

Regionens revisorer 2025-01-15

Till Driftnämnden Hallands sjukhus

Regionstyrelsen för kännedom
Driftnämnden Närsjukvård för kännedom
Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa för kännedom

Regionfullmäktiges presidium för kännedom

Revisionsrapport Granskning av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården

Regionens revisorer har vid sitt sammanträde 2025-01-15 behandlat och godkänt bifogad revisionsrapport Granskning av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården.

Granskningens syfte är att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF) samt om den interna kontrollen är tillräcklig inom området. Vi har i vår granskning biträtts av sakkunniga från PwC.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa **inte helt** har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF) samt att den interna kontrollen inom området **inte helt** är tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till Driftnämnden Hallands sjukhus:

- Säkerställ att tillräckliga åtgärder vidtas för att samtliga SVF-flöden uppnår det nationella inklusionsmålet och ledtidsmålet.
- Säkerställ registrering och KVA-kodning (klassifikation av vårdåtgärder) för SVF-flöden, särskilt när patienter vårdas i andra regioner.

Yttrande samt redogörelse om vilka åtgärder Driftnämnden Hallands sjukhus avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen önskas senast 2025-04-15.

För regionens revisorer



Lillemor Landén Vepsä
Ordförande

Bilaga: Revisionsrapport Granskning av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården.

Svar sänds till: regionen@regionhalland.se



Granskning av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården

Region Halland

Januari 2025

Louise Tornhagen, certifierad kommunal revisor

Sara Ljungberg, revisionskonsult






Cecilia Claudelin, kvalitetssäkrare

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF) samt om den interna kontrollen är tillräcklig inom området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa **inte helt** har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF) samt att den interna kontrollen inom området **inte helt** är tillräcklig.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

| Revisionsfrågor | Bedömning |
|---|---|
| Sker en tillräcklig styrning och uppföljning utifrån målen gällande tillgänglighet i SVF-flöden? | Ja  |
| Har Region Halland under åren 2020-2023 haft en tillgänglighetsutveckling inom SVF-flöden som är godtagbar utifrån en nationell jämförelse? | Nej  |
| Används medel för att hantera cancervården på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet? | Går ej att bedöma  |
| Finns åtgärdsplaner för att åtgärda nuvarande brister, och har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten för SVF-flöden? | Delvis  |
| Mäts och rapporteras inklusionsmål och ledtider på ett tillförlitligt och ändamålsenligt sätt? | Delvis  |

Rekommendationer

Vi lämnar följande rekommendationer till Driftnämnden Hallands sjukhus:

- Säkerställ att tillräckliga åtgärder vidtas för att samtliga SVF-flöden uppnår det nationella inklusionsmålet och ledtidsmålet.
- Säkerställ registrering och KVÅ-kodning (klassifikation av vårdåtgärder) för SVF-flöden, särskilt när patienter vårdas i andra regioner.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 1 |
| Inledning | 3 |
| Bakgrund | 3 |
| Syfte och revisionsfrågor | 4 |
| Revisionskriterier | 4 |
| Avgränsning | 4 |
| Metod | 4 |
| Granskningsresultat | 6 |
| Styrning och uppföljning | 7 |
| Tillgänglighet | 11 |
| Statsbidrag | 14 |
| Åtgärdsplaner | 16 |
| Mätning och rapportering | 18 |
| Samlad bedömning | 21 |
| Rekommendationer | 21 |
| Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor | 21 |

Inledning

Bakgrund

Cancer är idag en av våra stora folksjukdomar. Fallen per år ökar och en av tre svenskar förväntas någon gång drabbas. Ur ett nationellt perspektiv har stort fokus riktats mot cancersjukvården. En nationell cancerstrategi har utgjort grund för en nationell satsning i syfte att korta väntetider och minska de regionala skillnaderna i cancervården. En viktig insats är införandet av det gemensamma systemet med standardiserade vårdförlopp (SVF) som sker i samverkan med de regionala cancercentrumen (RCC).

Målet är att 70 procent av nya cancerfall ska ha utretts via ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmål). Ledtidsmålet innebär att minst 80 procent av patienterna som genomgår SVF ska göra det inom angiven tidsgräns. Maxtiderna varierar beroende på cancerdiagnos och typ av behandling.

Socialstyrelsens övergripande sammanställning från första halvan av 2023 visar att samtliga regioner uppnår inklusionsmålet om att minst 70 procent av patienter som diagnostiseras med någon av cancerformerna som omfattas av SVF, också ska utredas inom ett SVF.

Ingen av landets regioner kom i närheten av ledtidsmålet för standardiserade vårdförlopp under första halvan av 2023. Utifrån regionernas SVF-redovisningar för första halvåret 2023 framgår att de flesta regioner uppger att bristen på personal med specialistkompetens inom flera avgörande områden är den främsta orsakerna till att ledtidsmålet inte uppfylls.

Regeringen avsätter sedan tidigare 500 miljoner kronor per år för åtgärder för en bättre cancervård samt 25 miljoner kronor fram till och med 2027 för att utrota livmoderhalscancer. Regeringen avsätter ytterligare 500 miljoner kronor per år till fram till och med 2026 för att genomföra en ambitionshöjning inom cancervården och barncancer vården samt för att uppdatera den nationella cancerstrategin, inklusive barncancer. Totalt avsätts därmed 1 025 miljoner kronor per år till och med 2026 för att stärka cancervården.

Region Halland erhöll cirka 11.9 miljoner kronor i överenskommelsen för 2023 då de nådde kraven om att 70 procent av alla nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp (SVF). Statistik visar att Region Halland inte når målet för ledtiden på 80 procent.

Regionen når som helhet 43 procent av samtliga SVF cancer inom tidsgränsen. Det är en försämring jämfört med 2022 (45 procent). I mål och budget 2024 under fokusområdet: Styrning utifrån kunskap och kvalitet inom hälso- och sjukvård finns målet "Utveckla cancervården samt förbättra resultatet för de kvalitetsindikatorer där Halland

ligger under rikssnitt”. Revisorerna har utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys beslutat att granska området under revisionsåret 2024.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp samt om den interna kontrollen är tillräcklig inom området.

