmåga, utan enbart skulle följa protokoll. Därtill uppmärksammades att det saknades SVF för mer sällsynta cancerformer, varvid frågor uppstod kring handläggning i sådana fall.

9. Övrigt som framkom vid probleminventeringen på vårdcentralerna

På flera vårdcentraler reflekterades det kring SVF-förfarandet. Vilka känslor det skapar hos både personal men framförallt hos patienter. Ibland uppfyller patienten VGM trots att distriktsläkarens misstanke om cancer är låg och ibland det omvända, misstanken från läkaren är hög men patienten uppfyller inte VGM-kriterier.

Funderingar kom också kring om detta ändrade arbetssätt lönar sig, vilket resultat skall man förvänta sig? I de förlopp där kriterierna ansågs vida oroade man sig för att ha skickat för få SVF-remisser. För att kunna göra SVF-utredningar på ett bra sätt önskade man uppdaterade väntetider till klinikerna inom sekundärvården, cancerrådgivningen på flera språk och ett mer uppdaterat system för tjänstetelefonnummer.

B. Diagnosspecifika problem relaterade till SVF

På vårdcentralerna var det vissa SVF vårdförlopp där problem återkommande kom upp. Därför redovisas dessa separat här nedan.

10. Prostatacancer

SVF-remisser med frågeställning prostatacancer ska gå till den urologiska öppenvården. För närvarande finns 11 öppenvårdsmottagningar som drivs i olika former av privat regi. Eftersom vårdval i Stockholm inte är statistiskt förändras antalet vårdgivare i sekundärvården, och under 2017 genomfördes förändringar i vårdval urologi med stora strukturella förändringar i öppenvården (23). Några av urologmottagningarna har andra journalsystem varför elektronisk remiss inte kan skickas.

SVF prostatacancer togs upp som problem på 20 % av vårdcentralerna. Många distriktsläkare upplevde att det var svårt att veta till vilka mottagningar SVF-remisserna skulle skickas. När urologmottagningen hade ett annat journalsystem behövde distriktsläkaren leta fram adress eller faxnummer till mottagningen, vilket var tidskrävande och fördröjde handläggningstiden. Det framkom att olika öppenvårdsmottagningar ibland frångått SVF och bett om annan utredning på vårdcentral trots VGM (exempelvis omtagning av högt PSA efter 3 månader). Flera vårdcentraler har även uttryckt en oro över undanträngningseffekt vid SVF prostatacancer (se mer under rubrik undanträngning, sid 20).

CaPrim har arbetat med dessa problem och numera finns länk till vårdgivarguiden på viss.nu som visar godkända urologmottagningar i öppenvården. Problem gällande urologmottagningar som gjort avsteg från SVF-handläggning har vidarebefordrats till processledare för prostatacancer på RCC Stockholm-Gotland som återkopplat till aktuella mottagningar. Samverkansmöten mellan CaPrim samt representanter från alla urologiska öppenvårdsmottagningarna i Stockholm och processledarna har genomförts vid flertal tillfällen med dialog om problem.

11. Urinblåsecancer

En patient med makroskopisk hematuri (dvs synligt blod i urinen), som är över 50 år eller som är yngre men har varit rökare i mer än 20 år (riskfaktor för urinblåsecancer), uppfyller VGM för urinblåsecancer och ska remitteras enligt SVF. I det nationella vårdprogrammet för urinblåsecancer ska SVF-remiss då skickas till urolog för fortsatt utredning (24). I Stockholm har processledare i urologi regionalt bestämt att primärvården, vid VGM, ska beställa datortomografi (skiktröntgen) av urinvägar och skicka remiss till urolog för utredning med cystoskopi (bildupptagning av urinblåsa och urinvägar). Precis som vid prostatacancer ska SVF-remisserna skickas till den urologiska öppenvården. Makroskopisk hematuri är ett relativt vanligt symtom även utan att cancer föreligger varför dessa patienter inte är ovanliga på en vårdcentral.

Urinblåsecancer är ett av de SVF som tas upp som ett problem på många av vårdcentralerna i Stockholm. De problem som uppkommer vid SVF-förloppet för prostatacancer, kommer upp även vid detta SVF-förlopp. Ett annat problem på vårdcentralerna vid nuvarande utredningsgång är att väntetiden till besöket hos urologen är kort och sker vid SVF, med ett fåtal undantag, före datortomografin. Urologen genomför en klinisk undersökning av patienten med cystoskopi. Om denna undersökning är normal avslutas SVF. Radiologiskt svar kommer i efterhand till vårdcentralen och om detta skulle visa på någon misstänkt förändring krävs ofta en ny SVF-remiss till urolog. Kritik riktas från vårdcentralerna mot det faktum

att Stockholm har ett annat förfarande än i många andra delar av landet. Förfarandet i Stockholm kräver mer resurser och mer tid från vårdcentralerna, och förfarandet är patient-osäkert då radiologisk undersökning krävs för att avskriva detta SVF.

Ett ytterligare problem uppstår om en patient med makroskopisk hematuri söker en akutmottagning. Akutmottagningar kan inte hålla i polikliniska utredningar (dvs beställa dator-tomografi i öppenvården) varför förfarandet då ofta blir remiss till vårdcentral för utredning enligt SVF. Dessa patienter behöver då träffa ytterligare en läkare trots VGM redan är uppfyllt. På vårdcentralerna är besökstider en bristvara varför patienten ofta får vänta på en tid och utredningstiden fördröjs i onödan.

CaPrim har arbetat med problemen ovan. Samverkan sker med RCC Stockholm-Gotland, regionala processledare, chefsläkare på HSF och handläggare på HSF för att hitta en bättre lösning. CaPrim önskar häva det regionala undantaget som finns i Stockholm och att SVF-utredning ska ske på samma sätt som i övriga landet. Frågan är inte löst och fortsatta möten planeras under 2019.

12. Bröstcancer

För att förstå sammanhanget ges en kort beskrivning av hur bröstcancer handläggs i Stockholm. För närvarande finns det tre bröstcentrum i Stockholm på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Catio S:t Görans Sjukhus samt Södersjukhuset. Dessa centra ansvarar för bröstcancerscreeningen av kvinnor mellan 40-74 års ålder, patienterna fördelas utifrån det distrikt de är bosatta i. Distrikten är ibland namngivna efter de kyrkoförsamlingar som tidigare fanns. Vidare ansvarar varje centra för omhändertagande av patienter med bröstcancermisstanke från VGM och framåt i respektive screeningområde. Det gör att distriktsläkaren måste skicka SVF-remiss till rätt bröstcentrum utifrån patientens bostadsadress.

I Stockholm finns två öppenvårdsmottagningar, Bröstcentrum City samt Bröstmottagningen i Christinakliniken på Sophiahemmet, som tidigare genomfört många mammografiundersökningar. De får inte utreda enligt SVF, eftersom de endast genomför diagnostik och inte behandling. De används som underleverantörer till de 3 bröstcentra. Inför vårdcentralutbildningen om SVF tog CaPrim tillsammans med processledare för bröstcancer på RCC Stockholm-Gotland samt Take Care förvaltningen på SLSO fram speciella SVF-remisser för bröstcancer.

Vid bröstcancerdiagnostik tas celler från misstänkta knölar i bröst för bedömning och diagnos via nål, detta kallas punktion.

Vid 27 % av vårdcentralerna togs problem upp som rörde bröstcancer. Problemen kan delas in i tre kategorier; svårigheter vid remittering, osäkerhet kring vem som har ansvar för vidare handläggning av punktionssvar samt långa väntetider trots uppfyllda VGM-kriterier.

