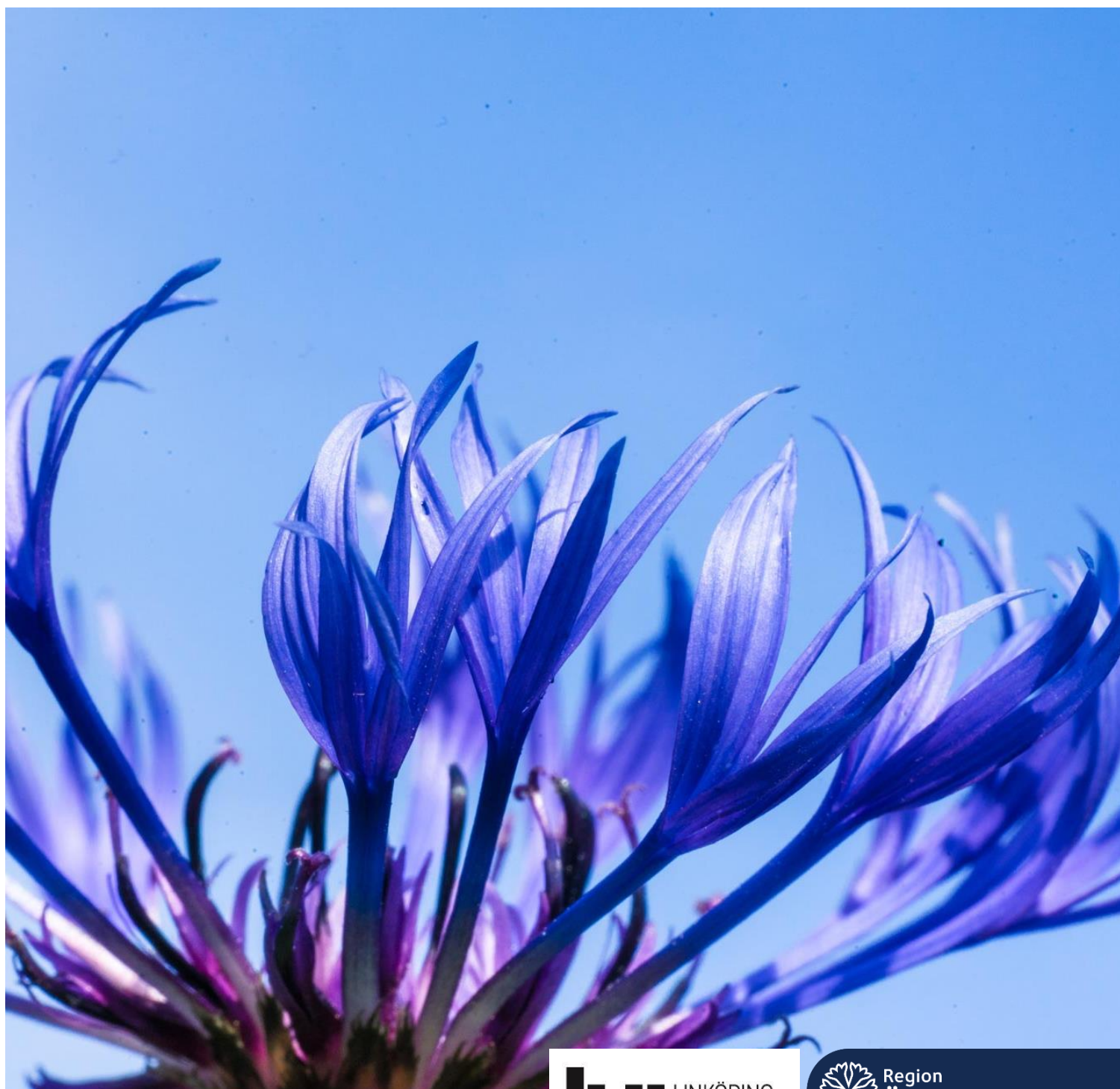


Linköping Comprehensive Cancer Center

– årsrapport 2024



Innehåll

Introduktion från ordförande	2
Om Linköping Comprehensive Cancer Center	3
Linköping Comprehensive Cancer Center	6
LCCC strategiskt ledningsråd	8
LCCC Stab	9
LCCC akademiska forskningsråd	10
Internationella och nationella samarbeten	11
Vårdproduktion och tillgänglighet	13
Verksamheter inom LCCC	17
Processarbete i urval	25
Patient- och omvårdnadsmått	32
Patientperspektivet i fokus	42
Beskrivning av cancerforskning	42

Introduktion från ordförande

Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC) har gjort en imponerande resa under 2024.

Under året har vi genomfört ett platsbesök för OECl-ackreditering och fortsatt att bygga en stabil grund för LCCCs organisation och struktur. Vi har tillsatt processledare och etablerat ett framgångsrikt arbete kring cancerprocesser inom ett 20-tal vårdförlopp. Dessutom har vi uppdaterat och implementerat OECl:s förbättringsplan, där hela LCCC:s verksamhet har varit delaktig i att arbeta mot dessa mål.

Region Östergötland och Linköpings universitet levererar i många delar cancervård och forskning i världsklass. Tillsammans med Sydöstra sjukvårdsregionen, nationella och internationella forskningssamarbeten samt flera industripartners arbetar vi för att säkerställa goda medicinska resultat och göra en verklig skillnad för cancerpatienter.

Under 2024 har arbetet med att utveckla cancerområdet och slutföra ackrediteringen fortgått. Jag vill rikta ett särskilt tack till alla medarbetare som har stöttat och medverkat i utvecklingen av cancerområdet och ackrediteringsprocessen. Jag är fullt medveten om att det har varit en utmaning att avsätta tid för detta arbete, särskilt i en tid präglad av ekonomiska svårigheter, personalomsättning och varsel.

Nu är vi i mål med ackrediteringen och kan blicka framåt. Stort tack för att ni har tagit oss hit!

Denna årsrapport ger även en inblick i hur LCCC är organiserat och hur verksamheten har utvecklats under 2024. Trots utmaningar inom kompetensförsörjning och ekonomi under de senaste åren har vårdpersonal fortsatt att leverera vård av hög kvalitet. Dessutom har både Region Östergötland och Linköpings universitet fortsatt sitt engagemang i världsledande forskning och initierat många givande samarbeten. Under slutet av året kom utkastet till en ny nationell cancerstrategi som LCCC välkomnar och kommer aktivt implementera i fortsatta arbetet.

Huvudsyftet med LCCC är att leda och samordna cancervård, cancerforskning och utbildning för att öka effektiviteten och genomslagskraften. Genom ett ännu närmare samarbete strävar vi efter att steg för steg minska cancerbördan – alltid med patienten i centrum.

Jag är övertygad om att den resa vi gör tillsammans i LCCC kommer att fortsätta leda till förbättrad cancervård, utbildning, forskning – och inte minst ett stärkt patientinflytande!

Om Linköping Comprehensive Cancer Center

Bakgrund

Under de senaste två åren har Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC) arbetat intensivt med ackrediteringen av vårt cancercenter, vilket under våren 2024 resulterade i ett platsbesök av Organisation of European Cancer Institutes (OEI). Cirka 200 personer från olika delar av verksamheten deltog och bidrog till ett mycket lyckat besök. Som ett resultat av detta blev LCCC under sommaren 2024 formellt ackrediterat som ett Comprehensive Cancer Center enligt OEI:s standard. Ackrediteringen innebär ett långsiktigt åtagande för kontinuerlig förbättring och en strävan att ligga i framkant inom cancervård i Europa.

Under 2024 har vi arbetat målmedvetet för att nå våra strategiska mål, vilka beskrivs mer i detalj här:

[Linköping Comprehensive Cancer Center – Strategiska mål](#)

I denna årsrapport redovisas framsteg inom ett urval av våra verksamheter och processer, samt inom områdena omvårdnad och forskning. Parallellt har vi också fokuserat på att lägga grunden för ett ledningssystem för LCCC, utveckla strukturer för kvalitetsuppföljning samt skapa och vidareutveckla digitala dashboards som stöd i det systematiska förbättringsarbetet.

Linköping Comprehensive Cancer Center är en integrerad enhet för samordning av cancervård, utbildning och forskning inom Region Östergötland och vid Linköpings universitet. Syftet är att samverka för en personcentrerad cancervård, öka patientinflytandet och förbättra alla delar av cancervården.

Linköping Comprehensive Cancer Center består av tre funktioner:

- **Linköping Comprehensive Cancer Center – Strategiskt ledningsråd** utgör den högsta ledningen och styrningen av LCCC.
- **Linköping Comprehensive Cancer Center - Stab** med ett övergripande processansvar och huvudansvar för att upprätthålla ledningssystemet, bevakning av aktiviteter under året samt att stödja utvecklingen av LCCC generellt.
- **Linköping Comprehensive Cancer Center - Samordningsgrupp** med huvudansvar för de taktiskt/operativa frågorna, samt implementering av de strategiska målen och beslut framtagna av LCCCs strategiska rådet.
- **Linköping Comprehensive Cancer Center-akademiskt forskningsråd** med huvudsyfte att implementera den strategiska forskningsplanen, utveckla cancerforskningen både basal, translationell och klinisk.

Tillsammans sträcker sig funktionernas arbete över flera dimensioner, inklusive medicinsk vård, forskning, utbildning och patientstöd. Detta är avgörande för att skapa en heltäckande och patientcentrerad strategi för att hantera och bekämpa cancer.

Målbild Region Östergötland

I Region Östergötland och därav också LCCC har vi en tydlig målbild för hälso- och sjukvården som syftar till att skapa bästa vård och hälsa för våra invånare. För att nå den behöver vi arbeta tillsammans - inom vår egen organisation, med patienter och invånare och i samverkan med andra aktörer i samhället.



Tillsammans för bästa vård och hälsa

Målbilden för hälso- och sjukvården består av ett huvudbudskap som ger oss den övergripande riktningen framåt. Den består också av ett antal stödjande budskap som hjälper oss att omsätta målbilden i praktiken.

Vår gemensamma riktning

Huvudbudskapet i hälso- och sjukvårdens målbild är "Tillsammans för bästa vård och hälsa":

Ordet **Tillsammans** lägger fokus på samverkan, samarbete och helhetssyn. Vi arbetar tillsammans med och för våra invånare och patienter, inom vår egen organisation och med övriga aktörer i samhället.

Formuleringen **Bästa vård och hälsa** ger oss en riktning framåt. Vi strävar efter att förbättra och utveckla framtidens vård och hälsa. Utgångspunkten är begreppet god vård; en vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid. God vård bidrar även till förbättrad hälsa.

Så bygger vi framtidens vård

För att nå vår målbild tar vi stöd i dessa budskap:

- Trygg och säker
- Tillgänglig och effektiv
- Hållbar och professionell
- Vård efter behov
- Kvalitet och utveckling
- Värdeskapande möten
- Forskning och utbildning i framkant

Målbild Linköpings Universitet

Genom att stödja tvärvetenskaplig forskning bygger vi på starka traditioner vid Linköpings Universitet och Region Östergötland för att bilda en stark plattform för cancerforskning med målet att förbättra cancerpatienters överlevnad och vård.

Vision

Vårt mål är att skapa en profilmiljö för cancerforskning vid Linköpings universitet/Region Östergötland och höja nivån på LiU/RÖ:s cancerforskning genom fler kvalitativa publikationer samt större och fler excellenta anslag.

Nätverket Cancer ska uppnå sin vision genom att:

1. skapa gemenskap för cancerforskningen på LiU/RÖ
2. stärka de tvärvetenskapliga knytpunkterna för cancerforskningen på LiU/RÖ
3. vara en katalysator för samarbetsprojekt inom cancerområdet

Linköping Comprehensive Cancer Center

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center Strategiskt ledningsråd

1. Ninnie Borendal Wodlin, Vårddirektör för Universitetssjukhuset i Linköping, ordförande
2. Lena Jonasson, Dekan medicinsk fakultet
3. Mats Ulfendahl, Forskningsdirektör
4. Eva-Lena Zetterlund, Centrumchef Sinnescentrum
5. Lena Bergvin Lundqvist, Centrumchef Diagnostikcentrum
6. Ida Dånmark, Centrumchef Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
7. Sofia Engblom, Verksamhetschef Onkologiska kliniken
8. Lina De Geer, Verksamhetschef ANOPIVA
9. Bärbel Jung, Verksamhetschef Kirurgiska Kliniken i Linköping

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center Stab

1. Ninnie Borendal Wodlin, Vårddirektör för Universitetssjukhuset i Linköping, ordförande
2. Per Sandström, Medicinskt sakkunnig
3. Erik Hilborn, Kvalitets- och Utvecklingsledare
4. Bergthor Björnsson, Forskningsansvarig
5. Christer Borgfeldt, Forskningsansvarig
6. Jenny Drott, Omvårdnadsansvarig
7. Anna-Karin Ax, Omvårdnadsansvarig
8. Frida Forsberg, Processledare Rehabilitering
9. Sofia Engblom, Verksamhetschef Onkologiska kliniken

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center Samordningsgrupp

- Ninnie Borendal Wodlin, Vårddirektör för Universitetssjukhuset i Linköping, ordförande
- Lena Jonasson, Dekan medicinsk fakultet
- Mats Ulfendahl, Forskningsdirektör
- Zetterlund Eva-Lena, Centrumchef Sinnescentrum
- Lena Bergvin Lundqvist, Centrumchef Diagnostikcentrum
- Ida Dånmark, Centrumchef Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
- Zetterlund Eva-Lena, Tf Centrumchef Barn- och kvinnocentrum
- Niclas Hilding, Centrumchef Närsjukvården i centrala Östergötland
- Jörgen Bergström, Biträdande produktionsenhetschef, Psykiatricentrum
- Malin Apell Lindqvist, Prodekan i utbildning, medicinska fakulteten
- Sofia Engblom, Verksamhetschef Onkologiska kliniken
- Lina De Geer, Verksamhetschef ANOPIVA
- Bärbel Jung, Verksamhetschef Kirurgiska Kliniken i Linköping Alwin Martin
- Andreas Käll, Verksamhetsområdeschef Laboratoriemedicin
- Anette Grahn, Verksamhetschef Cancer och Lungsjukvårdsenheten
- Marie Lagerfelt, Verksamhetschef Enheten för sammanhållen cancerutredning
- Helena Engström, Verksamhetschef Lungmedicinska kliniken
- Franz Rommel, Verksamhetschef Hematologiska kliniken
- Lars Lönn, Verksamhetschef Kirurgiska kliniken ViN
- Stefan Johansson, Verksamhetschef Klinisk Genetik
- Hanna Kälvegren, Verksamhetschef Klinisk Patologi
- Evelyn Lundin, Verksamhetschef Kvinnokliniken US
- Henrik Hjortswang, Verksamhetschef Magtarmkliniken
- Carina Folkesson, Verksamhetschef Neurokirurgiska kliniken
- Tobias Strid, Verksamhetschef Precisionsmedicinskt Laboratorium

