

NATIONELL STYRNING FÖR ÖKAD JÄMLIKHET INOM CANCERSCREENINGEN



CANCER
FONDEN

Innehåll

Inledning	4
Dagens utmaningar inom screeningverksamheten i Sverige	5
1. Ojämnt deltagande i befintliga screeningprogram	5
2. Ojämnt utförande av screening	7
3. Bristande uppföljning av screeningprogram	7
4. Långsamt och ojämnt införande av nya screeningprogram	8
Utredning om statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården	9
Cancerfondens inspel till Vårdansvarskommittén	9
Vårdansvarskommitténs scenarier för statligt huvudmannaskap	10
Cancerfondens förslag	11
1. Inrättandet av ett nationellt screeningcentrum	11
2. Förstärkt reglering av screeningprogrammen	13
3. Systematisk och årlig uppföljning av Socialstyrelsen och RCC i samverkan	14
4. Finansiella incitament genom riktade statsbidrag	16
Cancerfondens förslag utifrån Vårdansvarskommitténs scenarier ..	18
1. Inrättandet av ett nationellt screeningcentrum	18
2. Förstärkt reglering av screeningprogrammen	18
3. Systematisk och årlig uppföljning av Socialstyrelsen och RCC i samverkan	20
4. Finansiella incitament genom riktade statsbidrag	20
Avslutning	21
Källor	22

Inledning

Tidig upptäckt av cancer ger både större möjlighet till en mer skonsammare behandling med färre men och biverkningar, och en faktisk ökad chans att kunna bli botad. Tidig upptäckt räddar liv.

Cancerfonden har tagit fram fyra mål för Sverige 2030 och ett av dem är att 30 procent av alla cancerfall upptäcks i ett tidigare skede. För att vi ska nå detta mål är Sveriges nationella cancerscreeningprogram viktiga verktyg. Genom ett högt och jämlikt deltagande i screeningprogrammen kan fler fall av några av våra vanligaste cancerformer upptäckas i ett tidigare och behandlingsbart skede. Att säkerställa ett högt och jämlikt deltagande i screeningprogrammen är dessutom något Sverige förbundit sig till i enlighet med EU:s cancerplan.

Cancervården är ett område präglad av betydande och omotiverade ojämlikheter, både geografiska och socioekonomiska. Dessa ojämlikheter förekommer längs hela cancerresan, från förebyggande insatser och tidig upptäckt till vård, behandling, rehabilitering och palliativ vård. Ojämlikheter märks även genom hela vårdkedjan relaterad till cancerscreening, från erbjudandet om screening, det faktiska genomförandet, till uppföljningen efteråt. Skillnaderna finns både mellan och inom Sveriges regioner.

Cancerfonden har under de senaste åren arbetat på olika sätt för öka deltagandet i screeningprogrammen. Det har skett bl.a. via kunskapshöjande insatser gentemot målgrupperna för screeningen och genom påverkansarbete för att få regionerna att vidta olika insatser som höjer det totala deltagandet men även åtgärder som särskilt riktar sig mot grupper som deltar i lägre utsträckning, t.ex. utrikesfödda kvinnor, personer med psykisk ohälsa eller personer som bor på glesbygden.

År 2024 publicerade Cancerfonden en guide som riktar sig till regionerna med syftet att få fler att delta i screeningen och även göra screeningdeltagandet mer jämlikt. Guiden innehåller handfasta tips och metoder på hur screeningdeltagandet kan öka och hur specifika underrepresenterade grupper kan nås.

Cancerfonden ser dock att om de omotiverade skillnaderna ska minska finns det även behov av en starkare statlig styrning. Denna rapport innehåller därför förslag på hur styrningen skulle kunna vidareutvecklas. I arbetet med att ta fram rapporten har Cancerfonden bl.a. genomfört intervjuer med 13 experter inom cancerscreeningområdet i Sverige. Samtliga citat som presenteras i rapporten är hämtade från dessa intervjuer.

Den data som har använts för att mäta deltagandet i mammografin har samlats in via RCC i samverkan och

kommer från den data regionerna själva rapporterar in till organisationen. Data för livmoderhalscancerscreeningen kommer från NKCx (Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention) och datan för tarmcancerscreeningen från SveReKKS (Svenskt kvalitetsregister för koloskopier och kolorektalcancerscreening). Deltagandegraden, det vill säga andelen personer som deltar i screening efter att ha fått en kallelse, används för att mäta deltagande i mammografiprogrammet och i screeningprogrammet för tarmcancer. För screening av livmoderhalscancer används istället täckningsgrad, det vill säga andelen kvinnor som genomfört ett HPV-prov inom rekommenderat intervall oavsett om man fått en kallelse eller inte. Det beror bland annat på att många kvinnor får ett hemtest istället för kallelse, och täckningsgraden är därför ett mer rättvisande mått.

Det finns i dag tre nationella screeningprogram

- **Bröstcancerscreening** som minskar dödligheten med 25 procent. Cirka 60 procent av alla bröstcancerfall upptäcks via screening.
- **Livmoderhalscancerscreening** som minskar dödligheten med 35 procent. Sjukdomsförekomsten har dessutom minskat med 60 procent sedan screening infördes.
- **Tarmcancerscreening** som minskar dödligheten med 15 procent. Programmet kommer dock att vara fullt utbyggt i Sverige först 2026.



1 av 5 kvinnor saknas i mammografin, samma siffra gäller för livmoderhalscancerscreeningen.

Ungefär **1 av 3** saknas i tarmcancerscreeningen.

Ungefär **200 liv** hade kunnat räddas årligen om deltagandet var lika högt överallt.

Vill du veta mer om hur du kan öka deltagandet? Ladda ner guiden **Rädda liv - öka deltagandet** här.



Dagens utmaningar inom screeningverksamheten i Sverige

Cancerfonden ser primärt fyra utmaningar med screeningverksamheten idag. De utmaningarna behöver adresseras för att screeningen ska bli mer jämlik och fler cancerfall ska kunna hittas tidigare.

1 Ojämnt deltagande i befintliga screeningprogram

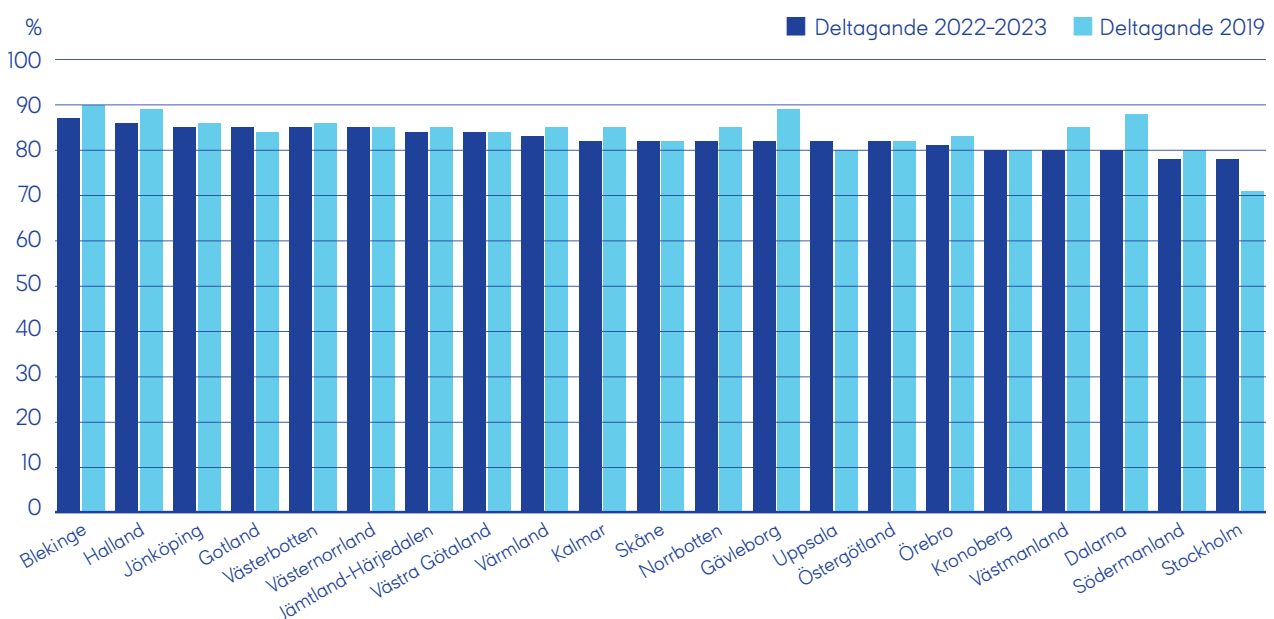
Trots att vi vet att screening är ett effektivt sätt att upptäcka cancer tidigt och för att kunna rädda liv är deltagandet i de tre nationella screeningprogrammen i Sveriges samtliga regioner för lågt. År 2022/2023 var det ungefär en av fem kvinnor som inte tog ett HPV-test och ännu färre som deltog i screeningprogrammet (det vill säga att man tog ett HPV-test i samband med att man blev erbjuden det inom ramen för screeningprogrammet). En av fem kvinnor gick inte heller på sin mammografi. Endast 64 procent deltog i tarmcancerscreeningen. Cancerfondens uträkningar visar att ungefär 200 liv skulle kunna räddas varje år om screeningdeltagandet vore lika högt i hela landet.

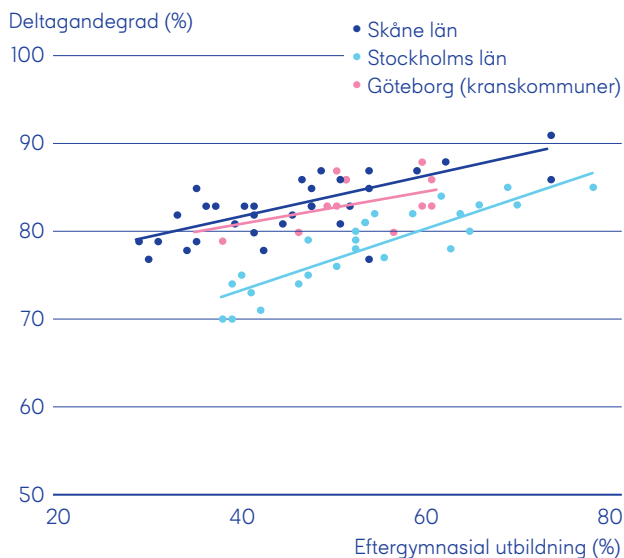
🗨️ Erbjudandet om att delta i screening når inte fram till alla. Det finns till exempel grupper där cancer är något som är fult och som man inte vill konfronteras med. Det är ett kulturellt problem att många upplever screening som jobbigt och obehagligt

Representant från cancerpatientorganisation

Det finns inga tecken på att utvecklingen går åt rätt håll. Deltagandet i bröstcancerscreeningen är i stort sett oförändrat sedan 2019, och går på många håll ned (dock måste man här betänka eventuella effekter av covid-19-pandemin). Under de senaste tre åren har deltagandet i mammografin ökat nämnvärt i endast Region Stockholm, som var den region som hade lägst deltagande 2019.

