

**Leading Health Care**

LHC REPORT NR 1, 2020

Jon Rognes,  
Anna Krohwinkel &  
Hans Winberg

# **System för cervixcancer- screening**

**NULÄGE OCH UTVECKLINGSPOTENTIAL**



# Innehåll

<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
Studiens fokus .....	4
<b>Nuläge</b> .....	<b>6</b>
Arbete med vårdprogrammet .....	6
Syn på vårdprogrammets innehåll.....	6
Syn på införandet.....	7
Syn på organisatoriska utmaningar .....	7
Syn på tekniska utmaningar .....	8
Önskemål och förslag .....	8
Synpunkter på nationell koordinering .....	9
Olika koordineringsalternativ .....	9
Nationellt kansli för screening .....	10
Nationellt IT-system i samverkan.....	10
Synpunkter på RCC i samverkans roll.....	10
<b>Kallelsesystem idag</b> .....	<b>12</b>
Leverantörsutbud.....	12
Kallelsesystemens funktionalitet .....	13
Informationsutbyte .....	13
Kostnader för IT-system idag.....	14
Direkta avtalsmässiga kostnader.....	15
Relaterade kostnader.....	15
Indirekta kostnader.....	16
<b>Utveckling av kallelsesystem – ett scenario med gemensam lösning</b> .....	<b>17</b>
Systemägande och utveckling .....	17
Drift och datalagring.....	17
Support.....	17
Daglig verksamhet.....	18
Kostnader .....	18
Omställningskostnader för gemensamt kallelsesystem .....	18
<b>Konsekvensanalys och strategiska överväganden</b> .....	<b>19</b>
En blick från ovan .....	19
Fler kompetenser krävs.....	20
Väg framåt.....	21

<b>Bilaga: Metod och upplägg</b> .....	<b>22</b>
Avgränsningar och begränsningar .....	22
Intervjustudie.....	22
Enkät och kompletterande telefonenkät .....	23

# Bakgrund

Screening av livmoderhalscancer har pågått sedan 1960-talet i Sverige. Den första nationella rekommendationen om screening utfärdades 1967. Från 1977 finns en fungerande verksamhet i alla landsting. I Sverige sjönk incidensen och dödligheten kraftigt under de första 40 åren med screening. Under senare år har det tillkommit ny forskning om livmoderhalscancer samt om olika analysmetoder för att upptäcka ökad risk för cellförändringar i livmoderhalsen. Från 2015 är Socialstyrelsens rekommendation att hälso- och sjukvården bör erbjuda cellprovtagning med analys för humant papillomvirus (HPV). Regionala cancercentrum i samverkans nationella arbetsgrupp för cervixcancerprevention har haft uppdraget att ta fram ett nationellt vårdprogram för cervixcancerprevention med anledning av den nya rekommendationen från Socialstyrelsen. Vårdprogrammet fastställdes av RCC i samverkan 12 januari 2017, och uppdateras löpande.<sup>1</sup>

Införandet av det nationella vårdprogrammet är ett omfattande arbete som bland annat innefattar kallelseverksamhet, provtagning, utredning och behandling. Regionerna har kommit olika långt i införandet, och har delvis valt olika system och angreppssätt.<sup>2</sup> Mot bakgrund av detta har RCC i samverkan gett Stiftelsen Leading Health Care (LHC) i uppdrag att skapa en nationell bild av nuläget, med fokus på vårdprogrammets införande samt med särskilt fokus på kallelsesystem. Utifrån det skall rekommendationer ges kring framtida lösningar för att kunna hantera de utmaningar som framkommer. Studien ska även ge förslag på vilken roll RCC i samverkan samt andra aktörer kan ta i detta.

## Studiens fokus

En studie av nuläget för cervixcancerscreening har utförts av LHC under våren 2020, i syfte att:

- Samla in synpunkter kring utmaningar och utvecklingsmöjligheter i regionernas pågående införande av vårdprogrammet för cervixcancerscreening från 2017.
- Kartlägga regionernas nuvarande status på kallelsesystem för gynekologisk cellprovskontroll med fokus på karakteristika och funktionalitet.
- Sammanställa synpunkter och önskemål om framtida utformning av kallelsesystem, inklusive syn på nationell koordinering.

---

<sup>1</sup> <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/livmoderhalscancerprevention/vardprogram/>

<sup>2</sup> <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/vardprogram/status-for-inforandet/>

Studien har genomförts som en genomgång av nuläget baserat på befintliga dokument och tidigare rapporter, genom intervjuer med nyckelpersoner samt genom en enkät till screeningverksamheter inom regionerna. För en genomgång av studiens upplägg och genomförande, se Bilaga: Metod och upplägg.

# Nuläge

Efter en genomgång av skriftliga källor genomfördes intervjuer med nyckelpersoner kring utmaningar dessa ser med dagens arbetssätt och system. Fokus i intervjuerna var det nya vårdprogrammet, kallelsesystemet samt respondentens idéer och förslag kring ett mer effektivt och ändamålsenligt arbete. Nuläget kan summeras i följande punkter:

- Det finns en stor acceptans för vårdprogrammet generellt.
- Olika typer av utmaningar finns gällande införandet lokalt.
- Kallelsesystemen är en nyckelresurs där det finns utvecklingsbehov.
- Ökad samordning efterlyses i IT-frågor.

