



# LUND UNIVERSITY

## Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd)

Anell, Anders

2012

*Document Version:*  
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Anell, A. (2012). *Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd)*. (KEFU skriftserie; Nr. 2012:3). KEFU.

*Total number of authors:*

1

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

ANDERS ANELL

## Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd)

- Förutsättningar för styrning inom RCC Syd (delrapport 1)
- Erfarenheter och förutsättningar för fortsatt utveckling (delrapport 2)

- SKRIFTSERIE 2012:3



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING  
VID LUNDS UNIVERSITET

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## FÖRORD

## DELRAPPORT 1 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STYRNING INOM RCC SYD

Sammanfattning.....	2
Kapitel 1_Introduktion .....	4
1.1 RCC Syd som samverkansprojekt.....	5
1.2 Metod och rapportens disposition .....	7
Kapitel 2_Resultat från intervjuer .....	10
2.1 Förväntningar och påverkan på arbetssätt.....	10
2.1.1 Representanter för patientföreningar.....	10
2.1.2 Patientprocessledare .....	12
2.1.3 Projektledning och styrgrupp .....	14
2.2 Problem och utmaningar .....	15
2.2.1 Finns tid för utvecklingsarbete? .....	15
2.2.2 Hur mycket processtänk och patientperspektiv blir det? .....	16
2.2.3 Kommer man att kunna påverka linjeorganisationen?.....	17
Kapitel 3_Förutsättningar för styrning inom RCC Syd .....	19
3.1 RCC är plattform för flera ambitioner .....	19
3.2 Ad hos lösningar vs. strukturerat arbetssätt .....	20
3.3 Samverkan med patientföreningar i lokala team.....	23
Kapitel 4_Hur kan RCC Syd samordna och stötta? .....	25
4.1 Utveckla former för dialog med uppdragsgivare .....	26
4.2 Gemensam syn på mål och indikatorer som underlag för jämförelser och styrning .....	27
4.3 Gemensamma procedurer och kriterier vid beslut om nivåstrukturering .....	29
4.4 Gemensamma projekt som berör flera processer .....	31
Kapitel 5_Styrning på lång sikt.....	32

## **DELRAPPORT 2 ERFARENHETER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FORTSATT UTVECKLING**

Sammanfattning.....	35
Hur långt har arbetet med att etablera lokala team kommit? .....	35
Definition av indikatorer och mål för lokala processer.....	36
Vilken förankring finns i linjeorganisationen? .....	37
Förutsättningar för fortsatt utveckling av styrmodellen .....	37
Kapitel 1 <u>I</u> ntroduktion .....	40
1.1 Syfte, metod och material.....	41
Kapitel 2 <u>H</u> ur långt har arbetet med att etablera lokala team kommit? .....	43
2.1 Resultat från enkät till LPPL .....	43
2.2 Intervjuer med RPPL .....	50
Kapitel 3 <u>D</u> efinition av indikatorer och mål för lokala processer.....	53
3.1 Hur har indikatorer och mål tagits fram?.....	53
3.2 RCC syds förslag på indikatorer och mål för år 2012.....	54
3.3 Uppföljning och användning av indikatorer och mål.....	55
Kapitel 4 <u>V</u> ilken förankring finns i linjeorganisationen?.....	57
4.1 Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK).....	57
4.2 Hallands sjukhus .....	58
4.3 Skånes universitetssjukhus (SUS) .....	59
Kapitel 5 <u>F</u> örutsättningar för fortsatt utveckling av styrmodellen.....	60
5.1 Normer, uppföljning och ansvarsutkrävande – vilken roll har RCC syd? .	61
5.2 Hur kan indikatorer och mål användas som underlag för styrning? .....	67
Bilaga A: Enkät till lokala patientprocessledare .....	76
Bilaga B: Förslag till mätetal och målnivåer år 2012 för cancersjukvården inom RCC Syd .....	79

## FÖRORD

Mot bakgrund av den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11) har landstingen i Kronoberg och Blekinge samt Region Skåne och Region Halland tidigare beslutat att utveckla en gemensam virtuell organisation för cancervården i Södra sjukvårdsregionen, Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd). De övergripande målen för RCC Syd är att bidra till preventiva insatser så att risken för att individer ska få cancer minskar, att förbättra överlevnad och livskvalitet för de som drabbas av cancer, samt att minska skillnader regionalt och mellan befolkningsgrupper vad gäller risken för att få cancer och kvaliteten på vården efter cancerdiagnos.

Ett viktigt delmål för att nå de övergripande målen är att skapa en processorientering av cancervården utifrån patienters perspektiv och en bättre samverkan mellan berörda professioner, vårdgivare och huvudmän i södra sjukvårdsregionen. För att stödja en ökad processorientering har en ny styrmodell införts på initiativ av RCC syd. Styrmodellen är i grunden en matrisorganisation där linjechefer för funktioner ”levererar” till lokala processer som definieras utifrån diagnoser. De lokala processerna utvecklas av lokala, multidisciplinära team som leds av en lokal patientprocessledare (LPPL). Den lokala processledaren ska utses av sjukhuschefen eller motsvarande. Lokala patientprocessledare samordnas i sin tur av en regional patientprocessledare (RPPL), som utses av ledningen för RCC Syd. En viktig roll för den regionala processledaren är att främja jämförelser mellan lokala processer och stimulera till förbättringar. Fem lokala processer som svarar för en stor andel av cancervården definierades inom RCC Syd hösten 2010: bröst-, lung-, gyn-, kolorektal samt prostatacancer. Därefter har ytterligare processer definierats.

I syfte att ge stöd åt utvecklingsarbetet gav ledningen för RCC Syd ett uppdrag till Rådet för kommunalekonomisk forskning och Utbildning (KEFU) att följa införandet av en ny styrmodell. Ansvarig för denna uppföljning har varit Anders Anell. En första rapport redovisades våren 2011 och behandlade berörda personers förväntningar på den nya styrmodellen. I den andra rapporten som redovisades våren 2012 analyserades erfarenheter hittills samt förutsättningar för ett fortsatt utvecklingsarbete. Rapporterna har tidigare varit tillgängliga var och en för sig men redovisas i denna KEFU rapport samlat. Innehållet i rapporterna ger en god inblick i de utmaningar som samverkansprojekt och ambitioner att styra vården utifrån ett processperspektiv medför. Många av de idéer som styrningen av RCC baseras på är också sprungna ur olika forsknings och utvecklingsprojekt som KEFU finansierat och som Jan-Inge Lind varit engagerad i.

I fallet RCC har varken lokala eller regionala processledare har något direkt inflytande över linjeorganisationen. I den mån förslag och önskemål inte kan genomföras inom ramen för befintliga resurser eller i direkt överenskommelse med verksamhetschefer krävs därför en förändring av uppdragen, som kan involvera både förvaltnings- och regionledningar. För att sådana förändringar ska komma till stånd behövs i sin tur en ny form av dialog som delvis utmanar den traditionella linjeorganisationen.

På sikt kan hävdas att en ny styrmodell som fokuserar processer inte enbart kan gälla inom cancerområdet. Ett flertal linjechefer inom kirurgi, röntgen, patologi etc. liksom samtliga förvaltningschefer och uppdragsgivare i respektive landsting och region är redan berörda av de förändringar som initieras av RCC syd. På lång sikt är det knappast rimligt att utveckla olika styrmodeller beroende på vilken verksamhet som avses. En annan stor utmaning blir att anpassa den ekonomiska redovisningen och ekonomistyrningen så att den ger stöd åt den nya styrmodellen. I nuläget kan snarast hävdas att den traditionella ekonomistyrningen i vården snarast motverkar ambitioner att samverka utifrån patientprocesser. Utvecklingen av en ny processororienterad styrmodell inom cancerområdet och andra delar av sjukvården är därför en mycket omfattande förändring som det finns all anledning att forska vidare om.

Ulf Ramberg  
KEFU

**DELRAPPORT 1:**  
**FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STYRNING INOM RCC SYD**

## SAMMANFATTNING

Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen, RCC Syd, har gett KEFU i uppdrag att följa införandet av en ny styrmodell som ska ge stöd åt processutveckling i ett patientperspektiv inom cancervården. Denna delrapport är den första redovisningen från projektet. Rapporten baseras på material som samlats in genom ett 50-tal intervjuer med i första hand de läkare inom cancervården i södra sjukvårdsregionen som ska leda det lokala utvecklingsarbetet. Därutöver har även representanter för patientföreningar samt personer i styrgrupp och projektledning för RCC Syd intervjuats. Utifrån intervjumaterial och dokument om RCC och RCC Syd diskuteras förutsättningar för en fortsatt utveckling av den nya styrmodellen.

På en övergripande nivå kan noteras att i princip alla som intervjuats är positiva till RCC Syd och den nya styrmodellen. Man menar att det är angeläget och meningsfullt att styra utifrån processer och i ett patientperspektiv snarare än utifrån traditionella ”stuprör” baserat på enheter och i ett produktionsperspektiv. Det finns dock skillnader i förväntningarna på vad RCC Syd och den nya styrmodellen kan leda till. Uppfattningarna om hur nuvarande arbetsätt påverkas varierar. I flera avseenden är dock de problem och utmaningar som lyfts fram gemensamma, även om de uttrycks på olika sätt och utifrån skilda perspektiv. Det gäller hur de läkare som ska leda det lokala utvecklingsarbetet ska kunna avsätta tid till arbetet, hur mycket processtänk och patientperspektiv det egentligen blir samt om den nya styrmodellen och RCC Syd kommer att kunna påverka den traditionella linjeorganisationen där man uppfattar att makten finns.

En viktig utgångspunkt för analysen om förutsättningar för en fortsatt utveckling av styrmodellen är det decentraliserade arbetsätt som introducerats. Ett decentraliserat arbetsätt och jämförelser mellan resultat i lokala processer kan stimulera till kreativitet och förbättringar. Frånvaron av dialog mellan lokala processer inom RCC Syd och övergripande uppdragsgivare i respektive landsting och region är dock problematisk. Det är i första hand uppdragsgivare (och inte RCC Syd) som kan ställa legitima krav på förvaltningschefer och koppla samman uppdrag med resurser. Inte minst lokala processledare har därför all anledning att se positivt på en dialog med uppdragsgivare, eftersom detta ger möjlighet att formulera relevanta uppdrag till den linjeorganisation man vill påverka.

En klassisk fråga i alla decentraliserade system är i vilken utsträckning det finns behov av gemensamma utgångspunkter och principer. Två sådana områden där behoven av gemensamma utgångspunkter uppfattas som störst diskuteras i rapporten. Det gäller dels mål och indikatorer som underlag för jämförelse och



styrning, dels procedurer och kriterier vid beslut om koncentration av verksamhet (nivåstrukturering).

# Kapitel 1

## INTRODUKTION

Den statliga utredningen ”En nationell cancerstrategi för framtiden” (SOU 2009:11) har legat till grund för regeringens tidigare beslut att bilda regionala cancercentrum i Sverige. Syftet är att förbättra cancervården samt möta den fördubbling av antalet cancerfall som förutspås fram till år 2030.<sup>1</sup> Mot bakgrund av den nationella cancerstrategin och regeringens beslut har landstingen i Kronoberg och Blekinge samt Region Skåne och Halland beslutat att utveckla en virtuell organisation för cancervården i Södra sjukvårdsregionen, Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd). De primära målen för RCC Syd är:

- att minska risken för att individer ska få cancer;
- att förbättra överlevnaden, livskvaliteten och kvaliteten på omvårdnaden efter cancerdiagnos;
- att minska skillnader regionalt och mellan befolkningsgrupper i risken för att få cancer och i kvaliteten på vården efter cancerdiagnos.

För att nå de primära målen kan flera intermediära mål definieras. Ett viktigt intermediärt mål inom RCC Syd är att skapa en processorientering utifrån patientperspektivet och en bättre samverkan mellan berörda professioner, vårdgivare och huvudmän i södra sjukvårdsregionen.

För att ge stöd åt processorientering utifrån ett patientperspektiv kommer en ny styrmodell att införas. Den nya styrmodellen baseras på erfarenheter inom i första hand området stroke i Region Skåne. Styrmodellen är i grunden en matrisorganisation där linjechefer för funktioner ”levererar” till lokala processer som definieras utifrån diagnoser.<sup>2</sup> Fem lokala processer som svarar för en stor andel av cancervården har definierats inom RCC Syd hösten 2010: bröst-, lung-, gyn-, kolorektal samt prostatacancer. Under 2011 ska ytterligare ett 10-tal processer definieras och fullt genomfört kommer RCC Syd att omfatta ca 25 olika cancerprocesser.

---

<sup>1</sup> De prognoser som redovisas i utredningen tyder på att antalet patienter med cancer år 2030 jämfört med i dag har ökat med 130 procent för män och 70 procent för kvinnor. Befolkningsförändringar (storlek och åldersfördelning) förklarar ungefär hälften av ökningen, men även risken att insjukna i t.ex. lung- och hudcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män ökar.

<sup>2</sup> En generell beskrivning av styrmodellens principer finns i Lind J-I. (2010) Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll. Lund: Studentlitteratur.

De lokala processerna utvecklas av lokala, multidisciplinära team som leds av en lokal patientprocessledare. Den lokala processledaren utses av sjukhuschefen eller motsvarande. Lokala patientprocessledare samordnas i sin tur av en regional patientprocessledare, som utses av ledningen för RCC Syd. En viktig roll för den regionala processledaren är att främja jämförelser mellan resultaten hos lokala processer och stimulera till förbättringar. Varken lokala eller regionala processledare har något överordnat inflytande över linjeorganisationen. I den mån förslag och önskemål inte kan genomföras inom ramen för befintliga resurser eller i direkt överenskommelse med linjechefer, krävs en förändring av berörda förvaltningars uppdrag. För att en sådan förändring ska komma till stånd krävs enligt styrmodellen dialog med uppdragsgivare i respektive landsting och region. Den nya styrmodellen berör således inte enbart processledare inom cancerområdet. Ett flertal linjechefer inom kirurgi, röntgen, patologi etc. inom södra sjukvårdsregionen kommer att beröras, liksom samtliga sjukhuschefer och uppdragsgivare i respektive landsting och region. Utvecklingen av RCC Syd och den nya styrmodellen är därför en mycket stor förändring.

I syfte att ge stöd åt utvecklingen av en ny styrmodell har RCC Syd gett KEFU<sup>3</sup> vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet i uppdrag att följa införandet under i första hand perioden oktober 2010 t.o.m. december 2011. Denna delrapport är den första redovisningen från projektet. Rapporten baseras på material som samlats in genom intervjuer med i första hand lokala och regionala patientprocessledare, representanter för patientföreningar samt personer i styrgrupp och projektledningsgrupp för RCC Syd. Teman för intervjuer har varit olika personers förväntningar på RCC Syd och den nya styrmodellen, uppfattningar om hur det egna arbetet och rollfördelningen mellan olika aktörer påverkas samt vilka problem och utmaningar som utgör hinder för att intentionerna ska uppnås. Utifrån detta material diskuteras sedan förutsättningar för styrning inom RCC Syd.

Rapporten kommer att följas upp med en andra delrapport i början av 2012 som fokuserar erfarenheterna av den nya styrmodellen under 2011.

## **1.1 RCC SYD SOM SAMVERKANSPROJEKT**

Ansatsen i delprojektet har varit induktiv i den meningen att det inte funnits några förutbestämda hypoteser eller frågeställningar som utgångspunkt för intervjuerna. Däremot har de teman som tagits upp under intervjuerna bestämts på förhand. Utgångspunkten för dessa teman har i sin tur stimulerats av tidigare forskning om förutsättningarna för att uppnå samverkan mellan och inom

---

<sup>3</sup> KEFU, Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning, har som syfte att initiera och stödja forskning och utbildning som kan tillämpas i kommuners och landstings arbete på det ekonomiska området.

organisationer. Skälet till att just denna forskning ansetts som relevant är att RCC Syd kan beskrivas som ett mycket stort samverkansprojekt där flera olika typer av samverkan kan identifieras:

- Samverkan mellan fyra sjukvårdshuvudmän
- Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och staten
- Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och medicinska fakulteten i frågor som avser klinisk forskning
- Samverkan mellan lokala patientprocessledare inom respektive cancerområde, under ledning av regional patientprocessledare
- Samverkan mellan olika discipliner i lokala team, under ledning av lokal patientprocessledare
- Samverkan mellan vården och representanter för patientföreningar

Det är väl känt sedan tidigare forskning att samverkan fungerar bäst när alla inblandade aktörer har en gemensam syn på vad man själv och andra ska göra.<sup>4</sup> Det kräver i sin tur att man enats om gemensamma mål för verksamheten. I praktiken är en sådan helt gemensam syn omöjlig att uppnå. Incitamenten att bidra till samverkan varierar vanligen mellan berörda aktörer, beroende på hur mycket man själv har att "vinna" på samverkan. I frånvaro av bindande avtal finns också möjligheter för de aktörer som tycker att man förlorar på samverkan att hoppa av projektet eller blockera enskilda beslut. Samverkan är därför svårt att uppnå och kan alltid betraktas som riskprojekt. Riskerna är dock sällan uppenbara när samverkan initieras och alla kan enas om övergripande mål för verksamheten och vikten av att samverka. Det är först när konsekvenserna av samverkan blir tydliga som problem kan uppstå, baserat på att aktörer berörs på olika sätt och/eller har olika intressen.

Den styrning som krävs i samverkansprojekt varierar därför över tiden. Initialt är definition av team och att skapa arenor för möten och dialog viktigt. En stor del av arbetet inom RCC Syd under hösten och vintern 2010/2011 har också ägnats åt att skapa arenor för möten mellan de aktörer som närmast berörs av RCC Syd. En förmodligen mycket viktig arena har varit de möten som ägt rum mellan lokala och regionala processledare. Efter hand kommer dock betydelsen av gemensamma normer och mål, samt en uppföljning av prestationer så att resultaten av samverkan synliggörs, att bli allt mer uppenbara. Det kommer

---

<sup>4</sup> Huxham C, Vangen S (2005): Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage. London: Routledge; Anell A, Mattisson O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Studentlitteratur: Lund.

också bli väsentligt att behålla ett förtroende mellan olika aktörer som kan överbrygga de konflikter som uppstår och att det finns ledarskap och ”eldsjälar” som kan driva på utvecklingen. Förhållandet mellan olika faser vid utveckling av samverkan och kraven på ledarskap illustreras i figur 1.

- **Forming**
  - Skapa team och arenor för möten mellan aktörer
- **Storming**
  - Hantera konflikter, skapa förtroende
- **Norming**
  - Utveckla gemensamma mål och normer
- **Performing**
  - Uppföljning av prestationer, behålla förtroende

**Figur 1. Fyra faser vid samverkan och krav på ledarskap och styrning.<sup>5</sup>**

En proaktiv inställning till ovanstående beskrivning är att aktörers olika förväntningar och uppfattningar bör lyftas fram så tidigt som möjligt i processen. En ökad transparens kan förvisso innebära att konflikter initieras redan på ett tidigt stadium. Men dessa konflikter skulle i så fall förmodligen uppstått ändå, men då senare i processen och utan att ledningen hunnit förbereda sig på hur problemen ska hanteras. Med ökad transparens finns bättre möjligheter att undvika senare konflikter, eller att man blir bättre på att hantera de konflikter som ändå uppstår. Det är också en viktig förklaring till att intervjuer i delrapporten fokuserat just olika aktörers förväntningar och uppfattningar.

## **1.2 METOD OCH RAPPORTENS DISPOSITION**

Sammanlagt har drygt 50 personer intervjuats under perioden oktober 2010 t.o.m. 16 mars 2011. Intervjumaterialet kan delas in i fem olika grupper av aktörer (antal intervjuade personer inom parentes):

---

<sup>5</sup> Figuren utgår ifrån en utveckling av samverkan i fyra faser enligt Tuckman B. (1965) Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin; 63(6): 384-389, och de krav på ledarskap i olika faser som identifierats av Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. International Journal of Health Planning and Management; 21(1): 75-88.

- Representanter för patientföreningar (5)
- Representanter för projektledning och styrgrupp inom RCC Syd (12)
- Lokala processledare (28 + 2 skriftliga kommentarer)
- Regionala processledare (5)
- Erfarenheter från andra processer inom Region Skåne (2)

Samtliga lokala och regionala processledare har tillfrågats om intervju i samband med att de blivit utsedda. Intervjuer har i huvudsak genomförts per telefon under perioden januari – mars 2011. De processledare som inte intervjuats har haft möjlighet att lämna skriftliga kommentarer. Det sammanlagda bortfallet omfattar tre lokala processledare och en regional processledare. Den regionala processledare som inte intervjuats tillträdde i mars 2011.

Övriga intervjuer baseras på ett urval från respektive grupp av aktörer. Representation från alla patientföreningar respektive samverkande landsting och regioner har varit en viktig utgångspunkt. Intervjuerna har genomförts både per telefon och i form av personliga möten under perioden oktober 2010 t.o.m. januari 2011.

Utgångspunkten för de första intervjuerna som genomfördes under hösten 2010 var aktörers syn på styrkor och svagheter respektive hot och möjligheter kopplat till utveckling av ny styrmodell för RCC Syd.<sup>6</sup> I praktiken fokuserade dock svaren från intervjuade i första hand problem och utmaningar samt övergripande förväntningar på RCC Syd och den nya styrmodellen. Dessa teman användes därför direkt som utgångspunkt vid intervjuer med processledare.

Resultat från intervjuerna redovisas i kapitel två. En indelning sker med avseende på dels olika teman, dels olika aktörsgrupper. Det har inte funnits någon ambition att studera eventuella skillnader i uppfattningar mellan olika huvudmän eller mellan olika cancerprocesser. Redovisningen fokuserar dessutom enbart övergripande skillnader och likheter uttryckt i kvalitativa termer. En sådan redovisning av intervjuerna har bedömts som det enda rimliga med tanke på att materialet är litet. Det huvudsakliga syftet är att skapa förståelse för den analys och diskussion som följer i kapitel tre och fyra, varvid en översiktlig redovisning ansetts fullt tillräcklig.

---

<sup>6</sup> Baserat på s.k. SWOT-analys, dvs. analys av styrkor (strengths) och svagheter (weaknesses) respektive möjligheter (opportunities) och hot (threats).

I kapitel tre redovisas en analys av förutsättningarna för styrning inom RCC Syd. Denna analys följs av en diskussion om hur RCC Syd kan samordna och stötta den fortsatta utvecklingen i kapitel fyra.

## Kapitel 2

# RESULTAT FRÅN INTERVJUER

På en övergripande nivå kan noteras att i princip alla som intervjuats är positiva till RCC Syd och den nya styrmodellen. Man menar att det är angeläget och meningsfullt att styra utifrån processer och i ett patientperspektiv. Det är också bra med regional samverkan samt att RCC initierats från nationell nivå. De statliga kraven uppfattas som en tillgång som kan ge ökad kraft i utvecklingsarbetet. Det finns dock skillnader i förväntningarna på vad RCC Syd och den nya styrmodellen kan leda till. Uppfattningarna om hur nuvarande arbetssätt påverkas varierar. Det finns mer samsyn när det gäller uppfattningar om viktiga problem och utmaningar, även om dessa uttrycks på olika sätt beroende på aktörers perspektiv.

### **2.1 FÖRVÄNTNINGAR OCH PÅVERKAN PÅ ARBETSSÄTT**

#### **2.1.1 REPRESENTANTER FÖR PATIENTFÖRENINGAR**

Representanter för patientföreningar har genomgående höga förväntningar på att utvecklingen inom RCC Syd ska bidra till en bättre cancervård och mer delaktighet och dialog med representanter för patientföreningar. Det tycks dock vara det nationella beslutet att inrätta regionala cancercentra som förklarar de höga förväntningarna, snarare än de målsättningar som satts upp inom RCC Syd. Det kan också förklara den positiva synen på styrning efter nationella riktlinjer, att olika RCC ska samverka med varandra och att nivåstrukturering inom kurativ behandling när det gäller ovanlig cancer bör främjas och beslutas utifrån ett nationellt perspektiv snarare än ett regionalt.

