

Granskning av Cancervården, inkl. uppföljning

Oktober 2021

Pär Ahlborg

Sofie Mehlin



Innehåll

1. Sammanfattning och slutlig bedömning	4
2. Inledning.....	7
2.1. Bakgrund.....	7
2.2. Uppdrag och syfte.....	7
2.3. Avgränsningar	7
2.4. Definition av ledtid och väntetid	8
2.5. Revisionsfrågor	8
2.6. Revisionskriterier	8
2.7. Metod	9
2.7.1. Dokumentgranskning	9
2.7.2. Intervjuer	9
2.7.3. Statistik	9
2.8. Projektorganisation	10
3. Introduktion till hur cancervården i Sverige bedrivs.....	10
3.1. Kort bakgrund av de för granskningen aktuella cancerformerna	11
3.2. Vårdprocessen för de standardiserade vårdförloppen	11
4. Iakttagelser, bedömningar och slutsatser	12
4.1. Riktlinjer, vårdprogram och rutiner.....	12
4.1.1. Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram.....	13
4.2. Jämlik cancervård med god tillgänglighet	16
4.2.1. Åtgärder för att säkerställa jämlik cancervård	16
4.2.2. Statistik	18
4.2.3. Tillgänglighet till cancervård.....	20
4.3. Effekter av corona-pandemin.....	23
4.3.1. Corona-pandemins påverkan på cancervården	23
4.4. Uppföljning av rekommendationer från 2017.....	26
4.4.1 Uppföljning av rekommendationer från den ursprungliga granskningen (2017) 26	
5 Övergripande revisionsfråga	28
Bilaga 1 - Intervjuförteckning	30

Bilaga 2 – PREM SVF, Region Värmland31
Bilaga 3 – Ledtider 2019-2020 i Region Värmland33

1. Sammanfattning och slutlig bedömning

Revisorerna i Region Värmland har uppdragit åt Helseplan Consulting Group AB att genomföra en uppföljande granskning av cancervården. Syftet är att granska om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet.

I uppföljningen ingår även att se i vilken utsträckning Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden följt upp arbetet samt om de synpunkter som framfördes i revisorernas tidigare granskning ”Granskning av cancervården – Landstinget i Värmland” (2017) åtgärdats.

Granskningens revisionsfrågor har besvarats genom dokumentstudier, statistik och 25 semistrukturerade intervjuer med politiskt förtroendevalda och tjänstemän samt med representanter för brukarorganisationer.

Den samlade bedömningen är att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, till viss del säkerställt att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet, men att det finns utvecklingsområden att ta fasta på vilka beskrivs vidare nedan.

Revisionsfrågor:

- **Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna samt har aktuella vårdprogram implementerats?**

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden inte synes ha vidtagit några aktiva åtgärder, mot bakgrund av att spårbarhet saknas i protokoll m m. Dock bedömer vi att det i verksamheten har vidtagits aktiva åtgärder. Implementeringen av de nationella vårdprogrammen är ett pågående arbete och samtliga ska innefatta tydliga riktlinjer och rekommendationer för hela vårdförloppet. Helseplan bedömer att det saknas en tydlig koppling mellan Regionstyrelsens och Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdragsgivning till förvaltningen samt förvaltningens eventuella redovisning av utförda uppdrag då det inte finns dokumentation om cancervård av de för granskningen aktuella diagnoser, vårdförlopp eller SVF i möteshandlingar och protokoll.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, förstärker styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till riktlinjer och vårdprogram.

- **Är riktlinjerna och vårdprogrammen kända på verksamhetsnivå och används kunskaperna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?**

Helseplan bedömer att det finns god följsamhet till riktlinjer, vårdprogram och rutiner i Region Värmland. Det är emellertid en utmaning för verksamheterna att RCC:s regionala

handlingsplaner och de regioninterna planeringsprocesserna inte är synkroniserade. Detta kan leda till svårigheter för att skapa en sammanhållen styrning inom cancervården.

Helseplan bedömer vidare att riktlinjerna och vårdprogrammen är kända på verksamhetsnivå. Kunskaperna används delvis i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet, genom t ex kunskapsstyrningsrådet och lokalt programområde (LPO), men vi bedömer att fortlöpande arbete i form av utbildningssatsningar om SVF och revidering av vårdprogram behöver ske.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer att löpande utbildningar om SVF av vårdpersonal sker för utveckling av det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet samt säkerställer att RCC:s regionala handlingsplaner och de regioninterna planeringsprocesserna synkroniseras.

- **Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt?**

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden delvis har vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt. Bl a har detta skett genom införandet av SVF, nationella riktlinjer, rutinbeskrivningar, o s v. Resultat av ledtidsmålen visar emellertid mindre jämlika processer och ledtider mellan olika diagnoser.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, följer upp arbetssätt kring SVF, nationella riktlinjer, rutinbeskrivningar ur ett jämlikhetsperspektiv samt beaktar orsakerna till skillnaderna i SVF-ledtider genom att kontrollera skillnader i resurstilldelning.

- **Är tillgängligheten till cancervården god?**

Helseplan bedömer att tillgängligheten till cancervården delvis är god. Bröstcancer uppvisar bättre tillgänglighet än övriga aktuella diagnoser. Tillgängligheten i Region Värmland mätt i ledtider har förbättrats från 2019 till 2020. Det återstår emellertid arbete då ingen av de för granskningen aktuella diagnoser uppnår ledtidsmålet.

Vidare bedömer Helseplan att Region Värmland inte tillräckligt säkerställer patientens delaktighet, involvering och emotionellt stöd då resultat av PREM-enkäten visar på lägre resultat inom dessa områden.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för patienters delaktighet och involvering samt emotionella stöd, säkerställer att resurser finns tillgängligt för att uppnå ledtidsmål för SVF, samt säkerställer att det finns ändamålsenliga riktlinjer för att nå ledtidsmålen inom samtliga diagnoser. Främst förbättringspotential avseende ledtider finns inom behandlingsform kirurgi och strålning för samtliga diagnoser.

- **Hur har cancervården påverkats av corona-pandemin, t ex vad gäller förändrade arbetssätt och tillgänglighet?**

Helseplan bedömer att cancervårdens arbetssätt inte har påverkats av corona-pandemin. Cancervården har prioriterats och arbetet har skett efter beslutade leddidsmål. Tillgänglighet till cancervård har delvis påverkats av corona-pandemin givet att leddider inom vårdförloppen 2019 till 2020 har förbättrats.

Helseplan bedömer vidare att en effekt av corona-pandemin är att färre patienter har sökt vård. Detta kan medföra att fler patienter kommer att söka vård och verksamheterna bör ha beredskap för att ta emot ett ökat söktryck.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer beredskap för att säkra vård om det blir högre antal sökande när pandemin stannat av.

- **Har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i den ursprungliga granskningen (2017)?**

Helseplan bedömer att rekommendationer från den ursprungliga granskningen delvis har tagits i beaktning och övergripande har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde 2017.

Det kvarstår arbete för att fortsatt förbättra leddider, kommunikation till patienter samt intern utbildning och kompetensutveckling. Det kvarstår även arbete för säkerställande att samtliga enheter i vårdförloppen har verktyg för att analysera statistik i realtid. Det kvarstår att genomföra en riskanalys ur ett cancervårdsperspektiv avseende de olika vårdcentralernas tillgänglighet och samt vidta åtgärder för att hantera dessa risker.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

År 2017 genomfördes en granskning av cancervården på uppdrag av regionens revisorer; "Granskning av cancervården – Landstinget i Värmland". Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning var den sammanfattande bedömningen att Regionstyrelsen till stor del säkerställt att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet när det gäller förloppet fram till behandlingsstart.

Granskningen pekade emellertid på att det fanns brister och utvecklingsområden som behövde uppmärksammas och åtgärdas.

I svaret från dåvarande Landstingsstyrelsen, nuvarande Regionstyrelsen, framfördes att i flera fall pågår arbete med att förbättra och utveckla verksamheten. Bl a nämndes arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Den dåvarande Landstingsstyrelsen angav också i sitt svar att de tar till sig rapporten och kommer att verka för att de brister och utvecklingsområden som revisorerna redovisat blir åtgärdade.

2.2. Uppdrag och syfte

Syftet är att granska om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet.

I uppföljningen ingår även att se i vilken utsträckning Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden följt upp arbetet samt om de synpunkter som framfördes i revisorernas tidigare granskning "Granskning av cancervården – Landstinget i Värmland" (2017) åtgärdats.

2.3. Avgränsningar

Granskningen avgränsas till att omfatta regionens cancervård avseende lung-, bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer. När det gäller vårdprogram är granskningen i första hand avgränsad till det diagnostiska förloppet fram till påbörjad behandling, d v s det som regleras av SVF.

2.4. Definition av ledtid och väntetid

Inom ramen för cancervård används orden ledtid och väntetid för att beskriva tidsperioden av ett vårdförlopp. Det är viktigt att poängtera att patienten inte upplever ledtid utan väntetid. Ledtid är ett neutralt ord och ordet väntetid är patientcentrerat. En väntetid kan bestå av en eller flera ledtider men en ledtid består nödvändigtvis inte av en väntetid. I denna granskning kommer orden till viss del användas synonymt.

2.5. Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna samt har aktuella vårdprogram implementerats?
- Är riktlinjerna och vårdprogrammen kända på verksamhetsnivå och används kunskaperna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?
- Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt?
- Är tillgängligheten till cancervården god?
- Hur har cancervården påverkats av corona-pandemin, t ex vad gäller förändrade arbetssätt och tillgänglighet?
- Har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i den ursprungliga granskningen (2017)?
- Om granskningen visar att det finns brister, vilka förbättringsåtgärder behöver vidtas?

2.6. Revisionskriterier

Följande kriterier har utgjort grunden för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar.

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Standardiserade vårdförlopp (SVF) Bröstcancer, 2019-11-21
- SVF Lungcancer, 2018-05-08
- SVF Prostatacancer, 2021-04-13
- SVF Tjock- och ändtarmscancer, 2018-10-30

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s vägledning för verksamhetsrevision och god revisionsledning i kommunal verksamhet.

