

Redovisning av SVF- arbetet 2025

REGIONALT CANCERCENTRUM SYDÖST

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025, Regionalt cancercentrum Sydöst

Inledning

Detta är en redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) 2025. Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har i samverkan med 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.

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-dokumenteten.

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.

Standardiserade vårdförlopp för sydöstra sjukvårdsregionen, 2025

Regionernas redovisning bifogas i denna kapp tillsammans med nationellt dataunderlag vilket redovisningarna för 2025 baseras på.

Inom sydöstra sjukvårdsregionen, SÖSR, pågår likt tidigare arbetet med standardiserade vårdförlopp, SVF, samordnat mellan regionerna Region Jönköpings län, RJL, Region Kalmar län, RKL, och Region Östergötland, RÖ. RCC Sydöst har en sjukvårdsregional SVF-samordnare som sedan 2024 har en regional arbetsgrupp, RAG SVF. RAG SVF har kontinuerliga möten.

Inom respektive region samordnas SVF-arbetet av de regionala SVF-samordnare. De regionala SVF-samordnarna är de som arbetar med regionala resultat, processledare och tillsammans med andra regionala grupperingar. Det framkommer att styrmodell för processororientering är en känd utmaning som särskilt framstår när linjeorganisationens behov och processororientering för patientens hela vårdförlopp möts. Även om båda dessa centrala organisatoriska strukturer i grunden har samma målbild för invånare, patienter, kan de ledas utifrån olika logiker vilket påverkar prioritering och utvecklingsarbete.

De nationellt framtagna fördjupade SVF-rapporterna (redovisning av data) upplevs vara ett gott stöd för regionala SVF-samordnarna i SÖSR. I samband med att dessa rapporter tillgängliggörs går de regionala samordnarna igenom materialet. Detta sker vanligtvis i en gruppering:

- sjukvårdsregional SVF-samordnare
- stödresurser inom respektive region

Resultaten i rapporterna ger stöd för dialoger som kan föras med respektive processgrupper/verksamheter. Resultaten diskuteras även vid diagnosspecifika regiongemensamma registreringsmöten liksom vid processgruppsmöten inom SÖSR. Det finns önskemål om att dessa rapporter komplettera med SVF-data som visualiseras än mer fördjupat, med en statistisk analys över data från senaste året jämfört med intervall på fem år.

Redan under införandeprojektet för SVF skapades en samverkansgrupp för IT och strukturerad vårdinformation, gruppen kallades för SVF-IT. Målsättningen var likvärdig hantering av SVF i de administrativa produktionssystem (IT) som används i vården. Syftet med satsningen var att bilda en gemensam kunskap runt de data som skapas, en likvärdig administrativ modell för journalinformation samt en likvärdig process för export av data. Det sistnämnda har lett till att regionerna i SÖSR har en samstämmig process av när SVF data exporteras vilket lett till att övergripande jämförelser kan göras och processer diskuteras. SVF-IT, benämns numer RCC-IT. Detta leder till gemensamma dialoger med tydlig koppling till informationsstruktur, registrering och uppföljning, skapas vilket medför att gemensamma initiativ kan tas inom de tre regionerna i SÖSR, ofta med stöd av RCC sydösts processledare, processamordnare och/eller regionala SVF-samordnare.

Arbets sättet har varit framgångsrikt och RCC sydöst ser värde i att arbetet sker på detta sätt mellan regionerna eftersom det ger kraft till ökad samsyn.

Det ses också i regional redovisning från Region Östergötland att arbetet med comprehensive cancercentrum i Region Östergötland bidrar till processutveckling där SVF inkluderas.

Det har varit och är en utmaning att nå gemensam kunskap om SVF registrering vilket regionerna arbetat med var och en för sig parallellt med gemensamma insatser på olika systemnivåer. Bilden är också att den granskning av fyra SVF, som del i överenskommelsen, bidrar till ökad förståelse för värdet av uppföljning, bidrar till ? intresse för att söka mönster för att identifiera systematiska hinder. RCC sydöst noterar, i år likt föregående år, att fenomenet SVF numer har en mer nyanserad ställning i dialoger och påverkar arbetssätt något mer nu än tidigare år.

Inklusion

Notera: Det finns ett antal SVF som består av små volymer vilket medför att resultat i andelar (%) kan påverkas markant av små variationer i antal.

Målnivåer för inklusion och ledtider per SVF diskuteras och ifrågasätts fortsatt vilket skapar engagemang. Resultatet för inklusionsmålet är i SÖSR något lägre än jämförande period i det nationella dataunderlaget, se bilaga. Liknande minskning som ses på totalen för SÖSR ses även i dataunderlaget för riket. RÖ har haft en större utmaning, än RJL och RKL, i att klara målnivå 70 % för 2025 men efter riktade insatser nås nationell målnivå även här.

Resultatet för de hematologiska processerna är likt tidigare en utmaning för regionerna inom SÖSR även om förbättringar ses. Patientgrupperna i dessa SVF är relativt små i numerär vilket gör att variationer i numerären kan ha relativt stor påverkan på utfallet i andelar. RCC sydösts processamordnare tillsammans med sjukvårdsregional samt regionala SVF-samordnare genomfört sjukvårdsregionala möten vid ett par tillfällen sedan föregående rapportering. På agendan har det funnits punkter om SVF liksom kvalitetsregister, bakgrund, registreringsprocess och utdata, jämförelse. Dessa möten har också givit att arbetsrutiner delats mellan regionerna. Det finns en plan för uppföljande möte.

Ledtider

Beträffande ledtidsmålet, se bilaga, har samtliga tre regioner, enligt nationellt underlag – se bilaga, ett resultat i nivå med jämförande period i underlaget. Det är fortsatt en stor utmaning för regionerna nå fram till nationell målnivå om 80 %.

Likt tidigare finns en variation mellan olika SVF och respektive region, se bilaga per region samt bilaga nationellt Rapporteringsunderlag SVF Sydöst 2024 helår - 2025 jan-juni.

Mötesplatser för dialog om arbetssätt samt tydliga kommunikationsvägar för informationsutbyte underlättar processarbetet och bidrar till att bilder runt SVF delas med varandra, vilket i sig påverkar registreringsarbetet och indirekt även ledtider.

Regionerna inom SÖSR använder e-remiss vid överlämning mellan regiongränser inom SÖSR, vilket förkortar ledtider samtidigt som det leder till att kommunikationsvägar mellan verksamheter förenklas.

Det framgår i de regionala redovisningarna att respektive region inom SÖSR arbetar med utveckling av SVF genom olika initiativ, nedan några till exempel:

- RJL har tilldelat verksamhetschefer med verksamhet inom cancerområdet ett uppdrag om att halvera gap mellan nuvarande resultat och nationell målnivå för ledtider per SVF. Uppdraget följs upp via regionens ledningssystem i Stratsys på olika ledningsnivåer samt av politiken.
- RKL belyser arbete med förutsägbara processer och produktionsplanering samt månatliga rapporter kommuniceras som visualiserar resultat.
- RÖ tydliggör att fokus på processorientering i patientens hela process förstärks i och med ackrediteringsarbetet för att bli ett comprehensive cancer centrum, LCCC.

Stimulansmedel för förbättringsarbete med bäring på SVF

Under 2025 finns även möjlighet att söka stimulansmedel, via RCC, för patologi och bilddiagnostiken samt rehabilitering och palliativ vård. Ett flertal arbeten är igångsatta. Dessa arbeten följs och stöttas av RCC sydöst. Den 20 november 2025 anordnar RCC Sydöst konferensen Utvecklingskraft cancer, där kommer en posterutställning med förbättringsarbeten beviljade 2024 och 2025 presenteras.

RCC Sydöst har också delat ut ett mindre bidrag till regionerna för tillskapande av lokala processledare och processteam. Syftet med detta är att ge avtryck i ett mer ensat processarbete inom SÖSR.

Granskning av SVF

I årets överenskommelse, liksom 2024, skulle regionerna kartlägga analysera och jämföra ledtider

för fyra vårdförlopp. Två av dessa bestämdes nationellt medan två valdes gemensamt inom SÖSR. SÖSR ser en styrka i att samtliga tre regioner granskar samma förlopp (fyra) eftersom ett utbyte av lärdomar från granskningsarbetet kan fångas och systematiska hinder delges varandra som i sin tur kan leda till gemensamma lösningar. Inom SÖSR granskades:

- Lungcancer, nationell
- Urinblåsa, nationell
- Prostatacancer, sjukvårdsregional
- Hudmelanom, sjukvårdsregional.

Granskningsarbetet följde nationell instruktion inom ramen för överenskommelsen, och följde samma process som RAG SVF sydöst tog fram 2024, och avslutades med en så kallad hearing, 2 september 2025. Hearingen var gemensam för samtliga fyra utvalda SVF. RCC sydösts diagnosspecifika processledare fick uppdrag att samordna arbetet med granskning inom ”sin” sjukvårdsregionala processgrupp. Tillsammans med dessa regionala processledare föredrogs varje processledare ”sina” fynd för varandra.

Hearingen gav möjlighet för RCCs processledare att fånga och samordna gemensamma utvecklingsområden samt få inblick/möjlighet att stödja regionala processgrupper. Hela sittningen, hearingen, avslutades med att regionala SVF-samordnare redogjorde för hur respektive region omhändertar de presenterade fynden, planerar att stödja och följa upp arbetet och regionala utmaningar/handlingsplaner. Dessa handlingsplaner bifogas i respektive regional rapport.

Patientenkät - PREM

Sjukvårdsregionerna i SÖSR använder PREM-enkäten för samtliga SVF. I den samlade

Resultatredovisning, som RCC sydöst tar fram, kommenteras resultaten av PREM-enkäten. Rapporterna publiceras publikt på webben för RCC sydöst. Regionerna liksom processledarna vid RCC sydöst använder PREM-resultaten i sitt interna arbete på olika sätt, se bilaga för respektive region. Förbättringspotential ses både i användandet lokalt och i utformningen av själva enkäten för att den ska upplevas tillgänglig och lättanvänd för förbättringsarbete. Regionerna i SÖSR har följt arbetet med att uppdatera den nationella enkäten, för att kunna ta omhand effekterna av den omarbetade versionen.

Områden som omnämns som särskilt viktiga för fortsatt arbete med SVF

I regionernas rapporter fångas bland annat nedanstående aktiviteter/åtgärder som torde kunna bidra till positiv utveckling av SVF-arbete och förbättrade resultat:

- Skapa strukturstöd för tydliga och enkla kontaktvägar, gemensamt IT-stöd vid överlämning mellan regioner. Det är lika viktigt med tydlig återkoppling (återlämning) efter behandlingsstart som överlämning inför fortsatt utredning/behandlingsstart. Regionerna har ansvar för "sina" invånare/patienter och att enkelt kunna ta vid från steget före underlättas mycket av en tydlig strukturerad "återlämning".
- Införandet av e-remiss har underlättat kommunikationen mellan regioner inom SÖSR. Kan detta utvecklas nationellt? Ett IT-stöd som möjliggör automatisk e-kommunikation interagerad i journalsystemen skulle underlätta manuell hantering liksom kvaliteten på data.
- Gällande diagnostiken finns behov av att kunna dela data och information mellan olika diagnostiska enheter för ökad samnyttjande av kompetens och utrustning.
- Nationell koordinering behövs kring precisionsmedicin och nya genetiska analyser, framför allt gällande ekonomin och påverkan på ledtider.
- Metoden med granskning av fyra SVF anses av de som genomfört granskning vara värdefull i flera perspektiv. Systematiska hinder har kunnat identifierat. Det som kommer ur en sådan granskning ses ge ökad kunskap om variationer inom diagnosspecifika SVF samtidigt som det ses öka regional kunskap om processerna som erbjuds invånare.
- Särskilt betonas initiativ för strukturerat arbetssätt, till exempel nämns koordinator som medverkar under MDK, proaktiv bokning i förutsägbar överenskommen process som möjliggör tydligt behov av tider vid schemaläggning och tidboksplanering. Förutsägbarheten med överenskomna garantitider möjliggör också att tid till nästa besök, för besked, kan lämnas "i handen till patient" när pågående besök avslutas. Tydliga överenskommelser mellan vården och patient/närstående skapar trygghet i vårdförloppet, se även redovisning för respektive region.
- Verksamheterna lyfter i redovisningar och dialoger vikten av att respektive SVF gås igenom kontinuerligt, att kriterium, innehåll och ledtider anpassas i takt som nya metoder för diagnostik och utredning utvecklas, de kan ta längre/kortare tid att genomföra. "Karta och verklighet måste stämma överens."
- Den nationella satsningen med stimulansmedel för bild- och funktionsmedicin samt palliation och rehabilitering är uppskattad. Området är centralt för att patienter ska få rätt behandling. I och med en sådan digitalisering ökar möjligheten till samverkan mellan landets patologi verksamheter vilket kan leda till jämnare flöde och vård inom

ledtid. Finns andra områden att inventera för nationell kraftsamling inför så kallat ordnat införande?

- Det är önskvärt att RCC i samverkan fortsätter verka för processutveckling för patientens hela vårdförlopp så att styrmodeller för processorientering kan förbättras.
- Det är önskvärt att RCC i samverkan bjuder in till nationella forum för utbyte inom respektive vårdförlopp mellan regionernas processledare i syfte att lära av varandra. Det är önskvärt att data för SVF även presenteras i en rapport med statistisk analys, inte bara senaste året, utan även över tid. Till exempel kan fem år vara lämpligt för inklusionsjämförelse samt ledtidsdata för tre år, uppdelat på kvartal eller månad.

Bilagor

1. Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025, Region Jönköpings län
2. Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025, Region Kalmar län
3. Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025, Region Östergötland
4. Sammanställning av målen för standardiserade vårdförlopp i Sjukvårdsregion Sydöst

Srinivas Uppugunduri
Verksamhetschef

Charlotte Carlsson
Sjukvårdsregional SVF-samordnare

Regionalt cancercentrum Sydöst

Bilagor

- SVF rapport för nationell redovisning 2025, Region Jönköpings län
- SVF rapport för nationell redovisning 2025, Region Kalmar län
- SVF rapport för nationell redovisning 2025, Region Östergötland
- Rapportunderlag Sydöst 2025

Region Jönköpings 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-dokumenterna.

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)?**
 - Region Jönköpings län, RJL, använder liknande organisationsmodell sedan 2019. Regionen är organiserad i Verksamhetsområden, som leds av sin respektive direktör. (Psykiatri/Rehabilitering/Diagnostik; Medicinsk vård; Kirurgisk vård; Bra Liv (=Primärvård).) Då alla är involverade i cancervården finns ett övergripande forum: Cancerrådet. I samband med Kunskapsstyrningens modell har detta forum även fått rollen som LPO Cancersjukdomar. Region Jönköping har en lång tradition av att arbeta processororienterad inom cancervården, med avstamp i införandet av SVF. Idag finns utsedda processledare för alla SVF-förlopp utom ett, och arbetet i processgrupperna följs på övergripande nivå.
 - Utmaning är att koordinera aktiviteter inom de olika verksamhetsområdena, så att processen på helheten blir överskådlig och effektiv. Styrmodeller för processperspektivet behöver utvecklas.
 - Utmaningar är att få tillräcklig representation och kompetens i LPO Cancersjukdomar utan att det tar för delen tar tid från verksamheternas kärnuppdrag. Aktörer som diagnostik, primärvård och rehabilitering är involverade i alla processer, och att föra in dessa perspektiv är mycket viktigt. Samtidigt är alla dessa områden hårt belastade och medverkan/involvering behöver göras på ett effektivt och värdeskapande sätt.
 - Utmaning för de diagnosspecifika processgrupperna är även här prioritering av tid samt involvering för det multidisciplinära perspektivet som är nödvändigt i processgruppsarbetet. Prioritering av tid, tydliga kontaktvägar och tydliga aktiviteter/uppföljningar är framgångsfaktorer som behöver utvecklas vidare.
 - Utmaning för sjukvårdssystemet som helhet är att kunna dela information som påverkar kommunikation och övergångar; hitta enklare uppföljningsmöjligheter för hur den samlade processen fungerar, inklusive vårdkvalitet, samt ekonomiska restriktioner/besparingar som påverkar tillgänglighet till (universitets)sjukvård.

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, resultatet för RJL är 90% i uttaget för augusti.
- **Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?**
 - Analcancer (25%); Buksarkom (67%); Hudmelanom (64%); Livmoderhalscancer (67%); MNP (64%); Peniscancer (20%); Skelett och mjukdelssarkom (50%); Sköldkörtelcancer (50%); Testikel (17%) och Vulva (25%). KLL/Lymfom ligger på 69%.
- **Redogör för orsakerna till att målet inte nås.**
 - Nio av de elva förloppen som inte når inklusionsmålet är förlopp med små volymer, < 15 förväntade fall per år. Det är mycket svårt att uttala sig om resultatet då det blir starkt påverkat av enskilda individer.

- För Hudmelanom finns möjligen en säsongsvariation, så resultatet för helår bör avvaktas. Hudmelanom är också en av de förlopp som genomför kartläggning 2025, och mer kunskap kan fångas i det arbetet. För KLL och maligna lymfom finns viss utmaning i registrering. Detta är uppmärksammat men en utmanande del att lösa.

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.**
 - Nya moment läggs till i vårdförloppen, tex ny diagnostik, utan att leddiderna justeras. Att leddidsmålen inte justeras i takt med att utredningsprocessen utvecklas är en utmaning.
 - Beroendet av annan part för delar i processen, tex högspecialiserad vård vid universitetssjukhus eller centraliserad precisionsmedicin påverkar. Vi har mycket begränsade möjligheter att påverka dessa delar, men de är avgörande för leddiderna.
 - Begränsade möjligheter att ta del av specifik information och visualisera (del)ledtider i processen, både över regiongränser men även inom den egna regionen. Det begränsar möjligheten att kunna arbeta med steget före/steget efter
 - Begränsade resurser inom områden som är involverade i alla processer, tex diagnostik och precisionsmedicin.
 - Då varje process har olika förutsättningar (olika utredningsförlopp, olika antal som inkluderas, etc.) ger det att alla processer har sina unika utmaningar. Även om många processer kan ha liknande utmaningar så finns inget generiskt som enkelt eller snabbt kan ge effekt på allas leddider. När en flaskhals löses kan detta mycket väl ge upphov till en annan flaskhals, på ett annat ställe i processen. Att känna sin process, sina lokala förutsättningar samt en ständig dialog är nödvändigt.
- **Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra leddiderna på dessa områden?**
 - RJs resultat för andel inom leddid var i april 2025 43 % (rullande 12 mån). Under 2024 påbörjades ett fokuserat arbete kring leddider då resultatet länge legat för lågt (33 %, jan 2024). Nedan listas några pågående områden i detta arbete:
 - *Mätning och uppföljning*
RjL har följt mätetalen i SVF i det gemensamma verksamhets- och ledningssystemet Stratsys sedan 2019. SVF leddider har traditionellt redovisats på övergripande nivå samt på kliniknivå. Under 2024 utvecklades en modul för att även kunna följa utvecklingen av andel inom leddid per cancerprocess. Detta ger en mer processororienterad uppföljning och en tydlighet i att se och efterfråga resultat även per process. Via RCC har medel för förbättringsarbete kring att visualisera delledtider i processen sökts. Arbetet pågår.
 - *Uppdrag till verksamheterna*
Under 2024 skrevs ett specifikt uppdrag till alla berörda verksamhetschefer om att arbeta för förbättrat resultat inom SVF leddidsmätning. Ett unikt delmål togs fram för varje cancerprocess, som syftar till att succesivt nå målet via att ”halvera gapet” i den skillnad som fanns mellan resultat och mål för andel inom leddid. Målen följs upp i RJs ledningssystem (se ovan). Uppdraget förlängdes

nu årligen under 2025 och 2026, med nya mål för de som nått föregående års delmål.

