



Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025

Region Örebro läns redovisning av arbetet med
standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp

Region Örebro läns redovisning för 2025

Kontaktperson:

Lena Buske, Samordnare SVF

E-post: lena.buske@regionorebrolan.se

Telefon: 019-602 59 40

2025-09-04

Innehåll

1. Organisation	4
2. Inklusionsmål	4
3. Ledtidsmålet	5
4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2024	7
5. PREM-enkäter	7
6. Användning av SVF-medel under 2025	8
7. Fortsatt nationellt arbete med SVF	8

1. Organisation

Finns det utmaningar vad gäller sjukvårdsorganisationen i arbetet med SVF.

Under hösten 2024 startade LPO cancer och ersatte tidigare SVF styrgrupp och cancerråd. Fortsatta utmaningar att hitta struktur och arbetssätt för att hantera frågorna på rätt nivå så att utvecklingskraften gör nytta i verksamheten och når den enskilda patienten.

Införandet av nytt journalsystem under hösten 2024 har varit problematiskt gällande kvalitetsgranskning och uppföljning, då det funnits stora kvalitetsbrister på leverans av utdata. Sedan införandet har mycket tid lagts på att rätta upp de fel och brister vi upptäckt.

Det finns enskilda patienter, färre än tidigare, som inte har blivit korrekt informerade om vad SVF-förlopp innebär. Detta kan medföra problem när patienten kommer till specialistvården personalen där börjar ta anamnes utifrån ett cancerperspektiv. Regionen arbetar dock för att öka kommunikationen i de olika leden med primärvården i syfte att åtgärda problemet. Regionen ser även ett fortsatt behov av att kommunicera rutinerna som gäller för SVF-förlopp till hyrläkare på ett mer enhetligt och tydligt sätt.

Vårdövergång från andra regioner är ibland handläggningstiden lång innan remissen skickas till oss för start av behandling. Detta beror delvis på att utredningen sker i hemmaregionen.

2. Inklusionsmål

Målet är att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmålet). Måluppfyllelsen beräknas för regionen som helhet, sammantaget för alla SVF.

Ange regionens inklusion som helhet

Måluppfyllelse av inklusionsmålet för Region Örebro län är 85 %.

Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet

Aktuellt SVF	Måluppfyllelse av inklusionsmålet	Antal Inkluderade/beräknade
Akuta leukemier	0 %	0/7
Buksarkom	14%	1/7
Livmoderkroppscancer	17%	1/6
KLL och Lymfom	64%	32/50
MPN	50%	6/12
Myelom	56%	10/18
Skelett och mjukdelssarkom	67%	4/6
Sköldkörtelcancer	33%	6/18
Testikelcancer	0%	0/6
Vulva	33%	1/3
Äggstockscancer	56%	9/16

Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

I och med att inklusionsmålet är en matematisk beräkning baserat på tidigare års antal kan det vara svårt att uppnå 70 % inklusion ifall antalet av årets cancerfall inte uppnår förväntat antal.

Under hösten 2024 har Region Örebro län infört nytt journalsystem vilket inneburit stora problem med dokumentation och utdata gällande SVF. Ny dokumentationsmall för SVF har införts sussa gemensamt för att säkerställa myndighetsrapporteringen. Det pågår regelbundna kvalitetskontroller och upprättande av felaktigt angivna värden. Vid granskning av ovanstående data så finns det en viss eftersläpning relaterat till sommaren och avsaknad av ett antal patienter som är relaterat till nytt journalsystem.

Vid ytterligare granskning av Testikelcancer i vårt interna system, så är det 10 patienter som utretts för testikelcancer. Alla 10 avskrevs då misstanke inte längre kvarstår.

Inklusion för Akuta leukemier ligger på noll i tabellen ovan, vid ytterligare granskning i vårt interna system finns två patienter som startat behandling. Det stora problemet är att det är ett snabbt förlopp och att man allt för ofta inte hinner starta SVF.

