

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025

Fastställd 2025 09 24
Elisabeth Karlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

1. Organisation	1
2. Inklusionsmålet	1
3. Ledtidsmålet	2
4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025	3
5. PREM-enkäter	4
6. Användning av SVF-medel 2025	4
7. Fortsatt nationellt arbete med SVF	5
8. Bilaga 1 – uppföljning av ledtidsanalys 2024	5
9. Bilaga 2 – ledtidsanalys 2025	9

1. Organisation

- Finns det utmaningar vad gäller sjukvårdsorganisationen i arbetet med SVF. Om ja, vilka (till exempel samarbete primärvård, diagnostik, andra vårdgivare)?

Samarbetet mellan berörda sjukhuskliniker och diagnostik, enheterna Bild- och funktionsmedicin (BFM) och Patologi, fungerar bra. Verksamhetscheferna för dessa enheter finns med i regionens LPO-Cancer och frågor och förbättringsförslag tas upp vid dessa möten.

Inom primärvården, särskilt i Södra Lappland och Skellefteå, finns utmaningar då många hälsocentraler bemannas med hyrpersonal. Exempelvis är remisser med cancermisstanke inte alltid SVF-märkta. Även bytet av patientadministrativt system i april 2025 bidrar till att den specialiserade vården har behövt vara extra uppmärksamma vid bedömning av remisser. Ett bättre och tätare samarbete mellan primär- och specialiserad vård är planerat att starta under hösten. LPO-Primärvård är nu formerat i regionen och ordförande i LPO-Cancer samt cancersamordnaren har inplanerat möte med LPO-Primärvård med målet att ta fram rutiner för ett bättre kunskapsdelande om cancervård och SVF-arbete.

Som tidigare rapporterats utreder och behandlar Norrlands universitetssjukhus (Nus) patienter från de tre övriga regionerna i norra sjukvårdsregionen. Respektive sjukvårdsregional processledare för SVF-diagnoser har återkommande möten med regionala processledare dessutom anordnas för många cancerdiagnoser regionmöten där professionen möts för att diskutera riktlinjer, rutiner och förbättringsförslag. Respektive diagnoser möts även vid återkommande (ofta veckovis) multidisciplinära konferenser (MDK) där rutiner för överföring av patienter och medicinsk information mellan diskuteras.

2. Inklusionsmålet

- Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 19 augusti)?
- Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?
- Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

Region Västerbotten klarar inte inklusionsmålet 70 procent för första halvåret 2025. De diagnoser som har lägre inklusion är framför allt de större förloppen; prostatacancer och urinblåsecancer inom urologin, lungcancer, hudmelanom samt lungcancer. Under de första månaderna i det nya patientadministrativa systemet fokuserades resurser inom administration till att dokumentera (skriva) patientjournaler.

Region Västerbotten gick in i nytt patientadministrativt system, Cosmic, den 23 april 2025 vilket inneburit att modellen för registrering av SVF blivit helt ny.

Systemet har dragits med ett stort antal tekniska problem. Antalet registreringar i april (23–30/4) och maj-juni är betydligt färre än motsvarande månader 2024. Införandet av Cosmic påverkar även regiongrannarna i norra sjukvårdsregionen då cirka 10 procent av registrerade SVF i region Västerbotten är inremitterade patienter från Jämtland Härjedalen, Västernorrland och Norrbotten. Trots en särskild satsning för ökat antal inregistreringar i september 2025 uppnåddes inte inklusionsmålet.

De senaste fyra åren har region Västerbotten nått inklusionsmålet, både första halvåret och på årsbasis.

3. Ledtidsmålet

- Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå ledtidsmålen? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.
- Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?

Tillgängligheten till operationssalar är fortsatt en flaskhals för regionen, dock ses ingen fortsatt försämring och återväxten av operatörer är god. Tumörkirurgin fungerar i allt väsentligt väl. Några vårdplatser ytterligare har tillkommit för opererande enheter och under hösten öppnas av en intermediärvårdsavdelning om sex platser och en kirurgisk akutvårdsavdelning om åtta platser. Detta kommer att ha en gynnsam effekt för cancerpatienter då risken för inställda operationer på grund av vårdplatsbrist kommer att minska.