- *Arbete i processgrupperna*

Cancerprocesserna har olika förutsättningar gällande t.ex. antal patienter, beroenden av högspecialiserad vård, utredningarnas komplexitet. Åtgärderna som behövs för att förbättra ledtiden varierar därför. Exempel på aktiviteter är genomgång och kvalitetssäkring av data, framtagning av mätningar för delledtider samt överenskomna tider inom processen ("Tid i handen"-konceptet). För att leda arbetet finns namngivna processledare för varje process. Processledarna medverkar i etablerat mötes forum (Cancerrådet/LPO Cancersjukdomar) med direktör, verksamhetschefer och processledare en ggr/termin, samt att kontaktvägar till processtöd är korta och väl kända.

- *Kapacitets och produktionsstyrning*

RJL har dessutom ett pågående arbete med kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) som löpande följs upp, utvecklas och bidrar till förbättrad planering av resurser så som tillgänglighet till operation. Detta påverkar också cancerområdet. En utmaning är de processer som är beroende av högspecialiserad vård vid högspecialiserad vård vid universitetssjukhus. Där är vi beroende av Region Östergötlands tillgänglighet, men utan möjligheter att arbeta med kapacitets och produktionsstyrning över regiongränserna.

- *Exempel på resultat*

Bland de processer som gjort markanta förbättringar i ledtidsresultat finns tex Bröstcancerprocessen, Cancer i gallvägar och gallgång, Hudmelanom, Huvudhalscancer och Njurcancer. Det är resultat både av justerade ledtider i vissa av förloppen, men framför allt ett mycket aktivt processgruppsarbete med stort engagemang från processledare och processgrupp.

- Region Jönköpings län har således pågående arbete med fokus på ledtider inom SVF likväl som tillgänglighet även för andra delar i patientens vårdförlopp. Hellre än att initiera flera nya aktiviteter behöver de pågående arbetet underhållas och utvecklas över tid, för att ge stabilitet och få ännu större spridning och effekt.

Exempel kan vara att:

- verka för en tätare kontakt mellan processgrupper och ledning, för att kunna fatta strategiska beslut som påverkar ledtiderna, över verksamhetsområdena.
- samverka inom sydöstra sjukvårdsregionen, SÖSR, för de processer som är beroende av högspecialiserad vård
- utveckla (del)ledtidsmätningen för att motsvara nuvarande och framtida behov
- komplettera ledtidsmätningar med utfallsmått så som tex överlevnad och PREM-enkät

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

- Den första kartläggningen gav en god lärandeprocess. Första kartläggningen gav insikter om hur arbetet kan tas vidare, och behöver en viss tidsperiod för att utvecklas. Inför 2025 var vi som organisation mer insatta och förberedda.

- De processledarna som gjorde kartläggningen har fått redovisa sina resultat vid olika tillfällen (tex processledarmöte, LPO Cancersjukdomar) och för Levercancer har det bidragit till ett deltagande i det gemensamma SÖSR arbetet som pågår 2025.
- Kartläggningen gav inblick i journalgranskning som ett verktyg, och det har blivit ett sätt som spontant används mer frekvent av processer för att påbörja analys. Arbetet kan vara tidskrävande, så fortsatt utveckling av verktyget/modellen behövs efter hand.

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.**
 - Bifogas, se Bilaga 1.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

- **Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?**
 - Rapporter finns för att kvalitetssäkra registrering och verksamheterna arbetar med detta kontinuerligt. Resultatuppföljning sker i respektive verksamhet, som också ansvarar för validering av data.
 - Respektive verksamhet har utsedda personer som arbetar med SVF-registrering och utdata. Resultaten redovisas per SVF i en intern dataöversikt, dashboard, vilken är tillgänglig för alla som har behörighet till uppföljnings- och analysprogrammet Diver. Det finns även regionala rapporter med mer detaljerat innehåll per patient och vårdförlopp. Dessa är tillgängliga för särskilt utsedda personer per verksamhet vilket möjliggör kvalitetssäkring av registreringsprocessen. Uppföljning av SVF görs återkommande via RJLs ledningssystem, Stratsys
 - Sedan några år tillbaka har RCCs övergripande processledare med stöd av RCCs processamordnare samlat representanter från respektive region för erfarenhetsutbyte och kvalitetssäkring av SVF, både registrering och resultat i form av utdata. Vid dessa tillfällen används både nationella SVF-rapporter och intern SVF-data, ibland kombineras detta även med data från nationella kvalitetsregister beroende på vilka frågor och perspektiv som diskuteras. Dessa aktiviteter leder till att både registrering och utdata förbättras och att förståelse och tolkning i delar likriktas mellan de tre regionerna.

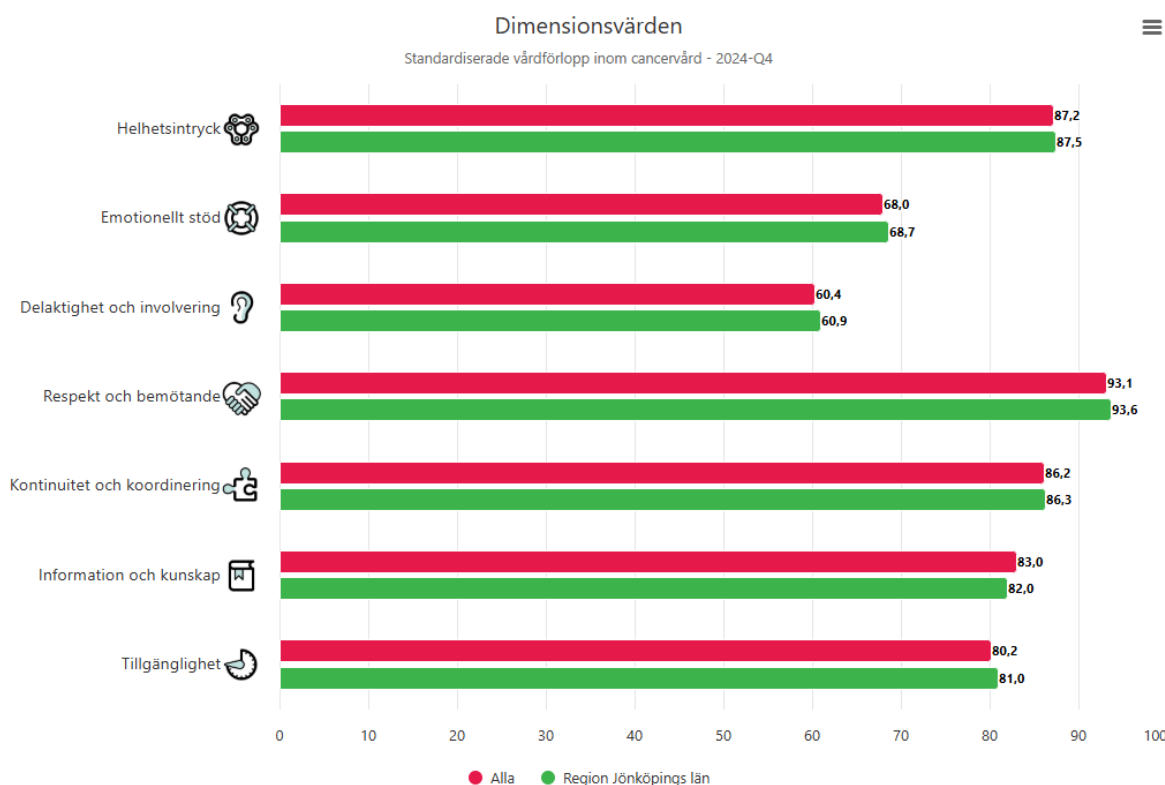
5. PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)

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, RJL har skickat enkäter till samtliga SVF. Resultaten redovisas publikt men dessa används i liten omfattning av respektive SVF/processgrupp.
- **Hur har resultaten av PREM-enkäten använts i uppföljningen av vårdförloppen?**
 - Resultaten från PREM används i varierande utsträckning av de olika processgrupperna. Här finns förbättringspotential både i användandet lokalt och i

utformningen av själva enkäten för att den ska upplevas tillgänglig och lättanvänd för förbättringsarbete. RJL har följt arbetet med att uppdatera den nationella enkäten, för att kunna ta omhand effekterna av den omarbetade versionen.

- På övergripande nivå ligger RJLs resultat i PREM enkätens dimensioner i paritet med riket, se urklipp ur Nationella Patientenkäten 2024 nedan. Svarsfrekvensen på PREM för RJL var 2024 54,7% (riket 55,9%)



6. Användning av SVF-medel under 2025

- **Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?**
 - Principen för att fördela medlen är att de ska stödja pågående satsningar och förstärka aktiviteter som ligger i linje med önskad utveckling. De ekonomiska satsningarna ska, precis som övrigt arbete, följa aktuella planer för framtida utveckling och nå nationella mål.
- **I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats.**
 - RJL har likt tidigare använt medlen huvudsakligen till att stödja processarbete för:
 - Övergripande samordning och projektledning, till exempel lön för personella resurser för övergripande SVF-samordning
 - Fortsatt utveckling av processorienterat arbetssätt inom området cancersjukdomar.
 - Dessutom

- Projektsjuksköterska prostatacancer vid regionens centrum för diagnostisk av prostatacancer.
- Ökade kostnader för diagnostik, främst radiologi och patologi

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

- Uppdaterade cancerstrategin kommer att visa riktning för det fortsatta arbetet inom ledtider. En översyn och en uppdatering är välkommet.
- Nationell koordinering behövs kring precisionsmedicin och nya genetiska analyser, framförallt gällande ekonomin och påverkan på ledtider.
- På sikt bör utvidgning av SVF göras till att gälla hela vårdförloppet.
- Mätetalen kring SVF bör nyanseras och även omfatta parametrar kring kvalitet och patientens upplevelser.

Bilaga 1.

Sammanfattning och handlingsplaner, granskning av de som väntat 50 – 75 %, samt >75% av den stipulerade tiden i SVF. Region Jönköpings län.

Den 2 september 2025 genomförde RCC Sydost en hearing där resultaten av de förlopp som genomfört granskningar av de som väntat 50 – 75% och >75% av den stipulerade tiden. Inom Sydöstra har samma förlopp granskats:

- Lungcancer
- Cancer i urinblåsa och urinvägar
- Hudmelanom
- Prostatacancer

Processledare från Region Jönköping deltog och presenterade sina resultat vid hearingen, samt deltog i den gemensamma dialogen om fynd, åtgärder, utmaningar samt nästa steg. Samtliga processledare i Region Jönköping presenterade väl underbyggda granskningar. Som uppföljning inom Region Jönköping planeras att lyfta dessa granskningar till dialog internt, främst på processövergripande forum som LPO och processledarträffar.

För Region Jönköping övergripande visar granskningarna ett behov av att accelerera det pågående arbetet med att sätta upp lokala analyser av molekyllärpatologi. Dagens ledtider till svar ger förseningar i processen. En styrka i Region Jönköping är det processorienterade arbetssättet med multidisciplinär medverkan. Denna bör förstärkas då ledtider är ett resultat av det samlade arbetet i processen, och god insikt och medverkan från alla processens delar är därför av största vikt. Processarbetet är dynamiskt, och vart flaskhalsar uppstår kan ändras utefter tid och förutsättningar, och ett kontinuerligt arbete är viktigt.

Nedan presenteras varje processgrupps fynd kring utmaningar och/eller handlingsplaner.

Lungcancer

Magnus Kentson överläkare lungmedicin Länssjukhuset Ryhov

Charlotta Axelsson Kontaktsjuksköterska lungmedicin Länssjukhuset Ryhov

Utmaningar

Läkemedel

Långdragna svar på PAD resp mol patologi Ibland viss fördröjning av att prov inte skickas vidare för mol patolog.

Upp till 25 dagar för svar på mol patologi

Problem mellan beh beslut till start (venport, tid passade ej för patient)

Re diagnostik

Ibland svårt att hitta tid för start

Finns individuella faktorer

Strålbehandling

Valet mellan kirurgi och stereotaktisk strålbehandling av små PET positiva tumörer ibland komplicerat. Föredras på thorax Mdk -,lokala MDK

Ibland långa väntetider till start av strål

Komorbiditet kan fördröja tider till start av sterotaxi - ett fall av larynxcancer)

Individuella faktorer - uppskjutna tider
Funktionsutredning –hur noggrann behöver den vara?

Kirurgi

Slutsats Ibland komplicerade funktionsutredning som förlänger tiden
Övergång mellan olika klinker
Ibland op. väntetid upp till 28 dagar
Hur mycket utredning behövs av små PET positiva förändringar
EBUS behöver göras i anslutning till diagnostisk skopi ARBETSMATERIAL

Åtgärder

Vi har under 2024/2025 arbetat med ett projekt med patologen för att att få PAD-svar snabbare vilket just nu verkar fungera. Tid i handen- projekt

Ergospirometri - tid finns varje vecka

Molekylärprojekt Ryhov

Sätta piccline som kanske är lättare att få tid till istället för venport på konkomittanta behandlingar eftersom man annars ändå får ta bort venporten efter avslutad behandling?
Lungläkare kan skriva remiss för venport direkt vid MDK istället för att onkologen ska skriva den vid deras nybesök.
Ha reserverade tider för nybesök på onkologen så att patienten alltid kan erbjudas tid dit för nybesök vecka som MDK:n är.

Cancer i urinblåsan och urivägarna

Tomasz Jakubczyky, överläkare Urologkliniken

Orsaker till överskriden ledtid till start av 1:a behandling

Förlängd väntetid till TURBT
Storhelger, sommar

Hel operationsdag struken pga sjukdom bland narkosläkare

Förlängd väntetid till PAD-svar
PAD-remiss ej SVF markerad

Intern kvalitetskontroll med eftergranskning av preparat

Generellt lång väntetid till diskussion på RMDK (median 12 dagar)
Tid för eftergranskning av RTG och PAD i US Linköping

Kvalitetsproblem

Ändrad bedömning av preparatet i samband med eftergranskning

Heterogen grupp

Icke muskelinvasiva tumörer som går till RC prioriteras lägre
Cancer i njurbäcken/uretär – annan behandling, andra resurser (år 2024 7 vs 4)

Som framtida arbeten diskuterades i rummet möjlighet att nationellt lyfta definitioner och konstruktion i förloppet, och vad som är påverkbart och inte. Vidare lyftes rutiner för RMDK.

Hudmelanom

Johan Carlsson, utvecklingschef Bra Liv ledning

Idéer till handlingsplan

Vad	Analys, kort/stöd	Åtgärd	Till när	Vem samordnar/återkopplar
Behovet av patientberättelser ("Storytelling")	Granskade patientärenden ger berättelser, ger förståelse för vad som händer i processen	Fortsätta granska patientärenden som ligger långt från målpåfyllelsen, avseende ledtid för SVF-hudmelanom	Våren 2027	Processgruppen SVF-hudmelanom
Läkarens informationen till patienten	Bristfälliga adm. rutiner har saknats som säkrar när någon är frånvarande	Rutin för ersättare vid frånvaro. Behov av fler mottagningstider för att ge information vid ett besök? Fortsätta att ha fokus på under hösten, Synergier v.b.	Genomfört + uppföljning hösten 2025	Processgruppen SVF-hudmelanom
Tid för utvidgad excision + sentinel node	Brist på operationstider-salar?	Dialog kring finns det något som tar upp utrymme inne på operation som man skulle kunna göra utan de lokalspecifika resurserna, vilket skulle kunna ge fler tider till dessa patienter?	Hösten 2025	Processgruppen SVF-hudmelanom
Anmälan till MDK	Idag behöver ärende	Möjligheten för patologen att	Hösten 2025	Processgruppen SVF-

Idéer till handlingsplan

Vad	Analys, kort/stöd	Åtgärd	Till när	Vem samordnar/återkopplar
Registreringsprocessen	Vanligt med felaktiga registreringar	Regelbunden bevakning, Information, utbildning	Fortsatt	Respektive deltagare i processgruppen ansvarar för detta på sin klinik
Ledtiden för patologen	Ledtiden behöver säkras inklusive preparat som skickas till extern enhet för eftergranskning Önskvärt att patologen ska ge svar inom 10 dagar från provtagning)	Få en representant från patologen i processgruppen, Patologens ansvar för sitt	Omgående	Ordförande processgruppen för representant Patologen för ledtiderna
SVF-hudmelanom från hud till PV	Möjlighet att skicka SVF från sjukhus till vårdcentral för 1:a excision. Detta frigör tid på kirurgen, som tidigare varit mottagare av dessa remisser	Åtgärden är genomförd. Denna möjlighet finns nu i Cosmic. Arbetssätt- och efterlevnad ska bevakas	Genomförd	Processgruppen SVF-hudmelanom
Tillgängligheten för primär- och utvidgad excision på kirurgen	Behov finns att optimera tillgängligheten på kirurgen	Dialog i processgruppen och på kirurgen. T.ex.. (vika tider på kirurgen som ej får bokas förän inom 5 dagar)	Hösten 2025	Processgruppen SVF-hudmelanom
Kliniskt behov av vidare utredning. Ledtid 57	Tidsåtgång för remiss till patolog för t.ex.	Möjligheten till reflextestning är på gång via lab. medicin med	?	?

Prostatacancer

Anders Jonsson, överläkare Urologkliniken

Utmaningar

Tidigare har flaskhalsar i processen varit diagnostiken. Idag är det tillgängligheten till DPCC - en kompetensutmaning.

Handlingsplan

1. Lära upp kollega frikopplad från övrig verksamhet
2. Lära upp ST-läkare i tidigare skede

Region Kalmar län

diarienummer:RS 2025/1120

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp

Enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård
Med kortare väntetider 2025

Jessica Eriksson Cancersamordnare

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)?**

I Region Kalmar län (RKL) finns en välfungerande SVF-organisation som består av grupperna SVF-samverkan och SVF-stödteam. SVF-samverkan är organisatoriskt placerad inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, men arbetar över förvaltningsgränserna i nära samarbete med IT-utdata, IT-vårdsystem, primärvårdsförvaltningen och kommunikation.

SVF-stödteamet har både kompetens och behörighet att vid behov anpassa remissmallar och canceröversikt. Inom varje verksamhet finns utsedda SVF-ansvariga som ansvarar för ett eller flera vårdförlopp. Deras uppgift är bland annat att registrera och validera utdata. Arbetet leds och samordnas av en cancersamordnare, som även har ett delat uppdrag inom RCC sydöst där rollen är processamordnare. En utmaning kan vara att cancervården bedrivs på flera olika enheter och på olika vårdnivåer. Det finns behov av ett gemensamt forum för strategisk ledning, utveckling och där uppföljning av regionens totala cancervård med tillhörande processer kan hanteras.

