

Region Hallands 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-dokumentet.

Att nå inklusionsmålet under första halvåret 2025 är en förutsättning för att få del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen.

Uppfyllelsen av inklusionsmålet beräknas av RCC. Uttaget sker den 19 augusti och innehåller data för januari–juni 2025. Dataunderlaget skickas ut till regionerna i slutet av augusti. Socialstyrelsen kommer att få tillgång till samma data.

1. Organisation

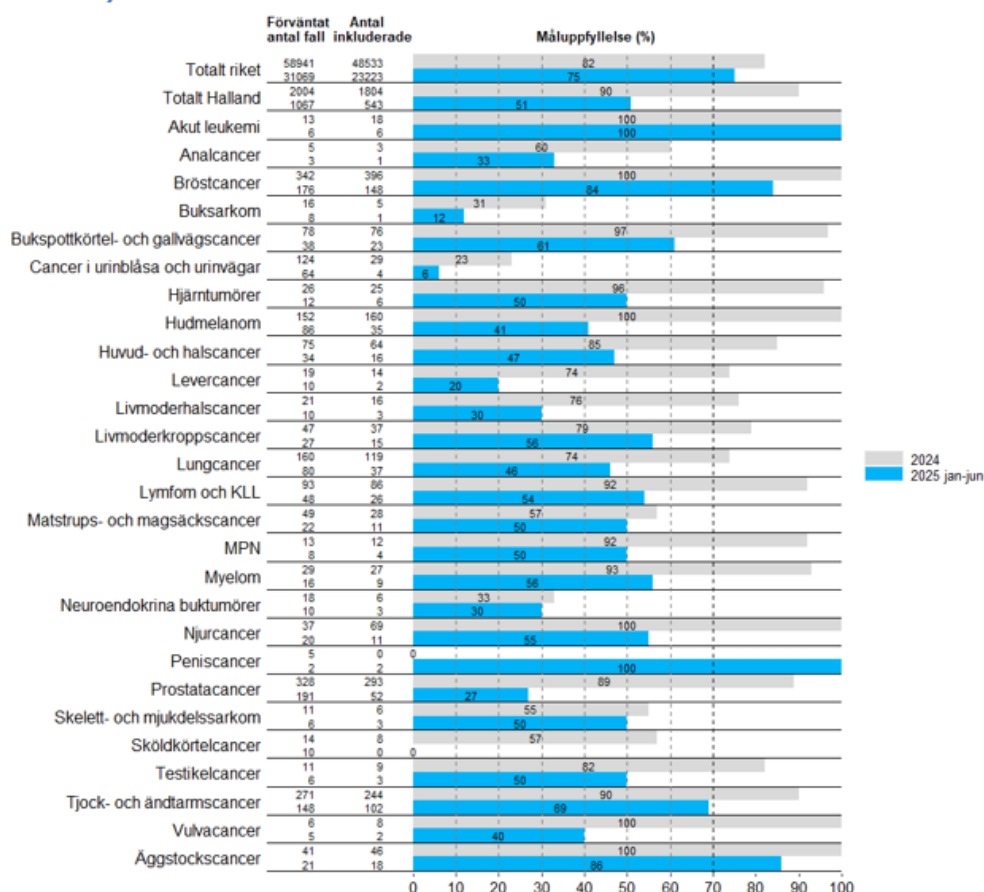
- Finns det utmaningar vad gäller sjukvårdsorganisationen i arbetet med SVF. Om ja, vilka (till exempel samarbete primärvård, diagnostik, andra vårdgivare)?

Det finns en etablerad struktur med regionövergripande riktlinjer och rutiner som uppdateras kontinuerligt när det föreligger behov av ökat tydliggörande kring vilken vårdnivå som är bäst lämpad att ha ansvar för vad. Denna ordning tillämpas i alla vårdprocesser för att skapa så goda förutsättningar för en vård som upplevs sammanhängande men utmaningar kvarstår t.ex. vid vårdövergångar till andra regioner. Bedömningen är att det finns en upparbetad och fungerande struktur för att arbeta agilt och iterativt för att lösa ut dem så bra som möjligt.