Trycket på Cancercentrum ökar med en ständigt ökande patientstock. Avdelningarna på Cancercentrum har en mycket hög beläggingsgrad trots en effektiv poliklinisering. Implementering av ett precisionsmedicinskt centrum fortgår. Införande av journalsystemet Cosmic har i stor omfattning påverkan tillgänglighet och produktion i negativ riktning. Bild- och funktionsmedicin har för första gången på decennier noterat ett minskat remissinflöde vilket sannolikt beror på införande av Cosmic. I den förväntade ökningen av remisser, när remittenterna hinner i kapp, kan SVF-förlopp påverkas negativt. Arbete med att ackreditera Nus som ett Comprehensive Cancer Centre (CCC) fortgår och en ackreditering bedöms stärka cancersjukvården i hela norra regionen.

Då inklusionsgraden är låg (se fråga 2) är det svårt att uttala sig om hur ledtiderna för första halvåret 2025 fallit ut. Uppföljning av uppnådda ledtider mellan oktober-mars 2023–2024 och oktober-mars 2024–2025 visar att oberoende av typ av behandling var måluppfyllelsen en (1) procentenhet under den senare perioden. För **läkemedelsbehandling ökade** andelen startade behandlingar inom angiven ledtid under perioden med sju (7) procentenheter från 42 till 49 procent och **kirurgisk behandling ökade** med fyra (4) procentenheter, från 41 till 45 procent.

Andelen patienter som erhöill behandling inom angivna ledtider vid **kirurgisk behandling, ökade** för bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer under angiven tidsperiod. Även andelen patienter som behandlades kirurgiskt vid sköldkörtel- och äggstockscancer ökade. Inom urologin ses en förbättring för kirurgisk behandling vid prostata- och njurcancer. För bröst- och prostatacancer samt för bukspott- och gallblåsecancer är ledtiderna förbättrade även för läkemedelsbehandling. Strålbehandlingen har haft problem med registrering av behandling och felsökning har pågått under våren 2025.

- Hur har regionen tagit vidare arbetet med kartläggningen av de allra längsta ledtiderna i SVF som utfördes under 2024? - Se **bilaga 1**.
- Analysen från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen 2025 - Se **bilaga 2**.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

- Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Fram till och med april 2025 användes en Diver-modell "Koordinatoröversikt" för kvalitetssäkring där av kodare och SVF-koordinatorer kunde följa sitt/sina förlopp och de patienter som kodats in med SVF-kod. Ett nytt verktyg för kvalitetssäkring i Power BI håller för närvarande att tas fram. Kortsiktigt mål är att med hjälp av algoritmer kunna sända felrapporter direkt till kodare där felaktiga koder noterats. Under hösten planeras att ta fram en modell som mer liknar "Koordinatoröversikten", där enskilda förlopp kan följas på ett bättre sätt dvs. se eventuella oavslutade SVF.

Vid LPO-Cancer visas och diskuteras aktuella ledtider för eventuella omprioriteringar inom exempelvis operationsplanering.

De sjukvårdsregionala kodningsseminarier som tidigare genomförts regelbundet har under hösten 2024 och våren 2025 haft ett uppehåll då tre av de fyra regionerna har bytt vårdadministrativt system (patientjournal) och mycket resurser har krävts till övergången.

I analysarbetet av långa ledtider, fyra SVF 2024 och fyra SVF 2025 framkom brister i kodning. Gemensamt framkom brister i framför allt förlopp som borde ha avslutats med kod för medicinska skäl avslutats med behandlingskod. Även att sköra, multisjuka patienter inkluderats i ett SVF där patienten kanske inte skulle ha utretts och behandlats inom ett SVF.

5. PREM-enkäter

- Har regionen skickat och använt PREM-enkäter för SVF 2025?
- Hur har resultaten av PREM-enkäten använts i uppföljningen av vårdförloppen?

Ja, region Västerbotten har skickat PREM-enkäter under alla år förutom ett kortare uppehåll våren 2020. Cirka 400 enkäter skickas ut varje månad och svarsfrekvensen ligger ofta över rikssnittet. Respektive processledare ansvarar att använda insamlade data, både SVF-data och PREM-enkäter. I samband med införandet av Cosmic har färre PREM-enkäter skickats då volymen SVF minskade från maj 2025.

Under 2024–2025 har regionens cancersamordnare tillsammans med regionens kontaktsjuksköterskor arbetat för att ta fram en modell som mer systematiskt tittar på resultaten från PREM-enkäterna. Arbetet har dock satts lite på sparlåga under senare delen av våren då regionen övergick till nytt patientadministrativt system, Cosmic, i april. Resurser behövde fokuseras till det implementeringen av Cosmic. Arbetet med modell för PREM planeras att återupptas senare i höst.

