

Uppföljande granskning -

Införande av standardiserade vårdförlopp under år 2016

Region Gävleborg

Mars 2020

Projektledare Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor

Projektmedarbetare Hanna Waddington



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	2
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	4
Kontrollfrågor	4
Avgränsning	4
Metod	4
laktagelser och bedömningar	5
Kontrollfråga 1	5
laktagelser	5
Bedömning	7
Kontrollfråga 2	7
laktagelser	7
Bedömning	9
Kontrollfråga 3	9
laktagelser	9
Bedömning	10
Revisionell bedömning	11
Rekommendationer	11
Bilagor	12

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg genomfört en uppföljande granskning av den tidigare granskningen *Införande av standardiserade vårdförlopp år 2016*. Den uppföljande granskningen har genomförts under perioden februari till mars 2020 genom intervjuer och dokumentgranskning,

Syftet med den uppföljande granskningen var att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det vidtagits åtgärder med anledning av den tidigare granskningens resultat. Den övergripande revisionsfrågan som besvaras är:

Har åtgärder vidtagits för att komma tillrätta med de brister som uppdagats i samband med tidigare granskning avseende införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Vår samlade revisionella bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden till övervägande del har säkerställt att åtgärder vidtagits med anledning av den tidigare granskningen avseende införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

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

Kontrollfråga 1: Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tydliggjort åtgärder och arbetat med dessa med hänsyn tagen till de risker som uppdagats vid genomförd riskanalys?

Vi bedömer att kontrollfrågan till övervägande del är uppfylld.

Kontrollfråga 2: Har åtgärder vidtagits inom Region Gävleborg för att förbättra kvaliteten på det data som används för att följa upp ledtider gällande de standardiserade vårdförloppen?

Vi bedömer att kontrollfrågan till övervägande del är uppfylld.

Kontrollfråga 3: Finns information avseende introduktion och fortskridandet avseende införandet av standardiserade vårdflöden?

Vi bedömer att kontrollfrågan till övervägande del är uppfylld.

Rekommendationer

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- säkerställa att en riskanalys genomförs avseende arbetet med SVF i en nu förvaltande organisation.
- säkerställa att arbetet med SVF är personoberoende genom dokumenterade rutiner avseende informationsspridning och det situationsbaserade dialogarbetet.
- säkerställa implementering av det kommande journalsystemet med syfte att minska manuellt arbete och dubbeldokumentation.
- överväga om en bredare informationsspridning av checklistan på ett positivt sätt kan bidra till utvecklingsarbetet avseende SVF i regionen.

Inledning

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.

En satsning har genomförts i Region Gävleborg avseende införande av standardiserade vårdförlopp och år 2017 genomförde revisionen en granskning, *Införande av standardiserade vårdförlopp år 2016*. Den sammantagna revisionella bedömning var att Hälso- och sjukvårdsnämnden i begränsad utsträckning styrt och säkerställt att arbetet med introducering och implementering av standardiserade vårdförlopp i cancersjukvården bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

Vid granskningen framkom ett antal brister vilka bland annat rörde

- Framtagandet av aktiviteter kopplat till den riskanalys som tagits fram avseende hur införandet av standardiserade vårdförlopp påverkar helheten inom hälso- och sjukvården.
- Behov av förbättrat data som används för att mäta ledtider.
- Information avseende introduktion och implementering av utvecklingen avseende införandet av standardiserade vårdförlopp.

Hälso- och sjukvårdsnämnden svarade, (17-12-13), med följande kommentarer:

1. Intensifiera arbetet med framtagna riskanalys genom att minimera risker med prioriterade aktiviteter samt tydliggöra ansvar för genomförande och uppföljning
2. Vidta åtgärder för att säkra tillförlitligheten i in och utdata
3. Initiera att information mer kontinuerligt ges om hur introduceringen och implementeringen av de standardiserade vårdförloppen fortskrider

På uppdrag av revisorerna i Region Gävleborg har nu PwC fått uppdraget att genomföra en uppföljande granskning av den tidigare granskningen.

