

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

En analys av SVF-data ur SKR:s
väntetidsdatabas 2020–2021

2022-03-15

Versionshantering

Datum	Förändring
2022-03-15	Version 1.0

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

Rapporten utgiven av RCC i samverkan

Mars 2022

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 2021	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 9
2.3.1	Trender 9
2.3.2	Ledtidsmålet per region 10
2.3.3	Ledtidsmålet per SVF 10
2.3.4	Ledtider för olika behandlingsavslut 11
2.3.5	Ledtider för patienter där misstanke om cancer avskrivits 12



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 utredning och därmed korta tiden till diagnos. Ett viktigt argument för detta var att minska tiden av ovisshet, både för de som får och de som inte får en cancerdiagnos. Vid införandet av SVF var väntetiderna från diagnos till start av behandling orimligt långa inom flera diagnoser och dessutom med stora skillnader mellan regionerna.

I de standardiserade vårdförloppen beskrivs vilka delar som ska ingå i en utredning för en viss diagnos och 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 införs 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 (inklusionsmål).
- 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.

I årsrapporten för 2020 och även i denna fjärde rapport för 2021 kan vi se hur den pågående pandemin har påverkat uppfyllelsen av målen för inklusion och ledtider. Nytt i årets rapport är en beskrivning av ledtider för de patienter som utreds i ett SVF men där utredningen resulterar i att misstanken om cancer avskrivs.

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. De mätpunkter som rapporteras 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, datum för inkommen remiss med flera. De flesta regioner använder sig internt av de frivilliga mätpunkterna för att bättre kunna följa vårdförloppen lokalt, identifiera flaskhalsar och kontinuerligt arbeta med att förbättra processerna, trots att mätpunkterna inte rapporteras in till väntetidsdatabasen.

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. Några register, men inte alla, 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. Kvalitetsregistren har för många diagnoser 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 t.ex. kvalitetsregister och andra typer av hälsodataregister.

1.4 Kvalitetssäkring av data i SVF

För varje SVF finns kodningsvägledningarna som anger vilka KVÅ-koder och mätpunkter som kan användas för respektive vårdförlopp. Kodningsvägledningarna finns tillgängliga som separata dokument per diagnos men även i en gemensam fil för samtliga diagnoser. Vanliga frågor om hur kodningsvägledningarna ska tolkas finns sammanställda på RCC:s webbplats och det finns också möjlighet att mejla frågor till RCC:s kvalitetssäkringsgrupp. 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. Under året har en tydligare struktur för nationell samordning av kvalitetssäkringsarbetet tagit form.

RCC:s nationella kvalitetssäkringsgrupp har under året fortsatt arbetat 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.

KAPITEL 2

Utveckling av inklusion och ledtider under 2021

2.1 Huvudsakliga fynd

- Antalet personer som utretts enligt SVF var fler 2021 än tidigare år, totalt 131 538 personer.
- På nationell nivå nåddes inklusionsmålet (att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas i ett standardiserat vårdförlopp) när alla diagnoser vägs samman. Sex regioner nådde inte upp till målet.
- Andelen som fick en cancerdiagnos av de som utreddes i SVF har sjunkit under 2021. Andelen var 35 procent jämfört med 38 procent under 2020.
- De förbättrade ledtiderna som sågs under 2020 höll i sig under våren 2021 men har därefter fallit tillbaka till 2018–2019 års nivåer. Detta är troligtvis en effekt av att annan uppskjuten vård under slutet av 2021 har konkurrerat om behandlingsutrymmet och möjligen har väntetiderna även påverkas av insjuknande i covid-19 bland både patienter och personal.
- Ledtiderna för de urologiska diagnoserna, särskilt urinblåsecancer, har försämrats. Redan från början av satsningen var väntetiderna för dessa diagnoser bland de längsta.
- Den förbättring av väntetider inom läkemedelsbehandling som sågs 2020 håller i sig även under 2021.

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 SVF 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 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 tre föregående år med data från de regionala tumörregistren (RTR), som förser Cancerregistret med data.

