

# Uppföljning av granskning gällande Cancervård

Revisionsrapport nr 12



Ansvarig verksamhet	Revisionskontoret
Kontakt	Johan Magnusson, tfn: 010 831 40 60, e-post: johan.magnusson@regionvarmland.se
Datum	2025-02-20
Diarienummer	Rev/24030
Region Värmland Regionens hus 651 82 Karlstad	

## Innehåll

1. Inledning .....	4
1.1 Syfte och frågeställningar .....	6
1.2 Avgränsning.....	6
1.3 Revisionskriterier .....	6
1.4 Ansvarig nämnd.....	6
1.5 Metod.....	7
1.6 Bakgrund .....	7
2. Granskningens resultat.....	8
2.1 Har Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder i syfte att förstärka styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till nationellt kunskapsstöd? .....	8
2.2 Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att utbildningar avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) för vårdpersonal genomförs? .....	8
2.3 Hur har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att Standardiserade vårdförlopp följs upp? .....	9
3. Sammanfattande bedömning .....	10
4. Källor.....	13

# 1. Inledning

Regionens revisorer har ansvar för att genomföra årlig granskning av regionens samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har regionens revisorer utarbetat dokumentet "Granskningsstrategi" i vilket de beskrivit de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Baserad på granskningsstrategin gör revisorerna en årlig riskbedömning och revisionsplan. I "Revisionsplan 2024" har revisorerna aktualiserat en uppföljning gällande en granskning av cancersjukvården som genomfördes 2021.

## Cancersjukvården i Värmland

För cancersjukvården i Region Värmland har Onkologikliniken ett länsövergripande ansvar för den allmänonkologiska cancersjukvården i Värmland. I uppdraget ingår även strategiskt ansvar för specialiserad palliativ vård. Detta arbete bedrivs i nära samarbete med länets kommuner.

Kliniken arbetar med behandling av cancersjukdom med strål-, isotop-, cytostatika- och hormonbehandling samt molekylärbiologiska läkemedel. Sjukhusfysik är också en integrerad del av kliniken.

Onkologikliniken samverkar framför allt med opererande kliniker, patologi och bildmedicin i multidisciplinära team. Kliniken har inga utredningsresurser men kan ge råd vid komplicerade utredningar. Remiss är nödvändig för klinikens bedömning.

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 skapa en jämlik och tillgänglig utredning med korta väntetider och snabbast möjliga tid till behandling inom cancervården. Standardiserade vårdförlopp 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.

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.

Cirka 30% av alla patienter som utreds för cancer bör inte ingå i ett SVF då utredning behöver individanpassas och inte kan standardiseras. Det gäller till exempel för multisjuka och sköra patienter.

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

År 2021 lät revisorerna genomföra *Granskning av cancervården inklusive uppföljning*. Syftet med och grunderna för ansvarsprövningen i den granskningen var att bedöma om den dåvarande Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utövade en ändamålsenlig styrning och ledning samt intern kontroll över cancersjukvården så att en tillgänglig och patientsäker vård kunde erbjudas invånarna. I granskningen 2021 ingick även att bedöma om åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som framfördes i granskningen 2017.

I den senaste granskningen (2021) var den samlade bedömningen att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, *till viss del säkerställt att cancervården bedrivits på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet, men att det fanns utvecklingsområden att ta fasta på.*

Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderades, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, att:

- *förstärka styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram.*
- *säkerställa 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.*
- *tillse att Standardiserade vårdförlopp följs upp, att nationella riktlinjer efterlevs samt att jämlikhetsperspektivet beaktas inom cancervården samt beakta orsakerna till skillnaderna i SVF-ledtider.*
- *säkerställa att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för patienters delaktighet och involvering samt emotionella stöd, säkerställa att resurser finns tillgängligt för att uppnå ledtidsmål för SVF, samt säkerställa att det finns ändamålsenliga riktlinjer för att nå ledtidsmålet. Främst förbättringspotential avseende ledtider finns inom behandlingsform kirurgi och strålning för samtliga diagnoser.*
- *säkerställa beredskap för att säkra vård om det blir högre antal sökande när pandemin stannat av.*

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna uppföljning är att se vilka åtgärder som Hälso- och sjukvårdsnämnden har vidtagit med anledning av de synpunkter och rekommendationer som framfördes i revisorernas granskning år 2021 gällande cancer vården.