De svårigheter vårdcentralerna tog upp vid remittering var att välja rätt bröstcentrum utifrån områdesindelningen för screening. Många distriktsläkare i Stockholm uppgav att de haft en positiv erfarenhet av mammografiremittering till Bröstcentrum City och det uttrycktes en frustration över att de inte får skicka SVF-remisser dit.

Även den nya SVF-remissen skapade bekymmer. Tidigare önskade sekundärvården en mammografiundersökning först för att patienten sedan vid radiologiskt fynd skulle få träffa en bröstkirurg. Nu gick remissen direkt till bröstkirurg. Detta medförde att samtliga bröstcentra fick ställa om eller skriva nya mammografiremisser utifrån den inkomna SVF-remissen. När konsultationsremisserna gjordes om till mammografiremisser, så ställdes ibland remissavsändare om från distriktsläkaren till bröstkirurgen. Detta ledde till att svaret på mammografien kunde komma till antingen bröstkirurgen eller distriktsläkaren. Det blev oklart

vem som skulle få och ansvara för svaret, och i en del fall fick patienten inte besked. För att undvika ovanstående skickade en del bröstcentra brev eller remissvar där inremitterande ombads att använda mammografiremiss istället, vilket var ett avsteg från det regionala vårdprogrammet.

Ansvarsfördelningen vid punktionssvar var ett annat problem som kom upp på vårdcentralerna. Det är röntgenläkaren som beslutar om punktion skall genomföras efter mammografiundersökningen. Punktion tas antingen när det finns en klar cancermisstanke eller när det finns en förändring som bedöms som troligen godartad men punktion tas för säkerhets skull. Röntgenläkaren tar aldrig ansvar för punktionssvaret utan sätter endera inremitterande distriktsläkare eller bröstkirurg som ansvarig för svaret. Vem som ska väljas som ansvarig är inte helt klarlagt och det finns ingen tydlig praxis kring detta, varför det varierar. Detta leder till flera problem på vårdcentralerna. Det mest allvarliga har varit att svar på punktioner som påvisar bröstcancer har kommit endast till inremitterande distriktsläkare, som inte vetat om att punktionen tagits. Det har också varit oklart om någon annan också sett svaret. Frågan blir vem som skall göra canceranmälan och se till att patienten får behandling. Det har även varit problematiskt vid tolkningen av godartade punktionssvar för distriktsläkaren, som behövt återremittera för att få en bedömning. När godartade punktionssvar tvärtom kommit till bröstkirurgen har dessa ibland inte meddelats patienten, i tron om att distriktsläkaren också kommer att få svaret och meddela patienten. Ett annat problem kring punktioner är oklarhet kring vem som bär kostnadsansvar för de cytologiska bedömningarna (mikroskopisk bedömning av cellprov) som görs. Ofta sätts betalningsansvaret på inremitterande vårdcentral. Dessa undersökningar är kostsamma för vårdcentraler, många gånger saknas dessutom vetskapen om att dessa punktioner tagits. Vid ett flertal vårdcentraler framkommer även långa väntetider till bedömning trots att man skickat remiss på patient med VGM. En bieffekt av detta har varit att patienten själv sökt direkt till bröstcentrum med egenremiss, eller att distriktssjuksköterskor vid telefonbedömning uppmanat patienterna att söka direkt till något bröstcentrum.

Vid ett flertal vårdcentraler framkommer även långa väntetider till bedömning trots att man skickat remiss på patient med VGM. En bieffekt av detta har varit att patienten själv sökt direkt till bröstcentrum med egenremiss, eller att distriktssjuksköterskor vid telefonbedömning uppmanat patienterna att söka direkt till något bröstcentrum.

Svårigheterna med att välja rätt bröstcentrum avhjälpes genom en länk till karta på VISS-sidan för SVF bröstcancer där man kan fylla i patientens adress för att få fram vilket distrikt hen tillhör.

CaPrim har arbetat för att alla tre bröstcentra ska handlägga SVF på ett enhetligt sätt. Södersjukhuset har nu tagit fram en SVF-mammografiremiss, där man kan fylla i vilka kriterier patienten uppfyller. Även Catio S:t Görans Sjukhus har tagit fram en liknande SVF-mammografiremiss. Detta saknas än så länge på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, men planeras även där. C

CaPrim har arbetat med problemen som rör punktioner. Samverkan sker med RCC Stockholm-Gotland, regionala processledare, de tre bröstcentra, chefsläkare på HSF och handläggare på HSF för att hitta en bättre lösning. Fortsatta möten planeras under 2019. CaPrim önskar att samtliga punktioner som tas i samband med mammografi bedöms och besvaras av bröstcentrum. Möjliga lösningar för kostnadsfrågan har diskuterats med HSF, RCC Stockholm-Gotland, och de tre bröstcentra. I mars 2019 kom förtydligande från HSF som gör gällande att bröstcentrum har hela ansvaret för diagnostik och behandling av bröstsymtom inklusive alla kostnader förknippade med detta.

13. Kolorektalcancer

För att förstå sammanhanget ges en kort beskrivning av SVF vid kolorektalcancer. VGM kolorektalcancer får man utifrån symtomkriterier. I det nationella vårdprogrammet skall då utredning med per rektumundersökning och rektoskopi (inspektion av rektum upptill 15-25 cm) utföras på vårdcentralen och sedan SVF-remiss skickas för koloskopi (bildupptagning av tjocktarmen). I Stockholm görs få rektoskopier på vårdcentralerna eftersom tillgången till koloskopi i sekundärvården är god. I samband med koloskopi tas ibland biopsier (vävnadsprov) från misstänkta förändringar för bedömning och diagnostik. Biopsisvar benämns patologisk-anatomisk diagnos (PAD).

Kolorektalcancer är också ett område där problem tas upp på ett flertal av vårdcentralerna (ca 18 %). En del VGM-kriterier ansågs vida (Ändring av annars stabila avföringsvanor i >4 veckor utan annan förklaring hos patienter över 40 år), och andra svårvärderade hos patienter med återkommande besvär (Synligt blod i avföringen där blödningen kvarstår efter 4 veckor trots adekvat behandling av annan blödningsskälla). I och med detta sågs en risk för onödiga remisser och undanträngning, vilket även noterats i enstaka fall där patienter fått vänta länge på koloskopi som remitterats med annan frågeställning än cancer (se avsnitt om undanträngning ovan).

Vid handläggning enligt det nationella vårdförloppet måste patienten tarmrengöra två gånger (inför rekto- och koloskopi) och måste bokas för återbesök på vårdcentral där läkartider är en bristvara.

Svårigheter sågs vid remittering av patienter med nedsatt allmäntillstånd som kräver inrengörande rengöring av tarmen inför koloskopi. Dessa patienter hänvisades till sjukhusmottagningarna, eller togs emot efter längre väntetider. På vårdcentralerna noterades även att remisser ibland returneras trots att patienten uppfyllde kriterier för VGM.

Ansvarsfördelningen vid PAD-svar var ett problem som kom upp på många vårdcentraler. I flera fall var det oklart om biopsi hade tagits, och vem som skulle få ta del av svaret. Koloskopisten (utförare av koloskopin) valde ibland sig själv som mottagare för PAD-svaret och ibland inremitterande distriktsläkare. Vem som ska väljas som ansvarig är inte helt klarlagt och det finns ingen tydlig praxis kring detta, varför det varierar. Ibland kom PAD-svaret både till koloskopisten och distriktsläkaren. Ibland förväntades distriktsläkaren meddela PAD-svaret till patienten, trots att svaret bara kom till koloskopisten. När PAD-svar endast kom till distriktsläkaren kunde det bli problem kring bedömning vilket ibland krävde återremittering för tolkning. Ibland krävdes bevakning av ett svar som kom till en annan vårdgivare, vilket tekniskt inte är möjligt i journalsystemet Take Care. Det finns uppenbara patientsäkerhetsrisker i detta förfarande och flera fall har uppmärksammats där cancerdiagnos fördröjts.