Syfte och revisionsfråga

Syftet med den uppföljande granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det vidtagits åtgärder med anledning av den tidigare granskningens resultat.

Revisionsfråga:

Har åtgärder vidtagits för att komma tillrätta med de brister som uppdagats i samband med tidigare granskning avseende införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Revisionskriterier

Kommunallagen 6:6 samt de åtgärder som hälso- och sjukvårdsnämnden redovisade för i sitt svar på den tidigare granskningen.

Kontrollfrågor

1. Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tydliggjort åtgärder och arbetat med dessa med hänsyn tagen till de risker som uppdagats vid genomförd riskanalys.
2. Har åtgärder vidtagits inom Region Gävleborg för att förbättra kvaliteten på den data som används för att följa upp ledtider gällande de standardiserade vårdförloppen?
3. Finns information avseende introduktion och fortskridandet avseende införandet av standardiserade vårdflöden.

Avgränsning

Revisionsobjekt är hälso- och sjukvårdsnämnden.

Metod

Den uppföljande granskningen har omfattat intervjuer med cancersamordnare, programområdesansvarig cancersjukdomar, LEAN-samordnare samt tre processägare med ansvar för resultat och framdrift av en eller flera SVF. Därutöver har en granskning gjorts av protokoll från Hälso- och sjukvårdsnämnden möten 2018-2019, handlingsplaner och rapporter från 2018 och 2019 avseende standardiserade vårdförlopp samt annan dokumentation från projektgruppen för standardiserade vårdförlopp, se bilaga.

Iakttagelser och bedömningar

Kontrollfråga 1: Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tydliggjort åtgärder och arbetat med dessa med hänsyn tagen till de risker som uppdragats vid genomförd riskanalys.

Iakttagelser

Från tidigare granskning av införandet av standardiserade vårdförlopp år 2016, genomförd 2017, identifierades att en riskanalys var framtagen år 2016. Dock var denna inte fullständig. För att uppnå önskade resultat och minimera uppmärksammade risker krävs att prioriterade aktiviteter genomförs. Granskningen framhåller att risker behöver tydligare brytas ner och förtydligas. Riskanalysen bör även innehålla ansvar för genomförande av aktiviteter och tillhörande uppföljning.¹

De tre riskerna med högst riskvärde berörde områdena:

- Brist på läkare
- Ökad press på medarbetare och avsaknad av systemstöd
- Medarbetare tror ej på projektet

I protokoll från Hälso- och sjukvårdsnämnden, december 2017, framgår att verksamheten har ett fokus på ett förbättringsarbete avseende implementering och uppföljning.

Gällande brist på läkare framhåller de intervjuade att läkarbristen under de senaste åren har minskat och att verksamheterna idag, genom insatser kring rekrytering, har en god bemanning för att kunna upprätthålla kontinuitet och kompetens inom arbetsgrupperna.

För de hyrläkare som verksamheten ändå måste ta in har ett protokoll med arbetsrutiner tagits fram som ska underlätta deras arbete. Protokollet innehåller exempelvis information om hur verksamheten arbetar, vad som förväntas av dem som hyrläkare samt hur de fångar patienterna på bästa sätt.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har dessutom fattat ett beslut (december 2018) om ett oberoende av inhyrd personal. I samband med detta gavs ett uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektör att planera för erforderliga stimulerande incitament för den egna personalen i syfte att nå målet om att bli oberoende av inhyrd personal.