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, den totala inklusionen är 77 procent under 1: a halvåret 2025

- **Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?**

Tabellen nedan visar de vårdförlopp som inte når inklusionsmålet 1: a halvan 2025

SVF som ligger under Inklusionsmålet 1: a halvåret 2025	Förväntat antal patienter (6 månader) utifrån nationellt beräkningsunderlag	Antal inrapporterade i SIGNE jan-juni 2025	Andel i procent
Analcancer	4	2	50
Buksarkom	5	2	40
Bukspottkörtel- och gallvägscancer	36	25	69
Cancer i urinblåsa och urinvägar	57	20	35
Livmoderhalscancer	5	2	20
MPN	8	5	62
Myelom	14	9	64
Neuroendokrina buktumörer	9	4	44
Njuncancer	23	13	57
Skelett- och mjukdelssarkom	3	2	67
Sköldkörtelcancer	10	5	50
Testikelcancer	4	0	0

Tjock-och ändtarmscancer	108	72	67
Vulvacancer	2	0	0

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

Det finns olika anledningar till att inklusionsmålet inte nås för dessa vårdförlopp. Analcancer, buksarkom, livmoderhalscancer, skelett- och mjukdelssarkom, testikelcancer och vulvacancer är små diagnosgrupp med lågt förväntat antal på ett halvår, där små förändringar i antal ger stor effekt på andel i inklusion. Det finns fortfarande registreringutmaningar regionalt och sjukvårdsregionalt och en särskild utmaning är när utredningen rör sig över regiongränserna som det gör det för vårdförloppen bukspottkörtel- och gallvägscancer, cancer i urinblåsa och urinvägar, livmoderhalscancer, skelett- och mjukdelssarkom, neuroendokrina buktumörer, testikelcancer och vulvacancer. Cancersamordnare/processamordnare anordnar regelbundet gemensamma registrerings- och valideringsmöte mellan SVF-ansvarig läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer på respektive klinik regionalt och samverkansregionalt.

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 ledtidsmålen? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.**

- **Radiologin** är fortsatt stor utmaning i RKL dels pga bristen på radiologer, men främst det ökande behovet av radiologiska undersökningar med avancerad teknik såsom PET-CT och magnetkamera, MR. PET-CT utförs i Region Östergötland.
- **Patologin** är involverad i samtliga SVF. För de analyser som utförs inom den egna regionen upplevs patologin dock inte i någon större utsträckning som en flaskhals. I RKL är den genomsnittliga svarstiden cirka 6 dagar. Däremot lyfts patologin ofta fram som en flaskhals i de vårdförlopp där preparat skickas för analys till annan region efter operation, samt vid behov av kompletterande undersökningar. Molekylärpatologi är ett särskilt utmanande område, vilket bland annat uppmärksammas av processgruppen för lungcancer. Inom flera SVF har utredningarna successivt blivit mer omfattande, med ökade möjligheter till mer individanpassad behandling. Detta gör det dock svårare att hålla de stipulerade ledtiderna.
- Bristande **operationskapacitet** är en begränsande faktor, såväl i den egna regionen som för patienter som opereras i annan region.
- Det finns **organisatoriska** utmaningar vid överflyttning mellan kliniker och regioner, vilket ställer krav på kontinuerlig samverkan och tydlig kommunikation. Detta är särskilt betydelsefullt i processer där behandlingsstarten är nivåstrukturerad. I dessa övergångar uppstår ofta fördröjningar, vilket understryker behovet av en tätare koordinering genom hela vårdförloppet.

- **Resursutmaning** inom flera professioner, så som anestesi- och operationssjuksköterskor, urologer och radiologer.
- **Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?**
Processgrupperna för respektive förlopp ses med regelbundenhet och kartlägger flödet i de lokala och regionala rutinerna. Dessa SVF-uppföljningsmöten mellan klinikerna genomförs i syfte att öka samverkan för att korta ledtiden vid tex överlämningar. I regionen fortsätter det länsgemensamma tillgänglighetsarbetet med en horisontell fördelning av operationsutrymme enligt plan. Dess syfte är att prioritera rätt patient och effektivisera resursutnyttjandet på sjukhusens operationsavdelningar.

Planen för införandet av PET-CT i RKL fortgår, med målet att ha en PET-CT verksamhet inom regionen år 2026. Samarbete mellan de tre radiologiska klinikerna i länet pågår och utvecklas framåt. Remisser styrs efter tillgänglig kapacitet. Patienten blir kallad av den klinik som har bäst möjlighet att ta emot. I maj 2025 sattes nya magnetkameror i drift på Oskarshamns sjukhus. Det innebär en fördubbling av kapaciteten för MR-undersökningar i Oskarshamn, vilket ger bättre tillgänglighet och kortare väntetider för patienterna i hela länet. Lathundar har tagits fram för att synliggöra vårdförloppens kriterier för välgrundad misstanke, dess bildiagnostik och ingående ledtider, allt i syfte att underlätta prioritering och bokningsförfarandet.

På patologen har en omorganisation skett och en ökning av bemanningen senaste året vilket medfört ett bättre flöde. Rekryteringarna har även bidragit till minskad sjukfrånvaro, vilket också bidrar till ökad produktion.

Flera projekt pågår på patologen kring förbättrade arbetssätt, bla gällande hanteringen av glas på laboratoriet samt användandet av AI-algoritmer. Flera inköp av nya instrument och mjukvaror har gjorts vilket leder till effektivare arbetssätt och sparad arbetstid.

Medicinkliniken i Kalmar startade hösten 2024 upp EBUS-verksamhet, under 2025 har arbetet fortgått enligt plan och det kommer effektivisera ledtiderna inom lungcancerprocessen.

Medicinkliniken i Oskarshamn har flera förbättringsarbete i gång för att tydliggöra strukturerna och rutinerna för SVF Hjärntumör och vårdförlopp inom hematologin.

En insats som pågår tillsammans inom samverkansregionen är uppdraget ”Långsiktig och hållbar arbetsfördelning” med målsättning att arbetsfördela hälso- och sjukvårdsuppdraget i SÖSR så att de gemensamma resurserna används på bästa sätt långsiktigt och hållbart ur ekonomi-, kvalitets-, kompetens-, tillgänglighets- och patientsäkerhetsperspektiv.

Ett länsövergripande arbete inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen pågår gällande produktions- och kapacitets styrning (PKS), med syfte att öka tillgänglighet, resurseffektivitet och optimera nyttjandet av regionens operationsresurser.

- **Beskriv hur regionen har tagit vidare arbetet med kartläggningen av de allra längsta ledtiderna i SVF som utfördes under 2024?**
Regionala SVF-ansvariga i RKL har tillsammans med RCC:s processledare arbetat vidare med respektive handlingsplan.

Exempel på åtgärder är:

- Fördjupade registrerings-kodningsmöten på regional och samverkansregional nivå inom SVF lungcancer, levercancer, gynekologisk cancer och prostatacancer för ökad samsyn och validering av nationella och interna data
- Funktionsbrevlåda/krypterad mejl mellan regionerna inom lungcancerprocessen för att underlätta och skynda på kommunikationen
- Pågående projekt med Säker digital kommunikation, SDK
- Gemensamma väntelistor inom urologin
- Dialogmöten gällande äldre, sköra patienterna som utgjorde en stor del av de patienter som väntat långts. I de fall där patienten inte gynnas av ett snabbt vårdförlopp förs en dialog kring en individanpassad utredning.
- Införandet av Clinical Frailty Scale, CFS, i syfte att identifiera skörhetsgrad hos individen, uppskatta biologisk ålder, förbättra riskbedömningar och underlätta kliniskt beslutsfattande vid vård av äldre.
- Inom SVF levercancer utvidgade man granskningen till att granska alla startade vårdförlopp i samverkansregionen, vilket har lett till nya identifierade utmaningar och nya handlingsplaner. I RKL arbetas det med att tidigare identifiera patienter med palliativa vårdbehov inom förloppet levercancer
- Produktions- och kapacitets styrningsarbete är inlett

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 1-5

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

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

RKL publicerar regelbundet resultatrappporter för uppföljning, vilket gör att både registrering och validitet blir tydliga. På klinikerna finns utsedda SVF-ansvariga som arbetar med registrering och utdata kopplat till SVF. Under de senaste åren har RCC:s processledare, tillsammans med RCC:s processamordnare, samlat representanter från varje region för erfarenhetsutbyte och kvalitetssäkring av SVF – både gällande registrering och resultat. Vid dessa möten används såväl nationella SVF-rapporter som intern SVF-data, och detta kompletteras även med information från nationella kvalitetsregister beroende på vilka frågor och perspektiv som är aktuella. Genom dessa aktiviteter stärks registrering och utdata samtidigt som samsynen kring vårdförloppen och deras tolkning förbättras.

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?**
PREM resultaten redovisas i SVF-samverkan och presenteras för SVF-ansvariga/processledare och kontaktsjuksköterskor. PREM resultaten ska användas i processarbetet, men det är en utmaning i de processerna med få patienter. Resultaten har sedan starten varit relativt goda och oförändrade. Personer som utretts inom SVF men som inte fått en cancerdiagnos är generellt mindre nöjda än de personer som fått en cancerdiagnos.
RCC sydöst tar fram diagnosspecifika rapporter vilka innehåller resultat från resultat från PREM-enkäter. Respektive processledare vid RCC Sydöst analyserar och kommenterar resultat dessa resultat. Cancersamordnaren i RKL sammanställer de öppna svaren och förmedlar till respektive verksamhetschef inom berörda vårdförlopp. Uppfattningen är ändå att dessa enkätsvar borde kunna användas mer för att identifiera gap och förbättringsbehov.

6. Användning av SVF-medel under 2025

- **Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?**
Principen för fördelningen av SVF-medlen är att de ska stödja pågående aktiviteter och satsningar.
- **I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats.**
Medel har främst använts till:
 - Att övergripande stödja SVF-samordningen och ett processorienterat arbetssätt i cancervården
 - SVF-koordinatorer på respektive klinik
 - Kontaktsjuksköterskor inom respektive vårdförlopp
 - Projekt och samverkan inom cancerrehabiliteringen

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

- Möjligheten att dela data mellan regionerna
- Översyn och en uppdatering kring ledtiderna
- Det finns ett stort värde av de nationellt fördjupade rapporter inom SVF där möjlighet ges att validera data och jämföra regioner emellan.
- Nationell koordinering behövs kring precisionsmedicin och nya genetiska analyser.
- Mätetalen kring SVF bör nyanseras och även innehålla parametrar kring kvalitet och patientens upplevelser.

Bilaga 1

Sammanfattning av granskning av de som väntat 50 – 75 %, samt >75% av den stipulerade tiden i SVF.

I september 2025 genomförde RCC Sydöst en hearing där resultaten visades av de granskningar som genomförts på de som väntat 50 – 75% och >75% av den stipulerade tiden. Inom Sydöstra sjukvårdsregionen har dessa förlopp granskats:

- Lungcancer
- Cancer i urinblåsa och urinvägar
- Hudmelanom
- Prostatacancer

SVF-ansvariga från RKL deltog vid hearingen och presenterade sina resultat, samt deltog i den gemensamma dialogen om fynd, åtgärder, utmaningar samt nästa steg.

Här följer en sammanfattning av de flaskhalsar och gemensamma åtgärder som identifierats i RKL.

Gemensamma flaskhalsar

Följande flaskhalsar återfinns i flera av de granskade SVF-förloppen:

- **Hög ålder och samsjuklighet:** Detta identifieras som en orsak till lång väntan och upprepade ombokningar av undersökningar och mottagningsbesök. Patienter som är sköra eller har hög samsjuklighet tenderar att vänta längre på behandling.
- **Väntan på PAD-svar och besked:** Väntetider på provsvar från patologen eller tiden från PAD-svar till PAD-besked nämns som en flaskhals, tydligast när analysen gjorts i annan region.
- **Väntan på operation och strålning:** Tillgänglighet till kirurgi är en utmaning för Cancer i urinblåsan, Prostatacancer och Lungcancer. Även strålbehandling är en utmaning och då främst för lungcancer och specifikt den stereotaktisk strålning som görs i Region Östergötland.
- **Upprepade MDK:** Upprepade sjukvårdsregionala MDK upplevs som flaskhalsar.
- **Väntetider på röntgen och bilddiagnostik:** Väntetider på PET-CT, CT-urografi, CT-ledd lungpunktion och MR är en flaskhals, samt att flera upprepade röntgenundersökningar behöver göras.
- **Begränsad mottagningskapacitet/tillgänglighet:** Mottagning med begränsad öppetid (Oskarshamn öppet 1ggn/vecka). Äldre patienter i dess närområde väljer ofta denna mottagning trots att det ger längre väntetid, för att slippa restiden.

Gemensamma poster i handlingsplaner

De fyra förloppen har flera gemensamma strategier och åtgärder i sina handlingsplaner för att minska ledtiderna:

- **Individanpassad utredning för sköra och äldre patienter:** Flera förlopp planerar att införa/diskutera användning av CFS (Clinical Frailty Scale) för att identifiera sköra patienter och inleda en mer personcentrerad utredning anpassad efter individens förmågor och behov.
- **Förbättrad tillgänglighet till bilddiagnostik:** Investeringar i och förbättrad tillgänglighet inom radiologin pågår. PET-CT planeras vara på plats 2026, samt ytterligare MR-kamera i Oskarshamn kommer öka tillgängligheten.
- **Optimering av PAD-hantering och besked:** Åtgärder för att effektivisera hanteringen av PAD-svar och besked till patienter. För Cancer i urinblåsan och Prostatacancer möjliggörs förbokning av tider, tack vare att patologen oftast levererar PAD-svar tid.
- **Ökad tillgänglighet till operation/behandling:** Flera förlopp planerar att omfördela mindre tumörer till mer elektiv verksamhet för att hantera bristen på operationstider. Om- och nybyggnation av Onkologkliniken kommer att öka tillgängligheten till strålbehandling.
- **Förbättrade rutiner för blodförtunnande mediciner:** Förloppen Hudmelanom och Prostatacancer kommer att säkerställa rutiner för utsättande av blodförtunnande medel, som annars tenderar att försena behandlingar och undersökningar.
- **Kompetensförsörjning och resursförstärkning:** Rekrytering och utbildning av kollegor.

I efterföljande bilagor presenteras varje processgrupps journalgranskning och dess fynd kring utmaningar och handlingsplaner.

Bilaga 2

Ledtidsgranskning SVF Lungcancer RKL

Population

I RKL har 22 patienter journalgranskats, 10 kvinnor och 12 män. Yngsta patienten i kartläggningen är 56 år och den äldsta är 89 år. 3 patienter utredde andra maligniteter samtidigt som fördröjde förloppen.

Patientvald väntan

5 av de 22 patienterna har valt att pausa utredningen/flytta fram undersökningar mer än 3 veckor pga resor/semester.

Medicinskt orsakad väntan

I 6 fall behövs dubbla undersökningar pga otillräckliga svar på PAD.

I 8 fall har CT-röntgen behövts göra om pga lång utredningstid, vilket gör att tidigare undersökning blivit för gammal.

Flera MDK har krävts innan behandlingsbeslut kan tas.

I 6 fall fördröjer pågående antibiotikabehandlingar förloppet.

Jämförelse mellan de som väntat 50-75% och de som väntat längre än 75%

Patienter i gruppen 50-75% har oftast ett "normalt" utredningsförlopp med begränsningar pga strukturella flaskhalsar:

- väntan på undersökningar (lungpunktion och EBUS)
- provsvar patologen
- behandlingsstart kirurgi och stereotaktisk strålbehandling

De som är i gruppen som väntat längre än 75% på start på behandling. Orsakar ligger oftast i:

- samsjuklighet
- väntan på effekt av 'diagnostiska' antibiotikakurer
- behov av upprepade provtagningar
- multipla MDK diskussioner
- behov av upprepade röntgenundersökningar när utredningen redan har tagit lång tid

Flaskhalsar

- Lång väntan på stereotaktisk strålning som sker i Region Östergötland
- Väntetider på PET-röntgen. Varierar från en vecka till fyra veckor
- Väntetider till CT-ledd lungpunktion

Regionalt cancercentrum i samverkan

Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00
E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

- Väntetid på cirka 1 månad till operation
- Väntetider på PAD-svar både efter EBUS och lungpunktioner, mellan en vecka upp till fyra veckor.

Handlingsplan

Notera identifierade utmaningar med planerade/pågående aktiviteter som syftar till att påverka ledtider, på kort sikt vs lång sikt.

Vad	Hur	När	Till när/vem följer upp
Många sköra äldre i gruppen som väntat längst	Användning av CFS (clinical frailty scale) med syftet att identifiera sköra patienter som gynnas av en om individanpassad utredning i stället för SVF	2025	Uppföljning 2026
Väntetider på PET-röntgen	PET-CT i RKL	Hösten 2026	
Lång väntan på stereotaktisk strålning.	Om- och nybyggnation av Onkologi kliniken ökar tillgängligheten till strålbehandling, stereotaktisk behandling och kemoradioterapi i RKL efter 2026	Hösten 2026	

Bilaga 3

Ledtidsgranskning SVF Cancer i urinblåsan och urinvägarna RKL

Population

RKL har 40 patienter granskats, hälften i respektive grupp, de som väntat 50-75% längre än ledtidsmålet och de som väntat längre än 75%. Hos många av dem ses storhelger och semester förlänga ledtiden.

Patientvald väntan

Nästan hälften av patienterna är 85 år eller äldre med hög samsjuklighet vilket leder till att undersökningar och besök bokas om flera gånger, merparten av dem är i gruppen som väntat längre än 75%

De patienter som bor runt Oskarshamn och som har svårt att ta sig till Västervik sjukhus (oftast äldre) bokas till mottagningen i Oskarshamn och den är bara öppen 1 dag/vecka.

Medicinskt orsakad väntan

I 8 fall har multipla MDK krävts innan behandlingsbeslut kan tas.

4 TURB framflyttade pga akut verksamhet som gick före.

Jämförelse mellan de som väntat 50-75% och de som väntat längre än 75%

Gruppen 50-75%

- Väntan på CT-urografi
- Väntan på 1: a besök specialiserad vård
- Väntan på PAD-besked

Gruppen mer än 75%

- De flesta hög ålder och mycket samsjuklighet
- Upprepade undersökningar
- Upprepade MDK: er

Flaskhalsar:

- Fördröjd CT-urografi vilket fördröjer cystoskopi/1: a besök i specialiserad vård
- Cystoskopi/1: a besök specialiserad vård, främst en flaskhals i södra länsdelen, där det råder brist på cystoskopitider och urologer
- Tiden från PAD-svar till PAD-besked
- Tillgänglighet till operation
- Sjukvårdsregional MDK- pga tidsramar och krav på eftergranskning
- Mottagning 1 dag/vecka i på Oskarshamns sjukhus

Regionalt cancercentrum i samverkan

Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm

Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00

E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Handlingsplan

Notera identifierade utmaningar med planerade/pågående aktiviteter som syftar till att påverka ledtider, på kort sikt vs lång sikt.

Vad	Hur	När	Till när/vem följer upp
Många sköra äldre i gruppen som väntat längst	Individanpassad utredning i stället för SVF	2025	Uppföljning 2026
Väntetider på CT-urografi	Vid lång väntetid till CT-urografi ska man boka in cystoskopi först- dialog pågår	2025	Uppföljning 2026
Brist på cystoskopitider	Utbildning av nya kollegor, omfördelning av patienter med tex LUTS till privat mott	2025-26	Uppföljning 2026
Brist på op tider	Omfördela mindre tumörer till mer elektiv inriktat verksamhet i O-hamn- pågår	2025	Uppföljning 2026
Tiden från PAD-svar till PAD-besked till patient.	Tid i handen. Patologen i RKL levererar stadigt och inom ledtid, vilket möjliggör förbokning av tider. Utbildning av nya kollegor, omfördelning av patienter med tex LUTS till privat mott	Hösten 2025	Uppföljning 2026

Regionalt cancercentrum i samverkan

Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm

Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00

E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Bilaga 4

Ledtidsgranskning SVF Hudmelanom RKL

Population

Liten grupp som väntat >50% över stipulerad ledtid.

12 av 117 patienter (10%) varav 8 som väntat >75 % över stipulerad ledtid. Dessa 12 patienter har journalgranskats.