6. Användning av SVF-medel 2025

- Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?
- I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats.

Region Västerbotten och hälso- och sjukvårdens ambition är fortsatt att ge verksamheterna de bästa förutsättningarna för långsiktig planering av sin verksamhet. För att möjliggöra detta har basenheters budgetram förstärkts utifrån förväntade riktade statsbidrag. Sedan tio år tillbaka (2015) är inriktningen likartad och förstärkning skett till bemanning av kontaktsjuksköterskor, SVF-koordinatorer och insatser som bedömts nödvändiga för SVF-arbetet. Fördelningen av SVF-medlen för 2025 har följt samma princip och fördelning som åren 2020–2024.

Det är för regionen även viktigt att arbetet följer inriktningen i Målbild 2030, som beskriver vägen till framtidens hälso- och sjukvård, och riktning för kommande års utvecklings- och förändringsarbete. Utgångspunkten är Hälso- och sjukvårdslagen och dess mål om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samt att använda de samlade resurserna effektivt. Målbilden ger vägledning för planering och prioritering så att de samlade resurserna används på bästa sätt.

De riktade medlen från överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård har fördelats till Kirurgcentrum Västerbotten (Nus och Skellefteå lasarett) samt till Kirurgcentrum Södra Lappland, Neuro- huvud och halscentrum, Cancercentrum, samt Centrum för obstetrik och gynekologi Västerbotten och

Medicincentrum, Nus. Även verksamheterna för medicinsk service det vill säga Laboratoriemedicin och Bild och funktionsmedicin omfattas av fördelningen.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Regionen vill påpeka att det är viktigt med en fortsatt aktiv och inlyssnande dialog med professionerna i arbetet med att förbättra ledtider och kvalitet i cancervården. Inte minst när vi nu med stormsteg går in i eran med precisionsdiagnostik vilket troligen måste få påverka ledtiderna. Utredning kan ta längre tid med mer avancerad diagnostik och behovet av nationella multidisciplinära konferenser kommer troligen att öka.

8. Bilaga 1 – uppföljning av ledtidsanalys 2024

3. Ledtider

Hur har regionen tagit vidare arbetet med kartläggningen av de allra längsta ledtiderna i SVF som utfördes under 2024?

SVF: Prostatacancer

2024 gjordes kartläggning av de långa ledtiderna för SVF prostatacancer.

- SVF prostatacancer har sedan starten 2016 fått fler delmoment efter att MR införts och riktade prostatabiopsier med fusionsteknik blivit dominerande form för biopsier.
- MR finns inte tillgänglig för alla patienter före första besök hos urolog. Detta fungerar endast i storstadsområden.
- I stället för MR före första besök tillämpas i Norra sjukvårdsregionen prostatapalpation, volymsmätning med transrektalt ultraljud samt PSA-densitet (PSA-värde/ prostatavolym i ml) som screening för MR. PSA-densitet $>0,1$ är indikation för MR prostata.
- Processen innehåller många led, där urologklinikerna endast äger och kan påverka vissa led själva. Övriga led ägs av patologen, bild- och funktionsmedicin och onkologen. Processledarna för prostatacancer (urolog och onkolog) arbetar på effektiviseringar och resultatet kommer att börja synas under kommande år.
- Dessa ledtider äger urologsektionen själv och detta har vi åstadkommit:
 1. Remiss från hälsocentral – första besök hos urolog. Ledtiden förkortad från 5–6 veckor under 2024 till nu 4–5 veckor. Kan bli kortare när Cosmic är mer etablerat.
 2. Tid från MR-svar – återbesök hos urolog för prostatabiopsier, samt tid från erhållet PAD-svar hos urologen - återbesök för PAD-svar till patienten och behandlingsdiskussion, i vissa fall start av behandling/aktiv monitorering. Ledtiden förkortad från 4–6 veckor under 2024 till nu 3–5 veckor.
 3. Tid från behandlingsbeslut – radikal prostatektomi. 2024 var denna tid 3–4 veckor för högriskcancer och 8–12 veckor för medelrisk. Samma tider 2025, beroende på brist på operationsresurser på Nus, som

opererar alla radikala prostatektomier i Västerbotten. Vi har kontinuerlig kontroll på väntelistan, vid hotande >1 mån för högrisk eller >3 mån för medelrisk remitterar patienten till kliniker i Mälardalen där patienten får ett snabbt omhändertagande. Tillgång till ytterligare en operationsdag/ vecka på Nus för prostatektomier skulle kunna korta denna ledtid till 2 veckor för högrisk och 8 veckor för medelrisk.

