

**TID:** 2019-09-17  
**PLATS:** PwC:s lokaler, Halmstad

**Närvarande:** Gösta Gustafsson  
Lena Olofsdotter  
Eva Hudin  
Peter Wesley  
Tobias Eriksson  
Skr Kerstin Sikander

### §1

#### **Revisionsrapporten Granskning av standardiserade vårdförlopp i cancervården**

Revisorerna i Region Halland har gett PwC i uppdrag att granska regionens cancervård. Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF).

Den samlade bedömningen är att regionstyrelsen i allt väsentligt säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp. Granskningen visar att arbetet med implementering av SVF har skett utifrån ett arbetssätt med god struktur. Det finns en upparbetad ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvården och specialistvården när det gäller SVF inom cancervården. Ett förbättringsområde som lyfts fram i rapporten är inom området för uppföljning och analys. En iakttagelse i granskningen är att registrering av patienter som utretts inom ett SVF i Region Halland, men där närliggande regioner utfört vissa behandlingar, inte alltid sker på ett sätt som gör att patienten registreras inom rätt region. Detta medför att statistiken om antalet patienter i SVF i Region Halland ibland blir missvisande.

Revisorerna beslöt

att översända rapporten till regionstyrelsen med begäran om svar senast 2019-11-25 om vilka åtgärder styrelsen avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen.



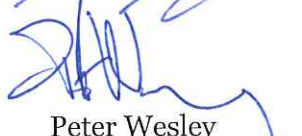
Gösta Gustafsson



Lena Olofsdotter



Eva Hudin



Peter Wesley



Tobias Eriksson

Bilaga: Revisionsrapport Granskning av standardiserade vårdförlopp i cancervården  
Svar sänds till: [regionen@regionhalland.se](mailto:regionen@regionhalland.se)

# Revisionsrapport

## *Granskning av standardiserade vårdförlopp i cancervården*

*Hanna Waddington  
Amanda Svensson*

*September 2019*

Region Halland

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1. Bakgrund .....	4
1.2. Revisionsfråga .....	4
1.3. Revisionskriterier .....	5
1.4. Kontrollfrågor .....	5
1.5. Avgränsning.....	5
1.6. Metod.....	5
<b>2. Standardiserade vårdförlopp i cancervården</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Iakttagelser och bedömningar</b> .....	<b>8</b>
3.1. Organisation och arbetsfördelning.....	8
3.1.1. Iakttagelser .....	8
3.1.2. Bedömning.....	13
3.2. Ansvarsfördelning och samverkan med primärvården.....	13
3.2.1. Iakttagelser .....	13
3.2.2. Bedömning.....	15
3.3. Stimulansmedel.....	15
3.3.1. Iakttagelser .....	15
3.3.2. Bedömning.....	16
3.4. Väntetider .....	17
3.4.1. Iakttagelser .....	17
3.4.2. Bedömning.....	19
3.5. Undanträngningseffekter .....	19
3.5.1. Iakttagelser .....	19
3.5.2. Bedömning.....	21
3.6. Uppföljning.....	21
3.6.1. Iakttagelser .....	21
3.6.2. Bedömning.....	22
<b>4. Revisionell bedömning</b> .....	<b>24</b>
4.1. Rekommendationer.....	24
<b>Bilaga 1)</b> .....	<b>25</b>

## Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning av cancervården. Revisionsfrågan som ska besvaras är om regionstyrelsen säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Granskningen har genomförts under perioden april – juni månad 2019 genom intervjuer och dokumentgranskning.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsen *i allt väsentligt* säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp, men att det finns utvecklingsområden att ta fasta på.

Vi konstaterar att det har funnits en ändamålsenlig organisation för implementering och utveckling av SVF. I samband med implementering har regelbundna genomlysningar och flaskhalsanalyser genomförts, vilka fungerat som analysunderlag för eventuella förändringar och fortsatt utveckling av vårdförloppen.

Vidare finns en upparbetad ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvården och specialistvården, och det finns en förvaltningsmodell för primärvården för att säkerställa ett sammanhållet arbete. För att underhålla och vidareutveckla anser vi att det är av vikt att säkerställa att de rutiner och riktlinjer som finns för primärvården löpande kommuniceras, och att det vid behov skapas forum för dialog mellan primär- och specialistvård.

Vi konstaterar att det har funnits en utarbetad och strukturerad process för hur stimulansmedel för arbetet med SVF har fördelats inom Region Halland. Samtliga medel har fördelats efter politiska beslut. Det politiska målet med fördelningen av stimulansmedlen har varit att medlen inte ska användas till nyanställda funktioner eller annat som kräver långsiktig finansiering efter satsningens slut. Samtidigt finns exempel där regionen till viss del finansierat nya nödvändiga funktioner inom SVF, så som koordinatörer kopplade till de olika förloppen. Regionen har efter satsningens slut hanterat detta genom att funktionerna nu går under ordinarie finansiering.

Många förbättringsåtgärder har genomförts i de olika verksamheterna och ledtider har kortats för flera av de 31 SVF:er som införts i regionen. Dock pekar intervjuer på att den totala ledtiden för samtliga SVF:er ser ut att öka och orsaken till detta är i dagsläget oklart. Vi konstaterar att en sammanställd dokumenterad uppföljning av ledtiderna finns på aggregerad regional nivå och att SVF inom maximal ledtid för samtliga vårdförlopp idag ligger på 64 procent. Siffran visar på att det således finns förbättringspotential inom regionen. Samtidigt finns svårigheter då registrering från närliggande regioner som utför vissa behandlingar inte sker korrekt. En annan faktor som kan påverka ledtiderna är patientens val att skjuta fram delar av utredningen.

Vi konstaterar att undanträngningseffekter utifrån Socialstyrelsens definition om att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter med högre prioritet, inte har identifierats i samband med arbetet med standardiserade vårdförlopp. Vi konstaterar vidare att det i samband med resonemang kring eventuella undanträngningseffekter, både i dokumenterad rapportering samt under genomförda granskning, även diskuteras synliggjorda kapacitetsbrister som påverkar verksamheternas andra patientgrupper. Vi anser det vara av

vikt att även fortsättningsvis följa upp och arbeta med synliggjorda kapacitetsbrister, även om inga undanträngningseffekter utifrån Socialstyrelsens definition identifieras.

En löpande månatlig uppföljning av ledtider görs inom respektive SVF och uppföljningen har förutom statistisk data även bestått av kvalitativa analyser. Vi konstaterar att registrering av patienter som utretts inom ett standardiserat vårdförlopp i Region Halland men som sedan behandlas i Västra Götalandsregionen eller Region Skåne inte alltid sker på ett sätt som gör att patienten registreras inom rätt region. Detta gör således att statistiken om antalet patienter i standardiserade vårdförlopp i Region Halland ibland blir missvisande.

Uppföljning har vidare skett genom de handlingsplaner samt årliga redovisningar som tagits fram av regionkontoret. Handlingsplaner och redovisningsrapporter har presenterats för regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott och delgetts RCC och Socialdepartementet. Vi anser att den månatliga uppföljning och analys som görs inom respektive vårdförlopp fungerar som ett viktigt underlag för utvärdering av arbetet med standardiserade vårdförlopp, samt skapar förutsättningar för arbetet att nå stipulerade ledtider. För att få ett rättvisande underlag anser vi att det är av stor vikt att registrering sker av samtliga patienter som utreds inom standardiserade vårdförlopp i Region Halland, även de som, efter utredning, behandlas i en annan region.

Nedan återfinns bedömningen för varje kontrollmål. För fullständiga bedömningar se respektive kontrollmål i rapporten.

Kontrollfrågor	Bedömning
Finns det en ändamålsenlig organisation och arbets sätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?	<b>Uppfylld</b>
Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller cancer-vård?	<b>Uppfylld</b>
På vilket sätt har erhållna stimulansmedel använts för införande av standardiserade vårdförlopp?	<b>Delvis uppfyllt</b>
Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare väntetider för berörda patienter i länet?	<b>Delvis uppfyllt</b>
Förekommer undanträngningseffekter i verksamheten?	<b>Undanträngningseffekter förekommer inte.</b>
Skер en ändamålsenlig uppföljning av SVF?	<b>Delvis uppfyllt</b>

## Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Säkerställa en löpande analys av ledtider inom SVF för att utifrån identifierade brister i analysen kunna vidta adekvata åtgärder.
- Säkerställa en korrekt registrering av patienter i standardiserade vårdförlopp för att statistiken ska utgöra ett rättvisande underlag för utvärdering och vidareutveckling av arbetet med standardiserade vårdförlopp.