- Srinivas Uppugunduri, Verksamhetschef Regionalt cancercenter
- Mårten Sandstedt, Verksamhetschef Röntgenkliniken US
- Martin Alwin, Verksamhetschef Urologiska kliniken
- Matic Natasa, Verksamhetschef Öron- näs- och halskliniken
- Chedid Fadi, Representant Faktagruppen, Primärvården
- Jaklovska Tatiana, Chefläkare
- Lisa Törnudd, Representant H.K.H. Kronprinsessan Victorias barn- och ungdomssjukhus
- Mariana Stålebrink, Patientrepresentant
- Inger Kristin Berg, Patientrepresentant
- Lars Alvefjord, Patientrepresentant
- Hanna Oden Paulsen, Representant Region Jönköping
- Jessica Eriksson, Representant Region Kalmar

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center-akademiska forskningsråd

- Christer Borgfeldt, professor onkologi, Forskningsansvarig, Ordförande
- Mikael Sigvardsson, professor medicinsk mikrobiologi
- Sussanne Börjeson, professor omvårdnad, prefekt
- Martin Hallbeck, professor patologi,
- Bergthor Björnsson, professor kirurgi, Forskningsansvarig
- Mats Ulfendahl, Forskningsdirektör
- Per Sandström, professor kirurgi, Medicinskt sakkunnig LCCC
- Johanna Ungerstedt, Professor hematologi
- Gabriel Lindahl, Onkolog, (adjungerad)

LCCC strategiskt ledningsråd



Ninnie Borendal Wodlin,
Vårddirektör för
Universitetssjukhuset i
Linköping, ordförande



Lena Jonasson, Dekan
medicinsk fakultet



Mats Ulfendahl,
Forskningsdirektör



Eva-Lena Zetterlund,
Centrumchef Sinnescentrum



Lena Bergvin Lundqvist,
Centrumchef
Diagnostikcentrum



Ida Dänmark, Centrumchef
Centrum för kirurgi, ortopedi
och cancervård



Sofia Engblom,
Verksamhetschef Onkologiska
kliniken



Lina De Geer,
Verksamhetschef ANOPIVA



Bärbel Jung, Verksamhetschef
Kirurgiska Kliniken i Linköping

LCCC Stab



Ninnie Borendal Wodlin,
Vårddirektör för
Universitetssjukhuset i
Linköping, ordförande



Per Sandström,
Medicinskt sakkunnig



Erik Hilborn,
Kvalitets- och
Utvecklingsledare



Bergthor Björnsson,
Forskningsansvarig



Christer Borgfeldt,
Forskningsansvarig



Jenny Drott
Omvårdnadsansvarig



Anna-Karin Ax,
Omvårdnadsansvarig



Frida Forsberg,
Processledare Rehabilitering



Sofia Engblom,
Verksamhetschef
Onkologiska kliniken

LCCC akademiska forskningsråd



Christer Borgfeldt, Ordförande,
Professor gynekologi



Sussanne Börjesson, Prefekt,
Professor omvårdnad



Mikael Sigvardsson, Professor
medicinsk mikrobiologi



Mats Ulfendahl,
Forskningsdirektör



Martin Hallbeck, Professor
patologi



Bergthor Björnsson, Professor
kirurgi



Per Sandström, Professor
kirurgi



Johanna Ungerstedt,
Professor hematologi



Gabriel Lindahl (adjungerad)

Internationella och nationella samarbeten

Internationella projekt

Det är för LCCC viktigt att delta i internationella projekt för att hämta hem kunskap och medverka till att utveckla cancervård, forskning och utbildning men också för att bygga kontaktnät och utveckla samarbeten. Det pågår för närvarande ett mycket stort antal EU projekt inom ramen för Eus cancersatsning, EU cancermission. LCCC medverkar både som AE, affiliated entity i några av dessa men också som mer aktiva deltagare som center i andra.

Ett urval av arbeten där LCCC medverkar:

EUnetCCC WP8 (Work package) - EUnetCCC är det största pågående cancerprojektet för EU varav WP8 handlar om implementering av bl.a. guidelines. Hur skall vi på effektivast sätt utveckla riktlinjer för cancerbehandlingar inom EU skall vi ha nationella riktlinjer eller skall vi enas om gemensamma riktlinjer för hela Europa? Oberoende vilket vi väljer behöver vi också uppdatera dessa med tät regelbundenhet då nya behandlingar utvecklas allt snabbare och kunskapen om dessa måste spridas. Arbetet pågår tillsammans med ESMO (European society of medical oncology) och ERN (European reference networks).

JANE2 - Detta är fortsättningen på det tidigare JANE projektet. Här är målet att utveckla och förbättra resultaten för sjukdomar med sämst prognos och fokus ligger på pankreas och lungcancer. Detta gäller både kartläggning av vården i Europa men sedan också att identifiera behov både rörande vård men också forskning och utveckling med förhoppning att förbättra överlevnad och QoL.

INTERACT EUROPE - Detta är ett utbildningsprogram som riktar sig mot cancer centra för att utveckla den personcentrerade vården inom multidisciplinära team. LCCC är det enda svenska centret som deltar med processteamet för lever, gallvägar, pankreas, esofagus och ventrikel tumörer. Här medverkar onkologen, kirurgkliniken, radiologen och patologen både läkare och sjuksköterskor. Vi hoppas denna utbildning skall spida sig till andra cancer team inom LCCC.

Ytterligare EU projekt är i startgroparna under 2025 som eCAN2 och Personalized medicine där LCCC också kommer att medverka.

EUREGHA - Detta projekt syftar till att föra samman regionala och lokala hälsomyndigheter, för att förbättra hälsopolitiken inom EU. Detta arbete medför också ökad samverkan mellan dessa medverkande medlemmar och EU, med kunskapsutbyte mellan medlemmar kring för vården centrala frågor.

Organisation of European Cancer Institutes

OECI auditörer - OECI har utbildat 120 Auditörer som granskar nya cancer centra som vill bli ackrediterade. Detta är mycket lärorikt men också värdefullt för samarbeten.

OECI board - LCCC har plats som ledamot i OECI borad vilket ger oss central insyn i det arbete som pågår med cancervårdsutvecklingen i Europa och ger oss möjlighet att påverka.

OECI academy - OECI har skapat ett europeiskt utbildningsprogram för unga forskare med digitala möten och årligt internat. Flera deltagare har varit med från LCCC och vi har ansvar som ambassadör för hela projektet.

Nationella CCC-nätverket

En av dem viktigaste samverkansytorna som finns nationellt är det nationella CCC-nätverket där LCCC medverkar. Det nationella CCC-nätverket har som mål att stärka samarbetet mellan Sveriges befintliga och kommande Comprehensive Cancer Centers (CCC). Genom att samla expertis och resurser arbetar nätverket för att utveckla nationella cancerstrategier och bidra till välgrundade prioriteringar inom cancervården.

Ett av nätverkets huvuduppgifter är att säkerställa en enhetlig och högkvalitativ cancervård och cancerforskning i hela landet. Genom nära samverkan med relevanta aktörer – såsom vårdgivare, forskare och patientorganisationer – främjas en integrering av forskning, vård och patientperspektiv. Detta arbete är avgörande för att förbättra patienternas upplevelse och vårdens resultat.

Utöver att verka på nationell nivå arbetar nätverket även för att stärka cancervården regionalt. Genom samarbete och erfarenhetsutbyte skapas förutsättningar för en mer jämlik vård där alla patienter får tillgång till bästa möjliga behandling, oavsett var i landet de befinner sig. Nationella CCC-nätverket är därmed en central aktör i utvecklingen av framtidens cancervård i Sverige.

Nordisk Baltiska nätverket

Parallellt med det nationella samarbetet håller ett Nordisk-Baltiskt CCC-nätverk på att formaliseras, där LCCC har en aktiv roll. Detta nätverk syftar till att stärka samverkan inom cancervård, forskning och omvårdnad i Norden och Baltikum.

Precis som det svenska CCC-nätverket fokuserar det nordisk-baltiska samarbetet på att skapa en enhetlig och högkvalitativ cancervård. Genom att föra samman expertis från flera länder arbetar nätverket för att etablera gemensamma riktlinjer och strategier, samt underlätta erfarenhetsutbyte över nationsgränser.

Samsyn och samverkan är centrala aspekter i nätverkets arbete, där målet är att möta gemensamma utmaningar och driva förbättringar på en bredare front. Genom att dela kunskap och resurser kan de deltagande länderna stärka sin kapacitet inom cancerforskning och vårdutveckling, vilket i slutändan leder till bättre vård och behandling för patienter i hela regionen.

Vårdproduktion och tillgänglighet

Dashboards vid LCCC

Ett av dem stora framstegen för LCCC har varit skapandet av flera nya dashboards där vi kan visualisera och följa flera för verksamheten viktiga variabler.

SVF-Dashboard. Dashboarden kan visualisera pågående och avslutade SVF-förlopp. Den kan tydligt visualisera ledtider i respektive steg av SVF-förloppet, med stora möjligheter att filtrera på bland annat tidsperioder, cancerförlopp, var förloppet startas eller avslutas, samt på många andra variabler. Under 2024 utreddes 7589 patienter inom SVF. Dashboarden ger våra processteam ett nytt och högupplöst verktyg för att visualisera och förbättra ledtider. Dashboarden visar även registreringsgrad och ledtidsuppföljning övergripande för respektive förlopp och uppdateras dagligen, och är en stor kvalitetsökning mot tidigare visualiserings och mätverktyg.

SVf-Incidensrapport. Denna dashboard visualiserar historiskt incidensutveckling. Varje process kan visualiseras separat och filtreringsmöjligheter per år och hemlän. Dashboarden beräknar och visar också projektioner för framtida utveckling.

Startsäkringen. Alla cancerstudier vid LCCC registreras i startsäkringen och ger en detaljerad överblick på antal studier samt inkluderade patienter. Data kan brytas ner på studietyp, inkluderade patienter, cancertyp och klinik. En process pågår för att öka antalet interventionsstudier.

Nyckeltal för cancerverksamheten 2024

- Totalt antal cancerpatienter: 19 826
- Antal nya cancerpatienter: 6 465

Forskning och kliniska studier

- Antal vetenskapliga publikationer: 259
- Publikationer med Impact Factor >10: 31
- Antal disputerade doktorander under 2024: 15
- Antal pågående kliniska studier: 133
- Andel patienter inkluderade i kliniska interventionsstudier: 9,2 %
- Antal inkluderade patienter i interventionsstudier: 595
- Aktiva projekt med EU-finansiering: >8

Diagnostik och bildgivande undersökningar

- Histologiska analyser: 38 824
- Cytologiska analyser: 6 813
- Molekylärpatologiska analyser: 1 677
- MR-undersökningar: 5 790
- DT-undersökningar: 22 688
- PET-CT-undersökningar: 1 207
- Totalt antal radiologiska undersökningar: 59 482

Diagnosspecifikt

Bröstcancer

- 327 patienter opererades för bröstcancer
- 95 % av operationerna utfördes som dagkirurgi
- 65 % av operationerna genomfördes inom 21 dagar efter behandlingsbeslut
- 278 patienter fick postoperativ strålbehandling
- 100 % av patienterna med HER2-muterade tumörer fick målriktad behandling
- 82 % av bröstcancerpatienterna hade en observerad 5-årsöverlevnad (2008–2017)
- 95 % av patienterna hade en kontaktsjuksköterska och en individuell vårdplan
- 99 % av patienterna var registrerade i Nationella kvalitetsregistret för bröstcancer (NKBC)

Prostatacancer

- 602 patienter diagnostiserades med prostatacancer
- 68 patienter diagnostiserades med prostatacancer i stadium 4
- 181 patienter genomgick primär kirurgi för prostatacancer (robotassisterad kirurgi)
- 175 patienter fick primär extern strålbehandling
- 13 patienter fick primär extern strålbehandling i kombination med brachyterapi
- 26 patienter fick postoperativ strålbehandling
- 18 patienter fick primär palliativ strålbehandling i hög dos (51–60 Gy)
- 96 % av patienterna hade en utsedd kontaktsjuksköterska
- 72 % av patienterna med högriskcancer diskuterades på multidisciplinär konferens (MDK)
- 56 dödsfall i prostatacancer per 100 000 män
- 99 % av patienterna var registrerade i Nationella kvalitetsregistret för prostatacancer (NPCR)
- 96 % av patienterna hade en kontaktsjuksköterska
- 75 % av radikalt opererade patienter rapporterade PROM ett år efter operation

Pankreas- och periampullär cancer

- 93 % av patienterna var registrerade i Nationella kvalitetsregistret för pankreas- och periampullär cancer
- 10 dagar i median till behandlingsrekommendation från remiss
- 14 dagar i median vårdtid efter Whipple-operation
- 7 dagar i median vårdtid efter vänstersidig pankreasresektion
- 99 % av patienterna bedömdes på MDK före behandlingsbeslut
- 96 % av patienterna hade en utsedd kontaktsjuksköterska
- 96 % av patienterna som planerades för resektion genomgick operation
- 88 pankreasresektioner genomfördes
 - 4 % reoperationer inom 90 dagar efter resektion
 - 66 % laparoskopiskt eller robotassisterat
 - <5 % 90-dagarsmortalitet

