Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF

En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2021–2022

2023-03-21

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Förändring
2023-03-21	Version 1.0

Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF

Rapporten utgiven av RCC i samverkan

Mars 2023

Innehållsförteckning

Kapitel 1 ..... **1**
Inledning **1**
1.1 Bakgrund 1
1.2 Övergripande mål 1
1.3 Datakällor 1
1.4 Kvalitetssäkring av data i SVF 2

Kapitel 2 ..... **4**
Utveckling av inklusion och ledtider under 2022 ..... **4**
2.1 Huvudsakliga fynd 4
2.2 Inklusionsmålet 4
2.2.1 Trender 5
2.2.2 Inklusionsmålet per region 7
2.2.3 Inklusionsmålet per SVF 8
2.3 Ledtidsmålet 8
2.3.1 Trender 9
2.3.2 Ledtidsmålet per region 10
2.3.3 Ledtidsmålet per SVF 11
2.3.4 Ledtider för olika behandlingsavslut 12
2.3.5 Ledtider uppdelat på kön 13
2.3.6 Ledtider för patienter där misstanke om cancer avskrivits 14

KAPITEL 1
Inledning

1.1 Bakgrund

Standardiserade vårdförlopp (SVF) initierades år 2015 av regeringen och Sveriges kommuner och regioner (då Sveriges kommuner och landsting). Syftet var både att öka kvaliteten och jämlikheten i cancervården och att korta ledtiderna. Fokus låg på att tidigt upptäcka personer med symtom som kan bero på cancer, ge dem en snabb och standardiserad utredning men också att korta tiden till diagnos och start av behandling. Ett viktigt argument för detta var att minska tiden av ovisshet, både för dem som får och dem som inte får en cancerdiagnos. Vid införandet av SVF var väntetiderna från diagnos till start av behandling orimligt långa inom flera diagnoser och dessutom förelåg stora skillnader mellan regionerna.

I de standardiserade vårdförloppen beskrivs vilka delar som ska ingå i en utredning för en viss diagnos. Målsättningen var att detta skulle skapa jämlik vård över landet men även skapa förutsättningar lokalt för planering och samverkan mellan de olika specialiteter som är involverade i en cancerutredning.

Under det första året, 2015, infördes de fem första standardiserade vårdförloppen och därefter har ytterligare 26 SVF införts under 2016–2019. År 2022 infördes ett nytt SVF som kommer att ingå i mätningarna från och med 2023.

1.2 Övergripande mål

Redan från början sattes två mål upp:

- Att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmålet).
- Att 80 procent av de patienter som utreds i ett standardiserat vårdförlopp ska utredas inom de ledtider som anges i respektive vårdförlopp (ledtidsmålet).

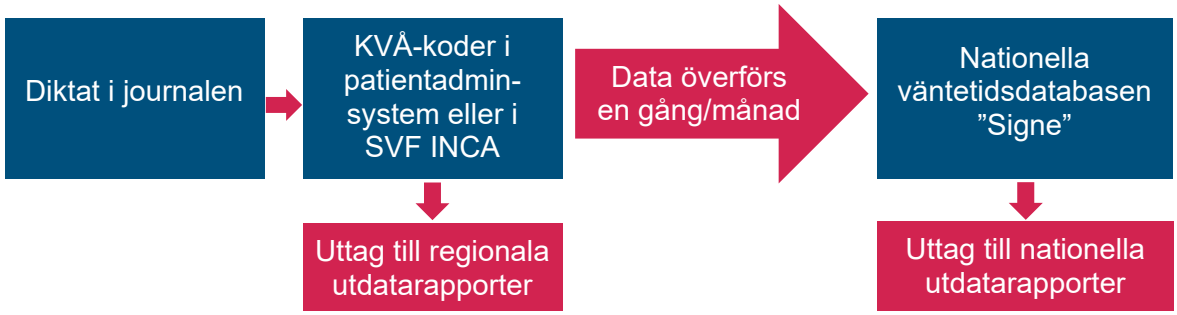
Dessa mål har kontinuerligt följts och sedan 2018 har RCC i samverkan publicerat årsrapporter för att ge en övergripande bild av SVF-arbetet. Rapporterna visar hur stor del av cancerpatienterna som utreds enligt SVF, hur väntetiderna i cancervården ser ut och hur de har förändrats sedan införandet av SVF.

Nytt i årets rapport är jämförelser av ledtider uppdelat på kön.

1.3 Datakällor

Antal patienter och ledtider i de standardiserade vårdförloppen följs upp genom att KVÅ-koder sätts vid de mätpunkter som finns beskrivna i respektive SVF:s kodningsvägledning. De flesta regioner sätter koderna i sina patientadministrativa system medan några regioner använder sig av SVF-modulen på INCA-plattformen. Koder, tillsammans med datum för händelsen, rapporteras månatligen till den nationella väntetidsdatabasen på SKR tillsammans med uppgift om patientens ålder, kön och folkbokföringslän. Mätpunkter som är obligatoriska att rapportera är datum för

start av SVF (när välgrundad misstanke uppstår) och datum för avslut (start av första behandling, annat avslut eller ej cancer).



Utöver de obligatoriska mätpunkterna finns flera frivilliga mätpunkter, till exempel datum för MDK och datum för inkommen remiss. Flera regioner använder sig internt av de frivilliga mätpunkterna för att bättre kunna följa vårdförloppen lokalt, identifiera flaskhalsar och kontinuerligt arbeta med att förbättra processerna.

En annan datakälla inom cancerområdet är de nationella kvalitetsregistren. Dessa drivs av professionen med stöd från RCC och har som huvudsakligt syfte att stödja kliniskt förbättringsarbete och bidra till forskning och innovation. De innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandlingar och resultat och ska underlätta uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet. Flera av kvalitetsregistren registrerar även vissa väntetider, dock inte alltid med samma mätpunkter som i SVF. Ett mindre antal av registren redovisar vilka patienter som har utretts enligt ett SVF.

Att använda kvalitetsregistren för uppföljning av SVF har diskuterats, men SKR:s väntetidsdatabas valdes för uppföljningen av två huvudsakliga skäl. Det första var önskemålet att kunna följa alla patienter som startar ett SVF, oavsett om de får en cancerdiagnos eller inte. Kvalitetsregistren innehåller enbart patienter som diagnosticerats med cancer. Det andra skälet var önskemålet att kunna följa ledtiderna i SVF kontinuerligt. Många av kvalitetsregistren har en lång eftersläpning av inregistrerade data, ofta tar det upp till ett år innan det finns en fullständig rapportering och därmed tillförlitliga data.

En stor nackdel med SKR:s väntetidsdatabas är dock att de inrapporterade mätpunkterna inte kan kopplas till personnummer eller annan identifieringsnyckel, vilket försvårar kvalitetssäkring och omöjliggör samkörning med till exempel kvalitetsregister och andra hälsodataregister.