Nedan redovisas synpunkter från respondenterna kring vårdprogrammet samt screeningverksamheten generellt. Redovisningen sker avidentifierat enligt överenskommelse med respondenterna. Kallelsesystemet behandlas mer ingående i nästa del.

## Arbete med vårdprogrammet

Sammanfattningsvis ses vårdprogrammet som komplett och väl genomarbetat. Tillämpningen kan variera mellan regioner och enheter. Detta beror både på olika takt i införandet av nya moment, och på olika interna arbetssätt i respektive region. Vi har inte uppfattat någon allvarlig kritik mot vårdprogrammet som sådant, och det finns en bred acceptans för metoden med HPV-screening och de nya arbetssätt som följer. Det finns dock på vissa håll en uppfattning om att riktlinjerna är för komplicerade och detaljerade. Detta leder till att man lokalt väljer att bortse från vissa delar. Exempelvis ses personlig uppringning av kvinnor som länge uteblivit från provtagning som alltför resurskrävande i vissa regioner.

Några synpunkter från intervjuerna:

### Syn på vårdprogrammets innehåll

*Det är mer komplext än tidigare, framför allt med avseende på HPV-provtagning som kräver nya analysprocesser och ny typ av uppföljning.*

*Kontinuitet blir viktigare. Vi kallar nu inte enbart baserat på tidsintervall, utan utifrån tidigare provresultat. Det medför att kvinnors provresultat behöver kunna följas och överföras över regiongränser, exempelvis vid flytt.*

*Det har tillkommit fler olika patientprocesser beroende på alla möjliga kombinationer i provresultat avseende cellförändringar respektive HPV-förekomst.*

*Man behöver många olika svarsbrev då det är högre krav på anpassad information till kvinnor i olika utfallsgrupper.*

*Det är högre krav på att eftersöka patienter som uteblivit många år.*

*Vi behöver mer automatisering, det vill säga att provsvar inte ska bedömas av enskilda professionella. Även överföring av data till kvalitetsregister ska ske automatiskt.*

*Vi påverkas även av högre krav på digitalisering i allmänhet, man vill ha digital tidsbokning och schemaläggning, dockning till 1177, osv.*

## **Syn på införandet**

*Det går olika fort på grund av att förutsättningarna varierar lokalt, till exempel med avseende på hur anpassningsbart tidigare system varit, om man har eget cervixlabb eller måste samordna sig med andra, hur många utförare det finns, och så vidare.*

*Ofta är det enskilda personer som driver eller hämmar. Verksamheten upplevs fungera bäst där de mest respekterade läkarna på området finns.*

*Labb och patologi är en generellt trång sektor med personalbrist, det påverkar förutsättningarna för genomförandet.*

*Det är olika prioritet för screeningarbetet olika regioner, bland annat på grund av ekonomi. Det avspeglas bland annat i hur snabbt eller långsamt man fattat investeringsbeslut och tillsatt processledare.*

*Man borde göra en mindre revidering av vårdprogrammet i år, för att ge eftersläntrande regioner en chans att hinna ikapp med införandet.*

## **Syn på organisatoriska utmaningar**

*En utmaning att samordning mellan flera enheter krävs: patologi, virologi, kvinnokliniken, primärvård/MVC. Det är ofta oklart vem som ska ta ansvaret för förändring/utveckling. Beslutsprocesser och upphandling måste samordnas.*

*Det finns praktiska utmaningar med nya arbetssätt på labb, logistik, installation av ny analysapparatur, ny utrustning på MVC osv. Alla kliniker ligger inte lika långt fram.*

*Utförarlandskapet kan påverka. I regioner det är vårdval gynekologi är det spretigare och sämre kontinuitet i hur provtagningar och utredning utförs.*

*Det finns projekttrötthet på vissa ställen när man har andra stora IT-systemförändringar på gång, då får screeningsystemet mindre uppmärksamhet.*

## Syn på tekniska utmaningar

*Funktionaliteten i kallelsesystemet är en nyckelfaktor för att kunna införa vårdprogrammet på ett effektivt sätt.*

*Vi kan inte göra allt inne i vårt kallelsesystem, men det funkar bra ändå för vi har hittat andra lösningar.*

*Att man har ett bra kallelsesystem garanterar inte att integrationen med exempelvis labbsystem går smärtfritt. Kallelsesystem, labbsystem och två olika kvalitetsregister behöver dockas ihop.*

*Vårdprogrammet kommer revideras kontinuerligt, och därför får systemen inte göras statiska. Till exempel är det en stor förändring på gång när HPV-vaccinerade kommer in i screeningprogrammet. Det måste vara agilt.*

## Önskemål och förslag

Intervjuerna bekräftar bilden av att införandet av vårdprogrammet har kommit olika långt och stöter på olika typer av utmaningar i olika regioner. Kallelsesystemet nämns av många som en nyckelfaktor för en effektiv implementering, men det finns inget linjärt förhållande mellan funktionaliteten i det system man använder och hur långt man har kommit med införandet. Många andra faktorer som lokal organisering, kompetens och övergripande prioriteringar påverkar.