- Sker en tillräcklig styrning och uppföljning utifrån målen gällande tillgänglighet i SVF-flöden?
- Har Region Halland under åren 2020-2023 haft en tillgänglighetsutveckling inom SVF-flöden som är godtagbar utifrån en nationell jämförelse?
- Används medel för att hantera cancervården på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet?
- Finns åtgärdsplaner för att åtgärda nuvarande brister, och har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten för SVF-flöden?
- Mäts och rapporteras inklusionsmål och ledtider på ett tillförlitligt och ändamålsenligt sätt?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Kommunallagen 6 kap 7§
- Hälso- och sjukvårdslag 4 kap 1–2§
- Standardiserade vårdförlopp för bröstcancer, prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer
- Reglemente för Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa
- Mål och budget 2024 med med ekonomisk plan 2025-2028

Avgränsning

Granskningen avgränsas till Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa. Granskningen inriktas mot prostatacancer, tjock-och ändtarmscancer och bröstcancer.

Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning, intervjuer samt analys av statistik för SVF:er (inklusions- och ledtidsmål).

Följande intervjuer har genomförts:

- Regionövergripande intervju
 - Biträdande hälso-och sjukvårdsdirektör, verksamhetschef Kvalité inom Hälso- och sjukvård, strateg och cancersamordnare och strateg och kontaktperson gentemot SKR gällande överföring av data

- Hallands sjukhus
 - Områdeschef område 3, verksamhetsutvecklare och SVF-koordinator på Hallands sjukhus samt tf ekonomichef och ansvarig för uppföljningen av SVF:erna
- Närsjukvård- Vårdcentralen Halland
 - Chefläkare Närsjukvården
- Ambulans diagnostik och hälsa
 - Verksamhetschef röntgen och Verksamhetschef patolog

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Rapporten är kvalitetssäkrad i enlighet med PwC:s interna riktlinjer.

Granskningsresultat

Inledande iakttagelser

Cancersatsningen i Sverige bygger på den nationella cancerstrategin och arbetet inom Regionala cancercentrum (RCC). Sedan 2015 har regeringen investerat i regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF) för att förbättra kvaliteten och jämlikheten i cancervården samt förkorta ledtiderna. Arbetet med SVF syftar till att tidigt upptäcka personer med symtom som kan bero på cancer, ge dem snabb utredning och därmed förkorta tiden till diagnos samt minska ovissheten, både för dem som får och inte får en cancerdiagnos. SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska genomföras för varje cancerdiagnos samt vilka tidsgränser som ska följas från välgrundad misstanke till start av första behandling.

Alla SVF startar med en välgrundad misstanke om cancer. Vad som är en välgrundad misstanke, hur det ska utredas och hur lång tid detta får ta, framgår av det nationella vårdprogrammet för varje cancerdiagnos. Tiden från välgrundad misstanke till start av behandling mäts likadant i hela landet¹.

Av de som utreds inom SVF är det i genomsnitt ca 30 procent som visar sig ha cancer och därmed startar behandling. Andelen skiljer sig kraftigt åt mellan olika diagnoser. I dagsläget finns det SVF för 32 diagnoser, vilket omfattar över 95 procent av samtliga cancerdiagnoser.

Patienter med allvarliga ospecifika symtom kan inte remitteras till en sjukdomsspecifik vårdprocess, eftersom det saknas misstanke om en specifik sjukdom i ett specifikt organ. Syftet med ett standardiserat vårdförlopp för patienter med allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer är därför att säkra att även dessa patienter utreds utan medicinskt omotiverad väntetid. För patienter med allvarliga ospecifika symtom ska en basal utredning genomföras som omfattar ett antal laboratorieprover där provsvaren ska redovisas i remiss till Diagnostiskt centrum i antingen Region Skåne eller Västra Götalandsregionen. I Region Halland registrerades cirka 10 patienter under 2023 inom SVF allvarliga ospecifika symtom.

Organisation

Inom den nationella kunskapsstyrningen har RCC ansvaret för att utveckla nationella kunskapsstöd inom cancerområdet. I Sverige finns sex RCC, ett i varje sjukvårdsregion. Tillsammans med regionerna arbetar RCC för en mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård. Region Halland ingår i både RCC Syd och RCC Väst.

RCC Syd arbetar på uppdrag av Region Blekinge, Region Halland (södra), Region Kronoberg och Region Skåne. Verksamheten är ansvarsmässigt kopplad till Södra regionvårdsnämnden (SRVN) men är organisatoriskt placerad inom Region Skånes Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning. Arbetet leds av en styrgrupp med

¹ Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Sammanfattning och samlad bedömning. Socialstyrelsen, 2019.

representation från Södra sjukvårdsregionen, de fyra huvudmännen samt adjungerade representanter från Lunds universitet, Linnéuniversitetet och RCC Syds patient- och närstående råd.

RCC Väst arbetar med utveckling av cancervården i Västra sjukvårdsregionen, som omfattar Västra Götalandsregionen och norra Region Halland. Beslut som rör hela området fattas i Samverkansnämnden Västra sjukvårdsregionen som är en politisk samverkansfunktion för Västra Götalandsregionen och Region Halland. RCC Väst har även en styrgrupp med en patientrepresentant och ledamöter från sjukhusförvaltningarna i Region Halland och Västra Götalandsregionen samt representant från Göteborgs Universitet.

Styrning och uppföljning

Revisionsfråga 1: Sker en tillräcklig styrning och uppföljning utifrån målen gällande tillgänglighet i SVF-flöden?

lakttagelser

Styrning via nationell överenskommelse 2024

Den övergripande styrningen av SVF sker via den nationella styrningen och de årliga överenskommelser som upprättas. För 2024 ställer överenskommelsen följande krav:

- Att nå inklusionsmålet om 70 % för första halvåret 2024 och vara sammantaget för alla SVF som införts före 2024. Även väntetiderna ska redovisas och kommenteras.
- Att använda PREM-enkäter² för uppföljning av SVF.
- Att genomföra särskilda insatser inom urologin.
- Att stärka kvalitetsutvärdering av SVF.
- Att kartlägga orsaker till de allra längsta väntetiderna.

RCC ska genomföra två särskilda satsningar. Den första satsningen innebär att fördela medel till initiativ som syftar till att förbättra tillgängligheten inom radiologi och patologi samt att uppnå en högre måluppfyllelse av det nationella ledtidsmålet för SVF.

Den andra satsningen innebär att fördela medel till initiativ som fokuserar på att stärka rehabilitering och palliativ vård.