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

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. Den viktigaste insatsen är införandet av det gemensamma systemet med standardiserade vårdförlopp (SVF) vilken sker i samverkan med de regionala cancercentrumen.

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, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen. Tidsgränserna ska enbart omfatta medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar. När ett standardiserat vårdförlopp ska införas ansvarar varje region för att anpassa sina organisatoriska strukturer till rekommendationer och ledtider i det standardiserade vårdförloppet.

Region Halland anger i årsredovisningen för år 2018 de inom cancervården har arbetet med att korta väntetider och skapa mer jämlik vård genom införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF). Sedan år 2015 har regionen arbetat intensivt med införandet och idag är samtliga 31 cancerförlopp är implementerade. Arbetet sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden inom specialistvården och primärvården. Att korta väntetider till diagnos och behandling kräver fokus på kommunikation, processorientering och koordinering av vårdförloppen. Mer avancerad vård förutsätter utvecklad kompetens, att arbetet sker i processer och har en väl fungerade multidisciplinär organisation.

Revisorerna i Region Halland har mot ovanstående bakgrund samt utifrån en väsentlighets- och riskanalys, funnit det relevant att granska cancervården och regionstyrelsens arbete med standardiserade vårdförlopp i cancervården.

## 1.2. Revisionsfråga

*Säkerställer regionstyrelsen att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp?*

### **1.3. Revisionskriterier**

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens iakttagelser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs av:

- Kommunallagen 6 kap 7 §
- Hälso- och sjukvårdslagen 4 kap 1-2§
- Standardiserade vårdförlopp (antagna av regionala cancercentrum i samverkan)
- Reglemente för regionstyrelsen
- Budget med verksamhetsplan 2019
- Styrdokument för arbete med vårdförlopp
- Nationell funktionsbeskrivning SVF-koordinator

### **1.4. Kontrollfrågor**

- Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?
- Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller cancervård?
- På vilket sätt har erhållna stimulansmedel använts för införande av standardiserade vårdförlopp?
- Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare väntetider för berörda patienter i länet?
- Förekommer undanträngningseffekter i verksamheten?
- Sker en ändamålsenlig uppföljning av SVF?

### **1.5. Avgränsning**

Granskningen är avgränsad till prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer samt bröstcancer.

### **1.6. Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning samt sammanställning av statistik avseende SVF. Översiktlig protokollgranskning av regionstyrelsens protokoll september 2016 – maj 2019 har också genomförts. Sammanlagt har 14 personer intervjuats inom ramen för granskningen. Intervjupersoner framgår av bilaga 1.

Rapporten har sakgranskats av de intervjuade.

## 2. *Standardiserade vårdförlopp i cancervården*

### **Regionala Cancercentrum**

Regionala Cancercentrum (RCC) är regionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet. Tillsammans med regioner arbetar RCC för en mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård.

Det finns sex regionala cancercentrum (RCC) i Sverige vilka bildades under 2010/2011. Grunden i satsningen har varit betänkanudet om en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) och ett riktat statligt stöd med styrning genom tio kriterier som RCC har att uppfylla.

På uppdrag av regiondirektörerna finns en nationell samverkansgrupp (RCC i samverkan), med cheferna för de sex regionala cancercentrumen. SKL är stödjande part och svarar för ordförandeskapet i gruppen. Samverkansgruppen verkar för att genomföra cancerstrategins intentioner, bland annat genom att skapa nationell samordning av riktlinjer och vårdprogram, samordna kvalitetsregister och verka för riktlinjer avseende utbildning, utveckling och forskning. Samverkansgruppen är även rådgivande instans i cancerfrågor till SKL, Socialstyrelsen och Socialdepartementet och tar fram underlag och rapporterar till regiondirektörsgruppen.

Region Halland ingår i både RCC Syd och RCC Väst.

### **Nationell satsning på cancervården**

Regeringen och SKL var överens om att, under 2015–2018, genomföra en nationell satsning på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården. Överenskommelsen för 2018 omfattar totalt 447,5 miljoner kronor. Av dessa utgör 391 miljoner stimulansmedel till regionerna, fördelat i relation till befolkningens mängden i länet. Den viktigaste insatsen är att fortsätta införandet av det gemensamma systemet med standardiserade vårdförlopp<sup>1</sup>.

År 2020 är det nationella målet att 70 procent av alla nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och att 80 procent av dessa patienter ska genomgå respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.

Målet med överenskommelsen är förbättrad tillgänglighet inom cancervården genom kortare väntetider och minskade regionala skillnader. 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, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, och dels för de olika utredningsstegen. Tidsgränserna ska enbart omfatta medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar.

---

<sup>1</sup> Förhandlingarna om överenskommelserna för år 2019 är uppskjutna på grund av regeringsbildningen och dess konsekvenser.



Införandet av vårdförlopp ska ge en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten och öka nöjdheten hos cancerpatienterna. Detta genom att bland annat tillhandahålla bättre information och öppna upp för mer delaktighet. Arbetet med cancersatsningen ska bygga på utvecklingsarbetet inom ramen för nationella cancerstrategin och de regionala cancercentrumen. Satsningen ska också knyta RCC och regionernas linjeorganisationer närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Insatserna i överenskommelsen ska bli en integrerad del av regionernas ordinarie verksamhet och resultaten av arbetet ska bli tydliga för såväl regioner som invånare och patienter. Erfarenheter, slutsatser och resultat ska, så långt möjligt, komma till nytta även på andra områden inom hälso- och sjukvården.

### Standardiserade vårdförlopp i cancervården

SVF ska i första hand korta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling. Nyckelområden för arbetet av införande av standardiserade vårdförlopp är:

- Begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition
- Införande av koordinatorfunktion
- Förbokade<sup>2</sup> tider hos utredande enheter (bild- och funktionsmedicin och mottagningar)

SVF tas fram i form av underlag som beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser (ledtider) som gäller. Ledtiderna är riktmärken för regionerna i arbetet med att skapa de vårdförlopp som krävs.

Fram till och med år 2018 har sammantaget 31 SVF tagits fram. Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller från välgrundad misstanke till start av första behandling. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar. Förebilden till satsningen kommer från Danmark där man arbetat med standardiserade vårdförlopp (på danska pakkeforlob) sedan 2007.

Beskrivningen av ett standardiserat vårdförlopp består av fyra huvudsakliga delar: ingång, utredning, behandling och uppföljning. De svenska standardiserade vårdförloppen beskriver tills vidare enbart de inledande delarna av vårdförloppet, det vill säga från välgrundad misstanke till start av behandling.

Källa:  
Styrdokument –  
Regionala  
cancercentrum i  
samverkan



<sup>2</sup> Tider märkta för utredning enligt SVF

## 3. *Iakttagelser och bedömningar*

### 3.1. *Organisation och arbetsfördelning*

*Kontrollfråga 1: Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?*

#### 3.1.1. *Iakttagelser*

Arbetet med införandet av SVF inom Region Halland startade våren 2015. En styrgrupp tillsattes vilken bestod av representanter utsedda av respektive berörd förvaltningsledning, cancersamordnare, regional koordinator, strateg med ansvar för leddidsmätning, representanter från IT och kommunikation, representanter från röntgen och patologi samt en patientrepresentant. Styrgruppens uppdrag var att skapa förutsättningar för ett processorienterat arbete från remittent till behandlingsstart. Exempelvis arbetades en modell fram för införandet. Under införandets gång blev styrgruppens funktion allt mindre behövd och idag när SVF går under förvaltning är styrgruppen helt upplöst. Under intervjuer framgår det att en framgångsfaktor för införandet av SVF har varit att det funnits en samsyn att integrera processen i det ordinarie arbetet. Totalt har 31 stycket SVF implementerats i verksamheten.

