

Rapport nr 4/2023

Uppföljning av cancervården

Kort om rapporten

Cancer är den vanligaste dödsorsaken i Stockholms län och därför är det viktigt med en strukturerad uppföljning som kan bidra till styrningen av cancervården. Den nationella cancerstrategin, som infördes 2009, styr till stor del både satsningar och fokusområden inom cancerområdet. Cancervården i regionen följs upp av två delar av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, där den ena främst styrs från nationellt håll vilket påverkar regionens möjlighet till styrning. För att målet om en mer jämlik vård ska nås är det viktigt med följsamhet till vårdprogram, kvalitetsregister och vårdförlopp. Det finns en tydlig uppföljning för att säkerställa följsamhet till vårdförlopp men inte till kvalitetsregister och vårdprogram, trots krav i avtal med vårdgivare. Sammantaget bedömer revisionen att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer en strukturerad uppföljning och styrning av cancervården i regionen.

Projektrapport nr 4/2023 Uppföljning av cancervården

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2024-01-30.

Revisorernas samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer en strukturerad uppföljning och styrning av cancervården i regionen. De standardiserade vårdförloppen följs upp på ett tydligt sätt medan uppföljningen av vårdprogram och kvalitetsregister behöver förstärkas.

Revisorerna vill särskilt ha svar på hur hälso- och sjukvårdsnämnden avser att säkerställa att uppföljningen av kvalitetsregister och vårdprogram leder till ökad följsamhet så att målen i den regionala cancerplanen om mer jämlik vård kan nås.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Annika Sandström
ordförande

Anna Peterson
Samordnande administratör

Innehållsförteckning

1. Slutsatser och rekommendationer	4
2. Utgångspunkter för granskningen	6
2.1. Motiv till granskningen	6
2.2. Revisionsfråga	7
2.3. Avgränsning	7
2.4. Bedömningsgrunder	7
2.5. Metod	8
3. Statlig och regional styrning av RCC	9
3.1. RCC:s uppföljning utgår från cancerplanen	10
3.2. Uppföljning av cancervården utifrån sjukhusavtalen	11
3.3. Sjukhusen följer sina patienter	11
3.4. Bedömning	12
4. Behandling och ledtider är det som följs upp	12
4.1. I vårdprogram följs behandlingar samt ledtider upp	13
4.2. I kvalitetsregister följs behandlingar samt ledtider upp	14
4.3. Ledtider följs i standardiserade vårdförlopp (SVF)	16
4.4. Bedömning	17
5. Återkoppling till sjukhusen	18
5.1. Återkoppling av följsamhet till vårdprogrammen	18
5.2. Återkoppling av följsamhet till kvalitetsregister	19
5.3. Återkoppling av följsamheten till vårdförloppen	19
5.4. Bedömning	20

1. Slutsatser och rekommendationer

Regionens senaste folkhälsorapport visar att cancer är den vanligaste dödsorsaken i Stockholms län. Enligt regionfullmäktiges budget är intentionen att uppföljning av cancervården sker av hela vårdkedjan, från upptäckt till behandling. Den nationella cancerstrategin, som infördes 2009, styr till stor del både satsningar och fokusområden inom cancerområdet. Revisionen har granskat hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av cancervården. Syftet har varit att bedöma om en strukturerad uppföljning som kan användas för att styra cancervården i regionen säkerställs. I granskningen har revisionen utgått från uppföljningen genom vårdprogram, kvalitetsregister och standardiserade vårdförlopp på akutsjukhusen.

I Sverige finns sex regionala cancercentrum (RCC) som bildades i samband med att den nationella cancerstrategin infördes, varav ett är RCC Stockholm Gotland. Uppföljningen av cancervården i regionen utförs till stor del av RCC som organisatoriskt ingår i hälso- och sjukvårdsförvaltningen. RCC styrs dock till största delen från nationellt håll genom den nationella cancerstrategin. Att RCC främst styrs genom den nationella cancerstrategin i stället för regionens egen styrning från fullmäktige och nämnd påverkar enligt revisionen regionens egen möjlighet till styrning.

Revisionens granskning visar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen genom sin uppföljning säkerställer följsamheten till standardiserade vårdförlopp, men endast till liten del till vårdprogram och kvalitetsregister. Följsamhet till vårdprogram och kvalitetsregister följs inte upp strukturerat, trots krav i avtalen när det gäller att registrera i kvalitetsregister och att följa vårdprogram. Följsamhet till vårdprogram går att mäta genom kvalitetsregistren, men det görs ingen uppföljning av om vårdprogrammen följs av sjukhusen eller inte. Följsamheten till vårdprogrammen behöver enligt regionens cancerplan öka för att nå målen om en mer jämlik vård. Vidare anges att registrering i kvalitetsregister är en förutsättning för att resultatet ska kunna användas som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Revisionen bedömer att det finns krav på följsamhet i avtalen, men att uppföljningen behöver avspegla kraven och säkerställa följsamhet för att målet i den regionala cancerplanen om mer jämlik vård ska nås.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör vissa sammanställningar av indikatorer, men det är främst enskilda indikatorer som följs upp i kvalitetsregister och vårdförlopp kopplade till cancervården. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer inte heller regelbundet upp vårdkedjor vilket kan försvåra bedömningen av hur cancervården i regionen utvecklas och hur förbättringsarbetet sker. Det kan även vara svårt att följa primärvårdens involvering i vårdkedjan eftersom primärvården registrerar diagnos på ett annat sätt än i sjukhusvården, vilket kan påverka uppföljningen. Revisionen menar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen i större utsträckning skulle kunna använda resultatet från de olika källorna (vårdförlopp, kvalitetsregister samt vårdprogram) för att göra sammanställningar av större delar av cancervården och därigenom få mer kunskap om cancervården för att underlätta styrningen.

En stor del av de uppgifter som rapporteras in i kvalitetsregistren av vårdgivare rapporteras in manuellt och det finns en eftersläpning i sammanställning av uppgifterna. Utöver detta leder den manuella registreringen till en administrativ belastning för vårdgivarna. Sjukhusens benägenhet att registrera påverkas därmed av hur lätt eller svårt det

är att registrera. Revisionen bedömer att om registreringen i registren ska öka för att underlätta uppföljningen behöver inrapporteringen av indikatorer förenklas. Det är därför viktigt att det förbättringsarbete som RCC och sjukhusen påbörjat färdigställs, så att mängden data som hämtas automatiskt från andra system ökar och manuella registreringar minskar.

Revisionens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer en strukturerad uppföljning och styrning av cancervården i regionen. De standardiserade vårdförloppen följs upp på ett tydligt sätt medan uppföljningen av vårdprogram och kvalitetsregister behöver förstärkas.