Utifrån syftet ska följande frågeställningar besvaras:

- *Har Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder i syfte att förstärka styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till nationellt kunskapsstöd?*
- *Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att utbildningar avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) för vårdpersonal genomförs?*
- *Hur har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att Standardiserade vårdförlopp följs upp?*
- *Hur har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt:*
  - *att det finns ändamålsenliga riktlinjer (patientkontrakt) och rutiner för patienters delaktighet och involvering samt emotionella stöd?*
  - *att det finns tillgängliga resurser för att uppnå ledtidsmålet för SVF?*
  - *att det finns ändamålsenliga riktlinjer för att nå ledtidsmålet?*

## 1.2 Avgränsning

Granskningen avgränsas till att gälla om Hälso- och sjukvårdsnämnden har beaktat de bedömningar och rekommendationer som framfördes i den tidigare genomförda granskningen från år 2021, samt vilka åtgärder som vidtagits.

Granskningen ska ligga till grund för ansvarsprövningen 2024.

## 1.3 Revisionskriterier

Granskningen har utgått från tillämplig lagstiftning och föreskrifter samt regionfullmäktiges beslut.

## 1.4 Ansvarig nämnd

Hälso- och sjukvårdsnämnden är ansvarig nämnd för efterlevnad av vad som regleras i tillämplig lagstiftning samt genomförande av de beslut som fattats av Regionfullmäktige.

(Sedan granskningen 2021 har vårdgivaransvaret överförs från Regionstyrelsen till Hälso- och sjukvårdsnämnden).

## 1.5 Metod

Granskningen från 2021 har fungerat som utgångspunkt för syfte och frågeställningar för denna uppföljning. Frågeställningarna har baserats på de olika rekommendationer som gavs i den föregående granskningen. Granskningen har genomförts i form av dokumentstudier och intervjuer via mail. Faktakontroll har genomförts av de intervjuade.

## 1.6 Bakgrund

Som beskrevs ovan var den sammanfattande bedömningen i den föregående granskningen 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. Dessa utvecklingsområden beskrevs i form av ovan nämnda rekommendationer.

Hälso- och sjukvårdsnämnden besvarade revisionsrapportens synpunkter och rekommendationer i mars 2022. Nämnden framförde bland annat att det genom mätplanen fanns en systematik i den interna kontrollen och verksamhetsuppföljningen samt att regionen ställt sig bakom det nationella systemet för kunskapsstyrning. Det senare innebar ett åtagande att aktivt bidra till den nationella och sjukvårdsregionala nivån samt att hälso- och sjukvården bygger upp lokala strukturer och arbetssätt som stödjer det nationella systemet.

Nämnden angav att utbildningsinsatser inom SVF erbjuds kontinuerligt och finns med obligatoriskt vid introduktion av såväl administrativ som patientnära personal. Nämnden påpekade att regionen strävar efter att kontinuerligt göra insatser inom områden där resultaten mest effektivt bedöms komma patienterna till gagn. Exempelvis har förbättringar nåtts inom operationsverksamheten, inom robotkirurgi och genom arbetsväxling, och att specialister inom kritiska områden har kunnat rekryterats samt att Region Värmlands sammanställda resultat när det avser ledtider ligger bra till i jämförelse med riket.

I sitt svar framförde nämnden att ett arbetssätt för hur patientupplevelsorna ska tillvaratas implementerats och att kontaktsjuksköterskorna har utbildning för att kunna ta del av resultat inom respektive diagnosområde. Det pågår arbete med en handlingsplan för hur patientkontrakt ska användas för att stödja och sätta ännu större fokus på patientens delaktighet och på så sätt nå ännu högre måluppfyllelse inom de aktuella områdena.