Vilka samverkansformer mellan vården och patientföreningar som är lämpliga för att stärka dialog och delaktighet bedöms som osäkert, bl.a. eftersom det finns begränsade tidigare erfarenheter som man kan utgå ifrån. Det viktiga är att det finns en genuin vilja från vårdens sida att samverka med patientföreningar på olika nivåer. Lämpliga former för samverkan får därefter växa fram efter hand och baserat på erfarenheter av olika lösningar.

De förväntade resultaten av samverkan och vad som bör vara viktiga mål för RCC Syd kan sammanfattas i tre punkter:



- den bästa möjliga diagnostiken och behandlingen för cancerpatienter
- kortare ledtider och koordinerad vårdprocess i individers perspektiv samt
- lika tillgång till vård oavsett var patienter bor.

De medel som nämns för att nå dessa mål är bl.a. öppna jämförelser av resultaten i olika lokala processer. En ökad transparens och jämförelse av resultat inom och mellan olika RCC anses väsentligt för att vårdgivare ska kunna lära av varandra. En öppen information om resultat från olika vårdgivare anses också viktigt för att driva frågan om nivåstrukturering. När det gäller utvecklingsarbete kan representanter från patientföreningar bidra dels genom att ställa krav, dels som experter på ”att vara patienter”. Kraven från föreningar bör riktas mot regionala vårdprogram, som sedan bryts ned till krav på lokala processer.

De representanter som intervjuats har många konkreta idéer och önskemål om hur vården kan förbättras i patienternas perspektiv. Det gäller exempelvis skriftliga individuella vårdplaner till samtliga patienter, bättre möjligheter till ’second opinion’ hos annan RCC för samtliga patienter, samt en satsning på kontaktsjuksköterska med ansvar för att informera, koordinera och skapa trygghet för enskilda patienter. Skriftliga individuella vårdplaner anses vara en metod att öka patientens delaktighet över den vård man får. Vårdplaner ökar möjligheterna för patienter att förstå sin situation och behandlingsalternativen, och att man på ett strukturerat sätt inbjuds att vara med och bestämma. Genom krav på skriftlig plan ökar också möjligheten till ”second opinion”, dvs. att patienter tar med sig den erbjudna vårdplanen till något annat RCC eller t.o.m. centra inom EU och frågar om alternativ behandlingsstrategi. Idag anses få patienter bli erbjudna sådan ”second opinion” eftersom det är krångligt för vårdgivarna själva. Skriftlig vårdplan och möjligheter till ”second opinion” bör i princip gälla alla patienter eftersom cancer är en svår sjukdom. Det anses också känt att vården varierar beroende på var den ges, t.ex. vilka läkemedel som används eller om operationer utförs av specialiserade tumörkirurger eller inte. Skriftlig vårdplan och möjligheter till ”second opinion” kan bidra till lika tillgång till vård oavsett var patienterna bor.

Förekomst av kontaktsköterska eller patientkoordinator anses ha stor betydelse. Det räcker inte att utveckla vårdprocesser och en väl fungerande logistik sett ur vårdgivarnas perspektiv. Patienter har alltid en egen ”resa” genom vården. Det blir besök till många olika enheter och bristande information på grund av att man inte alltid är mottaglig för budskap från vårdpersonal. Perioder då inget sker fylls med oro och ångest. Det ska därför finnas en kontaktperson som patienter kan vända sig till och som ansvarar för koordination och att skapa trygghet för patienten.

## 2.1.2 PATIENTPROCESSLEDARE

De allra flesta lokala och regionala processledare uttrycker förväntningar om att RCC Syd och den nya styrmodellen ska bidra till förbättringar inom i huvudsak befintliga vårdstrukturer. Begrepp som ”optimering” och ”förfining” är vanliga när förväntningarna ska beskrivas. Det är ingen som tror att arbetet med att utveckla processer i ett patientperspektiv har någon egentlig betydelse för patienters långsiktiga överlevnad. Däremot finns stora möjligheter att generera andra värden, t.ex. minskad oro och ångest bland patienter för att man får vänta för länge på besked eller behandling. Det finns också en stor potential när det gäller att göra vården likvärdig vad gäller inte minst ledtider.

Det främsta problemet som RCC Syd förväntas lösa avser långa ledtider till olika delar av cancervården. Bristande tillgång till resurser inom patologi och röntgen förefaller vanligt. Andra ”flaskhalsar” som processledare refererar till är exempelvis strålbehandling, operationsresurser och tillgång till onkologer. Vanligtvis beskrivs problemen som väl definierade. Flertalet lokala processledare beskriver också hur de tidigare argumenterat för förbättringar gentemot ansvariga linjechefer, ofta med begränsad framgång. Förhoppningen är att RCC Syd och den nya styrmodellen ska ge ökat inflytande över linjen så att man kan lösa redan kända problem och resursbrister.

Det finns en bred uppfattning att befintliga vårdprogram för verksamheten styr den diagnostik och behandling som ges lokalt av olika vårdgivare. Även om erbjudanden till patienter i form av diagnostik och behandling i huvudsak uppfattas som regionalt likvärdiga finns skillnader i exempelvis ledtider. Den nya styrmodellen kan på så sätt skapa mer likvärdig vård till patienter oavsett var man bor genom att ledtider utjämnas. Det finns också stora skillnader i den palliativa vårdens organisation och kvalitet, både mellan och inom huvudmännen. Denna bedömning från processledare återges dock så gott som uteslutande på direkt förfrågan. Få processledare tar upp skillnader inom den palliativa vården spontant.

De flesta lokala processledare menar att det i nuläget inte finns några starka argument för ytterligare nivåstrukturering (koncentration) inom den egna verksamheten. Med undantag för gynekologisk cancer tror de flesta lokala processledare inte heller att nivåstrukturering kommer att bli någon stor fråga inom ramen för den egna processens utvecklingsarbete. De allra flesta lokala processledare menar att de egna resultaten bör spela en stor roll inför eventuella beslut att koncentrera hela eller delar av verksamheten. Processledare refererar också till flera andra kriterier som bör beaktas vid nivåstrukturering. Det vanligast förekommande kriteriet som lokala processledare tar upp är

konsekvenser för förutsättningarna att bedriva annan vård lokalt, samt möjligheterna att behålla en hög kompetens i de delar av cancervården som fortfarande ska tillhandahållas lokalt. Om lokala processer avgränsas till vissa delar av cancervården kan det bli svårt att behålla kompetensen, menar man. Det handlar också om vilken typ av kriterier som värderas högst. Några spekulerar i att koncentration av verksamhet kan leda till marginellt bättre överlevnad för några få, på bekostnad av en bättre process för flertalet patienter. Bland de som är mer positiva till nivåstrukturering nämns ytterligare andra kriterier som underlag för beslut. Det gäller i första hand nationella riktlinjer och vårdprogram samt resultat från studier eller analyser av registerdata som påvisar samband mellan exempelvis volym och kvalitet, men även sårbarheten i lokala lösningar och möjligheter att rekrytera patienter till kliniska studier.

Vid tidpunkten för intervjuer har flertalet lokala processledare hunnit påbörja arbetet med att definiera lokala team. Befintliga kontakter inom ramen för existerande multidisciplinära team tycks vara en viktig utgångspunkt. Denna utgångspunkt ger lokala processledare möjligheter att välja representanter från discipliner som bedöms intresserade av teamarbete och processutveckling. Flera processledare har egna erfarenheter av projekt i syfte att korta ledtider ("lean" projekt) som utnyttjas. Många processledare talar i termer om att först etablera en "teamets kärna" bestående av de kompetenser som är närmast berörda. Med denna utgångspunkt ska sedan samverkan breddas och kontakter upprättas med primärvård, patientföreningar, palliativ vård etc.

Relevansen av att samverka med primärvården bedöms delvis olika beroende på skillnader i patienters ingångar till cancervården mellan olika cancerformer. De allra flesta processledare är dock överens om att det är viktigt att samverka med primärvården, inte minst för att sprida information om vilka symtom som ger anledning till remiss, krav på sådana remisser och vilka utredningar som bör göras. Det finns en större osäkerhet kring formerna för samverkan. Flera processledare har bjudit in representant från primärvården till teamen, men inte alltid med önskvärt resultat.

Flera processledare menar att samverkan med patientföreningar funnits även tidigare och att patientföreningar varit bra för verksamheten genom de krav som riktats mot inte minst politiker. Andra processledare har mycket begränsad erfarenhet av kontakter med patientföreningar. Samverkan med representanter för patientföreningar inom ramen för lokala team anses oprövat, vilket medför en osäkerhet om lämpliga former. Tillgången till representanter på lokal nivå som möjliggör en sådan samverkan förefaller också variera. Det gäller även inom t.ex. bröstcancerområdet som har starka föreningar på nationell nivå. Medan flera processledare redan har någon form av kontakt med representanter för patientföreningar saknas sådana kontakter helt för andra processledare.

Oberoende av om kontakter finns etablerade eller inte menar de allra flesta processledare att representanter bör adjungeras till de lokala teamen och medverka selektivt vid teamets möten beroende på vilka frågor som behandlas.

En osäkerhet i formerna för samverkan finns även för palliativ vård. Några enstaka lokala team har redan medverkan från representanter för palliativ vård, medan det stora flertalet processledare är osäkra på hur samverkan med palliativ vård ska utformas. Spridningen mellan olika uppfattningar om lämpliga framtida lösningar är också stor. Flera processledare menar att den palliativa vården har stora likheter oavsett form av cancer. Några menar att detta talar för att palliativ vård bör organiseras som en egen process.

Vid intervjuer med processledare framkommer även uppfattningar om att förutsättningarna för att bedriva utvecklingsarbete skiljer sig mellan olika typer av sjukhus. Förutsättningarna påverkas också av eventuella andra och mer akuta problem. Flertalet processledare menar att det är svårare att bedriva processinriktat arbete vid ett universitetssjukhus, eftersom det finns många ingångar till vården och fler enheter, professioner och personer som blir involverade. Till skillnad från mindre länssjukhus behöver stora universitetssjukhus inte heller känna sig hotade att bli av med någon verksamhet. Oavsett typ av sjukhus får akuta och kortsiktiga problem vanligtvis företräde, vilket kan hämma utvecklingen av processer. Exempel på sådana problem som tas upp av processledare är underbemanning, krav på besparingar eller större omorganisationer i verksamheten.

### **2.1.3 PROJEKTLEDNING OCH STYRGRUPP**

Förväntningar bland representanter för projektledning och styrgrupp är mer heterogena och det är svårare att generalisera utifrån likheter. På en övergripande nivå är dock förväntningarna mer lika de som redovisats för processledare, snarare än de höga förväntningar som redovisats för representanter för patientföreningar. En viktig skillnad är att styrgrupp och projektledning uttrycker förväntningar om hur cancervårdens ska utvecklas i stort snarare än att man fokuserar utvecklingen inom de fem områden som startats hösten 2010. Det regionala perspektivet är också påtagligt, på samma sätt som vid intervjuer med regionala processledare. En ytterligare skillnad är förväntningar om hur processtyrningen inom RCC Syd påverkar styrningen av annan vård inom respektive landsting och region.

Det breda perspektivet påverkar sannolikt även uppfattningarna om behoven av nivåstruktureringar. Flertalet förväntar sig att frågor om koncentration av verksamheten kommer att aktualiseras. Uppfattningarna om behovet av nivåstrukturering varierar dock, liksom synpunkter på hur eventuella beslut om

nivåstruktureringar bör tas fram och genomföras. Flera förespråkar lösningar där beslut om nivåstruktureringar får ta tid och växa fram underifrån. I annat fall finns risk att arbetet med att utveckla processer i ett patientperspektiv hämmas. I sammanhanget påtalas även att olika huvudmän och förvaltningar har olika intressen att bevaka inför eventuella beslut om nivåstrukturering. Flertalet personer -- i samtliga landsting och regioner -- uttalar en risk för att RCC Syd uppfattas som ett projekt som syftar till att koncentrera patienter till SUS i Region Skåne. Många anser att det är viktigt att skapa samarbetsklimat utan dolda agendor så att länssjukhusen inte ser sig som förlorare. Det finns också andra samverkansavtal som kan påverka inställningen till de beslut som tas fram inom ramen för RCC Syd. Blekinge och Kronoberg har samverkan kring kirurgi (Karlskrona) och strålbehandling (Växjö) och Region Halland har även samverkan med RCC Väst.

## **2.2 PROBLEM OCH UTMANINGAR**

De problem och utmaningar som tas upp vid intervjuer hänger samman med de förväntningar som uttrycks. Eftersom dessa varierar kan problem och utmaningar i vissa fall beskrivas på helt olika sätt. För de som menar att nivåstrukturering behövs blir det en utmaning att genomföra sådana beslut. För de som inte tycker det finns anledning till nivåstrukturering blir det snarare en utmaning om sådana beslut genomförs. Sådana helt motstående uppfattningar tillhör dock snarast undantag än regel. I flera avseenden är de problem och utmaningar som lyfts fram av aktörer gemensamma, även om de uttrycks på olika sätt och utifrån skilda perspektiv. Det gäller hur olika aktörer ska få tid till utvecklingsarbete, hur mycket processtänk och patientperspektiv det egentligen blir samt om den nya styrmodellen och RCC Syd kommer att kunna påverka linjeorganisationen där makten finns.

### **2.2.1 FINNS TID FÖR UTVECKLINGSARBETE?**

Vid tidpunkten för intervjuer är det mycket få lokala processledare som fått något formellt uppdrag med avsatt tid för arbete från sjukhuschef eller motsvarande. Vanligtvis har det inte skett någon avlastning av andra arbetsuppgifter. Det är också få lokala processledare som tror att man i praktiken kommer att kunna sätta av 10 procent av sin arbetstid till det nya uppdraget. Det finns därför en risk, menar man, att man inte kan utföra arbetet på ett professionellt sätt genom att "den kliniska vardagen" och akuta problem ges företräde. Detta kan i sin tur innebära att RCC Syd blir en "administrativ överbyggnad" utan effekt på verksamheten.

Några menar att man till en del redan sysslar med sådana arbetsuppgifter som ligger i ansvaret som lokal processledare. Det är därför oklart hur mycket tid

som det nya ansvaret kommer att kräva. Många pekar också på att behoven sannolikt varierar över tiden. På kort sikt behövs mer tid för att definiera de lokala teamen och få igång ett utvecklingsarbete. Man pekar också på möjligheten att kommunicera inom det lokala teamet via e-post och internet i syfte att minska på den tid som går åt till fysiska möten. Samtidigt värdesätter alla processledare de nya fysiska möten och jämförelser som ska ske i teamet och tillsammans med andra lokala processledare och regional processledare.

Även inom projektledning och styrgrupp finns en oro för att i första hand lokala processledare inte ska få tillräckligt med tid för sitt uppdrag. I första hand anser man att ett tydligt uppdrag från sjukhuschef eller motsvarande utgör lösning på problemet.

Från patientföreningar påtalas att deras möjligheter att samverka ofta begränsas av att representanter som arbetar bara kan ställa upp utanför kontorstid. För att lösa detta problem anses det rimligt att RCC Syd har beredskap att kompensera för förlorad arbetsinkomst och reskostnader vid representanters deltagande i olika möten. I nuläget bygger insatser på ideellt arbete och det är svårt att få engagemang från yngre personer utan ersättning för förlorad arbetsinkomst.

### **2.2.2 HUR MYCKET PROCESSTÄNK OCH PATIENTPERSPEKTIV BLIR DET?**

Bland representanter för projektledning och styrgrupp uttrycks farhågor för att det utvecklingsarbete som initieras i lokala team kommer att ha ett produktions-snarare än ett patientperspektiv. I så fall finns risk att processerna definieras alltför snävt och t.ex. inte inkluderar den palliativa vården. En annan konsekvens kan bli att lokala processer anses likvärdiga eftersom samma metoder för diagnostik och behandling tillhandahålls. Även de mål och indikatorer som tas fram kan påverkas så att koppling till patientnyttan blir otydlig.

Flertalet i projektledning och styrgrupp upplever det också som problematiskt att vården ska styras på två olika sätt; processororienterat för cancervården och indelat i funktioner för övrig vård. Om alla annan vård styrs på traditionellt sätt försvårar det möjligheterna att styra cancervården efter processer. Å andra sidan är cancervården en stor del av vårdverksamheten. Om man verkligen lyckas att styra denna del av vården i patientperspektiv och enligt ett processtänk kan det på sikt också få betydelse för hur man styr annan vård. Utvecklingen inom RCC Syd uppfattas därför som viktig i ett generellt perspektiv och en slags pilotstudie om och hur det är möjligt att styra vården utifrån processer.

Bland representanter för patientföreningar uttrycks en annan typ av farhåga kring möjligheterna att utveckla processtänk i patientperspektiv. Det handlar då

om risken för att produktionsperspektivet tar över genom att patientföreningar inte bjuds in till samverkan. Det finns en tendens, menar representanter, att samverkan med patientföreningar uppfattas som "ett måste" och en uppoffring från vårdens sida. Patientföreningar ska vara tacksamma för att de få vara med och påverka. Vården vet att man måste bjuda in patientföreningar till möten av olika slag, men inte alltid varför och hur detta ska ske. Å andra sidan pekar representanter på att denna inställning till en del kan förklaras av hur patientföreningarna själva agerat tidigare. Tidigare har man ställt mycket krav och det blir en utmaning att i större utsträckning även bidra till en processutveckling.

Det ställs också stora krav på den representant från patientföreningar som ska samverka med vården. Man måste både kunna och vilja. Det är viktigt att representanter har gått igenom sin egen process som patient så att man inte enbart företräder sig själva. Man måste också ha kunskaper om vårdssystemet. Man måste också ha möjligheter och intresse att sätta av tid för arbetet. De höga kraven gör att aktivitetsgraden lokalt i olika föreningar varierar och att det finns en brist på "eldsjälar" som kan fungera som riktigt bra representanter. Även om vården skulle bjuda in patientföreningar till genuin samverkan kan det därför vara svårt att hitta lämpliga personer att samverka med.

### **2.2.3 KOMMER MAN ATT KUNNA PÅVERKA LINJEORGANISATIONEN?**

Både processledare och representanter för projektledning och styrgrupp beskriver att det kan bli problematiskt att utveckla och påverka verksamheten eftersom det mesta av makten finns i den traditionella linjeorganisationen. Utmaningen beskrivs dock på olika sätt beroende på perspektiv. Medan inte minst lokala processledare ser detta som ett problem beskriver representanter för projektledning och styrgrupp förhållandet snarast som en förutsättning. Beroende på synsätt skisseras dessutom olika lösningar.

Som tidigare beskrivits menar många lokala processledare att problem med ledtider och bristande resurser är kända sedan tidigare och dessutom påtalade för berörda verksamhetschefer. Det finns förhoppningar om att RCC Syd kan leda till att man får gehör för de förslag som framförts tidigare. Samtidigt finns vissa tveksamheter om man kommer att lyckas, trots att det bakom RCC Syd finns statliga krav och att många "tunga" personer är inblandade. I första hand ser man att den regionala processledaren ska bistå den egna argumentationen om behovet av förändring gentemot linjeorganisationen. I det perspektivet uppfattas det även som en tillgång att kunna referera till förhållanden och resultat i andra lokala processer och vilka mål som lokala och regional processledare tillsammans kommit fram till.

Många processledare förutspår att det också kommer att krävas påtryckningar från RCC Syd mot sjukhuschefer och motsvarande för att få igenom förändringar. Om inte heller sådana påstötningar skulle hjälpa måste frågan hanteras på mera övergripande nivå. Hur detta ska gå till är mera otydligt. Det är inte någon processledare som spontant refererar till behovet av kontinuerlig dialog med representanter för uppdragsgivare hos respektive huvudman. På direkt fråga finns också tveksamheter till hur en sådan dialog skulle utformas och vilket värde den skulle generera. Utgångspunkten hos de flesta processledare förefaller vara att frågor om mål och normer för verksamheten i första hand ska lösas inom gruppen av lokala och regionala processledare där kunskaperna finns. De eventuella problem som inte kan lösas genom dialog med verksamhetschefer och sjukhuschefer får hanteras genom att de lyfts till ledningen för RCC Syd och eventuellt vidare upp i hierarkin.

Även representanter för projektledning och styrgrupp påtalar risken för att man inte kommer att kunna påverka linjeorganisationen. Många pekar också på behovet av att utveckla nya former för beslut hos uppdragsgivare baserat på det processperspektiv som lyfts fram inom RCC Syd. Det gäller både inom respektive landsting och region men även på en övergripande regional nivå när besluten är gemensamma. Flera viktiga beslut om t.ex. nivåstrukturering måste också i praktiken hanteras i flera instanser, menar man. Oavsett vad man kommit fram till inom processer och RCC Syd kan de formella besluten att ändra på verksamheten enbart tas av respektive huvudman. Ärenden kan då komma att hanteras på olika sätt och med olika slutresultat beroende på att man kanske inte utgår från samma kriterier eller beslutsunderlag.

Uppfattningar om behovet av en kontinuerlig dialog mellan uppdragsgivare och processledare varierar. En del menar att uppdragsgivare på övergripande nivå får mobiliseras när frågor inte kan hanteras inom RCC Syd i direkt dialog med verksamhets- och förvaltningschefer. Denna syn stämmer överens med den som förmedlas av de allra flesta processledare. Andra ser behov av en kontinuerlig dialog med uppdragsgivare som kan utmana lokala processledare, ställa krav på verksamheten och formulera uppdrag för de förvaltningar som ska leverera till cancerprocesserna. Ett stort problem är att någon sådan uppdragsgivare inte finns definierad, med undantag från Region Skåne. Det finns också olika syn på om dialogen med uppdragsgivare i första hand ska avse lokala eller regionala processledare. En del menar att dialogen måste ske med lokala processledare. Andra menar att dialogen av praktiska skäl förmodligen får ske med regionala processledare.



# Kapitel 3

## FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STYRNING INOM RCC SYD

I det här kapitlet analyseras förutsättningarna för styrning inom RCC Syd. Utgångspunkter är det intervjumaterial som samlats in, men även dokument som beskriver ambitioner för RCC i allmänhet och RCC Syd i synnerhet. Inledningsvis behandlas övergripande förutsättningar för styrningen till följd av att RCC Syd är en plattform för många olika ambitioner. RCC Syd syftar inte enbart till att utveckla processer i ett patientperspektiv utan ska också förverkliga andra mål. För att undvika tänkbara konflikter i styrningen mot olika mål finns därför anledning till framförhållning och ett strukturerat arbetssätt. Avslutningsvis analyseras förutsättningar för samverkan med patientföreningar i lokala processer.

### 3.1 RCC ÄR PLATTFORM FÖR FLERA AMBITIONER

Utifrån det intervjumaterial som samlats in och innehållet i olika dokument kan konstateras att RCC Syd i praktiken är en plattform för många olika ambitioner:

- Förbättra cancervården från prevention till rehabilitering respektive palliativ vård
- Göra cancervården likvärdig utifrån geografi och socioekonomi
- Nivåstrukturera cancervården i nationellt och regionalt perspektiv
- Främja kliniska forskning och innovationer inom cancerområdet
- Processutveckling i ett patientperspektiv
- Förbättra möjligheter till tidig upptäckt genom diagnostiska centra
- Uppnå en bättre förhandlingsposition gentemot linjechefer i syfte att korta ledtider för diagnostik och behandling.

En del av dessa ambitioner är uttryck för statens ursprungliga ambitioner med RCC, men det finns också specifika ambitioner kopplat till RCC Syd. Det gäller inte minst att processutveckling inom olika cancerområden i ett patientperspektiv har fått förhållandevis stor tyngdpunkt. En del av ambitionerna har funnits med från början, medan andra utvecklats efter hand. Ett sådant

initiativ som utvecklats inom Region Skåne är s.k. diagnostiska centra dit primärvården kan remittera patienter vid misstanke om cancer eller annan allvarlig sjukdom. Utöver de officiella och uttalade ambitionerna framgår av intervjumaterialet att olika aktörsgrupper också ser på RCC Syd som ett ”verktyg” som kan utnyttjas för att nå de mål man själv tycker är viktigast. Lokala processledares ser exempelvis på RCC Syd som en ny möjlighet att lösa redan kända problem med långa ledtider och olika former av resursbrister.