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.

Halland, inklusionsmål



- **Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 19 augusti)?**
- **Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?**
- **Redogör för orsakerna till att målet inte nås.**

Under 2024 inkluderades 90 procent av cancerpatienter i ett SVF i region Halland och för första halvåret 2025 är siffran 51 procent jämfört med rikets 82 procent för 2024 och 75 procent 2025. Region Halland uppfyller inte det nationella inklusionsmålet som är 70 procent. I flera SVF förlopp finns det ett minskat antal patienter som utretts inom SVF vilket inte speglar verkligheten. Utifrån den data från RCC framgår att det bara är fyra SVF bröstcancer, peniscancer, akut leukemi och äggstockscancer som uppnår inklusionsmål på 70 procent.

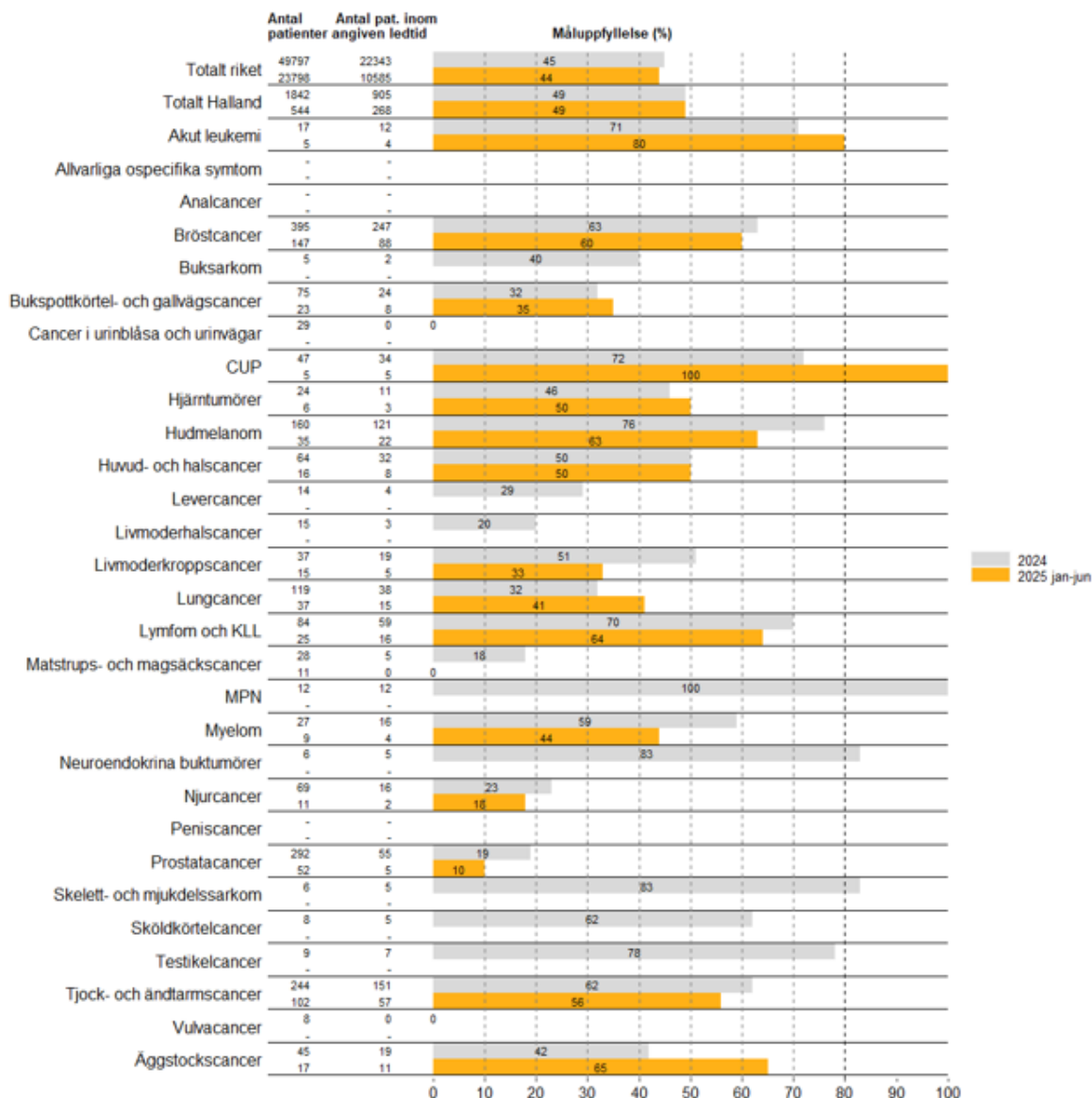
Det låga inklusionsmålet beror på att överföringen av SVF data till den nationella databasen inte har fungerat efter införandet av det nya journalsystemet Cosmic. Det gör att det saknas fullständiga data och går inte att dra några slutsatser hur många patienter som har inkluderats under första halvåret i SVF. Region Halland gör en bedömning att det är sannolikt att inklusionsmålet har uppnåtts då att det uppnåddes med bred marginal vid årsskiftet och SVF är ett prioriterat arbete.