Tjock- och ändtarmscancer

Totalt:

- 282 patienter diagnostiserades med kolorektalcancer
- 233 patienter genomgick resektion

Tjocktarmscancer:

- 99 % registrerade i det nationella kvalitetsregistret för tjocktarmscancer
- 98 % diskuterades på preoperativ MDK
- 98 % diskuterades på postoperativ MDK
- 1 % 90-dagarsmortalitet efter kirurgi
- 60 % 5-årsöverlevnad
- 79 % besvarade PREM-enkäten vid baseline
- 35 % inkluderade i kliniska studier

Ändtarmscancer:

- 91 % registrerade i det nationella kvalitetsregistret för ändtarmscancer
- 100 % diskuterades på postoperativ MDK
- 49 % fick preoperativ strålbehandling
- 0,5 % 30-dagarsmortalitet efter kirurgi
- 63 % 5-årsöverlevnad

Lungcancer

- 93 % diskuterades vid MDK
- 99 % fick PET-CT före behandlingsstart
- 95 patienter opererades för lungcancer
- 71 % fick kirurgi inom 21 dagar
- 3 dagar i median postoperativ vårdtid
- 0 % 30-dagarsmortalitet efter kirurgi
- 94 % fick PET-CT före kirurgi
- 0 % av patienter med WHO-status 0–2 stod utan aktiv behandling
- 47,5 % av lungcancerpatienterna fick strålbehandling
- 88 % registrerade i Nationella kvalitetsregistret för lungcancer

Malignt melanom

- 350 patienter diagnostiserades med invasivt malignt melanom
- 90 % av berättigade patienter genomgick sentinel node-kirurgi
- 94 % relativ 5-årsöverlevnad
- 100 % rapporterades i Nationella kvalitetsregistret för malignt melanom

Endometrie cancer (Livmodercancer)

- 165 patienter diagnostiserade i RCC Södräst med endometrie cancer
- Alla patienter som beräknas tåla adjuvant cytostatikabehandling opereras med sentinel node teknik av lymfkörtlar i bäckenet.
- Relativ 5 års överlevnad alla stadier 73 % (diagnosår 2018-2022)

Ovarialcancer (Äggstocks-, äggledar, bukhinne cancer)

- 84 patienter diagnostiserades med ovarialcancer och 16 med Cancer abdomins samt 35 med Borderline ovarialtumör
- Relativ 5 års överlevnad alla stadier 57 % (diagnosår 2018-2022)

Cervixcancer (livmoderhalscancer)

- 28 patienter diagnostiserades med livmoderhalscancer
- Relativ 5 års överlevnad alla stadier 81 % (diagnosår 2018-2022)

Vulvacancer (Blydläppscancer)

- 29 patienter diagnostiserades och behandlades i Linköping med vulvacancer (ett av fyra nationella högspecialiserade centra)
- Relativ 5 års överlevnad alla stadier 46 % (diagnosår 2018-2022 RCC Sydöst patienter)

Verksamheter inom LCCC

ANOPIVA

Processarbete

Under 2024 har vi arbetat med att öka effektiviteten i processen runt urologisk och gynekologisk robotassisterad cancerkirurgi i robot. Processfarten vid dessa operationer var redan tidigare bland den högsta i landet, men nu har alltså utnyttjandet av operationsresursen förbättrats ytterligare. Konkret opereras nu tre patienter med robotassisterad laparoskopisk prostatektomi eller hysterektomi på en dag, istället för som tidigare två. Den genomsnittliga operationstiden är oförändrad, medan för- och efterarbetet nu görs på kortare tid.

Vårdkvalitet

Under 2024 öppnades, efter många år av projekterande, en intermediärvårdsavdelning inom Anopiva. Avdelningen gör det möjligt att på ett bättre sätt än tidigare ta hand om de patienter som inte, eller inte längre, har behov av intensivvårdens alla resurser, men som behöver mer än vårdavdelning. För cancerpatienter är övergången från intensivvård till vårdavdelning ett stort steg, och med intermediärvården kan dessa patienters behov mötas bättre än tidigare. Sedan intermediärvårdsavdelningen öppnades har frekvensen av återinläggning (åter till samma iva mindre än 72 timmar efter utskrivning; svenska intensivvårdsregistrets definition) på intensivvårdsavdelningen halverats.

Ledtider

Tillgången till operationsresurs är avgörande för ledtiderna för de patienter som ska opereras. Helt centralt är därför arbetet med operationsavdelningens kapacitet och effektivitet. Sådant arbete har fortgått under året och fortsätter under 2025.

Forskning och utveckling

Flera studier inom perioperativ medicin och intensivvård har påbörjats eller fortsatt, flera i nationella eller internationella samarbeten.

Cancer- och Lungsjukvårdsenheten

Processarbete

Cancer- och lungsjukvårdsenheten (CoL) ansvarar för slutenvård inom onkologi och lungmedicin samt för att, genom vårdkoordinatorer, säkerställa vårdflöden mellan öppenvård och slutenvård inom cancervården.

Inom gynprocessen hanterar vårdkoordinatorn vid CoL cirka 100–120 inkommande remisser per månad från Region Östergötland, Kalmar, Jönköping och Västmanland. I nära samverkan med kvinnokliniken koordineras palpation i narkos (PIN) och operationer av vulvacancer på Dagkirurgen. Detta samarbete mellan klinikerna har resulterat i kortare väntetider till operation för patienter med vulvacancer.

För esofagus- och ventrikelprocessen, kolonprocessen, lever-, gallblåse- och gallvägsprocessen, pankreasprocessen, rektalprocessen samt ÖNH-processen hanterar vårdkoordinatorn vid CoL cirka 55–80 remisser per månad från GI- och ÖNH-klinikerna. För att säkerställa ett effektivt vårdflöde sker nära samverkan med kirurgiska kliniken inom kolorektal och övre kirurgi samt med Öron-, näs- och halskliniken.

Under våren 2024 har CoL även initierat cytostatikabehandling för inneliggande patienter med lungcancer. Tidigare administrerades cytostatika endast i öppenvården under vardagar.

Vårdkvalitet

Kliniken arbetar systematiskt med vårdkvalitet genom ett aktivt lärande och en tydlig struktur för nationella kvalitetsregister och avvikelshantering. Syftet är att stärka vårdkvaliteten och förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) samt vårdskador. Samtliga medarbetare har ansvarsområden där omvårdnadens kärnkompetenser beaktas, och både medarbetare och chefer erbjuds kompetensutveckling med fokus på personcentrerad vård. För närvarande genomgår fyra sjuksköterskor specialistutbildning.

Ledtider

CoL har successivt ökat antalet vårdplatser från 21,1 år 2020 till 27,6 år 2024. Målsättningen för 2025 är att ytterligare förbättra tillgängligheten genom att utöka till 30 slutenvårdsplatser.

Forskning och utveckling

CoL är aktivt inom forskningsområdet och registrerar data i *Senior alert*, ett nationellt kvalitetsregister som årligen samlar in uppgifter om cirka 100 000 individer och omfattar vårdprevention i 288 kommuner och hälften av landets regioner. Denna omfattande databank skapar unika möjligheter för forskning.

Kliniken har även deltagit i forskningsstudien *Säkra personförflyttningar*, med syfte att identifiera förbättringsområden för att stärka arbetsmiljön och förebygga arbetsskador, både hos personal och patienter vid förflyttningar.

Vidare deltar CoL i studien *Biomarkörer i omvårdnad: Tidig identifikation av trycksår som nyckel till minskat lidande*, vilken syftar till att identifiera biomarkörer för tidig vävnadsskada efter maskbehandling samt undersöka hur sjuksköterskors åtgärder under behandlingen påverkar hudens status.

Utöver Senior alert arbetar kliniken även med det *Svenska palliativregistret*, ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att förbättra vården i livets slutskede för patienter och deras närstående.

Hematologiska kliniken

Processarbete

Akut leukemiprocess (AL) SVF: Denna process är väldefinierad och traditionellt etablerad. Alla patienter ifrån SÖSR med välgrundad misstanke om akut leukemi är på hematologiska klinikkens avdelning inom 24 timmar för adekvat utredning och inledningen av eventuell behandling.

Myelomprocess/SVF: Alla patienter träffar inom en vecka en specialistläkare för adekvat utredning med benmärgsdiagnostik, beställd radiologiskt myelomskelett och kompletta laboratorieprover.

Myeloproliferativa neoplasier (MPN): Patienter som uppfyller kriterier för SVF MPN kallas inom två veckor till hematologiska klinikkens mottagning.

Bedömning: För myelom, AL och MPN äger kliniken utredningsprocessen och har inga ledtider.

Lymfom/KLL SVF: Multifokala remisskällor och osynkroniserade utredningsprocesser. Här finns det förbättringspotential. För SVF-registreringen har etablerade rutiner och SVF-kodning genomförts. Kliniken arbetar med kodningen.

Vårdkvalitet

- Kliniken arbetar proaktivt med patientsäkerhet exempelvis riskbedömningar och bättre patientsäkerhetskultur- aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador samt ha ett öppet arbetsklimat.
- Kliniken arbetar aktivt med synergier och avvikelser för att säkra vården.
- Kliniken arbetar enligt EBMTs krav med "Mortalitet och morbiditet" dialog
- VRI-screening är etablerad.
- JACIE-reackreditering förbereds (www.ebmt.org/jacie). Lämnas in i februari 2025.

Ledtider

Cirka 50 % av vården ägnar sig åt högspecialiserad vård där kliniken är remissinstans inom SÖSR, framför allt inom cellterapeutiska behandlingar.

År 2024 utfördes 65 stamcellstransplantationer (SCT), 39 autologa SCT och 26 allogena SCT. Av de allogena var 19 med en obesläktad matchad donator (MUD), fyra med en besläktad donator och tre med en haploidentisk donator.

Åtta patienter genomgick CAR T-behandling. CAR står för chimeric antigen receptor och behandlingen innebär att patientens egna T-celler (vita blodkroppar) omprogrammeras så att de mer effektivt kan identifiera och förgöra cancerceller. Kliniken är en av de sex CAR T-centrar i Sverige och indikation bedöms av en nationell MDK varannan torsdag.

Forskning och utveckling

Kliniken har rekryterat en professor inom hematologi och två doktorander är anställda. Återtagning av USVE-status i maj 2025.

Kirurgiska kliniken i Linköping

Processarbete

Under 2024 har våra cancerprocesser stärkts med sex lokala processledare på kliniken som arbetar tillsammans med LCCC för att förbättra flödena. Bröstcancerprocessen, som redan hade ett strukturerat arbete tidigare, återinförde under året en styrgrupp under ledning av centrumchef för CKOC, som lades ner 2020. Klinikledningen följer noggrant ledtider och delledtider, både internt och inom SVF, för att identifiera effektiva sätt att korta ledtiderna. Trots dessa insatser har vi inte lyckats implementera registreringen med den täckningsgrad och de korrekta data vi önskar i kvalitetsregister, vilket innebär att ytterligare åtgärder planeras för att förbättra detta arbete framöver.

Vårdkvalitet

Vårdkvalitetsarbetet på kirurgiska kliniken har varit avgörande av flera skäl, såsom rekrytering, personalbehållning, kompetenshöjning, patientsäkerhet och patientnöjdhet. Inom omvårdnad genomförs riskbedömningar och vi agerar på identifierade risker. Trots detta har den systematiska dokumentationen brustit, vilket har påverkat rapporteringen av patientsäkerhet. Genom att jämföra egna omvårdnads kvalitetsmätningar med den officiella patientsäkerhetsrapporten har vi sett att vi har en låg frekvens av skador, men att riskbedömningar och åtgärder ibland inte är dokumenterade på rätt sätt.

För att hantera detta har vi ökat antalet vårdplatser och säkerställt att våra cancerpatienter kan opereras på vår specialiserade avdelning för elektiv kirurgi. Vi har även implementerat ett

personcentrerat arbetssätt inom omvårdnad genom flera aktiviteter och strävar ständigt efter att förbättra vår kvalitet. Samverkansgrupp och APT är viktiga forum för att inhämta kunskap om potentiella risker i verksamheten. Ett exempel på detta är införandet av rondstöd på helger, för att säkerställa att alla patienter får läkarrond på förmiddagen, även under helgtid.

För att fortsätta förbättra vårdkvaliteten är ständig utveckling genom omvärldsspaning och aktiva kunskapsinhämtningar avgörande. Vi uppmuntrar samtliga chefer att delta aktivt i verksamheten för att få en god förståelse för dess aktuella status, och vi ser deltagande i nationella och internationella möten samt registergrupper som en viktig del av vårt förbättringsarbete.

Forskning och utveckling

Kirurgiska kliniken har under lång tid haft ett decentraliserat arbetssätt för forskning, där Akademiskt Kirurgråd spelar en central roll. Rådet, som består av forskningsledare, en doktorand och verksamhetschef, arbetar på uppdrag av klinikkens ledningsgrupp och är en viktig del av den taktiska ledningen. För oss på kliniken är utveckling av forskning, klinik och utbildning lika viktiga uppgifter för att nå målen som en USV-enhet.

I år har fokus legat på att strukturera forskningsbudgeten i samarbete med vår ekonom, för att säkerställa att den stämmer överens med de mål som satts av RÖ. Denna process är avgörande för att vi ska kunna fortsätta utveckla och stödja forskning inom vår klinik på ett hållbart sätt.

Klinisk Patologi

Processarbete

Under året har kliniken aktivt deltagit i processteamsarbetet inom LCCC och verkat för en mer effektiv samverkan med våra remitterter. Klinikledningen har arrangerat dialogmöten med ledning och ansvariga från de större remitterande enheterna för att identifiera och genomföra förbättringsåtgärder. Exempel på resultat från dessa möten inkluderar införandet av preliminärsvär och en minskning av onödiga snabbsvarmärkningar, där andelen snabbmärkningar reducerades från 24,4 % år 2023 till 21 % år 2024.

