



Fördjupningsgranskning Tillgänglighet inom cancervård

Region Skåne, januari 2024



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Bakgrund, syfte och metod för genomförande	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte	3
2.3	Revisionsfrågor.....	3
2.4	Avgränsning.....	4
2.5	Revisionskriterier	4
2.6	Metod och genomförande.....	5
3	Resultat	6
3.1	Statistik avseende SVF	6
3.2	Nationell patientenkät	10
3.3	Dokumentgranskning.....	11
3.4	Intervjuer	14
4	Övergripande iakttagelser	18
5	Bedömningar	21
5.1	Revisionsfråga 1: Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos?	21
5.2	Revisionsfråga 2: Bedrivs arbetet med SVF på ett ändamålsenligt sätt?	21
5.3	Revisionsfråga 3: Har ansvariga styrelser/nämnder vidtagit tillräckliga åtgärder för att minska konsekvenserna av de hinder/trånga sektorer som finns i systemet och varit kända sedan tidigare? .	22
5.4	Revisionsfråga 4: Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?	23
5.5	Sammanfattande bedömning	23
6	Rekommendationer	24
7	Bilagor	25
7.1	Bilaga 1: Granskade dokument	25
7.2	Bilaga 2: Intervjuade personer	26
7.3	Bilaga 3: Intervjuguide	27
7.4	Bilaga 4: Ytterligare statistik avseende ledtider inom SVF Region Skåne	28



1 Sammanfattning

Sirona har, på uppdrag av revisorerna i Region Skåne, genomfört en fördjupningsgranskning av tillgängligheten inom cancervården. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Region Skånes arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF) bedrivs på ett ändamålsenligt sätt för att tillgodose befolkningens behov och om tillräckliga åtgärder vidtas från ansvariga politiska organ för att Region Skåne ska tillhandahålla tillgänglig vård inom cancer. Sironas samlade bedömning är att Region Skånes arbete med tillgängligheten inom cancervården totalt sett inte är ändamålsenligt och att skyndsamma åtgärder krävs för att säkerställa att patienter har tillgång till god och jämlik vård. De största hindren utgörs av kapacitetsbrist inom specifika vårdprocesser, vilket i hög grad tillskrivs kompetensförsörjningsproblem inom kritiska verksamheter i både utrednings- och behandlingsfasen. De beskrivna bristerna var i hög grad rådande redan vid granskningen som gjordes 2019 och har i vissa delar förvärrats. Denna problematik har varit rådande under flera år och därmed krävs ett krafttag inom cancervården i Region Skåne för att identifiera åtgärder och genomföra dem omgående.

I granskningen har ett antal förbättringsområden identifierats. Bland annat har följande iakttagelser och bedömningar gjorts:

- Arbetet med SVF har utvecklats på ett positivt sätt under senare år och innebär mer enhetliga och evidensbaserade arbetsrutiner.
- Region Skåne uppvisar brister i att säkerställa att patienter erhåller cancervård inom de uppsatta ledtidsmålen då inga SVF-förlopp, med undantag för *Akut myeloisk leukemi (AML)/Akut lymfatisk leukemi (ALL)*, uppnår angivna ledtidsmål och genomsnittlig ledtid för de flesta förlopp ligger betydligt högre än nationellt angivna ledtider. Region Skåne har även en lägre måluppfyllelse i jämförelse med riket.
- Region Skåne har betydande utmaningar, som fortgått under flera år, i att bedriva SVF på ett ändamålsenligt sätt avseende tillgänglighet till utredning/undersökningar. De främsta flaskhalsarna idag uppges bero på allt för stort inflöde till SVF, överbelastning gällande multidisciplinär konferens (MDK) samt en omfattande kompetensförsörjningsproblematik. Det bedöms att Region Skåne som helhet behöver lägga ytterligare fokus på dessa områden.
- Arbetet inom SVF avseende tillgängligheten till operation/åtgärd bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, med undantag för Skånes universitetssjukhus (Sus). Kompetensförsörjningsproblematik bedöms även här vara starkt bidragande till de flaskhalsar som identifierats. Sus har flera planerade aktiviteter för att hantera detta, i första hand omfördelning av verksamhet till andra sjukhus i Region Skåne. Granskningen noterar dock att Sus har ett bredare och mer komplext uppdrag, där flera olika faktorer spelar in, vilket medför svårigheter i att göra en direkt jämförelse mellan Sus och de andra sjukhusen i Region Skåne.
- Det finns olika uppfattningar och förståelse inom Region Skåne kring hur tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling är fastställt vilket skapar betydande utmaningar inom cancervården. En samsyn och ett enhetligt stöd kring ledtidsmålets betydelse är grundläggande för att säkerställa ett ändamålsenligt arbete som genomsyrar hela Region Skåne.
- Arbetet med SVF inom primärvården bedöms i stort bedrivas ett ändamålsenligt sätt. Det pågår regionala och nationella arbeten med att hantera utmaningen med ett för stort inflöde till SVF



från primärvården vilket är nödvändigt då granskningen visar en tendens till att för många patienter remitteras till SVF.

- Arbetet inom återfallscancer bedrivs generellt på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen är att området skulle gynnas av utökad struktur och mer inriktat arbete.
- Arbetet inom SVF avseende jämlik vård uppvisar brister då det finns en påtaglig diskrepans beträffande ledtider mellan patientgrupper utifrån deras hemvist. Det pågår arbeten för att hantera dessa utmaningar men bedömningen är att ytterligare åtgärder krävs.
- Ansvariga styrelser och nämnder (regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet och sjukhusstyrelser) har vidtagit vissa åtgärder för att minska konsekvenserna av de hinder som finns och varit kända sedan tidigare. Bedömningen är dock att dessa åtgärder inte är tillräckliga för att påtagligt reducera de långa ledtiderna och tillgodose befolkningens behov av en lättillgänglig cancervård.
- Långa ledtider påverkar både patienten och vårdpersonalen negativt och innebär ökade kostnader för Region Skåne. En fördröjd behandling kan innebära ineffektivitet i vårdprocesserna, frustration hos vårdpersonal och allvarliga konsekvenser för patienten.

Baserat på granskningens resultat lämnar Sirona ett antal rekommendationer till styrelser och nämnder:

1. Regionstyrelsen rekommenderas att, tillsammans med hälso- och sjukvårdsnämnden, göra ytterligare ansträngningar på strategisk nivå för att åtgärda rådande kompetensförsörjningsproblematik inom sjukhusvården som i nuläget allvarligt försämrar förutsättningarna för att bedriva en välfungerande och lättillgänglig cancervård. Generellt förbättrad kompetensförsörjning torde inte enbart gynna cancervården utan även vara till gagn för övriga verksamhetsområden.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att vidta skyndsamma åtgärder för att klargöra ytterligare orsaker till flaskhalsar inom cancervården som påverkar ledtiderna, särskilt med avseende på de betydande utmaningar som har identifierats inom Sus.
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att, i samråd med berörda sjukhusstyrelser, vidta åtgärder för att främja pågående strävanden att i ökad omfattning omfördela utvald kirurgi från Sus till Helsingborgs lasarett och Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK).
4. Samtliga berörda nämnder och styrelser (regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet och sjukhusstyrelser) rekommenderas att stimulera att verksamheterna fortsätter att utveckla det pågående arbetet inom SVF samt arbetet med uppgiftsväxling mellan olika yrkesgrupper, med det övergripande syftet att höja effektiviteten i vårdssystemet som helhet.



2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande

2.1 Bakgrund

Enligt Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2023 framgår att tillgänglig, jämlik, kunskapsbaserad, personcentrerad, säker, hälsofrämjande och effektiv hälso- och sjukvård är viktiga områden var för sig och även tillsammans då dessa sammantaget skapar förutsättningar för en god vård som tillgodoser befolkningens behov. Ingen patient ska behöva vänta orimligt länge på den vårdinsats som behövs och tidsgränserna inom vårdgarantin ska följas. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska grundas på befolkningens behov och medicinska indikationer samtidigt som nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer ska följas.

Trots riktlinjer har kvalitetsindikatorernas resultat avseende målen för tillgängligheten bland annat inom akutsjukvården och cancervården sjunkit jämfört med 2021. Specifikt för cancersjukvården gäller detta de standardiserade vårdförlopp som fastställts. Samtidigt har patienternas upplevelser av vården alltmer kommit att handla om den oro som oklara väntetider i cancervården medför. Från vårdens perspektiv finns det en stor utmaning i att balansera behovet av återhämtning vid återgång till normal verksamhet efter pandemin och samtidigt hantera uppskjuten vård. Minskad personalomsättning och effektiv kompetensförsörjning är centralt för att öka tillgängligheten.

Med detta som bakgrund beslutade revisorerna i Region Skåne att granska om arbetet med de standardiserade vårdförloppen bedrivs på ett ändamålsenligt sätt för att tillgodose befolkningens behov. Granskningens inriktning är Region Skånes arbete med standardiserade vårdförlopp och dess beroende och samverkan med andra specialiteter vid diagnostisering, åtgärder och eftervård.

2.2 Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om cancervården och arbetet med de standardiserade vårdförloppen inom Region Skåne bedrivs på ett ändamålsenligt sätt för att tillgodose befolkningens behov.

2.3 Revisionsfrågor

1. Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos?
2. Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt avseende:
 - a. tillgängligheten för utredningar/undersökningar?
 - b. tillgängligheten operation/åtgärd?
 - c. tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling?
 - d. SVF inom primärvården?
 - e. återfallscancer?
 - f. jämlik vård?
3. Har ansvariga styrelser/nämnder vidtagit tillräckliga åtgärder för att minska konsekvenserna av de hinder/trånga sektorer som finns i systemet och varit kända sedan tidigare?
4. Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?



2.4 Avgränsning

Granskningen omfattar regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet (som ansvarar för driften av Region Skånes förvaltning Medicinsk service sedan 1 januari 2023), primärvårdsnämnden och sjukhusstyrelserna Sus, Kristianstad och Helsingborg.

2.5 Revisionskriterier

Underlag för bedömningsgrunder som svarar mot revisionsfrågorna inhämtades från bland annat Region Skånes interna dokument avseende uppsatta mål, budget och riktlinjer samt relevanta lagar, föreskrifter och överenskommelser. Huruvida cancervården och arbetet med de standardiserade vårdförloppen inom Region Skåne bedrivs på ett ändamålsenligt sätt för att tillgodose befolkningens behov kommer i huvudsak att bedömas med utgångspunkt i följande dokument:

- *Kommunallagen (2017:725)*: om styrelsens och nämndernas ansvar att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges mål och riktlinjer samt lagar och förordningar som gäller för verksamheten.
- *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*: om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara tillgänglig och bedrivas så att kraven på god vård uppfylls.
- *Patientlag (2014:821)*: om att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och patienten ska få löpande information om sitt hälsotillstånd, behandlingsalternativ och vårdförlopp.
- *Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne (RF 2022-12-13)*: om att Regionstyrelsen, övriga styrelser och nämnder har ansvar att bedriva verksamheten så att regionens mål uppnås och krav i lagstiftning uppfylls.
- *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024–2025 (RF 2022-12-13)*: om styrelser och nämnders ansvar och uppdrag avseende cancervården.
- *Förslag Hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag och regionbidragsfördelning 2023 (HSN 2022-10-20)*: om Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar och uppdrag avseende cancervården.
- *Nationellt angivna ledtider och ledtidsmål för standardiserade vårdförlopp*: om de ledtider som är angivna inom respektive SVF för varje cancerdiagnos och regeringens mål för uppfyllelse av dessa.
- *Cancerplan för Södra sjukvårdsregionen, 2023 – 2025 (Södra regionvårdsnämnden 2022-09-30)*: om Södra sjukvårdsregionens arbete med patientfokuserad vård och sammanhållna vårdkedjor.
- *Regional cancerplan 2022–2025: Handlingsplan Region Skåne*: om Region Skånes mål och åtgärder avseende att förbättra vårdprocessen inom cancervården.
- *Regional cancerplan 2019–2022: Handlingsplan Region Skåne Uppföljning december 2022/januari 2023*: om Region Skånes mål och åtgärder avseende att förbättra vårdprocessen inom cancervården.



2.6 Metod och genomförande

Granskningen utfördes av Sirona AB på uppdrag av revisorerna i Region Skåne under perioden augusti 2023 till november 2023. Uppdragsansvarig från Sirona var Shadi Abbas, Managing Director. Granskare i uppdraget var Bo Lindblom, specialistläkare och professor, och Johan Hilm, expert och Director på Sirona. Kvalitetssäkrare och metodexpert var Kari Aartojärvi, av Skyrev certifierad kommunal revisor. Kontaktperson hos Region Skånes revisorer har varit Ingrid Lennerwald, förtroendevald revisor i revisorskollegiet. Fredrik Ljunggren, certifierad kommunal revisor vid Region Skånes revisionskontor, har varit projektledare för granskningen. Rapporten är faktagranskad av de som har intervjuats eller lämnat skriftliga underlag.

