

Karin Dahlberg, Cancersamordnare
Enheten för kunskapsstyrning
Region Västmanland - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Epost: karin.rolfsdotter.dahlberg@regionvastmanland.se

Diarienummer Region Västmanland: HFS240251



**Region Västmanlands redovisning av arbetet med
standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen
Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024**

Inledning

Inlämning av redovisning

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 eller den myndighet som regeringen utser. RCC ska skicka in redovisningarna senast den 30 september 2024.

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 2024 är en förutsättning för att få del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen.

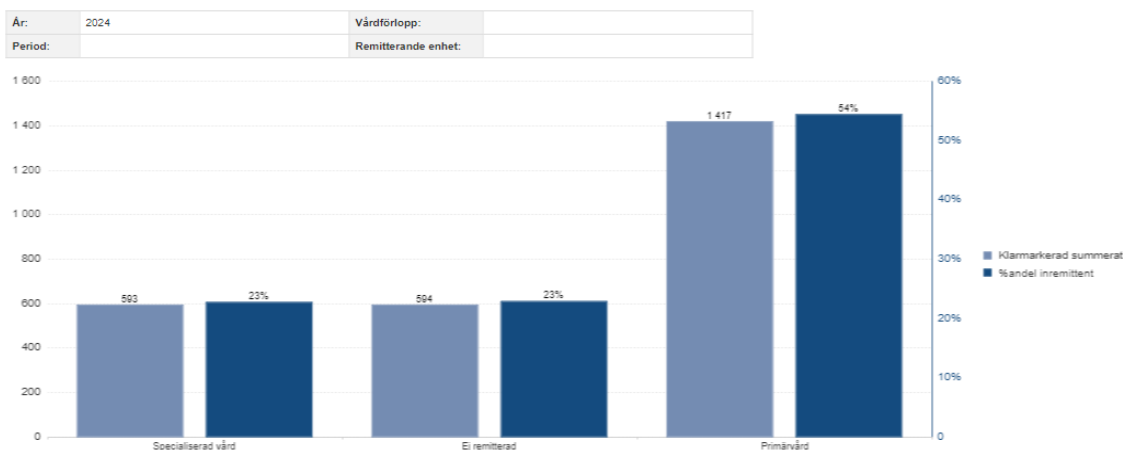
Uppfyllelsen av inklusionsmålet beräknas av RCC. Uttaget sker den 19 augusti och innehåller data för januari–juni 2024. Dataunderlaget skickas ut till regionerna i slutet av augusti. Socialstyrelsen kommer att få tillgång till samma data.

1. Organisation

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

Instruktioner och checklistor finns för kodning och remissvägar. Samarbetet mellan primärvård och slutenvård fungerar fortsatt väl. Arbetet drivs idag genom processteam för respektive SVF. För att underlätta registreringen av SVF-KVÅ-koder, Start välgrundad misstanke alternativt Start av misstanke, har remiss till specialistvård anpassats för remittenten. Remittenten behöver endast markera att patienten ska ingå i ett SVF. Utifrån markerat SVF registreras aktuell kod och datum per automatik i patientadministrativt systemet och inga extra åtgärder krävs. En utmaning som identifierats är då patienten inkommer via akutmottagningen på grund av symtom tillhörande SVF. Här remitteras oftast inte patienten någonstans utan omhändertas akut med eventuell inläggning i slutenvården. Patienten blir omhändertagen och utredd men koder enligt SVF registreras inte. Konsekvensen blir att dessa förlopp inte inkluderas i SVF. Region Västmanland har ingen signal i patientjournalssystemet som flaggar upp om det finns en pågående utredning enligt SVF eller om det pågår flera SVF-utredningar. En annan utmaning som identifierats är de remisser som finns för diagnostik (radiologiska undersökningar, cytologi och patologi) där markering ska ske av remittent om undersökningen ingår i en SVF-utredning för att skapa förutsättningar för mottagaren att prioritera. Om markering för SVF saknas sker prioritering enligt rutin och då riskerar ledtiden för SVF att blir längre än rekommenderat. Under första halvåret av 2024 remitterades 54% av alla SVF via primärvården (tabell 1). Det finns utdatarapporter där primärvården har möjlighet att följa utfallet för respektive SVF och vårdcentral samt vad SVF-utredningen resulterade i på en övergripande nivå. Liknande verksamhetsrapporter är framtagna även för specialistvården där bland annat ledtider för respektive start första behandling kan följas.