Internt har flera processförbättringar genomförts, bland annat:

- Produktionsoptimering genom införandet av produktionsledare på laboratoriet och uppföljningsgrupper för att sätta och följa upp produktionsmål för laboratoriepersonalen.
- Utbildningsinsatser där all laboratoriepersonal har genomgått utbildning i produktionsplanering.
- Flexibilitet i bemanning genom omfördelning och kompetensutveckling av personal.
- Digitalisering med breddinförande av taligenkänning i verksamheten.
- Kloka diagnostiska val inom hudområdet, vilket lett till en minskning av immunobeställningar från 50 % till 35 % av hudproverna.
- Utveckling av uppföljningsverktyg som är tillgängliga för alla medarbetare.

Vårdkvalitet

Kliniken arbetar aktivt med kvalitetsstandardisering genom deltagande i kvalitetsutskick och uppföljning av kvalitetsindikatorer via Equalis. Flera patologer är engagerade i Kvalitets- och standardiseringskommittén inom Svensk förening för patologi, vilket bidrar till verksamhetens kvalitetsutveckling.

Under året har kliniken genomfört sitt interna revisionsprogram och förberett övergången från SWEDAC-ackreditering enligt ISO 17025 till ISO 15189, en standard som bättre anpassats till medicinska laboratorier. Under hösten genomfördes en extern kvalitetsrevision via SWEDAC.

En central del av kvalitetsarbetet är internkonsultation och teamarbete, där välfungerande samarbeten inom verksamheten bidrar till en hög och jämn vårdkvalitet.

Ledtider

För att minska ledtiderna har kliniken genomfört flera processförbättringsprojekt och arbetat aktivt med resurskoordinering för att undvika interna köer. Ett specifikt förbättringsprojekt under året var införandet av SVF-prioritering i processen, vilket har bidragit till kortare handläggningstider.

Samtliga åtgärder har resulterat i:

- En minskning av ledtider med 3 dagar för snabbsvarsmärkta prover och ordinarie prover.
- En minskning av ledtider med 6 dagar för SVF-märkta prover.

Forskning och utveckling

Under året har kliniken fortsatt att stärka sin forskningsverksamhet. En medarbetare har disputerat, en annan har genomfört sin halvtidskontroll, och flera vetenskapliga artiklar har publicerats.

För att ytterligare stärka forskningsstrukturen har en USV-koordinatorsroll inrättats, med ansvar för att samordna och utveckla forskningsnätverket inom verksamheten.

Kliniken har även etablerat en utvecklings- och digitaliseringsgrupp för att uppmuntra initiativ inom forskning och verksamhetsutveckling. Arbetet i denna grupp har redan resulterat i flera nya forsknings- och utvecklingsprojekt.

Onkologiska kliniken

Processarbete

Under 2024 har en omfattande omstrukturering och implementering av nya vårdtjänster genomförts på kliniken, vilket har möjliggjort bättre uppföljning och planering av verksamheten. Ett centralt syfte med omstruktureringen har varit att möjliggöra uppföljning och planering av verksamheten. En viktig utveckling har varit att utöka rehabiliteringskoordineringen till att stödja patienter med hjärntumör, sarkom och testikelcancer, förutom de bröstpatienter som initialt var i fokus. Inom bröstsektionen har ett arbete med en gemensam struktur för sjukskrivning påbörjats, för att ge patienter tydlig vägledning om normalförloppet och när återgång till arbete kan förväntas.

Rehabguiden har lanserats på kliniken som ett verktyg för att bedöma rehabiliteringsbehov, vilket inkluderar egenvårdsråd och när olika rehabiliteringsprofessioner kan kopplas in för stöd.

Vårdkvalitet

Klinikens omvårdnadsråd, som startade sitt arbete i februari 2024 och inkluderar representanter från alla enheter på kliniken samt från Cancer- och lungsjukvårdsenheten. En patientundersökning genomfördes på Allmänna mottagningen för att utvärdera patienternas upplevelse av de sjuksköterskeledda mottagningarna, och resultaten visade på hög nöjdhet. En annan patientenkät genomfördes på Behandlingsmottagningen, där majoriteten av patienterna uttryckte stor tillfredsställelse och kände att personalen var engagerad.

Ett telefontriageringsverktyg införts för att skapa en enhetlig bedömning och förebygga onödigt obehag och lidande. Under hösten etablerades även ett akutteam som hanterar akuta

patientärenden, och teamet deltar dagligen i vårdplatsmöten för att optimera placeringen av patienter.

Flera förbättringsåtgärder för rutiner har genomförts, bland annat för överrapporteringen mellan mottagningar och avdelningar. Strålbehandlingen har även infört hälsokattning för patienter med gynekologisk cancer och prostatacancer, för att stärka patientuppföljningen och individualisera vården.

Ledtider

För att förbättra SVF-registreringen har ett omfattande arbete med rutiner och lathundar för SVF-kodning genomförts. Kliniken arbetar nu löpande med kodningen.

Forskning och utveckling

Kliniken har under året intensifierat arbetet med att engagera fler medarbetare i forskning. Detta har skett genom föreläsningar om forskningsprocessen och forskningens förutsättningar. Dessutom har en ny rutin införts med skärpta krav på återrapportering från kurser, konferenser och ST-forskningsprojekt, vilket syftar till att sprida ny kunskap och stärka den akademiska verksamheten.

Den 14 juni försvarade Sander Ellegård sin avhandling med titeln "HER2-positive breast cancer: clinical and molecular aspects". På Onkologidagarna i Malmö presenterade specialistsjuksköterskan Jenny Sterner Wedenberg sin poster om kvalitetsuppföljning av PICC-line verksamheten och vann första pris i postertävlingen.

Precisionsmedicinskt Laboratorium

Processarbete

Precisionsmedicinskt Laboratorium är ett ackrediterat laboratorium enligt ISO 15189, en standard som fokuserar på verksamhetsområdet laboratoriemedicin. Under 2024 genomfördes ett standardbyte från ISO 17025 till ISO 15189. Denna ackreditering ställer krav på ett systematiskt arbetssätt, med särskilt fokus på uppföljning, standardisering av arbetsprocesser och fastställda rutiner för införande och validering av nya analyser.

Vårdkvalitet

För att säkerställa hög vårdkvalitet genomförs vertikala och horisontella revisioner årligen enligt ett fastställt schema. En årlig genomlysning av verksamhetens ledningssystem genomförs vid Ledningens genomgång, där fokusområdena omfattar både verksamhetsledning och de analyser som utförs inom respektive specialitetsområde. Eventuella avvikelser, risker eller förbättringsförslag registreras i avvikelssystemet Synergi, där de hanteras och följs upp systematiskt vid fasta möten mellan ledning och kvalitets- och avvikellesamordnare varannan vecka. Arbetet pågår för att tydliggöra de analyser som ingår i SVF-förloppet, vilket är en central del av vårt förbättringsarbete.

Forskning och utveckling

Precisionsmedicinskt Laboratorium har flera forskningsaktiva medarbetare, och den forskning som bedrivs vid laboratoriet utgör ofta en viktig metodologisk del i forskningsprojekt som initieras av andra kliniker. Laboratoriet erbjuder sina kliniskt validerade analyser till forskare och arbetar aktivt med att utveckla analyser som kan bli viktiga verktyg, exempelvis för molekyllärkaraktisering av tumörvävnad. Dessa analyser kan spela en avgörande roll för att möjliggöra inkludering av patienter i behandlingsstudier. Ett sådant verktyg är GMS560-panelen, som sedan 2024 erbjuds som en

beställningsbar rutinanalys och representerar ett viktigt steg i att stödja både forskning och klinisk behandling.

Röntgenkliniken Linköping

Processarbete

Röntgenkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping har aktivt deltagit i processgrupper för ett brett spektrum av cancersjukdomar, inklusive prostata-, njur-, urinblåse-, bröst-, melanom-, hud-, barn-, sarkom-, gynekologisk, neuro-, ÖNH-, esofagus-, ventrikel-, lever-, pankreas-, kolorektal- och thyroideacancer. Fokus inom dessa grupper har varit gemensamt förbättringsarbete för att optimera diagnostik och behandling.

Under 2024 genomfördes en nationell genomlysning av bild- och funktionsmedicin, vars resultat presenterades inom RPO Medicinsk Diagnostik i Sydöstra sjukvårdsregionen. Representanter från både RPO Cancer och RCC har arbetat för att ta fram regionala och lokala handlingsplaner. För att säkerställa en effektiv resursanvändning har det varit av stor vikt att RCC och LCCC har en samordnad strategi och undviker parallella initiativ.

Vårdkvalitet och ledtider

I april 2024 fastställde ledningsgruppen inom Bild- och funktionsmedicin (BFM) radiologins bidrag till Linköpings Cancercentrums (LCCC) övergripande handlingsplan. Denna plan, som sedan skickades till projektledningen, omfattar insatser för att:

- Förbättra svarstiderna, med målsättningen att senast 2026 uppnå en svarstid på högst 72 timmar.
- Införa en länsövergripande metodbok, med målet att implementera den fullt ut till 2026.

Parallellt pågår arbete med produktionsstyrning och visualisering av data från Goli, samt förberedelser inför implementeringen av metodboken.

För att hantera diskrepansen mellan medicinsk prioritet och SVF:s angivna ledtider har kliniken, i samverkan med remitterande enheter, identifierat de SVF-förlopp som kräver förbättrad styrning. En ny remissbedömningsmodell har införts där en mindre grupp läkare granskar remisser innan tidsbokning sker. Detta säkerställer att patienter med störst behov prioriteras för undersökning.

Som en del av klinikens långsiktiga utveckling har beslut fattats om att etablera ett kvalitetsledningssystem, med planerad start 2025. Arbetet inkluderar omvärldsbevakning och framtagande av en internrevisionsplan för att systematiskt förbättra kvalitetssäkring inom verksamheten.

Forskning och utveckling

Under året har röntgenkliniken etablerat en strukturerad modell för kliniska prövningar, där samarbetet mellan kliniska forskningssköterskor, forskningskoordinatorer och remitterter har stärkts. Modellen omfattar hantering av undersökningar, särskilda svar och distribution av bildmaterial för forskningsändamål, både internt och externt.

En ny forskningsstruktur, beslutad i oktober 2023, har implementerats med fokus på finansiering och forskningsaktivitet. Fördelningen av interna RFoU-medel har fortsatt enligt den nya modellen. För att stärka forskningssamverkan har regelbundna möten införts, inklusive ett årligt startmöte för forskningsaktiva.

Vidare pågår arbete i samverkan med CMIV för att implementera ett nytt forsknings-PACS, vilket kommer att förbättra hanteringen av bildmaterial inom forskningsprojekt.

Urologiska kliniken

Processarbete

Under 2024 har arbetet med projektet Organiserad Prostatacancertestning (OPT) intensifierats. Projektet, som riktar sig till män från 50 års ålder, drivs inom SöSR och har initierats med en pilot i Jönköping, där ett gemensamt kansli och en digital process etablerats. Under året har även Region Kalmar anslutit sig och påbörjat utskick av erbjudanden. Region Östergötland planerar att starta projektet med ett första utskick till 500 deltagare under vecka 10, 2025. Under hösten 2025 kommer resterande andel män i regionen som fyller 50 år att erbjudas deltagande.

Vidare har RCC Sydöst rekryterat en sammanhållande processledare för urologiska cancersjukdomar, en funktion som kliniken har stöttat och aktivt medverkat i.

Som en del av en effektiviseringsprocess har ett samarbete genomförts med centraloperation vid US. Detta har resulterat i att tre robotassisterade operationer nu kan genomföras under en dag varannan vecka på ordinarie arbetstid, jämfört med tidigare två operationer per dag.

Vårdkvalitet

Under hösten 2024 genomfördes en internrevision av prostatacancerprocessen. Urologiska kliniken är sedan tidigare certifierad enligt ISO 9001:2015, och den årliga externa revisionen genomfördes under våren 2024 utan några avvikelser.

Ledtider

Flera förbättringsarbeten har genomförts under året för att effektivisera verksamheten. Kliniken har implementerat produktionsstyrning och optimerat mottagningsarbetet genom en ny schemalägningsstruktur. Därtill har en gemensam remissbedömning införts i SVF-processen för urinblåse- och urinvägscancer, vilket förväntas minska antalet utredningar inom SVF med cirka 200 fall per år.

Forskning och utveckling

Under året har ytterligare två doktorander antagits, vilket stärker klinikens forskningsprofil. Arbetet fortsätter med målet att uppnå godkännande som Universitetssjukvårdsenhet (USV). För att uppfylla de formella kraven saknas i dagsläget enbart beviljade forskningsanslag i nationell eller internationell konkurrens.

Processarbete i urval

Barnprocesser

Inom barnprocesserna samverkar flera områden under samma processledare, som inkluderar leukemi, hjärntumörer, solida tumörer och benign hematologi. Ett omfattande arbete har genomförts för att kartlägga och beskriva flödena inom dessa processer. Detta har gett möjlighet att identifiera problem och behov, vilket i sin tur har lett till att lösningar och frågeställningar kan tas vidare. Vid uppstart av arbetet var det tydligt att det fanns en stark vilja att aktivt medverka. Att ha utsedda kontaktpersoner med mandat och ansvar för processerna har visat sig vara mycket värdefullt.

Processledningen hålls regelbundet för avstämningar. Eftersom patientgrupperna inom barnprocesserna är mycket heterogena, krävs kompetens från många olika kliniker. Dessa kliniker kallas in efter behov för att ge stöd och säkerställa bästa möjliga bemötande, utan att onödiga möten belastar medarbetarna.

Under året har processen arbetat med att förbättra ledtider inom patologi, med fokus på att optimera arbetssätten för kortare ledtider. Arbete inom precisionsdiagnostik och GMS har också genomförts, och ett utkast till SOP för biopsi av solida tumörer har tagits fram. Startsäkringsarbetet har inletts, och flera studier har redan lagts in i systemet. Under våren genomfördes regiondagar den 22-23 maj, där alla hemsjukhus deltog. En föreläsningsdag riktad till lärare i skolor hölls också.