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 dokumenten.

Inom vilket område(n) finns de största hindren för att uppnå leddidsmålen? till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.

De största hindren för att uppnå leddidsmålen är personalomsättning, sjukdom hos personal, tillgång till operationsresurser, tillgång till rätt operatör och en generell brist på sjuksköterske-/kompetens inom området. Brist på personal innebär färre vårdplatser och färre möjligheter för mottagningsverksamhet och operation.

En del patienter möter inte upp på angiven tid, eller tackar nej till erbjuden tid, där effekten för Regionen blir att de inte uppnår leddidsmålet.

Vid den separat utredningen gällande 50–75% längre ledtid ser vi att en stor andel patienter är multisjuka och väntar av medicinsk orsakad väntan och dessa är inte avslutade.

I vissa fall är utredningsförloppet på patienter från annan region fördröjt, vilket resulterar i att Regionen saknar möjlighet att uppfylla leddidsmålet

I samband med införandet av nytt journalsystem så har dokumentation och utdata varit stora bekymmer. Ledtidsmåttet är beräknat på färre antalet patienter än tidigare år.

Regionen arbetar ständigt för att hålla ledtiderna, då det är av högsta prioritet att patienten genomgår sin utredning så snabbt som möjligt och kommer fram till rätt primärbehandling med en bibehållen livskvalitet.

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

Regionen arbetar hårt för att öka och förbättra rekrytering, behålla befintlig personal, samt för att upprätthålla den kompetens som är nödvändig för att kunna bedriva verksamheten.

Gällande patienter som är multistjuka eller inte kommer på angiven tid är faktorer som vi inte kan påverka. Däremot behöver rutiner förbättras när och hur vi registrerar. Regionen behöver också ta ställning till om vi ska avsluta SVF förloppen i större utsträckning där patienter orsakats av annat sjukdomstillstånd. Det är problematiskt att arbeta mer aktivt med fler avslut så länge inklusionsmålet är prestationsbaserat.

Såväl röntgenkliniken som patologen har förbättrat sina ledtider. Fokus för Regionen är att patienten känner sig väl omhändertagen, att nästa besökstid är inbokat, att kontaktsjuksköterskefunktionen är välfungerande samt att anhöriga är involverade i utrednings- och behandlingsförloppet.

Det finns en etablerad nära kontakt med processledare inom de olika SVF-processerna, vilket genererar i en ökad samverkan mellan sjukhusledning och processer. Arbetssättet gör det även mer lättöverskådligt att identifiera var flaskhalsarna i de olika SVF-förloppen finns och underlättar när åtgärder vidtas.

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

I utredningen så framkom det att ett antal patienter inte blivit KVÅ kodade, avvikeleregistrerade eller avslutade på ett korrekt sätt. I dialog med verksamheterna så har vi uppmärksammat vikten av korrekta registreringar.

Bättre bemanningsläge gällande läkare och sjuksköterskor på urologmottagningen. Det har därmed kunnat både korta elektiva köer och ha en bättre schemaläggning för våra SVF. Genomgång över aktuella patienter som går under SVF, för att kunna se nästa steg i deras utredning, och därmed förbättra planeringen. Det är en rutin som funnits hela tiden, men med förbättrade bemanningsläget är det lättare att göra justeringar i schemat vid eventuella toppar i remissinflödet

Bronkoskop med ultraljudsdriver är installerad i verksamhet och kommer under hösten att tas i bruk efter planerad utbildning.

Bifoga analysen från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen som bilaga.

Se separat dokument "Region Örebro läns redovisning av kartläggning gällande 50–75% längre ledtid" De SVF förlopp som analyserats är Bukspottkörtelcancer, lungcancer, Urinblåsecancer och äggstockscancer.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Under hösten 2024 har Region Örebro län infört nytt journalsystem vilket inneburit stora problem med dokumentation och utdata gällande SVF. Det pågår regelbundna kvalitetskontroller och upprättande av felaktigt angivna värden

Granskning av resultatet sker av verksamheten, tillsammans med utpekad samordnare.