Cancersamordnaren tillhör regionkontorets avdelning för Kvalitet inom hälso- och sjukvård och har haft en central plats i arbetet. Under införandet bar cancersamordnaren ansvaret för samordningen med den politiska nivån, Regionalt cancercentrum samt Socialdepartementet. Cancersamordnarens uppdrag var också att stötta de processledare som bar ansvar för att integrera processen i det dagliga arbetet. Dessa processledare fanns redan inom flera verksamheter då man sedan tidigare arbetat med regionala processer. Processledare fick i uppdrag att ta fram alternativt revidera processkartor samt ta fram handlingsplaner för införandet med målet att integrera processen för SVF i det ordinarie arbetet. Nära knutet till processledare var en koordinator vilket var en ny roll och funktion inom verksamheten. Koordinatorn har ansvar för registrering av de mätpunkter, så kallade KVÅ-koder, vilka infördes i samband med SVF. Koordinatorn kan exempelvis vara en medicinsk sekreterare eller sjuksköterska.

En regional koordinator tillsattes från regionkontoret vars funktion var att stötta verksamheterna och processteamerna i att skapa effektiva flöden med syfte att eftersträva kortare leddider. Den regionala koordinatorn har på så vis fungerat som en länk mellan kliniker och förvaltningar. Aktiviteter som genomförts är dialogmöten och lärandeseminarier för patientprocessteam, närsjukvårdsföreträdare, patologi, röntgen och linjechefer med syfte att involvera och skapa delaktighet för alla berörda. Vidare har den regionala koordinatorn besökt samtliga vårdcentraler inom regionen för samtal och utbildning.

Intervjuer bekräftar att roller och ansvarsfördelningar är och har varit tydliga för alla inom ramen för SVF. Dock framgår att mandatet för respektive roll inte varit helt tydligt och ett exempel på problem är hur processledaren för bröstcancer ej har mandat att styra mammografin då ansvaret för detta ligger hos linjechef. Av intervjuer framgår att samverkan mellan processteam och linjeorganisationen är mycket viktig för att nå framgång. Denna samverkan har varit en utmaning under arbetets gång och centrala roller i detta är processledare och verksamhetschef.

Arbetet med SVF har under år 2019 övergått från projekt till förvaltning. Från intervjuer och dokument framgår att en förvaltningsmodell är framtagen för primärvården och att primärvården nu ska handlägga denna. Genom en lägesrapport för regionala processer har det tydliggjorts uppdrag och vilka roller och ansvar som förväntas av regionkontoret samt vårdförvaltningar.

Under tiden för införandet av SVF har regionen samarbetat med och fått stöttning av RCC Väst och RCC Syd. Region Halland har samverkansavtal med respektive sjukvårdsregion där RCC ligger inunder. Utmaningen har varit att dessa två arbetar på olika sätt avseende införandet av SVF. Exempelvis har RCC Syd stöttat samverkan emellan regionkontoren medan RCC Väst har fokuserat på samverkan mellan de olika huvudmännen inom VGR. Region Halland har haft mest samarbete med RCC Syd under införandets gång.

### 3.1.1.1 Systemstöd

Införandet av SVF medförde arbete kring regionens IT-stöd. Region Halland använder journalsystemet VAS samt uppföljningsprogrammet *Business Objects*. Ett verktyg skapades för att följa ledtider och kvalitetsmått i realtid. Ledtiden från välgrundad misstanke till start av behandling mäts och på så sätt går det att följa vårdförloppet. Representant från IT-verksamheten har varit delaktig i arbetet.

I samband med att SVF infördes i landets regioner skapade Socialstyrelsen nya KVÅ-koder, det vill säga nya åtgärds-koder vilka ska registreras för att kunna följa vårdförloppen. Här krävdes ett arbete avseende var koderna skulle registreras i systemet samt utbildning och uppföljning av koordinatörer för att säkerställa att alla registrerar på rätt sätt. Av intervjuer framgår att IT-stödet inte fullt ut stödjer rapporteringen av SVF och att många moment görs manuellt. Dock menar många att det trots dessa svårigheter fungerar relativt bra.

### 3.1.1.2 Cancersjukdomar

Detta avsnitt innehåller en kort beskrivning av granskade cancersjukdomar samt arbetet med att implementera SVF. Röntgen och patologi är verksamheter som är involverade i de flesta cancerprocesserna. Av intervju med verksamhetschefen för röntgenkliniken framgår att införandet av SVF har inneburit omfattande förändringar för verksamheten men att detta har hanterats på ett bra sätt då det funnits flexibilitet att öka kapaciteten.

## Prostatacancer

### Beskrivning av sjukdom och process<sup>3</sup>

I Sverige diagnostiseras cirka 10 000 män varje år med prostatacancer. Sjukdomen drabbar framför allt äldre män – cirka hälften är över 70 år och sjukdomen är mycket ovanlig före 50 års ålder. Risken att avlida av prostatacancer är starkt beroende av cancers utbredning och hur aggressiv den är. Den relativa 5-årsöverlevnaden (i jämförelse med befolkningen i Sverige) är drygt 90 procent. Prostatacancer indelas i lågriskcancer, intermediärriskcancer, högriskcancer och metastaserad cancer. Förekomsten av de olika formerna fördelas på cirka 28 procent, 32 procent, 20 procent respektive 20 procent. PSA-testning minskar dödligheten i prostatacancer men leder till att vissa män behandlas i onödan,

<sup>3</sup> Detta avsnitt baseras på information från RCC <https://www.cancercentrum.se/sydost/cancerdiagnoser/prostata/> samt Prostatacancerförbundet ([https://prostatacancerforbundet.se/fakta\\_om\\_prostatacancer](https://prostatacancerforbundet.se/fakta_om_prostatacancer)).

med minskad livskvalitet som följd. Aktiv monitorering innebär att man följer män med lågrisktumörer för att senare behandla de män vars cancer tillväxer. Denna behandling tillämpas allt mer och är standard vid lågrisktumörer.

De vanligaste metoderna för att ställa diagnosen prostatacancer är via PSA-prov, palpation och biopsi. Vid konstaterad prostatacancer görs vidare utredningar för män med hög risk för spridd sjukdom och utifrån de resultaten bestäms lämplig behandling. Det finns en rad olika metoder för behandling baserade på bland annat på hur snabbt cancern växer, om den har spridit sig utanför prostatan, ålder och allmäntillstånd. Den behandling som kan vara aktuell är aktiv monitorering, operation, strålbehandling, hormonbehandling och cytostatikabehandling.

### **Implementering av SVF**

SVF för prostatacancer implementerades under satsningens första år, år 2015. I intervjuer framkommer att verksamheten hade en organisation på plats för implementeringen av SVF då de arbetat processbaserat sedan tidigare. Dock var inte verksamheten beredd på att hantera den mängd av patienter inom vårdförloppen som inkom till urologen. Problem uppstod då en annan vårdprocess, urinblåscancer, hade mycket breda inkluderingskriterier och tog mycket resurser i anspråk av verksamheten.

Samarbete med andra verksamheter som radiologi och patologi uppges fungera bra. I samband med starten av införandet fick verksamheterna stöd av cancersamordnare och regional koordinator för att reda ut svårigheter i flödet. Även samarbetet med primärvården uppges fungera bra, dock finns förbättringspotential vad gäller remissutförandet.

Intervjuade bekräftar att kvaliteten på utredningarna har förbättrats i samband med införandet av SVF och att kriterierna för prostatacancer underlättar arbetet. Nya arbetssätt har skapats och verksamheten arbetar mer specialiserat och fokuserat, exempelvis arbetar vissa urologer mer fokuserat med processen för prostatacancer.

Processledare och koordinatörer arbetar tillsammans med SVF och det finns tydliga roller och ansvar för dess funktioner.

Multidisciplinära konferenser (MDK) finns för högriskpatienter, en för norr och en för syd då Halland skickar patienter boende söder om Ätran till Skåne och patienterna norr om Ätran till Västra Götalandsregionen för behandling. Uppdelning uppges av de intervjuade innebära vissa problem då patienter hanteras olika inom de olika områdena. Exempelvis skiljer sig tillgängna resurser och utrustning mellan Göteborg och Malmö varför utredning och behandling kan komma att se olika ut, vilket i sig skulle kunna påverka huruvida vården är och blir jämlik inom regionen. I intervjuer framkommer tankar kring att det saknas ett forum för de patienterna med låg risk, så kallade aktiva monitoreringspatienter. Patienterna är således inte en del av de standardiserade vårdförloppen i nuläget, men behöver följas upp och eventuellt komma till behandling i framtiden.

