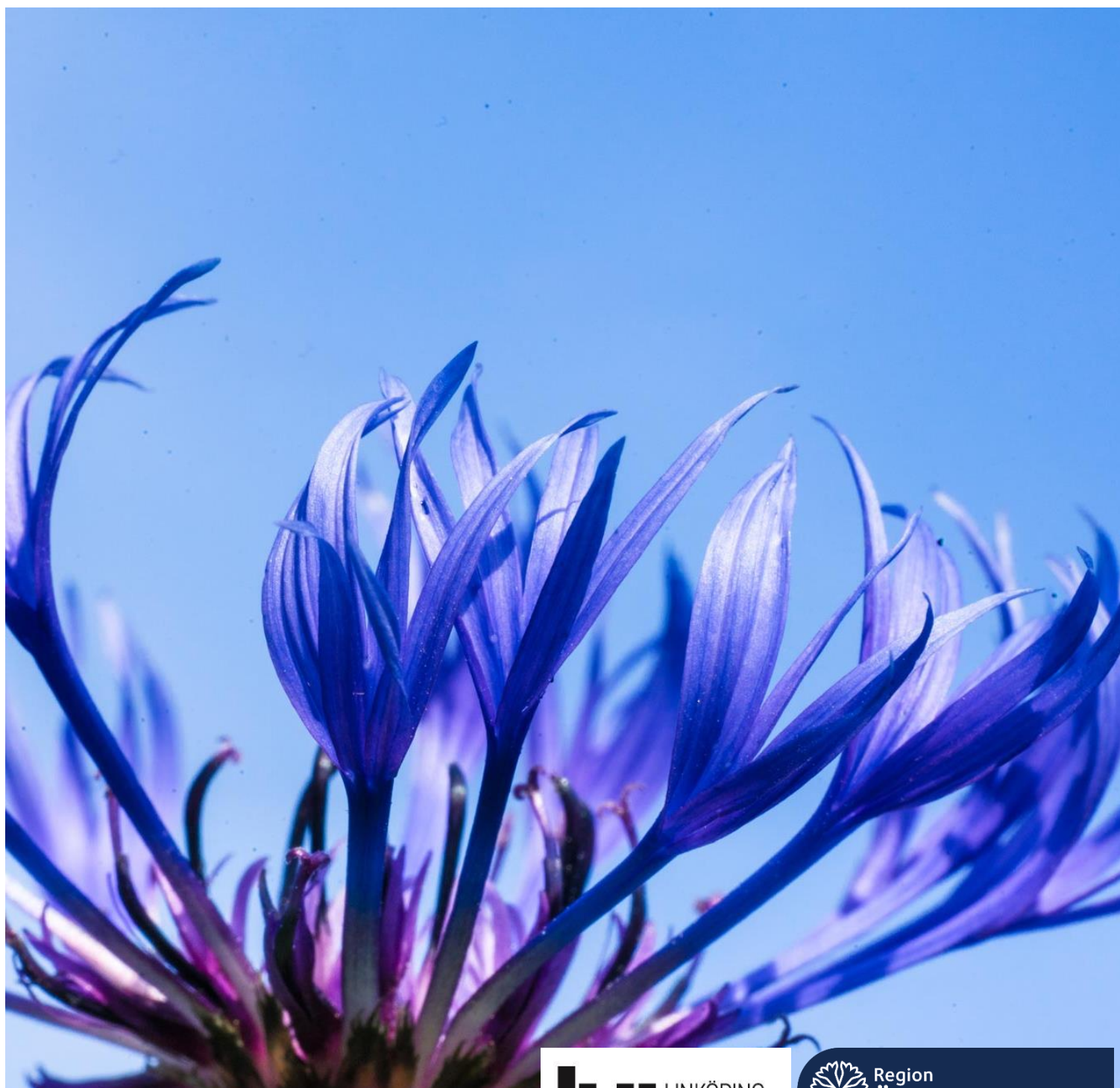


Linköping Comprehensive Cancer Center

– årsrapport 2025



Innehållsförteckning

Introduktion från Ordförande.....	3
Om Linköping Comprehensive Cancer Center.....	4
Bakgrund	4
Målbild Region Östergötland	4
Tillsammans för bästa vård och hälsa	4
Målbild Linköpings Universitet	5
Ledningsstruktur av Linköping Comprehensive Cancer center	5
LCCC Stab	10
Linköping Cancer Research ledningsråd	11
Cancerforskning.....	13
Beskrivning av cancerforskning	13
SVF rapport	14
Operationskapacitet	15
Patientsäkerhetsrapport LCCC 2025	16
Nyckeltal per process	18
Processer inom LCCC.....	21
ANOPIVA	21
Hematologiska kliniken.....	22
Kirurgiska kliniken i Linköping	23
Klinisk genetik	24
Klinisk Patologi.....	25
Forskning och utveckling	26
Onkologiska kliniken	26
Precisionsmedicinskt Laboratorium (PL)	27
Röntgenkliniken Linköping.....	28
Urologiska kliniken	29
Processarbete	30
Barnprocesser	30
Blåscancerprocessen-ledtider inkl. SVF.....	33
Bröstcancerprocessen.....	35
Esofagus/ventrikelprocessen.....	36
Bukspottkörtel och periampullär cancer	37
Gynekologisk cancer	38
Förbättringsarbeten.....	38
Förbättringsarbeten under nästkommande år	39

Cervixcancerscreening och HPV-vaccination utöver barnvaccinationsprogrammet	39
Huvud- och halscancerprocessen:	39
Koloncancerprocessen	42
Processteam Lever/gallvägar	44
Lungcancerprocessen	45
Hudcancerprocessen	46
Njuncancerprocessen	49
Prostatacancerprocessen	52
Rehabiliteringsprocessen	54
Rektalcancerprocessen	56
Förbättringsarbeten	56
Tillänkta förbättringsarbeten under nästkommande år	57
Sarkomprocessen	57
Patient- och omvårdningsmätt	58
Omvårdningskvalitetsmätning	58
Min vårdplan Cancer	58
Palliativregistret	61
Patientrapporterade mått	61
Patientrapporterade Erfarenheter	61
Patientrapporterade utfallsmått	67
Patientperspektivet i fokus	70
Ekonomi inom cancervården	71
Bokslut 2023–2025	71
Budget för 2026	73

Introduktion från Ordförande

Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC) har gjort en imponerande resa även under 2025.

Vi har fortsatt att bygga en stabil grund för LCCCs organisation och struktur. Vi har 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 fortsatt för att säkerställa goda medicinska resultat och göra en verklig skillnad för cancerpatienter.

Under 2025 har arbetet med att utveckla cancerområdet efter ackrediteringen fortgått. Jag vill rikta ett särskilt tack till alla medarbetare och chefer som stöttar och medverkar i utvecklingen av cancerområdet. Jag är fullt medveten om att det kan vara en utmaning att avsätta tid för detta arbete, men för våra patienter är det helt nödvändigt.

Denna årsrapport ger en inblick i hur LCCC har utvecklats under 2025. Vårdpersonal har 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. LCCC välkomnar också den nya nationella cancerstrategin och kommer aktivt implementera den i det fortsatta arbetet.

Huvudsyftet med LCCC är att koordinera, stötta 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.

Tillsammans kommer den resa vi gör i LCCC fortsatt 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 implementering av ackrediteringen av vårt CCC, efter att vi ackrediterades sommaren 2024 som Linköping Comprehensive Cancer Center. LCCC är nu väletablerat inom vård, utbildning och forskning och arbete pågår nu att vidga ackrediteringsarbetet och organisationen till hela SÖSR. Som CCC är vi också en aktiv part i den nationella implementeringen av cancerstrategin vilket ytterligare etablerar vår roll och syfte i ett större perspektiv.

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:

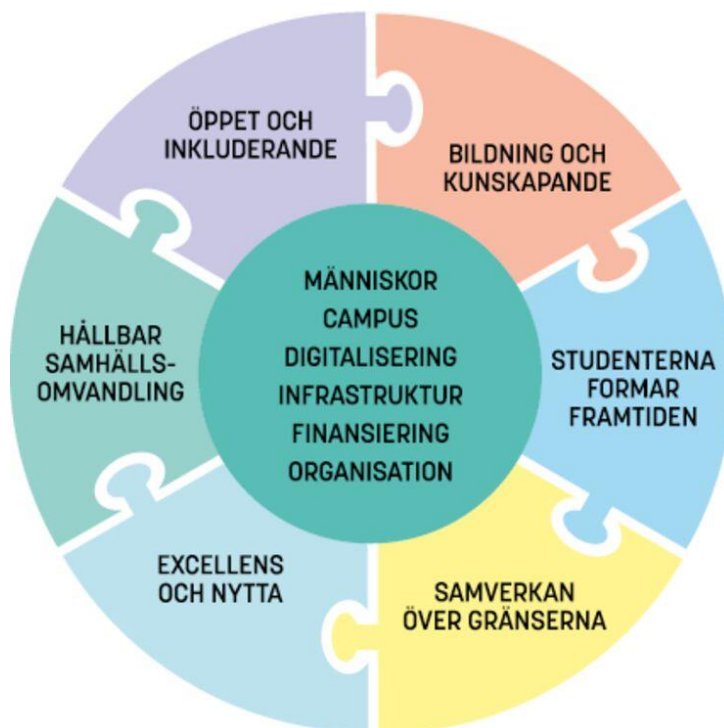
- Trygg och säker
- Tillgänglig och effektiv
- Hållbar och professionell
- Vård efter behov
- Kvalitet och utveckling
- Värdeskapande möten
- Forskning och utbildning i framkant

Målbild Linköpings Universitet

Vision och strategisk plan 2030

Linköpings universitet har sex målområden som ses som de mest angelägna att fokusera på under kommande år. Det är inte genom en enskild strategi utan genom den sammanvägda kraften hos flera länkade strategier som framtidens utbildning och forskning skapas.

För att vi ska nå våra mål krävs inte bara att vi vågar vara en nyskapande, flexibel och snabbfotad organisation, utan även ett stort mått av engagemang, empati, medinflytande och tillåtande ledarskap. Det är stora och förpliktande men samtidigt helt nödvändiga ord – genom att uppfylla målsättningarna inom varje målområde får våra medarbetare och studenter tillsammans ökade möjligheter att driva Linköpings universitet framåt som det djärvt nyskapande universitetet.



Mål och vision för cancerforskning

Genom att stödja tvärvetenskaplig forskning bygger vi på starka traditioner vid Linköpings universitet och Region Östergötland i syfte att bilda en stark plattform (Nätverket Cancer) för cancerforskning med målet att förbättra cancerpatienters överlevnad och vård.

Vårt mål är att skapa en profilmiljö för cancerforskning vid Linköpings universitet/Region Östergötland och höja nivån på cancerforskningen genom större sammansatta forskningsmiljöer, fler högkvalitativa publikationer samt större och fler excellenta anslag.

Nätverket Cancer ska uppnå sin vision genom att:

1. skapa gemenskap för cancerforskningen vid Linköpings universitet/Region Östergötland vilket även blir en plantskola för yngre forskare
2. stärka de tvärvetenskapliga knytpunkterna för cancerforskningen på LiU/RÖ
3. vara en katalysator för samarbetsprojekt inom cancerområdet

Ledningsstruktur av Linköping Comprehensive Cancer center

Under 2025 har alla ledningsstrukturer varit på plats och etablerats i organisationen. Under 2025 har vi arbetat fram en ny strategisk plan för 2026–2028 och också målmedvetet fokuserat för att nå våra strategiska mål, vilka beskrivs mer i detalj här:

[Linköping Comprehensive Cancer center – Strategiska mål för 2026 – 2028](#)

I denna årsrapport redovisas framsteg inom ett urval av våra verksamheter och processer, samt inom områdena omvårdnad och forskning. Parallellt har vi nu etablerat ett ledningssystem för LCCC, utveckla strukturer för kvalitetsuppföljning samt skapat och vidareutvecklat 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 fyra 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 ledningsråd.
- **Linköping Comprehensive Cancer Center-Linköping Cancer Research** 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.

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center Strategiskt ledningsråd

1. Vårddirektör för Universitetssjukhuset i Linköping, ordförande
2. Dekan medicinsk fakultet
3. Forskningsdirektör
4. Produktionsenhetschef Sinnescentrum
5. Produktionsenhetschef Diagnostikcentrum
6. Produktionsenhetschef Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
7. Verksamhetschef Onkologiska kliniken
8. Verksamhetschef ANOPIVA
9. Verksamhetschef Kirurgiska Kliniken i Linköping

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center Stab, till 2025-12-31

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

- Vårddirektör för Universitetssjukhuset i Linköping, ordförande
- Dekan medicinsk fakultet
- Forskningsdirektör
- Produktionsenhetschef Sinnescentrum
- Produktionsenhetschef Diagnostikcentrum
- Produktionsenhetschef Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
- Produktionsenhetschef Barn- och kvinnocentrum
- Produktionsenhetschef Närsjukvården i centrala Östergötland
- Produktionsenhetschef, Psykiatricentrum
- Prodekan i utbildning, medicinska fakulteten
- Verksamhetschef Onkologiska kliniken
- Verksamhetschef ANOPIVA
- Verksamhetschef Kirurgiska Kliniken i Linköping
- Verksamhetsområdeschef Laboratoriemedicin
- Verksamhetschef Enheten för sammanhållen cancerutredning
- Verksamhetschef Lungmedicinska kliniken
- Verksamhetschef Hematologiska kliniken
- Verksamhetschef Kirurgiska kliniken ViN
- Verksamhetschef Klinisk Genetik
- Verksamhetschef Klinisk Patologi
- Verksamhetschef Kvinnokliniken US
- Verksamhetschef Magtarmkliniken
- Verksamhetschef Neurokirurgiska kliniken
- Verksamhetschef Precisionsmedicinskt Laboratorium
- Verksamhetschef Regionalt cancercenter
- Verksamhetschef Röntgenkliniken US
- Verksamhetschef Urologiska kliniken
- Verksamhetschef Öron- näs- och halskliniken
- Representant Faktagruppen, Primärvården
- Chefläkare
- Representant H.K.H. Kronprinsessan Victorias barn- och ungdomssjukhus
- Patientrepresentanter
- Representant Region Jönköping
- Representant Region Kalmar

Deltagare i Linköping Comprehensive Cancer Center-Linköping Cancer Research

- Christer Borgfeldt, professor onkologi, Forskningsansvarig LCCC, Ordförande
- Bergthor Björnsson, professor kirurgi, Forskningsansvarig LCCC
- Claudio Cantù, professor, Institution för biomedicinska och kliniska vetenskaper, LIU
- Francisca Lottesberger, docent, Institution för biomedicinska och kliniska vetenskaper, LIU
- Johanna Ungerstedt, Professor hematologi
- Sussanne Börjeson, professor omvårdnad, prefekt

- Martin Hallbeck, professor patologi, prodekan MedFak
- Mats Ulfendahl, Forskningsdirektör
- Per Sandström, professor kirurgi, Medicinskt sakkunnig LCCC
- Gabriel Lindahl, Onkolog
- Paulina Velasco-Riestra, studentrepresentant
- Kristina Engvall, representant av Region Jönköping
- Cecilia Fagerström, professor, representant av Region Kalmar
- Neda Haj Hussein, docent, Institution för medicinsk teknik

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

Linköping Cancer Research ledningsråd



Christer Borgfeldt, Ordförande,
Professor gynekologi



Sussanne Börjesson, Prefekt,
Professor omvårdnad



Claudio Cantù, professor,
Institution för biomedicinska och
kliniska vetenskaper, LIU



Mats Ulfendahl,
Forskningsdirektör



Martin Hallbeck, Professor
patologi



Bergthor Björnsson, Professor
kirurgi



Per Sandström, Professor
kirurgi



Johanna Ungerstedt,
Professor hematologi



Gabriel Lindahl (adjungerad)



Francisca Lottesberger,
docent



Neda Haj Hussein,
docent



Kristina Engvall, Region
Jönköping



Cecilia Fagerström,
Region Kalmar

Cancerforskning

Beskrivning av cancerforskning

LCCC har som mål att etablera en ledande forskningsmiljö inom cancer vid Linköpings universitet och Region Östergötland. Syftet är att stärka och främja cancerforskningen inom ramen för Linköping Comprehensive Cancer Center (LCCC) genom att Linköpings universitet och Region Östergötland samarbetar inom ett gemensamt cancercentrum för att stärka vård, forskning och utbildning. Fokus ligger på personcentrerad vård, precisionsmedicin, AI-baserad analys, evidensbaserad praxis och kliniska studier. Genom tvärvetenskapliga samarbeten och starka forskningsplattformar utvecklas nya metoder och behandlingsstrategier. Partnerskap med patienter och förbättrad datakvalitet främjar delaktighet och uppföljning. Målet är att vara en ledande aktör nationellt och internationellt inom cancerområdet.

Under 2025 sammanslogs styrkeområdet Cancer, som drivits av Linköpings universitet och Akademiska forskningsrådet vid Region Östergötland, till Linköping Cancer Research (LCR). Syftet med sammanslagningen var att stärka och vidareutveckla samarbeten mellan prekliniska och kliniska forskare inom cancerområdet.

Inom ramen för denna satsning arrangerades Linköping Cancer Retreat (LCR Retreat) i Söderköping den 6–7 november 2025. Retreatet samlade ett stort antal deltagare och hade som mål att främja forskningssamarbeten samt synliggöra den högkvalitativa och internationellt konkurrenskraftiga cancerforskning som bedrivs inom Linköping Cancer Research.

Vidare bedrivs en kontinuerlig forskningsseminarieverksamhet inom LCR, bestående av månatliga seminarier där aktuell forskning presenteras av såväl interna forskare som externt inbjudna nationella och internationella experter.

Under 2025 fördelades medel från utlysningen Cancerforskning, vars projektansökningar granskades genom extern sakkunnigbedömning. Totalt beviljades nio forskningsgrupper inom LCR anslag om sammanlagt 4,5 miljoner kronor. Därutöver utdelades reseanslag om 7 000 kronor vardera till 15 forskare för att stödja internationellt forskningsutbyte och kompetensutveckling.

Under perioden 2021–2025 har totalt 43 doktorander antagits till Linköpings Universitet inom cancerområdet. För närvarande är 99 doktorander verksamma inom LCCC. Antalet disputerade forskare har under de senaste åren uppvisat variation, med en ökande trend under de två senaste åren. Vi ser en stabil publikationsaktivitet med drygt 250 cancerpublikationer årligen. Detaljerad information finns i LCR egen årsrapport.

När det gäller extern forskningsfinansiering har Linköpings universitet varit framgångsrikt inom cancerområdet. Inom Vetenskapsrådets och Fortes anslagstilldelningar för åren 2025–2026 har universitetet erhållit 13 beviljade anslag till ett sammanlagt belopp om 44 miljoner kronor. Därutöver tilldelades Linköpings universitet 12 miljoner kronor i forskningsmedel från Cancerfonden 2025.

SVF rapport

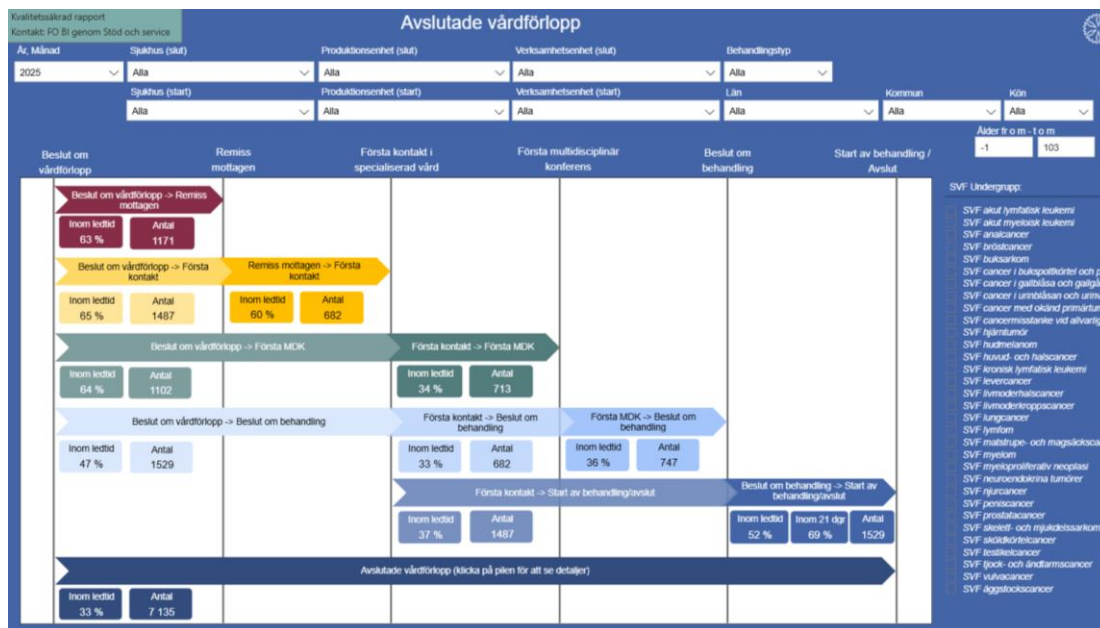
SVF (standardiserade vårdförlopp) har en central plats i cancervården i det tidiga utredningsskedet fram till första behandling. Även om det är krav på korta ledtider är det allra viktigaste att vi hela tiden håller ett tydligt patientfokus.

LCCC har sedan bildandet av cancerprocess team haft tydligt fokus på ledtider och SVF registrering. Till detta har SVF översikten skapats för att LCCCs ledning, centrum, klinik och cancerprocesser skal kunna se sina ledtidsdata.

Under 2025 har 7135 SVF patienter registrerats, med 74% inklusion, där 33 % nått sina ledtidsmål, 2024 29%, 2023 28%). Vi finner en inklusionsfrekvens mellan 0–163% i de olika förloppen, med 14 förlopp som når inklusionsmålet 70%, men där 12 ligger under.

Ett flertal förbättringsarbeten för både inklusion och målpuppfyllelse pågår och trenden gå ihop bättre målpuppfyllnad. Arbete pågår också för att öka användandet av SVF portalen i klinisk vardag och säkerställande att administratörers viktiga central roll i arbete synliggörs.

Staten ger medel för uppnått inklusionsmål (>70%) samt ledtidsuppfyllnad (>80%) under 2026 varför ytterligare arbeten planeras.



Operationskapacitet

Under året har en central utmaning varit de långa väntetiderna till cancerkirurgi, där endast 37 procent av patienterna påbörjade kirurgisk behandling inom fastställd ledtid, enligt nuvarande registreringsförfarande. Samtidigt skickas en viss andel patienter till andra vårdgivare i andra regioner för att behandla våra cancerpatienter. Trots detta visar kvalitetsregisterdata att cancervården fortsatt håller hög medicinsk kvalitet med mycket goda överlevnadsresultat. Den låga ledtidsuppfyllelsen förstärker dock behovet av att systematiskt öka operationskapaciteten för att säkerställa att cancerpatienter får behandling inom medicinskt motiverad tid.

Regionen har därför initierat en omfattande kapacitetssatsning. Kärnan i arbetet är att successivt förstärka bemanningen av operationssjuksköterskor vid ANOPIVA US, med målsättningen att till 2026 nå 39 heltidstjänster och till 2027 totalt 49. Dessa förstärkningar motsvarar åtta till tio ytterligare fullt bemannade operationssalar per dag när båda etapperna är genomförda, vilket är avgörande för att öka kapaciteten för canceroperationer. Stort fokus ligger på arbetsmiljö, psykologisk trygghet och behållarperspektivet. Satsningen kompletteras av utbildningsinsatser, rekryteringskommunikation, traineeprogram och uppdragsutbildning med start 2026, allt för att långsiktigt säkra kompetensförsörjningen.

För att ytterligare förstärka den kirurgiska kapaciteten etableras fler bemannade operationssalar på flera operationsarenor, särskilt på Vrinnevisjukhuset, där kapacitetsökning redan under 2025 bidragit till kortare köer och mer balanserade patientflöden. Regionen planerar också att utöka robotkirurgin genom att placera en tredje operationsrobot på Vrinnevisjukhuset. Detta både avlastar Linköping US och möjliggör att delar av cancerkirurgin kan förflyttas och därigenom skapa ett samlat kapacitetstillskott inom canceroperationer.

I dagsläget köper Region Östergötland vissa canceroperationer utanför regionen för att hantera bristande operationskapacitet. Dessa insatser har varit nödvändiga för att undvika alltför långa väntetider, men är inte långsiktigt önskvärda varken ur kompetens-, kvalitets- eller patientperspektiv. De pågående kapacitetssatsningarna, i kombination med strukturerad produktions- och kapacitetsstyrning, syftar därför till att successivt minska behovet av extern vård. Framåt bedöms intern kapacitet kunna byggas upp så att canceroperationer åter kan utföras inom regionens egna operationsarenor.

Ett prioriterat utvecklingsområde för 2026 är den operativa styrningen av canceroperativa flöden i nära samarbete med LCCC. Fokus ligger på säkra registreringsrutiner, optimerade processer och förstärkt gemensam kommunikation. Ett särskilt mål är att säkerställa enhetlig och korrekt registrering av KVÅ-koder för behandlingsbeslut och behandlingsstart, då detta är grunden för att kunna analysera ledtider och styra kapacitet i enlighet med behov. Alla cancerprocesser genomför därför gap-analyser för att identifiera vad som behövs för att nå en konsekvent registrering.