2.7. Metod

2.7.1. Dokumentgranskning

Följande styrande och redovisande dokument har granskats:

- Nationellt vårdprogram för Bröstcancer (2020-10-22), Lungcancer (2020-06-02), Prostatacancer (2021-06-22) samt Tjock- och ändtarmscancer (2021-06-22)
- Nämndplan och Mätplan 2020 och 2021, Regionstyrelsen
- Nämndplan och Mätplan 2020 och 2021, Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Ordnat införande, 2021
- Prioritering Elektiv Verksamhet Lungmottagning, (odat)
- Styrdokument, Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården, RCC, 2020-03-25
- Styrdokument, Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården, RCC, 2021-02-09
- SVF Väntetidsrapport, RCC, 2018-2020
- Verksamhetsplan med handlingsplan 2021, RCC Mellansverige
- Uppskjuten cancervård - Delrapport 3, RCC, 2021
- Kortare väntetider i cancervården - status för inklusions- och ledtidsmål i SVF, RCC, 2021
- Agenda Cancerdagen 2020
- Granskning av cancervården – Landstinget i Värmland, 2017

2.7.2. Intervjuer

Semistrukturerade djupintervjuer har genomförts med 25 respondenter inom Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, med områdeschefer för öppen- respektive slutenvården, berörda verksamhetschefer och vårdcentralsområdeschefer samt med kontaktsjuksköterskor och processansvariga. En förteckning över vilka funktioner som har intervjuats återfinns i *Bilaga 1*. Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten.

2.7.3. Statistik

Statistiken avser uppföljning av ledtiderna inom diagnoserna lung-, bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer. Data har erhållits direkt från Region Värmland. Statistik för överlevnad av cancer har erhållits av Cancerfonden. Statistiken omfattar också patientens nöjdhet inom vården. Data har erhållits från Sveriges Kommuner och Regioner genom den nationella patientenkäten 2019, som syftar till att mäta patientens upplevelse av och tillfredsställelse

med vården (PREM¹). Data redovisas aggregerat för aktuella cancerdiagnoser samt per utvald cancerdiagnos och innefattar bl a patienternas upplevelse av kontinuitet och koordinering samt tillgänglighet.

2.8. Projektorganisation

Från Helseplan deltog Pär Ahlberg som projektledare, Sofie Mehlin som konsult samt Freddi Lewin som expert. Anders Haglund har varit kvalitetsäkrande certifierad kommunal yrkesrevisor. Granskningen genomfördes mellan maj och oktober 2021.

3. Introduktion till hur cancervården i Sverige bedrivs

Den nationella cancerstrategin och riktlinjer för cancervården på nationell nivå finns utfärdad av Socialstyrelsen. Syftet med strategin med tillhörande dokument är att säkerställa en mer sammanhållen och effektiv cancervård i hela Sverige. Det finns sex regionala cancercentrum (RCC) som verkar på sjukvårdsregional nivå och där Region Värmland tillhör RCC Mellansverige (tidigare RCC Uppsala Örebro). Viktiga inslag i den nationella och regionala styrningen av cancervården är de vårdprogram och standardiserade vårdförlopp (SVF) som fastställts av RCC. Syftet med SVF är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att förkorta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna.

SVF-satsningen fokuserar på att vårdförloppet ska förkortas från den tidpunkt en välgrundad misstanke om cancer uppstår till det att första behandling startar. Ansatsen är att standardisera vårdförloppen för samtliga diagnosområden inom cancer till ett utredningsförlopp som är förutbestämt och innehållsmässigt definierat. För varje enskild cancerdiagnos definieras:

- Vad som ligger till grund för välgrundad misstanke om cancer
- Vilka utredningar som ska göras för att ställa diagnos och fatta beslut om behandling
- Vilka maximala tider som gäller för respektive utredning som ingår, d v s bröstcancer, lungcancer, prostatacancer samt tjock- och ändtarmscancer

¹ PREM står för patient reported experience measures.

3.1. Kort bakgrund av de för granskningen aktuella cancerformerna

Den relativa 5-årsöverlevanden² beskriver hur stor andel av cancerpatienterna som fortfarande är i livet fem år efter diagnostillfället, relaterat till en jämförbar grupp människor i befolkningen avseende kön och ålder.

- Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Varje år insjuknar drygt 8 000 kvinnor i Sverige. Den relativa 5-årsöverlevnaden är 92 procent.³ Behandling sker främst vid Centralsjukhuset Karlstad men enstaka patienter kan vid behov opereras på Sjukhuset Arvika.
- Lungcancer drabbar årligen omkring 4 000 personer och är den cancerform som årligen tar flest liv i Sverige. Den relativa 5-årsöverlevnaden är omkring 16 procent.⁴ Behandlingen sker uteslutande vid Centralsjukhuset Karlstad.
- Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män. Cirka 10 000 män diagnosticeras med sjukdomen varje år. Den relativa 5-årsöverlevnaden är drygt 91 procent.⁵ De allra flesta patienter behandlas vid Centralsjukhuset Karlstad.
- Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige. Årligen drabbas omkring 6 200 personer. Den relativa 5-årsöverlevnaden är i genomsnitt 63 procent för båda cancerformerna.^{6,7} Behandling i form av operation sker vid Sjukhuset Torsby (tjocktarmscancer) och vid Centralsjukhuset Karlstad (ändtarmscancer).

3.2. Vårdprocessen för de standardiserade vårdförloppen

Av RCC:s *Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården* (2021) framgår att SVF beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras samt tidsgränser för detta. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. De beslutade leddiderna varierar mellan olika diagnoser och behandlingar. Tidsgränser och mål togs fram som

² Statistik på överlevnad cancer <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/overlevnad>. Hämtad: 2021-07-01.

³ Statistik på överlevnad bröstcancer <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/brostcancer>. Hämtad: 2021-07-01.

⁴ Statistik på överlevnad lungcancer <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/lungcancer>. Hämtad: 2021-07-01.

⁵ Statistik på överlevnad prostatacancer <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/prostatacancer>. Hämtad: 2021-07-01.

⁶ Statistik på överlevnad tjocktarmscancer <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/tjocktarmscancer>. Hämtad: 2021-07-01.

⁷ Statistik på överlevnad ändtarmscancer <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/andtarmscancer>. Hämtad: 2021-07-01.

önskeläge vid vård dygnet runt med obegränsade resurser. SVF kan betraktas som en sammanfattning av relevanta delar av det nationella vårdprogrammet. SVF ger svar på vad som ska göras, varför samt hur en rekommendation ska utföras. Därför ska SVF ses över varje gång det nationella vårdprogrammet uppdateras för att säkerställa att beskrivningarna går hand i hand. SVF bör emellertid inte innehålla rekommendationer om sådant som fastställs i t ex patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen eller andra överordnade dokument.

SVF startar i samband med beslut om välgrundad misstanke om cancer. Det krävs att en läkare beslutar om välgrundad misstanke, med undantag av SVF för bröstcancer där även sjuksköterskor kan ta beslutet. *Figur 1* visar processen enligt RCC:s riktlinjer inom SVF uppdelat i fyra huvudsakliga delar: Ingång, utredning, behandling och uppföljning. Steg ett, två och tre är ingångar till vården. Den patient som bedöms ha en välgrundad misstanke inkluderas i SVF. Steg fyra, fem och sex innefattar utredning som innebär första besök hos specialist och sedan utredning under multidisciplinära konferenser (MDK). På MDK diskuterar flera specialiteter och professioner en patients behandlingsalternativ för att få bästa behandlingsresultat. Steg sju är behandling. Nationellt mäts ledtider från välgrundad misstanke till start av behandling. Det sista steget innefattar en uppföljning av patientens behandling samt utfall.



Figur 1 Beskrivning av vårdförlopp i fyra huvudsakliga delar och sju specifika steg. Källa: Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården, RCC.

4. Iakttagelser, bedömningar och slutsatser

4.1. Riktlinjer, vårdprogram och rutiner

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna: "Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna samt har aktuella vårdprogram implementerats?" samt "Är riktlinjerna och vårdprogrammen kända på verksamhetsnivå och används kunskaperna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?"

4.1.1. Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram

I Hälso- och sjukvårdsnämndens möteshandlingar och protokoll för 2020 och 2021 finns ingen dokumentation om cancervård av de för granskningen aktuella diagnoser, vårdförlopp eller SVF. Enbart i protokollet från 2020-11-03 berörs cancervården. I protokollet finns beslut om deltagande i nätverksträffar, kurser och konferenser för ledamöter och ersättare i Hälso- och sjukvårdsnämnden samt övriga förtroendevalda som inte omfattas av annan nämnds delegeringsförteckning. Här inkluderas även ett delegeringsbeslut där arbetsutskottet utser två ledamöter att gå på konferensen *Cancerdagen 2020*⁸. Under Cancerdagen 2020 diskuterades corona-pandemins påverkan på cancervården, digitalisering, nya behandlingsmöjligheter o s v. Det finns emellertid ingen information i kommande protokoll om att någon uppföljning eller återrapportering av konferensen har ägt rum. I Regionstyrelsens möteshandlingar och protokoll för 2020 samt 2021 finns ingen dokumentation om cancervård av de för granskningen aktuella diagnoser, vårdförlopp eller SVF. Vårdproduktionsdata redovisas under vad som benämns som *månadsrapport* i protokoll.

Samtliga vårdförlopp har en tydligt definierad vårdprocess. Detta upplevs av intervjuade skapa standardiserade arbetssätt med säkerställande att även hyrläkare har kunskap om nationella rutiner. Intervjuade områdeschefer, enhetschefer och vårdpersonal menar att SVF är välkänt och likaså tillvägagångssätt vid SVF. Rutiner följs i det dagliga arbetet, vilka finns definierade i SVF och nationella riktlinjer. För närvarande finns det 54 vårdprogram, bl a för lung-, bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer, vilka uppdateras kontinuerligt. Intervjuade chefer uppger att uppföljning och revidering av vårdprogram och vårdförlopp sker under MDK. Dessa finns lättillgängliga i Region Värmlands interna system där det i enstaka fall finns samlingsdokument med lokal förankring till regionens rutiner. Vårdprocessägare ansvarar för att de lokala vårdprogrammen uppdateras minst var tredje år. Även dessa har sin grund i nationella riktlinjer och skapas med en giltighetstid om två till tre år.