Region Västmanland har avtal med privata vårdgivare inom områdena hud, urologi, kvinnosjukdomar samt öron-näsa-halssjukdomar som utreder enligt SVF samt kodar och remitterar till specialistvården vid behov. Utmaningen blir även här kodningen och följsamheten till SVF. Registrerade koder i vårt gemensamma patientinformationssystem överförs till vår utdatamiljö, DUVA, där förloppen kan följas. Registrerade koder hos våra privata vårdgivare bevakas av medicinsk sekreterare inom slutenvården som ansvarar för aktuellt förlopp. Vid behov av en korrigerings av koder för den medicinska sekreterare dialog med berörda kliniken för aktuellt SVF och den privata vårdgivaren. En stor utmaning är att säkerställa och följa den registrerade kodningen samt spåra den oregistrerade kodningen över regiongränsen. Denna utmaning beskrivs utförligare under punkt 4, *Kvalitetssäkring av SVF-data under 2024*.



Tabell 1 Kommentar "Ej remitterad" innebär att SVF är startat på utredande enhet utan remiss

2. Inklusionsmålet

Målet är att 70 % 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, Region Västmanlands inklusion som helhet för perioden januari - juni 2024 är 91%.

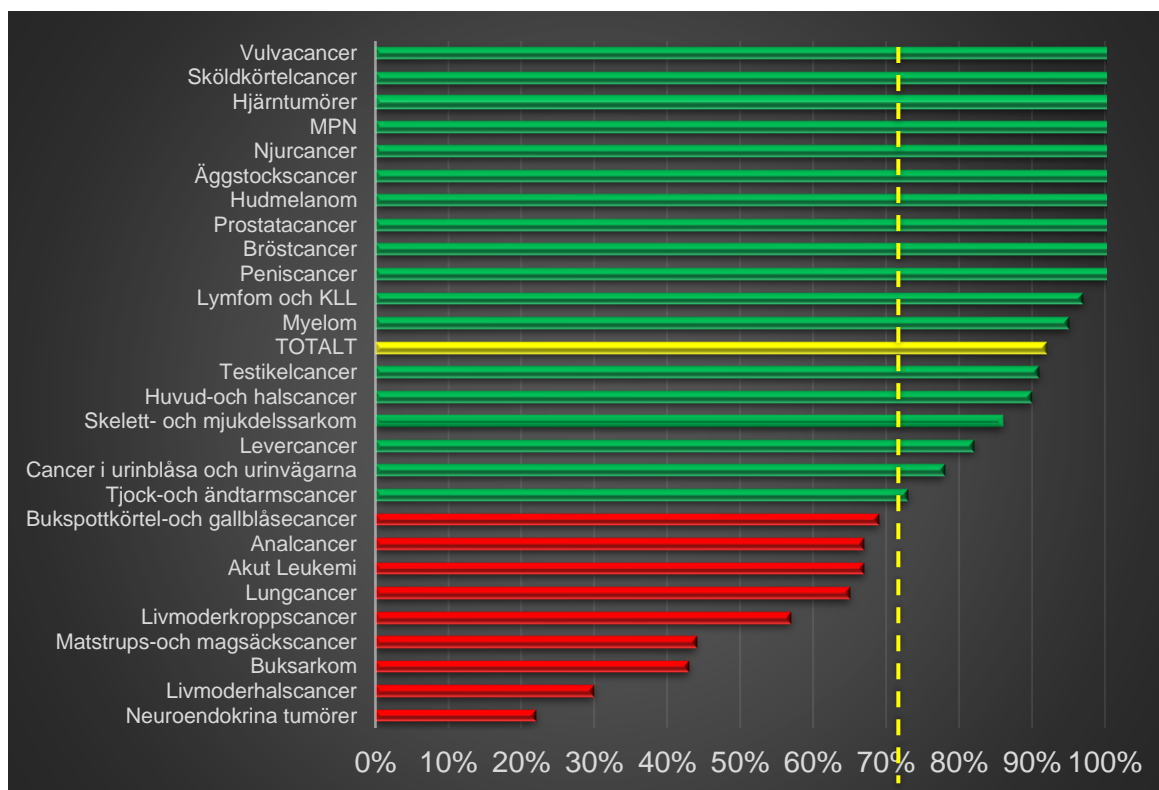


Diagram 1 Inklusionsmålet per diagnos, 70%

- Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?
 - Bukspottkörtel-och gallblåsecancer