Vad gäller systemstöd pågår ett arbete. Regionen har beslutat att byta journalsystem och i december 2018 var upphandlingen klar. Nu pågår ett förberedande arbete och regionen kommer påbörja implementeringen som tidigast 2022 och 2023.² Ett nytt och modernt journalsystem ska underlätta det administrativa arbetet för medarbetare, så även registrering och säkerställande av data. Informationsöverföringen kommer underlättas och särskilt värdefullt är att primärvård och specialistvård kommer ha samma system vilket de inte har idag. Detta kommer underlätta vårdflödet för cancerpatienter enligt de intervjuade. Ett annat exempel på en brist avseende nuvarande system är

¹ Införande av standardiserade vårdförlopp år 2016

² <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/e-halsa/framtidens-var-dinformationsstod--fvis/>

dubbeldokumentation. De intervjuade lyfter att medarbetare idag dubbeldokumenterar då de måste registrera uppgifter både i journal, SIGNE-databasen samt kvalitetsregister. Förhoppningen med det nya journalsystemet är att dokumentation endast ska behöva göras en gång i ett kärnsystem och att informationen sedan därifrån kan föras över till andra system automatiskt.

För att underlätta den dagliga styrningen använder verksamheterna ett visualiseringsverktyg och ett arbete är påbörjat kring automatisk överföring av data till detta verktyg.

För att öka medarbetarnas tro på införandet av SVF framhåller samtliga av de intervjuade att ett omfattande och väl strukturerat arbete har gjorts av stödpersoner såsom cancersamordnare och programansvarig för cancersjukdomar avseende insatser kring information, utbildning och dialog uti hela organisationen. Intervju med projektgruppen för införandet av SVF visar att det finns ett strukturerat arbete med systematiska uppföljningsmöten med verksamheterna. Detta är dock inte dokumenterat i en rutin.

Utifrån cancerstrategin har en checklista tagits fram år 2018 med uppföljningsfaktorer för samtliga SVF. Dessa innehåller uppföljningsfaktorer inom områdena: vårdens struktur, dokumentation, patientens ställning, prevention och forskning. Projektgruppen för införandet använder denna checklista som ett verktyg för att säkra implementering av SVF. Av intervjuer framgår att checklistan ej är känd för processägare samtidigt lyfter de att samtliga processägare får besvara och redogöra för arbetet med implementering av SVF en gång per år. Vidare framgår att den genomförda riskanalysen från 2016 ej är känd av processägarna.

I samband med införande av fler SVF under 2017 och 2018 har ingen ny riskbedömning tagits fram. Av intervjuer framgår att orsaken till detta är att de som ansvarar för riskanalysen från 2016 ansåg att den var fortsatt aktuell för åren 2017 och 2018. Någon vidareutveckling av analysen finns inte dokumenterad avseende framtagande av aktiviteter, genomförande och uppföljning samt vem som bär ansvar för dessa. Samtidigt finns Handlingsplaner framtagna för år 2018 och 2019 vilka hanterar frågorna kring åtgärder för att säkerställa en tillförlitlig in- och utdata samt informationsarbetet till medarbetare. Dessa ska båda ha presenterats för Hälso- och sjukvårdsnämnden men enligt protokollgranskningen kan endast Handlingsplan för 2019 ses som beslutad (2019-04-25, §68). Att Handlingsplanen för 2018 skulle vara beslutad av Hälso- och sjukvårdsnämnden framgår inte.

Under år 2019 har en ny sjukvårdsregional utvecklingsplan för cancervården tagits fram, Cancerplan 2019-2021. Av Hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll i april 2019 går att läsa att Region Gävleborgs handlingsplan är uppbyggd för att användas praktiskt med mål och aktiviteter, samt följs upp årligen av RCC Uppsala-Örebro. Cancerplan 2019-2021 är antagen av Samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion den 6 december 2018. I maj 2019 fattar Hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om både Cancerplan 2019-2020 och Handlingsplan 2019-2021 (2019-05-29, §87).

Bedömning

Vi bedömer att kontrollfrågan "Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tydliggjort åtgärder och arbetat med dessa med hänsyn tagen till de risker som uppdagats vid genomförd riskanalys?" till övervägande del är uppfylld.

Granskningen visar att verksamheterna fortfarande bedömer riskanalysen från 2016 som gällande. Någon ny riskanalys är inte framtagen. Granskningen visar att åtgärder avseende läkarbrist, systemstöd och stöd för medarbetarens tro på projektet har genomförts sedan granskning 2017 och att åtgärder fortfarande pågår.