Ur *Verksamhetsplan med handlingsplan RCC Mellansverige (2021)* uppges att RCC Mellansverige ska verka för att den nationella cancerstrategin implementeras. Vidare har RCC ett uppdrag avseende cancer- och kvalitetsregisterarbete i sjukvårdsregionen. I verksamhetsplanen definieras målområden för verksamheterna samt handlingsplaner. Intervjuade uppger att det är en utmaning att RCC:s regionala handlingsplaner inte är synkroniserade med de lokala regionala planeringsprocesserna fullt ut. RCC följer upp sin handlingsplan och parallellt sker en regionintern uppföljning till Hälso- och sjukvårdsnämnden. Detta skapar ett dilemma i styrningen där processer följs upp på två olika håll. När dessa inte synkroniserar kan processer/planer motsäga varandra samt bidra till att skapa en tudelad styrning.

⁸ Agenda Cancerdagen 2020 <https://www.bonniernewsevents.se/event/7aac4e57-91b5-4f6e-a886-bfcb18a2c016/summary>. Hämtad: 2021-09-08.

Intervjuade chefer uppger sig använda styrsystemet VIDA. *Regional handlingsplan, Analys, plan och målsättningar för kortare väntetider och Vårdköer* (2021) beskriver VIDA som Region Värmlands gemensamma IT-system för hantering av styrande dokument. Rutiner och instruktioner dokumenteras i systemet.

Region Värmland har ett lokalt system för kunskapsstyrning som speglar den nationella kunskapsstyrningsorganisationen med syfte att säkerställa implementering av nationellt fastställt kunskapsstöd. Regionens kunskapsstyrningsråd leder arbetet med syfte att stärka förutsättningarna för kunskapsbaserad vård i Region Värmland.⁹ Intervjuade chefer uppger att kunskapsstyrningsrådet följer upp ledtider och utvecklingsområden samt lyfter frågor med ansvarig styrelse eller nämnd vid behov eller för beslut.

Genom lokalt programområde (LPO)¹⁰ bjuds det regelbundet in till sammankomster för dialog inom aktuellt vårdprogram. LPO har bl a i uppdrag att ta emot och implementera nationella kunskapsstöd inom sitt programområde. De är rådgivande både internt och externt i kunskapsstyrningsfrågor och framför allt rådgivande till hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp där LPO stödjer hälso- och sjukvårdsdirektören genom att bereda underlag för faktabaserade beslut. LPO består av multiprofessionell kompetens och medlemmar är bl a läkare, forskare och verksamhetschefer.

Läkare från primärvård och företagsvården kallas till obligatoriska s k allmänmöten sex gånger om året för implementeringsarbete och implementeringsstöd av SVF. Utöver fåtal lokalt styrande dokument innefattar resterande styrdokument de nationella dokumenten och bestämmelserna. Enhetschefer beskriver att varje SVF har en vårdprocessgrupp där riktlinjer och bestämmelser diskuteras och revideras. Dessa vårdprocessgrupper beskrivs vara ansvariga för att vårdprogrammen är implementerade. Kontaktsjuksköterskor samt enhetschefer beskriver att samtliga sjuksköterskor har god kunskap om riktlinjer och arbetet med SVF. Utbildningar och workshops genomförs med jämna mellanrum för kompetensutveckling samt säkerställande att alla sjuksköterskor innehar god kunskap om SVF. Kontaktsjuksköterskor har även tillgång till rådgivningsstöd över telefon tillhandahållt av 1177.

I intervjuer beskrivs det vara viktigt att skapa diagnosgrupper för att diskutera utfall, där medicinskt ledningsansvariga och ledningschefer går igenom avvikelser och förbättringar inom utvald cancerdiagnos vårdförlopp.

⁹ Kunskapsstyrningsrådet <https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/vard-och-behandling/kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard2/kunskapsstyrningsradet/>. Hämtad: 2021-09-07.

¹⁰ Programområde LPO <https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/vard-och-behandling/kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard2/programomraden/>. Hämtad: 2021-09-07.

Vid avvikelser från SVF, t ex om en SVF borde ha inletts tidigare, görs en lex Maria-anmälan. Intervjuade chefer uppger att anmälan dels kan grundas på missuppfattade symtom, vilket skapar en fördröjning i processen, dels kan grundas på ett stopp i vårdprocessen. Stopp kan ske genom hela processen och omfattar bl a fördröjningar mellan olika vårdenheter samt längre köer till utredning eller behandling. Det går inte att på förhand avgöra var ett stopp kommer att ske, menar intervjuade chefer, vilket försvårar förbättringsarbeten och lärdomar av tidigare anmälningar.

4.1.2. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämningen inte synes ha vidtagit några aktiva åtgärder, mot bakgrund av att spårbarhet saknas i protokoll m m. Dock bedömer vi att det i verksamheten har vidtagits aktiva åtgärder. Implementeringen av de nationella vårdprogrammen är ett pågående arbete och samtliga ska innefatta tydliga riktlinjer och rekommendationer för hela vårdförloppet. Helseplan bedömer att det saknas en tydlig koppling mellan Regionstyrelsens och Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdragsgivning till förvaltningen samt förvaltningens eventuella redovisning av utförda uppdrag då det inte finns dokumentation om cancervård av de för granskningen aktuella diagnoser, vårdförlopp eller SVF i möteshandlingar och protokoll.

Helseplan bedömer att det finns god följsamhet till riktlinjer, vårdprogram och rutiner i Region Värmland. Det är emellertid en utmaning för verksamheterna att RCC:s regionala handlingsplaner och de regioninterna planeringsprocesserna inte är synkroniserade. Detta kan leda till svårigheter för att skapa en sammanhållen styrning inom cancervården.

Helseplan bedömer vidare att riktlinjerna och vårdprogrammen är kända på verksamhetsnivå. Kunskaperna används delvis i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet, genom t ex kunskapsstyrningsrådet och LPO, men vi bedömer att fortlöpande arbete i form av utbildningssatsningar om SVF och revidering av vårdprogram behöver ske.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Förstärker styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till riktlinjer och vårdprogram.
- Säkerställer att löpande utbildningar om SVF av vårdpersonal sker för utveckling av det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet.
- Säkerställer att RCC:s regionala handlingsplaner och de regioninterna planeringsprocesserna synkroniseras.

4.2. Jämlik cancervård med god tillgänglighet

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna: "Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt?" samt "Är tillgängligheten till cancervården god?"

4.2.1. Åtgärder för att säkerställa jämlik cancervård

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, vilket framgår av 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I *Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården* (2021) beskrivs Socialstyrelsens kriterier för god vård. Detta innebär bl a att en central uppgift för sjukvården är att alla cancerpatienter ska få en likvärdig utredning, behandling och uppföljning. Det är också en målsättning att handläggningen ska vara ändamålsenlig, väl samordnad och effektiv.

I Regionstyrelsens *Mätplan för 2020* beskrivs Region Värmlands värdegrund. Denna innefattar bl a respekten för allas lika och okränkbara värde, oavsett ålder kön, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion, funktionshinder, könsöverskridande identitet, social situation eller bostadsort. God och jämlik hälsa beskrivs som en av Region Värmlands effektmål för 2020. I *Nämndplan för 2021* benämns god, jämlik och jämställd hälsa som effektmål för 2021. Värdegrunden och effektmålen för 2020 och 2021 återfinns också i mätplan och nämndplan för Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Styrdokument, riktlinjer och arbetsrutiner bidrar till säkerställande av jämlik cancervård, så som SVF, nationella riktlinjer och rutinbeskrivningar. Merparten av riktlinjer och styrdokument är beslutade på nationell nivå. Enhetschefer och läkare beskriver en aktiv ambition att inte skapa mer lokala styrdokument än nödvändigt men där behov uppstår tar lokala rutiner fram. SVF följs upp på nationell nivå men även genom Region Värmlands område vårdkvalitet.

I intervjuer nämns arbetssättet *Ordnat införande*¹¹, som syftar till att ge förutsättningar för en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig process för införande av ny medicinsk teknik och metoder i hälso- och sjukvården. Ny medicinsk teknik och metoder styrs in av medarbetare inom hälso- och sjukvården, kunskapsbärare, hälso- och sjukvårdsledningen m fl. *Arbetsmöte* är en

¹¹ Ordnat införande <https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/vard-och-behandling/kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard2/ordnat-inforande/>. Hämtad: 2021-09-07.

arbetsgrupp för *Ordnat införande* med uppdrag att skapa underlag för rekommendationer. Rekommendationer sammanställs efter genomgång och diskussion i arbetsgruppen till en rapport som påvisar vilken befintlig medicinteknik/metod som skulle kunna påverkas/ersättas vid ett införande. Rapporten lyfts sedan till kunskapsstyrningsrådet som ger sin rekommendation på om det finns stöd för införande eller inte.

Genom RCC arbetar ett nationellt nätverk per cancerdiagnos för säkerställande att cancervården ges på jämlikt sätt i Sverige samt öppna upp för diskussion av eventuella förbättringsområden och utmaningar. De nationella nätverken stöder motsvarande nätverk på sjukvårdsregional nivå som i sin tur har uppdraget att säkerställa att de nationella riktlinjerna implementeras och kommuniceras på sjukvårdsregional nivå. Nätverken ses några gånger per år tillsammans med RCC nationellt och regionalt. Även kontaktsjuksköterskor inom respektive diagnos har ett gemensamt nationellt nätverk med träffar en gång per halvår i syfte att öppna upp för diskussion av eventuella förbättringsområden och utmaningar.