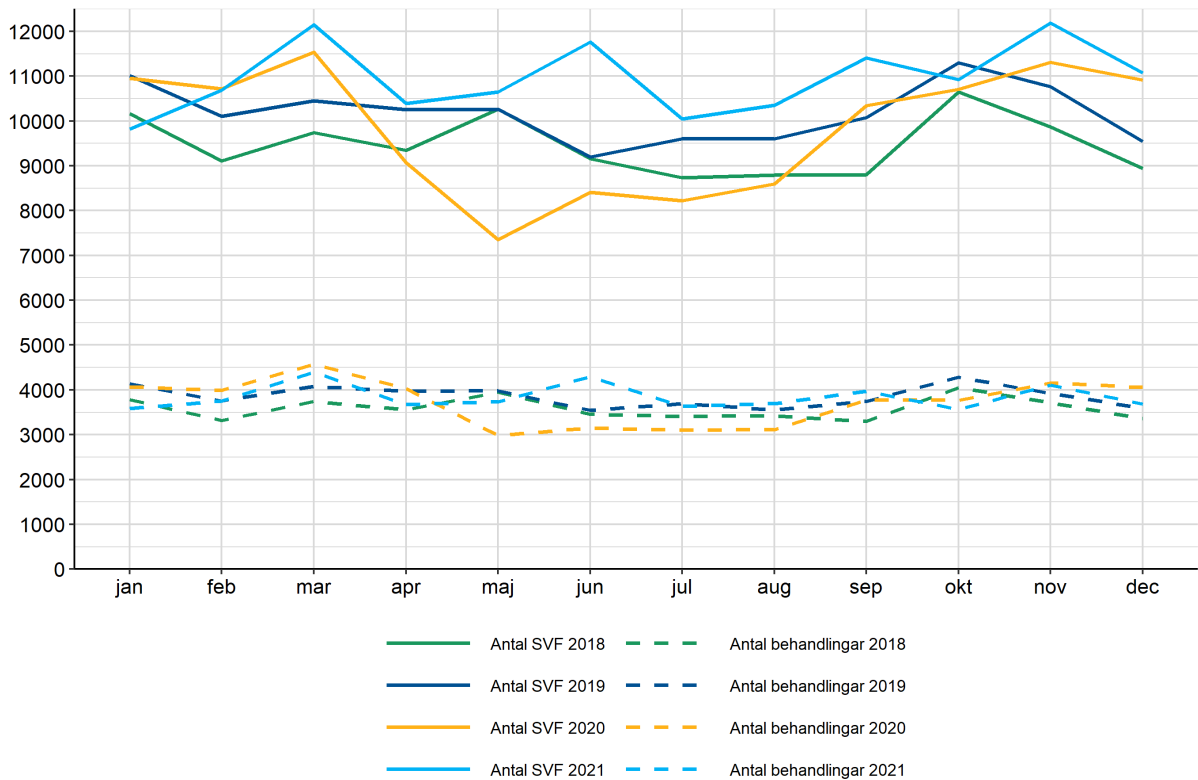
Under året har jämförelser gjorts i efterhand av hur många patienter som anges i beräkningsunderlaget och det verkliga antalet patienter i RTR för åren 2019, 2020 och första halvåret 2021. Dessa jämförelser visar att beräkningsunderlaget fungerar bra för det fortlöpande arbetet med mätning av inklusionsmålet 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

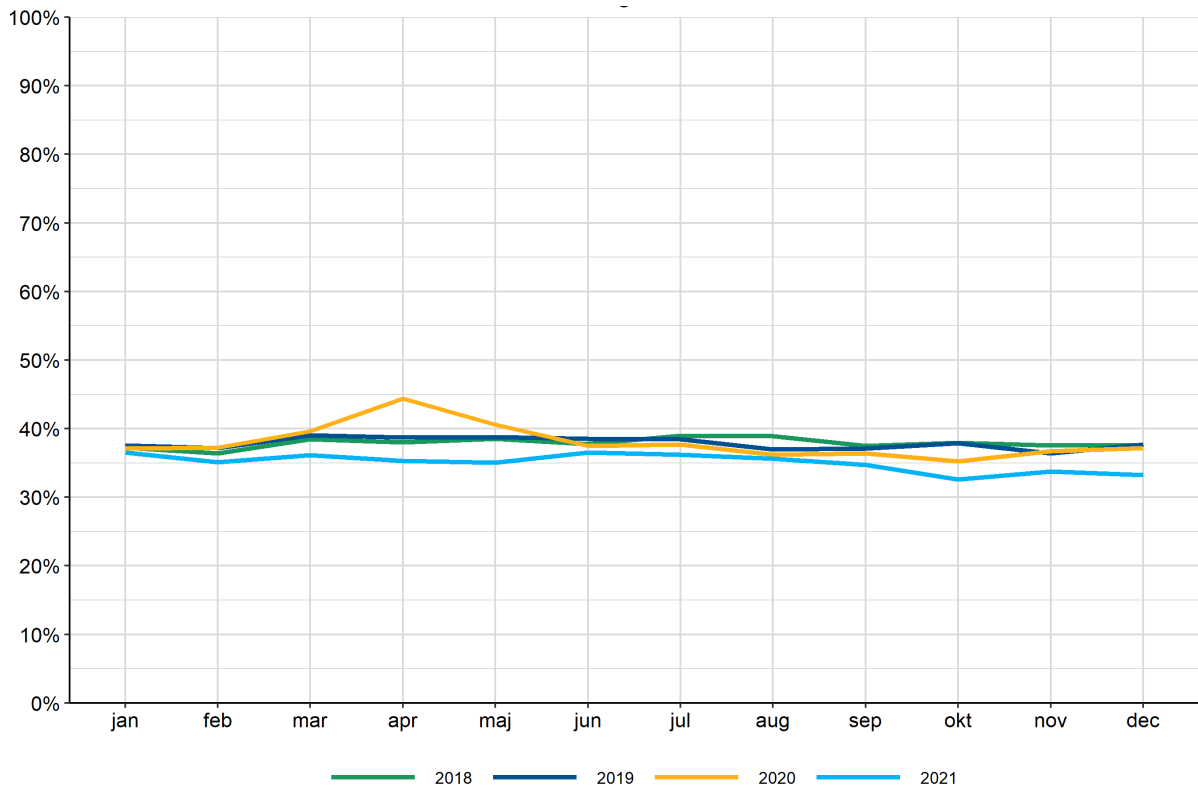
I figur 1 visas hur många patienter som utretts inom SVF för åren 2018, 2019, 2020 och 2021 (heldragna linjer) och hur många av dessa som avslutades med ”Start av behandling” (streckade linjer). Vid jämförelse av åren 2018–2021 framgår att år 2018 och 2019 följer samma mönster under året, med en lätt nedgång under sommaren och under december månad, på motsvarande sätt för antal SVF totalt och antal ”Start av behandling”. Under pandemin sågs en avvikande bild år 2020, med en kraftig nedgång under april och maj, både för antal SVF totalt och för antal med ”Start av behandling”, men med en relativt kraftigare nedgång för antalet SVF totalt än för ”Start av behandling” under dessa månader. Under sommaren var antalet patienter i SVF fortsatt lägre år 2020 än de två tidigare åren, men med en upphämtning till nästan samma nivå som tidigare år under hösten. Under 2021 låg antalet patienter utredda enligt SVF i nivå med och högre än åren 2018–2019, medan antalet ”Start av behandling” i princip låg i nivå med de tidigare åren.