1.4 Kvalitetssäkring av data i SVF

För varje SVF finns kodningsvägledningar som anger vilka KVÅ-koder och mätpunkter som ska användas för respektive vårdförlopp. Kodningsvägledningarna finns tillgängliga som separata dokument per SVF men även i en sammanfattande kodningsvägledning för samtliga SVF. För att synkronisera beskrivningarna av respektive kod i de olika förloppen har ett omfattande arbete med revidering och förtydligande av kodningsvägledningarna gjorts under hösten 2022. Vanliga frågor om hur kodningsvägledningarna ska tolkas finns sammanställda på RCC:s webbplats och

det finns också möjlighet att mejla frågor till kvalitetssäkringsgruppen via Cancercentrums infobrevlåda. Många regioner har genomfört kompetenshöjande utbildningsinsatser för den personal som utför kodningen.

Arbetet med att kvalitetssäkra data bedrivs kontinuerligt. Eftersom personnummer saknas i väntetidsdatabasen är det inte möjligt att nationellt göra datauttag för att validera bakåt i kedjan på personnivå. Regionerna har dock möjlighet att gå tillbaka och kontrollera den data som de har skickat in. Det huvudsakliga kvalitetssäkringsarbetet bedrivs därför i regionerna med stöd av respektive RCC. För att förstå varför patienter som borde ha inkluderats i vårdförloppen saknas i rapporteringen har några lokala kvalitetssäkringsprojekt genomförts med hjälp av journalgranskning under året.

Som stöd till regionerna har RCC:s nationella kvalitetssäkringsgrupp fortsatt arbetet med att ta fram rapporter med fördjupad statistik från den nationella väntetidsdatabasen där fynd som skulle kunna bero på systematiska fel i rapporteringen från regionerna beskrivs. Rapporterna har lämnats vidare till företrädare i respektive region för att användas i det regionala kvalitetssäkringsarbetet. Dessa rapporter har hittills fokuserat på inklusion och kodning av SVF-avslut men under 2023 kommer även ledtider att lyftas in i rapporterna.

KAPITEL 2

Utveckling av inklusion och ledtider under 2022

2.1 Huvudsakliga fynd

- Antalet personer som utretts enligt SVF var under 2022 fler än tidigare år, totalt 142 691 personer.
- På nationell nivå och för samtliga regioner nåddes inklusionsmålet (att 70 % av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp) när alla diagnoser vägs samman.
- Andelen som fick en cancerdiagnos av dem som utreddes i SVF har sjunkit under 2022. Andelen var 33 % jämfört med 35 % under 2021.
- De förbättrade ledtiderna som sågs under 2020 höll i sig under våren 2021 men har därefter fallit tillbaka till 2019 års nivåer. En ytterligare försämring ses under andra halvåret 2022.
- I samtliga regioner utom två har uppfyllelsen av ledtidsmålet försämrats 2022 jämfört med 2021. Bland dem som inte når målet är det framför allt gruppen av patienter som väntat längst på start av behandling som ökat.
- Några skillnader i ledtider kan inte påvisas mellan könen utifrån behandlingstyp eller på sjukvårdsregional nivå.

2.2 Inklusionsmålet

Inklusionsmålet innebär att minst 70 procent av nya cancerfall inom de diagnoser där det finns ett SVF ska utredas enligt SVF.

I mätningen av inklusionsmålet inkluderas de patienter som avslutas med ”Start av behandling”. ”Start av behandling” är en samling koder som används för att avsluta SVF för de patienter som får en cancerdiagnos. Som behandling räknas till exempel operation eller strålbehandling, men även beslut om att avvakta med aktiv behandling tills patienten får symtom. Antalet patienter under ”Start av behandling” kan alltså i det här sammanhanget likställas med antalet patienter som får en cancerdiagnos.

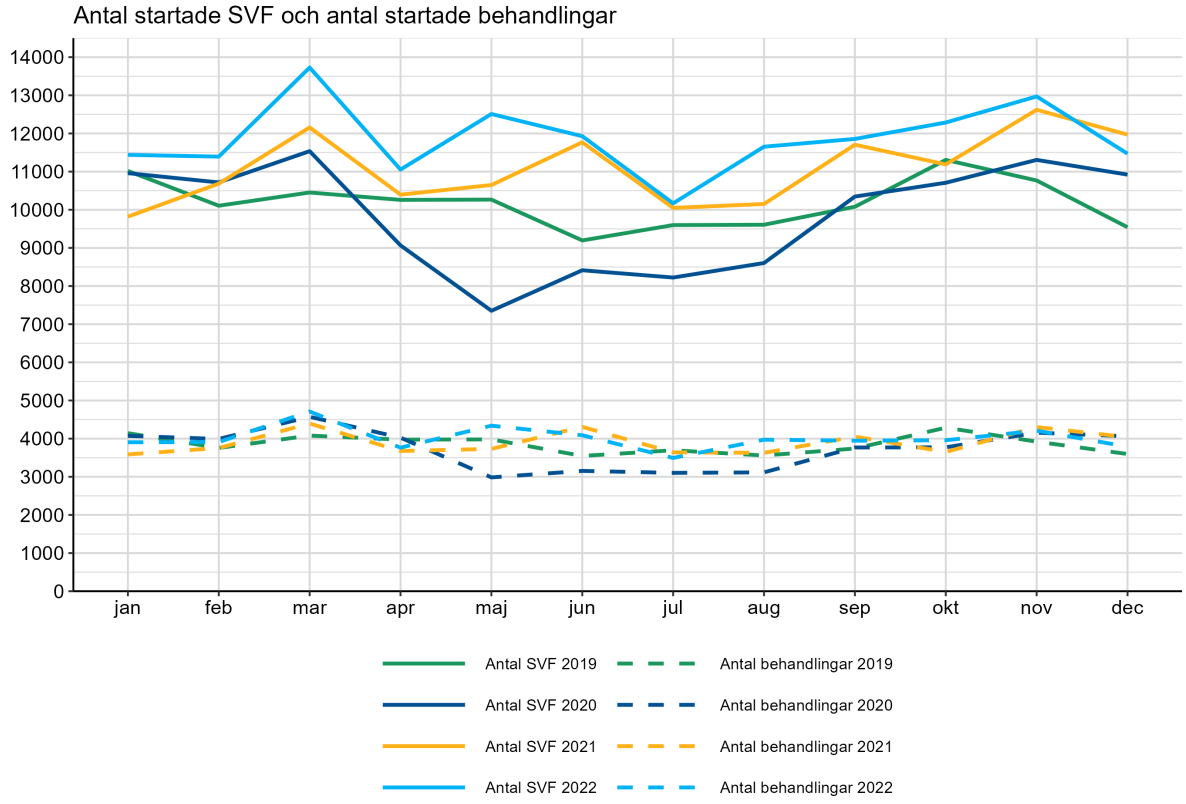
Antalet patienter som startar behandling inom SVF rapporteras in av regionerna löpande, men det totala antalet nya cancerfall i Sverige går inte att följa i realtid. Därför bygger mätningen av inklusionsmålet på ett beräkningsunderlag. Beräkningsunderlaget anger hur många patienter som förväntas insjukna i cancer per diagnos och region under det kommande året. Beräkningarna baseras på ett genomsnitt av de tre föregående åren med data från Cancerregistret. Tidigare jämförelser visar att beräkningsunderlaget fungerar bra för det fortlöpande arbetet med mätning av inklusionsmålet med en skillnad på några få procentenheter på nationell nivå för beräknad inklusion. På diagnosnivå och diagnosövergripande för enstaka regioner kan dock skillnaden vara lite större.