När det gällde cancervården under pandemin angav nämnden i sitt svar att regionen lyckats upprätthålla verksamhet inom cancervården utan några allvarliga nedprioriteringar. Exempelvis visade regionens ledtider inom samtliga diagnosgrupper de två senaste åren sammantaget bättre resultat än 2019 års resultat. Bedömningen är att det i verksamheterna både finns beredskap och rutiner för hur ett ökat antal sökande ska kunna tas emot om ett större behov skulle uppstå.

## 2. Granskningens resultat

### 2.1 Har Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder i syfte att förstärka styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till nationellt kunskapsstöd?

Av riktlinjen [RIK: 23492: Hantering av Cancerplan och uppföljning av rapporter](#) framgår att Region Värmland tillsammans med Regionalt Cancercentrum Mellansverige tar fram en cancerplan vart tredje år. Planen tas sedan vidare till Samverkansnämnden sjukvårdsregionen Mellansveriges (SVN) politiska ledning, som fastställer cancerplanen. Beslut om godkännande ska sedan fattas i Region Värmlands politiska ledning. Cancervården arbetar med standardiserade vårdförlopp (SVF). Registrering av ledtid och inklusion (d.v.s. "innefattande") i SVF utgör en viktig del av den årliga uppföljningen och är ett kriterium för tilldelning av statliga stimulansmedel. Det finns ett "inklusionsmål" som innebär att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp. Måluppfyllelsen beräknas för regionen som helhet, sammantaget för alla SVF. Inklusionsmålet har stor betydelse för att kunna erbjuda en jämlik vård. Enligt rapportuttag ur RCC data den 19 augusti 2024 når Region Värmland inklusionsmålet.

Av vad som framkommit i den aktuella uppföljningen följer Region Värmland den ovan nämnda riktlinjen.

Det sker sammanställningar av underlag som analyseras och utifrån dessa redovisas material 1–2 ggr/år i samband med nationella eller sjukvårdsregionala uppföljningar, i enlighet med den nationella cancerstrategin. Under 2024 har även en ny Cancerplan 2025–2027 presenterats muntligt och skriftligt för Samverkansnämnden. Nämnden har även diskuterat remissvar på den nya nationella cancerstrategin.

### 2.2 Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att utbildningar avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) för vårdpersonal genomförs?

Samtliga ST läkare får SVF-information i sin utbildning och stöds i hanteringen av SVF- koordinatörer på den klinik där de tjänstgör.

Personal inom 1177 får information och har tillgång till material i ämnet.

På intranätet finns även webbutbildningar i ämnet. Chefer får utbildning när de börjar inom en disciplin där SVF är aktuellt. Cancersamordnare utbildar aktuell vårdpersonal.



## 2.3 Hur har Hälsa- och sjukvårdsnämnden tillsett att Standardiserade vårdförlopp följs upp?

Det sker en kvalitetsgranskning av data varje månad och inför planerade redovisningar går samtliga vårdförlopp noga igenom. Genomgången innefattar uppgifter om antal och var vårdförloppen startar. Uppföljningar av ledtider kan påvisa eventuella flaskhalsar och på data som förändrats till det sämre eller det bättre. Utsedda SVF-konordinatorer har uppdraget att signalera där avvikelser uppmärksammas eller där kunskapsinsatser bör genomföras.

Cancersamordnare sammanställer 1–2 ggr/år; inklusion (innefattande), ledtider och resultat från PREM-enkäter (PREM-enkäter görs i syfte att kartlägga patientens upplevelse av utredningen) till verksamheterna.

LPO (Lokalt Program Område, cancer) har möten där diskussioner sker både med deltagare från verksamhet och med patientföreningar kring statistik och vilka utmaningar som LPO cancer står inför.

## 2.4 Hur har Hälsa- och sjukvårdsnämnden tillsett att Standardiserade vårdförlopp följs upp?

### ***- att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för patienters delaktighet och involvering samt emotionella stöd?***

RCC (Regionalt Cancer Centrum) Mellansveriges arbete med patient och närstående rådgivning utgör ett stöd. I RCC Mellansverige finns representation från Region Värmland.