Rekommendation:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att uppföljningen av kvalitetsregister och vårdprogram leder till ökad följsamhet så att målet i den regionala cancerplanen om mer jämlik vård kan nås.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1. Motiv till granskningen

Trots att dödligheten i cancer minskar generellt ökar insjuknandet i cancer från år till år. Regionens senaste folkhälsorapport, publicerad 2023, visar att cancer nu är den vanligaste dödsorsaken i Stockholms län, eftersom fler invånare drabbas av cancer idag jämfört med tidigare.

I Sverige finns det sex regionala cancercentrum som bildades i samband med att den nationella cancerstrategin infördes 2009. Den nationella cancerstrategin styr till stor del både satsningar och fokusområden inom cancerområdet. Det är Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland (RCC), som organisatoriskt ingår i hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som har i uppdrag att följa upp cancervården i sjukvårdsregionen. En av RCC:s huvudsakliga uppgifter är att ta fram den regionala cancerplanen, som ska ligga i linje med den nationella cancerstrategin. RCC:s uppföljning utgår från cancerplanen, som i sin tur utgår från den nationella strategin. Risk finns att uppföljningen av cancervården främst styrs från nationellt håll och att tillräcklig hänsyn inte tas till regionala behov av uppföljning.

I regionens budget för 2023 står att utvecklingen av cancervården behöver följas utifrån nedgången i diagnostik under pandemin. Det gäller hela kedjan från upptäckt till behandling. I regionen används den så kallade VAL-databasen för att följa upp vården. Databasen innehåller information om vårdtillfällen som genomförts i regionen. I revisionens förstudie framkom att exempelvis rehabilitering efter cancersjukdom inte går att följa upp via VAL-databasen. Det kan även vara svårt att följa primärvårdens involvering i vårdkedjan eftersom primärvården registrerar diagnos på ett annat sätt än i sjukhusvården, vilket kan påverka uppföljningen. Om samordning inte sker mellan delarna och om hela vårdkedjan inte kan följas upp finns risk att fullmäktiges intention att följa utvecklingen av hur cancervården som helhet utvecklar sig inte kan genomföras.

Av den aktuella cancerplanen (2020–2023) framgår att cancervården följs upp på olika sätt. Ett exempel är att de nationella vårdprogrammen (53 stycken kopplade till cancervården) huvudsakligen följs upp genom nationella kvalitetsregister (34 stycken inom cancervården). Vissa ledtider följs genom standardiserade vårdförlopp (31 stycken). Hur långa ledtiderna maximalt får vara för respektive cancerform har bestämts på nationell nivå. Förstudien visade att kvalitetsregister ofta kräver manuell registrering av uppgifter och att det finns en eftersläpning i sammanställning av uppgifterna. Även när det gäller ledtiderna som registreras i vårdförloppen är all inmatning ännu inte automatiserad. Om registrering av uppgifter fördröjs eller uteblir kan det leda till felaktiga underlag, som i sin tur innebär risk för att följsamheten till vårdprogram, riktlinjer och vårdförlopp varken går att mäta eller förbättra.

Mot bakgrund av ovan har revisionen granskat hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av cancervården. Syftet har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en strukturerad uppföljning som kan användas för att styra cancervården i regionen.

2.2. Revisionsfråga

Följer hälso- och sjukvårdsnämnden upp cancervården på ett strukturerat sätt som ger förutsättningar för styrning av cancervården i regionen?

Delfrågor:

- Hur styrs och samordnas arbetet med uppföljning av vårdkedjor inom cancervården?
- Vad mäts och hur går uppföljningen till för att säkerställa följsamhet till vårdprogram, kvalitetsregister och vårdförlopp?
- Hur förmedlas resultatet av uppföljningar så att förbättrande åtgärder kan genomföras?

2.3. Avgränsning

I granskningen har hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för uppföljningen av cancervården granskats. I RCC:s uppdrag ingår både Region Stockholm och Region Gotland. I granskningen ingår bara Region Stockholm. Regionägda akutsjukhus som utför onkologisk vård eller kirurgi kopplad till sådan vård (Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB och Danderyds Sjukhus AB) har berörts av granskningen. Utgångspunkten har varit uppföljningen genom vårdprogram, kvalitetsregister och vårdförlopp.

2.4. Bedömningsgrunder

Reglemente hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2022–0123), 2 §:

Nämnden ska:

- ansvara för att hälso- och sjukvården utformats och anpassas till befolkningens behov på kort och lång sikt så att en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen uppnås. (P 1)
- planera och följa upp hälso- och sjukvården. (P 4)
- utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med primärvårdsnämnden, akutsjukhusen, Stockholms läns sjukvårdsområde och andra av Region Stockholm finansierade vårdgivare samt med berörda kommuner. (P 15).

Region Stockholms budget för 2023 (RS 2022–0123)

- Utvecklingen av cancervården behöver följas utifrån nedgången i diagnostik under pandemin, det gäller hela kedjan från upptäckt till behandling.
- Bilaga 1 Policy för integrerad ledning och styrning: Nämnder och bolag ska organisera den löpande uppföljning som är nödvändig för fullgod styrning, som leder till att målen ska nås och för ekonomi i balans enligt resultatkrav.
- Bilaga 1 Policy för integrerad ledning och styrning: För all verksamhetsuppföljning och framgångsrik utveckling är det av yttersta vikt att regelbundet analysera resultaten av arbetet, och om detta leder till en effektiv verksamhet som skapar värde för invånarna. Analyser, inte enbart uppföljning, och en vilja att ta ett aktivt ansvar för slutsatserna är grunden för en effektiv verksamhet och en förutsättning för att kunna vidta åtgärder som leder till en förbättrad verksamhet och ett ständigt effektivare Region Stockholm.

Cancerplanen 2020–2023 (VKN 2019-0070, HSN 2023-0050):

- Målsättningen är att alla diagnosområden också mäter patientrapporterade utfalls- respektive upplevelsemått.
- Det är viktigt med en tydlig samordning mellan vårdprogram och kvalitetsregister så att uppföljning görs av rekommenderade åtgärder och pågående förbättringsarbete går att följa.
- Kvalitetsregister behöver användas i ökad utsträckning för att följa upp och snabbt kunna se resultat av förändringar.
- För att nå målen om en mer jämlik vård behöver följsamheten till vårdprogrammen öka.

2.5. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier.

Intervjuer har genomförts med företrädare för RCC, avtalshandläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt med företrädare för de regionägda sjukhusen Karolinska, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Syftet med intervjuerna har varit att ta reda på hur uppföljning av cancerområdet styrs, hur uppföljning går till, vad som följs upp samt vilken uppföljningsinformation som återförs till vårdgivarna.