För att besvara revisionsfrågorna och bedöma huruvida arbetet med de standardiserade vårdförloppen bedrivs på ett ändamålsenligt sätt har semistrukturerade djupintervjuer, kvantitativa analyser och dokumentgranskning genomförts. Jämförande analys mellan dokumentation, intervjuer och resultaten från den kvantitativa analysen tillämpades för att bedöma överensstämmelse/diskrepans.

2.6.1 Intervjuer

Sammanlagt intervjuades 26 personer, fördelat mellan förtroendevalda, tjänstepersoner, sakkunniga och patientorganisationer (se *Bilaga 2*). Fyra intervjuer, med totalt sex personer, har genomförts med förtroendevalda från hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukhusstyrelse Sus.

2.6.2 Kvantitativ analys

En kvantitativ analys av ledtider för patientgrupper inom SVF genomfördes genom en fördjupad analys av Region Skånes egna SVF-data för perioden 2019 – 2023 (till och med 1 oktober). Analysen kompletterades med övergripande nationella jämförelser med hjälp av Regionala Cancercentrums (RCC) sammanställda statistik¹.

Utöver intervjuer med patientorganisationer har patientperspektivet inkluderats genom analys av enkätsvar avseende *Standardiserade vårdförlopp inom cancervård*, vilket utgör en del av *Nationell patientenkät*² som samordnas och sammanställs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

2.6.3 Dokumentgranskning

Dokumentgranskningen omfattade en systematisk genomgång av styrande handlingar inom Region Skåne. Därvid analyserades interna styrdokument beträffande mål, vägledande principer och rekommendationer för tillgängligheten inom cancervården i Region Skåne. Även tillämplig lagstiftning, rättspraxis, föreskrifter, avtal och riktlinjer för den aktuella perioden inkluderades i dokumentstudien. En förteckning över granskade dokument återfinns i *Bilaga 1*.

¹ Regionala Cancercentrum. (2023). *Statistik om standardiserade vårdförlopp*.

² Nationell Patientenkät, NPE, är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården.



3 Resultat

I detta kapitel presenteras en sammanställning från granskningens olika underlag: kvantitativ analys av statistik avseende SVF, analys av patientupplevelser (enkätsvar), dokumentstudier och intervjuer.

3.1 Statistik avseende SVF

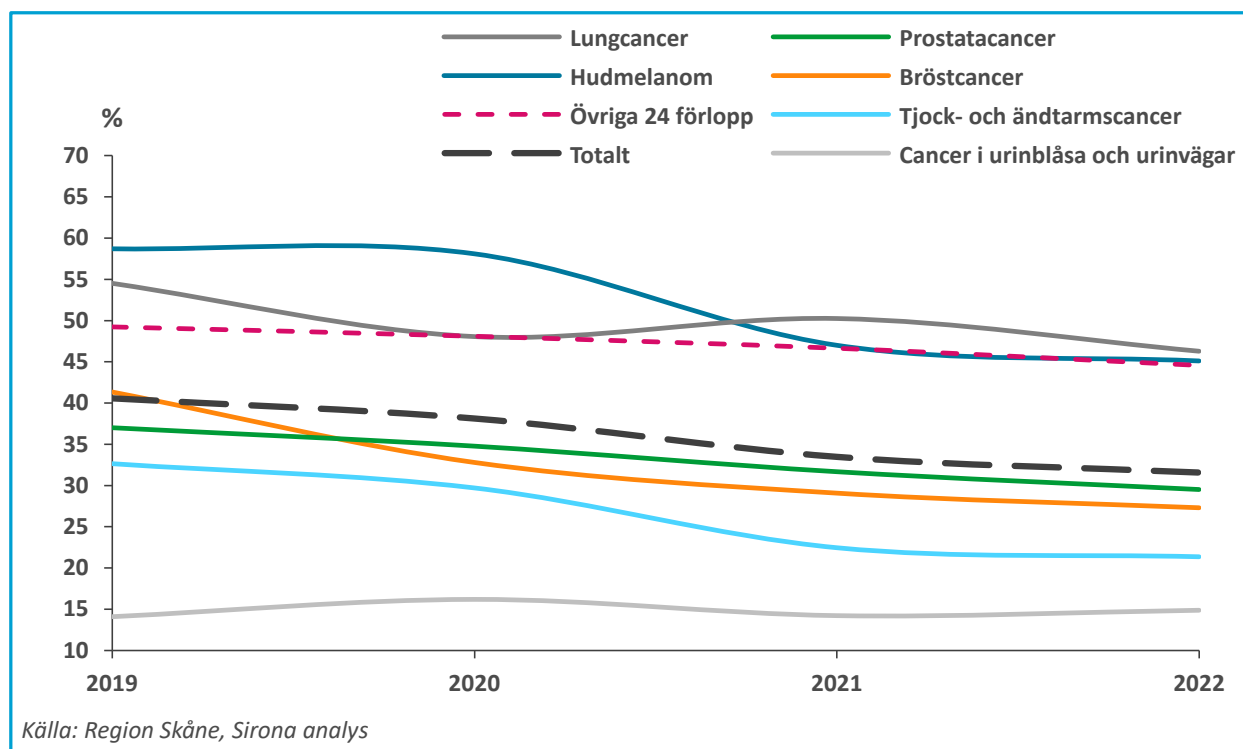
Mellan åren 2019 och 2022 registrerades enligt Region Skånes SVF-data årligen i genomsnitt cirka 25,000 patienter i Region Skåne med välgrundad misstanke (VGM) för cancer och inkluderades därmed i SVF. Totalt ökade antalet patienter inom SVF med 22 procent under perioden, från cirka 23,000 år 2019 till cirka 28,000 år 2022. Patienterna fördelas mellan 30 olika vårdförlopp³, där de sex största förloppen⁴ (*Tjock- och ändtarmscancer, Bröstcancer, Cancer i urinblåsa och urinvägar, Prostatacancer, Hudmelanom och Lungcancer*) stod för 74 procent av samtliga patienter inom SVF under den studerade perioden 2019 – 2023 (till och med 1 oktober). Inom alla förlopp förutom fyra (*Hudmelanom, Huvud-halscancer, Cancer i bukspottkörteln* och *Buksarkom*) ökade antalet patienter som inkluderades i SVF (registrerades med VGM) mellan åren 2019 – 2022. Störst ökning noterades inom förloppen *Skelett och mjukdelssarkom* (totalt en ökning med 137 procent, vilket innebär en genomsnittlig ökning om 32 procent per år), *Peniscancer* (total ökning 87 procent; 23 procent per år) och *Tjock- och ändtarmscancer* (total ökning 60 procent; 17 procent per år).

För antalet start av behandling (STBH) ser det annorlunda ut; totala antalet STBH minskade med 5 procent mellan 2019 och 2022, från cirka 9,400 till cirka 8,900. För ungefär hälften av förloppen ökade antal STBH under perioden, men en minskning för flera av de stora förloppen resulterar i en minskning på totalen. Andelen av patienter inom SVF (registrerad VGM) som startar behandling har totalt sett gradvis minskat i Region Skåne under perioden, från 41 procent år 2019 till 32 procent år 2022 (vilket är en minskning med 22 procent). Detta övergripande mönster återfinns inom alla de sex största förloppen förutom *Cancer i urinblåsa och urinvägar* (där andelen var låg under hela perioden). Störst minskning i andel som startar behandling var inom *Tjock- och ändtarmscancer* som minskade från 33 procent till 21 procent (vilket är en minskning om 35 procent). Övriga 24 förlopp höll en relativt jämn nivå, från 49 procent år 2019 till 45 procent år 2022. Se *Figur 1* nedan för detaljer. Det bör noteras att det inte finns något målvärde kring andel som startar behandling och att andelen skiljer sig mycket åt mellan diagnoser.¹ Relaterat till andelen som startar behandling är regeringens uttalade mål att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i SVF (inklusionsmål)⁵. I Region Skåne utreddes mellan 74 och 81 procent av patienter med aktuella cancerdiagnoser inom SVF mellan 2019 och 2022¹, vilket innebär att inklusionsmålet uppnåddes under hela perioden.

³ Nationellt finns 32 definierade SVF. I Region Skånes data är två förlopp sammanslagna (*AML/ALL & Maligna lymfom/Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)*), vilket innebär totalt 30 förlopp.

⁴ Sett till totalt antal VGM under perioden 2019 – 2023 (till och med 1 oktober).

⁵ Regeringskansliet & SKR. (2022). *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2023 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*



Figur 1: Andel VGM som startar behandling per SVF, de sex största förloppen samt övriga och totalt, 2019 – 2022.

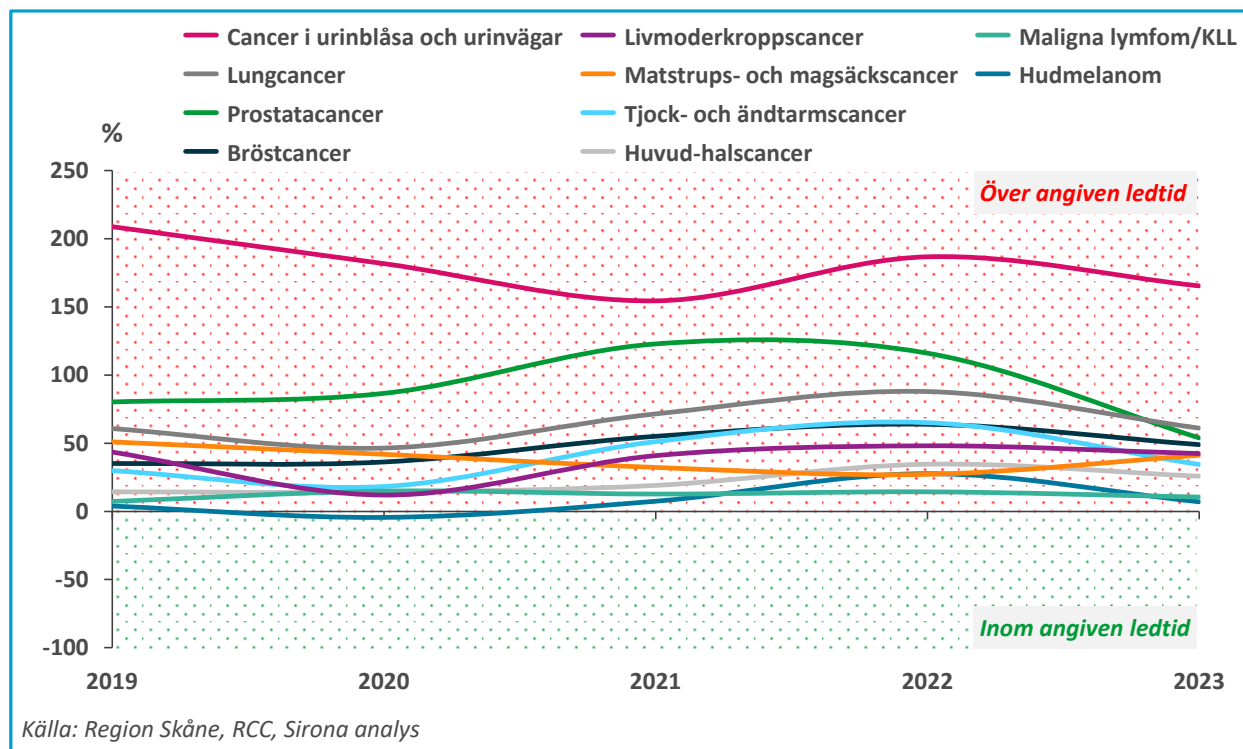
Vidare har även ledtider för patienter inom SVF-förloppen analyserats. Den genomsnittliga ledtiden i dagar från det datum en patient blir tillskriven VGM till det datum behandling påbörjas/det datum förloppet avslutas innan start av behandling har jämförts mot vilken ledtid som är angiven som nationellt målvärde, även kallat *angiven ledtid*⁶. Utifrån det har en *genomsnittlig differens mellan faktisk och angiven ledtid* (GDFA) beräknats där 0 procent innebär att den genomsnittliga ledtiden är densamma som angiven ledtid, 100 procent att den genomsnittliga ledtiden är dubbla den angivna, och så vidare. Regeringens uppsatta mål är att 80 procent av de patienter som ingår i SVF ska genomgå respektive förlopp inom angivna ledtider⁵. Sammantaget genomgick mellan 30 och 42 procent av Region Skånes patienter SVF-förloppen inom de angivna ledtiderna under åren 2019 – 2022, där inga förlopp förutom AML/ALL nådde målet om 80 procent inom angivna ledtider under perioden¹. För andelen patienter som genomgår SVF inom den angivna ledtiden per förlopp år 2022, se Tabell 1 under Bilaga 4.