Intervjuade i brukarorganisationer uppger att hälso- och sjukvården i Region Värmland sannolikt vidtagit åtgärder för att säkerställa jämlik vård genom sina styrdokument och via täta uppföljningar. De intervjuade beskriver att bättre verktyg och möjligheter till uppföljning finns tillgängligt. Samtidigt krävs ett fortsatt aktivt arbete för att driva kunskapsläget framåt vad avser t ex samband mellan olika livsstilar och vård.

Intervjuade politiker uppger att jämlik vård ofta diskuteras men att det inte finns något specifikt beslut angående just cancervård. Implementeringen av SVF beskrivs i intervjuer vara en avgörande faktor för säkerställandet av jämlik cancervård. Chefer uppger att samtliga 30 vårdcentraler, varav 75 procent är i egen regi, följer samma riktlinjer och rutiner samt erhåller gemensamma utbildningar o s v.

Chefer och läkare beskriver att Region Värmland överlag bedriver jämlik cancervård. Emellertid uppger de att en del patienter har en lång resväg till Centralsjukhuset Karlstad, där merparten av cancerbehandlingarna sker. De beskriver vidare att verksamheter försöker ordna transport och övernattningslösningar för att öka möjligheterna för patienterna att ta del av vårdutbudet. LPO uppger att intervjuade går igenom ledtider och lyfta utmaningar till den politiska organisationen för att säkerställa att resurser finns för att kunna ge jämlik vård där även patientgrupper deltar för att diskutera hur vården bedrivs. Emellertid finns inte detta dokumenterat i protokoll för Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden.

4.2.2. Statistik som redogör för patientrelaterade upplevelser av cancervården

I RCC:s SVF Väntetidsrapport 2018-2020 görs en uppföljning av de två mål som sattes vid införandet av SVF. Första målet var att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via SVF till år 2020. Målet kallas ofta för inklusionsmål. Detta mål är uppfyllt på nationell nivå sedan 2018. Det andra målet beskrivs under 4.2.3 Tillgänglighet till cancervård.

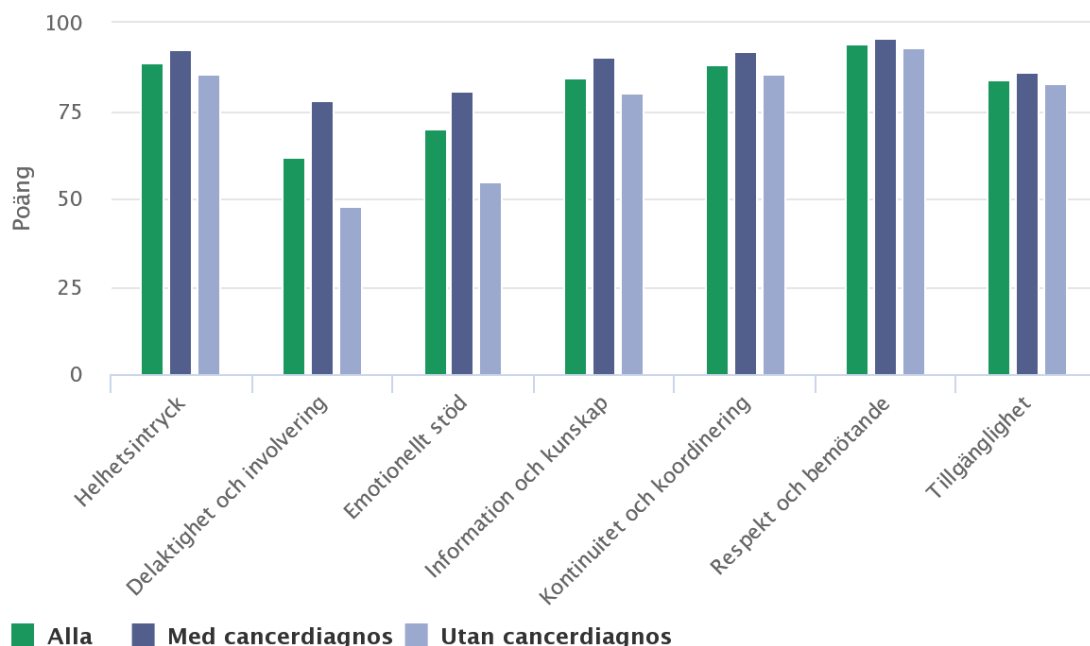
För att ta reda på patienternas upplevelser av att utredas enligt SVF får ett urval patienter med cancerbesked eller som avslutat ett SVF av annan orsak en PREM-enkät efter avslutad utredning¹². Enkäten är indelad i olika områden, s k dimensioner, och består av skalfrågor. Data redovisas som ett medelvärde för frågorna inom respektive dimension, ett s k dimensionsvärde. I *Figur 2* omfattar "Patienter med cancerdiagnos" de patienter som under utredningen har diagnostiserats med cancer. För majoriteten av patienterna som utreds enligt SVF leder utredningen till att misstanken om cancer kan avskrivas. Dessa patienter redovisas som "Patienter utan cancerdiagnos". Data för Region Värmland för 2019¹³ för samtliga diagnoser visar att 89 procent av de svarande har uppgett att de fått sitt aktuella behov av vård tillgodosett. De patienter som har mottagit ett cancerbesked och startat sin första behandling är mer nöjda med utredningsförloppet än de patienter vars utredning visat att misstanken om cancer kunnat avskrivas. Uppfattningen gäller för samtliga dimensioner.

¹² PREM-enkäten syftar till att mäta patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården; PREM står för patient reported experience measures.

¹³ Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>.

Hämtad: 2021-06-21.



Figur 2 Samtliga cancerdiagnoser 2019, Region Värmland. Källa: Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp, RCC

Sammanfattande för respektive diagnos visar PREM-enkäten följande (se även *Bilaga 2*):

- Helhetsintrycket inom bröstcancer¹⁴ har ett dimensionsvärde på 94. Överlag visar data att patienter med cancerdiagnos ger högre poäng än de utan. Störst skillnader förekommer i dimensionerna *Delaktighet och involvering* samt *Emotionellt stöd*.
- Helhetsintrycket inom lungcancer¹⁵ har ett dimensionsvärde på 89. Även här visas ett högre dimensionsvärde inom *Delaktighet och involvering* för patienter med cancerdiagnos.
- Helhetsintrycket inom prostatacancer¹⁶ har ett dimensionsvärde på 87. Resultatet visar högre dimensionsvärde för patienter med cancerdiagnos, främst vad gäller *Delaktighet och involvering* samt *Emotionellt stöd*.

¹⁴ Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>.
Hämtad: 2021-06-21.

¹⁵ Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>.
Hämtad: 2021-06-21.

¹⁶ Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>.
Hämtad: 2021-06-21.

- Helhetsintrycket inom tjock- och ändtarmscancer¹⁷ har ett dimensionsvärde på 88. Även här visas ett högre dimensionsvärde för patienter med cancerdiagnos, främst vad gäller *Delaktighet och involvering* samt *Emotionellt stöd*.

Inom samtliga diagnosformer finns störst förbättringspotential gällande *Delaktighet och involvering* samt *Emotionellt stöd*. Patienter som utreds för bröstcancer har överlag bättre upplevelse av utredning enligt SVF än patienter inom prostatacancer samt tjock- och ändtarmscancer.

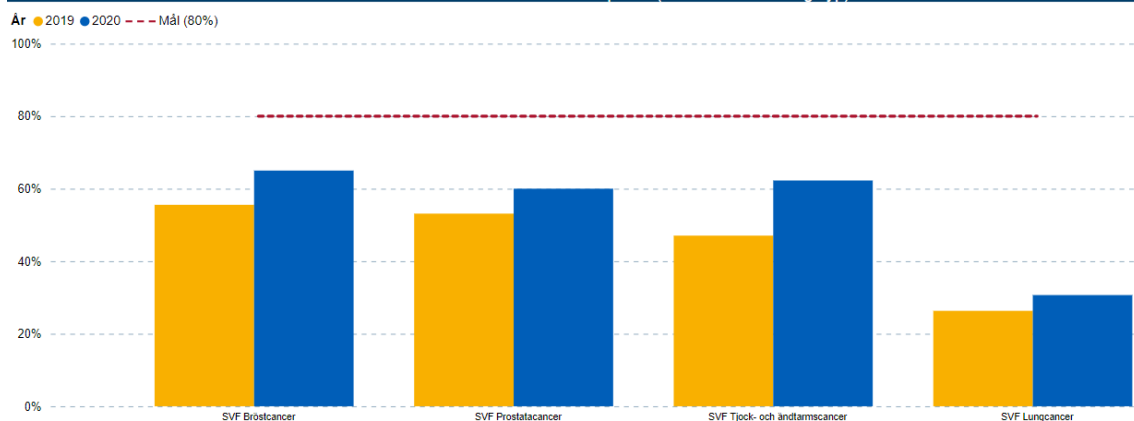
4.2.3. Tillgänglighet till cancervård

En lättillgänglig vård är ett kriterium för kravet på god vård. Hälsa- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls enligt 5 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Krav för god vård är bl a att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och att vården tillgodoser patienternas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Krav på lättillgänglig vård innefattar bl a hur tillgänglig viss vård eller behandling är, d v s hur länge patienten behöver vänta innan hen kan inleda vård och behandling utifrån sina behov eller hur länge patienten behöver vänta på att följa upp om vården och behandlingen ger avsedd effekt. Lagstiftningen stipulerar specifika krav på tillgänglighet i olika delar av vårdkedjan. Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, enligt 2 kap 2 § patientlagen (2014:821). Patienten har också rätt att få kontakt, besök och vård inom viss tid enligt den nationella vårdgarantin, som regleras i 9 kap hälso- och sjukvårdslagen och i 6 kap hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

SVF-satsningens andra mål till 2020 var att 80 procent av de patienter som utreds via SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom beslutade ledtider. Målet kallas ofta för ledtidsmål. Statistik visar att tillgängligheten till cancervård för granskningens aktuella diagnoser mätt i ledtider inte uppnår målbilden inom SVF¹⁸, d v s att mindre än 80 procent år 2020 klarar ledtidsmåttet. Samtidigt visas en förbättring från 2019 till 2020 inom samtliga diagnoser, även för granskningens aktuella cancerdiagnoser (se *Figur 3*). Det framgår inte av statistiken med hur många dagar som ledtidsmålet överskrids. Flaskhalsar inom bl a radioterapi och kirurgi begränsar vården från att uppnå målbilden med längre ledtider inom vissa behandlingsformer som t ex väntetider till strålbehandling eller kirurgi.