Synpunkterna kring rektoskopi inför koloskopi påtalades av CaPrim till processledare för kolorektalcancer på RCC Stockholm-Gotland. Beslut togs om undantag i Stockholm och att det här räckte med en proktoskopi (inspektion av rektum upptill 10 cm) eftersom patienten inom kort blir undersökt i resterande tjocktarmen. Proktoskopi kräver dessutom ingen förberedande rengöring av tarmen och kunde därmed genomföras på samma besök som misstanken uppstod. Speciell SVF-remiss för koloskopi togs även fram för att underlätta remittering vid VGM (se avsnitt om remisser i Take Care, sid 15).

Under 2018 har en nationell översyn av vårdprogrammet för kolorektalcancer gjorts, som lett till en uppdatering. VGM-kriteriet Ändrade avföringsvanor som ensamt symtom har tagits bort och ska från och med 2019 hanteras som misstanke (25).

CaPrim har arbetat med problemen vad gäller biopsier. Samverkan sker med RCC Stockholm-Gotland, regionala processledare, chefsläkare på HSF och handläggare på HSF för att hitta en bättre lösning. Önskemålet från CaPrim har varit att preliminärt svar till distrikts-

läkaren skickas ut efter koloskopi, som följs upp av ett slutsvar när PAD-svaret kommit och bedömts av koloskopisten. Denna lösning har fått gehör på HSF, och man har förtydligat i endoskopiavtalen och meddelat samtliga endoskopimottagningar i öppenvården.

14. Lungcancer

Vad gäller SVF lungcancer tar 5 % av vårdcentralerna upp att patienten får vänta länge på besök till lungmedicin trots VGM. Tolkningen av radiologiska fynd och om patienten uppfyller VGM eller inte är i vissa fall svår. CaPrim i samråd med processledare och patientrepresentanter för lungcancer arbetar med att förtydliga vårdprogram på VISS. CaPrim har även kontakt med nationella vårdprogramgruppen.

15. Huvud- och halscancer

Vid SVF för huvud- och halscancer kan beslut om VGM endast fattas av specialist i öron-näsa-halssjukdomar. I Stockholm ska alla patienter med misstanke om huvud- och halscancer remitteras enligt SVF till Öron-näsa-halskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna (ÖNH, KS).

Det finns tydligt utarbetade kriterier kring vad som ska väcka misstanke om cancer, bland annat knöl på halsen, dock har det kriteriet varit svårtolkad. Handläggningen skiljer sig om det är en hård/fast knöl (remiss direkt till ÖNH, KS) jämfört med en mjuk knöl (remiss för punktion och vid svar som inger misstanke om cancer remittera till ÖNH, KS).

Vid probleminventeringen på vårdcentralerna har distriktsläkarna upplevt att remisser avslås om punktion inte är genomförd, då det har varit otydligt på VISS att punktion skulle föregå remiss. CaPrim har tillsammans med processledare för huvud- och halscancer förtydligat detta på VISS.nu hösten 2018.

16. Diagnostiskt centrum

Ungefär hälften av patienterna som senare visar sig ha en cancersjukdom debuterar med allvarliga ospecifika symtom exempelvis trötthet, viktnedgång, smärtor eller lågt blodvärde (26). Patienter med allvarliga ospecifika symtom kan inte remitteras till en sjukdomsspecifik vårdprocess, eftersom det saknas misstanke om en specifik sjukdom. Därför finns ett SVF för patienter med allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer (AOS). Dessa kan remitteras till ett diagnostiskt centrum och i Stockholm finns två sådana centra, ett på Södertälje sjukhus och ett på Danderyds sjukhus. Tanken med detta är att säkra att även dessa patienter utreds utan medicinskt omotiverad väntetid.

Kriterierna för att remittera till detta SVF är baserade på just ospecifika symtom hos en patient som är 18 år eller äldre, att dessa symtom är nytillkomna, utan rimlig förklaring och där en basal utredning (klinisk undersökning och laboratorieprover) inte talar för någon säker diagnos. Patientens allmäntillstånd ska också medge utredning i öppenvård (27).

Vidare ska dessa patienter genomgå en datortomografi av bröstorg och buk och remitteras till Diagnostiskt centrum. Om det under utredningens gång framkommer symtom eller fynd som talar för något annat SVF ska patienten istället remitteras dit.

Allvarliga ospecifika symtom är mycket vanliga och majoriteten av patienterna har inte cancer. Ofta förklaras symtomen av andra diagnoser eller godartade tillstånd som försvinner utan behandling. Det finns även en stor grupp patienter som utretts under en längre tid på vårdcentral, och ofta även på flera enheter i sekundärvården, som är sjuka men där diagnosen är oklar. Dessa patienter får inte skickas till Diagnostiskt centrum eftersom deras symtom inte är nytillkomna.

Det som kom upp som problem på vårdcentralerna var svårigheter i att välja ut vilka patienter som skulle remitteras enligt SVF AOS. Det fanns en rädsla hos remittenten att SVF-remiss enligt AOS skulle gå i retur efter att patienten informerats skriftligen och muntligen att hen har symtom som kan bero på cancer. Dessa problem bekräftas eftersom upp till 50 % av AOS-remisserna i Stockholm går i retur med begäran om komplettering eller helt avslås. Innan en patient kan skickas enligt SVF till Diagnostiskt centrum krävs en omfattande utredning på vårdcentralen som både är tidskrävande och kostsam. Det ska även gå snabbt, helst på ett besök, vilket sällan är möjligt då patientbesök på vårdcentral i regel är 15-30 minuter långa. Eftersom besökstider är en bristvara på vårdcentralerna är det också svårt att boka återbesök.

Kriteriet kring att patientens symtom ska vara nytillkomna är svårtolkat avseende tidsperiod, vilket gör att olika aktörer gör olika tolkningar. Problemet som ofta uppstår för patienter som utretts på vårdcentralen under en längre tid med allvarliga ospecifika symtom är att för dem inte heller kan remitteras någon annanstans. Det fanns initialt en stor förväntan från primärvården på att Diagnostiskt centrum skulle hjälpa till vid dessa mycket svåra fall men det är inte deras uppdragsbeskrivning.

Arbete med hur vårdprogrammet på VISS kan förtydligas pågår, så det i framtiden ska blir lättare för distriktsläkare att skicka rätt patienter och att färre remisser går i retur. I väntan på detta råder CaPrim distriktsläkare att inte lämna ut den skriftliga patientinformationen vid SVF-remittering vid AOS utan istället muntligen förklara att remiss går till diagnostiskt centrum för bedömning om patient bör utredas enligt SVF. Frågan vad gäller tidsåtgång och kostnad finns det ännu ingen lösning på. I skrivande stund gör de diagnostiska centra även olika vad gäller datortomografin. Distriktsläkaren ska både skriva datortomografiremiss och SVF-remiss när patienter skickas till Södertälje sjukhus, men på Danderyds sjukhus räcker det med en konsultremiss till Diagnostiskt centrum. Arbete pågår för ett enhetligt remissförfarande till bägge diagnostiska centra.

Ytterligare en patientgrupp kan skickas till Diagnostiskt centrum, nämligen Cancer med okänd primärtumör (CUP). Vid denna SVF-utredning påtalas samma problem som vid AOS vad gäller tidsåtgång och kostnad för utredningen som ska göras på vårdcentralen men här är urvalet på vilka som ska remitteras mycket lättare och remisser går i mindre utsträckning i retur.

17. Gynekologisk cancer

I Stockholm finns ca 46 gynekologiska öppenvårdsmottagningar som drivs i olika former av privat regi. Patienter kan söka öppenvårdsgynekolog utan remiss. Vårdcentralerna i Stockholm handlägger därför inte i någon stor utsträckning gynekologiska problem. Patienter hänvisas oftast redan i telefon till öppenvårdsgynekolog. Detta skiljer sig från övriga landet.