I dokumentstudierna har fullmäktiges budget varit en utgångspunkt. Likaså har den aktuella cancerplanen samt uppföljningen av den tidigare cancerplanen analyserats i syfte att granska vad som följts upp och hur tidigare uppföljningar gått till.

Protokoll från hälso- och sjukvårdsnämndens möten under de senaste 4 åren och nämndens verksamhetsplaner har granskats utifrån ärenden och frågor kopplade till cancerområdet. Sjukhusavtalen för de regionägda sjukhus som bedriver onkologisk vård eller kirurgisk vård kopplad till cancer har granskats i syfte att bedöma vilka krav på uppföljning som ställs på sjukhusen av beställaren. Nationella vårdprogram, nationella kvalitetsregister samt standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet har analyserats för att granska vilka indikatorer som följs upp.

Granskningen har genomförts av Cecilia Dittmer (projektledare) och Åsa Elffors vid revisionskontoret.

3. Statlig och regional styrning av RCC

Regionala cancercentrum (RCC) har inrättats i Sverige till följd av en statlig offentlig utredning¹ som lämnade sitt förslag 2009 och föreslog en organisation på nationell och regional nivå för att ge fastare former för det nätverk och arbete som dittills i huvudsak hade varit professionsdrivet. Varje RCC ska enligt uppdraget göra detta tillsammans med regionerna inom sitt geografiska område. RCC har inte i uppdrag att styra vården utan uppdraget enligt den nationella cancerstrategin är bland annat att skapa en mer jämlik cancervård med hög kvalitet. En av RCC:s huvudsakliga uppgifter är att, utifrån den nationella cancerstrategin, utarbeta en regional cancerstrategi.

De sex regionala cancercentrumen är organiserade under Sveriges kommuner och regioner (SKR), där nationellt cancercentrum finns och vars årliga uppdrag fastställs i en överenskommelse² mellan regeringen och SKR. Socialstyrelsen följer upp centrumens genomförande av överenskommelsen. De regionala cancercentrumen är organisatoriskt placerade på olika ställen i regionerna. I region Stockholm är RCC Stockholm Gotland en av hälso- och sjukvårdsförvaltningens avdelningar. Chefen för avdelningen ingår i hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp och är underställd förvaltningschefen.

Riksrevisionen har genomfört en granskning³ som bland annat handlade om standardiserade vårdförlopp (SVF). I granskningen valdes Region Stockholm och Region Östergötland ut för att undersöka effekter av SVF. De två regionerna hör till två olika RCC, vilket får konsekvenser för hur RCC organiseras och därmed hur statens styrning av SVF faller ut. I Region Stockholm ligger RCC i den ordinarie linjeorganisationen. Region Östergötland ingår i RCC Sydöst som består av tre olika regioner, och därför i högre grad behöver samordna arbetet med SVF.

I region Stockholm är det hälso- och sjukvårdsnämnden och dess förvaltning hälso- och sjukvårdsförvaltningen som har i uppdrag att följa upp vården. När det gäller cancer vården arbetar både avdelningen Specialiserad vård och Regionalt cancercentrum (RCC) med frågan, om än på lite olika sätt.

Vårdgivare i Region Stockholm styrs genom vårdavtal med hälso- och sjukvårdsnämnden. På hälso- och sjukhusförvaltningen är det avdelningen Specialiserad vård som ansvarar för arbetet med sjukhusavtalen som styr de sjukhus som bedriver onkologisk vård och kirurgi kopplad till cancervård.

Förutom anslag från regionen finansieras RCC:s verksamhet även av statsbidrag som fördelas till regionerna inom ramen för överenskommelsen på cancerområdet mellan regeringen och SKR. Det mesta av statsbidragen går till vårdgivare för åtgärder och utvecklingsarbete medan anslaget från regionen finansierar RCC:s personal. RCC avviker

¹ SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för framtiden

² Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider, beslut vid regeringsammanträde 2022-12-22 nr II:5

³ Riksrevisionen, 2023. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12)

således från övriga förvaltningen när det gäller finansieringen på det sättet att en stor del av den verksamhet som avdelningen bedriver finansieras av statsbidrag.

3.1. RCC:s uppföljning utgår från cancerplanen

I september 2019 fattade vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslut om den regionala cancerplanen 2020-2023⁴, vilken RCC utgår ifrån vid uppföljningen av cancervården. I granskningen framkommer att den regionala cancerplanen är det främsta styrdokumentet för RCC. Men eftersom RCC är ett regionalt cancercentrum och samtidigt en av förvaltningens avdelningar är även regionens budget och hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan centrala styrdokument för avdelningen. I granskningen framgår att den nationella styrningen i form av den nationella cancerstrategin samt den regionala cancerplanen, som utarbetas med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin, är den främsta styrningen för avdelningen.

Kopplad till RCC finns en samordningsgrupp för cancer, där chefen för RCC är sammankallande. I beslutet, som fattades av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i augusti 2017⁵, framgår att en samordningsgrupp för cancervården skulle tillsättas för att facilitera en samverkan över organisationsgränser inom regionen och samtidigt bidra till bättre uppföljning av cancervården. Gruppen ska enligt beslutet bestå av ansvariga representanter för de berörda vårdgivarna inom slutenvården, en representant för vården utanför akutsjukhusen, en representant för ägarna från regionledningskontoret och en representant för beställaravdelningarna vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I granskningen framkommer att gruppen bland annat diskuterar och analyserar den statistik om vårdförlopp som tas fram av RCC, baserat på det som sjukhusen rapporterar.

Under pandemin presenterade RCC data för hälso- och sjukvårdsnämnden löpande på grund av nedgången i antal diagnostiserade patienter. Efter pandemin deltar RCC på nämndens sammanträden endast då beslut fattas inom avdelningens område.

En viktig källa för RCC:s uppföljning är VAL-databasen, i vilken det finns information om primärvårds-, öppenvårds- och slutenvårdsbesök. Det går att se vilka av dessa som är läkarbesök. Även information om vårdtid och vårdtillfällen går att se. En skillnad mellan primärvården och slutenvården i VAL-data är att primärvården har ett annat sätt att registrera diagnos. Medan det i slutenvården handlar om diagnoser handlar det ofta om symtom i primärvården.

Av regionens budget för 2023 framgår att utvecklingen av cancervården behöver följas utifrån nedgången i diagnostik under pandemin, vilket gäller hela kedjan från upptäckt till behandling. Under mandatperioden ska exempelvis vårdvalet urologi ses över i syfte att stärka prostatacancervården och åstadkomma mer sammanhållna vårdkedjor.