För kommande år planeras följande förbättringsarbete:

- Svårigheter att organisera separata träffar för LCCC har lett till att befintliga teamträffar används för samverkan. En enkät för utvärdering planeras under Q1 2025.
- Det har varit utmaningar att få hjälp med provhantering på klinisk kemi inom nya studier på grund av varselsituationen.
- Behovet av frys för färskt material från NK-operationer under kvällar, nätter och helger kommer att undersökas vidare.
- Önskemål från föräldrar om förvaringsmöjligheter på rummen för kläder, mat och dryck
- Ett nytt vårdprogram för ärftlig barncancer tas fram i samarbete mellan klinisk genetik och BCC. Ett möte planeras för att boka ansvariga på klinisk genetik.
- Tydligare kommunikation för barnet och familjen kommer att genomföras genom införande av en bildstödsrutin på avdelningen, med planerat införande under Q1 2025.

Bröstcancerprocessen

Bröstcancerprocessen visar på positiva resultat när det gäller effektivisering och förbättring av flödet. Andelen patienter som genomgår SVF inom angiven ledtid har ökat från 37% år 2020 till 51% år 2024, samtidigt som det faktiska antalet patienter inom ledtid också har ökat från 132 till 215 patienter. Totalt har antalet patienter som behandlas ökat från 355 till 424 under samma period. Detta tyder på att processerna har blivit mer effektiva trots en ökning av antalet patienter.

Enligt PREM-mätningar, som visar på patientnöjdhet, ligger bröstcancerprocessen över rikssnittet inom många måtvärden. Dock har processerna under hösten 2024 haft utmaningar, särskilt gällande ledtider för "Från allvarlig misstanke om cancer till start av första behandling." Detta beror på en kraftig ökning av antalet patienter i hela flödet, där screeningverksamheten hos Mammografin har ökat med 18,5% (från 34 900 till 41 350 patienter). Samtidigt har histologiavdelningens ledtider hållits på samma nivå som 2023, trots en ökning av 20% i antalet prov.

Bröstenheten har upplevt en 30%-ig ökning av patienter med bröstcancerdiagnos och en ökning av antalet avancerade operationer, vilket påverkat ledtiderna för utredning och operation. Tidigare under våren kunde patienter erbjudas operation tidigare än planerat, men vid årets slut har väntetiderna ökat till 5-7 veckor, vilket är en följd av ett ökat inflöde av patienter.

Onkologen har också introducerat mer intensiv cytostatikabehandling, vilket innebär fler patienter som behandlas neoadjuvant och som får immunterapitillägg. Denna förändring innebär ett större antal behandlingar och ökat behov av biverkningshantering.

Pågående förbättringsarbeten

Flera förbättringsarbeten har genomförts för att öka effektiviteten och kvaliteten i bröstcancerprocessen:

- Ökat nyttjande av AI (Transbara) inom mammografin, vilket gör att cancer kan upptäckas tidigare och med mindre medarbetarresurs. Detta omfattar över 50 000 patienter i studien.
- Ökning av SVF-ledtidsmåluppfyllnad från cirka 30% i januari 2023 till 73% i april 2024 för "Från välgrundad misstanke till start av behandling."
- Förändrad struktur i PAD-svar, vilket har sparat upp till 2 timmars förberedelsetid inför MDK (Multidisciplinär Konferens).
- Ny anmälningsautomat till Mammografi för att underlätta patienternas inbokning.
- Mer bröstbevarande operationer och direktrekonstruktioner, vilket leder till färre besvär för patienterna på lång sikt.

Planerade förbättringar för 2025

Under 2025 planeras flera förbättringar för att ytterligare effektivisera bröstcancerprocessen och säkerställa högre kvalitet på vården:

- Utveckling och effektivisering av multidisciplinära konferenser (MDK) för att säkerställa bättre samordning mellan olika specialiteter.
- ASHA-projektet, samt arbete med kapacitet och produktionsstyrning, för att optimera flödet och resurshanteringen.
- Införande av Stratipath, för att förbättra diagnostik och behandling.
- Uppföljning av screening och omstrukturering av remissflödet, där radiologerna tar över ansvaret för vissa svarsnivåer, vilket ska ge snabbare besked till patienterna och underlätta för kirurgerna.
- Införande av Individuell Patientöversikt (IPÖ), för att bättre kunna följa patienternas hela vårdprocess och förbättra uppföljningen.
- Ökad involvering av patienter i processarbetet, för att säkerställa att deras perspektiv tas tillvara i utvecklingen av vården.

Esofagus ventrikeprocessen

Processen för matstrupe- och magsäckscancer består av representanter från flera discipliner: kirurgi, operation, onkologi, radiologi, patologi, anesthesiologi samt en kontaktssjuksköterska och en vårdadministratör. Under 2024 har processen visat på en ökning av antalet patienter som utreddes via SVF, med 59 patienter utredda, vilket motsvarar 123% av de bekräftade cancerfallen, jämfört med 77% under 2023.

Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande stora utmaningar när det gäller ledtider, särskilt diagnostikprocessen, som resulterar i fördröjd start av behandling. Under 2024 initierades första kontakten efter mottagen remiss inom ledtiden för 74 % av patienterna. Från första kontakt till första MDK hamnade 46 % av patienterna inom ledtiden, och från första kontakt till start av behandling var det endast 9 % som nådde ledtiden. Målet för 2025 är att sänka svarstiden för akutmärkta fall från 16 till 5 dagar.

Flera förbättringsarbeten pågår för att optimera flödet och minska ledtiderna:

- Vidareutveckling av rutinen för PDL-1 analys: Idag skickas analysen till extern aktör, men processen undersöker möjligheten att ta hem arbetet till LCCC för att förbättra effektiviteten.
- Förenkling och förtydligande av rutinen för EMR/ESD: Målet är att minska onödiga analyser och förkorta ledtiden genom en mer strömlinjeformad process.
- Förbättrade kodningsrutiner: Arbetet med att förbättra kodning för att minska felaktig kodning och säkerställa bättre statistikunderlag är pågående.
- Förbättrad remissrutin från ESCU: Arbetet fokuserar på att förbättra när patienter ska remitteras till processen, för att säkerställa rätt tidpunkt för inledande utredning och behandling.

För att ytterligare förbättra processen planeras följande åtgärder för 2025:

- Nya svarsmallar för PAD efter esofagus/ventrikelcancerkirurgi för att skapa en mer strukturerad och effektiv dokumentation.
- PET-CT-undersökning inför MDK: För att kunna ta ett behandlingsbeslut enligt vårdprogrammet krävs PET-CT för alla patienter med esofagus cancer. På grund av begränsad tillgång till PET-CT diskuteras nu hur man på ett säkert sätt ska identifiera de patienter som inte kan få undersökningen inom rimlig tid och vad det innebär för behandlingsbeslut.
- Fortsatt journalgranskning: För att säkerställa kvaliteten i registreringen och kodningen fortsätter journalgranskningen för att identifiera eventuella förbättringsområden.

Genom dessa åtgärder hoppas processen kunna förbättra både ledtider och kvaliteten på vården för patienter med matstrupe- och magsäckscancer.

Gynekologiska cancerformer

Gynekologiska cancerformers process omfattar fyra cancerformer: livmoderkroppscancer, äggstockscancer, livmoderhalscancer och vulvacancer. Teamet består av läkare, vårdadministratörer, kontaktssköterskor och BMA. Under 2024 har processarbetet fokuserat på att kartlägga och utveckla kvalitetsmått för ledtider, kirurgi, medicinsk behandling samt diagnostik inom röntgen och patologi. Från 2025 kommer processen att börja följa dessa mått med halvårsrapporteringar för att kontinuerligt övervaka förändringar.

En av de pågående förbättringarna är en rutin för bedömning av lymfödem efter lymfkirurgi, som infördes under andra halvan av 2024. Dessutom har processgruppen börjat arbeta på att strama upp rutinen för intern SVF-märkning på PAD för att säkerställa korrekt märkning av preparat och undvika att överbelasta patologavdelningen. Optimeringen av SVF-registreringen är också en prioritering.

Vidare pågår en utveckling av MDK-rutinerna, särskilt för att granska utvalda fall av ovarialcancer stadium III-IV, där man vill jämföra preoperativ radiologibedömning med peroperativa fynd. En annan förbättring är att inkludera kontaktssköterska vid MDK, vilket förväntas öka samsynen och kommunikationen i teamet. Slutligen är en satsning på att komma igång med startsäkringen också en viktig del av arbetet framöver.

Huvudhalscancer

Trots ett utmanande år har huvud- och halscancerprocessen fortsatt att driva processarbetet framåt. En positiv händelse var disputationen av en tumörkirurg den 7 november 2024, och flera nya forskningsstudier har startats för att följa upp avhandlingsarbetet. Registrering och startsäkring av forskningsstudier är planerat pågå. Arbetet med att förbättra och påminna om aktiva överlämningar av patienter från RÖ till övriga delar av SÖSR fortsätter för att säkerställa snabbare omhändertagande och rehabilitering vid hemortssjukhus.

Vi har också implementerat mätning av gapförmåga vid diagnostillfället för patienter som riskerar att utveckla trismus, och vi fortsätter vårt samarbete med Mun- och halscancerföreningen och ÖNH-kliniken, som arrangerade ett framgångsrikt möte för patienter och anhöriga i oktober 2024.

Registreringen av SVF-kodning inom huvud- och halscancer har förbättrats avsevärt, men arbete kvarstår för att registrera deltidstider mellan start och avslut. Ett initiativ för att introducera nya arbetsuppgifter för administratörer som ansvarar för dessa registreringar påbörjas under 2025. Ett problem med osignerade remisser från distrikt lyftes till LCCC och åtgärdades snabbt, vilket har lett till att ledtider nu minskas till 0 dagar. Samverkan mellan patologen och ÖNH fortgår, och det pågår ett arbete för att säkerställa att patologen kan bedöma alla PAD-svar i tid, särskilt för regionpatienter som ska genomgå kirurgi.

För att minska det administrativa arbetet inför varje MDK har vi arbetat för att anmälan ska genomföras via e-remiss i Cosmic, vilket även har lyfts till LCCC för ett bredare införande på fler cancerdiagnoser. Utvecklingen av produktionstavlan BI fortsätter, även om den ännu inte är helt komplett. Ett studiebesök till Lund planeras för att ta del av deras arbetssätt med rehabilitering, där hela teamet samverkar för att minimera antalet återbesök för patienterna.

Processens mål för 2024-(2025):

- Ledtid från remiss till nybesök: Målet är att förbättra kodningen i Rebus för att inkludera alla ledtider, med uppföljning och utbildning av administrativ personal planerat till december 2024.
- Fortsatt arbete SÖSR alla professioner: Genomförde regiondag den 15 november 2024, och planerar nästa möte i Linköping eller på hotell Högland för att fortsätta samarbetet mellan alla professioner.
- Förhindra osteoradionekros (trismus): Implementering av mätning med Therabitelinjalen på ÖNH-mottagningen för att förhindra osteoradionekros.
- E-remiss MDK: Åtgärder för att hantera för få administratörer som hanterar e-remiss, med ett nytt möte planerat den 3 december 2024.
- Börja koda till produktionstavlan: Utbildning av administrativ personal för att börja koda till produktionstavlan.
- Registrera forskning: Ett möte planeras den 2 december 2024 för forskare att registrera sina studier och hantera registreringen av forskningsprojekt.

Mål 2025:

- Fortsätta med mål som ej blivit klara 2024: Fortsatt fokus på förbättring av ledtider, PROM, PREM och överlevnad, med målet att vara bästa kliniken för ledtider i landet.
- Ej förlora någon mer i tumörteamet under 2025: Målet är att behålla alla medlemmar inom tumörteamet och minimera personalomsättningen.
- Bästa överlevnaden i landet enligt INCA: Arbeta för att uppnå den bästa överlevnaden i landet enligt INCA-registret.

- Bryta ned på diagnosnivå: Mål att bryta ner data på diagnosnivå för att förbättra målen och resultaten för specifika cancerformer.
- Teamet ska göra studiebesök i Lund: Planerat studiebesök i Lund 31 mars – 1 april 2025 för att inspireras och utveckla arbetssätt.
- Prioritera fysioterapeutkompetens: Rekrytera fysioterapeut för onkologi-teamet och lyfta frågan till LCCC för att säkerställa kompetensbehovet.
- Arbetsterapeutkompetens saknas i teamet: Fortsätta arbetet för att rekrytera och säkerställa arbetsterapeutkompetens inom teamet.
- Lära upp ny K-ssk: Louise Axelsson börjar som ny kontaktsjuksköterska den 15 januari 2025, med introduktion och utbildning som prioritering.
- Införa rehab-guide: Arbete med innehåll i rehab-guiden planeras att starta i början av 2025 för att förbättra patientrehabilitering.
- Införa rehab-gruppmöte med patient vid palliativt besked: Planerar att starta professionella gruppmöten för patienter vid palliativt besked under 2025.
- Utveckla processkartan med rehab-guide till stöd i arbete: Under utveckling för att ge teamet tydligare vägledning vid rehabilitering av cancerpatienter.
- NAG cancerrehabilitering fortsätter sitt arbete: NAG cancerrehabilitering fortsätter sitt arbete för att förbättra rehabiliteringsinsatserna för cancerpatienter.
- Checklistor/lathundar: Färdiga checklistor och lathundar implementeras för att underlätta arbetet inom teamet och förbättra effektiviteten.

Lungprocessen

Lungcancerprocessen har under slutet av 2024 och början av 2025 börjat etablera och kartlägga sin process. I arbetsgruppen ingår en bred representation från Lungkliniken, med såväl verksamhetschef, processledare, läkare, sjuksköterskor som kurator, fysioterapeut, arbetsterapeut, sekreterare och verksamhetsutvecklare. Dessutom medverkar representanter från närliggande kliniker som thoraxradiolog, thoraxpatolog och thoraxkirurg, samt en kommande läkare från Klinisk fysiologi. Patientrepresentantens deltagande är också centralt för att säkerställa att patientperspektivet tas med i utvecklingsarbetet.

