VESTRE VIKEN

Dato: 31. august 2026

Saksbehandler: Hanne Juritzen/Wesley Caple

Saksfremlegg

Måloppnåelse pakkeforløp kreft i VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	79/2026	28.09.2026

Forslag til vedtak

Styret tar informasjonen om måloppnåelse pakkeforløp til orientering.

Drammen, 21. September 2026

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

VESTRE VIKEN

Kort oppsummering av saken

Vestre Viken HF har hittil i 2026 en måloppnåelse på 55 prosent for pakkeforløp kreft, noe som er under det nasjonale målet på 70 prosent. Samtidig viser resultater fra Kreftregisteret gjennomgående god kvalitet i diagnostikk og behandling. Utfordringene er i hovedsak knyttet til forløpstid, med flaskehalser innen radiologi, patologi, operasjonskapasitet og samhandling med andre helseforetak. Det er igangsatt flere målrettede tiltak, blant annet forbedringsprosjekter, forløpsgjennomganger og utvikling av digitale arbeidsflytverktøy. Analysene viser kortere forsinkelser og mer stabile pasientforløp, selv om samlet måloppnåelse fortsatt er lavere enn ønsket. Det er samtidig knyttet noe usikkerhet til datakvaliteten i deler av rapporteringen, og resultatene må derfor tolkes med en viss varsomhet

Bakgrunn

Pakkeforløp kreft skal sikre helhetlige og forutsigbare pasientforløp uten unødvendige forsinkelser. Det nasjonale målet er at minst 70 prosent av forløpene gjennomføres innen standard forløpstid. Styret ba i mai 2025 om videre oppfølging, særlig av forløp med vedvarende lav måloppnåelse. Saken redegjør for status, resultatutvikling og tiltak for å styrke kapasiteten innen patologi og kirurgi og sikre bedre oversikt og oppfølging av pasientforløpene.

Tiltakene har bidratt til bedre oversikt, tettere oppfølging og kortere gjennomsnittlig gjennomføringstid i flere forløp. Arbeidet videreføres i 2026 gjennom forbedringsprosjekter, forløpsgjennomganger og innføring av digitale arbeidsflytverktøy.

Særskilt om datakvalitet

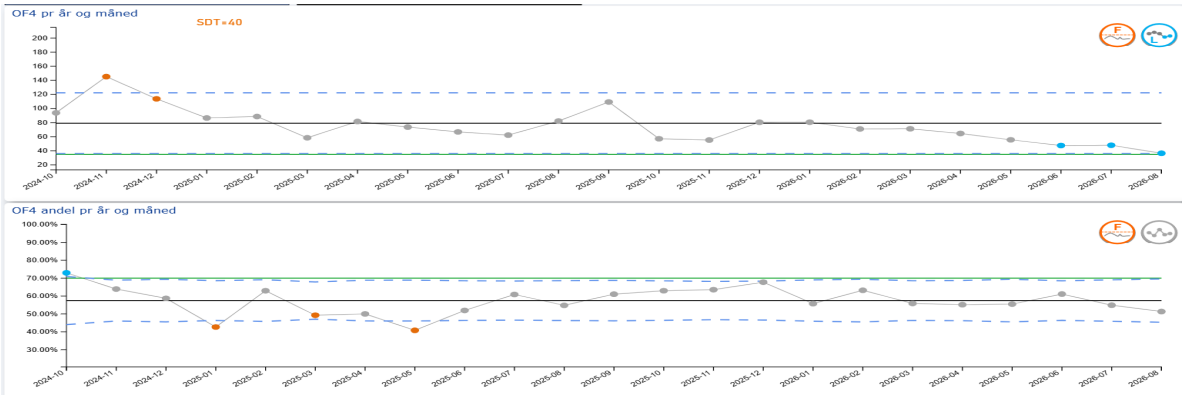
Det er enkelte utfordringer med datakvaliteten i rapporteringen av pakkeforløp kreft. Et betydelig antall forløp i Vestre Viken er fortsatt registrert uten angitt klinikk, noe som gjør klinikkvise resultater mindre sikre og vanskeliggjør lokalt eierskap til tallene. Årsaken er identifisert, men rettingen vil først gi utslag i resultatene etter neste oppgradering av DIPS. Rettingen forventes ikke å ha tilbakevirkende effekt, og tidligere registreringer kan derfor kreve manuell korrigering.