Kortare tider enligt 1. och 2. har åstadkommits internt på urologen genom ökad bevakning av mottagningstider och MR-svar samt "tid i handen" till patienter efter prostatabiopsier.

- Dessa ledtider äger urologen inte själv:
 1. Tid från första besök hos urolog – MR och tid från MR – MR-svar. Ledtiderna ägs av BFM.
 2. Tid från prostatabiopsi – PAD-svar. Ledtiden ägs av patologen.

Dessa åtgärder skulle kunna minska ledtiderna:

- Automatiserad inbokning av tid för första besök hos urolog, direkt när bedömning av inremissen är gjord. Skulle spara tid hos sekreterare och kontaktsjuksköterska. Kan åstadkommas internt på urologsektionen om/när vi får stöd i det nya journalsystemet Cosmic.
- Stående MR-tider och automatiserad inbokning av MR-tid när urolog skriver remissen. Pat skulle kunna få MR-tid i handen innan han lämnar mottagningen. Kan åstadkommas genom samordning mellan urologmottagningen och Bild- och funktionsmedicin.
- Användning av AI-stöd i patologens bedömning av vävnadsprover. Andra patologlaboratorier i Sverige har lyckats korta tiderna för PAD-svar med >50 procent. Frågan ägs av patologen.
- Fler operationsresurser. Frågan ägs av områdeschefen samt verksamhetschefer för AnOpIVA och Kirurgcentrum.

SVF: Myelom

Andelen startade behandlingar inom angiven ledtid har minskat med cirka 10 procentenheter mellan 2023 och 2024. Andelen inom angiven ledtid med beslut om exspektans ligger ungefär på samma nivå som 2023. Andelen startade behandlingar inom angiven ledtid med beslut om läkemedel har minskat till ca 50–55 procent under 2024, jämfört med 85 procent under 2023.

Inklusionen till SVF har samtidigt ökat kraftigt mellan 2023 och 2024 vilket gör jämförelse av procentsatser vanskelig. Patientgruppen är dessutom relativt liten.

Data för 2025 bedöms ej vara representativ på grund av felaktig dataöverföring i samband med införande av nytt journalsystem.

Jämfört med 2023 har inklusionen i SVF ökat för myelom med ca 50 procent. En ökad medvetenhet och dialog i läkargruppen för att uppmärksamma SVF-uppfyllnad under remissgenomgångar kan ha bidragit till denna positiva riktning.

Det finns fortsatta svårigheter att uppfylla ledtiderna för de patienter som kräver extra utredning för att kunna ta ställning till om man är behandlingskrävande eller ej inom den snäva tidsram som är satt. Inremissbedömningar görs i grupp vilket underlättar arbetet kring SVF för att snabbt hitta tider på mottagningen utifrån medicinska prioriteringar.

I syfte att effektivisera flödet för alla patienter, även för SVF-patienter, kan ett möjligt arbetssätt vara att se till att så många undersökningssvar som möjligt föreligger vid första läkarbesöket, där radiologin är en viktig faktor. Detta kan korta tiden med osäkerhet kring diagnos och behandling för patienten men även korta ledtiderna. Därtill att bedöma inremisser på daglig basis kan öka möjligheterna att påskynda medicinsk nödvändig utredning. Dialog i detta arbete förs vidare i läkargruppen tillsammans med kontaktsköterskor för att öka kvaliteten i vårdandet av våra patienter.