Vid probleminventeringen ute på vårdcentralerna har de gynekologiska cancererna mycket sällan tagits upp. På VISS.nu har vårdprogram för SVF gynekologiska cancer i första hand riktat sig till öppenvårdsgynekologer. Där står bland annat att ultraljudsundersökning vaginalt ska göras samt ibland att cancermarkörer ska tas.

CaPrim arbetar nu aktivt med att uppdatera dessa dokument i samråd med processledare på RCC Stockholm-Gotland så de istället vänder sig till primärvården, vilka de ska vara till för.

Diskussion

Primärvården har sedan länge genomfört cancerutredningar. Införandet av SVF med standardiserad prioritering, snabbspår och korta ledtider har emellertid inneburit ett delvis förändrat arbetssätt för primärvården. För att underlätta och implementera detta nya arbetssätt har CaPrim erbjudit fortbildning till primärvårdens medarbetare, både lokalt på vårdcentraler i region Stockholm och på Gotland. Probleminventeringen som beskrivs i denna rapport visar på ett stort behov av fortsatt kontinuerlig fortbildning om SVF och cancer. Det finns även ett behov av riktad information om SVF för medarbetare i övriga vården, t ex på akutmottagningar, inom företagshälsovård och på närakuter.

Genom införandet av SVF har behovet av smidigare och bättre samarbete mellan primärvården och sekundärvården synliggjorts. Detta är angeläget så att inte viktig och onödig tid förspills för patienten i samband med överföringar mellan olika aktörer och vårdformer. Ett strukturerat och standardiserat arbetssätt för dessa överföringar är efterlängtade i primärvården. Samverkan mellan primär- och sekundärvården är emellertid extra utmanande i Stockholm där det på grund av vårdval finns många aktörer, ofta med olika avtal. Detta har tydliggjorts vid probleminventeringen särskilt vid specifika SVF där man vid VGM har flera valbara remissmottagare.

SVF har välkomnats i primärvården och kanske kommer detta arbetssätt även anammas vid andra diagnoser än cancer. Jämlig vård är viktigt oavsett var i Sverige man bor och oavsett diagnos. Nu utvecklas nationella vårdprogram för primärvården för alla diagnoser och ett nationellt kliniskt kunskapsstöd (motsvarande VISS) håller på att tas fram (28). Utformandet och implementeringen av SVF har legat till grund för denna utveckling. För att de nationella riktlinjerna ska kunna användas regionalt krävs emellertid anpassningar framför allt i primärvården där utmaningarna ser olika ut i olika delar av landet.

För att samverkan ska fungera mellan primär- och sekundärvården så att patienter med cancer får bästa omhändertagandet behöver samtliga aktörer finnas representerade vid utformning av både nationella och regionala vårdprogram. Utifrån de resurser som CaPrim idag har försöker teammedlemmarna att delta i detta arbete i så stor utsträckning som möjligt. Här ingår även att på olika sätt bistå regionala och nationella vårdprogramgrupper. Stora vinster har redan nu framkommit genom samarbetet mellan CaPrim och RCC Stockholm-Gotland, HSF samt sekundärvårdsmottagningar inte minst när det gäller det ständiga arbetet med att tillsammans lösa olika problem för att underlätta och förbättra vårdarbetet.

Viktigt är även gränsdragningar mellan primär- och sekundärvårdens uppdrag när det gäller patienter med cancer. Historiskt sett har primärvårdens uppdrag sett annorlunda ut jämfört med idag. Mycket som tidigare skett på vårdavdelningar på sjukhus sker nu istället i hemmet. Dessutom skrivs patienter ut snabbare efter sjukhusvistelse och mottagningarna inom sekundärvården ger mer subspecialiserad vård än tidigare.

Mycket av sekundärvårdens tidigare basuppdrag sker numera inom primärvården. Detta innebär att primärvårdens uppdrag har vuxit. Många nya patientgrupper remitteras till primärvården för utredningar, kontroller och behandlingar. Det innebär stora undanträngningseffekter på vårdcentraler. Svårt sjuka patienter får vänta allt längre på besök till distriktsköterskor och distriktsläkare, väntetiderna ökar snabbt. Detta gäller inte minst de äldre och multisjuka patienterna som specialister i allmänmedicin har det primära ansvaret för. Primärvården har fått tydliga direktiv att öka tillgängligheten för dessa patienter i första hand.

Det finns många nya patientgrupper som primärvården både har kunskap och vilja att kunna sköta, men det finns inte resurser. Avtal behöver förtydligas och synkroniseras så att både ekonomiska och personella resurser förs över när arbete som tidigare utförts på annan klinik förs över till primärvården. Många av problemen som kommit fram i probleminventeringen avser överlämningar och gränsdragningar.

Vården i Sverige är ofta strukturerad utifrån patientens diagnos. Vårdförlopp utformas även de utifrån olika diagnoser. I primärvården söker patienter med symtom som ofta inger misstanke om många olika diagnoser. Många VGM kriterier överlappar vilket leder till behov av prioritering mellan olika SVF. Dessutom överlappar VGM med symtom för andra diagnoser än cancer, där diagnos inte heller får försenas. Patienter kan dessutom ha många andra diagnoser som kan påverka den kliniska bilden. Detta är en stor utmaning samtidigt som det är kärnan i allmänmedicin. Kunskapen om olika sjukdomar härstammar ofta från forskning i sekundärvården. Det finns ett stort behov av bättre kunskap när det gäller området cancer utifrån ett primärvårdsperspektiv samt forskning som utgår från symtom snarare än diagnos. VGM-kriterier borde anpassas efter forskningsresultat i primärvården men då måste mer forskning bedrivas där.

Framöver för att kunna utveckla och förenkla arbetet med SVF i primärvården behövs bättre IT-stöd och även integrerade beslutsstöd för prioritering. I England finns ett system där läkare i primärvården uppmärksammas via journalsystemet om patienten har mer än 3 % risk för någon cancer. Liknande system håller på att utvecklas i Finland där även andra diagnoser än cancer ingår (29,30).

CaPrim fick initialt ett uppdrag till och med 2018 som har förlängts till och med 2020. Uppdraget behöver permanentas och därmed ingå i APCs övergripande avtal. Behovet av att primärvårdsperspektivet lyfts är stort när det gäller ämnesområdet cancer.

För att utveckla och förbättra vårdarbetet i primärvården behövs verktyg för att mäta och utvärdera det arbete som idag sker på vårdcentraler inför start av ett SVF. Under 2019 kommer CaPrim mål att utveckla kvalitetsmått för att mäta och utvärdera interventioner avseende SVF i primärvården.

Behovet av standardiserad rehabilitering efter cancerdiagnos och samverkan mellan primär- och sekundärvård efter ett avslutat SVF ökar. Mer information kring CaPrims arbete med dessa frågor redovisas i rapporten "Cancerrehabilitering i primärvården – En kartläggning av rehabiliteringsaktörer, överremittering och samverkan samt utbildningsbehov".

Tillkännagivande

Den 12 februari 2019 tilldelades CaPrim Gyllene äpplet, SLLs pris för initiativ som inneburit utveckling för både individ och verksamhet, med motiveringen:

Med en patientgrupp i fokus, där tiden är avgörande för behandlingsresultatet, har det primärvårdsbaserade multiprofessionella teamet byggt en bro mellan vårdgivare genom kunskapsspridning.