Av de som utretts inom SVF under åren 2018–2019 har i genomsnitt 38 procent visat sig ha cancer och därmed startat behandling. Under april–maj 2020 ökade andelen som startade behandling, till nästan 45 procent i april (figur 2). Det är troligt att det i början av pandemin var färre som sökte för misstänkta cancersymtom på grund av rädsla för smitta samtidigt som viss screeningverksamhet pausades. Detta ledde till den kraftiga nedgången av totalt genomgångna SVF och ”Start av behandling” under april och maj. Att andelen som startade behandling var något högre jämfört med tidigare kan möjligen förklaras av att de som trots pandemin ändå sökte hade allvarligare och tydligare symtom och därför cancer i något högre utsträckning. Under 2021 vände trenden och andelen som startade behandling låg tydligt under tidigare nivå från mars månad och året ut, 32–36 procent per månad. Vi kan inte med säkerhet förklara vilken den huvudsakliga orsaken till detta är men det skulle delvis kunna vara en effekt av att många som avstått från att söka vård under 2020 sökte hjälp igen när vaccinationerna för covid-19 kommit i gång.

Figur 1 Antal startade SVF och antal startade behandlingar



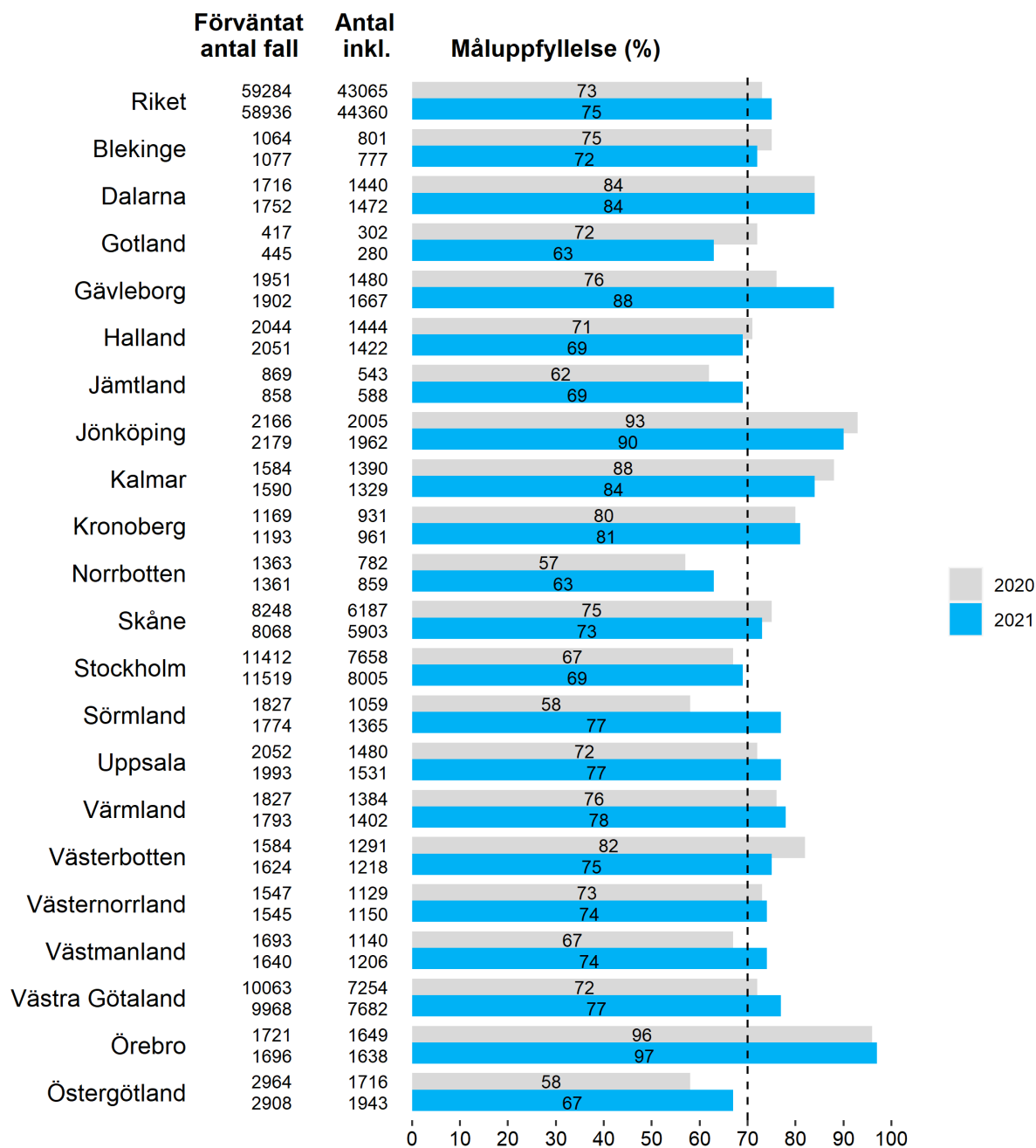
Figur 2 Andel av startade SVF som lett till start av behandling



2.2.2 Inklusionsmålet per region

På nationell nivå förbättrades inklusionen något från 2020 till 2021, från 73 till 75 procent. Även de regioner som inte klarade målet för 2020 förbättrade sin inklusion under 2021. Sex regioner hade dock fortfarande en lägre inklusion än 70 procent år 2021. Halland, Jämtland Härjedalen, Stockholm och Östergötland låg nära målet med 67–69 procent, medan Norrbotten och Gotland låg längre ifrån målet med 63 procent (figur 3).