## Tjock- ändtarmscancer

### Beskrivning av sjukdom och process<sup>4</sup>

Tjock- och ändtarmscancer (kolorektal cancer) är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige. Varje år drabbas omkring 4 100 personer av tjocktarmscancer och 2 100 av ändtarmscancer. Medelåldern på dem som insjuknar i cancerformerna ligger på 72 respektive 70 år. Tjocktarmscancer är lika vanligt hos män som hos kvinnor medan ändtarmscancer är något vanligare hos män. Femårsöverlevnaden har förbättrats för både tjocktarms- och ändtarmscancer under de senaste decennierna. Den relativa överlevnaden (i jämförelse med befolkningen i Sverige) för tjocktarmscancer är cirka 66 procent, fem år efter diagnos. Motsvarande siffra för ändtarmscancer är 68 procent.

Tjock- eller ändtarmscancer diagnostiseras oftast med hjälp av olika typer av röntgen (exempelvis datortomografi och tjocktarmsröntgen), koloskopi och provtagning samt ultraljud. Koloskopi är vanligtvis förstahandsvalet. De avbildande teknikerna behövs för att bedöma den lokala tumörutbredningen och upptäcka eventuell spridning. Vid ändtarmscancer görs dessutom en magnetkameraundersökning för att bedöma tumörutbredningen i och utanför tarmen. Klinisk undersökning och blodprover ingår också alltid i undersökningen. Oklara fynd utreds alltid vidare, oftast med någon annan avbildande teknik, såsom PET-DT. PET-DT (positionsemissionstomografi) är en metod för att registrera och mäta vävnaders ämnesomsättning.

För att varje person ska få en individanpassad uppföljning och behandling är det centralt att hälso- och sjukvården gör en korrekt klassifikation av tumören. För att kunna ställa rätt diagnos eller klassificera en tumör gör en patolog en undersökning av ett vävnadsprov eller av bortopererad vävnad. Utifrån denna undersökning ställer patologen en diagnos, som sedan ligger till grund för fortsatt behandling och uppföljning. Kurativ behandling vid tjock- eller ändtarmscancer innebär oftast att den del av tarmen där tumören är belägen opereras bort i sin helhet. Eftersom risken för återfall efter operation kan vara hög ges olika tilläggsbehandlingar för att minska denna risk. Vid tjocktarmscancer innebär det behandling med cytostatika efter operationen och vid ändtarmscancer innebär det ofta strålning, ensamt eller i kombination med cytostatika före operation. Läkemedelsbehandling kan också vara aktuell för att minska risken för återfall inför eller efter operation av metastaser i exempelvis levern eller i andra organ.

### Implementering av SVF

Införandet av SVF för tjock- och ändtarmscancer ägde rum under år 2016. Av intervjuer framgår att arbetet startades genom att processledare tillsammans med mag- och tarmteamet tog fram en processkarta för förloppet. Med hjälp av denna kunde förbättringsområden identifieras och nya arbetsätt skapades med syfte att korta ledtiden. Nytt var att tydliggöra och lyfta fram ett processbaserat arbete, tidigare arbetsätt uppges ha utgått från person snarare än från process.

Två koordinatörer anställdes till kirurgkliniken, en till Varbergs sjukhus och en till Halmstads sjukhus. Tillsammans med processledare ansvarar de för tjock- och ändtarmscancer.

<sup>4</sup> Detta avsnitt baseras på information från RCC (<https://www.cancercentrum.se/sydost/cancerdiagnoser/tjocktarm-andtarm-och-anal/tjock--och-andtarm/>) samt Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, Socialstyrelsen 2014.

Av intervjuerna framgår att regelbundna analyser görs månadsvis av koordinators för att analysera flaskhalsar i processen. Om flaskhalsar identifieras lyfts detta inom processsteget och med ledningen.

Intervjuerna bekräftar ett gott samarbete med röntgen. Införandet av SVF har medfört en tydlighet avseende roller och ansvar för de olika vårdförloppen.

Processledare och koordinators på Varbergs sjukhus arbetar tillsammans med RCC Väst och processledare och koordinators på Halmstads sjukhus arbetar med RCC Syd. I intervjuer framgår det att de inte ser problem med att ha två centrum att förhålla sig till.

## Bröstcancer

### Beskrivning av sjukdom och process<sup>5</sup>

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen efter prostatacancer. Totalt ställs omkring drygt 61 000 cancerdiagnoser varje år i Sverige och cirka 9 000 av dessa är bröstcancerdiagnoser, drygt 15 procent. Bröstcancer är kvinnans vanligaste cancersjukdom och cirka 30 procent av all cancer hos kvinnor är bröstcancer, omkring 20 kvinnor insjuknar varje dag. Bröstcancer drabbar framför allt medelålders och äldre kvinnor och medianåldern för insjuknande är 64 år, färre än fem procent är under 40 år. Män kan också få bröstcancer även om det är ovanligt. Drygt ett 60-tal män i Sverige får varje år denna diagnos. Behandling och prognos är desamma som vid kvinnlig bröstcancer.

Vad som orsakar bröstcancer är inte klarlagt. Sannolikt uppstår sjukdomen genom ett komplicerat samspel mellan en mängd olika riskfaktorer såsom arvsanlag, hormonbalans och yttre miljöfaktorer. Vissa faktorer ökar alltså risken men kan inte ensamma orsaka sjukdomen. Faktorer som kan påverka är: hormonella faktorer, p-piller och hormonbehandling, livsstil och ärftlighet.

De flesta blir av med sjukdomen efter behandling om bröstcancer upptäcks tidigt. Bröstcancer behandlas främst med operation. Det blir dock allt vanligare att man förbehandlar brösttumören med cytostatika med eller utan antikroppar före operation. Andra vanliga behandlingar är strålbehandling, hormonell behandling och cytostatikabehandling som ges för att minska risken att sjukdomen ska komma tillbaka. Val av behandlingsmetod beror på vilken sorts bröstcancer patienten har, vilket stadium den är i och hur patienten mår i övrigt.

### Implementering av SVF

Implementeringen av SVF Bröstcancer startade våren 2016. Intervjuade uppger att det redan innan SVF infördes fanns en tydlig process och ett vårdförlopp för bröstcancer med vana processledare och ett vant team, vilket medförde att implementeringen i den egna verksamheten fungerade väl. Tydligast var skillnaden i huruvida patologin lyckades styra om sina verksamheter vilket ledde till minskade ledtider. Även röntgen förtydligade sina processer vilket gav positiva effekter på ledtiderna.

<sup>5</sup> Detta avsnitt baseras på information från RCC (<https://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/bröstcancer>) samt Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, Socialstyrelsen 2014.

I intervjuerna framgår att bröstcancervården är beroende av aktörer som de ej kan påverka. Ett exempel på detta är mammografin vilken har identifierats som en flaskhals vid de månadsvisa analyser som görs.

I samband med implementeringen anställdes två koordinatörer, en i Halmstad och en i Varberg. Dessa arbetar tätt ihop med processledare och kontaktsjuksköterska. En av koordinatörernas uppgifter är att hantera registrering av de nya KVÅ-koderna som kom från socialstyrelsen. I intervjuer framkommer att det förekommer olika sätt för hur verksamheter kodar och då det troligen fungerar olika över riket uppstår svårigheter att göra jämförelser regioner emellan.

Enligt intervjuer så finns roller och ansvar för de olika funktionerna inom SVF tydligt dokumenterade. Processledare och koordinatör arbetar tillsammans med RCC Väst och RCC Syd. I intervjuer framgår det att de inte ser problem med att ha två centrum att förhålla sig till.

### **3.1.2. Bedömning**

Vi konstaterar att det har funnits en ändamålsenlig organisation för implementering och utveckling av SVF. Arbetet med implementering av 31 stycken SVF har skett utifrån ett arbetssätt med god struktur. Det finns ett IT-stöd som fungerar för mätning av ledtider. Processledare och koordinatörer arbetar tillsammans med RCC Väst och RCC Syd, och har under perioden för satsningen även haft ett nära samarbete med regionens cancersamordnare samt regionala koordinatör.

