

Region Skånes revisorer

Granskning av tillgänglighet inom Region Skånes hälso- och sjukvård - cancervården

Oktober 2019

Capire

Dag Boman

Catharina Barkman

Thomas Karte

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	3
2	BAKGRUND, SYFTE OCH GENOMFÖRANDE	5
2.1	BAKGRUND	5
2.2	UPPDRAG OCH SYFTE	6
2.3	AVGRÄNSNING	7
2.4	REVISIONSKRITERIER	7
2.5	GENOMFÖRANDE AV GRANSKNINGEN	7
3	TILLGÄNGLIGHET – MÅL OCH NULÄGE.....	7
3.1	MÅL FÖR TILLGÄNGLIGHET INOM CANCERVÅRDEN	7
3.2	STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP (SVF)	8
3.3	SVF – ÖVERGRIPANDE MÅLBILD OCH NULÄGE	10
3.4	INTERVJUPERSONERNAS KOMMENTARER TILL MÅL OCH NULÄGE	12
4	ORGANISATION, ANSVAR OCH ROLLER	12
4.1	ALLMÄNT OM ANSVAR	12
4.2	POLITISK ORGANISATION	12
4.3	TJÄNSTEMANNAORGANISATION	13
5	STYRNING, PLANERING OCH UPPFÖLJNING	14
5.1	STYRNING OCH UPPFÖLJNING I CENTRALA POLITISKA ORGAN	14
5.2	STYRNING OCH UPPFÖLJNING I SJUKHUSSTYRELSERNA	16
5.3	STYRNING OCH UPPFÖLJNING I PRIMÄRVÅRDSNÄMNDEN	17
5.4	GENOMFÖRDA INTERVJUER OM NÄMNDERS/STYRELSERS FUNKTION	17
6	DET KONKRETA ARBETET FÖR GOD TILLGÄNGLIGHET	17
6.1	OPERATIV HANTERING PÅ CENTRAL NIVÅ I ORGANISATIONEN	17
6.2	SJUKHUSFÖRVALTNINGAR OCH SJUKHUS – KONKRETA ÅTGÄRDER	18
6.3	PRIMÄRVÅRD – EXEMPEL PÅ KONKRETA INSATSER	20
6.4	SAMVERKAN	21
6.5	PATIENTINFORMATION.....	21
6.6	SPRIDANDE AV LÄRDOMAR	22
7	SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR.....	22
7.1	IAKTTAGELSER I SAMMANFATTNING.....	22
7.2	BEDÖMNING AVSEENDE ENSKILDA REVISIONSFRÅGOR	23
7.3	BEDÖMNING AV ÖVERGRIPANDE FRÅGA	24
7.4	FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG	25
	BILAGA 1 GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP	26

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit till Capire Consulting AB att göra en granskning av styrningen av tillgängligheten i Region Skåne. Områden som ska ingå i granskningen är tillgängligheten generellt samt fördjupat inom cancervården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Denna rapport avser cancervårdens tillgänglighet.

Genomförandet av granskningen har skett genom analys av besluts- och projektdokument och djupintervjuer med företrädare för berörda politiska organ och tjänstemannaorganisationen i Region Skåne. Granskningen har genomförts under perioden juni till oktober 2019.

Resultat övergripande revisionsfråga

Granskningsens övergripande fråga är om styrningen av tillgängligheten till cancervården i Region Skåne är ändamålsenlig för att tillgodose befolkningens behov.

Den styrning av standardiserade vårdförlopp (SVF) som baseras på det nationella samarbetet mellan regionala cancercentra bedömer vi vara väl förankrad och ändamålsenlig. Vår bedömning är samtidigt att styrningen på övergripande nivå i organisationen inte fullt ut är ändamålsenlig för att skapa tillfredsställande förutsättningar för att nå upp till de tillgänglighetsmål som är kopplade till de standardiserade vårdförloppen. Den centrala styrningen av produktion och samordning av berörd hälso- och sjukvård är svag. Det är vår bedömning att det är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som har brister i detta avseende. Övriga nämnder och styrelser har verkat för kort tid för att tydliga slutsatser och bedömningar ska kunna göras.

Bedömning avseende enskilda revisionsfrågor

I det följande återfinns våra bedömningar avseende de enskilda revisionsfrågorna i granskningen.

1. *Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?*

Styrningen mot tillgänglighetsmålen för cancervården baseras i första hand på nationella vårdprogram och på nationell uppföljning av målen. Vår bedömning är att berörda verksamheter och specialiteter tillämpar styrdokumentet på ett ändamålsenligt sätt. Samtidigt är det viktigt att den politiska beslutsprocessen inte blir sidoställd när det gäller beslut om omfattning och inriktning på den vård som Region Skåne bedriver.

2. *På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?*

Flaskhalsarna, bland annat i form av otillräcklig vårdplats-, diagnostik- och operationskapacitet, är väl kända. Vår bedömning är att det saknas politiska ställningstaganden om åtgärder för att den berörda verksamheten ska uppnå fastställda mål. Ansvaret delas av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och berörda driftledningsstyrelser inklusive regionstyrelsen.

3. *Bedrivs arbetet med SVF på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?*

Vår bedömning är att arbetet med SVF sker på ett ändamålsenligt sätt. Det gäller i ökande utsträckning även primärvården. Behov har framkommit att rikta uppmärksamhet även mot eftervård och rehabilitering. Ansvar för detta faller på hälso- och sjukvårdsnämnden. Ändring av SVF förutsätter dock nationellt beslut inom ramen för Regionala cancercentra i samverkan.

4. Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?

Hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukhusstyrelserna erhåller, enligt vår bedömning, återkoppling rörande cancervårdens tillgänglighet på ett ändamålsenligt sätt, medan primärvårdsnämnden inte erhåller återkoppling rörande primärvårdens medverkan och resultat i SVF.

5. Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?

Samverkan i anslutning till SVF sker i ökad omfattning inom hela det somatiska sjukvårdssystemet. Detta inkluderar primärvården och privata aktörer med avtal med Region Skåne. Samtidigt bedömer vi att det finns brister i samverkan och att processerna över organisatoriska gränser i flera fall inte går hand i hand. Olika förutsättningar råder i olika delar av Skåne vilket utgör en risk för att tillgängligheten till cancervården inte är jämlik. Vi bedömer att brist på beslut och beslutsmandat har medverkat till att fördröja samverkan över förvaltnings- och sjukhusgränser. Ansvar på detta faller på regionstyrelsen. En förstärkt produktionsstyrning har dock nyligen aktualiserats av koncernledningen.

6. Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?

Vår bedömning är att noggrann koordination och planering av insatser enligt strukturerade förlopp medverkar till att hålla av- och ombokning liksom uteblivande patienter på en låg nivå. Cancerpatienter som behandlas enligt SVF är prioriterade och löper mindre risk för att bokas om än andra patientgrupper.

7. Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?

Vår bedömning är att incitamentspaketet har begränsad relevans för cancervården med dess snabba och strukturerade vårdförlopp.

8. Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?

Målen för SVF är baserade på medicinsk relevans men tar även hänsyn till patientens upplevda behov av god tillgänglighet och snabba vårdepisoder. Målen för ledtiderna uppfattas i allmänhet vara högt satta. Vår bedömning är att det är en styrka att ledtider och andra mål inom SVF är föremål för kontinuerlig uppföljning och revision inom ramen för det nationella arbetet i regionala cancercentra.

9. Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?

Vår bedömning är att det nationella samarbetet kring standardiserade vårdförlopp är väl ägnat att följa upp och sprida kunskaper om både medicinska och organisatoriska erfarenheter.

10. I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?

Inom cancervården påverkas tillgängligheten negativt av brist på vårdplatser och brist på operationskapacitet. Flödena påverkas negativt även av flaskhalsar inom diagnostiska discipliner samt begränsad kapacitet inom strålning och onkologi. Flertalet av dessa problem tillskrivs brist på olika yrkeskategorier. Liksom i Region Skånes sjukvård i övrigt pågår ett omfattande innovativt arbete inom cancervården för att ta tillvara befintliga resurser på ett effektivare sätt. Vi bedömer att samtliga berörda politiska organ har anledning att säkerställa en tydligare återkoppling om förhållandena och förutsättningarna samt att agera för att motverka aktuella brister.

11. Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?

De standardiserade vårdförloppen är uppbyggda kring att förse patienten med god information om sjukdom och behandling. Det sker bland annat genom kontaktsjuksköterskornas försorg. Vår bedöm-

ning är att dessa insatser fungerar väl och ger mervärden i form av kortare behandlingstider. Vårdgarantin aktualiseras mindre frekvent för cancerpatienterna tack vare snabba vårdförlopp. Primärvårdsnämnden bör säkerställa återkoppling rörande primärvårdens ansvar, medverkan och resultat i de standardiserade cancerförloppen.