Granskningen visar att det genom VAL-data går att följa vårdkedjan. Vårdkedjan går att följa både på övergripande nivå och på individnivå, vilket sker genom avidentifierade id-nummer och inte med personnummer. Vårdövergångar, dvs. när patienten går från exempelvis primärvården till specialistvården, är svåra att följa, speciellt om

⁴ VKN 2019-0070

⁵ HDIR 17230, RCC 17118

patienten byter huvudman (från region till kommun eller tvärtom). Därför följs inte vårdövergångar. Regelrätta uppföljningar av hur vårdkedjor utvecklar sig görs inte av RCC, utöver den tidigare rapporteringen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen av pandemins effekter på cancervården.

3.2. Uppföljning av cancervården utifrån sjukhusavtalen

Enligt sjukhusavtalen ska cancervården följas genom ett antal indikatorer, som årligen rapporteras från vårdgivare till avdelningen Specialiserad vård. Inom ramen för handläggning av sjukhusavtalen tar enheten kontakt med RCC, bland annat angående sjukhusgemensamma indikatorer. När vårdavtal tas fram finns det krav i regionens avtals-handbok när det gäller hur samverkan mellan olika enheter inom regionen ska ske. När avtalen finns på plats har kontakt mellan RCC och avdelningen Specialiserad vård oftast skett när behov uppstått och har därför inte varit formaliserad. Exempelvis har kontakt mellan de två delarna av förvaltningen tagits då det varit problem med att sjukhusen rapporterat olika när det gäller samma indikatorer. Indikatorerna behandlas i den samordningsgrupp som inrättats inom ramen för RCC:s organisation. Även i förvaltningens dialoger med sjukhusen behandlas indikatorerna. Vid vissa tillfällen deltar RCC i dessa dialoger. Samtidigt är Avdelningen Specialiserad vård representerad i samordningsgruppen för cancervården som RCC svarar för.

Det har inte alltid varit tydligt för sjukhusen att RCC är en del av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och alltså ingår i samma organisation som avdelningen Specialiserad vård. Det har hänt att sjukhusen vänt sig till RCC och bitt om hjälp för att förstå efterfrågad uppföljning från avdelningen Specialiserad vård. Kommunikation om indikatorer och mätning av dessa har ibland av sjukhusen upplevts som otydlig och missförstånd har uppstått när avdelningarna på förvaltningen inte samordnat sig före kommunikation med vårdgivarna.

RCC följer vanligtvis inte upp respektive sjukhus var för sig utan ser till regionen som helhet. Väntetiderna inom cancervården mäts inte enligt vårdgarantins gränser för väntetider, i stället följs de standardiserade vårdförloppen, som tagits fram för cancerdiagnoser. I granskningen framgår att RCC var tredje månad bland annat levererar material om standardiserade vårdförlopp till avtalshandläggarna på avdelningen Specialiserad vård. Detta infördes i samband med pandemin och materialet är anpassat för att följa de standardiserade vårdförloppen mot bakgrund av pandemins effekter på cancervården. I granskningen framgår att avdelningen Specialiserad vård anser att det inte saknas material för att kunna bedriva arbetet med sjukhusavtalen.

3.3. Sjukhusen följer sina patienter

Sjukhusen följer upp sina patienter på olika sätt. Den egna uppföljningen av hur behandlingen går för de enskilda patienterna upplevs av sjukhusen som den uppföljning de har mest nytta av vid behandlingstillfället. Vid ett av sjukhusen mäts också förekomst av Min vårdplan, som är en individuell plan för varje patient.

Ett av sjukhusen har ett eget formulär som används för att följa upp patienternas upplevelse av vården i form av frågor om patienternas helhetsupplevelse, bemötande från vårdpersonalen, patienternas delaktighet i sin egen vård med mera. Inom delar av cancervården följs också patienter upp inom ramen för olika forskningsstudier.

Som nämnts ingår det i sjukhusavtalen även kvalitetsindikatorer som följs upp. Ersättning är kopplad till indikatorernas resultat och vilka indikatorer som ska mätas väljs i dialog mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och sjukhusen. De mått som valts är, enligt ett av sjukhusen, de som har värde för patienten och som går att följa upp.

3.4. Bedömning

Revisionen konstaterar att RCC styrs från två håll. Dels av nationellt cancercentrum och den nationella cancerstrategin, dels av nämnden och operativt av ledningen för förvaltningen. Det främsta styrdokumentet för avdelningen är den nationella cancerstrategin och den regionala cancerplanen som utarbetas med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin. Eftersom fullmäktiges och nämndens främsta styrdokument är budget respektive verksamhetsplan bedömer revisionen att regionens möjlighet till styrning av uppföljningen på cancerområdet kan begränsas.

Revisionen konstaterar att RCC samlar in data som ger kunskap om cancervården medan avdelningen Specialiserad vård ansvarar för arbetet med sjukhusavtalen, dvs. den främsta styrningen av akutsjukhusen. Det finns en samverkan mellan avdelningarna då nya vårdavtal tas fram.

Trots ett stort uppföljningsarbete på cancerområdet följs vårdkedjor enbart på ett övergripande sätt genom data från VAL-databasen. Det innebär att det är möjligt att se hur patienterna fördelar sig mellan olika delar av vården och hur denna fördelning förändras över tid. Detta görs dock inte regelmässigt. Det finns även skillnader mellan olika vårdformer när det gäller vad som går att se i data från VAL-databasen. Exempelvis har primärvården ett annat sätt att registrera diagnos. Medan det i slutenvården handlar om diagnoser handlar det ofta om symptom i primärvården.

4. Behandling och ledtider är det som följs upp

Tre viktiga verktyg för uppföljning av cancervården är vårdprogram, nationella kvalitetsregister samt standardiserade vårdförlopp (SVF). Av sjukhusavtalen framgår att sjukhusen ska följa för uppdraget relevanta nationella riktlinjer samt gällande vård- och handlingsprogram. Sjukhusen ska rapportera till och använda resultatet från alla för uppdraget relevanta nationella kvalitetsregister som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Sjukhusen ska även, när det är tillämpligt, använda sig av standardiserade vårdförlopp.

Av den regionala cancerplanen framgår att tillsammans med vårdprogrammen utgör kvalitetsregistren den bästa tillgängliga kunskapen. Kvalitetsregistren ska bland annat mäta följsamheten till vårdprogrammen och registren är centrala för uppföljning. Revisionen har därför granskat vad som följs upp genom vårdprogrammen, kvalitetsregistren och vårdförloppen.

