

Standardiserade vårdförlopp

Status för inklusion, ledtider och patientupplevelser. Bilaga 1 till Jämlik och effektiv
cancervård med kortare väntetider – Årsrapport om överenskommelsen 2025

2026-03-27

Version: 1.0

Versionshantering

Version	Datum	Förändring
1.0	2026-03-27	

Bilaga till Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider
– årsrapport om överenskommelsen 2025

Regionala cancercentrum i samverkan

Mars 2026

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Inledning.....	4
Bakgrund	4
Datakällor	5
Kvalitetssäkring av data i SVF	6
Kapitel 2	
Utveckling av inklusion och ledtider under 2025	7
Huvudsakliga fynd	7
Inklusionsmålet.....	7
Trender	8
Inklusionsmålet per region.....	9
Inklusionsmålet per SVF	10
Ledtidsmålet	11
Trender	11
Ledtidsmålet per region	12
Ledtidsmålet per SVF	13
Ledtider för olika behandlingsavslut.....	14
Ledtider uppdelat på kön	15
Kapitel 3	
Patienternas erfarenhet av att utredas inom ett standardiserat vårdförlopp.....	17
Bakgrund	17
Resultat	17
Kapitel 4	
Fördjupad kartläggning av utvalda SVF	21
Bakgrund	21
Resultat	21
SVF Cancer i urinblåsa och urinvägar	22
SVF Lungcancer i urinblåsa och urinvägar	22

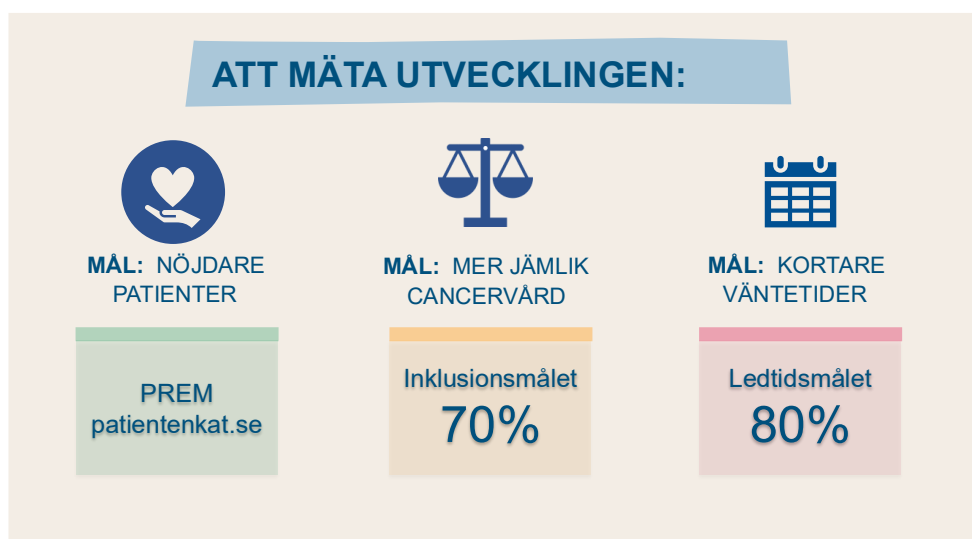
KAPITEL 1

Inledning

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 och korta tiden till diagnos och start av behandling. 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 förelåg stora skillnader mellan regionerna.

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



Inklusionsmålet innebär att 70% av alla med en cancerdiagnos ska ha gjort utredning inom ramen för SVF. Lettidsmålet innebär att 80% av alla som startar en cancerbehandling inom SVF gör så inom den angivna ledtiden. Inklusion- och lettidsmålet följs kontinuerligt och sedan 2018 har RCC i

samverkan publicerat årsrapporter för att ge en övergripande bild av SVF-arbetet.

Patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården mäts genom PREM-enkäter. PREM står för Patientrelaterade erfarenhetsmått. Sedan 2016 används en PREM-enkät för att utvärdera patienternas erfarenhet av att utredas inom SVF. Dessa utskick görs i samarbete med nationell patientenkät på Sveriges Kommuner och Regioner.

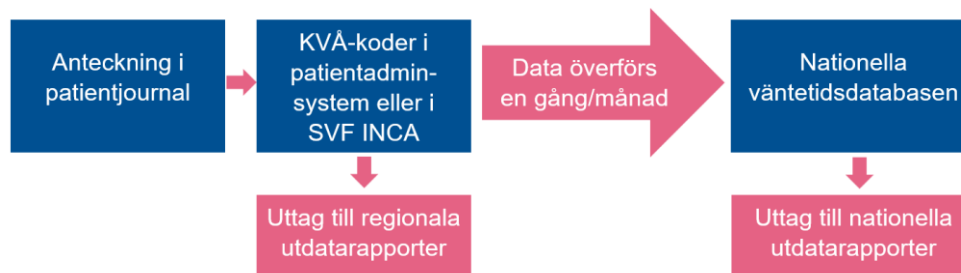
Under 2025 har regionerna gjort fördjupade kartläggningar av de patienter som väntat mer än 50 procent längre än angiven ledtid i fyra utvalda diagnoser. Två av dessa, lungcancer och cancer i urinblåsa och urinvägarna, är granskade i samtliga regioner.