Det er i tillegg avdekket en nasjonal feil i beregningen av indikator OF4 i tilbakemeldingsrapportene for august 2026. Folkehelseinstituttet har opplyst at antallet forløp som inngår i beregningen, er høyere enn det reelle antallet, og arbeider med å korrigere feilen. Selv om utfordringer med datakvalitet sannsynligvis ikke påvirker de overordnede resultatene vesentlig så må tallene derfor tolkes med varsomhet, særlig på klinikk- og diagnosenivå.

Saksutredning

Medisin og helsefag (MOH) har ansvar for overordnet koordinering av pakkeforløp kreft, mens klinikkene har ansvar for gjennomføring og måloppnåelse. Roller og ansvar er beskrevet i overordnet retningslinje.

Vestre Viken har en måloppnåelse på andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid på 55 % hittil i 2026. Det er betydelig variasjon mellom forløpene og mellom våre sykehus. Det er bare Bærum Sykehus som når målet med 76%. Den ordinære indikatoren på 70% viser kun om anbefalt forløpstid er overholdt, og synliggjør verken størrelsen på fristoverskridelsen eller at mange pasienter fullfører forløpet kort tid etter fristen. SPC-analysene viser kortere forsinkelser og færre pasienter med lang ventetid i 2026. Se bilde som illustrerer dette på neste side.



Manglende måloppnåelse har flere årsaker. Kreftbehandlingen har siden 2015 blitt mer persontilpasset og spesialisert, uten at forløpstidene er blitt tilsvarende justert. Det er gjennomført en revisjon av flere kreftforløp som gjelder fra 1. september 2026. Dette forventes å bedre måloppnåelsen, særlig for brystkreft som utgjør et svært stort volum for Vestre Viken.
I tillegg er det kartlagt flere flaskehalser gjennom forløpet. Utfordringene varierer mellom kreftformene, men er særlig knyttet til:

- kapasitet og planlegging innen radiologi, herunder MR og økt bruk av PET-CT
- svartider innen patologi, inkludert nødvendige spesialundersøkelser
- ventetid til poliklinisk vurdering og operasjon
- ventetider og samhandling med andre helseforetak, særlig Oslo universitetssykehus.
- Kodekompetanse er varierende, og vi ser ulik kodepraksis i VV.

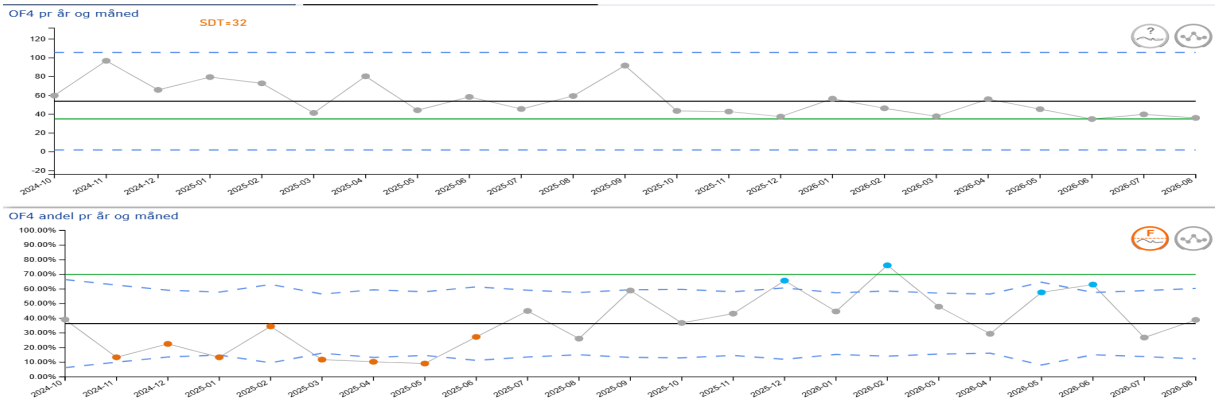
Det er i imidlertid svært viktig å understreke at data fra Kreftregisteret for 2025 viser svært gode resultater for kreftområdet generelt.