Inom varje ambition finns i sin tur olika förutsättningar för styrning så att målen kan nås. Dessa förutsättningar leder i sin tur till olika krav på styrningen. En del ambitioner nås bäst genom en decentraliserad form av styrning medan andra ambitioner förmodligen även kräver centrala beslut. Ett uppenbart exempel är hur kraven på en processutveckling underifrån ska förenas med beslut ovanifrån om nivåstrukturering. Sett ur inte minst lokala processledares perspektiv välkomnas RCC Syd eftersom det ger möjlighet att utveckla den egna verksamheten och lösa problem med flaskhalsar för att korta ledtider. Den styrmodell med lokala och regionala processledare som införts har också professionell självkontroll som viktig ledstjärna. Den professionella kontrollen har i praktiken förstärkts ytterligare eftersom den professionella dialogen med uppdragsgivare, som är en viktig del av den ursprungliga styrmodellen, skalats bort av lokala processledare. Styrmodellen har därmed omtolkats så att den passar professionens egna normer om ett decentraliserat arbetssätt. Men sett ur statens perspektiv har RCC tillkommit även av andra skäl. Det handlar t.ex. om att underlätta en fortsatt nivåstrukturering och implementera nationella vårdprogram och riktlinjer. Sådan styrning ovanifrån inom RCC Syd kan då uppfattas som en begränsning eller ett hot mot lokalt utvecklingsarbete.

Om kraven för att styra mot de olika ambitionerna inom RCC är svåra att förena kommer olika frågor förmodligen att hanteras separat. Sådan ”frikoppling” behöver inte vara fel. Den dagen hanteringen av olika frågor ”möts” kan det dock uppstå problem och förtroendeklyftor utifrån uppfattningen att ledningen för RCC Syd spridit dubbla budskap; *”ni sa ju att vi skulle få utveckla processerna lokalt i professionella team, och nu måste vi skicka patienter till x-stad trots att de inte har bättre resultat än vi”*. Eftersom förtroende och motivation bland inte minst lokala processledare är en av RCC Syds viktigaste resurser finns all anledning att försöka förutspå vilken typ av motsättningar och dilemman i styrningen som kan uppstå.

### **3.2 AD HOC LÖSNINGAR VS. STRUKTURERAT ARBETSSÄTT**

Flertalet av de processledare och även andra som intervjuats anger att eventuella problem i utvecklingsarbetet i första hand ska lösas decentraliserat, dvs. inom ramen för lokala och regionala processledares dialog med verksamhetschefer. Det är först när man inte kan hantera problem på detta sätt som frågorna ska

lyftas till övergripande nivå, dvs. ledningen eller styrgruppen för RCC Syd respektive förvaltningschefer eller t.o.m. högsta ledningen för respektive landsting och region. Problemlösningen på övergripande nivå blir då ad hoc baserad. Vilka frågor som dyker upp och när de dyker upp beror på processledares intresse och förmåga att hitta egna lösningar.

En styrning enligt sådana principer är inte alls något unikt utan tvärtom vanligt inom inte minst professionella verksamheter. I professionella verksamheter finns det mest av kunskapen decentraliserat i organisationen. Med decentraliserade kunskaper kan det vara svårt för den övergripande ledningen att styra på andra sätt än utifrån de frågor som dyker upp från verksamheten. Man får rekrytera kompetent personal och sedan lita på att dessa göra ett bra arbete. Sett ur en professions eget perspektiv är bibehållen och helst utvecklad autonomi också något mycket centralt.<sup>7</sup> Ju större professionella drivkrafter som finns i verksamheten desto mer kan man således förvänta sig att det finns preferenser för en styrning som baseras på ad hoc principer. Professionella vill helst styra sig själva.

Även om det kan finnas fördelar med ett arbetssätt inom RCC Syd som baseras på att frågor lyfts ad hoc finns också risker och begränsningar. En viktig invändning är att resultaten blir beroende av inte minst lokala och regionala processledares intresse och förmåga att övertyga linjen. Med intresserade och starka lokala processledare finns goda möjligheter att skapa förändringar, kanske t.o.m. så goda att annan vård trängs undan mer än vad som kan anses rimligt i ett helhetsperspektiv. På samma sätt påverkas möjligheterna till förändring av om verksamhetschefer och förvaltningschefer är mer eller mindre positivt inställda till att främja processutveckling inom just cancervården. Denna form av styrning blir därför mindre transparent och i högre grad beroende av vilka personer som är processledare respektive linjechefer. Med intresserade och starka processledare och positivt inställda verksamhetschefer kan man åstadkomma mycket förändring och processutveckling utan att ledningen för RCC Syd eller övergripande linjechefer berörs. Med andra förutsättningar är resultaten mer osäkra.

Utgångspunkter för ett mera strukturerat arbetssätt inom RCC Syd som kontrast till ad hoc lösningar skisseras av tabell 1. Viktiga skillnader är ambitionen att förutse problem och hur dessa kan hanteras, den kontinuerliga dialogen med uppdragsgivare samt en hög ambitionsnivå när det gäller transparens kring beslutsprocedurer och kriterier som är gemensamma. Transparensen syftar ytterst till att tvinga fram ett arbetssätt som är mindre personbundet och i högre grad styrs av kriterier och kunskap.

---

<sup>7</sup> För en svensk översikt på detta tema, se Jonnergård K, Funck E. (red.) (2008) När den professionella autonomin blir ett problem. Växjö: Växjö University Press.

**Tabell 1. Olika principer för den övergripande styrningen inom RCC Syd.**

<b>Ad hoc</b>	<b>Strukturerat arbetssätt</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Problem hanteras efter hand som de uppstår (ad hoc)</li><li>- Uppdragsgivare kontaktas vid behov</li><li>- Informell makt blir viktigare</li><li>- Mer personbundet</li><li>- Begränsad transparens</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ambition att förutse problem och dess hantering (proaktivt)</li><li>- Kontinuerlig dialog med uppdragsgivare</li><li>- Transparenta beslutsprocedurer och gemensamma kriterier</li><li>- Ambition att kriterier och kunskap är viktigare än personer</li></ul>

Observera att ett arbetssätt som baseras på transparens avseende procedurer och gemensamma kriterier stämmer väl med principerna för evidensbaserad medicin (EBM) och öppna prioriteringar. Båda dessa rörelser har en bakgrund i att tidigare vårdprogram/riktlinjer respektive prioriteringar till stor del baserats på konsensus bland experter, där betydelsen av informellt inflytande respektive vilka kriterier som använts inte alltid varit transparent. Inom EBM är det tydligt hur bevisvärdet av olika typer av studier ska värderas eftersom det baseras på internationella överenskommelser.<sup>8</sup> Det finns också väl utvecklade teorier om vad som kännetecknar öppna prioriteringar.<sup>9</sup> Inom både EBM och öppna prioriteringar finns en gemensam ambition att kunskap och kriterier ska vara avgörande, snarare än vilka personer som fattar besluten. Det finns också en övergripande ambition att proceduren för beslut ska vara så transparent som möjligt och att samma typ av frågor ska behandlas på enhetligt och rättvist sätt. Det kan i sin tur bidra till ett ökat förtroende för besluten.

Även om transparens vad gäller beslut och kriterier kan tyckas överlägset andra förhållningssätt så är det inte givet. För det första kommer förmodligen inte arbetssättet att gillas av alla i professionen. För individer som har stor informell makt och goda möjligheter att påverka verksamheten kan ett sådant arbetssätt uppfattas (och vara) en begränsning. Det är också en av poängerna med arbetssättet men innebär inte desto mindre att det kan vara svårt att införa i

---

<sup>8</sup> SBU och andra HTA organisationer internationellt använder exempelvis GRADE systemet när studier ska bedömas och värderas.

<sup>9</sup> Daniels N, Sabin JE. (1997) Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*; 26(4): 302-350; Liss P-E (2002) Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Linköping: Prioriteringscentrum rapport 2002:4.

praktiken. Ett strukturerat arbetssätt är också förknippat med en investeringskostnad initialt.

En viktig invändning är också att ett strukturerat arbetssätt med krav på gemensamma kriterier och transparens ovanifrån kan verka hämmande på kreativitet och utvecklingskraft underifrån. Den kraft och dynamik som finns i ett decentraliserat arbete som bygger på jämförelser av resultat i lokala processer under ledning av regional processledare ska inte underskattas. Det finns därför all anledning att rikta det strukturerade arbetssättet mot de områden där behoven av gemensamma utgångspunkter och transparens är som störst.

### **3.3 SAMVERKAN MED PATIENTFÖRENINGAR I LOKALA TEAM**

I målsättningar för både RCC och RCC Syd finns angivet att patientinflytandet inom cancervården ska stärkas och att samverkan med patientföreningar ska utvecklas. Däremot finns inte skisserat hur formerna för att sådant stärkt patientinflytande eller utvecklad samverkan med patientföreningar ska se ut. Som framgått av intervjumaterialet finns en osäkerhet om vilka samverkansformer med patientföreningar som är lämpligast för att utveckla de lokala processerna, både hos processledare och bland intervjuade representanter för patientföreningarna. Förväntningarna bland patientföreningarna att man ska bjudas in till samverkan med teamen är dock höga. Några lokala processledare har också tagit med representanter som medverkande i lokala team. De flesta lokala processledare avser dock knyta representanter som adjungerade till de lokala teamen och bjuda in till möten selektivt beroende på vilka frågor som behandlas.

I praktiken är förmodligen bristen på representanter, som både kan och vill ställa upp som resurs till det lokala teamet, det största hindret för att skapa lokal samverkan. De höga förväntningarna från patientföreningar skulle dock kunna resultera i ett förtroendeproblem. Patientföreningarna kan tycka att man för fram bra representanter, som enbart bjuds in att samverka när den medicinska professionen bedömer det lämpligt. Sett i detta perspektiv är förmodligen transparens och öppenhet viktigt för att skapa förtroende. Samtidigt är en formell medverkan i teamen från patientföreningar inte oproblematiske. Det finns en stor skillnad i information och kunskap mellan en aldrig så kunnig representant för patientförening och övriga i det lokala teamet. Det är också poängen med en samverkan. Samtidigt kan stora skillnader i kunskap leda till att möten inte blir lika effektiva och att det lokala utvecklingsarbetet därmed går långsammare.

Utöver effektivitetsargumentet baserat på skillnader i information går det också att formulera principiella argument mot att representanter för patientföreningar

ska ingå i lokala team. Ett första argument är att en liten andel av alla patienter är aktiva i föreningar och det är därför osäkert om representanter förmedlar patienters syn i allmänhet. Representanter har inte heller något ansvar för verksamheten och deltar därför inte på samma villkor som övriga i de lokala teamen. Ytterligare ett principiellt argument, kanske det viktigaste, är att formell medverkan i lokala team kan leda till att representanter tonar ned sin roll som kravställare. Om man i alltför stor utsträckning identifierar sig som en del av teamen är det också naturligt att man börjar ta hänsyn till olika former av hinder och begränsningar inom produktionen. Det främjar inte att patientperspektivet lyfts fram. Utifrån detta argument har också patientföreningarna själva anledning att fundera över om en formell medverkan i lokala team gynnar de egna målsättningarna.

Oavsett vilka former för samverkan med patientföreningar som utvecklas kan sådan samverkan inte ersätta ett evidensbaserat synsätt på patientinflytande. Inom hälso- och sjukvården har skett ett paradigmskifte under senare årtionden till förmån för evidensbaserade principer och att kunskaper ska vara viktigare än vad personer tycker. Denna princip bör också gälla när patientinflytandet ska förbättras. Om det finns studier och evidens för hur vården bör göra, agera eller informera gentemot patienter så bör detta väga tyngre än bedömningar från patientföreningar. Men denna utgångspunkt är det således inte tillräckligt att samverka med patientföreningar för att utveckla patientinflytande. Det finns också skäl att beakta evidens om patientinflytande precis som man redan beaktar evidens om effekter av olika terapier. Det kan också finnas skäl att systematiskt fånga in patientrapporterade uppgifter om vården. I detta avseende kan RCC Syd få en viktig roll för att främja en standardisering av de metoder som används så att uppgifterna kan samlas in på ett kostnadseffektivt sätt.

## Kapitel 4

# HUR KAN RCC SYD SAMORDNA OCH STÖTTA?

I detta kapitel analyseras hur RCC Syd kan samordna och stötta den fortsatta utvecklingen i olika cancerprocesser utifrån den nya styrmodell som införts. Kapitlet delas in i fyra teman:

- Utveckla former för dialog med uppdragsgivare
- Gemensam syn på mål och indikatorer som underlag för jämförelser och styrning
- Gemensamma procedurer och kriterier vid beslut om nivåstrukturering
- Gemensamma projekt som berör flera processer

En viktig utgångspunkt för analysen och de förslag som diskuteras är den decentraliserade ansatsen i den nya styrmodell som introducerats. Som tidigare redovisats bygger den nya styrmodellen på professionell självkontroll med hög grad av professionell autonomi redan från början. Inom RCC Syd finns dessutom tendenser till att den ursprungliga modellen omtolkats av processledare, genom att den professionella dialogen med uppdragsgivare skalats bort. Lokala processledare tycks helst vilja formulera sina uppdrag i dialog med andra lokala processledare och regional processledare.

Ett decentraliserat arbetsätt och jämförelser mellan resultaten i lokala processer underledning av regional processledare kan stimulera till kreativitet och förbättringar. Som kommer att visas i kapitlet är dock frånvaron av dialog med uppdragsgivare problematisk; både för lokala processer och för RCC Syd som helhet. En klassisk fråga i alla decentraliserade system är också i vilken utsträckning det finns behov av gemensamma utgångspunkter och principer. Två sådana områden där behoven av gemensamma utgångspunkter uppfattas som störst diskuterats. Det gäller dels mål och indikatorer som underlag för jämförelse och styrning, dels procedurer och kriterier vid beslut om nivåstrukturering.

Kapitlet avslutas med en diskussion av tänkbara gemensamma projekt inom RCC Syd som kan ge stöd åt flera processer.

## 4.1 UTVECKLA FORMER FÖR DIALOG MED UPPDRAGSGIVARE

En utveckling av former för dialog med uppdragsgivare kan betraktas som viktigt för att undvika risken att RCC Syd uppfattas som uppdragsgivare och för att ge stöd åt ett strukturerat och transparent arbetssätt. Genom dialog med uppdragsgivare underlättas även förändringar som kräver nya resurser och ändrade vårdstrukturer.

Hur uppdragsgivare ska definieras och hur dialogen ska utformas måste rimligen beslutas av respektive huvudman inom RCC Syd.<sup>10</sup> Men även om en uppdragsgivare definieras i olika regioner och landsting går det inte att utveckla någon dialog om det inte finns något intresse från processledarnas sida. Enligt redovisade resultat från intervjuer är det få processledare som i nuläget tycks se några fördelar med att utveckla en dialog med uppdragsgivare. Det uppfattas som mera naturligt att ställa direkta krav på verksamhets- eller förvaltningschefer, om så behövs med stöd av regionala processledaren eller RCC Syds ledning. Denna syn finns även i Region Skåne där en uppdragsgivare för cancerprocesserna finns etablerad. Parallellt med att uppdragsgivare definieras är det därför angeläget att uppmärksamma processledare och andra berörda på de problem som kan uppkomma om en dialog inte utvecklas.

Ett första problem är att arbetssättet på övergripande ledningsnivå inom RCC Syd blir ad hoc baserat snarare än strukturerat och baserat på framförhållning. När väl problem lyfts till övergripande nivå kommer också RCC Syda ledning att få en viktig roll för att skapa lösningar och ställa krav på linjeorganisationer. Ett andra problem är därför att regionala processledare, chefen för RCC Syd eller RCC Syds styrgrupp kan komma att uppfattas som en (informell) uppdragsgivare för cancervården. I linjeorganisationens perspektiv kommer dock de krav som lyfts fram av RCC Syd inte kopplas samman med förändringar i de formella uppdragen eller i resurserna. I förlängningen innebär det en risk för att linjechefer uppfattar RCC Syd som en ”kravmaskin” som framför önskemål om bättre cancervård utan hänsyn till konsekvenser för ekonomi eller annan vård. Och i den mån kraven inte leder till förändringar kan det bli RCC Syd som får skulden, trots att man inte har någon formell möjlighet eller formellt ansvar för att förändra förvaltningschefers uppdrag.

Utifrån ovanstående blir dialog mellan lokala processer och uppdragsgivare viktigt. Det är i första hand uppdragsgivare (och inte RCC Syd) som kan ställa legitima krav på förvaltningschefer och koppla samman uppdrag med resurser.

---

<sup>10</sup> I Region Skåne finns uppdragsgivare definierad för de processer som tidigare initierats i form av stroke, ledplastik samt multisjuka äldre. Till detta ansvar läggs nu de cancerprocesser som definieras inom RCC Syd. Om denna lösning kan vara en modell även för Region Halland och landstingen i Blekinge och Kronoberg är osäkert.



Lokala processledare har därför all anledning att se positivt på en dialog med uppdragsgivare, eftersom detta ger möjlighet att formulera relevanta uppdrag till linjeorganisationen. Även regionala processledare har anledning att se positivt på en sådan dialog. Om kraven på både lokala processer och linjeorganisationen formellt sett kommer från uppdragsgivare, blir det enklare att balansera den dubbla rollen som lokala processledares stöd respektive kravställare i ett regionalt perspektiv.

## **4.2 GEMENSAM SYN PÅ MÅL OCH INDIKATORER SOM UNDERLAG FÖR JÄMFÖRELSE OCH STYRNING**

Definition av mål och indikatorer för verksamheten, som kan användas för jämförelser, dialog och styrning, är en viktig del av lokala och regionala patientprocessledares utvecklingsarbete. De mål och indikatorer som identifieras måste självklart vara förankrade i olika patientprocessers specifika förutsättningar. Det gäller vilka diagnos- och behandlingsmöjligheter som finns, hur prognosen och processen för aktuella patientgrupper ser ut, och vilka problem och förbättringsmöjligheter som identifierats. Nationella vårdprogram och tillgång till data i kvalitetsregister blir viktiga utgångspunkter för arbetet. Förmodligen har mål och indikatorer tidigare diskuterats inom ramen för de Sydsvenska cancergrupper som finns etablerade och även på nationell nivå inom ramen för arbete med vårdprogram och riktlinjer.

Även om de specifika målen och indikatorerna kommer att variera mellan olika cancerprocesser finns anledning för RCC Syd att samordna utvecklingsarbetet så att det finns en gemensam syn på vilken typ av mål och indikatorer som är relevanta och hur målen och indikatorerna kan användas som underlag för styrning. Typ av mål och indikatorer som är relevanta kan exempelvis avse ledtider av olika slag, andra relevanta resultatmål (överlevnad, recidiv, komplikationer), patienters uppfattningar om processen, andel patienter i kliniska studier etc. Dessa mål och indikatorer för cancerprocesser kan i sin tur kopplas samman med mera övergripande mål såsom kunskapsbaserad vård, effektivitet, hälso- och sjukvård i rimlig tid och patientfokusering. När det gäller hur mål och indikatorer kan användas finns flera möjligheter:

- indikatorer som enbart följs upp och analyseras "vid behov" ("diagnostik")
- jämförelse av ett urval indikatorer med andra ("bench-marking")
- mål och indikatorer som måste vara tillgodosedda ("ackreditering")
- mål och indikatorer som fokuseras i den löpande styrningen ("optimering")
- mål och indikatorer som utgör underlag för ekonomisk ersättning ("målbaserad ersättning").

Beroende på cancerprocess är det fullt möjligt att en och samma typ av indikatorer används på olika sätt. Samsynen bör enbart gälla hur mål och indikatorer kan användas generellt. För viss cancerprocess kan andel patienter som medverkar i kliniska studier anses som låg och indikatorn kan därmed bli viktig att fokusera i den löpande styrningen utifrån målet att andelen bör öka till viss nivå. I andra cancerprocesser kan andelen patienter i kliniska studier vara tillfredsställande. Indikatorn kan då enbart vara föremål för uppföljning ”vid behov” eller eventuellt vara en del av jämförelse med andra. I den löpande styrningen är det dock andra mål och indikatorer som fokuseras.

Det finns flera argument för en gemensam syn enligt ovan. Ett första argument är att en sådan samsyn på sikt förmodligen kommer att krävas av uppdragsgivare. En övergripande uppdragsgivare kan för det första ha ansvar för annan vård och vill sannolikt så långt möjligt använda samma utgångspunkter och referensramar oavsett vilken vård som avses. En sådan referensram som redan används i många landsting och regioner för att definiera uppdrag är Socialstyrelsens definition av ”god vård” i sex olika kvalitetsdimensioner.<sup>11</sup> Om alla cancerprocesser tar fram mål och indikatorer utifrån egna utgångspunkter och referensramar blir det också mycket svårare att upprätta en dialog med uppdragsgivare. Det gäller i synnerhet i ett framtida RCC Syd som definieras av ca 25 olika processer snarare än de fem cancerprocesser som definierats under andra halvan av år 2010. Ytterst blir därmed en gemensam syn på mål och indikatorer viktigt för att RCC Syd ska få inflytande över linjeorganisationen via dialog med uppdragsgivare.

Ett andra argument är att arbetssättet inom RCC Syd blir mer strukturerat om man kan enas om en gemensam syn på mål och indikatorer. Även om det initialt kan finnas en samsyn mellan lokala och regionala processledare kan oenigheter uppstå efterhand som man samverkar och får kunskaper om olika synsätt. Det kan handla om hur man ser på nyttan av olika insatser och därmed även vilka mål och indikatorer som anses mest meningsfulla att följa upp och jämföra. Detta är inget problem i sig utan en av poängerna med att arbeta tillsammans. Olika perspektiv och synsätt bryts mot varandra och ur den processen kommer förhoppningsvis beslut som leder till bättre vård för patienterna. Det är dock knappast rimligt, sett utifrån ett RCC Syd perspektiv, att olika cancerprocesser gör helt olika bedömningar om vilken typ av mål och indikatorer som är relevanta att följa upp beroende på vilka personer som är mer eller mindre starka i respektive process. Genom att utgå från en gemensam syn kan man säkerställa att alla relevanta perspektiv tas med i bedömningarna. Även om inte alla processer fokuserar andelen patienter i kliniska studier i den löpande styrningen

---

<sup>11</sup> Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård samt jämlik vård. Referensramen används inte sällan med egna kompletteringar.

kan man säkerställa att alla processer beaktar om så bör vara fallet. En gemensam syn bidrar också till ökad transparens i arbetet med att ta fram mål och indikatorer i respektive process, vilket kan stärka förtroendet för utvecklingsarbetet inom RCC Syd i allmänhet.

En principiell invändning mot en gemensam syn är att de mål och indikatorer som tas fram för jämförelser och styrning alltid kommer att variera och bero på specifika förutsättningar inom respektive cancerprocess. Man kan därför hävda att en gemensam syn blir meningslös. Även om denna bedömning kan vara korrekt i ett kortsiktigt perspektiv ska man inte glömma bort att den gemensamma synen kanske främst ska underlätta för dialogen med uppdragsgivare. Utan gemensam syn blir det sannolikt svårare att utveckla en dialog och därigenom svårare att påverka förutsättningarna för cancervården via beslut från uppdragsgivare. En annan principiell invändning är att en gemensam syn kan hämma det lokala utvecklingsarbetet och leda till att man definierar mål och indikatorer som passar utgångspunkterna snarare än behoven inom respektive process. Utifrån dessa invändningar bör en gemensam syn på mål och indikatorer utformas som ett stöd för utvecklingsarbetet, snarare än ett absolut krav. Det är också viktigt att betona att den gemensamma synen gäller generella utgångspunkter, inte vilka mål och indikatorer som till sist fokuseras i respektive process. Utifrån samma invändning väcks också frågor om hur och när en gemensam syn ska utvecklas. Ett alternativ kan vara att regionala processledare får i uppgift att definiera en gemensam syn, och då med utgångspunkt i jämförelser av de lösningar som efter hand tas fram i respektive process.

