

# STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP – vad kan vi lära av England?

Standardiserade vårdförlopp är den största satsningen någonsin inom svensk cancersjukvård. I England gjordes en liknande satsning för 15 år sedan, som sedan dess har haft mycket stor inverkan på den engelska cancersjukvården. Docent **Ola Bratt** har arbetat som urolog i England sedan 2014. Han sammanfattar här den engelska modellen och analyserar dess för- och nackdelar.

Våren 2014 beslutade den svenska regeringen att 2 miljarder kronor skulle satsas på cancersjukvården, med en särskild kraftansamling för att korta väntetiderna. Efter någon månads diskussion bestämde man sig för att det danska "paketförloppet" skulle stå som förebild för det som nu benämns "standardiserade vårdförlopp" (SVF). Fem cancerformer valdes ut som avantgarde. Vårdprogrammgrupperna fick bara ett par månader på sig att definiera ingångskriterier, utredningspaket och maximala ledtider. Under 2016 följde ytterligare 13 cancerformer. Reaktionerna från sjukvården och de aktuella patientföreningarna har varit blandade, allt från glädjande rapporter om stora förbättringar av patientflöden till sukar över ökad administrativ börda och över att det gavs för lite tid åt att bestämma hur de olika vårdförloppen skulle se ut. I

England infördes något som liknar SVF redan för 15 år sedan. Vad kan vi lära av erfarenheterna från andra sidan Nordsjön?

#### FÖRSTA CANCERPLANEN I VÄRLDEN

År 1999 publicerade International Agency for Research on Cancer (IARC, Världshälsoorganisationens cancersektion) en rapport (EUROCORE-2), som placerade Storbritannien bland de länder i Europa med högst dödlighet i många cancersjukdomar. Den statliga sjukvården, National Health Service (NHS), brottades på 1990-talet med långa och mycket varierande väntetider och behandlingsrutiner. Den brittiska regeringen, ledd av Tony Blair (Labour), lade därför år 2000 fram en nationell cancerplan. Den beskrevs som den första i sitt slag i världen. Hela 570 miljoner pund per år sköts till NHS-budgeten för att förbättra cancer-

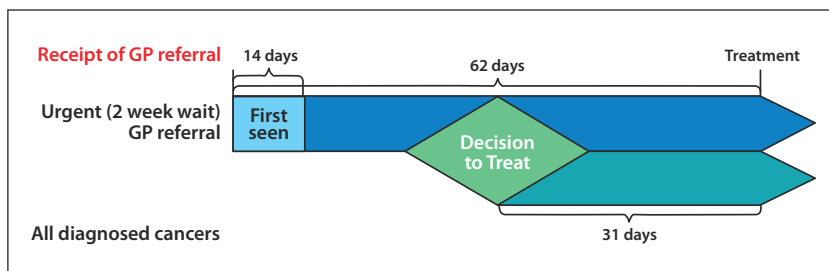
sjukvården, varav 50 miljoner pund per år var öronmärkta för förbättrad palliativ vård. Hörnstenarna i planen var nationella riktlinjer, multidisciplinära konferenser (MDK) och definierade maximala ledtider. De nationella riktlinjerna utarbetas av National Institute for Health and Care Excellence (NICE, bildades 1999). NHS måste enligt lag erbjuda de behandlingar som NICE rekommenderar.



#### KRITERIER FÖR ATT REMITTERA FÖR MISSTÄNKT CANCER

Precis som i Sverige finns det i England väl definierade kriterier för när en patient ska remitteras för misstänkt cancer

(“a suspected cancer pathway referral” eller “a 2-week waiting referral”). Det finns också kriterier för när remissen ska skickas akut för omedelbart omhändertagande. Kriterierna är vida; år 2014 bestämde NICE att patienter som har symptom eller tecken som medför mer än 3 procents risk för cancer ska remitteras enligt rutinerna för “Cancer Pathway”. NICE publicerade samma år en noggrann (405 sidor!) litteraturgenomgång av det positiva prediktiva värdet för ett stort antal symptom och tecken. Som exempel kan nämnas kriterierna för blåscancer och kolorektalcancer (Faktaruta 1 och 2).