Orsaker till lång väntan:

- Felaktig registrering/kodning (4 fall)
- PAD skickades ej enligt SVF (1 fall)
- Fördröjd diagnos pga eftergranskning vid Unilab (1 fall)
- Avbokad PET-CT pga maskinproblem (1 fall)
- Hög ålder, samsjuklighet, Eliquis-behandling (3 fall)
- Väntan på eftergranskning stadium 3 MDK, PET-CT (1 fall)

Handlingsplan

Notera identifierade utmaningar med planerade/pågående aktiviteter som syftar till att påverka ledtider, på kort sikt vs lång sikt.

Vad	Hur	När	Till när/vem följer upp
Felregistrering/kodning av SVF	Registreringsmöte med SVF-ansvariga sekreterare på berörda kliniker	2025	Uppföljning 2026
Väntan på avslutad Eliquis-behandling	Dialog med kirurgkliniken, förtydligande av rutin	2025	Uppföljning 2026
Maskinproblem PET	Planeras PET-kamera i RKL	2026	
Eftergranskning via Unilab- ingen som ”håller koll” på antal dagar	Påskynda eftergranskningarna	2025	

Bilaga 5

Ledtidsgranskning SVF Prostatacancer

Population

55 patienter journalgranskades, i gruppen som väntat >75% var de flest lågriskcancer

Patientvald väntan

Flera ombokade tider. Hälften av patienterna är 85 år eller äldre med hög samsjuklighet vilket leder till att undersökningar och besök bokas om flera gånger

Patienter väljer Oskarshamns mottagningen (öppet 1gg/veckan) för att slippa lång resväg och för att träffa specifik urolog/operatör

Patienter bortresta långa perioder.

Medicinskt orsakad väntan

MR remiss inte skriven

Utsättande av blodförtunnande inte gjort i 12 fall

Hög samsjuklighet

Jämförelse mellan de som väntat 50-75% och de som väntat längre än 75%

I gruppen som väntat mer än 75% var flertalet lågriskcancer, i samma grupp är också många äldre än 85 år och med hög samsjuklighet

Flaskhalsar:

- TUR-P (främst i södra länsdelen)
- Tid till MR
- Tid till operation
- PAD-besked

Handlingsplan

Notera identifierade utmaningar med planerade/pågående aktiviteter som syftar till att påverka ledtider, på kort sikt vs lång sikt.

Vad	Hur	När	Till när/vem följer upp
Många sköra äldre i gruppen som väntat längst	Dialog kring ev individanpassad utredning utanför SVF Införa CFS	2025	Uppföljning 2026

Väntetid på PAD-besked	Tid i handen Reservera luckor i tidboken för PAD-svar	2025	Uppföljning 2026
Väntetid på MR	Säkerställa rutinen med att beställa MR vid remiss Nya MR-kamera i drift i O-hamn	2025	
Brist på urologer vilket leder till väntetid på TURP och PAD-besked	Arbeta med rekrytering på ledningsnivå	2025-26	Uppföljning 2026
Brist på op tider	Omfördela mindre tumörer till mer elektiv inriktat verksamhet i O-hamn-pågå	2025	Uppföljning 2026
Blodförtunnande ej utsatt, leder till uppskjutna undersökningar	Säkerställa rutinen	2025	Uppföljning 2026

Region Östergötland

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

Inledning

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.

1. Organisation

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

Region Östergötland har under 2024 fortsatt att utveckla processteamen inom ramen för det ackrediterade Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC). Processarbetet omfattar hela vårdförloppet och har redan bidragit till flera positiva effekter, även om vissa förbättringar i ledtider ännu inte fullt ut syns till följd av det varselsläge som präglat regionen under våren 2025. Med en stabilisering av resurserna och flera pågående utvecklingsinsatser på plats förväntas dock tydliga förbättringar under hösten.

Arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) fortsätter att vara en viktig prioritering. Även om både inklusionsmålet och ledtidsmålen ännu inte nås i alla processer, pågår ett omfattande förbättringsarbete för att stärka strukturen kring ansvar, registrering och uppföljning. Insatser riktas även mot att förkorta väntetider till diagnostik och behandling.

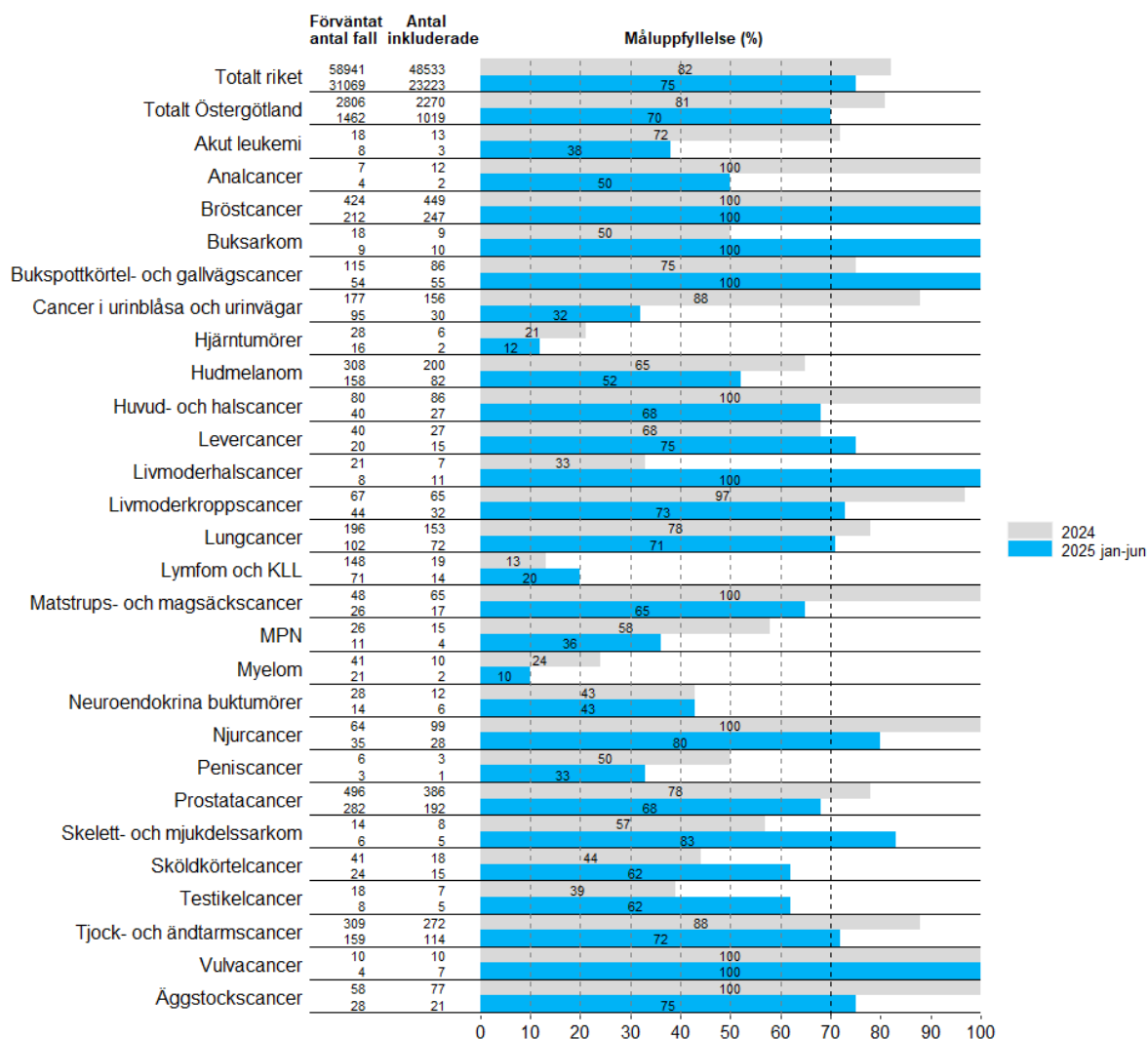
En central framgångsfaktor är bildandet av LCCC, som under de senaste åren samlat merparten av cancerrelaterade frågor inom Region Östergötland. Här integreras vård, forskning och utbildning, vilket stärker helhetsperspektivet och ger goda förutsättningar för långsiktig utveckling. Mer information om LCCC:s arbete finns tillgänglig via:

<https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/utveckling-och-kompetens/linkoping-comprehensive-cancer-center>

Samarbetet mellan primärvård och specialistvård är väl etablerat och förstärks ytterligare genom den satsning på cancerprocesser som drivs i nära samverkan mellan LCCC och RCC Sydöst.

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.



Bilaga från Sammanställning av målen för standardiserade vårdförlopp i Sydöstra sjukvårdsregionen - Mätperioderna 2024 och 2025 jan-jun

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

- Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?

SVF-förlopp	Förväntat antal patienter	Antal inrapporterade i SIGNE jan-jun 2025	Inklusion Jan-Juni 2025, andel (%)
Akut leukemi	8	3	38
Analcancer	4	2	50
Cancer i urinblåsa och urinvägar	95	30	32
Hjärntumörer	16	2	12
Hudmelanom	158	82	52
Huvud och halscancer	40	27	68
Lymfom och KLL	71	14	20
Matstrup och magsäckscancer	26	17	65
MPN	11	4	36
Myelom	21	2	10
Neuroendokrina buktumörer	14	6	43
Peniscancer	3	1	33
Prostatacancer	282	192	68
Sköldkörtel	24	15	62
Testiklen	8	5	62

I förlopp där förväntat antal patienter är lågt kan förväntas hög variation.

- Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

Orsaken är en kombination av flera faktorer. Varselprocessen har under en period inneburit en ökad arbetsbelastning, samtidigt som strukturen för användningen av SVF-koder i journalsystemet ännu inte är fullt utvecklad och implementerad i verksamheten. Detta har medfört att registreringen inte alltid prioriterats i den omfattning som önskas. Arbetet med att tydliggöra ansvar och stärka stödet kring SVF-registrering pågår, och förväntas på sikt bidra till både ökad kvalitet och bättre uppföljning av vårdförloppen.

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.

Ledtidsmålet är fortsatt en utmaning, men flera stora satsningar pågår för att stärka kapaciteten och förbättra tillgängligheten i vårdförloppen. Det främsta hindret är i dagsläget bristande operationskapacitet, där ett flertal utvecklingsprojekt är igång och ytterligare intensifieras under hösten. Även radioterapi innebär väntetider i vissa förlopp, liksom tillgång till radiologiska undersökningar, PET-CT och patologisvar. I flera processer är även tillgången till multidisciplinära konferenser (MDK) en faktor som påverkar ledtiderna.

Under året har en omfattande kartläggning av fyra utvalda diagnosprocesser genomförts, med fokus på patientgrupper där mer än hälften väntar längre än målsatt tid. De processer som analyserats är lungcancer, prostatacancer, urinblåsecancer och melanom, och resultaten redovisas i bilaga till denna skrivelse.

Lungcancer: Här utgör strålbehandlingskapacitet en utmaning, liksom svarstider inom patologi och tillgång till PET-CT. Flera riktade insatser pågår för att förbättra dessa områden, bland annat behöver SVF ledtiderna ses över, parallella beställningar av DNA och RNA för molekyllärpatologi är ett förslag framåt för att spara in dagar i förloppet.

Urinblåsecancer: Processen är komplex med ett stort inflöde av patienter, vilket ställer höga krav på koordinering. Arbetet med att effektivisera vårdförloppet är därför särskilt prioriterat. Processen fokuserar på att arbeta inom tidsintervallet första patientbesök, samt PAD till besked.

Hudcancer (melanom): Framför allt tiden till läkemedelsbehandling samt patologisvar påverkar ledtiderna, och förbättringsinsatser pågår för att stärka dessa delar. Ett stort förbättringsarbete kring ansvarsfördelning för kirurgin i Norrköping genomförs för närvarande.

Prostatacancer: Utmaningarna finns främst inom patologi och radiologi. Det man under året gjort är förbättrade rutiner kring radiologibesök, nedprioritering av vårdbesök av benigna patienter (visat med PAD), samt ökat antal TP biopsider. Framgent kommer återbesök bokas 3 veckor efter biopsi istället för 4-5 veckor som tidigare var standard. Arbete kommer göras för att tiden från MR svar till biopsi ska bokas snabbare

Samlat visar kartläggningen att det finns tydliga förbättringsområden, men också att pågående satsningar redan leder till resultat. Genom ett fortsatt systematiskt arbete med att stärka resurser, kapacitet och samordning skapas förutsättningar för kortare ledtider och en mer jämlik vård för patienterna i Region Östergötland.

Inom hematologin har det återkommande framförts att nyttan med SVF är begränsad, då patienternas vårdförlopp redan är mycket snabba och registreringen därför upplevs som ett merarbete. Samtidigt finns ett starkt engagemang för att arbeta med processutveckling i linje med övriga LCCC-processer, men med mindre fokus på SVF och större betoning på övriga förbättrings- och utvecklingsinsatser.

- Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?
 1. Ett omfattande arbete pågår för att minska operationsväntetiderna, vilket ytterligare intensifieras under hösten.
 2. Regionens storskaliga satsning på processteam inom de största cancerprocesserna, startad 2024, driver kartläggning, identifiering av utmaningar samt förbättringsarbete. Flera insatser är redan igång, och tydliga effekter förväntas under nästa mätperiod – särskilt gällande registrering och väntetider.
 3. En ny SVF-dashboard med realtidsdata skapar starka incitament för ökad registrering och ger möjlighet att följa utvecklingen av både väntetider och vårdkvalitet.
 4. Aktiv produktionsplanering bidrar till att säkra god tillgång på nybesökstider.
 5. Processkartläggning och utveckling av bokningsflöden, inklusive arbetet med att ge patienten ”tid i handen”, pågår för att stärka tillgängligheten.
 6. Klinisk patologi har inlett flera förbättringsinsatser för att förkorta ledtider och skapa mer förutsägbara leveranstider. Målet är en medelsvarstid på 14 kalenderdagar från ankomst till preliminärsvär inom ett år. Redan nu syns framsteg jämfört med föregående år, och ytterligare fokus läggs på att möta SVF-tiderna.
 7. Regionens medarbetare deltar både i egen och nationell forskning för att öka användningen av AI, bland annat inom mammografi.
 8. Kunskapen om patientens vårdprocess förstärks genom riktade insatser till medarbetare vid de involverade klinikerna.
 9. Kapaciteten för PET-CT utökas i samband med investering i ny maskinpark.
 10. Administrativa rutiner effektiviseras, bland annat genom minskat antal möten för patienter med benigna PAD-svar.
 11. Clinical Fragility Scale införs successivt i flera processer för att förbättra riskbedömning och individualisering av vården.
- Beskriv hur regionen har tagit vidare arbetet med kartläggningen av de allra längsta ledtiderna i SVF som utfördes under 2024?

Lever-, urinblåse- och lungcancerprocesserna fortsätter att arbeta med detaljerad uppföljning. Urinblåsa och lunga ingick i årets genomlysning och samtliga processer ser detta som ett framgångsrikt arbetssätt.

Både de enskilda processerna och regionen centralt driver vidare arbetet med de gemensamma ledtidsfrågorna, särskilt inom patologi, radiologi och väntetider till operation.

Samtliga processer arbetar aktivt med kodning och registrering för att minska felregistreringar och därmed förbättra kvaliteten på inrapporterad data.

Samverkan inom SÖSR har stärkts, med ökad förmåga att stötta varandra mellan processerna och möjligheten att remittera patienter till enheter med kortare ledtider.

- Bifoga analysen från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen som bilaga. Se bilaga 1, deras fynd sammanfattas under kapitel 3 del 1 – hinder till ledtidsmål.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data

- Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Ett förnyat arbete kring detta planeras inför hösten 2025, där verksamheterna successivt börjar etablera nya rutiner och arbetssätt efter omställningsperioden. Parallellt gör LCCC en riktad satsning på ett övergripande strategiskt mål som syftar till att förbättra både SVF-ledtider och registrering.

Utöver detta genomförs flera arbetsförenklande åtgärder som direkt stärker nyttan i vården, bland annat genom tydligare och mer enhetliga remisser, förbättrade svarsmallar, mer lättillgänglig visualisering av SVF-data samt insatser för att höja kunskapen bland berörda medarbetare. Dessa steg bidrar både till ökad kvalitet och till att göra det dagliga arbetet mer effektivt.

LCCC:s processledare fortsätter dessutom att driva utvecklingen inom respektive process. Det innebär att de, i nära dialog med verksamheterna, arbetar med detaljerad kartläggning, uppföljning av ledtider och väntetider samt identifiering av flaskhalsar. Processledarna ansvarar även för att omsätta förbättringsförslag i praktiken, initiera riktade åtgärder och följa upp deras effekter. Genom att samordna insatser mellan olika kliniker och stärka samarbetet med både primärvård och specialistvård säkerställs att förbättringsarbetet får genomslag i hela vårdkedjan. Detta långsiktiga och strukturerade arbete förväntas ge tydliga effekter i kommande mätperioder och bidra till mer jämlika vårdförlopp i hela regionen.

5. PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)

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

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

Ja, Nationella Patientenkäten används

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

Dem lokala (RÖs) processledare ansvarar för att PREM följs upp i respektive vårdförlopp. Utöver processerna, där arbete pågår för att nyttja resultaten internt i varje process, är varje klinik vara ansvariga för att följa upp egen PREM-data.

Ett arbete med att komplettera NPE med en egen nationellt framarbetat PREM-enkät pågår och förväntas lanseras sent 2025 eller under 2026.

6. Användning av SVF-medel

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

Medlen har fördelats av linjeorganisationen.

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

Medlen har fördelats enligt regionens linjestruktur. Det går inte att följa dessa genom strukturen som finns idag.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

Mycket viktigt att kunna dela data mellan sjukvårdsregioner, att elektroniska journaler inklusive radiologi och patologi. Nationellt måste detta arbete understödjas, primärt ur juridiska perspektiv.

Mycket viktigt att all data som visualiseras från SVF presenteras med adekvat statistisk analys och kan plottas över både innevarande år och tidigare år, inte bara senaste året. 5 år är lämpligt för inklusionsjämförelsen och 3 år uppdelat på kvartal eller månad för ledtider.

Bilagor

Bilaga 1 – Resultat av analys väntande inom utvalda vårdförlopp

Bilaga 1 – Resultat av analys väntande inom utvalda vårdförlopp

Ett uppdrag från regeringen till regionerna

Ett krav i årets överenskommelse ”Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025” är att regionerna ska granska fyra vårdförlopp (lungcancer, hudmelanom, prostatacancer, urinblåsecancer).

Syftet med granskningen är, liksom förra året, att undersöka om patienter som väntat längre än angiven målledtid delar gemensamma flaskhalsar. Detta för att stärka motiveringar till förbättringsarbeten och ökade samarbeten mellan kliniker och regioner.

2024 granskades de som väntat 75% längre än angiven ledtid och 2025 ska de som väntat 50–75% längre än angiven ledtid granskas. Dvs en utökad granskning jmf förra året.