 - Akut Leukemi
 - Analcancer
 - Lungcancer
 - Livmoderkroppscancer
 - Matstrupe-och magsäckscancer
 - Buksarkom
 - Livmoderhalscancer
 - Neuroendokrina tumörer

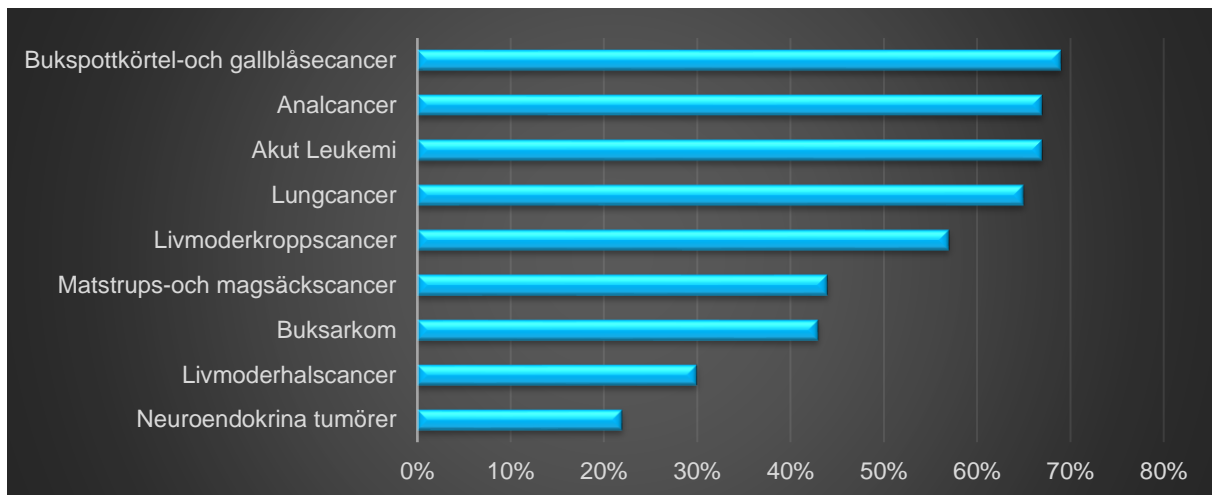


Diagram 2 Diagnoser som inte uppnått inklusionsmålet, 70% under perioden januari-juni 2024

- Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

SVF Bukspottkörtel- och Gallblåsecancer (69%) Enligt beräkningsunderlaget (2024-02-03, version 8.0) är inklusionsmålet för aktuell period 22,05 förlopp och regionen har inkluderat 22 förlopp som har avslutats med *start första behandling*. Vår bedömning är att vi har uppnått inklusionsmålet.

SVF Akut Leukemi (67%); Enligt beräkningsunderlaget (2024-02-03, version 8.0) är inklusionsmålet för aktuell period 4,2 förlopp och regionen har inkluderat 4 förlopp som har avslutats med *start första behandling*. Vår bedömning är att vi har uppnått inklusionsmålet.

SVF Analcancer (67%); Enligt beräkningsunderlaget (2024-02-03, version 8.0) är inklusionsmålet för aktuell period 2,1 förlopp och regionen har inkluderat 2 förlopp som har avslutats med *start första behandling*. Vår bedömning är att vi har uppnått inklusionsmålet. SVF Analcancer är en diagnos med få antal inkluderade i Region Västmanland vilket innebär att utfallet i inklusionskriteriet får stor betydelse.