Datakällor

Antal patienter och ledtider i de standardiserade vårdförloppen följs upp genom att KVÅ-koder registreras vid de mätpunkter som finns beskrivna i kodningsvägledningen. Mätpunkter som är obligatoriska att registrera är datum för start av SVF (när välgrundad misstanke uppstår) och datum för avslut av SVF samt avslutsorsak (start av första behandling, annat avslut eller ej cancer). Överflyttning för vård i annan region är obligatorisk och registreras av mottagande region.

Koder, tillsammans med datum för händelsen, rapporteras varje månad till den nationella väntetidsdatabasen på Sveriges Kommuner och Regioner tillsammans med uppgifter om patientens ålder, kön och folkbokföringslän. Personnummer registreras inte. Från och med den 1 juli 2025 ska regionerna sammanställa och rapportera uppgifter om väntetider till Socialstyrelsen i enlighet med regeringens beslut om en förändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Rapporteringen till SKR fortsätter parallellt under 2026. Initiala jämförelser mellan databaserna har utförts av Socialstyrelsen och visar på god överrensstämmelse.

I denna årsrapport redovisas statistik utifrån de uppgifter som rapporterats in till nationella väntetidsdatabasen vid SKR senast 2026-03-09.



Utöver de obligatoriska mätpunkterna finns flera frivilliga mätpunkter, till exempel datum för multidisciplinär konferens och datum för inkommen remiss. De frivilliga mätpunkterna används för att bättre kunna följa vårdförloppen lokalt, identifiera flaskhalsar och kontinuerligt arbeta med att förbättra processerna.

Kvalitetssäkring av data i SVF

I kodningsvägledningen anges vilka KVÅ-koder och mätpunkter som ska användas för respektive vårdförlopp. Kodningsvägledningen och ett flödesschema hittas tillsammans med respektive SVF.

Arbetet med att kvalitetssäkra data bedrivs kontinuerligt med stöd från RCC. Ansvar för att kvalitetssäkra de egna data bär regionerna, som också har möjlighet att samköra sina register för att validera data på personnivå. Genom granskning av SVF-statistiken och inkommande frågor uppdagas oklarheter i tolkningen av SVF som tas vidare till vårdprogramsgруппerna. På så sätt pågår ett ständigt förbättringsarbete.

RCC:s nationella kvalitetssäkringsgrupp har 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 förs vidare till respektive region genom SVF-samordnarna. Under 2025 har fördjupad statistik analyserats för bröstcancer, lungcancer, prostatacancer, njurcancer, tjock- och ändtarmscancer och cancer i urinblåsa- och urinvägarna.

Ett samarbete har etablerats mellan RCC:s nationella kvalitetssäkringsgrupp och arbetsgruppen för SVF i väntetidsdatabasen vid Socialstyrelsen. Genom regelbundna möten överförs kunskap och erfarenheter. Frågor som inkommer till båda organisationer bemöts och besvaras genom respektive kommunikationskanaler.

KAPITEL 2

Utveckling av inklusion och ledtider under 2025

Huvudsakliga fynd

- Under 2025 fullföljdes 148 441 standardiserade vårdförlopp.
- Tre regioner nådde inte upp till inklusionsmålet för första halvåret. Dessa tre regioner har gemensamt att de bytt journalsystem under mätperioden vilket haft stor påverkan på registrering och inrapportering. När inklusionen mäts för hela året 2025 är det fyra regioner som inte når 70%-målet.
- 2025 uppfylldes inklusionsmålet för 16 av 27 SVF. Anledningen till att denna andel sjunkit från tidigare år kan delvis förklaras av minskad inrapportering i vissa regioner pga byta av journalsystem, men minskad inklusion ses även i andra regioner.
- 2025 nådde 47 % cancerpatienterna de angivna ledtiderna i SVF vilket är en liten förbättring jämfört med 2024 då motsvarande andel var 45%.
- Uppfyllelse av ledtidsmålet för kirurgi har förbättrats från 44% 2024 till 46% 2025.
- Uppfyllelse av ledtidsmålet för strålbehandling har förbättrats från 32% 2024 till 35% 2025.
- Uppfyllelsen av ledtidsmålet för läkemedel ligger kvar på 50%.
- Målet med 80% av patienterna inom angiven ledtid nås endast för diagnosen akut leukemi.
- I åtta regioner startar $\geq 50\%$ av patienterna behandling inom angiven ledtid.
- Några tydliga skillnader i ledtider kan inte påvisas mellan könen på riksnivå eller utifrån behandlingstyp.
- PREM-enkäterna visar att patienterna har ett gott helhetsintryck av SVF och till stor del är nöjda med utredningstiden.