Förbättringsförslag

Följande förbättringsförslag har identifierats i samband med granskningen:

- Samtliga berörda politiska organ har anledning att säkerställa en tydligare återkoppling om förhållanden och förutsättningar för att leva upp till beslutade tillgänglighetsmål för cancervården samt att agera för att motverka de aktuella bristerna. En samlad översyn kan göras inom ramen för planerad cancerstrategi för Skåne.
- Regionstyrelsen bör tillse att medverkan i och styrningen av samverkan från den centrala nivån förstärks samt tillse att det finns tydliga beslutsmandat för att säkerställa välfungerande cancerförlopp som sträcker sig över förvaltnings- och sjukhusgränser.
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden bör vidta åtgärder för att utveckla organisationen för rehabilitering av cancerpatienterna i linje med beslutade mål.
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsvårdsnämnden har anledning att löpande följa upp eventuella undanträngningseffekter av cancervården för annan vård och vidta relevanta åtgärder.
- Praxis avseende fastställande av vårdprogram och lokala riktlinjer bör stadfästas tydligare av hälso- och sjukvårdsnämnden. Beslut om riktlinjer bör vila på en tydlig delegationsordning och tydliga kriterier när beslut kan behöva överföras till högre beslutsnivå. Exempel på sådana frågor är beslut om åtgärder som inte ryms inom gällande ekonomisk ram eller beslut av mer principiell betydelse.
- Primärvårdsnämnden bör säkerställa återkoppling rörande primärvårdens ansvar, medverkan och resultat i de standardiserade cancerförloppen.

2 Bakgrund, syfte och genomförande

2.1 Bakgrund

Regionfullmäktiges inriktning är att hälso- och sjukvården i Region Skåne ska vara tillgänglig, jämlik, hälsoinriktad, personcentrerad, säker, kunskapsbaserad och effektiv.

Tillgänglig hälso- och sjukvård innebär att ingen patient ska behöva vänta oskäligt lång tid på den vårdinsats som behövs för diagnostik, behandling och rehabilitering. Likaså ska Region Skåne leva upp till de nationella målen för standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

Under de senaste åren har inflödet av patienter till vården ökat bland annat beroende på demografiska förändringar samtidigt som kompetensförsörjningen är en stor utmaning, vilket sammantaget påverkar tillgängligheten. Tidigare granskningar har visat att tillgängligheten inom hälso- och sjukvården i Region Skåne inte är ändamålsenlig och tillräcklig trots att detta är en prioriterad fråga. Det övergripande målet att förbättra tillgängligheten jämfört med 2017 har inte uppnåtts. Enligt Region Skånes kvalitetsapplikation för 2018 framgår att inte någon av indikatorerna inom området tillgänglighet når upp till av regionfullmäktige beslutad målnivå. Likaså inom området cancervård och att Region Skåne ska leva upp till de nationella målen för standardiserade vårdförlopp (SVF) konstateras att även om förbättringar skett jämfört med 2017 avseende tidsmålen inom vissa diagnoser, konstateras att huvuddelen av målen inte har uppnåtts för 2018.

Uppföljningen av Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård sker bland annat i månadsrapporter och verksamhetsberättelser och ska utgå från vad som är av värde för patienten. Resultatet ska användas för lärande och underlag för förbättringsarbete. Uppföljningen för 2019 ska, enligt Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård, inriktas på de övergripande målen samt delmål som fastställs i Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård. Dessa mål följs för närvarande upp med drygt 180 utvalda indikatorer. Region Skånes indikatorbibliotek omfattar totalt ca 270 indikatorer.

Enligt Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 tilldelas hälso- och sjukvårdsnämnden 141 miljoner kronor att vidarefördela till sjukvården i form av incitamentsmedel för ökad tillgänglighet för somatisk sjukhusvård. Medlen kommer att utbetalas till de egendrivna sjukhusen vid måluppfyllelse och enligt principer för den incitamentsmodell som beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisorskollegiet har utifrån en riskbedömning beslutat att genomföra en fördjupad granskning av tillgängligheten i Region Skåne.

2.2 Uppdrag och syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om styrningen av tillgängligheten är ändamålsenlig för att tillgodose befolkningens behov. Områden som ska ingå i granskningen är tillgängligheten generellt samt fördjupat inom cancervården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Revisionsfrågor är

1. Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?
2. På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?
3. Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?
4. Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?
5. Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?
6. Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?
7. Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?
8. Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?
9. Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?
10. I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?
11. Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?

2.3 Avgränsning

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering och hjälpmedelsnämnden¹, primärvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser.

2.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar. Dessa är bland annat:

- Kommunallagen (2017:725) – 6:6
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) – kap 3 och 9
- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne (RF 2018-12-10—11)
- Region Skånes årsredovisning 2018 (RF 2019-04-09)
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020 – 2021(RF 2018-12-10--11)
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019 inklusive bilagor (HSN 2019-02-14)

2.5 Genomförande av granskningen

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med förtroendevalda och berörda tjänstemän inom Region Skåne. Utöver de drygt 50 personer, som intervjuades för tidigare sammanställd rapport om tillgängligheten generellt, har 20 personer som har direkt koppling till cancervården intervjuats. Hit hör bland annat regional och lokala cancersamordnare, koordinators, verksamhetschefer eller motsvarande från samtliga sjukhusförvaltningar, primärvården, Medicinsk service och Regionalt cancercentrum syd (RCC Syd).

Granskningen har genomförts av Dag Boman uppdragsledare, Catharina Barkman, specialist och kvalitetsansvarig, samt Thomas Karte, medicinsk rådgivare, specialist i internmedicin.

Kontaktperson vid Region Skånes revisorer har varit Louise Rehn Winsborg, ordförande i revisorskollegiet och Lars-Erik Lövdén, vice ordförande i revisorskollegiet. Projektledare för granskningen har varit Eva Tency Nilsson, certifierad kommunal revisor vid Region Skånes revisionskontor. Granskningen har genomförts under perioden juni till oktober 2019.

Granskning av den generella tillgängligheten till Region Skånes hälso- och sjukvård har publicerats i en särskild rapport i oktober 2019. Fördjupad granskning av tillgängligheten inom barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri kommer att dokumenteras i en separat rapport senare under hösten 2019.

3 Tillgänglighet – mål och nuläge

I detta kapitel redogörs för iakttagelser avseende revisionsfråga 8: *Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?*

3.1 Mål för tillgänglighet inom cancervården

3.1.1 Övergripande om mål för tillgänglighet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska hälso- och sjukvården bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av de fem krav som specificeras särskilt i Hälso- och sjukvårdslagen är att vården ska *”vara lätt tillgänglig”*².

¹ Psykiatri-, habilitering och hjälpmedelsnämnden granskas inte i denna rapport.

² Kap 5 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

För att understryka vikten av tillgänglighet omfattar HSL regler om vårdgaranti³. Vårdgarantin är enligt HSL en rättighet som innebär att enskilda personer ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Exempelvis gäller att patienten efter beslut om behandling eller operation, ska få en tid för detta inom 90 dagar⁴.

3.1.2 Region Skånes mål för tillgänglig cancervård

Region Skånes budget och verksamhetsplan

I Region Skånes budget och verksamhetsplan för 2019 anges att cancervården är ett prioriterat område. Region Skåne ska bedriva en (citrat) *"Högkvalitativ cancervård i hela Skåne"*. Det övergripande målet är (citrat) *"God cancervård"*. Som delmål har uppsatts att det ska ske en fortsatt utveckling av standardiserade vårdförlopp, att tillgången till cancerrehabilitering ska förbättras samt att deltagandet i screening, i synnerhet i socioekonomiskt svaga grupper, ska öka.

Hälso- och sjukvårdsuppdrag

De övergripande målen för cancervården i Region Skånes verksamhetsplan och budget överensstämmer med det hälso- och sjukvårdsuppdrag som Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om.

Lokala mål

Målen för cancervårdens tillgänglighet och ledtider har fastställts nationellt. Inom ramen för Region Skånes kunskapsstyrningsarbete har fastställts ett antal lokala vårdprogram och riktlinjer. Dessa avviker inte från de nationella styrdokumenterna vad gäller mål och ledtider.

3.2 Standardiserade vårdförlopp (SVF)

3.2.1 Allmänt om SVF

Enligt den nationella cancerstrategi som riksdagen antog 2009 har klargjorts att det inom cancer är särskilt angeläget med ett snabbt förlopp mellan misstanke, upptäckt och behandling.

Landets regioner har i samverkan med statsmakten genomfört en flerårig satsning för att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården. Syftet med satsningen har varit att skapa ändamålsenliga processer och rutiner inom vårdområdet samt att erbjuda patienterna en hög tillgänglighet. Satsningen har inledningsvis gällt fram till och med 2018. En ny överenskommelse mellan staten och SKL⁵ har senare träffats även för 2019⁶. Satsningen ska fortsätta även 2020 efter att en särskild analys har gjorts för att åstadkomma ett effektivt genomförande.

Syftet med SVF är, enligt Socialstyrelsen⁷, i första hand att förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling.

Idag (hösten 2019) har SVF införts inom 31 cancerdiagnoser. Dessa 31 vårdförlopp täcker över 95 procent av alla cancerdiagnoser. Införandet har skett stegvis från 2015 då SVF infördes för fem cancerdiagnoser. Under 2016 infördes tretton SVF, under 2017 tio SVF samt 2018 ytterligare tre SVF. Region Skåne har implementerat SVF för samtliga dessa vårdförlopp.

³ Grundläggande bestämmelser om vårdgarantin finns i kap. 9 HSL.

⁴ För en mer utförlig beskrivning av vårdgarantin hänvisas till rapporten "Granskning av tillgänglighet inom Region Skånes hälso- och sjukvård – generellt" Region Skånes revisorer oktober 2019.