Prosessplattformen - verktøy for kartlegging av forløpsprosessen
Som et ledd i måloppnåelsen i pakkeforløp kreft er det utviklet et digitalt arbeidsflytverktøy i PEGA, med lungekreft som første pilot. Verktøyet gir bedre oversikt og støtter systematisk oppfølging gjennom utredning og behandling. Løsningen gjør det enklere å identifisere flaskehalser og forsinkelser på tvers av enheter og fagområder. Den skal bidra til standardiserte arbeidsprosesser, færre manuelle oppgaver og løpende forbedring. Erfaringene fra piloten skal brukes til å videreutvikle verktøyet for flere kreftforløp, med mål om bedre pasientflyt, kortere forløpstider og høyere kvalitet i oppfølgingen.

Verdistrømsanalyse på avd. klinisk patologi
Patologiavdelingen i Vestre Viken gjennomfører i samarbeid med Roche en verdistrømanalyse fra prøvemottak til rapportert svar. Analysen skal identifisere flaskehalser og forbedringsmuligheter som kan gi kortere svartider og bedre ressursbruk, særlig innen kreftdiagnostikk og pakkeforløp. Arbeidet skal støtte ambisjonen om å være ledende på svartid, produktivitet, kvalitet og innovasjon, og møte økt prøvevolum uten tilsvarende bemanningsvekst, samtidig som et bærekraftig arbeidsmiljø ivaretas. Analysen gjennomføres september–november 2026. Anbefalte tiltak vurderes og iverksettes fortløpende fra november.

Pakkeforløp brystkreft
Pakkeforløp brystkreft har vedvarende utfordringer med måloppnåelse. Det er gjennomført forløpsgjennomganger og etablert et forbedringsprosjekt med brystkreft som modellforløp. Tiltakene retter seg særlig mot flaskehalser innen patologi og kirurgi. Samarbeid med Sykehuset i Vestfold om biopsivurderinger og operasjonskapasitet skal styrke kapasiteten. Et annet tiltak er økt samarbeid med private radiologiske institusjoner for å øke undersøkelseskapasiteten. Dette ser vi konkrete resultat er av gjennom betydelig forbedring i OF1, med en måloppnåelse på

68 prosent. Den største flaskehalsen er nå OF3, der begrenset operasjonskapasitet er en sentral årsak til forsinkelsene. Videre innsats rettes derfor særlig mot å redusere ventetiden til kirurgisk behandling. Gjennomsnittlig ventetid er redusert, og SPC-analysen for OF4 viser kortere tid til behandlingsstart og en mer stabil prosess.



Annet pågående forbedringsarbeid

Det pågår også flere andre tiltak for å redusere forløpstidene i pakkeforløp kreft. Drammen sykehus arbeider med kapasitet og pasientflyt gjennom poliklinikkprosjektet, som skal utvides til flere avdelinger. Prosjektet forventes å redusere ventetidene, blant annet innen bryst-, tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Bærum sykehus arbeider med mer effektiv poliklinikkdrift, færre unødvendige kontroller og økt operasjonskapasitet for å prioritere kreftpasienter og redusere ventetidene. Kongsberg sykehus har arbeidet med raskere henvisningsvurdering og tidligere utredningsstart. For lungekreft brukes forløpsnotat for å planlegge og bestille nødvendige undersøkelser parallelt. Ringerike sykehus arbeider med å sikre kapasitet for nye onkologiske pasienter. Forsinket henvisningsvurdering og enkelte diagnostiske undersøkelser er identifisert som årsaker til forlenget forløpstid. Forløpskoordinatorene er sentrale i pasientoppfølgingen. Sykehusene samarbeider også om henvisningshåndtering og OF1 innen gastroenterologiske kreftforløp.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken HF oppnår samlet ikke de nasjonale målene for pakkeforløp kreft. Bærum sykehus gjennomfører 76% av forløpene innenfor angitt tid. Årsakene til variasjonen er flere, og det gjøres et systematisk arbeid for å forbedre prosessene i hele foretaket. Det er identifisert flaskehalser innen radiologi, patologi, operasjonskapasitet og samhandling med andre helseforetak, og det er igangsatt målrettede tiltak for å styrke pasientflyt og redusere forsinkelser. Analysene viser redusert variasjon i forløpstidene og mer stabile pasientforløp, og arbeidet fortsetter med uforminsket styrke.
Kreftregisterets resultater viser at vi har gjennomgående god kvalitet i diagnostikk og behandling.