Vi bedömer att projektgruppen för införandet av SVF aktivt driver arbetet framåt. Samtidigt finns en sårbarhetsrisk då arbetet inte styrs av dokumenterade och kända rutiner (riskanalys och checklista är inte kända i verksamheten, dokumenterade rutiner för uppföljning saknas) och är personberoende (leds av ett fåtal personer).

Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att beslut fattas av handlingsplaner.

Kontrollfråga 2: Har åtgärder vidtagits inom Region Gävleborg för att förbättra kvaliteten på det data som används för att följa upp ledtider gällande de standardiserade vårdförloppen?

Iakttagelser

Uppföljning av standardiserade vårdförlopp sker genom registrering av ledtider vilka inkluderar mätpunkter för tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling. 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.³ En överföring av data, dvs KVÅ-koder, sker automatiserat från journalsystemet till den nationella väntetidsdatabasen SIGNE.

Tidigare granskning från 2017 visar att regionen har haft en utmaning avseende korrekt registrering av KVÅ-koder och ledtider varför Hälso- och sjukvårdsnämnden, i sitt svar till revisorerna, har påtalat vikten av att vidta åtgärder för att säkra tillförlitligheten i in- och utdata.

I redovisningen av arbetet med standardiserade vårdförlopp under 2019⁴ beskrivs att det fortfarande finns problematik som påverkar kodning och ledtider. Exempelvis är majoriteten av de remisser som skickas från primärvård in till specialiserad vård pappersremisser vilket leder till att ledtiden för ingången till utredning i de flesta SVF överskridits redan från start. Vidare går att läsa att det finns utmaningar inom patologin då det trots förbättringsarbete fortfarande finns en variation över möjlighet att leverera enligt svarstider för de enskilda SVF. Av redovisningen framgår att orsaken beror på kapacitetsbrister samt på beroende till andra regioner då vissa analyser sker i annan region. Slutsvar för dessa analyser som sker i annan region levereras med brev vilket

³ Information från Regionalt Cancercentrums hemsida, rcc.se

⁴ Region Gävleborgs redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2019

påverkar ledtiden negativt. Redovisningen för 2019 påpekar även att det finns en problematik avseende överföring av information mellan regioner. Registrering av KVÅ-koder på korrekt sätt i andra regioner brister.

I den senaste utvecklingsplanen, Cancerplan 2019-2021, går att läsa att Regionalt cancercentrum (RCC) i sjukvårdsregionen Örebro-Uppsala under 2018 gjort en extra satsning gällande kvalitetssäkring mot data. Genom intervjuer bekräftas att det finns ett bra samarbete med RCC där arbetsgrupper för de olika SVF med representanter från alla sjukvårdsregionens regioner samarbetar och tar stöd i varandra. I regionens handlingsplan för 2019-2021 är en åtgärd att effektivisera överföring av patienter mellan regioner. Ansvarig är processägare och uppföljning görs en gång per år.

Av intervjuer framgår även att det finns utmaningar i att koda korrekt ute i verksamheten. Som stöd till verksamheterna har ett flödesschema och rutiner för kodning tagits fram vilket beskriver var, av vem och när kodning ska ske. Kodningen sker av olika professioner beroende på verksamhet. Det varierar mellan medicinska sekreterare, kontaktsjuksköterskor och/eller utsedda SVF-koordinatorer. Antalet fel i kodningen har minskat under åren även om det fortfarande är ett problem och de intervjuade framhåller att det är ett ständigt utvecklingsarbete. En problematik som finns är att läkare ej dikterar korrekt avseende registrering av koder vilket medför att sekreterare ej kan registrera korrekt i IT-systemet. För att förhindra att dessa fel uppstår har en dikteringsmall tagits fram som stöd till läkare. Av intervjuer framgår att det blivit bättre men att fel fortfarande uppstår. Samtidigt framhåller de intervjuade att det finns svårigheter att få läkare att genomföra ytterligare administrativa uppgifter. De lyfter att läkare inte ser att denna registrering ger ökad kvalitet för den enskilde patienten varför kodning och registrering mest känns som en administrativ börda i det dagliga arbetet.