Det framförs önskemål från flera tillfrågade kring en mer koordinerad verksamhet, eller en nationell funktion som kan ta ansvar för delar av screeningverksamheten. Frågor kring mandat och resurser behöver utredas vidare, men det finns en tydlig efterfrågan kring att avlasta lokala organisationer och hitta nationella gemensamma lösningar. Nedan följer några önskemål och förslag som kom upp i intervjuerna.



## Synpunkter på nationell koordinering

*Utveckla ett nationellt IT-system för kallelser [återkommer ofta som förslag bland de tillfrågade].*

*Inrätta ett nationellt screeningkansli för avtalsfrågor mot gemensamma lösningen.*

*Inrätta ett nationellt kallelsekansli? [mer tveksamhet bland de tillfrågade, många tycker att tidsbokning kan behöva ligga lokalt].*

*Utveckla en nationell informationsfunktion för oroliga kvinnor, gärna kopplat till 1177.*

*Koncentrera labb till färre siter nationellt [delade meningar bland de tillfrågade, regionalpolitiskt känsligt].*

*Etablera en ny formell nationell vårdnivå mer generellt, som kan besluta i dessa frågor [delade meningar, politiskt laddad fråga].*

*Säkerställ nationell finansiering, dvs riktade stödpengar till utveckling/drift av gemensamt system.*

Ett fåtal av respondenterna väger fördelarna med nationell koordinering av screeningverksamhet mot andra typer av behov och överväganden. Exempel:

*Det finns inget egenvärde i nationell samverkan, utan det handlar om att erbjuda jämlik vård och jämförbara resultat, vilket kan uppnås på olika sätt.*

*För snävt fokus på cervix – olika sorters screening borde kunna hanteras inom ramen för ett och samma system.*

*Det borde vara viktigare att integrera screeningsystem mot den ordinarie vården, till exempel primärvården. Feltänkt att screening helt ligger utanför de stora vårdinformationssatsningar som görs nu.*

## Olika koordineringsalternativ

Av ovanstående framgår att nationell koordinering kan ske inom flera områden och i olika omfattning. Här följer en kort redogörelse för några möjliga koordineringsalternativ, som tagits fram mot bakgrund av det som framkommit i intervjuerna.

### **Nationellt kansli för screening**

En möjlighet vore att göra som Norge, där man har ett nationellt kansli för cervixcancerscreening.<sup>3</sup> Vi ser fördelar med detta ur ett samordningsperspektiv, men också utmaningar vad gäller organisering och lokal anpassning till en svensk kontext. Ett förslag är att en arbetsgrupp kontaktar Norge för vidare utvärdering av tillämplighet av deras modell (har inte ingått i detta projekt).

Eventuellt kan man tänka sig en hybridvariant med ett lokalt kansli per region för dagliga frågor, samt ett nationellt kansli för system och ägande av data. Om man överväger ett nationellt kansli skulle det eventuellt kunna inkludera flera screeningområden. Frågan behöver utredas vidare.

### **Nationellt IT-system i samverkan**

En möjlighet är att samordna IT-delen till ett nationellt system, men låta drift och bemanning av kansliverksamheten skötas lokalt. Detta kan eventuellt stödjas av någon form av nationell sanktionering (riktade stödpengar) till drift av ett gemensamt IT-system för kallelser.

Det finns stora fördelar med att inte driva förändring och utveckling hos 21 skilda huvudmän, men samtidigt finns utmaningen att det inte finns någon självklar initiativtagare eller tydliga incitament till en nationell lösning. Av denna anledning har insatser från Inera koncentrerats på frågor kring informationsdelning, men inte hanterat frågan kring delning av system.

Ett område där ett nationellt system nu införs är inom tarmcancerscreening. Här har en regional lösning blivit nationell från start. Några respondenter anger att ett underliggande forskningssamarbete mellan flera regioner förenklat samverkan i IT-frågor. En person uttrycker det som att *"KS snott åt sig området"*. Man kan läsa ut att det finns en del prestige i detta, och bör vara vaken för att dylika frågor behöver hanteras när det gäller nationella lösningar. Vi återkommer till denna diskussion i ett senare avsnitt, under konsekvensanalys och strategiska överväganden.

## **Synpunkter på RCC i samverkans roll**

RCC i samverkan uppfattas av respondenterna som starkt kunskapsmässigt, av vissa på gränsen till överambitiöst gällande detaljeringsgraden i föreskrifter. Man uppskattar det nätverkande som sker i RCC i samverkans regi, men påpekar samtidigt att samverkansgrupper på ett nationellt plan inte automatiskt leder till nationell styrning. Här uppfattar att många att RCC i samverkan skulle kunna ta tydligare initiativ i den

---

<sup>3</sup> <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Om-programmet/>