Region Halland Regionfullmäktiges mål

Regionfullmäktige har i *mål och budget 2024 med ekonomisk plan 2025-2028* beslutat om ett fokusområde *Styrning utifrån kunskap och kvalitet inom hälso-och sjukvård*. Inom detta fokusområde har specifika mål formulerats, varav ett särskilt mål berör cancervården och arbetet med med standardiserade vårdförlopp inom cancer:

- *Mål: Utveckla cancervården samt förbättra resultatet för de kvalitetsindikatorer där Halland ligger under rikssnitt.*

² Sedan 2016 används en PREM-enkät för att utvärdera patienternas erfarenhet av att utredas inom standardiserade vårdförlopp (SVF). Dessa utskick görs nationellt i samarbete med nationell patientenkät på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

I mål och budget anges vilka nämnder som ska arbeta med målet. Målet kring cancervården berör följande nämnder: *Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa.*

Enligt *mål och budget* framgår det att den årliga uppföljningen av Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi visar att regionen har potential att förbättra sina resultat inom cancersjukvården. Det betonas att regionen bör fokusera på att förbättra de kvalitetsindikatorer inom cancersjukvården där Halland ligger under rikssnittet, och det finns en förbättringspotential när det gäller följsamheten till de standardiserade vårdförloppen (SVF). Det framhålls vidare att det inte är tillräckligt att enbart fokusera på de delar av vården som definieras av SVF, eftersom viktiga delar av behandlingen inte omfattas av dessa vårdförlopp. Därför behövs ett brett angreppssätt för att täcka hela vårdkedjan. Det framgår också att regionens kvalitetsresultat inom cancerområdet analyseras för att skapa en grund för vidare utvecklingsarbete.

Indikatorer för fullmäktigemålen presenteras i uppföljningsrapport 1. I uppföljningsrapport 1 2024 (januari-april) redovisas vilka indikatorer och målvärden som är kopplade till respektive fokusområde. De indikatorer som ska följas upp är:

- Andel patienter med cancer som utreds inom ett standardiserat vårdförlopp (Regionens mål: >80%). Det nationella målet är 70%.
- Andel patienter som genomgår standardiserat vårdförlopp vid cancer inom den angivna ledtiden (Regionens mål: >60%). Det nationella målet är 80%.

Vårdcentralernas uppdrag i Region Halland beskrivs i Vårdval Halland 2024 och av dokumentet framgår att vårdenheten ska förhålla sig till och följa närsjukvårdens förvaltningsmodell för SVF.

Regionstyrelsen och Driftnämndernas verksamhetsplaner 2024

| Berörd nämnd/styrelse | Utvecklingsområden/uppdrag utifrån målet om att utveckla cancervården samt förbättra resultatet för de kvalitetsindikatorer där Halland ligger under rikssnitt | Övriga utvecklingsuppdrag med inriktning cancer |
|---|--|---|
| Regionstyrelsen | Det finns inget utvecklingsuppdrag/mål. | - |
| Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa (DNADH) | ADH ska bidra till att hallänningen får utredning för misstänkt cancer inom ramen för de ledtider som anges i respektive standardiserat vårdförlopp. | ADH ska kunna erbjuda goda möjligheter att ta del av förebyggande hälso- och sjukvård, oavsett vem man är och var i Halland man bor |
| Driftnämnden Hallands sjukhus (DNHS) | Öka måluppfyllelse för cancer, SVF:er och ha enhetliga arbetssätt inom cancersjukvården mellan olika utbudsorter för att öka jämlikhet, frigöra kapacitet och dra nytta av digitala verktyg och distansvårdformer. | - |
| Driftnämnden närsjukvård | Utveckla individuell vård och stärka efterlevnad av vårdförlopp | - |

I *regionstyrelsens verksamhetsplan 2024* finns inga specifika mål kopplade till cancervården. Hälso- och sjukvårdsavdelningen vid regionkontoret ansvarar bland annat för den nationella rapporteringen inom ramen för nationella överenskommelser och representerar Region Halland i olika nationella och regionala sammanhang, såsom RCC. I granskningen har det framkommit att samordning och stöd redan ingår i regionkontorets grunduppdrag, och det har därför inte bedömts nödvändigt att skapa ett separat mål för cancerområdet inom regionstyrelsen.

Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa anger i sin verksamhetsplan 2024 att ADH ska säkerställa välfungerande diagnostik och ADH ska också delta i det regionövergripande arbetet med att göra en bredare genomlysning av regionens kvalitetsresultat av cancerområdet under 2024.

Av *Driftnämnden Hallands sjukhus verksamhetsplan 2024* framgår inte vilka aktiviteter som ska göras kopplat till målet. Av verksamhetsplanen finns en förteckning över indikatorer som Hallands sjukhus utgår ifrån inför uppföljning 2024 och av förteckningen framgår att uppföljning av målvärde inom SVF ska följas upp.

Av *Driftnämnden Närsjukvårds verksamhetsplan 2024* framgår inte vilka aktiviteter som ska göras kopplat till målet. Av verksamhetsplanen framgår valda indikatorer för kvalitetsstyrning och av förteckningen framgår att nämnden ska följa: *Andel remisser som är korrekt märkta, SVF, när de kommer till slutenvården*.

Nationell uppföljning SVF

Enligt överenskommelsen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024* ska regionerna redovisa arbetet med SVF i en specifik mall. Redovisningen ska ge en bild av väntetidsläget samt uppfyllelse av inklusions- och ledtidsmål för regionerna. Respektive region skickar sina redovisningar till sitt sjukvårdsregionala RCC som ansvarar för inlämning till Socialstyrelsen.

Uppföljning sker genom att regionerna rapporterar specificerade mätpunkter till en nationell väntetidsdatabas med hjälp av SVF-KVÅ-koder³.

Region Halland uppföljning

Efter april (UR1), augusti (UR2) och årets slut (årsrapport) sammanställs uppföljningsrapporter som inkluderar både kvalitetsstyrning och målstyrning.

I *regionens uppföljningsrapport 2 per augusti 2024* framgår att målet kring att utveckla cancervården samt förbättra resultatet för de kvalitetsindikatorer där Halland ligger under rikssnitt är delvis uppfyllt. Av uppföljningen framgår att regionen gjort framsteg vad gäller andelen patienter som utreds inom ett standardiserat vårdförlopp, men det finns fortsatta utmaningar med att öka andelen patienter som genomgår SVF inom den

³ Ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen följs upp på nationell nivå med hjälp av särskilda KVA-koder, som sätts vid nationellt definierade tidpunkter. Regionerna rapporterar in dessa mätpunkter till en nationell databas vid SKR

angivna ledtiden. Av uppföljningen framgår en redovisning av utfall av indikatorer enligt nedan:

- *Andelen patienter med cancer som utreds inom ett standardiserat vårdförlopp (SVF)* har ökat till 94 procent, vilket är över det regionala målvärdet på 80 procent. I augusti 2023 låg andelen på 76 procent. Ökningen är ett resultat av förvaltningarnas utvecklingsarbete.
- *Andelen patienter som genomgår SVF vid cancer inom den angivna tiden var 47 procent*, vilket är samma som föregående år och under målvärdet på 60 procent.