Av granskade cancersjukdomar framgår att implementeringen av SVF har fungerat väl. Märkbart är att för de vårdförlopp där det sedan tidigare fanns ett processbaserat arbetssätt har implementeringen varit som enklast. I samband med implementering har regelbundna genomlysningar och flaskhalsanalyser genomförts, vilka fungerat som analysunderlag för eventuella förändringar och fortsatt utveckling av vårdförloppen. Av granskningen framgår också att stödfunktioner, i form av röntgen och patologi, fungerar väl.

Vi bedömer kontrollfrågan som *uppfylld*.

## **3.2. Ansvarsfördelning och samverkan med primärvården**

*Kontrollfråga 2: Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller cancervård?*

### **3.2.1. Iakttagelser**

I intervjuer framkommer att samarbetet och samsynen mellan primär- och specialistvård kring processerna gällande patienter med misstanke om cancer överlag har förbättrats och förtydligats med införandet av SVF. Samarbetet fanns redan innan, men det poängteras att förloppen har tydliggjort processerna samt respektive verksamhets ansvar. Intervjuade framhåller vidare att det nu även finns en större säkerhet och trygghet i att remisserna prioriteras. Samtidigt poängteras att det inom förloppet för prostatacancer fortfarande krävs ett förbättrat samarbete med primärvården, då flera remisser som inkommer till specialistvården saknar relevant information. Att remisser saknar relevant information

innebär att den utgör ett ofullständigt underlag för prioritering, vilket försvårar verksamhetens arbete.

Flera funktioner från regionkontoret har under tiden för satsningen besökt regionens samtliga vårdcentraler och informerat om SVF, hur denna typ av remisser ska hanteras och vilken roll och vilket ansvar som primärvården har i processen. Inför varje nytt kluster med nya vårdförlopp som har införts, har det hållits lärandeseminarier och/eller dialogmöten tillsammans med distriktsläkare för att diskutera olika symptom och inkluderingskriterier. Vid dessa tillfällen har processledare för respektive vårdförlopp deltagit, och ofta även verksamhetsutvecklare för primärvården.

I de årliga handlingsplaner som tagits fram inom ramen för införandet av standardiserade vårdförlopp specificeras bland annat de insatser som planerats, och som utförts, för att tillse ett välfungerande samarbete mellan primär- och specialistvård. Som exempel lyfts dialogmöten med primärvårdens läkare, informationsspridning via mailutskick och nyhetsbrev, och uppföljning av följsamhet till rutinen för SVF-märkning av remisser.

Intervjuade uppger att det finns tydliga dokumenterade rutiner kring hur remisser för respektive vårdförlopp ska skrivas, och att dessa finns lättillgängliga på regionens hemsida. Samtidigt framkommer att innehållet i vissa remisser är bristfälligt, vilket gör det svårare för verksamma inom specialistvården att hantera remissen på korrekt sätt. Hur bristfälliga remisser hanteras varierar något inom granskade vårdförlopp: intervjuade uppger att vissa remisser skickas tillbaka, men flertalet remisser behandlas trots brister. Någon på den mottagande verksamheten, oftast SVF-koordinator, meddelar sedan remitterande läkare om bristerna i remissen. Intervjuade uppger även att inkommande remisser blivit bättre allteftersom satsningen fortlöpt. För att påminna om vikten av en korrekt ifylld remiss uppges att det på skopin i Halmstad, förutom de digitala rutinerna på hemsidan, även finns väl synliga utskrivna lathundar vid varje dator.

Under hösten 2018 har den regionala koordinatören på regionkontoret haft en tät kommunikation med primärvården för att säkerställa att förutsättningar finns för ett fortsatt välfungerande samarbete mellan primär- och specialistvård även efter satsningens slut. Funktionen som regional koordinator upphörde med satsningen vid årsskiftet 2018/2019, men personen arbetar fortsatt som hälso- och sjukvårdsstrateg vid regionkontoret. För att tydliggöra nuläget och underlätta övergången från tidsbegränsad satsning till att arbetet med SVF nu är en del i ordinarie arbete togs en lägesrapport för de regionala processerna i Region Halland fram av regionens kvalitetschef i mars 2019, i vilken information kring regionens standardiserade vårdförlopp delges. Bland annat listas respektive process processledare, kommande nätverksträffar för bland annat SVF-koordinatorer, samt regionkontorets respektive vårdförvaltningars fortsatta ansvar och uppdrag avseende SVF. Regionkontorets samt primärvårdens uppdrag tydliggörs vidare i den slutrapport för införandet av standardiserade vårdförlopp som togs fram i maj 2019. Primärvården i Region Halland har även en förvaltningsmodell för SVF för att möjliggöra ett sammanhållet arbete bland samtliga vårdcentraler i Region Halland.

Som en framtida utmaning för ett fortsatt välfungerande samarbete framhålls förekomsten av stafettläkare, främst inom primärvården. De intervjuade framhåller då vikten av välkända och lättillgängliga rutiner för att smidigt kunna delge ny eller tillfällig personal viktig information. De intervjuade poängterar också vikten av att primärvården säkerstäl-



ler att rutiner och riktlinjer löpande kommuniceras, nu när funktionen regional koordinator inte längre finns som förvaltningsövergripande funktion. Samtidigt finns funktionen cancersamordnare kvar på regionkontoret vars uppdrag är att ansvara för att säkerställa kommunikationen mellan specialist- och primärvård.

### 3.2.2. *Bedömning*

Vi konstaterar att det finns en upparbetad ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvården och specialistvården när det gäller standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Dialogmöten och informationsträffar har hållits löpande under satsningens gång för att informera om vårdförloppen och respektive verksamhets ansvar, och det finns en förvaltningsmodell för primärvården för att säkerställa ett sammanhållet arbete inom primärvården. Vid knapphändig information i remisser återkopplas detta till remitterande läkare.

För att underhålla och vidareutveckla samarbetet mellan primär- och specialistvård även efter avlägsnandet av den förvaltningsöverskridande samordningsfunktionen regional koordinator, anser vi att det är av vikt att säkerställa att de rutiner och riktlinjer som finns för primärvården löpande kommuniceras, och att det vid behov skapas forum för dialog mellan primär- och specialistvård.

Vi bedömer kontrollfrågan som *uppfylld*.

## 3.3. *Stimulansmedel*

*Kontrollfråga 3: På vilket sätt har erhållna stimulansmedel använts för införande av standardiserade vårdförlopp?*

### 3.3.1. *Iakttagelser*

I samband med Regionstyrelsens beslut avseende införandet av SVF i cancervården, 2015-03-25, tar Region Halland ansvar för att organisation och resurser finns för nödvändiga förändringar i verksamheten. Nationella stimulansmedel tilldelas regionen utifrån befolkningsunderlag. Region Halland har erhållit stimulansmedel för alla halvår förutom för andra halvåret 2016 då regionen inte lyckades registrera en patient i tid för SVF. Totalt har Region Halland erhållit ca 45 mkr i statliga medel under 2015 - 2018. Medel har fördelats till verksamheterna utifrån politiska beslut.

Enligt överenskommelsen mellan staten och huvudmännen ska regioner årligen ha insänt två dokument till Socialdepartementet: dels en handlingsplan för hur de avsett att arbeta med de standardiserade vårdförloppen som är implementerade samt hur de planerat att införa nya standardiserade vårdförlopp, dels en redogörelse för hur arbetet fortskridit under respektive år. Om de inlämnade redogörelserna har uppfyllt kraven har respektive region erhållit en andel stimulansmedel som motsvarar befolkningens storlek. Det har inte funnits krav på hur medlen bör användas utan tilldelningen har skett utifrån regionens resultat, bland annat i fråga om införande av vårdförlopp och redovisning av statistik beträffande antalet patienter som genomgått SVF. Medlen har således inte varit öronmärkta för vissa ändamål.

Enligt tjänsteskrivelse<sup>6</sup> för SVF 2016 har behov av medel identifierats från berörda verksamheter vilka kunnat avropas två gånger per år efter återkoppling av genomförda insatser vilket även bekräftats vid intervjuer.

