

Region Skånes 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)?*

Övergripande regionalt arbete med SVF är organiserat med regional cancersamordnare med stöd av lokala cancersmordnare i de fyra noderna i regionen, Sydväst Skånes universitetssjukhus/Landskrona sjukhus, Nordväst Helsingborgs lasarett/Ängelholms sjukhus, Sydost Trelleborg lasarett/Ystad sjukhus och Nordost centralsjukhuset i Kristianstad/Hässleholms sjukhus. Gemensamt konkretiserar vi nationella, sjukvårdsregionala och regionala uppdrag till målarbete som möter de lokala förutsättningarna. Stort fokus har legat på processarbetet inom de olika SVF på de olika sjukhusen där de lokala behoven och utmaningarna varierar mellan förlopp och sjukhus och över tid. Processmöten inom respektive SVF lokalt, där patienten är i centrum och samtliga professioner inom samtliga verksamheter inblandade i utredning och behandling, deltar för genomgång av aktuella utmaningar och åtgärd av de flaskhalsar som lokalt är möjliga att påverka. Den av RCC initierade genomlysningen av de förlopp som ligger längst från målledtid har varit gagnande för processarbetet i stort och vi uppfattar att verksamhetsrepresentanterna i de aktuella förloppen uppskattat det gemensamma arbetet. Samarbetet med primärvård fungerar väl men det finns fortsatt områden där mer riktade insatser krävs för t.ex. effektiv remisshantering med korrekt innehåll och kännedom om kriterier.

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.

Region Skåne klarar inklusionsmålet totalt, 76 procent.

De vårdförlopp som inte når upp till inklusionsmålet är **akut leukemi**, snabb process, utreds och får diagnos i princip samtidigt. **Buksarkom, Neuroendokrina buktumörer, Hjärntumörer och Skelett- och mjukdelssarkom** har få inkluderade patienter och utreds ofta för diffusa symptom som inte i första hand misstänks vara cancer, diagnosen blir ett fynd vid röntgen på annan frågeställning. **Bukspott- och gallgångscancer**, utreds också ofta med annan frågeställning, liksom **levercancer. Äggstockscancer, livmoderkroppscancer, Hudmelanom, Prostatacancer och Myelom** tangerar 70 procent.

3. Ledtidsmålet

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

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

Utmaningar och förutsättningar varierar inom och mellan SVF, mellan sjukhus och varierar över tid. Det kontinuerliga arbetet med att stödja verksamheternas processmöten ses därför som centralt, att regelbundet bjuda in de verksamheter som är involverade i patientens utredning och behandling, alla engagerade professioner och gemensamt hitta de aktuella utmaningarna för att påverka det som går att påverka.

Ledtiderna i SVF-förloppen revideras årligen och likaså vårdprogrammen för respektive diagnos. Revideringarna kan leda till förändring av befintliga rutiner som processteamerna behöver implementera regionalt som lokalt.

Det totala inflödet av SVF-remisser till regionen har ökat, och merparten av ökningen har gått till Sus, som nu tar emot 51 procent av alla remisser. Jämfört med 2018 har inflödet till Sus fördubblats.

Samtliga förvaltningar beskriver fortsatt långa ledtider till koloskopi vilket påverkar måluppfyllelse för tjock-och ändtarmscancer negativt. Detsamma gäller ledtid till start av behandling som sker inom Skånes universitetssjukhus (SUS) vilket kan innebära operation, strålbehandling och/eller cytostatikabehandling. Under perioden januari - juni fick endast 24 procent av patienterna strålbehandling och 25 procent cytostatikabehandling inom fastställda ledtider.

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

Måluppfyllelsen för respektive förlopp samt utvecklingen över tid ligger till grund för dialogmöten på alla ledningsnivåer. Den nedåtgående trenden har vänt och majoriteten av förloppen har en positiv utveckling med sjunkande antal dagar från välgrundad misstanke om cancersjukdom till start av behandling. Region Skånes ledtidsmål totalt är 36 procent jämfört med riket som i år har sjunkit något i måluppfyllelse, 44 procent. Särskilda insatser för lokalt processarbete genomförs kontinuerligt, arbetet med att minska ledtiderna är i fokus i alla delar av förvaltningarnas ledningsstrukturer och regelbunden återkoppling efterfrågas. Strukturerad genomlysning av de förlopp som ligger längst från ledtidsmålen har genomförts regionalt och arbetssättet med fokus på samarbetsmöjligheter införs som rutin med stöd av lokala cancersamordnare och RCC Syd. Således fortsätter utvecklingen av de standardiserade vårdförloppen med fokus på det lokala processarbetet och målsättning att uppnå det nationella målet att 80 procent av cancerpatienterna ska få vård inom fastställda ledtider. Det anordnas dialogmöte för ansvariga chefer och lokala patientprocessledare med fokus på processarbete och förbättrade ledtidsmål för SVF cancer. Syftet är att öka kunskapen i systematiskt processarbete, diskutera eventuella utmaningar samt inspirera med goda exempel och erfarenheter från team som lyckats förbättra måluppfyllelsen. Lokala cancersamordnare sammankallar regelbundet till cancerråd samt lokala nätverksträffar med kontaktsjuksköterskor och SVF-koordinatorer med syfte att stimulera och stödja arbetet i verksamheterna. Under året har arbetet med att kvalitetssäkra registrering inom cancervården fortsatt med både en regional

