

# **Region Gävleborgs redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025**

## 1. Organisation

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

Ja. Följande organisatoriska utmaningar har påverkat arbetet med SVF under 2025:

- **Systeminförande av nytt informationssystem Cosmic (januari):** Hinder i SVF-rapporteringen då SVF-moduler delvis inte varit användarvänliga eller fullt fungerande.
- **Roller och ansvar:** Oklara ansvar för registrering mellan professioner kring vem som registrerar vad och när har lett till felaktig eller utebliven kodning samt saknade/försenade tidsstämplar och nyckelhändelser.
- **Dataintegration:** Automatisk överföring till lokala och nationella uppföljningsverktyg har brustit, vilket krävt manuell hantering och medfört osäker datakvalitet. Återkoppling av SVF-data till enheterna har därmed försvårats.
- **Kompetens:** Otillräcklig utbildning i korrekt SVF-dokumentation samt i Cosmic.
- **Samverkan:** Primärvårdsrepresentation har saknats i flera processteam samt i LPO cancerstyrgrupp, vilket har försvårat förbättringsarbetet i SVF-processen.
- **Bemanning:** Kompetensförsörjningen motsvarar inte behovet, med negativ påverkan på omhändertagande, kontinuitet och tid till första besöket.

## 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.**

Nej, regionen når inte inklusionsmålet sammantaget för alla SVF enligt rapporteringen i SIGNE databasen.

**Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?**

Endast följande SVF uppnår målet ( $\geq 70$  %): livmoderkroppscancer (100 %), urinblåsecancer (100 %), vulvacancer (100 %), skelett- och mjukdelssarkom (75 %), tjock- och ändtarmscancer (72 %) samt äggstockscancer (80 %).

**Redogör för orsakerna till att målet inte nås.**

- **System och datauttag:** Efter införandet av systemet Cosmic i januari har uttag av utdata för SVF inte fungerat tillfredsställande. Automatiken mot lokala och nationella uppföljningsverktyg brister, vilket kräver manuella moment och ger osäker datakvalitet.
- **Registrering och arbetsbelastning:** Ökad arbetsbelastning efter införandet av Cosmic för registrerande funktioner har medfört ofullständig SVF-registrering.

- **Informationsöverföring mellan regioner:** Svårigheter att kvalitetssäkra att rätt information följer med vid extern remittering påverkar inklusionsgraden samt svårighet i kvalitetsuppföljning att mottagande region registrerar överflyttad patient korrekt.
- **Konsekvens:** Samtliga patienter utreds och behandlas, men till dess att utdataflödena är stabila speglar redovisad inklusion och ledtider inte fullt ut den kliniska verkligheten. Ett förbättringsarbete pågår sedan tidig vår.

### 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-dokumenterna.

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

#### Diagnostisk process

- Långa svarstider inom patologi:
  - Begränsad kompetens/kapacitet för vissa vävnadsbiopsier eller att analys sker i annan region.
  - Begränsad kapacitet för DT/EUS-ledda punktioner (EUS i Uppsala).
  - Omtag av biopsier på grund av otillräckligt material.
  - Tvetydiga PAD-svar som behöver skickas till annan region som kontrollfall.
- Brist på tider för DT/MR i Region Gävleborg förlänger tiden till första besök.
- Köer till PET-CT och fördröjda svarstider.

#### Organisatoriska hinder

- Ofullständig/felaktig registrering av KVÅ-koder som påverkar mätning av ledtider.
- Informationssystem/dokumentation (Cosmic): Mycket långa skrivtider för diktat (~månader), manuella utdrag, instabil automatisk överföring och oklara ansvar för registrering ger försenad/utebliven kodning och bristande uppföljning.
- Specialistkapacitet: Otillräcklig tillgång till urologer/operationstider; periodvisa kapacitetsbortfall (lov).
- MDK-rutiner (till exempel deadlines för anmälan) förlänger ledtider.
- Otillräcklig tillgång till operationstider; suboptimalt samarbete mellan opererande enheter i region Mellansverige.
- Patienten uteblir från erbjuden tid.
- Vårdövergångar: Pappersremisser; fördröjningar till operation i annan region; brister i kodning i mottagande region försvårar spårbarhet och mätning.
- Prioriteringsbehov vid samsjuklighet/hög ålder kräver kompletterande undersökningar samt vid förnyad medicinsk bedömning.
- Förlängd ledtid när flera cancerdiagnoser upptäcks och måste prioriteras hos samma patient.