### **4.3 GEMENSAMMA PROCEDURER OCH KRITERIER VID BESLUT OM NIVÅSTRUKTURERING**

Beslut om nivåstruktureringar kommer sannolikt alltid att vara svåra eftersom de innebär att åtminstone någon lokal process, landsting eller region kan komma att uppfatta sig själv som förlorare. Oavsett hur väl genomtänkta besluten är kan det bli svårt att genomföra dem i praktiken. En parallell kan dras till erfarenheter av prioriteringsarbete i hälso- och sjukvården. Alla kan vara överens om att prioriteringar behövs, men man är nästan aldrig överens om vilka prioriteringar som bör göras. En viktig förklaring är att beslut om både prioriteringar och nivåstrukturering kan bedömas utifrån många olika kriterier och (mot)argument.

I den löpande uppföljningen och styrningen inom processer är det de egna resultaten som ska jämföras regionalt och mot "best practice". Det är också jämförelse mellan egna resultat som är utgångspunkt för den nya styrmodell som införts inom RCC Syd. Vid beslut om nivåstruktureringar är det inte alls givet att de egna resultaten ska vara vägledande. För ovanliga cancerdiagnoser kommer det förmodligen bli aktuellt med nivåstrukturering i ett nationellt

perspektiv till färre än de sex RCC som existerar i nuläget. För mera vanliga cancertyper kan det finnas skäl till regional koncentration av viss verksamhet som kräver större investeringar i exempelvis diagnostisk utrustning. Även om resultaten i lokala processer är goda kan således finnas anledning att koncentrera verksamheten om det enligt nationella vårdprogram ställs krav på ny diagnostik eller annan utrustning som kräver omfattande investeringar. I andra fall kan det finnas konstaterade samband mellan volym och kvalitet enligt resultat från studier eller analyser av registerdata som ger anledning till nivåstrukturering. Även om studier eller analyser av registerdata talar till förmån för koncentrerad verksamhet kan det finnas andra argument som talar emot, t.ex. att det kan bli svårare att behålla den kompetens som krävs för annan vård lokalt. Sårbarhet i lokala processer kan å andra sidan ge anledning att koncentrera verksamheten, även om det inte finns några konstaterade samband mellan volym och kvalitet.

Om beslut om nivåstrukturering lämnas åt lokala och regionala processledare är det osäkert om man kan komma överens om vilka argument och kriterier som ska gälla. Olika processer kan också komma till delvis olika slutsatser, vilket innebär att det blir svårare att hävda att arbetssättet är strukturerat. Eftersom nivåstrukturering är svårt kan därför hävdas att det viktigt att först komma överens gemensamt om hur besluten ska gå till. Utgångspunkter för s.k. öppna prioriteringar finns väl beskrivna i både internationell och svensk litteratur<sup>12</sup> och skulle kunna användas även vid beslut om nivåstrukturering inom RCC Syd. Det gäller inte minst vikten av att använda kriterier som fastställs på förhand och transparens avseende beslutsproceduren. Genom krav på öppenhet och transparens kan man skapa en likriktning så att ärenden hanteras på samma sätt. Besluten blir därmed mindre beroende av vilka personer som deltar.

Även om förutsättningarna varierar är det således viktigt att RCC Syd så långt möjligt kommunicerar vilka kriterier som ska beaktas vid beslut om nivåstrukturering. RCC Syd kan också verka för en ökad transparens när det gäller själva beslutsproceduren. Det är t.ex. viktigt att klargöra vilket ansvar RCC Syd har för att initiera beslut om nivåstrukturering och för att ta fram beslutsunderlagen. De faktiska besluten måste tas av uppdragsgivare i respektive landsting och region.<sup>13</sup> RCC Syd kan dock bidra till ökad transparens genom att initiera granskningar av hur besluten (eller frånvaron av dem) gått till och hänger samman med de gemensamma utgångspunkterna. Om berörda landsting och regioner redan på förhand kan komma överens om en sådan granskning bidrar man också till att de gemensamma utgångspunkterna får större betydelse.

---

<sup>12</sup> Daniels N, Sabin JE. (1997) Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*; 26(4): 302-350; Liss P-E (2002) Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Linköping: Prioriteringscentrum rapport 2002:4.

<sup>13</sup> Till viss del kommer frågor om nivåstrukturering att avgöras på nationell nivå. RCC Syd kan då verka för att det ställs krav på gemensamma procedurer och kriterier även nationellt.

## 4.4 GEMENSAMMA PROJEKT SOM BERÖR FLERA PROCESSER

Det finns naturligtvis en rad andra gemensamma projekt som kan initieras inom RCC Syd i syfte att samordna och stötta det utvecklingsarbete som bedrivs i olika processer. Sådana gemensamma projekt kan formuleras utifrån frågeställningar som flertalet lokala processer tycks arbeta med. En annan utgångspunkt är sådant arbete som lokala processer *inte* tycks prioritera, men som ändå är betydelsefullt enligt exempelvis nationella kriterier för RCC. Sammanfattningsvis ger dessa båda utgångspunkter anledning att överväga bl.a. följande gemensamma projekt:

- Det finns en rad gemensamma investeringar som kan ge stöd åt utvecklingsarbetet i flera processer. Ett exempel som redan initierats är investeringar i möjligheten att bedriva virtuella ronder. Andra exempel är investeringar för att förbättra tillgängliga IT-system.
- I flertalet processer hänvisas till bristande tillgänglighet till gemensamma resurser av olika slag, exempelvis patologi och röntgen. På samma sätt finns farhågor om en framtida brist på nyckelkompetens inom olika specialiteter. RCC Syd kan bidra till lösningar genom att initiera projekt som fokuserar gemensamma flaskhalsar och säkrar långsiktig kompetensförsörjning.
- Flera processer rapporterar att det finns problem att mobilisera representanter för primärvård i lokala team. Förutsättningar kan påverkas via RCC Syd.
- Säkrad tillgång till psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård är ett nationellt kriterium för RCC. Det finns också stora regionala skillnader på dessa områden. Processledares förutsättningar att mobilisera en förändring kan dock vara begränsad, vilket innebär att gemensamma projekt blir angelägna för att lyfta frågorna.
- Ett regionalt åtagande för förebyggande insatser är ett annat nationellt kriterium för RCC. Det krävs sannolikt initiativ från RCC Syd för att lyfta denna fråga och mobilisera de aktörer som är relevanta.
- Även en helt optimal process i vårdens perspektiv kan framstå som ineffektiv i den enskilda patientens perspektiv. Det ställer krav på någon form av patientkoordinator/kontaktsjuksköterska som kan ge information löpande och skapa trygghet för enskilda patienter och anhöriga. RCC Syd kan tydliggöra ansvar och befogenheter för en sådan roll och med denna utgångspunkt peka på utbildningsbehov för att lyfta kvaliteten.
- Ett viktigt mål inom RCC Syd är att få större deltagande från patienter i olika kliniska studier. För att skapa förutsättningar för en sådan utveckling krävs sannolikt administrativt stöd i den kliniska vardagen, vars former kan utredas gemensamt.

## Kapitel 5

# STYRNING PÅ LÅNG SIKT

Det ska noteras att det empiriska materialet i denna rapport baseras på de fem processer som initierades under hösten 2010. Under 2011 kommer ytterligare ett 10-tal processer att initieras och på sikt kommer RCC Syd att omfatta ca 25 processer. Utvecklingen mot fler processer kommer sannolikt att öka arbetsbördan på RCC Syd:s ledning och för de tänkta uppdragsgivarna. Det ger ytterligare anledning att arbeta strukturerat och utifrån gemensamma utgångspunkter på de områden där det behövs.

I en analys av förutsättningarna för styrning på lite längre sikt väcks också andra frågor. Tidigare studier om samverkan<sup>14</sup> pekar på flera ”riskfaktorer” som kan leda till att samverkan upphör:

- Projektorganisation
- Extern (ofta statlig) finansiering
- Uppföljningssystem utvecklas inte
- Ekonomistyrningen anpassas inte
- Brist på stöd från övergripande ledning

Flera av dessa risker kan förhoppningsvis undvikas inom RCC Syd. I flera cancerprocesser finns redan mål och indikatorer som underlag för jämförelser och uppföljning. Det är en stor tillgång. Med en uppföljning utifrån relevanta mål och indikatorer förhindrar man att för mycket fokus hamnar på själva styrmodellen, snarare än vad som ska uppnås. Givet att uppdragsgivare definieras och dialog med lokala processer utvecklas kan också ekonomistyrningen anpassas genom att förvaltningarnas uppdrag baseras på processer. Det finns också ett starkt stöd från den övergripande ledningen och förväntningar och krav från nationell nivå som talar för en fortsatt positiv utveckling.

---

<sup>14</sup> Anell A , Mattisson O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Studentlitteratur: Lund.

Både projektorganisationen och den externa finansieringen från staten utgör risker sett i ett längre perspektiv, även om dessa villkor också varit en förutsättning för att få igång verksamheten. Det är väl dokumenterat att samverkan ofta avstannar när verksamheten ska organiseras i reguljär drift eller när den särskilda finansieringen upphör. Det finns därför anledning att utreda hur RCC Syd ska organiseras och finansieras på längre sikt så att man kan behålla utvecklingskraften.

Eftersom RCC omfattar en så stor andel av verksamheten vid sjukhusen finns också anledning att utreda hur styrningen av övrig vård påverkas. Ska all vård på sikt styras utifrån ett processperspektiv? Hur ska i så fall dialogen mellan uppdragsgivare, processledare och förvaltningschefer utformas? En annan fråga är hur styrningen på regional nivå påverkas. Vilka möjligheter finns att på sikt besluta om uppdragen för cancervården gemensamt, snarare än att uppdragen beslutas av varje landsting och region för sig? Utvecklingen inom RCC Syd kommer sannolikt att väcka flera generella frågor om hur vården styrs och även hur landsting och regioner samverkar regionalt.

**DELRAPPORT 2**  
**ERFARENHETER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FORTSATT**  
**UTVECKLING**



## SAMMANFATTNING

Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU)<sup>15</sup> har fått i uppdrag att följa införandet av en processororienterad styrmodell inom Regionalt cancercentrum syd (RCC syd). Syftet med denna andra delrapport från uppföljningen<sup>16</sup> är att studera erfarenheter hittills samt diskutera förutsättningar för en fortsatt utveckling av modellen.

### *Hur långt har arbetet med att etablera lokala team kommit?*

Utifrån enkätsvar från 27 lokala patientprocessledare (LPPL) har flertalet lokala team kommit relativt långt när det gäller att skapa samverkan. De flesta lokala team har dock definierats snävare än vad som var den ursprungliga målsättningen från RCC syd. Representanter från primärvård respektive patientföreningar saknas ofta i teamen. De flesta LPPL anser att man i ganska eller mycket hög utsträckning behöver agera pådrivande i utvecklingsarbetet. Det ger indikationer om att den fortsatta utvecklingen av lokala team till stor del avgörs av LPPLs motivation och tidsmässiga resurser för arbetet.

Bland flera förvaltningar har den styrmodell som lanserats av RCC syd omtolkats. I flera fall kommer uppdragen till LPPL från verksamhetschefer snarare än förvaltningsledningen. På så sätt undviks matrisorganisationens problem med delat ansvar. Samtidigt kan det bli svårare att nå de fördelar som kan vinnas med styrning utifrån helheter och ett processperspektiv. I två förvaltningar har frågor om varifrån uppdragen till LPPL kommer besvarats enhetligt och i överensstämmelse med RCC syds intentioner: Halland och Kristianstad. Båda dessa förvaltningar har också kommit relativt långt när det gäller etablering av team och processarbete. Det finns även ett upplevt stöd från förvaltningsledningen bland LPPL. Även i Helsingborg har etableringen av team och processarbete enligt enkätsvar från LPPL kommit relativt långt, dock utan att LPPL upplever ett stöd från förvaltningsledningen motsvarande det i Halland och Kristianstad. Noterbart är att i stort sett samtliga svarande LPPL i Halland, Helsingborg och Kristianstad har en planerad agenda för det fortsatta arbetet under 2012. Endast 3 av 15 LPPL har en sådan agenda i de övriga förvaltningarna Blekinge, Kronoberg, SUS och Ystad sammantaget.

Helhetsintrycket från insamlat material i form av enkäter och intervjuer är att mycket återstår när det gäller att införa den nya styrmodellen. Det gäller i synnerhet hur processarbete ska förankras i linjeorganisationen och hur

---

<sup>15</sup> KEFU, Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning, är knutet till Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och har som syfte att initiera och stödja forskning och utbildning som kan tillämpas i kommuners och landstings arbete på det ekonomiska området.

<sup>16</sup> Se även Anell A. (2011) Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC syd). Delrapport 1: Förutsättningar för styrning inom RCC syd.

indikatorer och mål som tagits fram inom RCC syd ska användas. Ett särskilt problem är att spridningen mellan olika förvaltningar snarast ökar. Det gäller både hur långt man kommit och hur man driver förändringsarbetet. Dessa och andra skillnader innebär att RCC syd framöver måste arbeta på fler olika "fronter" för att ge fortsatt stöd för införandet av den nya styrmodellen, allt beroende på lokala förutsättningar.

Även om uppfattningar om uppdrag, hur långt man kommit i teamarbetet och uppfattningar om stöd från den egna förvaltningsledningen varierar pekar många LPPL från samtliga förvaltningar på att konkreta förbättringar åstadkommit. Det gäller främst förkortade väntetider, bättre rutiner, införande av MDT konferenser och förbättrad tillgång till olika undersökningar.

#### *Definition av indikatorer och mål för lokala processer*

Definition av indikatorer och mål för verksamheten är en viktig del av lokala och regionala patientprocessledares utvecklingsarbete och en strategiskt viktig del av RCC syds arbete med att fastställa kunskapsbaserade normer inom cancerområdet. De indikatorer och mål som beslutats av RCC syd för 2012 är uppdelade i generella mått för samtliga processer och specifika mått kopplade till olika cancerdiagnoser. Sett till de cancerspecifika indikatorerna finns en betoning på väntetider av olika slag. Av totalt 38 olika specifika indikatorer uppdelade på de fem processerna avser 25 väntetider. Antalet indikatorer som speglar patientrapporterade data är få och koncentrerade till prostatacancer. Även andra former av resultatindikatorer är begränsade och koncentrerade till intermediära resultatindikatorer inom prostatacancer (PSA-värden) respektive bröstcancer (andel patienter med lokalrecidiv). En indikator inom lungcancer fokuserar forskning (andel patienter i kliniska studier). Övriga specifika indikatorer återspeglar prognosrelaterade eller processmått av relevans för respektive diagnos. Det finns inga indikatorer som speglar resursutnyttjande eller kostnader för lokala processer. Det är inte heller möjligt att följa kostnaderna uppdelat på processer.

Förutsättningarna för att följa upp definierade indikatorer varierar. För flera cancerspecifika indikatorer finns problem att jämföra lokala processer utifrån centrala uttag. Ett annat generellt problem är eftersläpningar i inregistreringen av data. Detta problem hänger samman med att lokala processer till stor del saknar specifika resurser för att mata in uppgifter i register, vilket istället görs av läkare i mån av tid.

RCC syds målsättning är att indikatorer och mål ska gälla inom hela den södra sjukvårdsregionen. Det är dock varje region och landsting som avgör målens status inom den egna förvaltningen. I Region Skåne används målen för att följa upp förvaltningar under 2012 och några av målen som speglar väntetider har

kopplats samman med en generell målbaserad ersättning till förvaltningar. Om inte målen nås får berörd förvaltning ett visst avdrag på ersättningen. Bland övriga huvudmän inom RCC syd finns inga formella beslut om hur indikatorer och mål som lagts fram av RCC syd ska användas.

#### *Vilken förankring finns i linjeorganisationen?*

De linjechefer som intervjuats vid tre olika förvaltningar (Kristianstad, Halland och SUS) tycker tillkomsten av RCC syd och utveckling av patientprocesser är bra och angelägen. Risken för oönskad undanträngning av andra patientgrupper upplevs som liten eftersom RCC innebär en satsning på svårt sjuka patienter. Intervjuade linjechefer har även samma uppfattningar om de potentiella problem som kan uppkomma som följd av LPPLs uppdrag, även om de uttrycks med olika tydlighet. Flera intervjuade verksamhetschefer menar att processledare ska vara underställda dem själva snarare än sjukhusledningen. Verksamhetschefer ska ha minst samma information från LPPL som sjukhusledningen och ska till sist avgöra när det handlar om omfördelning av resurser. Acceptansen för ”dubbelkommando” på verksamhetschefsnivå förefaller låg generellt sett.

Det är tydligt att varje förvaltning har en egen historia och ett eget sammanhang som påverkar förutsättningarna för det lokala utvecklingsarbetet. Tillkomsten av RCC syd har också bemötts på olika sätt av respektive förvaltningsledning. I både Halland och Kristianstad har förvaltningsledningarna inrättat ett särskilt stöd för etableringen av lokala team och processarbete. I Halland har processledare fått ett särskilt ansvar för att samordna verksamheterna i Varberg och Halmstad i samband med bildandet av det gemensamma Hallands sjukhus. Definitionen av cancerprocesser och lokala processledare har på så sätt gett stöd åt denna parallellt beslutade förändring. På SUS är det tydligt att många verksamheter anser sig ha påbörjat ett processarbete redan i samband med den klinikvisa introduktionen av lean. Den specifika arbetsmodell för processutveckling som lanserats inom ramen för RCC syd har därför på SUS konkurrens från en redan etablerad modell.

#### *Förutsättningar för fortsatt utveckling av styrmodellen*

För att styrningen ska lyckas krävs att funktioner avseende normer, uppföljning och ansvarsutkrävande är tillgodosedda och hänger samman i en planeringscykel. RCC syd har goda förutsättningar att med hög legitimitet formulera normer och följa upp verksamheten inom cancerområdet. RCC syd kan med andra ord svara för den regionala kunskapsbaserade styrningen inom cancerområdet. Av särskild stor betydelse är att RCC syd kan fungera normerande inom två områden: regionala indikatorer och mål för lokala processer respektive underlag för beslut om nivåstrukturering. I fråga om ansvarsutkrävande, däremot, har man ingen motsvarande legitimitet.

Ansvarsutkrävande kräver tillgång till belöningar och sanktioner som i huvudsak kontrolleras av övergripande uppdragsgivare i form av huvudmän, förvaltningsledningar och verksamhetschefer. Denna obalans kan skapa problem. Om normerna inte omsätts i praktiken kan trovärdigheten hos både normer och den som utformat dem urholkas.

RCC syd har därför anledning att på olika sätt främja ett ansvarsutkrävande i förhållande till normer och uppföljning. Till att börja med kan RCC syd säkra att man är nogga med hur normer definieras och hur uppföljningen går till, dvs. de funktioner som man redan har hög legitimitet för. Normer som är väl förankrade och framtagna enligt en accepterad och transparent procedur blir svårare att avfärda bland dem som har direkt kontroll över ansvarsutkrävandet, dvs. region- och förvaltningsledningar samt verksamhetschefer. Av stor betydelse är också att definierade indikatorer kan följas upp kontinuerligt och utan eftersläpningar.

Eftersom ansvarsutkrävande kan utkrävas av många olika intressenter finns anledning att skilja mellan internt och externt ansvarsutkrävande. Externt ansvarsutkrävande utgår i första hand från graden av måluppfyllelse av lokala processer i sin helhet och riktas mot förvaltningsledningar. Internt ansvarsutkrävande kan definieras som ansvarsutkrävande *inom* en förvaltning, dvs. gentemot de olika verksamheter som definierar en lokal process. Internt ansvarsutkrävande sker med andra ord gentemot verksamhetschefer för olika delar av den lokala processen, där förvaltningsledningen formulerat kraven utifrån de mål som definieras i den externa ansvarsutkrävningen. För internt ansvarsutkrävande krävs en mer detaljerad uppföljning. I ett externt perspektiv kan det t. ex. räcka med övergripande väntetider som belyser helheten. I ett internt perspektiv måste sådana väntetider brytas ned i olika ledtider, så att de verksamhetschefer som har ansvar för huvudsakliga problem kan identifieras. Vid definition och presentation av indikatorer och mål är det därför rimligt att utgå från syftet och om målen ska användas för externt eller internt ansvarsutkrävande. Indikatorer och mål som används för externt ansvarsutkrävande bör vara få, spegla helheter och helst fokusera resultat. Indikatorer och mål för den internt ansvarsutkrävande kan vara fler och bör spegla delar av processen.

Öppna jämförelser av avvikelser och skillnader mellan lokala processer kan skapa drivkrafter till förbättringar bland i synnerhet de processer som redovisar sämst resultat. Öppna jämförelser kan därför betraktas som en mekanism i sig för att utkräva ansvar. Det är också den enda mekanism för ansvarsutkrävande som RCC syd har egen kontroll över. För att ytterligare främja ansvarsutkrävande kan även finnas anledning att i högre grad beakta linjechefers perspektiv. Inga av de indikatorer och mål som RCC syd definierat för år 2012 har en koppling till resursutnyttjande eller kostnader, vilket förklaras av att man

ännu inte kan följa kostnader uppdelat på lokala patientprocesser. Utvecklingsarbeten som ska möjliggöra en sådan uppföljning av kostnader är initierade och kan öppna för nya typer av indikatorer som även speglar resursutnyttjande och därmed ett ökat intresse för ansvarsutkrävande från uppdragsgivare i form av region- och landstingsledningar.

En annan strategi för att främja ansvarsutkrävande är att uppvakta region-/landstingsledningar, förvaltningsledningar och verksamhetschefer mera direkt. Så har också RCC syd gjort. Exempelvis har påtalats för olika förvaltningar att det är viktigt att lokala patientprocessledare ges ett tydligt uppdrag. Sett i verksamhetschefers perspektiv kan det upplevas som problematiskt att en av medarbetarna inom kliniken har särskilda uppdrag från sjukhusledningen; ett slags dubbelkommando. Det räcker därför inte med att ge LPPL tydliga uppdrag och att få till en bra dialog mellan LPPL och övergripande uppdragsgivare för att lösa problem med ansvarsutkrävning. Även verksamhetschefers uppdrag måste förändras, vilket är en mycket stor och omfattande förändring.

# Kapitel 1

## INTRODUKTION

Mot bakgrund av den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11) har landstingen i Kronoberg och Blekinge samt Region Skåne och Region Halland beslutat att utveckla en gemensam virtuell organisation för cancervården i Södra sjukvårdsregionen, Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd). De primära målen för RCC Syd är:

- att minska risken för att individer ska få cancer;
- att förbättra överlevnaden, livskvaliteten och kvaliteten på omvårdnaden efter cancerdiagnos;
- att minska skillnader regionalt och mellan befolkningsgrupper i risken för att få cancer och i kvaliteten på vården efter cancerdiagnos.

För att nå de primära målen kan flera intermediära mål definieras. Ett viktigt intermediärt mål är att skapa en processorientering av cancervården utifrån patienters perspektiv och en bättre samverkan mellan berörda professioner, vårdgivare och huvudmän i södra sjukvårdsregionen.

För att stödja en ökad processorientering har en ny styrmodell utvecklats. Styrmodellen är i grunden en matrisorganisation där linjechefer för funktioner ”levererar” till lokala processer som definieras utifrån diagnoser. De lokala processerna utvecklas av lokala, multidisciplinära team som leds av en lokal patientprocessledare (LPPL). Den lokala processledaren ska enligt styrmodellen utses av sjukhuschefen eller motsvarande. Lokala patientprocessledare samordnas i sin tur av en regional patientprocessledare (RPPL), som utses av ledningen för RCC Syd. En viktig roll för den regionala processledaren är att främja jämförelser mellan lokala processer och stimulera till förbättringar. Fem lokala processer som svarar för en stor andel av cancervården definierades inom RCC Syd under hösten 2010: bröst-, lung-, gyn-, kolorektal- samt prostatacancer. Därefter har ytterligare processer definierats.