Figur 1: Illustration av längsta accepterade ledtider för utredning av misstänkt och behandling av bekräftad cancer i England.

#### KRITERIER FÖR REMISS FÖR KOLOREKTALCANCER

- Personer över 40 år med oförklarad viktnedgång och buksmärtor
- Personer över 50 år med oförklarad rektalblödning
- Personer under 50 år med oförklarad rektalblödning samt buksmärtor, järnbristanemi, viktnedgång eller ändrade avföringsvanor
- Personer över 60 år med järnbristanemi, ändrade avföringsvanor eller ockult blod i avföringen (indikationer för att testa för ockult blod finns specificerade)
- Palpabel resistens i rektum eller i buken

#### DEFINIERADE LÄNGSTA ACCEPTABLA LEDTIDER

Britterna valde att göra systemet enkelt (Figur 1):

- Alla patienter med misstänkt cancer ska träffa en specialist på sjukhus inom 14 dagar från det att remissen har tagits emot. Dessa remisser faxas eller sänds elektroniskt, så i praktiken är det också inom 14 dagar från det att remissen skickats.

**“Om sjukhusen inte lyckas handlägga patienterna inom de angivna tidsgränserna, får de betala böter till den lokala beställarnämnden.”**

- Behandlingen ska påbörjas inom 31 dagar från behandlingsbeslutet och inom 62 dagar från remissen till sjukhuset.

Ovanstående gäller för alla cancerformer, med undantag för akut leukemi och testiscancer samt för cancer hos barn. De senare ska behandlas inom 31 dagar från remissdatum. I cancerplanen år 2000 angavs när olika delmål skulle uppnås, med ett slutligt mål att alla patienter med misstänkt och eventuellt senare konstaterad cancer skulle utredas och behandlas inom dessa tider från år 2005.

Satsningen har utan tvekan varit effektiv: i England har de senaste åren 94 till 96 procent av patienter som remitterats för misstänkt cancer träffat en sjukhusläkare inom 14 dagar. Mellan 96

#### KRITERIER FÖR REMISS FÖR MISSTÄNKT BLÅSCANCER

- Personer över 45 år med makroskopisk hematuri utan infektion
- Personer under 45 år med makroskopisk hematuri som kvarstår efter behandling för infektion
- Personer över 60 år med mikroskopisk hematuri och samtidig dysuri eller ökade vita blodkroppar i blodprov

till 98 procent av de som senare visat sig ha cancer har fått behandling inom 62 dagar från remissdatum och 98 procent inom 31 dagar från behandlingsbeslutet.

### MDK-KOORDINATORER

För att hålla ordning på alla patienter som är "on a cancer pathway" inrättades i början av 2000-talet ett stort antal tjänster för "MDK-koordinatorer". På universitetssjukhuset i Cambridge finns för närvarande 20 heltidsanställda sådana. MDK-koordinatorerna snappar upp patienterna på MDK och ser sedan till att de utreds och behandlas inom tidsramen (det är andra personer som ser till att de som remitterats för cancermisstanke får ett mottagningsbesök inom 14 dagar). De engelska MDK är starkt påverkade av kraven på att hålla tider för primär diagnostik och behandling. Alla biopsier för misstänkt cancer diskuteras på MDK, där återbesökstid bokas och bildiagnostik beställs om det visar sig vara cancer. Remiss till högspecialiserad vård sker alltid via MDK, då de mindre sjukhusen vanligen deltar via telelänk. På remissen anges hur långt klockan tickat, till exempel "Cancer Pathway day 28".

gar från remissdatum och ytterligare 1 000 pund om behandlingen inte påbörjas inom 31 dagar från behandlingsbeslutet. När jag arbetade i Oxford år 2014 var böterna hela 5 000 pund om behandlingen inte påbörjas inom 62 dagar från remissdatum.