I samband med införandet av SVF har verksamheter behövt förändra organisation och hitta nya arbetssätt i syfte att öka kapaciteten inom vissa områden. Kopplat till detta har verksamheter äskat stimulansmedel. För att identifiera eventuella kapacitetsbrister och behov har verksamheterna i samråd med regionkontorets cancersamordnare varit delaktiga i så kallade flaskhalsanalyser vilka har fungerat som underlag för äskande av stimulansmedel. Fördelning av stimulansmedel har sedan beslutats av regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott. Exempel på detta är hur kirurgkliniken identifierade kapacitetsbrist inom endoskopin och då äskade pengar för att starta ett endoskopiskt center i Varberg. Äskningen beviljades. Regionen kommer nu att kunna omhänderta undersökningar på patienter som tidigare fick skickas till Västra Götalandsregionen. Ett annat exempel avseende ändrade arbetssätt är den förskjutning av arbetsuppgifter som skett då fler sjuksköterskor utbildats till skopister och nu genomför samma undersökning som tidigare gjorts av läkare.

I intervjuer och sammanställande rapport<sup>7</sup> poängteras att syftet har varit att stimulansmedel ej ska gå till långsiktiga kostnader som sedan kvarstår när stimulansmedlen försvinner. Samtidigt bekräftar andra intervjuer samt redovisning av stimulansmedel<sup>8</sup> att medlen förutom att användas till exempelvis fortbildning och inköp av utrustning, även har använts till att anställa nya funktioner så som koordinators samt anställning av patolog för att öka diagnostikens kapacitet. Exempelvis anställde kirurgkliniken fyra nya koordinators i samband med införandet av SVF. Denna typ av finansiering gavs under en begränsad tid, ett år, och det bekräftas i intervjuer att dessa nya funktioner nu efter att tillförsel av stimulansmedel avslutats går under ordinarie finansiering.

### 3.3.2. Bedömning

Vi konstaterar att det har funnits en utarbetad och strukturerad process för hur stimulansmedel för arbetet med SVF har fördelats inom Region Halland. Samtliga medel har fördelats efter politiska beslut. Verksamheterna har tillsammans med regionkontorets cancersamordnare genomfört så kallade flaskhalsanalyser, vilka till exempel har identifierat kapacitetsbrister och fungerat som underlag för äskning av stimulansmedel.

Det politiska målet med fördelningen av stimulansmedlen har varit att medlen inte ska användas till nyanställda funktioner eller annat som kräver långsiktig finansiering efter satsningens slut. Samtidigt finns exempel där regionen till viss del finansierat nya nödvändiga funktioner inom SVF, så som koordinators kopplade till de olika förloppen. Regionen har efter satsningens slut hanterat detta genom att funktionerna nu går under ordinarie finansiering. Annat exempel på hur stimulansmedel använts för att hantera kapacitetsbrister är fortbildning av sjuksköterskor till skopister.

Vi bedömer kontrollfrågan som *delvis uppfylld*.

<sup>6</sup> Tjänsteskrivelse 2016 Diarienummer: RS160019-5

<sup>7</sup> Rapport: Den nationella satsningen Varje dag räknas inklusive införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården Region Halland 2015-2018

<sup>8</sup> Tjänsteskrivelse 2016 Diarienummer: RS160019-5

## 3.4. Väntetider

*Kontrollfråga 4: Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare väntetider för berörda patienter i länet?*

### 3.4.1. Iakttagelser

Den nationella målsättningen för år 2020 är att 80 procent av patienter som startar behandling för cancer gör det inom maximal leddid. Redovisningen för år 2018 visar att 64 procent av de halländska patienterna fått sin behandling påbörjad inom den angivna leddiden. Samtidigt beskriver redovisningen att möjligheten att påverka leddiderna begränsas då en andel av patienternas vårdförlopp sker utanför regionen. Det är ett nationellt beslut att den regionen som behandlar ska rapportera patienten och Region Halland kan på så sätt inte påverka en annan regions kodning. Detta bekräftas även i intervjuer och det påtalas att registrering sker på olika sätt i angränsande regioner, varför Region Hallands alla patienter inte registreras på rätt sätt enligt leddidsmätning.

I intervjuer framgår olika faktorer som kan bidra till att målet för leddider är svåra att uppfylla. En betydandefaktor uppges i intervjuer vara att närliggande regioner, i synnerhet Västra Götalandsregionen, ej kodar rätt vilket medför att en korrekt bild av regionens leddider inte visas. Vidare nämns problematik med att somliga patienter själva väljer att avvakta med vissa delar i utredningen på grund av privata skäl. En annan risk är att det finns resursbrister inom vissa processer. Exempelvis finns mycket få bröstkirurger inom regionen. Regionen har också brist på antalet urologer vilket medför en risk att inte nå målet om stipulerade leddider. I intervjuer framgår även tankar om att det finns svårigheter att få en helt rättvisande statistik då SVF har medfört nya arbetssätt med en viss inställningstid.

För att mäta leddider har regionövergripande registreringsanvisningar implementerats för respektive vårdförlopp. Resultatet för väntetiderna för leddiden SVF varierar mellan de olika cancerprocesserna. Någon mätning av leddider före införandet av SVF för jämförelse är inte genomförd.

Nedan redovisas leddider för respektive granskad cancerprocess. Dessa siffror är publika och baseras på Region Hallands rapportering till den nationella väntetidsdatabasen Signe utifrån KVÅ-koder. Intervjuade betonar att kodningen med KVÅ-koder är svårt och fokus under 2016 och 2017 och till viss del 2018 har varit att kvalitetssäkra att koderna hanteras på rätt sätt av koordinatörerna. Då kodningen har stor betydelse för siffrornas utfall framhålls att en korrekt kodning av största vikt.

#### 3.4.1.1. Prostatacancer

Enligt intervjuer har leddider för prostatacancer sjunkit efter att SVF implementerats och nyckelfaktorer anges vara gott samarbete med alla involverade samt flexibilitet i schema.

Processledaren med dess medarbetare har ändrat arbetssätt genom att arbeta mer specialiserat och fokuserat med den enskilda diagnosen. Innan införandet av SVF arbetade alla urologer med alla diagnoser medan nu fokuserar vissa urologer specifikt på prostatacancer. Intervjuer bekräftar att det finns bra samarbete med patologin, radiologin och operation.

Månadsvis görs analyser av ledtider av processledare och koordinator tillsammans. Nya arbetssätt har etablerats för att korta ledtider, exempelvis ges inte längre personliga möten med de patienter där besked ska ges att det inte är cancer. Även schemaändringar görs månadsvis för att anpassa utifrån arbetet med SVF.

Tabell 1: Andel SVF inom maximal ledtid (%)

2016	2017	2018
32 %	50 %	63 %

### 3.4.1.2. Bröstcancer

Verksamheten kring bröstcancer har sedan tidigare arbetat processbaserat och intervjuer bekräftar att införandet av SVF gick mycket smidigt. Vad gäller ledtider har verksamheten inte mätt detta innan införandet, men intervjuade från bröstteamet uppskattar att väntetider kortats ner från 3 - 4 veckor till tio dagar. Det som främst har förändrats är snabbare svar från patologin och att röntgen snabbare kan ta emot patienter jämfört med tidigare.

Månadsvis görs en analys av ledtider med syfte att identifiera eventuella förbättringsområden. En identifierad flaskhals som påverkar vårdförloppet för bröstcancer är mammografin. I intervjuerna uppges att det kan finnas skillnader inom regionen då tillgängligheten till mammografi är bättre i Varberg jämfört med Halmstad. Samtidigt bekräftar intervjuade att ledtiderna för Varberg och Halmstad ligger mycket lika, 66 procent respektive 65 procent.

Intervjuade pekar på svårigheten med att nå målet att 80 procent av patienterna startar behandling inom maximal ledtid. Respondenterna menar att så fort en patient själv väljer att avvika från rutinförloppet på grund av exempel en inbokad resa, klarar de ej att nå 80 procent-målet. Intervjuade menar att bortfallet, det vill säga de patienter som inte når målet 28 dagar från välgrundad misstanke till behandling, är nästan uteslutande de som av eget skäl valt att vänta alternativt de som krävt kompletterande undersökning, exempelvis ombiopsi eller MR-undersökning. Då tidsintervallet är snävt finns ingen möjlighet att få in dessa patienter inom stipulerad ledtid. Intervjuande menar att det således inte rör sig om någon resursbrist.