Sammantaget innebär arbetet att regionen tar betydande steg för att stärka sitt uppdrag inom cancerkirurgi. Genom en kombination av strategisk bemanningsförstärkning, ökad salstillgång, utveckling av robotkirurgi och förbättrad processtyrning är målsättningen framåt att både korta väntetider, reducera beroendet av köpt vård och samtidigt säkra en hållbar och högkvalitativ cancervård i Region Östergötland.

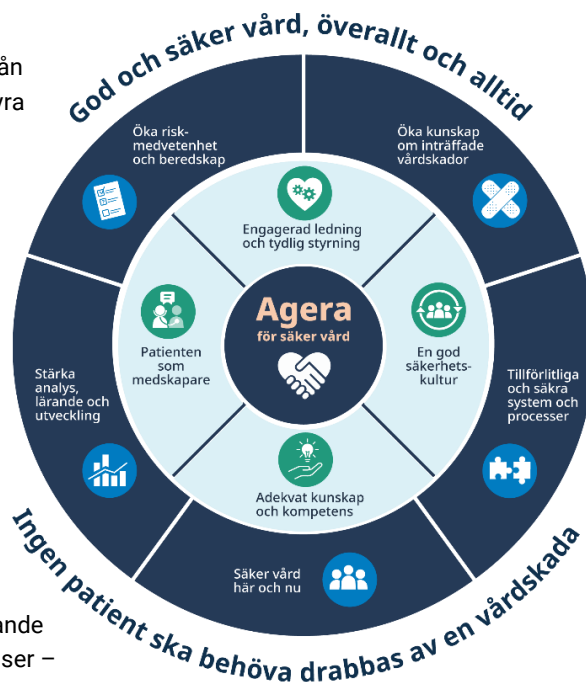
Patientsäkerhetsrapport LCCC 2025

Region Östergötlands patientsäkerhetsarbete utgår från *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet* där fyra grundförutsättningar och fem fokusområden utgör formen för insatser och fokusområden.

[Handlingsplan för ökad patientsäkerhet](#)

Region Östergötlands patientsäkerhetsarbete under 2025 har utmanats av fortsatt kapacitets- och resursbrist främst inom områden:

- Vårdplatser
- Operation
- Diagnostik



Utmaningar inom tillgängligheten är en av bakomliggande orsaker till att även i år är allvarliga undvikbara händelser – vårdskador, relaterade till **fördröjningar i vården**, framför allt inom **cancersjukvården**, den största andelen av anmälningarna – lex Maria anmälan till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Alla internutredningar av allvarliga händelser inom vårdområdet cancersjukdomar har genomförts med i snitt en månad kortare utredningstider än genomsnitt. IVO har begärt komplettering av en utredning. Detta tyder på att internutredningar håller god kvalitet.

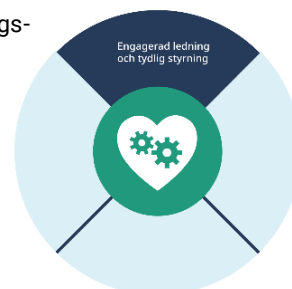
Majoritet av patienter som drabbades av vårdskada har fått väsentligt ökad vårdbehov och en patient drabbats av bestående men.

Vår gemensamma vision att skydda patienten mot vårdskada kräver samverkan kring insatser för god och säker vård och för det krävs en organisation med kultur som främjar säkerhet.

LCCC:s Strategisk plan 2026–2028 speglar grundförutsättningar i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och konkretiserar insatser inom cancervården.

○ Engagerad ledning och tydlig styrning

Ett strukturerat kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs i linje med planerings- och kontrollcykler. Internrevisioner, indikatorbaserad uppföljning har stärkt ledningens möjligheter till uppföljning och prioritering. Uppföljning av centrala patientsäkerhetsindikatorer och analys av riskområden är etablerad även om filtrering per vårdområde cancersjukdomar inte i nuläget är möjligt. Chefläkarenheten kan, särskilt vid utredningar av allvarliga händelser och vid behov som stöd till verksamheternas chefer och ledningsgrupper, uppmärksamma särskilda riskområden.



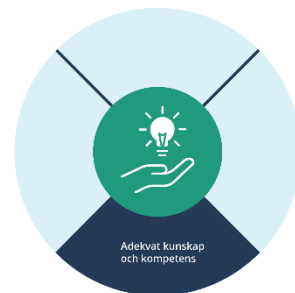
- **En god säkerhetskultur**

Transparens, riskmedvetenhet och tydlig inriktning mot lärandekultur. Under 2025 har LCCC genomfört ett flertal aktiviteter med tydligt fokus på teamarbete och arbetsmiljö. Arbetet har omfattat utveckling av multiprofessionella team, förbättrad operationsplanering, riktade arbetsmiljöutredningar, stärkt psykosocialt och organisatoriskt stöd till medarbetare. Dessa insatser har bidragit till ökad tydlighet i roller, förbättrad kommunikation och mer hållbara arbetsförhållanden i cancervården.



- **Adekvat kunskap och kompetens**

Utbildningsinsatser har genomförts under året, både inom cancervård och patientsäkerhet. Kompetenssäkring genom grundutbildningar, riktade utbildningar - bland annat cytostatika, omvårdnad och patientsäkerhet, samt regionens kompetensmodell har stärkt förutsättningarna för en säker vård. Utbildningar i ACT, MI, psykosocialt bemötande Lymfterapeututbildning, sexologisk kompetens, gemensamma utbildnings- och nätverksdagar.



- **Patienten som medskapare.**

Patientens roll som medskapare är tydligt integrerad. Patientrepresentanter deltar i styrning och utvecklingsarbete, och patienters erfarenheter (via PREM, 1177 och Patientnämnden) används systematiskt som underlag för förbättring. Arbetet med Min vårdplan och personcentrerat förhållningssätt är väl förankrat.



Nyckeltal per process

Bröstcancer

- 495 patienter opererades för bröstcancer
- 94,9 % av operationerna utfördes som dagkirurgi
- 57% av operationerna genomfördes inom 21 dagar efter behandlingsbeslut
- 81 % av patienter fick postoperativ strålbehandling
- 76 % av patienterna med HER2-muterade tumörer fick målriktad behandling
- 82,2 % (2009–2018) av bröstcancerpatienterna hade en observerad 5-årsöverlevnad.
- 95 % av patienterna hade en kontaktsjuksköterska och 93 % hade en individuell vårdplan
- 100 % av patienterna var registrerade i Nationella kvalitetsregistret för bröstcancer (NKBC)

Hudcancer, Region Östergötland, första halvåret 2025, källa: INCA-register

- Täckningsgrad av kvalitetsregistret mot cancerregistret för hudmelanom: 99 % (avser sydöstra sjukvårdsregionen)
- Antal fall rapporterade till kvalitetsregistret: 170
- Tumörtjocklek: 63,5% \leq 1 mm
- Första läkarbesök till primärkirurgi: 13 dagar (median)
- Första läkarbesök till diagnosbesked: 40 dagar (median)
- Primärkirurgi till svarsdatum patologi: 20 dagar (median)
- Svarsdatum patologi till utvidgad excision: 21 dagar (median)
- Sentinel node till svarsdatum patologi: 13 dagar (median)
- Andel med Kontaktsjuksköterska: 71%
- Andel som diskuterats på MDK (Stadium IIIA och uppåt): 86%
- Andel som genomgått SNB: 42%

Huvud- och halscancer

- Observerad 5-årsöverlevnad 70%
- 98,5% av patienter var registrerade i Nationella kvalitetsregistret för HNC
- 288 Standardiserade vårdförlopp startades under 2025
- Av dem fick 62% behandling inom angiven ledtid
- Inklusion i SVF var 95%

Livmoderkroppscancer

- Inom Sydöstra sjukvårdsregionen inklusive region Västmanland diagnosticerades 2025 177 kvinnor med livmoderkroppscancer.
- Pga opresursbrist: 2025 opererades 28 patienter av oss via privatklinik i Lund och 27 patienter remitterades för kirurgi på Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Totalt 88% opererades med minimalinvasiv teknik
- Relativ femårsöverlevnad alla stadier 79%.
- Relativ femårsöverlevnad stadium III-IV 45%

Cervixcancer

- Inom Sydöstra sjukvårdsregionen inklusive region Västmanland diagnosticerades 2025 40 kvinnor med livmoderhalscancer.
- 2 patienter opererades med radikal hysterektomi varav ingen patient erhöll postoperativ radiokemoterapi (målvärde >85%)
- Relativ femårsöverlevnad alla stadier 81%.
- Relativ femårsöverlevnad stadium III-IV 40%

Äggstocks-, äggledar- och bukhinnecancer samt borderlinetumör

- Inom Sydöstra sjukvårdsregionen inklusive region Västmanland diagnosticerades
 - 80 kvinnor med cancer i äggstockar, äggledare eller bukhinnecancer
 - 47 kvinnor diagnosticerades med borderlinetumör i ovarium
- 32% av 149 patienter har erhållit kirurgi eller onkologisk behandling inom leddtid.
- Relativ femårsöverlevnad alla stadier 51%.
- Relativ femårsöverlevnad stadium III-IV 34%

Vulvacancer

- 37 patienter har behandlats för vulvacancer med kirurgi eller primär radio(kemo)terapi alternativt palliativ radioterapi. Av dessa har 17% behandlats inom leddtid.
- Relativ femårsöverlevnad alla stadier 58%
- Relativ femårsöverlevnad stadium III-IV 36%
- 99% täckningsgrad mot cancerregistret

Lungcancer

- 87 % diskuterades vid MDK
- 91 % fick PET-CT före behandlingsstart (patienter som skulle genomgå kurativ behandling; kirurgi, stereotaxi eller kemoradioterapi)
- 2 % fick kirurgi inom 44 dagar (från ankomst av remiss till kirurgi. 44 dagar är målleddtid enligt SVF)
- 77% av patienterna med icke-småcellig lungcancer (NSCLC) och stadium IA-IIB, WHO Performance status (0–2) planerades för kurativt syftande kirurgi eller stereotaktisk strålbehandling
- 51 % registrerade i Nationella kvalitetsregistret för lungcancer inom 3 månader från diagnos

Rektalcancer

Senaste registerutdrag (2024) avseende rektalcancer i Östergötland:

- Täckningsgrad registret 99% (Riket 100%)
- Post-op MDK 100% (Riket 99%, målnivå över 90%)
- Pre-op strålning 37%
- 30-dagars mortalitet 0,6% (Riket 0,4%)
- 5-årsöverlevnad 64% (Riket 60%)
- Andel konverterade från laparoskopi till öppen op: 0% (Riket 4%)
- R0-resektion: 95% (Riket 95%, mål över 90%)
- Tid från diagnos till start av behandling, median: 51 dagar (Riket 48 dagar)

Patologen

- Preoperativa prover: 26 142 st remisser
- Operationspreparat: 5 472 st remisser
- Remisser totalt: 77 281 st
- Histologiska analyser: 37 234 st
- Cytologiska analyser: 6 642 st
- Cervixcytologier: 23 159 st
- Molekylärpatologiska analyser: 1 965 st
- SVF: 7 288 st
- Snabbsvar: 7 253 st

Processer inom LCCC

ANOPIVA

Processarbete

Under 2025 har vi fortsatt arbetet med att öka effektiviteten i processen vid robotassisterade operationer. Utöver arbetet med urologisk och gynekologisk cancerkirurgi (vilket påbörjades under 2024) fortsätter arbetet också med kolorektal cancerkirurgi i robot samt njurkirurgi i robot. Processfarten vid dessa operationer är bland de högsta i landet och det arbetssätt som innebär att man kan genomföra tre robotassisterade prostatektomier inom en arbetsdag är under 2025 satt i förvaltning och genomförs med regelbundenhet inom ordinär schemaläggning. Under året har också arbetsflödet vid robotassisterade hysterektomier finslipats så att man vid utvalda tillfällen kan genomföra fyra sådana operationer under en dag. Vid robotassisterad gynekologisk och urologisk kirurgi har alltså utnyttjandet av operationsresursen förbättrats ytterligare. Under 2025 har processen vidareutvecklats till att också innefatta robotassisterad kolorektal cancerkirurgi samt njurkirurgi. Vi väntar oss förbättrade och snabbare processer inom både dessa områden.

Vårdkvalitet

Under 2025 har tillgängligheten till postoperativ intermediärvård ytterligare förbättrats i och med en mer stabil personalförsörjning inom intermediärvården. Intermediärvårdsavdelningen inom Anopiva (Cima) ger ökade möjligheter till förbättrad vårdkvalitet i det omedelbara postoperativa förloppet och ger också möjlighet att på ett bättre sätt 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 2026. Arbete med arbetsmiljö, arbetsbelastning, återrekrytering och attraktivitet som arbetsgivare är centralt vid Anopiva och pågår på flera olika vis. Rent konkret har en arbetsmiljöutredning vid NK-operation genomförts och en riskanalys avseende operationssjuksköterskornas arbetsmiljö är under genomförande. Ett större arbete med att utveckla den interna organisationen på operation har startats under året och väntas fortgå under en längre tid. Målet är att hitta struktur för en robust och attraktiv organisation.

Koordinerad operationsplanering i strukturerade forum har implementerats ytterligare och visat sig vara lyckosamt för möjligheten att styra patientflödet inom RÖ till olika lämpliga operationsarenor vilket i sig ger ökade möjligheter för cancerkirurgi på den mest lämpliga operationsarenan. Vidareutveckling av sådant arbete pågår.

Vid NK-operation har regelmässigt schemalagda "långa operationssalar" införts med mål att bättre kunna planera och optimera operationsresursen inom den neurokirurgisk cancerkirurgi.

Forskning och utveckling

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

Hematologiska kliniken

Processarbete

För alla maligna diagnoser förutom lymfom bedrivs utredning i princip inom kliniken med benmärgsundersökning, molekylärgenetiska undersökningar och i förekommande fall radiologi. Skyndsamhet till utredning avgörs av blodprovresultat som oftast ligger till grund för remiss. Lymfomdiagnos ställs vanligen via ESCU eller opererande specialitet (NK, ÖNH, kirurgiska kliniken). Så fort PAD finns tillgängligt kallas patient i tid utifrån diagnos. Patienter med högmaligna lymfom får tid inom en vecka, lågmaligna lymfom behöver inte omhändertas skyndsamt såvida inte svår symtomatologi föreligger. Här görs alltid individuella bedömningar.

Process akut leukemi är väldefinierad, remisser kommer ofta från primärvård eller akutmottagning pga uttalade cytopenier. Patienten kommer då samma eller påföljande dag till vår slutenvårdsavdelning för utredning och behandlingsstart. Tack vara samarbete med labb i München får vi diagnostik inom 1-2 dagar och prognostisk information inom 7 dagar vilket är snabbare än svenska labb kan erbjuda.

Patienter med misstänkt behandlingskrävande myelom får tid inom en vecka till vår dagvårdsmottagning som är bemannad varje förmiddag med specialistläkare för just tillgänglighet till snabba utredningar.

Från SÖSR kommer färdigutredda patienter för högspecialiserad hematologisk vård (transplantationer, högdos metotrexat för CNS-lymfom, CART-cellsbehandling etc). För patienter till CELL-terapienheten finns tydliga processer enligt vår JACIE ackreditering. Helgtid kan patienter med akuta hematologiska tillstånd hanteras av US hematologen, för att sedan återremitteras till SÖSR när tillståndet stabiliserats. Då sker kontakt, läkare till läkare, telefonledes.

SVF registrering haltande av skälet att vi driver våra egna utredningar med få involverade samarbetspartners, redan känt snabba ledtider samt många kroniska diagnoser som inte kräver akut omhändertagande.

Vårdkvalitet

Tack vare JACIE ackreditering har vi ett kvalitetsledningssystem som försäkrar att vi gör regelbundna revisioner och audits av verksamheten, *bland annat*:

- Mortalitet, morbiditet och överlevnad efter alloge stamcellstransplantation
- Att patienterna inte tappar vikt under vårdtiden, förekomst av VRI, följsamhet till hygienrutiner, klädregler, städrutiner
- Uppföljning av medarbetargruppen avseende stabilitet i personalgruppen för att säkra kompetens, fortbildning (bibehålla och stärka kompetens) för läkare, sköterskor och undersköterskor.

Ledtider

Som regel korta ledtider enligt ovan (processarbete). De processer som tar tid och kräver mycket logistik är cell-terapierna (auto/allo SCT och CART). Här krävs gott samarbete med respektive sjukhus inom SÖSR men kommunikationen är som regel god. 2025 fick 9 patienter CART-cellsbehandling (att jämföra med 8 patienter 2024), å andra sidan allogentransplanterades bara 14 (jämfört med 26 patienter 2024). Antalet transplantationer är direkt avhängigt incidens av t ex AML och MDS och med i utgångsläget relativt låg incidens kan transplantationsverksamheten variera mycket från år till år.

Forskning och utveckling

Under 2025 upprättande av FoU-grupp på kliniken under ledning av professor. RFoU stipendier utlysta och utdelade till fyra medarbetare för uttag av forskningsveckor under 2026. Återtagande av USVE enhet genomfört precis efter årsskiftet, men arbetet för att nå dit har skett under 2025.

Kirurgiska kliniken i Linköping

Processarbete

Kirurgiska kliniken har under året bedrivit ett strukturerat processarbete inom sju standardiserade vårdförlopp: bröstcancer, bukspottkörtelcancer, lever- och gallvägscancer, matstrupe- och magsäckscancer, neuroendokrina tumörer, sköldkörtelcancer samt ändtarmscancer.

Inom bröstcancerprocessen noterades under föregående år en ökning av inflödet med 30 procent, en nivå som kvarstått under 2025. Det ökade patientinflödet har medfört behov av fortsatt anpassning av kapacitet och arbetssätt för att säkerställa god tillgänglighet och bibehållen kvalitet.

Under året har särskilt fokus lagts på att stärka samordningen mellan processgrupperna samt att utveckla enhetliga arbetssätt genom hela vårdkedjan. Förbättrad kodning och registrering inom SVF har prioriterats i syfte att säkerställa korrekt uppföljning av ledtider och skapa tillförlitligt underlag för analys och förbättringsåtgärder.

Vårdkvalitet och ledtider

Den gemensamma mottagningen mellan kirurg och onkolog har under 2025 etablerats som en ordinarie arbetsform. Arbetssättet möjliggör för patienten att träffa båda specialiteterna vid samma tillfälle, vilket bidrar till ökad samordning, kortare ledtider och förbättrad patientupplevelse. En genomförd patientenkät visar hög grad av nöjdhet med upplägget.

Processen "Externa åtgärder" har under året utvecklats till en stabil och integrerad del av verksamheten. Processen omfattar främst cancerpatienter som genomgår kirurgiska åtgärder med kortare vårdtid, exempelvis ablation av levertumörer. Arbetet innefattar samordning mellan öppenvård och slutenvård inom kliniken samt nära samverkan med radiologisk intervention. Den strukturerade samordningen har bidragit till förbättrad planering och effektivare patientflöden.

Projektet "Tid i handen" har initierats med målsättningen att patienter i så stor utsträckning som möjligt ska erhålla tid för nästa vårdinsats redan vid pågående besök. Initiativet syftar till att effektivisera vårdplaneringen samt öka patientens trygghet och delaktighet i vårdprocessen.

Ett riktat förbättringsarbete har även genomförts för att förkorta tiden till palliativ onkologisk behandling. Genom att remiss för subkutan venport skrivs i samband med informationsbesök hos kirurg har väntetiden till behandlingsstart kunnat minskas.

Inom kolorektalsektionen har vårdadministratörens roll stärkts genom strukturerad och veckovis uppföljning av patienter med påbörjat SVF för rektalcancer. Detta har förbättrat kontrollen över ledtider och ökat förutsättningarna för att identifiera avvikelser i ett tidigt skede.

Under hösten 2025 genomfördes en internrevision av processen för matstrups- och magsäckscancer. Revisionen har identifierat förbättringsområden och utgör grund för fortsatt utvecklingsarbete under kommande verksamhetsår.

Forskning och utveckling

Arbetet med att tydliggöra och strukturera fördelningen av rFoU-medel har fortsatt under året i syfte att skapa långsiktighet och transparens i finansieringen av klinikens forskningsverksamhet.

Samarbetet mellan Akademiska Kirurgiska Rådet (AKR) och klinikledningen har upprätthållits enligt etablerad struktur. AKR sammanträder månadsvis, där nya doktorandprojekt och forskningsinitiativ behandlas. Representant från AKR deltar i klinikens ledningsgrupp varannan vecka och säkerställer därmed en nära koppling mellan forskning, utbildning och klinisk verksamhet.

Kliniken har som målsättning att successivt öka andelen egna doktorander för att stärka den akademiska utvecklingen och bidra till långsiktig kompetensförsörjning.

Under mars månad genomfördes en forskningsdag med presentation av pågående projekt samt medverkan från den sydöstra sjukvårdsregionen. Arrangemanget bidrog till kunskapsutbyte, stärkt regional samverkan och fortsatt utveckling av klinikens forskningsprofil.

Klinisk genetik

Klinisk genetik utför diagnostiska utredningar på medfödda tillstånd samt ärftlighetsutredningar i familjer med medfödda sjukdomsorsakande genetiska varianter och kromosomala avvikelser. Detta inkluderar mottagningsverksamhet för genetisk vägledning och insamling av information, samtycken och prover nödvändiga för utredningen. Den onkogenetiska enheten vid kliniken handlägger utredningar inom området ärftlig cancer-risk. De laborativa och analytiska delarna av utredningarna sker i samverkan med Precisionsmedicinskt Laboratorium vid US Linköping samt delvis vid externa laboratorium.

Processarbete

Under 2025 har det genomförts en uppdaterad kartläggning av utrednings-processen för misstänkt ärftlig cancer-risk. Detta arbete fortsätter under 2026 för att skapa mätpunkter och kvalitetsindikatorer för verksamheten, då kommer även den lab-analytiska delen att kartläggas mer i detalj. Under 2025 har förberedande arbete för hemtagning av onkogenetiska analyser genomförts av Klinisk Genetik i samverkan med PL. Vi har också underlättat behandlings-prediktiva analyser direkt från remittent till PL/Klin Gen genom införande av en ny remiss för genetisk utredning samt informations-blad som kan lämnas till patienten vid erbjudande om behandlings-prediktiv analys, inklusive så kallat snabbspår.

Klinisk genetik laborativa analyser vid PL är en ackrediterad verksamhet. Ackreditering enligt ISO 15189 utgår från hela laboratoriemedicin som arbetar med ett gemensamt ledningssystem. Under 2025 genomfördes förnyad bedömning mot ackrediteringsstandard ISO 15189. Med ackrediteringen följer krav på systematiskt arbetssätt vad gäller uppföljning och standardisering av arbetet samt fastslagna processer för införande och validering av nya analyser.

Vårdkvalitet

Vertikala och horisontella revisioner genomförs årligen enligt fastslaget schema. Genomlysning av verksamhetens ledningssystem genomförs årligen vid Ledningens genomgång. Ledningens genomgång utförs även på övergripande nivå i DC/ laboratoriemedicin. Ledningens genomgång utförs med 2 fokusområden bestående av verksamhetsledning samt de analyser som utförs inom respektive specialitetsområde. Avvikelser, risker eller förbättringsförslag registreras i systemet Synergi och hanteras och följs upp systematiskt bl.a. via fasta möten mellan ledning och kvalitets- och avvikellesamordnare varannan vecka.

Ledtider

Klinisk genetik arbetar kontinuerligt med att korta ledtider både inom den diagnostiska verksamheten och inom mottagningsverksamheten. Ett led i detta utgörs av det förberedande arbetet under 2025 i samverkan med Precisionsmedicinskt Laboratorium för att under 2026 kunna ta hem utförande av fler onkogenetiska analyser i egen regi. Även etablering av rutin för snabb behandlingsprediktiv utredning har bidragit till kortare ledtider. Det pågår även en genomlysning av mottagningsverksamheten för onkogenetik för att bättre fördela resurser och kompetens samt visa på flaskhalsar m.m.

Forskning och utveckling

Klinisk genetik har flertalet forskningsaktiva medarbetare, flera inom onkogenetiska projekt där nära samarbete finns med prekliniska forskare inom BKV samt pågående nationella projekt. Under 2025 har en forskningskoordinator och ett forskningsråd etablerats för att stödja processerna för forskning och forskarutbildning vid kliniken.

Klinisk Patologi

Processarbete

Kliniken deltog aktivt i processteamsarbetet inom LCCC. Vi har även haft klinikdialoger från klinikledningshåll med flera remitterter och satsat på att erbjuda många studiebesök. Dessa forum skapar goda förutsättningar till processförbättringar.

Ett bra exempel är hudprover vilket är vårt största organområde. Vi har länge haft problem med stor andel felaktigt märkta snabbsvar och SVFer, vilket skapat undanträngningsproblem. Efter samarbete med hudremittenterna har antalet snabbsvar och SVFer minskat med mer än 50% mellan 2023 och 2025. Detta har i sin tur skapat bättre förutsättningar för kortare ledtider på snabbsvar och SVFer. Vi svarar numera ut hudprover som är snabbmärkta i medel 13 dagar jmf med 23 dagar 2023. SVF-märkta hudprover svaras i medel ut på 23 dagar jmf med 37 dagar år 2023.

Produktionsoptimering på laboratoriet har fortsatt. Vi införde under hösten 2025 dagliga morgonmöten för personalen. Detta har skapat bättre överblick och ökad möjlighet att hjälpas åt för att undvika köbildning, vilket bidrog till kortare processtider genom laboratoriet.