Genomsnittlig ledtid bland de största förloppen i Region Skåne (undantaget Hudmelanom under 2020) låg till olika grad över den nationellt angivna ledtiden under hela perioden. *Cancer i urinblåsa och urinvägar* uppvisar särskilt långa ledtider relativt angivna, där GDFA över hela perioden var 180 procent. Det innebär

⁶ Angivna ledtider enligt sammanställning från RCC per oktober 2023. Huvudsakligen är det ledtider till start av olika behandlingar som har angivna ledtider (99 procent av alla STBH har ett angivet målvärde och ingår därmed i statistiken) men för förlopp utan specificerat sjukdomsområde (*Allvarliga ospecifika symtom & Cancer utan känd primärtumör (CUP)*) finns även ledtid till olika typer av avslut innan behandling angivet (vilket innebär att även dessa inkluderas i presenterad statistik kring genomsnittliga ledtider). För ett förlopp (*Myeloproliferativ neoplasi*) saknas angivna ledtider för registrerade avslutstyper; detta förlopp ingår därmed inte i presenterade grafer avseende ledtider.



att den faktiska ledtiden (genomsnitt cirka 80 dagar) var nästan tre gånger så lång som angiven ledtid (genomsnitt cirka 30 dagar). Generellt sett kan en trend identifieras med ökande ledtider för de flesta förlopp under covid-19-pandemin (2021–2022) och viss återhämtning med sjunkande ledtider under 2023. Det gäller även för förloppet *Cancer i urinblåsa och urinvägar* där en särskild förbättring vid Helsingborgs lasarett uppmärksammats⁷. Se *Figur 2* nedan kring hur GDFA utvecklats för de största förloppen under perioden.



Figur 2: Genomsnittlig ledtid per SVF i Region Skåne, tio största förloppen sett till antal STBH, differens från angiven ledtid (procent), 2019 – 2023 (till och med 1 oktober).

Även för de mellanstora förloppen ligger genomsnittlig ledtid till olika grad över den nationellt angivna ledtiden under hela perioden (undantaget *Myelom* under 2020). *Levercancer* sticker ut med mer än dubbelt så långa ledtider relativt angivna under hela perioden. Stora variationer kan ses mellan förloppen, där GDFA förbättrades från och med 2020 för *Levercancer* (genomsnittliga ledtider reducerades från cirka 80 dagar 2019 till 70 dagar resterande år), fluktuerade mycket för *Njurcancer* samt *Testikelcancer* och legat relativt oförändrat för övriga. Se detaljer i *Figur 5* under *Bilaga 4*.

Den generella trenden med genomsnittliga ledtider över den nationellt angivna ledtiden fortsätter även för de minsta förloppen, där endast *AML/ALL* i genomsnitt klarar ledtidsmålet (med viss marginal: 2–4 dagars ledtid jämfört med målvärde om 9 dagar). Övriga förlopp klarar i genomsnitt inte målet. Här behöver noteras att volymer av patienter som genomgår SVF är mindre (från cirka 200 ner till runt 10 eller färre per år) vilket gör att variationer i individuella ledtider kan ge stort utfall på genomsnittet.

⁷ Region Skåne. (2023, 23 oktober). *Fler får behandling för urinblåsecancer i tid vid Helsingborgs lasarett.*



Vidare kan trenden som identifierades för de största förloppen, med ökande ledtider under pandemiåren 2021 – 2022 och viss återhämtning med sjunkande ledtider under 2023, även identifieras för flera av de minsta förloppen (*Buksarkom, Cancer i gallblåsa/gallgång, Vulvacancer* och *Peniscancer*). Se detaljer i *Figur 6* under *Bilaga 4*.

Vid en jämförelse av ledtider för patienter av olika kön och med olika hemkommuner under perioden 2019 – 2023 (till och med 1 oktober) kan vissa differenser identifieras. Det är dock svårt att dra slutsatser från sådana jämförelser då eventuella skillnader kan bero på ett flertal olika faktorer. Exempelvis drabbas män och kvinnor till viss del av olika cancerformer där processerna och därmed ledtiderna är olika långa, vilket kan vara en delorsak till att män har genomgående något längre ledtider än kvinnor över perioden (+25 dagar jämfört med +12 dagar i genomsnittlig differens mellan faktisk och angiven ledtid). Vad gäller geografiska skillnader utifrån patienternas hemkommuner har analysen ej justerats för faktorer såsom socioekonomisk status. Det kan därmed ej uteslutas att sådana faktorer kan ligga bakom den identifierade skillnaden i genomsnittliga ledtider under motsvarande period mellan patienter med hemkommun i centrala och sydvästra⁸ Skåne (+24 dagar i genomsnittlig differens mellan faktisk och angiven ledtid⁹) än patienter med hemkommun i övriga delar av Skåne (norra, östra och sydöstra¹⁰) samt utomlänspatienter (+14 dagar i genomsnittlig differens mellan faktisk och angiven ledtid¹¹). Detta innebär en tydlig gräns på kartan över Skåne, där områden med längre ledtider (10 dagar längre genomsnittlig ledtid) är kommuner i Sus närområde.

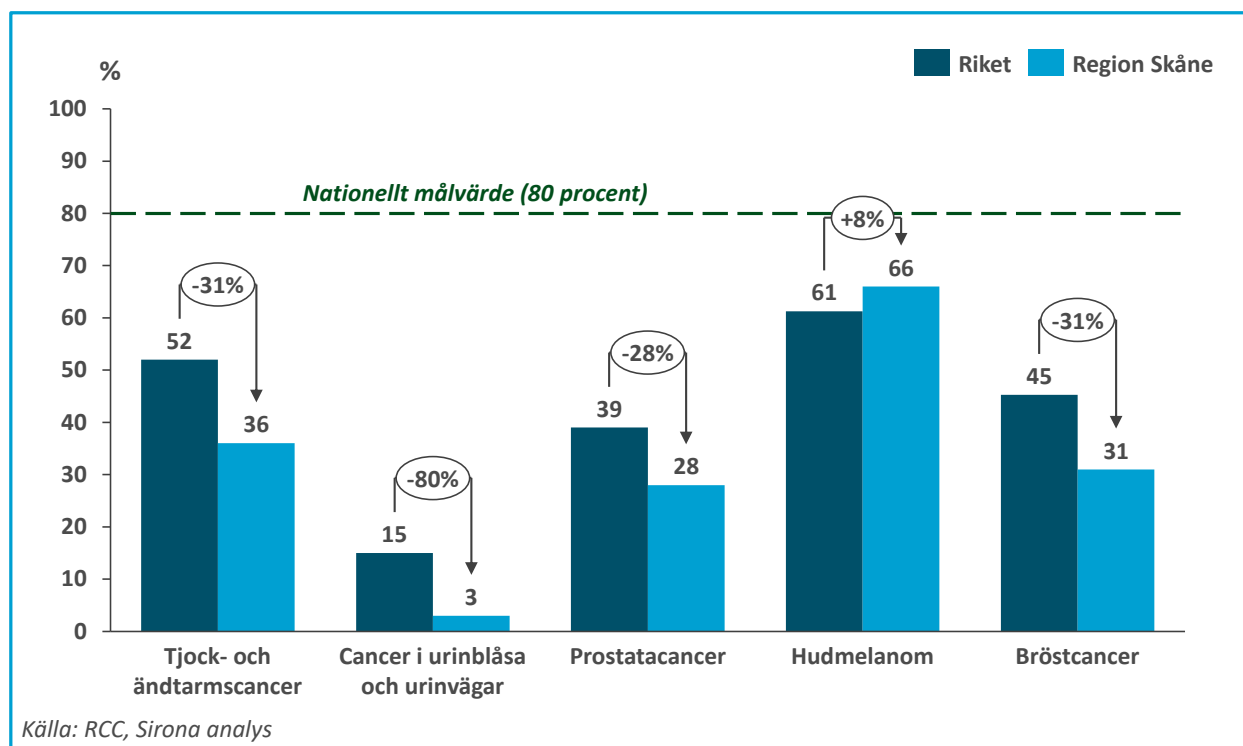
Vid en jämförelse mellan ledtiderna i Region Skåne och ledtider nationellt syns att Region Skåne har särskilda utmaningar med att hålla nere sina ledtider. Den övergripande måluppfyllelsen (andel patienter inom angivna ledtider) var i genomsnitt 46 procent för riket mellan 2019 och 2022, jämfört med 36 procent för Region Skåne under samma period. Sett till de fem största förloppen (i termer av antal VGM) är det endast inom *Hudmelanom* som Region Skånes måluppfyllelse i genomsnitt är högre än rikets för åren 2019 – 2022. För övriga fyra av de fem största förloppen genomgick en betydligt lägre genomsnittlig andel (28–80 procent lägre) av patienter SVF inom den nationellt angivna ledtiden i Region Skåne jämfört med riket. Exempelvis var Region Skånes genomsnittliga måluppfyllelse inom förloppet *Bröstcancer* 31 procent under perioden, jämfört med 45 procent för riket. Se *Figur 3* nedan för detaljer, samt *Tabell 1* under *Bilaga 4* för en jämförelse mellan Region Skåne och riket av måluppfyllelsen för respektive förlopp 2022.

⁸ Avser kommunerna Burlöv, Eslöv, Höör, Hörby, Kävlinge, Landskrona, Lomma, Lund, Malmö, Sjöbo, Skurup, Staffanstorps, Svalöv, Svedala, Trelleborg och Vellinge.

⁹ >50 procent G DFA för samtliga kommuner; 60 procent G DFA i genomsnitt.

¹⁰ Avser kommunerna Båstad, Bjuv, Bromölla, Hässleholm, Helsingborg, Höganäs, Klippan, Kristianstad, Örkelljunga, Osby, Perstorp, Simrishamn, Tomelilla, Ystad, Åstorp, Ängelholm och Östra Göinge.

¹¹ <50 procent G DFA för samtliga kommuner samt utomlän; 38 procent G DFA i genomsnitt.

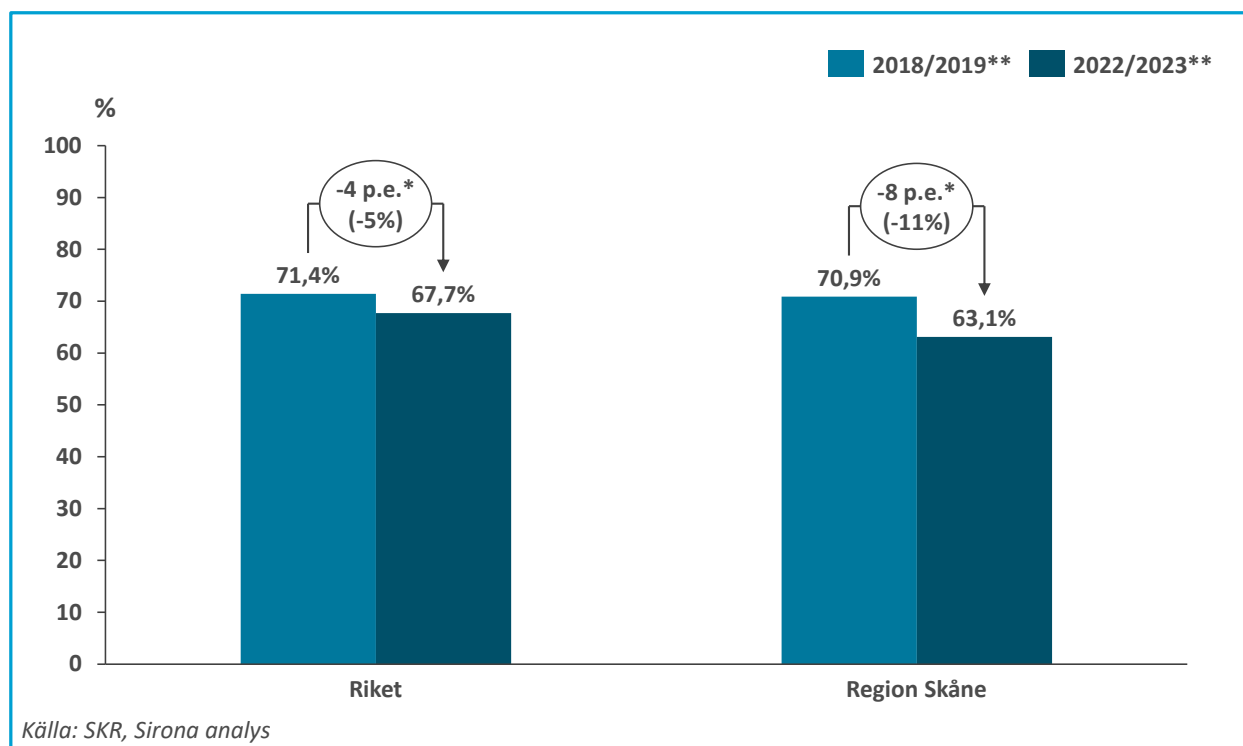


Figur 3: Andel patienter med ledtider inom angiven ledtid, 5 största förloppen sett till antalet VGM, genomsnitt av andel respektive år under perioden 2019 – 2022, Riket och Region Skåne.