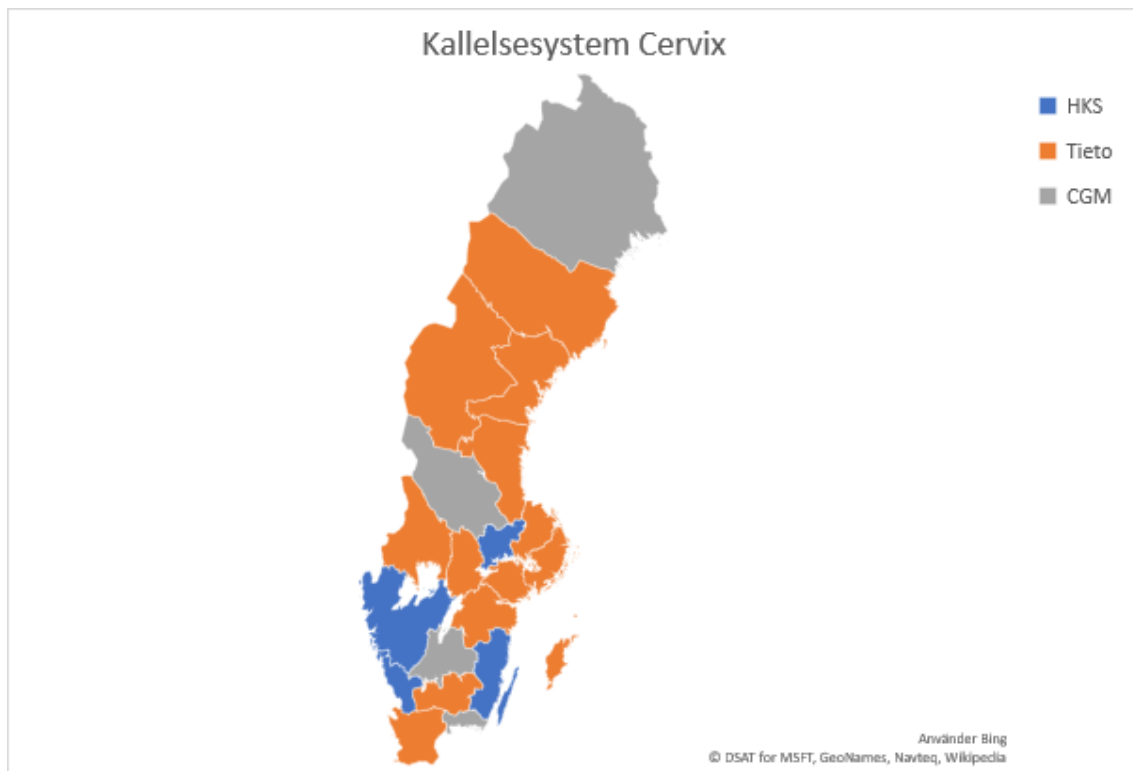
praktiska koordineringen och uppbyggnaden av en gemensam lösning för kallelsesystem. Vi återkommer till RCC:s strategiska valmöjligheter senare i rapporten.

# Kallelsesystem idag

En stor grupp kvinnor skall regelbundet kallas till screening för cervix-cancer. I samband med det skall de kallade hanteras, tillsammans med provsvar och annan data av känslig natur. Situationen med 21 huvudmän samt kvinnor som flyttar eller gör sin screening i en annan region komplicerar hanteringen. Varje region har sitt eget IT-system och det finns begränsningar för informationsutbytet mellan regioner. På grund av bland annat tillkomst av HPV-screening samt utveckling av kringliggande IT-system finns det ett behov av anpassning och utveckling av kallelsesystemen. Det upplevs av många aktörer som onödigt att driva denna utveckling inom alla regioner separat, och någon form av samordning eller gemensamt initiativ efterfrågas. Samtidigt bör nämnas att flera regioner är nöjda med sitt nuvarande system och helst inte vill byta. Detta utgör en utmaning som vi får anledning att återkomma till.

## Leverantörsutbud

Det finns idag tre leverantörer av kallelsesystem i Sverige: Tieto, HKS och CGM. Av dessa har Tieto flest användare (se figur nedan). HKS är ett system utvecklat av Västra Götalandsregionen (VGR), med drift-support från den privata aktören Insieme. CGM är enligt uppgift på väg att dra sig tillbaka som leverantör av kallelsesystem för cervixcancerscreening.



Ett problem som lyfts av flera respondenter i samband med Tieto som leverantör är att leverantören har svagt intresse att samordna sitt erbjudande för flera regioner, trots att utmaningarna är liknande. Man gör hellre ett uppdrag per region. Avtalen är även små i förhållande till andra uppdrag, vilket tros leda till låg prioritet.

## Kallelsesystemens funktionalitet

Ett kallelsesystem skall kunna hantera prov och provsvar, men även utskick av kallelser och planering av mottagningstider. Historiskt sett har kallelsesystem inom cervixcancerscreening ofta legat på patologi/laboratorium, men kan även hanteras av kvinnoklinik eller mödravård. Idag ser det olika ut i regionerna, vilket leder till olika krav och önskemål kring funktionalitet. Funktionaliteten man har lokalt är inte direkt kopplad till leverantör, då leverantörerna inte har ett standardiserat erbjudande (se ovan).