4.1. I vårdprogram följs behandlingar samt ledtider upp

Nationella vårdprogram innehåller rekommendationer om hur utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter med cancer ska gå till.⁶ Programmen inom cancerområdet tas fram av en styrgrupp som består av Regionala cancercentrums samverkansgrupp på nationell nivå samt en arbetsgrupp som samverkansgruppen utser. I arbetsgruppen ingår regionala representanter. När programmet är färdigt och har remissbehandlats av regionerna fastställer samverkansgruppen programmet.⁷ Det finns 53 nationella vårdprogram inom cancerområdet. Tidigare fanns det även regionala vårdprogram, men i Region Stockholm har dessa ersatts av de nationella inom cancerområdet. Enligt sjukhusens avtal ska vårdgivarna följa nationella, regionala och lokala vård- och handlingsprogram.

Majoriteten av vårdprogrammen innehåller kvalitetsindikatorer och det finns målnivåer kopplade till indikatorerna.

För att kunna dra slutsatser om vad som mäts har revisionen analyserat samtliga vårdprogram, kvalitetsregister och vårdförlopp inom cancerområdet för att se vilka indikatorer de innehåller, eftersom det är indikatorerna som mäts och som därför kan följas upp. Vårdprogrammen, kvalitetsregistren och vårdförloppen har olika många indikatorer knutna till sig. Vissa har ett par stycken och andra upp mot ett tjugotal. Då vårdprogrammen, kvalitetsregistren samt vårdförloppen tillsammans innehåller hundratals indikatorer har revisionen kategoriserat indikatorerna för att underlätta analysen. Utifrån olika kategorier har indikationerna samlats enligt nedan:

- Administration: exempelvis att registrering i ett kvalitetsregister ska ske inom en viss tid, många gånger inom tre månader efter diagnos.
- Ledtider: exempelvis hur många patienter som fått vård inom fastslagna ledtider. Ledtiderna skiljer sig åt för olika typer av cancer.
- Patientmätt: sådant som är inrapporterat av patienten, exempelvis hur patienten upplevt vården eller bemötande av vårdpersonal.
- Sysselsättning: Om patienten har sysselsättning eller inte efter avslutad behandling.
- Täckningsgrad: Hur stor andel av samtliga patienter som registrerats i olika register.
- Vård och behandling: sådant som handlar om vilken vård patienten ska få eller har fått. Det kan röra sig om hur många patienter som fick en viss behandling eller hur många procent av patienterna som bör få en viss behandling.
- Väntetider: Hur länge patienterna fick vänta på vård eller behandling.
- Överlevnad: Hur stor andel av patienterna som fortfarande lever en viss tid efter att de fått sin cancerdiagnos. Hur lång tid det handlar om skiljer sig åt från olika typer av cancer.

Revisionen har delat in samtliga indikatorer i de olika kategorierna för att se vilken kategori av indikatorer som är vanligast förekommande.

⁶ <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/varldprogram/>. Hämtad 2023-11-10.

⁷ Framtagande och revidering av nationella vårdprogram - RCC ([cancercentrum.se](https://www.cancercentrum.se)) Hämtad 2023-11-10.

Analysen av vårdprogrammen visar att den vanligast förekommande kategorin av indikatorer är den som revisionen kategoriserat vård och behandling. Som framgår ovan handlar det om indikatorer som rör vård eller undersökningar, till exempel att antalet reoperationer mäts eller andel patienter som fått en viss typ av behandling. Hit räknas också förekomst av kontaktsjuksköterska eller multidisciplinär konferens inför behandlingen. Näst vanligast förekommande indikator är ledtider, vilka många gånger är kopplade till de målnivåer som finns i de standardiserade vårdförloppen.

Uppföljningen sker genom att vårdgivarna registrerar sitt resultat i kvalitetsregistren och baserat på uppgifter därifrån kan sammanställningar göras, se avsnitt 4.2 om kvalitetsregister. I cancerplanen framgår att det är viktigt med en tydlig samordning mellan vårdprogram och kvalitetsregister så att uppföljning görs av rekommenderade åtgärder och att förbättringsarbete går att följa. På nationell nivå finns det en samordningsgrupp inom RCC som bland annat arbetar med samordningen mellan vårdprogram och kvalitetsregister. Gruppen granskar om det som ska rapporteras in i kvalitetsregistren följer de krav som ställs i vårdprogrammen. Hittills har gruppen gått igenom ett par vårdprogram.

Av cancerplanen framgår att om målet om en mer jämlik vård inom cancerområdet ska nås behöver följsamheten till vårdprogrammen öka. I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte gör någon uppföljning av om sjukhusen följer vårdprogrammen eller inte. Enligt ett sjukhus är det inte säkert vad en mätning av följsamheten skulle svara på. Sjukhuset upplever att i vårdprogrammen finns inte alltid de senaste behandlingsmetoderna som tagits fram inom forskningen, eftersom sjukhuset upplever att uppdateringen av vårdprogrammen tar tid. Därför kan det enligt sjukhuset se ut som att sjukhuset har dålig följsamhet till vårdprogram om behandlingsmetoder eller tidsgränser skiljer sig åt jämfört med programmet, trots att sjukhuset menar att behandlingen för patienterna överensstämmer med den senaste forskningen.

4.2. I kvalitetsregister följs behandlingar samt ledtider upp

Nationella kvalitetsregister ska underlätta uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet. Registren utvecklas av nationella kvalitetsregistergrupper där sjukvårdsregionala representanter ingår och till varje register finns det en registerhållare. Inom cancerområdet finns det 34 kvalitetsregister. Målet är att alla patienter inom en cancerdiagnos ska registreras i aktuellt kvalitetsregister, om inte patienten motsätter sig registreringen. Kvalitetsregistren innehåller personnummer. Ett nationellt kvalitetsregister inom cancerområdet innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandlingar och resultat.⁸ Enligt sjukhusavtalen ska sjukhusen rapportera till och använda resultatet från alla för uppdraget relevanta nationella kvalitetsregister.

Vårdpersonal gör registreringar i kvalitetsregistren men de kan även få ut uppgifter ur registren. Registreringen är i de flesta fall manuell vilket innebär att uppgifter från exempelvis journalen manuellt behöver fyllas i av vårdpersonal i kvalitetsregistret. Enligt uppgift i granskningen upplever vårdpersonal att den manuella registreringen är

⁸ Nationella kvalitetsregister cancer - RCC (cancercentrum.se) Hämtad 2023-11-08.

tidskrävande och ett regionalt arbete har påbörjats där RCC och sjukhusen samarbetar för att öka mängden data som hämtas automatiskt från andra system. I avvaktan på att detta arbete är färdigt och implementeringen är klar kvarstår den manuella registrering i hög grad. Den manuella registreringen är ett problem som uppmärksammas även på nationell nivå och regeringen har lämnat ett uppdrag till E-hälsomyndigheten att utreda förutsättningarna för utveckling av en nationell teknisk lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till kvalitetsregistren.⁹

Av cancerplanen framgår att kvalitetsregister behöver användas i ökad utsträckning för att följa upp och snabbt kunna se resultat av förändringar. I granskningen uppger anställda knutna till avtalshandläggningen av sjukhusavtalen att de inte samlar in någon egen statistik gällande följsamheten till kvalitetsregistren utan de får information genom rapporter som Socialstyrelsen gör om täckningsgraden i registren. Avtalshandläggarna tar också del av uppgifter från kvalitetsregistren genom årsrapporter som görs av registerhållarna för respektive register. Uppgifterna är sorterade per register i respektive årsrapport. Årsrapporterna publiceras under våren för föregående år och det finns därför en eftersläpning i uppgifterna.