Inklusionsmålet

Inklusionsmålet innebär att minst 70 procent av nya cancerfall inom de diagnoser där det finns ett SVF ska utredas enligt SVF. Mätningen av inklusionsmålet bygger på ett beräkningsunderlag. Beräkningsunderlaget anger hur många patienter som förväntas insjukna i cancer per diagnos och region

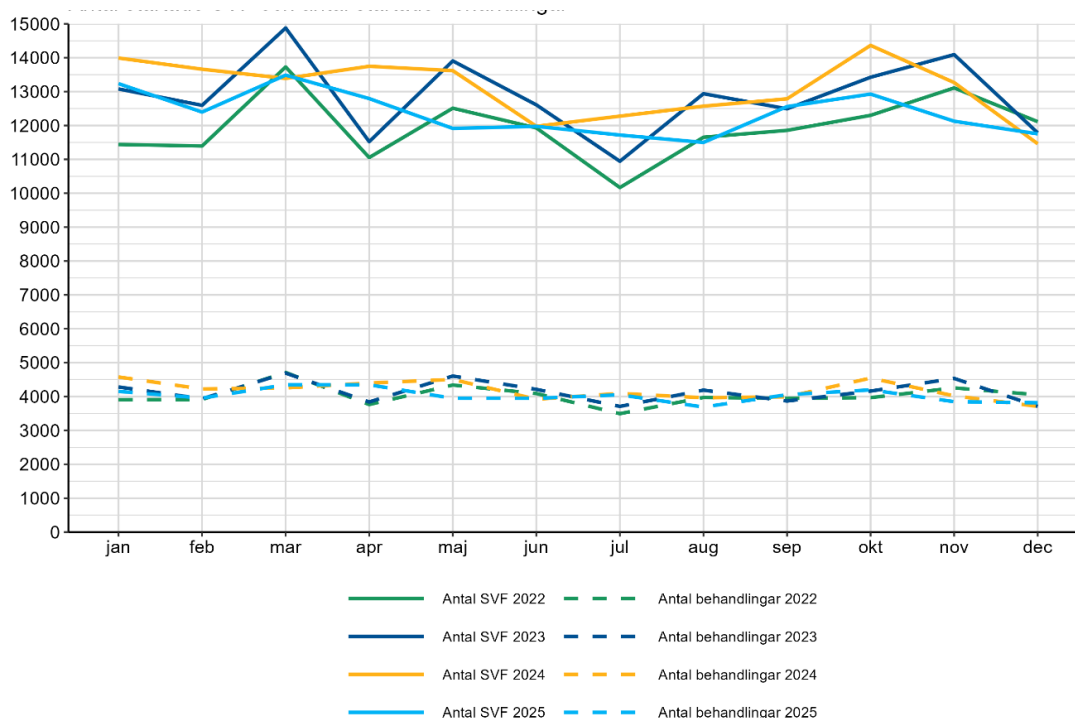
under det kommande året. Beräkningarna baseras på ett genomsnitt av de tre föregående åren med data från Cancerregistret. Tidigare jämförelser visar att beräkningsunderlaget fungerar bra för det fortlöpande arbetet med mätning av inklusionsmålet med en skillnad på några få procentenheter på nationell nivå för beräknad inklusion. På diagnosnivå och diagnosövergripande för enstaka regioner kan skillnaden vara lite större.

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.

Inklusionen beräknas på följande sätt: Antal SVF med avslut ”Start av behandling” delat med antal patienter i beräkningsunderlaget.

Trender

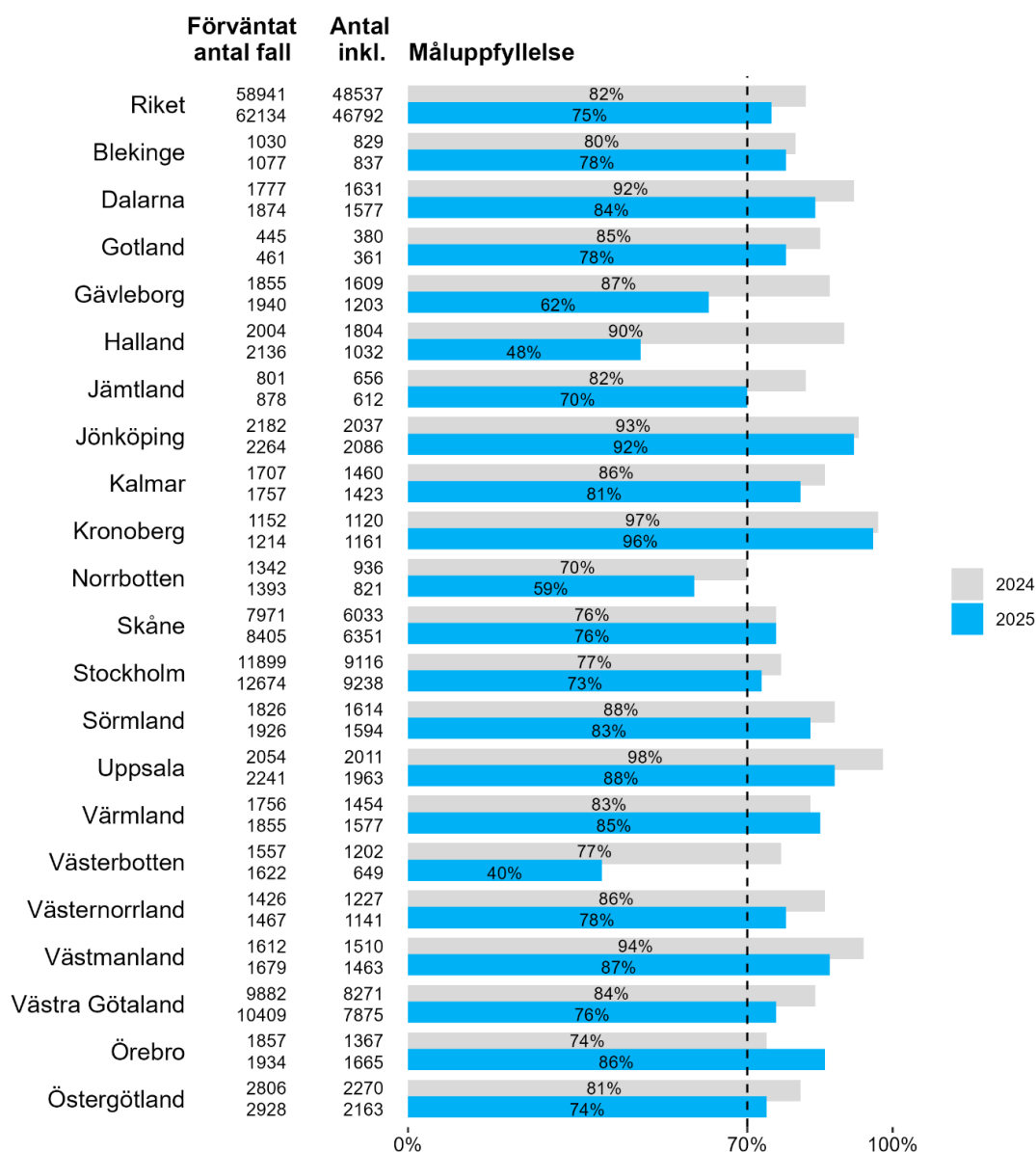
Figur 1. Antal startade SVF och antal startade behandlingar



