

Styrdokument

Riktlinjer för framtagande av standardiserade
vårdförlopp inom cancersjukvården

2017-04-25 Version: 1.2

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-02-03	Första version
2016-04-26	Beskrivningen av vårdförloppens syfte förkortad. Arbetsprocessen uppdaterad.
2017-04-25	Kapitel 8: Förtydligande av när ett reviderat vårdförlopp börjar gälla.

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Om standardiserade vårdförlopp	4
Kapitel 2	
Det standardiserade vårdförloppets innehåll	5
Kapitel 3	
Förhållande till andra styrande dokument.....	6
Kapitel 4	
Arbetsgrupp och ansvarsfördelning.....	7
Kapitel 5	
Finansiering.....	8
Kapitel 6	
Arbetsprocess	9
Kapitel 7	
Fastställande och implementering.....	10
Kapitel 8	
Revidering.....	11

KAPITEL 1

Om standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp tas fram inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell vård utan onödig väntetid. Tiden mellan att välgrundad misstanke om cancer föreligger och att behandling startar ska göras så kort som möjligt.

Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller från välgrundad misstanke till start av första behandling. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar. Förebilden till satsningen kommer från Danmark där man arbetat med standardiserade vårdförlopp (på danska pakkeforløb) sedan 2007.

Beskrivningen av ett standardiserat vårdförlopp består av fyra huvudsakliga delar: Ingång, utredning, behandling och uppföljning. De svenska standardiserade vårdförloppen beskriver tills vidare enbart de inledande delarna av vårdförloppet, det vill säga från misstanke till start av behandling.



Beskrivningarna av standardiserade vårdförlopp för de enskilda cancerformerna har en bred målgrupp som bland annat innefattar vårdpersonal, tjänstemän och politiska beslutsfattare. De har ett multidisciplinärt upplägg och involverar både primärvården och den specialiserade vården som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten. När ett standardiserat vårdförlopp ska införas i vården ansvarar respektive region eller landsting för att anpassa det till sina organisatoriska strukturer och på så sätt skapa en lokal beskrivning av hur det standardiserade vårdförloppet tillämpas i landstinget eller regionen. Utifrån denna beskrivning ska sedan en individuell vårdplan planeras för varje enskild patient. Hänsyn ska då tas till patientens önskemål och individuella situation, bland annat ålder, eventuell komorbiditet samt individuella komplikationer.

KAPITEL 2

Det standardiserade vårdförloppets innehåll

Det finns en gemensam mall för standardiserade vårdförlopp med fastslagna rubriker, generiska texter och beskrivningar av vad varje avsnitt ska omfatta. Dessa instruktioner bör följas om det inte finns starka skäl att avvika från dem. Mallens syfte är att hålla beskrivningen av de olika diagnosernas förlopp så lika varandra som möjligt, för att underlätta för införandet i landstingen.

Ledtiderna ska brytas ned i delledtider för att göra processen överskådlig, men det är endast den övergripande, nationellt mätta ledtiden som måste följas av landstingen. Ledtiderna ska formuleras utifrån optimal handläggning och medicinsk behandling utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt.

Nationella indikatorer finns fastslagna och framgår av mallen.

Indikatorer för kvalitet ska anges, och om möjligt hämtas från det nationella vårdprogrammet/kvalitetsregistret. Indikatorerna ska definieras på samma sätt som i det nationella kvalitetsregistret för att kunna följas där.

KAPITEL 3

Förhållande till andra styrande dokument

Det standardiserade vårdförloppet kan betraktas som en sammanfattning av det nationella vårdprogrammet och talar om *vad* som ska göras. Vårdprogrammet ger svar på *varför* det ska göras och *hur* man ska utföra en rekommendation. Det innebär att läsaren i idealfallet ska kunna hitta evidens och förklaringar till vårdförloppets alla rekommendationer där. Detta kan dock kräva att vårdprogrammet uppdateras, och det är därför godtagbart att det standardiserade vårdförloppet under det första året innehåller rekommendationer som inte finner sin förklaring i vårdprogrammet. Det bör dock inte finnas några motsättningar mellan dokumenten.

Det standardiserade vårdförloppet bör inte innehålla rekommendationer om sådant som stadgas i t.ex. patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen eller andra överordnade dokument.

KAPITEL 4

Arbetsgrupp och ansvarsfördelning

Arbetsgruppen för ett standardiserat vårdförlopp har i typfallet samma ordförande och samma medlemmar som diagnosens nationella vårdprogramgrupp, men gruppen kan behöva kompletteras.