Referenser

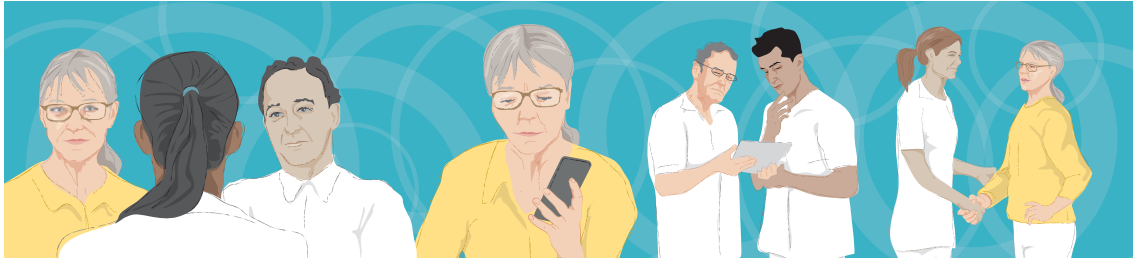
1. Ayoubi S, Johansson E, Toorell N, Bergman O, Fredholm L, Hont G, m.fl. **CANCER I SIFFROR 2018**. [citerad 15 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20976/2018-6-10.pdf>
2. Utredningen En nationell cancerstrategi. Statens offentliga utredningar. betänkande 2009:11, 2009:11,. Stockholm: Fritze; 1922.
3. Tabár L, Vitak B, Chen TH-H, Yen AM-F, Cohen A, Tot T, m.fl. **Swedish Two-County Trial: Impact of Mammographic Screening on Breast Cancer Mortality during 3 Decades**. *Radiology*. 01 september 2011;260(3):658–63.
4. Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. **The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK**. *Lancet Lond Engl*. 17 juli 2004;364(9430):249–56.
5. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, m.fl. **The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer**. *N Engl J Med*. 30 november 2000;343(22):1603–7.
6. Tørring ML, Frydenberg M, Hansen RP, Olesen F, Vedsted P. **Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: a cohort study in primary care**. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. juni 2013;49(9):2187–98.
7. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, m.fl. **Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review**. *Br J Cancer*. 31 mars 2015;112 Suppl 1:S92-107.
8. Svendsen RP, Støvring H, Hansen BL, Kragstrup J, Søndergaard J, Jarbøl DE. **Prevalence of cancer alarm symptoms: A population-based cross-sectional study**. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(3):132–7.
9. Ewing M. **Identification and early detection of cancer patients in primary care** [Internet]. 2018 [citerad 30 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/55379>
10. Khan S. **Cancerincidens i Sverige 2014**. [citerad 15 januari 2019]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20008/2015-12-26.pdf>
11. SVF i primärvården: Kartläggning av personalens uppfattning om tillämpning, egen kunskap, arbetssätt, datasystem och utvärdering av CaPrim-teamets insatser. 2018 [citerad 15 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.calameo.com/read/0057303281dc3e87c1941>
12. **Viss - medicinskt och administrativt stöd för primärvården** [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <http://viss.nu/Om-Vissnu/Om-Viss/>
13. **SAS Information Delivery Portal** [Internet]. [citerad 21 februari 2019]. Tillgänglig vid: <http://gups.sll.se/SASPortal/navigatedo?PortalPage=PortalPage%2Bomi%3A%2F%2FFoundation%2Freposname%3DFoundation%2FPSPortalPage%3Bid%3DA5NPX13I.CJ00000C>
14. **Ersättning för husläkarverksamhet | Vårdgivarguiden** [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/huslakarverksamhet/Ersattning/>

15. Valhandbok.pdf [Internet]. [citerad 05 februari 2019]. Tillgänglig vid: <http://www.gups.sll.se/val/Valhandbok.pdf>
16. Cancerregistret [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/cancerregistret>
17. Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF) [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>
18. Patientinformation om standardiserade vårdförlopp [Internet]. [citerad 15 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/patientinformation/>
19. Vårdvalen i Region Stockholm [Internet]. [citerad 15 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/valja-vardgivare>
20. Wigzell O. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. 2017 [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20764/2017-11-14.pdf>
21. Klassifikation av vårdåtgärd | Vårdgivarguiden [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardinformatik/klassifikationer/kva/>
22. Nu finns patientinformation om standardiserade vårdförlopp [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/om-oss/nyheter/nu-finns-patientinformation-om-standardiserade-vardforlopp/>
23. Urologi, specialiserad - Vårdval Stockholm | Vårdgivarguiden [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/urologi/>
24. Nationellt vårdprogram cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinvagscancer/vardprogram/>
25. SVF för tjock- och ändtarmscancer uppdaterat – för införande 2019 [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/om-oss/nyheter/2018/november/svf-for-tjock-och-andtarmscancer-uppdaterat-for-inforande-2019/>
26. Nielsen TN, Hansen RP, Vedsted P. [Symptom presentation in cancer patients in general practice]. *Ugeskr Laeger*. 11 oktober 2010;172(41):2827–31.
27. Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer [Internet]. [citerad 16 januari 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/allvarliga-ospecifika-symtom/>
28. Nationellt kliniskt kunskapsstöd [Internet]. [citerad 05 februari 2019]. Tillgänglig vid: <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/#/Om>
29. Duodecim in English The Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support [Internet]. [citerad 05 mars 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.duodecim.fi/english/products/ebmeds/>
30. QCancer 2017 [Internet]. [citerad 05 mars 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.qcancer.org/>

Bilagor

Bilaga 1. Patientinformationsblanketten

Vi behöver utreda dig för misstanke om cancer



- 1 Du har symtom som behöver utredas**
Något av dina symtom eller provsvar kan tyda på cancer eller annan sjukdom. Det behöver inte vara cancer, men det kan inte uteslutas utan fler undersökningar.
- 2 Du blir snart kontaktad**
Om du inte har fått en bokad tid direkt, kommer du att bli uppringd inom kort. Tala med din läkare om hur du enklast blir nådd. Sjukvården ringer ofta från dolt nummer. Kallelsen kan också komma per post.
- 3 Utredningen inleds**
Specialistmottagning:
Undersökning:
- 4 Efter inledande utredning**
Svar på undersökningen får du vid nästa besök, på specialistmottagningen eller hälso-/vårdcentralen. Ta gärna med en närstående.

Det var inte cancer

I många fall visar undersökningen att det inte är cancer. Vad som händer nu beror på vad undersökningen visade och vilket vårdbehov du har.

Cancermisstanken finns kvar

Du och vårdpersonalen planerar in fler undersökningar om det behövs. Ni diskuterar behandling om diagnosen redan är klar. En grupp med specialister hjälper till att bedöma och föreslå behandlingsalternativ. Du får starta behandling så snart som möjligt.

Kontakt och mer information

Har du frågor eller känner oro under utredningen?
Ring Cancerrådgivningen och prata med en specialistsjuksköterska.