Av uppföljningen följer en beskrivning av olika aktiviteter som pågår inom verksamheterna. Bland annat nämns att närsjukvården arbetar med att märka remisser korrekt med SVF för att vidare utredning och behandling ska kunna fortsätta på Hallands sjukhus och Ambulans, diagnostik och hälsa. Vidare framgår att ADH har arbetat med att följa delledtiderna inom den medicinska diagnostiken och har haft dialoger med processteamerna för att förbättra flödena inom SVF. Av uppföljningen framgår vidare att Region Halland har granskat vårdförloppen för prostatacancer, lungcancer, cancer i urinblåsa/urinvägar och njurcancer. En närmare beskrivning av dessa framgår under revisionsfråga 3.

Av *Driftnämnden Hallands sjukhus uppföljning 2 2024* framgår att Region Hallands samtliga halländska SVF-processer inte når de nationella inklusions- och ledtidsmålen. Anledningen till att inklusions- och ledtidsmålen inte kan nås inom alla vårdförlopp beror enligt uppföljningen på kunskapsbrist vid registrering och kodning samt tillgänglighet till mottagning, diagnostik och operation. Av uppföljningen konstateras att en generell observation är att SVF-måluppfyllelsen är högre för SVF:er där hela kedjan bedrivs inom Halland och inte kräver remittering till andra regioner för diagnostik, behandling och registrering.

Uppföljningen innehåller vidare en redovisning av andel patienter med cancer som utreds inom SVF (inklusion) i Halland och Andel patienter som genomgår SVF:er inom den angivna ledtiden i likhet med den regionövergripande uppföljningen som presenteras ovan. Av Hallands sjukhus uppföljningsrapport konstateras att det föreligger emellertid en stor variation och inklusionsandelen varierar mellan de 32 SVF:erna. Av uppföljningen framgår vilka åtgärder som pågår för att förbättra inklusions- och ledtidsmålen, se mer under revisionsfråga 4.

Av *Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsas uppföljning 2 2024* framgår att medicinsk diagnostik följer sina ledtider varje månad för samtliga standardiserade vårdförlopp (SVF-förlopp) och arbetar kontinuerligt med ständiga förbättringar för att förbättra ledtiderna. Av uppföljningen konstateras att klinisk patologi och cytologi samt röntgen klarar ledtidsmålen för tjock- och ändtarmscancer samt bröstcancer. När det gäller prostatacancer klarar klinisk patologi och cytologi

ledtidsmålet medan röntgenkliniken ligger något över målvärdet varför åtgärder genomförs för att förbättra ledtiden.

Av *Närsjukvårdens uppföljningsrapport 2 2024* framgår att verksamheten har en hög andel korrekt märkta remisser med SVF och når målet om 85% korrekt märkta remisser. Tolv vårdcentraler når ett medelvärde över 85% under januari-augusti, medan flera vårdcentraler beskrivs ligga precis under målvärdet. Av uppföljningsrapporten framgår att dialoger inom läkargruppen på vårdcentralerna kommer att ske för att diskutera remissmärkning och höja medvetandet av att använda Regionala SVF och Alarmsymtom på Vårdgivarwebben och därmed fortsätta öka andelen korrekt märkta remisser.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Sker en tillräcklig styrning och uppföljning utifrån målen gällande tillgänglighet i SVF-flöden?

Ja.

Vår bedömning är att Regionstyrelsen, Driftnämnden Hallands sjukhus, Driftnämnden Ambulans diagnostik och hälsa samt Driftnämnden närsjukvården, baserat på den nationella styrningen och regionfullmäktiges mål, har tillräcklig styrning för arbetet med standardiserade vårdförlopp för cancer. Vi konstaterar att indikatorn för ledtider i Region Halland ligger under det nationella leddidsmålet om 80%.

Vår bedömning är att uppföljning sker på flera olika nivåer i verksamheten, och att standardiserade vårdförlopp cancer är en prioriterad fråga. Uppföljning av indikatorer och aktiviteter sker vid uppföljningsrapport 1,2 och årsredovisning.

Det sker också en styrning och uppföljning via RCC Väst och RCC Syd, och särskilda uppdrag finns för radiologi och patologi i syfte att förbättra ledtiderna.

Tillgänglighet

Revisionsfråga 2: Har Region Halland under åren 2020-2023 haft en tillgänglighetsutveckling inom SVF-flöden som är godtagbar utifrån en nationell jämförelse?

Fokus i revisionsfrågan är hur Region Halland når inklusionsmål och leddidsmål för SVF:er som helhet. Det sker också en fördjupning av tre SVF:er: bröstcancer, prostatacancer samt tjock-och ändtarmscancer.

lakttagelser

För varje standardiserat vårdförlopp finns fastställda tidsgränser (ledtider). Enligt RCC:s kunskapsunderlag om SVF definieras leddid som antalet kalenderdagar mellan beslut om välgrundad misstanke till start av första behandling. Ledtiderna varierar mellan olika cancerdiagnoser. Enligt RCC i samverkans rapport *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och leddidsmål*, publicerad mars 2024, är de nationella målen:

- Att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmål)⁴.
- Att 80 procent av de patienter som utreds i ett standardiserat vårdförlopp ska utredas inom de ledtider som anges i respektive vårdförlopp (ledtidsmål).

Diagram 1: Andel (%) patienter med cancer som utreds inom SVF per diagnos. Region Halland (RH) 2020-2023.