3.2 Nationell patientenkät

Från år 2016 har patienter som genomgått SVF i Region Skåne fått möjligheten att fylla i en *Patient Reported Experience Measure*-enkät (PREM) efter avslutad utredning, där patienterna får en enkät skickad till sig kring deras upplevelse av vårdprocessen. Enkäten består av sju kategorier och totalt 19 frågor. Svarefrekvensen ligger runt 50–60 procent såväl nationellt som för Region Skånes patienter.

Det för granskningens fokus mest relevanta i enkäten var frågan "Hur upplevde du totala tiden för utredningen?" inom kategorin *Tillgänglighet*. Cirka 71 procent av patienterna som svarade på enkäten under 2018/2019 gav positiva svar kring den totala tiden för utredningen inom SVF, såväl för Region Skåne som nationellt. I de senaste mätningarna (2022/2023) har andelen positiva svar sjunkit till cirka 68 procent för Riket och cirka 63 procent för Region Skåne. Missnöjet kring ledtiderna inom SVF verkar därmed ha ökat generellt, och än mer i Region Skåne. Det finns viss osäkerhet i siffrorna, framför allt för Region Skåne på grund av lägre volym enkätsvar än riket, och slutsatser bör därmed dras med försiktighet. Se *Figur 4* nedan för detaljer kring statistiken.



Figur 4: Andel positiva svar från patienter på frågan "Hur upplevde du totala tiden för utredningen?", Nationell patientenkät 2018/2019** & 2022/2023**. *P.e. står för procentenheter och innebär skillnaden mellan två procenttal. **För respektive period har svar från fyra kvartal slagits samman (Q3-Q4 år 1 och Q1-Q2 år 2).

3.3 Dokumentgranskning

Nedan redovisas en sammanställning och analys av styrdokument och övriga underlag som ställts till revisionens förfogande.

3.3.1 Styrdokument

Tillgänglighet utgör ett av Region Skånes mest prioriterade områden inom hälso- och sjukvården.¹² Det bekräftas både i hälso- och sjukvårdsnämndens budget¹³ och i den regionala uppföljningsplanen för hälso- och sjukvården för 2023¹⁴, beslutad av hälso- och sjukvårdsnämnden, där det framgår att alla berörda nämnder ska arbeta för att utveckla SVF. Ansvar för att uppnå fastställda mål delas av regionstyrelsen, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, och respektive sjukhusstyrelse.¹⁵

Cancerplanen för Södra sjukvårdsregionen innehåller en struktur för strategi och mål avseende cancervård, och det framhålls att RCC Syd ska stödja huvudmännens arbete med att uppfylla de nationella

¹² Region Skåne. (2023). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023, med plan för 2024 – 2025*. RF 2022-12-13.

¹³ Region Skåne. (2022). *Hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag och regionbidragsfördelning 2023*. HSN 2022-10-20.

¹⁴ Region Skåne. (2023). *Regional uppföljningsplan för hälso- och sjukvården*. HSN 2022-10-03.

¹⁵ Region Skåne. (2022). *Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne*. RF 2022-12-13.



inklusions- och ledtidsmålen för SVF.¹⁶ RCC Syd har bland annat skapat ett sjukvårdsregionalt nätverk för cancersamordnare, och det framgår att rollen har en nyckelfunktion i förvaltningen av SVF. Enligt dokumentet har huvudmännen inom Södra sjukvårdsregionen även infört kontaktsjuksköterskefunktionen sedan den tidigare cancerplanen utformades. Vidare betonas det att MDK har brist på nyckelkompetenser inom bild- och funktionsmedicin samt klinisk patologi. Vikten av att definiera roller för de professioner som är involverade och övervägandet om deltagandet vid MDK kan bli mer selektivt för vissa kompetenser, framhålls i dokumentet.

Vidare har Sus tagit fram en förbättringsplan avseende cancervården inom verksamheten. Dokumentet innehåller sjutton åtgärder med definierade ansvarsroller och önskat resultat för respektive åtgärd. Idag arbetar Sus bland annat med att tydliggöra ansvarsroller för sjuksköterskor som arbetar inom onkologi. Sus har även utvecklat en struktur för att dela och implementera riktlinjer för vårdpersonal, samt upphandlat och implementerat en digital plattform för utbildningsjournaler och kompetensförsörjning.¹⁷ I Region Skånes cancerplan från 2019 beskrivs en långsiktig plan för arbetet med SVF och innehåller ett antal fokusområden med tillhörande delmål¹⁸. Inom fokusområdet ”Ökad tillgänglighet och minskade ledtider inom SVF” var ett delmål att ”Identifiera och åtgärda flaskhalsar i cancerprocesserna för att öka målluppfyllelsen”. I uppföljningen framgår att åtgärder har genomförts kring utbildning av koordinatörer i registreringsverktyg, översyn av olika flöden på Sus, dialog med processteam och cancersamordnare samt ett pågående arbete med att kvalitetssäkra och förbättra ledtider.

Lokala förbättringsarbeten prioriteras på ledningsnivå och ses som en framgångsfaktor för att förbättra ledtiderna, vilket ges som ett exempel i Region Skånes cancerplan från 2022¹⁹. I cancerplanen har ett delmål lagts till om att ”verka för lokala processmöten inom varje förlopp, alla förvaltningar, identifiera och åtgärda omtiverade ledtidsdagar inom varje del av processen”. Cancerplanen innehåller även delmål avseende kompetensförsörjning och att uppnå mer jämlik vård. I dokumentet framgår att Region Skåne planerar att flytta ut operationer från Sus till andra sjukhus/Södra sjukvårdsregionen och identifiera områden där det kan ske kompetensöverföring mellan yrkeskategorier. Ingen långsiktig strategisk plan för kompetensförsörjning, som avser att ta ett helomtag av problematiken, inom Region Skåne har påträffats under denna granskning.

I båda cancerplanerna finns även planerade aktiviteter för att förbättra arbetet kring MDK. I cancerplanen från 2019 var en aktivitet att genomföra en genomlysning av MDK-verksamheten, i syfte att skapa förutsättningar för att hantera det ökande antalet patienter. Enligt uppföljningen har diskussioner kring ett regionalt samarbete förts, och det finns ett pågående arbete kring att förändra strukturen på Sus. I cancerplanen från 2022 har två aktiviteter lagts till: ”Genomlysning av MDK för rätt kompetens i såväl det komplexa som okomplicerade sjukdomsförloppet” samt ”Genomlysning av MDK för ett mer funktionellt arbetssätt och ledarskap.”

¹⁶ Södra sjukvårdsregionen. (2023). *Cancerplan för Södra sjukvårdsregionen, 2023 – 2025*. Södra regionvårdsnämnden 2022-09-30.

¹⁷ Skåne University Hospital Comprehensive Cancer Centre. (2023). *Improvement action plan – Skåne University Hospital Comprehensive Cancer Centre (SUHCCC)*. Styrgrupp SUHCCC 2023-06-20.

¹⁸ Region Skåne. (2019). *Regional cancerplan 2019–2022: handlingsplan Region Skåne*.

¹⁹ Region Skåne. (2022). *Regional cancerplan 2022–2025: handlingsplan Region Skåne*.



3.3.2 Verksamhetsberättelser, protokoll och svar på ärenden

Ansatsen i dokumentgranskningen inom detta uppdrag har varit att även kartlägga övergripande styrsignaler utöver direkt styrande dokument, främst verksamhetsberättelser och protokoll från hälso- och sjukvårdsnämnden samt från sjukhusstyrelserna Sus, Kristianstad och Helsingborg.

Av yttranden från hälso- och sjukvårdsnämnden framgår ett långsiktigt arbete för att utveckla cancervården. I verksamhetsberättelsen från 2022 nämns det att patientprocesser samt SVF-förloppen vid sjukhusen i Region Skåne är väletablerade och drivs av lokala processteam med stöd i den lokala linjeorganisationen.²⁰

Hälso- och sjukvårdsnämnden uppmärksammade med grund i en redovisning av det samlade tillgänglighetsarbetet i Region Skåne²¹ under ett sammanträde 2020 en bristande tillgänglighet och efterfrågade en åtgärdsplan från hälso- och sjukvårdsdirektören, med särskilt fokus på väntetiderna inom cancervården. I redovisningen av tillgänglighetsarbetet poängteras ett par punkter gällande det långsiktiga arbetet med SVF:

- *"Skåne har varit framgångsrikt med att involvera primärvården i SVF arbetet och alla Skånes vårdcentraler remitterar SVF-patienter i ett rimligt antal."*
- *"Ett stort förbättringsarbete för att förkorta väntetiderna har genomförts och genomförs dagligen i hela Skåne, i både privat och offentligt driven vård."*²¹

Punkten avseende det kontinuerliga förbättringsarbetet stöds av skrivningarna i Region Skånes cancerplaner. I hälso- och sjukvårdsnämndens krisplan för cancervården (2023) nämns följande: *"Samtliga sjukhusstyrelser har ansvar för att följa upp respektive sjukhus ledtider gällande bland annat cancer. Uppföljningarna ska leda till relevanta åtgärdsplaner utifrån resultatet. Uppföljning av ledtider för samtliga cancerprocesser rapporteras till Hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med delårs- och årsrapportering. I samband med delårsrapporten 2023 bjuds sjukhuschefer in till Hälso- och sjukvårdsnämnden för en fördjupad redovisning av tillgängligheten inom cancerområdet."*²²

I Sus styrelses Svar på initiativärendet angående handlingsplan för cancervården på Skånes universitetssjukhus²³, nämns att det bedrivs ett intensivt arbete med att säkerställa kompetensförsörjningen genom utökning av utbildningsplatser och "Behålla-planer". Vidare nämns det i Sus verksamhetsberättelse från 2021 att de startat upp "Projekt operationskapacitet". Projektet var en genomlysning av samtliga operationsavdelningar på Sus, i syfte att identifiera hur befintliga resurser kan effektiviseras.²⁴ I samband med detta har förbättringsområden identifierats som enheter arbetat vidare med.²⁵ Vidare har nämnden för operativ regiongemensam verksamhet tillsammans med berörda fackförbund och förvaltningschefen för Medicinsk service tagit fram en handlingsplan för att förbättra

²⁰ Region Skåne. (2022). Verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2022. HSN 2023-03-16.

²¹ Region Skåne. (2020). Redovisning av det samlade tillgänglighetsarbetet i Region Skåne.

²² Region Skåne. (2023). Svar på initiativärende Krisplan för cancervården. HSN 2023-06-22.

²³ Region Skåne. (2023). Svar på initiativärende angående handlingsplan för cancervården på Skånes Universitetssjukhus. Sjukhusstyrelse Sus 2023-03-02.

²⁴ Region Skåne. (2021). Sjukhusstyrelse Sus Verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2021. Sjukhusstyrelse Sus 2022-09-09.

²⁵ Region Skåne. (2022, 20 oktober). Canceroperationer fördröjdes på grund av personalbrist.



arbetsmiljön inom laboratoriemedicin, särskilt vid enheten i Lund. Handlingsplanen, som blev klar i juni 2023, innefattar bland annat åtgärder för att stärka kompetensen, förbättra kommunikationen, förstärka ledarskapet samt åtgärder för trivsel, samarbete och bemötande.²⁶

3.4 Intervjuer

Nedan är en sammanfattning av respondenternas svar som erhållits i samband med genomförda intervjuer med förtroendevalda, företrädare inom tjänstemannaorganisationen och patientorganisationer i Region Skåne.

3.4.1 Faktorer som påverkar tillgängligheten

Enligt intervjuade har SVF haft stor betydelse för ett standardiserat processtänkande och gemensam struktur vilket bidragit till en ökad tillgänglighet på grund av en ökad möjlighet till tidig upptäckt och enhetlig handläggning. Genom SVF har patienter fått en tydlig väg in i vården på grund av ett standardiserat arbetssätt och nationella remissriktlinjer som enligt primärvården är tydliga. Särskilt stor nytta har SVF varit för patienter utan organspecifika symptom då dessa tidigare inte hade en tydlig väg in i vården. Efter att SVF infördes har dessa patienter utretts snabbt och standardiserat inom förloppen *Allvarliga ospecifika symtom* samt *Cancer utan känd primärtumör (CUP)*. Således har SVF, enligt majoriteten av intervjupersonerna, bidragit till en mer förutsägbar och jämlik vård.