Under 2025 planeras följande förbättringsarbeten:

- Stärkta nätverk och samarbete: Processen kommer att fortsätta arbeta med att etablera arbetsgruppen och aktivt samarbeta med närliggande kliniker för att förbättra rutiner och korta ledtider. Detta samarbete syftar till att skapa en mer effektiv och sammanhållen vård.
- Förbättring av MDK-arbetet: En av de stora fokusområdena kommer att vara att förbättra arbetet med MDK (Multidisciplinär Konferens), som bland annat inkluderar onkologrond och Thorax/Lung-MDK. Det handlar om att utveckla en mer strukturerad och effektiv konferensprocess för att optimera behandlingsbeslut.
- Förbättrad kodning och datahantering: Arbetet med kodning i journaler, särskilt KVÅ-kodning under SVF-förloppet, kommer att intensifieras för att säkerställa att processerna kan utvärderas på ett mer tillförlitligt sätt. Detta ska också bidra till att få en mer exakt bild av ledtider och effektivitetsmått.
- Integrering av fler resurser: En annan målsättning är att få med resurser från kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut i processkartan för att säkerställa att patienterna får rätt stöd och hjälp under hela förloppet.
- Dialog om TNM-status i röntgenutlåtanden: En pågående dialog förs med thoraxradiologer för att få till stånd att TNM-status (stadieindelning av cancer) ska inkluderas i röntgenutlåtanden,

vilket skulle ge en mer komplett bild av patientens status och därmed underlätta behandlingsplanering.

Dessa förbättringar är alla delar av ett helhetsperspektiv för att optimera lungcancerprocessen och säkerställa att patienterna får den bästa möjliga vården på kortast möjliga tid.

Rehabiliteringsprocessen

Under 2024 genomfördes processspecifika workshops för kontaktsjuksköterskor, behandlingssjuksköterskor och stomiterapeuter. Syftet var att underlätta implementeringen av det nya vårdprogrammet för cancerrehabilitering. I respektive sjuksköterskegrupp diskuterades arbetssätt kring levnadsvanor, egenvårdsråd, strukturerad behovsbedömning samt hur en aktiv överlämning mellan professioner kan genomföras längs vårdprocessen.

Professionsspecifika workshops anordnades även för rehabiliteringsprofessionerna inom specialistvården i Region Östergötland – dietister, fysioterapeuter, kuratorer och arbetsterapeuter. Dessa tillfällen fokuserade på att inspirera till gemensamma arbetssätt och stärka samarbetet kring aktiva överlämningar. Dessa grupper har därefter bildat nätverk som ses regelbundet, med mötesfrekvens och innehåll anpassat efter behov.

Tre sjukvårdsregionövergripande projekt har genomförts med hjälp av stimulansmedel:

1. Preoperativ optimering inför lungcancerkirurgi, inkluderande rökavvänjning, nutrition och fysioterapi.
2. Ett lymfödemnätverk har etablerats i Sydöstra sjukvårdsregionen, med målet att harmonisera arbetssätt och underlätta överlämningar mellan regionerna.
3. Ett nätverk för arbetsterapeuter inom cancersjukvården har bildats och tagit fram ett processdokument för arbetsterapeutens arbete med fatigue och neuropati.

Samtliga kontakt- och behandlingssjuksköterskor samt stomiterapeuter erbjöds en föreläsning om kris och krishantering vid cancersjukdom, genomförd av psykologer från Psykologpartners.

En riktad fortbildning har genomförts för läkare inom primärvården kring cancerrehabilitering och tidiga/sena komplikationer av cancerbehandling. Föreläsningen inkluderade särskilt komplikationer kopplade till immunterapi, stamcellstransplantation, bäckencancer och barncancer.

Dialog har också förts med företrädare från primärvård och psykiatri gällande omhändertagande av patienter med psykiatrisk samsjuklighet, inklusive beroendeproblematik, i kombination med cancersjukdom.

Ett strukturerat omhändertagande av patienter med risk för lymfödem har införts vid kirurgi för gynekologisk cancer, urinblåsecancer samt vid strålning och/eller kirurgi för huvud- och halscancer. På grund av varselsituationen har denna insats dock tillfälligt behövt pausas.

Det specialiserade cancerrehabteamet har fortsatt sitt uppdrag att samordna cancerrehabiliteringen i regionen, med månatliga träffar för uppföljning och utveckling.

Övriga insatser 2024:

1. Rehabguiden för cancerrehabilitering har implementerats på Onkologiska och Urologiska kliniken.

2. Ett arbete har inletts för att stärka primärvårdsrehaborganisationens kapacitet att möta cancerrelaterade rehabiliteringsbehov.
3. Region Östergötland deltar i en pilotstudie ledd av Region Skåne för införande av det digitala stöd- och behandlingsprogrammet "*Få hjälp att hantera tankar och känslor vid cancer*", där två kuratorer har utbildats i Steg 1.
4. Ett stöd- och behandlingsprogram för sexuell hälsa vid prostatacancer har införts på Urologiska kliniken.
5. Ett projekt kring FaR – fysisk aktivitet på recept har startats i samverkan med Korpen Östergötland, där patienter med cancer är en av pilotens målgrupper.

Sarkomprocessen

Sarkomprocessen är nyligen startad men har redan etablerat ett stabilt samarbete mellan de centrala klinikerna som är medverkande i processen. Under 2025 planeras fler möten med ett bredare deltagande från olika kliniker för att vidareutveckla samarbetet. Processen fokuserar på att implementera "min vårdplan", ett verktyg som ska stödja patientens väg genom vården och förbättra uppföljningen.

Ytterligare arbete pågår för att utveckla rutiner för överlämning av patienter, vilket syftar till att säkerställa en smidig och säker övergång mellan vårdgivare och kliniker. En annan del av arbetet är att öka närvaron av kontaktsköterskor för att stödja patienterna genom hela behandlingsförloppet. Dessutom pågår en satsning på att förbättra rehabiliteringsuppföljningen för patienter som har behandlats på andra sarkomcentrum för att säkerställa en kontinuerlig och koordinerad vård och återhämtning.

Patient- och omvårdnadsmått

Omvårdnadskvalitetsmätningar

Patientsäkerhetskulturen inom LCCC innebär en medvetenhet om de risker som kan uppstå. Det handlar om att skapa en arbetsmiljö där personalen tryggt kan rapportera och diskutera säkerhet. Medarbetarnas delaktighet i organisationen har en viktig roll i att upprätthålla säkerhetskulturen. En säker miljö för patienterna är också en säker arbetsmiljö för personalen. Alla medarbetare behöver goda kunskaper i säkerhet och förbättringsarbete och tillräckliga resurser och stöd från ledningen är avgörande för att kunna genomföra säkerhetsåtgärder. Systematisk uppföljning med regelbundna mätningar och uppföljningar av säkerhetsarbetet stödjer att identifiera områden som behöver förbättra inom LCCC. Omvårdnad är en central del av patientsäkerhetsarbetet på LCCC. Regelbundna kvalitetsmätningar genomförs på alla slutenvårdsavdelningar vid Universitetssjukhuset för att säkerställa hög standard inom områden som trycksår, fall, undernäring, munhälsa, venösa infarter, urinkateter och smärta. Resultaten från dessa mätningar används för att förbättra vården och eliminera vårdskador, med målet att erbjuda säker omvårdnad till alla patienter.

Patientrapporterade mått

Patientrapporterade mått innebär ett strukturerat sätt att ta tillvara patientens upplevelser, erfarenheter och livskvalitet och är prioriterade inom LCCC. I enlighet med OECI Standard 26 ska LCCC regelbundet samla in patientrapporterade erfarenhetsmått (PREM) samt låta det utgöra underlag till verksamhetsutveckling. Vi arbetar även med att samla in och följa upp patienters hälsostatus, funktionsförmåga och livskvalitet med patientrapporterade utfallsmått (PROM).

Patientrapporterade Erfarenheter

Sedan SVF infördes har patienternas upplevelse följts upp via en enkätundersökning. Samma enkät har använts sedan 2017, vilket ger en möjlighet att följa resultaten över tid. Enkäten skickas ut 6–10 veckor efter avslutat SVF till både patienter som fått en cancerdiagnos och patienter där cancermisstanken avskrivits. I den här rapporten visas dock bara data för patienter som avslutat SVF med en cancerdiagnos under 2023 samt första halvåret 2024. Mätningen genomförs inom ramen för Nationell Patientenkät i samarbete med SKR och utskicken sköts av deras leverantör. För att undersöka andra kombinationer av data än de som visas i rapporten finns resultaten i sin helhet på SKR:s webbsida (patientenkaten.se). Nitton av enkätens frågor delas in i sju dimensioner, medan de återstående redovisas separat under rubriken "om patienten". För att resultaten ska kunna visas öppet krävs 30 svar eller fler, i inloggat läge krävs 10 svar eller fler. En respondent redovisas både i den vårdande regionen samt den region där personen är folkbokförd. I den här rapporten redovisas endast ett urval av den data som finns tillgänglig.

Utskick och svarsfrekvens

Under 2023 och första halvåret 2024 skickades i sydöstra sjukvårdsregionen ut 5108 enkäter till patienter som avslutat SVF med en cancerdiagnos. Totalt besvarades 3264 enkäter (svarsfrekvens 64%). Utskicken fördelar sig enligt tabellen nedan.

Tabell 1. Utskick och svarsfrekvens för PREM-enkäter i sydöstra sjukvårdsregionen.

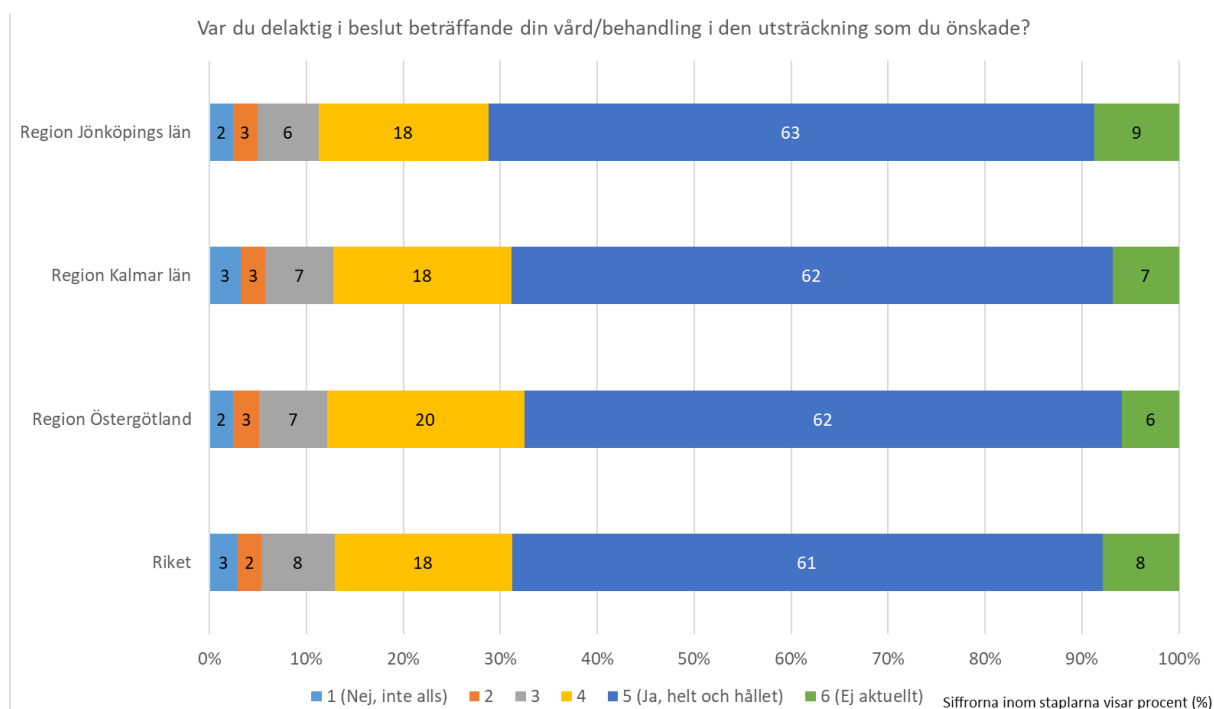
	Region Jönköpings	Region Kalmar	Region Östergötland
Utskickade enkäter	1633	1236	2239
Besvarade enkäter	1016	782	1466
Svarsfrekvens (%)	62,2	63,3	65,5

Allmänt om svaren

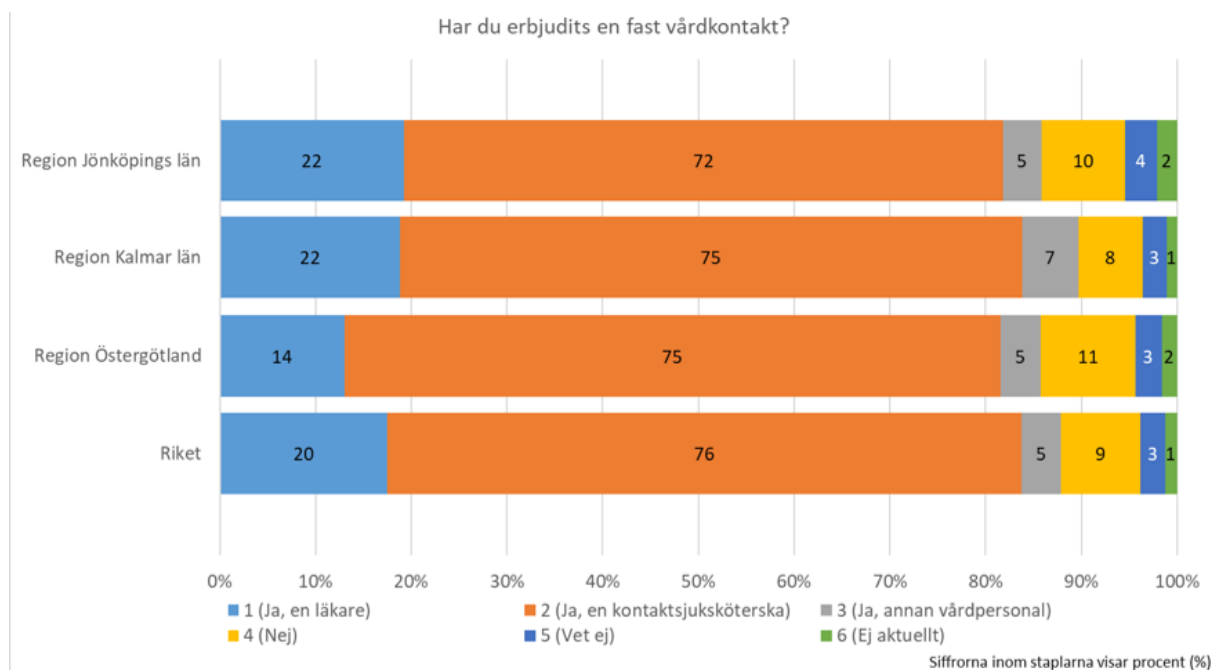
Skillnaderna mellan regionerna i sydöst och riket är generellt små. Data redovisas dock som samtliga vårdförlopp sammanslagna, och det finns anledning att tro att svarsmönstren skiljer mellan olika diagnosgrupper, åldersgrupper eller andra subgrupper. Figurerna i den här rapporten är tänkta att ge en översiktlig bild av läget, men för att få en djupare förståelse bör djupare analyser göras. I figur 1–6 lämnas svar på en femgradig skala där 5 är bäst och 1 är sämst. 1–2 tolkas som negativa, 3 som neutrala och 4–5 som positiva svar.