Vi fick under året nytt avtal med extern diagnostikleverantör (Synlab). Vi arbetar också parallellt med att utbilda ST-läkare för att öka den interna bemanningen. Exempel på andra förbättringar som vi påbörjat och kommer att arbeta mer med i läkargruppen är: 1) mentorskap där erfarna patologer kan undervisa mer oerfarna, 2) reducera onödiga arbetsmoment och hitta fokustid till diagnostik, 3) kapacitetsplanering och daglig styrning.

En förändring under 2025 som påverkat processarbetet negativt är kopplat till att avtalet för extraarbete i läkargruppen försvann till årsskiftet 2025/2026. Kliniken har under många år varit beroende av detta. Vi har succesivt under året fasat ut extraarbetet i med att avtalet helt skulle försvinna till årsskiftet. Även om vi under många år har utbildat ST-läkare för att bemanna upp har detta orsakat mindre flexibilitet i våra resurser, vilket påverkat till längre ledtider till diagnostik under hösten.

Vårdkvalitet

Kliniken arbetar aktivt med kvalitetsstandardisering genom deltagande i kvalitetsutskick och uppföljning av kvalitetsindikatorer med goda resultat. Flera patologer är engagerade i Kvalitets- och standardiseringskommittén inom Svensk förening för patologi, vilket bidrar till verksamhetens kvalitetsutveckling. Vi är också ackrediterade enligt SS-EN ISO 15189:2022 (Swedac). En central del av kvalitetsarbetet är också internkonsultation och teamarbete, där välfungerande samarbeten inom verksamheten bidrar till en hög och jämn vårdkvalitet.

Ledtider

Ledtiderna är i genomsnitt oförändrade under 2025 jämfört med året innan. Laboratoriet har haft korta genomloppstider medan det har tagit längre tid för diagnostiken (enligt orsak som beskrivits under processarbete).

Forskning och utveckling

Vi har fortsatt att stärka vår vetenskapliga profil med fokus dels på metod- och teknikutveckling, dels som stöd till enskilda medarbetares forskarkarriärer. Vidare har flera medarbetare också varit handledare för olika projekt av typen "uppsatser" och examensarbete för studenter på LiU. Det grundläggande målet är och har varit att kombinera högkvalitativ diagnostik med forsknings och utvecklingsarbete som stärker patientvården och ger vetenskaplig konkurrenskraft för såväl organisationen som för den enskilda medarbetaren. Genom metodinnovationer, stärkta processer och målmedvetet stöd har enheten tagit kliv mot sin vision; att vara en ledande forskningsdriven patologienhet med stark koppling till den egna kliniken behov och remittenternas (inkluderande patienternas) krav och önskemål.

Onkologiska kliniken

Processarbete

Införandeprocess för produktionsstyrning startade under året för att skapa förutsättningar för att planera verksamheten och få ett jämnare flöde både för patienter och medarbetare.

Vi har under året arbetat med uppstart av en dagvårdsenhet för akuta och polikliniska flöden som inte kräver slutenvårdens eller behandlingsmottagningens resurser. Förhoppningen är att detta ska frigöra resurser på respektive enhet.

Ett samarbete mellan röntgenkliniken och onkologiska kliniken, där onkologiska kliniken MR-kamera används för diagnostiska undersökningar, har bidragit till ökad tillgänglighet.

Palliativt vårdförlopp har införts med målet att tidigare upptäcka och tillgodose vårdbehovet hos patienter i palliativ fas.

Vårdkvalitet

Externrevision av kliniken kvalitetsledningssystem enligt ISO 9001:2015 genomfördes utan att några avvikelser noterades. Övergripande styrkor som poängteras är bland annat arbetet med riskbedömningar inför förändringar och gedigen kunskap inom våra olika områden.

En regionövergripande pilot för införande av rehabiliteringsplan för att förbättra omhändertagandet har genomförts med kliniken deltagande. En fysioterapeut har anställts för ett RÖ-övergripande uppdrag kopplat till cancerrehabilitering och lymfödem och en hälso- och sjukvårdskurator har anställts inom ramen för en satsning på unga vuxna med cancer.

Kliniken har under året nyttjat samtliga platser som tilldelats oss på den nationella utbildningen för sjuksköterskor som arbetar med cytostatika, så kallat Cytostatikakörkort.

På strålbehandlingen har det gjorts en större riskanalys på hela där samtliga delar och kategorier har genomlysts med fokus på strålsäkerhet.

Ledtider

Individuell patientöversikt, IPÖ, vilket är ett system som möjliggör förbättrad överblick av individens/patientens vårdförlopp över tid, har införts för patienter med bröstcancer.

Arbete med att förbättra, förenkla och effektivisera SVF-registrering på kliniken har skett, bland annat i dialog med verksamhetsanalytiker.

Rutinen för hantering av bokningsunderlag har reviderats för att förbättra möjligheten att följa tillgänglighetsstatistik.

Forskning och utveckling

Utökad samverkan mellan kliniska prövningsenheter på Onkologiska, Lungmedicinska och Hematologiska kliniken har utforskats i syfte att skapa optimala förutsättningar för att bedriva kliniska prövningar.

Precisionsmedicinskt Laboratorium (PL)

Inom cancerprocessen utför Precisionsmedicinskt Laboratorium analyser på uppdrag av Klinisk Patologi och Klinisk Genetik. Beställningar av Molekylära canceranalyser har under 2025 ökat med ca 30%.

Processarbete

PL är ett ackrediterat laboratorium. Ackreditering enligt ISO 15189 utgår från hela laboratoriemedicin som arbetar med ett gemensamt ledningssystem. Under 2025 genomfördes förnyad bedömning mot ackrediteringsstandard ISO 15189. Med ackrediteringen följer krav på systematiskt arbetssätt vad gäller uppföljning och standardisering av arbetet samt fastslagna processer för införande och validering av nya analyser.

Vårdkvalitet

Vertikala och horisontella revisioner genomförs årligen enligt fastslaget schema. Genomlysning av verksamhetens ledningssystem genomförs årligen vid Ledningens genomgång. Ledningens genomgång utförs även på övergripande laboratoriemedicinsk nivå. Ledningens genomgång utförs med 2 fokusområden bestående av verksamhetsledning samt de analyser som utförs inom respektive specialitetsområde. Avvikelse, risker eller förbättringsförslag registreras i systemet Synergi och hanteras och följs upp systematiskt bl.a. via fasta möten mellan ledning och kvalitets- och avvikesamordnare varannan vecka.

Ledtider

PL är en utförande laborativ verksamhet som genomför analyser på uppdrag av samtliga specialitetskliniker inom laboratoriemedicin. Under 2025 har arbete genomförts för att förtydliga vilka analyser som utgör del av ett SVF-förlopp. Arbetet pågår ständigt för att se över möjligheter att korta tiden för den molekylära diagnostik som utförs vid PL som ofta utgör endast en del av en diagnostisk kedja. Ett led i detta utgörs av förberedande arbete under 2025 i samverkan med Klinisk Genetik för att under 2026 kunna ta hem utförande av fler onkogenetiska analyser i egen regi. Ytterligare ett led i att öka kapaciteten och på så sätt kunna korta svarstider men även för att skapa nya förmågor utgörs av genomförd investering i storskalig sekvenseringsutrustning som genomfördes under 2025.

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 molekylärkaraktärisering av tumörvävnad. Dessa analyser kan spela en avgörande roll för att möjliggöra inkludering av patienter i behandlingsstudier. Nytt för 2025 är GMS560 som rutinanalys inom neuropatologi, lokalt deltagande i GMS-projekt med fokus på hepatopankreatobiliär cancer och sarkom samt förberedelser för nationella FOCU.SE-studien.

Röntgenkliniken Linköping

Processarbete

Röntgenkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping har 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 har varit förbättringsarbete för diagnostik och behandling med extra viktigt fokus att förbättra rond- och MDK verksamheten.

Vårdkvalitet och ledtider

Under 2024 fastställdes radiologins bidrag till Linköpings Cancercentrums (LCCC) övergripande handlingsplan. Arbetet omfattar bland annat införandet av en gemensam, länsövergripande metodbok samt förbättra svarstider. För att möjliggöra metodboken har länsövergripande modalitetsgrupper återstartats, vilket ska stärka samordningen inom länet och främja enhetlig samt kvalitetssäkrad radiologisk praxis. Vi har haft utmaningar med långa svarstider från externa granskare och har därför stärkt styrningen av extern granskningsverksamhet samt inlett dialog med våra aktörer. Samtidigt har utvecklingen av produktionsstyrning intensifierats, särskilt inom verksamhetsområden med mest begränsade resurser. För att stärka vår diagnostiska kvalitet och minska ledtider har vi även påbörjat flera processer med införande av AI-stöd i radiologiskt granskningsarbete.

Vi har haft en utmanande situation med begränsad kapacitet för produktion av radiofarmaka till PET-DT-undersökningar, liksom brist på personal med kompetens att genomföra dessa undersökningar. Detta har medfört att vi behövt remittera vissa patienter till andra regioner. Parallellt har vi arbetat intensivt för att stärka vår egen kapacitet.

Röntgenkliniken och endoskopin startade ett pilotprojekt med DT samma dag för patienter där cancer misstänks makroskopiskt. Projektet utvärderas våren 2026 och kan vid goda resultat införas i bredare skala.

För klinikkens långsiktiga, strukturella utveckling har vi påbörjat etableringen av ett radiologiskt ledningssystem. Detta har ännu inkluderat internrevision, årsplaneringar samt systematisk genomgång av interna dokument. Därtill har vi etablerat nya strukturer för både läkemedels- och patientsäkerhetsarbetet.

För att få en tydligare bild av våra arbetsuppgifter och hur arbetstiden används har vi initierat en inventering av läkarnas arbetstid. Syftet är att möjliggöra ändamålsenliga prioriteringar av radiologiska resurser samt bidra till en bättre arbetsmiljö.

Forskning och utveckling

Röntgenkliniken med sin diagnostiska verksamhet som grund har en viktig roll i att bidra med de undersökningar och analyser som efterfrågas inom kliniska prövningar. Under 2025 har röntgenkliniken fortsatt arbeta i en strukturerad modell för att kunna möta behov från dessa huvudsakligen onkologiska studier. Modellen omfattar hantering av undersökningar, särskild forskningsspecifik granskning och distribution av bildmaterial för forskningsändamål.

Röntgenklinikkens egna forskare bedriver flera forskningsprojekt med tydlig koppling till onkologi. Projekten omfattar bland annat studier av kroppssammansättning som prognostisk eller prediktiv faktor hos patienter med rektalcancer, förbättrad MR-diagnostik av barnhjärntumörer med hjälp av AI, utvärdering av diagnostisk precision med ny CT-teknik för att identifiera kliniskt avgörande tumöregenskaper samt utforskande av nya radiologiska markörers förmåga att särskilja olika typer av levermetastaser och att förutsäga dess behandlingsrespons.

För att säkerställa den interna forskningskompetensen har ett arbete initierats för att verka för en tidigare start av forskarutbildning i karriären. Parallellt pågår ett fortsatt arbete med att stödja befintliga doktorander och forskare. Detta sker bland annat genom årliga avstämningar med doktorander, månadsvisa forum för erfarenhetsutbyte mellan forskningsaktiva samt genom att kontinuerligt lyssna in identifierade behov. Utifrån dessa behov har bland annat arrangerats riktade utbildningsinsatser kring användning av AI-verktyg som stöd i forskningsarbetet.

Under 2025 har en medarbetare antagits till forskarutbildning och en medarbetare har uppnått docentur.

Urologiska kliniken

Processarbete

Organiserad Prostatacancer-testning (OPT) har startat under 2025. Ett första utskick till 500 deltagare skickades ut under vecka 10, med goda resultat, och under hösten 2025 skickades erbjudanden ut till resterande andel män i regionen, som fyller 50 år under året, att delta. Arbeten har under året genomförts tillsammans med sammanhållande processledare för urologiska cancersjukdomar i RCC Sydöst och ett gemensamt möte för blåscancerprocessen i SÖSR genomfördes den 6:e november. Liknande möten för njurcancerprocessen och prostatacancerprocessen är planerade under uppstarten av 2026. Tidigare effektiviserings-process på centraloperation vid US gällande prostatacancerkirurgi har fortsatt under året. Dessutom har ytterligare process startats avseende njurkirurgi där tre robotassisterade nefrektomier kunnat genomföras på ordinarie arbetstid, jämfört med tidigare två operationer per dag. Processledare för urologisk cancer har under året arbetat vidare i processgrupper, tydligare riktlinjer och avsatt tid för processledare har implementerats under året.

Vårdkvalitet

Under hösten 2024 genomfördes en internrevision av prostatacancerprocessen och, något försenat, genomfördes 2025 års planerade internrevision av njurstensprocessen i inledningen av 2026. Urologiska kliniken är sedan tidigare certifierad enligt ISO 9001:2015, och den årliga externa revisionen genomfördes under våren 2025 utan några avvikelser. Externrevision för omcertifiering planeras under 2026. Cancervårdens kvalitet står sig mycket väl i nationell jämförelse.

Ledtider

Förbättringsarbeten genomförs kontinuerligt för att effektivisera verksamheten. Kliniken har implementerat produktionsstyrning och arbetar med optimering av mottagningsarbetet genom bland annat ny schemalägningsstruktur. Gemensam remissbedömning infördes under 2024 i SVF-processen för urinblåse- och urinvägscancer i avsikt att minska andelen negativa SVF-utredningar. Preliminära siffror för 2025 talar för ett minskat antal utredningar där gemensam remissbedömning kan ha bidragit till minskningen. I stort har tillgängligheten på kliniken förbättrats jämfört föregående år, men kliniken når ännu inte upp till målnivåerna i cancerprocesserna.

Forskning och utveckling

Klinikens forskningsprofil är under uppbyggnad och under 2025 har en ny blivande doktorand inom omvårdnadsforskning haft sitt antagningsseminarium. Två doktorander har också haft sitt halvtidsseminarium. Arbetet fortsätter med målet att uppnå godkännande som Universitetssjukvårdsenhet (USVe). För att uppfylla de formella kraven saknas i dagsläget enbart beviljade forskningsanslag i nationell eller internationell konkurrens.

Processarbete

Barnprocesser

LCCC:s mål: Ledning och styrning samt Patientprocesser

Barncancerprocessen är uppdelad i fyra processer: leukemier, hjärntumörer, solida tumörer och benign hematologi. Arbetet med att kartlägga och beskriva flöden inom processerna är ett ständigt pågående arbete med nya behandlingar, nya samarbeten, ny personal och nya roller.

För handläggning av de komplexa patientgrupperna i barncancerprocesserna krävs kompetens från många olika kliniker. Representanter från samarbetskliniker kallas in efter behov för att ge stöd och säkerställa utveckling, utan att onödiga möten belastar medarbetarna. Processledningen håller regelbundna avstämningar för kärnteamet i processerna inom sedan tidigare etablerad mötesstruktur. Under strategidagar under hösten 2025 arbetade hela personalgruppen med att identifiera det i processen som fungerar väl samt problem och behov som lett till förslag på förbättringsarbeten.

LCCC:s mål: Ledtider och Molekylärt tumörråd- variantrond

Under året har processen fortsatt att arbeta med att förbättra ledtider inom patologi, med fokus på att optimera arbetssätten för kortare ledtider. Barn ingår inte i SVF men ledtider registreras i Svenska Barncancerregistret. Påbörjat projektarbete mellan klinisk patologi, barnonkologen samt precisionsmedicin fortgår, en del i projektet är att implementera Nanopor i syfte att minimera ledtider. Under året har två studiebesök gjorts (finansierade med hjälp av Barntumörbanken). I mars åkte personal med nyckelfunktioner till Solna, dit regionens barn med behov av viss tumörkirurgi remitteras. Möten hölls med personal på barnonkologen, klinisk patologi, HOPE och SciLife (de senare utifrån vårt samarbete inom GMS). På mötet på klinisk patologi och SciLife deltog även personal från klinisk patologi och precisionsmedicin i Linköping. De fick även möjlighet att göra värdefullt besök barntumörbanken (BTB).

I samarbete med Stockholm, Uppsala och Umeå har Linköping sedan flera år tillbaka MTB där genetiker, patologer, personal från precisionsmedicin, barnonkologer och forskningskoordinatorer deltar. Det är ett mycket väl fungerande upplägg med möjlighet för värdefulla patientcentrerade diskussioner. Under året har ett arbete med att utveckla en nationell MTB pågått och Linköping presenterade det första fallet i november.

LCCC:s mål: Vårdkvalitet

Under året har Barnkliniken deltagit i extern revision där processer, avvikelser mm granskades. Det finns tydliga rutiner kring hantering och uppföljning av avvikelser.

Inom barnonkologisk verksamhet har följande nationella vårdprogram (NVP) tillkommit som vi implementerar i det dagliga arbetet.

NVP långtidsuppföljning efter barncancer. Publicerat i april, arbete pågår mellan specialistsjuksköterska på uppföljningsenheten och specialistsjuksköterska och ansvarig för nyckelbesök på onkologisk barndagvård. Transitionssjuksköterska diskuteras.

NVP Cancerrehabilitering hos barn och ungdom (GAP-analys utförd Erika Lund Ertzgaard, implementering pågående)

NVP Palliativ vård av barn. Första NVP Palliativ vård hos barn kom 2021, uppdaterat 2025. Projekt inom RCC Sydöst skapades för att förbättra hemsjukvård och palliativ vård för barn och ungdomar i Sydöstra

sjukvårdsregionen med Verksamhetschef Catrin Furuholm som beställare. Styrgrupp RPO Barn och ungas hälsa, sydöstra sjukvårdsregionen utsågs. Medverkade gjorde representanter från alla sjukhus i regionen samt kommunens processledare för palliativvård. Utifrån denna rapport utgår fortsatt arbete inom palliation för barn.

NVP Ärftliga tumörrisksyndrom hos barn. Rutinbeskrivning är under framtagande och gemensam mottagning med klinisk genetik planeras starta Q3 2026.

Nytt nationellt stöddokument är framtaget för ALARMSYMTOM: Vid malignitetsmisstanke hos barn ska omedelbar kontakt tas med jourhavande barnonkolog.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/kunskapsbanken/stoddokument/stoddokument-alarmsymtom-vid-misstanke-om-cancer-hos-barn-och-ungdom-under-18-ar.pdf>

Ny registermodul för hematologisk sjukdom finns nu på INCA. Eftersom regionens barn ska registreras har ny rutin och registermall skapats för detta då all information i nuläget inte kan nås i NPÖ.

Våren 2025 gjordes ett andra studiebesök gjordes på Huddinge sjukhus, dit flertalet av våra patienter i behov av stamcellstransplantation remitteras. Inkluderat i det besöket var även studiebesök på Ronald McDonald hus där familjerna bor ofta under lång tid. Värdefulla möten där gemensamma frågor såsom isolering och infektionskänslighet, vad patienterna får äta, ekonomisk ersättning till familjerna, behov av utförlig överrapportering kring social situation diskuterades och förslag till screeninginstrument erhöles. Detta kommer att bli en av de uppgifter som det psykosociala teamet kommer att arbeta vidare med under 2026.

Utveckling av dagens behandlingskonferenser. Det nya namnet är Regional patientkonferens. Planen är att prova ett MDK-upplägg där patienterna anmäls till konferensen och får en bokad tid. I samband med anmälan av patienten anger man vilka professioner man önskar ska närvara i diskussionen kring patienten, ex dietist, logoped, kurator, läkare och sjuksköterska. Vi kommer ses på samma videolänk och samma tidsintervall som används i dagsläget, torsdag eftermiddag ojämnta veckor från kl. 14.30 – 16.30.

LCCC:s mål: Personcentrerad vård och patientinvolvering

Återkoppling från RAG-möten under 2025

Jönköping 23/4, Kalmar 14/10, Norrköping 11/11, Västervik 11/12

Besöken vid de fyra sjukhusen visar en samstämmig bild av ett starkt och välfungerande samarbete inom Sydöstra sjukvårdsregionens barnonkologiska vård. Alla enheter delar en gemensam målbild: att ge barn och familjer en trygg, jämlik och sammanhållen vård nära hemmet.

BCC Linköping fungerar tydligt som regionens nav, med god tillgänglighet och fungerande kommunikationsvägar.

Samarbetet upplevs generellt smidigt och strukturerat. Fysiska möten lyfts som viktiga för dialog och ömsesidig förståelse, samtidigt som behovet av bättre digitala stödsystem och ett gemensamt journalsystem betonas av samtliga, även om juridiska hinder kvarstår.

Dagvården beskrivs som central i den lokala barnonkologiska vården. Trots olika förutsättningar fungerar planering, flöden och samarbete väl i hela regionen. Tydlig rapportering och ansvarsfördelning lyfts som avgörande. Psykosocialt stöd är ett gemensamt utvecklingsområde, med behov av tydligare ansvar, gemensamma rutiner och stärkt bemanning. Den nationella basstandarderna ses som ett viktigt verktyg för jämlik vård. Behov av gemensamma rutiner för hematologi, palliativ vård och uppföljning efter dödsfall

betonas, liksom värdet av professionella forum och multidisciplinära möten med bättre planering och bredare deltagande.

Regiondagarna 7–8 maj var uppskattade, samtliga hemsjukhus i SÖSR deltog.

En föreläsningdag riktad till lärare med drabbad elev på sin skola anordnades under hösten.

LCCC:s mål: Forskning

Samtliga studier inom barncancercentrum är inlagda i regionens startsäkring.

Aktuella behandlingsprotokoll beslutas nationellt i PHOs vårdplaneringsgrupper och de flesta protokollen är en kombination av best available treatment och interventionsstudier. Trots att situationen är pressad har Linköping under året inte behövt tacka nej till någon studie på basen av resursbrist. Målet är att nå en bemanning och kompetens för att kunna vara det nationella navet i fler studier framöver.

Ny SOP (standard operative procedure) för biopsi av solida tumör (färskt material) skapats i samarbete med alla involverade kliniker och publicerats på Dokumenta.

Ny rutin för ökat samarbete vid palliation mellan vuxen LAH och barn LAH är publicerad på Dokumenta.

Ny rutin för hur färskt tumörmaterial från NK-operationer under kvällar, nätter och helger ska tas om hand finns publicerad på Dokumenta.

Provhantering på klinisk kemi inom nya studier har förbättrats med kontaktperson för avtal kring hantering mm.

Dialogmöte med klinisk kemi med fokus att förbättra tolkning av svar och minska risken för onödiga extrastick har hållits.

LCCC:s mål: Psykosocialt omhändertagande

Projektarbete "Trygga barn" pågår med att minimera behov av antal sövning på barn som genomgår magnetkameraundersökningar på onkologisk barndagvård.

Till följd av varsel och anställningsstopp saknade barnkliniken under flera månader helt kurator. Det psykosociala teamet håller nu på att byggas upp och nya rutiner för att säkerställa att nationell basstandard uppfylls och samarbetet i regionen fungerar tas fram.

LCCC:s mål: Vidareutbildning av medarbetare

Finns möjlighet till vidareutbildning för barnonkologisjuksköterskor.

Finns möjlighet till vidareutbildning barnsköterskor.

Finns möjlighet till auskultering på annat barnonkologiskt centrum.

Finns möjlighet till utbyte centra/ hemortssjukhus.

En ST-läkare i barnonkologi går NOPHO-kurserna.

En ST-läkare i barnonkologi går strängnäskurserna.

Alla ST barnonkologi och ST barnonkologisk inriktning bereds möjlighet att delta på nationella utbildningseftermiddagar och VPH/PHO-dagarna.

Barnonkologer har deltagit i flera internationella konferenser.

Inför 2026

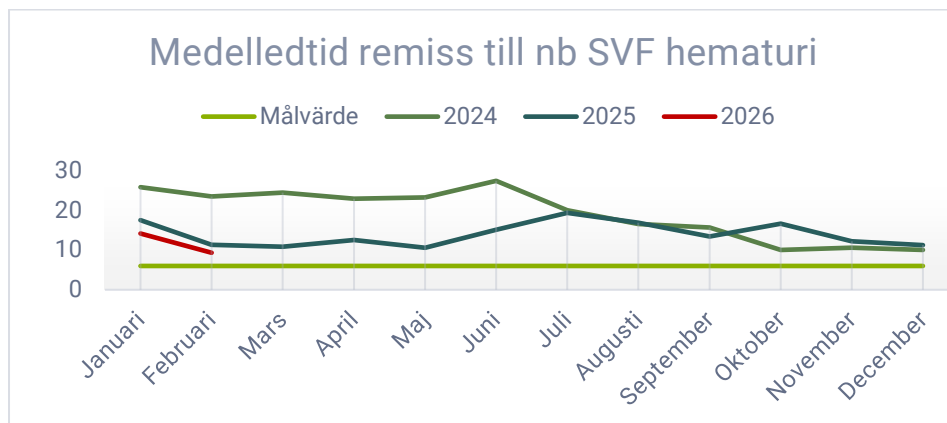
Barncancerhandboken, som är ett nationellt initiativ, är ute på remiss och planeras bli färdig under 2026. Kommer att fungera som hjälpmedel både på centra och ute i regionen.

Cancerstrategin beräknas komma 2026 och sprids då till personal på BOND, teammedlemmar i barnprocessteamet och till SÖSR.