Frågan om vårdgivarnas följsamhet till kvalitetsregistren kommer ibland upp inom ramen för de regionala arbetsgrupper som organiseras av respektive kvalitetsregister. Även i samordningsgruppen för cancervården som finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen kommer frågan om följsamhet upp och där diskuteras varför vissa vårdgivare har bra följsamhet och andra sämre.

På RCC har vissa anställda inloggning till plattformen där registren ligger och kan därifrån hämta uppgifter direkt från kvalitetsregistren för att bland annat följa upp följsamheten till vårdprogrammen eller registrera i kvalitetsregister. Eftersom informationen på plattformen innehåller patientuppgifter har RCC begränsat antal anställda med inloggning. Bara de som behöver ha en inloggning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter har en sådan. Övriga anställda knutna till RCC tar del av de uppgifter som finns i de interaktiva rapporter för respektive register som finns på RCC:s hemsida. De interaktiva rapporterna innehåller avidentifierade uppgifter. Då interaktiva rapporter är ett sätt för anställda utan egen inloggning till kvalitetsregistrens plattform att ta del av information från kvalitetsregistren har revisionen analyserat de olika interaktiva rapporterna för att se vilken information som går att se där.

Analysen visar att vad som går att se skiljer sig åt beroende på vilken rapport det handlar om. Hur aktuella uppgifterna är varierar också. Vissa interaktiva rapporter hämtar uppgifter tre gånger per år, för andra register framgår det inte hur ofta uppdatering sker. Enligt uppgift från RCC uppdateras de interaktiva rapporterna minst två gånger per år. Ibland går det att se vilken måluppfyllelse ett enskilt sjukhus har och ibland går måluppfyllelsen bara att se på sjukvårdsregionsnivå. I några av de interaktiva rapporterna står att data bör tolkas med försiktighet, vilket enligt RCC ofta beror på dålig täckningsgrad, och att det är svårt att göra jämförelser mellan olika sjukvårdsregioner. När det exempelvis gäller en av ledtiderna som mäts i Svenska

⁹ Regeringsbeslut 2023-06-22 Uppdrag att utreda förutsättningarna för utveckling av en nationell teknisk lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister S2023/02109 (delvis).

kolorektalcancerregistret står i den interaktiva rapporten att en längre ledtid kan avspegla strukturella problem inom sjukvården, men enligt registerhållaren kan det också bero på tumörrelaterade eller patientrelaterade faktorer. Att de interaktiva rapporterna ser så olika ut och uppdateras vid olika tillfällen gör enligt revisionen att de är svåra att använda för att få en överblick av cancervården.

RCC har i samarbete med chefer inom cancervården valt ut indikatorer från samtliga register som skickas ut till cheferna två gånger per år. Där ingår uppgifter om hur den egna enheten förhåller sig till övriga enheter i regionen. Ett arbete pågår för att förbättra uppföljningen genom att lägga till fler indikatorer.

4.3. Ledtider följs i standardiserade vårdförlopp (SVF)

Standardiserade vårdförlopp (SVF) beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling.¹⁰ Bakgrunden till vårdförloppen är en överenskommelse från 2015 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om att införa standardiserade vårdförlopp inom cancervården.¹¹ Det finns 31 standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet. SVF ingår i en överenskommelse 2023 mellan SKR och regeringen om att göra cancervården mer tillgänglig och jämlik.¹²

Målet är att minst 70 procent av patienterna med en välgrundad misstanke om cancer ska utredas i enlighet med SVF för den aktuella cancerdiagnosen. Anledningen till att målet inte är 100 procent är att vissa patienter har andra sjukdomar eller livssituationer som gör det olämpligt att utredas via ett SVF. Av sjukhusavtalen framgår att sjukhusen när det är tillämpligt ska använda sig av standardiserade vårdförlopp.

Revisionens analys av indikatorerna i vårdförloppen visar att den vanligaste kategorin av indikatorer är ledtider. Men även indikatorer som rör vård och behandling, exempelvis tillgång till kontaktsjuksköterska, förekommer.

Som framgår ovan mäts ledtider både i kvalitetsregistren och i vårdförloppen. Det är dock inte samma ledtider som mäts. 2018 gjorde RCC en utvärdering av kvaliteten i mätningen av väntetider för patienter som genomgår SVF. RCC jämförde data i kvalitetsregister och i en nationell väntetidsdatabas (Signe) hos SKR som samlar uppgifter om vårdförloppen. Syftet med utvärderingen var att säkra tillförlitligheten i inrapporterade data genom att jämföra de olika två källorna. Utvärderingen visade att antalet patienter varierade kraftigt mellan registren och i Signe-databasen, vilket gjorde det svårt att veta om samma patientgrupper fångades i båda typerna av datakällor. De cancerpatienter som finns med i Signe-databasen är ett urval av alla cancerpatienter för en viss diagnos. Enligt utvärderingen var det troligt att de patienter som inte behandlades inom ramen för SVF hade mer samsjuklighet eller andra komplicerande faktorer som

¹⁰ Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) - RCC (cancercentrum.se) Hämtad 2023-11-10.

¹¹ Socialstyrelsen, 2019. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Sammanfattning och samlad bedömning.

¹² Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. SKR 2022/00748.

gjorde att längre ledtider krävdes. I SVF startar mätningen vid ”beslut om välgrundad misstanke” vilket är ett begrepp som oftast inte finns i kvalitetsregistren vilket gjorde att de innehöll andra startpunkter som resulterade i andra väntetider.¹³ Skillnaderna i sätt att mäta ställer enligt revisionen krav på den som ska analysera olika mätresultat.

Uppföljningen sker genom att vårdgivarna rapporterar in start- och stoppdatum för varje SVF-utredning till SVF- delen av plattformen där kvalitetsregistren ligger. En gång i månaden skickas data från SVF-plattformen till Signe-databasen. Rapporteringen är enligt RCC ännu inte fullständig och kvalitetsutveckling sker kontinuerligt.¹⁴ I Signe är patienten inte registrerad med personnummer utan med ett löpnummer.