Delaktighet

Över 60% av patienterna upplever att de helt och hållet var delaktiga i den omfattning de önskade och över 80% hade en positiv upplevelse av delaktigheten (fig 1). Skillnaderna mellan de olika regionerna i sydöst samt jämfört riket är marginella och tyder på en hög grad av jämlikhet. En möjlig förklaring till det goda resultatet skulle kunna vara det ökande arbetet med individuella vårdplaner samt en ökande tillgång till kontaktsjuksköterska. I dagsläget uppger ca 75% av de svarande att de har en kontaktsjuksköterska (fig 2), medan 14–22% uppger att de har en läkare som fast vårdkontakt. Andelen som helt saknar en fast vårdkontakt varierar mellan 8% och 11%).



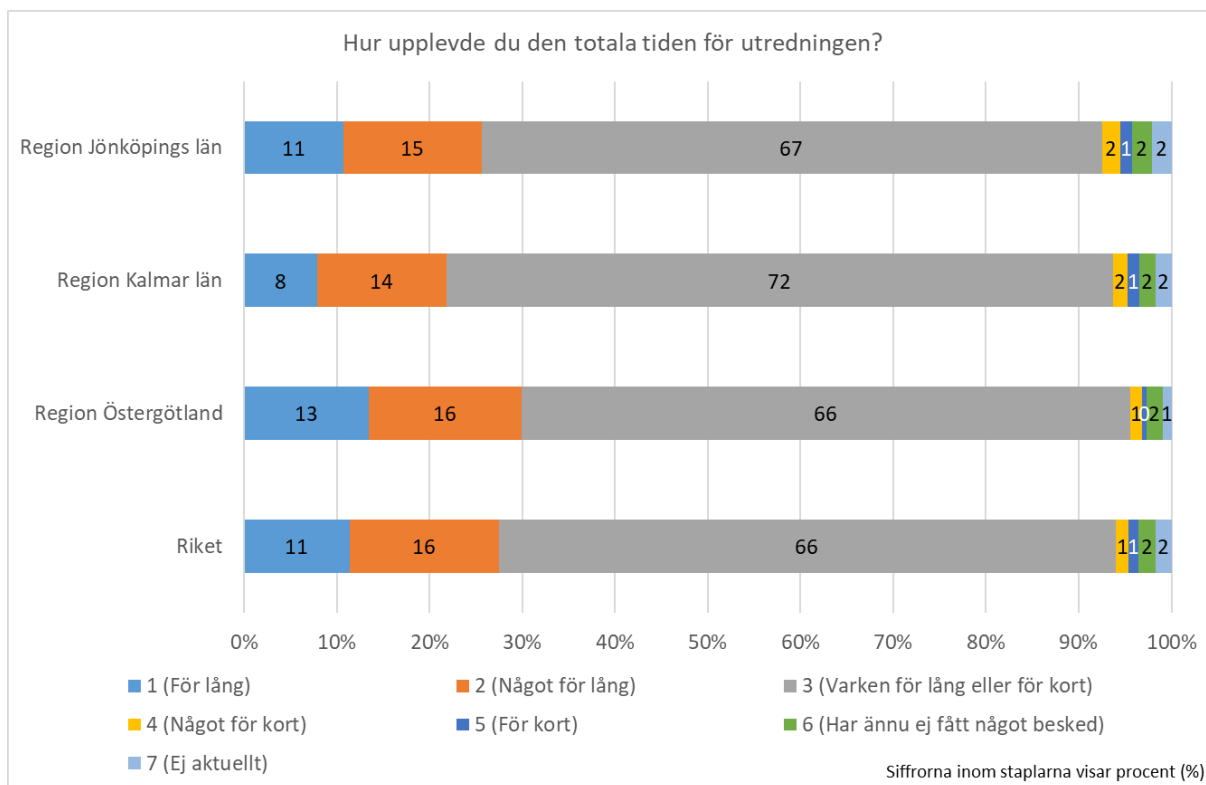
Figur 1. Upplevelse av delaktighet inom sydöstra sjukvårdsregionen jämfört med riket.



Figur 2. Tillgång till fast vårdkontakt i sydöstra sjukvårdsregionen.

Tillgänglighet

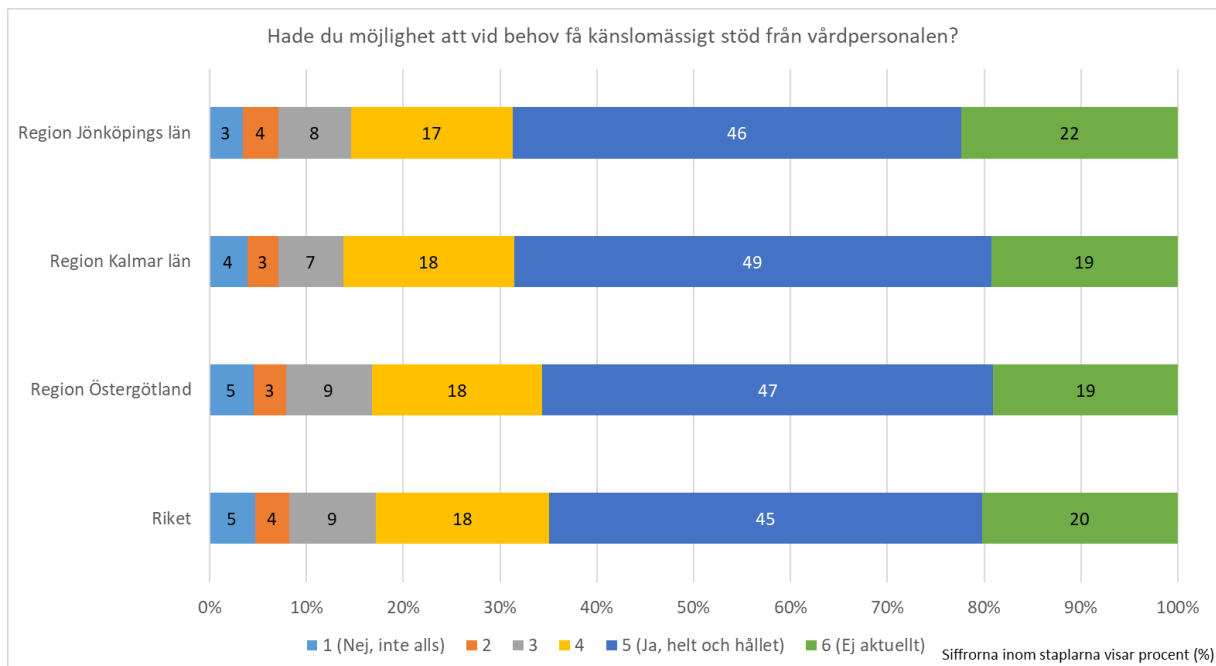
Två tredjedelar av patienterna uppger att utredningstiden varken varit för lång eller för kort och mellan 22 och 29% uppger att utredningstiden varit för lång eller något för lång (fig 3). Ett litet antal patienter uppger att det gått för fort. Region Kalmar län har något bättre resultat än riket som helhet. I övrigt ligger resultaten för sydöst i linje med riket.



Figur 3. Upplevelse av utredningstiden i SVF i sydöstra sjukvårdsregionen.

Känslomässigt stöd

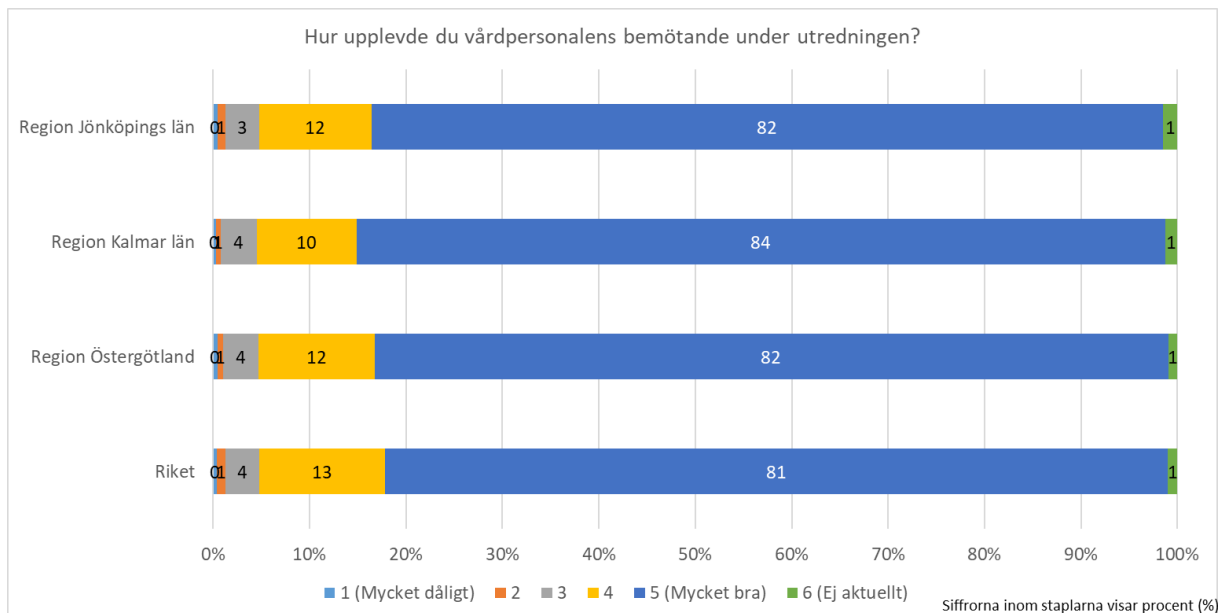
Möjligheten och behoven av känslomässigt stöd är jämförbara i hela sydöstra sjukvårdsregionen (fig 4). Knappt hälften ger möjligheten till stöd högsta betyg och ytterligare 17-18% ger näst högsta betyg. Ungefär var femte patient uppger att känslomässigt stöd från vårdpersonalen inte varit aktuellt för dem, vilket kan tolkas som att de inte varit i behov av stöd från vårdpersonalen.



Figur 4. Möjlighet till känslomässigt stöd i sydöstra sjukvårdsregionen.

Bemötande

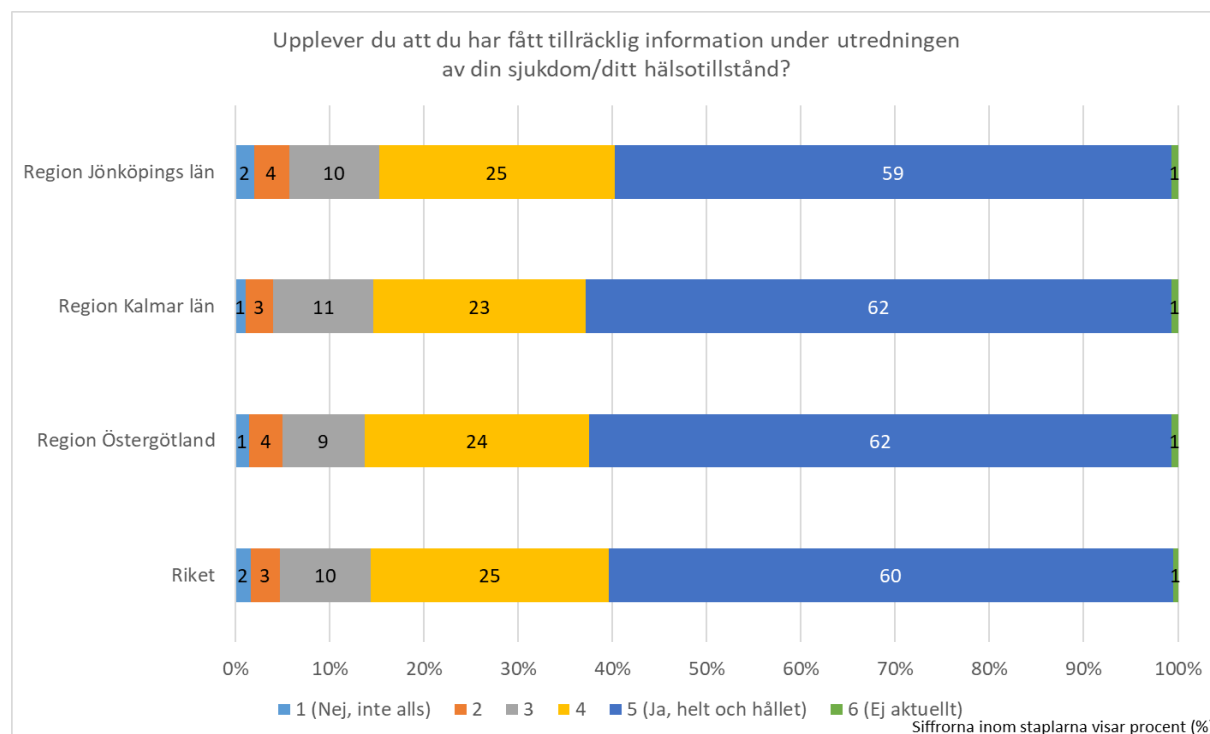
Bemötandet får höga betyg av patienterna och över 90% uppger att de upplever bemötandet som positivt. Ett gott bemötande har i andra undersökningar skattats som en av de viktigaste faktorerna för patienterna, så ett gott betyg i den här dimensionen är av stor betydelse.