Tabell 1: Andel SVF inom maximal ledtid (%)

2016	2017	2018
77 %	70 %	68 %

### 3.4.1.3. Tjock-ändtarmscancer

Jämfört med bröstcancer så var inte arbetet med tjock-ändtarmscancer processbaserat i lika stor utsträckning, varför införandet av SVF krävde en något större insats från verksamheten. Tidigare tenderade arbetet att styras mer utifrån person, men införandet av

SVF medförde ett tydligare processarbete utifrån funktion. I samband med införandet av SVF samlades processledaren med mag-tarm-teamet och skapade en processkarta för vårdflödet. Detta i syfte att diskutera och identifiera förbättringsområden. Processkartan kommer under 2019 att revideras.

Intervjuerna bekräftar ett gott samarbete med röntgen. Månadsvisa flaskhalsanalyser genomförs för att identifiera eventuella flaskhalsar och förbättringsområden.

Tabell 1: Andel SVF inom maximal ledtid (%)

2016	2017	2018
88 %	75 %	75 %

### 3.4.2. Bedömning

Vi konstaterar att många förbättringsåtgärder har genomförts i de olika verksamheter och att ledtider har kortats för flera av de 31 SVF som införts i regionen. Dock pekar intervjuer på att den totala ledtiden för samtliga SVF ser ut att öka och orsaken till detta är i dagsläget oklart. Vi konstaterar även att en sammanställd dokumenterad uppföljning av ledtiderna endast finns på en aggregerad regional nivå. Samtidigt görs månatliga uppföljningar av respektive förlopps ledtider av berörd koordinator, vilka fungerar som underlag för bland annat flaskhalsanalyser.

SVF inom maximal ledtid för samtliga vårdförlopp ligger idag på 64 procent, nationellt mål är 80%. Siffran visar på att det således finns förbättringspotential inom regionen. Samtidigt finns svårigheter då registrering från närliggande regioner som utför vissa behandlingar inte sker korrekt. En annan faktor som kan påverka ledtiderna är patientens val att skjuta fram delar av utredningen.

Vi bedömer kontrollfrågan som *delvis uppfylld*.

## 3.5. Undanträngningseffekter

Kontrollfråga 5: Förekommer undanträngningseffekter i verksamheterna?

### 3.5.1. Iakttagelser

I socialstyrelsens uppdrag att följa och utvärdera införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården, ingår förutom löpande uppföljning även att redogöra för eventuella undanträngningseffekter och för hur regionerna har uppmärksammat och hanterat olika utmaningar i samband med införandet av SVF.<sup>9</sup>

Socialstyrelsen definierar undanträngningseffekter som följande:

<sup>9</sup> Socialstyrelsen: Standardiserade vårdförlopp i cancervården, lägesrapport 2016

*Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet.<sup>10</sup>*

Risk för undanträngning och eventuella omprioriteringar följs upp i de årliga redovisningar som tagits fram av Region Halland under tidsperioden för SVF-satsningen. I uppföljningarna uppges att undanträngningseffekter utifrån Socialstyrelsens definition inte har kunnat identifieras. Samtidigt påtalas att kapacitetsbrister inom vissa verksamheter har synliggjorts, vilka uppges bidra till att patienter med benigna sjukdomar samt uppföljningar/kontrollbesök har fått längre väntetider.

I 2018 års redovisning av införandet av SVF i Region Halland redogörs för omprioriteringar inom olika verksamheter till följd av införandet, samt genomförda åtgärder för att hantera omprioriteringarna. Som exempel påtalas att urologin upplever stora patientvolymer samt en omprioritering av benigna urologiska åkommor, till exempel njur/uritärsten, godartad förstoring av prostata och miktionsproblematik<sup>11</sup>. Åtgärder som redogörs för just urologin är kontinuerlig uppföljning, genomförd rekrytering, samt utnyttjande av vårdgarantin. I redovisningens bilaga utvecklas analysen av identifierade kapacitetsbrister.

Bilden av att undanträngningseffekter inte har identifierats delas av de intervjuade, och flera framhåller att införandet av SVF istället tydliggör den prioritering som måste göras. Samtidigt påtalas att dessa prioriteringar gjordes även innan införandet av SVF, då misstänkta fall av cancer alltid haft en hög prioritet, men att SVF tydliggör prioriteringen ytterligare.

Flera av de intervjuade påtalar även vikten av att särskilja undanträngningseffekter utifrån Socialstyrelsens definition av begreppet, från begreppet undanträngningseffekt så som det lätt kan tolkas – att patientgrupper med benigna sjukdomar nedprioriteras och på så sätt påverkas av införandet av SVF. Problematiken med den kapacitetsbrist som tydliggjorts i och med införandet av SVF uppges variera inom olika verksamhetsområden.

Intervjuade som arbetar med tjock- och ändtarmscancer påtalar att kapacitetsbrister inom deras verksamhetsområde blivit tydliga i och med införandet av SVF, delvis till följd av att inkluderingskriterierna för vårdförloppet för just tjock- och ändtarmscancer varit väldigt breda. Detta har inneburit en större mängd remisser, samtidigt som endast 12 procent av patienter i SVF för tjock- och ändtarmscancer visar sig ha cancer. Den ökade volymen uppges bidra till att verksamheten till exempel har svårt att följa ledtiderna när det gäller återbesök för patienter som har haft cancer. Inkluderingskriterierna för tjock- och ändtarmscancer har sedan 1 januari 2019 ändrats<sup>12</sup>.

Även intervjuade inom urologin uppger att införandet av SVF har synliggjort kapacitetsbrister inom verksamheten. Det finns svårigheter att hålla ledtider för återbesök och uppföljning, samt att hitta utrymme för patienter med benigna sjukdomar. De intervjuade framhåller att inkluderingskriterier för just prostatacancer är utformade på ett bra sätt och att runt 40 - 50 procent av patienter i standardiserade vårdförlopp visar sig ha cancer, medan motsvarande siffra för förloppet för urinblåscancer är cirka 10 procent till följd av

<sup>10</sup> Socialstyrelsen: Standardiserade vårdförlopp i cancervården, lägesrapport 2016

<sup>11</sup> Miktionsproblematik kan ta sig uttryck i t.ex. urininkontinens eller urinretention.

<sup>12</sup> Se till exempel Regionala Cancercentrums (RCC) hemsida

breda inkluderingskriterier. Det uppges att en stor del<sup>13</sup> (14,5 procent) av patienter med benigna urologiska sjukdomar slussas vidare till andra, till exempel privata aktörer, genom vårdgarantin.

Intervjuade som arbetar inom processen för bröstcancer talar också om kapacitetsbrister, men då främst inom samverkande verksamheter för patologi och radiologi. Utmaningen med omprioritering av benigna sjukdomar poängteras också. Under 2018 visade sig cirka 27 procent av patienterna i förloppet för bröstcancer ha cancer.

Vikten av att särskilja undanträngningseffekter från synliggjorda kapacitetsbrister poängteras även av Socialstyrelsen i deras årliga lägesrapporter om införandet av SVF.

### 3.5.2. *Bedömning*

Vi konstaterar att undanträngningseffekter utifrån Socialstyrelsens definition om att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter med högre prioritet, inte har identifierats i samband med arbetet med standardiserade vårdförlopp. Vi konstaterar vidare att det i samband med resonemang kring eventuella undanträngningseffekter, både i dokumenterad rapportering samt under genomförda granskning, även diskuteras synliggjorda kapacitetsbrister som påverkar verksamheternas andra patientgrupper.

Vi anser det vara av vikt att även fortsättningsvis följa upp och arbeta med synliggjorda kapacitetsbrister, även om inga undanträngningseffekter utifrån Socialstyrelsens definition identifieras.

Vi bedömer att det *undanträngningseffekter inte förekommer* i verksamheterna.

## 3.6. *Uppföljning*

*Kontrollfråga 6: Sker en ändamålsenlig uppföljning av SVF?*

### 3.6.1. *Iakttagelser*

Uppföljning av standardiserade vårdförlopp inom cancervården har dels skett löpande genom månadsrapporter från verksamheterna, dels genom årliga redovisningar som delgetts RCC och Socialdepartementet. I maj 2019 sammanställdes även en slutrapport för satsningen på införandet av SVF i Region Halland åren 2015 - 2018. Vidare har årliga handlingsplaner som bygger på tidigare iakttagelser samt aktuella förändringar tagits fram för att konkretisera kommande års arbete med SVF. I handlingsplanerna beskrivs bland annat kommande införanden av nya SVF, stöd till utvecklingsarbete, utmaningar och uppföljning av genomfört arbete.