Deltagande i mammografi 2019 och 2022-2023





Skillnader i mammografideltagande 2022/2023 mellan kommuner i storstadsregioner baserat på utbildningsnivå

Eftersom samtliga regioner nu har påbörjat implementeringen av tarmcancerscreening deltar fler personer än tidigare. Trots det har det procentuella deltagandet av de som erbjuds tarmcancerscreening gått ner sedan Cancerfonden publicerade sin senaste screeningrapport 2021 (då med siffror från 2019).

Förutom det ojämna deltagande mellan regionerna ser vi skillnader även inom regionerna, för samtliga screeningprogram. Inkomst- och utbildningsnivå såväl som var du är född är några av de faktorer som påverkar deltagandet. Även dessa skillnader har legat fast sedan 2019. Särskilt tydligt är det att de socioekonomiskt betingade skillnaderna kvarstår, exempelvis inom mammografideltagandet i Stockholm där det totala deltagandet gått upp. Samma skillnader ser vi också i tarmcancerscreeningen.

Det ojämlika deltagandet i screeningprogrammen har flera orsaker. En orsak är att erbjudandet om screening presenteras och kommuniceras på olika sätt i regionerna, vilket påverkar deltagandet. Exempelvis skiljer sig tidpunkten för utskick av erbjudandet, vilken information som inkluderas, och vilka insatser regionerna vidtar om en person väljer att inte delta. Dessa skillnader kan ha stor betydelse för hur många som faktiskt deltar i programmen.

Trots att det finns vissa utvecklade gemensamma kallelsesystem och nationella mallar för kallelser och svarsbrev, framhåller intervjuade experter att det fortfarande finns betydande skillnader i hur kallelser till screening hanteras mellan olika regioner. Några av de viktigaste skillnaderna som nämns inkluderar:

- **Användning av nationellt stöd**

De gemensamma kallelsesystemen och de nationella mallarna för kallelser och svarsbrev nyttjas inte fullt ut i alla regioner, vilket leder till variationer i den information som skickas ut till invånarna.

- **Bokningsmetoder**

I vissa regioner innehåller kallelsen en förbokad tid för screening, medan andra ger mottagaren möjlighet att boka en tid själv. Förbokade tider har visat sig vara mer effektiva för att öka deltagandet.

- **Självprovtagning**

För livmoderhalscancer varierar det om ett självprov skickas med kallelsen. Vissa regioner inkluderar självprovet i den första kallelsen, medan andra inte erbjuder denna möjlighet direkt.

- **Tidpunkt för utskick**

Tiden då kallelser skickas ut varierar beroende på regionens organisation, val av kallelsesystem och tillgång till resurser. Vissa regioner har en fullständig översikt och robusta system, medan andra saknar detta, vilket kan resultera i försenade utskick.

- **Språklig tillgänglighet**

Det finns också variationer i hur väl kallelserna når grupper som inte har svenska som modersmål. Vissa kallelser inkluderar anvisningar om hur man kan få information på andra språk, medan detta saknas i andra regioner.

Efter att en kallelse har skickats ut och mottagaren har valt att inte delta, skiljer sig uppföljningen åt mellan regionerna. I vissa regioner används sms-påminnelser, vilket har visat sig vara effektivt för att öka deltagandet. Andra regioner tolkar felaktigt lagstiftningen som att hälso- och sjukvården inte har rätt att kontakta invånare via sms utan uttryckligt samtycke, vilket innebär att påminnelser i stället skickas via brev. Det finns även regioner som inte arbetar med påminnelser alls.

På liknande sätt varierar också graden av insatser för att nå särskilda grupper i samhället som traditionellt sett har ett lägre deltagande i screeningprogrammen. Dessa insatser är:

- **Riktade insatser**

På vissa platser genomförs riktade insatser för att nå dessa grupper där de redan befinner sig, till exempel i idrottsföreningar eller trossamfund.

- **Utbildade hälsoinformatörer**

Vissa regioner har utbildat hälsoinformatörer som är specialiserade på att informera grupper som kan vara skeptiska till screening, och som betonar vikten av att delta.

- **Mobila screeningheter**

I vissa områden har särskilda initiativ införts för att underlätta deltagandet för personer i glesbygdsområden, till exempel genom att tillhandahålla mobila screeningheter. Detta kan göra en betydande skillnad för deltagandet, eftersom avgiftsfri screening inte nödvändigtvis innebär att inga kostnader är förknippade med den. Exempelvis kan kostnader för resor och övernattnin vara ett

hinder för deltagande, särskilt för personer i glesbygden.


- **Anpassad kommunikation**

För personer med funktionsnedsättningar eller psykiatriska tillstånd kan det vara avgörande att kallelsen anpassas efter deras behov, exempelvis genom att kompletteras med ett telefonsamtal. Detta görs på vissa platser, men inte överallt.

2 Ojämnt utförande av screening

En annan del av screeningen som är ojämn är utförandet av den. Det finns t.ex. variationer i tillgången till medicinteknisk utrustning mellan regionerna. Till exempel saknas riktlinjer för den "lägsta standard" av utrustning som en region bör ha för mammografiscreening. Vissa regioner använder mer avancerade metoder, som artificiell intelligens (AI) eller magnetkameraundersökning, vilka anses hålla högre standard, men dessa tillämpas inte överallt.

För alla tre nationella screeningprogram finns vårdprogram framtagna. Det nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention och tjock- och ändtarmscreening fastställdes av RCC i samverkan under 2022. RCC i samverkans utvärdering från 2024 visar att följsamheten till de framtagna vårdprogrammen varierar mellan regionerna. Bland annat lyfter man fram att det trots vårdprogrammets rekommendationer fortsätter att erbjuda behandlingar på det sätt man "alltid gjort". Otvetydiga rekommendationer lyfts fram som en möjlig lösning. Utvärderingen visar också att man behöver prioritera en mer jämlik implementering av vårdprogrammen framöver. För bröstcancerscreening håller ett nationellt vårdprogram på att utvecklas av den nationella vårdprogramgruppen för bröstcancer inom RCC i samverkan, och det var ute på remiss fram till mitten av april 2024. Eftersom det saknas tydlig styrning och krav på att följa vårdprogrammen, blir det en fråga om regionernas kompetens och prioriteringar som avgör i vilken utsträckning vårdprogrammen efterlevs.

 *Det finns massor med kompetens i regionerna för sjukvård, men inte tillräckligt med kompetens i alla regioner för screening.*

Expert

3 Bristande uppföljning av screeningprogram

Att screeningprogrammen följs upp är en förutsättning för att kunna sätta in rätt insatser för förbättringar och ökat deltagande. Trots det följer inte Socialstyrelsens sin egen plan för regelbunden uppföljning och det är svårt för myndigheter, politiker och allmänhet m.fl. att följa utvecklingen.



Ju mer man kan standardisera och centralisera cancerscreeningen i Sverige, desto bättre blir det.

Expert

Socialstyrelsens modell för de nationella screeningprogrammen omfattar både rekommendation och uppföljning av dessa program. Uppföljningen sker utifrån två huvudsakliga aspekter: 1) utvärdering av regionernas följsamhet till screeningprogrammet och 2) utvärdering av utfallet, för att säkerställa att insatsen lever upp till den förväntade nyttan.

Utvärderingarna fokuserar på flera viktiga områden, bland annat:

- **Indikatorer för screening**
Exempelvis deltagandefrekvenser och täckningsgrad, som ger en bild av hur många som nås av programmet.
- **Strukturer och organisation**
Hur de organisatoriska strukturerna påverkar utfallet och effektiviteten av screeningprogrammet.
- **Tillgång till personal och kompetensutveckling**
Hur väl regionerna är bemannade och vilka möjligheter som finns för fortbildning och kompetensutveckling av personalen.
- **Patientperspektivet och den fortsatta vårdkedjan**
Hur patienterna upplever screeningprocessen och hur väl den integreras i den fortsatta vården.
- **Regionernas implementeringsinsatser**
De aktiviteter och strategier som regionerna använder för att införa screeningprogrammet och öka deltagandet.

Genom att granska dessa aspekter strävar Socialstyrelsen efter att säkerställa att de nationella screeningprogrammen är effektiva och bidrar till jämlik vård över hela landet.

För att genomföra utvärderingar av de nationella screeningprogrammen använder Socialstyrelsen en kombination av olika datakällor; hälsodataregister, enkäter, data från andra myndigheter och nationella kvalitetsregister för respektive screeningprogram. Socialstyrelsens hälsodataregister, såsom cancerregistret, patientregistret och dödsorsaksregistret, övervakar incidens, dödlighet och medicinska åtgärder kopplade till de sjukdomar som screenas för. Utöver detta skickar Socialstyrelsen frivilliga enkäter till regioner och screeningverksamheter för att samla in information om organisatoriska och kompetensrelaterade aspekter av screeningprogrammen.


Socialstyrelsens målsättning har varit att genomföra utvärderingar av varje screeningprogram vart femte år, men det har visat sig svårt att hålla denna tidsplan, främst på grund av utmaningar med att få tillgång till adekvat data.

För de cancerformer som omfattas av de nationella screeningprogrammen finns nationella kvalitetsregister, men täckningsgraden varierar avsevärt mellan registren. Det nationella kvalitetsregistret för Cervixprevention (NKCx) har full täckning med 100 procent av data om kalleiser, cellprov och vävnadsprover från cervix, vilket ger goda förutsättningar för uppföljning av livmoderhalscancerscreeningen. På samma sätt har det svenska kvalitetsregistret för koloskopier och kolorektalcancerscreening (SveReKKS) full täckning med 100 procent av data för utskick och avföringsprover, vilket möjliggör effektiv uppföljning av tjock- och ändtarmscancerscreeningen.