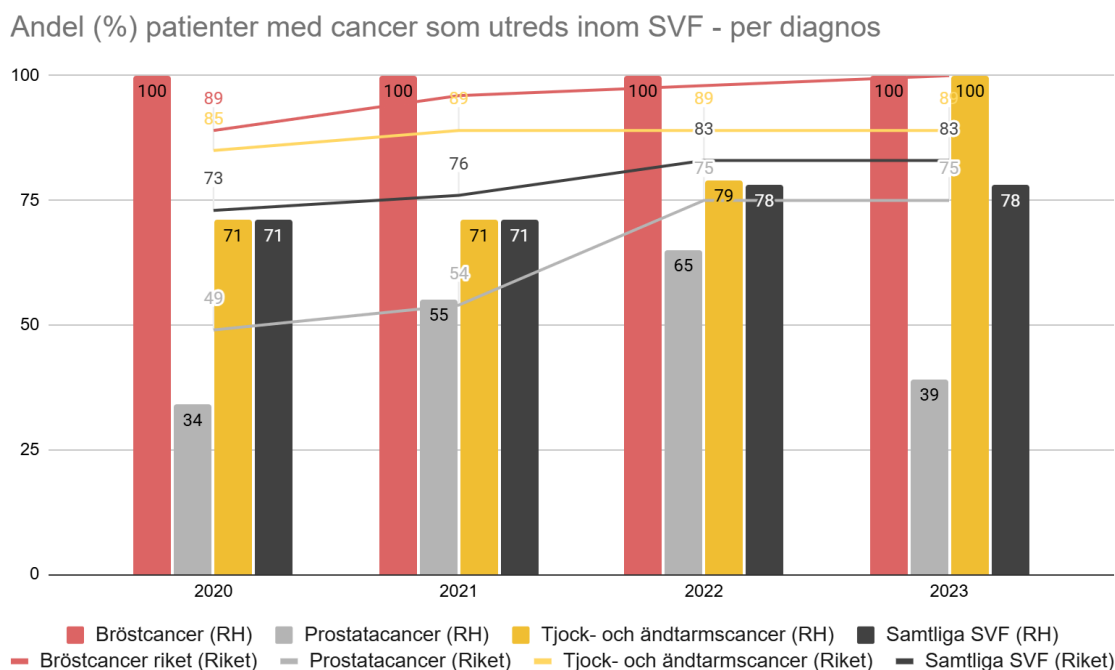


Diagram 1 visar följsamhet till inklusionsmålet för de tre diagnoserna granskningen är inriktad på samt måttet för samtliga SVF. Region Halland når inklusionsmålet för samtliga SVF (når snittet) perioden 2020-2023. Vidare når Region Halland inklusionsmålet perioden 2020-2023 för de specifika diagnoserna bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer. Av statistiken ovan konstateras att Region Halland inte når inklusionsmålet för prostatacancer perioden 2020-2023 vilket är ett sämre resultat i jämförelse med riket. Av redovisningen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024* noteras en väsentlig förbättring i inklusionsmålet för prostatacancer mellan 2023 och 2024 i Region Halland. Av intervjuer framgår att urologkliniken under denna period har förändrat sitt arbetssätt för remissbedömning. Urologkliniken har infört en gemensam remissväg för att säkerställa att alla remisser bedöms enligt enhetliga kriterier, oavsett vilka sjukhus de skickas till. Det har även lagts stor vikt vid att säkerställa en snabb bedömning av remisser.

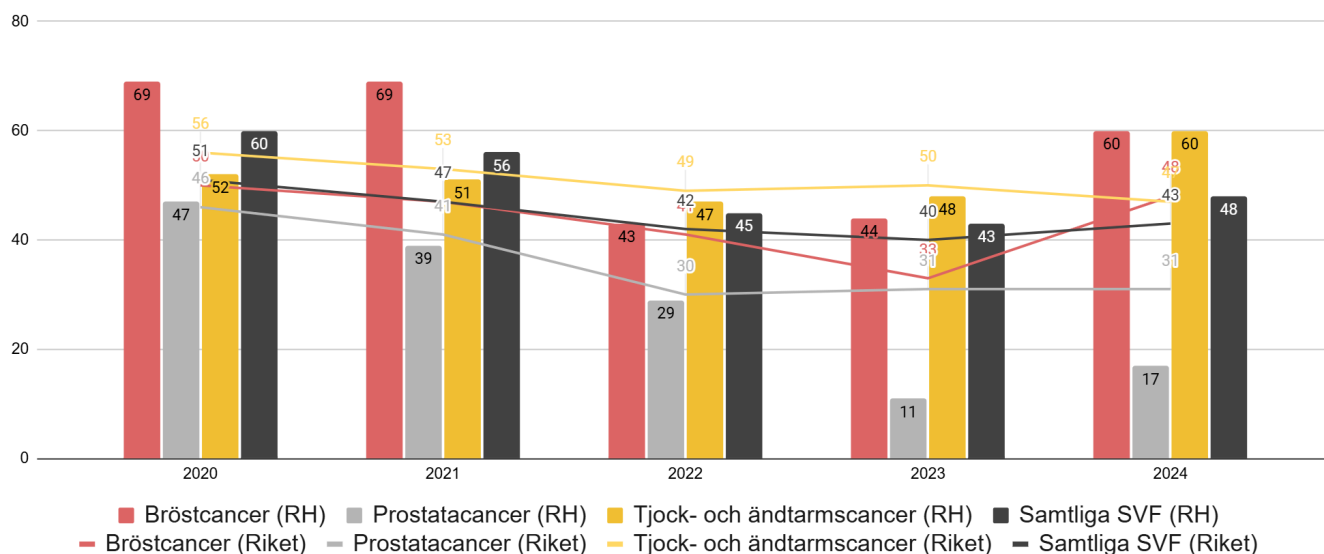
Vidare konstateras att under första halvåret 2024 inkluderades 94 procent av cancerpatienter i ett SVF-flöde i Region Halland i jämförelse med 78 procent år 2023.

⁴ Beräkningen av inklusionsmålet baseras på förväntat antal att få en cancerdiagnos utifrån antalet fall de föregående tre åren.

Enligt redovisning av *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024* framgår dock att det finns fortsatta utmaningar inom ett antal SVF-flöden och inklusionsandelen varierar mellan olika flöden. Exempelvis finns utmaningar inom åtta flöden: buksarkom, cancer i urinblåsa och urinvägar, hjärntumörer, livmoderkroppscancer, matstrups- och magsäckscancer, neuroendokrina buktumörer, skelett och mjukdelssarkom samt sköldkörtelcancer.

Diagram 2: Andel (%) patienter som genomgått SVF inom angiven ledtid per diagnos. Region Halland (RH) och riket 2020-2024 (första halvåret).

Andel (%) patienter som genomgår SVF inom den angivna ledtiden - per diagnos



Av diagram 2 framgår att andelen patienter som genomgår SVF inom angiven ledtid i regionen har minskat mellan perioden 2020-2024 (första halvåret) för bröstcancer och prostatacancer. Ledtidsmålet om 80 procent nås inte för Region Halland, och inte heller för riket. En förbättring i ledtider noteras för tjock- och ändtarmscancer perioden 2020-2024 (första halvåret) där förbättring skett under 2024 i Region Halland.

Region Halland, liksom andra regioner, når inte de nationella inklusions- och ledtidsmålen för alla sina standardiserade vårdförlopp inom cancer. Enligt intervjuer är cancerflödet prioriterat i verksamheten. Det uppges i intervjuer att det inom SVF prostatacancer finns en sårbarhet och där Hallands sjukhus behövt anlita hyrläkare för att förbättra tillgängligheten. Intervjuade uppges att verksamheten har sett ett ökat inflöde av patienter inom SVF prostatacancer.