Arbetet i Region Värmland sker utifrån strategin: Patienten som medskapare - Region Värmland som ligger på Vårdgivarwebben.

Det finns patientrepresentanter i regionens lokala cancerråd och som deltagare i olika lokala processgrupper. Cancersamordnaren har utbildningsansvar för patienter och närstående som ingår i vårdprocessgrupper eller LPO för Cancer.

### ***- att det finns tillgängliga resurser för att uppnå ledtidsmål för SVF?***

Värmland har alltid legat i topp och gör så även idag, gällande ledtid i jämförelse med riket. Dock nås inte ledtidsmålet (målet är att 80 procent av de patienter som startat behandling inom ett SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumentationen).

Anledningar till att regionen inte når ledtidsmålet anges vara utmaningar kring:

- Bild och funktionsdiagnostiks höga arbetsbelastning
- Operationskapacitet

- För att kunna ge patienter en mer skräddarsydd/individ Anpassad behandling av cancersjukdomar har man infört molekylläroenetisk testning i utredningen av många cancerformer. Detta har medfört att ledtider har förlängts då dessa undersökningar är tidskrävande. Många av de tidigare nedskrivna ledtiderna är därför inte längre aktuella.
- Förflyttningar över regiongränser (både för undersökning och behandling), alltså köer hos andra regioner.

Gemensamt för de anledningar som anges, till att regionen inte når ledtidsmålet, är utmaningar vad avser resurser.

På uppdrag av SKR genomförs en nationell översyn av ledtidsmålet. Under 2025 kommer nya rekommendationer avseende ledtider.

#### ***- att det finns ändamålsenliga riktlinjer för att nå ledtidsmålet?***

Värmland har inga egna riktlinjer avseende ledtidsmål och ska, enligt uppgift, inte ha det. I regionen följs nationella riktlinjer och vårdprogram. Utifrån de uppföljningar som görs av ledtiderna, genomförs regionalt arbete med att påverka eventuella flaskhalsar och därmed ledtider.

Företrädare för Region Värmland har även signalerat till arbetsgrupper på nationell nivå om de vårdförlopp vars ledtider ses som omöjliga att nå. Detta har lett till att ledtider ses över nationellt i alla standardiserade vårdförlopp. En översyn av ledtiderna är också ett förslag i den nya nationella Cancerstrategin.

## **3. Sammanfattande bedömning**

I den föregående granskningen från 2021 gjordes bedömningen att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, till viss del säkerställt att cancervården bedrivits på ett ändamålsenligt och ur jämlikhetsperspektiv tillfredsställande sätt med en god tillgänglighet, men att det fanns utvecklingsområden att ta fasta på.

Då denna uppföljning endast har haft som syfte att följa upp rekommendationerna från den föregående granskningen görs inget uttalande om huruvida Hälso- och sjukvårdsnämnden har en ändamålsenlig styrning, ledning och interkontroll avseende cancervården.

Den sammanfattande bedömningen är att Hälso- och sjukvårdsnämnden i huvudsak tillsett att åtgärder vidtagits utifrån de iakttagelser och synpunkter som revisorerna framförde 2021. Bedömningen är vidare att regionen, i en nationell jämförelse, ligger väl till men att ledtidsmålet inte nås.

Nedan ges en sammanfattning av de iakttagelser som gjorts utifrån respektive revisionsfråga.