En bidragande orsak till att data saknas är att det har varit en ökad administrativ börda för koordinatörer att manuellt överföra pågående SVF från tidigare journalsystem VAS till Cosmic. Arbete är inte slutfört på grund av bristande funktionalitet i systemet som ännu inte är åtgärdat och verksamheterna inte kan påverka situationen.

3. Ledtidsmålet

Målet är att 80 procent av de patienter som startat behandling inom ett SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumentationen.

Halland, ledtidsmål



- Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå ledtidsmålen? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.
- Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?
-

Under 2024 genomgick 49 procent av patienterna i Region Halland SVF inom ledtiden och under första halvåret 2025 ligger siffran oförändrat på 49 procent jämfört med rikets 45 procent 2024 och 44 procent 2025. Region Halland uppfyller inte det nationella ledtidsmålet på 80 procent. Region Halland anser att siffrorna för ledtidsmålen speglar införandet av ett nytt journalsystem som har en stor inverkan på regionens data.

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

Under 2024 och 2025 har förbättringar inom cancervårdområdet varit ett prioriterat mål från såväl regionfullmäktige som berörda sjukvårdsdriftnämnder. Det pågår ett arbete med att harmonisera arbetssätt mellan utbudsorter för att främja jämlik vård, frigöra kapacitet och minska tiden till rätt insatt behandling. Exempel är förändrade arbetssätt med optimerad planering för nyttjande av operationskapacitet där fler ingrepp flyttats ut från de stora operationsavdelningarna för att frigöra kapacitet där för exempelvis cancerkirurgi. Arbetssätt har också setts över med uppgiftsväxling för att nyckelfunktioner (t.ex. operationssjuksköterska) inte ska utgöra en kapacitetsbegränsning för tillgänglighet.

Därutöver pågår arbete med succesiv hemtagning av strålningsförberedande moment från universitetssjukhusen med förhoppning att patient ska kunna omhändertas enklare, snabbare och närmre. Framtagande av bättre väntetidsöversikter för att bättre kunna matcha tid till diagnostik och behandling – och införande av reserverade öppenvårdskontakttider för att omhänderta remisser och besök med kort varsel. Genomförande, dokumentation och samverkansform för multidisciplinära konferenser ses kontinuerligt över och inom Cancer vid okänd primärtumör-flödet har strukturen genomarbetats och tydliggjorts.

Ett pågående utvecklingsarbete handlar om att tydliggöra SVF-koordinatorernas uppdrag med fokus på uppföljning och att frigöra tid för arbete kopplat till SVF-processerna och få ännu effektivare och mer rätt kodning – vilket är en förutsättning för att kunna ha tillförlitliga data att agera på.

Tillsammans utgör dessa insatser viktiga steg mot en mer effektiv, jämlik och sammanhållen cancervård i Region Halland.