Figur 5. Patientens upplevelse av vårdpersonalens bemötande i sydöstra sjukvårdsregionen.

Information

Över 80% av de svarande uppger att de fått tillräcklig information om sin sjukdom/sitt hälsotillstånd under utredningen. Ca 15% är neutrala eller negativa till informationen. Ytterligare anpassning av informationen till olika patientgrupper och individer skulle möjligen ge förbättringar i resultatet.



Figur 6. Upplevelsen av att ha fått tillräckligt med information under utredningen.

Patientrapporterade utfallsmått

Patientrapporterade utfallsmått (PROM) mäts i flera av våra kvalitetsregister, men val av enkät och tidpunkt för mätning varierar något. I den här rapporten har vi valt att fokusera på PROM för två stora patientgrupper, bröstcancer- respektive prostatacancerpatienter. Resultaten har hämtats från Nationella kvalitetsregistret för Bröstcancer (NKBC) samt Nationella Prostatacancerregistret (NPCR). Ytterligare resultat finns på respektive registers webbplats.

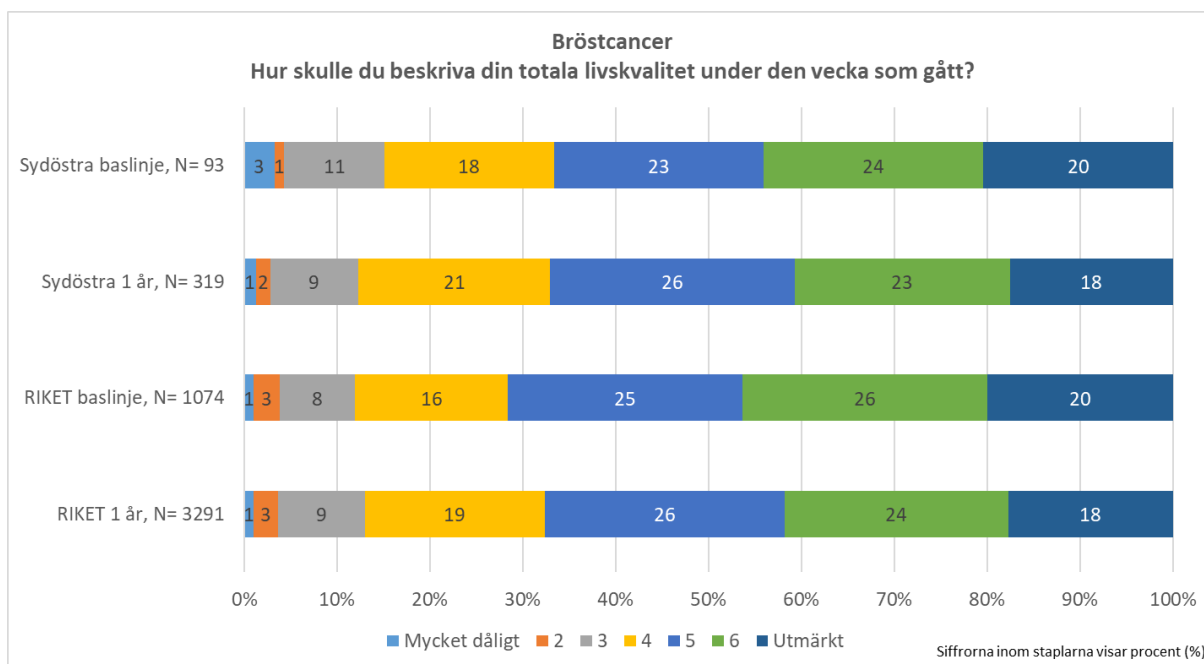
Om enkäterna

NKBC använder enkäten EORTC QLQ-C30 (European organisation for research and treatment of cancer Quality of Life Questionnaire Core 30) som är ett standardformulär för cancerpatienter. Totalt består det av 30 frågor som delas in flera funktionsområden, t.ex. fysisk, kognitiv, och social funktionsförmåga samt ett antal problemområden som fatigue, illamående, smärta och oro. Utöver dessa skattar patienten sin övergripande hälsa samt livskvalitet.

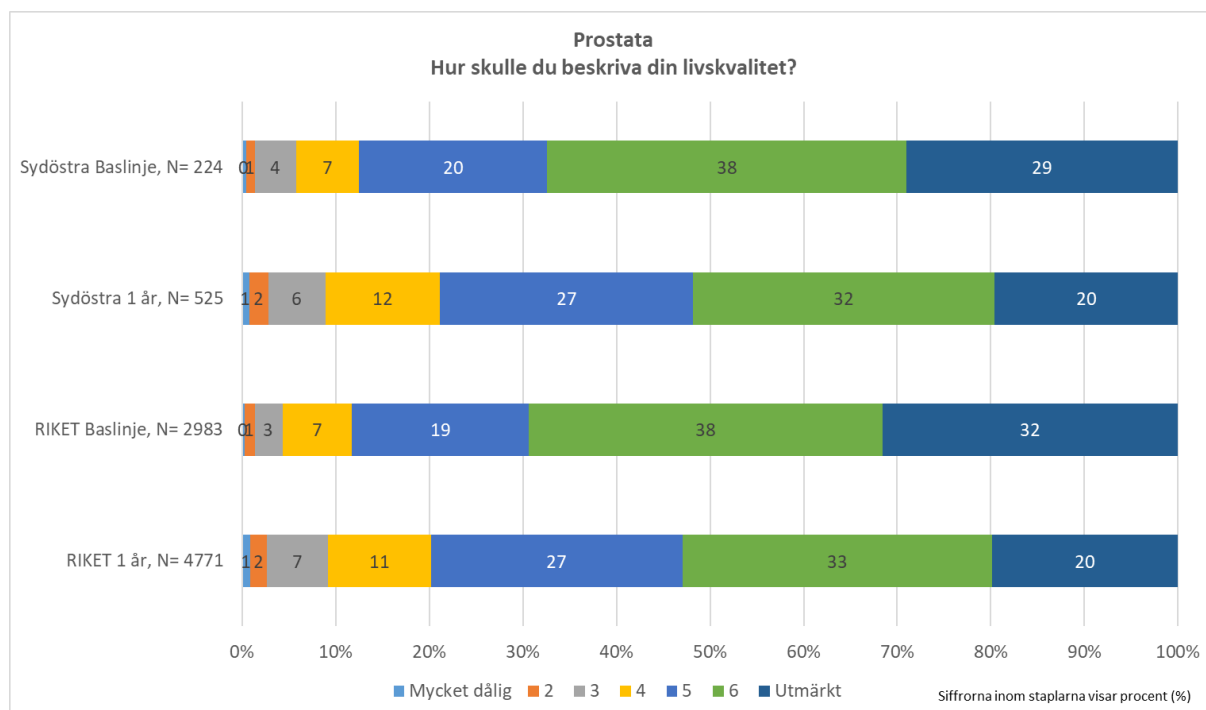
NPCR använder en egenkonstruerad enkät med 43 frågor som huvudsakligen berör urinläckage, tarmfunktion, och sexualitet men även ett par frågor om hälsa och livskvalitet. Frågan om livskvalitet är hämtat från QLQ-C30 och kan därför bedömas på samma sätt. Data i diagrammen nedan avser patienter som avslutade behandling under 2023.

Om resultaten

Livskvaliteten hos både patienter med bröstcancer och prostatacancer är övervägande positiv (svarsalternativ 5, 6 eller 7), medan en mindre andel skattar sin livskvalitet som sämre (alternativ 1,2 eller 3) (fig 7 och 8). Patienter med prostatacancer anger en högre grad av livskvalitet än bröstcancerpatienterna. Detta behöver dock inte vara enbart diagnosberoende, utan kan även bero på andra faktorer som t.ex. ålder, kön och samsjuklighet.



Figur 7. Självskattad livskvalitet före (baslinje) samt ett år efter bröstcanceroperation i sydöst respektive riket.



Figur 8. Självskattad livskvalitet före (baslinje) samt ett år efter kurativt syftande prostatacancerbehandling (operation eller strålning) i sydöst respektive riket.

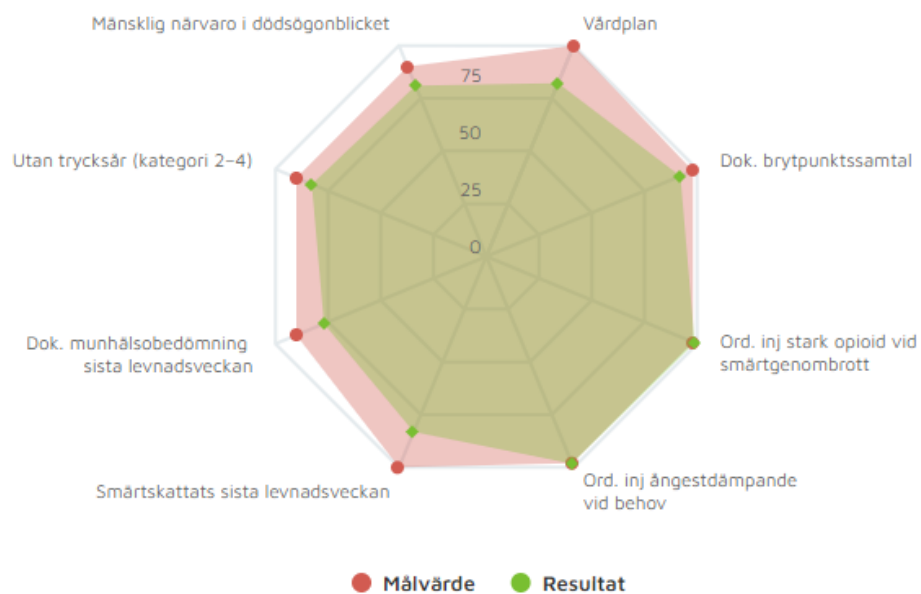
Vid en jämförelse av baslinjemätningen, dvs före behandling, jämfört med ettårsuppföljningen, förefaller behandling för prostatacancer påverka livskvaliteten mer än behandlingen för bröstcancer. Skillnaderna i sydöstra är jämförbara med dem för riket.

Palliativregistret

Nedan är resultat utifrån väntade dödsfall inom slutenvård och specialiserad palliativ slutenvård med en cancersjukdom (diagnos) inom LCCC presenterat (N= 225).

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-09



Patientperspektivet i fokus

Under 2024 har tre personer ingått i gruppen för patient- och närståenderepresentanter. Representanterna har varit delaktiga i hela ackrediteringsprocessen och har därefter blivit inbjudna till vidare utveckling och samverkan, däribland verksamhetsledningen, cancerprocesser och utveckling enligt dem strategiska målen. Representanterna lyfter att de känner sig respekterade, delaktiga och lyssnade på samt att deras åsikter tas tillvara inom arbetet kring LCCC.

Aktiviteter som patient- och närståenderepresentanterna har medverkat i under 2024:

- Medverkade vid OECl:s platsbesök i Linköping och blev då intervjuade av representanter från OECl.
- Deltagit i LCCC:s verksamhetslednings- och kompetensråd var tredje vecka.
- Närvarat vid CCC-nätverksträffar i både Lund och Linköping samt representerat LCCC i en nationell CCC-nätverksgrupp för patient- och närståenderepresentanter, som bildades under året.
- Föreläst för sjukvårdspersonal vid LCCC i utbildningssyfte.
- Arrangerat en patient- och närståendekväll på LCCC.
- Medverkat i arbetet inom huvud- och halscancerprocessen vid LCCC.
- Bidragit med remissvar till den nya cancerstrategin "Bättre tillsammans – förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi" på både nationell och lokal nivå.

Beskrivning av cancerforskning

Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC) etablerades 2022 och ackrediterades av Organisation of European Cancer Institutes den 19 juni 2024. LCCC har som mål att etablera en ledande forskningsmiljö inom cancer vid Linköpings universitet och Region Östergötland. Det övergripande målet är att öka produktionen av vetenskapliga publikationer med hög genomslagskraft och attrahera extern forskningsfinansiering på excellensnivå genom att:

- Stärka en enad forskningsmiljö inom cancer vid Linköpings universitet och Region Östergötland
- Främja tvärvetenskapligt samarbete inom cancerforskning
- Underlätta gemensamma forskningsinitiativ mellan grundforskning och klinisk verksamhet
- Bygga vidare på redan starka forskningsmiljöer och fördjupa deras samverkan

Nätverket Strategisk forskningsmiljö – Cancer, som utgör LCCC:s forskningsplattform, omfattar för närvarande 192 medlemmar, varav cirka 40 är huvudansvariga forskare (PIs) på lektors- eller professorsnivå. Övriga medlemmar är postdoktorala forskare och doktorander. Strategisk forskningsmiljö – Cancer har funnits i över tio år och var en etablerad samverkansplattform för forskning redan innan LCCC bildades och ackrediterades.

Forskningen beskrivs vidare i LCCC:s forskningsrapport, som bifogas som bilaga 1.