Varken lokala eller regionala processledare har något direkt inflytande över linjeorganisationen. I den mån förslag och önskemål inte kan genomföras inom ramen för befintliga resurser eller i direkt överenskommelse med linjechefer, krävs en förändring av berörda förvaltningars uppdrag. För att sådana förändringar ska komma till stånd behövs dialog med övergripande

uppdragsgivare i respektive landsting och region. Den nya styrmodellen berör således inte enbart processledare inom cancerområdet. Ett flertal verksamhetschefer inom kirurgi, röntgen, patologi etc. liksom flertalet förvaltningschefer och övergripande uppdragsgivare i respektive landsting och region kommer att beröras. Utvecklingen av den nya styrmodellen är potentiellt sett en mycket stor förändring.

I syfte att ge stöd åt utvecklingsarbetet gav ledningen för RCC Syd ett uppdrag till Rådet för kommunalekonomisk forskning och Utbildning (KEFU)<sup>17</sup> att följa införandet av en ny styrmodell. Denna delrapport är den andra redovisningen från projektet. En första rapport redovisades våren 2011 och fokuserade förväntningar hos olika aktörer, främst hos lokala och regionala processledare, och förutsättningar för styrning utifrån RCC Syds målsättningar.<sup>18</sup>

## 1.1 SYFTE, METOD OCH MATERIAL

Syftet med denna andra delrapport är att studera erfarenheter från det första året med den nya styrmodellen samt diskutera förutsättningar för en fortsatt utveckling av modellen. Liksom i den första delrapporten avgränsas studien till de fem första cancerprocesser som definierades inom RCC syd, dvs. gyn-, prostata-, bröst-, kolorektal- samt lungcancer. Tre frågor har fokuserats vid insamling av underlag för att belysa erfarenheter med den nya styrmodellen:

- I vilken utsträckning har lokala team etablerats och vilka faktorer kan förklara hur långt man kommit i detta avseende?
- Vilka indikatorer och mål har definierats och vilken roll i styrningen har dessa?
- I vilken utsträckning är styrmodellen förankrad hos linjechefer?

Frågor om i vilken utsträckning lokala team har etablerats besvaras i huvudsak genom enkät till lokala patientprocessledare. Enkäten genomfördes under mars 2012. Frågor om indikatorer och mål besvaras utifrån intervjuer med regionala patientprocessledare samt analys av det förslag till indikatorer och mål som RCC syd tog fram för 2012. Intervjuer med RPPL genomfördes under perioden oktober - december 2011. Frågor som berör förankringen i linjeorganisationen besvaras utifrån intervjuer med ett urval linjechefer vid tre förvaltningar: Skåne universitetssjukhus (SUS), Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) samt Hallands sjukhus. De tre förvaltningarna representerar olika förutsättningar i form av

---

<sup>17</sup> KEFU, Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning, är knutet till Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och har som syfte att initiera och stödja forskning och utbildning som kan tillämpas i kommuners och landstings arbete på det ekonomiska området.

<sup>18</sup> Anell A. (2011) Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC syd). Delrapport 1: Förutsättningar för styrning inom RCC syd.

storlek och komplexitet på verksamheten, hur man arbetat med frågorna och huvudmannaskap. Intervjuer med sammanlagt 12 linjechefer genomfördes under perioden december 2011 t.o.m. februari 2012. Av dessa var 8 verksamhetschefer och 4 chefer på divisions- eller förvaltningsnivå.

I diskussionen om förutsättningar för fortsatt utveckling av styrmodellen sammanfattas erfarenheter från första året samt hur långt man kommit med införandet av en ny styrmodell. Därefter analyseras vilken långsiktig roll RCC syd kan ha i styrningen utifrån en enkel modell där styrning omfattar tre olika funktioner: definition av *normer* som verksamheten ska uppnå, *uppföljning* av verksamheten mot dessa normer samt *ansvarsutkrävande* i de fall det finns avvikelser mellan normer och praxis.<sup>19</sup> Avslutningsvis diskuteras hur indikatorer och mål för verksamheten (normer) kan användas för olika typer av styrning och hur detta kan kopplas samman med olika former av ansvarsutkrävande.

---

<sup>19</sup> Smith P, et al. (2012) Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy, in press.



## Kapitel 2

# HUR LÅNGT HAR ARBETET MED ATT ETABLERA LOKALA TEAM KOMMIT?

RCC syd har tidigare genomfört en enkät till lokala patientprocessledare (LPPL) i maj 2011. Syftet med enkäten var att ge en tidig lägesrapport om hur långt man kommit i etableringen av lokala team och kartläggning av processer samt redovisa vilka uppfattningar som fanns om uppdrag för LPPL, identifierade problem, exempel på lokala förbättringar och synpunkter på behov av hjälp och stöd från RCC syd. Flera av de frågor som ställdes i enkäten till LPPL i mars 2012 motsvarar frågor i den tidigare enkäten från maj 2011. Det ger möjlighet att studera om det funnits någon utveckling över tiden. Enkäten i mars 2012 kompletterades med ytterligare frågor som berörde LPPLs bedömning av hur väl de lokala teamen fungerade. Dessa frågor baserades på rekommenderade struktur- och processindikatorer för bedömning av multidisciplinärt teamarbete enligt en internationell expert panel.<sup>20</sup> Enkätformuläret återfinns i bilaga A.

Sammanlagt inkom svar från 30 av 40 LPPL. Svarefrekvensen (75%) är densamma som i RCC Syds egen enkätundersökning i maj 2011. Tre respondenter meddelade att de var nya som LPPL eller att de var oklara över sin roll. Svaren från övriga 27 LPPL och de sju berörda förvaltningarna (Blekinge, Halland, Helsingborg, Kristianstad, Kronoberg, SUS och Ystad) redovisas nedan. I flera fall redovisas skillnader mellan förvaltningar. Ystad har undantagits från denna tabellvisa redovisning eftersom svaren baseras på enbart en (1) LPPL. Ystad finns dock med i den löpande redovisningen av totalsiffror. Det ska noteras att de skillnader som redovisas är osäkra eftersom antalet LPPL är mycket begränsat. Svarefrekvensen per förvaltning varierar också mellan 60-100%. Flera resultat pekar dock i samma riktning, vilket ökar trovärdigheten.

### 2.1 RESULTAT FRÅN ENKÄT TILL LPPL

*Hur uppfattar LPPL relationen med uppdragsgivare?*

14 av 27 LPPL anser att man fått ett tydligt skriftligt uppdrag. På samma sätt som i enkäten från maj 2011 utmärker sig Halland och Kristianstad genom att samtliga svarande LPPL anser att man fått ett tydligt skriftligt uppdrag. Bland

---

<sup>20</sup> Deneckere S, Robyns N, Vanhaecht K, et al. (2010) Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: Results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions*; 34: 258-277.

övriga förvaltningar är det högst hälften av svarande LPPL som anger att så är fallet.

Uppfattningarna om vem som varit uppdragsgivare varierar. I åtta fall utspridda på fyra förvaltningar menar LPPL att klinik-/verksamhetschef är uppdragsgivare. Tre LPPL utspridda på två förvaltningar anser att de inte har någon uppdragsgivare. Enhetliga svar har lämnats från Halland och Kristianstad där samtliga svarande LPPL menar att sjukhuschefen är uppdragsgivare. För övriga förvaltningar varierar synen bland LPPL på vem som är uppdragsgivare, men klinik-/verksamhetschef är det som majoriteten refererar till.

Enligt enkätresultaten från maj 2011 saknade flertalet lokala processledare en dialog med uppdragsgivare, med Kristianstad och Halland som undantag. I mars 2012 anser 15 av 27 LPPL att de i mycket eller ganska liten utsträckning har en kontinuerlig dialog med sin uppdragsgivare. Samtidigt anser 9 LPPL att de i ganska eller mycket hög utsträckning har sådan dialog. Spridningen mellan bedömningar hos olika LPPL vid en och samma förvaltning är i flera fall stor. LPPL vid SUS anger i särskilt hög grad att de i liten utsträckning har dialog med uppdragsgivare, se tabell 1.

**Tabell 1. ”Har du en kontinuerlig dialog med Din uppdragsgivare?”**

	Jag har ingen uppdragsgivare	I mycket liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	0	1	2	2	0	5
Halland	0	2	0	1	0	3
Helsingborg	2	0	2	2	0	6
Kristianstad	0	0	1	2	0	3
Kronoberg	0	1	1	1	1	4
SUS	1	4	0	0	0	5
Total	3	8	6	8	1	26

Det är få LPPL, 8 av 27, som upplever att uppdragsgivaren uppmuntrar arbetet som lokal patientprocessledare i ganska eller mycket hög utsträckning, se tabell 2. Även i detta avseende avviker svarsmonstret vid SUS från övriga förvaltningar, se tabell 2.

**Tabell 2. ”Upplever Du att uppdragsgivaren uppmuntrar Ditt arbete som lokal patientprocessledare?”**

	Frågan är inte relevant	I mycket liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	1	1	2	1	0	5
Halland	0	1	1	0	1	3
Helsingborg	2	1	1	2	0	6
Kristianstad	0	0	1	1	1	3
Kronoberg	0	1	1	2	0	4
SUS	1	3	1	0	0	5
Total	4	7	7	6	2	26

*Hur uppfattar LPPL relationen med RPPL?*

13 av 27 LPPL anser att de i ganska eller mycket hög utsträckning har en kontinuerlig dialog med sin regionala patientprocessledare. Ungefär lika många, 11 av 27 anser tvärtom att de i mycket eller ganska liten utsträckning har sådan dialog, se tabell 3. Spridningen i bedömningarna hos olika LPPL vid en och samma förvaltning är i många fall stor. Eventuella skillnader mellan de fem cancerprocesserna, och därmed enskilda RPPL, redovisas inte.

**Tabell 3. ”Har du en kontinuerlig dialog med Din regionala patientprocessledare?”**

	Frågan är inte relevant	I mycket liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	0	2	2	0	1	5
Halland	1	1	0	1	0	3
Helsingborg	1	0	2	2	1	6
Kristianstad	0	0	0	3	0	3
Kronoberg	1	1	1	1	0	4
SUS	0	1	1	2	1	5
Total	3	5	6	9	3	26

Något färre, 11 av 27, anser att den regionala patientprocessledaren uppmuntrar arbetet som lokal patientprocessledare i ganska eller mycket hög uppfattning, se tabell 4.

**Tabell 4. ”Upplever du att den regionala patientprocessledaren uppmuntrar ditt arbete som lokal patientprocessledare?”**

	Frågan är inte relevant	I mycket liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	0	2	0	2	1	5
Halland	1	1	1	0	0	3
Helsingborg	1	1	1	2	1	6
Kristianstad	0	0	1	2	0	3
Kronoberg	0	2	1	1	0	4
SUS	0	0	3	2	0	5
Total	2	6	7	9	2	26

*Hur mycket tid till uppdraget?*

Med några få undantag ägnar LPPL mindre än 5 timmar på sitt uppdrag per vecka. 10 av 27 anser att den tid man kan ägna åt uppdraget i mycket liten utsträckning är tillräcklig. Det finns dock stora variationer; 6 LPPL, varav 3 i Helsingborg, anser att den tid man kan ägna åt uppdraget är tillräcklig i ganska hög utsträckning. På SUS anser 4 av 5 LPPL att den tid man kan ägna åt uppdraget i mycket liten utsträckning är tillräcklig, se tabell 5.

**Tabell 5. ”Anser Du att den tid Du kan ägna åt uppdraget är tillräcklig?”**

	Frågan är inte relevant	I mycket liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	1	1	2	1	0	5
Halland	0	1	1	1	0	3
Helsingborg	1	0	2	3	0	6
Kristianstad	0	2	0	1	0	3
Kronoberg	2	1	1	0	0	4
SUS	1	4	0	0	0	5
Total	5	9	6	6	0	26

*Finns kompletta team?*

Enligt enkätresultaten från maj 2011 var lokala team etablerade i samtliga förvaltningar undantaget SUS. De flesta teamen saknade dock etablerade kontakter med primärvård och i synnerhet med patient-/brukarföreträdare. Enligt

enkätresultat från mars 2012 anser 20 av 27 LPPL att det finns ett komplett lokalt team etablerat för patientprocessen. De kompetenser som LPPL själva menar saknas (öppet svarsalternativ) är i första hand patient-/brukarföreträdare och representant från primärvård.

På direkt fråga om kontakter finns etablerat med primärvård respektive patientföreträdare framkommer en delvis annan bild. 17 av 27 LPPL anser att det finns kontakt etablerad med primärvården medan 8 av 27 anser att det finns kontakt etablerad med patientföreträdare. Helsingborg och Kronoberg utmärker sig genom att fler LPPL anser att det finns kontakt etablerad med både primärvård och patientföreträdare. Mönstret från kartläggningen i maj 2011 att flera lokala processer saknar etablerad kontakt med primärvården och särskilt patient-/brukarföreträdare kvarstår således.

Det är främst tre orsaker som lyfts fram som skäl till att kontakter inte etablerats med primärvård och patientföreträdare (öppet svarsalternativ). Det vanligaste skälet är LPPLs bedömning att det inte finns behov av sådana kontakter i nuvarande skede av processen. Andra skäl är att man inte lyckats identifiera patient-/brukarrepresentant samt att vårdval försvårar möjligheter till kontakt med primärvården. Några LPPL redovisar att patientrepresentant bjudits in men inte reagerat på förfrågan.

#### *Är kartläggning av patientprocessen avslutad?*

Enligt enkäten från maj 2011 hade de flesta lokala teamen påbörjat arbetet med att kartlägga patientprocessen. Enligt enkätresultat från mars 2012 anser 17 av 27 LPPL att kartläggningen av patientprocessen är avslutad. Kristianstad, Halland och Helsingborg utmärker sig genom att fler LPPL (samtliga i Halland och Kristianstad samt 5 av 6 i Helsingborg) anser att kartläggningen är avslutad jämfört med övriga förvaltningar. I Kronoberg och på SUS bedömer 1 av 4 respektive 2 av 5 LPPL att kartläggningen är avslutad.

#### *LPPLs bedömning av samarbetet inom teamen*

Fyra av frågorna i enkäten avsåg LPPLs uppfattningar om hur väl samarbetet inom det lokala teamet fungerade. Som framgår av tabellerna 6-8 så upplever en majoritet av LPPL att teamets medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med patientprocessarbetet, att samarbetet inom teamet fungerar väl som helhet samt att medlemmarna i teamet tagit sitt ansvar och genomfört uppdraget. Helsingborg och Kristianstad utmärker sig genom att fler LPPL i mycket hög utsträckning upplever att samarbetet fungerar väl enligt de tre frågorna.

**Tabell 6. ”Upplever du att teamets medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med patientprocessarbetet?”**

	Inget svar	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	1	1	2	1	5
Halland	0	1	2	0	3
Helsingborg	0	0	3	3	6
Kristianstad	0	0	1	2	3
Kronoberg	0	0	4	0	4
SUS	0	1	4	0	5
Total	1	3	16	6	26

**Tabell 7. ”Upplever du att samarbetet inom teamet fungerat väl som helhet?”**

	Frågan är inte relevant	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	1	0	3	1	5
Halland	0	1	2	0	3
Helsingborg	0	0	2	4	6
Kristianstad	0	0	1	2	3
Kronoberg	0	1	3	0	4
SUS	0	1	4	0	5
Total	1	3	15	7	26

**Tabell 8. ”Upplever du att medlemmarna i teamet tagit sitt ansvar och genomfört uppdraget?”**

	Frågan är inte relevant	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	1	0	3	1	5
Halland	0	1	1	1	3
Helsingborg	0	0	2	4	6
Kristianstad	0	0	1	2	3
Kronoberg	1	1	2	0	4
SUS	0	2	3	0	5
Total	2	4	12	8	26

Samtidigt menar 20 av 27 LPPL att man i ganska eller mycket hög utsträckning behöver agera pådrivande i utvecklingsarbetet, se tabell 9. För denna fråga avviker inte svaren från Helsingborg och Kristianstad från övriga förvaltningar. Däremot är det fler LPPL på SUS som anser att man i mycket hög utsträckning behöver agera pådrivande i utvecklingsarbetet.

**Tabell 9. ”I vilken utsträckning behöver du agera pådrivande i utvecklingsarbetet?”**

	Frågan är inte relevant	I mycket liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska hög utsträckning	I mycket hög utsträckning	Total
Blekinge	1	0	1	2	1	5
Halland	0	0	0	3	0	3
Helsingborg	0	1	0	4	1	6
Kristianstad	0	0	0	2	1	3
Kronoberg	1	1	0	1	1	4
SUS	0	0	1	1	3	5
Total	2	2	2	13	7	26

#### *Finns planerad agenda för fortsatta arbetet under 2012?*

Helsingborg, Kristianstad och Halland utmärker sig genom att fler LPPL anser att teamet har en planerad agenda för det fortsatta arbetet under 2012. I Halland respektive Helsingborg har samtliga svarande LPPL en planerad agenda för det fortsatta arbetet under 2012. Endast 3 av 15 LPPL har en sådan agenda i förvaltningarna Blekinge, Kronoberg, SUS och Ystad sammantaget.

#### *Stöd från sjukhusledningen*

Till viss del finns en koppling mellan hur långt man kommit i kartläggningen av processen respektive upplevelser av hur väl samarbetet fungerar och det stöd för utvecklingsarbetet man fått av sjukhusledningen eller motsvarande. Samtliga svarande i Halland respektive Kristianstad, som i högre grad anser att kartläggningen av patientprocessen är avklarad och att samarbetet fungerar väl, anser att man fått sådant stöd. I Halland hänvisar LPPL till ett samordnat utvecklingsprogram för de olika cancerprocesserna och till den strategiska cancerenhet som etablerats. I Kristianstad hänvisar LPPL till fortlöpande dialog med biträdande sjukhuschef med ansvar för cancerfrågor och särskild utbildningsatsning genom utvecklingscentrum i Region Skåne. Samtliga LPPL i Blekinge respektive SUS menar att man inte fått något stöd. Även i Helsingborg, där samarbetet inom teamen nått långt enligt LPPLs egna bedömningar, är det fem av sex som anser att de inte fått stöd från sjukhusledningen.

### *Behov av stöd från RCC syd*

En fråga i enkäten avsåg vilken typ av stöd och hjälp från RCC syd som LPPL såg ett behov av under 2012 (öppet svarsalternativ). Flera av kommentarerna berörde behov av resurser och tillgång till exempelvis strålbehandling, röntgen, onkologi, endoskopi och operationstider. Några LPPL pekar på behovet av dialog med förvaltnings- och verksamhetschefer när fördelning av operationstider och bemanning gör att man inte kan uppfylla målen. En del LPPL efterfrågar fler regionala möten mellan LPPL inom samma process för att utbyta erfarenheter. Andra LPPL efterlyser arbetsro och menar att gemensamma möten tar mycket resurser från verksamheten. Fler LPPL från SUS efterfrågar ett klagörande av uppdrag och befogenheter för LPPL samt tydlighet angående uppdrag för RPPL.

### *Exempel på konkreta förbättringar*

Även om uppfattningar om uppdrag, dialog med uppdragsgivare, hur långt man kommit i teamarbetet och uppfattningar om stöd från sjukhusledningen varierar pekar många LPPL från samtliga förvaltningar på att konkreta förbättringar åstadkommit (öppet svarsalternativ). Det är främst förkortade väntetider, bättre rutiner, införande av MDT konferenser och förbättrad tillgång till olika undersökningar som lyfts fram. Noterbart är att svaren från LPPL i Helsingborg och Kristianstad i detta avseende är mer omfattande än från övriga förvaltningar.

## **2.2 INTERVJUER MED RPPL**

Ytterligare underlag för att bedöma hur långt arbetet med att etablera lokala team har kommit kan hämtas från intervjuer med regionala patientprocessledare (RPPL). RPPL har träffat LPPL vid flera gemensamma möten och då diskuterat bl.a. sammansättningen av team samt lokala erfarenheter och problem. För några av processerna har även övriga medlemmar i teamen deltagit vid gemensamma möten. Det har gett möjligheter till brett erfarenhetsutbyte mellan olika kompetenser. Inom lungprocessen är två sådana stormöten per år är inplanerade. RPPL har också åkt runt och träffat team lokalt, och på detta sätt fått kunskaper om skillnader.

Enligt intervjuer med RPPL finns stora skillnader i både de lokala teamens sammansättning respektive hur långt man kommit i arbetet. För några lokala processer saknar RPPL i stort sett information och en upparbetad kontakt samtidigt som andra lokala processer bedöms ha kommit långt med ett eget systematiskt processarbete. Ett generellt problem för lokala team är att hitta tidpunkter för möten. Även LPPL själva har problem att sätta av tid för sitt uppdrag. Detta problem kan inte lösas enbart genom att ge mer tid för uppdraget, utan kräver främst åtgärder för att avlasta de andra uppdrag och åtaganden som LPPL har.



Det finns skillnader mellan de fem cancerprocesserna som kan ha påverkat hur långt man kommit. Bröstcancer refererar flera till som en föregångare när det gäller att följa upp processer och jämföra indikatorer. Övriga processer uppfattar att man inte hunnit lika långt i processarbetet. För gyncancer har arbetet under 2011 för RPPLs del fokuserat strukturfrågor och beslut om koncentration av ovarial kirurgi i Region Skåne. Det är först mot slutet av 2011 som de långsiktiga förutsättningarna för lokala gynprocesser blivit mera kända.

Till viss del kan variationer mellan lokala processer kopplas samman med åtgärder på förvaltningsnivå. Flera RPPL menar att ett uttalat stöd från sjukhusledningen i Kristianstad, inklusive utbildningsprogram i processarbete, kan ha bidragit positivt till det lokala utvecklingsarbetet. Andra faktorer som kan vara av betydelse är hur tidigt LPPL fick besked om sina uppdrag och om berörda verksamhetschefer ger utvecklingsarbetet sitt stöd eller inte. Några RPPL menar att lokala team kan fungera väl som team betraktat, även om man inte har bra förankring i linjeorganisationen. Betydelsen av bra förankring i linjeorganisationen blir dock tydlig vid behov av större förändringar eller krav på nya resurser.

Av stor betydelse är vilken entusiasm och vilket engagemang som finns hos enskilda LPPL. Inställningen bland LPPL om behovet av patientprocessororientering har varierat enligt RPPL. Några LPPL har menat att man redan arbetar patientprocessororienterat. Samtidigt har det funnits stora, ibland orealistiska, förhoppningar att RCC syd ska lösa redan kända problem med ledtider och resursbrist. De höga förväntningarna på RCC syd ger i sin tur grogrund för frustration om förväntningarna inte infrias.

Beslut om teamens sammansättning har varit decentraliserade till LPPL. Förutsättningarna för att få med olika professioner och kompetenser i lokala team, t.ex. onkologer men även primärvård, palliativ vård och patientföreträdare, varierar. Det är också osäkert vilken typ av team som är mest effektivt, menar RPPL. En bred sammansättning kan ge bättre förutsättningar för erfarenhetsutbyte utifrån helheten. Ett team som fokuserar den ”lilla processen” (diagnostik och behandling) och som adjungerar övriga professioner och kompetenser vid behov kan samtidigt vara mer effektiv när det gäller att få saker gjorda.

Den ideala LPPL ska enligt RPPL ha djupa professionella kunskaper men även mycket god kännedom om den lokala processen och de människor som är involverade i denna. LPPL ska ha tillräckligt lång lokal erfarenhet för att ha byggt upp ett eget lokalt nätverk som inkluderar bra kontakter med linjeorganisationen. Andra värdefulla egenskaper hos LPPL är förmågan att

lyssna och kommunicera med andra i teamet samt att man är prestigelös och uthållig. Det är LPPL som ytterst ska svara för ”drivet” mot ökad patientprocessorientering, menar RPPL. Här finns problem om LPPL själva prioriterar produktion, inte får stöd av förvaltnings- och verksamhetschefer och om dialog och uppföljningen från uppdragsgivare är svag. I detta avseende har också RPPL en viktig roll som pådrivare, främst genom att sammanställa statistik och visa på avvikelser jämfört med uppsatta mål.