En utmaning som framkom under intervjuerna var att det upplevs saknas en helhetssyn gällande arbetet med SVF. Varje verksamhetsområde har ansvar för sitt uppdrag, såsom bildiagnostik eller kirurgi, och den framförda upplevelsen är att det inte finns en utpekad aktör som har ett samlat ansvar för hela processen. Primärvården utgör även en särskild förvaltning och det har varit utmanade att nå de mindre, privat drivna vårdcentralerna med informationsinsatser. Det framhövdes även att SVF endast är en del av vårdförloppet och att viktiga aspekter som rehabilitering och övrigt efterförlopp inte ingår.

Flera intervjuade lyfte även vikten av goda lokala processer vilket innebär att varje enhet bör arbeta för att säkerställa goda och effektiva förlopp för att undvika att påverka hela vårdflödet. Helsingborgs lasarett framfördes som ett framgångsexempel då sjukhusets urologimottagning har effektiviserat sin process för utredning och behandling av misstänkt urinblåsecancer, vilket har ökat andelen patienter som får vård i tid från 7 till 80 procent⁷. Mottagningen effektiviserade sin process genom att kartlägga flaskhalsar inom teamet. För trånga sektorer med kopplingar till andra verksamheter samverkade de för att hitta lösningar. Regionala och lokala samordnande roller, det vill säga SVF-koordinatorer, lokala patientprocessledare och kontaktsjuksköterskor, utgavs utifrån intervjuer ha viktiga roller gällande lokala processförbättringar. Intervjupersoner framförde även att regionala och lokala cancersamordnare har en viktig uppgift i att förmedla ut information från RCC. Avseende kontaktsjuksköterskor hanterar de enligt utsago en svårhanterlig mängd patienter samtidigt. Det har därmed framförts som förslag att SVF-koordinatorer skulle kunna överta vissa uppgifter från dessa sköterskor.

Flera intervjuade påpekade bristande tillgång till MDK på grund av hög patientbelastning och bristande resurser, vilket har skapat en flaskhals. Diskussioner pågår om en ökad selektering till patienter som faktiskt har nytta av MDK, för att minska den resurskrävande processen och undvika fördröjningar i

²⁶ Region Skåne. (2023). *Initiativärende – Åtgärder för en bättre arbetsmiljö inom laboratoriemedicin*. Nämnden för operativ regiongemensam verksamhet 2023-09-29.



vårdförloppet. Intervjuade framhöll vidare geografiska och processmässiga skillnader som skapar ojämlik vård. Utmaningar inkluderar patienternas avstånd till vårdcentraler, språkliga hinder och variationer i personella resurser mellan enheter. Vissa områden har även fler vårdcentraler, vilket har skapat ojämlik tillgång till primärvård baserat på bostadsort. Jämlik vård påverkas även av varierande väntetider och resursallokering mellan olika förvaltningar där skillnader i tillgänglig kompetens och behandlingsutbud ofta är bidragande faktorer. Exempelvis har väntetider för koloskopi (inom funktionen endoskopi) varierat betydligt mellan olika sjukhus. För att hantera detta har Region Skåne omdirigerat patienter till sjukhus inom sin organisation med tillgänglig kapacitet. Intervjuade framförde att arbetet med att koordinera och styra om patientflöden pågår ständigt, främst genom samordnare och koordinators, för att minska skillnader i tillgänglighet. Dessutom betonades betydande svårigheter att införskaffa ny teknik till laboratorier, bristande kapacitet inom bildiagnostik samt personalbrist under sommaren.

Flera intervjupersoner, från andra sjukhus än Sus, betonade att problem med bristande tillgång och långa väntetider till operation främst förekommer vid Sus och framhöll att operationskapaciteten på övriga sjukhus är god, med korta väntetider till operation. Denna problematik vid Sus kan enligt intervjuade huvudsakligen tillskrivas utmaningar inom kompetensförsörjningen, särskilt bristen på anestesipersonal och operationssjuksköterskor. Vidare belystes långa ledtider inom urologi som ett utmanande område som har pågått över flera år på grund av brist på operationskapacitet. Ökad flexibilitet i fördelning av operationer inom Region Skåne torde vara en viktig faktor för att motverka flaskhalsarna och minska ledtiderna. Intervjuade lyfte här att det pågår ett samarbete mellan Sus och CSK som innebär att CSK avlastar Sus inom bröstcanceroperationer. Det pågår även samarbeten inom andra vårdförlopp där Region Skåne börjat att fördela operationer mellan sjukhusen, framför allt genom att Helsingborgs lasarett och CSK avlastar Sus.

SVF avser endast primärt insjuknande i cancer vilket inneburit att det finns brist på statistik och en helhetsbild för tillgängligheten vid återfallscancer. Flera intervjuade menade att denna patientgrupp är medicinskt prioriterad och att det råder god tillgänglighet till vården för dessa. Dock är symtom vid återfallscancer ofta diffusa vilket medför problematik i att inplacera patienterna i existerande SVF-förlopp. Ett annat utvecklingsområde som har identifierats är den tungrodda administrationen, inom existerande kommunikationskanaler mellan vårdenheter, vilket påverkar ledtiderna till det sämre. Region Skåne använder exempelvis pappersremisser som skickas med post mellan vårdenheter, vilket innebär risker för fördröjningar i vårdprocessen eller att remisser inte kommer fram.

3.4.2 Ledtider, tidsmål och angivna kriterier för välgrundad misstanke

Flera intervjuade ansåg att angivna ledtidsmål saknar medicinska överväganden och att respektive SVF inte tar hänsyn till tillgängliga resurser och prioriteringar mot övrig vård. Nödvändig tid från välgrundad misstanke till start av behandling varierar avsevärt mellan patienter inom samma SVF på grund av olika diagnoser med varierande komplexitet. Några intervjuade ansåg att angivna ledtider är en målbild att sträva efter men att det inte bör likställas med förväntningar om att samtliga patienter ska få vård inom målbilden. Däremot menade andra intervjuade att det är mycket otillfredsställande att målbilden inte uppfylls och att det skadar invånarnas förtroende för vården. Således varierade synen på angivna tidsmål inom Region Skåne. En gemensam uppfattning var dock att kommunikationen mellan vårdgivare och patient är avgörande för vårdkvaliteten. Det påpekades att patienternas huvudfokus inte nödvändigtvis är på ledtiderna utan snarare att känna sig hörd, delaktig och informerad om nästa steg. Nyckelpersoner



som lokala patientprocessledare och kontaktsjuksköterskor uppgavs spela en avgörande roll i att säkerställa detta.

SVF har många fördelar men framhölls samtidigt vara resurskrävande vilket kan påverka den generella tillgängligheten till vård negativt. Patienter inom SVF får hög prioritet, vilket då riskerar att tränga undan andra patientgrupper. Detta problem har upplevts växa under senare år på grund av allt större patientflöden inom SVF. Kriterierna för att inkluderas i SVF upplevdes även för breda, vilket resulterar i att man i vissa fall inkluderar patienter som inte borde ingå i ett SVF-förlopp. För att hantera detta pågår nationella arbeten med att utreda hur kriterierna kan omformuleras för att säkerställa att endast patienter med medicinskt behov inkluderas i SVF. En uppfattning som framfördes är även att primärvården i ökad utsträckning avviker från riktlinjerna för välgrundad misstanke och i stället fokuserar på enskilda symtom. Det ansågs föreligga en överdriven användning av remisser, som inte alltid har varit förankrad i riktlinjerna för välgrundad misstanke. Primärvården menade samtidigt att de har arbetat aktivt med kunskapsstyrning för att säkerställa att riktlinjerna följs och samtliga sjuksköterskor genomgår utbildning som de ska arbeta utifrån vid triagering för att säkerställa ett helhetsperspektiv inom tillgänglighet i primärvården. Upplevelsen inom primärvården var därmed att AKO-riktlinjerna²⁷ efterföljs ändamålsenligt och att det finns etablerade strukturer för remissprocessen samt tydliga steg från första symtom till nästkommande steg.

Ett för stort inflöde av patienter till SVF kan bidra till för långa ledtider som kan leda till patientskador genom att behandling skjuts upp till en mer allvarlig fas, vilket kan innebära att tidigare genomförbara botande behandlingar inte längre är möjliga. Dock framhövde intervjupersoner att Region Skåne har goda medicinska resultat även om måluppfyllelsen av ledtiderna har varit bristande. Flera intervjupersoner hävdade att den mest kritiska fasen för patienten är tiden från välgrundad misstanke till start av utredning i specialistvården, där utdragna ledtider även kan ge ett ökat psykiskt lidande. Bristande kommunikation från vården i kombination med för långa ledtider skapar en ovisshet om nästa steg och frustration hos patienterna och även dennes närstående. Tillgång till en kontaktperson som patienten kan ringa vid frågor framfördes som en framgångsfaktor för att minska oro. Flera intervjuade lyfte även fram att ledtider inom SVF inte är satta ur ett strikt medicinskt perspektiv och därmed kan det psykiska lidandet göra mer skada än det medicinska utfallet vid för långa ledtider.

3.4.3 Kompetensförsörjningsproblem

Svårigheter att bemanna enheter med adekvat kompetens angavs ofta som en grundorsak till flaskhalsar. Problemet lyftes fram avseende bland annat biomedicinska analytiker, radiologer, och operationssjuksköterskor. Svårigheter att rekrytera radiologer har, enligt intervjuade, orsakat fördröjningar i ett stort antal vårdförlopp. Inom primärvården framfördes brist på sjuksköterskor och allmänläkare, vilket kan påverka hela SVF-flödet. Uppfattningen var även att hyrläkare inte besitter samma kunskap om AKO-riktlinjerna, vilket medför problematik då primärvården genomför viktiga insatser som remitterer tidigt i förloppen. Även klinisk patologi belystes som ett utmanade verksamhetsområde, där det existerar svårigheter i att automatisera arbetet på grund av brist på investeringsmedel och upphandlingsresurser samt brist på specifik senior kompetens. Klinisk patologi

²⁷ AKO Skåne ansvarar för kunskapsstöd till primärvården som publiceras som enhetliga och lättillgängliga AKO Skåne-riktlinjer för primärvården. Det finns specifika riktlinjer för respektive SVF inom primärvården.



finns på fyra orter i Region Skåne (Lund, Malmö, Helsingborg samt Kristianstad), där verksamheterna arbetar tillsammans för att minska ledtiderna genom exempelvis omfördelning av prover och diagnostik mellan orterna. Andra områden som framfördes som utmanade gällande kapacitet är undersökningar inom bildiagnostik och koloskopi (inom funktionen endoskopi). Flera intervjuade ansåg att personalen lägger mycket tid på att hantera bristande tillgänglighet. Det framhölls även att många sjuksköterskor och läkare lämnar den offentliga vården och går till den privata på grund av lägre lön och sämre arbetsmiljö i den offentliga vården.

För att hantera denna problematik har flera enheter börjat arbeta med överföring av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper där bland annat undersköterskor eller laboratoriebiträden lärs upp för att kunna utföra nya uppgifter (så kallad uppgiftsväxling). Flera intervjuade framförde även att ökad automatisering och olika IT-lösningar bör utnyttjas för att hantera problemen. Ett lyckat exempel som lyftes fram var införandet av teledermatoskopi som har varit en viktig faktor för att upptäcka hudmelanom tidigt, vilket har medfört att fler patienter kunnat botas genom ett enklare ingrepp och därmed möjliggjort avlastning för andra delar av cancervården²⁸.

3.4.4 Förtroendevaldas åtgärder för att förbättra tillgänglighet

Intervjuade förtroendevalda framhöll pågående arbeten med nivåstrukturen inom sjukvården, där även möjligheterna till utökat samarbete mellan sjukhusen utreds. Inom cancervården är Sus ett viktigt nav för de flesta vårdförlopp med sin strålbehandling och omfattande kirurgiska verksamhet. Det framfördes även att det inte är rimligt att jämföra Sus med Region Skånes andra sjukhus, eftersom Sus både är ett närsjukhus och ett universitetssjukhus med flera olika uppdrag och därmed har ett bredare och mer komplext uppdrag. Det framgick vidare under intervjuerna att det pågår arbete inom hälso- och sjukvårdsnämnden för att förbättra tillgängligheten. Det framhölls även att det finns en kompetensförsörjningsplan och att arbete pågår för att öka effektiviteten inom operationsverksamheten. Vidare framhölls att politikernas engagemang och insyn i cancervården har förbättrats tack vare sjukhusstyrelsernas arbete.