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

- Daglig remissgenomgång.
- Egen ultraljudsledd punktion på specifika enheter har påbörjats för att avlasta röntgen; fler biopsier möjliga vid framtida teknikinvesteringar.
- Remisslösa MDK:er införda i flera SVF; kontaktsjuksköterska dokumenterar beslut och bokar åtgärder direkt. Cosmic har dock ökat den administrativa belastningen i skapandet av vårdåtagande och konsultation.
- Remisshantering och kodning: cancersamordnare deltar i nationella och regionala arbetsgrupper för korrekt hantering vid uppstart av Cosmic; fortsatt arbete för ökad följsamhet.
- Processmognadsanalys: genomförd av cancersamordnare med processteam; återkoppling och gemensam åtgärdsplanering för identifierade avvikelser (bl.a. ledtider, kodning).
- Dialogmöten i Region Gävleborg: påbörjat möten med koordinators och medicinska sekreterare; fortsatt arbete under hösten med ansvarsfördelning och korrekt kodning per SVF.
- Uppföljning/visualisering: tidigare digitalt verktyg med daglig uppdatering av ledtider gav snabb avvikelshantering; efter Cosmic brister automatisk överföring, arbete pågår med IT, tillgänglighetssamordnare och systemägare för en lösning tillsammans med Sussa regionerna. Cosmic SVF-anteckning, kortguider och checklistor för korrekt kodning/tidsstämpling; avvikelislistor med tidsfrister och uppföljning.
- Specialitetsdialog: radiologi och patologi rapporterar regelbundet i LPO cancersjukdomars styrgrupp om identifierade avvikelser och förbättringar.
- Kapacitetsutveckling: regionen utreder investering/planering av egen PET-CT (beslut ej fattat).
- Tillfälliga åtgärder mot diktat-back log: prioriteringsregler/stöd till medicinska sekreterare.

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

- Enligt årets överenskommelse har instruktion för identifiering av systematiska hinder (>50 % över optimal ledtid) skickats till processägare och processledare i utvalda SVF.
- Kartläggning och analys är genomförd och återkopplad till berörda; åtgärdsförslag prioriteras inom respektive processteam.
- MDK-remissmallar (Uppsala): uppföljning av faktisk användning och kvalitet i underlagen.

- Interregional samverkan: dialog om operationskapacitet (Uppsala) och möjlighet att nyttja Örebro mer systematiskt.
- DT-kapacitet: dedikerade block finns men behöver utökas för att klara  $\leq 5$  dagar.
- Kodnings principer: "Medicinskt orsakad väntan" används restriktivt och motiverat för att inte maskera flaskhalsar; riktad rättning av felregistreringar.
- Uppföljning: regelbunden kontroll av skillnader mellan journalsystem och nationella register; återkoppling till processteam/LPO till dess att automatiska flöden är stabila.
- Åtgärdslista med ansvar/tidsplan: t.ex. utöka DT-block, snabbspår för MDK-underlag, standard för interregional kodning/överföring, förstärkt patologiflöde.

Sammanfattade punkter från 2024-analysen: DT-brist (särskilt Gävle), MDK-anmälningstider, externa EUS/operationer, patologiledtider, felregistrering/outliers, semestereffekter och patientvägran resa. Analysen av de utvalda vårdförloppen bifogas som bilaga.

## 4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

### Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Regionen bedriver kvalitetssäkring i tre spår: (1) validera, (2) korrigera, (3) stabilisera flöden.

- **Validera:** Regelbundna utdrag ur Cosmic med logik- och fullständighetskontroller av tidsstämplar, nyckelhändelser och KVA-koder per SVF. Avvikelselistor tas fram per enhet/processteam.
- **Korrigera och återkoppla:** Avvikelselistor distribueras löpande till berörda enheter för rättning med tydliga tidsfrister. Cancersamordnare följer upp korrigeringsgrad och återkopplar i processteam och LPO cancersjukdomars styrgrupp.
- **Stabilisera dataflöden:** Före Cosmic användes ett digitalt visualiseringsverktyg med daglig uppdatering av ledtider. Efter införandet fungerar den automatiska överföringen till lokala/nationella uppföljningsverktyg inte tillfredsställande; IT, tillgänglighetssamordnare och systemägare driver felrättningar och tester tills stabil automatisk överföring är återställd. Under tiden används manuella utdrag och riktad granskning från automatiska avvikelserapporter.