Sammanfattning och handlingsplaner, granskning av de som väntat 50 – 75 %, samt >75% av den stipulerade tiden i SVF. Region Östergötland och Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC)

Den 2 september 2025 genomförde RCC Sydost en hearing där resultaten av de förlopp som genomfört granskningar av de som väntat 50 – 75% och >75% av den stipulerade tiden. Inom Sydöstra har samma förlopp granskats:

- Lungcancer
- Cancer i urinblåsa och urinvägar
- Hudmelanom
- Prostatacancer

Lungcancer

Ann-Gollvik, processledare

Målledtid (dagar)	”Lokala” mål (OBS från behandlings-beslut)	Mål RCC/SVF
Kirurgi	21	44
Strålbehandling	30	44
Läkemedel	10	40
Palliativ vård	?	30

Grupp:	50-74%	≥75%	Optimal ledtid:
Medel (dagar):	63	134	30-44 dagar
Spann (dagar):	46-72	69-245	

- I gruppen ≥75% finns patienter som behövt prioritera behandling av annan nyupptäckt cancer, komplikation efter bronkoskopi, samsjuklighet (hjärtsjukdom) dvs medicinska skäl som krävt att utredningen pausas.
- I samma grupp återfinns re-skopier/provtagning. Innebär ny väntetid tills ledig provtagningstid (bronkoskopi/lungpunktion) samt väntetid hos patologen.

Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart utifrån behandlingstyp (journalgranskning):

- Kirurgi 20 dagar (medel)
- **Strålbehandling 39 dagar** (medel)
- Läkemedel 8 dagar (medel)
- Palliativ vård siffror saknas

Analys

- Molekylärpatologisk analys ska svaras ut inom 10 arbetsdagar
- 90% av cytologi-/biopsiprover från lunga, bronk, pleura och thorakala lymfkörtlar med tumörsjukdom besvarade inom 4 kalenderdagar exkl. molekylärpatologisk analys, resp. 14 kalenderdagar inkl. molekylärpatologisk analys.
- 90% av alla operationspreparat ska svaras ut inom 14 kalenderdagar.

Arbete framåt:

- Samarbete med patologen för att titta på turn-around-tider (TAT)
- Enl patologen svarades 30 av totalt 267 lung-PAD ut inom 14 kalenderdagar = 11% (alla lungprover brsk + operationspreparat som sedermera blev cancerdiagnos)
- *Medelledtid för alla cytologi-/biopsiprover (ej operationspreparat): 21-22 dagar (oavsett om malignitet eller ej) (mål 4 dagar, måluppfyllelse 0,7%)*
- Molekylärpatologi svårt att få fram TAT. Enligt vår journalgranskning 20-22 dagar (**mål 14 dagar**)

Ur dokument "Kvalitetsindikatorer och svarstider thorax" av Svensk Förening för Patologi – Svensk Förening för Klinisk Cytologi

"Vad gäller svarstider så föreslogs vid arbetet med införande av standardiserat vårdförlopp (SVF) inom lungcancer att morfologisk diagnos (med relevanta immunhistokemiska färgningar

utförda) bör finnas tillgänglig för remittenten **inom 4 kalenderdagar från provtagning och behandlingsprediktiv molekylläropatologisk analys inom 7 kalenderdagar från provtagning**. Svarstiderna går att uppnå under optimala förhållanden, men ställer stora krav på patologavdelningen, och de föreslagna svarstiderna har tagits i beaktande vid formulerandet av föreliggande dokument. Internationellt rekommenderas **10 arbetsdagar från provtagning till behandlingsprediktiv molekylläropatologisk analys**, vilket är mer rimligt med de breda plattformar/paneler som används mest och rekommenderas i Sverige.”

Konklusioner:

- Vid analys av delledtider/del-moment ses långa ledtider jämfört mål fram tills **nybesök** (16 resp 24 dagar) och tills **svar molekylläropatologi** (20 resp 23 dagar, mål 14 dagar). **PET-CT** (medel dagar 31 respektive 39 (från att remiss bedöms till att PET-CT görs)).
- Behandlingstyp strålbehandling klarar ej uppsatta mål. Palliativ vård oklart. Flera olika aktörer bara inom RÖ. (Kodning)

Konklusioner/framåt:

- Justera mål-ledtiderna? De olika delmomenten tar tid men är viktiga för optimal individualiserad behandling enligt Best practice.
- Många aktörer inblandade!
- Vissa svårigheter att få fram statistik. Arbete har gjorts tillsammans med sekreterargruppen för att utöka kodning och kunna följa utredningsförlopp i Rebus (koda varje moment i journalen)

Konklusioner/uppföljning från 2024 års granskning:

- Vi har inte lyckats korta väntetiden till nybesök
- Samsjuklighet i gruppen med allra längst ledtid påverkar
- Snabbare kommunikation mellan regionerna inom SÖ, funktionsbrevlåda på försök. Inväntar lättare kommunikation krypterat
- Direktkirurgi i hög utsträckning
- Tidigt beställa funktionsutredning, görs i stor utsträckning parallellt

Region Östergötland Linköping Comprehensive Cancer Center

Vad	Analys, kort	Åtgärd	Till när	Vem samordnar och återkopplar
Diskussion bland ingreppsläkare Lungkliniken och thoraxkirurger om re-provtagning	Upplevelsen är att direktkirurgi utförs oftare nu än för 10 år sedan (ej underbyggt med statistik). Undvika re-skopi med samma mål "ej göra samma sak igen"		Till stor del utfört, höst 2025	Ann
Fortsatt samarbete Patologen för att få fram bättre TAT-tider och följa upp dessa		Åtgärdsplan patologen för att nå bättre måluppfyllelse?	2026	Ann, Stina, Göran, Tommy
Fler lediga tider och mer luft i systemet på Utredningsenheten	Korta tiden tills nybesök. Om remiss med bråskande fall/nyupptäckt tumör/SVF kan den patienten bokas in med kort varsel.	SVF-tider varje vecka 2-3 st som inte bokas i förväg? Samma sak med bronkoskopitider, några akuta tider varje vecka som inte bokas i förväg?	Höst 2025	Ann, Antje, Helena, Anna G
Uöka kapacitet ingrepp?		2 ingrepps-rum? Ingrepp eftermiddagar?		
Mycket kort tid från att remiss tas emot tills att den bedöms (absoluta majoriteten bedömda samma dag som de kom in i båda grupperna, längsta tid 1 dag)		Följa upp nu när vi ändrar rutin för journalgranskning röntgenrond	Höst 2025/2026	Ann m fl

Sydöstra sjukvårdsregionen



Vad	Analys, kort	Åtgärd	Till när	Vem samordnar och återkopplar
Palliativ registrering ska bli rätt i statistiken	Läkare behöver informera sekreterare att ingen aktiv behandling kommer ges, så att behandlingsbeslut palliation registreras och SVF-tiden avslutas.	Informera läkargruppen Lungkliniken samt sekreterarna.	Till stor del utfört. Pågående (uppföljning)	
EBUS till rätt patient	Eventuellt minska EBUS-diagnostik? Fler patienter kan då bronkoskoperas på hemort, bättre tillgänglighet?	Diskussion i läkargruppen lungmedicin, ingreppsläkare	2026	
Långa väntetider till strålbehandling	Strålbehandling kapacitet: Läkardist		?	

Sydöstra sjukvårdsregionen



Cancer i urinblåsa och urinvägar

Sammanfattning av flaskhalsar

- **Första besök:** 10 dagar väntetid → en av de största enskilda förseningarna.
- **PAD-processen:**
 - Från provtagning till patologisvar: 9 dagar.
 - Från patologisvar till att patienten får besked: ytterligare 10 dagar.
→ Sammanlagt 19 dagar i detta steg.
- **MDK (multidisciplinär konferens):** 5 dagar väntetid.

- **Behandlingsbeslut med patient:** 4 dagar.

Totalt uppgår medianfördröjningen till **38 dagar**, varav nästan hälften (44 %) beror på medicinska eller personliga orsaker snarare än systemrelaterade.

Mönster och förbättringsområden:

1. **Första patientbesöket** dröjer 6–16 dagar efter remiss. Här finns utrymme för tidsvinst.
2. **Patologi–patientledet** är långsamt: från prov till besked tar ofta >15 dagar. Här verkar största förbättringspotentialen ligga, särskilt kommunikationen till patient.
3. **MDK och behandlingsbeslut** fungerar förhållandevis snabbt (sammanlagt ~7 dagar).
4. **Nästan hälften av förseningarna** är inte systemorsakade, utan beror på patientens hälsa eller personliga skäl. Dessa kan vara svårare att påverka, men andelen är ändå viktig att följa.

Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1	1
Första besök i specialiserad vård (block A	6	16
TURB/p	11	12
PAD-besked till remittenten	6	15
PAD-besked till patienten	3	13
MDK	7	12
Behandlingsbeslut med patienten	2	6
Start behandling	9	11

Frågor att arbeta vidare med i processen innefattar

- Vidare analys på exakt vad som orsakar väntan
- Undersöka om det går att boka tider mer effektivt.
- Förbättra processen efter PAD till patientbesked.

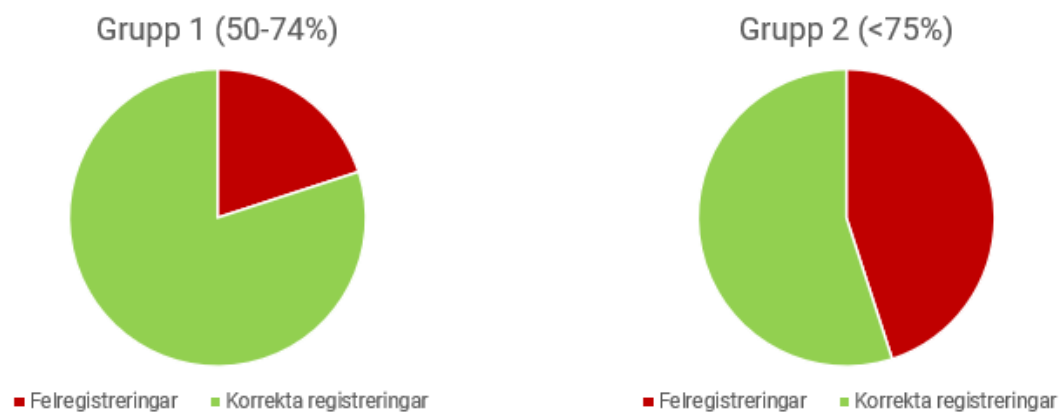
Hudmelanom

- Analysen har utförts på uppdrag från RCC sydöst, inför en hearing kring fördröjda ledtider för SVF hudmelanom under 2024.

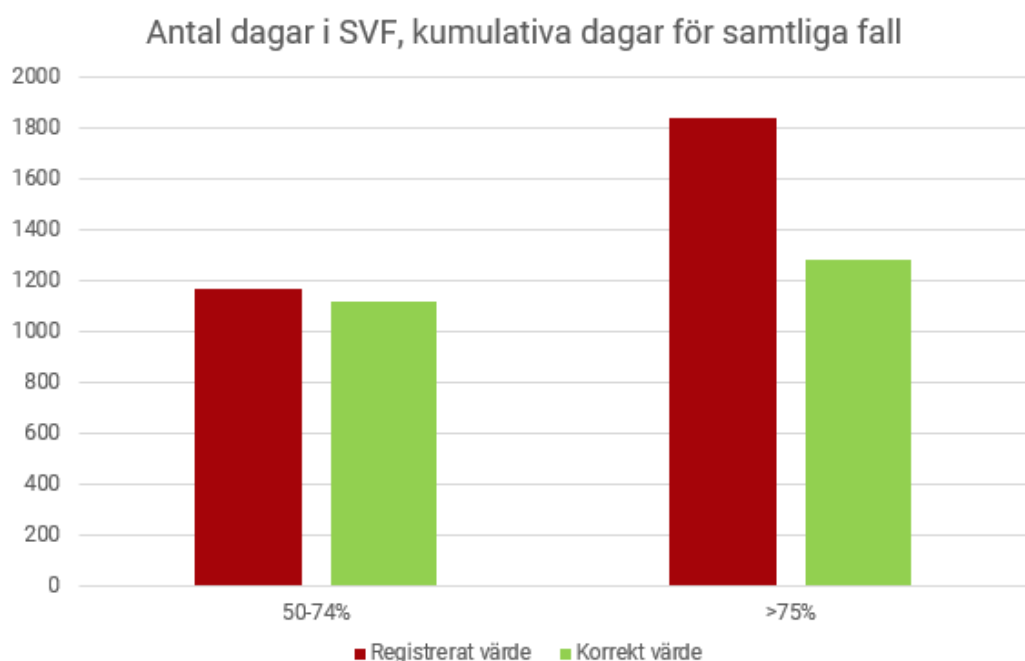
- Uppdraget har innefattat att slumpmässigt analysera 20 patientfall där ledtiden överskridit 50-74 % av målet, samt 20 patientfall där den totala målledtiden överskridits med över 75%.
- Underlag för analys har tillhandahållits från Linköping Comprehensive Cancer Center.
- Analysen är gjord av Alexander Shams, processledare för hudcancer i Region Östergötland.
- Analysen har gjorts enligt analytikerns bästa förmåga, och har ej kontrollerats av en tredje person.

1. Felregistrering

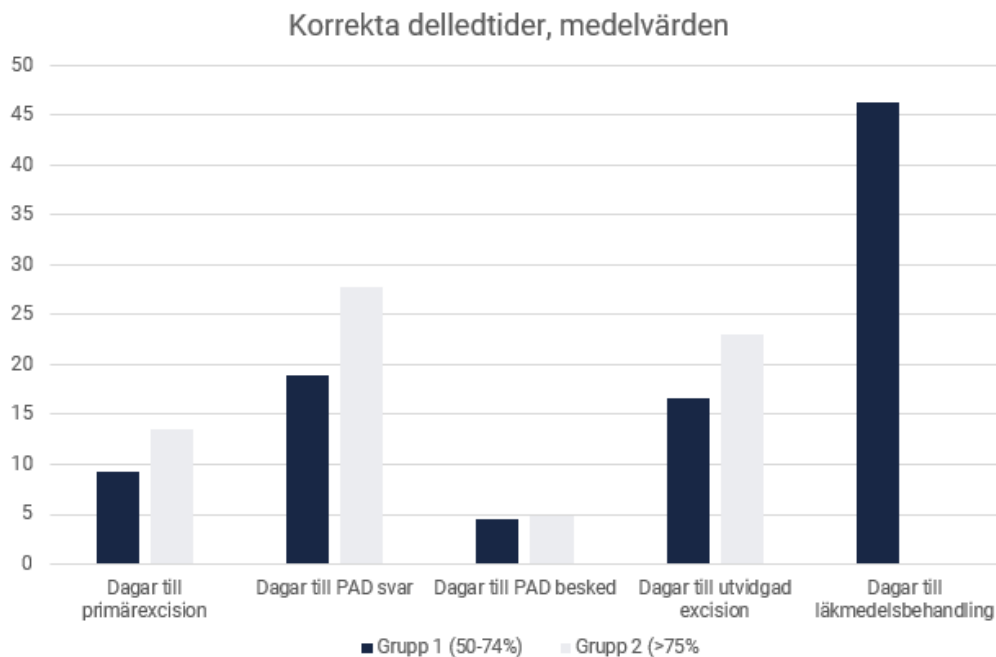
Andel upptäckta felregistreringar i respektive grupp



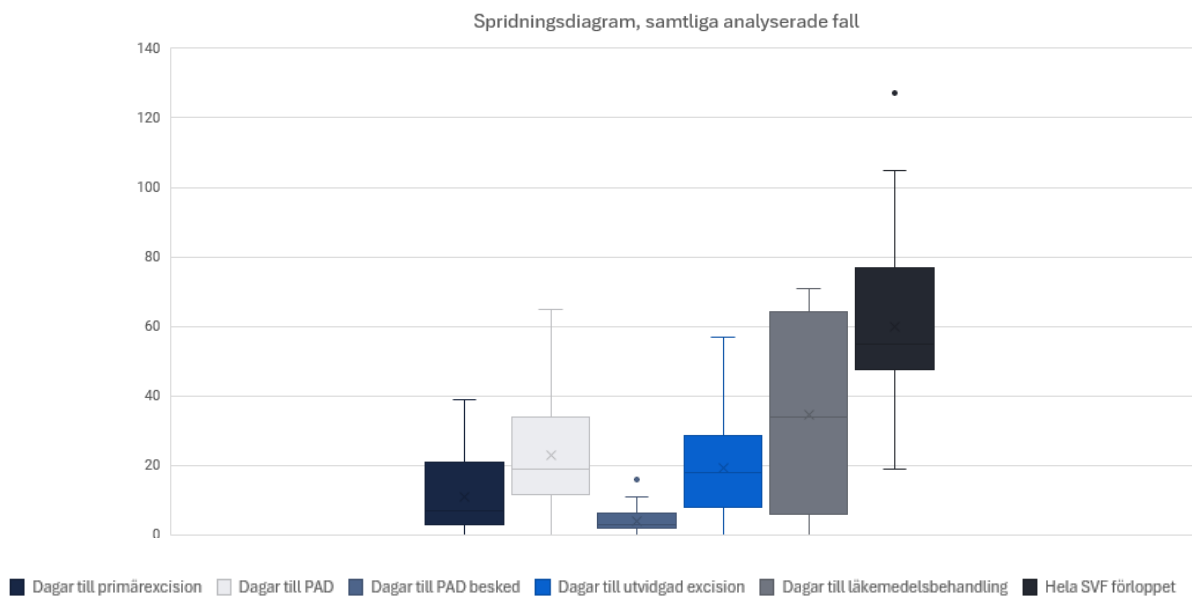
Felregistreringars påverkan på ledtiden



Delledtider i respektive grupp



Spridningsdiagram, del-ledtider och totala SVF förloppet.



Slutsatser

- Stor andel felregistreringar, ff a i gruppen där ledtiden överskrids med >75%
- Den kumulativa korrigerade faktiska ledtiden i båda grupper är 21% lägre än de som är registrerade.
 - Registreringsrutiner bör ses över
- Identifierade förbättringsområden
 - Antal dagar till läkemedelsbehandling.

- Denna ledtid är naturligt längst, då patienten efter en positiv sentinel node måste genomgå en generaliseringsutredning samt MDK, och därefter ett besök hos onkologen för att initiera lm-behandling. Delprocesser måste optimeras.
 - Dagar till PAD svar
- Under 2024 har RÖ haft längre patologiska ledtider än riket i övrigt. Processen är klarlagd och en del förbättringsarbeten är implementerade.
- Stor spridning i ledtid för tumörkirurgi
 - Ansvarsfördelning för kirurgin i Norrköping har varit otydlig, och operationsansvar i hela regionen ses över och utreds för närvarande.

Prostatacancer

Genomgång långa ledtider SVF prostatacancer

För detaljerad information se tabell 1 o 2 i slutet av dokumentet. Datakolumner som diskuteras nedan är markerade med röda pilar.

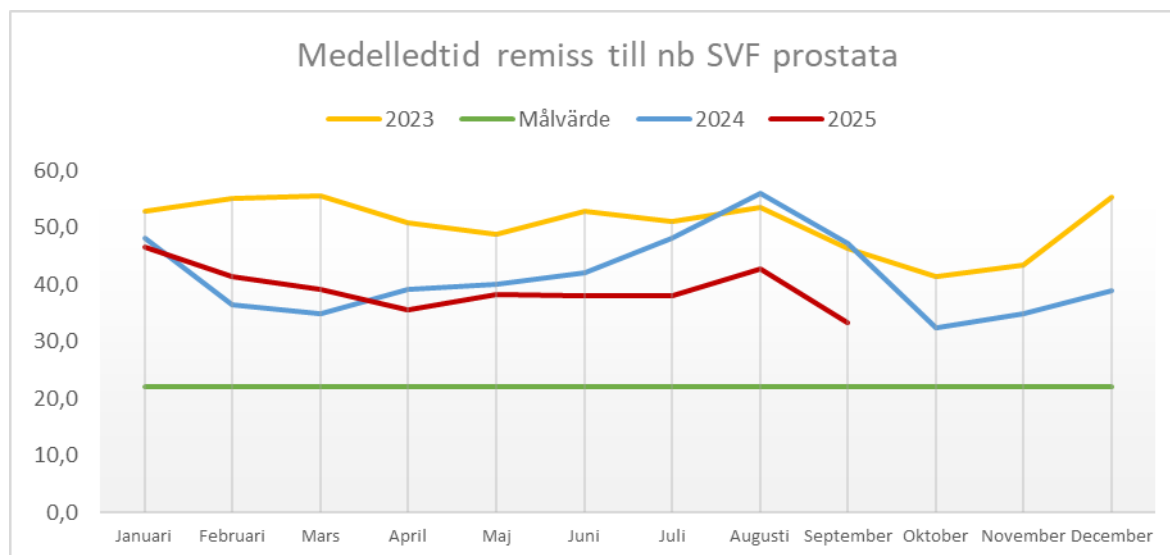
En genomgång av 55 utvalda patienter som utretts och diagnosticerats med PC under 2024 gjordes.