Sett till konkreta förbättringar i verksamheten menar RPPL att det är svårt att bedöma vad som skulle skett utan tillkomsten av RCC syd och lokalt patientprocessarbete. Generellt bedöms många små förbättringar ha åstadkommit, snarare än att man kan peka på stora enskilda genombrott. En generell förbättring som flera RPPL hänvisar till är inrättande av kontaktsjuksköterska och utformning av uppdragsbeskrivning för denna roll. För att ge stöd åt denna förändring har man hänvisat till beslut av RCC syd. Andra generella förändringar är bättre möjligheter till videokonferenser, som i sin tur påverkat ledtider positivt. En ytterligare förändring gäller högre målsättningar att använda MDT konferenser inför beslut om behandling av enskilda patienter. Därutöver pekar RPPL på att enbart själva genomgången av lokala processer gör att problem kring ledtider, remisser, rutiner och tillgång till olika resurser kan lyftas fram och åtgärdas.

Ingen RPPL har varit närmare involverad i det lokala förändringsarbetet. I något fall har LPPL efterfrågat hjälp från RPPL i argumentation gentemot lokala linjechefer, men RPPL har då hänvisat till RCCs syds ledning. Några RPPL har varit mer aktiva för att skapa förändringar i vårdstrukturen på regional nivå. Inom gynprocessen har det fattats beslut inom Region Skåne att koncentrera viss kirurgi. Inom lungcancer bedöms rekommendationer om utredningar ha lett till ökad koncentration av viss verksamhet.

## Kapitel 3

# DEFINITION AV INDIKATORER OCH MÅL FÖR LOKALA PROCESSER

Definition av indikatorer och mål för verksamheten är en viktig del av lokala och regionala patientprocessledares utvecklingsarbete inom RCC Syd. Beslut om indikatorer och mål är också en strategiskt viktig del av RCC syds arbete med att fastställa kunskapsbaserade normer inom cancerområdet. I detta avsnitt redogörs kortfattat för hur indikatorer och mål tagits fram, RCC syds förslag på indikatorer och mål för 2012 samt hur indikatorer och mål följs upp och används.

### 3.1 HUR HAR INDIKATORER OCH MÅL TAGITS FRAM?

Arbetet med att definiera indikatorer och mål inleddes under våren 2011 inom respektive cancerprocess. Inom samtliga fem cancerprocesser fanns en tidigare diskussion om indikatorer och mål i sydsvenska respektive nationella grupperingar och nätverk att utgå ifrån. Nationella riktlinjer, vårdprogram och data som finns tillgänglig i kvalitetsregister var en viktig utgångspunkt för arbetet. En annan utgångspunkt var de visioner och mål som formulerats inom RCC syd. Dessa visioner och mål hänger i sin tur samman med den nationella cancerstrategin som låg bakom tillkomsten av RCC.

Enligt RPPL kunde man ganska snabbt nå konsensus om vilka indikatorer som kunde användas. Det har dock funnits diskussioner om exempelvis vilken typ av väntetider som är mest relevanta. Osäkerheten tycks ha varit större kring vilka målnivåer som är realistiska. I åtminstone några processer har man saknat underlag för att kunna bedöma realistiska målvärden för väntetider och har då utgått från önskvärda målnivåer enligt tidigare diskussioner. Ibland har det saknats praktiska möjligheter att mäta de mest relevanta väntetiderna.

Flera RPPL menar att man inte kan fokusera på alltför många mål. Flera olika indikatorer och mål måste följas upp, men fokus i styrningen bör ligga på de viktigaste indikatorerna och mest relevanta målen. Det kan innebära att de indikatorer som fokuseras kan variera mellan lokala processer, beroende på situationen och grad av måluppfyllelse. Det finns en tendens, menar några RPPL, att LPPL vill bryta ned väntetider till olika delar av processen för att på detta sätt kunna utkräva ansvar av relevant verksamhetschef. Med samlade väntetider som rymmer flera olika verksamheter är det svårare att utkräva ansvar

från enskilda verksamhetschefer om målen inte nås. En sådan princip med nedbrutna väntetider för varje del av processen leder till fler indikatorer och mål. Bättre möjligheter att utkräva ansvar av olika verksamhetschefer ska ställas mot önskemålen att antalet mål inte ska vara för många och dessutom relevanta ur ett patientprocess perspektiv.

Inom samtliga processer har det funnits en diskussion om lämpliga resultatindikatorer. Den viktigaste indikatorn är långsiktig överlevnad för patienterna. För fyra av processerna (bröst-, prostata-, kolorektal- och gyncancer) behövs dock en uppföljningstid på 5-15 år för att mått på överlevnad ska vara en relevant indikator. Undantaget är lungcancer. Från denna process föreslog också RPPL och de lokala teamen indikatorer avseende 1- och 3-års överlevnad. Dessa indikatorer togs senare bort i RCC syds förslag eftersom överlevnad inte är en indikator i någon av de andra fyra processerna.

Indikatorer som mäter livskvalitet och symtomlindring baserat på patienternas egna uppfattningar har diskuterats i alla processer. Det är dock enbart för prostatacancer som sådana patientrapporterade utfallsmått finns med i målen för 2012. RPPL pekar på behov av gemensamma utvecklingsinsatser med koppling till nationella kvalitetsregister.

### **3.2 RCC SYDS FÖRSLAG PÅ INDIKATORER OCH MÅL FÖR ÅR 2012**

De indikatorer och mål som beslutats av RCC syd för de fem cancerprocesserna för 2012 framgår av bilaga B. Indikatorer och mål är uppdelade i generella mått för samtliga fem processer och specifika mått kopplade till olika cancerdiagnoser. De generella måtten är:

- Prevention (hälsoundersökningar för tidig upptäckt av bröstcancer och livmodershalscancer)
- Medverkan i nationella kvalitetsregister (för alla patienter och utan fördröjning)
- Multidisciplinära, MDT konferenser (som huvudregel för alla patienter innan beslut om behandling)
- Kontaktperson/kontaktsjuksköterska (till alla patienter med nydiagnostiserad cancer)
- Skriftlig bokningsinformation (till patienter om var och när nästa besök ska ske)
- Cancer-rehabilitering (individualiserad rehabiliteringsplan för merparten av patienterna vid utgången av 2012)
- Väntetider (specifika mått för varje process)
- Patientrapporterade mått (ska testas under 2012)

Sett till de cancerspecifika indikatorerna finns en stor betoning på väntetider av olika slag (se bilaga B). Av totalt 38 olika specifika indikatorer uppdelade på de fem processerna avser 25 väntetider. För gyncancer avser 8 av 10 mått väntetider. För övriga cancerdiagnoser är motsvarande proportioner 3 av 4 för kolorektalcancer, 4 av 6 för lungcancer, 6 av 9 för bröstcancer och 4 av 9 för prostatacancer. Antalet indikatorer som speglar patientrapporterade data är få och koncentrerade till prostatacancer (urininkontinens postoperativt respektive tarmbesvär efter strålbehandling). Ett generellt mål är dock att uppföljning av patientrapporterade data ska testas under 2012. Även andra former av resultatindikatorer är begränsade och koncentrerade till intermediära resultatindikatorer inom prostatacancer (PSA-värden) respektive bröstcancer (andel patienter med lokalrecidiv). En indikator inom lungcancer fokuserar forskning (andel patienter i kliniska studier). Övriga 7 indikatorer återspeglar specifika prognosrelaterade eller processmått av relevans för respektive diagnos.

Förutom indikatorer som speglar att patienterna ska få tydligare besked om när nästa kontakt med vården ska ske beskriver RPPL införande av kontaktperson/-sjuksköterskor och MDT konferenser som viktiga nyheter. De senare nyheterna har lett till behov av att definiera dels kontaktssjuksköterskans uppdrag, dels hur MDT konferenser ska gå till och vilka patientgrupper som berörs. Även om alla lokala processer säger att de praktiserar MDT konferenser kan finnas skillnader i vilka professioner som medverkar, formerna och tidpunkt för möten samt vilka patientgrupper som berörs.

### **3.3 UPPFÖLJNING OCH ANVÄNDNING AV INDIKATORER OCH MÅL**

Förutsättningarna för att följa upp de indikatorer som beslutats varierar. För flera cancerspecifika indikatorer, samtliga inom gynprocessen, finns problem att jämföra lokala processer utifrån centrala uttag. Sådana jämförelser kräver att data först tas fram hos respektive klinik, som senare sammanställs. Ett annat generellt problem som berör flera processer är eftersläpningar i inregistreringen av data. Detta problem hänger samman med att lokala processer till stor del saknar specifika resurser för att mata in uppgifter i register, vilket istället görs av läkare i mån av tid.

RCC syds målsättning är att indikatorer och mål för 2012 ska gälla inom hela den södra sjukvårdsregionen. Målen följs också upp av RCC syd. Det är dock varje region och landsting som avgör målens status inom den egna förvaltningen. I Region Skåne används målen för att följa upp förvaltningar under 2012 och några av målen som speglar väntetider har kopplats samman med en generell målbaserad ersättning till förvaltningar. Om inte målen nås får berörd förvaltning ett visst avdrag på ersättningen. Bland övriga huvudmän

inom RCC syd finns inga formella beslut om hur indikatorer och mål som lagts fram av RCC syd ska användas. Bland de flesta RPPL och även linjechefer som intervjuats finns en positiv syn på att använda indikatorer och mål som kopplas till verksamhetens kvalitet som grund för ersättningen. Det kräver dock att målen är relevanta och realistiska. Några menar dessutom att en extra ersättning bör utgå vid måluppfyllelse, snarare än att vite utgår om målen inte nås som fallet är i Region Skåne. Samtliga intervjuade menar också att en öppen jämförelse av indikatorer och kontinuerlig uppföljning av grad av måluppfyllelse i sig kan ge effekter.

## Kapitel 4

# VILKEN FÖRANKRING FINNS I LINJEORGANISATIONEN?

De 12 linjechefer som intervjuats vid tre olika förvaltningar (Kristianstad, Halland och SUS) tycker tillkomsten av RCC syd och utveckling av patientprocesser är bra och angelägen. Risker för oönskad undanträngning av andra patientgrupper upplevs som liten eftersom RCC syd innebär en satsning på svårt sjuka patienter, till skillnad från exempelvis statens satsningar på att reducera väntetider generellt genom den s.k. kömiljarden. Intervjuade linjechefer har även samma uppfattningar om de potentiella problem som kan uppkomma som följd av LPPLs uppdrag, även om de uttrycks med olika tydlighet. Flera intervjuade verksamhetschefer menar att processledare ska vara underställda dem själva snarare än sjukhusledningen. Verksamhetschefer ska ha minst samma information från LPPL som sjukhusledningen och ska till sist avgöra när det handlar om omfördelning av resurser. Acceptansen för ”dubbelkommande” på verksamhetschefsnivå förefaller låg generellt sett. Detta uttrycks tydligast på SUS.

Utöver likheter ifråga om synpunkter på tillkomsten av RCC syd och potentiella problem med en matrisorganisation på verksamhetsnivån är det tydligt att varje förvaltning har en egen historia som påverkar förutsättningarna för det lokala utvecklingsarbetet. Tillkomsten av RCC syd har också bemöts på olika sätt av respektive förvaltningsledning. I både Halland och Kristianstad har förvaltningsledningarna inrättat ett särskilt stöd för LPPL, etableringen av lokala team och processarbete. Ett liknande stöd har saknats på SUS fram till våren 2012. I Halland framgår av intervjuer att processledare fått ett särskilt ansvar för att samordna verksamheterna i Varberg och Halmstad i samband med bildandet av det gemensamma Hallands sjukhus. Definitionen av cancerprocesser och lokala processledare har gett stöd åt denna parallellt beslutade förändring. På SUS är det tydligt att många verksamheter anser sig ha påbörjat ett processarbete redan i samband med introduktionen av lean. Den specifika arbetsmodell för processutveckling som lanserats inom ramen för RCC syd har därför konkurrens från en redan etablerad modell.

### 4.1 CENTRALSJUKHUSET I KRISTIANSTAD (CSK)

I Kristianstad identifierade sjukhusledningen tidigt ett behov av att ge kraft, stöd och legitimitet åt LPPLs arbete. Den biträdande sjukhuschefen, som själv har

erfarenhet av processarbete på sjukhuset, kom därför att fungera som kontaktperson i cancerfrågor i syfte att samordna insatserna och ge stöd och legitimitet åt processledare gentemot verksamhetschefer. Detta stöd kan också ha inneburit att det varit enklare att rekrytera medlemmar till de lokala teamen. Uppbyggnaden av lokala team har tydligt legitimerats genom åtgärder på ledningsnivån. I Kristianstad beslutades också att samtliga LPPL och lokala team medlemmar skulle delta i ett utbildningsprogram om patientprocessarbete. Till skillnad från andra förvaltningar har man i Kristianstad också dokumenterat de förbättringar om åstadkommit inom ramen för lokala processer.

Den formella beslutsgången vid behov av förändringar är att LPPL i första hand ska vända sig till berörd verksamhetschef. Samtidigt följer sjukhusledningen upp de lokala processerna i förhållande till uppsatta mål och kan ge stöd åt LPPL vid behov. Matrisorganisationen skulle kunna bli problematisk, menar intervjuade linjechefer, och kräver öppenhet och dialog. Sjukhusledningen blir genom sitt engagemang en aktör i cancerfrågor och menar därför att man bör involveras om vilka indikatorer och mål som ska gälla för verksamheten genom dialog med RCC syd och uppdragsgivare, snarare än att detta bestäms i dialog med LPPL.

## **4.2 HALLANDS SJUKHUS**

Region Halland startade en egen cancerutredning 2010. Som konsekvens inrättades Region Hallands strategiska cancerenhet 2011 och 11 cancerprocesser inklusive processansvariga definierades. Den strategiska cancerenheten har haft en viktig roll som intern koordinator och utvecklingscentrum för cancerfrågor i Region Halland. Exempelvis har ett utbildnings- och seminarieprogram för processledare och lokala team etablerats. Den strategiska cancerenheten fungerar även som extern koordinator gentemot RCC Syd och RCC Väst.

Genom dialog med lokala processägare blir den strategiska cancerenheten en aktör i den interna formella beslutsprocessen. I princip ska lokala processägare ta upp förslag om förändringar med chefen för den strategiska cancerenheten, snarare än med verksamhetschefer direkt. Chefen för cancerenheten kan sedan föra frågan vidare, om så bedöms lämpligt, till en styrgrupp knuten till enheten. Denna styrgrupp står under ledning av sjukhusdirektören med medverkan av regionens hälso- och sjukvårdsdirektör och chefer från närmast berörda verksamheter inom cancervården. De viktigaste besluten fattas dock i förvaltningarna. Den strategiska cancerenheten har t.ex. ingen egen budget som innebär att man kan skjuta till nya resurser.

Parallellt med införande av lokala processledare inom cancerområdet har sjukhusverksamheterna i Halmstad och Varberg samordnats under gemensam ledning, Hallands sjukhus. De lokala processägarna har i praktiken fått en viktig



roll som samordningsansvariga inom sina respektive cancerområden. Det handlar om att samla den befintliga kompetensen, se till man gör likadant i Varberg som i Halmstad och i förekommande fall koncentrera verksamheter till en utbudspunkt.

### **4.3 SKÅNES UNIVERSITETSSJUKHUS (SUS)**

Flertalet verksamheter på SUS har sedan flera år arbetat med olika lean-projekt klinikvis. Det är tydligt i samband med intervjuer att man enligt egen uppfattning redan arbetar enligt ett processtänk och att RCC syds fokus på patientprocesser i ett brett perspektiv inte uppfattas som något principiellt nytt. Lokala processägare finns utsedda sedan tidigare inom flera verksamheter. De indikatorer och mål som formulerats inom RCC syd stämmer inte alltid med de indikatorer och mål som man följt sedan tidigare.

Till skillnad från både Kristianstad och Halland finns ingen tänkt formell beslutsgång för hur ärenden som handlar om lokala cancerprocesser ska hanteras. De största frågetecknen kring hur matrisorganisationen ska fungera förefaller finnas hos klinikchefer. Klinikcheferna själva menar att processägare ska vara underställda klinikchefer och har mycket liten acceptans för dubbelkommando. Flera intervjuade menar att dialogen med RCC varit bristfällig och att man möts av krav från LPPL som refererar till beslut av RCC Syd. Man känner sig därför förbigångna. Några verksamhetschefer menar att önskemålen från LPPL kan ha att göra med en ”nedärvd frustration” över problem med interna väntetider på SUS som inte får någon lösning. Det finns därför förhoppningar på att åstadkomma förändringar med hjälp av externt stöd i form av RCC syd. Samtidigt skapar sådana referenser till externa krav en irritation bland de chefer som inte fått vara med och utforma de nya kraven.

## Kapitel 5

# FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FORTSATT UTVECKLING AV STYRMODELLEN

Utifrån det material som insamlats framgår att den nya styrmodellen – som den definierats av RCC syd – införts i olika utsträckning. Det finns skillnader mellan både huvudmän, förvaltningar och lokala processer.

Utifrån enkätsvar från LPPL förefaller flertalet lokala team ha kommit relativt långt när det gäller att skapa samverkan. LPPL uppfattar att teamets medlemmar i ganska eller mycket hög grad har en gemensam uppfattning om målet med patientprocessarbetet, att medlemmarna i teamet tagit sitt ansvar och genomfört uppdraget samt att samarbetet inom teamet fungerat väl som helhet. Samtidigt menar de flesta LPPL att man i ganska eller mycket hög utsträckning behöver agera pådrivande i utvecklingsarbetet. Det ger indikationer om att den fortsatta utvecklingen av lokala team till stor del avgörs av LPPLs motivation och tidsmässiga resurser för ledning av arbetet.

I den första delrapporten beskrevs fyra faser i utvecklingen av team och hur dessa hänger samman med olika krav på ledarskap: forming (skapa team och arenor för möten), storming (hantera konflikter, skapa förtroende), norming (utveckla gemensamma mål och normer) samt performing (uppföljning av prestationer, behålla förtroende). Flera lokala team tycks ha kommit ganska långt i denna utveckling, vilket kan hänga samman med goda förutsättningar och personkännedom redan i utgångsläget. De flesta lokala team har också definierats snävare än vad som var den ursprungliga målsättningen från RCC syd. Representanter från primärvård respektive patientföreningar saknas ofta i teamen. Om teamen breddas för att inkludera sådana representanter kan naturligtvis de normer som etablerats utmanas av nya perspektiv. Det är också poängen med att inkludera flera olika kompetenser i teamarbetet.

Oavsett hur mycket av samverkan som fanns tidigare och i vilken grad RCC syd påverkat förhållandena är det naturligtvis viktigt att ge stöd till fortsatt samverkan i team genom uppföljning av prestationer som visar vad som åstadkommit och genom att en övergripande styrning som ger stöd för processarbete utvecklas. Som redovisningen i rapporten visat finns brister i båda dessa avseenden.

Utifrån enkätsvar och intervjuer kan noteras att lokala team verkar i olika sammanhang där stödet från förvaltningsledningar varierar. Bland flera övriga förvaltningar har den styrmodell som lanserats av RCC syd omtolkats. I flera fall kommer uppdragen till LPPL från verksamhetschefer snarare än förvaltningsledningen. På så sätt undviks matrisorganisationens problem med delat ansvar. Samtidigt kan det förstås bli svårare att nå de fördelar som kan vinnas med styrning utifrån helheter och ett processperspektiv. I två förvaltningar har frågor om varifrån uppdragen till LPPL kommer besvarats enhetligt och i överensstämmelse med RCC syds intentioner: Halland och Kristianstad. Båda dessa förvaltningar har också kommit relativt långt när det gäller etablering av team och processarbete. I Halland har en ny strategisk enhet för cancerfrågor etablerats på central nivå. Det finns en tänkt beslutsgång som beskriver hur ärenden som tas fram av LPPL ska hanteras som inkluderar den strategiska enheten. I Region Skåne har etableringen av team och processarbete enligt enkätsvar från LPPL kommit längst i Helsingborg och Kristianstad. I Kristianstad finns uppdrag och stöd från förvaltningsledningen motsvarande det i Halland medan detta saknas i Helsingborg. Denna skillnad ger uttryck för att etablering av team och processarbete kan drivas relativt långt även utan upplevt stöd från sjukhusledningen. Noterbart är att i stort sett samtliga svarande LPPL i Halland, Helsingborg och Kristianstad har en planerad agenda för det fortsatta arbetet under 2012. Endast 3 av 15 LPPL har en sådan agenda i förvaltningarna Blekinge, Kronoberg, SUS och Ystad sammantaget.

Helhetsintrycket från insamlat material i form av enkäter med LPPL och intervjuer med RPPL och linjechefer är att mycket återstår när det gäller att införa den nya styrmodellen. Det gäller i synnerhet hur processarbete ska förankras i linjeorganisationen och hur indikatorer och mål som tagits fram inom RCC syd ska användas. Ett särskilt problem är att spridningen mellan olika förvaltningar snarast tycks öka. Det gäller både hur långt man kommit och hur man driver förändringsarbetet. Behoven i Halland, Kristianstad och Helsingborg skiljer sig från övriga förvaltningar eftersom man har kommit relativt långt i etableringen av team och processarbetet. Det finns dock skillnader mellan Helsingborg och Kristianstad när det gäller konkret stöd från förvaltningsledningen. Dessa och andra skillnader innebär att RCC syd framöver måste arbeta på fler olika "fronter" för att ge fortsatt stöd för införandet av den nya styrmodellen, allt beroende på lokala förutsättningar.

## **5.1 NORMER, UPPFÖLJNING OCH ANSVARSUTKRÄVANDE – VILKEN ROLL HAR RCC SYD?**

Styrning handlar i grunden om social koordinering för att uppnå definierade mål. För att styrningen ska lyckas krävs en adekvat utformning av tre grundläggande funktioner. För det första måste målen och det man ska uppnå definieras. För det

andra måste verksamheten följas upp så att man vet om man lyckats att nå målen eller inte. För det tredje måste graden av måluppfyllelse förknippas med någon form av belöning eller sanktion. Grad av måluppfyllelse kan också påverka hur målen definieras, vilket ger nya utgångspunkter för både uppföljning och ansvarsutkrävande. I korthet kräver styrning således att funktioner avseende normer, uppföljning och ansvarsutkrävande är tillgodosedda och hänger samman i en planeringscykel.

Vem som helst kan utforma normer för cancervården i södra sjukvårdsregionen. För att det ska ha någon betydelse i styrningen måste dock normer utgå från en legitim avsändare. Legitima avsändare kan vara en region- eller förvaltningsledning, medicinska experter på området eller organiserade patientgrupper. Var och en av dessa avsändare har legitimitet för olika slags normer. Normer i form av riktlinjer för behandlingar är starkast om de utformats av de bästa medicinska experterna på området. Normer som förankrats hos medicinsk expertis är förmodligen också starkare än andra typer av normer som utformas av andra. De normer som utformas av region- eller förvaltningsledningar har mer karaktär av ramar för verksamheten, ofta knutna till ekonomiska resurser. Normer från patientföreningar är tvärtom ofta knutna till höga krav och önskemål på verksamheten, utan beaktande av resursbegränsningar eller andra vårdbehov.