För mammografi finns dock stora brister i uppföljningen, eftersom det nationella kvalitetsregistret (NKM) för närvarande endast omfattar tre regioner: Västmanland, Värmland och Västernorrland. Detta innebär att endast en liten del av målgruppen är täckt av registret, vilket försvårar en nationell uppföljning av mammografi-screeningen.

Många av de experter som har intervjuats anser att det är problematiskt att regionernas deltagande i de nationella kvalitetsregistren är frivilligt, eftersom detta kan leda till långsam uppbyggnad av täckningsgrad och data av god kvalitet för nationell uppföljning och utvärdering. Skillnader i anslutning till kvalitetsregistren skapar också utmaningar för regional uppföljning av programmen. I vissa regioner har man full överblick över målgruppen, hur de har kallats och om de har deltagit i screeningen, hur många påminnelser de har fått och så vidare. I andra regioner finns betydande brister i överblicken och inga bra system för att enkelt följa upp målgruppen. Detta innebär att utmaningarna med uppföljning av screeningprogrammen inte bara finns på nationell nivå, utan även på regional nivå i vissa delar av landet.

4 Långsamt och ojämnt införande av nya screeningprogram

 *Problemen hade kunnat lösas om Socialstyrelsen sa "nu ska det här göras i alla regioner".*

Företrädare från en cancerpatientorganisation

Införandet av nya screeningprogram i regionerna går generellt sett långsamt, vilket leder till ojämlikheter i vården. Socialstyrelsen har ansvaret för att utarbeta rekommendationer för nationella screeningprogram, med målet att uppnå nationell samordning och skapa förutsättningar för en jämlik vård. Trots att Socialstyrelsen enbart tar fram rekommendationer har regionerna inte fullständig frihet att välja vilka screeningprogram de vill implementera.

Enligt lagen (2016:659) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården med tillhörande förordningar (2019:313) och (2016:660) är regionerna skyldiga att

erbjuda avgiftsfri screening för livmoderhalscancer och bröstcancer. Detta innebär att regionerna inte själva kan besluta om de ska tillämpa dessa screeningprogram eller inte. Däremot finns det inget lagkrav på att erbjuda avgiftsfri screening av tjock- och ändtarmscancer, vilket innebär att regionerna själva får besluta om och när detta screeningprogram ska införas. Det innebär att tiden för implementeringen av detta program varierar mellan regionerna och det har lett till att en persons bostadsort blir avgörande för möjligheten till screening.

Flera av de intervjuade pekar på problematiken med att det är upp till regionerna att bestämma om och när ett screeningprogram ska implementeras. Detta eftersom Socialstyrelsens rekommendationer inte är bindande. Detta leder till stora variationer i hur snabbt olika regioner inför nya screeningprogram. Vissa regioner agerar snabbt, ibland till och med innan Socialstyrelsen har beslutat om sina rekommendationer, medan andra regioner har sämre förutsättningar, exempelvis vad gäller personal och teknik, eller inte vidtar de åtgärder som krävs skyndsamt, och ligger långt efter i sitt införande.

Enligt patientlagen (2014:821) har patienter möjlighet att, på eget initiativ, delta i screeningen i en annan region i det fall den egna regionen inte erbjuder screening ännu. Det innebär att screeningen i denna region ska erbjudas på samma villkor som för regionens egna invånare. Trots denna möjlighet är det dock få patienter som nyttjar den.

Skillnaderna mellan regionerna blir kanske allra tydligast när det gäller just införandet av nya och uppdaterade screeningprogram. Exemplet med tarmcancerscreeningen gör det påtagligt att mer behöver göras. Socialstyrelsens rekommendation om screening för tarmcancer kom 2014, men programmet beräknas vara fullt utbyggt i hela Sverige först 2026. Det innebär att det kommer skilja tolv år mellan tillgången till tarmcancerscreening mellan Region Stockholm som var först att införa det och Västra Götalandsregionen som beräknas vara den region där programmet är fullt utbyggt sist. Det är alldeles för långsamt och skapar ytterligare ojämlikheter.

Det finns således fyra utmaningar med screeningverksamheten

1. För få deltar totalt
2. Skillnaderna mellan olika grupper och regioner är för stora
3. Implementeringen av nya och uppdaterade screeningprogram är för ojämlig
4. Utförandet av screening är ojämnt och uppföljningen är bristfällig.

Det är tydligt att mer behöver göras för att utjämna de skillnader som finns mellan regionerna.

Utredning om statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Den 1 juni 2023 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté för att utreda införandet av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården (dir. 2023:73). Kommittén, som har tagit namnet Vårdansvarskommittén, ska redovisa sitt uppdrag senast den 2 juni 2025.

Enligt direktivet ligger bakgrunden till att kommittén har tillsatts i de problem som har identifierats med den nuvarande ordningen, där ansvaret för huvuddelen av hälso- och sjukvården ligger hos regionerna. Några av de problem som beskrivs är:

- Förekomsten av betydande skillnader mellan regionerna både vad gäller tillgänglighet till vård och utfallet av sjukvårdens insatser.
- Jämförelsevis låg prestation av den svenska sjukvården vad gäller hur patienter bedömer delaktighet, information och samordning mellan olika sjukvårdsproducenter
- Regionernas oförmåga att leva upp till vad som är författningsmässigt stadgat för tillgänglighet till vård
- Svårigheter för staten, som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården, att driva utvecklingen i önskvärd riktning

För att möta dessa problem har kommittén pekat ut sex särskilda reformmål som ett förändrat ansvar och huvudmannaskap för hälso- och sjukvården ska uppnå.

Kommittén har även i uppdrag att undersöka hur ett statligt ansvar för hälso- och sjukvården skulle påverka administrationen. En rapport till Vårdansvarskommittén visar att fler organisatoriska enheter och nivåer kan öka administrativa kostnader genom fler relationer och behov av samordning. Om staten tar över men behåller eller ökar antalet organisationer, kan administrationen bli större. För att minska administrationen behövs därför färre enheter. Dessutom påverkas administrationen av lagar och normer, som inte nödvändigtvis ändras med statligt ansvar.

Vårdansvarskommitténs arbete ska resultera i en redovisning av vilka för- och nackdelar som finns med ett förändrat huvudmannaskap jämfört med dagens ordning, förslag på förändringar för att möta identifierade

Vårdansvarskommitténs sex reformmål

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet ska bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till hälso- och sjukvården ska förbättras.
3. En ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna ska uppnås.
4. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ska stärkas och arbetsmiljön förbättras.
5. En hållbar, långsiktig och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården ska säkras.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården ska förbättras.

problem, förslag på hur den statliga styrningen på ett ändamålsenligt sätt kan stärkas i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet samt en tidplan för att genomföra kommitténs förslag.

Cancerfondens inspel till Vårdansvarskommittén

Under hösten 2023 initierade Vårdansvarskommittén en öppen konsultation där vem som helst med kunskap och synpunkter kunde komma med inspel till utredningen. Synpunkterna som skulle skickas in skulle enligt kommitténs instruktioner utgå från fem frågor, som hade formulerats utifrån kommittédirektiven:

1. Vilka problem/utmaningar inom hälso- och sjukvårdsområdet ser ni att kommittén bör fokusera på i arbetet?
2. Tror ni att ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra med bättre förutsättningar att hantera de utmaningar/problem som ni lyft i fråga 1?

3. Finns det särskilda alternativ/scenarier som kommittén bör analysera närmare när det gäller en förändrad ansvarsfördelning mellan staten och regionerna i hälso- och sjukvården?
4. Vilka konsekvenser ser du/ni att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna få ur olika perspektiv?
5. Vilka övriga medskick eller perspektiv vill du/ni lyfta till kommitténs arbete?

Cancerfonden skickade in ett inspel till kommittén och i det tar vi inte ställning för eller mot ett statligt huvudmannaskap av hälso- och sjukvården. Däremot lyfter Cancerfonden utmaningarna på screeningområdet och att det finns behov av en tydligare nationell ambition, en starkare statlig styrning och samordning, förbättrad uppföljning samt ett bättre statligt stöd för att säkerställa att screeningprogrammen verkligen når alla i målgrupperna, i hela landet. De stora skillnaderna i deltagande i screeningprogrammen, både inom och mellan regioner, samt mellan olika grupper är ett område som skulle vinna på ökad statlig styrning. Ett annat område är de stora skillnader som finns mellan olika regioner i införandet av nya och uppdaterade screeningprogram. Cancerfonden tydliggjorde också att en ökad statlig styrning skulle kunna underlätta arbetet med att sätta upp nationella och mätbara mål för hur de socioekonomiska och geografiska skillnaderna i cancervården ska minska.

I direktivet till Vårdansvarskommittén anges att hälso- och sjukvårdens utmaningar i form av bland annat bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet har resulterat i förväntningar på ett

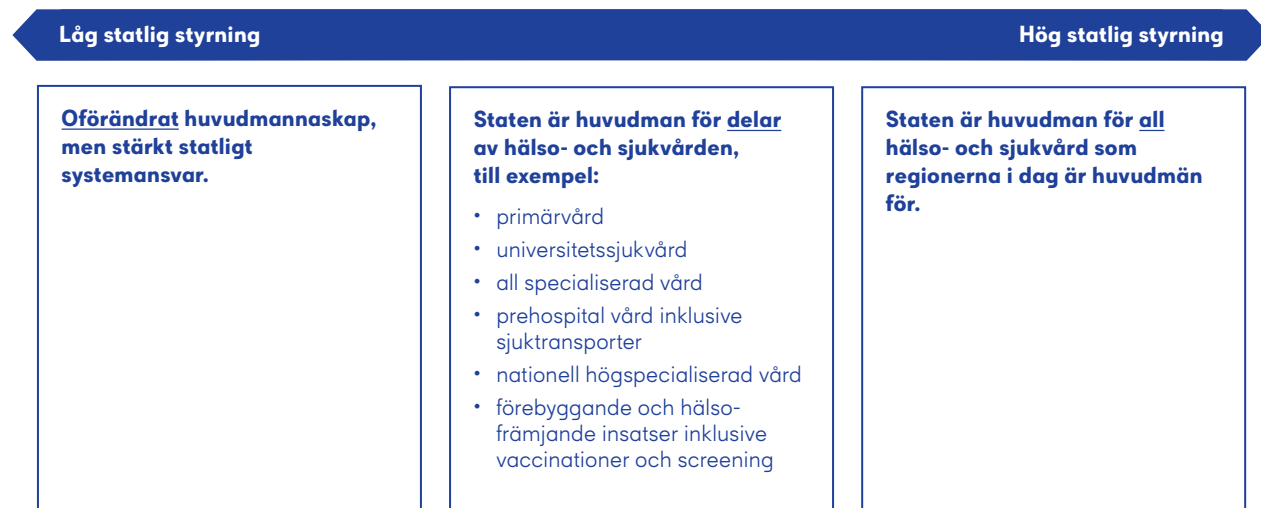
ökat statligt ansvarstagande och stärkt statlig styrning. I direktivet beskrivs behovet av att ompröva statens ansvarstagande och styrning avseende hälso- och sjukvården. Syftet med en sådan omprövning är att stärka patienternas rätt till jämlik vård och att säkerställa en effektiv användning av resurser. Dessa problem finns även inom cancerscreeningen i Sverige, där ojämlikt deltagande i befintliga screeningprogram, långsam och ojämlik införandetakt av nya screeningprogram, ojämlik vård vid screening och bristande nationell uppföljning av screeningprogrammen visar på ett behov av mer centraliserad styrning.