2.2.1 Trender

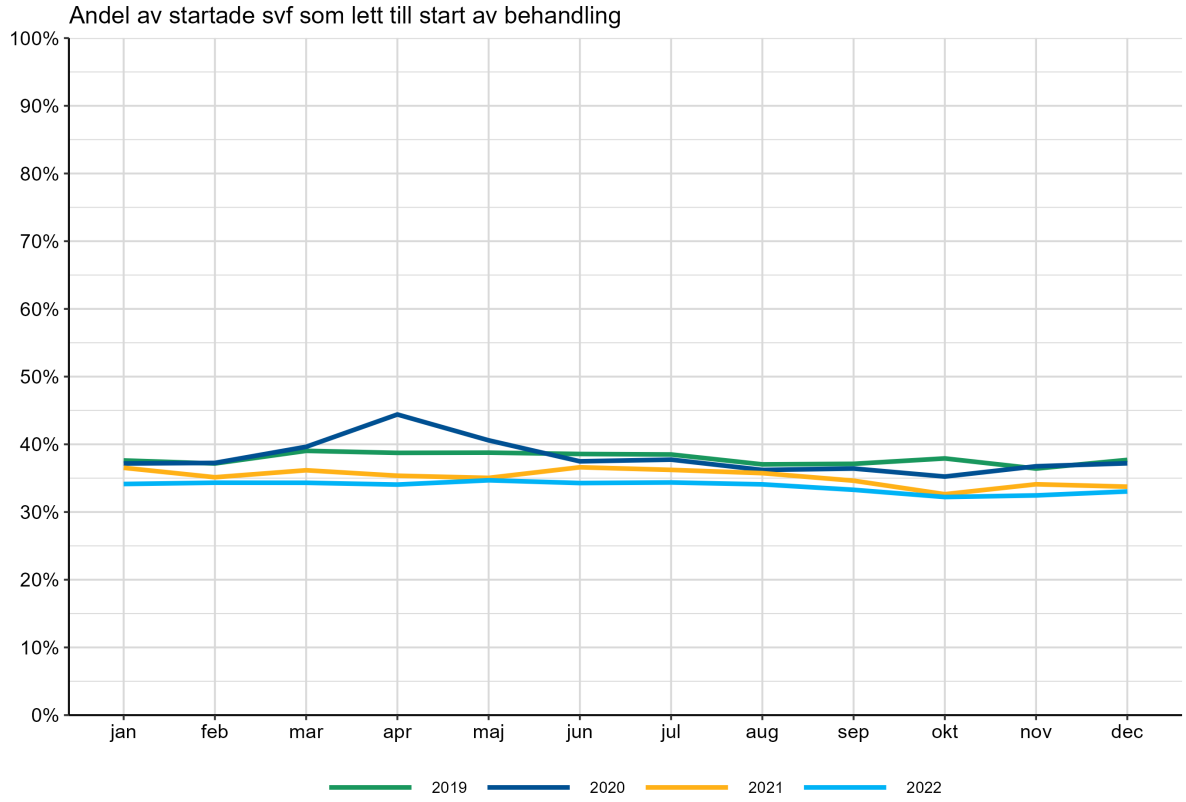
I figur 1 visas hur många patienter som utretts inom SVF för åren 2019–2022 (heldragna linjer) och hur många av dessa som avslutades med ”Start av behandling” (streckade linjer). Under covid-19-pandemin sågs en något avvikande bild under år 2020, med en kraftig nedgång under april och maj, både för antal SVF totalt och för antal med ”Start av behandling”. Under sommaren var antalet patienter i SVF fortsatt lägre år 2020 än 2019, men med en upphämtning till nästan samma nivå som tidigare år under hösten. Under 2021–2022 låg antalet patienter utredda enligt SVF högre än åren 2019–2020, medan antalet ”Start av behandling” i princip låg i nivå med de tidigare åren.

Under åren 2019–2022 har andelen som utretts inom SVF och som visat sig ha cancer minskat, med undantag för några månader i början av pandemin då andelen cancerfall var som högst (figur 2). Det finns flera möjliga orsaken till minskningen och en fördjupad analys av detta kommer att göras under 2023.

Figur 1 Antal startade SVF och antal startade behandlingar



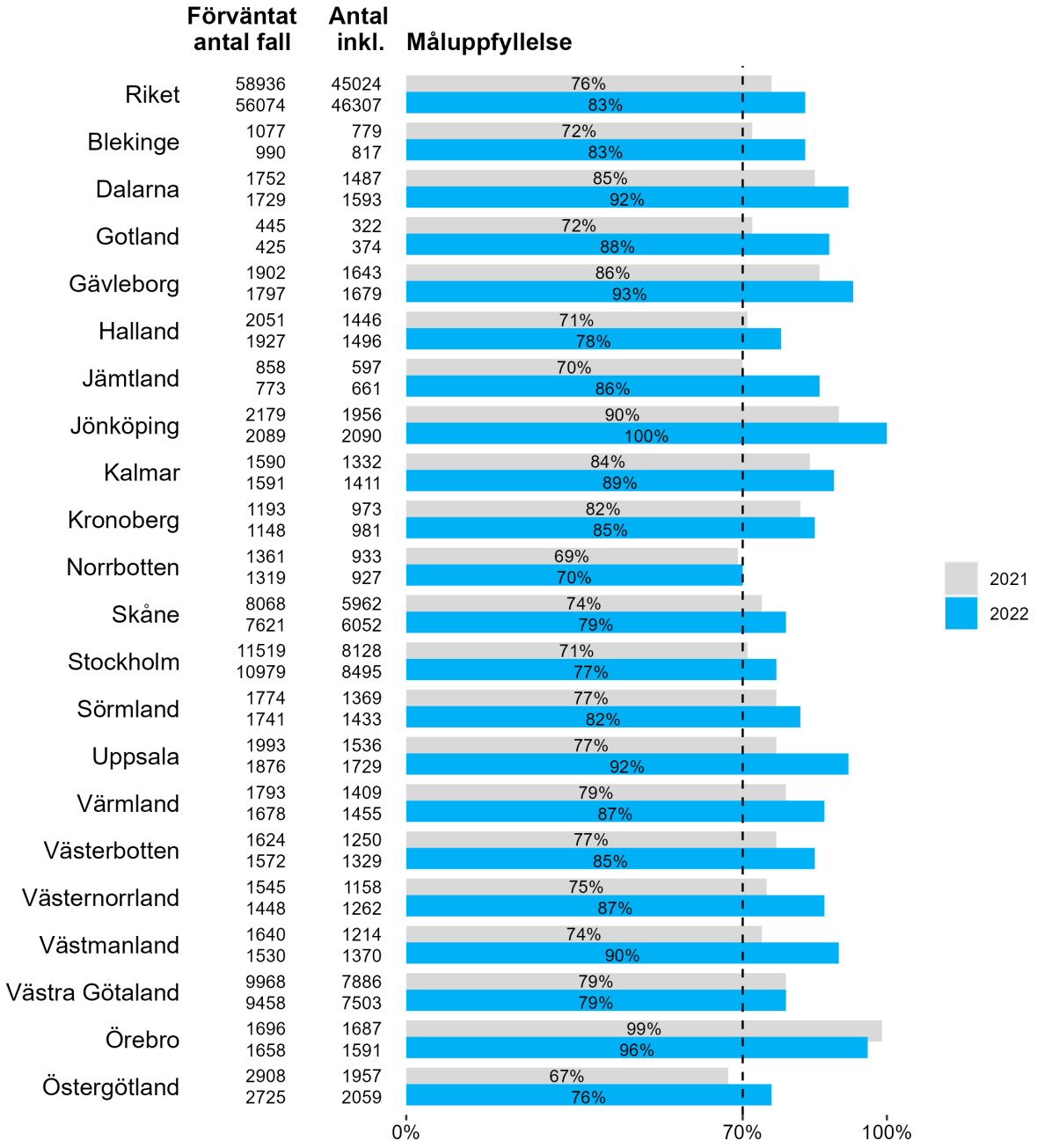
Figur 2 Andel av startade SVF som lett till start av behandling