SVF Lungcancer (65%); I detta förlopp finns en kodningsproblematik. Ett flertal förlopp har överflyttats till annan region för behandling men har inte kodats av mottagande region. Om dessa förlopp hade inkluderats hade SVF Lungcancer klarat inklusionsmålet. Detta kodningsproblem har funnit sedan tidigare. Problematiken har minskat men kräver manuell bevakning och justering. Cirka 30 förlopp har avslutats med koden *Andra medicinska skäl*, vilket innebär att läkaren bedömer att annan allvarlig sjukdom eller andra omständigheter behöver prioriteras alternativt patienten avlider. Dessa förlopp har avslutats innan diagnos och eventuell start första behandling. Det är således oklart om lungcancerdiagnos fanns och kännedom om eventuell planering för behandling utan att journalgranskning genomförs.

SVF Matstrupe-och magsäckscancer, (44%); Tre förlopp har avslutats innan start första behandling med koden för medicinska skäl och ytterligare ett förlopp avslutats med patientens val. Ett förlopp som utretts enligt SVF Matstrupe-och magsäckscancer och överflyttats till annan behandlande region under juni. Behandlande region kunde erbjuda behandling första dagarna i juli vilket innebär att detta förlopp inte är inkluderat i aktuellt uttag. Om dessa förlopp hade inkluderats hade inklusionen 70% klarats.

SVF Neuroendokrina tumörer, (22%) samt SVF Buksarkom inkl. gynekologiska sarkom, (28%); Dessa förlopp är diagnoser som är få till antalet i Region Västmanland vilket innebär att ett fåtal missade registrering av start- och stoppkoder får stor betydelse för utfallet i inklusionskriteriet. Vid samma mätperiod under föregående år uppfyllde Region Västmanland inklusionsmålet för SVF Neuroendokrina tumörer men inte för SVF Buksarkom. SVF Neuroendokrina buktumörer är en utmaning att koda rätt initialt. Förloppet registreras och utreds utifrån ett annat SVF och i samband med operation och PAD-svar upptäckts det att det var en neuroendokrin tumör. Dock kodas förloppet inte om. Detta innebär att utredning sker men inte inom SVF Neuroendokrina tumörer. Detsamma gäller för SVF Buksarkom inkl. gynekologiska sarkom. På kvinnokliniken har vid ett par tillfällen en utredning skett utifrån ett annat SVF men då det visat sig vara ett gynekologiskt sarkom har det tidigare förloppet avslutats men SVF Buksarkom inkl. gynekologiskt sarkom inte startat.

SVF Livmoderhalscancer, (30%); Antalet diagnostiserade Livmoderhalscancer är totalt fem under den aktuella mätperioden. Tre av dessa har kodats enligt SVF. Ytterligare ett förlopp har utretts enligt SVF Livmoderkroppscancer men inte kodats om när diagnostiken visade Livmoderhalscancer.

SVF Livmoderkroppscancer, (57%); Detta SVF har uppnått inklusionsmålet tidigare år men ett problemområde har identifierats gällande kodningen. Ett flertal har diagnostiserats med diagnosen Livmoderkroppscancer under första halvåret av 2024 men dessa har inte inkluderats och registrerats enligt SVF. Hade dessa registrerats med koden för aktuellt förlopp hade inklusionsmålet nåtts. Utifrån det identifierade problemområdet behövs insatser göras såsom utbildning och tydligare riktlinjer. Detta gäller även SVF Livmoderhalscancer.

3. Ledtidsmålet

Målet är att 80 % 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 ledtidsmålet? Till exempel diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat.

Utredningarna inom cancerområdet ökar blir mer avancerade och utvecklingen inom precisionsmedicin ökar vilket ställer höga krav inom området diagnostik såsom patologin och röntgen. Den diagnostiska processen, utredningsfasen och främst inom patologin upplever snäva ledtider inom ett flertal SVF. Det är en resursbrist på patologer, speciellt med specialistkunskap och biomedicinska analytiker (BMA) samt röntgensjuksköterskor som påverkar tiderna i negativ riktning och förlänger ledtiderna fram till *Start första behandling*. Det finns även resursbrist på operation gällande specialistsjuksköterskor inom operation och anestesi samt sjuksköterskor inom strålbehandlingen.