Revisionsfråga	Bedömning
<p><b>Har Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder i syfte att förstärka styrning, intern kontroll och uppföljning av följsamhet till nationellt kunskapsstöd?</b></p>	<p><b>Ja;</b> Cancerplaner tas fram inom sjukvårdsregionen utifrån den nationella cancerstrategin. En riktlinje <i>Hantering av Cancerplan och uppföljning av rapporter</i> har fastställts i Region Värmland. Riktlinjen har tagits fram i enlighet med den nationella cancerstrategin och sjukvårdsregionens cancerplan.</p>
<p><b>Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att utbildningar avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) för vårdpersonal genomförs?</b></p>	<p><b>Ja;</b> ST läkare får SVF-information i sin utbildning. Personal inom 1177 får info. På intranätet finns dessutom webbutbildningar i ämnet. Chefer får utbildning när de börjar inom en disciplin där SVF är aktuellt.</p>
<p><b>Hur har Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att Standardiserade vårdförlopp följs upp?</b></p>	<p><b>Uppföljning sker genom;</b> Analyser och kvalitetskontroller som innefattar uppgifter om antal fall samt var vårdförloppen startar. Kontrollerna kan påvisa eventuella flaskhalsar och eventuella förändringar vad gäller omfattning och kvalitet. LPO (Lokalt Program Område, cancer) har möten där diskussioner sker både med deltagare från verksamheten och med patientföreningar.</p>
<p><b>Hur har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt:</b></p> <p><b>- att det finns ändamålsenliga riktlinjer (patientkontrakt) och rutiner för patienters delaktighet och involvering samt emotionella stöd?</b></p>	<p><b>Patienters delaktighet främjas bl. a. genom;</b></p> <p>Strategin "Patienten som medskapare - Region Värmland" utgör underlag för arbetet. Strategin finns på Vårdgivarwebben.</p> <p>Patientrepresentanter deltar i regionens lokala cancerråd och även i olika lokala processgrupper.</p> <p>Cancersamordnaren har utbildningsansvar för patienter och närstående som</p>

	<p>ingår i vårdprocessgrupper eller LPO för Cancer.</p> <p>RCC Mellansveriges arbete med patient och närstående rådgivning utgör ett stöd.</p> <p>Av de styrdokument som ingått i uppföljningen framgår inte om patientkontrakt upprättats.</p>
<p><b>- att det finns tillgängliga resurser för att uppnå ledtidsmål för SVF?</b></p>	<p><b>Måluppfyllelse ledtider;</b> Utmaningar vad avser resurser, är gemensamt för de anledningar som anges vara orsak till att regionen inte når det nationella eller lokala ledtidsmålet.</p>
<p><b>- att det finns ändamålsenliga riktlinjer för att nå ledtidsmålet?</b></p>	<p><b>Styrdokument ledtidsmål;</b> När det gäller ledtidsmål följer regionen nationella riktlinjer och vårdprogram.</p> <p>Utifrån de uppföljningar som görs i regionen avseende ledtider, genomförs regionalt arbete med att påverka eventuella flaskhalsar och därmed ledtider.</p>

## 4. Källor

### Skriftliga källor

- Reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning 2023
- Nämndplan samt mätplan för Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024
- Patientsäkerhetsberättelse för Hälso- och sjukvårdsnämnden 2023
- Vården i siffror (vardenisiffror.se)
- Riktlinje, Hantering av cancerplan och uppföljningsrapporter gällande cancervården
- Regionernas redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024.
- Revisionsrapport: Granskning av cancervården (2021), Helseplan
- Svar på revisionsrapport gällande granskning av cancervården från Hälso- och sjukvårdsnämnden

### Intervjuer (mail)

Ordförande LPO (Lokalt Program Område, cancer) samt  
Cancersamordnare, Kunskapsstödsenheten

---

Revisionen är ett demokratiskt kontrollinstrument som på uppdrag av fullmäktige ska granska styrelsens och nämndernas verksamhet samt presentera en revisionsberättelse. I Kommunallagen fastslås att revisorerna bland annat ska granska:

- Om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.
- Om räkenskaperna är rättvisande, samt
- Om nämndernas interna kontroll är tillräcklig.

Vidare genomför revisorerna fördjupade granskningar inom områden där det finns betydande risker som kan medföra allvarliga konsekvenser.

Region Värmlands revisorsgrupp består av sju revisorer som utses av Regionfullmäktige. Revisionen biträds av sakkunniga vid regionens egna revisionskontor samt av upphandlade revisionsbyråer.

Information om revisionen och revisionsrapporter hittar du här: [Revision - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](https://regionvarmland.se)

---