Telefon: 08-123 138 00

E-post: cancerradgivningen@sll.se

Du hittar mer information på 1177 Vårdguiden,
1177.se/vardforlopp

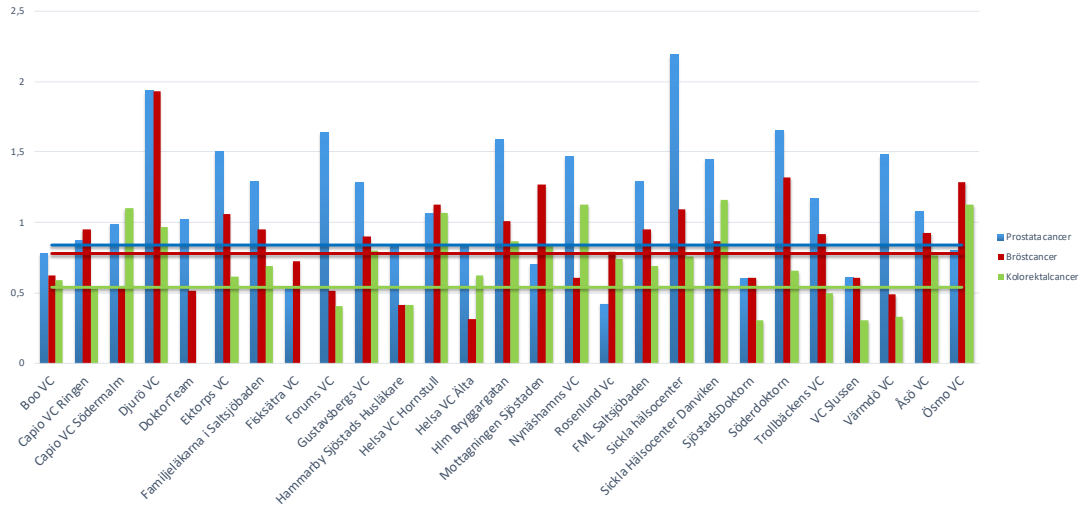
Sjukvården kortar väntetiderna

Undersökningarna görs enligt ett nytt arbetssätt som kallas standardiserat vårdförlopp. Arbetssättet ingår i en nationell satsning för kortare väntetider i cancervården. Satsningen innebär att alla patienter ska få tillgång till en snabb och likvärdig utredning och behandling oavsett var i landet de bor.