Arbetsgruppen ska bestå av en regional representant från varje RCC samt minst en, gärna fler, medlemmar med följande funktioner:

- representanter för samtliga vårdnivåer i patientens vårdflöde
- patientrepresentant
- patolog
- bild- och funktionsmedicinare
- allmänläkare
- kontaktsjuksköterska
- ev. annan profession som spelar en viktig roll i patientens vårdflöde, t.ex. tandläkare i en huvud-hals-diagnos eller klinisk genetiker i en hematologisk diagnos.

Ansvarsfördelningen mellan RCC:s samverkansgrupp, ordföranden samt regionala RCC gäller på samma sätt som i arbetet med nationella vårdprogram (se "Styrdokument: Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården", s.4-6). Det finns dock inget stödande RCC i arbetet. Motsvarande uppgifter ligger i stället på RCC:s nationella samordnare av standardiserade vårdförlopp.

KAPITEL 5

Finansiering

Arbetet finansieras av den statliga satsningen Varje dag räknas – Nationell satsning på kortare väntetider i cancervården, som pågår under 2015–2018. RCC står för mötes- och resekostnader vid arbetsgruppernas möten, men ersätter inte arbetstid. Patientrepresentanter får ersättning på samma sätt som i arbetet med nationella vårdprogram.

KAPITEL 6

Arbetsprocess

Arbetsprocessen inleds med att RCC:s samverkansgrupp ger ordförande för en nationell vårdprogramgrupp (eller annan grupp) i uppdrag att ta fram ett standardiserat vårdförlopp för sin diagnos. Arbetet följer därefter nedanstående process.

Bokning av möten och internat, planering av remissrunda	RCC tar initiativ och bokar
Möte för produktion av det första utkastet med RCC och ordförande	Ordförande beslutar om innehållet
Internat: Färdigställande av dokumentet	Gruppen fattar kollektiva beslut om innehåll och språk
Öppen remiss på webben. Specialistföreningar och patientföreningar uppmärksammas genom mejl.	RCC skickar samt tar emot och sammanställer svar
Justeringar av dokumentet utifrån remissvar: med ordförande i telefonmöte	Ordförande och RCC
Gruppen granskar remissvaren och ordförandes förslag till justering av dokumentet. Gruppen fastställer en slutversion, i telefonmöte eller på mejl beroende på justeringarnas omfattning.	Ordförande och RCC i samråd avgör om telefonmöte behövs
Korrekturläsning	RCC handlägger, vid behov i samråd med ordförande
SKL:s beslutsgrupp fastställer dokumentet.	RCC föredrar dokumentet
Publicering	RCC säkerställer att dokumentet publiceras

KAPITEL 7

Fastställande och implementering

Fastställande av ett standardiserat vårdförlopp sker i SKL:s beslutsgrupp för Varje dag räknas, där RCC-chefer och representanter för landstingens tjänstemannaledningar ingår. RCC:s nationella samordnare ansvarar för webbpublicering.

När ett standardiserat vårdförlopp ska införas i vården ansvarar varje landsting/region för att anpassa sina organisatoriska strukturer till rekommendationer och ledtider i det standardiserade vårdförloppet. Vårdförloppet bildar då ett skelett eller en kravspecifikation till den regionala/lokala processen. Handlingsplaner och rapporter regleras av regeringens överenskommelse med SKL. RCC är stödjande i arbetet.

Vårdförloppen förutsätter i de flesta fall regional samverkan, och i vissa fall nationell samverkan. Det innebär att de lokala processerna bör tas fram i samarbete inom regionerna. Även i detta arbete ska RCC vara stödjande.

KAPITEL 8

Revidering

De standardiserade vårdförloppen ska preliminärt ses över årligen för beslut om eventuell revidering av innehållet, lämpligen i samband med att det nationella vårdprogrammet ses över.

Vid större revideringar som påverkar handläggning eller ledtider ska vårdförloppet skickas på remiss. Det börjar sedan gälla från kommande årsskifte. Mindre revideringar kan publiceras och börja gälla under året. Exempel på mindre revideringar kan vara justeringar som underlättar KVÅ-kodningen eller förtydliganden av formuleringar som har orsakat diskussion.

Arbetsgruppen bedömer omfattningen av revisionen i dialog med RCC:s nationella samordnare.



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se