Inklusionsmålet per region

Inklusionen redovisas för startande region, det vill säga den region där patienten startat SVF eller är folkbokförd. Det gäller även om behandlingen skett i en annan region. Den behandlande regionen är ansvarig för inrapporteringen.

Figur 2. Uppfyllelse av inklusionsmålet per region

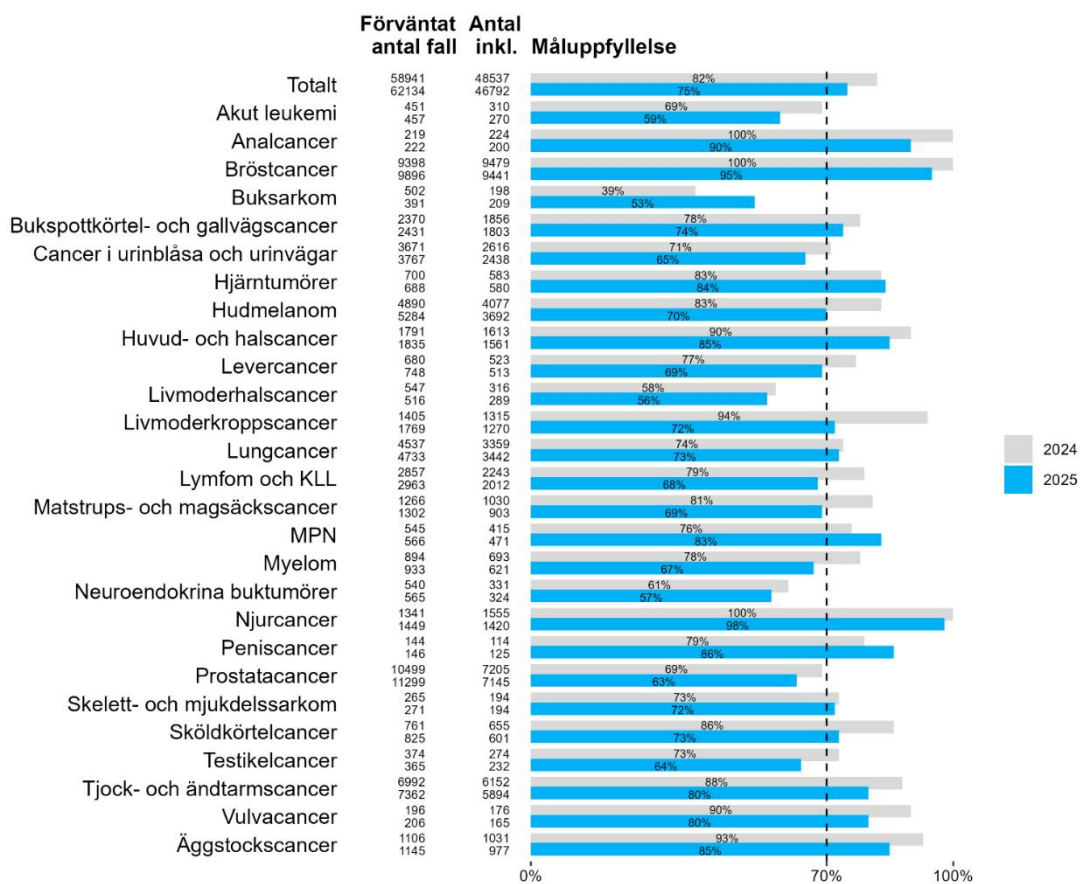


Inklusionsmålet per SVF

Uppfyllelsen av inklusionsmålet skiljer mycket mellan de olika vårdförloppen.