2.2.2 Inklusionsmålet per region

På nationell nivå förbättrades inklusionen från 2021 till 2022, från 76 % till 83 %. I stort sett alla regioner har förbättrat sina resultat jämfört med år 2021 och för 2022 når samtliga regioner inklusionsmålet på 70 % (figur 3).

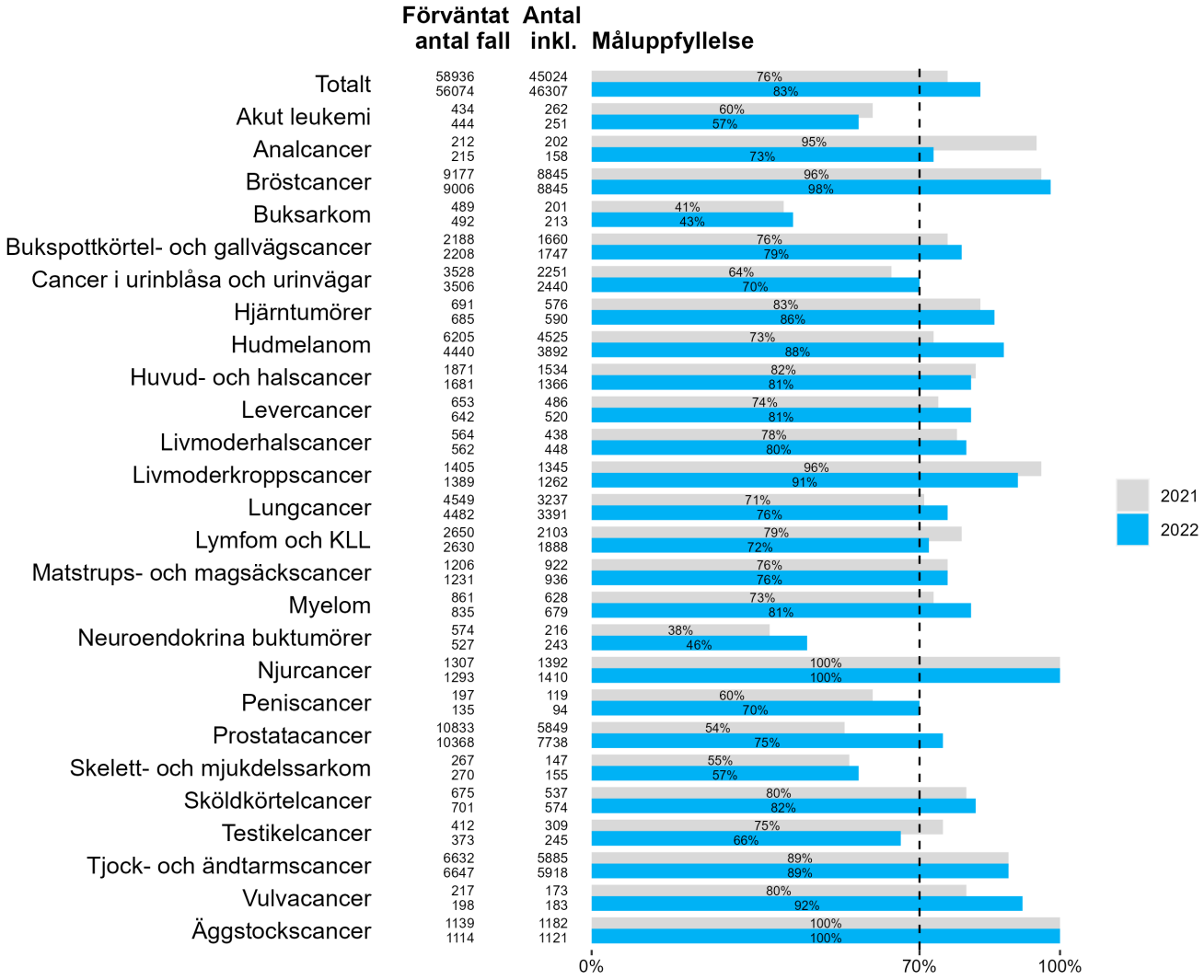
Figur 3 Uppfyllelse inklusionsmålet per region



2.2.3 Inklusionsmålet per SVF

Uppfyllelsen av inklusionsmålet skiljer mycket mellan de olika vårdförloppen (figur 4). En jämförelse mellan 2021 och 2022 visar på förbättringar i de flesta förloppen. Både upp- och nedgångar är små, med undantag för prostatacancer som har ökat från 54 % år 2021 till 75 % år 2022.

Figur 4 Uppfyllelse inklusionsmålet per SVF



2.3 Ledtidsmålet

För att kunna uttala sig om hur väntetidsläget ser ut måste man ta hänsyn till inklusionsmålet inom aktuell diagnos, eftersom ledtiderna bara visas för de patienter som inkluderats i SVF. Om inklusionsmålet inte är uppfyllt, framför allt om en region eller diagnos ligger långt från målet, redovisas ledtiderna enbart för en begränsad del av alla cancerpatienter. Statistiken kan då ge en helt annan bild än det verkliga väntetidsläget. Eftersom samtliga regioner uppfyller

inklusionsmålet på 70 procent sammantaget för alla SVF för 2022, ger uppfyllelsen av ledtidsmålet sannolikt en rimlig bild av den totala väntetidssituationen inom respektive region.