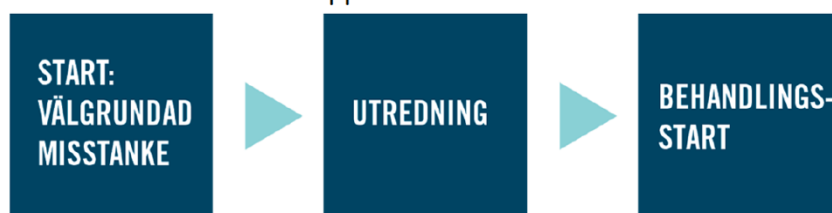
⁵ Sveriges kommuner och landsting

⁶ Kortare väntetider i cancervården 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL)

⁷ Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 1, 2019. Socialstyrelsen

De standardiserade vårdförloppen ska förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. De beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos,

Standardiserade vårdförlopp



samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen⁸. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. De ledtidsmål som har fastställts är unika och specifika för varje enskild cancerdiagnos.

3.2.2 Organisationen kring SVF⁹

Gemensam nationell struktur

Arbetet med SVF sker inom ramen för en gemensam nationell struktur som byggts upp kring regionala cancercentra (RCC) som finns i de sex sjukvårdsregionerna i Sverige. Region Skåne ingår i *Regionalt cancercentrum syd* (RCC-syd).

RCC:s nationella samarbete sker framförallt inom gruppen *Regionala cancercentrum i samverkan* (RCC i samverkan). Samverkansgruppen har bildats på uppdrag av regiondirektörerna i de svenska regionerna och består av de sex RCC-cheferna samt SKL:s cancersamordnare. Den senare leder gruppens arbete. RCC i samverkan ska tillsammans med regionerna genomföra nationella cancerstrategins intentioner, bland annat genom att skapa nationell samsyn och samordning av vårdprogram, kvalitetsregister och läkemedelshantering.

Respektive region ansvarar för att skapa en organisation och resurser som möjliggör implementering och genomförande av SVF i den kliniska verksamheten. Regionala cancercentrum, som inte ligger i linjeorganisationen i Region Skåne, har en stödjande och uppföljande roll i detta arbete.

Vårdprogram och standardiserade vårdförlopp

Samtliga standardiserade vårdförlopp utgår från vårdprogram som fastställts av RCC i samverkan. Programmen följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervården.

I anslutning till varje enskild diagnos finns en nationell vårdprogramgrupp. Varje vårdprogramgrupp är multidisciplinär och består av företrädare för professioner som nominerats av respektive sjukvårdsregion. I vårdprogramgrupperna finns även patientrepresentanter. På vårdprogramgrupperna ligger att årligen revidera programmen och besluta om nödvändiga justeringar.

Grundkoncept¹⁰

Grundfilosofin med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård.

Arbetet med SVF har flera organisatoriska inslag. Dessa kan variera på detaljnivå beroende på regionala beslut. Hit hör att det i varje region ska finnas *processledare* för varje SVF. Processledarna har ansvar och befogenhet att leda arbetet tvärprofessionellt på regional nivå inom patientprocessens alla delar: förebyggande arbete, utredning, behandling, rehabilitering och palliativ vård.

⁸ <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/kortare-vantetider/>

⁹ Regionala cancercentrum i samverkan. <https://www.cancercentrum.se/samverkan/>

¹⁰ Se även bilaga 1 för en utförligare beskrivning av SVF.

Varje berörd verksamhet ska ha en *koordinatorsfunktion*. Koordinatören är ett administrativt stöd som ska underlätta för sjukvården att hålla uppsatta ledtider. Koordinatören ska understödja säkra övergångar i vårdkedjan, såväl inom en region som när patienten går över regiongränser. En viktig del är att arbetet struktureras så att det finns *förbokade tider* som reserveras för "SVF-patienter" hos mottagande och utredande enheter, liksom för bland annat operation och strålning.

Ett övergripande syfte med standardiserade vårdförlopp (SVF) är att öka patientens delaktighet och nöjdhet vid utredning av misstanke om cancer. Varje patient ska ha tillgång till *kontaktsjuksköterska*. Kontaktsjuksköterskan har ansvar för patient- och närståendekontakt genom hela vårdkedjan. I uppdraget ingår att vara tillgänglig, att informera om kommande steg i vård och behandlingen, att ge stöd vid normala krisreaktioner och att förmedla kontakter med andra yrkesgrupper.

SVF-vårdprogrammen lägger även stor vikt vid *multidisciplinär konferens* (MDK). MDK beskrivs som ett viktigt inslag i bedömningen och behandlingen av patienter med cancer. Under en MDK diskuterar flera specialiteter och professioner en patients behandling för att få ett bättre behandlingsresultat.

3.3 SVF – övergripande målbild och nuläge

3.3.1 Målbild för SVF

Satsningen på SVF syftar övergripande till att bidra till kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård. Bland annat följande kvantitativa mål har uppställts:

- 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF¹¹.
- 80 procent av dessa patienter ska behandlas inom utsatta maximala tidsgränser.

Det första av dessa mål har uppnåtts i riket. Ambitionen är att detta mål ska bibehållas. För Region Skånes vidkommande är det cirka 80 procent av patienterna som behandlas inom ramen för SVF.

Däremot har regionerna svårt att nå ambitionen att 80 procent av patienterna ska erhålla behandling inom den definierade maximala tidsgränsen. På riksnivå är det cirka 45 procent som erhåller vård inom utsatta tidsgränser. Därutöver existerar stora skillnader mellan olika diagnoser och olika delar av landet¹². Siffran för Region Skåne var 2018 46,4 procent¹³.

Ett övergripande syfte med standardiserade vårdförlopp (SVF) är att öka patientens delaktighet och nöjdhet vid utredning av misstanke om cancer. Socialstyrelsens redovisning av patienternas uppfattningar nationellt visar att patienterna är nöjda med de kortare utredningstiderna, men att det finns flera områden som kan förbättras, till exempel frågan om patienters delaktighet och inflytande¹⁴. Socialstyrelsen konstaterar vidare att SVF har medverkat till att förutsättningarna för en mer jämlik cancervård har förbättrats¹⁵.

¹¹ Siffran 70 procent har valts eftersom det av medicinska eller andra skäl inte bedöms vara relevant att en större andel ska vårdas inom ramen för en SVF-process.

¹² Läkartidningen nr 40. Intervju med Hans Hägglund, nationell cancersamordnare. Tillika ordförande för RCC i samverkan.

¹³ Verksamhetsberättelse januari-december 2018 för hälso- och sjukvårdsnämndens samlade ansvarsområde

¹⁴ Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården, Slutrapport del 1, 2019. Socialstyrelsen.

¹⁵ Samma källa som föregående.

3.3.2 Nuläge – Region Skåne

Vidstående diagram¹⁶ redovisar måluppfyllelsen i Region Skåne enligt den redovisningen som sker via Regionala Cancercentrum i samverkan¹⁷.

I diagrammet framgår att den nationella lägesbilden även gäller Skåne. Det vill säga att regionen endast undantagsvis når det uppsatta målet att 80 procent av patienterna ska erhålla vård inom utsatt tid. I ett senare avsnitt beskrivs intervjupersonernas kommentarer till denna bild.

I några diagnoser är tillgänglighetssituationen problematisk. Hit hör gallblåsecancer, levercancer, matstrupe-cancer, njurcancer, prostatacancer och urinblåsecancer. Inom dessa är det få eller inga patienter som erhåller behandling inom utsatt tid. I fallet urinblåse- och urinvägs-cancer har SUS Lex Maria anmält dödsfall och väntetider som är så långa att de anses vara patientfarliga.

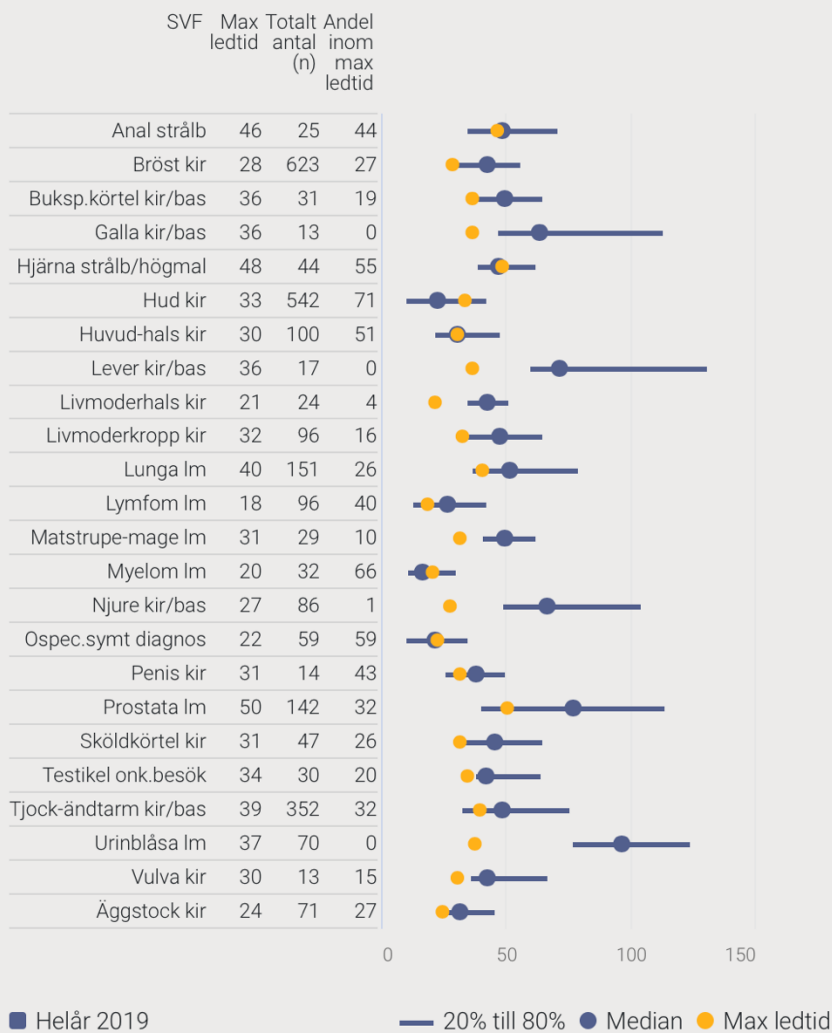
Av HSN:s verksamhetsberättelse för 2018 går att utläsa att måluppfyllelsen sedan SVF införts har förbättrats för nio diagnoser och har försämrats för tio. Övriga är i stort sett oförändrade.