Orsakerna till såväl hög som låg inklusion varierar mellan diagnoserna och följer samma mönster som tidigare år. Förändring i inklusion för SVF buksarkom och SVF livmoderkropp förklaras av att sarkom i livmoderkroppen sedan 2025 hör till det senare vårdförloppet.

Figur 3. Uppfyllelse av inklusionsmålet per SVF



Ledtidsmålet

Ledtidsmålet redovisas för startande region, det vill säga den region där patienten startat SVF eller är folkbokförd. Det gäller även om behandlingen skett i en annan region. Den behandlande regionen är ansvarig för inrapporteringen.

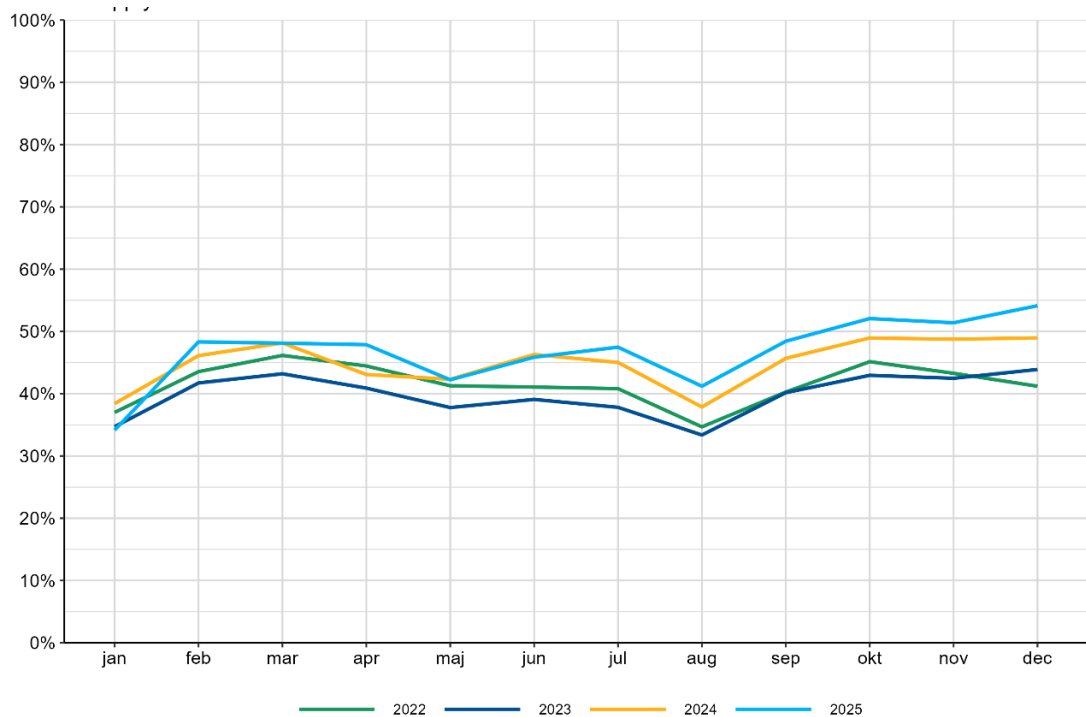
1: a juli 2025 utökades ledtiderna för alla behandlingsavslut i SVF Hudmelanom med 7 dagar. Alternativet Utökad utredning togs bort från SVF Njurcancer 1: a juli, i stället förlängdes ledtiden för standardförloppet med 14 dagar.

Trender

På RCC:s webbplats finns flera [interaktiva presentationer](#) som beskriver uppfyllelsen av ledtidsmålet på olika sätt.

I figur 4 nedan visas uppfyllelsen av ledtidsmålet för åren 2022–2025.

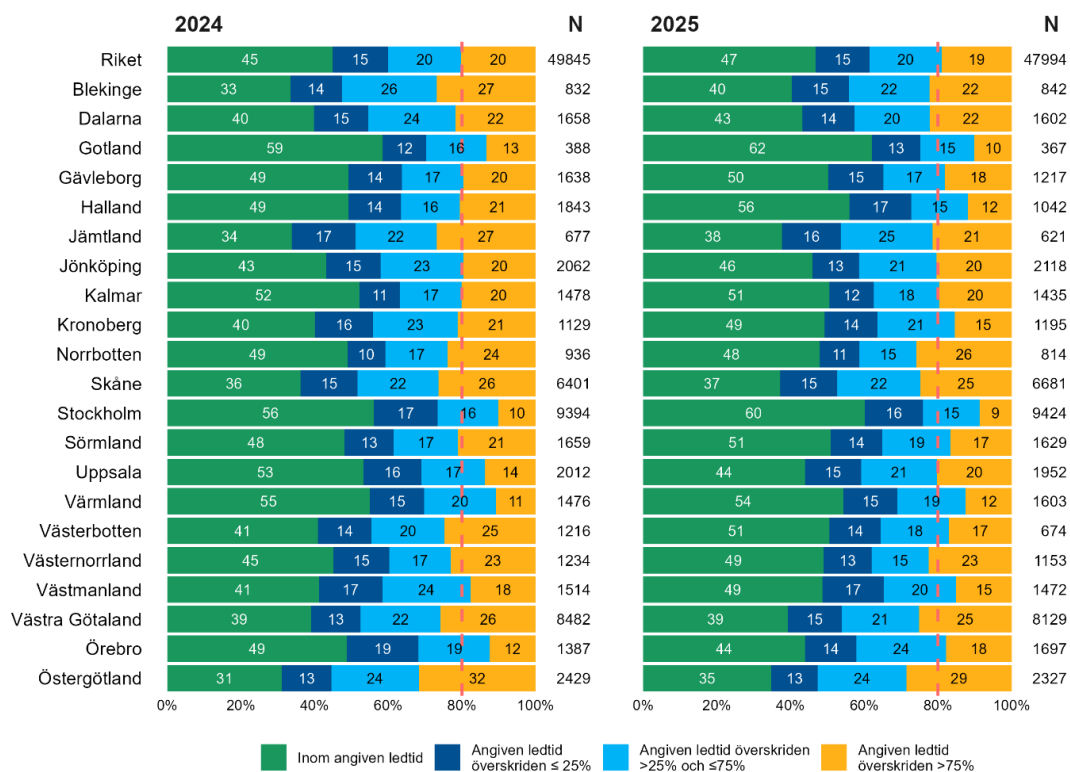
Figur 4. Måluppfyllelse ledtidsmålet nationellt