Intervjuade tjänstepersoner upplevde samtidigt att politiken fokuserar för mycket på ledtider och inte förstår komplexiteten i situationen. Intervjuade förtroendevalda däremot hävdade att för långa ledtider inte beror på en gemensam flaskhals för alla vårdförlopp och betonade att det är avgörande att analysera varje enskilt förlopp på lokal nivå och identifiera eventuella brister inom respektive SVF. Dessa brister kunde härledas till kompetensförsörjningsproblem på vissa orter, begränsad tillgång till bildiagnostik (exv. magnetkamera (MR)) och klinisk patologi inom andra förvaltningar, eller rent administrativa utmaningar. Flera förtroendevalda framhöll Helsingborgs lasarett som ett framgångsexempel, där vårdpersonal har effektiviserat processen avseende urinvägscancer på lokal nivå (beskrivs närmare under avsnitt 3.4.1 *Faktorer som påverkar tillgängligheten*).

Utöver de nationella och regionala strategierna för cancerbehandling framgick av intervjuerna att de förtroendevalda i flera fall begärt åtgärdsplaner och uppföljningar från verksamheterna. Dock upplevde de intervjuade förtroendevalda att det har uppstått problematik från att de inte har en tydlig förankring

²⁸ Region Skåne. (2023). *Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse för januari-augusti 2023*. HSN 2023-09-28.



gentemot linjeorganisationen och att de oftast får agera via RCC eller regionala cancersamordnare, som också ligger utanför linjen. Intervjuade förtroendevalda påpekar samtidigt att en biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör har tillsatts under 2023 för att på ett strukturerat sätt förbättra planering, processer och sammanhållning.

4 Övergripande iakttagelser

Uppbyggnaden av SVF är en nationell satsning med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin från 2009²⁹. Riksrevisionen har under det senaste året granskat statens styrning genom vårdgarantin, kömiljarden och standardiserade vårdförlopp³⁰. Den övergripande slutsatsen är att styrmedlen på många sätt är ineffektiva för att korta väntetider. För SVF anses dock vissa delar av styrningen ha fungerat bättre. Riksrevisionen konstaterar även att styrmedlen riskerar att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov och, vad gäller SVF, till resursineffektiv cancerutredning. Sådana slutsatser kan härledas även från föreliggande granskning i Region Skåne. Undanträngningseffekter har blivit ett framträdande problem, där medicinska prioriteringsprinciper riskerar att åsidosättas till följd av SVF. Godartade men likväl mycket allvarliga sjukdomar riskerar att "automatiskt" bli nedprioriterade vilket resulterar i ökad belastning och vårdköer inom olika verksamhetsområden. Detta strider även mot Hälso- och sjukvårdslagen (kapitel 3§1) som föreskriver att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vård och behandling. Undanträngningseffekter för patienter med andra tillstånd än cancer är en problematik som har uppmärksammats tidigare av bland annat Socialstyrelsen³¹.

Sammantaget har införandet av SVF haft stor betydelse för ett standardiserat processtänk jämfört med tidigare, då cancervården var mer fragmenterad och mindre enhetlig över landet. Trots att SVF har bidragit med större systematik klarar inga SVF-förlopp, med enstaka undantag, i genomsnitt angivna ledtider under den analyserade tidsperioden. I jämförelse med riket har Region Skåne sämre måluppfyllelse både övergripande och för fyra utav de fem största förloppen. Ansvaret för att uppnå fastställda mål delas av hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, regionstyrelsen, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet och sjukhusstyrelser. En slutsats som framkom i redovisningen av det samlade tillgänglighetsarbetet från 2020 var att Region Skåne framgångsrikt har involverat primärvården i SVF-arbetet och att alla Skånes vårdcentraler remitterar SVF-patienter i ett rimligt antal. Utifrån genomförda intervjuer delade primärvården uppfattningen att de framgångsrikt har involverats i SVF-arbetet och de framhävde att AKO-riktlinjer följs samt att ständigt kvalitetssäkring genomförs. Däremot visar analyser att antalet patienter inom SVF i Region Skåne under den analyserade perioden har ökat med 22 procent samtidigt som antalet patienter som startar en behandling har minskat med 5 procent, vilket innebär att andelen som startat behandling minskat med 22 procent mellan 2019 och 2022. Detta, i kombination med att intervjuade hävdade att det remitteras för många patienter till SVF, indikerar att kriterierna antingen är för breda eller att det brister i följsamhet till kriterierna. Det pågår nu diskussioner och nationella arbeten om att strama upp SVF-kriterierna för att säkerställa ett mer adekvat patientinflöde.

²⁹ Statens offentliga utredningar. (2009). *En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11)*.

³⁰ Riksrevisionen. (2023). *I väntan på vård - ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12)*.

³¹ Socialstyrelsen. (2023). *Analys av utvecklingen vid regionala cancercentrum*.



En slutsats i redovisningen av det samlade tillgänglighetsarbetet från 2020 var vidare att det var en bristande tillgänglighet på grund av för långa väntetider. Som nämnts ovan ökar antalet patienter inom SVF och ett ökande patientflöde bekräftas i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse från januari 2023. Region Skåne har utformat strategier för att uppfylla de nationella ledtidsmålen och hälso- och sjukvårdsnämnden har formulerat en krisplan för cancervården under 2023. Av denna krisplan framgår att sjukhusstyrelserna ansvarar för att följa upp ledtider gällande cancer och att skapa åtgärdsplaner utifrån dessa. Vid samma tidpunkt som krisplanen publicerades godkände Sjukhusstyrelse Sus en förbättringsplan med åtgärder för att förbättra cancervården på sjukhuset. En inplanerad åtgärd är att tydliggöra roller och ansvar för sjuksköterskor som arbetar inom onkologi och implementera riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal.

Det saknas dock ett enhetligt stöd beträffande de nationellt angivna ledtiderna inom SVF-förloppen även om det inom Region Skåne finns ett starkt stöd för SVF som idé. Angivna ledtidsmål ansågs av flera tillfrågade vara godtyckligt satta, sakna vetenskapligt stöd samt att målen inneburit att de angivna tiderna inte kommer att uppnås för samtliga patienter. Det belystes även att respektive SVF inte tar hänsyn till rådande förutsättningar. Andra informanter hävdade att det råder en samsyn inom Region Skåne om betydelsen av SVF och att en uppslutning bakom ledtidsmålen är avgörande för att arbetet med SVF ska bedrivas på ett framgångsrikt sätt. Intervjuade konstaterade samtidigt att uppfyllelsen av ledtidsmål inte är helt avgörande för att säkerställa en god vård och framhävde att regionen har goda medicinska resultat. God kommunikation, en förståelse för vårdprocessen och delaktighet framkom som andra viktiga faktorer för patientens välmående. Resultat från PREM visar dock att patienters missnöje för den totala tiden för utredning har ökat nationellt och än mer i Region Skåne. Detta är av signifikant betydelse då den mest kritiska fasen för patientens välmående är från välgrundad misstanke till start av utredning i specialistvården, enligt intervjuade. Enligt Patientlagen (kapitel 6§1) ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. En väletablerad kontakt med en kontaktsjuksköterska minskar enligt intervjuade oro och säkerställer en god kommunikationsväg mellan vården och patienten. Det har dock framkommit att kontaktsjuksköterskor är överbelastade och att det finns ett behov av fler sådana funktioner för att säkerställa att ett ändamålsenligt arbete kan utföras.

Kompetensförsörjningsproblematik har präglat Region Skåne under flera år och framhölls som grundorsaken till flaskhalsar av majoriteten av de intervjuade. Utmaningen med att bemanna enheter med adekvat kompetens har bestått under flera år. Detta har i hög grad bidragit till flaskhalsar i förloppen inom urologi, där måluppfyllelsen för angivna ledtider varit låg under flera år. Sus styrelse har i sitt svar på ett initiativärende nämnt att det bedrivs ett intensivt arbete med att utöka utbildningsplatser och "Behålla-planer". Flera enheter har även börjat tillämpa olika former av överföring av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. För många arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården finns det inga särskilda regler om vem som får utföra dem³². Det betyder att hälso- och sjukvårdspersonal med rätt reell kompetens kan utföra arbetsuppgiften och det pågår idag ett viktigt utvecklingsarbete i svensk sjukvård kring formaliserad uppgiftsväxling, individuella karriärstegar och andra sätt att förnya arbetssätten³³. Däremot

³² Patientsäkerhetslag (2010:659)

³³ Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). *Utveckla arbetssätten – Strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården*.



har ingen långsiktig strategisk plan för kompetensförsörjning, som avser att ta ett helomtag av problematiken, inom Region Skåne påträffats under denna granskning.

En annan betydande utmaning, som konsekvent framhölls under intervjuerna, är de omfattande resurser som krävs för att bedriva MDK. De stora personalresurser som krävs vid MDK leder, enligt många informanter, till onödiga flaskhalsar och bristande systemeffektivitet. Region Skåne har formulerat särskilda mål i cancerplanen från 2022 för att adressera detta och det har framkommit att det pågår arbete i att öka selekteringen till patienter som har störst nytta av MDK. Vidare framgår det i cancerplanen från 2022 att Region Skåne planerar att omfördela operationer från Sus till andra sjukhus. Bristande tillgänglighet och långa väntetider för operationer inom Region Skåne avser främst Sus. Enligt cancerplanen från 2022 och från intervjupersoner pågår samarbeten mellan CSK, Helsingborgs lasarett och Sus för att avlasta Sus.

Att skapa en helhetssyn och förbättra samordningen mellan förvaltningar avseende SVF samt att utveckla effektiva lokala processer och samordningsfunktioner betonades vidare som viktiga faktorer för att säkerställa jämlik vård och för att minska flaskhalsar inom vården. Att verka för effektiva lokala processer är inkluderat i Region Skånes cancerplan från 2022 som ett delmål och har även framförts av intervjuade. Åtgärder har genomförts för att uppnå detta delmål men det finns fortsatta utmaningar där intervjuade har lyft problematiken med att varje verksamhetsområde endast fokuserar på sitt uppdrag. Det saknas ett tydligt ansvar för att säkerställa helheten, vilket är avgörande då flaskhalsar inom en enhet påverkar hela flödet. RCC Syd har skapat ett sjukvårdsregionalt nätverk för cancersamordnare och det framgår att denna roll har en nyckelfunktion i förvaltningen av SVF.

Vidare har geografiska skillnader kopplade till ojämlik vård framkommit inom den genomförda granskningen. Skillnader gällande tillgänglighet samt måluppfyllelse inom Region Skåne framfördes av intervjupersoner vilket även genomförda analyser indikerar då patienter med hemkommun i centrala och sydvästra Skåne⁸ i genomsnitt har längre ledtider i jämförelse med andra patienter i övriga delar i Skåne. Detta kan ha att göra med de variationer i resurser och kompetenser som enligt intervjuer och dokument finns mellan olika vårdinrättningar. Det torde vara viktigt för vårdens trovärdighet att arbeta för att minska dessa geografiska skillnader och se till att alla patienter, oavsett bostadsort, får likvärdig tillgång till gängse vård och behandling. Jämlik och lika vård är dessutom lagstadgat i Hälso- och sjukvårdslagen (kapitel 3§1). Det pågår kontinuerligt arbeten i Region Skåne med att hantera problematik av ojämlik vård på grund av geografiska skillnader men inga formella åtgärdsplaner eller beslut har identifierats.

Avslutningsvis genomfördes en granskning år 2019 av Region Skånes tillgänglighet avseende cancervård och ett flertal av de utmaningar som framkom i den tidigare granskningen finns än idag.³⁴ År 2019 drogs slutsatsen att styrningen på övergripande nivå i organisationen inte fullt ut är ändamålsenlig för att skapa tillfredsställande förutsättningar för att nå upp till de tillgänglighetsmål som är kopplade till SVF. Den centrala styrningen av produktion och samordning av berörd hälso- och sjukvård uppfattades som svag. Sironas granskning visar att fyra år senare kvarstår dessa problem i hög grad.

³⁴ Capire. (2019). *Granskning av tillgänglighet inom Region Skånes hälso- och sjukvård – cancervården*.



5 Bedömningar

Nedan presenteras granskningens samlade bedömning per revisionsfråga och slutligen en sammanfattande bedömning.