Sedan start av införandet av SVF har ett arbete pågått med att utbilda och stötta verksamheterna i hur de ska koda korrekt. Cancersamordnaren har en central plats i detta arbete och fungerar som processstöd för de medarbetare som registrerar och kodar. Cancersamordnare har ett nära samarbete med berörda verksamheter.

Det finns ett cancerråd där samtliga processägare medverkar och under möten är kodning en stående diskussionspunkt om hur det går att förbättra och förenkla arbetet. Vidare följer cancersamordnare upp vårdförloppen och kodning i väntetidsdatabasen SIGNE och återkopplar till verksamheten där felsökning uppdragas vilka då kan rättas till. Det finns verksamheter som själva följer upp sin registrering. Exempelvis gör kirurgmottagningens koordinators en daglig koll vilket förenklar rättning av eventuell felsökning avsevärt då detta sker i närtid.

I regionens handlingsplan för 2019 går att läsa att ett av målen är att effektivisera överförandet av patienter mellan regionerna, vilket processägare ansvarar för. Ett arbete har påbörjats på sjukvårdsregionen Örebro Uppsala med syfte att motverka att fel uppstår för de patienter som vårdas i annan region. Av intervjuer framgår även att verksamheterna arbetar för att följa upp så att kodningen blir rätt genom direkt kontakt med den verksamhet och regionen som patienten skickas till. Även de multiprofessionella konferenserna är ett forum där denna problematik omhändertas och där kommunikation sker kring vem som tar ansvar för registrering av KVÅ-koder. En ytterligare

kvalitetshöjning av data har skett då cancersamordnare även följer upp dessa patienter som rör sig mellan regionerna.

En del i förbättringsarbetet som de intervjuade framhåller är införandet av daglig styrning med ett visualiseringsverktyg. Visualiseringsverktyget hjälper verksamheten att dagligen se patientens vårdflöde och därmed underlätta säkerställandet av registrering av KVÅ-koder.

Bedömning

Vi bedömer att kontrollfrågan *“Har åtgärder vidtagits inom Region Gävleborg för att förbättra kvaliteten på den data som används för att följa upp ledtider gällande de standardiserade vårdförloppen?”* till övervägande del är uppfylld.

Bedömningen baseras på att antalet felkodningar minskat med tiden och att rättning allt mer sker i närtid. Ett nytt journalsystem är upphandlat och förväntas ytterligare förbättra kvaliteten på data.

Kontrollfråga 3: Finns information avseende introduktion och fortskridandet avseende införandet av standardiserade vårdflöden

lakttagelser

Under år 2018 övergick arbetet med SVF från projektform till förvaltning och under 2019 anpassades regionens organisationen Cancerstrategi i Gävleborg till det nationella systemet för kunskapsstyrning utifrån programområdet Cancersjukdomar.⁵ Den nationella kunskapsstyrningen syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården.⁶ Det är således genom den nya organisationen Region Gävleborg sprider information avseende standardiserade vårdförlopp och av intervjuer framgår att anpassningen till den nationella kunskapsstyrningen har varit ett stöd i utvecklingsarbetet.

Inom regionen finns en styrgrupp för standardiserade vårdförlopp där samtliga processägare sitter tillsammans med chefsläkare, cancersamordnare samt programområdesansvarig för cancervården. Informationsspridning sker från detta forum via processledare ut i verksamheten. Vidare sker informationsspridning via arbetsgrupper inom RCC som regelbundet har genomgångar med processägare och processledare. Här är fokus på uppföljning och genomgångarna tar stöd i nationella vårdprogram och SVFerna.