Ledtidsmålet per region

Ledtiderna redovisas för startande region, det vill säga den region där patienten startat SVF eller är folkbokförd. Det gäller även om behandlingen skett i en annan region. Den behandlande regionen är ansvarig för inrapporteringen.

Figur 5. Uppfyllelse av ledtidsmålet per region



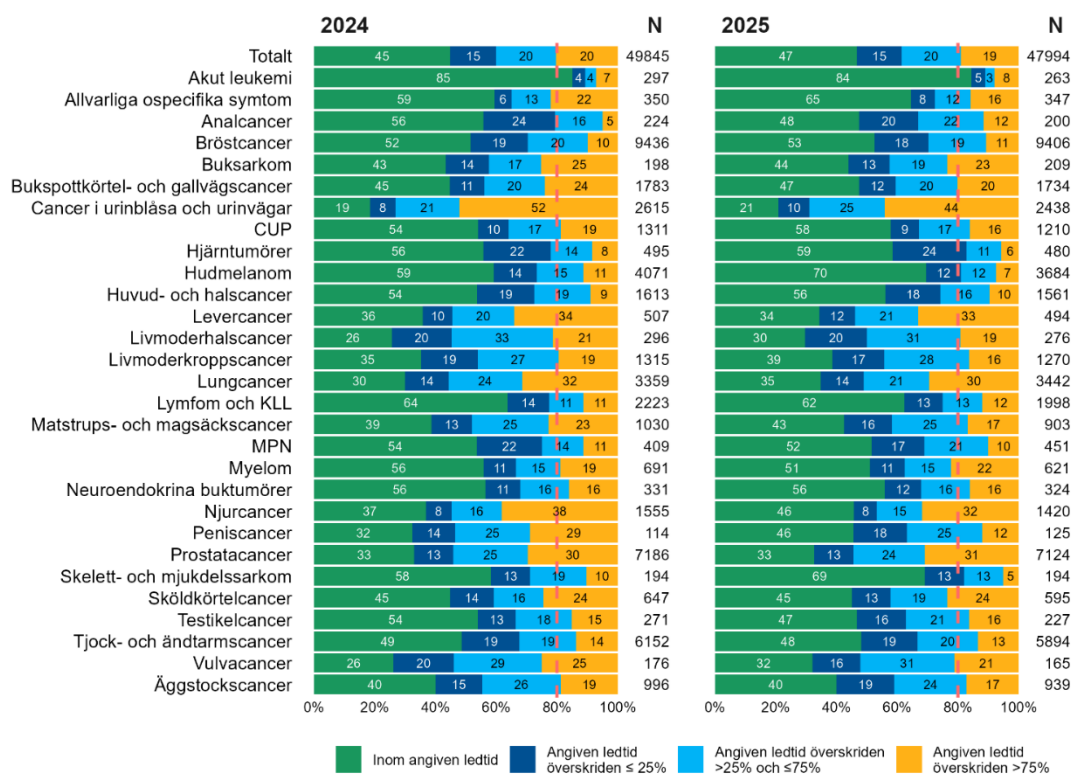
Ledtidsmålet per SVF

1: a juli 2025 utökades ledtiderna för alla behandlingsavslut i SVF

Hudmelanom med 7 dagar. Alternativet Utökad utredning togs bort från SVF

Njurcancer 1: a juli, i stället förlängdes ledtiden för standardförloppet med 14 dagar.

