

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-dokumentationen.

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)?**

Det finns flera organisatoriska utmaningar i arbetet med SVF i regionen.

Resurs- och kapacitetsbrister:

Det råder brist på sjuksköterskor, särskilt inom onkologin, liksom endoskopister och specialistläkare i flera förlopp. Även kontaktsjuksköterskor saknas i vissa diagnoser. Kapaciteten för strålbehandling, onkologisk behandling och operationer är ansträngd och det är svårt att få operationsutrymme att räckta till.

Diagnostik och svarstider:

Patologi och radiologi har långa och framför allt *varierande* svarstider, vilket försvårar planeringen av återbesök och förlänger ledtiderna. Komplettering av PAD som skickas till SU samt ojämnt remissflöde för radiologi bidrar till fördröjningar. PET-CT efterfrågas alltmer och det finns behov av planering för att möta detta.

Nivåstrukturering och övergångar:

Den nivåstrukturerade vården förlänger ledtiderna och ställer ökade krav på vårdplatser, kapacitet, kompetens och logistik. När flera förvaltningar och specialiteter är inblandade blir övergångarna ibland en utmaning som riskerar att fördröja vårdförloppen.

Remisser och primärvård:

Ofullständiga remisser är ett återkommande problem i flera förlopp. För SVF-bröstcancer anses primärvården vara alltför frikostig i sin remittering, vilket leder till undanträngningseffekter. Inom MPN saknas ofta SVF-märkning och relevanta provsvar. Samtidigt lyfts även gott samarbete med primärvården fram, exempelvis inom hudförloppet.

Specifika förlopp och lokala utmaningar:

- CUP: brist på röntgen- och läkartider samt fördröjningar i samband med nationella MDK.
- Lunga: nedläggning av utredningsenhet i Borås har ökat inflödet till SU, samtidigt som resurser minskat.
- Bröst: stort inflöde av remisser utan motsvarande ökning av cancerfall skapar undanträngning.
- Gynekologi: bristande registrering av SVF på grund av personalbrist.
- Kolorektal: ökat inflöde av remisser medför högre belastning.
- Hud: patologisvar fördröjer processen.

- Skelett- och mjukdelssarkom: undermåligt remissystem (fax, pappersutskrifter).
- Sköldkörtel: lång väntetid till ultraljudsledd cytologi innan SVF kan starta.

Sammanfattningsvis präglas organisationen av återkommande kapacitetsproblem, varierande svarstider inom diagnostiken och utmaningar med remisser. Dessa faktorer samverkar och leder till undanträngningseffekter och förlängda ledtider i flera förlopp.

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, Västra Götalandsregionen klarar inklusionsmålet. Regionen har haft 75% måluppfyllelse under första halvåret 2025. Denna måluppfyllelse stämmer likt övriga riket. Förra året hade regionen en måluppfyllelse på 84%, riket hade måluppfyllelse på 82%.

- **Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?**

- Akut leukemi
- Analcancer
- Buksarkom
- Cancer i urinblåsa
- Hudmelanom
- Livmoderhalscancer
- Matstrupe och magsäckscancer
- MPN
- Neuroendokrina bukumörer
- Prostatacancer
- Testikelcancer
- Tjock och ändtarmscancer
- Vulvacancer

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

- Beräkningsunderlaget har justerats uppåt kraftigt för år 2025 jämfört med år 2024. Förväntat antal patienter i beräkningsunderlaget har ökat med ca. 5,5% (om beräkningsunderlaget ej hade höjts skulle måluppfyllelsen varit 80,5%)

- För flera av de större förloppen (sett till antalet patienter) upplevs den låga inklusionen till stor del bero på bristande registrering. Exempelvis har de regionala processledarna för både prostatacancer och hudmelanom bekräftat att nästan alla patienter utreds enligt SVF. Den regionala gruppen för SVF-kvalitetssäkring arbetar för att stötta förvaltningarna i registreringen.
- För flera av de små förloppen kan variationer i patientflödet få stor effekt avseende måluppfyllelsen, då beräkningsunderlaget kanske inte stämmer överens med verkliga inflödet av patienter. Detta blir speciellt märkbart då beräkningsunderlaget justerats.
- En av upptäckterna från förra årets kartläggning av patienter med långa ledtider var att ett stort antal patienter som inte kan, vill eller har nytta av att utredas via SVF har inkluderats. Ett arbete har gjorts för att inkludera *rätt* patienter, vilket innebär att ett mindre antal inkluderas. De som faktiskt inkluderas har större möjligheter till att klara av den snabba utredningen och ha nytta av den.
- Det är även värt att notera att texten ”Innan SVF-remiss skickas, beakta att patienten önskar, har nytta av och klarar av utredningen” har lyfts in i samtliga SVF. Detta torde kunna påverka remittenter att inte skicka vissa SVF-remisser, med lägre inklusion som följd.