Blåscancerprocessen-ledtider inkl. SVF

En av de stora utmaningarna inom blåscancerprocessen är de höga patientflödena. 1138 SVF och 2957 blåscancerkontroller med cystoskopi. Ledtiderna inom SVF-utredningen är fortsatt långa, och väntetiderna till såväl DT-urografi som cystoskopi överstiger målen i vårdprogrammet. Samtidigt är det endast 5–10 % av de patienter som utreds för makroskopisk hematuri som diagnostiseras med en urologisk cancer, vilket innebär att en stor andel patienter genomgår omfattande utredning utan att malignitet påvisas.

Under 2025 har dock ledtiden från remiss till cystoskopi kortats från 19,4 dagar (2024) till 14,2 dagar (2025). Målvärdet enligt vårdprogrammet är 6 dagar. Förbättringen har uppnåtts genom ett aktivt arbete med produktionsplanering och optimerad schemaläggning av mottagningstider. Det stora antalet utredningar försvårar dock arbetet. Många patienter avbokar och väljer en senare tid, vilket bidrar till att den genomsnittliga utredningstiden förlängs.



Väntetiden till TUR-B var 12,4 dagar under 2024 och 13,6 dagar under 2025, jämfört med målvärdet på 11 dagar enligt vårdprogrammet. En stor andel av TUR-B-ingreppen genomförs dagkirurgiskt, vilket bidrar till ett effektivare resursutnyttjande.

Tillgången till operationsutrymme är fortsatt kraftigt begränsad. Detta gäller särskilt cystektomier, där det råder brist på operationskapacitet. Den regionala nivåstruktureringen inom Sydöstra sjukvårdsregionen påverkar också planeringen.

Liknande utmaningar ses vid andra urologiska kliniker. På vissa håll har man infört en första selektion med blåscancermarkör i urin med högt negativt prediktivt värde, i syfte att minska antalet patienter som behöver genomgå fullständig SVF-utredning. Utvecklingen av blåscancermarkörer i urin går snabbt framåt och bedöms som lovande. I Region Östergötland har en process initierats för att utreda möjligheten att implementera en sådan modell, med målsättningen att minska flödena inom SVF-förloppet samt reducera antalet cystoskopikontroller.

Remisshanteringen för SVF kommer också att ses över och göras om för att säkerställa korrekt registrering och uppföljning

Enligt LCCC-rapporten anges att 45 % av patienterna har utretts inom SVF, vilket är en förvånansvärt låg siffra. Det stämmer inte med data från blåscancerregistret. Det finns misstanke om systematiska

rapporteringsfel, och en översyn av kodningsprocesserna planeras. Vi har begärt ett registerutdrag ur INCA för att få siffror på antalet cancer i urinvägarna som är registrerade.

Åtgärder 2025 SVF

- Fler korta tider för cystoskopier för SVF-patienter har givit fler besök
- Lördagsmottagning har kortat väntetiderna för svf
- En ny cystoskopist som nu är igång med ökade mottagningstider. Även för återbesök för att jämna ut väntetider mellan mottagningarna i Norrköping och Linköping

Vårdkvalitet

- Åtgärder 2025
- Utbildning av personal på UVA för att kunna administrera mitomycin postop-för ökad följsamhet till vårdprogrammet
- Journalmallar i cosmic för dokumentation av BCG och mitomycin i läkemedelsmodulen istället för i journaltext. För ökad patientsäkerhet
- Krav på fotodokumentation i journal vid op-anmälan har påbörjats

Processens mål för 2026

- SVF-processen kommer ses över med fokus på blåscancermarkörer i urin-ett säkert och strukturerad införande kan kraftigt minska flödet till såväl cystoskopier som DT-urografi och ledtiderna i den första delen av flödet borde på så sätt kraftigt förbättras
- En översyn över kodning i förloppet för att få en sann bild av flödet
- Korta väntetider för DT-urografi-möte med representanter från röntgen planeras för diskussion (snabbspår för de med påvisad tumör vid cystoskopi?)
- Översyn av VL för återbesök för att kunna boka från båda sjukhusen. Likriktning av hantering av VL
- Översyn av utrustning för fotodokumentation (video) av nyupptäckt tumör samt även vid blåscancerkontroller

Arbete med vårdkvalitet

Under 2025 har flera åtgärder genomförts med syfte att stärka vårdkvalitet, patientsäkerhet och följsamhet till vårdprogrammet inom blåscancerprocessen.

Åtgärder 2025

- Utbildning av personal på UVA för att möjliggöra administrering av postoperativ mitomycin. Detta har genomförts för att öka följsamheten till vårdprogrammet och säkerställa att fler patienter får korrekt adjuvant behandling i rätt tid.
- Införande av journalmallar i Cosmic för dokumentation av BCG- och mitomycinbehandling i läkemedelsmodulen i stället för i löpande journaltext. Åtgärden syftar till att stärka patientsäkerheten, förbättra spårbarheten och minska risken för felaktig eller ofullständig dokumentation.
- Påbörjat krav på fotodokumentation i journal i samband med operationsanmälan, för att förbättra den preoperativa planeringen och kvalitetssäkra den kirurgiska bedömningen.

Processens mål för 2026

- Översyn av SVF-processen med särskilt fokus på införande av blåscancermarkörer i urin. Ett säkert och strukturerat införande av en markör med högt negativt prediktivt värde bedöms kunna minska flödet till såväl cystoskopi som DT-urografi. Detta skulle kunna förbättra ledtiderna avsevärt i den initiala delen av SVF-förloppet.
- Översyn av kodning inom SVF-förloppet för att säkerställa korrekt registrering och ge en rättvisande bild av flöden och måluppfyllelse.

- Förkortade väntetider till DT-urografi. Ett möte med representanter från röntgen planeras för att diskutera möjliga åtgärder, exempelvis införande av snabbspår för patienter med påvisad tumör vid cystoskopi.
- Översyn av väntelistor (VL) för återbesök, med målsättning att möjliggöra bokning från båda sjukhusen och skapa en mer likriktad hantering av väntelistorna.
- Översyn av utrustning för fotodokumentation (video) vid nyupptäckt tumör samt vid blåscancerkontroller, i syfte att ytterligare stärka kvalitet, uppföljning och jämförbarhet över tid.

Sammantaget syftar åtgärderna till att stärka kvaliteten i hela SVF-förloppet – från korrekt registrering och diagnostik till behandling, uppföljning och dokumentation – samt att skapa en mer robust och patientsäker process med bättre måluppfyllelse.

Forskning och utveckling

Arbetet med att stärka forskningsanknytningen inom blåscancerprocessen har under året fokuserat på registrering och startsäkring av forskningsprojekt.

Arbetet behöver fortsätta och vidareutvecklas för att skapa stabila forskningsstrukturer, öka andelen inkluderade patienter i studier samt säkerställa hög datakvalitet. En långsiktig målsättning är att integrera forskning tydligare i det kliniska flödet och därigenom stärka både vårdkvalitet och kunskapsutveckling inom området.

Bröstcancerprocessen

Under 2025 har bröstprocessen arbetat med att möta upp den ökning av fall som vi sett från slutet av 2023 och som hållit i sig sedan dess. Detta med en cirka 30% ökning av bröstcancerfall 2024 och 2025 jämfört med tidigare år.

Trots ökningen av bröstcancer lyckades vi bibehålla en nivå där 57% av operationerna genomfördes inom 21 dagar efter behandlingsbeslut, detta utan tydlig försämring jämfört med föregående år. I slutet av 2025, låg väntetiden till operation kring 3-4 veckor vilket är bättre jämfört med 2024. Detta tyder på att processerna har blivit mer effektiva trots en ökning av antalet patienter. Vi ser att processen fortsatt ligger mycket bra till gällande tid till start av primär onkologisk behandling.

Under 2025 har det tillkommit nya behandlingsindikationer för adjuvant terapi, med CDK 4/6-hämmare, vilket medför ökat behov av uppföljning. För att framöver lättare kunna följa patientens behandlingshistorik samt kunna spåra resursbehov har Individuell Patientöversikt (IPÖ), införts på onkologiska kliniken.

Som tidigare år enligt PREM-mätningar, som visar på patientnöjdhet, ligger bröstcancerprocessen över rikssnittet inom många måtvärden.

Fortsatt har patologens ledtider hållit liknande nivå som 2023/2024, trots en ökning av antalet prov.

Under året har det funnits en brist på bröstradiologer. Detta har bland annat föranlett ett behov av ett förbättringsarbete kring MDK. Vi har nu en ny utformning av MDK med tydligare prioritering av bland annat vilka fall som går till ytterligare radiologisk granskning. Förhoppningen är att vi ska få ett effektivare arbetssätt för alla inblandade på MDK samt även att vi kan optimera användandet av våra bröstradiologer.

Omfattande arbete över hela processen har utförts för att kunna starta med cancerkontroll i screening under 2026. Detta kommer bidra till resursoptimering hos alla berörda kliniker med bibehållande av säker uppföljning i enlighet med nationellt vårdprogram.

Förbättringsarbeten under 2025

- Mer bröstbevarande operationer och direktrekonstruktioner, vilket leder till färre besvär för patienterna på lång sikt.
- Cancerkontroll i screeningen, omfattande uppstartsarbete.
- Omstrukturering av MDK, för optimering av konferensen och deltagare.
- Uppstart av bröstcancerskola, för bröstcanceröverlevare

Planerade förbättringsarbeten för 2026

- ASHA-projektet, samt arbete med kapacitet och produktionsstyrning, för att optimera flödet och resurshanteringen.
- Införande av Stratipath, för att förbättra diagnostik och behandling.
- Uppstart av Cancerkontroll i screeningen
- Tillsättande av patientrepresentanter i bröstcancerprocessen

Esofagus/ventrikelprocessen

Målarbete

Under det andra året av processen för esofagus- och ventrikelcancer har arbetet i processgruppen vidareutvecklats och strukturerats i syfte att stärka genomförande och uppföljning.

Möten har integrerats med lever- och pankreasprocessgruppen, som startade sitt processarbete under året, för att främja kunskapsdelning, harmonisering av arbetssätt och en mer sammanhållen utveckling av processerna.

Ett särskilt fokus har legat på att säkerställa korrekt registrering av SVF-koder, för att skapa tillförlitliga data som grund för analys, uppföljning och kontinuerlig förbättring av processen.

Vårdkvalitet

Kvalitetsarbetet har i huvudsak inriktats på systematisk journalgranskning av patienter som överskrider de fastställda SVF-ledtiderna. Målsättningen har varit att verifiera registreringarnas korrekthet samt att analysera var i vårdprocessen fördröjningar uppstår.

Ledtider inkl. SVF

Ledtiderna har analyserats kontinuerligt under året i syfte att följa utvecklingen och identifiera trender. Ett betydande fokus har lagts på systematisk journalgranskning samt på att kvalitetssäkra de administrativa processerna för att säkerställa korrekt och ändamålsenlig SVF-registrering.

Måluppfyllelsen avseende ledtider för SVF esofagus/ventrikelcancer har förbättrats under 2025, men ligger fortsatt på en otillfredsställande nivå. Ett fortlöpande förbättringsarbete pågår med särskilt fokus på att identifiera och åtgärda de mest resurs- och tidskrävande momenten i processerna.

För att stärka patientperspektivet och minska onödig väntan har särskilda insatser genomförts för att optimera övergångarna mellan kliniker:

1. "Tid i handen"-projektet

Patienten erbjuds, i så hög utsträckning som möjligt, en konkret tid för nästa steg i vårdförloppet (exempelvis mottagningsbesök eller operation) redan vid pågående kontakt. Syftet är att effektivisera flödet, men framför allt att öka förutsägbarheten och tryggheten för patienten.

2. Förkortad tid till palliativ onkologisk behandling

Remiss för inläggning av subkutan venport initieras redan i samband med informationsbesöket hos kirurg,

i stället för vid första besöket hos onkolog. Detta har påtagligt förkortat tiden till behandlingsstart. Utfallet visar god tidsmässig effekt och hög patientnöjdhet.

Forskning och utveckling

I nuläget utgör forskning inte ett primärt fokus inom processarbetet. Vår bedömning är dock att forskningsintegrationen successivt kommer att stärkas i takt med att arbetssättet konsolideras och mognar i verksamheten.

Bukspottkörtel och periampullär cancer

LCCC:s mål

Vårt första år av den här processen har vi fokuserat på att utforma processgruppen, identifierat nyckelpersoner som behövs i gruppen ifrån olika verksamheter och startat upp arbetet – dels i den stora processgruppen, dels i mindre arbetsgrupper. Vi har också fokuserat på SVF-kods registreringen så att denna ska bli korrekt så att vi kan lita på data vi får ut.

Vårdkvalitet

Kvalitetsarbetet har fokuserat på journalgranskning av de patienter om fallit ut markant från de angivna SVF-ledtiderna för att identifiera om registreringen görs korrekt samt för att hitta var i processen vi behöver fokusera vårt processarbete.

Vi har infört möjlighet med närvaro av patolog för att förevisa PAD i samband med vår multidisciplinära konferens vilket är en kvalitetshöjning när vi ska ta beslut om behandling.

Deltagit i arbetet med internutredning av ett patientfall som sedermera ledde till en Lex Maria-anmälan.

Ledtider inkl. SVF

Vi har under året återkommande följt upp våra ledtider för att kunna se eventuella förändringar. Mycket arbete har lagts på att se till att SVF-kodning/registrering sker korrekt.

Mellan 2024 och 2025 har ledtiderna för 'Beslut om vårdförlopp – remiss mottagen' och 'Beslut om vårdförlopp – första kontakt' blivit bättre. Däremot ser vi en försämring av ledtiderna för 'Beslut om vårdförlopp – första MDK', 'Beslut om vårdförlopp – beslut om behandling' och 'Första kontakt – start av behandling/avslut'. Vi arbetar nu vidare med dessa data för att se om vi kan utvärdera vad dessa försämringar i ledtider beror på och vad vi kan göra åt dem.

Vi har under året arbetat mycket med övergången för patienterna mellan kliniker i processen:

- 'Tid i handen'-projekt; ett arbete med att patienten ska få med sig en tid till nästa mottagningsbesök/behandling/åtgärd/operation i samband med ett aktuellt besök. Detta både för att korta ledtider, men framför allt för att skapa trygghet för patienten.
- Då vi sett att ledtiderna är långa för att starta palliativ behandling har vi arbetat med ett projekt för att korta tiden för att erhålla subcutan venport (SVP). Remiss för SVP skrivs av kirurg i samband med mottagningsbesök på kirurgmottagningen när patienten får information i stället för som tidigare först vid besöket på onkologen. Väntetiderna har nu kortats betydligt och återkopplingen ifrån patienterna är positiv.
- Gemensam mottagning – i samband med MDK identifieras patienter som bör träffa kirurg och onkolog gemensamt på mottagningen för att få samlad information och lägga upp en behandlingsplan. Återkopplingen från patienterna är mycket positiv.

Pågående projekt för att, med hjälp av separat PAD-remiss, få bättre PAD-remisser till patologen i samband med punktioner pågår. Separata PAD-remisser i ROS kommer också göra remisserna, prover och

prelsvar spårbara. Arbetet är ännu ej klart. Det pågår också ett arbete på onkologen för att säkerställa ett gott flöde för palliativa patienterna då vi har sett att ledtiderna för dem är långa.

Utveckling och forskning

Vi har detta år inte lagt specifikt fokus på forskning via processarbetet. Dock pågår mycket forskning kring patientgruppen på flera av klinikerna som ingår i processen och återkommande deltagande i studier/möten/konferenser/kurser är en del av arbetet.

Gynekologisk cancer

Kort beskrivning av processen

Inom gynecancerprocessen ingår fyra cancerformer. Livmoderkroppscancer, äggstockscancer, livmoderhalscancer och vulvacancer. Vi har utformat en processkarta per diagnos, dessa finns i GEM-mappen OECl.

Vi har under året utformat cancerprocessgrupp bestående av medlemmar med brett deltagande.

På KK har vi en intern processgrupp som arbetar med vårt interna flöde bestående av läkare, vårdadministratör, verksamhetsutvecklare, kurator, fysioterapeut, vårdenhetschef, kontaktsjuksköterska, operationsplanerare, dietist.

Även onkologen har arbete genomförts med att gå igenom de interna processkartorna.

Inom den övergripande processgruppen har vi hittills haft tre möten, vilka hittills mest har varit orienterande gällande beskrivning av processer och identifiering av förbättringsområden.

Vi har diskuterat vilka måtvärden vi vill följa i våra processer där vi hittills har identifierat följande:

- Tid från operationsbeslut till operation
- Andel makroskopiskt radikalt opererade pat (ovarial), kan tas ut ur INCA
- Medeltid från rtg-remiss till rtg-svar på pat i SVF-förlopp (Östgötapatienter) för respektive cancer
- Medelsvarstid från biopsi till utsvaret PAD vid SVF förlopp (Östgötapatienter) för respektive cancer
- Medelsvarstid på PAD postoperativt för respektive cancer kan inte tas med för 2024 då dessa data ej har registrerats. Kan möjligen tas med framöver.
- Medeltid från operation till start av cytostatika för östgötska patienter för respektive diagnos
- Medeltid för behandlingsbeslut till start av behandling för kurativ primär onkologisk behandling uppdelat på cervix resp. vulvacancer.
- Patientnöjdhet PREM-enkäter, andel svarande i PREM både för kirurgi och onkologi

Vi har börjat följa dessa från 2025, med halvårsrapporteringar för att kunna följa förändringar fortlöpande.

Förbättringsarbeten

På KK har vi initierat en rutin för bedömning av utveckling av lymfödem efter lymfkirurgi. Denna har kommit igång under andra halvåret av 2024.

Patologen har ett förbättringsarbete inom kliniken för att korta ledtiderna på PAD-svar. Inom KK har vi för att underlätta detta skärpt vår interna SVF märkning på PAD med syfte att sträva efter korrekt märkta preparat för att inte överbelasta patologavdelningen.

Vi arbetar även med optimering av SVF registrering.

Förbättringsarbeten under nästkommande år

Vi planerar starta terminsvisa träffar mellan kontaktsjuksköterska på gynekologen och Kvinnokliniken.

Projekt med utveckling av MDK i form av granskning av utvalda fall av ovarialcancer stadium III-IV där vi vill jämföra preoperativ radiologibedömning med peroperativa fynd. Projektet planeras komma igång under våren 2025.

Se över möjligheter att ta med kontaktsjuksköterska vid MDK, vilket vi inte har haft som rutin hittills.

Kvinnokliniken har påbörjat startsäkring och registrerar våra cancerstudier.

Övrigt

Röntgenkliniken saknar SVF-märkning av remisser, vilket ger dem svårigheter att prioritera remisser- vore önskvärt att LCCC arbetar med att försöka påverka röntgenkliniken gällande detta.

Cervixcancerscreening och HPV-vaccination utöver barnvaccinationsprogrammet

Cervixcancerscreening och HPV-vaccination utgör centrala komponenter i det preventiva arbetet mot livmoderhalscancer. Det nationella målvärdet för täckningsgrad inom cervixcancerscreeningen är 85 %, ett mål som nästan uppnåddes nationellt år 2025 då täckningen uppgick till 84 % bland kvinnor i åldern 23–70 år. Inom den sydöstra sjukvårdsregionen har täckningsgraderna under perioden 2024–2025 varit relativt stabila men varierande mellan regionerna: Region Östergötland noterade 80–81 %, Region Jönköping 84 % båda åren och Region Kalmar län 89–88 %. Redovisade data baseras uteslutande på HPV-analyserade prover, inklusive både barnmorsketagna prover och självprov.

HPV-vaccination inom skolhälsovården uppvisar god täckning i sydöstra sjukvårdsregionen, där mer än 80 % av flickor födda 1999 och senare har erhållit minst en dos Gardasil. För att ytterligare förstärka det preventiva arbetet beslutade regionen i juni 2021 att ansluta sig till det nationella forskningsprojektet *Utrotning av livmoderhalscancer*. Projektet innefattar dels ett erbjudande om kostnadsfri catch-up-vaccination med 9-valent HPV-vaccin till kvinnor födda 1994–1999, dels utökad självprovtagning för HPV till långtidsuteblivare från screening med förhöjd risk.

Samtliga tre regioner i sydöst erbjuder numera både självprov till långtidsuteblivare och catch-up-vaccination. Vaccinationstäckningen i målgruppen varierar dock: Region Kalmar län har nått cirka 75,6 %, Region Jönköping 65,1 % och Region Östergötland 62,5 %. Eftersom minst 70 % vaccinationstäckning bedöms nödvändig för att möjliggöra utrotning av HPV är Region Kalmar en av de första regionerna i landet att nå detta mål.

Etableringen av det nationella processregistret NPCx år 2025, integrerat i INCA-plattformen, har ytterligare stärkt cervixcancerpreventionen genom förbättrad uppföljning, kvalitet och nationell enhetlighet. Trots detta kvarstår behovet av fortsatta riktade insatser för att öka deltagandet i screening och därigenom minska insjuknandet i livmoderhalscancer i regionen.

Huvud- och halscancerprocessen:

LCCC mål

Processkarta: Processkarta för huvud- och halscancerprocessen finns med utförligt beskrivande text för varje steg i processen samt länkar till styrande dokument där sådana finns.

MDK: Processen har en väl fungerande MDK som följer LCCC:s krav. Varje MDK har en utnämnd ordförande som sammanfattar, TNM-klassar och leder MDK.

Effektivitet och kvalitet: Vi följer ledtidsdata för SVF i realtid och vårdkvalitet presenteras och analyseras löpande och sammanställs vid verksamhetsenhetens årliga patientsäkerhetsdialog. Analys av förseningar utifrån SVF utförs och åtgärdsförslag utformas och genomförs.

Överlevnadsplaner: Vi har ännu ingen färdig mall för hur en överlevnadsplan ska vara utformad. Alla patienter som har fått en cancerdiagnos erbjuds Min vårdplan på 1177. Där aktiverar kontaktsjuksköterskorna all information som är relevant för patienten så som information om det egna sjukdomsförloppet, diagnos, behandling, förväntad påverkan på fysisk och psykisk hälsa, planering för uppföljning, hur de egna levnadsvanorna kan påverka tillfrisknande och upplevd livskvalitet samt kontaktinformation och en möjlighet att direkt i vårdplanen kontakta sin kontaktsjuksköterska.

Vårdkvalitet

Förbättringsarbeten AVD 165: Grönt vårdlag B 163 Operation och ingrepp är ett samarbete mellan ÖNH AVD 165 och Gyn AVD B164. Gemensamt vårdlag som är öppet måndag eftermiddag till torsdag lunch med planerad, enkel kirurgi. Syftet är att möta upp behovet av vårdplatser de dagar då inflödet är stort från operationer på ViN och Ekoxen.

Arbete pågår för att införa bedside-rond på vardagar.

Laryngektomerade patienter inläggande på avdelningen har en informationstavla där personalen sätter upp kort med information om vad som händer dag för dag och vad patienten kan göra själv. Detta för att patienten ska vara väl informerad och vara delaktig i sin egen vård.

Kompetens i teamet: Under 2025 har onkologiska teamet på öron- näsa- och halskliniken stärkts med en kontaktsjuksköterska, SVF-koordinator, en fysioterapeut och en dietist. Fysioterapeut på mottagningen har utbildats i lymfmassage för lymfödem i huvud-hals området och är nu certifierad lymfaterapeut. Vår nya fysioterapeut har startat en träningsgrupp för patienter med cancerdiagnos som äger rum en gång per vecka.

Avvikelser/internrevision: Vår verksamhetsutvecklare som har ansvaret för INCA-registrering, vårdkvalitet och patientsäkerhetsfrågor planerar att gå ner i tid och så småningom gå i pension. För att möta upp behovet av att fylla hennes funktion har en ny verksamhetsutvecklare rekryterats internt och en av våra vårdadministratörer kommer att ta över några av ansvarsområdena. Synergier registreras löpande och diskuteras i processteamet. Kvalitetsindikatorer redovisas och analyseras i processteamet.

VRI: Andelen vårdtillfällen med VRI fortsätter ligga på låga nivåer (1,7%) varav den största andelen utgörs av postoperativa infektioner. Följsamheten till basala hygienrutiner inom sluten- och öppenvård har under 2025 varit mycket hög, nära 100% enligt mätningar.

Omvårdnad: Antalet utförda skörhetsskattningar CFS har under 2025 varit få, däremot utförs NEWS2 i större omfattning. Utvärdering av bidragande orsaker har resulterat i att åtgärder som säkerställande av bemanning och utbildning av personalen har påbörjats och kommer fortsätta under våren 2026.

Ledtider inkl. SVF

Under våren avslutade den tidigare SVF-koordinatör sin anställning, vilket påverkade både kontinuitet och styrning av SVF-processen. En ny SVF-koordinator tillträdde under hösten. För att säkerställa tillförlitlig uppföljning har åtgärdskodning för SVF i journalsystemet korrigerats retroaktivt för 2025, vilket stärker underlaget för statistik i Rebus Vård. Tack vare detta arbete kunde vi uppnå inklusionsmålet. Ett strukturerat arbete har påbörjats för att tydliggöra ansvarsfördelning och etablera gemensamma rutiner för SVF-kodning, med målsättningen att skapa ett långsiktigt hållbart arbetssätt som är funktionsbaserat. En överskådlig kodningsvägledning tas fram för att underlätta arbetet. Vi kan redan se en ökning i korrekt

kodade delledtider inom SVF. Ett gemensamt utvecklingsarbete har påbörjats tillsammans med Patologiska kliniken i syfte att förkorta ledtider till PAD-svar, bland annat genom möjlighet till delsvar vid specifika frågeställningar samt förändrade rutiner inför mandibelresektion. ÖNH-kliniken deltar även i regionala nätverk för medarbetare med ansvar för SVF.