Handlingsplanerna och de årliga rapporterna presenteras för regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott, och enligt uppgift vid intervju beslutas planer och rapporter i utskottet. Revisionen har tagit del av utskottsprotokoll där redovisning behandlas<sup>14</sup>. Utskottet före-

<sup>13</sup> Av inkomna remisser till urologin under 2018 skickades ca 14.5 procent vidare via vårdgarantin. Uppgift från intervju

<sup>14</sup> Revisionen har endast tagit del av exempel på sammanträdesprotokoll från utskottet där handlingsplan behandlas. Protokoll från utskottssammanträde 2016-09-27

slår där regionstyrelsen att anta redovisningen. I regionstyrelsens protokoll kan endast ses att beslut fattats gällande redovisningen för 2016 och 2017.<sup>15</sup>

Månadsrapporterna sammanställs av koordinator för respektive SVF, där analyser av eventuella avvikelser görs. Förutom att överlämnas till processledare för respektive vårdförlopp, överlämnas rapporterna även till verksamhetschef, sedan till områdeschef och slutligen till sjukhuschef. Rapporteringen görs i *Stratsys* och intervjuade uppger att rapporteringen fungerar bra, och att systemet möjliggör för respektive chefsled att se samtliga tidigare analyser i månadsrapporten om så önskas. Intervjuade inom kirurgi framhåller vidare att koordinator för bland annat bröstcancer-processen samt tjock- och ändtarmcancersprocessen tillsammans med verksamhetschef för kirurgin diskuterar och analyserar varje enskild patient som gått över ledtiden tillsammans med lokal processledare. Månadsuppföljningen framhålls som ett bra sätt att noggrant följa berörda patienter, samt som ett bra underlag för eventuella åtgärder. De månatliga rapporterna tas fortsatt fram efter årsskiftet 2018/2019 då satsningen tagit slut, för att möjliggöra en uppföljning av till exempel ledtider och patientvolym.

Den praktiska uppföljningen av vårdförloppen sker med stöd av regionernas vårdadministrativa IT-system. För att registrering och rapportering av mätpunkterna ska kunna göras på ett enhetligt sätt har Socialstyrelsen utvecklat ett antal så kallade KVÅ-koder. Nationella vägledningar anger vilka KVÅ-koder och mätpunkter som kan användas för respektive vårdförlopp, vilka möjliggör en enhetlig uppföljning av ledtiderna inom de standardiserade vårdförloppen.<sup>16</sup> En månatlig överföring av data, dvs KVÅ-koder, sker automatiserat till den nationella väntetidsdatabasen *SIGNE* vilket är den data som även går att hämta hos RCC.

Det faktum att Region Hallands patienter vid behov skickas till andra regioner, Västra Götalandsregionen eller Region Skåne, framhålls av de intervjuade i vissa fall leda till att antalet registrerade patienter i SVF:er i Region Halland blir för lågt. Detta då de SVF-patienter som Region Halland utrett men sedan inte behandlar, tillfaller fel region om mottagande regions kodning inte görs på rätt sätt. Det är ett nationellt beslut att den region som behandlar patienten rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen *SIGNE*.

Vidare har uppföljning av patienters upplevelse av SVF skett sedan 2016 genom det nationella kravet på PREM-enkäter<sup>17</sup>. Enkäterna skickas ut till samtliga patienter som ingått i ett SVF. I regionkontorets sammanfattande rapport om arbetet med implementering av SVF framhålls det att enkäten utgör en del i underlaget för framtida förbättringsarbete inom respektive process.

### 3.6.2. Bedömning

Vi konstaterar att en löpande månatlig uppföljning av ledtider görs inom respektive SVF. Uppföljningen har förutom statistisk data även bestått av kvalitativa analyser gjorda av bland annat koordinator samt processledare. Den automatiserade månatliga överföringen av SVF-data till den nationella väntetidsdatabasen samt tillhörande analys genomförs fortsatt även efter det att satsningen tagit slut vid årsskiftet 2018/2019. Under perioden för satsningen har månatlig statistisk uppföljning också gjorts till RCC vilken även den

<sup>15</sup> Se regionstyrelsens sammanträdesprotokoll 2016-10-12 samt 2017-10-11.

<sup>16</sup> Information från Regionalt Cancercentrums hemsida, rcc.se

<sup>17</sup> PREM: Patient Reported Experience Measures



fortsätter efter satsningen. Uppföljning av patienters upplevelse av SVF görs genom PREM-enkät.

Vi konstaterar vidare att registrering av patienter som utretts inom ett standardiserat vårdförlopp i Region Halland men som sedan behandlas i Västra Götalandsregionen eller Region Skåne inte alltid sker på ett sätt som gör att patienten registreras inom rätt region. Detta gör således att statistiken om antalet patienter i standardiserade vårdförlopp i Region Halland ibland blir missvisande.

Uppföljning har vidare skett genom de handlingsplaner samt årliga redovisningar som tagits fram av regionkontoret. Handlingsplaner och redovisningsrapporter har presenterats för regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott och delgetts RCC och Socialdepartementet. Genomgång av regionstyrelsens protokoll visar att beslutsgången gällande handlingsplaner och redovisningar är svår att följa.

Vi anser att den månatliga uppföljning och analys som görs inom respektive vårdförlopp fungerar som ett viktigt underlag för utvärdering av arbetet med standardiserade vårdförlopp, samt skapar förutsättningar för arbetet med att nå stipulerade ledtider. För att få ett rättvisande underlag anser vi att det är av stor vikt att registrering sker av samtliga patienter som utreds inom standardiserade vårdförlopp i Region Halland, även de som efter utredning behandlas i en annan region.

Vi bedömer kontrollfrågan som *delvis uppfylld*.

## 4. Revisionell bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning av cancervården. Revisionsfrågan som ska besvaras är om regionstyrelsen säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Granskningen har genomförts under perioden april – juni månad 2019 genom intervjuer och dokumentgranskning.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsen *i allt väsentligt* säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp, men att det finns utvecklingsområden att ta fasta på.

Nedan ses bedömningen för varje kontrollfråga. För fullständiga bedömningar se respektive kontrollfråga i rapporten.

Kontrollfrågor	Bedömning
Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?	<b>Uppfylld</b>
Finns det en tydlig ansvarsfördelning och samverkan inom regionen mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller cancer-vård?	<b>Uppfylld</b>
På vilket sätt har erhållna stimulansmedel använts för införande av standardiserade vårdförlopp?	<b>Delvis uppfyllt</b>
Har införandet av de standardiserade vårdförloppen medfört kortare väntetider för berörda patienter i länet?	<b>Delvis uppfyllt</b>
Förekommer undanträngningseffekter i verksamheten?	<b>Undanträngningseffekter förekommer inte.</b>
Skер en ändamålsenlig uppföljning av SVF?	<b>Delvis uppfyllt</b>

### 4.1. Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Säkerställa en löpande analys av ledtider inom SVF för att utifrån identifierade brister i analysen kunna vidta adekvata åtgärder.
- Säkerställa en korrekt registrering av patienter i standardiserade vårdförlopp för att statistiken ska utgöra ett rättvisande underlag för utvärdering och vidareutveckling av arbetet med standardiserade vårdförlopp.

## ***Bilaga 1)***

### **Intervjupersoner**

- Cancersamordnare, Regionkontoret
- Regional koordinator, Regionkontoret
- Strateg ledtider, Regionkontoret
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Verksamhetschef Kirurgkliniken
- Koordinator för Tjock-ändtarmscancer, Kirurgkliniken
- Processledare Bröstcancer, Överläkare Kirurgkliniken
- Koordinator och kontaktsjuksköterska Bröstcancer
- Kontaktsjuksköterska Bröstcancer
- Verksamhetschef Urologkliniken
- Processledare Prostatacancer
- Verksamhetschef Röntgen
- Verksamhetschef Patologi
- Styrelseledamot RCC Väst

2019-09-10

---

*Kerstin Sikander*  
*Uppdragsledare*

---

*Hanna Waddington*  
*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 *Granskning av cancervården och standardiserade vårdförlopp*, från 12 april 2019. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.