Av intervjuer och enkät framgår att systemen inom de flesta regioner erbjuder automatiserade utskick av kallelser och svarsbrev. Webbtidbokning för kvinnor finns tillgängligt i omkring hälften av regionerna. Detta är en funktion som enligt användarna har potential öka deltagandet i screening väsentligt.

Möjlighet för provtagande enhet (oftast mödravården) att schemalägga lediga tider och planera in en bra patientmix är något som en del respondenter framhåller som viktigt, medan andra regioner jobbar med fasta drop-in-slottar och inte ser samma behov.

Funktionalitet kring automatisk informationsöverföring, både mellan regioner, till nationella kvalitetsregister och till 1177 (provsvaret på nätet) är de områden där regionerna enligt intervjuer och enkät ser störst utvecklingsbehov. En generell kommentar som återkommer är att det är en *”absurd situation idag med reglering av överförande av data”*. Data kan inte delas mellan regioner trots att deras uppdrag är detsamma och brukarna rör sig mellan dessa (flyttar, eller arbetar i annan region). Detta har potential att förbättras om någon typ av nationell lösning tas fram.

## Informationsutbyte

På grund av integritetsregler får vårddata om personer inte delas fritt över regiongränser. Delning försvåras därtill av olika IT-system, vilket leder till behov av en standard för informations-delning mellan system.

Inera arbetar med ett förslag till en informationsöverföringsstandard, en så kallad tjänsteplattform.<sup>4</sup> Tjänsteplattformen är en samling komponenter som behövs för att

---

<sup>4</sup> <https://www.inera.se/projekt/screeningstod-livmoderhals/>

tillhandahålla information över huvudmannagränser. Tjänsteplattformen agerar kontaktpunkt för anslutningar till och från andra organisationer. Informationsutbyte mellan IT-stöd via tjänsteplattformen regleras med hjälp av tjänstekontrakt. Tjänsten Screeningstöd livmoderhals finns nu i Ineras tjänsteutbud. För att kunna ansluta till tjänsten behöver regionen göra nödvändiga anpassningar i sitt lokala system, vilket kräver ett lokalt IT-projekt.

Ineras tjänst är ett tilläggsystem för att hantera dataöverföring mellan befintliga system, vilket av flera tillfrågade ses som ett extra lager som i sig inte tillför något. Detta lyfts som ett argument för att utveckla ett nationellt huvudsystem, snarare än att bygga vidare på modellen med 21 lokala lösningar och ett nationellt koordineringssystem.

## Kostnader för IT-system idag

Som en del i uppdraget har LHC gjort en uppskattning av kostnader förknippade med kallelsesystemen idag. En första observation är att det inte är lätt att få fram dessa uppgifter. Användarna har sällan insikt i direkta IT-kostnader såsom licenser, support, utvecklingskostnader och timdebiteringar för extrainsatser. Kallelsesystemet är en liten del i den totala IT-verksamheten.

Vi har efterfrågat kostnadsuppgifter via en enkät till samtliga regioner, men fått ett begränsat antal svar, varför vi sökt kompletterande uppgifter via telefon. Tillsammans med en del antaganden ser vi underlaget som tillräckligt för att få en övergripande kostnadsbild. Mer detaljer krävs dock för en mer fullödlig ekonomisk utvärdering, bland annat eftersom det i vissa fall varit otydligt exakt vilka kostnadsslag som inkluderas i en angiven siffra.

Kostnaderna för screeningsystem består av direkta IT-kostnader såsom licenser, drift och support samt kostnader för utveckling/anpassning, vilka varierar beroende på ambitionsnivå och lokala krav på funktionalitet. Till det kommer även indirekta kostnader såsom manuellt extraarbete vid bristande funktionalitet och gemensamma IT-kostnader för system och förvaltning. Beroende på graden av automatisering kan kostnaden för integrering och dataöverföring till andra system variera. En ytterligare dimension är IT-systemets påverkan på verksamheten i form av ökad/minskad effektivitet och kvalitet. Det senare är mer svårångat, men kan vara betydande och är något som behöver hanteras speciellt vid byte/implementering av nytt system.

På nästa sida följer en uppskattning av kostnader för cervixcancerscreeningsystem idag.

## Direkta avtalsmässiga kostnader

Kostnaden för IT-system ser relativt lika ut i varje region. Dock görs idag inga samordningsvinster trots att system och behov kan vara likartade mellan regioner.

**Tietos** licenskostnad per region och år ligger runt 500 000 kr (något varierande beroende på regionens storlek). Prognosticerade utvecklingskostnader varierar mellan noll och 1,5 miljoner kr/år.

**CGM** är under avveckling, men har jämförbara kostnader med Tieto.

**HKS Insieme** har en licenskostnad per region och år på 160–500 000 kr. Prognosticerade utvecklingskostnader för hela systemet (alla användare) uppskattas till 1–3 miljoner kr.