Här presenteras analys av två etapper i SVF förloppet: *SVF start till första besök för biopsi* samt *första besök för biopsi till PAD besked*. Dessa valdes då ledtiden här är orimligt lång och förmodligen enklast att åtgärda.

SVF start till första besök för biopsi

Medeltiden från SVF start till första besök för biopsi var 50 dagar, målvärde 22 dagar. Mycket få patienter (< 5%) nådde ledtidens mål.

Man kan konstatera att tiden från att vi **har** MR svar till att patienten **får** ett besök är 30 dagar i medel vilket är orimligt länge. En orsak till detta är redan eliminerad, tidigare bedömde läkare manuellt om patienten skulle biopseras, detta görs nu av sekreterare enligt en väldefinierad instruktion. En annan orsak var kapaciteten för TP biopsier (=nybesök). Efter inköp av utrustning mm har vi kunnat öka denna. Som synes i grafen nedan har detta gett effekt på ledtiderna över tid.



Ett fortsatt problem är spridningen i tid från SVF start till MR svar finns, 13-42 dagar. Det vore lättare för oss att planera mottagningskapacitet om spridningen vore mindre. Inflödet av patienter är inte heller konstant utan har ganska stora variationer över året, men detta kan vi inte göra så mycket åt.

Första besök för biopsi till PAD besked

Patologen har minskat sin svarstid jämfört med hur det varit historiskt där det inte sällan tog 6 veckor att få svar på mellannålsbiopsier. Fortfarande är problemet en stor spridning, 6-24 dagar. Dock så finns svar i de allra flesta fall inom 21 dagar så en riktlinje för urologen när vi planerar PAD besked är att lägga dessa senast 3 veckor efter biopsi. Pga tidigare förhållanden har vi vant oss vid 4-5 veckors väntetid för PAD men vi kan nu se att detta inte längre är fallet.

Övrigt:

Fler flaskhalsar finns gällande metastasutredning och tid till operation och strålning. Den totala ledtiden för patienterna påverkas dock i mindre grad av dessa ledtider varför de lämnas i nuläget.

Åtgärder som redan genomförts och påverkat ledtiderna:

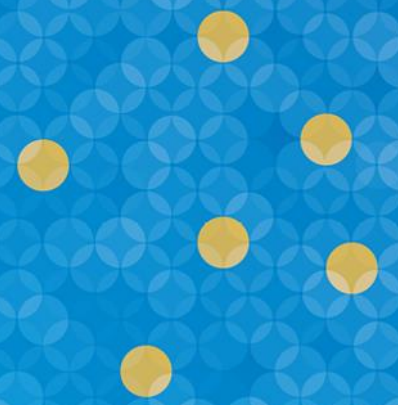
1. Sekreterare bokar in alla MR svar med PIRADS 4 o 5
2. Utökat kapaciteten för TP biopsi
3. Avboka benigna PAD-återbesök och lämna info brevledes istället för att frigöra återbesökstider för PAD besked

Planerade åtgärder:

1. Boka återbesök PAD 3 veckor efter biopsi istället för 4-5 veckor som tidigare var standard
2. Jobba med tiden från MR svar till biopsi som rimligen borde kunna bokas snabbare

Tabell 1. Medel och medianvärde SVF prostatacancer 55 patienter under 2024.





Sammanställning av målen för standardiserade vårdförlopp i Sjukvårdsregion Sydöst

Mätperioderna 2024 och 2025 jan-jun

Innehållsförteckning

Inledande kommentarer	3
Sammanfattning SVF-mål	4
Sjukvårdsregion Sydöst, inklusionsmål	4
Jönköping, inklusionsmål	5
Kalmar, inklusionsmål	6
Östergötland, inklusionsmål	7
Sjukvårdsregion Sydöst, ledtidsmål	8
Jönköping, ledtidsmål	10
Kalmar, ledtidsmål	12
Östergötland, ledtidsmål	14

Inledande kommentarer

- Data är hämtade ur den nationella väntetidsdatabasen. Datauttag är gjort 2025-08-22. Det förväntade antalet cancerpatienter för 2024 och första halvåret 2025 är hämtade ur de beräkningsunderlag som tagits fram för respektive år.
- **SVF-målen**
 - Det första SVF-målet är *inklusionsmålet* som innebär att minst 70% av alla cancerpatienter ska utredas enligt ett standardiserat vårdförlopp (SVF).
 - Det andra SVF-målet är *ledtidsmålet* som innebär att minst 80% av de personer som fått en cancerdiagnos, utretts enligt ett SVF och startat en behandling ska ha påbörjat behandling inom angivna ledtider. Ledtiderna varierar beroende på cancerdiagnos och typ av behandling.
- **Inklusionsmålet**
 - **Nämnaren**

Nämnaren är det förväntade antalet cancerpatienter per år som redovisas i beräkningsunderlagen. Där hänvisas alla patienter till den region där de är folkbokförda, oavsett var patienten har fått diagnos eller behandling. För Allvarliga ospecifika symptom och CUP går det inte att definiera en nämnare så de ingår inte i mätningen av inklusionsmålet. Eftersom antalet patienter i nämnaren för inklusionsmålet är ett skattat antal, och inte det faktiska antalet för sammanställningsperioden, kan det ibland inträffa att antalet patienter i täljaren är större än i nämnaren. I dessa fall anges måluppfyllnaden till 100% men inte över.

 - **Täljaren**

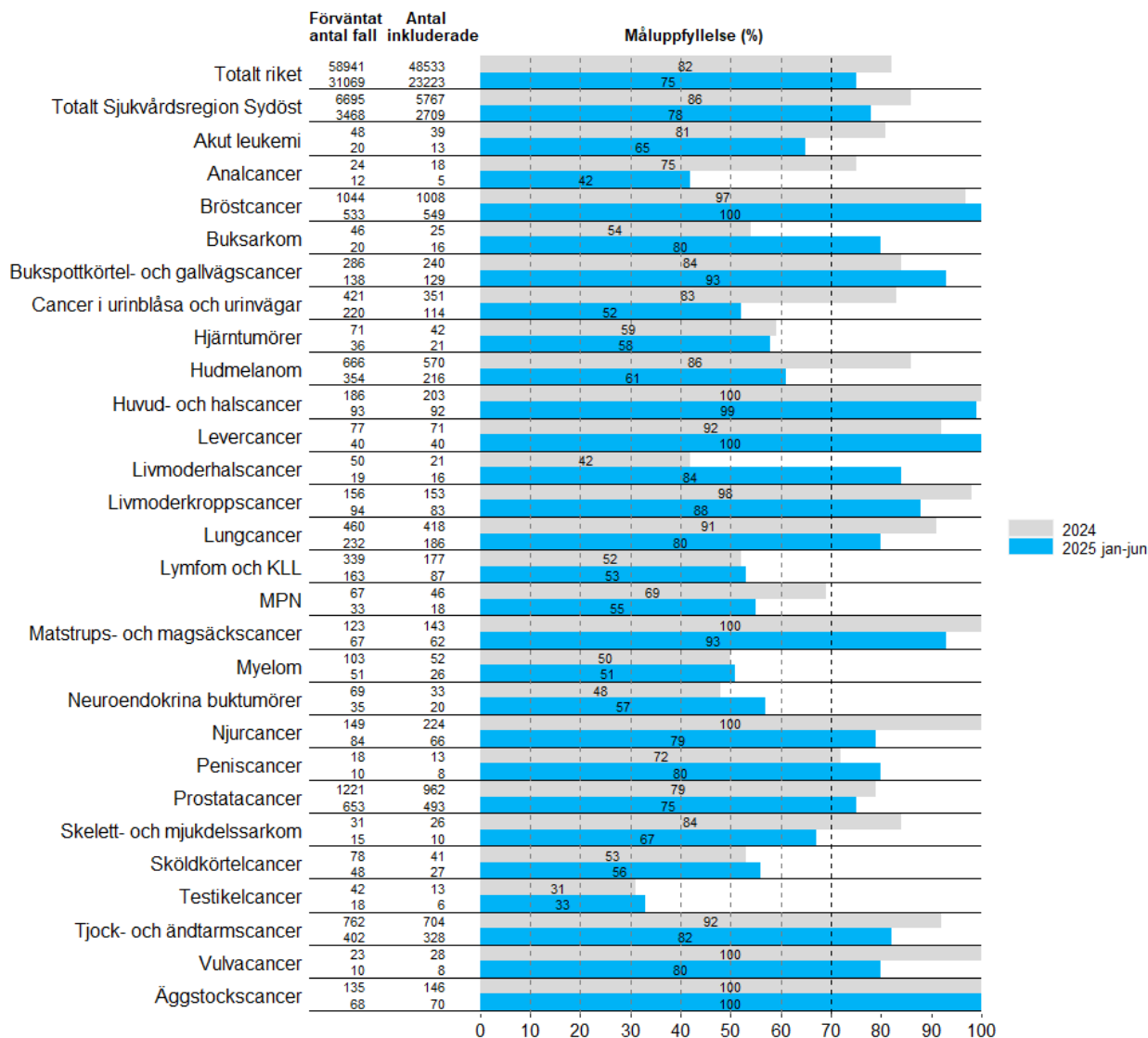
Täljaren är de patienter som enligt nationella väntetidsdatabasen har startat sitt SVF i regionen. För patienter som påbörjat ett SVF i en region och sedan blivit skickad till annan region för behandling används i första hand koden "Mottagen från" för att avgöra var SVF startade. Om inget finns angivet för denna kod blir region för start av SVF densamma som patientens folkbokföringsadress. Om inte heller den finns angiven blir region för start av SVF densamma som för start av behandling.
- **Ledtidsmålet**
 - **Nämnaren**

Nämnaren är de patienter som enligt nationella väntetidsdatabasen har startat sitt SVF i regionen följt av behandlingsstart. Notera att inte alla patienter med giltiga behandlingskoder ingår här. Det beror på att en del behandlingskoder saknar angiven ledtid för vissa diagnoser. Det gäller framför allt palliativ vård. En del patienter som ingår i beräkning av inklusionsmålet exkluderas således vid beräkning av ledtidsmålet. Notera också att diagnoserna *Allvarliga ospecifika symptom* och *CUP* ingår i mätningarna av ledtidsmålet.
 - **Täljaren**

Täljaren är de patienter i nämnaren som har startat behandling inom angiven ledtid.

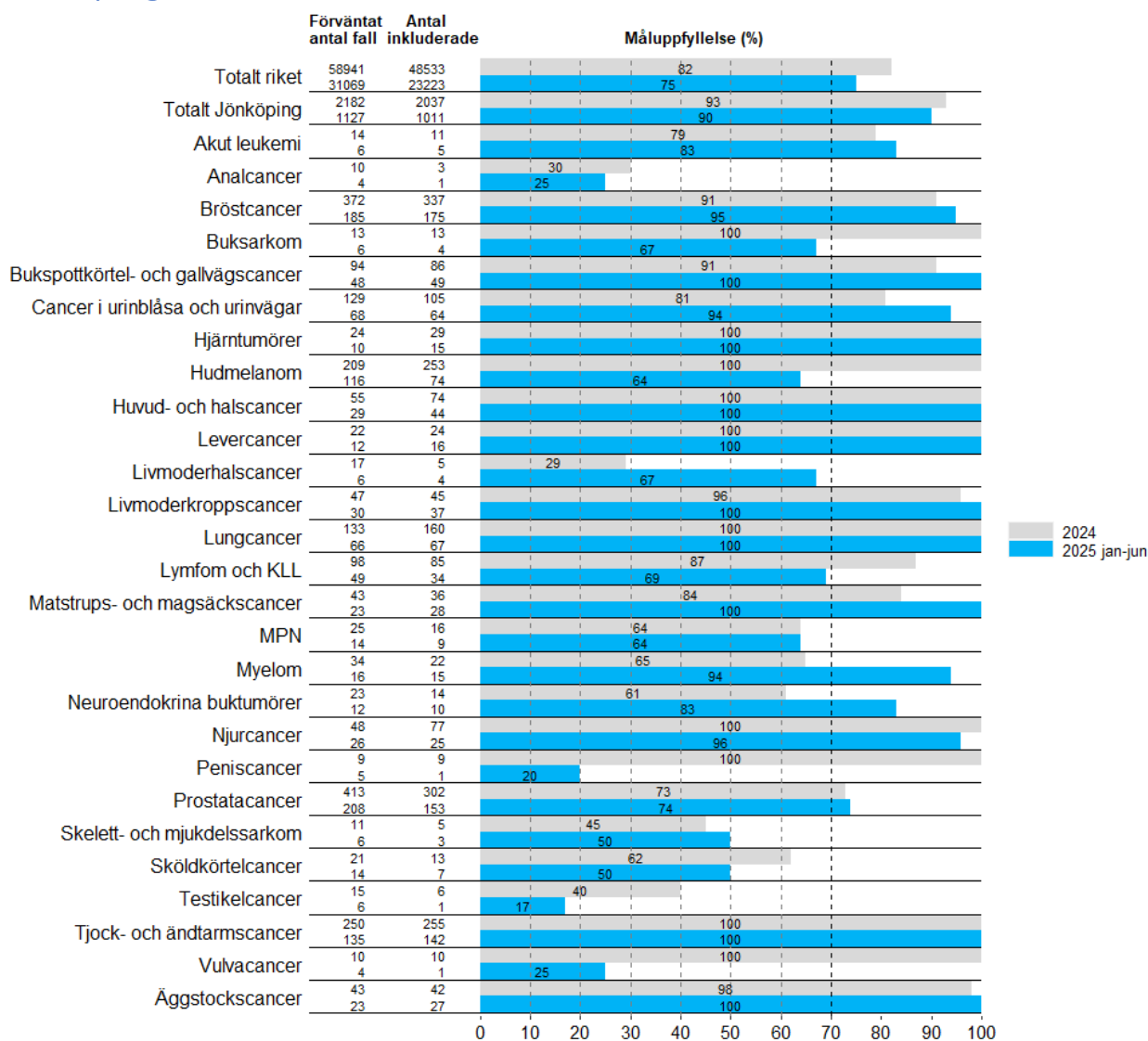
Sammanfattning SVF-mål

Sjukvårdsregion Sydöst, inklusionsmål



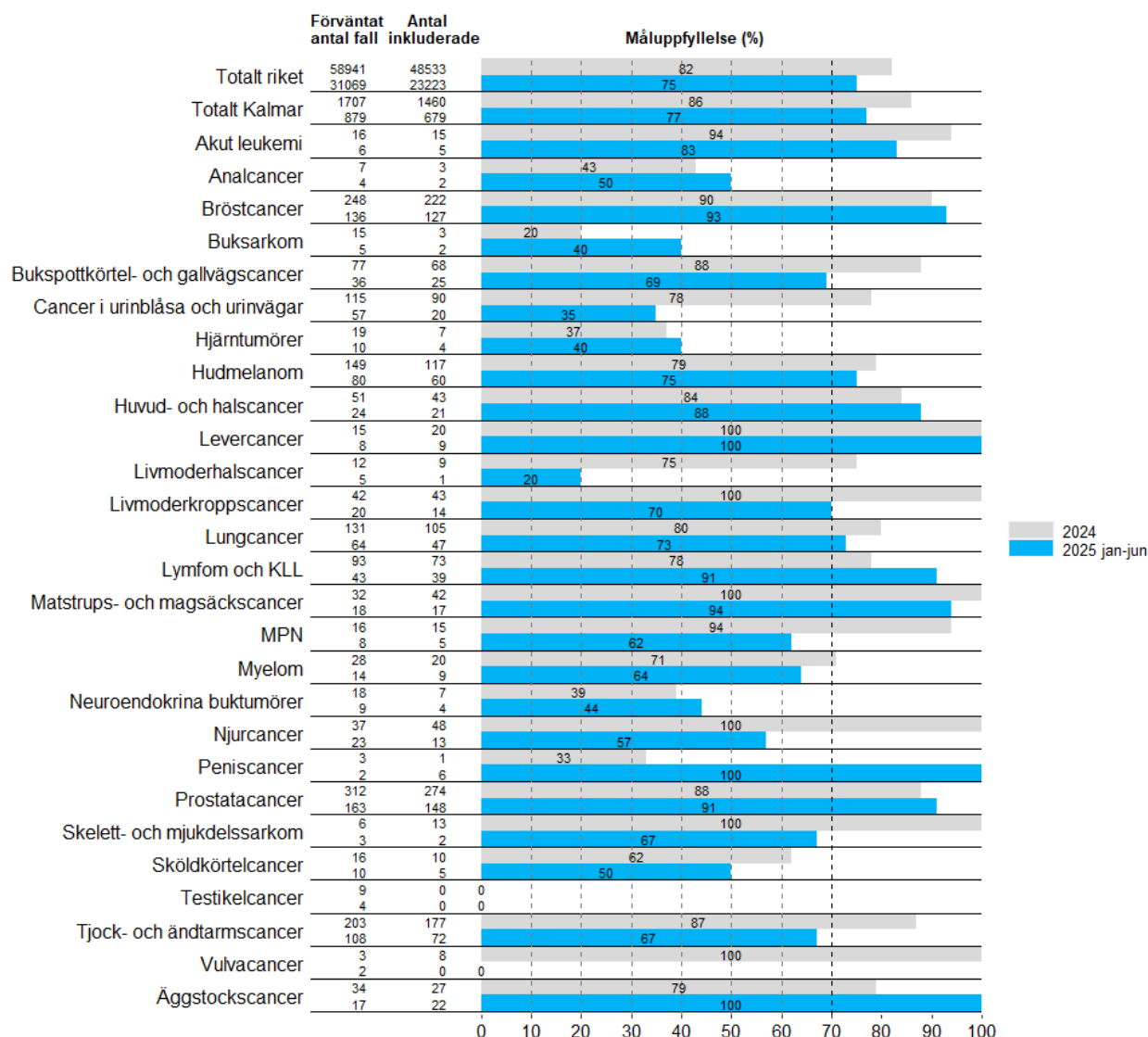
Måluppfyllelse av inklusionsmålet per diagnos i sjukvårdsregion Sydöst