Forskning och utveckling

Munhälsostudien: Nystartad under 2025 med syfte att undersöka om en utökad behandlingsperiod hos sjukhustandvården förbättrar munhälsan på lång sikt för patienter som får kurativt syftande strålbehandling.

Viktstudien: Fortgår och kontaktsjuksköterskorna har hittat ett arbetssätt för att få inklusion av patienter att ske rutinmässigt.

PROM och PREM: Har inte fungerat lika bra, men i december 2025 har kontaktsjuksköterskorna börjat tillfråga patienter igen.

Startsäkring: Endast en studie startsäkrades under 2025, men förhoppningen är att fler ska följa under 2026.

Utvecklingsarbete inom det onkologiska ÖNH-teamet

Effektivisering: Genom dialog mellan tandvården och röntgenenheten har en ny rutin införts som innebär att tandvården kan skicka remiss direkt till röntgen utan att gå via ÖNH-kliniken. Denna förändring syftar till att effektivisera vårdflödet och minska ledtider.

Operationsverksamhet: Operationsplanering har återinförts som en fast punkt på tumörteam-träffarna i syfte att effektivisera vårdflöden då vi har försämrat tillgänglighet till operationsresurser.

Regional samverkan inom rehabilitering: Två regionala rehabrond-tillfällen planeras under våren, vilket presenterades för SÖSR vid ett regionalt onkologiskt möte i Nässjö den 10 oktober 2025. Intresset för deltagande var stort, och samtliga regioner uppmanades att bidra med flera patientfall för diskussion vid rehabronden.

Patientnära stödinsatser: Promenadgruppen för patienter med huvud- och halscancer har fortsatt under året. Patientåterkoppling indikerar att denna aktivitet upplevs som mycket betydelsefull och bidrar positivt till både fysisk och psykisk rehabilitering.

Rehabilitering – kliniska rutiner: Ett beslut har fattats om att undersköterskor vid kontrollbesök inom ÖNH ska mäta gapförmåga samt genomföra vägning med BIA-våg. Gapmått registreras i journalsystemet på samma sätt som övriga kliniska parametrar. Vid försämrat gapmått ska ansvarig läkare informeras för att möjliggöra tidiga åtgärder. Undersköterskor ansvarar för att instruera och dela ut gapövningar. Vid funktionspåverkan som innebär svårigheter att äta, dricka eller tala erbjuds patienten kontakt med logoped.

Nutrition: I och med att verksamheten nu har tillgång till dietist på heltid har rutiner införts för aktiv och strukturerad överlämning mellan dietister vid vård över regiongränser, i syfte att säkerställa kontinuitet i nutritionsbehandlingen.

Samverkan med patientförening: Ett möte genomfördes i december 2025 med Mun- och Halscancerförbundet. Vid mötet fattades beslut om att etablera ett årligt återkommande samverkansmöte. Processteamet blev även inbjudna att medverka som föreläsare vid Rehabdagarna 2026.

Tillgänglighet till multiprofessionella möten: För att underlätta logopeders deltagande har möjlighet skapats att medverka digitalt via Pexip vid både rehabiliteringsträffar och onkologiska teammöten.

Team- och processutveckling: Under vårterminen bjuder processledaren till LCCC:s storsteamträff för huvud- och halscancerprocessen.

Koloncancerprocessen

LCCC mål

Processledaren har fortlöpande deltagit i LCCC möten och haft dialog med dess ledning, verksamhetscheferna inom kirurgi på ViN och US samt med centrumchefen på CKOC. Processgruppens övriga medlemmar har haft möten med sina respektive verksamhetschefer inom radiologi, patologi och onkologi.

Processens hela ledningsgrupp har mötts vid enstaka tillfällen, men har oftare haft enskilda träffar mellan processledaren och delar av gruppen där vi behandlat ämnesspecifika frågor inom patologi, onkologi och radiologi. Viktiga fokusområden har varit multidisciplinära konferenser, endoskopifrågor, molekylärpatologiska analyser och ledtider (ffa inom radiologi.)

En processkarta har tagits fram tillsammans med kontaktsköterskor och vårdutvecklare Kir klin ViN.

Möten med Aleris/endoskopi (startade verksamheten i september) samt regionens endoskopienheter för utökning av endoskopiresursen i RÖ samt samordning av flöden och rutiner vid flera tillfällen.

Checklistan "nyupptäckt koloncancer" för endoskopienheterna har tagits fram och implementerats (inkl. på Aleris).

Ambition finns att rekrytera patientrepresentant men ej lyckats 2025. (En kandidat identifierad i januari 2026.)

Samarbete har i vissa delar skett med rektalcancerprocessen (Linda Hermus och senare Vidar Hjertberg) ffa avseende frågor rörande gemensamma lokala och regionala MDKer samt det högaktuella området med molekylärpatologiska analyser (där ytterligare patologisk kompetens tagits in).

Processledaren har deltagit i en arbetsgrupp i Nationella Vårdprogrammet och skrivit avsnittet om "kirurgisk behandling vid koloncancer" tillsammans med kollega på Kir klin ViN (Hager).

Diskussioner förts med ESCU om effektivisering av koloncancerprocessen/SVF-spåret. Beslut om att ESCUs ansvar förändras/minskar avsevärt till förmån för ökade insatser (remisser) från primärvården direkt till diagnostik. Utbildningsinsatser visavi primärvården planeras.

Redovisning hölls för styrgruppen LCCC och centrumledningen CKOC december -25 med rapport om pågående och genomförda processteg, samt kommande utmaningar med ffa endoskopiresurserna och utökade molekylärpatologiska analyser.

Vårdkvalitet

NVP, molekylärpatologi. Beslut fattat att implementera (LCCC/CKOC), men regionens Prioriteringsenhet bereder fn (feb 2026) frågan, vi väntar på beslut.

Regional (RÖ) anpassning till "Kloka kliniska val" (KKV) och nyheter i det Nationella vårdprogrammet medfört omfattande förändringar i uppföljningsprogram efter koloncancerkirurgi vilket väntas frigöra resurser ffa inom radiologin.

Resursoptimering av MDK stadie IV-processen, inklusive möten med RCC och representanter från hela SÖSR.

Gemensamma möten koloncancer- och rektalcancerprocesserna med RTG RÖ för resursoptimering.

Genomgång av cancer-prehabilitering med processledare + kontaktsköterskor ViN tillsammans med Frida Forsberg/LCCC.

Fortsatt utveckling av KRS-funktionen ViN med nyrekrytering av sköterska samt revision av uppdragsbeskrivningen för kontaktsköterskor (tillika dokumentation av delar av processen).

Försök har gjorts att ordna "tid-i-handen" inför besök på onkologmottagningen (som har relativ brist på kontaktsköterskor, vilka ej kan vara med på MDK). Går ibland men ännu inte alltid, fortsatt arbete med detta.

Revision av koloskopiremissen i RÖ, testad på MT-kliniken, vid årsskiftet 25/26 införd i hela RÖ (inklusive Aleris) med syfte att underlätta SVF-beslut/prioritering för remittenter och remissbedömare på endoskopienheterna.

Onkologiföreläsningar på RCC-möte för hela SÖSR för att öka kunskapen om adjuvant- och neoadjuvant behandling vid koloncancer.

En ny grupp för lokal utveckling av ERAS-konceptet återstartats på Kir klin ViN.

Ledtider inkl. SVF

Omfattande arbete med SVF-kodning, nätverksbildning i vårdadministratörgruppen (Kir klin ViN, Kir klin US och Onk klin US) för att kunna få fram valida data för analys av kommande processteg. Dokumentation av denna delprocess pågår.

Direkt RTG-staging efter koloskopi, samma dag som skopin, införd under senhösten 2025 (fullt igång under november) på samtliga tre endoskoperande enheterna. Känner ej till att liknande förändringar genomförts på andra håll i landet. Väntas komma att korta ledtiderna märkbart.

Klinikledning Kir klin ViN och CKOC-ledning har under hösten ökat antalet slutenvårdsplatser på Kir klin ViN vilket väntas förbättra möjligheterna att korta ledtiderna.

Utveckling och forskning

En kollega disputerat på Kir klin ViN under 2025 på EOCRC (Lundqvist, bihandledare Haapaniemi). Lundqvist fortsätter med CRC-forskning efter disputationen.

Samarbete med ÖAK-US för koloncancerstudier, två doktorander på Kir klin ViN (Almlöv/Blomqvist), varav en planeras disputeras under 2026 (levermetastaserad kolorektal cancer).

Samarbetet intensifierats med Linda Bojmars grupp om koloncancer/riskprediktion för senare levermetastasering. Avtal sluts om finansiering av 10% forskningssköterska, betalas via PML-studien. En kollega från Kir klin ViN med i forskargruppen (Lundqvist).

Samarbete med Cellbiologen/Åsa Keitas grupp kring tarmbarriärstudier (IBD-patienter vs koloncancerpatienter som jämförelsegrupp). Avtal slutits om finansiering av 10% forskningsköterska för inklusionsoptimering. En kollega från Kir klin ViN deltar i manuskrivande av dessa studier (Haapaniemi).

Två kirurger (ViN) deltar i ackrediteringsutbildning inom kolorektal kirurgi (Qadar och Almlöv) och en (Haapaniemi) deltar i fakulteten på nämnda utbildning.

Tre utbildningsläkare Kir klin ViN genomför kvalitetsstudier avseende CRC. 1) införandet av intracorporeala anastomoser, 2) preoperativ anemibehandling och 3) akut koloncancerkirurgi

Samarbete inletts med kollegor på anestesikliniken ViN för preoperativa- och peroperativa ekokardiografier respektive intraoperativa studier (intraoperativ vätskebalansoptimering) vid koloncancerkirurgi.

Rapport från SCRC

Data från SCRCR för 2025 års operationer bearbetas fn på RCC registercentrum/NORR och är ej tillgängliga för rapportering ännu.

Processteam Lever/gallvägar

LCCC mål

Under det första året för denna process har fokus legat på att forma arbetsgruppen, starta upp arbetet i processgruppen samt att säkerställa korrekta registreringar av SVF-koder, så de data vi har går att lita på och därmed arbeta med.

Vårdkvalitet

Kvalitetsarbetet har framför allt fokuserat på journalgranskning av de patienter som faller utanför de angivna SVF-ledtiderna. Detta för att säkerställa korrekt registrering samt för att hitta var i processen tidstjuvarna finns. Detta arbete har utförts både lokalt på US samt inom Sydöstra Sjukvårdsregionen för levertumörer som del i en större kartläggning.

Ledtider inkl. SVF

Ledtider har analyserats kontinuerligt för att följa förändringar under året. Mycket fokus har legat på journalgranskning samt arbete med administrativa delar för att se till att SVF-registrering hamnar rätt.

Uppfyllnad av ledtiderna för SVF Levercancer och SVF Gallblåse-/gallvägscancer har under 2025 blivit bättre, men är fortsatt alltför låg. Kontinuerligt arbete pågår för optimering av processerna där de största tidstjuvarna identifieras.

För att underlätta för patienterna har vi jobbat mycket med processen att överföra patienter mellan olika kliniker:

- 1) Ett "tid i handen"-projekt, där patienten så långt möjligt ska erhålla en tid till nästa mottagningsbesök, operation etc. Detta är tänkt att spara tid, men framför allt ge patienterna en ökad trygghet genom vården.
- 2) Ett projekt för att korta tiden till palliativ onkologisk behandling där remiss för subkutan venport skrivs i samband med informationsbesöket hos Kirurgen, i stället för att det sker vid mottagningsbesöket hos Onkologen. Detta kortar väntetiden till behandlingsstart påtagligt. Tidsmässigt faller detta väl ut och patienterna är mycket nöjda.

Pågående projekt för start av SVF-paket i Lab-ROS för att kunna sammanställa och få alla bitar i processen på plats snabbt och effektivt. Detta syftar till att alla som får remiss via Lab-ROS snabbt och enkelt skall

kunna få en överblick att det rör sig om ett SVF samt för remittenten säkerställa att alla önskade undersökning, provtagningar etc. utförs. Arbetet ännu ej avslutat.

Forskning och utveckling

Inget särskilt fokus på forskning via processarbetet i nuläget. Vi räknar med att detta kommer som en mer naturlig del när arbetssättet satt sig i verksamheten alltmer. Dock pågår mycket forskning i anslutning till våra diagnosgrupper och kontinuerligt deltagande i forskningsstudier/kurser/konferenser/nätverksmöten är en självklar del för detta arbete.

Lungcancerprocessen

LCCC mål

Vi har under året uppdaterat vår processkarta, och sett till att tydligt få in Rehabinsatserna i den.

Cancerrehabiliteringsinsatser är inflyttade i vårt dagliga arbete, bl a mha Hälsoskattningen och vårt Rehab-team som också är representerade i vårt lungcancerprocessteam.

Vi har sedan 2024 en patientrepresentant i vårt lungcancerprocessteam, vilket är ett sätt arbeta mot målet om patientmedverkan. Flera av oss läkare har också föreläst i Lungcancerföreningen (aktuell patientförening) och för Patient- och närståenderådet.

Vi jobbar med resursoptimering utifrån konceptet Kloka kliniska val. Detta kommer bl a vara ett tema på Svenska Lungkongressen i april 2026 (smart resursanvändning av radiologi och mikrobiologi). Vi har implementerat användning av Clinical Frailty Scale (CFS) vilket underlättar bedömningar av vilka patienter som är lämpliga för en viss typ av behandling. Under 2026 ska vi öka användningen av subkutan istället för intravenös administrering av immunterapi, vilken förhoppningsvis innebär stora kostnadsbesparingar.

Vårdkvalitet

Vi arbetar regelbundet med Infektionsverket för att följa upp vår antibiotikaförskrivning och antal VRI:er. Vi har VRI- och STRAMA-ansvariga läkare och sjuksköterskor både i vår öppen- och slutenvård.

I juni 2025 gjorde vi en gemensam utvärdering av vår behandlingskonferens "Thorax-/Lung-MDK" i vilken vi lungläkare, thoraxkirurg, radiolog och patolog deltog. Vi kom bl a fram till att vi behöver bli mer specifika i våra frågeställningar i röntgendemo-remisserna, för att underlätta för radiologerna. Annars var den allmänna uppfattningen att denna behandlingskonferens fungerar väl.

I slutet av 2024 startade vi projektet "preoperativ optimering", och under hela 2025 har patienter inom hela Sydöstra sjukvårdsregionen som planeras för thoraxkirurgi fått genomgå ett träningsprogram tillsammans med fysioterapeut, innehållande bl a slemmobilisering och stärkande träning inför kirurgi.

Jag som processledare har tillsammans med mitt lungcancerprocessteam regelbundet följt upp kvalitetsparametrar och överlevnadssiffror för vår process.

Ledtider inkl. SVF

Processledare och SVF-administratörer har under våren 2025 deltagit i utbildning om Rebusmodulen, och implementerat den i vårt dagliga arbete. Den hjälper oss att regelbundet snabbt få en överblick över våra aktuella ledtider.

För att ytterligare undersöka våra ledtider gjorde vi under sommaren 2025 en journalgranskning av de patienter som väntat längst (mer än 50% av mälledtid). Journalgranskningen presenterades vid en hearing som RCC anordnade i september, och var SÖ-gemensam. Vi såg att flaskhalsarna för att få ett snabbt och

bra flöde i vår process framför allt var tid tills nybesök (första läkarbedömning), tid tills svar på molekylläropatologi (vilket förlänger tiden till behandlingsstart), och att PET-CT är en begränsad resurs.

Vi har sedan gått vidare med åtgärder genom att sätta ihop en arbetsgrupp för att se över resurser och prioritering för nybesök. Vi har haft ett möte i december och kommer att kunna öka vår kapacitet för nybesök med 1–2 besök varje vecka. Vi skulle behöva öka kapaciteten ytterligare, men upplever en resursbrist vad gäller undersköterska på vår Utredningsmottagning. Önskvärt vore ytterligare en undersköterske-tjänst, som skulle fördela sin tid mellan Utredningsmottagningen och att vara SVF-koordinator.

Dialog med patologen har pågått under året, där vi hoppas att parallellkörning av molekylläropatologiska analyser ska kunna korta svarstiderna och därmed ledtiderna. Nästa tid för dialog/möte är i mars 2026.

Vi har också samarbetat med Röntgenkliniken för att underlätta för dem att erbjuda våra patienter PET-CT undersökning på annan ort (Jönköping eller Stockholm).

Forskning och utveckling

Under början av 2025 har vi utökat vårt lungcancerprocessteam med två forskningssjuksköterskor, vilket har stärkt vår forskningsorganisation och möjliggjort ett mer strukturerat arbetssätt kring studiegenomförande och ocklusion. I samband med detta har vi aktivt lyft forskningssjuksköterskornas intressen och utvecklingsområden, bland annat en önskan att öka samarbetet mellan forskningssjuksköterskor inom O-huset, vilket vi framfört som ett utvecklingsförslag (via Erik Hilborn).

Vi har även ökat medvetenheten om pågående studier och aktuella inklusionsmöjligheter bland klinikens läkare genom regelbundna avstämningar på morgonmöten, med målet att förbättra rekrytering och öka antalet inkluderade patienter.

Trots begränsningar i forskningssjuksköterskeresurs har vi arbetat aktivt för att stärka förutsättningarna för akademiskt driven forskning genom att söka och erhålla extern finansiering samt involvera fler kollegor i forskningsprojekt.

För att vidareutveckla vårt arbetssätt planerar vi även erfarenhetsutbyte/studiebesök vid annan klinik (Gävle) för att ta del av deras organisation och rutiner kring forskningsarbete och studieinklusion. För att stärka kompetensen inom kliniska prövningar skickar vi även en medarbetare på utbildning i Stockholm med fokus på genomförande av kliniska läkemedelsprövningar.

Hudcancerprocessen

Kort beskrivning av processen

Processteamet för Hudcancer i Region Östergötland bildades i april 2024 och består av nyckelpersoner från olika verksamheter involverade i hudtumörprocessen. Processen omfattar hela vårdkedjan, från primärvård till palliation, vilket gör den både komplex och omfattande med flera aktörer.

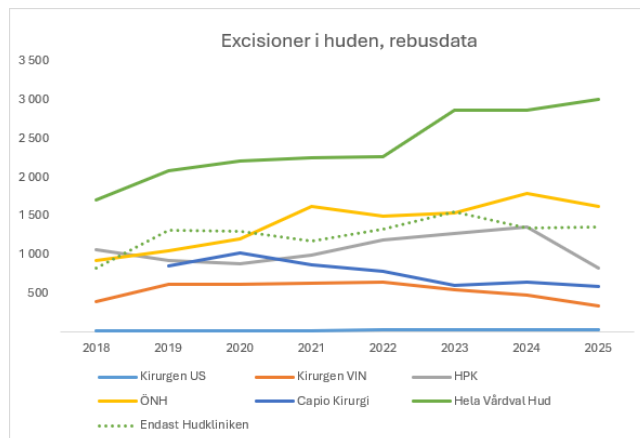
Stigande hudcancerolymer kräver tydligare ansvarsfördelning

Behovet av excisioner inom hudtumörkirurgi har ökat markant i takt med den stadigt stigande incidensen av hudcancer. Detta skapar ett ansträngt läge på många kliniker, vilket gör en tydlig ansvars- och uppdragsfördelning mellan aktörerna ännu viktigare för att säkerställa god och sammanhängande vård samt undvika onödigt bollande av patienterna.

Med anledning av detta – och flera andra faktorer – pågår just nu en omfattande genomlysning av hudtumörkirurgi-uppdraget i Region Östergötland. Arbetet leds av utvecklingsstrateg Li Widmark med stöd

av hudcancerprocessteamet. Målet är att slutföra genomlysningen mot sommaren 2026 så att resultatet kan ingå i hälso- och sjukvårdsnämndens beställning inför 2027.

Tabellen nedan illustrerar den kraftiga ökningen, där framför allt volymerna inom Vårdval hud har stigit mest.



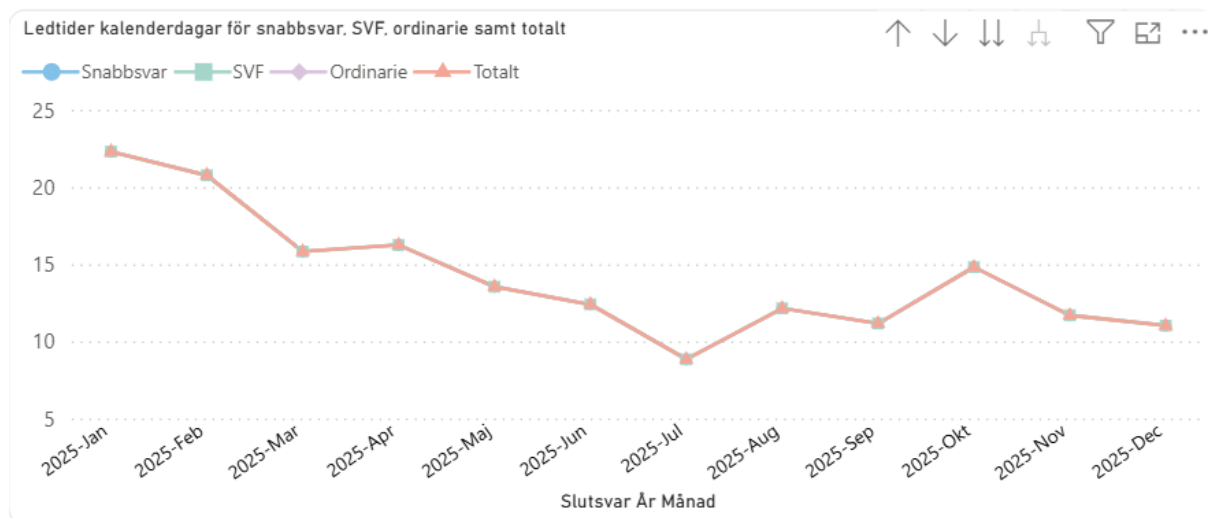
Ledtiderna för patologi inom SVF hudmelanom

Ledtiderna för patologi inom SVF hudmelanom har sjunkit avsevärt – nästan halverats – under 2025 i Region Östergötland. Mediantiden gick från 22,30 kalenderdagar i januari till 11,02 kalenderdagar i december.

Detta positiva resultat beror på flera samverkande faktorer: kompetenshöjande insatser, nära samverkan mellan patologer, hudläkare och kirurger, samt interna förbättringsarbeten på både patologen och hudklinikerna.

Trots den fortsatt ökande incidensen av hudcancer har antalet prover som skickas till patologi minskat tack vare effektivare arbetssätt hos hudläkarna. Exempelvis har man minskat dubbeldiagnostik och i högre grad behandlat vissa hudtumörer baserat på klinisk bedömning istället för rutinmässig histopatologisk bekräftelse.

Dessa förändringar bidrar till en mer resurseffektiv och patientcentrerad vårdkedja.



Tumörtjocklek, en viktig kvalitativ indikator

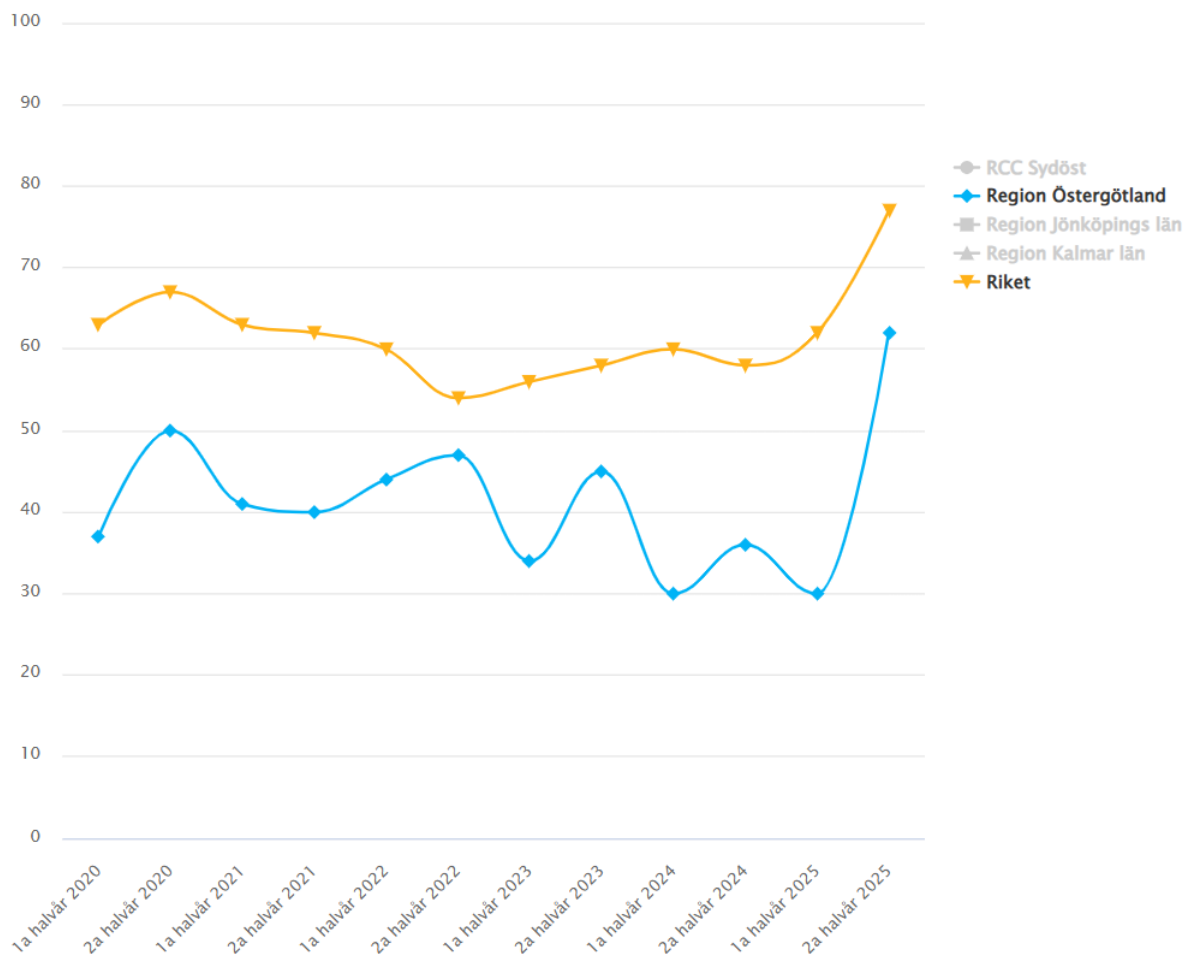
En **kvalitetsindikator** för melanom är **tumörtjockleken** (Breslow-tjocklek), som mäts i millimeter och utgör den starkaste prognostiska faktorn för primärtumören.