2.3.1 Trender

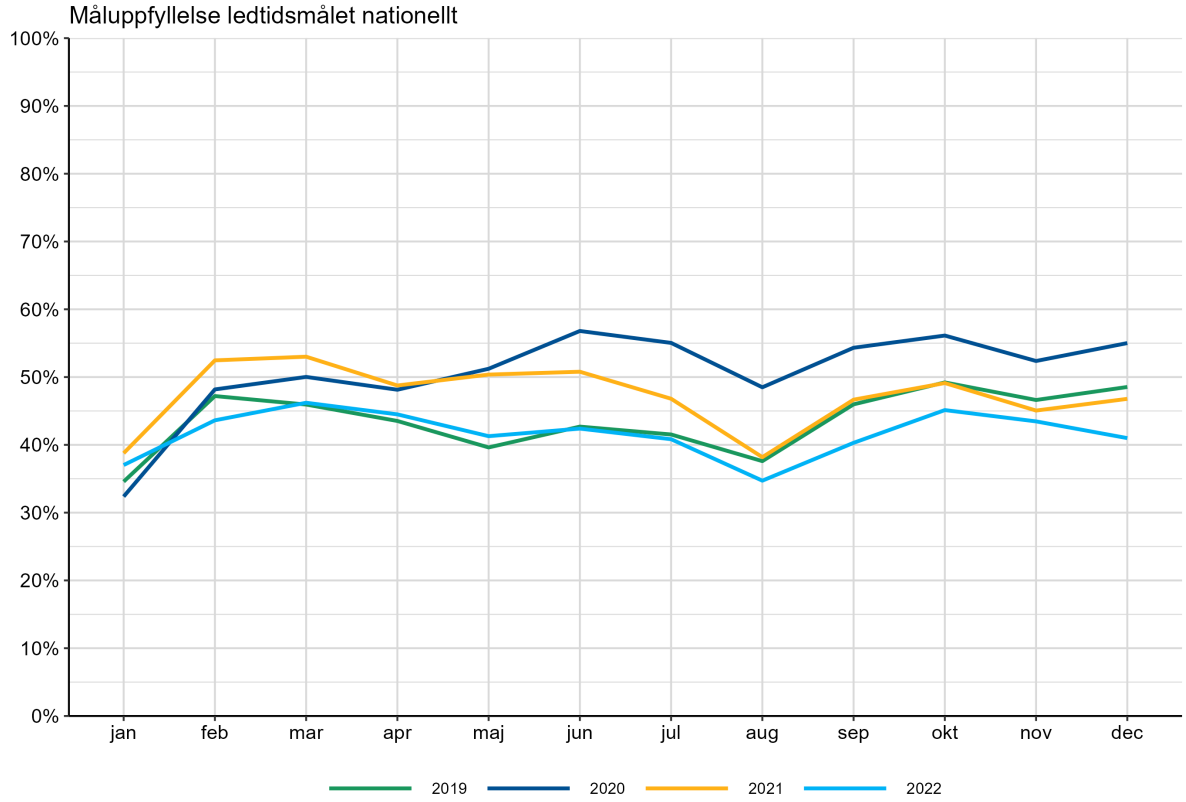
På RCC:s webbplats finns flera interaktiva presentationer som beskriver uppfyllelsen av ledtidsmålet på olika sätt.

I figur 5 nedan visas uppfyllelsen av ledtidsmålet för åren 2019–2022. Med undantag av pandemiåret 2020 ses ett månadsvis varierande mönster som är likartat år för år, med något längre väntetider i januari och under sommaren.

Den förbättring av ledtiderna som sågs under 2020 har inte kunnat bibehållas. Uppfyllelsen av ledtidsmålen sjönk under sista halvåret 2021 tillbaka till samma nivå som 2019, för att därefter försämras ytterligare under 2022. Ledtidsuppfyllelsen under det andra halvåret 2022 är den lägsta som uppmätts för motsvarande period sedan registreringen startade. Särskilt oroväckande är att den lilla förbättring som brukar ses i slutet av året uteblivit under december 2022. I stället har försämringen fortsatt, och under 2022 som helhet genomgick endast 42 % av patienterna SVF inom de rekommenderade ledtiderna, jämfört med 47 % föregående år (figur 6).

Utvecklingen av ledtiderna inom SVF är oroväckande. Andelen patienter som startade behandling inom angiven ledtid minskade i alla regioner utom två 2022 jämfört med 2021.

Figur 5 Uppfyllelse ledtidsmålet nationellt



2.3.2 Ledtidsmålet per region

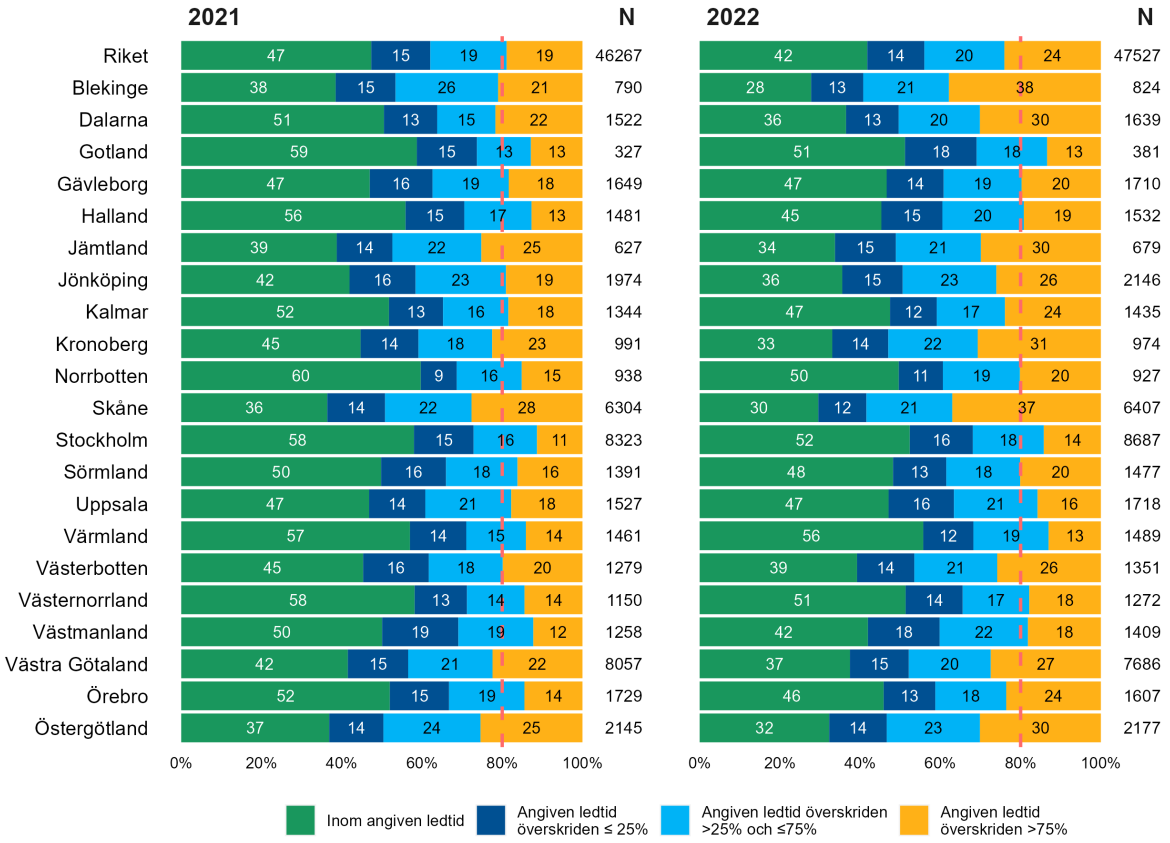
I figur 6 och 7 visas andelen patienter som utretts och fått behandling enligt ett SVF inom den angivna ledtiden (grön stapel) samt andelen som överskrider den angivna ledtiden med ≤ 25 % (mörkblå stapel), > 25 % till ≤ 75 % (ljusblå stapel) och > 75 % (gul stapel).