Bilaga 2. Cancerincidens per VC per AVC 2016

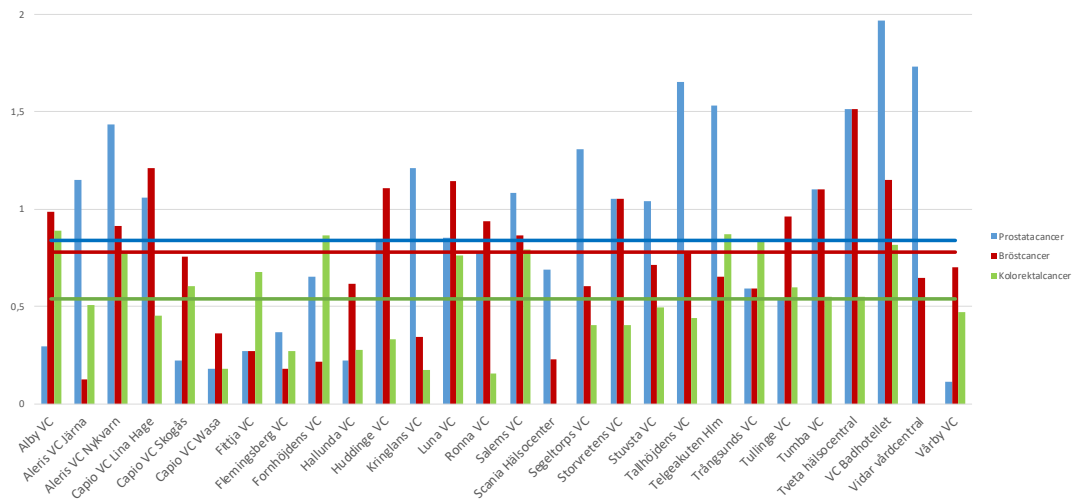
Gustavsbergs AVC

Incidens per 1000 listad



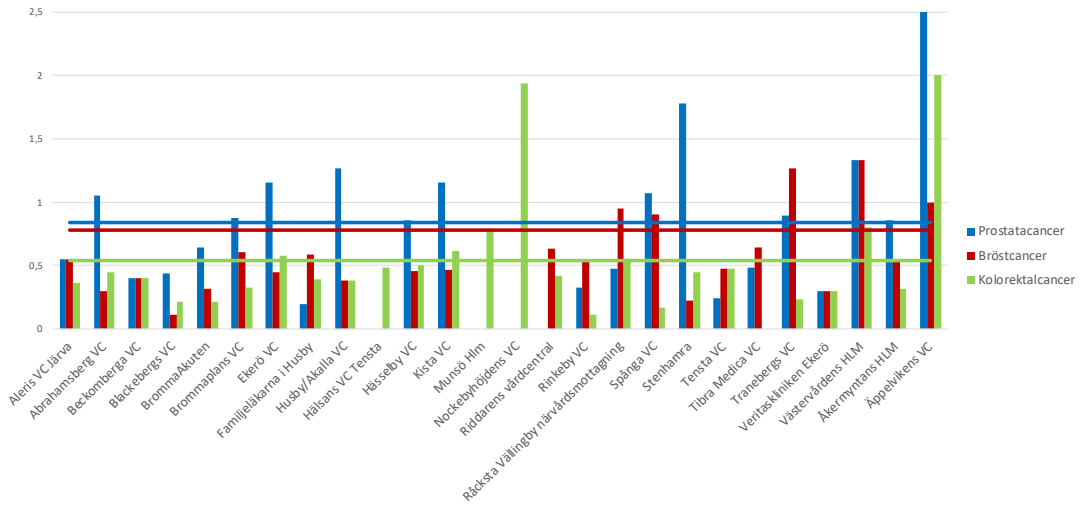
Huddinge Flemingsbergs AVC

Incidens per 1000 listad



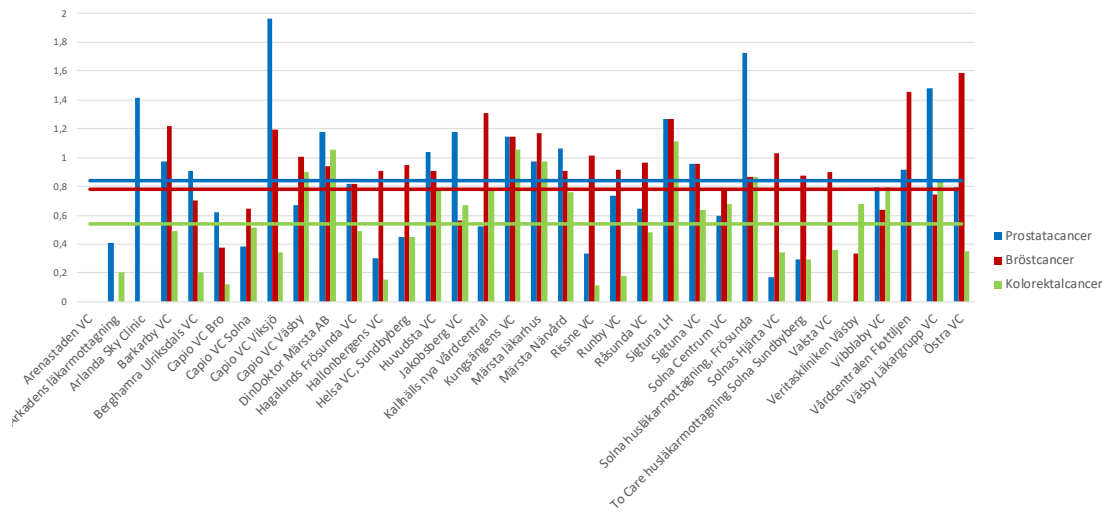
Hässelby Akalla AVC

Incidens per 1000 listad



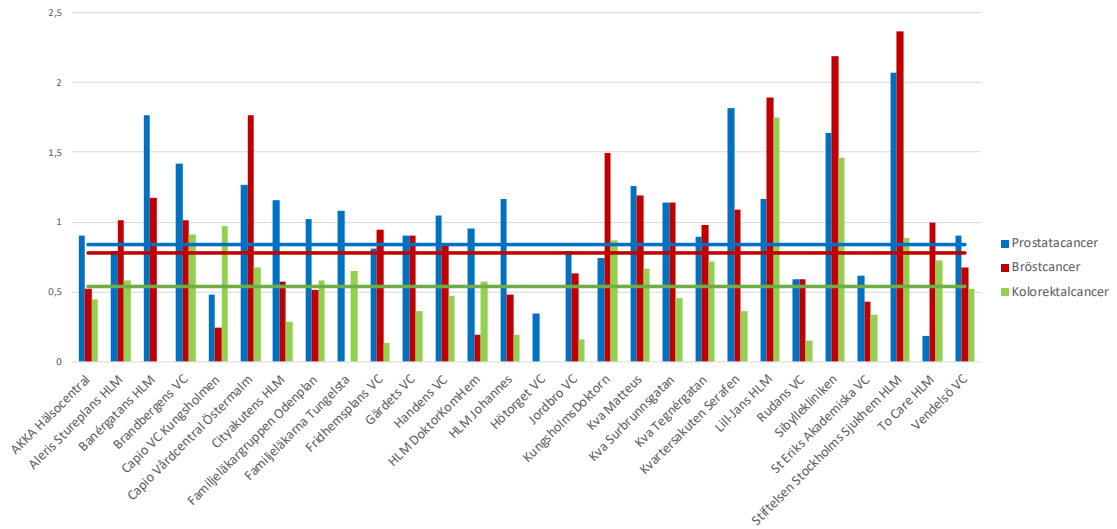
Jakobsbergs AVC

Incidens per 1000 listad



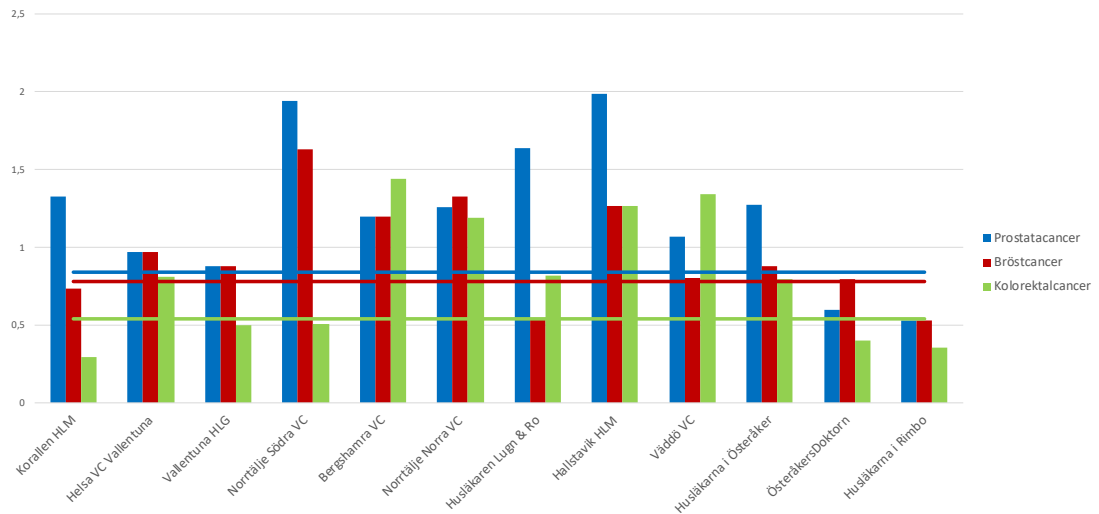
Sankt Eriks AVC

Incidens per 1000 listad