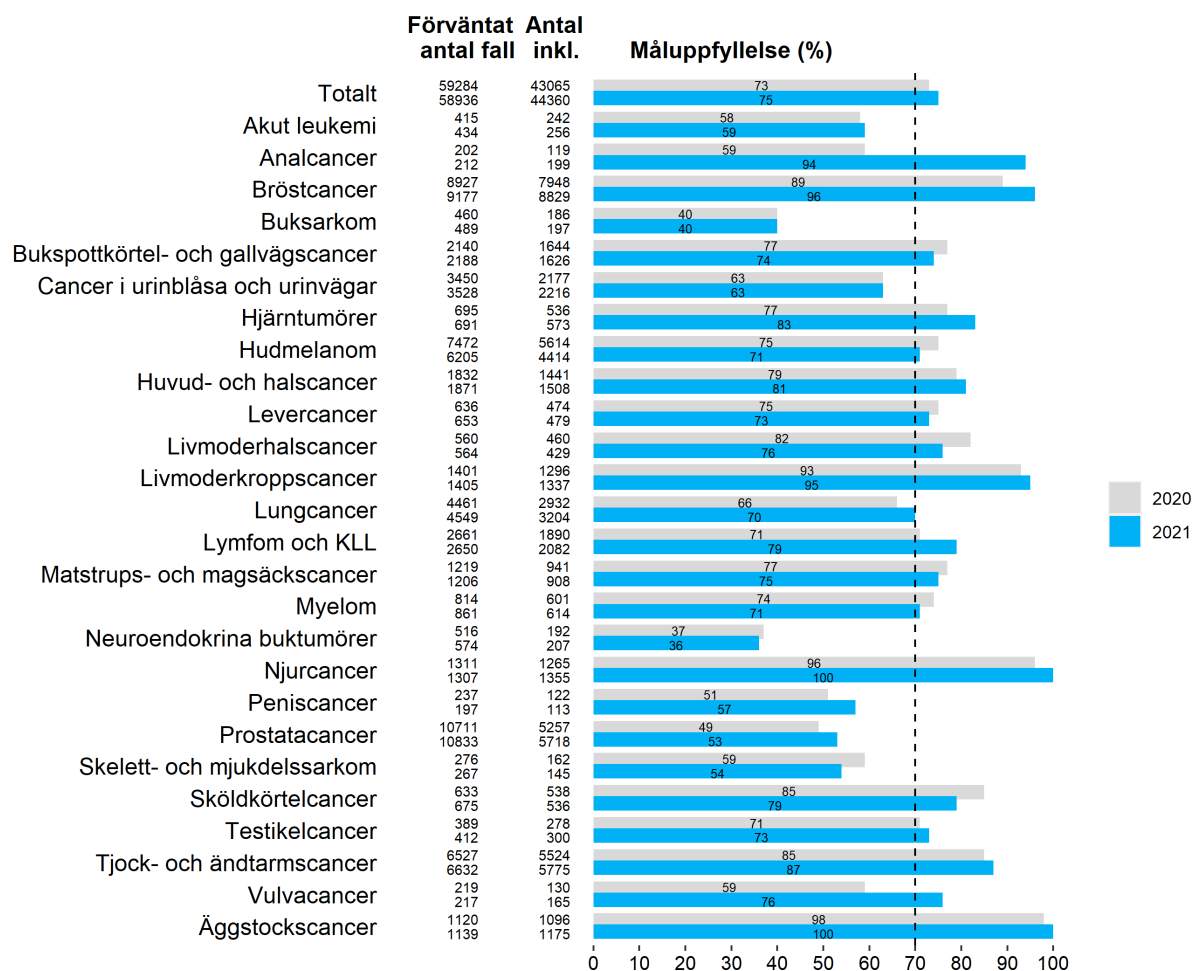
Figur 3 Uppfyllelse inklusionsmålet per region



2.2.3 Inklusionsmålet per SVF

Uppfyllelsen av inklusionsmålet skiljer mycket mellan de olika vårdförloppen, alltså mellan diagnoserna (figur 4). En jämförelse mellan 2020 och 2021 visar endast mindre upp- eller nedgångar för de flesta diagnoser, med undantag för analcancer där inklusionen ökade från 59 till 94 procent. Det är visserligen en diagnos med få fall där man kan förvänta sig slumpmässiga svängningar, men detta är en tydlig ökning. Bröstcancer har alltid haft en hög inklusion (mer än 90 %). Under 2020 gick inklusionen för bröstcancer ned något jämfört med tidigare år, sannolikt beroende på att mammografiscreeningen periodvis var pausad i flera regioner, men för 2021 var inklusionen åter tillbaka på samma nivå som före pandemin. För prostatacancer har inklusionen ända sedan SVF-satsningens början legat mycket under inklusionsmålet (under 60 %) men inklusionen uppvisar samma mönster som för bröstcancer, med en nedgång under 2020 och en uppgång under 2021.