SVF: Äggstockscancer

Nivåstrukturering SVF-flödet

- Patienter bör träffa läkare med specialistkompetens eller subspecialiserad tumörkirurg.
 - SVF-koordinator finns sedan årsskiftet 2023/2024 vid Nus. SVF-koordinator styr över inremissflödet, verkar för sammanhållen utredning och har nu "SVF-tider" att förfoga över ca en halvdag per vecka. För dessa tider schemaläggs framför allt blivande tumörkirurger och kan innefatta såväl remissbedömning som patientmöten.
 - Internutbildning av läkarkollegiet i ny riktlinje för SVF äggstockscancer samt kodning av SVF-förlopp. Information om vikten att koda för medicinsk orsakad väntan och av patienten vald väntan.
 - Ett större arbete i närtid är en tydligare nivåstrukturering av alla patienter på gynomtagning så att så att patienter direkt bokas till läkare med rätt kompetens. Vi arbetar för vikta mottagningstider om 60 min för SVF-utredningar som SVF-koordinatören förfogar över.

Diagnostik

- Uppdatering av alla riktlinjer för de olika SVF-förloppen och dessa är införda i ledningssystemet.
- Korrekta remisser till bilddiagnostik.
 - Infört frastexter för att underlätta författande av remisser.

Utökade operationsresurser

- Trots att det skett ökad centralisering av kirurgi har för gynekologisk cancer inte tillräckliga operationsresurser tilldelats. Problemet har lyfts i flera olika forum vid upprepade tillfällen utan märkbara resultat. Operationsresursen för akut gynekologisk kirurgi är klart begränsad.

- Storhelger och sommar innebär färre vårdplatser och operationsresurser, vilket fördröjer behandlingsstart. Personalbrist på operation gör också att behandlingsstarten senareläggs.

Samarbete inom regionen

- Kontaktsjuksköterska har saknats under längre tid i Lycksele och positionen har inte kunnat tillsättas lokalt. I nuläget delas ansvarar Umeås kontaktsjuksköterska för patienter som utreds via Lycksele. SVF-kordinator bistår vid frågor, överser utredningen och sköter SVF-kodning för Lycksele.
- Ökat samarbete med CFOG Skellefteå med uppstart av processgrupp där läkare från Skellefteå deltagit. Gemensam översyn av riktlinjer gällande utredning inom samtliga SVF-flöden.

Analys av SVF-siffror för 2024 (jämfört med 2023) visar att andelen SVF inom angiven ledtid förbättrats!

- Andel av SVF-förlopp inom angiven ledtid har ökat från 14 till 55 procent
- P80 dvs antal dagar för då 80 procent av patienterna startat behandling har sjunkit från 46 dagar till 30 dagar. Det är en förkortning av SVF-förloppet med mer än två veckor
- I dagsläget går statistik för 2025 inte att analysera men med införandet av nytt journalsystem i tre av fyra regioner förväntas dock siffrorna för 2025 försämrats något då tillgängligheten till vården i stort varit lägre.

SVF: Bukspottkörtelcancer

I 2024 års ledtidsanalys vid Kirurgcentrum, Nus noterades särskilt dessa områden som bidrog till förlängda ledtider för behandling (kirurgi) vid bukspottkörtelcancer:

- vårdplatser
- op resurser
- om några aktiviteter gjorts utifrån beskrivningen o5 samplanering för samsjuklighet
- snabbare tider EUS, ERCP eller ultraljudsledda biopsier

Sedan hösten 2024 och våren 2025 är antalet vårdplatser något fler på Kirurgcentrum jämfört med våren 2024.

Operationsresurser är fortfarande reducerade sedan några år tillbaka men oförändrade jämfört med 2024.

Arbete med rutiner för noggrannare planering av sjukare patienter eftersträvas och har genomförts, vilket har gjorts att färre operationer skickats till andra universitetssjukhus.

Undersökningar (EUS, ERCP eller ultraljudsledda biopsier) har ökat i antal. Kvarstår att ytterligare narkosresurser tillförs för att förbättra SVF flödet.

9. Bilaga 2 – ledtidsanalys 2025

3. Ledtider, analys långa ledtider

RCC Sam beslutade att alla regioner skulle analysera SVF-Cancer i urinblåsa/urinvägar samt SVF-Lungcancer. RCC Norr beslutade tillsammans med regionerna i norr att analysera SVF-Huvud- och halscancer och SVF-Hudmelanom.

I juni 2025 genomfördes seminarium för norra sjukvårdsregionen där varje region hade 15 minuter att presentera sin analys och därefter diskuterades utfallen från respektive region. Respektive processledare har därefter skrivit en redovisning enligt en regional mall.

SVF-Hudmelanom

Underlag för analys

Totalt utreddes under fjolåret 115 patienter (västerbottningar) med misstanke på hudmelanom i ett SVF i Västerbotten, majoriteten vid Norrlands universitetssjukhus och en mindre andel vid Skellefteå sjukhus. Av dessa avslutades lite drygt 70 procent med en behandling.