### Påverkansfaktorer 2025 och tillfälliga åtgärder

- Långa skrivtider för diktat efter Cosmic-införandet (normalprioriterade ~3 månader) medför undanträngning och risk för sen/utebliven registrering. Temporära insatser: prioriteringsregler, markering av akuta diktat, extra stöd till registrerande funktioner och riktade rättningsinsatser.
- Ökad administrativ belastning hanteras med kortguider/checklistor för korrekt SVF-registrering samt dialogmöten med koordinators och medicinska sekreterare för att tydliggöra ansvar och förbättra följsamhet.

### Plan och tidpunkt

- Ett fungerande kvalitetssäkringsupplägg är etablerat. Under hösten 2025 kvalitetssäkrar respektive enhet sin SVF-data för 2025 med målet att vara komplett och spårbar inför uttag i början av 2026 från nationella väntetidsdatabasen.

## 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.

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

Ja

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

- Resultat sammanställs per SVF och delas med processägare och processledare.
- Processteamerna analyserar resultaten och tar fram åtgärder för både positiv och negativ återkoppling, med ansvar och tidsplan.
- LPO cancersjukdomars styrgrupp följer löpande upp resultat och åtgärdsstatus.
- PREM-resultat används tillsammans med ledtids- och kvalitetsdata; under 2025 fungerar de som ett viktigt komplement medan dataflöden från Cosmic stabiliseras.
- PREM-resultaten för 2024 presenterades på Kontaktsjuksköterskedagen 2025 som underlag för förbättringar i klinisk verksamhet.

## 6. Användning av SVF-medel under 2025

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

- Beslut fattas av LPO cancersjukdomars styrgrupp.
- Medlen riktas till förbättrings- och utvecklingsarbete inom respektive SVF och processteam.
- Medel har även avsatts för PREM-mätningar.
- Prioritering mot insatser som stärker ledtidsuppfyllelse, datakvalitet/kodning (KVÅ), och samverkan i SVF-processerna.

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

- Ledtids- och flödesarbete: införande/stöd för remisslösa MDK:er, uppföljning av åtgärder i processteam (punkt 3 ovan).
- Datakvalitet och kodning i Cosmic: framtagna rutiner och lathundar, riktade rättningsinsatser och dialogmöten med koordinators och medicinska sekreterare; arbete i regionala/nationella grupper för remisshantering och kodning.
- Processutveckling: processmognadsanalys med återkoppling och åtgärdsplaner i samtliga förlopp.

- Uppföljning under övergången till Cosmic: manuella utdrag/avvikelselistor och riktad granskning i väntan på stabil automatisk överföring.
- PREM: kostnader för insamling och sammanställning av PREM-enkäter.
- Kompetens och nätverk: delvis finansiering av Kontaktsjuksköterskedagen (kompetenshöjning, nätverk, stärkt KSSK-roll i att driva patientförloppen framåt).
- Samordning: finansiering av cancersamordnare för särskilda satsningar inom SVF.

Arbetet med att säkerställa stabila utdataflöden från Cosmic kvarstår och fortgår under hösten 2025.

## 7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

Vid journalgranskningen av utvalda vårdförlopp noterades genomgående bristfällig kodning. Exempelvis har kodning för neoadjuvant behandling inför kirurgi eller strålbehandling ofta uteblivit. Detta påverkar registreringen negativt och är till viss del en förklaring till de långa ledtiderna. Korrekt kodning behöver säkerställas.

Under flera år har brister i samarbete och rapportering över länsgränser diskuterats. Det finns fortfarande ett stort bortfall i kodregistrering i mottagande regioner.

MDK-standards: Nationellt enhetliga MDK-remissmallar och checklista; uppföljning av faktisk användning och kvaliteten i underlagen.

Spårbarhet i Signe: Möjlighet till patientnära (pseudonymiserad) spårning mellan regioner för att kunna följa förlopp trots kodningsbrister; förstärkt fel- och bortfallsrapportering.

Mindre manuell hantering: Krav på automatiserade dataflöden (FHIR/standardiserade gränssnitt) till lokala och nationella uppföljningsverktyg; verifierad ETL, testmiljö och releaseprocess för att undvika datastopp efter systemförändringar.

Diagnostisk kapacitet: Nationell plan för patologi, radiologi och PET-CT (kompetensförsörjning, prioriteringsprinciper, uppdragsväxling mellan regioner) för att korta flaskhalsar i ledtider.

Undantag och orsakskoder: Tydliga nationella definitioner för medicinskt motiverade pauser/komplexitet (till exempel samsjuklighet, kompletterande utredningar) så att ledtidsmått blir jämförbara och rättvisa.

Transparens och återkoppling: Gemensamma nationella dashboards med enhetsnivå (aggregerad) och regelbunden återkoppling till LPO/styrgrupper.