Vårdansvarskommitténs scenarier för statligt huvudmannaskap

Under våren 2024 utarbetade Vårdansvarskommittén ett antal scenarier för att beskriva och analysera ett helt och ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Scenarierna ska inte ses som slutgiltiga förslag från kommittén utan ska användas för att samla in kunskap och beskriva möjligheter och risker med förändrad ansvarsfördelning och styrning. Utifrån analyser av scenarierna ska Vårdansvarskommittén föreslå en samlad bedömning och rekommendation på huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Scenarierna utgår från olika grader av statlig styrning där den första bygger på ett oförändrat huvudmannaskap men med ett stärkt statligt systemansvar. I det andra scenariot har staten tagit över huvudmannaskapet från regionerna för vissa delar av hälso- och sjukvården, exempelvis universitetssjukhusen eller förebyggande insatser som vaccination eller screeningprogram. I det tredje scenariot är staten huvudman för all hälso- och sjukvård som regionerna idag är huvudmän för.

Preliminära scenarier för statligt huvudmannaskap



Cancerfondens förslag

Det finns flera sätt att öka den statliga styrningen och nationella samordningen av screeningverksamheten och på så sätt få bättre förutsättningar att öka jämlikheten och det totala deltagandet.

Cancerfonden ser flera sätt att öka den statliga styrningen och nationella samordningen av screeningverksamheten. Cancerfondens fyra förslag presenteras i fallande ordning utefter vår bedömningen av vilken effekt förslagen kan väntas ha för ökat deltagande och ökad jämlikhet


För att effektivt bemöta de utmaningar som finns inom screeningområdet ser vi att förslag 1 eller 2 är rätt väg att gå. Det är förslag som är mer genomgående och som bättre har möjlighet att möta de utmaningar som finns med mindre risk att fastna i problematik liknande den vi ser idag. Cancerfonden presenterar dock ytterligare två förslag som är möjligt att lättare implementera, och som skulle kunna fungera som första steg för att utjämna skillnaderna inom screeningen.

Samtliga förslag går väl i linje med Vårdansvarskommitténs inriktning, problembeskrivningar och reformmål och skulle kunna ingå i kommitténs förslag, men är också fullt ut möjliga att ta vidare vid sidan av kommitténs arbete.

Se exempel på hur förslagen skulle kunna ingå i Vårdansvarskommitténs scenarier på sida 18.

1 Inrättande av ett nationellt screeningcentrum

Intervjuerna med experterna har visat att det nuvarande systemet, där alla regioner förväntas hantera samtliga aspekter av cancerscreeningen, leder till både ojämlikhet och ineffektivitet. Enligt en av de intervjuade experterna arbetar uppskattningsvis omkring 400 personer inom regionerna med screening i någon form. Experterna har lyft att medan vissa av dessa har mycket hög kompetens inom området, är andra endast delvis insatta i arbetet. Flera experter menar att det skulle vara mer effektivt att centralisera kompetensen inom vissa delar av cancerscreeningprocessen. De flesta anser att själva utförandet av screeningen bör fortsätta att bedrivas av respektive region, men det finns också de som anser att ett nationellt screeningcentrum borde

 *Det vore mycket enklare om alla screeningbrev var samma och utgick från samma organisation, och att det följdes upp på samma ställe.*

Ordförande för en cancerpatientorganisation

Sammanfattning av Cancerfondens fyra förslag på ökad statlig styrning och nationell samordning

- 1 **Inrättandet av ett nationellt screeningcentrum**
Ett nationellt centrum med övergripande ansvar för screeningverksamheten skulle kunna säkerställa en mer konsekvent och jämlik implementering och uppföljning av screeningprogrammen över hela landet.
- 2 **Förstärkt reglering av screeningprogrammen**
Genom att säkerställa ett tillräckligt starkt bemyndigande och tydlighet i Socialstyrelsens regleringar kan enhetlighet och kvalitet i screeningprogrammen förbättras.
- 3 **Systematisk och årlig uppföljning av Socialstyrelsen och RCC i samverkan**
En mer strukturerad och regelbunden uppföljning från Socialstyrelsen och RCC i samverkan kan innebära att programmen implementeras och utvecklas enligt fastställda riktlinjer.
- 4 **Finansiella incitament genom riktade statsbidrag**
Att införa specifika statsbidrag kan skapa ekonomiska incitament för regionerna att snabbare och mer effektivt implementera och följa upp screeningprogrammen.



Det är viktigt att vi samordnar och standardiserar metoderna för cancerscreening nationellt. Att enas om hur kallelser och påminnelser ska skickas ut är inte svårt – det borde kunna göras på samma sätt i hela landet.

Expert

inrättas med övergripande ansvar för hela processen, inklusive den vård som är kopplad till screeningen.

De flesta experter föreslår ett nationellt screeningcentrum med begränsade uppgifter, något även Cancerfonden förordar, och det skulle vara:

- Kallelsehantering
- Utveckling av implementeringsplaner för nya screeningprogram
- Informationsspridning och rådgivning
- Uppföljning av screeningprogrammen

Cancerfonden anser att ett sådant screeningcentrum behöver vara statligt och det skulle kunna ligga organisatoriskt under Socialstyrelsen. Men regionerna skulle även fortsättningsvis vara ansvariga för själva utförandet av screeningen. Konstruktionen skulle påminna om det nationella donationscentrumet på Socialstyrelsen som är ett särskilt organ med ett nationellt samordningsuppdrag placerat på myndigheten. Ett sådant centrum skulle vara möjligt att upprätta utan att ett beslut om ett eventuellt statligt huvudmannaskap över hälso- och sjukvården skulle behöva tas.

Ett annat exempel att titta på är Tjeckiens nationella screeningcenter. Tjeckien har en befolkning av liknande storlek som Sverige, och precis som vi, ett regionalt organiserat hälso- och sjukvårdssystem även om vissa frågor i högre grad beslutas på nationell nivå i Tjeckien än i Sverige. Tjeckiens nationella screeningcenter grundades 2019 och tillhandahåller metoder, samordning, samt tekniskt och analytiskt stöd för tidig upptäckt av cancer. Det genomförs analyser av deltagandet i de nationella screeningprogrammen kontinuerligt. Efter att det nationella screeningcentret har startats upp har man sett en betydande ökning av deltagare i de nationella screeningprogrammen.

Möjligheter och utmaningar

Genom att centralisera vissa delar av screeningprocessen som idag inte utförs effektivt eller jämlikt mellan regionerna till ett statligt centrum, finns det potential att positivt påverka vissa av dagens utmaningar med cancerscreeningen. Om t.ex. kallelsehanteringen, inklusive specifika anpassningar för grupper med särskilda behov och effektiva påminnelser, optimeras, kan deltagandet i de befintliga screeningprogrammen förväntas öka markant. Om centrumet dessutom får ansvar för informationsspridning, ett uppdrag som inte är tydligt fördelat idag, kan denna ökning bli

ännu mer betydande. Dessa förändringar skulle inte bara effektivisera arbetet utan även minska kostnaderna för administration och uppföljning.

Vidare, genom att centrumet får ansvar för att utveckla en plan för införandet av nya screeningprogram, och dessutom ansvara för genomförandet av delar av denna plan, som exempelvis framtagandet av ett system för kallelse, kan pressen på regionerna att vara redo med sina delar öka. Detta förväntas leda till ett snabbare och mer jämlikt införande av nya och uppdaterade screeningprogram över hela landet.

Centrumet skulle även kunna ha i uppdrag att genomföra den nationella uppföljningen av screeningprogrammen, vilket är en aspekt som intervjuade experter anser vara nödvändig. På så sätt kan screeningcentrumet inte bara förbättra deltagandet och effektiviteten i dagens program, utan även följa så att nya program implementeras på ett konsekvent, effektivt och jämlikt sätt.

Att etablera och driva ett nationellt screeningcentrum skulle dock innebära initiala kostnader i form av resurser och tid. Det skulle kräva en betydande investering för att bygga upp nödvändig infrastruktur, rekrytera personal med rätt kompetens och säkerställa noggrann planering och resursfördelning. Att centrumet kan koppla till sig nödvändig expertis kan vara en utmaning. RCC i samverkan har lång erfarenhet och specialiserad kunskap inom cancerscreening som bör tas till vara av centrumet. Det är således viktigt att säkerställa att denna expertis inte går förlorad utan att samarbetet mellan RCC i samverkan och det nya centrumet fungerar smidigt.

En annan utmaning för det nya centrumet skulle vara avsaknaden av ett rikstäckande nationellt kvalitetsregister för mammografi. Detta innebär att centrumet skulle behöva hitta nya sätt att samla in dessa uppgifter för att säkerställa en enhetlig uppföljning och analys av screeningdata.

Utöver de utmaningar som är kopplade till uppstarten av en ny verksamhet, finns det också risk att denna förändring kräver stora strukturella och styrningsrelaterade utmaningar inom svensk hälso- och sjukvård. Att överföra ansvar och delar av screeningprocessen från regionerna till centrumet kan komma att innebära juridiska, tekniska och organisatoriska utmaningar, vilket sannolikt kräver antingen ny tillämpning av befintliga lagar eller ny lagstiftning.