Licens	Tieto	HKS	CGM	Totalt
Kostnad / år	500	400	400	
Antal regioner	13	4	4	
Totalkostnad	6500	1600	1600	9700

Detta ger oss följande kostnadsbild nationellt idag:

**Totala licenskostnader** ca 10 miljoner kr/år för hela landet.

**Utvecklingskostnader** är oklara, men uppgår uppskattningsvis till minst 5–10 miljoner kr/år.

## Relaterade kostnader

**Kallelsekanslier** finns i varje region och storleken varierar, mellan 0,25 och 4 årsarbetskrafter. De totala kostnaderna för kallelsekanslier uppskattas till 15–25 miljoner kr/år i direkta lönekostnader för landet.

**Cytburken** (nationellt kvalitetsregister) kostar idag ca 2–3 miljoner kr/år i drift. Till det kommer även lokala arbetsinsatser som ej debiteras.

Den gemensamma **tjänsteplattformen**, via Inera, beräknas kosta ca 2 miljoner kr/år.

Genomförandet av tester, själva **screeningverksamheten**, beräknas kosta ca 370 miljoner kr/år, baserat på en genomsnittlig provkostnad på 500 kronor per test och 740 000 prover per år. Den absolut största kostnadsposten är alltså själva testningen. Kallelseverksamheten inklusive IT står för 5–10 % av totala kostnader.

## **Indirekta kostnader**

### **Byteskostnader**

En uppskattning av kostnaden för att byta från ett system till ett annat ger 1–2 miljoner i byteskostnader. Det bygger på en dubbel kostnad för licenser under en begränsad period, en lokal omställningskostnad i form av extraarbete och upplärning, samt en direkt kostnad för systemanpassningar och lokal utveckling av kringliggande system.

### **Påverkan på effektivitet och kvalitet**

Det är idag svårt att uppskatta kostnader för extraarbete och bristande funktionalitet. Vi har dock fångat upp en del missnöje kring detta i intervjuer.



# Utveckling av kallelsesystem – ett scenario med gemensam lösning

Som en del av uppdraget har vi tagit fram ett scenario för hur en möjlig lösning kring kallelsesystem kan utformas. Förslaget bygger på en övergång till ett nationellt IT-system för cervixcancerscreening. Detta kan ske frivilligt eller tvingande, men innehåller ett antal val som diskuteras vidare nedan.

## Systemägande och utveckling

Scenariot bygger på ett gemensamt kallelsesystem för landet, där en part äger systemet, och förvaltar detta för samtliga regioner. Ett gemensamt system innebär bland annat enklare datadelning och delade utvecklingskostnader. Det kommer dock fortfarande finnas ett behov av lokal anpassning av kringliggande system och gränssnitt, samt anpassning till skillnader i arbetssätt. Detta talar för att någon form av lokal organisation bör finnas kvar.

En möjlighet som kommit upp i intervjuer är att VGR:s system HKS erbjuds till övriga regioner. Detta skulle innebära att licenskostnader kan reduceras och att utvecklingskostnader kan delas. Det andra aktuella systemet inom cervix-screening, som erbjuds av Tieto, löper idag på separata licenser för varje region, och det är oklart huruvida leverantören har intresse att frångå detta.

Koordinering med andra screening-verksamheter, såsom prostata- och tjocktarmscancer, är en fråga som behöver utredas om ett nationellt system övervägs.

## Drift och datalagring

Frågan om datalagring hänger ihop med rätten att dela data. Utifrån den problematiken finns det fördelar med en gemensam databas, det vill säga att systemet lagrar uppgifter nationellt. Eventuellt kan detta koordineras med CYT-burken och existerande kvalitetsregister, vilket bör utredas vidare. Med en gemensam IT-lösning kommer tjänsteplattformen under Ineras huvudmannaskap att bli överflödig.

## Support

Support kommer att behövas såväl centralt som lokalt. Med ett gemensamt system kan även en gemensam upphandling av support göras, genom ett ramavtal. Central support för större IT-frågor och utveckling, bör kompletteras med lokal kompetens kring

praktiskt handhavande och länkar till kringliggande system och verksamheter. Man behöver se upp för dubbla funktioner för samma fråga (en region betalar för central support men löser problemet lokalt ändå).

## Daglig verksamhet

På grund av lokala skillnader i organisation, volymer och handhavande bör ett lokalt kansli även i fortsättningen finnas inom varje region. Det dagliga arbetet måste löpande koordineras med övriga verksamheter lokalt. Lokala kanslier kan behöva ses över för att få en liknande roll och funktion. Det kan vara en fördel om kallelsekanslierna i regionerna har samma placering organisatoriskt och även samma typ av ansvar/befogenheter.

Hur allt detta skall ske behöver inte lösas innan ett principbeslut om ett gemensamt system kan tas. Ett förslag är att skapa någon form av nätverk för erfarenhetsdelning och utveckling mellan screeningansvariga. Utifrån våra kontakter med nyckelpersoner i dagens organisation ser vi att det är viktigt att samordningen sker på operativ nivå. Det är inte fråga om en ledningsrepresentation, utan om utbyte av dagliga erfarenheter.

## Kostnader

Även om besparingar inte är det främsta skälet till att förespråka ett gemensamt system kommer det att finnas en potential att minska kostnader för system, licenser och utveckling. Ett byte av system är dock inte gratis, och kan upplevas som besvärligt och lågprioriterat, vilket gör att även denna typ av motstånd behöver vägas in.