Figur 4 Uppfyllelse inklusionsmålet per SVF



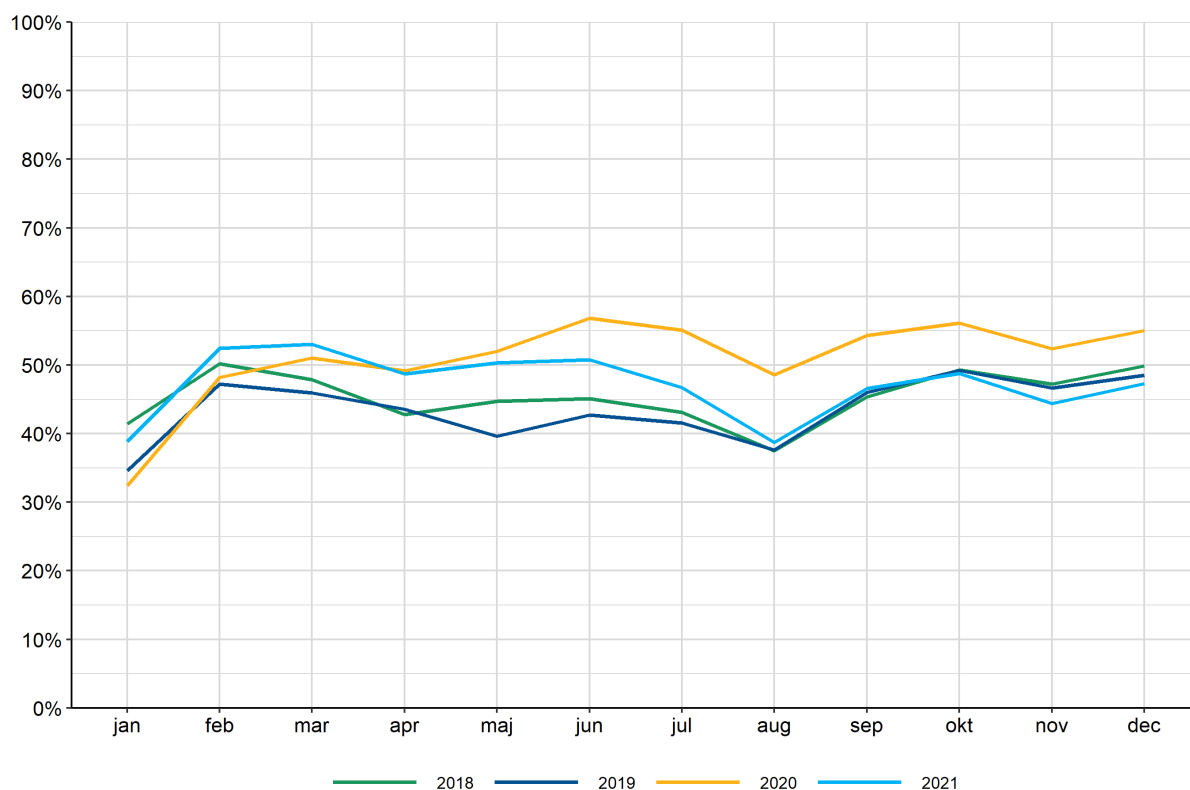
2.3 Ledtidsmålet

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

2.3.1 Trender

I figur 5 visas uppfyllelsen av ledtidsmålet för åren 2018, 2019, 2020 och 2021. Vid jämförelse av åren 2018–2021 framgår att år 2018 och 2019 följer samma mönster under året, med något längre väntetider i januari och under sommaren. Under 2020 sågs en avvikande bild, med en viss förbättring av ledtiderna från april–maj. Trenden höll i sig under resten av året. I januari 2021 ökade ledtiderna igen, liksom tidigare år, för att i februari återgå till ungefär samma nivå som under slutet av 2020. Från augusti 2021 ligger väntetiderna igen på ungefär samma nivå som före pandemin, alltså åren 2018–2019. Den troligaste förklaringen till detta är att behandling av cancerpatienter prioriterades under den inledande delen av pandemin medan annan vård, som till exempel icke akut kirurgi, fick vänta. Den minskning av antal cancerpatienter som sågs från mars till augusti–september 2020 kan möjligen också ha bidragit till att ledtiderna förbättrades under perioden. Under 2021 behövde regionerna komma i kapp med den uppskjutna vården och det prioriteringsmönster som rådde innan pandemin har återupptagits. Ytterligare en förklaring är att viss behandling förmodligen har behövt skjutas upp för att personal eller patienter har insjuknat i covid-19 vid planerat behandlingstillfälle.