I regionen pågår ett gemensamt arbete mellan RCC och sjukhusen med att förenkla registrering av vårdförloppsuppgifter genom att anställda gör en anteckning, start av SVF, i journalsystemet Take Care. Det gör det enkelt att söka i journalsystemet när vårdförloppsuppgifter behöver tas fram. Sjukhusen har kommit olika långt med detta arbete.

I regionen följer RCC upp vårdgivarnas arbete med SVF. I detta ingår att mäta följsamheten till vårdförloppen, eftersom det finns intresse av detta hos hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Uppföljningen går till så att RCC gör ett uttag från Signe-databasen och skickar till SVF-ansvarig hos vårdgivarna. I den statistiken går det att se både resultatet för det egna sjukhuset samt andra sjukhus resultat. RCC återrapporterar även regionens resultat när det gäller överenskommelsen mellan regeringen och SKR där de standardiserade vårdförloppen ingår.

4.4. Bedömning

Det görs vissa sammanställningar av indikatorer från flera kvalitetsregister men inte från andra källor som vårdförloppen. I de flesta fall mäts indikatorerna i stället var och en för sig i respektive kvalitetsregister eller vårdförlopp. Ledtider samlas in både via kvalitetsregister och vårdförlopp, men de mäts inte på samma sätt och visar därför olika resultat inom samma cancerform. Revisionen konstaterar att det ställer krav på analyskapacitet om resultaten ska kunna användas för att kunna uttala sig om ledtider generellt inom cancervården.

I sjukhusavtalen ställs det krav på att kvalitetsregister och vårdförlopp ska användas av sjukhusen och av cancerplanen framgår att användningen av kvalitetsregister behöver öka. Det är framför allt följsamheten till vårdförloppen som följs av regionen. Följsamheten till kvalitetsregister mäts nationellt och regionen tar del av resultatet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen hämtar inte in några uppgifter om följsamheten till vårdprogram, trots att följsamheten till dessa är viktig för att nå målet om en jämlik vård. Revisionen menar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen i större utsträckning skulle kunna använda resultatet från de olika källorna för att göra sammanställningar av större delar

¹³ Regionala cancercentrum i samverkan, 2018. Jämförelse av data i kvalitetsregister och i SKL:s databas Signe – utvärdering av kvaliteten i mätningen av väntetider för patienter som genomgår standardiserade vårdförlopp cancer (SVF).

¹⁴ [Statistik om standardiserade vårdförlopp - RCC \(cancercentrum.se\)](#) Hämtad 2023-11-10.

av cancervården och därigenom få mer kunskap om cancervården för att underlätta styrningen.

Mycket av den uppföljning som görs sker fortfarande manuellt, som att mata in uppgifter i kvalitetsregistren. Detta beskrivs av sjukhusen som tidskrävande. Revisionen bedömer att den manuella registreringen leder till en administrativ belastning för vårdgivarna och att regionen behöver säkerställa att det påbörjade arbetet med att minska manuell registrering färdigställs, så att mängden data som hämtas automatisk från andra system ökar och manuella registreringar minskar.

5. Återkoppling till sjukhusen

En regional prioritering i den regionala cancerplanen är att fortsätta arbetet med analys och uppföljning kring jämlikhet, jämställdhet och mångfald samt anpassa riktade åtgärder. Därför är det viktigt att information som samlats in genom uppföljning också återkopplas till vårdgivaren. Om resultatet av uppföljningar inte kan förmedlas till den verksamhet som kan utföra önskade åtgärder finns risk att förbättringar inte genomförs.

5.1. Återkoppling av följsamhet till vårdprogrammen

Av den regionala cancerplanen för Stockholm Gotland framgår att det är viktigt med en tydlig samordning mellan vårdprogram och kvalitetsregister så att uppföljning görs av rekommenderade åtgärder och att pågående förbättringsarbete går att följa.

Som framgår ovan går följsamheten till vårdprogram att mäta genom kvalitetsregistren, men det görs ingen uppföljning av om vårdprogrammen följs av sjukhusen eller inte.

Sjukhusen som ingått i granskningen uppger att det inte sker någon återkoppling till dem när det gäller uppföljning av indikatorer från vårdprogram, men samtidigt anser sjukhusen att de inte har behov av sådana uppgifter. Detta eftersom de uppger att de följer relevanta vårdprogram och vet hur de presterar och menar att följsamheten till vårdprogrammen är hög. Huruvida det förhåller sig så är inget som följs upp av hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Anledningen till att följsamheten till vårdprogrammen inte mäts är att det anses vara både tidskrävande och arbetskrävande. De som arbetar med avtalsuppföljning inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppger att det finns mycket annat som ska följas upp inom ramen för avtalsuppföljningen och frågan är vilken nytta mätningar av följsamheten skulle leda till – särskild om vårdprogrammet upplevs som föråldrat av sjukhusen för att det inte uppdaterats på ett tag. De som arbetar med avtalshandläggning menar att det är vårdgivarna som har ansvaret för utförandet av vården och kvalitetsledning av vårdverksamheterna och att följsamhet till vårdprogram inte ingår i avtalsuppföljningen. Enligt RCC är det svårt att följa upp följsamheten till varje vårdprogram på detaljnivå eftersom det skulle vara för tidskrävande.

Eftersom följsamheten till vårdprogrammen inte mäts får bristande följsamhet inga konsekvenser om sådan trots allt skulle uppmärksammas. I sjukhusavtalen finns krav på följsamheten till de nationella vårdprogrammen och det står i cancerplanen att för att nå målet om en mer jämlik cancervård behöver följsamheten till vårdprogrammen öka. Hur följsamheten ska kunna öka är enligt revisionen inte tydligt.

5.2. Återkoppling av följsamhet till kvalitetsregister

Av sjukhusens vårdavtal för 2020–2023 framgår att vårdgivaren ska rapportera till, och använda resultatet från, alla för uppdraget relevanta nationella kvalitetsregister som stöd vid systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. I cancerplanen 2020–2023 står att kvalitetsregistren behöver användas i ökad utsträckning för att följa upp och snabbt kunna se resultat av förändringar.

Granskningen visar att viss återkoppling av uppgifter från kvalitetsregister sker till sjukhusen, genom de årsrapporter som registerhållarna till de olika kvalitetsregistren tar fram. Det sker också viss återkoppling till sjukhusen från hälso- och sjukvårdsförvaltningen genom samordningsgruppen för cancer. Frågan om sjukhusens följsamhet till kvalitetsregister diskuteras ibland i samordningsgruppen. Som framgått kan vårdpersonal som har tillgång till plattformen se olika uppgifter direkt som registrerats i kvalitetsregistren. På RCC:s hemsida går det också att ta del av interaktiva rapporter för vart och ett av registren, utan att vara inloggad. Dessa rapporter hämtar uppgifter från kvalitetsregistren. Sjukhusen får själva gå in och hämta de interaktiva rapporterna. Utöver detta sker ingen särskild eller regelbunden återkoppling till sjukhusen från regionen.