Frågan om legitimitet har också betydelse för uppföljningen. Vem som helst kan följa en verksamhet utifrån allmänt tillgängliga uppgifter. Med legitimitet för uppgiften kan man också kräva tillgång till data som inte är allmänt tillgänglig, eller t.o.m. att nya uppgifter följs upp och registreras. Ansvarsutkrävande, slutligen, kräver legitimitet i form av tillgång till belöningar eller sanktioner. Omfördelning av resurser eller uppdrag från region- eller förvaltningsledningar är en form av ansvarsutkrävande. Men det finns också andra former för ansvarsutkrävande. Exempel är en patient som väljer bort en lokal patientprocess till fördel för annan, eller en lokal patientprocess som får negativt omdöme hos berörd patientorganisation och/eller i media. En ytterligare och mycket viktig form av ansvarsutkrävande är en lokal patientprocess som av något skäl får dåligt (eller bra) rykte bland professionella kollegor. Belöningar och sanktioner utgår då från professionell prestige snarare än ekonomiska resurser.

Eftersom ansvarsutkrävande kan utkrävas av många olika intressenter, som kan ha olika förutsättningar att bedöma graden av måluppfyllelse gentemot normer, finns anledning att skilja mellan internt och externt ansvarsutkrävande. Vad som är internt och externt kan variera mellan olika sammanhang. I fallet med lokala cancerprocesser inom RCC Syd kan externt ansvarsutkrävande i första hand definieras som graden av måluppfyllelse i förhållande till intressenter som

staten, uppdragsgivare i form av huvudmän samt patientföreningar. Var och en av dessa parter är i huvudsak intresserad av slutresultat från olika lokala processer och normer med denna utgångspunkt. Ansvarsutkrävandet avser lokala processer i sin helhet och riktas i huvudsak mot uppdragsgivare i form av förvaltningsledningar. Internt ansvarsutkrävande kan definieras som ansvarsutkrävande *inom* en förvaltning, dvs. gentemot de olika verksamheter som definierar en lokal process. Ansvarsutkrävandet sker med andra ord gentemot verksamhetschefer för olika delar av den lokala processen, där förvaltningsledningen formulerat kraven utifrån de mål som definieras i den externa ansvarsutkrävningen.

För att det interna ansvarsutkrävandet ska fungera krävs delvis andra normer och en mer detaljerad uppföljning. Ett exempel är väntetider. I ett externt perspektiv kan det räcka med övergripande väntetider som belyser helheten. I ett internt perspektiv måste sådana väntetider brytas ned i olika ledtider, så att de verksamhetschefer som har ansvar för huvudsakliga problem kan identifieras. Som tidigare redovisats i denna rapport finns också exempel på att LPPL har önskat sig fler mått på väntetider just för att kunna skilja ut enskilda verksamhetschefers ansvar. Vid definition och även presentation av indikatorer och mål kan det därför vara relevant att fundera på syftet och om målen ska användas för externt eller internt ansvarsutkrävande.

En relevant fråga utifrån ovanstående referensram är på vilket sätt RCC syd har legitimitet att formulera normer, följa upp verksamheten och utkräva ansvar. En analys i detta avseende ger också en fördjupad förståelse för de långsiktiga förutsättningarna för styrning. I korthet kan sägas att förutsättningarna för RCC syd att med legitimitet formulera normer och följa upp verksamheten inom cancerområdet är mycket goda. RCC syd kan med andra ord med god legitimitet svara för den regionala kunskapsbaserade styrningen inom cancerområdet. Det finns flera viktiga utgångspunkter för denna legitimitet. För det första är RCC ett statligt initiativ som förknippats med extra resurstilldelning. Man har så att säga order från en "högre makt". RCC syd har också en stark representation från de samverkande regionerna och landstingen respektive medicinsk fakultet i dess styrelse. RCC syd har vidare samlat en stor del av den medicinska expertisen inom cancerområdet i form av lokala och regionala patientprocessledare och lokala team, vilket ger stor intern legitimitet. Till sist, och inte minst, finns en samverkan med brukar- och patientföreningar inom cancerområdet, vilket ger stark extern legitimitet. Det finns därför anledning att tro RCC syd kommer att tas på allvar när normer formuleras. Man har också tillgång till den kompetens och de resurser som krävs för att verksamheten ska kunnas följas upp mot de formulerade målen.

I fråga om ansvarsutkrävande, däremot, har man ingen motsvarande legitimitet. Viktig tillgång till belöningar och sanktioner i form av möjligheter att omfördela ekonomiska resurser ligger istället hos uppdragsgivare i form av huvudmän samt hos förvaltningsledningar och verksamhetschefer. Denna obalans kan skapa problem såtillvida att gapet mellan de mål som RCC syd formulerar och utvecklingen av praxis kvarstår. Det kan i så fall också få negativa följder för RCC syds legitimitet för normering och uppföljning. Om normerna inte omsätts i praktiken urholkas trovärdigheten hos både normer och den som utformat dem.

### *Hur kan RCC syd främja ansvarsutkrävande?*

För att skapa en långsiktig hållbarhet i den styrmodell som introducerats har därför RCC syd anledning att på olika sätt främja ett ansvarsutkrävande i förhållande till normer och uppföljning. Det är lika svårt som viktigt. Den patientprocessorientering som den nya styrmodellen baseras på bryter helt mot den traditionella linjeorganisationen. Samtidigt har RCC syd inget särskilt ansvar eller mandat att förändra styrmodellerna i respektive medverkande landsting eller region. Det gäller varken på övergripande nivå eller inom de förvaltningar som de lokala cancerprocesserna är knutna till.

Ansvarsutkrävande kan dock främjas på flera olika sätt. Till att börja med kan RCC syd säkra att man är noga med hur normer definieras och hur uppföljningen går till, dvs. de funktioner som man redan har hög legitimitet för. En mycket hög legitimitet i dessa funktioner kommer förmodligen att ”spilla över” och skapa ökad press på ansvarsutkrävandet inom regioner/landsting respektive förvaltningar. Normer som är väl förankrade och framtagna enligt en accepterad procedur blir svårare att avfärda bland dem som har direkt kontroll över ansvarsutkrävandet, dvs. region- och förvaltningsledningar samt verksamhetschefer. Denna fråga togs upp redan i delrapport 1 men kan utvecklas ytterligare. Flera olika åtgärder kan bidra till ökad extern och intern legitimitet:

- En fortsatt starkt nationellt engagemang för RCC
- En stark representation från medverkande regioner och landsting respektive fakultets- och patientföreträdare i RCC syds styrelse
- Samverkan med patientföreningar respektive forskning inom cancerområdet
- Medverkan från engagerade och kompetenta medicinska experter som LPPL, RPPL och i lokala team
- Transparent arbetssätt och rimliga utgångspunkter när normer för verksamheten definieras i form av indikatorer och mål samt underlag för beslut om nivåstrukturering

- Definition av indikatorer och mål för verksamheten som är relevanta ur olika perspektiv och kopplade till externt och internt ansvarsutkrävande
- Goda möjligheter att följa upp de indikatorer och mål som definierats utan tidsmässig fördröjning

Vikten av transparenta arbetsformer påtalades redan i den första delrapporten men framstår som än mer centralt givet att ansvarsutkrävande ska främjas. Av särskild stor betydelse är att RCC syd kan fungera normerande inom två områden: indikatorer och mål för lokala processer respektive underlag för beslut om nivåstrukturering. Det är förmodligen ett mindre problem att enas om indikatorer och gemensamma mål, vilket RCC syd också lyckats med inför 2012. Ett potentiellt större problem är att följa upp de indikatorer och mål som definierats utan tidsmässig fördröjning. Ytterligare problem avser att enas om procedurer för nivåstrukturering och vilka faktaunderlag som sådana beslut ska baseras på (se delrapport 1). Nivåstrukturering är dock (minst) en regional fråga och det är genom samverkansorgan som RCC syd som sådana frågor bör lösas. Just därför är det särskilt angeläget att RCC syd bidrar till att definiera gemensamma principer för hur beslut om koncentration av verksamheter ska gå till. Det kan i första hand åstadkommas genom påverkan på de principer för nivåstrukturering som nu etableras på nationell nivå.

Av förmodligen mycket stor betydelse för att bidra till ansvarsutkrävande är att RCC syd på olika sätt främjar en öppen uppföljning av lokala cancerprocesser utifrån definierade indikatorer och mål. Öppna jämförelser av avvikelser och skillnader mellan lokala processer kan skapa drivkrafter till förbättringar bland i synnerhet de processer som redovisar sämst resultat. Öppna jämförelser kan därför betraktas som en mekanism i sig för att utkräva ansvar. Dels genom de drivkrafter som på så sätt skapas genom professionell konkurrens mellan lokala team, dels genom att förvaltnings- och regionledningar tvingas bli mer uppmärksammade på avvikelser och problem. Det är också den enda mekanism för ansvarsutkrävande som RCC syd har egen kontroll över. På så sätt bör också RCC syd medverka till att jämförelser sprids till patientföreningar, media etc.

För att åtgärda problem inom ramen för intern ansvarsutkrävning gentemot verksamhetschefer kan förvaltningsledningar behöva mer detaljerad information om t.ex. olika ledtider. För att ytterligare främja ansvarsutkrävande kan även finnas anledning att i högre grad beakta linjechefers perspektiv. Inga av de indikatorer och mål som RCC syd definierat för år 2012 har exempelvis en koppling till resursutnyttjande eller kostnader, vilket förklaras av att man ännu inte kan följa ekonomi och kostnader uppdelat på lokala patientprocesser. Utvecklingsarbeten som ska möjliggöra en sådan uppföljning av kostnader är dock initierade, vilket kan öppna för nya typer av indikatorer som även speglar

resursutnyttjande och därmed ett ökat intresse för ansvarsutkrävande från t.ex. uppdragsgivare i form av region- och landstingsledningar.

En annan strategi för att främja ansvarsutkrävande är naturligtvis att uppvakta region-/landstingsledningar, förvaltningsledningar och verksamhetschefer mera direkt. Så har också RCC syd gjort. Exempelvis har påtalats för olika förvaltningar att det är viktigt att lokala patientprocessledare ges ett tydligt uppdrag. Det är dock knappast rimligt att RCC syd ger sig själv uppgiften att förändra den övergripande styrmodellen i olika landsting eller förvaltningar. Den utmaningen är helt enkelt för stor och det är enbart respektive region/landsting och förvaltning som har legitimitet för uppgiften. Det finns inga erfarenheter hittills som tyder på att RPPL kan få något avgörande inflytande över ansvarsutkrävandet lokalt. Uppdragen för RPPL kommer förmodligen även framöver att fokusera uppgifter som handlar om normering och uppföljning. De formella uppdragen kan i så fall ha en sådan utgångspunkt.

RCC syd bör naturligtvis utifrån sitt perspektiv lyfta strategiska frågor och bidra i dialogen om behovet av utveckling av övergripande styrsystem. Genom tillsättande av LPPL, som enligt den styrmodell som initierats av RCC syd ska arbeta på uppdrag av sjukhusledningen, har en matrisorganisation skapats på lokal verksamhetsnivå. Enligt RPPL efterlyser flera LPPL ett tydligare mandat att genomföra önskvärda förändringar som förbättrar de lokala cancerprocesserna. Det är förståeligt men det yttersta ansvaret för verksamheten ligger som tidigare på verksamhetschefer. Även om uppdragen för LPPL kommer från sjukhusledningen är man också en medarbetare inom kliniken, med skyldigheter gentemot närmaste verksamhetschef. De LPPL som tillsatts är vanligtvis teamchefer inom sitt område, dvs. också en del av den traditionella linjechefsstrukturen. Sett i verksamhetschefers perspektiv kan det naturligtvis upplevas som problematiskt att en av medarbetarna inom kliniken har särskilda uppdrag från sjukhusledningen; ett slags dubbelkommando. Det räcker därför inte med att ge LPPL tydliga uppdrag och att få till en bra dialog med övergripande uppdragsgivare för att lösa problem med ansvarsutkrävning. Även verksamhetschefers uppdrag måste förändras, vilket är en mycket stor och omfattande förändring. Med utgångspunkt i en styrning utifrån patientprocesser är det fullt tänkbart att processägare bör vara överordnade verksamhetschefer för olika kliniker och specialiteter. Det är dock svårt att se hur detta ska kunna genomföras enbart inom cancerområdet. En alternativ linjechefsstruktur inom ett länssjukhus skulle istället kunna bygga på ett 20-tal processer som fångar de viktigaste patientgrupperna, däribland en handfull som avser cancer. Verksamhetschefers ansvar blir sedan att svara upp till de krav på produktion och kvalitet som formuleras av processägare, som i sin tur baseras på övergripande uppdrag till förvaltningen.



## 5.2 HUR KAN INDIKATORER OCH MÅL ANVÄNDAS SOM UNDERLAG FÖR STYRNING?

De indikatorer och mål som definieras av RCC syd måste självklart vara förankrade i olika patientprocessers specifika förutsättningar. Det gäller vilka diagnos- och behandlingsmöjligheter som finns, hur prognosen och processen för aktuella patientgrupper ser ut, och vilka problem och förbättringsmöjligheter som kan identifieras. Men även om de specifika målen och indikatorerna kommer att variera mellan olika cancerprocesser finns anledning för RCC Syd att på olika sätt samordna utvecklingsarbetet. Så har också skett under sammanställningen av mål för 2012, vilket uppdelningen mellan gemensamma och specifika indikatorer ger uttryck för.

Ett första argument för en samordning är att *transparens och gemensam grund för hur indikatorer och mål tas fram ger ökat förtroende och legitimitet för indikatorers relevans*. Grunden för detta påstående är att de indikatorer och mål som tas fram av olika processer egentligen inte kan ifrågasättas av någon utomstående förvaltningschef eller uppdragsgivare. Däremot kan en sådan part ifrågasätta hur indikatorer och mål tagits fram, om indikatorer och mål beslutats i en sluten grupp utan närmare redovisning av utgångspunkter, eller om framtagandet skett utifrån en procedur som även en lekman kan bedöma. Om proceduren inte kan bedömas som rimlig kan det i sin tur bli svårare att utkräva ansvar utifrån de framtagna normerna. Det är därför knappast rimligt, sett utifrån ett RCC Syd perspektiv, att olika cancerprocesser gör helt olika bedömningar om vilken typ av mål och indikatorer som är relevanta att beakta beroende på vilka personer som är mer eller mindre aktiva inom respektive process. Genom att utgå från en gemensam grundsyn om vilka kompetenser som ska vara med vid beslut, vilka underlag i form av riktlinjer, vårdprogram etc. som ska beaktas och hur beslut om indikatorer och mål ska gå till kan man säkerställa att alla relevanta perspektiv tas med i bedömningarna. Det är särskilt viktigt vid sammanställning av indikatorer och mål som ska användas för extern ansvarsutkrävning.

Ett andra argument är att en samordning förmodligen kommer att efterfrågas av de uppdragsgivare som ska fatta beslut om hur indikatorer och mål ska användas som underlag för styrning. Även om uppdragsgivare inte ställer några sådana krav blir det *svårare att upprätta en dialog med uppdragsgivare om alla cancerprocesser tar fram mål och indikatorer utifrån egna utgångspunkter*. Det gäller i synnerhet i ett framtida RCC Syd med 25 olika cancerprocesser definierade. En samordning blir därmed viktigt för att få inflytande över linjeorganisationen via dialog med uppdragsgivare och olika förvaltningsledningar.

Ett tredje argument för samordning är att det *kan bidra till ökat lärande och att en del utvecklingsarbete kan göras gemensamt*. Möjligheter till gemensamt utvecklingsarbete gäller t.ex. utveckling av hur patientrapporterade data ska följas upp. Det finns också möjligheter att lära sig något från det arbete som sker i andra processer. De erfarenheter som finns av patientrapporterade data inom prostatacancer kan kanske användas inom andra processer. Det gäller t.ex. vad man ska tänka på när mätningar görs, hur data lämpligen samlas in och registreras och hur data kan analyseras och användas. En annan typ av lärande är mera direkt kopplat till definition av indikatorer och mål. En fråga utifrån RCCs syds indikatorer och mål för 2012 är exempelvis om ”andel patienter i kliniska studier”, som enbart definierats som indikator och mål för lungcancer, kan vara en relevant indikator även för andra processer.

En principiell invändning mot en gemensam syn är att det skulle kunna hämma det lokala utvecklingsarbetet. Den kombination mellan generella och specifika indikatorer och mål som gäller för RCC syd år 2012 kan vara en konkret lösning på önskemålen om samordning parallellt med frihetsgrader för respektive process. Det finns också anledning att utgå från att RCC syd i första hand öppet redovisar och jämför indikatorer och mål utifrån principen om externt ansvarsutkrävande. Inom respektive förvaltning finns behov av mera detaljerad information för att intern ansvarsutkrävning gentemot olika verksamhetschefer. Utgångspunkten extern respektive intern ansvarsutkrävning har därför också en koppling till indikatorers antal och karaktär. Indikatorer och mål för extern ansvarsutkrävning bör vara förhållandevis få (max 5?) och spegla helheter och resultat. Indikatorer och mål för internt ansvarsutkrävande kan med fördel vara fler, fokusera delar av helheten och knutna till cancerspecifika processer.

#### *Vilka egenskaper har olika typer av indikatorer?*

En vanlig referensram för att beskriva indikatorer på klinisk nivå är Donabedian's uppdelningen mellan struktur-, process- och resultat kvalitet (”structure”, ”process” and ”outcome”)<sup>21</sup>. Utgångspunkten är att vårdens resultat (”outcome”) påverkas av vårdgivares resurser, kunskaper och organisation (”structure”) men även av hur dessa används och vilka mer specifika åtgärder och metoder som sätts in för patienterna (”process”). Konkreta exempel inom RCC Syd är exempelvis att nydiagnostiserade patienter ska tilldelas en kontaktsjuksköterska (strukturindikator), att patienten som huvudregel ska diskuteras vid MDT konferens före behandling (processindikator) och målvärden för andelen patienter med lokalrecidiv inom bröstcancer (resultatindikator). Väntetider kan betraktas både som process- eller resultatindikatorer beroende på hur de definieras. I den utsträckning väntetider syftar till att minska patienters oro och ångest kan indikatorn kopplas till

---

<sup>21</sup> Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? JAMA; 260(12): 1743-8.

resultat. Men väntetider kan också betraktas som en processindikator som speglar önskvärda ledtider mellan olika åtgärder.

Det finns flera kriterier som kan användas vid definition av lämpliga indikatorer. I Öppna jämförelser granskas exempelvis indikatorer utifrån nyckelord som mätbarhet, tillgänglighet, vedertagen, valid, relevant, tolkningsbar och påverkansbar. I internationell litteratur beskrivs motsvarande kriterier ibland under förkortningen SMART: Specific, Measurable, Accepted, Relevant och Timely. Om indikatorer ska användas som underlag för styrning finns skäl att beakta även andra typer av kriterier:

- Vilka incitament och frihetsgrader ger man vårdgivare?
- Vilken osäkerhet finns i bedömningen?
- Vilka risker finns för ”gaming” och manipulation av data?

Olika typer av indikatorer har olika egenskaper i dessa tre avseenden, som är viktiga att beakta om indikatorer används som underlag för styrning. Framför allt finns det viktiga skillnader mellan struktur-/process- respektive resultatindikatorer.

#### *Olika typer av indikatorer, olika incitament och frihetsgrader*

Om struktur- och processmål används som underlag för styrningen skapas incitament att införa den struktur eller genomföra den process som avses. Det kan vara att alla nydiagnostiserade patienter ska få kontaktsjuksköterska eller att patienter ska diskuteras på MDT konferens. Sådana indikatorer ansluter väl till syftet att sprida evidensbaserad kunskap. Det finns därför alltid anledning att ifrågasätta vilka kunskaper som ligger till grund för viss struktur- eller processindikator. Efterhand som kunskaperna ändras kan sådana indikatorer behöva revideras och omdefinieras. I fallen med både kontaktsjuksköterska och MDT konferenser har en diskussion påbörjats bland patientprocessledare om t.ex. uppdrag för kontaktsjuksköterska respektive vilka som ska delta vid MDT konferenser och vilka patienter som är målgrupp. Efterhand som erfarenheter dokumenteras kan indikatorer behöva revideras och uppdateras utifrån de åtgärder som visat sig skapa nytta.

Ett krav för att struktur- eller processindikatorer ska vara meningsfulla som underlag för styrning är att det finns en variation mellan olika lokala processer och en potential till förbättring. Om alla lokala processer redan erbjuder vård enligt de struktur- och processmål som beskrivs i vårdprogram finns inget (kortsiktigt) behov av att fokusera på sådana indikatorer och mål i styrningen. Struktur- och processmål kan på så sätt vara bättre för att identifiera de

vårdgivare som ligger sämst till när det gäller att följa evidensbaserad medicin, snarare än att skilja mellan de många vårdgivare som är relativt bra i detta avseende.<sup>22</sup> De processmål som fokuseras i den löpande styrningen kan därför behöva bytas ut helt över tiden, eller att målnivåer ändras så att de blir svårare att nå efterhand som verksamheten förbättras.

**Tabell 10. Olika typer av indikatorer och incitament om de används som underlag för styrning.**

Typ av indikator	Incitament om indikator används som underlag för styrning
Struktur	Införa den struktur som avses. Indikator måste ändras i takt med att kunskaper och riklinjer respektive variation och måluppfyllelse bland vårdgivare utvecklas.
Process	Införa den process som avses. Indikator måste ändras i takt med att kunskaper och riklinjer respektive variation och måluppfyllelse bland vårdgivare utvecklas.
Intermediärt resultat	Förbättrat resultat genom att införa evidensbaserade strukturer/processer och annat eget förbättringsarbete (innovationer). Indikator måste ändras om ny kunskap ifrågasätter samband mellan intermediärt resultat och egentliga resultat.
Resultat	Förbättrat resultat genom att införa evidensbaserade strukturer/processer och annat eget förbättringsarbete (innovationer). Är mer bestående över tiden.

Om resultatindikatorer används som underlag för styrningen blir incitamenten annorlunda. Vårdgivare har fortfarande anledning att införa evidensbaserade strukturer/processer (och därigenom uppnå resultat) men har därutöver även anledning att initiera eget förbättringsarbete så att resultaten kan nås, eller att man kopierar andra verksamheter som är framgångsrika. Frihetsgraderna om hur man ska nå målen ökar. Till skillnad från struktur- eller processmål finns inte heller något optimalt läge eftersom resultaten kan förbättras även i en verksamhet med mycket goda resultat. De viktigaste resultatmålen som är kopplade till patientnytta kan därför användas som underlag för styrning även på lång sikt och oavsett hur evidens eller riktlinjer förändras. Resultatmål är därför även att föredra i en situation när det är osäkert vilka metoder som är bäst för att nå önskvärda resultat eller då all tillgänglig evidens avseende strukturer och processer redan omsatts i praktiken. Ett annat skäl för att använda resultatmål är om de insatser som krävs för att nå resultaten varierar för patienter. Ytterligare

<sup>22</sup> I Bhattacharyya T, et al. (2009) "Measuring the report card: The validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery" (*Health Affairs*; 28(2): 526-532) visar detta för höft- och knäledsplastik.

skäl är om man helt enkelt vill främja ett lokalt förbättringsarbete och innovationer.

### *Olika indikatorer, olika säkerhet i bedömningen*

Sett i cancerpatientens perspektiv är överlevnad och livskvalitet de viktigaste resultatmålen. Utfall vad gäller överlevnad kan dock bara bedömas på lång sikt och är därför problematiska som underlag för styrning på kort sikt. Bland de indikatorer och mål som föreslagits av RCC Syd för 2012 finns inte heller några indikatorer på överlevnad med. Många av de resultatmål som kan används i styrningen kommer troligen även på sikt att få karaktären av intermediära resultatmål, som är meningsfulla att följa upp även i ett kortsiktigt perspektiv. Det kan t.ex. handla om kliniska värden (typ PSA inom prostata) eller att undvika recidiv och komplikationer. Säkerheten i bedömningarna av olika vårdgivare blir då inte lika god som om egentliga resultatmål används, beroende på hur stark association som finns mellan intermediära och egentliga resultatindikatorer.