Figur 5 Uppfyllelse ledtidsmålet nationellt

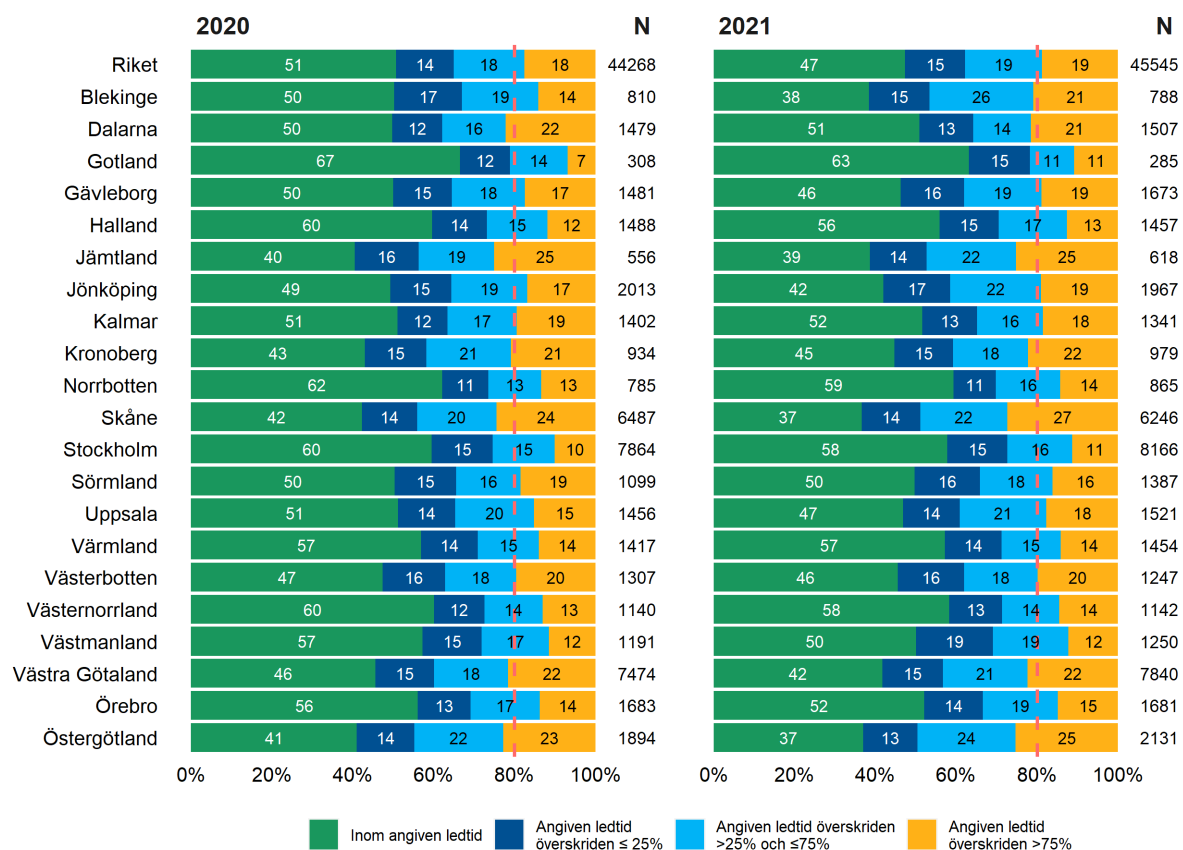


2.3.2 Ledtidsmålet per region

I figur 6 och 7 visas andelen patienter som utretts och fått behandling enligt ett SVF inom den angivna ledtiden (grön stapel) samt andel som överskrider den angivna ledtiden med $\leq 25\%$ (mörkblå stapel), $>25\%$ till $\leq 75\%$ (ljusblå stapel) och $> 75\%$ (gul stapel). Graden av måluppfyllelse skiljer sig inte nämnvärt mellan 2020 och 2021.

Måluppfyllelsen totalt på riks nivå (figur 6) har blivit något sämre under 2021 jämfört med 2020, 47 respektive 51 procent. För de flesta regionerna har måluppfyllelsen försämrats under 2021 jämfört med 2020 men Dalarna, Kalmar, Kronoberg, Sörmland och Värmland ligger på samma måluppfyllelse eller har blivit marginellt bättre under 2021.

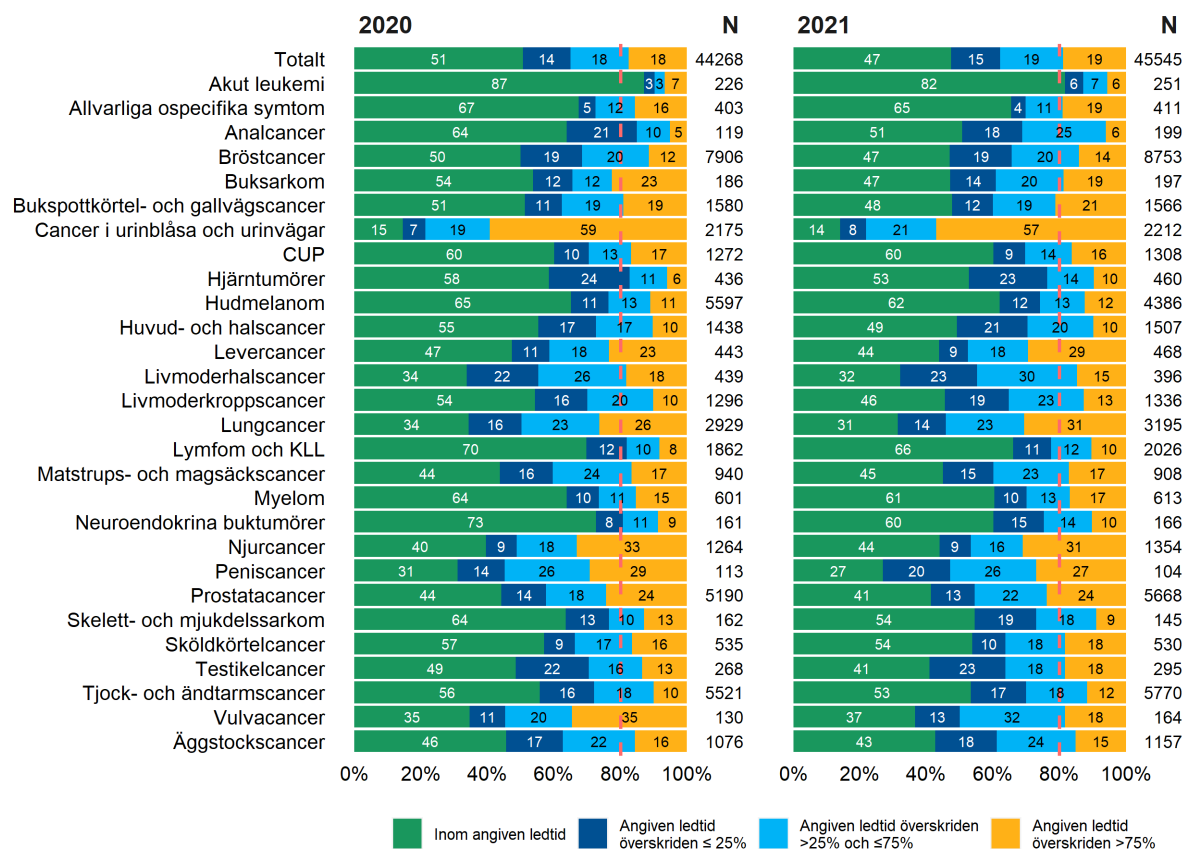
Figur 6 Uppfyllelse ledtidsmålet per region