¹⁷ Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>.
Hämtad: 2021-06-21.

¹⁸ Region Värmland, SVF Ledtider. Hämtad: 2021-07-10.



Figur 3 Ledtider för aktuella diagnoser, Region Värmland. Notera att Region Värmland inte uppnår ledtidsmålet om 80 procent vare sig 2019 eller 2020. Källa: Region Värmland, SVF Ledtider.

Sammanfattande för respektive diagnos visar ledtidsmåttet följande (se även *Bilaga 3*):

- Inom bröstcancer uppnår 100 procent ledtidsmåttet 2020 inom behandlingsform palliativ/symtomlindrande. Därefter kommer behandlingsform kirurgi varav 67 procent uppnår ledtidsmåttet. Behandlingsform läkemedel och strålning ligger på 50 procent.
- Inom lungcancer uppnår 64 procent ledtidsmåttet 2020 inom behandlingsform palliativ/symtomlindrande. Ledtidsmåttet uppnår till 27 procent inom behandlingsform läkemedel respektive till 15 procent för strålning.
- Inom prostatacancer uppnår 79 procent ledtidsmåttet 2020 inom behandlingsform läkemedel. Behandlingsform expektans uppnår till 74 procent ledtidsmåttet. Ledtidsmåttet uppnår till 22 procent inom behandlingsform kirurgi respektive till 12 procent för strålning.
- Inom tjock- och ändtarmscancer påvisas uppnådda ledtidsmått 2020 inom palliativ/symtomlindrande samt annan behandling. Inom kirurgi uppnås ledtidsmåttet till 66 procent, läkemedel till 43 procent och strålning till 41 procent.

Region Värmland uppnår inte ledtidsmått om 80 procent vare sig 2019 eller 2020. Lägst måluppfyllelse finns inom behandlingsform kirurgi och strålning för samtliga diagnosformer. Behandlingarna inom bröstcancer uppvisar högst måluppfyllelse. Data visar att ledtidsmåttet inte uppnås nationellt i Sverige heller. Intervjuade verksamhetschefer och cancersamordnare beskriver att strålbehandling tar längre tid att initiera. Även patienten behöver godkänna behandlingsform och tidpunkt för denna. Vad gäller behandlingsform kirurgi och strålning är patienter med prostatacancer inte prioriterade då det inte fysiskt förändrar cancer genom fördröjning av behandling, uppger intervjuade. De intervjuade poängterar att Region Värmland får ett bra utfall i PREM-enkäten vad avser tillgänglighet och vårdupplevelse. Resultat av ledtidsmått presenterat ovan visar på skillnader mellan de olika cancerdiagnoserna och dess ledtider, vilket kan tyda på en ojämlikhet mellan olika vårdförlopp. Detta baseras oftast på en medicinsk prioritering och konsekvens av en undanträngning uppger intervjuade chefer. Intervjuade uppger även resurstilldelning som potentiell anledning till skillnader mellan de olika diagnoserna. Tex har bröstcancer en stark patientgrupp och patientförening vilket kan medföra ytterligare resurser genom patientföreningens aktiviteter och insamlingar.

I RCC:s *SVF Väntetidsrapport 2018-2020* anges att när antal patienter som utretts enligt SVF har ökat så har andelen som utretts inom ledtiderna minskat. Ledtidsmålet har emellertid förbättrats på riksnivå från 44 procent 2019 till 51 procent 2020. RCC beskriver även att cancervården har prioriterats under corona-pandemin och att det finns en stark ambition att fortsätta arbeta med SVF inom RCC.

Intervjuade politiker uppger att tillgängligheten till cancervård enligt den statistik som de tagit del av upplevs vara god. Enhetschefer berättar att SVF och nationella riktlinjer bidragit positivt inom cancervården genom mer standardiserade arbetssätt vilka varit tidsbesparande för bl a vårdcentralerna. Chefer beskriver emellertid att SVF kan skapa långa ledtider för patienter som har låg misstanke om cancer och därav inte kvalificeras för SVF då patienter inom SVF är prioriterade. Intervjuade chefer och läkare beskriver en god tillgänglighet till cancervård där samtliga vårdcentraler i Regionen arbetar efter gemensamma rutiner och riktlinjer. God tillgänglighet enligt intervjuade innefattar att samtliga patienter får behandling inom respektive vårdförlopp inom beslutade ledtider. Tillgängligheten upplevs ha förbättrats sedan införandet av SVF då samtliga enheter har riktlinjer för respektive vårdförlopp gällande förväntade ledtider. Intervjuade uppger emellertid att tillgängligheten varierar mellan olika cancerformer och att ett fortsatt utvecklingsarbete är viktigt.

Kontaktsjuksköterskor beskriver ur deras perspektiv en god tillgänglighet, d v s att vården är tillgänglig för patienten, då samtliga kontaktsjuksköterskor finns att nå för rådgivning även på kvälls- och helgtid.

4.2.4. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden delvis har vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt. Bl a har detta skett genom införandet av SVF, nationella riktlinjer, rutinbeskrivningar, o s v. Resultat av ledtidsmålen och effektmålet visar emellertid mindre jämlika processer och ledtider mellan olika diagnoser.

Helseplan bedömer att tillgängligheten till cancervården delvis är god. Bröstcancer uppvisar bättre tillgänglighet än övriga aktuella diagnoser. Tillgängligheten i Region Värmland mätt i ledtider har förbättrats från 2019 till 2020. Det återstår emellertid arbete då ingen av de för granskningen aktuella diagnoser uppnår ledtidsmålet.

Vidare bedömer Helseplan att Region Värmland inte tillräckligt säkerställer patientens delaktighet, involvering och emotionellt stöd då resultat av PREM-enkäten visar på lägre resultat inom dessa områden.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Följer upp arbetssätt kring SVF, nationella riktlinjer, rutinbeskrivningar ur ett jämlikhetsperspektiv samt beaktar orsakerna till skillnaderna i SVF-ledtider genom att kontrollera skillnader i resurstilldelning.
- Säkerställer att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för patienters delaktighet och involvering samt emotionella stöd.
- Säkerställer att resurser finns tillgängligt för att uppnå ledtidsmål för SVF.
- Säkerställer att det finns ändamålsenliga riktlinjer för att nå ledtidsmålen inom samtliga diagnoser. Framst förbättringspotential avseende ledtider finns inom behandlingsform kirurgi och strålning för samtliga diagnoser.

4.3. Effekter av corona-pandemin

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågan: *”Hur har cancervården påverkats av corona-pandemin, t ex vad gäller förändrade arbetssätt och tillgänglighet?”*

4.3.1. Corona-pandemins påverkan på cancervården

I RCC Mellansveriges *Verksamhetsplan med handlingsplan 2021* beskrivs att vårdprocessgrupperna ställt om sitt arbete utifrån den pågående corona-pandemin. Flertalet av grupperna har tvingats revidera sina årsplaneringar men ingen grupp har pausat sitt arbete. Möten i grupperna har anordnats i digitalt format. Större möten och utbildningsinsatser som regiondagar har i de flesta fall ställts in och planeras nu som digitala eller digifysiska varianter.

I RCC:s rapport *Kortare väntetider i cancervården - status för inklusions- och ledtidsmål i SVF (2021)* visas en avvikande bild under pandemiåret 2020. En kraftig nedgång syns för april och maj 2020 både i antal startade SVF samt antal med ”start av behandling” för samtliga cancerdiagnoser/symtom. En möjlig förklaring är att färre invånare har sökt vård för cancersymtom p g a rädsla för smitta beskriver intervjuade chefer. RCC i samverkan har gett RCC Mellansverige i uppdrag att samordna bevakningen av corona-pandemins inverkan på cancervården och kort- och långsiktiga konsekvenser för cancerpatienter. Under 2020 publicerades rapporter baserade på anmälningmönster från 14 patologilaboratorier med elektronisk inrapportering¹⁹. Även dessa visar på att sökmönster till vården påverkats då flertalet invånare avstått från att söka vård för nytillkomna symtom. Även patienter som sökt för akuta tillstånd så som bröstsmärtor minskade i början av pandemin. Detta har medfört en nationell nedgång i antal nydiagnostiserade tumörer. Intervjuade bekräftar att cancervården i Region Värmland har påverkats i form av färre patienter som söker för cancersymtom inom samtliga cancerdiagnoser. Färre remisser och färre misstankar om cancer uppges ha inkommit. De

¹⁹ Uppskjuten cancervård - Delrapport 3, RCC, 2021.

intervjuade uppger att detta sannolikt beror dels på rädsla hos den enskilde att bli smittad av corona-viruset, dels på att diffusa cancersymtom misstolkas vara tecken på en corona-infektion.