Ett generellt problem med mål baserat på resultatindikatorer är att de kan "straffa" de vårdgivare som tar sig an sjukare patienter där målen är svårare att nå trots att rätt insatser sätts in. Med resultatmål kan det därför finnas behov av justering så att inverkan av eventuella skillnader i samsjuklighet bland patienter beaktas. Med ett litet patientunderlag blir den statistiska osäkerheten med resultatmål också större än om bedömningen avser vårdgivare som tar emot många patienter. För många (de flesta?) cancerdiagnoser inom RCC Syd kommer det i praktiken inte att vara möjligt att bedöma om det finns statistiskt signifikanta skillnader i olika vårdgivares resultat. Sådana begränsningar måste beaktas vid jämförelser som underlag för externt ansvarsutkrävande så att inte skillnader misstolkas.

Även om problem med statistisk osäkerhet och skillnader i case-mix är en viktig nackdel med resultatindikatorer är det inte självklart att struktur- och processindikatorer kan betraktas som mindre osäkra när det gäller att bedöma vårdgivare på rättvis grund. Även om struktur- och processmål är enklare att följa upp och bedömer vårdgivare med större säkerhet är kopplingen till patientnytta inte helt given.<sup>23</sup> Styrning utifrån struktur- och processindikatorer

---

<sup>23</sup> Ryan A M, et al (2009) "The relationship between Medicare's process of care quality measures and mortality" (*Inquiry*; 46: 274-290) analyserar data från Medicare i syfte att utreda om det fanns ett samband mellan de processmått som användes för att belöna god vård och verkligt resultat. De diagnoser som studerades var hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Författarna refererar till flera tidigare studier som visat att det finns ett samband mellan de processmått som används för belöningar inom Medicare och 30-dagars mortalitet för de utvalda diagnoserna. Samtidigt menar man att dessa studier kan kritiseras eftersom de inte beaktat förekomsten av variabler som inte tas med i analysen. Sådana variabler kan exempelvis avse processmått som inte belönas men även vårdgivarnas intresse för kvalitetsfrågor i stort. Eftersom det sannolikt finns ett samband mellan utfallet på de processmått som faktiskt följs upp och de mått som inte följs upp, liksom mellan processmåten

kan i värsta fall leda till en protokollstyrd vård som inte beaktar patienters förutsättningar att tillgodogöra sig de metoder som erbjuds eller där patientnyttan av andra skäl är osäker. En sådan situation skulle t.ex. kunna uppstå om MDT-konferenser används generellt för alla cancerpatienter oavsett den förväntade nyttan.

### *Olika indikatorer, olika risk för ”gaming” och manipulation*

Oavsett vilken typ av indikator som används som underlag för styrningen kan finnas risker för ”gaming” och manipulation av olika slag. Med ”gaming” avses t.ex. att vårdgivare enbart registrerar patienters personnummer i kvalitetsregister i en styrning som ger extra ersättning för medverkan i kvalitetsregister. Vårdgivare tolkar då de nya reglerna utifrån sina egna preferenser och önskemål (mer pengar till liten ansträngning) snarare än det ursprungliga syftet med indikatorn (bättre vårdkvalitet genom medverkan i kvalitetsregister). En annan och värre form av ”gaming” är om indikatorer omdefinieras så att de blir enklare att nå. Beroende på intresse och möjligheter kan t.ex. MDT konferenser definieras så att de ställer större eller mindre krav på lokala processer. Den värsta formen av manipulation handlar om att data helt enkelt förvanskas. Exempel är att kontroller som inte utförts registreras som utförda, att patientens värden ”avrundas” upp (eller ned) för att nå bättre måluppfyllelse, eller att patientens initiala hälsa beskrivs som sämre eftersom det då blir lättare att dokumentera förbättringar. Risken för ”gaming” och manipulation beror på en rad faktorer. Allt annat lika är det sannolikt högre risk för ”gaming” och olika former av manipulation om vårdgivare inte själva använder de data som registreras och om utfallet har stor betydelse för enskilda vårdgivare. Detta leder in på frågan om hur indikatorer och mål används som underlag för styrning.

### *Hur kan indikatorer och mål användas som underlag för styrning?*

På en mera generell nivå finns flera olika alternativ för hur indikatorer och mål kan användas som underlag för styrning och därmed ansvarsutkrävande.

- Indikatorer och mål som fokuseras i löpande dialog mellan övergripande uppdragsgivare, förvaltningsledning respektive lokal process (”direkt styrning”)
- Öppna jämförelse av ett urval indikatorer (”bench-marking”)

---

och andra variabler av betydelse för vårdens kvalitet, är det viktigt att inkludera s.k. icke-observerbara variabler i analysen. I författarnas egen analys, baserat på data från åren 2004-2006, konstateras att det finns en samvariation mellan processmåten som används för belöningar inom Medicare för diagnoserna hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation och 30-dagars mortalitet för samma diagnoser. Sambandet är dock inte kausalt. De processmått som används kan snarast betraktas som indikatorer på andra variabler, vilket skulle kunna ha att göra med läkares skicklighet eller sjukhusets intresse för att driva kvalitetsfrågor. Det finns därför skäl, menar författarna, att ifrågasätta om processmåten fullt ut kan användas för att bedöma verklig kvalitetsutveckling.

- Indikatorer och mål som måste vara tillgodosedda för att få uppdrag ("ackreditering")
- Mål och indikatorer som underlag för extra ekonomisk ersättning eller viten ("målbaserad ersättning").

Det finns också ett samband mellan dessa alternativa styrformer och olika typer av egenskaper hos indikatorer respektive risken för "gaming" och manipulation.

En enkel användning av indikatorer och mål är att de används som underlag för kontinuerlig dialog mellan olika berörda aktörer. I ett styrperspektiv brukar man poängtera behovet av att inte fokusera på för många mål åt gången. Det hindrar inte att flera olika indikatorer definierats och följs upp. I den löpande styrningen fokuseras dock en handfull mål som bedöms som väsentliga och någorlunda heltäckande. Det är först vid bristande måluppfyllelse för dessa indikatorer som det kan finnas anledning att även analysera övriga indikatorer. Detta brukar beskrivas under begrepp som "interactive control" (fokus på urval indikatorer och mål) och "diagnostic control" (med möjlighet att analysera flera vid behov). Här finns som redan nämnts också en koppling till begreppen extern och intern ansvarsutkrävning. Ansvarsutkrävande mellan övergripande uppdragsgivare m.fl. och förvaltningsledningar kan exempelvis leda till att förvaltningsledningen har anledning att analysera flera indikatorer internt för att ta reda på varför man inte uppnår de övergripande målen.

Jämförelser mellan vårdgivare ("bench-marking") kan antingen göras dolt eller öppet. I öppna jämförelser är resultaten allmänt tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Studier i både USA och brittiska NHS har visat att sådana jämförelser kan skapa drivkrafter till förbättringar bland de vårdgivare som rankas lägst.<sup>24</sup> Ingen vill vara sämst. Det är således inte informationen i sig som skapar drivkrafter utan främst de nackdelar som vårdgivare förknippar med att öppet rankas som sämst. På så sätt finns också en avgörande skillnad jämfört med om jämförelsen görs dolt. Det är den öppna formen av jämförelser baserat på "professionell rykte" som visat sig ge effekt i olika studier. Till skillnad från annan användning av indikatorer och mål är det också en form av ansvarsutkrävning som RCC syd har direkt kontroll över. Öppna jämförelser kan avse dels avvikelser mellan de mål som formuleras av RCC syd och mål som används av huvudmän och förvaltningar, dels avvikelse mellan målen och praxis. Med hög legitimitet i normer och uppföljning (dvs. framtagande och uppföljning av indikatorer och mål) finns anledning att tro att ansvarsutkrävande hos både huvudmän, förvaltningar och verksamhetschefer underlättas.

---

<sup>24</sup> För en kortfattad översikt av studier om effekter av öppna jämförelser mellan sjukhus i USA och UK, se Bewan G (2010) If neither altruism nor markets have improved NHS performance, what might? Eurohealth; 16(3): 20-23.

Det kan naturligtvis vara problematiskt att förlita sig på öppna jämförelser av egna resultat inom RCC syd om det finns skäl att tro att förbättringspotentialen är stor i alla berörda verksamheter, dvs. om alla verksamheter som jämförs är lika "dåliga". Ett alternativ eller komplement kan i så fall vara att jämföra med andra verksamheter eller "centers of excellence" utanför RCC syd. Ett annat problem är att beslut om målnivåer kan vara besvärliga om det finns stora variationer mellan vårdgivares avseende utgångsläget. Om målnivåer sätts utifrån genomsnittliga värden finns då risk att målen varken motiverar de som är bra (och redan klarar målnivån) eller de som är sämst (eftersom de ligger för långt ifrån målnivån). Med stor variation kan det vara nödvändigt att arbeta med olika målnivåer utifrån vad som är en realistisk förbättringspotential för varje enskild vårdgivare. Det är dock inte givet att RCC syd ska svara för sådana bedömningar. Ett förmodligen bättre alternativ är istället att låta enskilda huvudmän och förvaltningar fatta dessa beslut, eftersom avvikelser från RCC syds övergripande mål är en del av ansvarsutkrävandet. Enskilda huvudmän och förvaltningar har också bättre kunskaper om olika verksamheters utgångsläge och vilka resurser som kan frigöras för att möjliggöra förändringar.

Indikatorer och mål kan också kopplas samman med ekonomiska incitament. Struktur- och processmålen kan företrädesvis användas för att definiera krav som måste vara uppfyllda för att verksamhet ska godkännas av uppdragsgivare ("ackreditering"). Sådana krav kan då lämpligen anknyta till RCC syds normering som har att göra med nivåstrukturering. En annan användning är att måluppfyllelse kopplas samman med särskild ersättning ("målbaserad ersättning"). Ekonomiska belöningar kopplade till måluppfyllelse kan ge kraftfulla incitament till förändringar i verksamheten, på gott och ont. De mål och indikatorer som används för sådan styrning bör därför ha tydlig koppling till patientnytta, samtidigt som risk för undanträngning av andra mål och andra icke-önskvärda effekter måste beaktas.<sup>25</sup> Även om RCC syd inte har ansvar eller kontroll över denna användning av indikatorer och mål kan man bidra i diskussioner om hur en målbaserad ersättning kan utformas och hur potentiella nackdelar och risker kan undvikas.

En styrning utifrån mål och indikatorer ska naturligtvis kompletteras med annan form av styrning. Studier i USA har visat att sjukhus med bäst kvalitet i högre grad anser sig ha tillräckliga resurser för projekt som syftar till kvalitetsförbättringar. Dessutom finns bland de bästa sjukhusen i större utsträckning en organisationskultur som stödjer förändringar, det finns ett större intresse av att pröva nya lösningar och fokus ligger på att hitta systemfel snarare

---

<sup>25</sup> Anell A (2010) Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Fritzes: Stockholm.



än att peka ut individer som gjort misstag.<sup>26</sup> En styrning utifrån mål och indikatorer kan i praktiken enbart fungera som komplement till en sådan stark organisationskultur. På samma sätt som övrig ansvarsutkrävning äger dock inte RCC syd dessa frågor. Men RCC syd kan bidra i diskussionen om hur man t.ex. kan stärka de lokala cancerteamens möjligheter och intresse för att arbeta med förbättringsarbete i olika former.

---

<sup>26</sup> Vina E R, et al. (2008) Relationship between organizational factors and performance among pay-for-performance hospitals. *Journal of General Internal Medicine*; 24(7): 833-840.



📖 Har teamet fått något särskilt stöd/hjälp för utvecklingsarbetet av sjukhusledningen eller motsvarande (t.ex. divisions-/klinikledning)?

Nej

Ja. Vilken typ av stöd?

📖 Har teamet en planerad agenda för det fortsatta arbetet under 2012?

Ja  Nej

📖 Upplever Du att teamets medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med patientprocessarbetet?

Målen är inte preciserade  I mycket liten utsträckning  I ganska liten utsträckning  I ganska hög utsträckning  I mycket hög utsträckning

📖 Upplever Du att samarbetet inom teamet fungerat väl som helhet?

Frågan är inte relevant  I mycket liten utsträckning  I ganska liten utsträckning  I ganska hög utsträckning  I mycket hög utsträckning

📖 Upplever Du att medlemmarna i teamet tagit sitt ansvar och genomfört uppdraget?

Frågan är inte relevant  I mycket liten utsträckning  I ganska liten utsträckning  I ganska hög utsträckning  I mycket hög utsträckning

📖 I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i utvecklingsarbetet?

Frågan är inte relevant  I mycket liten utsträckning  I ganska liten utsträckning  I ganska hög utsträckning  I mycket hög utsträckning

📖 Har Du som lokal patientprocessledare fått ett tydligt uppdrag?

Ja Nej

Muntligt

Skriftligt

📖 Av vem har Du fått uppdraget?

📖 Har Du en kontinuerlig dialog med Din uppdragsgivare?

Jag har ingen uppdragsgivare  I mycket liten utsträckning  I ganska liten utsträckning  I ganska hög utsträckning  I mycket hög utsträckning

g

g


g

g


 Upplever Du att uppdragsgivaren uppmuntrar Ditt arbete som lokal patientprocessledare?

- Frågan är inte relevant     I mycket liten utsträckning     I ganska liten utsträckning     I ganska hög utsträckning     I mycket hög utsträckning


 Hur många timmar i genomsnitt per vecka ägnar du åt uppdraget?

 Anser Du att den tid Du kan ägna åt uppdraget är tillräcklig?

- Frågan är inte relevant     I mycket liten utsträckning     I ganska liten utsträckning     I ganska hög utsträckning     I mycket hög utsträckning

 Har du en kontinuerlig dialog med din regionala patientprocessledare?

- Frågan är inte relevant     I mycket liten utsträckning     I ganska liten utsträckning     I ganska hög utsträckning     I mycket hög utsträckning

 Upplever du att den regionala patientprocessledaren uppmuntrar ditt arbete som lokal patientprocessledare?

- Frågan är inte relevant     I mycket liten utsträckning     I ganska liten utsträckning     I ganska hög utsträckning     I mycket hög utsträckning

 Vilken typ av stöd och hjälp från RCC ser Ni behov av under 2012?

 Övriga kommentarer?

## BILAGA B: FÖRSLAG TILL MÄTETAL OCH MÅLNIVÅER ÅR 2012 FÖR CANCERSJUKVÅRDEN INOM RCC SYD

Generella mått som avser samtliga fem cancerprocesser	Indikator	Målnivå
Prevention	Täckningsgraden i hälsoundersökningar för tidig upptäckt av bröstcancer och livmoderhalscancer ska nå uppsatta mål.	Minst 85 % av inbjudna
Kvalitetsregister	Täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ska vara fullständig och inrapportering ska ske fortlöpande.	Täckningsgrad 100 % med första inrapportering inom 4 veckor från diagnosdatum.
MDT konferenser	Diagnostik och behandling ska präglas av ett multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete. Behandlingsrekommendationer ska som huvudregel grundas på gällande vårdprogram och rekommendationer från multidisciplinära konferenser (MDT konferenser). För varje patientprocess ska definierade urvalskriterier finnas för vilka patienter som eventuellt kan undantas från diskussion på behandlingskonferens.	100 % av definierade patientgrupper för bröst-, gynekologisk-, kolorektal-, lung- och prostatacancer
Kontaktperson	Alla patienter med nydiagnostiserad cancer ska vid diagnostillfället få tillgång till en fast kontaktperson/kontaktsjuksköterska och detta ska dokumenteras i journalen. Kontaktsjuksköterskans uppgifter ska följa den gemensamma kravspecifikation som framtagits i samverkan med patientföreträdarna inom ramen för RCC Syd.	100 % för patienter med bröst-, gynekologisk-, kolorektal-, lung- och prostatacancer
Bokningsinformation	Alla patienter ska vid mottagningsbesök få skriftlig information om när och var nästa besök ska ske.	Rutiner ska utvecklas
Cancer-rehabilitering	Patienter ska erbjudas såväl akut cancerrehabilitering som rehabilitering efter behandling. Syftet är att förebygga och/eller minimera biverkningar till sjukdomen eller behandlingen samt medverka till förbättrad livskvalitet för den enskilde patienten och dess närstående. Cancerrehabiliteringen ska omfatta tillgång till kompetens för rehabilitering ur behovsperspektiven fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov.	Senast vid utgången av april 2012 ska det finnas skriftliga planer för hur behov av cancerrehabilitering ska bedömas, åtgärdas och följas upp inom minst de definierade patientgrupperna för bröst-, gynekologisk-, kolorektal-, lung- och prostatacancer. Vid utgången av 2012 ska merparten av patienterna ha en individualiserad rehabiliteringsplan.

Väntetider	Väntetider i cancervården ska registreras och kunna redovisas öppet. Ett utvecklingsarbete ska genomföras i syfte att fånga väntetider utanför sjukhusvården. I avvaktan på denna möjlighet ska väntetider avspegla tider från remissankomst till: diagnosbesked, behandlingsbeslut och start av behandling.	Specifika måltal för varje patientprocess (se nedan)
Patientrapporterade mått	Ett utvecklingsarbete ska bedrivas med målet att kunna mäta patientens livskvalitet under och efter cancerbehandling samt att registrera livskvalitetsmått i de nationella kvalitetsregistren.	Under 2012 ska instrument för mätning av livskvalitet bli föremål för praktiska tester

<b>Specifika mått som avser bröstcancer</b>	<b>Indikator</b>	<b>Målnivå</b>
Väntetider	Sammanlagd tid från remissankomst till besked om fortsatt behandling efter operation.	Högst 49 dagar för minst 80% av patienterna.
	Tid från remissankomst till bröstmottagning eller bröstradiologisk undersökning till besked om diagnos.	Högst 21 dagar för minst 80% av patienterna.
	Tid från diagnosbesked till operation.	Högst 14 dagar för minst 80% av patienterna.
	Tid från operation till besked om fortsatt behandling.	Högst 14 dagar för minst 80% av patienterna.
	Tid från information om fortsatt behandling till behandlingsstart av kemoterapi.	Högst 28 dagar för minst 80 % av patienterna.
	Tid från information om fortsatt behandling till start av radioterapi.	Högst 42 dagar för minst 80 % av patienterna.
Övriga processmått	Information om värdet av fysisk aktivitet.	Alla enheter har denna rutin samt erbjudande om uppföljande samtal.
	Uppföljning efter start av hormonbehandling.	Dokumenterat uppföljningssamtal 6 - 12 veckor efter beh.start för minst 95 % av patienterna..
Resultatmått	Andel patienter med lokalrecidiv.	Högst 7 % fem år efter bröstbevarande op. Högst 6 % fem år efter mastektomi.

<b>Specifika mått som avser prostatacancer</b>	<b>Indikator</b>	<b>Målnivå</b>
Väntetider	Tid från utfärdande av remiss till besök vid urologmottagning.	Högst 6 v. <sup>27</sup> för minst 80 % av patienterna.. I denna tid ingår de 4 veckor som krävs mellan 2 PSA-prov innan ytterligare utredning inleds
	Tid från biopsitagning till information om resultatet.	Högst 2 v för minst 80 % av patienterna..
	Tid från diagnosbesked till behandlingsstart vid prostatacancer med hög risk och intermediär risk.	Högst 6 v inklusive eventuell ”second opinion” för minst 80 % av patienterna.
	Tid från diagnosbesked till behandlingsstart vid prostatacancer med låg risk.	Högst 10 v inklusive eventuell ”second opinion” för minst 80 % av patienterna.
Patient-rapporterade mått	Urinkontinens 1 år postoperativt.	Mer än 90 % av patienterna är urinkontinenta (använder < 2 droppskydd/dygn) ett år postoperativt.
	Tarmbesvär 1 år efter strålbehandling.	Mer än 75 % av patienterna anger ”Bowel bother index” < 2 ett år efter strålbehandling.
Prognos-relaterade mått	Andel fria resektionsmarginaler vid tumörstadium pT2 och intention till nervsparande kirurgi	Mer än 85 % av patienterna har fria resektions-marginaler efter prostatektomi vid pT2 och intention till nervsparande kirurgi.
Resultatmått	PSA 1 år efter strålbehandling utan hormonbehandling.	Mer än 80 % av patienterna har PSA < 1 ett år efter kurativt syftande strålbehandling (inklusive brachyterapi) utan neoadjuvant hormonbehandling.
	PSA recidiv för patienter med intermediär risktumör 5 år efter operation (prostatektomi) resp strålbehandling.	PSA-recidiv fem år efter behandling: < 25 % av patienter efter prostatektomi och < 10% efter strålbehandling <sup>1</sup> .

<sup>1</sup> Skillnaden i PSA-recidivfrekvens efter kirurgi jämfört med efter strålbehandling beror på olika definition av PSA- recidiv i de två grupperna



<b>Specifika mått som avser tjock- och ändtarmscancer</b>	<b>Indikator</b>	<b>Målnivå</b>
Väntetider	Tid från remissankomst till behandlingsbeslut.	Högst 27 dagar för minst 80 % av patienterna.
	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart.	Högst 20 dagar för minst 80 % av patienterna.
	Tid från kurativ kirurgisk behandling till postop MDT-konferens.	Högst 21 dagar för minst 80 % av patienterna.
Prognosrelaterade mått	Minst 12 lymfkörtlar i op.preparatet efter kurativ operation.	Ska gälla för minst 95 % av patienterna.

<b>Specifika mått som avser lungcancer</b>	<b>Indikator</b>	<b>Målnivå</b>
Väntetider	Tid från remissankomst till behandlingsbeslut.	Högst 27 dagar för minst 80 % av patienterna.
	Tid från behandlingsbeslut till kurativt syftande kirurgi.	Högst 20 dagar för minst 80 % av patienterna.
	Tid från behandlingsbeslut till start av kemoterapi(palliativ eller kurativ).	Högst 13 dagar för minst 80 % av patienterna.
	Tid från behandlingsbeslut till start av radioterapi(palliativ eller kurativ).	Högst 13 dagar för minst 80 % av patienterna.
Övriga processmått	Klinisk stadiindelning jämfört med stadiindelning grundad på patologisk-anatomisk diagnostik (PAD) för opererade patienter.	Preoperativ stadiindelning (cTN) överensstämmer med postoperativ stadiindelning (pTN) i mer än 80 %.
	Andel patienter i kliniska studier.	Mer än 15 % av patienter ingår i klinisk studie under någon del av sjukdomen

<b>Specifika mått som avser gynekologisk cancer</b>	<b>Indikator</b>	<b>Målnivå</b>
<b><i>Cervixcancer</i></b>		
Väntetider	Tid från remissankomst till besked om uppföljning eller efterbehandling.	Högst 5 veckor för minst 80 % av patienterna.
	Tid från remissankomst till start av adjuvant efterbehandling.	Högst 10 veckor för 100 % av patienterna.
	Tid från remissankomst till start av strål +/- cytostatikabehandling.	Högst 5 veckor för minst 90 % av patienterna.
<b><i>Corpuscancer</i></b>		
Väntetider	Tid från remissankomst till besked om uppföljning eller efterbehandling.	Högst 5 veckor för minst 80 % av patienterna
	Tid från remissankomst till operation.	Högst 2 veckor för 100 % av patienterna.
<b><i>Ovarialcancer</i></b>		
Väntetider	Tid från remissankomst till operation eller neoadjuvant cytostatikabehandling.	Högst 4 veckor för minst 90 % av patienterna.
Prognosrelaterat mått	Andel makroskopiskt radikalopererade i stadium 3 vid primäroperation.	Minst 30%.
	Tid från operation till cytostatikabehandling	Högst 6 veckor för 100 % av patienterna.
<b><i>Vulvacancer</i></b>		
Väntetider	Tid från remissankomst till besked om uppföljning eller efterbehandling.	Högst 5 veckor för 80 % av patienterna.
	Tid från remissankomst till start av adjuvant efterbehandling.	Högst 10 veckor för 100 % av patienterna.

KEFU SKRIFTSERIE 41  
ISSN 1102-8483  
ISRN KEFU-SKR-41\_SE

KEFU  
BOX 7080  
220 01 LUND  
Tel: 046-22 78 20  
Fax: 046-222 42 16