Det finns idag betydande skillnader mellan regioner i kallelser till screening hanteras.

2

Förstärkt reglering av screeningprogrammen

Det långsamma och ojämlika införandet av screeningprogram såväl som ojämlikheterna inom befintliga screeningprogram, är ett tecken på att det idag är ett betydande problem att Socialstyrelsens rekommendationer för nationella screeningprogram inte är bindande för alla tre program. Enligt lagen om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården (2016:659) är två av dessa program, screening för livmoderhalscancer och bröstcancer, obligatoriska. Det tredje programmet, screening för tjock- och ändtarmscancer, omfattas dock ännu inte av denna lag. Cancerfonden anser att man behöver se över dels att de screeningprogram Socialstyrelsen ser behov av, både befintliga och framtida, bör vara obligatoriska och att rekommendationerna kopplade till införande och genomförande är tillräckligt tydliga. För att göra screening för tarmcancer obligatoriskt krävs en ändring i förordningen om viss avgiftsfrihet för

screening inom hälso- och sjukvården. Det kan dock ifrågasättas om skyldigheten att erbjuda screening avgiftsfritt ska regleras för varje program för sig eller om regleringen ska utformas så att den omfattar de program som Socialstyrelsen rekommenderar, vilket underlättar vid införandet av nya screeningprogram.

Cancerfonden anser också att Socialstyrelsen behöver ha ett tydligt lagstadgat stöd som gör att de har möjlighet att reglera vissa delar av screeningen på föreskriftsnivå, vilket skulle möjliggöra en mer enhetlig styrning av regionerna. Idag finns ett bemyndigande i lagen som innebär att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för screeningen. Bemyndigandet har använts i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om villkor för avgiftsfri screening (HSLF-FS 2019:14). Dessa regler är dock mycket allmänt hållna och motsvarar inte det behov av styrning som ojämlikheten inom området indikerar behövs, och som flera experter i den här rapporten efterfrågar.



En funktion med mandat är viktigt att få till så att det inte bara blir ett dokument med rekommendationer.

Företrädare från en cancerpatientorganisation

Det behövs därför ses över i vilken utsträckning Socialstyrelsen har befogenhet att specificera krav inom ramen för lagen om avgiftsfrihet samt att följa upp regionernas efterlevnad av dessa krav. I dagsläget

har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsynsansvar för hälso- och sjukvården, men ett utökat uppdrag för Socialstyrelsen skulle kunna stärka IVO:s arbete genom att införa krav på uppföljning av alla screeningprogram, inklusive de som inte omfattas av den nuvarande lagen.

Cancerfonden ser sex områden där enighet mellan regionerna bättre skulle kunna uppnås genom att Socialstyrelsens reglering på området förstärks:

1. Införande av nya screeningprogram

I Socialstyrelsen föreskrifter bör det anges hur lång tid efter att Socialstyrelsen har beslutat om ett nytt nationellt screeningprogram som regionerna måste ha infört screeningprogrammet. Enligt intervjuade experter kan ett år vara en rimlig tidsgräns, men det viktigaste bedöms vara en enhetlig, inte alltför lång tidsgräns för samtliga regioner att förhålla sig till. Det bör finnas tydliga implementeringsplaner för regionerna att förhålla sig till och det kan också finnas olika grader av konsekvenser om inte screeningprogrammet införs inom tidsgränsen. En möjlig konsekvens, särskilt för screeningprogram som inkluderar självtester, kan vara att en annan region får utföra screeningen, och att den region som inte har implementerat programmet blir betalningsskyldig gentemot den region som tar på sig ansvaret.

2. Kallelsehantering

För kallelsehanteringen bör det specificeras när kallelser ska skickas ut, på vilket sätt det ska ske och vilken information kallelserna ska innehålla. Detta kan t.ex. inkludera om självtester ska skickas med, vilka språk informationen ska finnas tillgänglig på, och om den ska anpassas för särskilda målgrupper. Det bör också fastställas hur kallelserna ska skickas ut, exempelvis om det ska ske via ett nationellt kallelsesystem eller om regionerna får välja sina egna system. Vidare bör det klargöras när och hur påminnelser ska ske, till exempel via sms, brev eller uppföljande telefonsamtal.

3. Riktade satsningar till särskilda målgrupper

Det bör regleras vilka riktade insatser för att öka deltagandet i särskilda målgrupper som bör genomföras och fastställa vilka process- och resultatmål som är kopplade till dessa insatser.

4. Analys av provsvar

För analys av provsvar inom screeningprogrammet bör det tydliggöras vilket eller vilka laboratorier som bör användas för analys.

5. Uppföljning av screeningprogrammen

Det ska framgå hur, när och var data ska rapporteras för att möjliggöra effektiv uppföljning. Det behöver också specificeras om regionerna ska ansluta sig

till ett särskilt nationellt kvalitetsregister, samt vilka målvärden varje region ska uppnå för specifika process- och resultatmål.

Möjligheter och utmaningar

Med en tydligare och förstärkt reglering skulle Socialstyrelsen kunna ställa krav på regionerna i samband med att beslut om införande av nya eller ändrade screeningprogram, vilket skulle eliminera regionernas möjlighet att själva besluta om och när ett screeningprogram ska införas och hur det ska ske. Genom att fastställa tydliga tidsramar för införande och implementeringsplaner som alla regioner måste följa, kan införandet av nya screeningprogram påskyndas och bli mer enhetligt och jämnt över hela landet.

En tydligare reglering rörande kallelser, påminnelser och riktade insatser skulle öka deltagandet i de befintliga screeningprogrammen. Genom att specificera vilken data som ska rapporteras in, samt att sätta upp process- och resultatmål med tydliga målnivåer, skulle dessutom förbättra möjligheterna till effektiv nationell uppföljning av screeningprogrammen.

För de screeningprogram som omfattas av lagen om avgiftsfrihet finns goda möjligheter att förtydliga Socialstyrelsens uppdrag för cancerscreening. Dock behövs en översyn som gör Socialstyrelsens beslut om screeningprogram regleras på föreskriftsnivå. Utan tydligt lagstöd riskerar ett förtydligt uppdrag att bli ineffektivt för både befintliga och framtida screeningprogram.

Vad gäller både ett gemensamt kallelsesystem och uppföljning finns utmaningar i form av otillräckliga system och register, särskilt för uppföljningen av bröstcancerscreeningen.

3 Systematisk och årlig uppföljning av Socialstyrelsen och RCC i samverkan

Idag saknas tydliga konsekvenser för de regioner som inte arbetar aktivt med screeningprogrammen eller följer de nationella vårdprogrammen. Dessutom finns ingen obligatorisk uppföljning av screeningprogrammen där resultaten per region presenteras på ett sätt som är både tydligt och transparent för allmänheten.

Socialstyrelsen har ansvaret för att följa upp och utvärdera screeningprogrammen, och myndigheten har en målsättning om att göra detta vart femte år. Enligt myndigheten har begränsad tillgång till adekvat data gjort det svårt att hålla denna tidplan. De utvärderingar som genomförs blir därför av mer omfattande karaktär och sker relativt sällan. Hittills har det endast gjorts en utvärdering vardera för livmoderhalscancerscreening och bröstcancerscreening.



De arbetsgrupper inom cancerscreening som Socialstyrelsen samarbetar med upplever inte att nationell samordning är kontroversiellt

Expert

Att utvärderingen inte sker systematiskt årligen eller presenteras på ett transparent och tydligt sätt gör det både svårt att utifrån bedöma utvecklingen, och att fatta politiska beslut för förändring.

Vilka indikatorer som används för uppföljning bör dessutom vara i linje med Socialstyrelsen egna rekommendationer och bör därför:

- ange riktning, det vill säga att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller effektivitet samt vara:
- relevanta och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra eller följa utvecklingen och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
- valida, vilket innebär att de mäter det de avser att belysa och att de mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
- vedertagna och bygga på kunskap, till exempel nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
- påverkbara så att indikatorns utfall ska kunna påverkas.
- mätbara och ska kunna mätas med tillgänglig och kontinuerligt insamlade data

Indikatorerna bör även vara struktur-, process- eller resultatmätt:

- **Strukturmått: Påverkbara förutsättningar**
Exempelvis: Lokaler, personal, kompetens, utrustning och rutiner. För cancerscreening skulle det kunna handla om att samma rutiner används för att skicka kallelser och att det finns tillgång till samma utrustning för screening.
- **Processmått: Aktiviteter som utförs**
Exempelvis: Hur insatser utförs, behandlingar, handläggningar. För cancerscreening skulle det kunna handla om hur en implementeringsplan för införandet av ett nytt eller uppdaterat screeningprogram har följts eller vilka insatser som genomförts för att nå personer i de grupper som deltar i lägre utsträckning i screeningprogrammen.
- **Resultatmått: Utfall som bidrar till måluppfyllelse**
Exempelvis: Utfall utifrån uppställda mål för målgruppen som ger ett resultat. För cancerscreening skulle det kunna handla om vilken andel av hela

målgruppen för screening som deltagit i screeningprogrammen och hur stor andel av särskilda målgrupper som deltagit.

Inom ramen för RCC i samverkan sker uppföljning och diskussion i de nationella arbetsgrupper som finns för respektive screeningprogram. Hur mycket data de enskilda regionerna kan bidra med till dessa uppföljningar varierar dock avsevärt. Ett stärkt samarbete mellan Socialstyrelsen och RCC i samverkan skulle kunna förbättra datainsamlingen för Socialstyrelsens utvärderingar av de nationella screeningprogrammen och bidra till att fastställa tydliga nationella målvärden. RCC i samverkan skulle kunna ta ett större ansvar genom att stödja Socialstyrelsen i att tydliggöra vikten av att regionerna använder kvalitetsregister. Samtidigt behöver Socialstyrelsen definiera hur regionernas data-inrapportering ska ske för att säkerställa enhetlighet och kvalitet i uppföljningen.