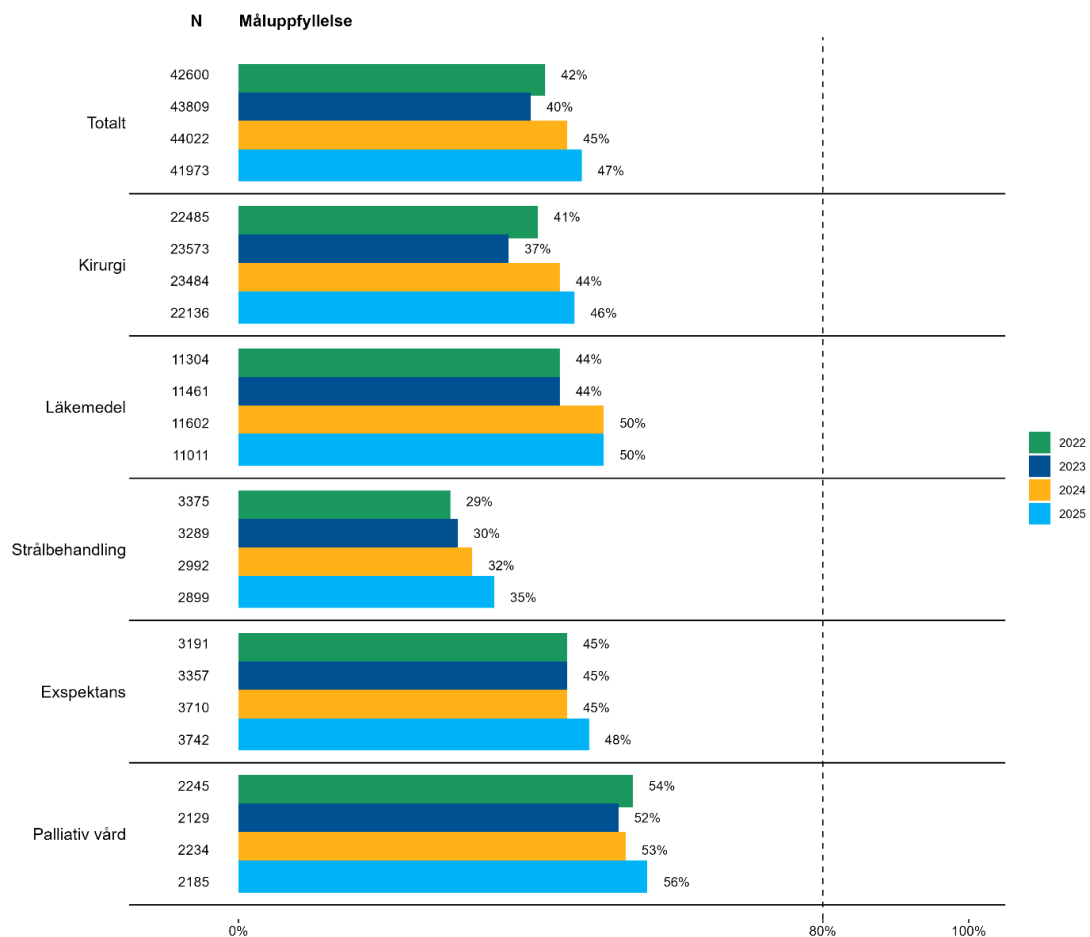
Figur 6. Uppfyllelse av ledtidsmålet per SVF



Ledtider för olika behandlingsavslut

En viss förbättring av ledtiderna ses i alla behandlingsformer.

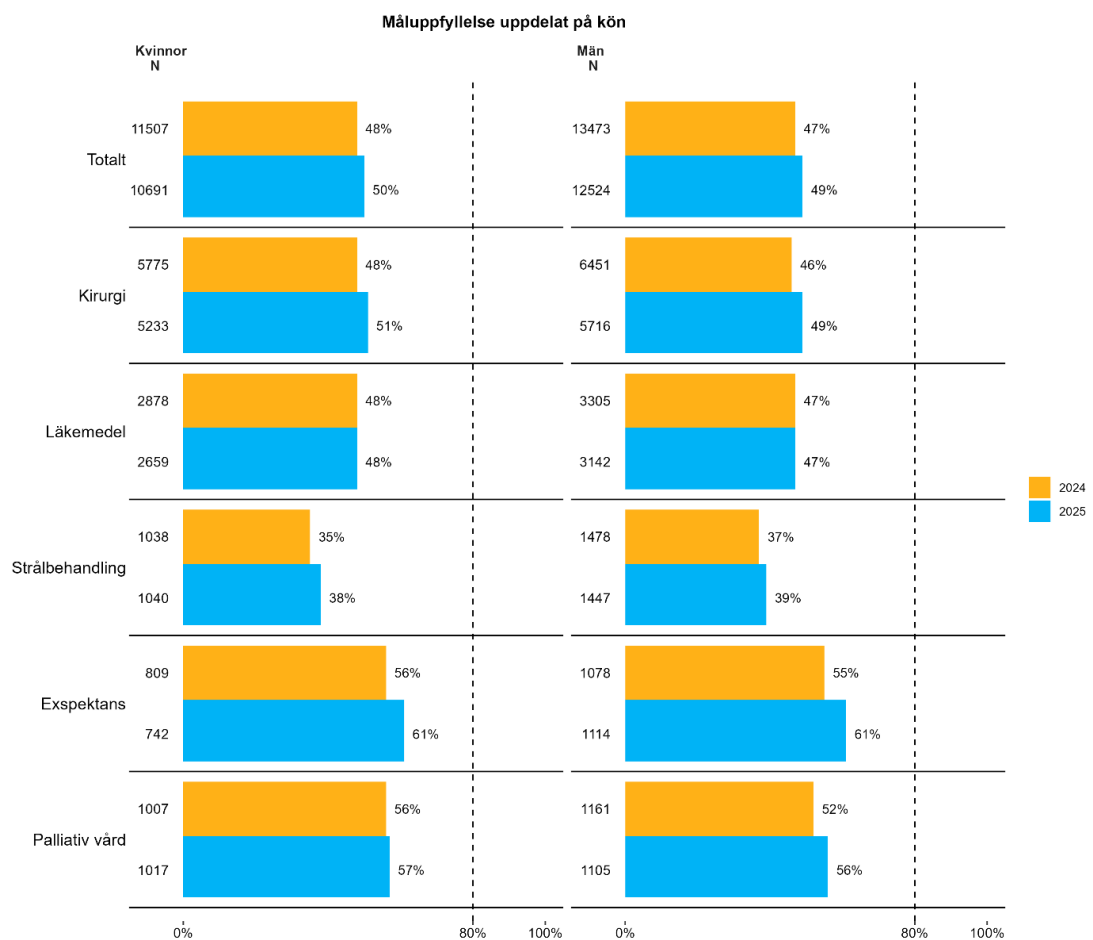
Figur 7. Uppfyllelse av ledtidsmålet per behandlingstyp