Tabell 1 och 2 avser data av de för granskningen aktuella cancerformerna i Region Värmland 2019 samt 2020. Statistiken visar att antal välgrundad misstanke har minskat från 2019 till 2020 med totalt 340. Störst minskning finns inom prostatacancer samt tjock- och ändtarmscancer. Andel som fått behandlingsstart inom maxledtid har från 2019 till 2020 ökat med 9,3 procent.²⁰

Tabell 1 Antal SVF 2019, Region Värmland. Källa: Datauttag 2021-10-01, Region Värmland

SVF	2019	Avslut innan behandling		Behandlingsstart	
	Antal välgrundad misstanke	Antal	Antal	Antal inom maxledtid	Andel inom maxledtid
Bröstcancer	485	233	252	140	55,6%
Lungcancer	205	110	95	25	26,3%
Prostatacancer	1114	824	290	183	63,1%
Tjock- och ändtarmscancer	573	328	204	96	47,1%
Totalt	2377	1495	841	444	52,3%

Tabell 2 Antal SVF 2020, Region Värmland. Källa: Datauttag 2021-10-01, Region Värmland

SVF	2020	Avslut innan behandling		Behandlingsstart	
	Antal välgrundad misstanke	Antal	Antal	Antal inom maxledtid	Andel inom maxledtid
Bröstcancer	483	243	240	156	65,0%
Lungcancer	188	113	75	23	30,7%
Prostatacancer	869	627	242	163	67,4%
Tjock- och ändtarmscancer	497	383	159	99	62,3%
Totalt	2037	1366	716	441	61,6%

I Hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll 2020-09-29 uppges att fokus för augusti 2020 har varit att planera verksamhet under varaktigt pandemiskt läge. Nämnden har planerat för att operationskapaciteten ska utökas, framför allt vid Centralsjukhuset Karlstad. Dessutom har nämnden beslutat om en ny modell för omstrukturering av vårdplatser för att säkerställa att genomförandet av akuta operationer samt canceroperationer och för att även på sikt genomföra planerade operationer i slutenvård. Detta är emellertid inget som benämns av intervjuade.

²⁰ Region Värmland, SVF Ledtider. Hämtad: 2021-07-10.

Chefer berättar att det i samband med pandemin skapats en prioriteringsordning på sjukhus och vårdcentraler där cancervården prioriterades högst. Samtliga intervjuade beskriver att cancervården har prioriterats under corona-pandemin inom såväl sjukhus- som inom primärvården. Bl a lungcancer²¹ står listad som *PRIO 1*. Verksamhetschefer beskriver att flödet av cancerpatienter i stort sett ut som tidigare och att det framförallt är andra patienter som blivit lidande. Det beskrivs att sjukhusen under våren haft tillgång till 7 operationssal mot normala 17 salar vilket gör att ledtider till operation förlängts. Vårdavdelningar påverkades då arbete för smittskydd utfördes som t ex att glesa sängar. Ett minskat söktryck samt fler uteblivna besök har medfört att de patienter som har sökt vård har kunnat behandlas inom ledtiderna. Intervjuade menar att detta kan skapa utmaningar i framtiden där en kraftig ökning av sökande till vård väntas när pandemin har stannat av samt en potentiell ökad dödlighet i cancer då färre sökt vård. SVF-utredningar har också prioriterats under pandemin vilket leder till en undanträngningseffekt av patienter utanför SVF som inte har fått den vård de behöver i tid. Det beskrivs inte finnas någon skriven rutin för hur denna undanträngningseffekt bör hanteras.

Patienter har påverkats av restriktioner då de inte längre kan ta med sig anhörig till besök och behandling. Detta beskrivs av enhetschefer ha skapat oro och sorg hos patienter. Patienter har emellertid haft förståelse för restriktionerna.

4.3.2. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att cancervårdens arbetssätt inte har påverkats av corona-pandemin. Cancervården har prioriterats och arbetet har skett efter beslutade ledtidsmål. Tillgänglighet till cancervård har delvis påverkats av corona-pandemin givet att ledtider inom vårdförloppen 2019 till 2020 har förbättrats.

Helseplan bedömer vidare att en effekt av corona-pandemin är att färre patienter har sökt vård. Detta kan medföra att fler patienter kommer att söka vård och verksamheterna bör ha beredskap för att ta emot ett ökat söktryck.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Säkerställer beredskap för att säkra vård om det blir högre antal sökande när pandemin stannat av.

²¹ Prioritering Elektiv Verksamhet Lungmottagning (odat).

4.4. Uppföljning av rekommendationer från 2017

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågan: "Har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i den ursprungliga granskningen (2017)?"

4.4.1 Uppföljning av rekommendationer från den ursprungliga granskningen (2017)

Tabell 3 visar en uppföljning av de rekommendationer som gavs till Regionstyrelsen. Uppföljningen har gjorts utifrån Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämndens respektive ansvarsområden.

Tabell 3 Uppföljning av rekommendationer från den ursprungliga granskningen (2017)

Rekommendation 2017	Uppföljning 2021
Säkerställ att informationen till patienterna förbättras så att vårdprocesserna inte fördröjs på så sätt att patienterna inte förstått att en misstanke om cancer har formulerats och att vårdprocessen därför får en speciell utformning med krav på korta ledtider.	Merparten av de intervjuade uppger att informationen blivit bättre och att patienter blir väl informerade vid beslut om SVF, både muntligen och via skriftlig information som hen kan ta med sig hem. Enstaka enhetschefer uppger emellertid att informationen stundtals kan vara bristfällig. Det beskrivs av chefer vara ett fortlöpande arbete att delge bättre information till patienten om sin utredning, bakgrund till utredningen samt ledtider inom utredningen.
Initiera åtgärder för att komma tillrätta med de långa ledtider som präglar vårdprocessen för prostatacancer.	Tillgängligheten till vård för prostatacancer beskrivs av intervjuade chefer, läkare och kontaktsjuksköterskor ha förbättrats där ledtider för prostatacancer blivit bättre. Dels genom uppbyggda SVF-processer, dels genom nationellt nätverk prostatacancer och det regionala nätverket som arbetar för likvärdig vård. Ytterligare åtgärd för att komma tillrätta med ledtiderna inom prostatacancer är nyrekrytering av kompetens uppger enhetschefer, bl a en ny processansvarig. <i>Nationellt vårdprogram för prostatacancer (2021)</i> beskriver att ett s k PSA-test kan ligga till grund för att SVF inleds. PSA-prover beskrivs av intervjuade enhetschefer ha positiv inverkan på ledtider och vårdförlopp inom prostatacancer då PSA-testet underlättar i beslut om utredning för cancer bör inledas eller inte.
Vidtag åtgärder så att verksamheterna i realtid kan analysera statistik, speciellt ledtider, i utvecklingsarbetet och i produktionsplaneringen.	Intervjuade uppger att detta är ett fortlöpande arbete, där det digitala verktyget Power Bi används av vårdanställda för att ta del av dagsfärska rapporter med statistik samt göra analyser. Power Bi används emellertid inte används på vårdcentralerna uppger. Huruvida Power Bi används i utvecklingsarbete och produktionsplanering går inte att bedöma.
Säkerställ att sjuksköterskor som arbetar i	Utbildningar och workshops från RCC erbjuds regelbundet för kompetensutveckling för säkerställande att samtliga

telefonrådgivningen på vårdcentralerna har god kunskap om vad de standardiserade vårdförloppen innebär.	sjuksköterskor innehar god kunskap om SVF. De har tillgång till e-utbildningar och information om SVF genom RCC. Kontaktsjuksköterskor har även tillgång till rådgivningsstöd över telefon tillhandahållet av 1177. Intervjuade chefer beskriver att detta förbättrats sedan 2017.
Säkerställ att varje cancervårdprocess har en organiserad koordinatorkfunktion enligt beskrivningen i de standardiserade vårdförloppen.	Brucarorganisationerna beskriver att det finns en organiserad koordinatorkfunktion enligt beskrivningen i SVF för respektive cancervårdprocess. Denna beskrivs av intervjuad vårdpersonal och chefer fungera väl.
Initiera ett utvecklingsarbete i syfte att möta de prioriteringsproblem som redan uppstått och som sannolikt kommer att öka i samband med införandet av standardiserade vårdförlopp. I grunden är dock detta problem orsakat av dålig tillgänglighet med långa väntetider. Minskas dessa problem minskas även prioriteringsdilemman.	Intervjuade chefer uppger att problematik vid omprioritering av vårdköer uppstår när nya arbetsätt som SVF införs men beskriver att det har justerats därefter genom att bl a ökat andelen tider för undersökningar. Något uttalat utvecklingsarbete i syfte att möta prioriteringsproblem nämns emellertid inte i intervjuer.
Gör en riskanalys ur ett cancervårdsperspektiv avseende de olika vårdcentralernas tillgänglighet och vidtag åtgärder för att hantera dessa risker.	Ingen riskanalys har genomförts.

Det är ett fortlöpande arbete att delge bättre information till patienten om sin utredning, bakgrund till utredningen samt ledtider inom utredningen. Ledtider inom prostatacancer har förbättrats och åtgärder har initierats. Det kvarstår emellertid arbete för att nå ledtidsmålet. Åtgärder så att verksamheterna i realtid kan analysera statistik är ett genomgående arbete, där framför allt verktyget Power Bi används.

Säkerställande av sjuksköterskors kunskap om de standardiserade vårdförloppen sker övergripande genom workshops, utbildningar samt rådgivningsstöd. Varje cancervårdprocess har en organiserad koordinatorkfunktion. Något uttalat utvecklingsarbete i syfte att möta prioriteringsproblem finns emellertid inte.

En riskanalys ur ett cancervårdsperspektiv avseende de olika vårdcentralernas tillgänglighet har inte gjorts.

4.4.2 Bedömning

Helseplan bedömer att rekommendationer från den ursprungliga granskningen delvis har tagits i beaktning och övergripande har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde 2017.

Det kvarstår arbete för att fortsatt förbättra ledtider, kommunikation till patienter samt intern utbildning och kompetensutveckling. Det kvarstår även arbete för säkerställande att samtliga enheter i vårdförloppen har verktyg för att analysera statistik i realtid. Det kvarstår att genomföra en riskanalys ur ett cancervårdsperspektiv avseende de olika vårdcentralernas tillgänglighet och samt vidta åtgärder för att hantera dessa risker.

5 Övergripande revisionsfråga

Detta avsnitt besvarar den övergripande revisionsfrågan: *”Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställt att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet?”.*

Den samlade bedömningen är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, till viss del säkerställt att cancervården bedrivs på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet, men att det finns utvecklingsområden att ta fasta på. Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämningen inte synes ha vidtagit några aktiva åtgärder, mot bakgrund av att spårbarhet saknas i protokoll m m. Det har emellertid vidtagits aktiva åtgärder i verksamheten. Implementeringen av de nationella vårdprogrammen är ett pågående arbete och samtliga ska innefatta tydliga riktlinjer och rekommendationer för hela vårdförloppet.