Ju tidigare melanomet upptäcks och excideras – och därmed i tunnare skede – desto bättre prognos. Tunna melanom (≤ 1 mm) har ofta en 5-årsöverlevnad på 95–99 %, medan tjockare tumörer (> 4 mm) medför betydligt sämre utsikter på grund av ökad risk för metastaser.

Bra **tillgänglighet** till hudläkare för bedömning (t.ex. via vårdval hud, dermatoskopi och SVF) samt snabb tillgång till kirurgisk excision är därför avgörande förutsättningar för tidig diagnos och behandling i tunnare stadier.

Andel som genomgått SVF inom angiven leddid

Diagrammet visar hur stor andel av patienterna som startar behandling inom den angivna leddiden.



Utöver de tidigare nämnda insatserna har processteamet arbetat med patientcentrering, samordning av hudcancerforskning samt hantering av den sköra patienten (t.ex. multisjuka eller äldre med komplexa behov).

På klinisk nivå har flera konkreta förbättringsarbeten genomförts. Ett viktigt exempel är framtagandet av en helt ny remissbedömningsrutin för hudkliniken, som hanterar cirka 12 000 remisser per år. Rutinen syftar till att effektivisera prioritering, minska onödiga väntetider och säkerställa rätt patient hamnar hos rätt kompetens från start.

I pipeline ligger ytterligare ett större arbete: effektivisering av hudklinikens läkarmottagning för att optimera tillgängligheten. Målet är att skapa bättre flöden, kortare väntetider till bedömning och därmed bidra till snabbare ledtider genom hela hudcancerbehandlingskedjan – från misstanke till diagnos och kirurgi.

Dessa åtgärder stärker tillsammans vårdens förmåga att möta den ökande belastningen och förbättra patientutfall vid hudcancer i Region Östergötland.

Njuncancerprocessen

Sedan drygt 5 år är utredning och behandling av njurtumörer i Östergötland koncentrerad till urologmottagningen i Linköping. Ca 75 patienter diagnostiseras med njuncancer/år. Handläggningen sker i

huvudsak via en special mottagning inriktad mot njurproblematik bemannad av läkare tillhörande njurteamet. I dagsläget omfattar teamet 4 läkare, 2 Överläkare och 2 Specialistläkare. Teamet omfattar även kontaktsjuksköterskor kopplade till såväl Linköpings som Norrköpingsmottagningen.

Teamet hanterar även benigna åkommor som tarvar kirurgi av de övre urinvägarna.

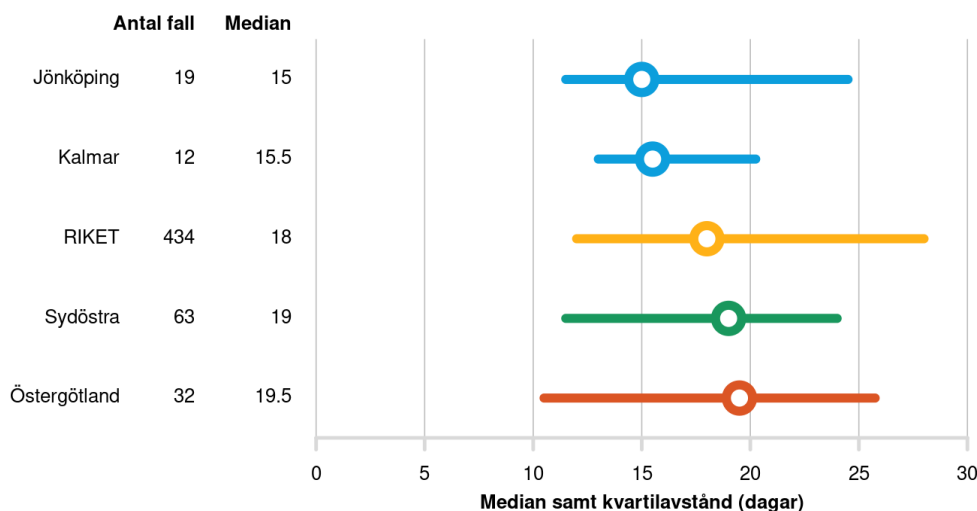
Uppföljningen av Njurcancerpatienter som genomgått kurativ behandling är röntgenbaserad och sköts i huvudsak av patientens kontaktsjuksköterska. På årsbasis ser vi drygt 200 nybesök till läkare, varav 100–130 besök rör tumörmisstanke. 2025 genomfördes 105 SVF förlopp i processen.

Avslutade vårdförlopp per behandlingstyp och huvuddiagnos

	Antal avslutade vårdförlopp	Antal vårdförlopp med angiven ledtid	Antal avslutade vårdförlopp inom angiven ledtid	Andel avslutade vårdförlopp inom angiven ledtid
Expektans	37	37	12	32 %
Kirurgi	41	41	3	7 %
Palliativ	1	1	0	0 %
Övrig	26	0		
Totalt	105	79	15	19 %

En liten del av patienterna utreds pga symtom i form av hematuri eller smärta. Majoriteten utreds pga att röntgenundersökning har påvisat ett fynd i njuren som inger misstanke om njurcancer. Alla patienter kommer inte att behöva genomföra en komplett utredning. Naturalförloppet relaterat till storlek, utseende och ev. tillväxt takt av tumören i relation till patientens ålder och medsjuklighet medför att man först bör värdera patientens utredningsbehov innan beslut om vidare utredning. Ett expektans beslut i SVF kan innebära både att vi avstår biopsi i nuläget och genomför en tillväxt kontroll efter en tid som att biopsi har visat en lågrisk tumör där riskerna med operation överstiger patientens behandlingstvinst. Tydligt är att de förlopp som avslutas inom ledtid är i första hand de där vi avstår från vidare utredning, all komplettering medför att utredningen inte kan slutföras inom tänkta ledtider. Registreringen via SVF är dessutom svår att tolka i relation till registrerade data i Nationella kvalitetsregistret i vilket endast tumörer med klar malign diagnos är registrerade. Exempelvis visade SVF data på 41 patienter som behandlades operativt där registret uppvisar 63 registrerade nya fall 2025 varav 48 genomgick kirurgi/ablation. Då vi endast registrerade start och avslut i SVF 2025 går SVF data inte att använda för att utvärdera processen. Dessa uppgifter finns dock i kvalitetsregistret för de med tumördiagnos.

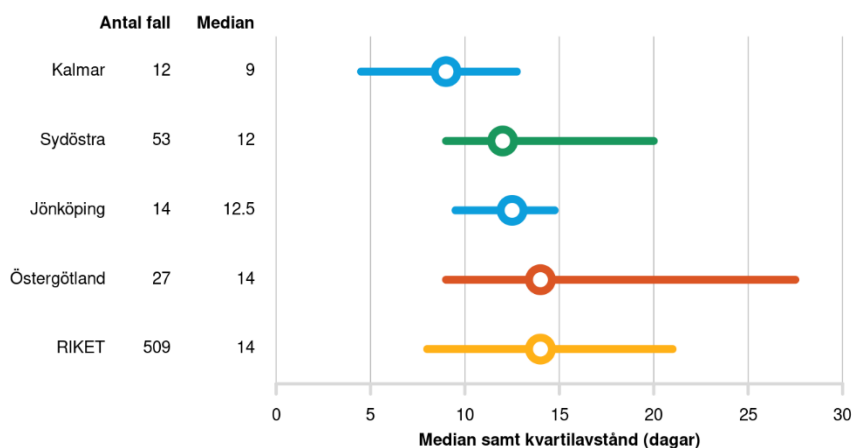
De enda tillgängliga kurativt syftande behandlingarna är kirurgi eller ablation av en lokaliserad sjukdom, vid spridning är det sällan aktuellt med operation. Vid små tumörer (<4cm) bör tumören biopsieras innan terapibeslut, då 20–30% av småtumörer uppvisar benign PAD vilket besparar patienten en operativ åtgärd.



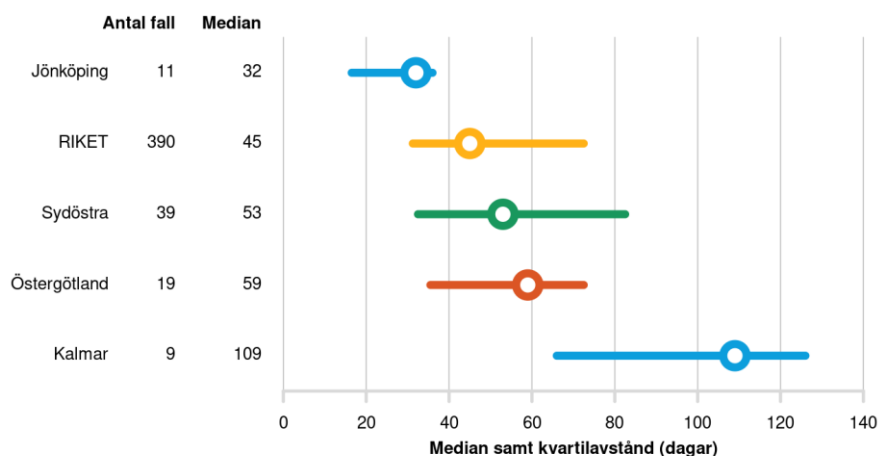
Vid spridd sjukdom skall tumören artbestämmas inför beslut om möjlig palliativ systemterapi och denna grupp har sannolikt störst vinst med att vi uppnår snabbare handläggning av biopsi förfarandet. 2025 hade 13 st patienter metastaser vid diagnos, antalet är så pass litet att biopsi borde kunna gå att arrangera med förtur.

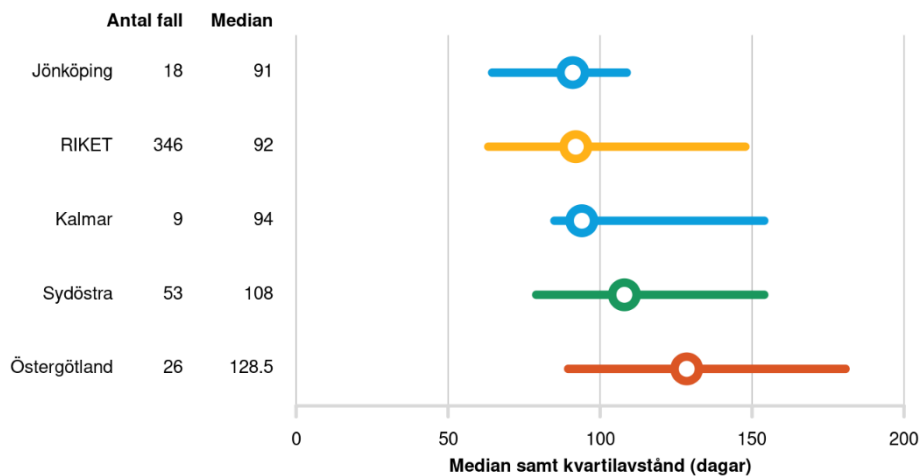
Ovan: Tid mellan remiss och första besök på mottagningen, Tumör <4cm. Nedan: Tid mellan remiss och första besök på mottagningen, Tumör >4cm.

Tiden till första besök varierar relaterat till tumörstorlek där tumörer större än 4 cm har 5 dagar lägre ledtid i median. Det är en rimlig prioritering i relation till tillgänglig mottagningsresurs och även relaterat till sjukdomens biologi. De med mindre tumörer genomgår biopsi innan behandlingsbeslut vilket påverkar ledtiden till behandlingsbeslut och dessa patienter prioriteras även lägre vid klinikens interna prioritering i relation till andra sjukdomar. Bristen på operationsresurs är tydlig i detta avseende. 27% av dessa patienter väntar mer än 6 månader, även om det rör sig om lågrisktumörer med ett betydande behandlingsfönster är väntetiden under all kritik.



Ovan: Tid mellan remiss och operation, Tumör >4cm. Nedan: Tumör <4cm





Vi får uppskattningsvis 5 patienter/ år remitterade till oss från Sydöstra sjukvårdsregionen. Dessa patienter är dels de där multidisciplinärt operativt omhändertagande behövs för just den patienten. Framför allt gäller det tumörer där leverkirurgisk eller kärnkirurgisk kompetens behövs för att genomföra åtgärden. Dessa patienter hanteras och planeras individuellt. Dels tar vi emot patienter för ablation fr a från Jönköping som saknar ablationserfarenhet.

Från Kalmar remitteras även patienter där de anser att deras operativa kompetens är för låg i relation till operationens svårighetsgrad. I dessa fall har vi löst det med att skicka operatör till Kalmar för operativ handräckning och vidare utbildning.

Studier:

Vi medverkar i RESTART studien, en nationell randomiserad studie för att jämföra njurresektion med ablation för tumörer under 4 cm storlek.

Mål för 2026:

- Start av multidisciplinär process grupp med medverkan från röntgen, patologen samt onkologen.
- Vi gör rätt sak i rätt ordning men behöver förbättra ledtiderna generellt vilket blir huvudmålet för omstarten av processarbetet.
- Tydligare prioritera patienter med spridd sjukdom i biopsiprocessen.
- Förbättra rutinerna kring SVF registrering.
- Sannolikt riskerar vi behöva skicka en betydande andel av operationsfallen externt för att få mänskliga väntetiden.

Prostatacancerprocessen

Arbete under året:

Processteam etablerat.

Processkarta utförd.

Uro-onkologisk mottagning startad 1 gång/månad.

OPT (organiserat PSA testning) påbörjat – fungerat bra. Ungefär 40–50% deltagande, bra resultat jämfört med andra regioner.

SVF lektiderna har genomgått särskild analys. Väntetiderna för MR prostata och PAD på mellannålsbiopsier är inte inom de stipulerade, men klart förbättrade jämfört med tidigare. Därför ligger nu fokus på att anpassa urologens planering vilket beräknas ge resultat tills kommande termin. Detta följs kontinuerligt såväl via INCA som av urologiska kliniken verksamhetsutvecklare.

PROM, digital vårdplan, kontaktsköterskeledd uppföljning enligt strukturerad frågeformulär et c är sedan länge rutin i prostatacancersjukvården.

Under 2025 genomförde urologiska kliniken internrevision av prostatacancerprocessen:

Planering/olika projekt 2026:

Teammöte 2 ggr/år.

Medverkan av patientrepresentant till teamgruppen planeras till 2026. Vi bedömer att det borde vara en fördel med medverkan av patient med avancerad sjukdom, som haft erfarenhet av en stor del av vårdförloppet. "Nominering" via de i teamet ingående kliniskt verksamma läkarna och sjuksköterskorna.

Införande av kardiokolisk mottagning på onkologen fr o m 2026 vilket medför att fler patienter kan komma ifråga för med avancerad behandling (som ofta är kardiotoxisk).

Bildande av uro-onkologisk rehabiliteringsgrupp. Medlemmar från rehabprofessioner och kontaktsköterskor.

PROM-fokusdag där vi samlar ffa sjuksköterskor från urologen (US och ViN) samt onkologen (strål- och medicinsk onkologi) och går i genom PROM resultat.

Algortitmstyrt ut svar vid normala cancerkontroller. Erfarenhet finns på S:t Görans sjukhus. Stor resursbesparing.

Prio metastaserad prostatacancer/högrisk prostatacancer. Separata SVF förlopp?

Behov finns av medverkan av strålonkolog på MDK prostatacancer, se förslag nedan.

På 5–10 års sikt:

Stort behov av PSMA-PET/CT. Vore fördel med behandlingsstolar i anslutning till en PET/CT-kamera, se förslag nedan.

Stort behov av dedikerad MR kamera/team för prostatacancerdiagnostik, se förslag nedan.

Bildandet av prostatacancercenter för att samla all diagnostik, behandling och forskning under "samma tak". Patientunderlaget medger förmodligen effektivitets och kvalitetsvinster. Behandlingen av avancerad sjukdom utvecklas och blir mer komplicerad. Se förslag nedan.

Förslag till strategiska rådet att lyfta uppåt:

Dedikerad MR kamera för prostatacancerdiagnostik, dels pga ökande volymer i o m OPT/screening. Vi ser ökande problem med olika MR sekvenser tagna i olika delar av länet vilket försvårar jämförelse över tid. En dedikerad MR kamera, som kan ligga utanför sjukhusområdet, skulle täcka behovet av MR prostata i regionen, möjliggöra bättre jämförelse över tid och vore mer geografiskt rättvist.

Utbyggnad av PSMA PET. Inom ett par år är med största sannolikhet behovet ca 100 undersökningar per år, jämfört med dagen ca 40. Redan nu är väntetiden oacceptabel och undersökningar görs i Jönköping och Stockholm. Klart behov finns för utbyggnad av PSMA PET. Därtill kommer inom kort isotopbehandling med Lutetium att rekommenderas vid spridd prostatacancer. Något att tänka på redan nu vore att bygga in behandlingsstolar i anslutning till PET kamera för att möjliggöra synergivinst.

Medverkan av strålonkolog på MDK prostatacancer. Är egentligen självklart men vi vill att ni lyfter frågan.

Bildande av fysisk prostatacancercenter för samling av regionens diagnostik, behandling och forskning som övertar vissa uppgifter som idag ligger på urologiska, onkologiska och radiologiska kliniken.

Rehabiliteringsprocessen

Under året har det övergripande arbetet kring cancerrehabilitering främst inriktats mot att stärka patientnära insatser, kompetensutveckling, främja multiprofessionellt och även enhetsöverskridande samverkan samt skapa mer enhetliga arbetssätt för rehabprofessioner i cancersjukvården. Nedan sammanfattas de viktigaste insatserna:

Cancerskola: Pilotprojekt för bröstcancer och övre GI-cancer genomfört, erfarenheter av dessa ska lägga grunden för framtida implementering för fler diagnoser.

Rehabarena: Ny rehabarena har skapats i Tinnerbäckshuset med två gym, träningshall för träning och mediyoga, samtalsrum för teamträffar, patientskolor och samtalsgrupper vilket nyttjas av flera kliniker.

Träning: Uppstart av träningsgrupper på ÖNH- och Kirurgiska kliniken US. Befintliga träningsgrupper fortgår (onkologiska-, hematologiska- och lungmedicinska kliniken).

Mediyoga: Har implementerats i klinik för patienter med pågående cancerbehandling. Grupp med fysiska träffar erbjuds såväl som digital grupp.

Fysisk aktivitet på recept: Fortsatt samverkan med hälsoprocessledare kring FaR-ordinationer för träning i friskvården (Korpen Östergötland samt Friskis och Sveltis Linköping). Legitimerade medarbetare i cancersjukvården kan skriva FaR-ordination för patienter med cancer. En kick-off kring detta arbete har genomförts med syfte att öka antalet förskrivningar.

Kompetensutveckling och nätverk i SÖSR

En grundkurs i ACT för rehabprofessioner i cancersjukvården RÖ har genomförts.

Fortsättningskurs i ACT samt nätverksdag för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister har genomförts i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Utbildning i motiverande samtal (MI) för sjuksköterskor i öppenvård i cancersjukvården i RÖ har genomförts i samarbete med Psykologpartners.

Ett nätverk i sydöstra sjukvårdsregionen kring sexuell hälsa vid cancer har etablerats.

Sexuell hälsa och sexologisk kompetens inom cancersjukvården: Har stärkts genom ett pilotprojekt på Urologiska-, Onkologiska- och Kvinnokliniken US. En broschyr om lust har skapats. Sexolog har genomfört föreläsningar kring sexuell hälsa vid cancer för medarbetare i slutenvård, inom LAH och öppenvård. Sexolog har hållit föreläsningar för medarbetare, erbjudit ärendehandledning till uroterapeuter och ED-sjuksköterska samt presenterat omhändertagande av sexuell hälsa på KRK-sektionen, Kirurgiska kliniken US. Ett RÖ-nätverk har bildats för kompetensspridning kring ämnet.

Projekt kring neuropati: Projekt för riskvärdering och tidig inventering av neuropatisktymtom vid medicinsk onkologisk behandling för GI-cancer har genomförts.

Patientinformation: Nationell broschyr om cancerrelaterad fatigue har skapats. Film om viktigt att veta om cancerrehabilitering utgiven av RCC i samverkan har spridits.

Stöd för medarbetare: Generell guide för cancerrehabilitering inkl. prehabilitering och levnadsvanor har skapats. Fortsatt implementering samt uppdatering av kliniks specifika guider för cancerrehab.

Multiprofessionell samverkan: Flera multiprofessionella team med regelbundna teamronder har skapats för olika diagnoser på Onkologiska kliniken för att underlätta teamarbetet kring patienterna.

Fortbildning kring cancerrehabilitering i primärvården: En fortbildningshalvdag om cancerrehabilitering genomfördes för fysioterapeuter, arbetsterapeuter och lymfterapeuter i primärvårdsrehab, med ca 150 deltagare. I samband med detta togs en gemensam rutin fram för aktiv överlämning/remittering från specialistvårdsrehab till primärvårdsrehab.

Det specialiserade cancerrehabteamet har fortsatt sitt multiprofessionella arbete med strategiskt och taktiskt ansvar för struktur, samordning och fortbildning samt olika utvecklingsinitiativ. Nätverket har utökats med en sexolog, ytterligare en kontakt-ssk, koordinator för unga vuxna samt en rehabchef för att stärka den multiprofessionella uppställningen och underlätta implementeringsarbetet.

Fortsatta träffar i respektive rehabprofessionsnätverk: Har genomförts för fortbildning, samverkan och ensning t ex arbetssätt och KVÅ-kodning inom professionen (kurator, fysioterapeut, dietist, arbetsterapeut och lymfterapeut).

Gemensam layout på informationsmaterial: Arbete har genomförts med Kommunikationsenheten för att ta fram enhetliga och tydliga broschyrer för patientinformation och gruppverksamhet inom cancerrehabilitering.

Rehabiliteringsplan i Cosmic: En gemensam sökordsmall för rehabiliteringsplan har tagits fram i regionen, med stöd av utvecklingsledare, cosmicförvaltning och termgruppen, för att underlätta dokumentation då patienten har behov av en rehabiliteringsplan.

Rutinen för aktiv överlämning till SÖSR: Har reviderats under året.

Intranätsgruppen för cancerrehabilitering: Har vuxit och uppdateras regelbundet med nyheter/tips.

Deltagande vid LCCCs Patient- och närståendekväll: Föreläsning om Cancerrehabilitering inkluderande en dialog mellan kontaktsjuksköterskor och patienter utifrån deras erfarenhet av cancersjukdom och behandling. Utställningsbord med multiprofessionellt team, information om råd och insatser inom cancerrehabilitering.

Samverkan med civilsamhället: Har stärkts genom regelbunden dialog, föreläsningar för PCF Öst och Moa-Lina samt tät samverkan med Medborgarskolan kring kursen LEVA – inte bara överleva. Samverkan med Ung Cancer har också påbörjats både regionalt och nationellt.

Psykosocialt omhändertagande vid cancer hos unga vuxna: Ett projekt har startats för att implementera ett psykosocialt omhändertagande för unga vuxna med cancer. Projektledare är anställd, omvärldsbevakning är genomförd. Arbetet utgår från samma koncept som utvecklats av Karolinska och Sahlgrenska i

samverkan med Ung Cancer. Ambassadörer har utsetts på flera kliniker och ingår i ett nätverk för enklare implementering, vilket fortsätter under 2026.

De GAP som återstår i relation till LCCCs strategiska plan och nya Cancerstrategin 2.0 är:

Arbetsätt för bedömning av omvårdnads- och identifiering av rehabbehov upprepat under cancervårdprocessen är inte fullt etablerade. Läkare, kontakt- och behandlings-ssk ansvarar för dessa bedömningar, och rehabprofession kopplas in vid behov. Guide för cancerrehabilitering finns som stöd för handläggning av patientens behov.

Digital infrastruktur för att via integrerad formulärtjänst skicka formulär till patient och få svaren direkt i journalsystemet saknas. Detta är ett nationellt problem som behöver lösas av Inera och Cambio, vilket försvårar arbetet med att upprepat bedöma patientens behov.

Möjlighet att spegla upp patientens planer på ett tydligt sätt i journal på nätet på 1177 saknas. Vilket innebär att patientens eventuella rehabiliteringsplan inte enkelt kan hittas av patienten. Problemet ligger på nationell nivå enligt E-hälsa i RÖ vilket försvårar användningen av rehabplanen som ett pedagogiskt verktyg.