Sedan granskningen år 2017 har sjukvårdsregionen Örebro-Uppsala tagit fram en ny utvecklingsplan, Cancerplan 2019-2021, och utifrån denna har Region Gävleborg skapat en handlingsplan, 2019-2021, som beskriver hur aktiviteter ska genomföras. Båda dessa dokument har antagits av hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Gävleborg (2019-05-29 §87).

⁵ Handlingsplan 2019-2021 Programområde Cancersjukdomar

⁶

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>

I riskanalysen från 2016 framgår att för en av riskerna med de högsta riktvärdena, "risken att vi inte tror på att projektet kan lyckas", är åtgärden att skapa en kommunikationsplan. Någon sådan har regionen inte tagit fram. Istället har regionen medvetet valt att arbeta med informationsspridning och utbildning där behov uppstår, en så kallad situationsanpassad dialog. De intervjuade beskriver att stödpersoner som cancersamordnare och programområdesansvarig har en interaktiv dialog med medarbetarna där de kombinerar utbildning, information och aktivitet vilket de tycker har bäst effekt för att skapa förändring. Stödpersonerna arbetar således inte bara med ren information. Något som de intervjuade framhåller är att arbetet med information och utbildning har sett olika ut för alla de olika SVFerna. Det har funnit olika behov då de olika områdena har haft olika förutsättningar för att införa SVF. Exempelvis inom leukemi som tidigare arbetat med nationella vårdprogram fanns redan en vårdprocess att utgå ifrån och de var mogna avseende arbetssättet medan andra områden var mer ovana kring ett processbaserat arbete och behövde då mer stöd initialt. På så sätt har aktiviteterna sett olika ut.

Vidare ges information både via regionen intranät och via möten. Regionens cancersamordnare har varit ute i alla verksamheter på arbetsplatsträff och ledningsgruppsmöten. Cancersamordnare har genomfört dialogmöten mellan primär- och specialistvård samt hållit utbildningar för AT och ST-läkare.

Bedömning

Vi bedömer att kontrollfrågan "*Finns information avseende introduktion och fortskridandet avseende införandet av standardiserade vårdflöden?*" till övervägande del är uppfylld.

Standardiserade vårdförlopp är idag i förvaltning och på så sätt en del i verksamheternas ordinarie arbete. Det medför att specifik information kring införande inte finns idag. Vi uppfattar den situationsanpassade dialogen som ett sätt att använda de resurser som finns på bästa möjliga sätt för att säkerställa arbetet med SVF. Dock saknas dokumenterade rutiner för arbetet.

Det pågår ett ständigt arbete med utveckling och förbättring och för detta finns en tydlig organisation.

Revisionell bedömning

Vår samlade revisionella bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden till övervägande del har säkerställt att åtgärder vidtagits med anledning av den tidigare granskningen avseende införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Rekommendationer

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- säkerställa att en riskanalys genomförs avseende arbetet med SVF i en nu förvaltande organisation.
- säkerställa att arbetet med SVF ej är personoberoende genom dokumenterade rutiner avseende informationsspridning och det situationsbaserade dialogarbetet.
- säkerställa implementering av det kommande journalsystemet med syfte att minska manuellt arbete och dubbeldokumentation.
- överväga om en bredare informationsspridning av checklistan på ett positivt sätt kan bidra till utvecklingsarbetet avseende SVF i regionen.

Bilagor

Granskade dokument

- Protokoll från Hälso- och sjukvårdsnämnden, år 2018-2019
- Riskanalys SVF 2016
- Checklista med uppföljningsfaktorer för SVF
- Cancerplan 2019-2021
- Handlingsplan 2019-2021
- Region Gävleborgs redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2019
- Handlingsplan Region Gävleborg 2018
- Region Gävleborgs redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018
- Uppföljning av handlingsplan 2018
- Handlingsplan Region Gävleborg 2017
- Uppföljning av handlingsplan 2017
- Kortare väntetider i cancervården 2019
- Kortare väntetider i cancervården 2018

2020-03-23

Karin Magnusson
Uppdragsledare

Marie Lindblad
Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Gävleborg enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från februari 2020. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.