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-dokumentationen.

- **Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå ledtidsmålen? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.**
 - Långa och varierande svarstider från patologin, särskilt vid premaligna förändringar, samt avsaknad av prioritering av SVF-märkta remisser. Detta leder till betydande förseningar i flera förlopp.
 - Begränsningar i operationsutrymme både regionalt och inom SU, samt fördröjningar vid start av kirurgisk och onkologisk behandling.
 - Långa väntetider och brist på skopister gör endoskopiverksamheterna till en flaskhals. Här finns behov av rekrytering och långsiktig planering, inte minst inför tjocktarmscancerscreeningen.

- Väntetider för att få bilddiagnostik utförd och besvarad bidrar till förlängda ledtider.
- Otydliga, ofullständiga eller felmärkta remisser kräver komplettering och leder till fördröjningar. Brister i Remissportalen samt inkompatibla system gör att svar i vissa fall skickas med post, vilket ytterligare förlänger processen. Ett helt digitalt system skulle kunna korta utredningstiderna.
- Brist på specialister och tillgång till mottagningstider fördröjer både första besöket och fortsatt utredning.
- Väntan på multidisciplinära konferenser samt behov av kompletterande eller särskilt komplicerade utredningar bidrar till långa ledtider.
- För vida kriterier i vissa SVF leder till att många patienter med låg sannolikhet för cancer utreds, vilket skapar undanträngningseffekter och resursbelastning.

Det som främst fördröjer vårdförloppen är långa svarstider inom patologi och radiologi (framför allt MR och CT). Endoskopin har köer till koloskopi och brist på personal. Operationskapacitet och start av behandling är också återkommande flaskhalsar. CUP-utredningar blir ofta utdragna då biopsier kan vara svåra att ta. Vid hjärntumörer bidrar avancerade analyser till förseningar och neurokirurgiska tider kan vara svåra att få. Andra problem är ofullständiga eller felmärkta remisser, vida inklusionskriterier (t.ex. bröstcancer) som ger undanträngning, samt att delar av remissflödet fortfarande sker med fax och post.

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

Flera åtgärder har genomförts:

- Rekrytering till radiologi, patologi och endoskopi.
- Processkartläggning och standardisering av rutiner inom flera förlopp. Även diagnosspecifika process-sidor med ex. delledtider för överblick.
- Avstämningsmöten med skopienheterna och omfördelning av patienter inom VGR för att korta väntetiderna.
- Fasta tider och snabbspår för MR/DT, PET och operation. Även lokala projekt för att öka flödet.
- Lokala styrgruppsmöten för planering och samordning kring bland annat utmaningar nu och framåt. Även möte med lokala processledare för att driva processarbetet.
- Förbättrad remisskvalitet genom standardiserade mallar, checklistor och information till primärvården, bland annat genom utskick med information om remisskriterier, förändringar osv.
- Flera diagnosspecifika insatser, exempelvis:
 - Nya arbetssätt, som ”Uricheck” och urinbaserade tester vid blåscancer, har minskat behovet av cystoskopi och kortat väntetider. Urologen har vunnit kvalitets- och hållbarhetspris för detta.
 - För bröstcancer har uppföljningar harmoniserats och delar av bilddiagnostiken och hereditetskontroller har flyttats till screeningprogram för att frigöra resurser. Det pågår även översyn för processen att möjliggöra kökortningsinsatser regionalt.
 - Inom huvud-hals har bättre operationsflöden gjort att de flesta patienter når ledtiden.
 - CUP har ökat direktkontakt med diagnostiken för att försöka förbättra ledtiderna.
 - Luncancer har en mer restriktiv utredning vid låg malignitetsmisstanke i kombination med utbildningsinsatser för nya kollegor.
 - Inom lever/galla finns nu levertumörkonsult tillgänglig på telefon under kontorstid.

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

Förvaltningarna har byggt vidare på kartläggningen från 2024. SÄS har stärkt kodningsarbetet och infört tydligare rapportering till ledning. SkaS har infört egna processrapporter med delledtider för att snabbt hitta flaskhalsar och arbetar mer med att bedöma vilka patienter som verkligen ska vara i SVF. SU har omsatt resultaten i förbättrade rutiner inom flera diagnoser. NU-sjukvården har delgett rapporten i styrgrupper, men ser behov av fortsatt planering och rekrytering, särskilt inom endoskopi. Sammantaget används delledtider och bättre kodning för att rikta åtgärder mot de mest tidsdrivande momenten, samtidigt som arbetet med remisskvalitet och digitalisering fortsätter.

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.