För att effektivisera uppföljningsprocessen bör regionerna rapportera in data på ett smidigt och automatiserat sätt. Socialstyrelsen skulle kunna utveckla de tekniska lösningar och processer som krävs för att möjliggöra detta. När data har samlats in kan Socialstyrelsen, med sin interna kompetens inom datainhämtning och analys, bearbeta och analysera informationen för att bedöma hur väl screeningprogrammen presterar i förhållande till de uppsatta målen. Resultaten av dessa analyser bör redovisas offentligt årligen och presenteras på ett tydligt och lättillgängligt sätt för både allmänhet, beslutsfattare och de som arbetar med screeningprogrammen. Här kan inspiration hämtas från Socialstyrelsens webbplats för årlig uppföljning av nationell högspecialiserad vård samt från Öppna jämförelser.

Att offentliggöra resultaten av screeningprogrammen skulle främja transparens, lärande och förbättringar på både nationell och regional nivå. Återkopplingen skulle hjälpa regionerna att identifiera förbättringsområden och anpassa sina insatser. Dessutom skulle detta skapa förutsättningar för andra aktörer, såsom t.ex. media, att belysa eventuella brister och driva på ytterligare förbättringar.

Uppskattad påverkan på dagens utmaningar

Att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för en årlig nationell uppföljning av cancerscreeningprogrammen skulle direkt adressera en av de utmaningar som de intervjuade experterna har lyft fram, nämligen att det saknas en sådan systematisk uppföljning idag. En regelbunden nationell uppföljning skulle också kunna bidra till att minska ojämlikheterna i deltagandet i befintliga

screeningprogram genom att tydligt identifiera var deltagandet är lågt och följa upp vilka insatser som görs för att öka deltagandet. Om denna uppföljning även kopplas till regionernas arbete med införandet av nya screeningprogram, finns det potential att påskynda och förbättra implementeringen av dessa program över hela landet. En sådan strategi skulle inte bara stärka insatserna för att öka deltagandet, utan också säkerställa att nya screeningprogram införs på ett mer enhetligt och effektivt sätt i samtliga regioner.

Risken är dock att flera av de problem som redan idag finns kring uppföljningen kommer kvarstå även om uppdraget kring uppföljningen förändras.

Möjligheter och utmaningar

Eftersom de nationella kvalitetsregistren för både tjock- och ändtarmscancerscreening samt livmoderhalscancerscreening har en hundraprocentig täckningsgrad, finns goda förutsättningar för att genomföra en årlig nationell uppföljning av dessa screeningprogram. Däremot har Socialstyrelsens utvärdering av det nationella programmet för bröstcancerscreening visat att resultat för flera indikatorer saknas, eftersom vissa regioner inte har rapporterat in nödvändiga data.

Utan starkare styrning finns en överhängande risk att flera regioner inte lyckas hantera sina datautmaningar och därför inte kan tillhandahålla den data som Socialstyrelsen behöver för att genomföra de årliga analyserna.

Det är inte ett realistiskt alternativ för Socialstyrelsen att uppsöka varje region för att samla in data manuellt och därefter försöka standardisera den för att möjliggöra jämförelser mellan regionerna. Detta skulle vara alltför omfattande och tidskrävande. Därför är det avgörande att alla regioner får ordning på sin datahantering och kan leverera den data som krävs för de indikatorer som Socialstyrelsen väljer att använda i uppföljningen.

4 Finansiella incitament genom riktade statsbidrag

För att effektivt möta de identifierade utmaningarna med dagens screening och skapa bättre förutsättningar för cancerscreeningen kan ett alternativ vara att erbjuda regionerna finansiella incitament. Hur dessa incitament utformas och kopplas till specifika mål är dock avgörande för att de ska vara effektiva, och det är viktigt att de riktas mot de områden där utmaningarna finns, utan att skapa en onödig och tidskrävande administration för regionerna.

De målsättningar som finansiella incitament skulle kunna kopplas till kan utformas på olika sätt. Incitament har en positiv drivkraft eftersom de erbjuder ekonomiska belöningar när vissa mål uppnås. Det är också möjligt att använda finansiell styrning i motsatt riktning, där regioner som inte uppfyller fastställda mål möter ekonomiska sanktioner, såsom viten. Både incitament

Genom ökad statlig styrning finns bättre möjligheten att säkerställa jämlik tillgång till screening.



och sanktioner har sina för- och nackdelar. I fallet med cancerscreening, där det finns stor frihet för regionerna idag, kan incitament vara ett effektivt verktyg för att driva på mer enhetlighet och jämlikhet. Om det däremot handlade om ett område där det redan finns tydliga uppdrag och regler men stora skillnader kvarstår, skulle sanktioner kunna vara mer lämpliga.

Ett alternativ är därför att använda riktade statsbidrag, dvs. medel som är öronmärkta för specifika ändamål, i detta fall för att förbättra cancerscreeningen i Sverige. Inom cancerområdet har regeringen och SKR tecknat överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024, som omfattar 809 miljoner kronor och är en del av det långsiktiga arbetet med den nationella cancerstrategin från 2009.

För att öka effekten av de finansiella bidragen skulle det kunna vara fördelaktigt att omfördela en del av dessa medel, alternativt att regeringen avsätter ytterligare medel för området, direkt till regionerna för deras screeningarbete, baserat på deras prestationer i förhållande till specifika struktur-, process- och resultatmått. Målen kan exempelvis innefatta att öka deltagandet i befintliga screeningprogram, säkerställa ett snabbt och jämlikt införande av nya screeningprogram, garantera jämlik vård vid screening, och säkerställa uppföljning av screeningprogrammen. Den nuvarande modellen för utbetalning av medel kan fortsätta användas, där hälften av medlen betalas ut för att stödja arbetet med uppsatta mål, och den andra hälften betalas ut när vissa prestationskrav är uppfyllda.



Ska man peka med hela handen så behöver regionerna finansiering.

Expert



I England, där sjukvården är statlig, använder man finansiella incitament för att säkerställa kvalitet och effektivitet. Om en NHS trust, som motsvarar en svensk region, inte klarar av att uppfylla sina mål så tar en statlig grupp över ansvaret för området, och det här är nästan alltid en extremt pinsam situation för den berörda organisationen.

Expert

Möjligheter och utmaningar

Att använda riktade statsbidrag inom ramen för de årliga överenskommelserna inom cancervården skulle kunna bidra till att lösa några av de utmaningar som de intervjuade experterna har identifierat inom dagens cancerscreening. Genom att knyta finansiella medel till specifika målsättningar, skapas en tydlighet och incitament som idag saknas. En prestationsbaserad ersättning till regionerna skulle förmodligen leda till ökat deltagande i cancerscreeningen. Ett riktat statsbidrag kopplat till screeningen skulle möjliggöra en snabb och flexibel styrning, samtidigt som det ger regionerna möjlighet att rikta sina insatser mot specifika utfall, processer, aktiviteter och strukturer inom cancer-screening. Genom att koppla kravställningen till medel som är öronmärkta för screening underlättas finansieringen av detta arbete, vilket gör att screeningen blir mer integrerat i regionernas budget och interna styrning.

Det råder enighet bland de intervjuade experterna om att det är problematiskt att det för närvarande inte finns några konsekvenser för regioner som inte arbetar effektivt med att hantera dagens utmaningar. Genom att fördela en del av medlen enbart till de regioner som uppnår kraven i överenskommelsen får det konsekvenser för de som inte arbetar för att uppnå de uppsatta målen.

Det finns dock en inneboende risk med riktade statsbidrag, nämligen att de kan främja kortsiktigt engagemang snarare än långsiktig utveckling inom regionerna. Det finns också en risk att dessa bidrag kan leda till undanträngning av andra prioriterade insatser, både inom cancerområdet och inom andra vårdområden.

Trots att antalet och omfattningen av riktade statsbidrag har ökat, har de fått kritik från bland annat Statskontoret och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En orsak är att dessa bidrag ibland inte betalas ut automatiskt, utan måste sökas, vilket kan leda till onödig administrativ belastning. En annan kritik är att riktade statsbidrag kan främja kortsiktiga punktinsatser snarare än långsiktiga strukturer. Det kan även ifrågasättas att medel avsätts för något som regionerna redan ska göra inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag.

Cancerfondens förslag utifrån Vårdansvarskommitténs scenarier

Förslagen som presenteras i denna rapport ligger väl i linje med Vårdansvarskommitténs arbete. Samtliga förslag kan dessutom genomföras utan att huvudmannaskapet för cancerscreening flyttas från regionerna till staten. Däremot innebär förslaget om ett nationellt screeningcentrum att staten tar över ansvaret för några av de uppgifter som regionerna idag ansvarar för.

Om de reformmål som Vårdansvarskommittén satt upp för hela hälso- och sjukvården bryts ner till att enbart fokusera på cancerscreeningen blir det tydligt att de fyra förslag som finns med i denna rapport också kan bidra till att nå flera av reformmålen.

Nedan beskrivs för var och ett av förbättringsförslagen hur de påverkas av de olika scenarierna och hur de kan arbeta mot kommitténs reformmål.

1 Inrättandet av ett nationellt screeningcentrum

Det är inte nödvändigt att förändra huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården för att etablera ett nationellt screeningcentrum, men en stärkt statlig styrning är avgörande för att möjliggöra denna förändring.

Att inrätta ett nationellt screeningcentrum med ett övergripande statligt ansvar skulle innebära en radikal omstrukturering av hur screeningprogram hanteras i Sverige och skulle förmodligen kräva både policy- och lagförändringar. Ett nationellt screeningcentrum skulle kunna bidra till att uppnå fyra av Vårdansvarskommitténs sex reformmål (se sid 9).

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet ska bli mer jämlik över landet.
3. En ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna ska uppnås.
4. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ska stärkas och arbetsmiljön ska förbättras.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården ska förbättras.

Etableringen av ett nationellt screeningscentrum skulle avlasta regionerna genom att centralisera arbetsupp-

gifter som kallelsehantering, utveckling och implementering av nya screeningprogram, informationsspridning, rådgivning, och uppföljning. Detta skulle frigöra tid och resurser för regionerna, vilket i sin tur kan stärka kompetensförsörjningen och förbättra arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Genom att centralisera dessa viktiga delar av screeningprocessen kan regionala skillnader minskas, vilket bidrar till ökad jämlikhet i tillgången till screening. Samtidigt effektiviseras resursanvändningen genom stordriftsfördelar vid exempelvis kallelseutskick. Ett statligt centrum skulle även vara bättre rustat att snabbt införa nya screeningprogram och teknologier, vilket skulle stärka innovations- och omställningsförmågan inom hälso- och sjukvården.