Patientnöjdhet

Den nationella övergripande bilden om patientens tillfredsställelse gäller även i Skåne. 80 procent av cancerpatienterna är nöjda med cancervårdens tillgänglighet i Region Skåne. Patientnämndens sammanställningar visar att inkomna klagomål på cancervårdens tillgänglighet har minskat efter att SVF har införts. 2018 registrerades åtta sådana klagomål.

Ledtider SVF, andel patienter inom maximal ledtid

Helår 2019 – Region Skåne



¹⁶Diagrammet redovisar uppgifter om maximala väntetider (kolumn Max tid), antalet patienter som utretts enligt SVF (Kolumn Totalt antal (n)) samt andelen SVF-utredda patienter i procent som behandlats inom föreskriven maxtid (Kolumn Andel inom max ledtid). För att ligga inom föreskriven ledtid ska markeringen för median (mörkblå) inte ligga till höger om markering för max ledtid (gul). Tidsperioden helår 2019 omfattar data från 1 januari till och med september.

¹⁷ <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>

3.4 Intervjupersonernas kommentarer till mål och nuläge

Flertalet intervjuade personer har uppgett att de anser att tillgänglighets- och ledtidsmålen för cancervården är relevanta. Många reflekterar samtidigt över att ledtidsmålen i de standardiserade vårdförloppen generellt är högt satta och baserade på bästa möjliga ledtider som standard. Detta är inte alltid motiverat ur ett medicinskt perspektiv, men kan samtidigt vara relevant utifrån patientperspektivet eftersom patienten oftast har en stark drivkraft att få sin behandling så snart som möjligt. Svårigheterna att nå de högt satta målen kan upplevas som demoraliserande, men anses samtidigt medverka till att betydande ansträngningar görs för att förbättra processer och rutiner. De standardiserade vårdförloppen anses ha medverkat till en avsevärt bättre struktur i vården av cancerpatienter.

De tidsmål som är uppsatta för de standardiserade vårdförloppen har i huvudsak utvecklats inom professionen och de åtnjuter därför respekt inom vårdorganisationen. Dessa mål revideras också i fortgående process utifrån de erfarenheter som vinnas. Det gäller även valet av indikatorer för de standardiserade vårdprocesserna och formen för uppföljning av dessa.

Trots att målen inte nås formellt, förutom i ett mindre antal av de standardiserade vårdförloppen, är den allmänna bilden i Region Skåne att cancerpatienterna har en god tillgänglighet inom flertalet diagnosområden. Undantag finns dock inom vissa diagnoser (se ovanstående diagram) där väntetiderna anses vara så långa att de innebär en patientsäkerhetsrisk.

Däremot medverkar de "SVF-märkta" patienterna till att andra patientgrupper trängs undan från såväl diagnostik som behandling/åtgärd.

Flera intervjuade ser det som en svaghet inom SVF att det inte sker en *horisontell prioritering* mellan olika cancerformer. Alla cancerformer är inte lika tidskritiska, vilket många anser borde reflekteras bättre i riktlinjerna. Framförallt är det de diagnostiska och onkologiska disciplinerna, vilka förväntas göra insatser i flertalet SVF, som stöter på denna problematik. (Citat) "*Snart sitter samtliga patienter i väntrummet med nummerlapp ett*".

4 Organisation, ansvar och roller¹⁸

4.1 Allmänt om ansvar

Hälso- och sjukvårdslagen förskriver (4 kap.) att "*Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef)*". Socialstyrelsen har förtydligat att verksamhetschefen är den som alltid har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet¹⁹. Till verksamhetschefens ansvar hör att svara för patienternas tillgänglighet till verksamheten.

4.2 Politisk organisation

Region Skåne har en ny politisk organisation sedan 1 januari 2019. Ansvaret för hälso- och sjukvården fördelas nu mellan tolv nämnder eller styrelser. I den nya organisationen har HSN en huvudsaklig roll som uppdragsgivare till övriga berörda nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Till uppdraget hör att ta fram förslag till mål för tillgänglighet som fastställs av fullmäktige. Övriga berörda nämnder har driftledningsansvar för att se till att fastställda mål uppnås på ett rationellt och effektivt sätt.

¹⁸ En utförligare beskrivning av Region Skånes politiska organisation liksom tjänstemannaorganisation återfinns i rapporten "Granskning av tillgänglighet inom Region Skånes hälso- och sjukvård – generellt" Region Skånes revisorer oktober 2019.

¹⁹ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/verksamhetschef>

De berörda politiska organen inom cancervården är *regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelserna* för respektive sjukhus samt *primärvårdsnämnden. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnd* har ingen uttalad roll inom cancervården. Nämndernas och styrelsernas ansvar framgår av gällande reglemente för regionstyrelsen och nämnder i Region Skåne²⁰:

4.3 Tjänstemannaorganisation

4.3.1 Övergripande bild

Hälso- och sjukvården, vad gäller cancervården, i Region Skåne bedrivs sedan januari 2019 i följande förvaltningar:

- Koncernkontoret, vari avdelningen hälso- och sjukvårdsstyrning ingår
- Medicinsk service
- Primärvården
- Skånes universitetssjukvård, till vilken hör Skånes universitetssjukhus, Lasarettet i Ystad, Lasarettet i Landskrona och Lasarettet i Trelleborg
- Skånes sjukhus nordost, i vilken Centralsjukhuset Kristianstad och Hässleholms sjukhus ingår
- Skånes sjukhus nordväst, där Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus ingår

4.3.2 Central nivå

Koncernledning och koncernkontor

Koncernen leds av regiondirektören. Koncernledning bildas av samtliga förvaltningschefer i koncernen samt samtliga direktörer i koncernkontorets verksamhets- och stabsfunktioner.

Efter beslut av regiondirektören har under 2019 bildats en regional hälso- och sjukvårdsledning (RHL). Denna ledningsgrupp leds av regiondirektören och består av hälso- och sjukvårdsdirektören och förvaltningscheferna i hälso- och sjukvården. Gruppen träffas normalt var fjortonde dag.

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning har till uppdrag att utveckla och följa upp den skånska hälso- och sjukvården med utgångspunkt från det samlade behovet av vård. I avdelningen ingår verksamheterna för smittskydd och vårdhygien och RCC Syd, samt enheter för kvalitetsutveckling, läkemedel, medicinska rådgivare, uppdragsstyrning och tandvårdsstyrning.

Vid avdelningen är en av de medicinska rådgivarna tillika *regional cancersamordnare* och ordförande i det *strategiska cancerrådet*. Den regionala cancersamordnaren ska bland annat utifrån den beslutade cancerplanen prioritera och samordna arbetet i Region Skåne med att förverkliga planen. Samordnaren är även Region Skånes representant i SVF-arbetet nationellt och på sjukvårdsregional nivå och ska delta i det regionala cancercentrets kvalitetsdialoger med förvaltningarna samt även i dialoger kring canceruppföljning mellan avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning och förvaltningarna.

Det strategiska cancerrådet

Det strategiska cancerrådet i Region Skåne ska, enligt hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut, utgöra ett forum för samarbete och erfarenhetsutbyte mellan alla de aktörer som är engagerade i cancervårdens utveckling samt ha en koordinerande funktion när det gäller det långsiktiga arbetet inom cancervården. I rådet ingår linjeansvariga, sakkunniga och personer med egen erfarenhet av cancer. Såväl slutenvård som primärvård representeras i rådet. Linjeansvariga representanter nomineras av respektive förvaltning- eller sjukhusledning och ska ha beslutsmandat avseende inriktning och prioriteringar inom cancervården.

²⁰ Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. Fastställt av regionfullmäktige 2018-12-10--11

4.3.3 Sjukhusförvaltningar och sjukhus

De tre sjukhusförvaltningarna – Skånes sjukhus nordväst, Skånes universitetssjukvård och Skånes sjukhus nordost – har samtliga, i enlighet med den generella styrmodellen för SVF, ett lokalt cancerråd med representation för berörda specialiteter inklusive diagnostik, primärvård och palliativ vård.

Vid respektive sjukhus finns inom varje cancerprocess tvärprofessionella team som är ansvariga för förloppet inom sitt område. Sådana lokala processteam upprättas även om bara en del av SVF finns i det berörda sjukhuset. Respektive patientprocessledare, som utses av berörd sjukhuschef, är ordförande i varje lokalt processteam.

4.3.4 Primärvården

Inom primärvården hanteras utvecklings-, uppföljnings- och utbildningsfrågor med koppling till SVF inom allmänläkarkonsultverksamheten i Skåne (AKO). AKO är producentneutral och uppgiften spänner över all primärvård inom ramen för Hälsovalet. AKO arbetar med samverkan mellan Hälsovalet och specialiserad vård, kunskapsstyrning samt kompetensutvecklingsfrågor för läkare i Hälsovalet.