Helseplan bedömer vidare att det saknas en tydlig koppling mellan Regionstyrelsens och Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdragsgivning till förvaltningen samt förvaltningens eventuella redovisning av utförda uppdrag då det inte finns dokumentation om cancervård av de för granskningen aktuella diagnoser, vårdförlopp eller SVF i möteshandlingar och protokoll.

Helseplan bedömer att det finns god följsamhet till riktlinjer, vårdprogram och rutiner i Region Värmland. Det är emellertid en utmaning för verksamheterna att RCC:s regionala handlingsplaner och de regioninterna planeringsprocesserna inte är synkroniserade. Detta kan leda till svårigheter för att skapa en sammanhållen styrning inom cancervården.

Helseplan bedömer vidare att riktlinjerna och vårdprogrammen är kända på verksamhetsnivå. Kunskaperna används delvis i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet, genom t ex kunskapsstyrningsrådet och LPO, men vi bedömer att fortlöpande arbete i form av utbildningsåtgärder om SVF och revidering av vårdprogram behöver ske.

Helseplan bedömer vidare att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden delvis har vidtagit åtgärder för att säkerställa att cancervården ges på ett jämlikt sätt. Bl a har detta skett genom införandet av SVF, nationella

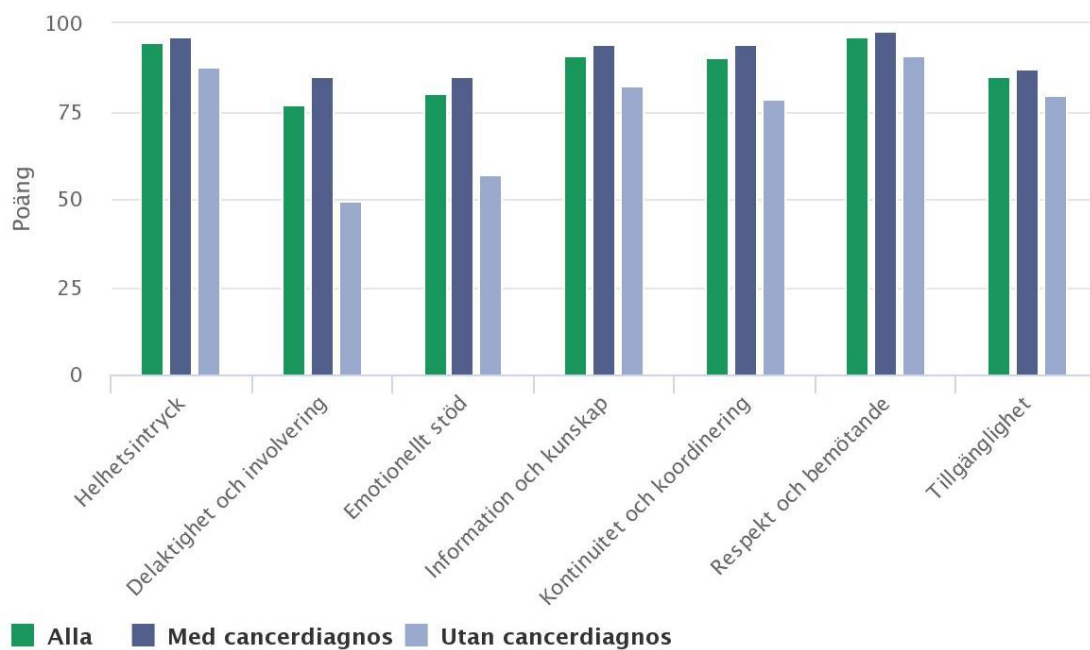
riktlinjer, rutinbeskrivningar, o s v. Resultat av ledtidsmålen visar emellertid mindre jämlika processer och ledtider mellan olika diagnoser.

Tillgängligheten till cancervården bedöms vara delvis är god. Bröstcancer uppvisar bättre tillgänglighet än övriga aktuella diagnoser. Tillgängligheten i Region Värmland mätt i ledtider har förbättrats från 2019 till 2020. Det återstår emellertid arbete då ingen av de för granskningen aktuella diagnoser uppnår ledtidsmålet. Vidare bedömer Helseplan att Region Värmland inte tillräckligt säkerställer patientens delaktighet, involvering och emotionellt stöd då resultat av PREM-enkäten visar på lägre resultat inom dessa områden.

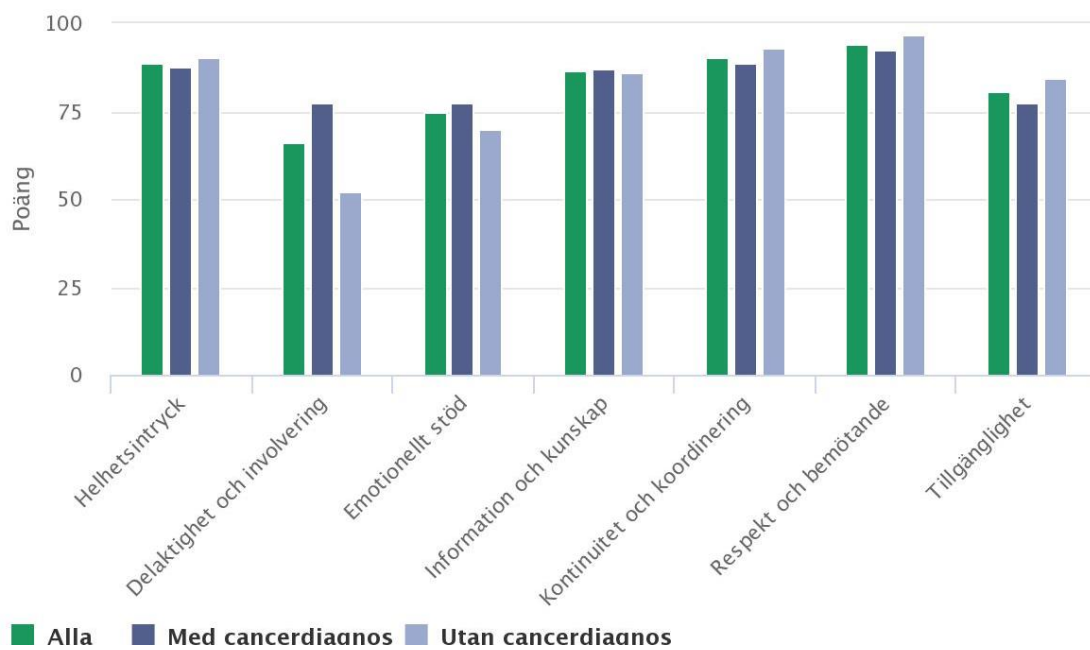
Bilaga 1 - Intervjuförteckning

Funktion
Ordförande, Regionstyrelsen
1:e vice ordförande, Regionstyrelsen
1:e vice ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
2:e vice ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Områdeschef slutenvård
Verksamhetschef kirurgi
Cancerrådets ordförande- Cancersamordnare och Sakkunnig cancer
Verksamhetschef onkologi
Verksamhetschef medicin
Avdelningschef Lung- och mag- och tarmmottagningen
Områdeschef öppenvård
Verksamhetschef vårdcentralsområde västra Värmland
Enhetschef Vårdcentral Verkstaden i Arvika
Verksamhetschef vårdcentralsområde östra Värmland
Enhetschef Vårdcentral Filipstad
Områdeschef område vårdkvalitet
Enhetschef Kliniska kunskapsstödsenheten
Chefläkare öppenvård
Chefläkare slutenvård
Samordnande kontaktsjuksköterska
Kontaktsjuksköterska
Processansvarig