Jönköping, inklusionsmål



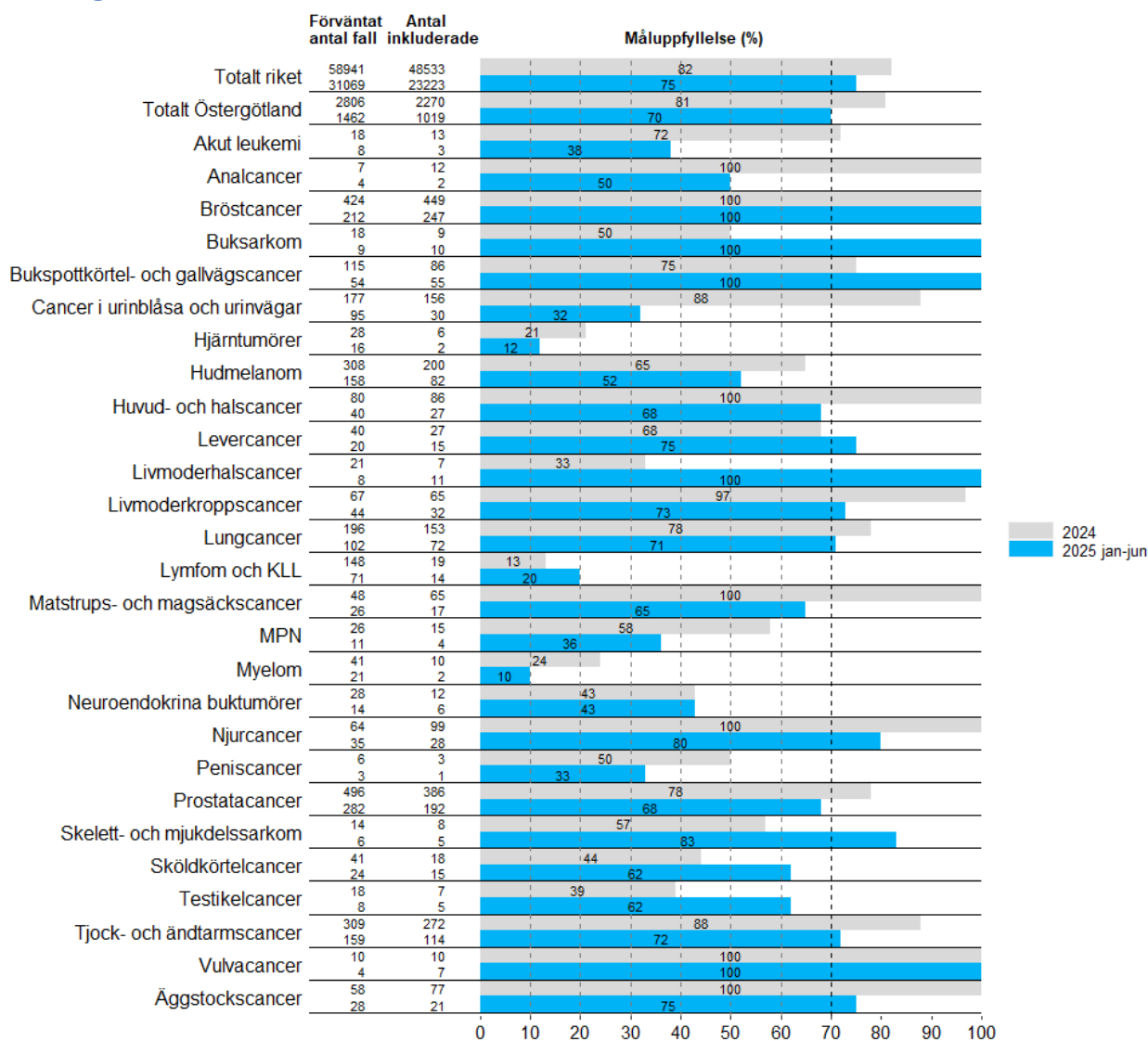
Målpuppfyllelse av inklusionsmålet per diagnos i Jönköping

Kalmar, inklusionsmål



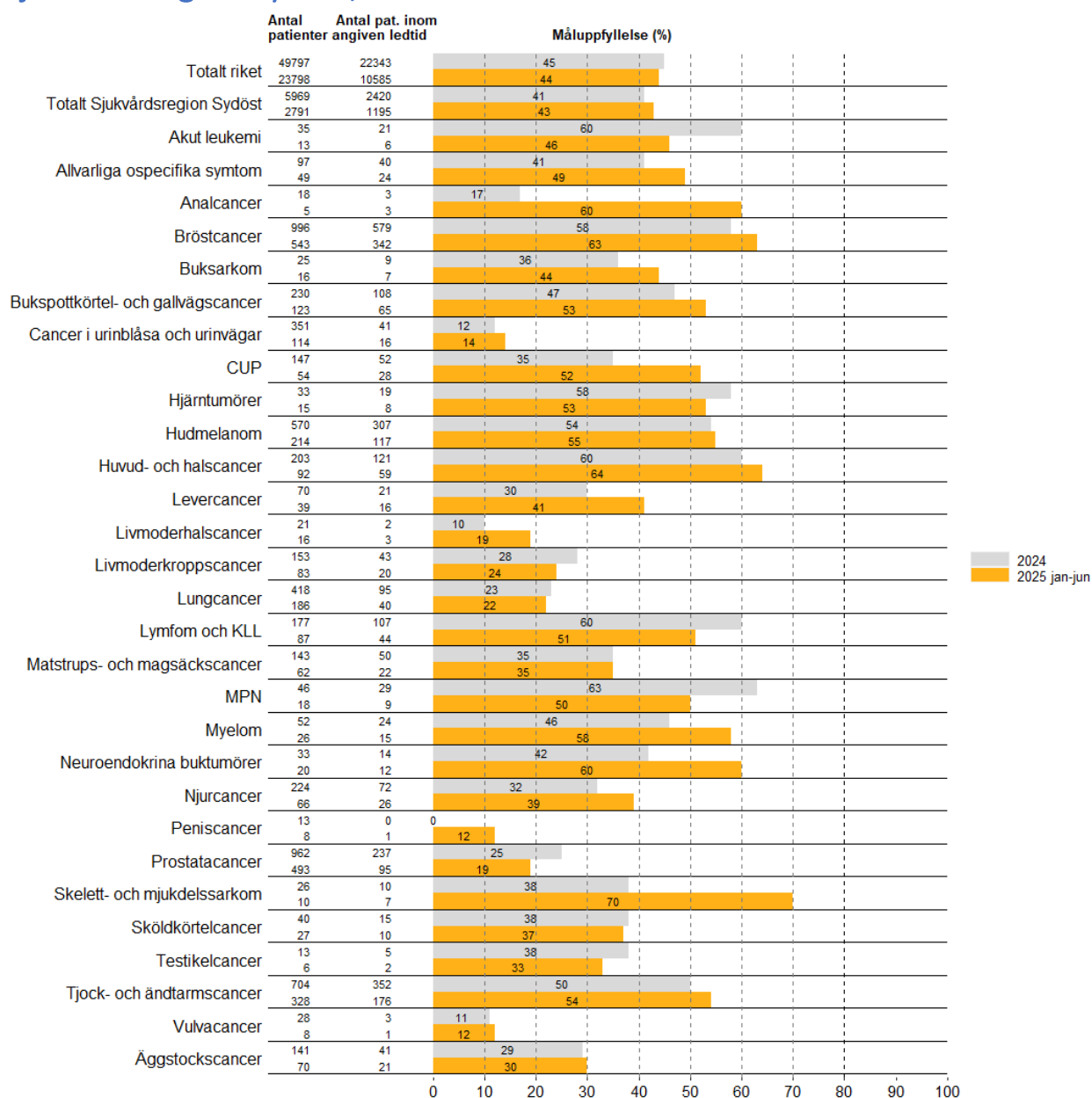
Måuppfyllelse av inklusionsmålet per diagnos i Kalmar

Östergötland, inklusionsmål



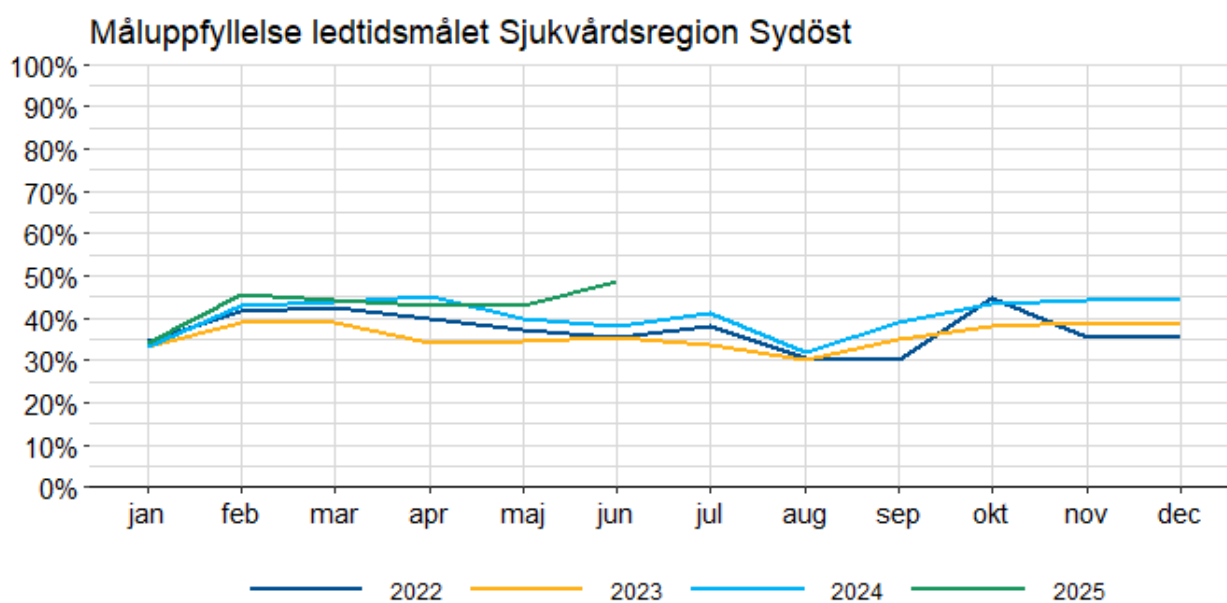
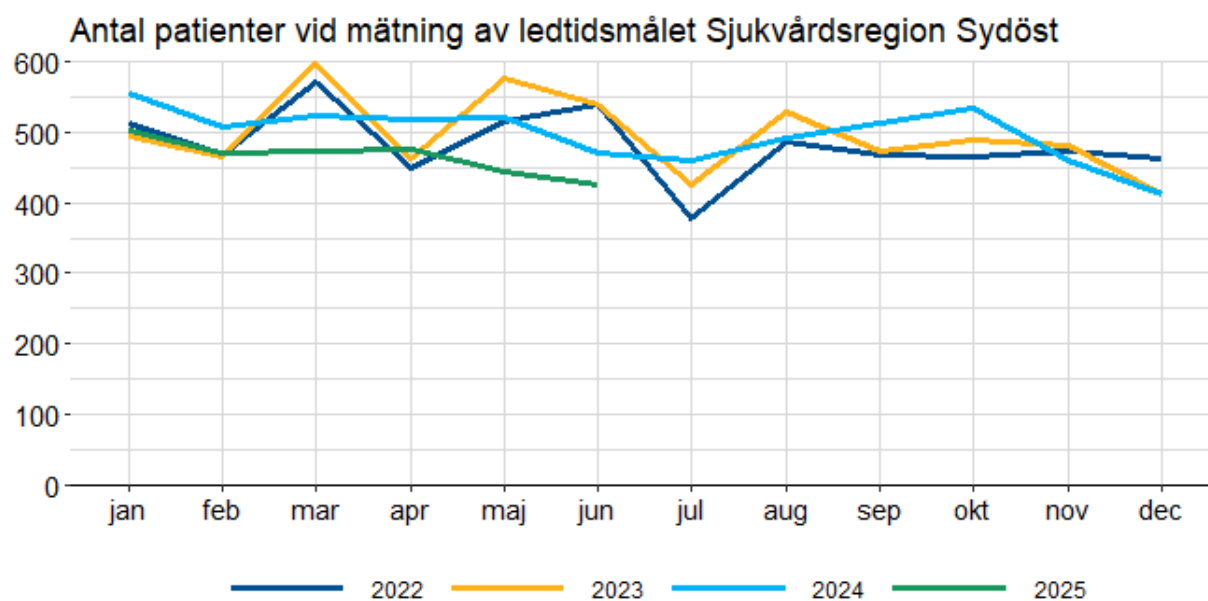
Målpuffyllelse av inklusionsmålet per diagnos i Östergötland

Sjukvårdsregion Sydöst, ledtidsmål



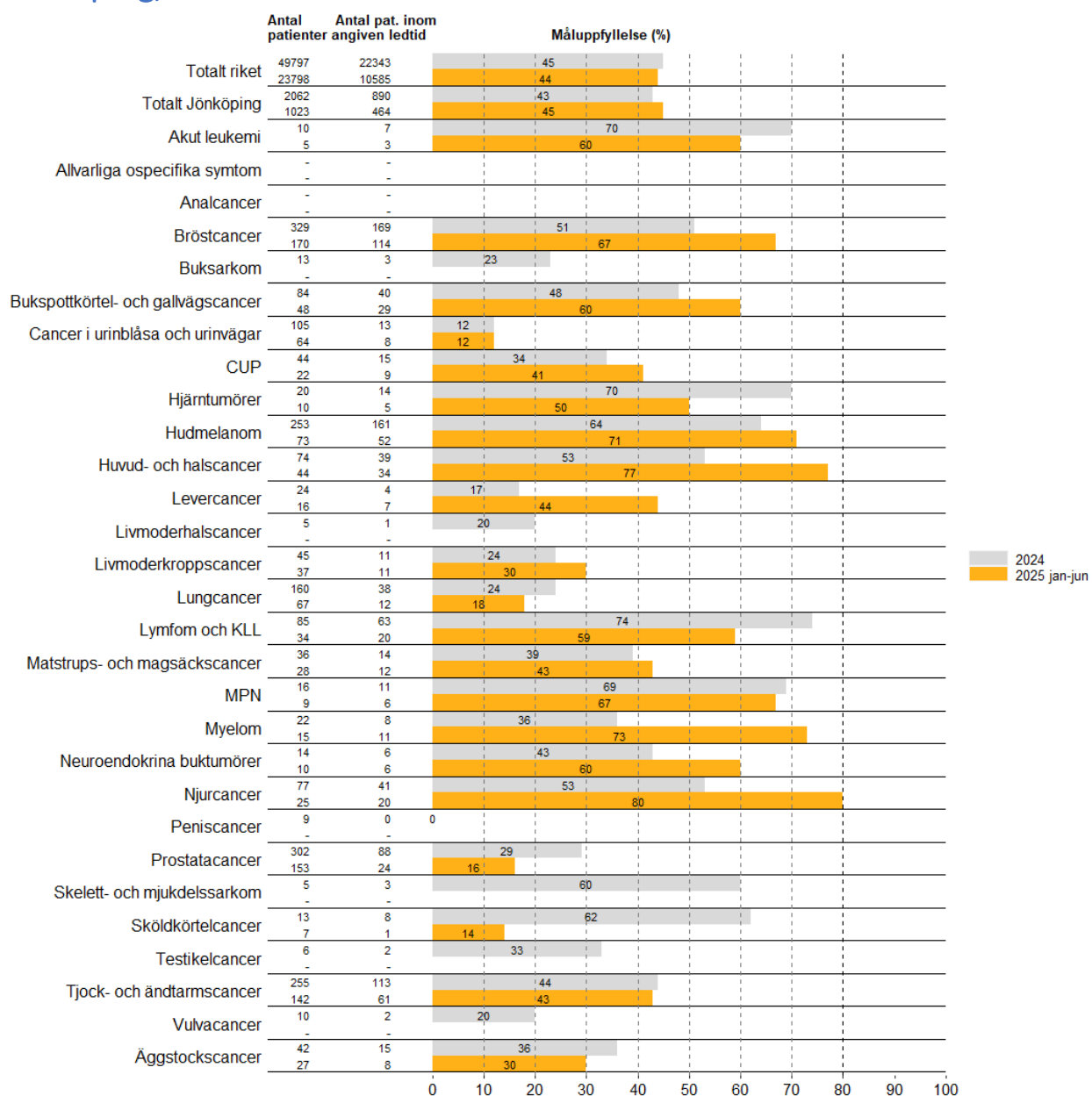
Måluppfyllelse av ledtidsmålet per diagnos i sjukvårdsregion Sydöst

Om en diagnos har färre än fem patienter som ingår i mätning av ledtidsmålet redovisas inget resultat. Dessa patienter ingår dock i totalerna.



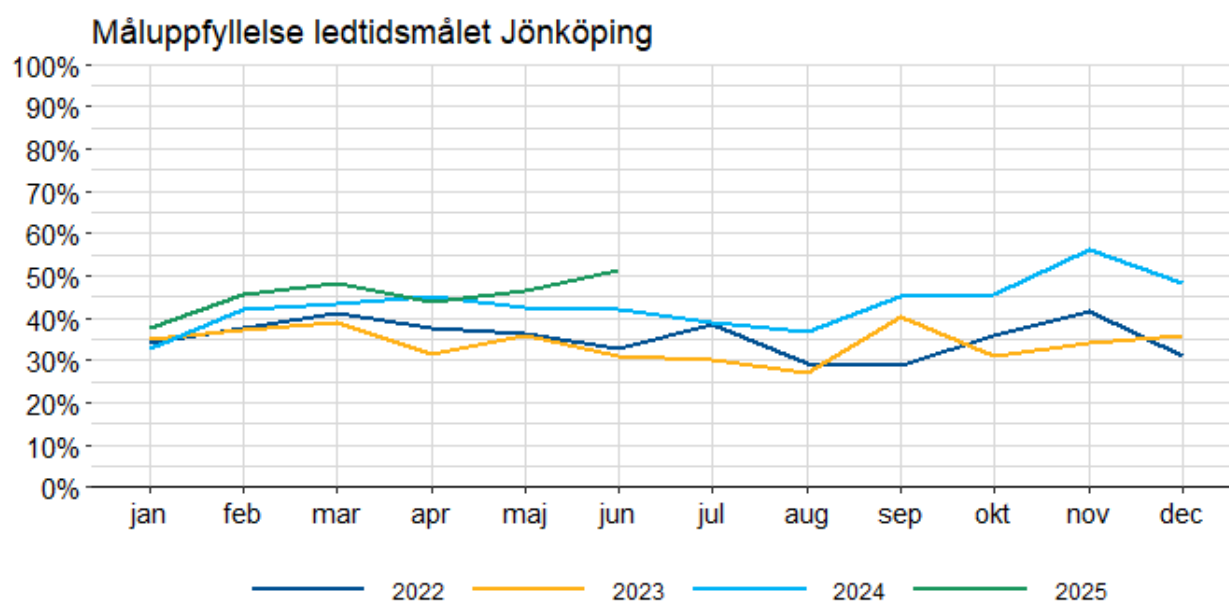
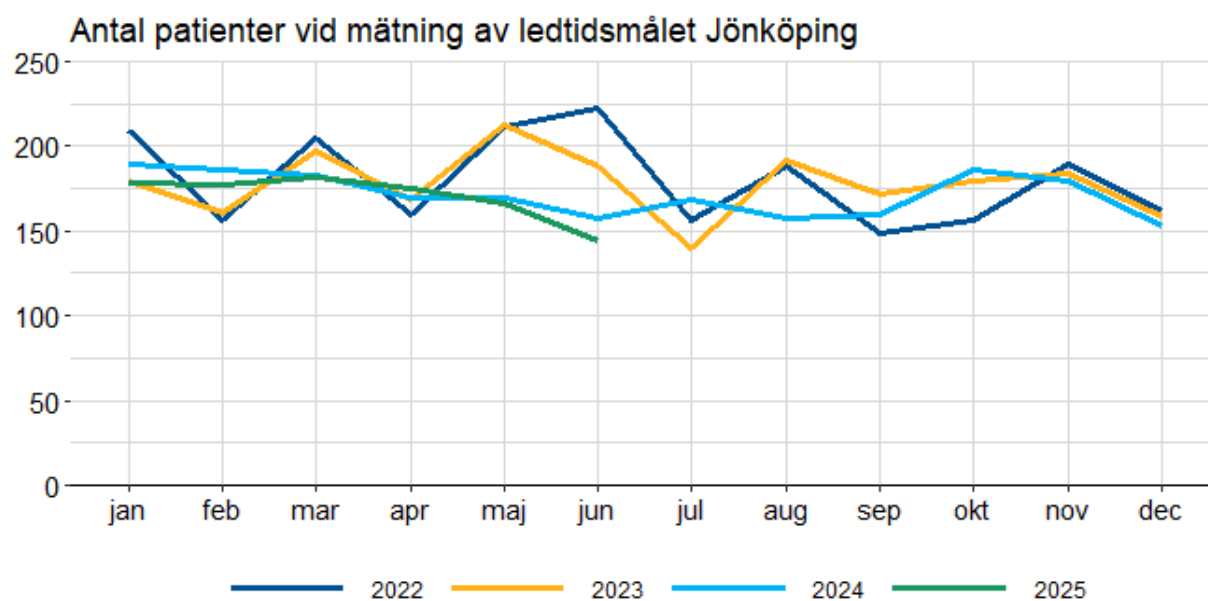
Antal patienter och måluppfyllelse per år och månad för ledtidsmålet