Vidare beskrivs undanträngningseffekter för andra patientgrupper som inte bedöms som akuta eller ingår i ett standardiserat vårdförlopp. Det gäller framförallt tillgången till operation.

Enligt redovisning av *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024* når inte Region Halland de nationella inklusions- och ledtidsmålen bland annat på grund av kunskapsbrist vid registrering och kodning samt tillgänglighet till mottagning, diagnostik

och operation. Vidare finns utmaningar kopplat till personalbrist och resurser. Av revisionsfråga 3 och 4 framgår vilka eventuella åtgärder som vidtagits för att förbättra tillgängligheten för SVF-flöden.

Bedömning

Revisionsfråga 2: Har Region Halland under åren 2020-2023 haft en tillgänglighetsutveckling inom SVF-flöden som är godtagbar utifrån en nationell jämförelse?

Nej.

Vi bedömer att Region Halland inte har uppnått den tillgänglighetsutveckling som krävs för att nå de uppsatta ledtidsmålen för perioden 2020-2023.

Vår bedömning baseras på att regionen inte vid något tillfälle har uppnått det nationella ledtidsmålen om 80 procent under dessa år. Trots att Region Halland sedan 2020 har uppfyllt inklusionsmålet för standardiserade vårdförlopp (SVF) på regional nivå, kvarstår det åtta SVF där målet om 70 procent inte nås. Vi bedömer att ytterligare åtgärder behövs för att förbättra dessa SVF-flöden.

Statsbidrag

Revisionsfråga 3: Används medel för att hantera cancervården på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet?

Med medel avses de statsbidrag som är kopplat till överenskommelsen "Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024".

Överenskommelsen "Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024" omfattade 809 miljoner kronor. Totalt avsattes 365 miljoner kronor för regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp i överenskommelsen, fördelat på två lika stora utbetalningar. Den första utbetalningen baseras på befolkningsmängd. Den andra delen baseras både på befolkningsmängd och att regionen uppnår:

- Inklusionsmålet om 70 %. Inklusionsmålet ska redovisas för första halvåret 2024 och vara sammantaget för alla SVF som införts före 2024.
- Att regionerna använder PREM-enkäter för uppföljning av SVF.
- Att regionerna inkommit med redovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller den myndighet som regeringen utser senast den 30 september 2024.

Uppdraget planeras att delredovisas senast den 15 november. Arbetet med överenskommelsen som helhet ska rapporteras den 31 mars 2025. För år 2023 har samtliga regioner uppfyllt villkoren för den andra utbetalningen och utbetalningen till regionerna kommer att göras.

lakttagelser

Region Halland kommer att erhålla totalt 12,5 mnkr för året 2024 inom ramen för överenskommelsen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024*.

Regionen har erhållit del 1 på 5,95 mnkr och del 2 är tänkt att betalas ut i slutet av året eller början av 2025, även den på 5,95 mnkr. Därtill får regionen 0,6 mnkr som förmedlas genom RCC för 2024.

Enligt redovisning av *jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2023 och 2024* framgår det att de medel som tilldelats Region Halland genom nationella överenskommelser utgör en del av den totala finansieringen av hälso- och sjukvården. Dessutom har förvaltningarna möjlighet att ansöka om utvecklingsmedel enligt den regionala processen. Redovisningen visar att Region Halland bedömer att denna hantering ökar möjligheten att genomföra bestående förändringar som är betydelsefulla från ett år till nästa.

Vidare framgår det av redovisningen att de tilldelade medlen har använts till att stödja kompetenshöjande utbildningar, med syfte att öka följsamheten till de nationella vårdprogrammen inom cancerrehabilitering och palliativ vård. Dessutom har satsningar gjorts inom medicinska diagnostiken, särskilt med fokus på digital patologi. I intervjuer framkommer det att avdelningen för patologi har använt medel för att finansiera en extern projektledare för projektet. Vidare uppges av en intervju att radiologin har erhållit medel för kompetenshöjande insatser för att på ett bättre sätt handleda studenter. I intervjuer uppges att närsjukvården inte har tagit del av några utvecklingsmedel.

Granskningen visar att utvecklingsmedel har använts med till kommunikationsinsatser rörande HPV självprovtagning.

För att framförallt förbättra ledtider genomförs extra satsningar i verksamheten, såsom fler mottagningstider och särskilda insatser inom operation. Enligt de intervjuade påverkar de extra satsningarna även andra verksamheter såsom patologi och radiologi. Ibland informeras dessa verksamheter om att dessa satsningar kommer att ske, men inte alltid. Det resulterar i längre väntetider för dessa undersökningar, som redan anses vara en flaskhals i SVF-processen.

Bedömning

Revisionsfråga 3: Används medel för att hantera cancervården på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet?

Går ej att bedöma.

Granskningen visar att Region Halland under 2023 och 2024 har fått ta del av medel kopplat till överenskommelsen. Granskningen visar att medel som fördelas till Region Halland genom de nationella överenskommelserna är en del av den totala finansieringen av hälso- och sjukvården. Vi kan därför inte bedöma om de medel som tilldelats Region Halland för att arbeta med cancervården har använts på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet.

Vi bedömer att det är positivt att Region Halland har satsat på medicinska diagnostiken avseende digital patologi samt kompetenshöjande insatser inom radiologin. Det finns dock fortsatt stora utmaningar att nå ledtidsmålet för de allra flesta SVF:er.

Åtgärdsplaner

Revisionsfråga 4: Finns åtgärdsplaner för att åtgärda nuvarande brister, och har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten för SVF-flöden?

lakttagelser

Som beskrivs i revisionsfråga 1 är Region Halland en del av både RCC Väst (Norra Halland) och RCC Syd (Södra Halland). RCC Väst har en verksamhetsplan för 2024, och RCC Syd har en *Cancerplan för södra sjukvårdsregionen 2023-2025*. Enligt intervjuerna avser verksamhetsplanen och cancerplanen främst en beskrivning av respektive RCC:s arbete under perioden.

Enligt intervjuer har Region Halland ingen separat åtgärdsplan eller lokal cancerplan för arbetet med standardiserade vårdförlopp. Istället hanteras styrning och åtgärder inom den ordinarie linjeorganisationen. Den övergripande styrningen baseras på mål och budget, vilket tydliggörs ytterligare i respektive Driftnämnds verksamhetsplan. Vidare framgår det från intervjuer att beskrivningar av aktiviteter i relation till olika utmaningar som finns inom de olika SVF-flödena är dokumenterade i verktyget Stratsys.