Ledtider

Sextio (60) procent av förloppen avslutades inom den angivna ledtiden (rikssnittet var 59 procent). I stort sett alla patienter avslutades med kirurgisk behandling.

Metod

De 10 patienter med längst ledtid valdes ut för granskning. Längsta ledtiden var 63 dagar och den kortaste 51 dagar. Varje patients journal granskades för att identifiera orsaken till fördröjningen.

Slutsatser/planerade åtgärder

- Hos 7 av dessa 10 patienter var väntetiden medicinskt orsakad.
- Patienten med längst ledtid opererades via hälsocentral. Vid PAD svar startades SVF från Hudkliniken. Remiss skickades från HC till hudkliniken 2 mån efter operation.
- Utifrån denna granskning är ett förbättringsförslag är att registrera avvikande väntetyp.
- Ledtider för de patienter som skall genomgå utvidgad operation med sentinel node har i flera år varit fördröjd. Detta på grund av brist på operationsresurser.

SVF-Huvud- och halscancer

Underlag för analys

Totalt utreddes under fjolåret 182 patienter med misstanke på huvud- och halscancer i ett SVF vid Norrlands universitetssjukhus varav 65 av dessa var västerbottningar, resterande patienter var folkbokförda främst i Norrbotten och Västernorrland. Av de 65 utredda patienter avslutades cirka 30 procent med en behandling.

Ledtider

Fyrtiosju (47) procent av förloppen avslutades inom den angivna ledtiden (rikssnittet var 54 procent). Lika många patienter behandlades med kirurgi (andel inom ledtid var 56 procent) och strålbehandling (andel inom ledtid var 44 procent).

Metod

Av de 19 patienter som granskade på öron- näs-, och halskliniken, Nus, var 9 inom gränsen för ledtiden. En av patienterna hade en felrapporterad ledtid med ett år vilket gav en ledtid på 422 dagar, korrigerades. Totalt analyserades dokumentation för 9 patienter.

Slutsatser/planerade åtgärder

Det som hittades vid granskningen var bland annat:

1. Fördröjning p g a att patienter kom via annan klinik och inläggning för annan diagnos, och öron- näs- och halsläkare blev konsulterade, varefter SVF startades.
2. Felstortad remiss inom kliniken (ej till tumörsektionen utan till foniatriker som ej bedömer remisser lika fort), vilket gett en väntetid till första mott besök på 1 månad, och där patient även avbokat första tiden själv. Beslutats därefter om bättre remissortering, och skapande av "förbokade" tider hos foniatriker, som behöver ta patienter med misstänkta stämbandstumörer. Fanns två remisser som gått till foniatri som ej har förbokade tider för tumörfall, där en fördröjning har kunnat ses.
3. Fördröjning i vissa lägen där det ej funnits tillgång till radiologiska undersökningar i rätt tid.
4. Fördröjningar där det vid MDK beslutats om en om punktion för diagnos har gett förstås längre ledtid.
5. Patient med ledtid på 51 dgr för onkologisk behandling, efter först en om-punktion, där behandlingen gavs via Skandionkliniken i Uppsala, varken onkologen Umeå eller öronmottagningen Umeå har kontroll på Skandionkliniken behandlingsrutiner. Sämre kontroll på ledtiderna med andra ord. Diskuterats hur vi får bättre tillgång till Skandions upplägg (onkologen).

6. Patient där det beslutats om palliativ onkologisk behandling som fördröjts av okänd orsak vid onkologen. Blev 33 dgr i stället för 18 enligt rutin. Onkologen ser över sina rutiner kring det.
7. Till sist fördröjning vid operation som första behandling p g a det ansträngda läget med operationsresurser vid operationscentrum under året 2024 speciellt. Fanns ej tillgång till operationssalar i den mängd som hade behövts. Tumören på patienten var dessutom nerklassad som icke malign och prioriterades längre därför.

Ändringar som gjorts nu i höst är att foniatriktionen markerar av en eller ett par tider i veckan som är för de patienterna med misstanke om tumörer i larynx. För övrigt är inte operationsresurserna lika anstränga i dagsläget.