5.1 Revisionsfråga 1: Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos?

Sironas bedömning är att Region Skåne har uppenbara utmaningar och uppvisar brister i att säkerställa att patienter erhåller vård inom de uppsatta ledtidsmålen. Inga SVF-förlopp, med undantag för *AML/ALL*, når det nationella målet om 80 procent inom angivna ledtider under studerad period. Region Skånes övergripande måluppfyllelsen låg långt under det nationella målet och lägre än den övergripande måluppfyllelsen för riket. Vidare låg den genomsnittliga ledtiden per SVF-förlopp i Region Skåne till olika grad över den nationellt angivna ledtiden under hela perioden. Inom de största förloppen utmärker sig *Cancer i urinblåsan och urinvägarna* genom särskilt långa ledtider jämfört med målen och en mycket låg måluppfyllelse. Även rikets siffror är låga inom detta förlopp, vilket tyder på en systematisk problematik även utanför Region Skåne. Generellt kan det observeras en tendens mot ökande ledtider för de största och minsta förloppen under perioden 2021–2022, i efterförloppet av covid-19-pandemin. Denna trend har nu börjat stabilisera sig och en viss återhämtning kan ses under 2023.

5.2 Revisionsfråga 2: Bedrivs arbetet med SVF på ett ändamålsenligt sätt?

5.2.1 Tillgängligheten för utredningar/undersökningar

Sironas bedömning är att det finns betydande utmaningar, som har fortgått under flera år, i att bedriva SVF på ett ändamålsenligt sätt avseende tillgänglighet för utredning/undersökningar. Detta är främst på grund av de kompetensförsörjningsproblem som rapporteras inom flera led av utredningsfasen och som påverkar hela flödet samt ökar frustration både hos patienter och vårdpersonal. Åtgärder har genomförts och det finns pågående arbeten med att bemöta dessa utmaningar, både på verksamhets- och övergripande nivå, bland annat identifiering av lokala flaskhalsar och ökad selektering till MDK. Sirona bedömer dock att Region Skåne som helhet behöver lägga ytterligare fokus på att säkerställa god arbetsmiljö, genomföra fler lokala och regionala förbättringsåtgärder samt säkra samverkan mellan enheter för att tillförsäkra att arbetet med SVF bedrivs på ett ändamålsenligt sätt avseende tillgängligheten för utredningar/undersökningar. Ansvar för detta delas mellan samtliga berörda nämnder men det övergripande ansvaret vilar på regionstyrelsen.

5.2.2 Tillgängligheten operation/åtgärd

Sironas bedömning är att SVF avseende tillgängligheten till operation/åtgärd bedrivs på ett ändamålsenligt sätt inom samtliga verksamheter förutom på Sus. Kompetensförsörjningsproblemet har framförts som en viktig orsak och är mest påtagligt inom operation och anestesi, särskilt på Sus. Utmaningen inom kompetensförsörjningen medför även brist på vårdplatser. Sus har flera planerade aktiviteter för att förbättra arbetet gällande cancervården, men åtgärderna är i inledningsfasen varför det är svårt att bedöma deras effekt. Sjukhusstyrelse Sus har ett särskilt ansvar för detta.

5.2.3 Tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling

Sironas bedömning är att det finns olika uppfattningar och förståelse kring hur tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling är fastställt. Detta skapar olika motivationsnivåer för att uppfylla fastställda ledtider, oklarhet kring hur vårdpersonalen ska förhålla sig till tidsmålen och oklarhet vad det innebär att bedriva arbetet med SVF på ett ändamålsenligt sätt. Det saknas ett enhetligt stöd för de



uppsatta målen för ledtiderna, och flera tillfrågade menade att respektive SVF inte tar hänsyn till rådande förutsättningar och att fokus i stället bör ligga på medicinskt behov, oavsett angiven ledtid. Vid tvetydigheter inom leddidsmålen betydelse tenderar olika arbetssätt att utformas. Det krävs en samsyn och ett enhetligt stöd kring leddidsmålen betydelse för att på ett ändamålsenligt sätt bedriva arbetet inom SVF. Hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelserna och primärvårdsnämnden har ett gemensamt ansvar för att detta mål blir förtydligt.

5.2.4 SVF inom primärvården

Region Skåne har vidtagit ett antal åtgärder för att involvera primärvården inom SVF-förloppen och de har idag en nyckelroll. Sironas bedömning är att arbetet med SVF i stort bedrivs på ett ändamålsenligt sätt inom primärvården. Det pågår regionala och nationella arbeten inom de utmaningar som har framförts, bland annat ett nationellt arbete med att ”smalna av” nuvarande kriterier för välgrundad misstanke. Sironas bedömning är att primärvården som helhet arbetar engagerat utifrån AKO-riktlinjerna och det noteras att det finns en kvalitetssäkring i att det genomförs särskilda utredningar om en patient fångas upp för sent eller om ofullständiga remisser skickas till specialistvården. Primärvården har flera utmaningar, bland annat att patienters symptom kan vara atypiska samt oro att förbise patienter som bör remitteras. Ansvaret för detta åvilar hälso- och sjukvårdsnämnden samt primärvårdsnämnden.

5.2.5 Återfallscancer

Sironas bedömning är att arbetet för återfallscancer generellt sett bedrivs på ett ändamålsenligt sätt men det krävs en struktur och mer inriktat arbete beträffande återfallscancer. Det finns inga specifika riktlinjer för återfallscancer men Region Skånes inriktning förefaller vara att i princip hantera misstanke om återfallscancer som ett SVF-förlopp, men utan angivna ledtider. Sironas bedömning är att ett eget SVF-förlopp för återfallscancer vore önskvärt men inser att denna fråga lämpligen hanteras inom ramen för det nationella arbetet kring SVF.

5.2.6 Jämlik vård

Sironas bedömning är att arbetet inom SVF med att främja jämlik vård uppvisar brister och att det krävs åtgärder för att hantera dessa utmaningar. Införandet av SVF har medfört etableringen av strukturerade och likvärdiga vårdprocesser för att möjliggöra en mer jämlik vård. Införandet av SVF-förloppen hade som målsättning att säkerställa att alla patienter får en likvärdig utredning. Trots detta finns en påtaglig diskrepans beträffande ledtider mellan patienter med hemkommun i centrala och sydvästra Skåne⁸ jämfört med patienter i övriga Skåne samt utomlänspatienter. Helsingborgs lasarett har, som nämnt tidigare, lyckats minska deras ledtider inom urologi men detta område har fortfarande långa ledtider på Sus. Det pågår arbeten inom Region Skåne för att hantera dessa utmaningar men ytterligare åtgärder krävs. Berörda nämnder som ska säkerställa jämlik vård tillfaller samtliga sjukhusstyrelser, primärvårdsnämnden samt hälso- och sjukvårdsnämnden.

5.3 Revisionsfråga 3: Har ansvariga styrelser/nämnder vidtagit tillräckliga åtgärder för att minska konsekvenserna av de hinder/trånga sektorer som finns i systemet och varit kända sedan tidigare?

Sironas bedömning är att ansvariga styrelser/nämnder (regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet och sjukhusstyrelser) vidtagit vissa åtgärder för att minska konsekvenserna av de hinder som finns och varit kända sedan tidigare. Dessa åtgärder bedöms dock inte som tillräckliga för att påtagligt minska de långa ledtiderna. Tillgänglighet



inom cancervården är en högt prioriterad fråga i Region Skåne och det pågår arbeten som avser att vidta åtgärder för att minska konsekvenserna av de trånga sektorer som finns i systemet. Den mest centrala och avgörande faktorn som identifierats som ett hinder för att säkerställa tillgänglighet inom cancervården är emellertid det stora kompetensförsörjningsproblem som rapporterats. Åtgärdsplaner för att bemöta detta finns i förbättringsplanen från Skåne University Hospital Comprehensive Cancer Centre (SUHCCC) men dessa bedöms ej som tillräckliga för att lösa frågan för Region Skåne som helhet.

5.4 Revisionsfråga 4: Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?

Sironas bedömning är att alltför långa ledtider påverkar patienternas psykiska och fysiska mående negativt och att arbetet med tydlig och kontinuerlig information är avgörande för att patienten och dennes närstående ska uppleva trygghet i sin vårdprocess. En fördröjd behandling innebär även ineffektivitet i vårdprocesserna, frustration hos vårdpersonal och kan innebära en ökad risk för allvarliga konsekvenser för patienten i de fall en botande behandling inte längre är möjlig. Detta innebär i så fall att vården kan behöva genomföra betydligt mer avancerade och resurskrävande åtgärder. Bedömningen är därmed att för långa ledtider påverkar både patienten och vårdpersonalen negativt och innebär ökade kostnader för Region Skåne.

5.5 Sammanfattande bedömning

Granskningens syfte har varit att bedöma om cancervården och arbetet med de standardiserade vårdförloppen inom Region Skåne bedrivs på ett ändamålsenligt sätt för att tillgodose befolkningens behov. Arbetet med SVF har utvecklats på ett positivt sätt under senare år och innebär mer enhetliga och evidensbaserade arbetsrutiner men betydande utmaningar existerar fortfarande i att säkerställa god tillgänglighet inom cancervården. De största hindren utgörs av kapacitetsbrist inom specifika vårdprocesser, vilket i hög grad tillskrivs kompetensförsörjningsproblem inom kritiska verksamheter i både utrednings- och behandlingsfasen. De beskrivna bristerna var i hög grad rådande redan vid granskningen som gjordes 2019 och har i vissa delar förvärrats.

Vissa åtgärder har vidtagits av hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelser och primärvårdsnämnden för att öka tillgängligheten. Dessa åtgärder bedöms dock inte vara tillräckliga för att tillgodose befolkningens behov av en välfungerande och lättillgänglig cancervård. Det har även identifierats en diskrepans i uppfattningen om betydelsen av att uppfylla ledtidsmål inom Region Skåne vilket skapar svårigheter vad gäller samsyn, enhetlighet och ändamålsenligt arbete för att öka tillgängligheten.

Granskningen har identifierat ett antal brister i Region Skånes arbete för att säkerställa tillgänglighet inom cancervården, som framhålls i resultat och övergripande iakttagelser ovan. Kommunallagen³⁵ anger att verksamheter ska bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheter. För att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens³⁶ bestämmelser om vård på lika villkor och Patientlagens³⁷ bestämmelser om tillgänglighet (kapitel 2), information (kapitel 3), delaktighet

³⁵ Kommunallag (2017:725), kapitel 6§15

³⁶ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), kapitel 3§1

³⁷ Patientlag (2014:821), kapitel 2, 3, 5 och 6



(kapitel 5), fast vårdkontakt och individuell planering (kapitel 6), bör regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelserna och primärvårdsnämnden vidta åtgärder för att hantera och åtgärda bristerna. Det bör också ske för att säkerställa att angivna krav och mål i Region Skånes verksamhetsplan samt Södra sjukvårdsregionens- och Region Skånes cancerplaner uppfylls och utvärderas.

Sironas samlade bedömning är att Region Skånes arbete med tillgänglighet inom cancervården totalt sett inte är ändamålsenligt och att skyndsamma åtgärder krävs för att säkerställa att patienter har tillgång till god och jämlik vård. Denna problematik har varit rådande under flera år och därmed krävs ett krafttag inom cancervården i Region Skåne för att identifiera åtgärder och genomföra dem omgående.

6 Rekommendationer

Med anledning av granskningens samtliga iakttagelser, analyser och bedömningar rekommenderar Sirona följande:

1. Regionstyrelsen rekommenderas att, tillsammans med Hälso- och sjukvårdsnämnden, göra ytterligare ansträngningar på strategisk nivå för att åtgärda rådande kompetensförsörjningsproblematik inom sjukhusvården, som i nuläget allvarligt försämrar förutsättningarna för att bedriva en välfungerande och lätt tillgänglig cancervård. Generellt förbättrad kompetensförsörjning torde inte enbart gynna cancervården utan även vara till gagn för övriga verksamhetsområden.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att vidta skyndsamma åtgärder för att klargöra ytterligare orsaker till flaskhalsar inom cancervården som påverkar ledtiderna, särskilt med avseende på de betydande utmaningar som har identifierats inom Sus.
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att, i samråd med berörda sjukhusstyrelser, vidta åtgärder för att främja pågående strävanden att i ökad omfattning omfördela utvald kirurgi från Sus till Helsingborgs lasarett och Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK).
4. Samtliga berörda nämnder och styrelser (regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, nämnden för operativ regiongemensam verksamhet och sjukhusstyrelser rekommenderas att stimulera att verksamheterna fortsätter att utveckla det pågående arbetet inom standardiserade vårdprocesser samt arbetet med uppgiftsväxling mellan olika yrkesgrupper, med det övergripande syftet att höja effektiviteten i vårdsystemet som helhet.