### LETT TILL "RIMLIGT JÄMLIK VÅRD"

Min urologkollega Bill Turner blev färdig urolog i slutet av 1990-talet. Han menar att den viktigaste effekten av de reformer som genomfördes för cancersjukvården åren efter sekelskiftet är att man numera har en rimligt jämlig vård. Tidigare varierade väntetider, utredningar och behandlingar väldigt mycket.

– Det var rena postkodlotteriet, säger han. Eftersom allmänläkarna tidigare remitterade till en specifik överläkare ("consultant"), inte till kliniken, kunde väntetiderna variera kraftigt även inom en och samma klinik.

Han betonar särskilt den betydelse de nationella riktlinjerna (NICE Guidelines) har haft. Som negativt upplever han att de höga böterna har medfört att fokus har hamnat mer på ledtider än på resultat ("a target culture") och att det behövs

spektrum har vi å ena sidan patienter med allmänsymtom av ett misstänkt högmalignt lymfom eller med smärtor av metastaserad cancer. Den andra ytterligheten kan representeras av en åldrad man med ett PSA på 7,1 ng/ml, utan symtom och med en palpatoriskt benign prostataförstoring. Samtidigt skakar Bill skeptiskt på huvudet när jag berättar hur finkornigt differentierade de svenska standardiserade vårdförloppen är.

**"Det kan ibland gå alltför snabbt – patienterna hinner då inte smälta informationen om att de har cancer innan de ligger på operationsbordet."**

### BÖTER OM LEDTIDERNÄ INTE HÅLLS

Om sjukhusen inte lyckas handlägga patienterna inom de angivna tidsgränserna får de betala böter till den lokala beställarnämnden ("The Clinical Commissioning Group", domineras av allmänläkare). Det finns inga nationellt fastslagna bötesbelopp, dessa bestäms av de olika lokala beställarnämnderna. I Cambridge är böterna 200 pund om patienten inte får träffa en sjukhusläkare inom 14 dagar från remissdatum, 1 000 pund om behandlingen inte påbörjas inom 62 da-

väldigt många administratörer för att hålla ordning på var alla patienter befinner sig tidsmässigt. Han tror att yrkesstoltheten hade räckt långt för att sjukhusen skulle handlägga patienterna inom de definierade ledtiderna. Dessutom kan det ibland gå alltför snabbt – patienterna hinner då inte smälta informationen om att de har cancer innan de ligger på operationsbordet. Vidare tycker han att det är orimligt att det ska vara samma ledtider för alla typer och stadier av cancer. Som exempel på ytterligheterna i detta

### SAKNAR GENUINT ENGAGEMANG

Claire Holmes är "Operations Manager for Cancer" vid universitetssjukhuset i Cambridge, ett av de allra största och mest välrenommerade sjukhusen i Storbritannien. Hon började arbeta som MDT-koordinator i Manchester år 2003 och har sedan dess arbetat med att administrera cancersjukvård på olika nivåer vid flera olika engelska sjukhus.

Claire berättar att det tog ett par år innan man kunde märka av några betydande effekter på väntetiderna. Först när



man på sjukhusen förstod hur man skulle omorganisera vården, började det hända saker. Hon nämner "Joint Clinics", där patienten både träffar en kirurg och en onkolog, och "One Stop Clinics" där patienten både får en första bedömning och en undersökning vid samma besök (kommentar: så har det fungerat i Sverige hela det kvartssekel som jag har arbetat inom urologin, till exempel prostatabiopsi eller cystoskopi vid första besöket). En annan faktor som Claire lyfter fram som förklaring till att det dröjde flera år innan väntetiderna minskade till nuvarande nivå, är att det tog tid att få befolkningen att bli medveten om att cancer ska utredas snabbt och om att det i NHS finns ett särskilt snabbspår för detta.