Kvalitetssäkerhetsarbetet är ett pågående arbete då granskning av fellistor och statistik från interna uppföljningssystem bearbetas varje månad.

Granskning gör att vi hittar fler antalet felregistrerade patienter.

Rapportering sker till databasen SIGNE där löpande kontroller utförs av inrapporterade ledtider.

Vid LPO cancer får processledarna presentera inklusion och ledtid där jämförelser ofta sker mot kvalitetsregister. Genom denna hantering uppmärksammas verksamheterna på eventuella utvecklings- och förbättringsområden.

5. PREM-enkäter

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?

Regionen har skickat PREM-enkäten till patienter som har en utretts inom ett SVF- förlopp under första halvåret 2025.

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

Resultaten från den sammanställda enkäten går ut som information till verksamhetschefer och processledare. Öppna svar sammanställs per SVF och skickas sedan till berörd verksamhet. Processledarna ska även gå in i respektive SVF för att analysera aktuella data och utifrån förslag fortsätta arbetet med att förbättra SVF:erna. Det redovisas därefter i samband med genomgång i vårdprocessgrupperna. Regionen har i stort goda resultat, men det som utmärker sig är att patienterna var mindre nöjda vad gällde frågor inom delaktighet och involvering. Öppna svar från patienterna har skickats till respektive verksamhetschef för dialog med verksamhet.

Resultatet kommuniceras både internt och externt för att nå såväl medarbetare som medborgare.

6. Användning av SVF-medel under 2025

Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?

Grundprincipen är att hänsyn tas till samtliga nationella överenskommelser vid grundfördelningen av budget. Om en verksamhet har specifika önskemål om medelstildelning kopplat till SVF-arbete ska detta framföras i ordinarie budgetprocess, det inbegriper också investeringsönskemål kopplade till SVF-processer.

I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025?

Medel har bland annat används till:

- Cancer- SVF samordnare
- Kostnad för PREM enkät
- Nätverk för kontaktsjuksköterskor
- Bronkoskop med ultraljudsprober
- Instrument för optical genome mapping (OGM) Klinisk patologi och genetik.
- Diatermiutrustning för cellförändringar i cervix.
- Sentinel node utrustning för peniscanceroperationer
- Utrustning för diagnostik av prostatacancer och urinblåsecancer

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

Regionen önskar att samverkan sker på flera nivåer för att hantera det förväntade tappet av kompetens och resurser som troligen kommer påverka flera områden, däribland patologi och röntgen. Regionen önskar även lyfta fram att arbetet med kvalitetsuppföljning skulle underlätta om databasen hade stöd för att hantera persondata.

Fortsatta principiella diskussioner gällande ledtidsmålen och inklusionsmålet behöver ske. Gällande ledtider behöver regionerna fundera på vilken strategi vi ska ha gällande medicinskt vald väntan och patientvaldväntan. Ska vi avsluta alla SVF dessa förlopp? De innebär att vi då får mått på en standardpatient utan samsjuklighet. Vi förbättrar ledtiderna genom att tänka personcentrerat utifrån patienten. Inklusionsmålet kommer påverkas om vi väljer att avsluta fler patienter som har annat sjukdomstillstånd.

Regionen vill särskilt betona att patientens livskvalitet och påverkan på överlevnad inte bör ställas mot en ledtid, SVF 2.0.

Verksamhetsenheterna är starkt kritisk till inklusionsmålet då det är en matematisk beräkning baserat på tidigare år. Det kan vara svårt att uppnå detta mål. Det bli kontra produktivt när vi samtidigt pratar om kloka kliniska val. Kloka kliniska val kommer innebära att vi inkluderar färre antalet patienter in i standardiserade vårdförlopp.