Måluppfyllelsen för 2021 var 47 % och under 2022 försämrades den till 42 %, vilket är den lägsta nivå för ett helår som uppmätts sedan SVF infördes. Det är särskilt bekymmersamt att den grupp av patienter som väntat längst på start av behandling (ledtid överskriden med > 75 %) ökat med 5 procentenheter från 19 % till 24 % mellan 2021 och 2022.

För 2022 når Gotland, Norrbotten, Stockholm, Värmland och Västernorrland en måluppfyllelse på minst 50 %. Blekinge, Jämtland, Kronoberg, Skåne och Östergötland har en måluppfyllelse på under 35 %.

Det ligger utanför uppdraget för denna rapport att i detalj analysera orsakerna till det försämrade utfallet av ledtidsmålet. Utifrån regionernas SVF-redovisningar för första halvåret 2022 kan man emellertid dra slutsatsen att tillgängligheten till olika endoskopiska undersökningar, bild- och funktionsundersökningar, patologisvar, operation och strålbehandling försämrats i många regioner till följd av uppdämda köer under pandemin och brist på personer inom nyckelspecialiteter. Detta gäller sannolikt i ännu högre grad för icke-cancerdiagnoser, där patienterna inte prioriteras på samma sätt som patienter inom SVF.

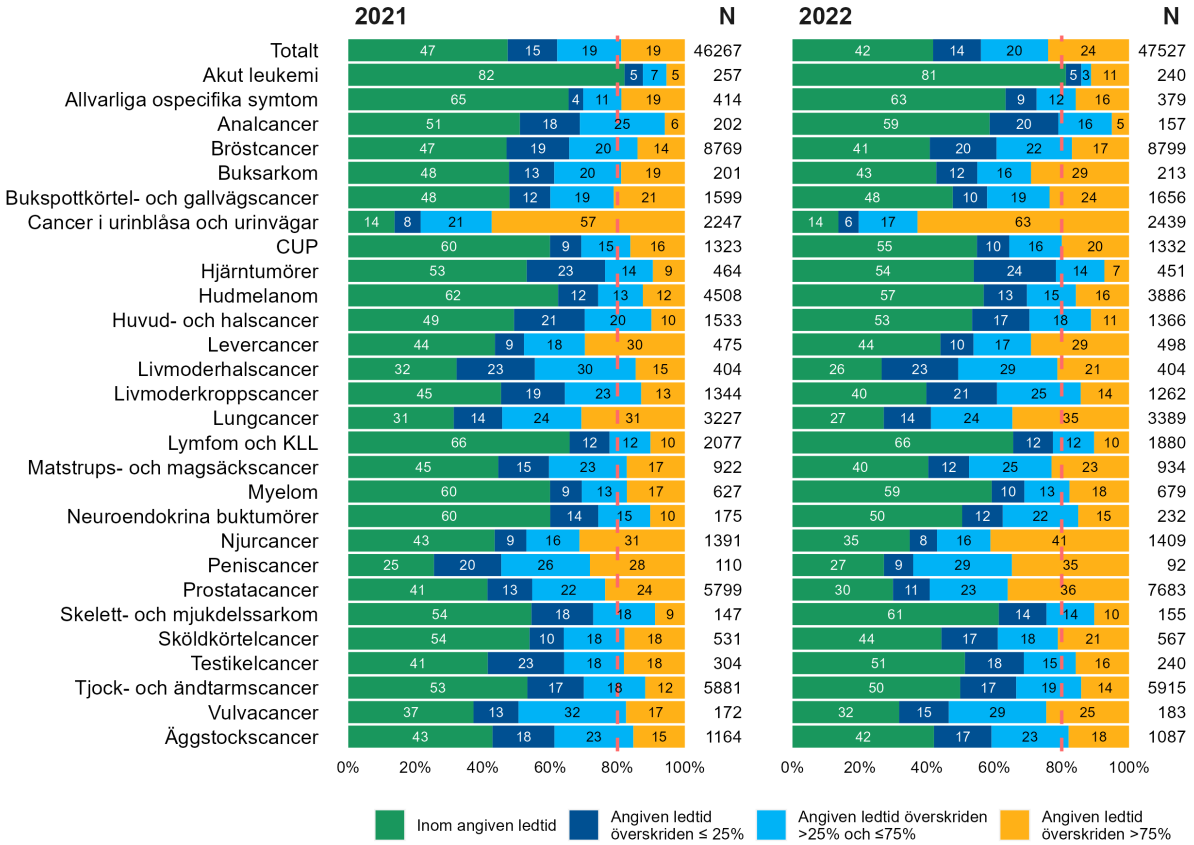
Figur 6 Uppfyllelse ledtidsmålet per region



2.3.3 Ledtidsmålet per SVF

Uppfyllelsen av ledtidsmålet varierar mycket mellan olika SVF (figur 7). Akut leukemi (81 %) är den enda diagnosen som uppfyller ledtidsmålet 2022. Detta är en diagnos där processerna för snabbt omhändertagande var väl etablerade även före införandet av SVF. Åt det negativa hållet utmärker sig cancer i urinblåsa och urinvägar som det SVF med klart lägst måluppfyllelse, endast 14 % år 2022, vilket är oförändrat jämfört med 2021. Andra diagnoser med särskilt låg måluppfyllelse är livmoderhalscancer (26 %), lungcancer (27 %), peniscancer (27 %), prostatacancer (30 %) och vulvacancer (32 %). Anmärkningsvärt är den försämrade måluppfyllelsen som ses inom de två stora diagnoserna lungcancer, som minskat från 31 % till 27 %, och prostatacancer, som minskat från 41 % till 30 % jämfört med föregående år. Under 2022 har en omfattande nationell genomlysning av urologin genomförts, vilket resulterat i rapporten Nationell genomlysning av urologin som beskriver nuläget och förslag på åtgärder för förbättrad tillgänglighet och kvalitet. Om och hur detta påverkar ledtiderna i SVF kommer att följas i de kontinuerliga ledtidsmätningarna.