SVF-Cancer i urinblåsa och urinvägar

Underlag för analys

Totalt utreddes i region Västerbotten under fjolåret 920 patienter i ett SVF med misstanke på cancer i urinblåsa-/urinvägar varav 911 var västerbottningar. Ett mindre antal kom från andra regioner. Drygt 63 procent av patienterna utreddes vid Norrlands universitetssjukhus resterande patienter framför allt vid Skellefteå sjukhus. Av de 911 utredda patienter avslutades 8 procent med en behandling.

Ledtider

Fem (5) procent av de utredda patienterna startade behandling inom den angivna ledtiden (rikssnittet var 18 procent). Flest patienter avslutades efter TUR-B, ingen ytterligare åtgärd (andel in ledtid var 2 procent) därefter med läkemedel där 17 procent av patienterna startade sin behandling inom angiven ledtid. Ingen av de 10 patienterna som startade kirurgi, fick sin operation inom angiven ledtid, median var 67 dagar.

Metod

Kliniken analyserat ledtider i SVF med hjälp av

- stickprov i listan på samtliga patienter som utreddes
- genomgång av alla journaler för patienter som opererades med cystektomi under 2024.
- genomgång av remisshantering och bokningsrutiner på urologmottagningen

Processledare för urotelial cancer, kontaktsjuksköterska och medicinsk chef har tillsammans analyserat dokumenterade ledtider. Patientpopulationen har granskats med avseende på ålder, kön, samsjuklighet, riskfaktorer för kirurgi och för andra behandlingar. Granskningen har omfattat patientjournaler avseende patientvald och organisationsorsakad väntan.

Slutsatser/planerade åtgärder

Följande ledtider överstiger rekommenderade tider enligt SVF:

1. Tid från registrerad inremiss på urologen – första besök. Regelmässigt längre tid än 6 dagar, oftast 8–20 dagar.
2. Tid från första TUR-B till PAD-svar till remittenten. Regelmässigt längre tid än 6 dagar, oftast 10–20 dagar.
3. Behandlingsbeslut – direkt cystektomi, utan föregående kemoterapi. Regelmässigt längre tid än 7 dagar, oftast 15–30 dagar.

Vissa ledtider inom SVF har urologsektionen egen kontroll över, och man har inlett ett arbete med att förkorta ledtiderna genom interna förbättringar av rutiner:

- I. Tid från registrerad remiss till cystoskopi.
- II. Tid från cystoskopi till första TUR-B.
- III. Tid från MDK till återbesök på urologmottagning för behandlingsbeslut.
- IV. Tid från behandlingsbeslut till direkt cystektomi.
- V. Tid från avslutad neoadjuvant kemoterapi till cystektomi.

Ledtid för PAD-svar ägs av patologen.

Följande förbättringar har införts under 2025:

Fler urologer som kan utföra cystektomi, vilket ger ökad flexibilitet med operationsdagar. Minskad ledtid till direkt cystektomi och till cystektomi efter neoadjuvant kemoterapi.

Robotassisterad laparoskopisk cystektomi har införts och kommer att bli rutinmässigt ingrepp under 2026. Lättare post-op förlopp för patienter och 1–2 dagar kortare vårdtid.

Samlingsremiss till MDK urotelial cancer för Norra regionen har införts. Endast en remiss skickas från länssjukhusen till urologen, patologen och röntgen på NUS, i stället för tre olika remisser. Minskat arbete för sekreterare och minskad administration för kontakt-sjuksköterskor som förbereder MDK.

TUR-B-skola planeras på Nus i november 2025 för att förbättra tekniken hos alla urologer och ST-läkare. Syftet är att minska antal re-resektioner på grund av ofullständig TUR-B och därmed minska ledtider till definitiv behandling.

SVF – Lungcancer

Underlag för analys

Totalt utreddes under fjolåret 228 patienter med misstanke på lungcancer ett SVF vid Norrlands universitetssjukhus varav 179 av dessa var västerbottningar, resterande patienter var folkbokförda främst i Jämtland Härjedalen, Norrbotten och Västernorrland. Av de 179 utredda patienter avslutades 37 procent med en behandling.

Ledtider

70 procent av alla som får en lungcancerdiagnos i region Västerbotten är utredda inom SVF, detta är en för låg siffra. Målet är att alla med misstänkt lungcancer ska utredas inom SVF detta för att kunna säkerställa likvärdig vård. Här har vi identifierat kodningsproblem, till viss del orsakat av det nya journalsystemet Cosmic, där förslag till åtgärd tagits fram.