Sida på Vårdgivarwebben saknas för cancerrehabilitering, då resurs från Kommunikationsenheten inte funnits för att skapa detta. En sida behövs för att samla generell information, hänvisa till kliniska kunskapsstöd från RCC och till generella rutiner för cancerrehabilitering i RÖ.

Regional information på 1177 om cancerrehabilitering i RÖ saknas. Detta är utmanande att få till eftersom utbudet skiljer sig mellan enheterna i cancersjukvården.

Dashboard för cancerrehabilitering saknas, och behöver skapas för att visualisera utbudet av cancerrehabilitering i RÖ. Resurs från BI saknas. Vilka mått som ska användas är delvis kartlagt, men det finns utmaningar på nationell nivå i hur man ska mäta cancerrehabilitering vilket försvårar.

Rektalcancerprocessen

Rektalcancerprocessen går överlag bra. Under 2025 skickade vi inga patienter för vård utomläns pga resursbrist. Operationsresursen är alltid begränsningen.

Vi har under 2025 gått in i året med en minst sagt haltande mottagningsverksamhet, framförallt avseende kontaktsköterskorna där vi hade flera sköterskor som slutade. Undan för undan under året har vi dock anställt nya kontaktsköterskor och är nu i princip fullbemannade vilket bäddar för att vi under 2026 kommer att kunna förbättra den delen av processen.

På läkarsidan var vi under 2024 delvis gravt underbemannade med endast två kirurger direkt dedikerade till processen vilket omöjliggjorde t ex vettig semester. I mars 2025 fick vi dock tillskott av en ny senior robotkirurg och vi har därför nu en klart bättre situation både för läkarna och patienterna.

På samma sätt var vi vid 2025 års början underbemannade på läkarsidan avseende Watch-and-Wait-processen (WoW). Nu finns dock två kirurger inom den processen och den löper på.

Den kolorektala akademiska styrkan har under året också förstärkts kraftigt av anställandet av en adjungerad professor i kirurgi med inriktning på kolorektal cancer, ett område som varit gravt eftersatt under flera år på US.

Förbättringsarbeten

Kolorektalregistret INCA:

Vi gick in i 2025 med en täckningsgrad som var alltför låg. Genom att systematisera arbetet med registret och avsättandet av en ansvarig läkare har vi nu för 2025 99% täckningsgrad. Denna täckningsgrad måste upprätthållas. Utvärderas med resultat direkt från registret.

PROM/PREM: Låg inklusionsgrad, men av de som tillfrågas om medverkan svarar över hälften, vilket talar för utvecklingsmöjligheter. Här finns utrymme för förbättringar från vår sida, där förstås målet är att tillfråga samtliga. Ansvaret för detta kommer att ligga på kontaktsköterskorna. Måluppfyllelse kommer att kunna utläsas i registret.

Tilltänkta förbättringsarbeten under nästkommande år
100% täckningsgrad i PROM/PREM.

GMS560 på reflex på samtliga px på rektalcancer bör införas. Processen är påbörjad men ännu inte i gång. Implementering skulle innebära möjlighet till tidigt beslut om lämplig behandling, dels neoadjuvant, dels postoperativt, då ALASSCA-studien visat positiva resultat för ASA 160 mg för nästan hälften av våra patienter avseende att minska risken för återfall, och för att avgöra vilka som är betjänta av behandlingen krävs GMS.

Sarkomprocessen

Målarbete

Vi följer processkartan som vi tog fram 2023/2024.

Vi har fortsatt med att implementera "Min Vårdplan".

Vår SVF-registreringen är stabil tack vare en avsatt person som sköter alla våra SVF.

Vi har en stabil registrering i sarkomregistret eftersom vi har en sjuksköterska på mottagningen som deltid är avsatt för detta.

Kontaktsjuksköterskor från onkologen och ortopederna deltar alltid vid MDK.

Vårdkvalitet

Största komplikationsområde vi har är postoperative infektioner eftersom vi får så stora sårhålor efter kirurgi. På grund av detta sköter vi alla patienter med sårkomplikationer med kontroller på vår egen mottagning här i Linköping.

Ledtider inkl. SVF

Antalet patienter är inte så stort att det är lätt att följa våra ledtider som vi har satt upp inom SVF.

Forskning och utveckling

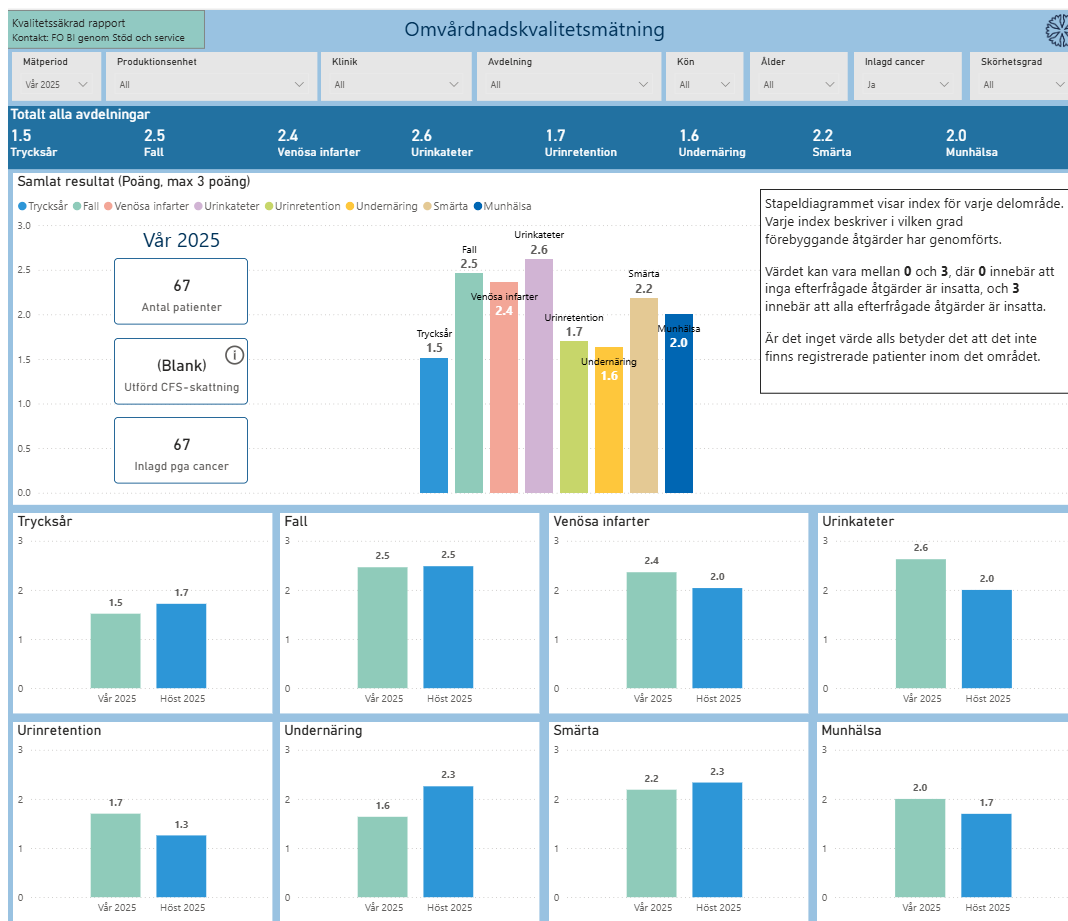
Vi deltar regelbundet i nationella MDK och vi deltar alltid i de årliga arbetsplatsmötena av skandinaviska sarkomgruppen. Som ansvarig för sarkomprocessen i SÖSR deltar jag i möten med RCC och arbeten kring nationella vårdprogrammet och SVF.

Det är svårt att göra forskning när man har så lite patientunderlag varför den mesta sarkomforskningen i Norden sker via registerstudier. Där bidrar vi med vår sarkomregistrering.

Patient- och omvårdnadsmått

Omvårdnads kvalitetsmätning

Region Östergötland genomför omvårdnads kvalitetsmätning på alla slutenvårdsavdelningar två gånger per år. De områden som ingår i mätningen är trycksår, fall, ohälsa i munnen, venösa infarter, urinkateter, urinretention och smärta. Syftet med mätningen är att resultat av varje mätning används av varje avdelning som underlag för förbättringsarbete inom de områden som ingår i mätningen. Slutmålet är att ge våra patienter bästa och säkraste vård och behandling samt minimera/eliminera vårdskador. Mätningen på figuren visar alla patienter som var inlagda på grund av cancer vid två mättillfällen under år 2025, med index för varje delområde. Varje index beskriver i vilken grad förebyggande åtgärder har genomförts. Värdet kan vara mellan 0 och 3. Där 0 innebär att inga av de efterfrågade åtgärderna är insatta, och 3 innebär att alla efterfrågade åtgärder är insatta. Översikten visar jämförande värden från tidigare mätningar.



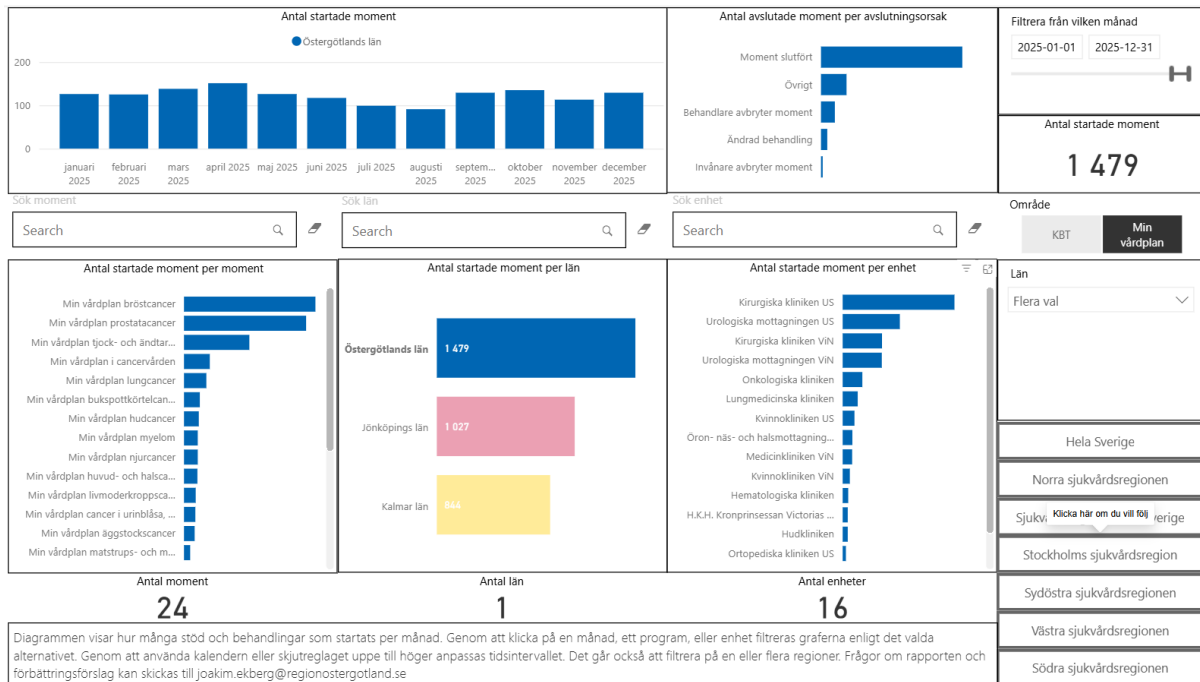
Min vårdplan Cancer

Min vårdplan är ett digitalt verktyg inom cancer vården som syftar till ökad jämlikhet, kvalitet och personcentrering. Verktyget ger patienter möjlighet till delaktighet och inflytande genom hela vårdförloppet och finns tillgängligt via e-tjänsten Stöd och behandling på 1177. Sedan 2020 är RCC ansvarig utgivare.

Innehållet i Min vårdplan bygger på kvalitetssäkrad och evidensbaserad information, baserad på nationella vårdprogram och förankrad nationellt genom öppna remissrundor. Planerna tas fram av diagnosspecifika arbetsgrupper med representanter från regioner, patienter och närstående samt olika experter.

Min vårdplan finns idag för flera cancerdiagnoser och utvecklas kontinuerligt, med målet att alla cancerpatienter ska erbjudas en Min vårdplan. Under år 2025 startades 1479 vårdplaner inom följande diagnoser i Sydöstra sjukvårdsregionen:

- Bröstcancer
- Tjock- och ändtarmscancer
- Prostatacancer
- Tumörer i centrala nervsystemet
- Äggstockscancer
- Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare eller urinrör
- Peniscancer
- Lung- och lungsäckscancer
- Huvudhalscancer
- Livmoderhals- och vaginalcancer
- Myelom
- Utredning av misstänkt cancer
- Min vårdplan i cancervården
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Njurcancer
- Bukspottkörtelcancer
- ALL barn
- Livmoderkroppscancer
- Hudcancer
- Min vårdplan i barncancervården
- Buksarkom och gynekologiska sarkom
- Matstrups- och magsäckscancer
- Vulvacancer
- Lymfom
- Kronisk lymfatisk leukemi, KLL
- Cancer i lever och gallvägar



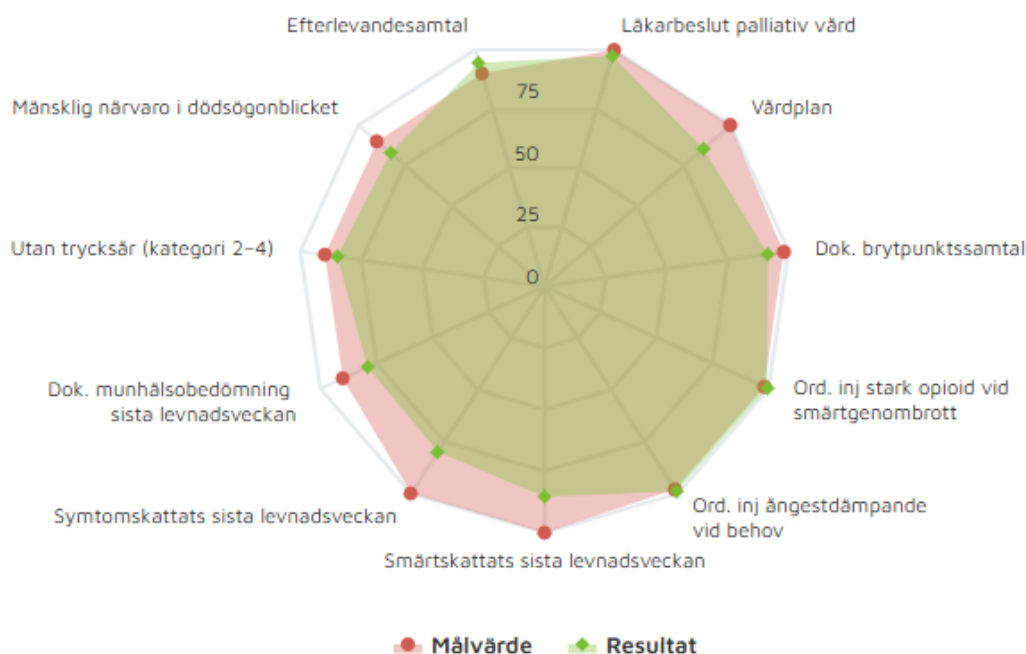
Figur över startade vårdplaner (moment) per diagnos, län och klinik i Sydöstra sjukvårdsregionen under 2025.

Palliativregistret

Nedan är resultat utifrån väntade dödsfall inom slutenvård och specialiserad palliativ slutenvård med en cancersjukdom (diagnos) inom region Östergötland (N= 354). Diagrammet visar elva kvalitetsindikatorers andelsvärden under vald period, samt respektive målvärden. Sex av dessa kvalitetsindikatorer utgörs av Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



Patientrapporterade mått

Patientrapporterade mått innebär ett strukturerat sätt att ta tillvara patientens upplevelser, erfarenheter och livskvalitet. LCCC ska regelbundet samla in patientrapporterade erfarenhetsmått (PREM) samt låta det utgöra underlag till verksamhetsutveckling. Man bör även arbeta med att samla in och följa upp patientens 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 2024 samt första halvåret 2025. 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 SKRs webbsida, patientenkät.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 2024 och första halvåret 2025 skickades i sydöstra sjukvårdsregionen ut 4929 enkäter till patienter som avslutat SVF med en cancerdiagnos. Totalt besvarades 3176 enkäter, vilket ger en svarsfrekvens på 64,4%. Utskickerna fördelar sig enligt tabellen nedan.

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

	Region Jönköpings län	Region Kalmar län	Region Östergötland
Utskickade enkäter	1578	1281	2326
Besvarade enkäter	982	810	1573
Svarsfrekvens (%)	62,2	63,2	67,6

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 1–7 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.

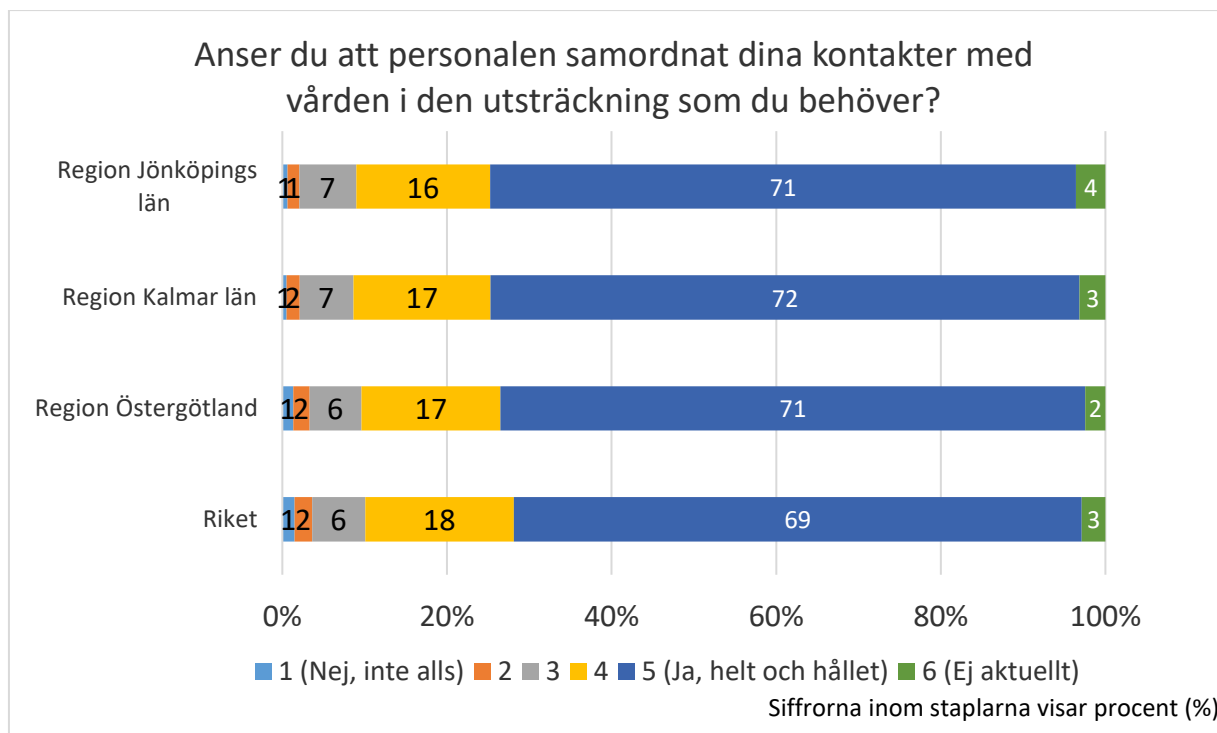
Den uppdaterade nationella cancerstrategin som lanserades i januari 2026 anger två mål kopplade till patientupplevelse och graden av måluppfyllelse går att utläsa ur figurerna nedan.

Mål

- Av patienter i cancervården upplever mer än 90 procent hög grad av kontinuitet och samordning.
- Av patienter i cancervården upplever mer än 90 procent att de är delaktiga i besluten kring vård och behandling i önskad utsträckning.

Kontinuitet och koordinering

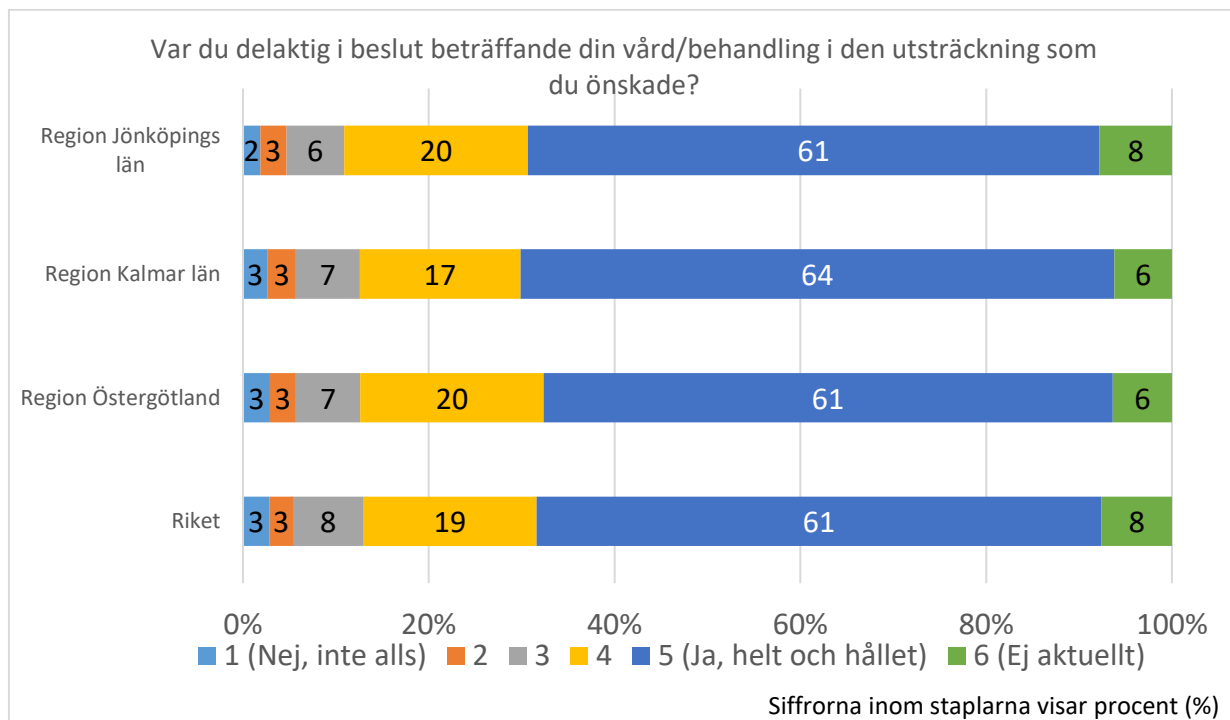
Svaren från sydöstra sjukvårdsregionen visar att 87–89% redan idag upplever hög grad av samordning (fig.1). Skillnaderna är ytterst små inom sydöstra sjukvårdsregionen och gentemot riket.



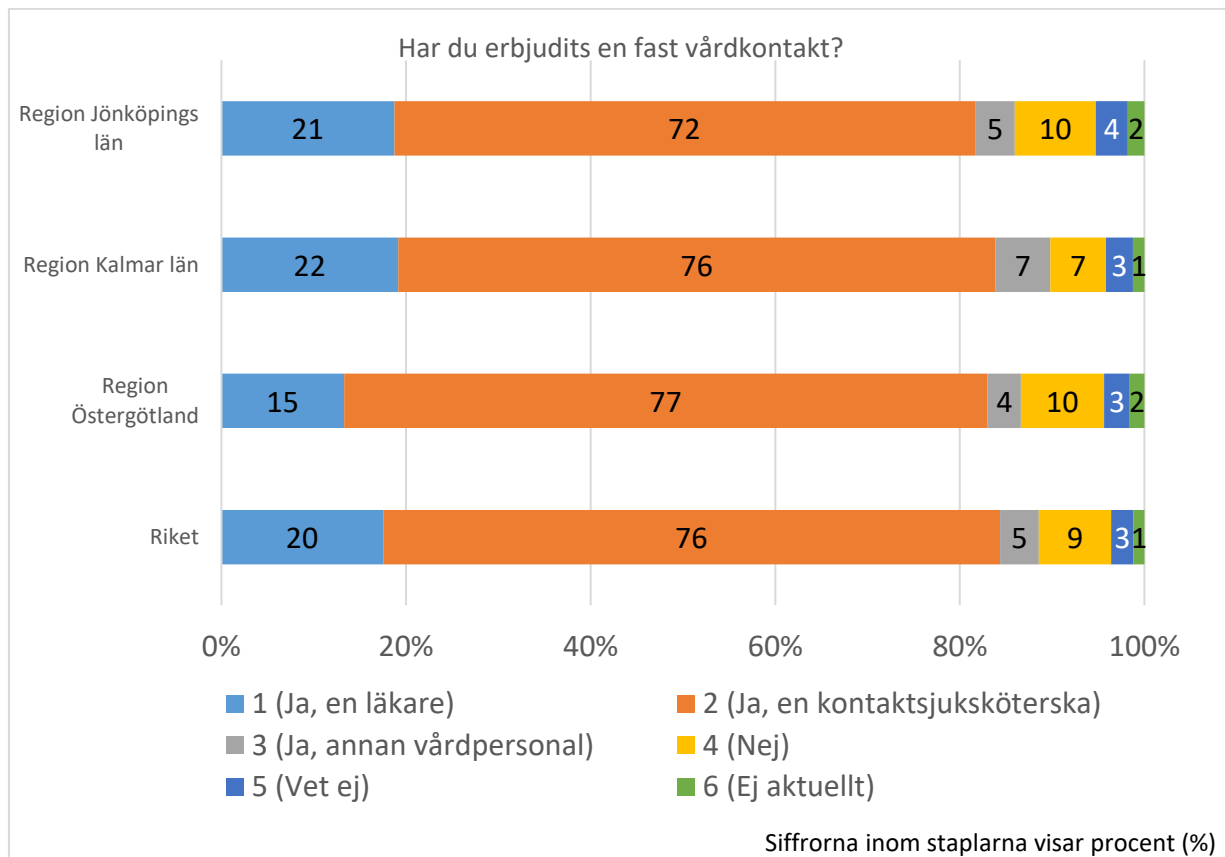
Figur 1. Upplevelse av samordning fördelat på regionerna i sydöst jämfört med riket.

