

Region Dalarnas redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider

2025

Datum
2025-09-22

Diarienummer
Diarienummer

Bitte Kans, Utvecklingsledare
Cancersamordnare

Region Dalarna

Avdelningen för Kunskapsstyrning

Mobil: 072-510 29 91

E-post: bitte.kans@regiondalarna.se



Innehåll

1 Organisation	3
2 Inklusionsmålet.....	3
2.1 Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 19 augusti)?	3
2.2 Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?	3
2.3 Redogör för orsakerna till att målet inte nås	3
3 Ledtidsmålet	4
3.1 Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå leddidsmålen? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat	4
3.2 Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra leddiderna på dessa områden?	5
3.3 Beskriv hur regionen har tagit vidare arbetet med kartläggningen av de allra längsta leddiderna i SVF som utfördes under 2024?.....	5
4 Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025	7
5 PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)	7
5.1 Har regionen skickat och använt PREM-enkäter för SVF 2025?.....	7
5.2 Hur har resultaten av PREM-enkäten använts i uppföljningen av vårdförloppen?.....	7
6 Användning av SVF-medel under 2025	8
6.1 Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?	8
6.2 I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats	8
7 Fortsatt nationellt arbete med SVF	8

1 Organisation

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

SVF är fortsatt väl etablerat, vilket den höga totala inklusionen bekräftar (95%). Regionen har ett gott samarbete med andra regioner som tillhandahåller delar av utredningar som saknas inom den egna regionen. Detsamma gäller samarbetet kring patienter som inleder sin behandling i en annan region. Som framgår senare i rapporten kvarstår dock utmaningar med slutregistrering av de SVF som startar sin behandling utanför regionen.

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.

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

Ja, regionen uppnår 95% inklusion.

2.2 Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?

Enligt uppgifter från SKR:s databas når inte följande vårdförlopp inklusionsmålen:

Akut leukemi, buksarkom, hjärntumörer, huvud- halscancer, livmoderhalscancer, livmoderkroppscancer, sköldkörtelcancer

2.3 Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

Akut leukemi 56% inklusion: Det förväntade antalet är 9 SVF. I september hade inklusionen ökat till 67% varför ingen analys har genomförts.

Buksarkom 67% inklusion: Det förväntade antalet är 6 SVF. I september hade inklusionen ökat till 83 % varför ingen analys har genomförts.

Hjärntumörer 40% inklusion: Det förväntade antalet är 10 SVF. Region Dalarna har 4 överflyttade SVF som inte slutregistrerats av mottagande region. Medräknat dessa har regionen inkluderat 80%.

Huvud- halscancer 61%: Det förväntade antalet är 28 SVF. Region Dalarna har 6 överflyttade SVF som inte slutregistrerats av mottagande region. Medräknat dessa har regionen inkluderat 86%.

Livmoderhalscancer 0%. Det förväntade antalet är 4 SVF. Det är få SVF varför ingen analys har gjorts av den lägre inklusionen.

Livmoderkroppscancer 42%. Det förväntade antalet är 26 SVF. I september hade inklusionen ökat till 61% varför ingen analys har genomförts.

Sköldkörtelcancer 50 %. Det förväntade antalet är 8 SVF. I september hade inklusionen ökat till 75% varför ingen analys har genomförts.

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 SVFdokumentationen.

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

Möjligheten att uppnå ledtidsmålen påverkas av många faktorer, inte minst av patientens individuella förutsättningar. Framför allt äldre patienter och de med betydande samsjuklighet har i många fall svårare att genomgå vissa delar i vårdförloppen. Undersökningar, provtagningar, biopsier, väntan på analys svar samt uppföljande läkarbesök är alla steg som kan bidra till förlängda ledtider. Vid både förra årets och vid årets granskning har delar som förlänger ledtider uppmärksammats inom flera SVF vilka är särskilt kopplade till provtagning. Patientens nedsatta allmäntillstånd har försvårat eller förhindrat medverkan, vilket krävt upprepade provtagningar och därmed ytterligare tidsfördröjningar. Dessa åtgärder sker utöver de beskrivna vårdförloppen och dess ledtider.

Många SVF är nivåstrukturerade där regionens patienter startar sin behandling i annan region vilket i flera fall leder till längre ledtider. Även sjukvårdsregionala multidisciplinära konferenser (MDK) som sker en gång per vecka där, vid behov beslut om kompletterande utredningar fattas kan ge betydande längre ledtider, liksom vid de SVF som kräver mer omfattande eller komplicerade utredningar. I de fall beslut tas om palliativ behandling kan ledtiderna bli långa då specifika undersökningar och svar krävs inför behandlingsstart. Därtill påverkas ledtiderna av patientens behov av återhämtning och stabilisering av laboratorievärden samt behandling av akuta tillstånd innan SVF-utredningen kan fortsätta.