2 Förstärkt reglering av screeningprogrammen

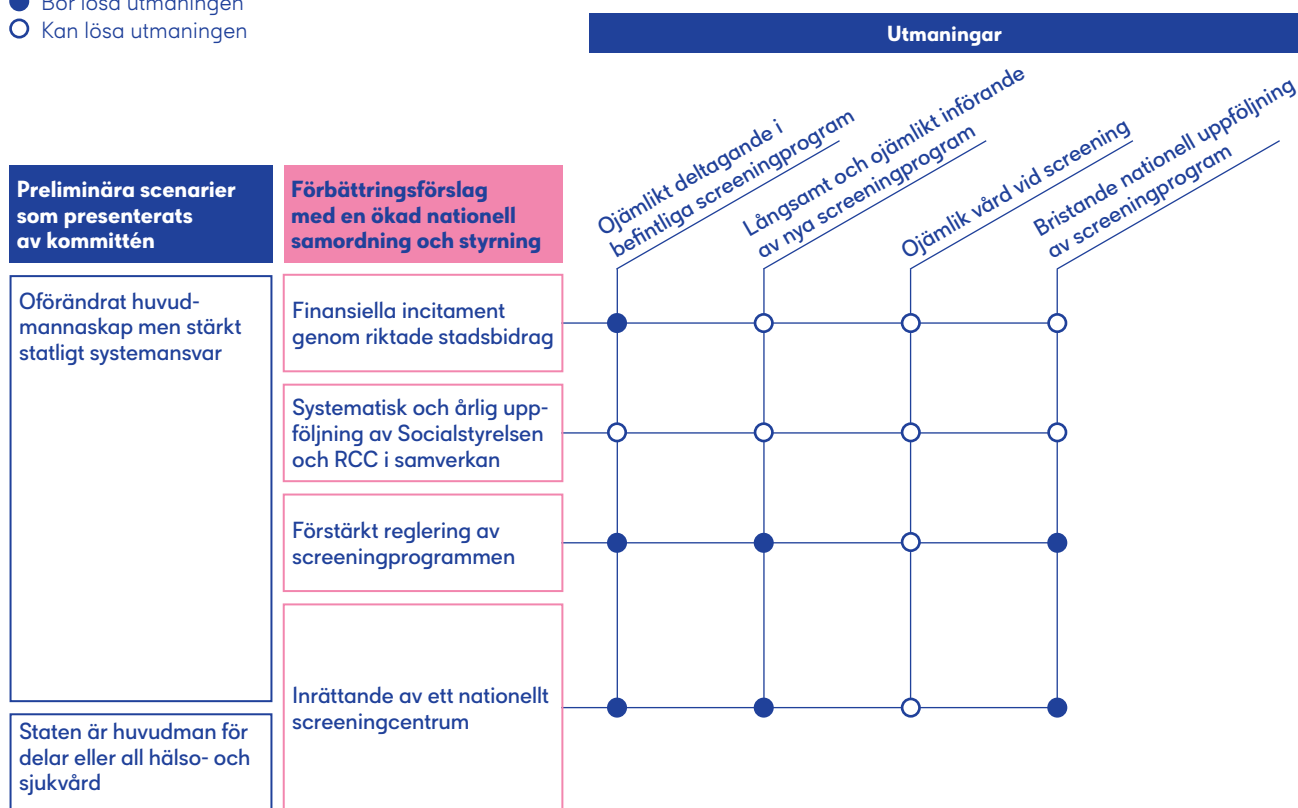
En förstärkt reglering av screeningprogrammen från Socialstyrelsen kräver inte att staten övertar något direkt ansvar från regionerna, utan snarare att staten tar ett tydligare systemansvar för cancerscreening, vilket skulle ge Socialstyrelsen ett starkare mandat. En förstärkt reglering skulle möjliggöra en tydligare styrning vilket skulle kunna resultera i ett mer enhetligt införande och en mer enhetlig uppföljning av screeningprogrammen över hela landet. Detta skulle i sin tur kunna minska regionala skillnader i både deltagande och kvalitet. Det skulle dock kräva att även en del av det finansiella ansvaret togs över av staten.

Idag finns tre huvudsakliga styrdokument för cancerscreeningen:

- Föreskrifter och allmänna råd om villkor för avgiftsfri screening
- Rekommendationer om nationella screeningprogram
- Nationella vårdprogram

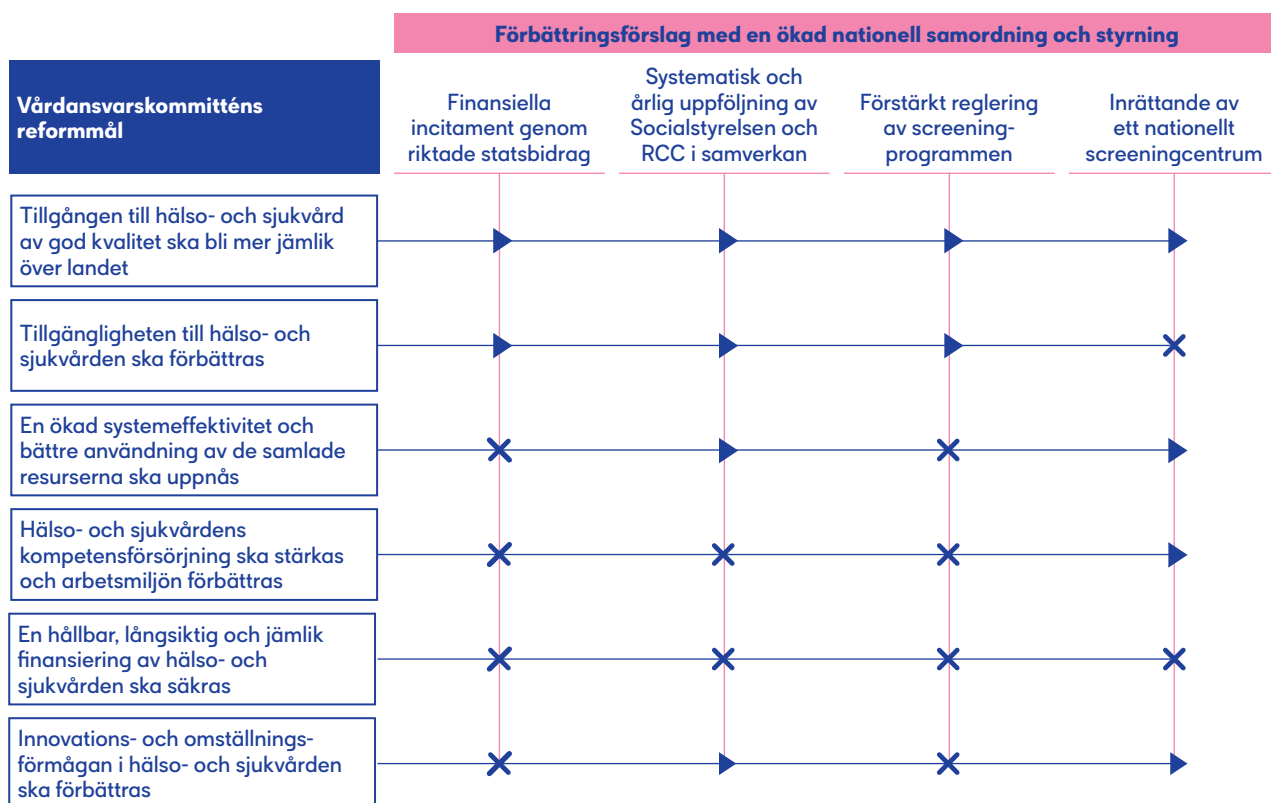
Identifierade förbättringsförslag för cancerscreening genom ökad statlig styrning

- Bör lösa utmaningen
- Kan lösa utmaningen



Förbättringsförslagets uppskattade påverkan på Vårdansvarskommitténs reformmål

- ▶ Bör bidra till att nå reformmålet
- ✗ Kommer sannolikt inte bidra till att nå reformmålet



Socialstyrelsen ansvarar för de två första typerna av styrdokument, medan de nationella vårdprogrammen tas fram inom ramen för regionernas kunskapsstyrningssystem, med RCC i samverkan som avsändare.

Föreskrifterna och de allmänna råden bygger på lagstadgade krav om vad regionerna ska erbjuda avgiftsfritt och ändras främst genom lagstiftning. För att stärka styrningen skulle den reglering som idag finns behöva ses över och tydliggöras.

Beroende på hur uppdraget formuleras kan olika målsättningar uppnås. Om Socialstyrelsens regleringar skulle förstärkas, skulle det främst bidra till att nå Vårdansvarskommitténs första två reformmål:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet ska bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till hälso- och sjukvården ska förbättras.

3

Systematisk och årlig uppföljning av Socialstyrelsen och RCC i samverkan

Att inte alla regioner rapporterar in data till kvalitetsregistret för mammografien är en betydande utmaning som försvårar den nationella uppföljningen av cancercreeningen. Trots att registren finns och instruktionerna för anslutning är tydliga, har inte alla regioner prioriterat att delta. En tydligare statlig styrning skulle därför kunna underlätta en nationell uppföljning, vilket i sin tur skulle göra det lättare att utveckla insatser för att hantera de utmaningar som finns inom cancercreeningen.

För att uppnå detta krävs att staten ger Socialstyrelsen ett tydligare uppdrag att, tillsammans med RCC i samverkan, ansvara för den nationella uppföljningen av cancercreeningen. Huvudmannaskapet och ansvaret för själva screeningverksamheten och lokal uppföljning skulle fortfarande ligga kvar hos regionerna.

Om Socialstyrelsen och RCC i samverkan får en tydligare roll med ett uttalat mandat för att följa upp de nationella screeningprogrammen, skulle detta kunna bidra till att uppnå flera av Vårdansvarskommitténs reformmål, framför allt följande:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet ska bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till hälso- och sjukvården ska förbättras.
3. En ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna ska uppnås.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården ska förbättras.

En systematisk uppföljning på nationell nivå skulle tydligare belysa skillnader i kvalitet och tillgänglighet, vilket ger en mer transparent bild än idag. Detta skulle göra det enklare att formulera målsättningar och ställa krav för att åtgärda de identifierade utmaningarna. Med en tydlig ansvarig aktör och ett starkt mandat blir uppföljningen mindre fragmenterad och tidskrävande, samtidigt som resultaten blir mer tillförlitliga. Detta leder till ökad systemeffektivitet och bättre användning av befintliga resurser. Dessutom skulle en sådan uppföljning kunna påskynda identifieringen och införandet av nya teknologier och metoder, vilket skulle ske på ett snabbare och mer jämlikt sätt över hela landet.