Claire tycker att det nuvarande systemet i stort sett är bra, men hon upplever att det på senare år för sjukhusledningen allt mer blivit en fråga om att hålla tider och att bocka av att obligatoriska åtgärder har utförts ("box ticking"), än ett genuint engagemang för att hålla en hög kvalitet och att förbättra patienternas omhändertagande. Vid upprepade tillfällen har hon (liksom jag själv) upplevt att de höga böterna har lett till att etiken har åsidosatts, när korta ledtider har getts högre prioritet än patienternas väl. Hon berättar också om undanrängningseffekter för icke cancer-relaterad sjukvård och medger att stora personalresurser läggs på att administrera, resurser som skulle ha kunna ha lagts på patientnära sjukvård.

#### EGNA REFLEKTIONER

Det är ingen tvekan om att de engelska reformerna inom cancersjukvården har varit mycket framgångsrika när det gäller att korta ledtiderna för primär diagnostik och behandling. Systemet med

höga böter har säkert varit en bidragande faktor. Det är underbart att arbeta i en miljö där man kan skicka ett e-brev till en administratör under pågående mottagningspass med besked om att det inte har varit möjligt att planera in samtliga dagens patienter för operation inom 31 dagar, och kunna räkna med att inom ett par dygn få besked om en eller flera extra operationsdagar (inte sällan en lördag, med rejält lönepåslag). Även mottagningskapaciteten är flexibel: Man tillåter helt enkelt inte att köer byggs upp.

En annan trolig framgångsfaktor är att de maximala ledtiderna är lika för alla cancerformer. Om jag markerar "Cancer Pathway" på röntgenremissen, så vet personalen på röntgenavdelningen att undersökningen ska utföras inom en vecka. Samtidigt ger denna brist på differentiering ("one size fits all") negativa effekter för patientgrupper där behandlingsbeslutet inte är brådskande, som vid lokaliserad prostatacancer av lågrisk- och mellanrisktyp. Patienter med lokaliserad prostatacancer pressas ofta till att fatta beslut om sin behandling utan tillräcklig betänketid. Man kan också förundrat skaka på huvudet för att sjukhuset måste bedöma en åldrad, symtomfri man med ett lätt ökat PSA-värde inom 14 dagar, men om man tänker ett steg djupare är det rimligen bra för mannen att få en snabb bedömning och det kräver inte mer resurser att bedöma honom inom två veckor än efter två månader – så vad är egentligen problemet? Mer kritisk är jag till deras modell för MDK. Det låter bra att varje patient bedöms av

ett multidisciplinärt team, men den stora mängden patienter som diskuteras på konferenserna (60-80 under 2 timmar) gör att det oftast bara blir en grov sortering på gruppnivå, med lite hänsyn till individuella faktorer. Det finns inget utrymme för att diskutera behandlingsvalen vid recidiv och progress på MDK, trots att det då ofta är mer komplicerade behandlingsbeslut än inför den primära behandlingen.

En intressant fråga är om de mycket förkortade ledtiderna i England har lett till förbättrade behandlingsresultat. EU-ROCARE-5, som omfattar patienter diagnostiserade mellan år 2000 och 2007, placerar fortfarande Storbritannien i botten och Sverige i toppen (trots längre ledtider) när det gäller femårsöverlevnad för de flesta cancerformer. Detta nedslående resultat resulterade i en ny cancerplan i England, som offentliggjordes våren 2016. I denna läggs större tyngd på prevention (rökning, alkohol och kost), primärvård, centralisering av cancerkirurgi, modernare strålbehandlingsutrustning och patienternas livskvalitet.

Många menar att SVF är det bästa som har hänt svensk cancersjukvård någonsin. Jag tror att SVF och de ekonomiska resurser som har tillförts ger förutsättningar för betydande förbättringar av såväl kvalitet som av ledtider. Men om vi ska kunna uppnå dessa förbättringar krävs en förändrad ledningskultur inom sjukvården: Vi måste ha en mycket bättre följsamhet till nationellt beslutade mål på landstings- och förvaltningsnivå – där har vi mycket att lära av britterna!

OLA BRATT, CONSULTANT UROLOGICAL SURGEON  
CAMBRIDGE UNIVERSITY HOSPITALS NHS FOUNDATION TRUST  
OLA.BRATT@MED.LU.SE