Vi har gjort en uppskattning av vilka ekonomiska konsekvenser en övergång till ett gemensamt kallelsesystem kan få.

### Omställningskostnader för gemensamt kallelsesystem

<b>Byteskostnad</b>	10–15 miljoner kr i engångskostnad
<b>Sparad licenskostnad</b>	5 miljoner kr/år
<b>Sparad utvecklingskostnad</b>	5–10 miljoner kr/år
<b>Undviken tjänsteplattform</b>	2 miljoner kr/år

Med dessa uppskattningar har ett gemensamt system en återbetalningstid på ca ett år, därefter en besparing på ca 10–15 miljoner kr/år nationellt.

# Konsekvensanalys och strategiska överväganden

Vad innebär då en övergång till ett gemensamt IT-system? Vi har valt att utgå ifrån ett antal viktiga målparametrar och går här igenom trolig påverkan på dessa.

- Kvalitet i produktionen – funktionalitet: Ett gemensamt utvecklat system bör leda till en mer funktionell lösning för flera regioner. Framför allt förenklas datadelningsfrågan i och med en gemensam databas.
- Kvalitet för brukarna – användarvänlighet: IT-system är i stor grad en back-office-fråga, och behöver inte påverka brukarna (de testade kvinnorna). Ett mer funktionellt system skulle dock kunna leda till bättre tillgänglighet och snabbare hantering.
- Flexibilitet/möjlighet till lokal anpassning: Ett nationellt system medför färre frihetsgrader lokalt. Detta behöver inte vara ett problem, men kan initialt upplevas som det.
- Kostnad för IT: Kommer att minska enligt kalkylen ovan.
- Avlastning för regioner: Ansvar för drift och utveckling av kallelsesystem lämnas över till central enhet. En relativt liten IT-fråga som inte alltid fått prioritet lokalt samlas nationellt och regioner avlastas.

## En blick från ovan

Sedan det nya vårdprogrammet för cervix-screening antogs av RCC i samverkan 2017 har mycket gått framåt. Det finns en samstämmig bild om att programmet är bra, om än något för detaljerat och inte helt anpassat till olika lokala förutsättningar. Arbetet med kunskapsstyrningen har dock haft god styrfart.

Detsamma gäller inte när vi sammantaget bedömer utformningen av kallelsesystem och rutiner. Den lokala variationen är stor, tillämplighet och arbetssätt avgörs lokalt och funktionaliteten varierar. Trots att frågorna kring detta varit i fokus såväl inom RCC i samverkan som hos ansvariga ute i vården är problembilden sig fortfarande lik. Varför?

Svaren går inte att utröna i mer fokus på kunskapsstyrningen och dess processer. Här ser vi luckor som mot bakgrund av framgången med att förankra cervixscreening som ett viktigt och gemensamt uppdrag borde vara fullt möjliga att lösa. Dock krävs att nya vägar och metoder prövas.

## Fler kompetenser krävs

Vissa problem är återkommande och framkommer indirekt i svaren. Problemens karaktär är skiftande och möjliga lösningar ligger ofta utanför den medicinska vårdprogramramen.

Att marknadsföra alla lösningar som lokala är en gammal tradition bland leverantörer som eskalerat. Modellen att kunna ta betalt 21 gånger istället för en gång för ett gemensamt system är svår att förändra. Här krävs affärskompetens som kan adressera det verkliga problemet och tänka nytt (jfr. hur olika appar och prenumerationstjänster fungerar, med helt nya affärsmodeller). Branschtraditionen påskyndar inte gränsöverskridande samarbeten, även om den inte heller motverkar dem direkt.

Problemen med lagring av olika data kräver minst två ytterligare kompetenser: teknisk databashantering och juridisk expertis. Dessa måste vara integrerade redan från början i projektet för att leta möjliga vägar snarare än att post factum hitta motstånd för den valda lösningen. Såväl teknik och juridik pekas ofta ut som hinder, när det snarare är så att man genom att i designfasen bortse från dessa kompetensområden målat i sig i olika hörn.

Ingen lösning som vill nå uthållig och bred användning kan bortse från lokala förutsättningar och personalens vilja till förändrade arbetssätt. Detta är också ett alltför ofta negligerat område och det finns en stiliserad bild av att ta fram en bra modell som sedan alla i verksamheterna automatiskt anpassar sig till. Här krävs kompetenser inom förändringsledning såväl som designmetodik.

Kostnader är ett ytterligare område där ekonomisk, främst redovisningsmässig och verksamhetsekonomisk kompetens krävs. Hur delar man på gemensamma resurser och tar hänsyn till detta i sin egen budget? Det handlar om att poola resurser och kunna göra vettiga investerings- och återbetalningskalkyler (som vi pekar på i avsnittet om kostnadsberäkning).

Därför måste projektteam som ska ta sig an problemen med fungerande kallelsesystem nationellt ges lika stor uppmärksamhet och få adekvata resurser för att genomföra uppgiften som de som arbetar med medicinska riktlinjer. Hur driver man ett projekt av den här typen och vilka kompetenser krävs? Vad är medicinska kunskapsfrågor och vad är juridiska, ekonomiska, arbetsmetodiska och systemmässiga frågor? Svaren på dessa frågor bör vägleda sammansättningen av gruppen.