AKO medverkar inom Region Skånes Strategiska cancerråd och är även aktivt vad gäller nationellt kunskapsstöd för primärvård. AKO svarar för vårdriktlinjer som beskriver primärvårdens ansvar i anslutning till SVF. AKO har tagit fram riktlinjer för samtliga SVF som tillämpas i Region Skåne och erbjuder även utbildning inom området. AKO finns även representerade i de lokala cancerråd som är knutna till varje akutsjukhus. AKO Skåne beskrivs fungera som lokalt cancerråd för primärvården.

5 Styrning, planering och uppföljning

I detta kapitel redogörs för iakttagelser avseende den styrning, planering och uppföljning som sker både inom berörda politiska organ och inom tjänstemannaorganisationen. De revisionsfrågor som berörs är:

- Fråga 1: Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?
- Fråga 2: På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?
- Fråga 4: Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?

5.1 Styrning och uppföljning i centrala politiska organ

Beslut om införande av SVF i Region Skåne

Beslut om införande av SVF i Region Skåne togs av HSN 2015-03-26. Region Skåne beslutade därmed att delta i en fyraårig satsning om att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården, som regeringen och SKL träffat överenskommelse om.

I steg ett handlade satsningen om införandet av fem pilotdiagnoser samt former för fördelning av nationella stimulansmedel till berörda förvaltningar. I beslutet förutsattes att det under kommande år till och med 2018 ska fattas löpande nya beslut av HSN kring ekonomiska förutsättningar för deltagande i överenskommelsen. Av konsekvensanalysen i anslutning till beslutet framgår att det kommer att krävas resurstillskott för att införa vårdförloppen. Under åren 2015 – 2018 har HSN årligen fördelat 55 miljoner kronor som regionen har erhållit från staten mellan berörda förvaltningar.

Beslut om vårdprogram

Enligt Region Skånes begreppsapparat är ett regionalt vårdprogram ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger.

De standardiserade vårdförloppen är förknippade med fortlöpande beslut om vårdprogram och riktlinjer. Vårdprogrammen fastställs nationellt, men kan på regional nivå preciseras genom regionala eller lokala riktlinjer. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs enligt gällande ordning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Sådana beslut anmäls till HSN. Beslut om vårdprogram som innebär merkostnader behandlas i särskild ordning av HSN.

5.1.1 Aktuella centrala beslut

Cancervården

I *Region Skånes verksamhetsplan och budget* anges cancervården som ett prioriterat område. I budget för 2019 anförts exempelvis att fler metoder för tidig upptäckt, bland annat screening, ska införas. I budget och verksamhetsplan för 2020 utvecklas vidare att prostatacancercentrum ska förstärkas med ytterligare medel, samtidigt som medel för organiserad testning för prostatacancer tillförs. Screening för kolorektal cancer ska successivt införas och erbjudas alla i åldern 60 – 74 år i Region Skåne. Detta framgår även av hälso- och sjukvårdsuppdraget för 2020²¹.

I Region Skånes budget 2020 beskrivs vidare att med stöd i regional plan för cancervården i Södra sjukvårdsregionen för perioden 2019 – 2022 ska insatser i både primär- och sekundärpreventivt syfte ske. Tillgången till cancerrehabilitering behöver, enligt budgeten, förbättras. (citat) *”Ökad kunskap, bättre behandlingar och ökade möjligheter att upptäcka cancer i ett tidigt skede gör att allt fler som får en cancerdiagnos överlever. Denna utveckling sker i linje med det nationella arbetet med cancer-vård och kräver en anpassning av vården för att hantera det ökande behovet av rehabilitering”*.

I hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om hälso- och sjukvårdsuppdrag för 2019 framgår bland annat att arbetet med cancervård i linje med den nationella inriktningen har ökat fokus på prevention, tidig diagnostik, god tillgänglighet och förbättringar inom rehabilitering och palliativ vård vid cancer så att detta erbjuds jämlikt och med hög kvalitet²².

Fördelningen av cancermedel uppgick enligt hälso- och sjukvårdsnämndens beslut 2019-04-04 till 20 miljoner kronor. Enligt beslutet ska medlen användas av respektive förvaltning inom de strategiska områden som det strategiska cancerrådet i Region Skåne har beslutat om för 2019, bland annat cancerrehabilitering, kompetensförsörjning och onkologisk smärta. Enligt uppgift har Region Skåne erhållit drygt 50 miljoner kronor i statliga medel för arbetet med SVF. HSN beslöt 2019-06-26 i anslutning till ett initiativärende att hälso- och sjukvårdsdirektören ska bereda ett ärende om utökning av medel för cancervården. Ärendet avslogs vid HSN:s möte 2019-09-25.

I HSN:s verksamhetsberättelse för perioden januari-augusti 2019 redovisas resultat för cancervården. Verksamhetsberättelsen fastställdes 2019-09-25 av HSN utan specifika kommentarer eller åtgärder vad avser cancervården.

Incitamentsmodellen

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslöt 2019-01-22 om incitamentsmodell för Region Skånes körsatsning 2019. Totalt avsattes enligt budget 141 miljoner kronor varav merparten till incitamentsmodellen. Medel avsätts även för det regionala operationsteamets produktionskostnader 2019 samt för smärtrehabilitering²³. För 2020 har beslutats om att tillföra ytterligare 128,9 miljoner kronor till incitamentssatsningen.

Av intervjuer har det framkommit att incitamentsmodellen såsom den tillämpas under 2019 har begränsad relevans för cancervården och de standardiserade vårdförloppen. Uppsatta tidsmål för cancerförloppen är i flertalet fall avsevärt kortare än vårdgarantins 90 dagar för besök och för operation/behandling.

²¹ Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård, 2020.

²² Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård, 2019.

²³ Incitamentsmodell för Region Skånes körsatsning 2019. HSN 19-01-22.

Insatsområden för förbättrad tillgänglighet i Region Skåne

Hälso- och sjukvårdsdirektören har inom ramen för Regional hälso- och sjukvårdsledning (RHL) tagit fram ett dokument rörande insatsområden för förbättrad tillgänglighet²⁴. I dokumentet konstateras att (citat) ”Tillgängligheten i Region Skåne är för låg och behöver förbättras, detta gäller i synnerhet väntetiderna inom operation/åtgärd”. Hälso- och sjukvårdsdirektören och förvaltningscheferna har överenskommit om ett antal insatsområden lagts fram och prioriterats. Flera av insatserna har hög relevans för cancervården. Hit hör bland annat förbättring av operationsplaneringen, optimering av operationskapaciteten, regiongemensamma väntelistor – exempelvis koloskopi samt utökad dagkirurgi.

5.1.2 Uppföljning på central nivå i organisationen

I Region Skånes årsredovisning för 2018 konstaterar *regionstyrelsen* avseende målet ”Högkvalitativ cancervård i hela Skåne” bland annat att allt fler patienter får sin cancerdiagnos efter utredning enligt standardiserat vårdförlopp (SVF). Utmaningar som återstår är dock att otillräcklig tillgänglighet kvarstår för vissa utredningar och operation/åtgärd²⁵.

Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar i sin verksamhetsberättelse för 2018²⁶ att förbättringar har skett inom flera områden, men att utmaningar med tillgänglighet kvarstår för vissa utredningar och operation/åtgärd. Tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling har dock förbättrats i jämförelse med 2017. Inom specialistvården går utredningen från remiss till beslut om behandling fortare än före SVF införandet. Ett ökat antal väntande för koloskopier påverkar väntetiderna i vissa cancerförlopp negativt. Måluppfyllelsen avseende tidsmålen var lägst för livmoderhalscancer, njurcancer och urinvägscancer. Extra insatser ska enligt HSN riktas mot dessa processer för att förbättra resultaten, men bristen på urologer anges som en utmaning i hela Sverige.

Exempel på resultat som redovisas i övrigt är:

- Målet är att 80 procent av alla som får en cancerdiagnos ska få stöd av en kontaktsjuksköterska. Under 2018 uppnåddes detta för 70 procent av alla cancerpatienter.
- Målet är att 80 procent av alla patienter med nydiagnostiserad cancer ska erbjudas en rehabiliteringsbedömning. Under 2018 fick 34 procent av alla patienter med nydiagnostiserad cancer en rehabiliteringsbedömning²⁷.

Brister i rehabiliteringen riskerar, enligt vad som framkommit i intervjuerna, att medverka till en ökad belastning på specialistverksamheten. Allt fler patienter lever med cancer som en kronisk sjukdom som i första hand bör omhändertas i primärvården.

5.2 Styrning och uppföljning i sjukhusstyrelserna

I granskningen har samtliga protokoll från och med januari till september 2019 från berörda styrelser och nämnder gåtts igenom och analyserats.

Enligt genomgången har ingen av sjukhusstyrelserna²⁸ fattat några specifika beslut som avser cancervården. Utvecklingen vad gäller cancervården och arbetet med SVF har redovisats i respektive sjukhus verksamhetsberättelse (avser berörda sjukhus), men har inte föranlett åtgärder från sjukhusstyrelsernas sida.

²⁴ Minnesanteckningar RHL 19-06-03

²⁵ Region Skånes årsredovisning 2018

²⁶ Verksamhetsberättelse januari-december 2018 för hälso- och sjukvårdsnämndens samlade ansvarsområde

²⁷ Bland intervjupersonerna har det framkommit synpunkten att siffran är osäker eftersom registrering inte sker fullt ut.

²⁸ Primärvårdsnämnden och sjukhusstyrelserna är nybildade i sin funktion från och med 2019.

