

Mall för regionernas redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025

Inledning

Inlämning av redovisning

Detta är en mall för regionernas redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) 2025. Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har i samverkan Socialstyrelsen tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Redovisningarna är en förutsättning för att ta del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen. Respektive region skickar sina redovisningar till sitt sjukvårdsregionala RCC som ansvarar för inlämning till Socialstyrelsen. RCC ska skicka in redovisningarna senast den 30 september 2025.

Håll redovisningen kortfattad, riktmärke är 6–10 sidor.

Nationella mål

- Inklusionsmål: 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp.
- Ledtidsmål: 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumentent.

Att nå inklusionsmålet under första halvåret 2025 är en förutsättning för att få del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen.

Uppfyllelsen av inklusionsmålet beräknas av RCC. Uttaget sker den 19 augusti och innehåller data för januari–juni 2025. Dataunderlaget skickas ut till regionerna i slutet av augusti. Socialstyrelsen kommer att få tillgång till samma data.

1. Organisation

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

Att hålla kunskapen om SVF upprättad och information om regionens rutiner kring start av SVF lätt tillgänglig och enkel.

Tillgängligheten inom bild- och funktionsmedicin är fortsatt en utmaning för prioritering av SVF för att undvika/inte skapa en undanträngningseffekt mot andra i många fall mer akuta tillstånd. Tillgången till PET-CT är svår relaterat till avståndet. Tider brukar inte vara ett problem men avståndet för patienten är det, vilket innebär att många väljer att avstå.

Transparensen mellan koordinatorcentrum (KC), den specialiserade remissinstansen och röntgen. I vissa regioner finns etablerade kontaktvägar mellan koordinatorcentrum och röntgen avseende medicinsk bedömning av SVF-remissen. Det saknas här då KC endast är bemannad med administratörer utan den specifika medicinska kompetensen. Röntgen kan inte se hur SVF-remissen bedömts och tidsatt. Dialog sker fortsatt bla inom LPO cancer för att försöka utveckla just detta.

2. Inklusionsmålet

Målet är att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp. Måluppfyllelsen beräknas för regionen som helhet, sammantaget för alla SVF. Inklusionsmålet har stor betydelse för att kunna erbjuda en jämlik vård.

Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 19 augusti)?

Ja på 71% efter möjlighet att efterregistrera SVF som bla hanterats som "vanlig" remiss. (Uttag 23/9)

Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet? Alla förutom akuta leukemier, bröstcancer, hjärntumörer, hudmelanom, livmoderhalscancer, MPV, myelom, njurcancer, prostata, skelett- och mjukdelssarkom samt tjock- och ändtarmscancer. 7 av de vårdförlopp som inte når inklusionsmålet har få förväntade insjuknade (färre än 5 st denna tidsperiod) och där en naturlig variation kan spela in.

Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

Regionen har under hela året plötsligt legat under 70% vilket är en stor skillnad mot tidigare år. En del förklaras av journalsystembyte hos bla RVB och svårigheter att registrera och slutkodning av RJH patienter har inte kommit med, men i nuläget är det bara 1 månad som inte har kunnat komma med. Uppsala som ansvarar för att slutkoda öron-näsa-hals har inte haft tid och inte heller prioriterat RJHs patienter. Fortfarande lite förvånande att vi ligger så pass mycket lägre jmf 2024 (85%). En orsak kan vara att man efter förra årets genomgång av 4 olika flöden blivit tydligare att inte starta SVF om patient inte anses klara utredningstakten.

I samband med det arbete som gjorts under september för att fånga upp missade SVF och vi lyckades identifiera ca 35 stycken visade sig ändå att kontaktsköterskor, medicinska sekreterare

m.fl. är duktiga att fånga upp inkomna remisser som bör vara SVF och klassificerar om dem även om dessa 35 var missade. RJH kommer att behöva ha en pågående dialog kring SVF remisser fortsatt då vi inte helt lyckats hitta rimlig förklaring till den stora skillnaden i inklusionsvärden jmf tidigare år.

3. Ledtidsmålet

Målet är att 80 procent av de patienter som startat behandling inom ett SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumenteten.

Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå leddidsmålen? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.

Tillgängligheten och flexibiliteten till tid till röntgen uttrycks ofta som en faktor som påverkar ledtiderna. Flera led i kedjan för att röntgenremisserna inom SVF ska blir rätt från remittent till röntgen påverkar också ledtiderna. Viktigt med markering i remiss samt att patient är införstådd med vad SVF innebär för att undvika avbokningar och ombokningar och möjlighet till rätt prioritet. Röntgen arbetar ständigt med sina flöden och prioritet på SVF märkta remisser. Över lag en god dialog mellan röntgen och verksamheterna.

Hyrberoende och läkarbrist inom enstaka verksamheter påverkar ledtiderna negativt. På samma sätt påverkas ledtiderna av hur läkarna är fördelade mellan mottagning och operation trots en ”rätt” bemannad enhet. Framförhållningen i läkarschemat har det jobbats mycket med inom den kirurgiska verksamheten och den är bättre men fortsatt en utmaning i hur fördela resurserna på bästa sätt. Då inflödet av SVF remisser inte är konstant blir detta en utmaning.

Inom öron-verksamheten påverkas ledtiderna av olika tillvägagångssätt med olika sjukhus tex för kontakt med de andra klinikerna som anmälan till MDK vilket påverkar ledtider negativt. Dialog pågår och har gjort under lång tid.

Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?

Fortsatt dialog mellan röntgen och kliniker. Aktiviteter för att tydliggöra de rutiner som finns ang SVF och de specifika SVF remisser som finns och vänder sig främst till primärvården.

Kirurg- och urologmottagningen fortsätter sin dialog mellan schemaplanerare och chefer för att planera för mottagningstider för att försöka skapa ett jämnare flöde. Här har tillgång till läkare stor betydelse. Dialog förs även med koordinatorcenter som kan påtala en ökad mängd inkommande SVF-remisser för att inom mottagningsverksamheten kunna ”ta höjd” för fler mottagningstider under viss period.

Flera delar inom kirurgmottagningen kommer att under hösten skapa sk ”SVF-tider” i mottagningsbokningarna så att det alltid finns tillgängliga SVF-tider för de stora flödens och inte ska klämmas in i en redan befintlig mottagning. Tankar om hur vakanta tider i stället nyttjas effektivt med andra patienter som inte är SVF.

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

Ett flertal parametrar är hanterade och andra är en pågående dialog varav flera är beskrivna i text ovan.

Koordinatorcenter har en fortsatt aktiv roll i att bevaka ledtider och uppmärksamma de inom berörd verksamhet och att man inom verksamheten i större utsträckning har en dialog om ev avslut av SVF.

I årets överenskommelse ska regionerna i utvalda SVF identifiera systematiska hinder som leder till att väntetiderna överskrids med mer än 50% än den optimala ledtiden i SVF. Instruktion för arbetet har skickats ut separat.

Se bilaga 1-4

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Dels genom att regelbundet kontrollerar att underlag skickas till SKR och snabbt tar kontakt med beslutsstöd inom organisationen om något avviker. De fördjupade resultaten som presenteras via norra sjukvårdsregionens representant delges berörda inom respektive SVF.

Under våren uppmärksammades plötsligt kraftigt lägre inklusionvärden. Inga förändringar är gjorda men det som uppmärksammats är att det varit en viss ökning av inkomna SVF remisser under de första tre månaderna men det har sen jämnats ut.

I april identifierade ett problem och avser de SVF som skickas vidare till främst Västernorrland (Universitetssjukhuset) och till mindre del Västernorrland. Då de båda regionerna har bytt journalsystem under våren och själva har haft stora bekymmer att leverera data har inte heller data för de patienterna från vår region registrerats in. Mottagande region har ansvar att slutföra registreringarna. Innan midsommar skickades en skrivning till Finansdepartementet för att belysa att vi inte kan påverka detta, inget svar åter har inkommit ännu.

Vi har inte heller kunnat identifierat några andra orsaker till lägre inklusionsvärden.

5. PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)

Ett villkor för medelstillsättning 2025 är att regionerna använder PREM-enkäten i sin uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Har regionen skickat och använt PREM-enkäter för SVF 2025?

Ja

Hur har resultaten av PREM-enkäten använts i uppföljningen av vårdförloppen?

Resultaten är utskickade till berörda och har även under året lyfts i olika forum såsom i ledningsgrupper och med kontaktsköterskorna, för dialog om orsak till resultaten och vad som går att göra annorlunda för att förbättra. Resultaten tas även upp på LPO cancer.

Det vi ser är att det är en stor del av de med cancerdiagnos som svarar och som också är betydligt mer nöjda än de som inte får en cancerdiagnos. Svarsfrekvensen har ökat något och låg under 2024 på ca 60%.

Då det inom de flesta enheterna inte går att få ut specifika data för just den enheten upplevs det mindre motiverat att dyka i underlaget då det beskriver hela regionen. Dialogen har således varit på regionens hela resultat.

6. Användning av SVF-medel under 2025

Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?

Inventering av behov i verksamheterna och därefter prioritering av medlen av hälso- och sjukvårdsledningen, till vad som anses göra bäst nytta för pengarna för cancervården i regionen i stort och som även på olika sätt gynnar arbete med SVF.

I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats.

Utbildningsinsatser inom onkologisk och palliativ vård med övervägande fokus på sjuksköterskor. Fortsatt utveckling av radiologiska undersökningar som kan bidra till att erbjuda fler tider för tex CT och därmed minska ledtiderna har prioriterats även i år. En stor del av medlen har prioriterats till stöd till HPV vaccinering och den catch-up vaccinering som förlängdes till sista juni i år och även möjlighet att inkludera pojkar/män mfl under året.

En stor del av medlen har även i år använts för att stödja och bygga upp den palliativa vården inom sjukhuset men även enhet ute i länet.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Delge oss gärna synpunkter på områden som är särskilt viktiga för fortsatt arbete med SVF.

Fortsatt arbete med att beakta resursåtgång vid SVF-utredning. Vi välkomnar revidering för fler förlopp. Likväl rimligheten och följd effekter av styrning av inklusion- och ledtidsmålen och vilka undanträngningseffekter det kan innebära för andra svåra sjukdomar.

Jämförelser görs ofta med hur tex Danmark kan lyckas med sina ledtidsmål i betydligt större utsträckning än Sverige men för att kunna göra det korrekt behöver det identifieras vilka likheter och skillnader det finns i våra respektive sätt att hantera SVF.