4

Finansiella incitament genom riktade statsbidrag

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården syftar främst till att underlätta införandet av nya uppgifter eller ansvarsområden, höja kvaliteten på befintliga uppgifter, öka likvärdigheten och minska geografiska skillnader samt erbjuda stöd och vägledning. Trots statens ambition att använda mer tillitsbaserad styrning har antalet riktade statsbidrag förblivit oförändrade sedan 2020. Det nuvarande systemet, med en relativt svag statlig styrning och nationell samordning som främst drivs av regionerna, har gjort att finansiell styrning blivit ett av statens viktigaste verktyg för att påverka och följa upp specifika mål.

En av huvudorsakerna till det uppdrag som Vårdansvarskommittén fått är att regeringen vill motverka de negativa effekterna av riktade statsbidrag. Om staten tar ett ökat systemansvar kommer finansiella incitament sannolikt att finnas kvar som ett styrmedel, men de kommer förmodligen att kombineras med andra former av styrning. Skulle staten helt eller delvis ta över huvudansvaret för cancercreening, skulle riktade statsbidrag inte längre behövas och troligen avvecklas. Att införa finansiella incitament kan vara ett effektivt verktyg för att snabbt nå uppsatta mål, särskilt om Vårdansvarskommittén föreslår att huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården ska ligga kvar hos regionerna.

För att få bästa möjliga effekt bör finansiella incitament kopplas till specifika mål som adresserar de utmaningar som cancercreeningen står inför. Mål som rör tillgänglighet och kvalitet är särskilt lämpliga att använda, vilket innebär att den finansiella styrningen bör bidra till att uppnå framför allt de första två av Vårdansvarskommitténs reformmål:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet ska bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till hälso- och sjukvården ska förbättras.

Avslutning

Tidig upptäckt av cancer räddar liv och därför är det nödvändigt att Sverige vidtar de insatser som krävs för att vi ska säkerställa ett högt och jämlikt deltagande i screeningprogrammen och för att vi ska uppnå målen i EU:s cancerplan.

Det är inte acceptabelt att det skiljer tolv år mellan när olika personer får tillgång till ett nytt screeningprogram beroende på var i landet de bor. Vi kan inte heller nöja oss när vi vet att deltagandet i våra livsviktiga screeningprogram i hög utsträckning beror på en persons utbildning och inkomst. Det behövs därför krafttag för att screeningdeltagandet ska bli mer jämlikt. Att cancer upptäcks i ett tidigt skede är självklart viktigt för den individ som drabbas då hen kan erbjudas en skonsammare behandling och förhoppningsvis bli frisk, men tidigare upptäckt är också ett sätt att effektivisera användningen av vårdens resurser, både ekonomiska och personella.

Den ojämlikhet som finns inom screeningområdet är inte unik för cancervården, men de är exempel på hur vården är ojämlik både när det gäller geografi och socioekonomi.

Dessa problem är välkända och är också en av orsakerna till att Vårdansvarskommittén har fått i uppdrag att se över styrningen och organiseringen av vården.

Cancerfonden ser att det är möjligt att göra cancervården mer jämlik genom att öka det statliga ansvarsstagandet och det går att göra på flera sätt. Vill man ta ett första steg i att stärka den statliga styrningen av vården är screeningområdet väl lämpat för detta. Här finns många delar som skulle gå att samordna bättre nationellt samtidigt som det faktiska utförandet av vården ligger kvar på regionerna och utförs nära invånarna.

Under arbetet med denna rapport har det blivit tydligt att mer statlig styrning både behövs och efterfrågas. Och att det finns exempel på hur detta skulle kunna ske. De förslag Cancerfonden presenterar i denna rapport är dock inte de enda sätten att uppnå en mer jämlik cancerscreening, men de är förslag som går att genomföra, antingen som en del av Vårdansvarskommitténs uppdrag eller vid sidan av kommitténs arbete. Mycket skulle kunna påbörjas redan imorgon.



Genom ett högt och jämlikt screeningdeltagande kan fler liv räddas.

Genom att upptäcka cancer i ett tidigare skede kan fler liv räddas.



Källor

1. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, m.fl. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. BMC Public Health. december 2013;13(1):464.
2. Cancerfonden. Rädda liv - öka deltagandet [Internet]. 2023 [citerad 16 augusti 2024].
3. Cancerfonden. Cancerfonden. [citerad 20 augusti 2024]. Screening för tjock- och ändtarmscancer.
4. European Commission. The Recovery and Resilience Facility [Internet]. [citerad 18 september 2024].
5. Geijerstam JL. Grupp Andersson Vårdansvarskommittén. Seminarium presenterad vid; 2024 maj 23; Stockholm.
6. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (UZIS), Ljungqvist E, Bratt O, Ivarsson K. Swe/ Czech Cancer screening meeting [Internet]. 2024 apr 22.
7. Ivarsson Westerberg A. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén 2024 Administration i hälso- och sjukvården - några organisationsteoretiska iakttagelser [Internet]. Södertörns Högskola; 2024.
8. NSC. Národní screeningové centrum [Internet]. [citerad 26 augusti]
9. NSC. O Národním screeningovém centru [Internet]. [citerad 11]
10. NSC. NSC - O nás [Internet]. 2022 [citerad 11 september 2024].
11. NSC. NSC Řídicí orgány [Internet]. [citerad 11 september 2024].
12. NSC. Screening karcinomu děložního hrdla - zdroje dat, metodika [Internet]. [citerad 11 september 2024].
13. RCC. Generiskt kallellesystem för gynekologisk cellprovskontroll - RCC [Internet]. 2022 [citerad 16 augusti 2024].
14. RCC i samverkan. Organiserad prostatacancer testning (OPT) Beskrivning och rekommendationer [Internet]. 2024.
15. RCC i samverkan. Pilotstudier inom lungcancerscreening - RCC [Internet]. 2024 [citerad 22 augusti 2024].
16. RCC. Provtagning för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer - RCC [Internet]. 2024 [citerad 16 augusti 2024].
17. RCC i samverkan. Utvärdering av nationella vårdprogram inom cancerområdet [Internet]. 2024 [citerad 16 augusti 2024].
18. Regeringskansliet. Bemyndigande att underteckna överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024 [Internet]. 2023 [citerad 22 augusti 2024].
19. Regeringskansliet. Kommittédirektiv: Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Dir. 2023:73 [Internet]. 2023 [citerad 16 augusti 2024].
20. Regeringskansliet. S 2023:04 Vårdansvarskommittén [Internet]. 2023 [citerad 16 augusti 2024].
21. Region Stockholm. Screening för tidig upptäckt av kolorektalcancer | Vårdgivarguiden [Internet]. 2023 [citerad 20 augusti 2024].
22. Rothstein B. Möjliga konsekvenser av ett helt- eller delvis förstatligande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige avseende demokrati, ansvarsutkrävande och legitimitet [Internet]. 2024 [citerad 16 augusti 2024].
23. SCB. Sveriges befolkning [Internet]. 2024 [citerad 16 augusti 2024].
24. SKR. Statsbidrag [Internet]. 2023 [citerad 22 augusti 2024].
25. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer För god vård och omsorg [Internet]. 2020 [citerad 22 augusti 2024].
26. Socialstyrelsen. Mot en mer samordnad cancerscreening [Internet]. 2022.
27. Socialstyrelsen. Nationella screeningprogram [Internet]. 2019 [citerad 16 augusti 2024].
28. Socialstyrelsen. Nationell högspecialiserad vård. 2024 [citerad 26 augusti 2024]. Nationell högspecialiserad vård.
29. Statskontoret. Att styra de självstyrande - En analys av statens styrning av kommuner och regioner [Internet]. [citerad 30 augusti 2024].
30. UZIS. Homepage - ÚZIS ČR [Internet]. [citerad 26 augusti 2024].
31. ÚZIS. Národní zdravotnický informační systém - ÚZIS ČR [Internet]. [citerad 11 september 2024].
32. Wang J, Elfström KM, Borgfeldt C, Dillner J. A pilot study of risk-stratified cervical cancer screening. Open Res Eur. 01 september 2022;1:84.

Intervjuer

1. Aly, M. Sektionschef, docent och överläkare, Karolinska institutet. 2024.
2. Berggrund M. Utredare, Socialstyrelsen. 2024.
3. Blom, J. Forskare, Karolinska institutet. 2024.
4. Bratt O. Urolog, Göteborgs Universitet. 2024.
5. Dierhoff Hay S. Ordförande, Bröstcancerförbundet. 2024.
6. Grönberg, H. Forskare, Karolinska institutet. 2024
7. Haag M. Nätverket mot cancer. 2024.
8. Hall, P. Forskare, Karolinska institutet. 2024.
9. Ljungqvist, E. Nationell screeningsamordnare, RCC Väst. 2024.
10. Mannfalk, A. Regionråd (M), Nationella screeningrådet. 2024.
11. Ramos J. Ordförande nationella arbetsgruppen för mammografi. 2024.
12. Sjölander B. Ordförande för Nätverket mot gynekologisk cancer. 2024.
13. Strömberg U. Forskare, Göteborgs Universitet. 2024.

Cancerfondens vision är att besegra cancer. Genom att finansiera den främsta forskningen, sprida kunskap om cancer och påverka beslutsfattare i viktiga frågor, arbetar vi för att färre ska drabbas och fler ska överleva cancer.

Cancerfonden är en fristående, ideell organisation utan statligt stöd. Vårt arbete är helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag.

Vi är en av de största finansiärerna av svensk cancerforskning. Sedan 1951 har vi delat ut 16 miljarder kronor till de främsta forskningsprojekten i Sverige. Överlevnaden i cancer har mer än fördubblats under samma tid.

Tack vare forskningens framsteg överlever i dag två av tre som får cancer. Vi har kommit långt, men vi är inte framme än.

#tillsammansmotcancer



CANCERFONDEN

Cancerfonden | 101 55 Stockholm | Besök: David Bagares gata 5 | Telefon 010-199 10 10
Plusgiro 90 1986-0 | Bankgiro 901-9514 | cancerfonden.se