Regionen försöker uppmuntra sjukhusen att registrera i kvalitetsregistren. RCC arbetar för att öka följsamheten exempelvis genom att lägga in vissa uppgifter som ska följas upp för uppföljning i alla register. Det är enligt RCC ett sätt att skapa ett mervärde med att registrera. RCC försöker sporra sjukhusen att öka användandet av kvalitetsregisterdata i sin verksamhetsutveckling. Länken mellan RCC och sjukhusen är de cirka 50 processledarna i regionen, av vilka flera arbetar både inom RCC och på sjukhusen.

RCC har påbörjat ett arbete med att ta fram rapporter på Vården i siffror¹⁵ där kvalitetsindikatorer inom cancervården kommer att kunna följas på vårdgivarnivå. När arbetet är klart kommer indikatorerna att kunna användas för uppföljning.

5.3. Återkoppling av följsamheten till vårdförloppen

Som framgår ovan följer RCC upp SVF och skickar data till sjukhusen en gång i månaden. Uppgifterna som skickas är i vissa fall på vårdgivarnivå och i vissa fall på regional nivå.

Sjukhusen beskriver att den data de får ta del av från RCC kräver tolkning. Ett av sjukhusen uppger att den data de får inte stämmer överens med sjukhusets egna uppgifter och att mycket tid därför behöver läggas på att försöka förstå varför uppgifterna ser olika ut. Statistiken som sjukhuset får från RCC används därför bara i begränsad utsträckning i sjukhusets utvecklingsarbete av vården. I granskningen framkommer att det skiljer sig åt om sjukhusen anser sig ha behov av SVF-uppgifter från RCC. Ett sjukhus uppger att det är intressant att se uppgifterna från varje sjukhus redovisade på regional nivå. Ett annat sjukhus uppger att underlaget från SVF är nödvändigt för den egna uppföljningen av ledtiderna inom cancervården.

¹⁵ Vården i siffror är regionernas gemensamma samlingsplats för löpande publicering av data kring hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. [Vården i siffror \(vardenisiffror.se\)](https://www.vardenisiffror.se). Hämtad 2023-11-09.

Anpassningen av vården till nytta för patienterna kan också påverka hur resultatet från uppföljningen ser ut och ofta krävs kunskap om hur cancervården organiseras hos respektive sjukhus för att kunna förstå uppgifterna. I vårdförloppen mäts start och stopp av vårdförloppen, samt indikatorer som går att mäta, exempelvis antal. Kvaliteten mäts inte i uppföljningen av vårdförloppen, men däremot i kvalitetsregistren. Enligt ett av sjukhusen riskerar det att leda till att om sjukhusen försöker skapa bättre kvalitet för patienterna finns risken att det resultat som mäts i vårdförloppet framstår som sämre om ledtiderna blir längre.

Av RCC:s redovisning till Socialstyrelsen med anledning av överenskommelsen om standardiserade vårdförlopp förutsätter RCC att återkoppling av data också leder till ökad följsamhet till inrapportering. På regionövergripande nivå har RCC under 2022 kartlagt vilka sjukhus som rapporterade och vilka som inte rapporterade ledtider när det gäller hudmelanom. Utifrån kartläggningen genomförde RCC besök på sjukhusens enheter för att informera och utbilda. Detta ledde till att fler enheter anslöt sig till både kvalitetsregistret och till SVF-delen av plattformen där kvalitetsregistren ligger. RCC har även gjort besök på sjukhus för att fokusera på registreringen och tolkningen av förloppet för prostatacancer.¹⁶ RCC har fortsatt arbetet under 2023 och även vänt sig till vårdgivare inom andra cancerformer där problem med följsamheten uppmärksammas. För att öka följsamheten arbetar RCC med att stötta vårdgivarna på olika sätt, exempelvis med utrustning eller personal för att testa ett nytt arbetssätt.

RCC:s uppföljning visar att målet om att 70 procent av patienterna med välgrundad misstanke ska ingå i SVF nås men att regionen har problem att nå ledtiderna för samtliga SVF. Granskningen visar att det inte blir några konsekvenser för de vårdgivare som inte når målnivåerna. Det finns inget särskilt forum där hälso- och sjukvårdsförvaltningen och sjukhusen diskuterar följsamheten till vårdförloppen, men frågan kan tas upp på möten inom ramen för avtalsuppföljningen. Där är det dock mycket annat som behöver diskuteras och förvaltningen försöker hålla diskussionen på en övergripande nivå. Kopplat till RCC finns det, som nämnts ovan, processledare som i många fall är anställda både på RCC och på sjukhusen och som har en främjande roll gentemot sjukhusen. Processledarna kan hjälpa och stötta för att försöka öka följsamheten.

5.4. Bedömning

Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen återkopplar följsamheten till de standardiserade vårdförloppen på ett tydligt sätt. RCC arbetar också på olika sätt för att sjukhusen ska öka sin följsamhet till vårdförloppen. Det sker viss återkoppling av följsamheten till kvalitetsregister. När det gäller följsamheten till vårdprogram sker ingen återkoppling eftersom hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte samlar in sådana uppgifter och har prioriterat att följa upp annat löpande.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar främjande för att försöka uppmuntra sjukhusen att öka följsamheten exempelvis genom att skapa mervärde för dem att registrera i kvalitetsregister. Förvaltningen förväntar sig att vårdgivarna själva tar ansvar

¹⁶ RCC, 2022. Redovisning till Socialstyrelsen av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022.

för sin verksamhets- och kvalitetsutveckling utan kontroller och har valt att arbeta främjande snarare än kontrollerande när det gäller det gäller sjukhusens arbete med kvalitetsregister, vårdprogram och vårdförlopp.

Revisionen vill samtidigt peka på att enligt regionens cancerplan behöver följsamheten till vårdprogram öka för att nå målen om en mer jämlik vård. Vidare anges i planen att registrering i kvalitetsregister är en förutsättning för att resultatet ska kunna användas som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Revisionen bedömer att uppföljningen behöver avspegla kraven i sjukhusavtalen för att säkerställa följsamhet så att målet i den regionala cancerplanen om mer jämlik vård ska nås.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.regionstockholm.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm

Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)

Telefon: 08-737 25 00

E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Hemsida: www.regionstockholm.se