2.3.3 Ledtidsmålet per SVF

Uppfyllelsen av ledtidsmålet varierar starkt mellan olika SVF (figur 7). Akut leukemi är den enda diagnosen som uppfyller ledtidsmålet 2021, 82%. Detta är en diagnos där ledtiden har stor betydelse för det medicinska utfallet och 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 2021. Måluppfyllelsen för detta SVF har legat lågt sedan 2019 då den var 17 %, och den nedåtgående trenden har alltså fortsatt. Andra diagnoser med särskilt låg måluppfyllelse är peniscancer (27 %), livmoderhalscancer (32 %), vulvacancer (37 %) och lungcancer (31 %).

Figur 7 Uppfyllelse ledtidsmålet per SVF



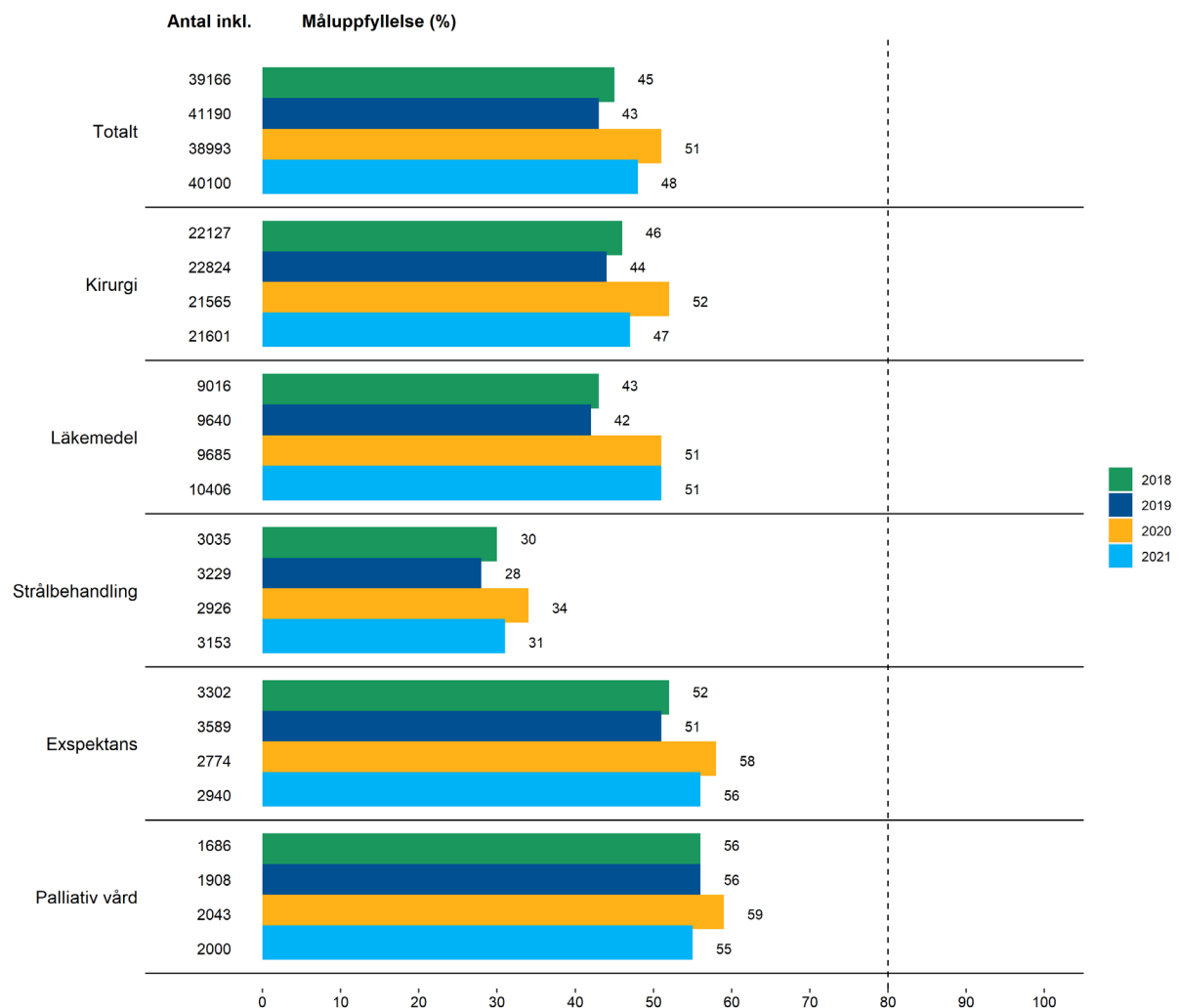
2.3.4 Ledtider för olika behandlingsavslut

Måluppfyllelsen av ledtidsmålet varierar mellan diagnoser men man kan också se en variation mellan behandlingsalternativ (figur 8).