5.3 Styrning och uppföljning i primärvårdsnämnden

Under innevarande år (till och med september 2019) har primärvårdsnämnden inte behandlat något ärende avseende cancervården. Nämndens delårsrapport för perioden januari till augusti omfattar ingen information om cancervård eller standardiserade vårdförlopp.

5.4 Genomförda intervjuer om nämnders/styrelsers funktion

Ordföranden i styrelser och nämnder som lämnat synpunkter på granskningsfrågorna anser att arbetet i de relativt nybildade organen har etablerats på ett bra sätt. I samtliga fall har frågan om tillgänglighet en hög prioritet vad gäller krav på återrapportering från sjukhus och förvaltningar.

Intresset för utvecklingen inom cancervården uppges vara högt inom sjukhusstyrelserna, men har tillsvidare inte resulterat i några initiativ eller beslut från styrelsernas sida. Bland flertalet styrelser och nämnder finns ett starkt fokus på att söka lösningar på personalbristen. Det handlar bland annat om arbetsmiljöfrågor och nya arbetssätt.

Övrig styrning

Vad gäller den generella tillgänglighetsituationen har ett stort antal intervjupersoner efterlyst en starkare integration mellan tillgänglighetsarbetet och annat utvecklingsarbete. Denna iakttagelse gäller inte cancervården i samma utsträckning. Snarare är uppfattningen att den struktur som utvecklats kring de standardiserade vårdförloppen på lokal, regional och nationell nivå skapar förutsättningar för ett strategiskt sammanhållet arbete.

6 Det konkreta arbetet för god tillgänglighet

I detta kapitel redogörs för iakttagelser avseende de konkreta strategier och insatser för att upprätthålla en god tillgänglighet som sker i olika delar och på olika nivåer inom Region Skånes hälso- och sjukvård. De revisionsfrågor som berörs är:

- Fråga 3: *Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?*
- Fråga 5: *Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?*
- Fråga 6: *Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?*
- Fråga 7: *Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?*
- Fråga 9: *Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?*
- Fråga 10: *I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?*
- Fråga 11: *Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?*

6.1 Operativ hantering på central nivå i organisationen

Det operativa arbetet på central nivå i Region Skånes organisation skedde under åren 2015 - 2018 enligt en särskild handlingsplan för att göra det möjligt att stegvis implementera de 31 SVF som nu är införda i Region Skåne. Insatserna har bland annat omfattat information, mobilisering av patienter och patientföreträdare samt engagering av primärvård och privata vårdgivare. Mycket arbete har

även ägnats åt att hitta former för garanterade tider för behandling av cancerpatienter, att lösa frågor om vårdförlopp som rör fler verksamheter, sjukhus eller regioner samt anpassning av de vårdadministrativa systemen.

Arbetet har samordnats av regional cancersamordnare med placering vid koncernkontoret i samråd med det strategiska cancerrådet (se avsnitt 4.3.2). Den regionala cancersamordnaren har även en central roll att inom Region Skåne verkställa beslut som fattats i RCC syds styrgrupp och den cancerplan som fastställdes för åren 2015 – 2018.

En ny Regional cancerplan för åren 2019 – 2022 har fastställts av Södra regionvårdsnämnden 2019-05-03. I denna plan har följande tyngdpunkter definierats:

- Fortsatt fokus på tidig diagnostik
- Satsning på barn med cancer
- Rehabiliteringsinsatser för redan drabbade individer

Enligt vad som framkommit diskuteras att senare under innevarande höst låta ta fram en handlingsplan för Region Skåne utifrån Regional cancerplan 2019-2022.

Övriga insatser

Region Skånes nätverk av tillgänglighetskoordinatorer samordnas vid koncernkontoret. Enligt vad som framkommit i granskningen är det sällan förekommande att tillgänglighetskoordinatorerna involveras för cancerpatienter. Samma förhållande gäller de vårdgarantiavtal som upphandlats genom koncernkontorets försorg.

Tillgänglighetskoordinatorerna medverkar dock redan vid samordning av endoskopipatienter i syfte att nyttja Region Skånes samlade kapacitet inom området. Diskussioner förs att alla cancerpatienter och deras undersökningar bör samordnas.

6.2 Sjukhusförvaltningar och sjukhus – konkreta åtgärder

6.2.1 Övergripande på förvaltnings- och sjukhusnivå

Enhetlig struktur

Såsom redan framkommit tillämpar samtliga sjukhus och berörda förvaltningar en enhetlig struktur för att samordna och utveckla arbetet med cancervården. Enligt våra noteringar går det inte att urskilja några signifikanta skillnader mellan förvaltningar och sjukhus i detta avseende.

Varje förvaltning har således ett cancerråd som leds av cancersamordnare eller chef inom cancervården. Varje berörd cancerspecialitet har bemannat de standardiserade cancerförloppen på ett enhetligt sätt med processledare för varje cancerförlopp, koordinator samt kontaktsjuksköterskor. Denna struktur är avgränsad till respektive förvaltning och respektive specialitet inom berörda sjukhus.

Hantering av flaskhalsar

Det förvaltnings- och/eller sjukhusgemensamma arbete som sker består, enligt de intervjuer som genomförts, till stor del av att hantera de flaskhalsar som uppkommer under arbetet. I de lokala cancerråden fastställs fortlöpande rutiner som ska tillämpas i det dagliga arbetet, exempelvis vad gäller reservation av tider för att diagnosticera och operera patienter som är inkluderade i SVF.

Bristen på vårdplatser och operationskapacitet påverkar arbetet i hög grad. Förutom sjuksköterskebrist påverkas arbetet inom vissa områden av brist på specialister. Så är fallet bland annat inom urologin.

Även kapaciteten inom diagnostiska discipliner såsom röntgen, patologi och koloskopi har fortlöpande ådragit sig stor uppmärksamhet. Exempelvis patologin har brist på specialister och når i många fall inte upp till de ledtider som åsatts. Lösningen har i många fall varit att strama upp andra delar av

processen. Röntgen uppges i princip klara sina ledtider vid samtliga förvaltningar, men utgör en ansträngd resurs, särskilt vid SUS, vilket resulterar i undanträngningseffekter för andra patientgrupper. För att klara inflödet till röntgen förekommer inhyrning av personal och externt utförd bildtolkning.

Onkologin är samlad till en regiongemensam klinik i Region Skåne vid SUS. Situationen har beskrivits som ansträngd, särskilt vad gäller tillgänglighet till strålning. Kapaciteten inom det aktuella verksamhetsområdet beskrivs som en flaskhals för flera SVF.

Vårdprogrammen för SVF föreskriver att samtliga patienter ska bedömas vid så kallad multidisciplinär konferens (MDK). Arbetsformen medverkar till en patientsäkrare process, men beskrivs av många intervjuande som mycket arbetskrävande. Det gäller särskilt de diagnostiska områdena. Exempelvis är belastningen hög på röntgen och klinisk patologi där läkare ska delta vid i princip samtliga konferenser. Arbete pågår bland annat på SUS för att hitta smidigare arbetsformer. Det har även riktats uppmaningar gentemot de nationella programgrupperna att se över och differentiera kraven på MDK.

Cancerrehabilitering har under en följd av år pekats ut i styrdokumentet som ett fokusområde, men måluppfyllelsen är tillsvidare svag. Det har framgått att arbetet sker med olika förutsättningar vid sjukhusen. Vid verksamhetsområde hematologi, onkologi och strålningsfysik vid SUS finns en särskild enhet – Cancerrehabiliteringsmottagningen. Denna liksom motsvarande verksamhet vid Centralsjukhuset i Kristianstad har enligt intervjupersonerna inte en tillräcklig kapacitet för cancerrehabilitering. Bland svårigheterna nämns även att avgränsa verksamheten till specialiserad rehabilitering, eftersom primärvården inte har förutsättningar för exempelvis rehabilitering av lymfödem. Vid Helsingborgs lasarett finns enligt vad som framgått god kompetens avseende basal cancerrehabilitering inom cancervårdsteamerna liksom en väletablerad specialistrehabilitering med god tillgänglighet.

6.2.2 Verksamhetsnivå

Intervjuer som gjorts på verksamhetsnivå uppvisar en lång rad konkreta åtgärder som görs inom verksamheterna för att hantera tillgänglighetsfrågorna även inom cancervården. Många av åtgärderna sker mot bakgrund av stängda vårdplatser och en ansträngd operationskapacitet.

På verksamhetsnivå utgår mycket av arbetet från de lokala patientprocessledarna. Deras uppdrag är att ha ansvar för att processen inom det specifika området följs och utvecklas. Den lokala processledaren är även den som har kontakter utöver den egna verksamhets-/förvaltningsgränsen, exempelvis gentemot diagnostiska verksamheter. Processledaren samspelar även med verksamhetens kontaktsjuksköterskor och koordinators och agerar när det är ett högt inflöde av patienter för att reservera flera operationstider etc.

En mer strukturerad process

Det framkommer bland intervjupersonerna att SVF har medverkat till ett mer strukturerat arbete och även en del organisatoriska förändringar. Schemaläggning åtta veckor och noggrann produktionsplanering sker idag vid ett flertal verksamhetsområden som hanterar cancer. För att hantera flödet arbetar många verksamheter med daglig avstämning.

Operationsplaneringen beskrivs bland företrädare för de verksamheter som intervjuats, som väldigt noggrann och sker med samverkan från patientkoordinatorernas sida. Vissa verksamheter har inlett arbete så att koordinatören kan boka en operationstid direkt.