Patologiverksamheten i Dalarna identifierar betydande utmaningar inom den diagnostiska processen i relation till uppfyllandet av ledtidsmålen inom SVF, särskilt avseende precisionsdiagnostik. Kraven på avancerade analyser ökar kontinuerligt som en följd av den medicinska utvecklingen, vilket särskilt gäller molekylärpatologiska metoder såsom Next Generation Sequencing (NGS). Dessa analyser utförs för närvarande inte på länssjukhusnivå, vilket innebär att prover måste skickas till externa laboratorier. Detta medför förlängda ledtider, vilket påverkar både den totala tiden från remiss till behandlingsstart och möjligheten att fatta behandlingsbeslut baserat på fullständig diagnostisk information.

De längre ledtiderna vid KLL/lymfom, MPN speglar framför allt att handläggningen av nya patienter i hög grad styrs av en individuell klinisk

och anamnestisk bedömning. I vissa fall kan tidsintervallet mellan remiss och första bedömning ge värdefull tilläggsinformation för diagnostik och planering. En betydande andel av patienterna med dessa ofta kroniska tillstånd har dessutom en relativt indolent sjukdom.

Andra organisatoriska faktorer som bidrar till längre ledtider är brist på resurser, både vad gäller personal och tillfälliga platsbrister på vårdenheter, vilket begränsar möjligheten att genomföra operationer som kräver postoperativ vård. Tillgången till robotassisterad kirurgi är dessutom begränsad, vilket ytterligare påverkar tillgängligheten.

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

För att minska risken för kompletteringar vid de sjukvårdsregionala MDK:erna samarbetar regionen med mottagande regioner kring framtagande och användning av standardiserade remisser. Samtidigt pågår arbete med att ta fram skriftliga rutiner som tydliggör vårdförloppen inom den egna regionen. För att förkorta ledtiderna till operation sker en löpande samverkan mellan regionens två opererande sjukhus. Utöver detta bedrivs ett kontinuerligt arbete med rekrytering och andra insatser för att täcka vakanta tjänster och stärka vårdkapaciteten.

Regionen strävar efter att bygga en långsiktig och hållbar onkologisk verksamhet. I nuläget finns tre ST-läkare anställda vilka är knutna till Uppsala inom ramen för sin utbildning. Från hösten 2025 tillträder även en fast anställd onkologspecialist.

Patologiverksamheten har implementerat och successivt utökat användningen av helautomatiserade instrument för molekyär diagnostik, vilket möjliggör snabba och tillförlitliga mutationsanalyser lokalt. Genom att förstärka den tekniska kapaciteten har andelen analyser som kan utföras inom regionen ökat, vilket i sin tur minskar behovet av att skicka prover till externa laboratorier och bidrar till kortare ledtider inom flera SVF.

Rutiner ha anpassats för att skicka den ändå ökande andel prover till externa laboratorier, med målet att så snabbt och effektivt som möjligt skicka dessa prover för vidare analys. Detta inkluderar förbättrad logistik, tydligare remissrutiner och tätare uppföljning av provflöden.

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

Äggstockscancer

Vårdförloppet ingår i årets kartläggning och analys.

Vårdförloppen med de längsta ledtiderna har till stor del genomgått ett flertal undersökningar innan det har varit möjligt att fastställa diagnos. Ytterligare anledning till längre ledtider är de fall där diagnos och analys svar inte varit klara till den sjukvårdsregionala MDK som sker en gång per vecka. Detta kan ge en förlängd ledtid upp till 14 dagar och är

faktorer som regionen inte kan påverka då svaren är avgörande för ett behandlingsbeslut.

Levercancer

Till skillnad från 2023 har utökad utredning registrerats under 2024. Detta har bidragit till att andelen SVF där ledtider som överskrider >75 % har minskat med 53 %. Trots att regionen inte genomfört några specifika förändringar av rutiner har ledtiderna minskat. Tiden från start till överflytt av patient har minskat med i genomsnitt 17 dagar. Tiden från start av SVF till avslut i regionen har minskat i genomsnitt 12 dagar. Det är fortsatt patientens status samt antal undersökningar som ligger till grund för den totala ledtiden.

Njurcancer

En av de viktigaste åtgärderna för att förkorta ledtiderna har varit att införa en särskild bevakningslista. När en remiss anländer till urologen hanteras den enligt ordinarie rutiner samtidigt som patienten läggs in i listan. Den bevakas av en sekreterarfunktion som följer upp inkommande svar, exempelvis från radiologi och biopsier, och ser till att patienten snarast möjligt bokas för nästa steg i vårdförloppet.

Den största utmaningen kvarstår kring tiden till första besök, där förbättringen hittills varit begränsad. Orsaken är främst bristande tillgång till mottagningstider, men även på att flera åtgärder ofta vidtas innan patienten kallas till besök. Exempelvis granskas röntgenbilder och patientfallet diskuteras vid urologröntgenrund och behandlingskonferens redan innan det första besöket.

Gallblåsa och perihilär gallgångscancer

Till skillnad från 2023 har utökad utredning registrerats under 2024. Tiden från start av SVF till den sjukvårdsregionala MDK:n är den samma mellan åren 2023 och 2024 i medeltal 15 dagar. Tiden fram till start av behandling har ökat med 10 dagar. Det är fortsatt patientens status och antal undersökningar som styr ledtiderna.