## Väg framåt

Vi rekommenderar att RCC i samverkan verkar för att det tillsätts en task force som får i uppgift att ta fram ett nationellt IT-system för cervixcancerscreening. Några viktiga steg i gruppens arbete bör vara att:

- Klargöra gruppens mandat och ta fram målbild.
- Involvera parter och förankra målbild – viktigt att få med rätt kompetenser från början.
- Genomföra konsekvensanalyser med ett brett spann av intressenter.
- Föreslå lösning och genomförandeplan.
- Proaktivt hantera hinder för genomförande.

# Bilaga: Metod och upplägg

Studien har utförts i två steg. Inledningsvis gjordes en kvalitativ intervjustudie med nyckelpersoner i olika funktioner inom cervixcancerscreening för att ge en bred bild av olika typer av hinder och möjligheter i screeningarbetet. Efter avstämning med uppdragsgivaren inriktades studiens andra steg snävare mot utvecklingen av IT-system. I detta syfte riktades en enkät till regionala kontaktpersoner och IT-ansvariga. Upplägg, resultat och slutsatser från de båda studierna presenteras nedan.

## Avgränsningar och begränsningar

Studien fokuserar på organisatoriska aspekter kring screeningverksamhet och kallelsesystem. Studien utvärderar inte det medicinska utfallet av införande av vårdprogrammet.

Studien fokuserar på arbetet internt inom screening. Den behandlar inte hur screening uppfattas i relation till övrig vård och verksamhet.

Sammanställningen bygger på enskilda personers uppfattningar. Det saknas ofta officiella ställningstaganden från organisationer/regioner. Synen på lämplig väg framåt skiljer sig åt mellan personer, och skilda synpunkter förekommer inom en och samma organisation. Detta är i sig en utmaning.

Uppdraget har utförts med avgränsning mot Socialstyrelsens pågående utvärdering av nationellt screeningprogram för livmoderhalscancer – screening med cytologi och HPV-test.<sup>5</sup> samt med avgränsning mot Ineras pågående arbete med stöd för informationsutbyte i samband med screening av livmoderhalscancer.<sup>6</sup>

## Intervjustudie

I den inledande intervjustudien intervjuades 15 nyckelpersoner i olika funktioner inom cervixcancerscreening, nationellt såväl som regionalt. Bland respondenterna fanns personer i den nationella arbetsgruppen för prevention mot livmoderhalscancer, regionala processledare, myndighetspersoner med expertkunskap på området samt produktansvariga hos IT-leverantörer som tillhandahåller screeningsystem.

Urvalet av potentiella intervju personer gjordes initialt efter avstämning med RCC i samverkan, samt därefter med hjälp av snöbollsmetoden (fråga till respondenter om att rekommendera ytterligare intervju personer). Omfånget på intervjustudien bestämdes

---

<sup>5</sup> Utvärderingen fokuserar på skillnader i medicinskt utfall mellan regioner, och ska vara klar till juni 2020.

<sup>6</sup> <https://www.inera.se/projekt/screeningstod-livmoderhals/>

enligt mättnadsprincipen, det vill säga den pågick så länge tills svaren började bli likartade. Syftet i detta steg var alltså inte att ge en heltäckande bild av läget i alla regioner, utan att inhämta synpunkter från ett brett spektrum av aktörer för att ge underlag till att i senare steg ytterligare specificera fokusområden för studien. Därför var intervjuerna till sin karaktär öppna och sonderande, och intervjuguiden anpassningsbar till varje respondents funktion och roll. Följande gemensamma intervjuteman berördes:

- Syn på vårdprogrammet
- Syn på införandet
- Organisatoriska utmaningar
- Tekniska utmaningar
- Önskemål om utveckling av screeningsystem
- Önskemål om nationell koordinering
- Förutsättningar för förändring/utveckling
- Syn på RCC i samverkans roll

## **Enkät och kompletterande telefonenkät**

Efter intervjuerna stod det klart att kallelsystem är en central komponent i införandet av vårdprogrammet, och även ett område där många respondenter ser utvecklingsmöjligheter. Efter avstämning med uppdragsgivaren fokuserades studien tydligare mot alternativ och förutsättningar för utveckling av kallelsystem. En webb-baserad enkät skickades ut per mail till RCC:s regionala kontaktpersoner för cervixcancerscreening, där de med stöd av lämpliga kollegor ombads svara på frågor kring regionernas nuvarande IT-system (avtal, organisering, funktionalitet, kostnadsbild). Vi fick respons från 12 av 21 regioner under enkätens öppna svarstid, varefter uppgifter från ytterligare 7 regioner inhämtades per telefon.

Då intervjuer och enkät till del har innefattat känsliga frågor kring avtalsförhållanden, har respondenterna garanterats anonymitet och listas därför inte.

## **Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.**

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på  
[www.leadinghealthcare.se](http://www.leadinghealthcare.se)



[leadinghealthcare.se](http://www.leadinghealthcare.se)