Det framgår även att arbetet att involvera patienten har betydelse för vårdförloppet. Välinformerade och väl förberedda patienter kan erfarenhetsmässigt gå hem tidigare vilket bidrar till att minska belastningen på vårdplatser.

Det har även skett en successiv utveckling så att fler och fler patienter behandlas dagkirurgiskt. I vissa fall kombineras detta med insatser från avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) som hanterar drän och dylikt efter att patienten har gått hem.

För att minska behovet av vårdplatser tillämpas en lösning med så kallad dagvårds- eller ankomstavdelning. Patienten läggs inte in före operation utan kommer direkt till ankomstavdelningen. Likaså sker idag en snabbare utskrivning av patienter i kraft av nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

Inom verksamheterna pågår även arbete med att nyttja personalens kompetens på ett bättre sätt. Arbetsuppgifter överförs bland annat till undersköterskor, men även till underläkare för arbete vid avdelning.

Baksida av myntet

Arbetet med SVF har inte bara fördelar, enligt de intervjuade. Arbetssättet anses alstra mycket byråkrati. Det sker ett omfattande arbete med registrering och uppföljning av statistik. Härutöver genereras mycket möten på olika nivåer som tar tid från personalens patientarbete.

Vissa intervjuade refererar till danska förhållanden, där motsvarande satsningar skett parallellt med en kapacitetsökning. Bedömningen görs att det behövs cirka 20 procents överkapacitet för att SVF ska kunna hanteras på ett smidigt sätt utan att medverka till undanträngning av andra patientgrupper. Sådana har förutsättningar i Region Skåne inte varit, utan introduktionen av SVF har skett när vårdapparaten redan varit ansträngd, menar intervjupersonerna. Arbetet med nivåstrukturering har parallellt lett till att vårdtyngden hos patienterna har ökat avsevärt, särskilt på SUS.

Många av de berörda specialiteterna har stängda avdelningar, vilket även resulterar i en sämre arbetsmiljö. Utlokalisering av patienter sker i relativt stor omfattning vilket inte är optimalt ur patient-säkerhetssynpunkt och även medverkar till längre vårdtider för patienterna.

Synpunkter finns även att verksamhetsstödet i form av IT är otillräckligt och inte ger underlag för en framsiktande patientplanering.

Dyra cancerläkemedel hanteras enligt en tydlig nationell process för ordnat införande som baseras på europeiskt godkännande och godkännande i aktuella vårdprogram. Avvikelse från detta kan ske genom ett särskilt ansökningssystem.

Flera intervjuade har anfört att de standardiserade vårdförloppen behöver utvecklas. För närvarande omfattar de förloppet fram till operation/åtgärd. De borde även omfatta rehabilitering och efterkontroll har flera intervjupersoner framfört.

Av- och ombokningar

De handlingsplaner och åtgärdslistor som tagits fram vid sjukhus och sjukhusförvaltningar omfattar i samtliga fall åtgärder för att minimera av- och ombokningar liksom uteblivna besök från patienternas sida. Detta gäller i hög grad cancervården där det läggs ett omfattande arbete på att utnyttja de reserverade tiderna för operation eller andra åtgärder.

6.3 Primärvård – exempel på konkreta insatser

I samband med tillämpning av SVF faller det på primärvården att göra en primär bedömning och utredning av patient som söker i primärvård. Misstanke om cancer innebär utredning inom primärvård eller specialiserad vård för att se om misstanken kan avfärdas eller stärkas till välgrundad misstanke.

AKO Skåne har utformat riktlinjer för primärvården för vart och ett av de 31 standardiserade vårdförloppen. Riktlinjerna baseras på nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Riktlinjerna ger bland annat underlag för vilken utredning, remisshantering, klinisk uppföljning och patientinformation som ska företas i primärvården.

Ambitionen är att så många drabbade patienter som möjligt ska anmälas som SVF. I Skåne uppnåddes redan inledningsvis en hög anmälningssandel som successivt har ökat. De lokala och välförankrade riktlinjerna samt de gemensamma utbildningarna anses förklara detta.

En allmän problematik i Skåne är en hög vakansgrad vad gäller allmänläkartjänster.

6.4 Samverkan

Samordning av vårdförloppet

Arbetet med standardiserade vårdförlopp förutsätter i hög grad en välkoordinerad samverkan mellan aktörer i vårdförloppet. Den allmänna bild som framkommit i granskningen är att de standardiserade vårdförloppen har medverkat till att förbättra samverkan mellan aktörerna i systemet. SVF har också bidragit till att synliggöra ineffektiva rutiner som har kunnat elimineras eller förbättras.

Många intervjuade efterlyser ytterligare förbättringar. Särskilt tydligt är det inom de specialiteter som endast förfogar över en del av patientprocessen och är beroende av samordning och koordinering med andra aktörer. Det kan röra sig om operation och narkos, radiologi, patologi, strålning, kemoterapi med cytostatika med mera. Synpunkten finns att samtliga diagnostiska verksamheter liksom enheter som utför enstaka delar av ett vårdförlopp bör ha egna koordinatörer som administrerar sin del av förloppen.

Brister i samordning leder bland annat till att patienterna inte kan få tydligt besked om när de olika delarna av behandlingsförloppet kommer att ske. Om diagnostikens svarstider är osäkra försvårar det även möjligheten att schemalägga andra aktiviteter och så vidare. Exempel på otillfredsställande samordning återfinns även inom ett och samma sjukhus.

Enligt vad som framkommit medverkar organisationen kring de standardiserade vårdförloppen till att det är enkelt att föra vidare frågor som inte fungerar tillfredsställande i vardagen. På förvaltnings- och sjukhusnivå finns processägargrupper eller motsvarande som har just detta syfte. Lyhördheten uppges vara stor i såväl lokala som regionala organ inom cancerområdet. Dock, menar många intervjuade, att det saknas forum på regional nivå där frågor från fler sjukhus- eller förvaltning kan avgöras. Regionens linjestyrning beskrivs som svag i frågor där det råder olika meningar mellan förvaltningar och/eller sjukhus.

Intervjupersonerna lyfter även att kapacitetsutnyttjandet mellan sjukhusen varierar. Flera intervjupersoner frågar retoriskt (citat) "*Vad anser vi vara jämlik vård?*". Många intervjupersoner menar att det för närvarande saknas mandat att utjämna de tillgänglighetsskillnader som finns.

Samspel mellan specialist- och primärvård

Från sjukhusens sida framgår att samverkan med primärvården i SVF har förbättrats efter att det initialt var ett starkt motstånd. Remisskvaliteten uppges inte vara optimal, men det sker en ständig återkoppling om "SVF-stämpeln" har använts på ett ogrundat sätt. Vid vissa verksamhetsområden görs en uppföljning av remisskvaliteten på personnivå. Remittenterna kan i princip alltid konsultera läkare för respektive SVF för att diskutera handläggning. Tillgängligheten kan dock variera och är bättre inom vissa förlopp.

Samspelet med privat vård

Det uppges vara tydligt att samtliga berörda privata vårdgivare som har avtal med Region Skåne ska tillämpa de vårdprogram och regler som gäller för SVF. Enligt vad som framkommit fungerar samverkan med privata vårdgivare i detta sammanhang väl.

6.5 Patientinformation

Standardiserade vårdförlopp lägger, som tidigare har beskrivits, stor vikt vid patientinformation och att involvera patienten i sin sjukvård.

Enligt vad som framgått är detta något som tillämpas fullt ut för alla patienter som behandlas enligt SVF. Bland annat upprättas "Min vårdplan" tillsammans med patienten. Flera intervjuade har lyft fram fördelen med välinformerade patienter som medverkar till att vårdtiderna förkortas. En viktig del i SVF är även råd om träning och diet.

6.6 Spridande av lärdomar

Ur ett medicinskt perspektiv är SVF tillskapade så att det ska ske ett kontinuerligt lärande genom kontinuerlig registrering i kvalitetsregister och relativt tät revision av berörda vårdprogram.

Organisatoriskt lärande sker genom olika nätverk som har bildats för koordinators, lokala processledare med flera. I samband med implementering av SVF har det pågått ett omfattande utbildningsarbete nationellt och regionalt.

7 Slutsatser och bedömningar

7.1 Iakttagelser i sammanfattning

Allmän bild

Den allmänna bilden är att tillgängligheten till hälso- och sjukvård för cancerpatienter inom flertalet diagnoser är relativt god i Region Skåne, trots att gällande mål för de standardiserade vårdförloppen hittills endast uppnås i ett fåtal fall. Samtidigt anses inom verksamheterna de mål för ledtider som formulerats generellt vara för ambitiöst satta. Dock finns några diagnoser där tillgängligheten är problematisk och väntetiderna utgör en patientsäkerhetsrisk.

De nya arbetssätt som introducerats med SVF uppfattas generellt som positiva. I granskningen har det framkommit talrika exempel på insatser som gjorts för att förbättra struktur och rutiner. Goda exempel finns i alla delar av patientprocessen; före, under och efter behandling. De standardiserade vårdförloppen har ett starkt patientfokus och lägger vikt vid att patienten ska vara välinformerad och aktiv.

Svårigheterna att fullt ut uppnå målen beror enligt vad som framkommit på ett antal flaskhalsar vilka hänger samman med stängda vårdplatser och en ansträngd operationskapacitet. Detta orsakas till stor del av brist på sjuksköterskor och vissa andra nyckelgrupper. Vår iakttagelse är samtidigt att det finns en förbättringspotential vad gäller samverkan över verksamhets-, sjukhus- och förvaltningsgränser; detta både för att effektivisera patientflödet och för att åstadkomma en jämlik vård över hela Skåne. Region Skåne når inte heller upp till ambitionerna vad gäller rehabilitering för cancerpatienterna, vilket medverkar till att öka belastningen på specialistvården inom cancerområdet.