Långa väntetider till strålbehandling är sedan tidigare ett välkänt problem, som orsakas av både brist på personal, framför allt sjuksköterskor, och utrustning men med stor variation mellan regionerna. Trots detta ser vi att den tillfälliga förbättringen av ledtiderna under 2020 avspeglar sig i samtliga behandlingsalternativ, även strålbehandling. Noterbart är att förbättringen av väntetider för läkemedelsbehandling för 2020 ligger kvar på samma nivå under 2021. För kirurgisk behandling blir ökar väntetiden igen år 2021, förmodligen som en följd av en högre efterfrågan på operationskapacitet som uppkommit på grund av annan uppskjuten vård.

Alla behandlingsalternativ är inte aktuella i alla SVF. Det gäller framför allt strålbehandling och expektans men även kirurgi saknas i vissa förlopp, trots att det numerärt sett är den vanligaste behandlingen.

Figur 8 Uppfyllelse ledtidsmålet per behandlingstyp

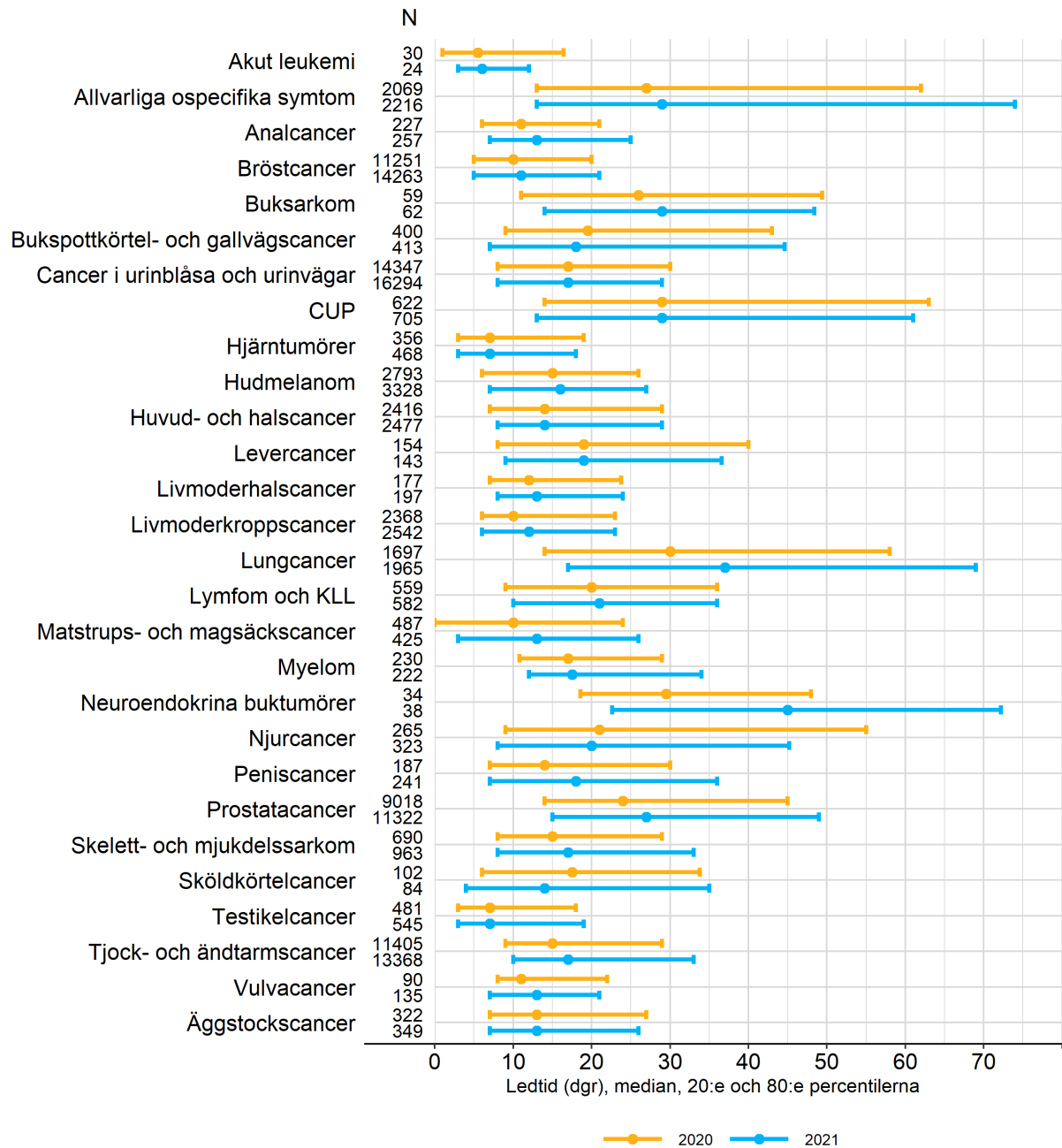


2.3.5 Ledtider för patienter där misstanke om cancer avskrivits

Av de patienter som utretts enligt ett SVF var det 53 respektive 56 procent som avslutades med att misstanke om cancer avskrevs år 2020 och 2021. För dessa patienter finns ingen angiven ledtid som ska uppnås men ett snabbt besked är eftersträvarsvärt för alla som utreds för cancermisstanke, oavsett utredningens resultat. Vilka utredningar som behöver göras för att ställa en cancerdiagnos, eller utesluta den, ser olika ut i de olika vårdförloppen och medför olika långa ledtider. I figur 9 visas antal dagar från start av SVF till avslut ”Misstanke om cancer avskrivs” för olika förlopp. I hälften av vårdförloppen avslutas 80 procent inom 30 dagar. Två SVF har en mediantid över 30 dagar, lungcancer och neuroendokrina buktumörer. En fördjupad analys av ledtider för dessa patienter planeras.



Figur 9 Ledtider för personer där cancermisstanken avskrivs





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