Figur 7 Uppfyllelse ledtidsmålet per SVF



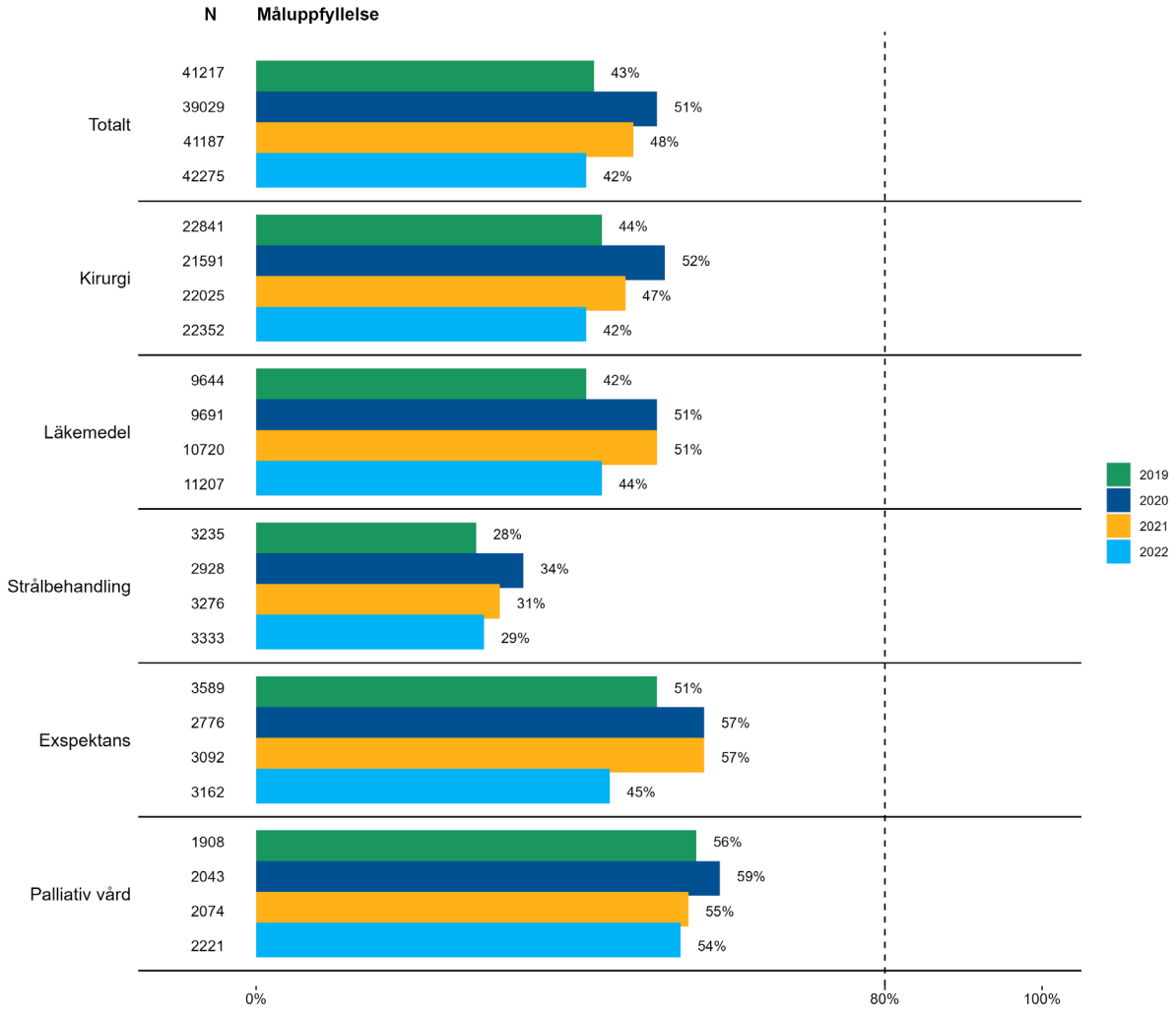
2.3.4 Ledtider för olika behandlingsavslut

Även mellan olika behandlingsalternativ kan man se en variation vad gäller uppfyllelsen av ledtidsmålet (figur 8). Alla behandlingsalternativ är inte aktuella i alla SVF. Det gäller framför allt strålbehandling och exspektans, men även kirurgi saknas i vissa förlopp trots att det numerärt sett är den vanligaste behandlingen.

Långa väntetider till strålbehandling är sedan tidigare ett välkänt problem som under 2022 har belysts i en särskild utredning kallad Nordisk strålbehandling. Den främsta anledningen till den låga tillgängligheten är brist på personal, framför allt sjuksköterskor inom strålbehandling. Under 2022 sjönk måluppfyllelsen för strålbehandling som behandlingsavslut med 2 procentenheter till 29 %, och är därmed det behandlingsalternativ som uppvisar lägst tillgänglighet.

Måluppfyllelsen för kirurgi och läkemedel har minskat med 5 respektive 7 procentenheter mellan 2021 och 2022 och ligger för 2022 på 42 % respektive 44 %. För palliativ vård ligger måluppfyllelsen väsentligen oförändrat på 54 % och för exspektans noteras en minskning med 12 procentenheter till 45 %.

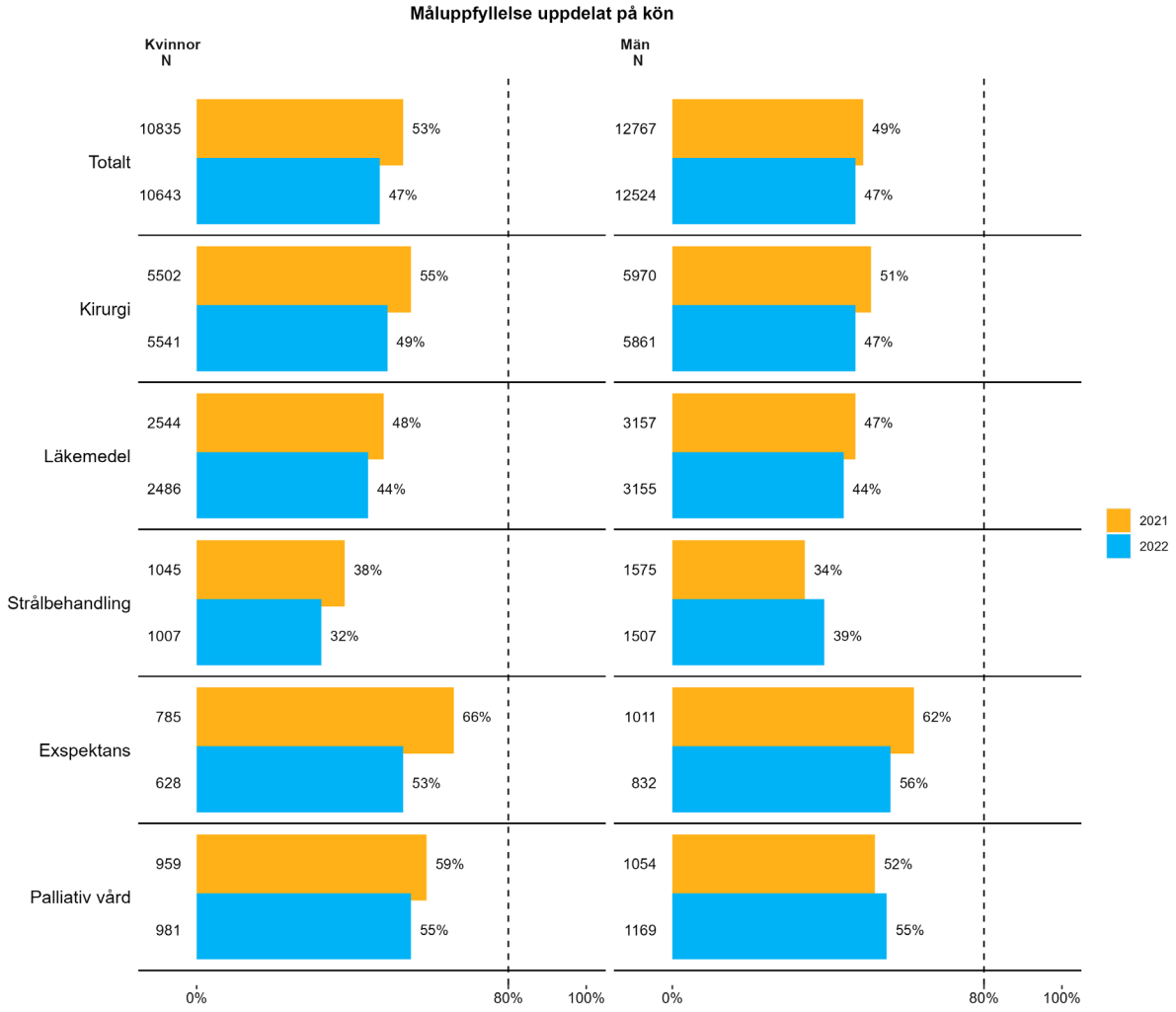
Figur 8 Uppfyllelse ledtidsmålet per behandlingstyp