7 Bilagor

7.1 Bilaga 1: Granskade dokument

- Granskning genomförd av Capire på uppdrag av Region Skånes revisorer. Granskning av tillgänglighet inom Region Skånes hälso- och sjukvård – cancervården. Oktober 2019.
- Regional cancerplan 2019 – 2022: Handlingsplan Region Skåne
- Hälso- och sjukvårdsnämndens redovisning av det samlade tillgänglighetsarbetet i Region Skåne
- Sjukhusstyrelse Sus verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2021
- Cancerplanen för Södra sjukvårdsregionen 2023–2025 (Södra regionvårdsnämnden 2022-09-30)
- Sjukvårdsnämndernas regionala uppföljningsplan för hälso- och sjukvården 2023 (2022-10-03)
- Hälso- och sjukvårdsnämndens förslag till hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag om regionsbidragsfördelning 2023 (HSN 2022-10-20)
- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne (RF 2022-12-13)
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024–2025 (RF 2022-12-13)
- Regional cancerplan 2022 – 2025: Handlingsplan Region Skåne
- Sjukhusstyrelse Sus svar på initiativärende - Angående handlingsplan cancervården på Skånes universitetssjukhus (Sjukhusstyrelse Sus 2023-03-02)
- Hälso- och sjukvårdsnämnden, Verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2022 (HSN 2023-03-16)
- Skåne University Hospital Comprehensive Cancer Centre (SUHCCC), Improvement Action Plan (Styrgrupp SUHCCC 2023-06-20)
- Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på initiativärende - Krisplan för cancervården (HSN 2023-06-22)
- Hälso- och sjukvårdsnämnden, Verksamhetsberättelse för januari-augusti 2023 (HSN 2023-09-28)
- Nämnden för operativ regiongemensam verksamhets initiativärende - Åtgärder för en bättre arbetsmiljö inom laboratoriemedicin (Nämnden för operativ regiongemensam verksamhet 2023-09-29)



7.2 Bilaga 2: Intervjuade personer

Intervjupersoner från nämnder och styrelser

- Ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
- 1:e vice ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
- 2: a vice ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Ordförande, Sjukhusstyrelse Sus
- 1: vice ordförande, Sjukhusstyrelse Sus
- 2: vice ordförande, Sjukhusstyrelse Sus

Intervjupersoner från förvaltningar- och verksamhetschefer

- Förvaltningschef, Centralsjukhuset Kristianstad
- Förvaltningschef, Helsingborgs lasarett
- Förvaltningschef, Skånes universitetssjukhus
- Utvecklingschef, Primärvården
- Verksamhetschef, Klinisk genetik, patologi och molekylär diagnostik
- Verksamhetschef, Bild och funktion, Skånes universitetssjukhus

Intervjupersoner från Regionala cancercentrum och cancersamordnare

- Medicinsk rådgivare, Regionalt cancercentrum Syd
- Cancersamordnare, Region Skåne
- Cancersamordnare, Centralsjukhuset Kristianstad, Hässleholm
- Cancersamordnare, Helsingborg och Ängelholm
- Cancersamordnare, Lund, Malmö och Landskrona
- Cancersamordnare, Ystad och Trelleborg

Intervjupersoner från genomfört studiebesök på Sus

- Leg. Läkare, Skånes universitetssjukhus
- SVF-koordinator, Skånes universitetssjukhus
- SVF-koordinator, Skånes universitetssjukhus
- Kontakt-sjuksköterska, Skånes universitetssjukhus

Intervjupersoner från AKO Skåne och patientorganisationer

- AKO Koordinator, AKO Skåne
- Ordförande, Palema
- Ordförande, Prostatacancerförening Syd
- Ordförande, Pärlan Helsingborg



7.3 Bilaga 3: Intervjuguide

Nedan presenteras de frågor som intervjuerna utgick från. Intervjuerna var semistrukturerade och vissa frågor anpassades under respektive intervjus gång.

1. Berätta om dig och din nuvarande roll och uppgift!
2. Hur ser du på mål och måluppfyllelse vad gäller tillgängligheten i sjukvården? (Vilken betydelse har SVF för tillgängligheten inom cancervården?)
3. Vilka problem och hinder beträffande SVF finns/har funnits?
4. Specifika problem och åtgärder/satsningar inom olika verksamhetsområden?
5. Hur fungerar arbetet avseende tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling?
6. Hur fungerar arbetet för att förbättra tillgänglighet till utredningar?
7. Hur fungerar arbetet för att förbättra tillgänglighet till operation/åtgärd?
8. Synpunkter på arbetet vid återfallscancer?
9. Synpunkter på arbetet betr. jämlik vård?
10. Vilka styrdokument anser du vara viktigast?
11. I vilken grad har styrdokumenterna följts?
12. Synpunkter på roller och ansvarsområden för att förbättra SVF siffror?
13. Hur sker uppföljning och återrapportering rent konkret?
14. Anser du att åtgärderna som vidtagits av ansvariga styrelser/nämnder varit ändamålsenliga?
15. Vad blir konsekvenserna om ledtiderna blir för långa?
16. Övriga synpunkter?



7.4 Bilaga 4: Ytterligare statistik avseende ledtider inom SVF Region Skåne

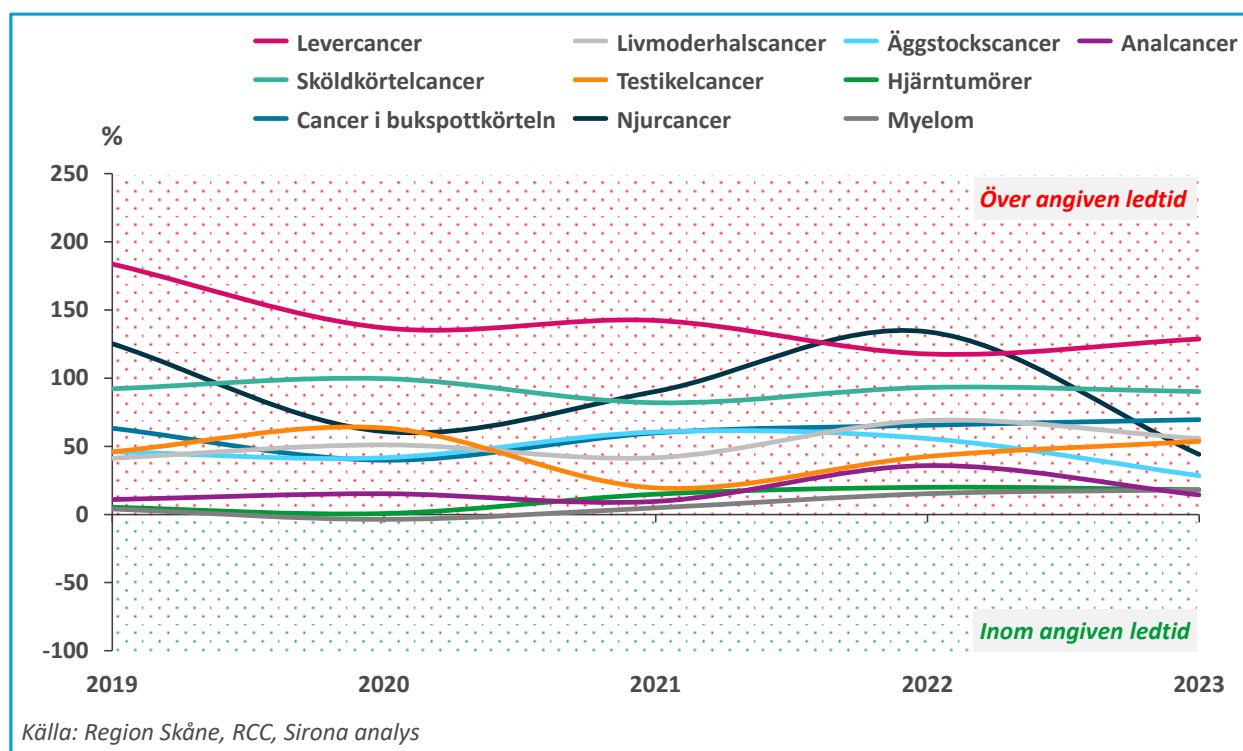
*Tabell 1: Andel patienter som genomgår SVF inom den angivna ledtiden per förlopp, Region Skåne och riket, 2022.
Källa: RCC.*

SVF-förlopp	Region Skåne	Riket
Sammantaget för samtliga förlopp	30 %	42 %
Akut lymfatisk leukemi (ALL)	67 %	90 %
Akut myeloisk leukemi (AML)	93 %	80 %
Anal	42 %	58 %
Bröst	25 %	41 %
Buksarkom	21 %	42 %
Bukspottskörtel	16 %	47 %
Cancer utan känd primärtumör (CUP)	50 %	55 %
Gallblåsa-gallgång	24 %	48 %
Hjärna	35 %	54 %
Huvud-hals	43 %	53 %
Kronisk Lymfatisk Leukemi (KLL)	53 %	62 %
Lever	20 %	43 %
Livmoderhals	18 %	27 %
Livmoderkropp	35 %	40 %
Lunga	12 %	27 %
Lymfom	54 %	66 %
Matstrupe-mage	36 %	40 %
Melanom	55 %	57 %
Myeloproliferativ neoplasi (MPN)*	-	-
Myelom	55 %	59 %
Neuroendokrina buktumörer	25 %	50 %
Njure	15 %	35 %
Ospecifika symptom	55 %	63 %

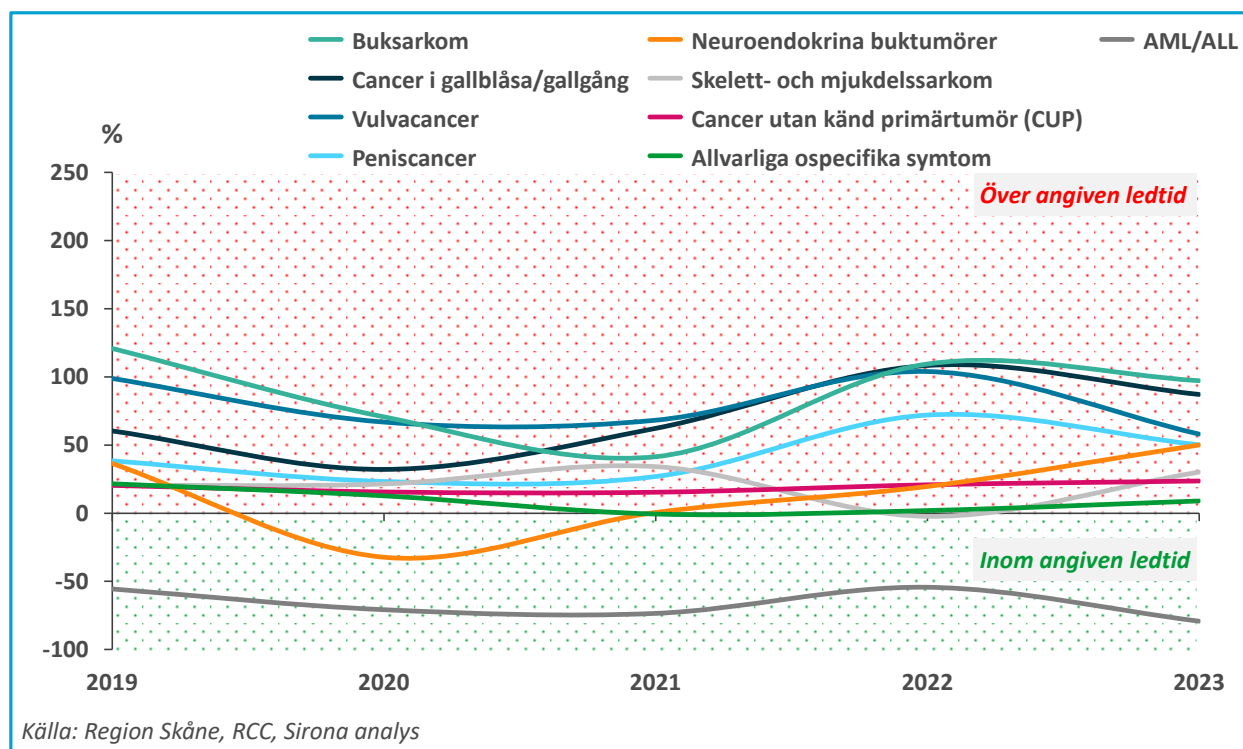


Penis	56 %	26 %
Prostata	19 %	30 %
Sarkom, skelett	65 %	61 %
Sköldkörtel	9 %	44 %
Testikel	18 %	51 %
Tjock- och ändtarm	27 %	49 %
Urinblåsa	5 %	14 %
Vulva	4 %	32 %
Äggstock	33 %	42 %

*Statistik presenteras inte på grund av för lågt antal patienter.



Figur 5: Genomsnittlig ledtid per SVF i Region Skåne, tio mellanstora förloppen sett till antal STBH, differens från angiven ledtid (procent), 2019 – 2023 (till och med 1 oktober).



Figur 6: Genomsnittlig ledtid per SVF i Region Skåne, nio minsta förloppen, differens från angiven ledtid (procent), 2019 – 2023 (till och med 1 oktober).