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, vilket är något lägre än nivån för kontinuitet och koordinering, men ändå relativt nära målnivån för cancerstrategin (fig. 2). 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. 3), medan 15–22% uppger att de har en läkare som fast vårdkontakt. Andelen som helt saknar en fast vårdkontakt är något högre i region Östergötland och Jönköping (10%) och lägst i region Kalmar län (7%). Forskning har visat att tillgång till en fast vårdkontakt påverkar upplevelsen av emotionellt stöd, information och delaktighet i en positiv riktning. Det kan antas att individer som svarar "ej aktuellt" inte ansåg att det fanns behov av att vara delaktig och svaren kan därför tolkas som neutrala.



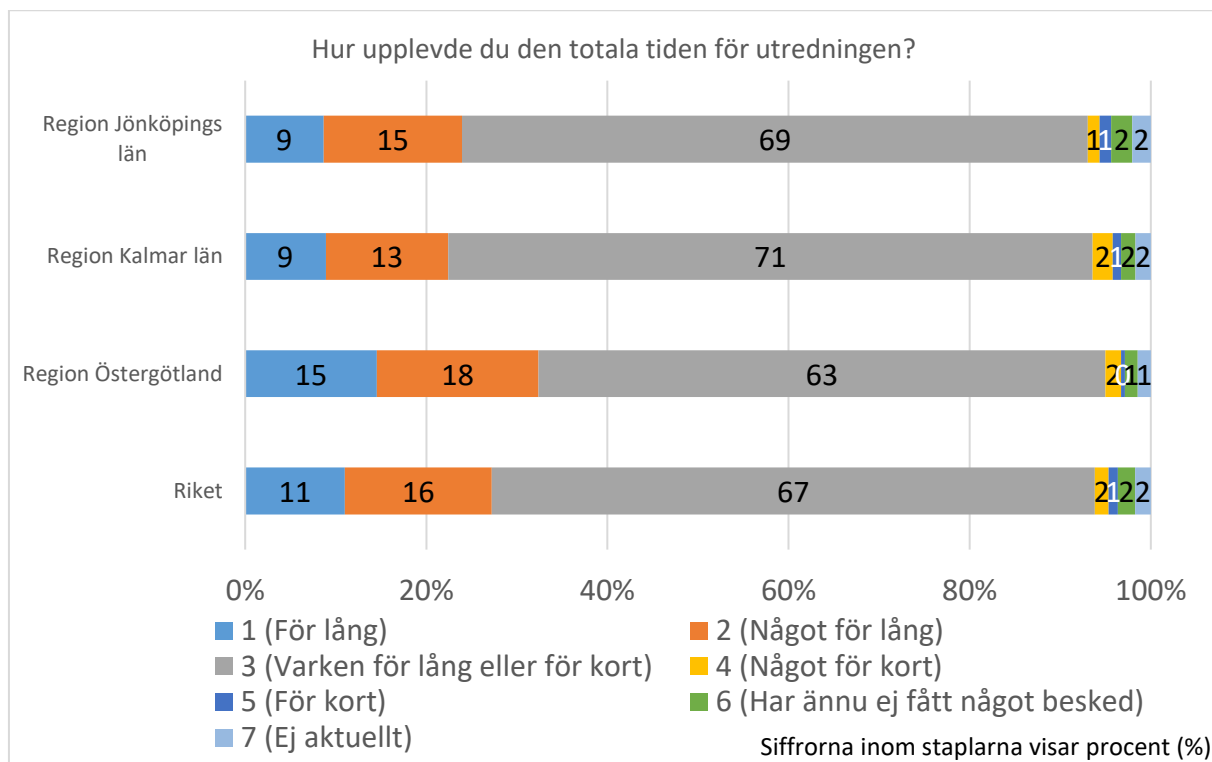
Figur 2. Upplevelse av delaktighet inom sydöstra sjukvårdsregionen jämfört med riket.



Figur 3. Tillgång till fast vårdkontakt i sydöstra sjukvårdsregionen.

Tillgänglighet

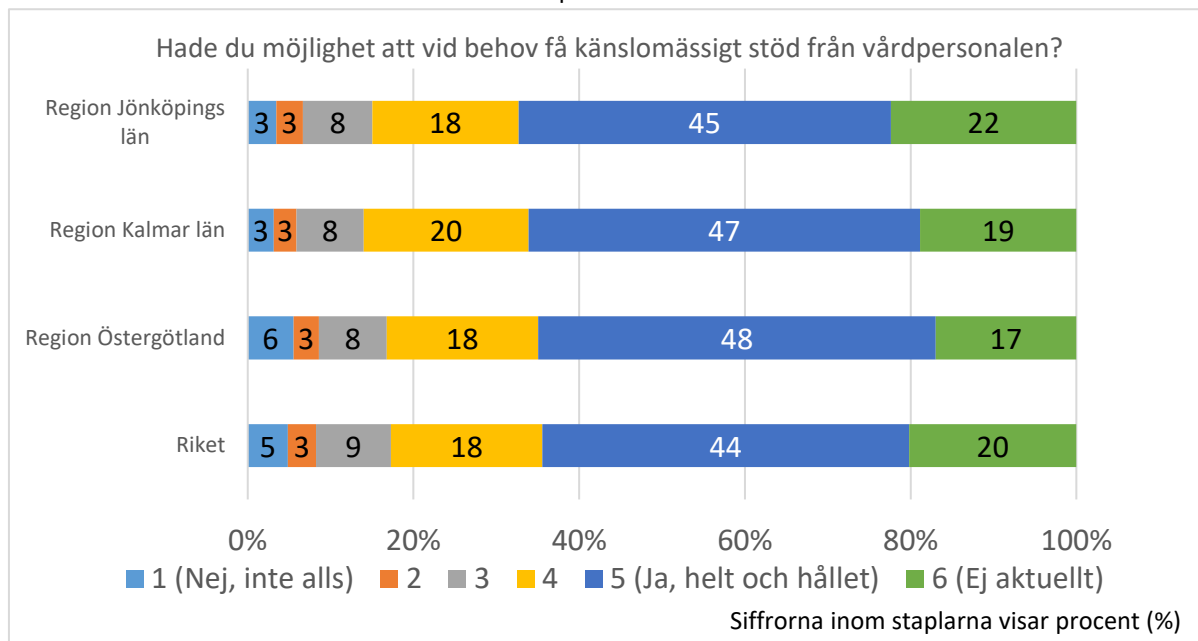
Trots att två tredjedelar av patienterna uppger att utredningstiden varken varit för lång eller för kort uppger 22–33% att utredningstiden varit för lång eller något för lång (fig. 4). Ett litet antal patienter uppger att det gått för fort. Skillnaderna har ökat något i sydöst jämfört med tidigare år.



Figur 4. Upplevelse av utredningstiden i SVF i sydöstra sjukvårdsregionen.

Känslomässigt stöd

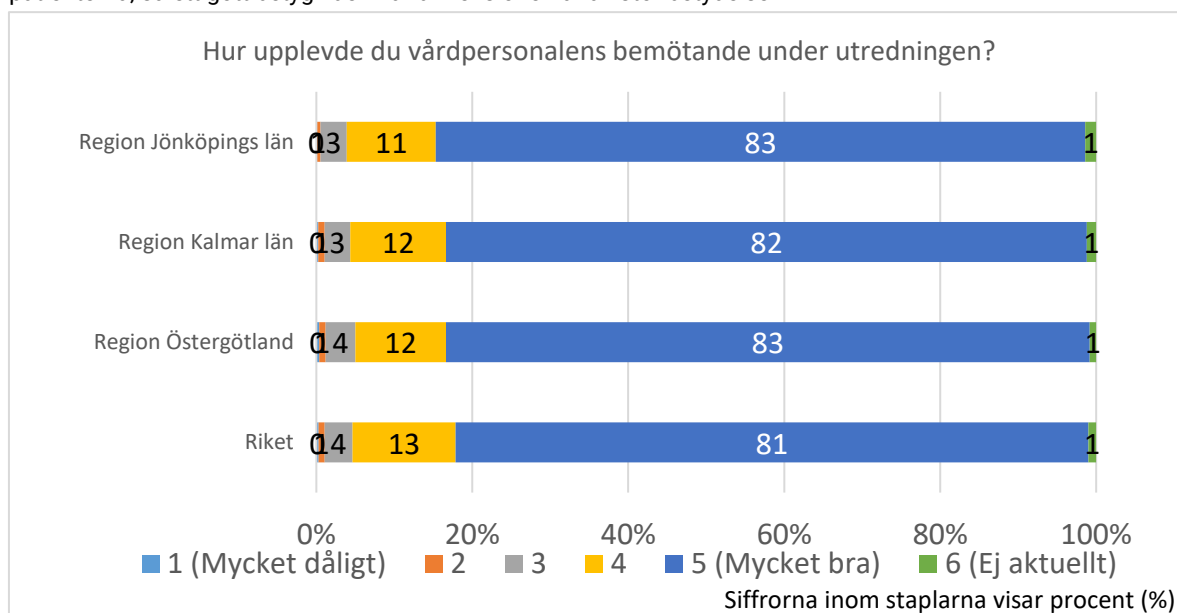
Möjligheten och behoven av känslomässigt stöd är jämförbara i hela sydöstra sjukvårdsregionen (fig 5). Knappt hälften ger möjligheten till stöd högsta betyg och ytterligare 18-20% ger näst högsta betyg. Ungefär var femte patient uppger att känslomässigt stöd från vårdpersonalen inte varit aktuellt för dem, vilket kan tolkas som att de inte varit i behov av stöd från vårdpersonalen.



Figur 5. Möjlighet till känslomässigt stöd i sydöstra sjukvårdsregionen.

Bemötande

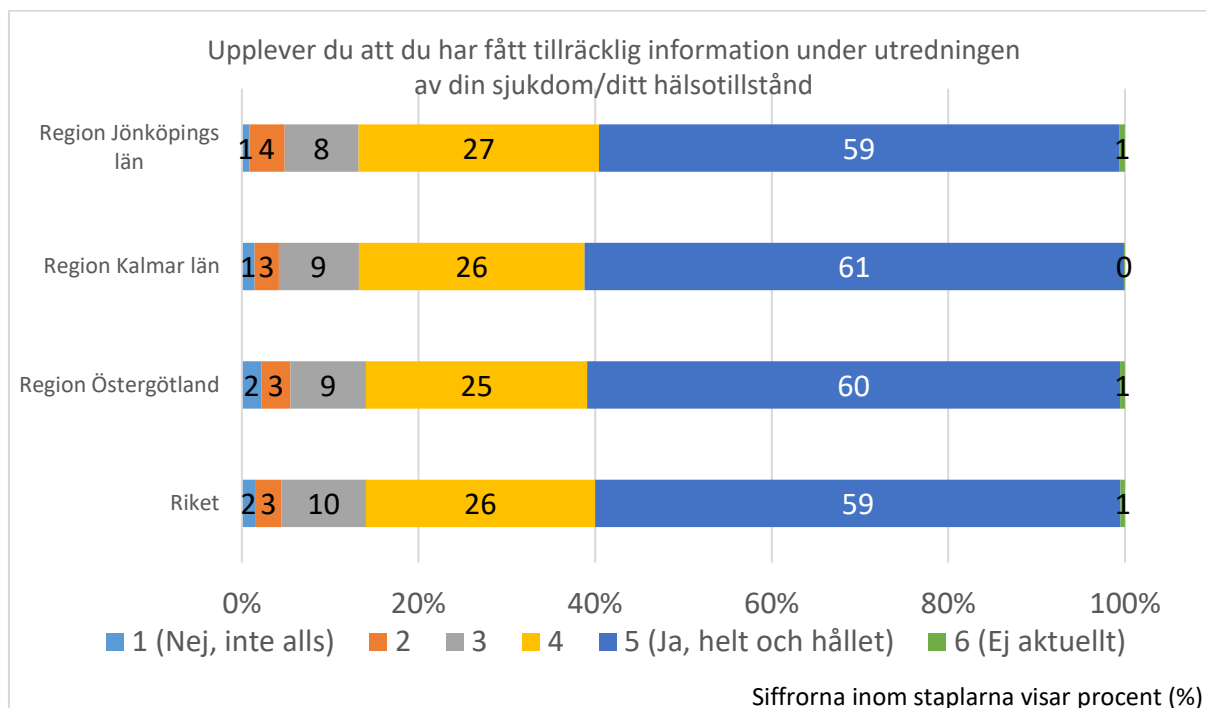
Bemötandet får höga betyg av patienterna och över 90% uppger att de upplever bemötandet som positivt (fig 6). Ett gott bemötande har i andra undersökningar skattats som en av de viktigaste faktorerna för patienterna, så ett gott betyg i den här dimensionen är av stor betydelse.



Figur 6. Patientens upplevelse av vårdpersonalens bemötande i sydöstra sjukvårdsregionen.

Information

Cirka 85% av de svarande uppger att de fått tillräcklig information om sin sjukdom/sitt hälsotillstånd under utredningen (fig 7). Ca 15% är neutrala eller negativa till informationen. Ytterligare anpassning av informationen till olika patientgrupper och individer skulle möjligen ge förbättringar i resultatet.



Figur 7. 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.

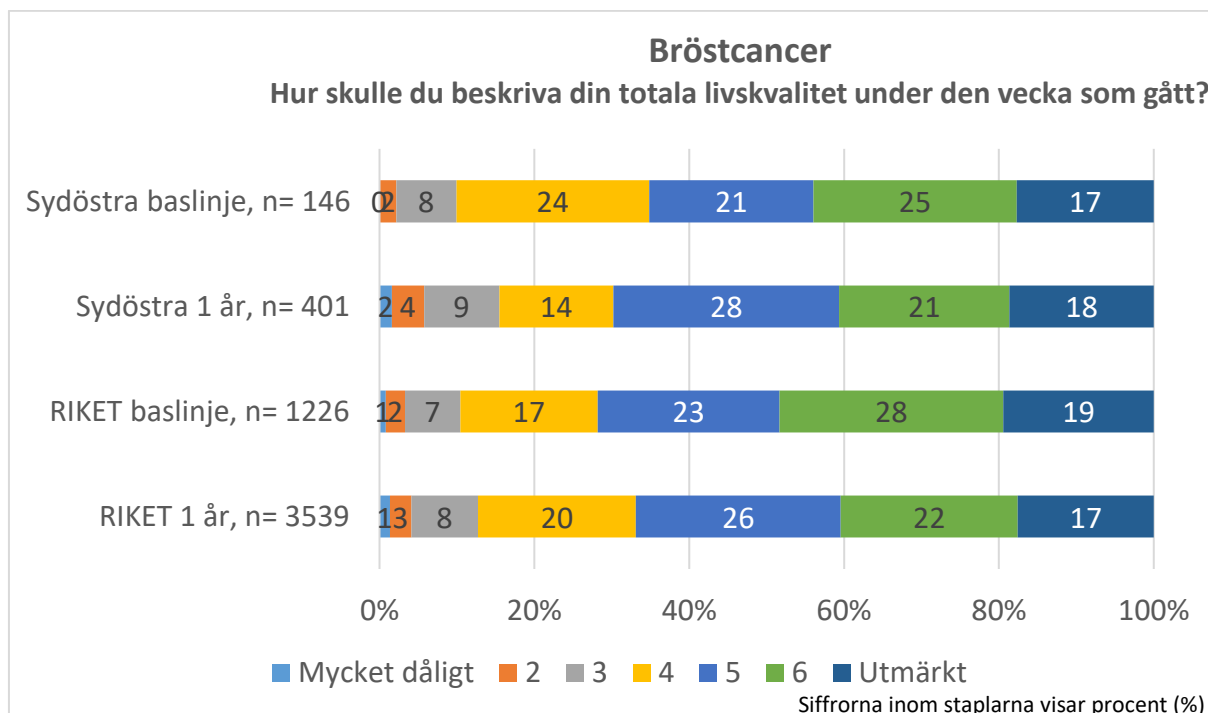
Om enkäterna

NKBC använder enkäten EORTC QLQ-C30 (European organization 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 i 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.

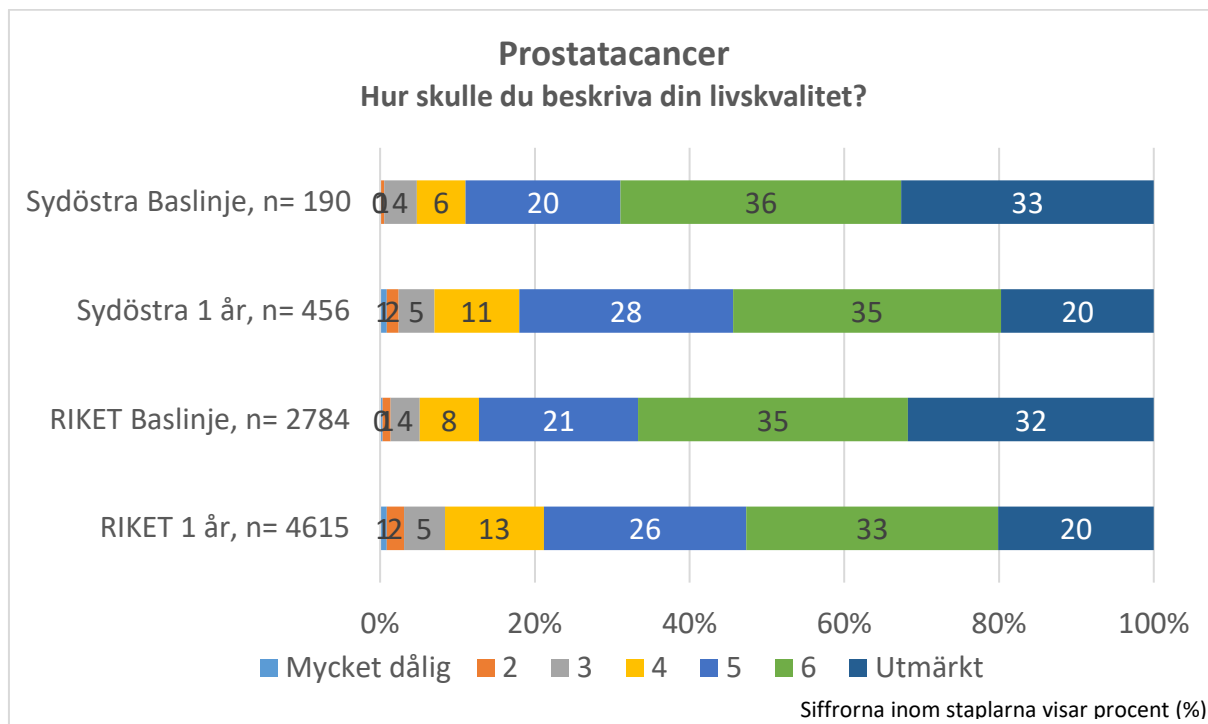
NPCR använder en egenkonstruerad enkät med 43 frågor som huvudsakligen berör urinläckage, tarmfunktion, och sexualitet men även ett par frågor om hälsa och livskvalitet. Frågan om livskvalitet är hämtat från QLQ-C30 och kan därför bedömas på samma sätt. Data i diagrammen nedan avser patienter som avslutade behandling under 2024.

Om resultaten

Livskvaliteten hos patienter med bröstcancer eller prostatacancer är övervägande positiv (svarsalternativ 5, 6 eller 7), medan en mindre andel skattar sin livskvalitet som sämre (alternativ 1,2 eller 3) (fig 8 och 9). 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 8. Självskattad livskvalitet före (baslinje) samt ett år efter bröstcanceroperation i sydöst respektive riket.



Figur 9. Självsattad 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.

Patientperspektivet i fokus

Under 2025 har tre personer ingått i gruppen för patient- och närståenderepresentanter.

Representanterna har varit delaktiga under hela ackrediteringsprocessen 2023–2024 samt deltagit i LCCC:s verksamhetslednings- och kompetensråd var tredje vecka under 2024–2025.

Representanterna har fortsatt varit delaktiga 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 2025:

- Närvarat vid CCC-nätverksträffar som bildades 2024, samt representerat LCCC i en nationell CCC-nätverksgrupp för patient- och närståenderepresentanter.
- Föreläst för sjukvårdspersonal vid LCCC i utbildningssyfte.
- Arrangerat och föreläst under patient- och närståendedagen på LCCC.
- Deltar och är aktiva i arbetet inom huvud- och halscancerprocessen och lungcancer processen vid LCCC.
- Bidragit med remissvar till den nya cancerstrategin "Bättre tillsammans – förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi" på både nationell och lokal nivå.

Ekonomi inom cancervården

Cancervårdens ekonomi är helt integrerad med övrig vård vilket gör framtagande av specifikt cancerbokslut måste baseras på vissa antaganden. I enlighet med ackrediteringens rapport så använder vi oss av KPP för cancer, huvuddiagnos men tar också med uppkomna bidiagnoser.

Bokslut 2023–2025

Med detta som bakgrund finner vi i boksluten för 2023-2025 en tydligt sänkt kostnad för personal för 2025 jämfört med 2024, tydligast inom grupperna undersköterskor och övrig personal. Under de 3 åren ser vi totalt ingen ökning i kostnader i bokslutsresultat. Detta torde höra ihop med de insatser som gjorts i samband med varsel, och det tidigare budgetunderskottet.

På centrumnivå ser vi att CKOC har högst cancerbokslut med drygt 2 miljarder följt av SC med 286 miljoner och BKC 261 miljoner. CKOC står för 61% av hela cancerbokslutet.

Alla cancerprocesser inom Hälso- och sjukvården är medtagna, både huvuddiagnos och bidiagnos. Socialstyrelsens klassificering för vilka ICD-koder som ska vara med användes.

En generell overhead kostnad användes för att täcka kostnader som inte ryms inm HS.

Uppgifter om anslag för forskning saknas i sammanställningen.

2023			
Kostnadsslag	Antal kontakter	Kronor	Kronor per kontakt ack
Läkemedel	169 029	784 557 239	4 642
Material	189 131	117 470 877	621
Medicinsk service	188 254	893 721 528	4 747
Personal	188 715	941 528 762	4 989
Övriga kostnader	189 412	558 939 464	2 951
Totalsumma		3 296 217 869	

2024			
Kostnadsslag	Antal kontakter	Kronor	Kronor per kontakt ack
Läkemedel	170 626	814 797 224	4 775
Material	193 235	98 807 392	511
Medicinsk service	191 991	917 731 878	4 780
Personal	192 666	973 027 663	5 050
Övriga kostnader	193 308	581 073 745	3 006
Totalsumma		3 385 437 901	

2025			
Kostnadsslag	Antal kontakter	Kronor	Kronor per kontakt ack
Läkemedel	173 110	800 537 526	4 624
Material	192 285	99 172 046	516
Medicinsk service	192 089	931 681 802	4 850
Personal	192 916	906 533 386	4 699
Övriga kostnader	192 916	560 182 481	2 904
Totalsumma		3 298 107 241	

Budget för 2026

Utgående från resultatet för de 3 senaste åren samt framtida förväntningar har följande budget föreslagits för 2026. Vi ser en kostnadsökning på 6% för 2026, med de största ökningarna i absoluta tal inom personal, läkemedel och medicinsk service.

Budget 2026			
Kostnadslag	Antal kontakter	Kronor	Kronor per kontakt ack
Läkemedel	177 290	844 461 499	4 763
Material	195 492	103 850 642	531
Medicinsk service	196 002	979 181 321	4 996
ANOP	19 404	354 342 574	18 261
Extern medicinsk service	192 677	32 211 660	167
Fysiologi	3 062	15 668 318	5 117
IVA	192	49 902 846	259 448
Laboratoriemedicin	185 850	209 818 792	1 129
Röntgen	28 098	216 550 690	7 707
Strålbehandling	649	48 332 550	74 474
Personal	197 211	954 515 213	4 840
Läkare	189 432	348 150 376	1 838
Sjuksköterska	180 975	319 944 308	1 768
Undersköterska	139 705	143 951 014	1 030
Övrig personal	197 624	132 646 444	671
Övriga kostnader	196 485	587 661 861	2 991
Lokalkostnader	197 374	141 942 272	719
Utrustning	196 443	29 286 929	149
Övriga kostnader	196 525	252 378 368	1 284
OH	196 485	164 756 843	839
Totalsumma		3 496 670 536	

*Volym uppräknad med snittökning mellan 2023 och 2025
Kostnaden uppräknad med 2% vilket är lägre än index men eftersom volymen är osäker har vi valt att inte räkna högre*