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

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.

- Se bifogad analys från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Region Hallands införande av journalsystemet Cosmic i mars 2025 har medfört betydande utmaningar i rapporteringen av SVF till väntetidsdatabasen Signe. De uppgifter som rapporterats efter mars månad bedöms som otillförlitliga. Vissa data överförs korrekt, medan andra förhindras av systemrelaterade fel och bristande konfiguration – orsaker som sällan kan hänföras till användarfel.

Region Halland är beroende av det gemensamma datalagret inom ramen för SUSSA-samarbetet, där flera regioner samverkar. Denna samverkan innebär att korrigerande åtgärder i datalagret

kan fördröjas, då flera aktörer är involverade i utveckling och beslut. Trots detta är samarbetet avgörande för att uppnå långsiktig kvalitet och effektivitet i datahanteringen, inte minst inom cancervårdens processer.

Det finns även en bristande förvaltningsstrukturen, särskilt avseende ansvar för uppföljning, teknisk konfiguration och etablering av rutiner. Detta har resulterat i att en gemensam regional rutin för identifiering, prioritering och åtgärdande av fel saknas. Vid driftsättning av Cosmic fanns heller inga etablerade regionala uppföljningsrapporter för SVF.

Ett strukturerat arbete pågår för att analysera och kvalitetssäkra utdata samt för att implementera reviderade rutiner för dokumentation och registrering. Syftet är att säkerställa en korrekt och enhetlig datadokumentation inom regionens verksamheter.

Inom Region Halland bedrivs nu ett intensivt arbete för att säkerställa att data är korrekt och att rapporteringen till SKR och Socialstyrelsen sker på ett tillförlitligt sätt. En särskild samverkansgrupp för myndighetsrapportering har etablerats i samarbete med SUSSA vårdstöd med uppdrag att analysera och kvalitetssäkra utdata.

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?**

Region Halland skickar ut och använder PREM-enkäten för de standardiserade vårdförloppen under 2025.

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

Det finns ett stort intresse för resultatet från PREM-enkäten, även om det måste understrykas att svarsfrekvens och totalantal i många förlopp inte möjliggör fullständig representativitet då vissa vårdprocesser har för få patienter för att resultatet ska kunna visas och därmed säkerställa anonymitet. Många kliniker och processägare använder så väl de kvantitativa som de kvalitativa resultaten för att förbättra bland annat delaktighet och emotionellt stöd, och dessa resultat används även i förbättringsarbeten och dialoger inom arbetsgrupper som bidrar i de olika cancerprocesser. Det förekommer även dialoger med patientföreningar.

6. Användning av SVF-medel under 2025

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

Huvudprincipen är att generella och riktade statsbidrag är en del av finansieringen för hälso- och sjukvården i Region Halland. I nämndernas budgetanslag är det inräknat medel för den verksamhetsutveckling som krävs för att uppnå regionens långsiktiga strategier. Detta omfattar

även finansiering för att uppfylla regeringens krav inom ramen för beslutade nationella överenskommelser.

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

Eftersom medlen redan ingår i förvaltningarnas budget är det upp till varje förvaltning att bedöma hur de bäst används för att utveckla verksamheten inom cancerområdet.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

Att kvalitetssäkring av SVF data behöver ske snabbt

Genomlysning av SVF urinblåsecancer behöver ske på nationell nivå

Intyg

På denna sida visas namnen på den eller de personer som har skrivit under dokumentet digitalt samt tidpunkten då underskriften gjordes. Komplet information om vem som har skrivit under finns i underskriftscertifikaten, som kan ses med hjälp av t ex Acrobat Reader. En digitalunderskrift är juridiskt lika giltig som en underskrift gjord med penna och papper. För mer information om digitala signaturer hos Inera, se www.inera.se

E-underskrifter

Detta dokument är underskrivet med en eller flera elektroniska underskrifter från Ineras Underskriftstjänst på uppdrag av nedanstående fysiska person eller personer