Enligt *Region Hallands uppföljningsrapport 1 2024* framgår att en genomlysning av fyra SVF-flöden har utförts. I uppföljningsrapport 2 2024 framgår att andelen patienter med cancer som utreds inom ett SVF (inklusionsmål) ökat till 94 procent. Denna ökning tillskrivs förvaltningarnas utvecklingsarbete. Till exempel har närsjukvården fokuserat på att märka remisser, medan Ambulans, diagnostik och hälsa har arbetat med att följa delledtiderna inom medicinsk diagnostik och haft dialoger med processteamet för att förbättra flödena inom SVF. Uppföljningsrapport 2 2024 beskriver även arbetet med andelen patienter som genomgår SVF vid cancer. Här konstateras att måluppfyllelsen är 47 procent, vilket är oförändrat jämfört med föregående år.

Av *Hallands sjukhus uppföljningsrapport 1 2024* framgår att Hallands sjukhus har utökat operationskapaciteten för cancerpatienter och fler mottagningstider har erbjudits. I uppföljningsrapport 2 2024 beskrivs hur Hallands sjukhus har arbetat med att bibehålla eller öka andelen patienter med cancer som utreds inom ett standardiserat vårdförlopp.

Region Hallands genomlysning av fyra SVF-flöden

Som en del i arbetet med ledtiderna har alla regioner i Sverige, enligt den nationella överenskommelsen i cancervården, haft i uppdrag att kartlägga och genomlysna fyra SVF. Ett krav i överenskommelsen var att kartlägga vilka patienter som ligger längst från måluppfyllelsen. Region Halland har granskat vårdförloppen för: prostatacancer, lungcancer, cancer i urinblåsa/urinvägar och njurcancer. Genomlysningens genomförande och resultat beskrivs i rapporten *Region Hallands kartläggning och analys av patienter som ligger längst från måluppfyllelsen*, daterad 2024-09-16.

Av genomlysningen följer att flödena valdes på grund av låg måluppfyllelse, stora patientflöden samt att delar av utredning och första behandling sker i Region Skåne eller Region Västra Götaland. Genomlysningens främsta slutsatser är bland annat att:

- Bristen på kompetens. Detta har varit och är fortfarande en utmaning för framförallt urologkliniken.
- Sjukvårdsregionerna påverkar tid till utredning och behandlingsstart. Inom alla genomlysta SVF sker utredning och viss behandling sjukvårdsregionalt som påverkar ledtiderna⁵.
- Eventuellt påverkas väntetider av att det inom patologin finns höga kostnader och låga volymer för vissa analyser som gör att analyser endast utförs 1gg/vecka.
- SVF-koordinatorer⁶ som upplever att kodningen av SVF är komplex i kombination med hög arbetsbelastning. Bland annat nämns att det finns flera SVF:er som saknar slutkod vilket gör att det inte går att bedöma hur länge patienterna får vänta på start av behandling.

Av redovisningen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2023 och 2024* framgår en beskrivning av olika förbättringsarbeten som pågår och som har pågått i Region Halland i syfte att förbättra tillgängligheten:

- För att kunna öka inklusionen i processerna har Hallands Sjukhus en processutvecklingsdialog två gånger per år där inklusionsmålet och resultat följs upp.
- Under våren 2022 påbörjades ett arbete med att följa remissmärkning av SVF i primärvården månadsvis. Enligt rapporteringen har arbetet resulterat i en märkbar förbättring av antalet korrekt märkta remisser vilket gör att specialistvården får fler korrekt märkta remisser från start i sitt SVF arbete.
- Hallands sjukhus har under året inrättat SVF-samordnare, i syfte med att stödja processledare med frågor, både vad gäller inklusionsmål och ledtider samt processutvecklingsarbete.
- Om vårdplatstillgång och operationskapacitet identifieras som flaskhalsar eller riskerar att bli flaskhalsar, arbetar verksamheten med att flytta arbetsmoment till öppenvård istället för slutenvård.
- Ökat samarbete mellan operationsenheterna och opererande kliniker i syfte att förkorta och intensifiera vårdtiderna för patienterna, exempelvis vid robotassisterad prostatektomi.

⁵ Region Halland saknar PET-DT, specialiserad bronkoskopi, EBUS och viss behandling utförs inte i regionen t.ex. operation för lungcancer, all strålbehandling, avancerad operation av njurcancer.

⁶ Koordinatör är ett administrativt stöd som ska underlätta för sjukvården att hålla uppsatta ledtider

- En utmaning som identifierats är SVF-registrering. Av rapporteringen framgår att när brister i registrering identifieras som delförklaring till bristande uppföljningsresultat åtgärdas detta med utbildningsinsatser.
- Skapa bättre samverkan mellan Hallands sjukhus och de diagnostiska verksamheterna (såsom till exempel radiologi och patologi). Syftet är att hitta de mest effektiva åtgärderna för att påskynda genomloppstiden (från välgrundad misstanke till start av behandling) för SVF:erna.

Vidare har Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa beslutat, 2024-05-22 § 26, att införa en mobil röntgen i Hylte och Laholm från och med den 1 januari 2025. Den mobila röntgen ska ersätta befintlig slättröntgenmaskin i Hylte.

Bedömning

Revisionsfråga 4: Finns åtgärdsplaner för att åtgärda nuvarande brister, och har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten för SVF-flöden?

Delvis.

Vi bedömer att det inte finns någon samlad åtgärdsplan som beskriver åtgärder och förbättringsarbete som görs inom SVF-flödena för att förbättra tillgängligheten.

Styrning och uppföljning av åtgärder och aktiviteter finns istället i den ordinarie processen genom verksamhetsplaner och uppföljningsrapporter.

Granskningen visar att det görs extra satsningar inom flera områden för att förbättra tillgängligheten. Tillgängligheten till inklusionsmålet har uppnåtts för regionen som helhet, men det kvarstår ett arbete för att nå de uppsatta ledtidsmålen.

Mätning och rapportering

Revisionsfråga 5: Mäts och rapporteras inklusionsmål och ledtider på ett tillförlitligt och ändamålsenligt sätt?

lakttagelser

Vid remiss från primärvården markeras i remissen att patienten ska ingå i ett standardiserat vårdförlopp (SVF). När remisserna är markerade med SVF, registreras den aktuella koden och datumet automatiskt i det patientadministrativa systemet, vilket eliminerar behovet av ytterligare åtgärder. För att underlätta processen finns instruktioner tillgängliga för både kodning och remissvägar. Bland annat finns dokumentet *Dokumentation och kodning - Standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancersjukvård, daterad 2024-10-03*, som beskriver hur vården på ett strukturerat sätt kan säkras och hur uppföljning av vuxna patienter ska genomföras när beslut har fattats om misstanke om cancer eller välgrundad misstanke om cancer enligt standardiserat vårdförlopp. Dessa rutiner finns publicerade på Region Hallands Vårdgivarwebb.