Inom radiologin finns det en brist på radiologer och röntgensjuksköterskor men denna brist förlänger inte ledtiden nämnvärt till start av första behandling. Röntgenkliniken klarar de rekommenderade undersöknings- och svarstider när det gäller SVF-förloppen generellt. Den stora utmaningen finns vid prioriteringar mellan SVF-förloppen och andra primärutredningar som behöver göras med hänsyn till vårdgaranti, vårdplatsbrist eller lidande hos patienter.

Kompletterande MR vid bröstcancerutredningar kan leda till efterföljande kompletterande biopsitagning i kvalitetssyfte och detta kan fördröja tiden till första behandling, men minskar betydligt risken för re-operation.

I många utredningar efterfrågas kompletterande undersökningar med PET-DT vilket ofta genererar längre ledtider. Region Västmanland har ingen egen PET-DT utan denna undersökning utförs i stället i Uppsala alternativt Örebro. En annan orsak till långa ledtider i de förlopp som är beroende av behandling i annan region är att den kommande behandlande regionen önskar nya alternativt kompletterande röntgenbilder eller annan kompletterande utredning inför ett behandlingsbeslut och operation. Idag är svarstider långa från Universitetssjukhus för NGS-analyser inom ett flertal ämnesområden. Det är inte ovanligt att svar dröjer mer än fyra veckor från att vävnad skickats för analys.

Vid den sjukvårdsregionala Multidisciplinär konferens (MDK) förekommer det att mottagande region upplever att remisserna inte är fullständiga. Bilder och undersökningar saknas eller är för gamla vilket innebär att underlaget är ofullständigt och behöver göras om, vilket kan öka ledtiden med minst en vecka.

Det har blivit tydligt, utifrån analyserna som gjordes på de valda SVF som redovisas i bilaga 1 att övervägande delen av förloppen inom respektive SVF som analyserats har hög ålder samt komorbiditet som påverkar utredningstakt och behandlingsförutsättningarna. Multi- och samsjuklighet har en betydande roll för förlängd ledtid. Utredning av fler än ett SVF samtidigt fanns vid ett flertal av de analyserade förloppen vilket också kräver en samplanering för att alla undersökningar och besök inom begränsade ledtider ska hinnas med.

Resultatet för Region Västmanlands gällande ledtidsmåttet för 2024, januari till och med juni är 38%. Dvs att 38 % av de förlopp som utretts enligt SVF och fått start första behandling med angiven ledtid, (inklusionen för Region Västmanland) har klarat de rekommenderade ledtiderna för aktuellt SVF. Jämförande siffra för helår 2023 var 40%. Antalet SVF som utretts och fått start första behandling under perioden för 2024 är 738 stycken, (genomsnittligt antal nya cancerpatienter enligt beräkningsunderlaget 806). Jämförande siffra för 2023 var 670 stycken (genomsnittligt antal nya cancerpatienter enligt beräkningsunderlaget 767). Detta innebär att 68 patienter fler har utretts och fått behandling enligt SVF under första halvåret 2024 jämfört med 2023. Drygt 14 förlopp fler klarade rekommenderad ledtid under aktuell tidsperiod, 2024. Det innebär också att fler patienter fick start första behandling inom rekommenderad ledtid än under 2023, trots att andelen var lägre. De patienter som påbörjat utredning men inte fullföljt utredning och med ev. efterföljande behandling är inte medräknade. Andelen där utredning lett till start första behandling med ledtid av det totala antalet SVF är i stort sett densamma för första halvåret 2024 som 2023, cirka 33%, den så kallade tratten.

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

Regionen ser över möjligheten att investera och planera för egen PET-CT.

Ett antal utvecklingsprojekt med investeringar har inletts inom bildiagnostik och patologi. Inom området patologi/molekylärdiagnostik är målet snabbare svar på molekylära analyser vilket

medför snabbare igångsättning av eventuell adjuvant behandling eller fortsatt utredning/operationsplanering och möjligheten att förkorta ledtider inom SVF. Inom bildiagnostik kommer en utökning av mammografilabb att ske samt skapa snabbare flöden gällande MRT för utredning vid prostatacancer.

Inom den diagnostiska processen har AI införts i en mindre skala för att underlätta vid den resursbrist som finns.

Dialoger och arbete gällande kompetensförsörjning och möjlighet till fler utbildningsplatsen inom svårrekryterade professioner förs på både sjukvårdregional nivå och nationell nivå.