- Bifoga analysen från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen som bilaga.
 - Se bilaga, Västra Götalandsregionen SVF-Kartläggning 50% 2025

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

- **Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?**

Den regionala kvalitetssäkringsgruppen har representanter från samtliga förvaltningar och träffas regelbundet för att lyfta frågor som uppkommit på respektive sjukhus. Kvalitetssäkringsgruppen består av så kallade ”SVF-SuperUsers”, dessa deltar även i SVF-arbetsgruppen tillsammans med förvaltningens lokala SVF-samordnare.

SVF-SuperUsers hjälper förvaltningens personal med att registrera patienterna och att bevaka de fellistor som används för att identifiera när registreringen blivit felaktig.

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, regionen skickar ut PREM-enkäter och samtliga förvaltningar har använt PREM-enkätens resultat under 2025.

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

Resultaten har tagits upp både lokalt och regionalt, bland annat i ledningsgrupper, SVF-möten och processturnéer. De har använts för att identifiera förbättringsområden som bemötande, tydligare patientinformation och stärkta möjligheter att ta med anhöriga.

Förvaltningsspecifika användningsområden inkluderar:

- SÄS har kopplat resultaten till cancerrehabilitering
- SkaS har fokuserat på personcentrerad vård och lyft emotionellt stöd och delaktighet. Resultat har även använts på dialogmöten och för att uppdatera patientinformation.
- SU har genomfört en pilotenkät vid nybesök med planerade uppföljningar
- NU-sjukvården har diskuterat resultaten i lokala möten
- På så vis används PREM-enkäterna för att stärka patientdelaktighet och förbättra vårdens kvalitet i hela regionen.

6. Användning av SVF-medel under 2025

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

Pengarna fördelas till regionens sjukhus till 50% baserat på antalet startade SVF och till 50% baserat på antalet avslutade SVF med start av behandling. Dessa fördelningsnycklar har inneburit att SVF-medlen fördelats mellan förvaltningarna enligt följande:

SU	NU	SÅS	SKAS	SV	RCC
43%	22%	11%	15%	9%	-
25 729 229 kr	12 842 916 kr	6 322 564 kr	9 112 833 kr	5 492 459 kr	1 600 000 kr

Inom förvaltningarna har medlen hand fördelats till verksamheter som bedriver cancervård och som utreder eller behandlar patienter inom SVF. En gemensam princip har varit att säkra finansiering av SVF-koordinatorer, kontaktsjuksköterskor och annan administrativ funktion som hanterar remisser och registrering. På NU-sjukvården har medlen fördelats proportionerligt utifrån förloppens storlek för att skapa balans mellan olika diagnoser

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

SVF-medlen har använts både för att säkra de grundläggande funktionerna i vårdförloppen och för att stödja utveckling inom patientstöd, rehabilitering och primärvårdssamverkan. Medlen har främst använts till:

- Finansiering av SVF-koordinatorer, kontaktsjuksköterskor, operationskoordinatorer och administrativ personal som hanterar remisser och registreringar. Även SVF-samordnare och SVF-superusers finansieras av SVF-medel.
- Utökat ansvar för kontaktsjuksköterskor för att exempelvis kunna ge besked till vissa patientgrupper, samt satsningar på cancerrehabilitering och bemötandefrågor
- Planerade webinarier för primärvården hösten 2025.
- Vårdstipendium till sjuksköterskestudenter för arbete om fysisk aktivitet vid cytostatikabehandling.
- Medel har även använts för att förstärka olika diagnostiska resurser.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

- Det har lyfts ett stort intresse av ökat nationellt samarbete för kompetensutbyte och gemensamma arbetssätt, även fortsatt samverkan med RCC
- När det gäller ledtider och kriterier upplevs att för flera förlopp, exempelvis blåscancerförloppet, är måltider orealistiska. Flera förvaltningar efterlyser en generell översyn av SVF-kriterierna och ledtiderna. Vissa kriterier ses som för vida och leder till överutnyttjande av resurser, och det föreslår ytterligare filter eller triagering. Vissa diagnoser skulle kunna ha mer generösa ledtider där det är medicinskt säkert, men ledtiderna skulle behöva ses över generellt. Det är också viktigt att följa delledtider (diagnos–radiologi–operation–PAD) för att hitta flaskhalsar.
- Kompetensförsörjning nämns som en nationell fråga, särskilt brist på bröstpatologer, mammografiläkare och andra specialister.
- Flera förvaltningar lyfter behov av digitalisering och jämförbarhet: SkaS betonar vikten av digitala remisser, öppna jämförelser och goda exempel som kan spridas nationellt, medan SU understryker vikten av att säkra resurser för registrering för att få fram tillförlitlig statistik.
- NU-sjukvården betonar vikten av att den nya cancerstrategin leder till att SVF följs i hela landet och att jämförelser mellan regioner blir rättvisa och likvärdiga. De efterlyser också en tydligare statlig reglering och styrning. Samtidigt sprider gärna NU-sjukvården sitt arbetssätt med SVF-styrgruppsmöten som ett gott exempel.