Intervjuer indikerar att primärvården har goda förutsättningar för korrekt remisshantering. Sedan våren 2022 följs indikatorn för remissmärkning av SVF, och

85–90% av remisserna är korrekt märkta, vilket medför att specialistvården får korrekt märkta remisser från början av SVF-arbetet.

I Hallands sjukhus uppföljningsrapport 1 (januari-april 2024) har betydande kunskapsbrister identifierats vid registrering och kodning, vilket har påverkat de nationella inklusions- och ledtidsmålen. Utmaningen beskrivs vidare i Region Hallands redovisning *Jämlig och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024*. Av redovisningen framgår att det är utmanande att få till registreringar som är fullt ut korrekta då SVF-registreringsanvisningarna ger möjlighet till tolkningar. Av redovisningen framgår att kompetensutveckling pågår av SVF-koordinatorer som kodar förloppen och det pågår ett arbete med fellistor och rättningar av felaktig kodning. Det framgår också att nuvarande journalsystem och röntgensystem ibland visar olika data för registrerade SVF-delledtider. Detta gör det svårt för processteamet att tydligt följa och utvärdera sina processflöden. Redovisningen visar att Region Halland har svårt att åtgärda bristerna i det nuvarande journalsystemet, men planerar att åtgärda bristerna när regionen övergår till Cosmic. Slutligen framgår att det finns stora utmaningar att få till korrekt registrering för vissa delledtider när patienten får olika delar av sitt SVF-förlopp i olika regioner.

Av genomförda intervjuer bekräftas att det finns kunskapsbrister och det framkommer hur SVF-registreringen upplevs komplicerad och kräver ett betydande administrativt arbete. I intervjuer uppges att det pågår ett arbete med att öka kompetensen kring registrering hos SVF-koordinatorer genom att erbjuda utbildningar.

Enligt intervjuer är andra faktorer som påverkat registrering att SVF-patienter överflyttas till andra regioner för diagnostik och/eller behandling och därför inte registreras eller registreras i efterhand. Efterregistrering pågår och korrigeringar genomförs där det saknas kod för start och slut. Det behöver dock ske inom tre månader. Mycket tid går åt att efterregistrera SVF, och att ta fram start och slutdatum.

Bedömning

Revisionsfråga 5: Mäts och rapporteras inklusionsmål och ledtider på ett tillförlitligt och ändamålsenligt sätt?

Delvis.

Granskningen visar att det automatiserade systemet för att markera SVF-förloppet i primärvården förenklar remissprocessen avsevärt. Detta system har resulterat i att 85–90% av remisserna är korrekt märkta, vilket är positivt för det initiala skedet av SVF-arbetet.

Granskningen identifierar dock att det finns kunskapsbrister vid registrering och kodning i den specialiserade vården, vilket får effekter på inklusions- och ledtidsmålen tillförlitlighet.

Vi bedömer att rapportering för ledtidsmålet påverkas av det faktum att patienterna vårdas i andra regioner. Detta medför en risk för underregistrering och brister i

tillförlitligheten. Den nuvarande manuella registreringsprocessen medför att rapporteringen inte alltid sker på ett ändamålsenligt vis.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp samt om den interna kontrollen är tillräcklig inom området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Regionstyrelsen, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Hallands sjukhus och Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa **inte helt** har säkerställt att cancervården sker ändamålsenligt och är i enlighet med standardiserade vårdförlopp samt att den interna kontrollen inom området **inte helt** är tillräcklig.

Rekommendationer

Vi lämnar följande rekommendationer till Driftnämnden Hallands sjukhus:

- Säkerställ att tillräckliga åtgärder vidtas för att samtliga SVF-flöden uppnår det nationella inklusionsmålet och ledtidsmålet.
- Att säkerställa registrering och KVÅ-kodning (klassifikation av vårdåtgärder) för SVF-flöden, särskilt när patienter vårdas i andra regioner.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

| Revisionsfråga | Bedömning | |
|---|---|---|
| Sker en tillräcklig styrning och uppföljning utifrån målen gällande tillgänglighet i SVF-flöden? | Ja Det finns en tydlig nationell styrning och uppföljning, och även en styrning och uppföljning via regionfullmäktiges mål och budget samt genom uppföljningsrapporter. Det sker också en styrning och uppföljning via RCC Väst och RCC Syd, och särskilda uppdrag finns för radiologi och patologi i syfte att förbättra ledtiderna. |  |
| Har Region Halland under åren 2020-2023 haft en tillgänglighetsutveckling inom SVF-flöden som är godtagbar utifrån en nationell jämförelse? | Nej Region Halland inte har nått upp till ledtidsmålen under perioden. Region Halland når sedan 2020 inklusionsmålet för regionen som helhet, men där det fortfarande finns åtta SVF där målet om 70 procent inte nås. |  |
| Används medel för att hantera cancervården på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet? | Går ej att bedöma Granskningen visar att Region Halland under 2023 och 2024 har fått ta del av medel kopplat till överenskommelsen. Granskningen visar att medel som fördelas till Region Halland genom de nationella överenskommelserna är en del av den totala finansieringen av hälso- och sjukvården. Vi kan därför inte bedöma om de medel som tilldelats Region Halland för att arbeta med cancervården har använts på ett ändamålsenligt vis som är hållbart ekonomiskt och bidrar till bättre tillgänglighet. |  |

Finns åtgärdsplaner för att åtgärda nuvarande brister, och har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten för SVF-flöden?

Delvis

Det finns inte någon samlad åtgärdsplan som beskriver åtgärder och förbättringsarbete som görs inom SVF-flödena för att förbättra tillgängligheten.

Styrning och uppföljning av åtgärder och aktiviteter finns istället i den ordinarie processen genom verksamhetsplaner och uppföljningsrapporter.

Granskningen visar att det görs extra satsningar inom flera områden för att förbättra tillgängligheten.



Mäts och rapporteras inklusionsmål och ledtider på ett tillförlitligt och ändamålsenligt sätt?

Delvis

85–90% av remisserna från primärvården är korrekt märkta.

Det finns kunskapsbrister vid registrering och kodning i den specialiserade vården, vilket får effekter på inklusions- och ledtidsmålets tillförlitlighet.

För ledtidsmålet påverkas rapporteringen av det faktum att patienterna vårdas i andra regioner. Den nuvarande manuella

registreringsprocessen medför att rapporteringen inte alltid sker på ett ändamålsenligt vis.



2025-01-15

Marie Lindblad

Louise Tornhagen

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Halland enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2024-04-26. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.