I årets överenskommelse ska regionerna kartlägga och analysera vilka patienter som ligger längst från måluppfyllelsen och beskriva vad som orsakar väntetider som är mer än 75 % längre än den optimala ledtiden.

Ansvariga på RCC Mellansverige har i granskning av patienter som väntat 75% eller mer än förväntad ledtid i sitt vårdförlopp för Region Västmanland valt diagnoserna Njurcancer, Lungcancer, Hudmelanom och Bukspottkörtel- och gallblåsecancer med följande motivering;

- SVF Njurcancer har andelen förlopp som väntat mer än 75% än förväntad ledtid ökat från 25% till 38% samt de förlopp som fanns inom angiven ledtid 2022 har minskat från 56% till 38%.
- SVF Lungcancer har ungefär samma andel, som överskridit ledtiden 75% eller mer år 2022 (24%) och 2023 (27%). Detta är ett förlopp som hanteras över våra regiongränser.
- SVF Hudmelanom har inte förändrats något mellan åren. Cirka 20% har överskridit ledtiden 75% eller längre år 2022 (19%) och 2023 (17%) av det totala antalet som inkluderats i SVF Hudmelanom.
- SVF Bukspottkörtel- och gallblåsecancer har inte förändrats något mellan åren. Det är att samma andel, drygt 32% som överskrider ledtiden 75% eller mer, år 2022 (32%) och 2023 (33%) av det totala antalet som inkluderats. Även detta är ett förlopp som hanteras över våra regiongränser.

Bifogar analysen från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen (bilaga 1).

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2024

- Hur arbetar regionen med kvalitetssäkring av data?

Region Västmanland har utsedda SVF -koordinatorer, medicinska sekreterare som ansvarar för tilldelade SVF inom sitt diagnosområde. SVF-koordinatorer har till sin uppgift att kvalitetssäkra koder för de aktuella förloppen kontinuerligt och säkra korrekta ledtider samt uppföljning enligt framtagna riktlinje som finns i Region Västmanlands kvalitetsledningssystem. Introduktion av nya kodningsansvariga medicinska sekreterare sker vid behov och regelbundna nätverksträffar hålls varje termin kring kodning och uppföljning tillsammans med SVF-samordnaren.

Överrensstämelsen i Region Västmanlands utdatasystem Duva och den nationella databasen Signe är god när start och stoppkod finns i egen region. Utmaningen är att kvalitetssäkra när stoppkoder ska registreras av annan region. När patienter behandlas utanför egen region är regionen beroende av en ömsesidig kommunikation som är tydlig

och att kodsättningen sker korrekt. Det pågår en dialog för att säkra upp registrering av koder mellan berörda verksamheter inom respektive region, främst Region Uppsala, Region Stockholm samt Region Östergötland. Bortfallet av överflyttningskod/mottagningskod och läns-koder är en stor bidragande del till att inklusionsmålet inte blir uppfyllt i de aktuella SVF. Det finns en medvetenhet att underregistrering av SVF-KVÅ koder sker, dvs patienter utreds, får diagnos och startar behandling men registreras inte med SVF KVÅ kod.

De SVF som är mindre till diagnosantal blir mer hanterbart att kvalitetssäkra när utdata inte stämmer med SIGNE-databasen. I de SVF med större volymer, fler antal överflyttningar eller privata vårdgivare krävs ett mer omfattande arbete med att jämföra och kvalitetssäkra rapporterade SVF-koder. Utmaningen är att kunna följa olika SVF eftersom personidentifikation i förloppen är bristfällig. Jämförelse av befintliga data, som finns i regionens utdata och den nationella databasen Signe, sker en gång per månad av utsedd person för kvalitetssäkring av data. När data inte stämmer tas kontakt med SVF koordinators för aktuellt förlopp för att eventuellt korrigera egna utdata och därefter tas kontakt med mottagande region för att komplettera eller korrigera koder. Detta arbete är tidskrävande och ibland svårnavigerat då tolkningarna av SVF-reglementet går isär mellan regionerna. Kvalitetssäkringen av SVF-koder är enklare att utföra i egen sjukvårdsregion, där samarbetet är närmare. Det arbete som påbörjats med Uppsala akademiska sjukhus som beskrivs utförligare under punkt 1 kommer att fortsätta. Detta arbete har lett fram till kortare och enklare vägar gällande korrigering och komplettering av koder. När det gäller koder utanför egen sjukvårdsregion är det en större utmaning. Region Västmanland har sökt kontakt med mottagande regioner för att rätta till de problem som upptäckts med större eller mindre framgång.

5. PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures)

Ett villkor för medelstillelning 2024 är att regionerna använder PREM-enkäten i sin uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

- Har regionen skickat och använt PREM-enkäter för SVF 2024?

Ja

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

Region Västmanland har fortsatt att analysera PREM enkäten på övergripande sjukvårdsnivå och respektive verksamhetsområde analyserar sin del. Analysering av resultaten och diskussioner förs i det som tidigare var cancer-rådet numera LPO-cancersjukdomar i Västmanland. Patient-och närstående rådet har tagit del av enkätresultatet och gemensamma diskussioner förs. Enkät svar har sammanställts och analyserats av regionens samordnare för NPE (Nationell patientenkät) och SVF. Resultaten har sedan återkopplats till regionens förvaltningar och diagnosspecifika processgrupper. Vid analys av resultat noteras att utformandet av enkäten och svårigheten att på ett enkelt sätt få ut data på enhetsnivå gör att det inte går att dra några säkra slutsatser. Speciellt tydligt blir det för primärvården där det rör sig om enstaka patienter per vårdcentral. Vid de diagnosspecifika processmötena presenteras resultat från NPE tillsammans med de öppna svaren. Det finns en framtagen checklista, i regionens

ledningssystem, gällande underlag för handlingsplan och förbättringsområde utifrån nationell patientenkät. Ett hjälpmedel som verksamheterna kan använda sig av för att systematiskt arbeta med ständiga förbättringar för att patientens upplevelse ska bli bättre. De öppna svaren som återfinns i NPE i den inloggade vyn är uppskattade men upplevs som svåråtkomliga.

I nuläget har Region Västmanland i stort sett likartade resultat som riket generellt.

6. Särskilda insatser för SVF inom urologi

Vilka insatser planeras eller har genomförts i regionen för att förbättra tillgängligheten för patienter inom urologi? Vilka effekter har uppnåtts?

Urologkliniken har under 2023 och fram till Q1 2024 gjort följande insatser för att förbättra tillgängligheten.

- Startat upp dagvårdspplatser för de patienter som behöver vård såsom blodtransfusion, parenteral antibiotikabehandling samt spolning av urinkateter vid kateterstopp men inte kräver inläggning.
- Startat upp mottagning som bemannas av undersköterskor 2 dagar i veckan, plan finns för utökning av verksamheten med ytterligare en dag/vecka under hösten 2024. På mottagningen utförs avveckling av urinkateter, byte av urinkateter i de fall då primärvården inte har möjlighet samt omläggning av nefrostomi och spolning. Genom detta nya arbetssätt frigörs tid till sjuksköterskorna som i stället kan erbjuda utrymme för fler installationsbehandlingar med BCG samt Mytomycinbehandling.
- Uroterapeuten/ sjuksköterskemottagningen erbjuder smärtbehandling.
- För ett lugnare flöde på mottagningen ska PAD besked varvas med transperianalabiopsier vilka sedan tidigare utökats på mottagningen.
- Fler urologer ska utbildas i tekniken gällande transperianalabiopsier under hösten 2024.
- Lustgas finns nu på Urologmottagningen för patienter som är oroliga/spända inför urologiska undersökningar J-stentdragningar, mindre operationer, botox behandlingar m.m.

Kommande satsningar

- Ny ESVL maskin ska köpas in 2025. Möjligheten att använda den för J-stentbyten ska ses över 2025 Q3.
- TULA laser apparat ska provas och sedan utvärderas på mottagningen under Q4 2024, denna används för mindre förändringar i blåsan. Operationskön är lång och detta skulle underlätta och snabba på flödet för patienterna med urinblåsebesvär.
- Patologen har svårt att hinna med prostatabiopsier, långa svarstider. Dialog med Inify gällande att använda dem för prostatabiopsier. Trolig start Q3. Svarstiderna på prostatabiopsier kommer då att förbättras och patienterna kan få besked fort och behandlingen kan starta.