Jönköping, ledtidsmål



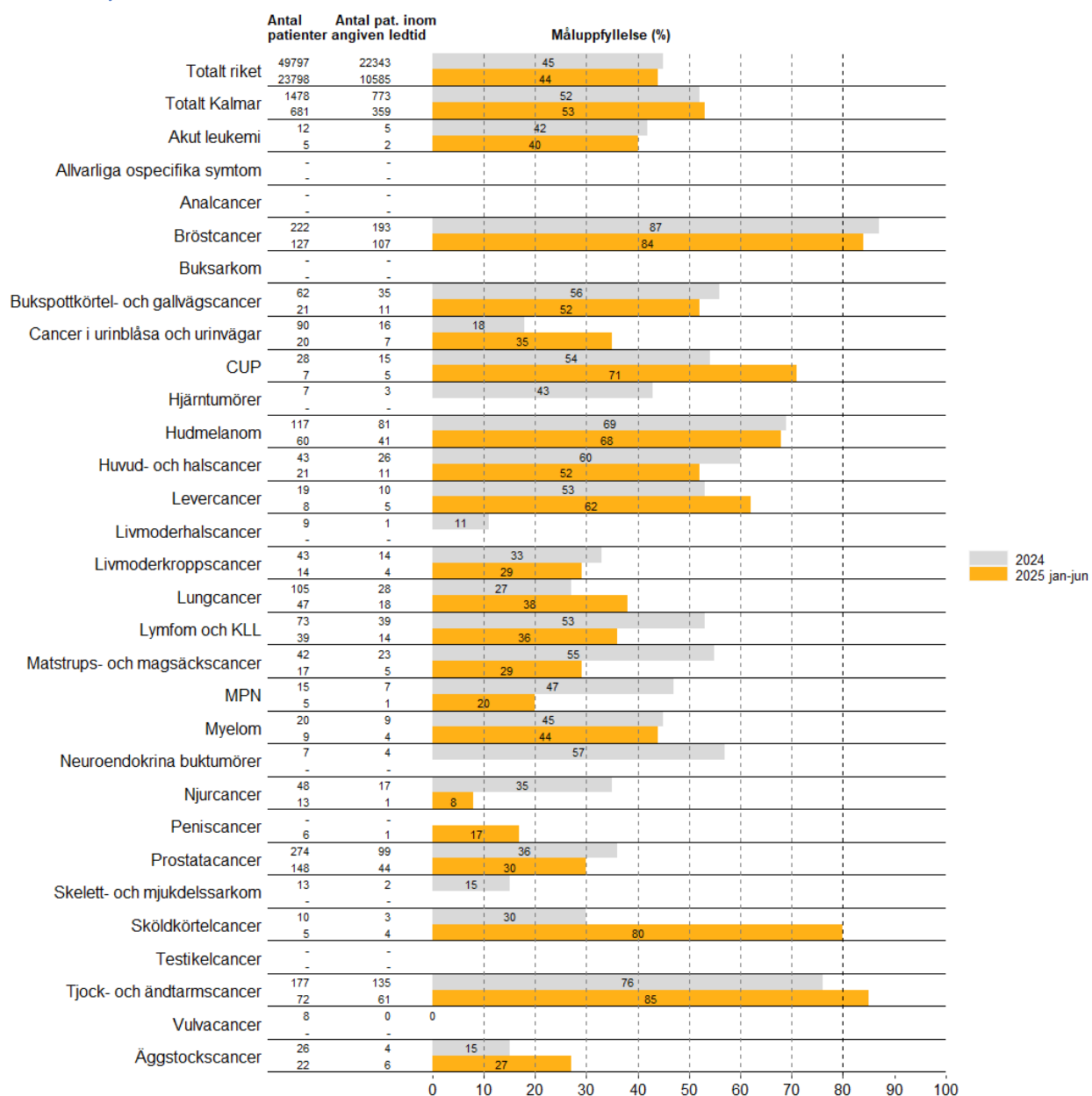
Måluppfyllelse av ledtidsmålet per diagnos i Jönköping

Om en diagnos har färre än fem patienter som ingår i mätning av ledtidsmålet redovisas inget resultat. Dessa patienter ingår dock i totalerna.



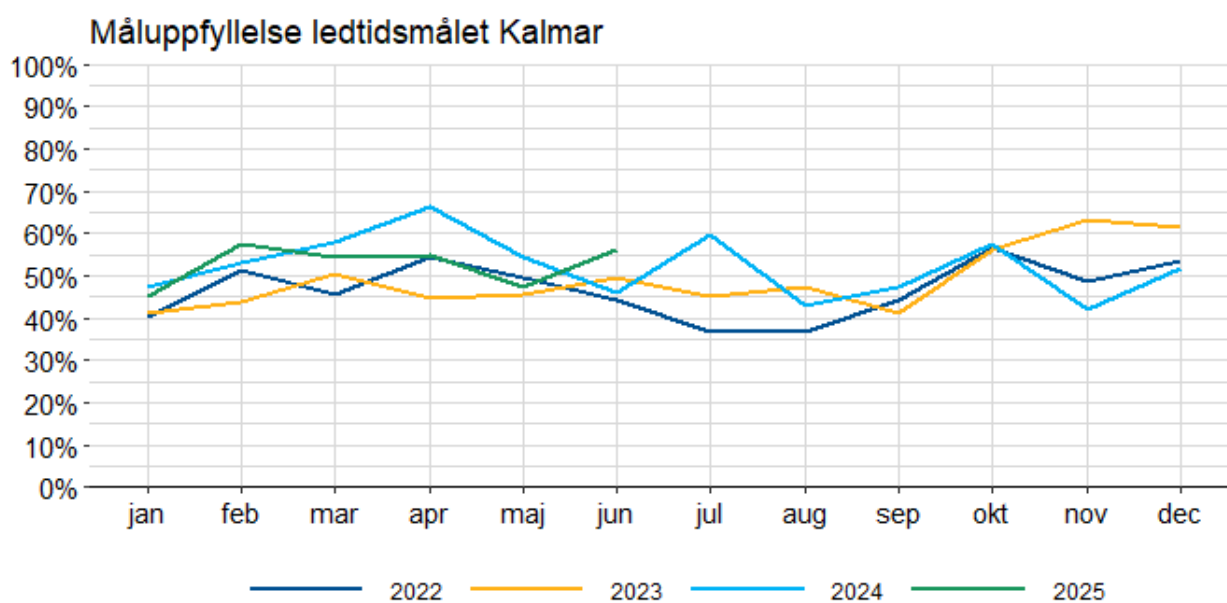
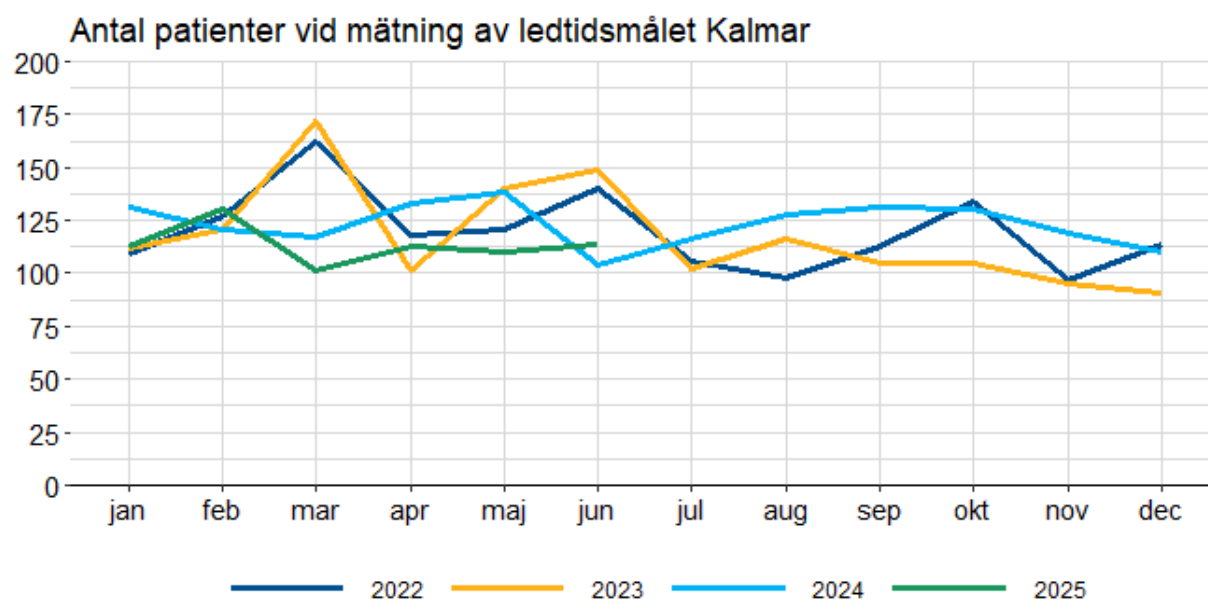
Antal patienter och måluppfyllelse per år och månad för ledtidsmålet

Kalmar, ledtidsmål



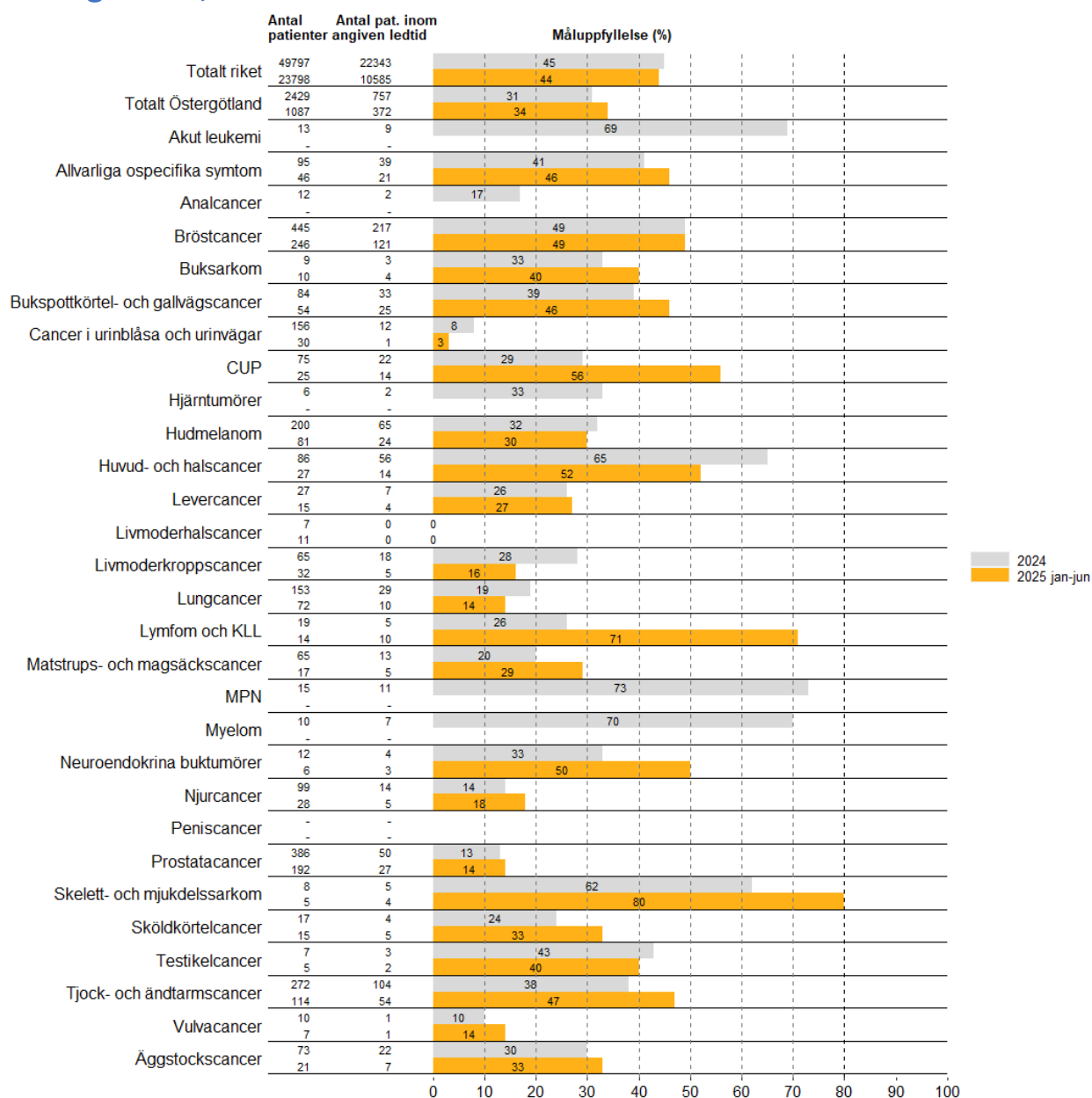
Måluppfyllelse av ledtidsmålet per diagnos i Kalmar

Om en diagnos har färre än fem patienter som ingår i mätning av ledtidsmålet redovisas inget resultat. Dessa patienter ingår dock i totalerna.



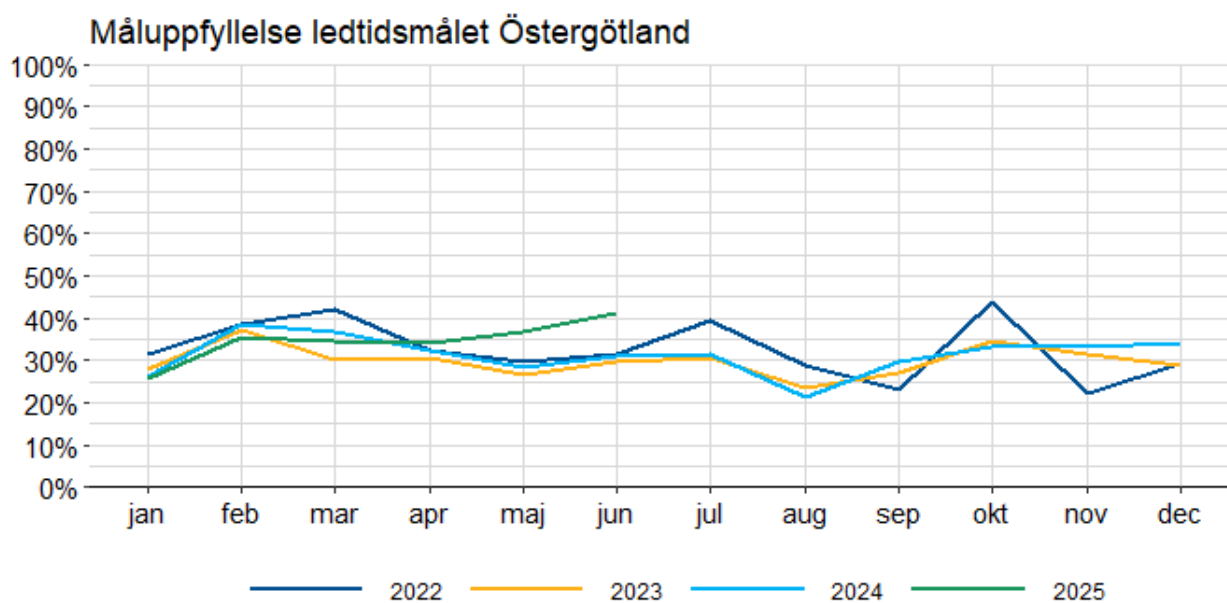
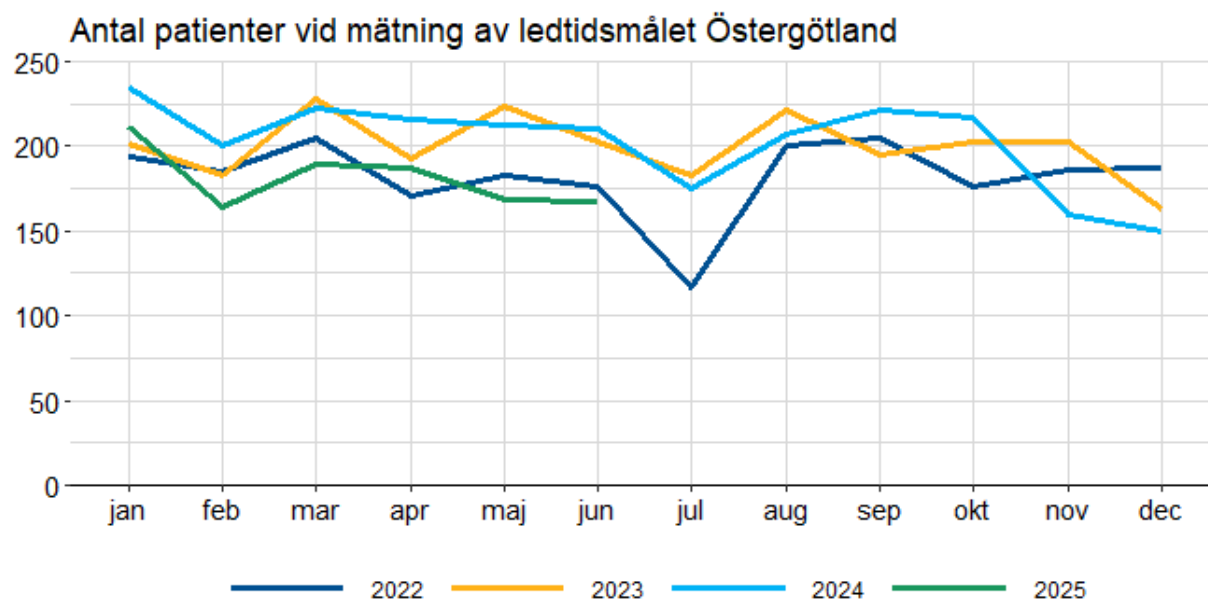
Antal patienter och måluppfyllelse per år och månad för ledtidsmålet

Östergötland, ledtidsmål



Målpåfyllelse av ledtidsmålet per diagnos i Östergötland

Om en diagnos har färre än fem patienter som ingår i mätning av ledtidsmålet redovisas inget resultat. Dessa patienter ingår dock i totalerna.



Antal patienter och måluppfyllelse per år och månad för ledtidsmålet