Tjugofem procent av förloppen avslutades inom den angivna ledtiden (rikssnittet var 30 procent), detta är en nedåtgående trend. Lungsektionen Nus ansvarar för SVF-utredning vid misstänkt lungcancer. Här har en översyn av SVF-förloppet utförts under början av hösten 2025. Man har identifierat flera delar som tar längre tid än acceptabelt. Av de ca 70 procent av lungcancerpatienter som genomgår SVF och startar behandling är ca 30 procent **inom** den angivna ledtiden. Detta är en nedåtgående trend, dvs utredningstiderna ökar.

Från INCA-SVF har data på *var* i fördförloppet fördröjning inträffar inhämtats. Tid från inremiss till inremissbedömning är i median 5 dagar, mål 1 dag. Tid har schemalagts för inremissbedömning för att förbättra detta. Tid från inremissbedömning till nybesök är i median 18 dagar, mål 5 dagar. Resursbrist på läkarsidan är en känd och viktig orsak till långa ledtider. Utredning av misstänkt lungcancer innefattar bilddiagnostik, vävnadsprovtagning och funktionsutredning för att för den enskilde patienter ha ett underlag för behandlingsrekommendation. Mycket tid läggs på att samordna undersökningar, detta för att underlätta för patienten. Förändrade arbetssätt kommer under hösten 2025 att provas för att förenkla bokning av SVF-patienter.

Metod

Datauttag gjordes från SIGNE-databasen samt från INCA-SVF. SIGNE-databasen ger information om antal utredningar som startas, andel som startar behandling för lungcancer, andel av alla som får lungcancerdiagnos som utretts inom SVF samt andel inom uppsatt ledtid uppdelat på behandling och trender över tid. INCA-SVF ger detaljerad information om var väntetiderna finns inom SVF-förloppet. Med ledning av detta har ett ST-förbättringsarbete genomförts (SVF-lungmottagningen Nus) samt en översyn av SVF-arbetet på lungmottagningen i vilket alla ingående funktioner; medicinska sekreterare, Cosmic-stöd, boka/kalla, SVF-koordinatorer, dagvård, sjuksköterskor, läkare och chefer deltagit. Syftet har varit att identifiera orsaker till att för få patienter utreds inom SVF, varför utredningstiderna är långa, var fördröjning ligger, hitta förslag på lösningar samt vidta åtgärder. Detta arbete är pågående och beräknas vara klart under hösten 2025.

Slutsatser/planerade åtgärder

SVF införandet 2015 har inte påverkat utredningstiderna på ett positivt sätt vid utredning av lungcancer, däremot är utredningen idag mer omfattande och underlaget för behandlingsbeslut förbättrat jämfört med 2015.

Alla patienter med misstänkt lungcancer ska utredas inom SVF, här är det inte acceptabelt med 70%, detta för att kunna följa ledtider på samtliga patienter med lungcancerdiagnos.

Flera problem har identifierats bland annat:

- SVF-märkning av inkommande remisser vilket kommer att åtgärdas
- Inremissbedömning kommer att göras enligt en mall för att underlätta för bokarna

- Lungfunktionsundersökning med diff-kap-mätning är en tydlig flaskhals där väntetiderna till Fys. lab är långa. Hur detta kan åtgärdas är oklart.

Vid utredning av lungcancer görs bronkoskopi, där nya metoder som radiell EBUS och navigation är under uppstart. Detta kommer att förbättra diagnostiken, men innebär också behov av resursförstärkning vad gäller lokaler, utrustning och personella resurser.

Samordning med dagvården som sköter för- och eftervård för bronkoskopier/EBUS och DT-ledda punktioner tar mycket tid. Här kommer fasta tider kopplade till EBUS-tiderna att införas.

I nuläget finns SVF-koordinator som sköter SVF-kodning, bevakar provsvar, anmäler till MDK. SVF koordinatorfunktionen kommer att förstärkas för att säkra upp att patienter under utredning inte drabbas av onödig fördröjning under utredningsprocessen. Vårt nya journalsystem Cosmic innebär nya arbetssätt, där vi på sikt hoppas kunna ha en god överblick av alla våra patienter.

Ledtidsmåttet för SVF-lungcancer är kanske inte ens realistiskt att nå, även om vi effektiviserar utredningen.