- Kliniken är, med start Q3 2024, med och provar Spacer, ett medel som man sprutar in mellan prostatan och tarmen för att förhindra att patienterna får strålningsskador på ändtarmen.
Medlet läggs in i samband med guldinstallationen och leder därmed inte till några ytterligare besök. Spacer medlet absorberas av kroppen och försvinner efter 3–6 månader.
- Ombyggnation för ytterligare ett cystoskopirum för att täcka behovet att öka cystoskopier, operationer, Rezum-behandling samt guldinsättningar. Kliniken står på väntelista för ombyggnation utifrån Regionens ekonomiska läge. Förhoppningsvis kan detta göras under 2025.

Punktinsatser

Tillgängligheten till mottagningen har hitintills för nybesök 2024 varit bra runt, 90–95%. Väntetid till operation är lång på grund av tillgången på operationssalar på grund av resursbrist. Till hösten kommer eventuellt ett klinikeget operationslag att bemanna en operationssal 1 dag/vecka givet förutsättningarna från operationskliniken.

Urologkliniken har med eget klinikeget operationslag vid ett antal tillfällen skapat operationstillfällen för de med benigna urologiska åkommor som väntat länge på åtgärd. Extra mottagningstider på lördagar har skapats med tre urologer per tillfälle under våren. Samma satsning planeras att göras under vårterminen.

Det finns även en privat aktör som har varit behjälplig med olika urologiska behandlingar och undersökningar.

7. Användning av SVF-medel under 2024

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

Grundprincipen vid fördelningen SVF-medlen är och har varit att det ska komma medborgaren som utreds och behandlas för cancer i region Västmanland till nytta och stärka patientperspektivet i cancervården med patientfokus och sammanhållna vårdkedjor. Fokus på fördelningen har varit att säkerställa tillgången på kontaktsjuksköterskor samt att säkerställa att patienter inte remitteras fram och tillbaka genom att skapa Diagnostiskt centrum (DC).

- I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2024? Ge exempel på insatser som har stöttats.

Satsningen kommer även under 2024 i huvudsak riktats som finansiellt stöd enligt beskrivna principer ovan till anställning samt utbildning för kontaktsjuksköterskor. Satsningen på Diagnostiskt centrum (DC) där SVF CUP, Cancer utan känd primär tumör, SVF AOS, Allvarliga ospecifika symtom samt Lymfom nedanom nyckelbenet har fortsatt. För att fortsätta den gynnsamma utvecklingen och säkerställa kontinuitet för kontaktsjuksköterskorna har medlen fördelats som föregående år

8. Fortsatt nationellt arbete med SVF

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

I de diskussioner som förts i samband med journalgranskningen av de utvalde förloppen är utmaningen att balansera de medicinska besluten gällande utredning enligt SVF och utredning utanför SVF. Ett flertal av de förlopp som analyserats har hög ålder samt komorbiditet som påverkar utredningstakt och behandlingsförutsättningarna. En utredning av eventuell cancerdiagnos kan ske utanför SVF, utredningen ska inte vara annorlunda men behöver inte ske enligt rekommenderade tider som i många fall är krävande och inte sällan utförs diagnostik och behandling utanför regionen.

För att arbetet gällande SVF ska flyta enklare och det ska vara enkelt att göra rätt behövs en enklare gemensam informations- och kodningsöverföring sjukvårdsregional men även utifrån den nivåstrukturering som gäller.

Det är administrativt belastande att säkerställa rätt SVF-data. Dels att kvalitetssäkra SVF-data som ska rapporteras till Signe-databasen för att därefter identifiera vilka koder för respektive förlopp som fattas eller inte är korrekta i Signe-databasen. Det största problemet med Signe-databasen är att den inte har tillgång till patientdata.

REGION VÄSTMANLAND

Lars Almroth

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Kontaktperson: **Emelie Condén Mellgren**

Verksamhetschef Enheten för kunskapsstyrning

Leg. Sjuksköterska, Medicine doktor

Telefon 021-174561 | **Mobil** 070-6695406

Epost emelie.conden.mellgren@regionvastmanland.se