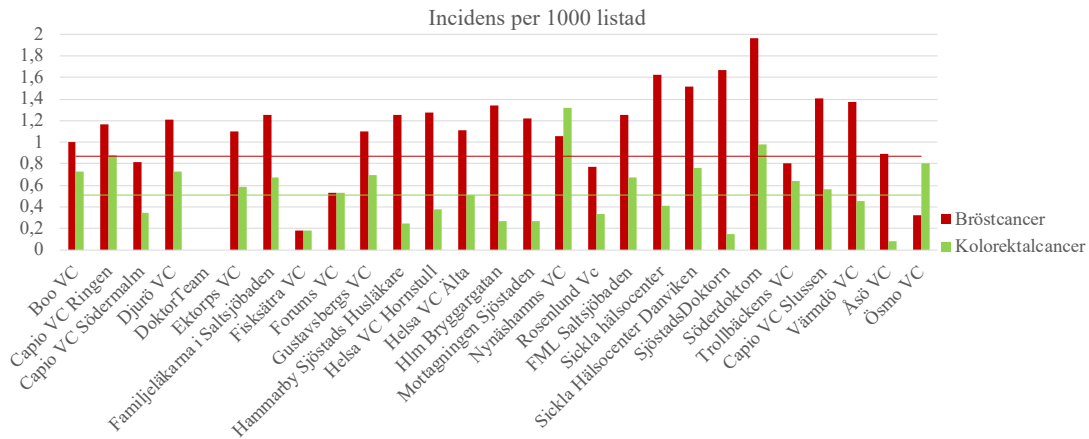
TioHundra AVC

Incidens per 1000 listad

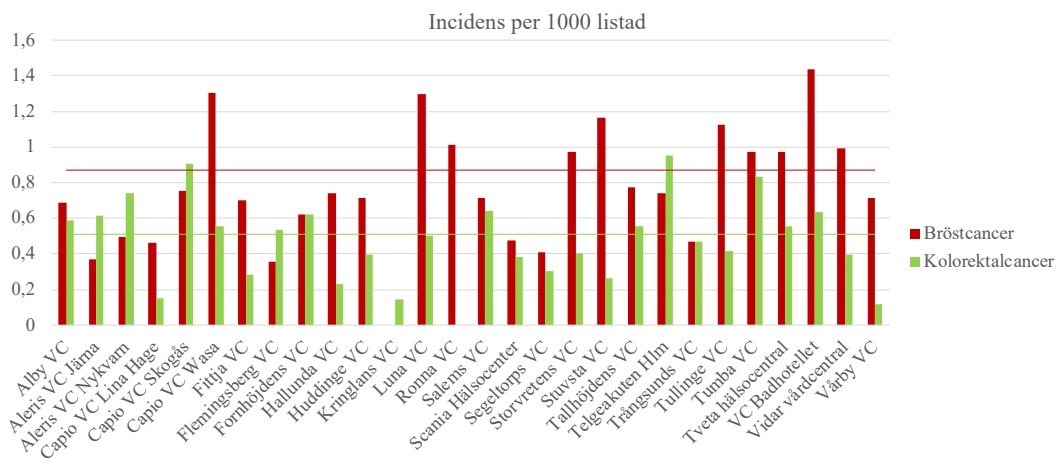


Bilaga 3. Cancerincidens per VC per AVC 2017

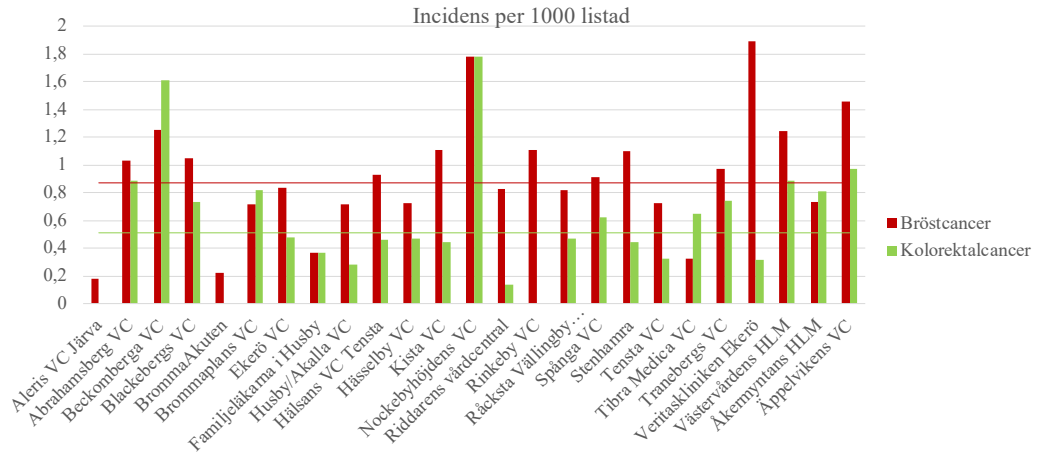
Gustavsbergs AVC



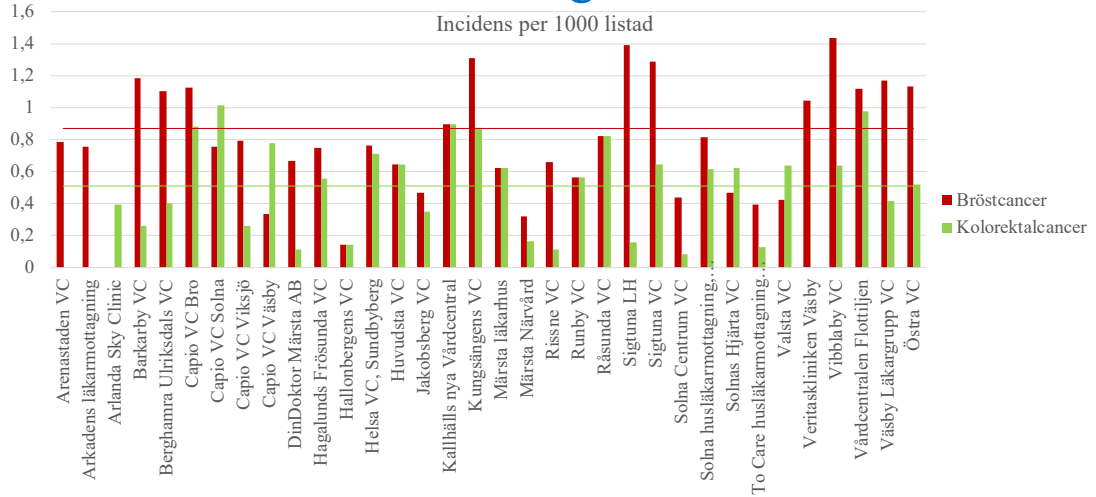
Huddinge Flemingsbergs AVC



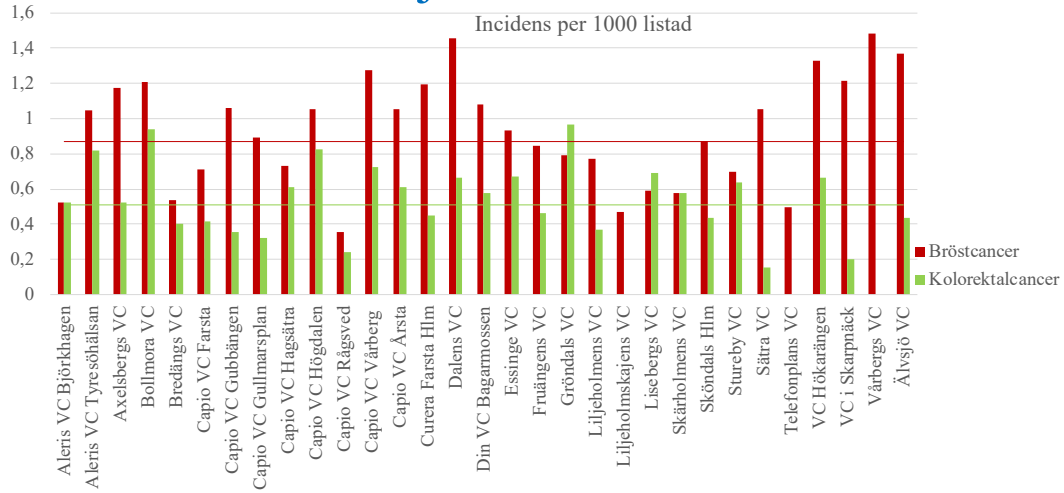
Hässelby AVC



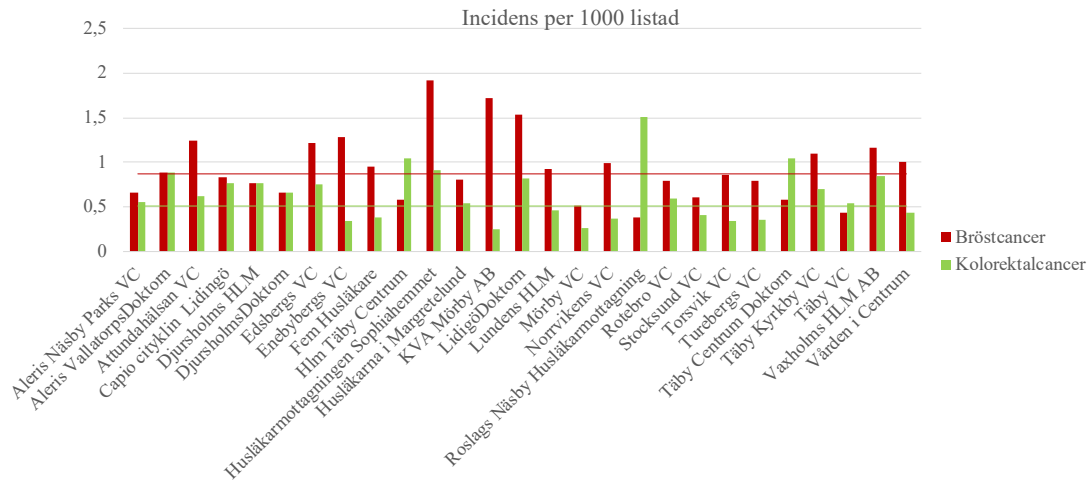
Jakobsbergs AVC



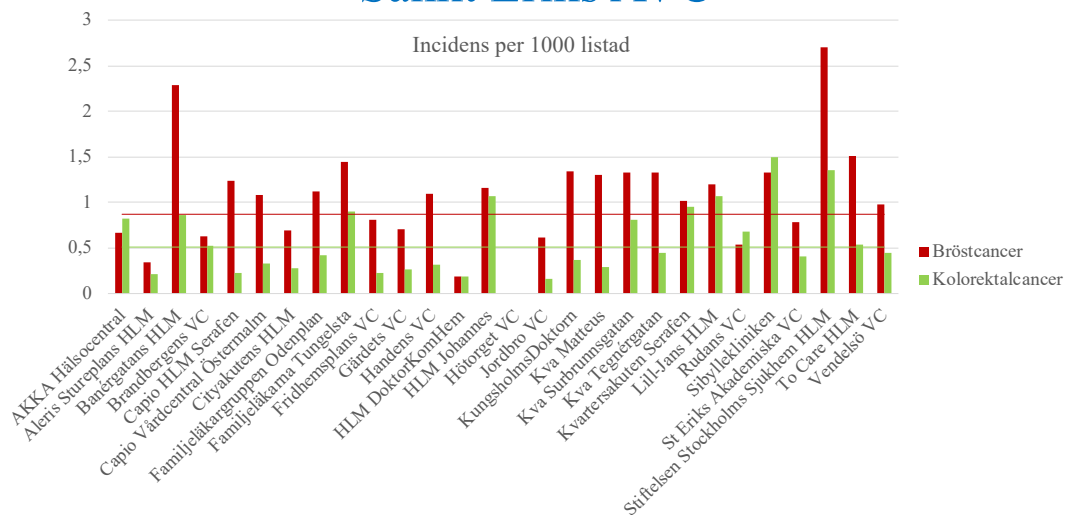
Liljeholmens AVC



Mörby AVC



Sankt Eriks AVC



TioHundra AVC