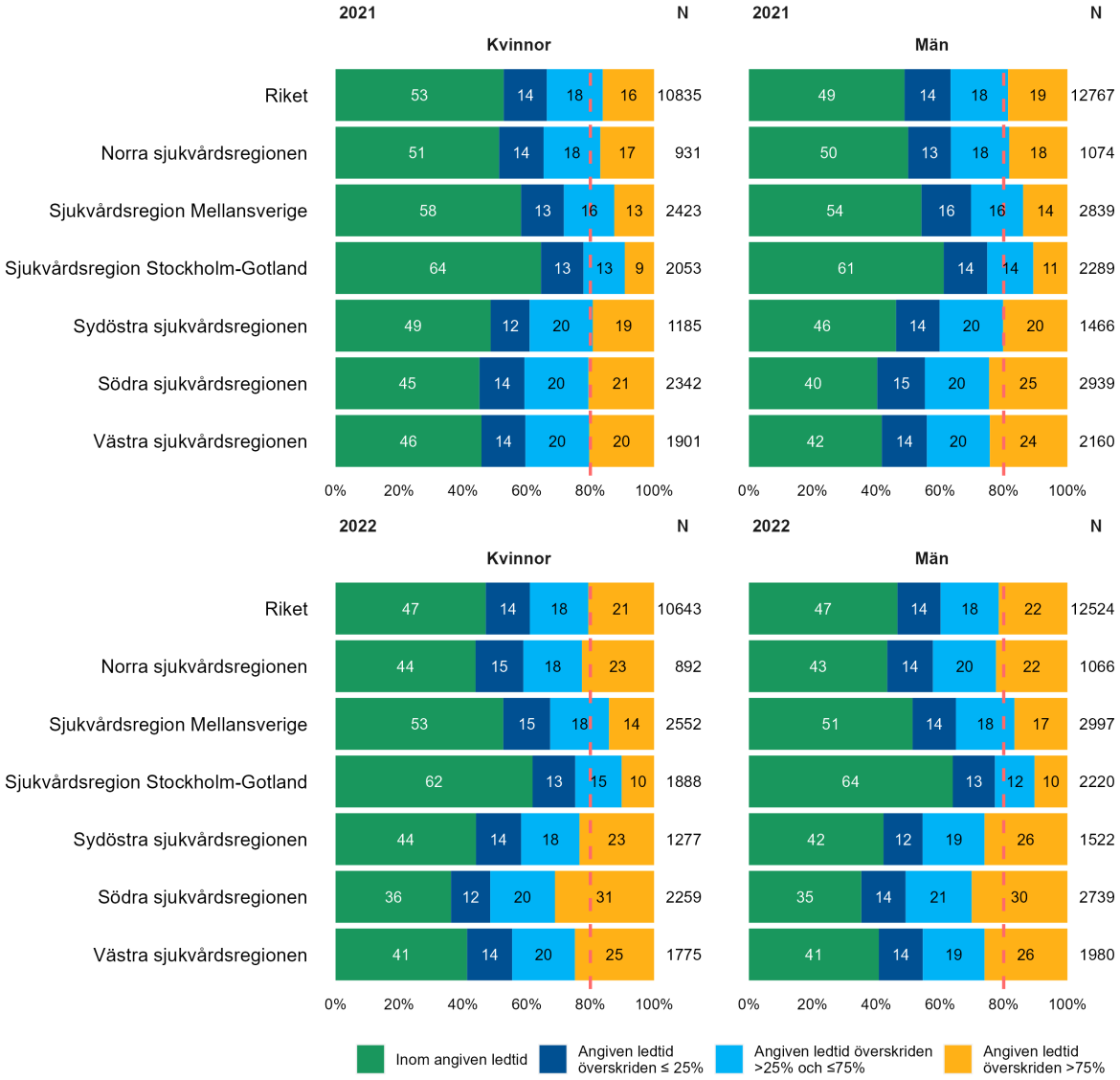
2.3.5 Ledtider uppdelat på kön

För att på ett rättvisande sätt kunna jämföra ledtider mellan könen har könsspecifika diagnoser (gynekologisk cancer, peniscancer, prostatacancer och testikelcancer) samt bröstcancer exkluderats i figur 9 och 10. Några skillnader i ledtider kan inte påvisas mellan könen vare sig utifrån behandlingstyp eller på sjukvårdsregional nivå.

Figur 9 Uppfyllelse ledtidsmålet per behandlingstyp uppdelat på kön



Figur 10 Uppfyllelse ledtidsmålet per sjukvårdsregion uppdelat på kön



2.3.6 Ledtider för patienter där misstanke om cancer avskrivits

I årsrapporten för 2021 redovisades ledtider på nationell nivå för patienter som utretts i SVF men där cancermisstanken avskrivits. Som planerat har en fördjupad analys av dessa patienter utförts. Analysen visar att det är stora skillnader mellan regioner och diagnoser, dels i vilken omfattning man rapporterar in dessa patienter, dels i hur noggrann man är att registrera korrekt avslutsdatum. Därför redovisas inte dessa data i årets rapport.

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se