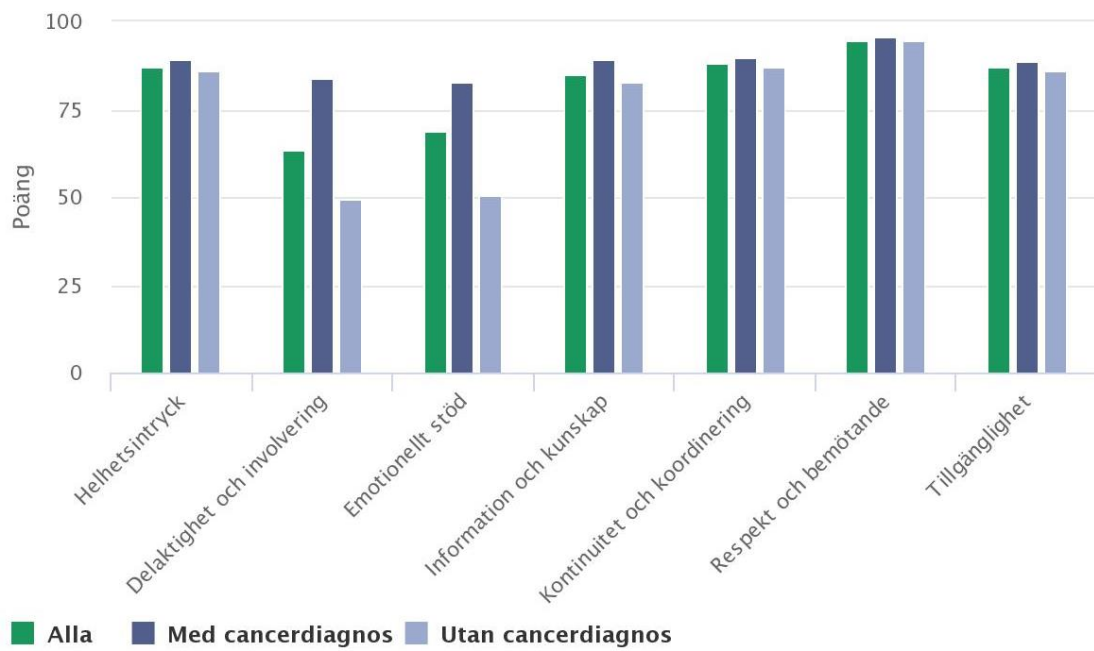
Bilaga 2 – PREM SVF, Region Värmland



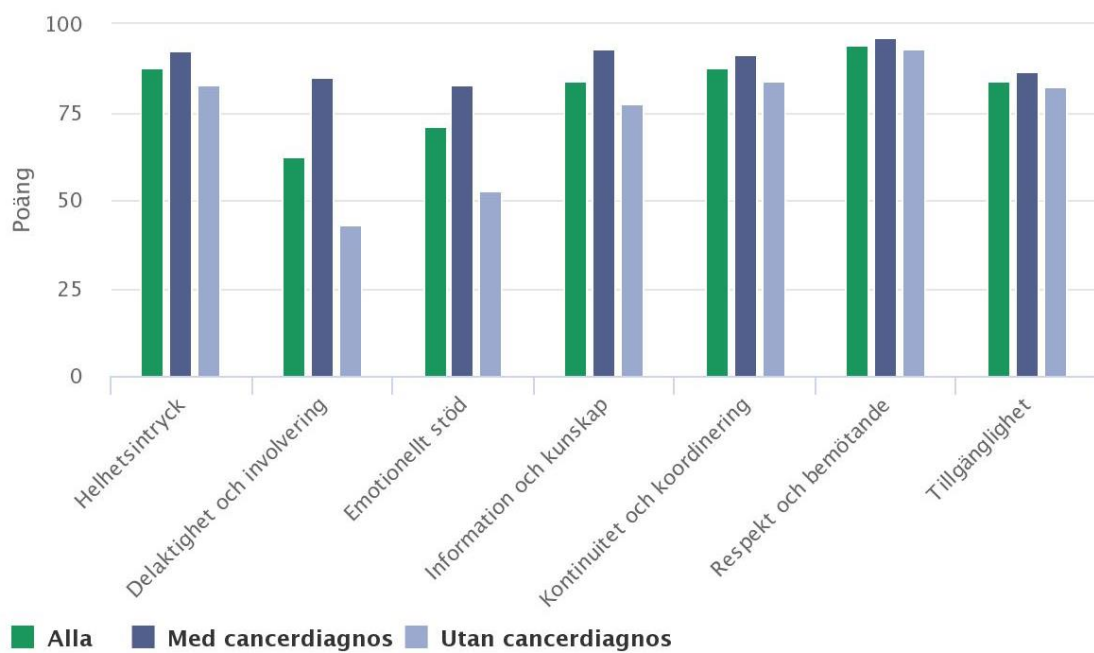
Bröstcancer 2019, Region Värmland



Lungcancer 2019, Region Värmland

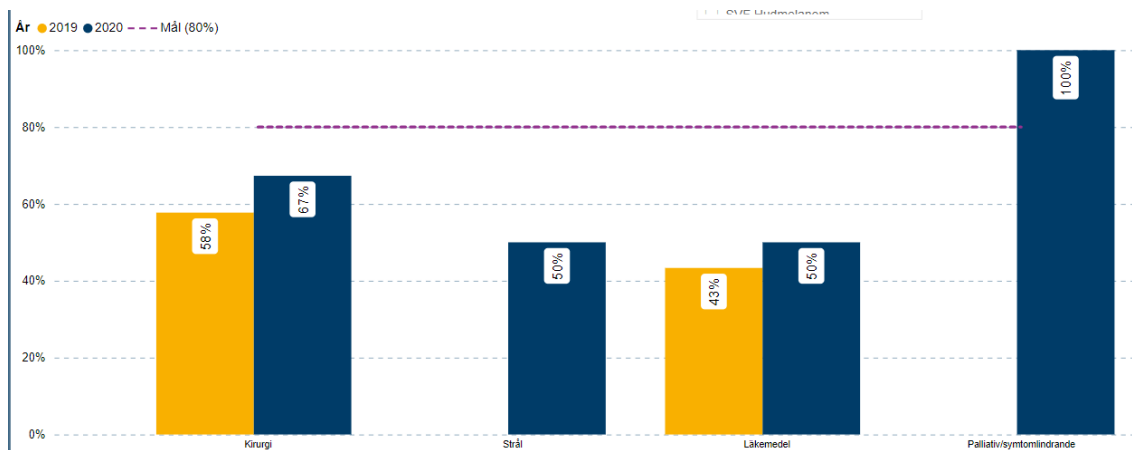


Prostatascancer 2019, Region Värmland

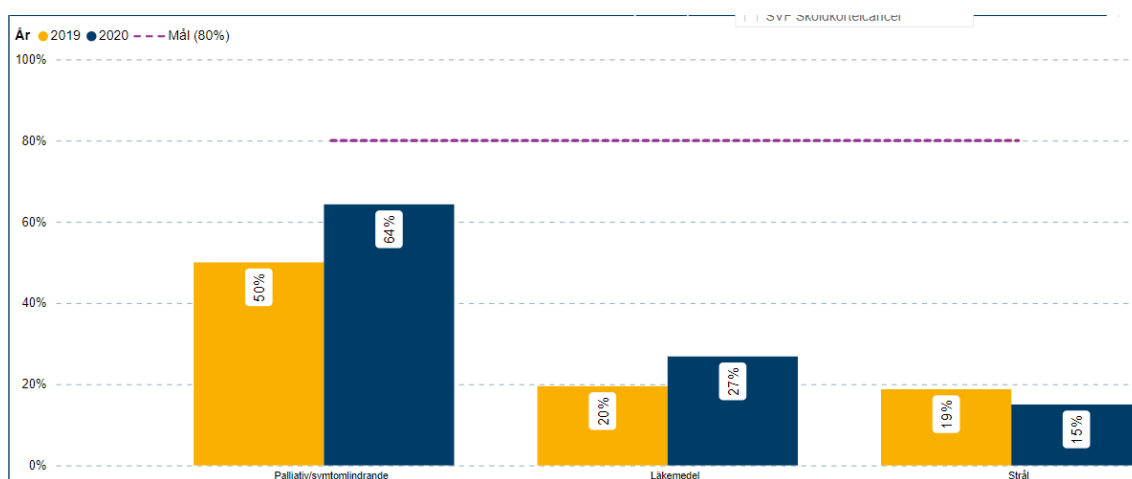


Tjock- och ändtarmscancer 2019, Region Värmland

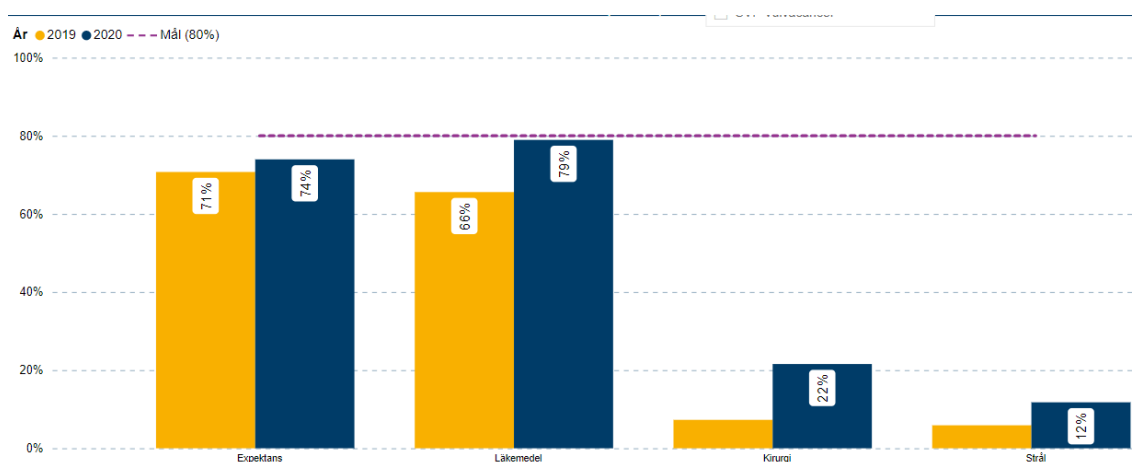
Bilaga 3 – Ledtider 2019-2020 i Region Värmland



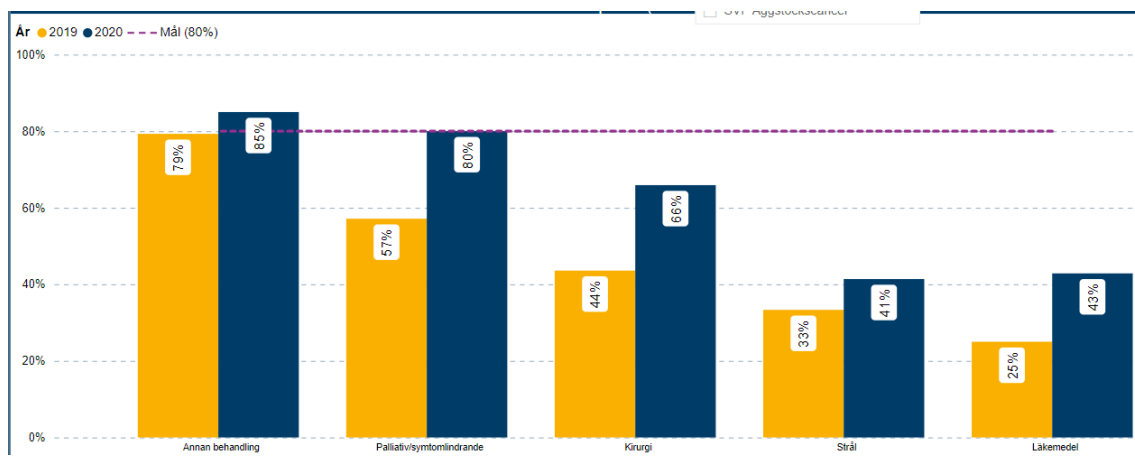
Ledtider bröstcancer per behandlingsform- Region Värmland



Ledtider lungcancer per behandlingsform- Region Värmland



Ledtider prostatacancer per behandlingsform- Region Värmland



Ledtider tjock- och ändtarmscancer per behandlingsform- Region Värmland