utbildningsdag samt upprepade lokala utbildningstillfällen med fokus på kodning av cancervård för samtliga SVF-koordinatorer.

Det förekommer att inkommande SVF-remsor inte uppfyller de specifika SVF kriterierna. Ett kontinuerligt samarbete med primärvården och AKO (Allmänläkarkonsult) fortgår med fokus på utbildning och följsamhet till remissrutiner

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

Enligt överenskommelsen 2025 mellan regering och Sveriges kommuner och regioner (SKR) ingår att varje region ska genomföra en kartläggning av fyra standardiserade vårdförlopp (SVF) med väntetid som är längre än 50 procent av den optimala ledtiden och beskriva vad som orsakar den långa ledtiden. Nationellt beslutades om att lungcancer och cancer i urinblåsa och urinvägar ska genomlysas av samtliga regioner. Region Skåne valde dessutom följande två förlopp: bukspottkörtelcancer och sköldkörtelcancer. Analyser genomfördes lokalt och regionalt med representanter från lokala processteam och cancersamordnare.

Cancersamordnarna sammanställde en gemensam rapport med orsaker och förbättringsförslag som skickades ut till processteam och ansvariga chefer. Uppföljningsmöten är inplanerade under hösten 2025.

I årets överenskommelse ska regionerna i utvalda SVF identifiera systematiska hinder som leder till att väntetiderna överskrider mer än 50% än den optimala ledtiden i SVF. Instruktion för arbetet har skickats ut separat.

- Se bilaga.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2025

- *Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?*

Under året har arbetet med att kvalitetssäkra registrering inom cancervården fortsatt med både en regional utbildningsdag samt upprepade lokala utbildningstillfällen med fokus på kodning av cancervård för samtliga SVF-koordinatorer. Kvalitetssäkring sker kontinuerligt och enligt en väl inarbetad rutin, till varje förvaltning är knuten en förvaltningsövergripande koordinator som i sin tjänst bistår med erfarenhet och tolkningsstöd till registreringsanvisningar. Denna funktion ansvarar också för att följa upp de registreringar som har dubletter, ej avslutats eller där ingång i förlopp varit avvikande.

Såväl koordinators som cancersamordnare utför rutinmässiga kontroller i de aktuella IT-systemen. Kontrollrapporter är dessutom framtagna för att underlätta arbetet. Centralt finns en regional koordinator som sammankallar cancersamordnare och förvaltningsövergripande koordinators för regelbunden återkoppling och uppdatering i de vårdhälsosystem som används. Här verkställs också ändringar vid förändringar i antalet ledtidsdagar. Under 2024 publicerades en Dashboard med snabbt tillgängliga ledtider och mål som uppdateras varje kvartal och är synliga på regional-, förvaltnings- och verksamhetsnivå.

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?*

Sammanställning redovisas vid cancersamordnarmöten och på dashboard som kvalitetsmått. Trubbigt instrument och svårt att återkoppla till mindre verksamheter.

6. Användning av SVF-medel under 2025

- *Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?*
- *I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planeras att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats.*

De medel som tillfaller Region Skåne fördelas enligt en nyckel baserad på antal startade SVF vid varje förvaltning efter avsatta medel regionalt för regional cancersamordnare (50 %) och regional SVF-koordinator (30 %). Medlen fördelas därefter i de olika förvaltningarna oavkortat till processteamet enligt eget system med finansiering centralt av lokala cancersamordnare av olika tjänstgöringsgrad. Medel används även till kompetenshöjande insatser inom cancervården.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

Den reviderade nationella cancerstrategin - Bättre Tillsammans- kommer sannolikt att innebära vissa förändringar i arbetssätt. Mycket har hänt sedan den tidigare versionen med

kunskapsstyrningssystem och avsiktsförklaringar avseende utmönstring av lågvärdevård. Det arbetssätt vi fokuserar på för SVF, lokalt fokus på processarbetet, kan vara en väg framåt för implementering av kunskapsstöd och ge än bättre möjlighet för patienten att få en tid i handen till nästa del av den resa ett symptom som utreds och sedermera kanske behandlas, innebär.