Samtidigt som cancerpatienterna är prioriterade och i all huvudsak erhåller sjukvård i rimlig tid har införandet av SVF medverkat till att det sker en undanträngning av andra patientkategorier som inte har akuta sjukdomstillstånd.

Styrning och uppföljning

Region Skåne beslöt 2015 att ansluta sig till det nationella arbetet med SVF. Region Skåne har under åren därefter implementerat samtliga beslutade nationella standardiserade vårdförlopp och har utformat organisationen på regional och lokal nivå enligt fastställda beslut och riktlinjer.

Under åren 2015 till 2018 har HSN fördelat sammanlagt 220 miljoner kronor som Region Skåne har erhållit i statligt stöd för att implementera SVF. Under 2019 fördelades 20 miljoner kronor av de drygt 50 miljoner kronor som Region Skåne erhållit av staten²⁹.

Uppföljning sker årligen och i samband med delårsbokslut till HSN avseende de övergripande mål för cancervården som fastställts. Åtterrapporeringen omfattar läge och resultat avseende de standardiserade vårdförloppen för cancer. Även sjukhusstyrelserna har erhållit redovisning avseende uppnådda resultat inom cancervården och de standardiserade vårdförloppen.

²⁹ Nivån på de satsningar som sker inom verksamheterna torde dock inte ha minskat mellan 2018 och 2019.

Utformningen av SVF beslutas till stor del inom ramen för den nationella organisationen för regionala cancercentra (RCC). Det sker genom fastställande av nationella vårdprogram, standardiserade vårdförlopp och indikatorer. Beslut om utveckling och inriktning av cancervården sker därmed till stor del inom den professionella sfären.

7.2 Bedömning avseende enskilda revisionsfrågor

I det följande återfinns våra bedömningar avseende de enskilda revisionsfrågorna i granskningen.

1. *Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?*

Styrningen mot tillgänglighetsmålen för cancervården baseras i första hand på nationella vårdprogram och på nationell uppföljning av målen. Vår bedömning är att berörda verksamheter och specialiteter tillämpar styrdokumentet på ett ändamålsenligt sätt. Samtidigt är det viktigt att den politiska beslutsprocessen inte blir sidoställd när det gäller beslut om omfattning och inriktning på den vård som Region Skåne bedriver.

2. *På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?*

Flaskhalsarna, bland annat i form av otillräcklig vårdplats-, diagnostik- och operationskapacitet, är väl kända. Vår bedömning är att det saknas politiska ställningstaganden om åtgärder för att den berörda verksamheten ska uppnå fastställda mål. Ansvaret delas av hälso- och sjukvårdsnämnden och berörda driftledningsstyrelser inklusive regionstyrelsen.

3. *Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?*

Vår bedömning är att arbetet med SVF sker på ett ändamålsenligt sätt. Det gäller i ökande utsträckning även primärvården. Behov har framkommit att rikta uppmärksamhet även mot eftervård och rehabilitering. Ansvaret för detta faller på hälso- och sjukvårdsnämnden. Ändring av SVF förutsätter dock nationellt beslut inom ramen för Regionala cancercentra i samverkan.

4. *Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?*

Hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukhusstyrelserna erhåller, enligt vår bedömning, återkoppling rörande cancervårdens tillgänglighet på ett ändamålsenligt sätt, medan primärvårdsnämnden inte erhåller återkoppling rörande primärvårdens medverkan och resultat i SVF.

5. *Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?*

Samverkan i anslutning till SVF sker i ökad omfattning inom hela det somatiska sjukvårdssystemet. Detta inkluderar primärvården och privata aktörer med avtal med Region Skåne. Samtidigt bedömer vi att det finns brister i samverkan och att processerna över organisatoriska gränser i flera fall inte går hand i hand. Olika förutsättningar råder i olika delar av Skåne vilket utgör en risk för att tillgängligheten till cancervården inte är jämlik. Vi bedömer att brist på beslut och beslutsmandat har medverkat till att fördröja samverkan över förvaltnings- och sjukhusgränser. Ansvaret på detta faller på regionstyrelsen. En förstärkt produktionsstyrning har dock nyligen aktualiserats av koncernledningen.

6. *Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?*

Vår bedömning är att noggrann koordination och planering av insatser enligt strukturerade förlopp medverkar till att hålla av- och ombokning liksom uteblivande patienter på en låg nivå. Cancerpatienter som behandlas enligt SVF är prioriterade och löper mindre risk för att bokas om än andra patientgrupper.

7. Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?

Vår bedömning är att incitamentspaketet har begränsad relevans för cancervården med dess snabba och strukturerade vårdförlopp.

8. Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?

Målen för SVF är baserade på medicinsk relevans men tar även hänsyn till patientens upplevda behov av god tillgänglighet och snabba vårdepisoder. Målen för ledtiderna uppfattas i allmänhet vara högt satta. Vår bedömning är att det är en styrka att ledtider och andra mål inom SVF är föremål för kontinuerlig uppföljning och revision inom ramen för det nationella arbetet i regionala cancercentra.

9. Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?

Vår bedömning är att det nationella samarbetet kring standardiserade vårdförlopp är väl ägnat att följa upp och sprida kunskaper om både medicinska och organisatoriska erfarenheter.

10. I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?

Inom cancervården påverkas tillgängligheten negativt av brist på vårdplatser och brist på operationskapacitet. Flödena påverkas negativt även av flaskhalsar inom diagnostiska discipliner samt begränsad kapacitet inom strålning och onkologi. Flertalet av dessa problem tillskrivs brist på olika yrkeskategorier. Liksom i Region Skånes sjukvård i övrigt pågår ett omfattande innovativt arbete inom cancervården för att ta tillvara befintliga resurser på ett effektivare sätt. Vi bedömer att samtliga berörda politiska organ har anledning att säkerställa en tydligare återkoppling om förhållandena och förutsättningarna samt att agera för att motverka aktuella brister.

11. Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?

De standardiserade vårdförloppen är uppbyggda kring att förse patienten med god information om sjukdom och behandling. Det sker bland annat genom kontaktsjuksköterskornas försorg. Vår bedömning är att dessa insatser fungerar väl och ger mervärden i form av kortare behandlingstider. Vårdgarantin aktualiseras mindre frekvent för cancerpatienterna tack vare snabba vårdförlopp.

7.3 Bedömning av övergripande fråga

Granskningens övergripande fråga är om styrningen av tillgängligheten till cancervården i Region Skåne är ändamålsenlig för att tillgodose befolkningens behov.

Den styrning av standardiserade vårdförlopp som baseras på det nationella samarbetet mellan regionala cancercentra bedömer vi vara väl förankrad och ändamålsenlig.

Vår bedömning är samtidigt att styrningen på övergripande nivå i organisationen inte fullt ut är ändamålsenlig för att skapa tillfredsställande förutsättningar för att nå upp till de tillgänglighetsmål som är kopplade till de standardiserade vårdförloppen. Den centrala styrningen av produktion och samordning av berörd hälso- och sjukvård är svag. Det är vår bedömning att det är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som har brister i detta avseende. Övriga nämnder och styrelser har verkat för kort tid för att tydliga slutsatser och bedömningar ska kunna göras.

7.4 Förbättringsförslag

Följande förbättringsförslag har identifierats i samband med granskningen:

- Samtliga berörda politiska organ har anledning att säkerställa en tydligare återkoppling om förhållanden och förutsättningar för att leva upp till beslutade tillgänglighetsmål för cancervården samt att agera för att motverka de aktuella bristerna. En samlad översyn kan göras inom ramen för planerad cancerstrategi för Skåne.
- Regionstyrelsen bör tillse att medverkan i och styrningen av samverkan från den centrala nivån förstärks samt tillse att det finns tydliga beslutsmandat för att säkerställa välfungerande cancerförlopp som sträcker sig över förvaltnings- och sjukhusgränser.
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden bör vidta åtgärder för att utveckla organisationen för rehabilitering av cancerpatienterna i linje med beslutade mål.
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsvårdsnämnden har anledning att löpande följa upp eventuella undanträngningseffekter av cancervården för annan vård och vidta relevanta åtgärder.
- Praxis avseende fastställande av vårdprogram och lokala riktlinjer bör stadfästas tydligare av hälso- och sjukvårdsnämnden. Beslut om riktlinjer bör vila på en tydlig delegationsordning och tydliga kriterier när beslut kan behöva överföras till högre beslutsnivå. Exempel på sådana frågor är beslut om åtgärder som inte ryms inom gällande ekonomisk ram eller beslut av mer principiell betydelse.
- Primärvårdsnämnden bör säkerställa återkoppling rörande primärvårdens ansvar, medverkan och resultat i de standardiserade cancerförloppen.

Bilaga 1 Generellt om standardiserade vårdförlopp

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

Inklusion i standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke ska tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje landsting ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av välgrundad misstanke kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

Hantering av återfall (recidiv)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången och de som insjuknar igen efter ett avslutat uppföljnings- eller kontrollprogram. Patienter som får recidiv under pågående uppföljning ska inte inkluderas i SVF.

Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider. När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Samarbete över regiongränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan regioner. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra regioner.

Uppdatering

Ansvarig arbetsgrupp kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.