Cancer i bukspottkörtel och periampullärt

Vårdförloppet ingår i årets kartläggning och analys.

Den främsta orsaken till långa ledtiderna är komplexa vårdförlopp, där ett flertal olika vårdåtgärder krävs innan ett behandlingsbeslut kan fattas. Många patienter är redan vid start av SVF starkt påverkade av sjukdomen, vilket ofta leder till avsteg från det planerade vårdförloppet.

För de patienter som inleder sin behandling i regionen kan tiden till Onkologbesöket dröja upp till fyra veckor då kompletterande provsvar kan krävas inför slutgiltigt beslut om den specifika behandlingen.

Bland de SVF med längst ledtid återfinns fortsatt de som startar behandling och/eller som utför delar av utredningen i annan region.

4 Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Varje enskilt SVF har ansvariga kvalitetssäkrare på respektive klinik. Inför de månatliga rapporterna till SKR:s databas kontrollerar de att uppgifterna är korrekta, dels utifrån regionens egna felrapporter, dels utifrån koordinatorernas egna SVF-listor. För att säkerställa slutrapportering av patienter vars behandling påbörjas i andra regioner har standardremisser utarbetats där SVF är en del av uppgifterna som efterfrågas. Utöver detta tar i vissa fall Dalarnas koordinatörer även kontakt med mottagande regions koordinator för att få bekräftat att informationen mottagits.

Trots allt arbete med att säkra inrapporteringen av överflyttade SVF saknas fortsatt registrerade. Det är ett tidskrävande arbete att söka och identifiera SVF som inte slutregistrerats av mottagande region. Det är även tidskrävande för mottagande region att efterregistrera SVF.

Regionens SVF-samordnare sprider information till specialistvården samt primärvården då vårdförlopp reviderats eller andra förändringar inom SVF.

5 PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)

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

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

Regionen har skickat ut och använt PREM-enkäten för SVF 2025

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

Vårdutvecklare och kontaktsjuksköterskor på klinikerna samt i primärvården har kunskap om enkäten samt behörigheter till de öppna svaren.

Den sammanställda statistiken visar en övervägande positiv bild av patientens upplevelse. De öppna svaren är också övervägande positiva där patienterna känt sig sedda och trygga med vården. De negativa svaren är ofta hänvisad till en enskild vårdgivare i något skede av vårdförloppet. Det framgår även att patienter upplevt att informationen mellan primärvården och specialistvården varit bristfällig.

Regionen har tidigare startat ett arbete med aktiva överlämningar från specialistvården till primärvården av färdigbehandlade cancerpatienter. Svaren i PREM-enkäten styrker vikten av patienters behov av att vara säkra på att nästa vårdgivare har all information.

6 Användning av SVF-medel under 2025

6.1 Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?

Medlen har fördelats utefter överenskommelsens intentioner för att stimulera verksamheterna att öka tillgängligheten och effektiviteten för regionens cancerpatienter/patienter med välgrundad misstanke om cancer. Regionen har en särskild styrgrupp enligt verkställighetsbeslut som fördelar riktade statsbidrag och rapporterar användningen till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

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

Regionen har avsatt delar av SVF-medlen för att verksamheterna ska ha möjlighet att ansöka om stöd till utvecklingsarbeten kopplade till cancerplanen och överenskommelsen *Jämlik och effektivare cancervård med kortare väntetider*. Ansökningarna sker enligt en framtagna mall och uppföljning görs genom redovisning i LPO cancer, som även beslutar om fördelning av medlen. Under 2025 har 10 utvecklingsprojekt beviljats medel.

Medlen har även finansierat PREM-enkäten samt arvoden och resekostnader för patientrepresentanter i Region Dalarnas Patient- och närstående råd.

Därutöver har tjänster finansierats för att samordna SVF-arbetet, stärka tillgängligheten och bidra till ökad kvalitet och effektivitet inom operationsverksamheten, särskilt vid kirurgiska ingrepp. Medlen har också använts till kompetensutveckling.

7 Fortsatt nationellt arbete med SVF

Gällande patologin föreligger det ett behov av nationell samordning och långsiktig strategisk planering för att säkerställa att tillgången till avancerad diagnostik inte utgör en flaskhals inom SVF. Vidare bör en översyn göras av nuvarande ledtidsmål, med hänsyn till vilka analyser som krävs och var dessa kan utföras, i syfte att möjliggöra en mer realistisk och differentierad målsättning.

Vid granskning av vårdförloppen framkommer det tydligt att de med längst ledtider >90 dagar har krävt komplicerade utredningar och där patienterna ofta varit sköra. Vårdgivare har svårt att tolka när ett vårdförlopp ska avslutas utifrån vårdförloppsbeskrivningarna. Här krävs en tydlighet då det även finns en oro att inte uppnå 70%-målet.

Bitte Kans
Utvecklingsledare Cancersamordnare
Region Dalarna
Avdelningen för Kunskapsstyrning
Mobil: 072-510 29 91

E-post: bitte.kans@regiondalarna.se