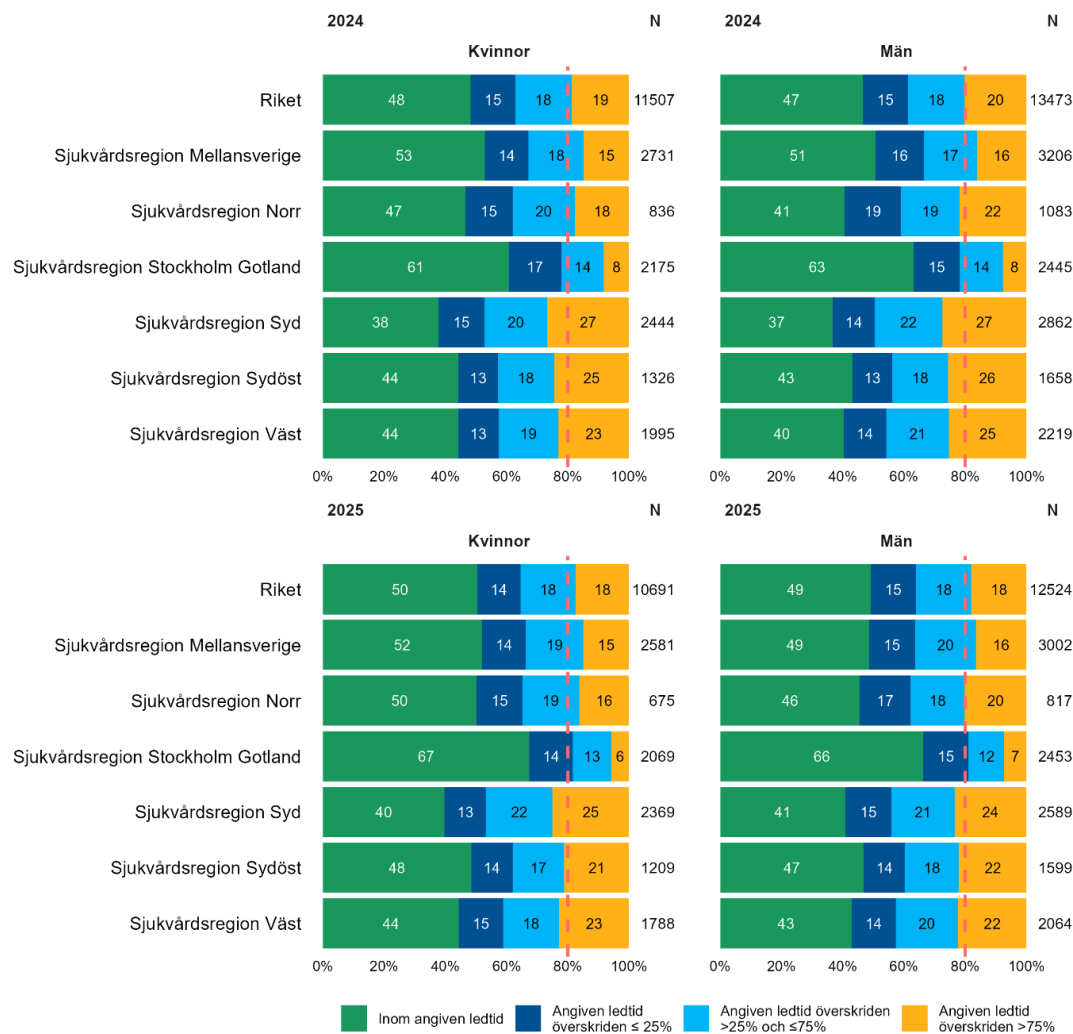
Ledtider uppdelat på kön

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 8 och 9. Några tydliga skillnader i ledtider kan inte påvisas mellan könen utifrån behandlingstyp.

Figur 8. Uppfyllelse av ledtidsmålet per behandlingstyp uppdelat på kön



Figur 9. Uppfyllelse av ledtidsmålet per sjukvårdsregion uppdelat på kön



KAPITEL 3

Patienternas erfarenhet av att utredas inom ett standardiserat vårdförlopp

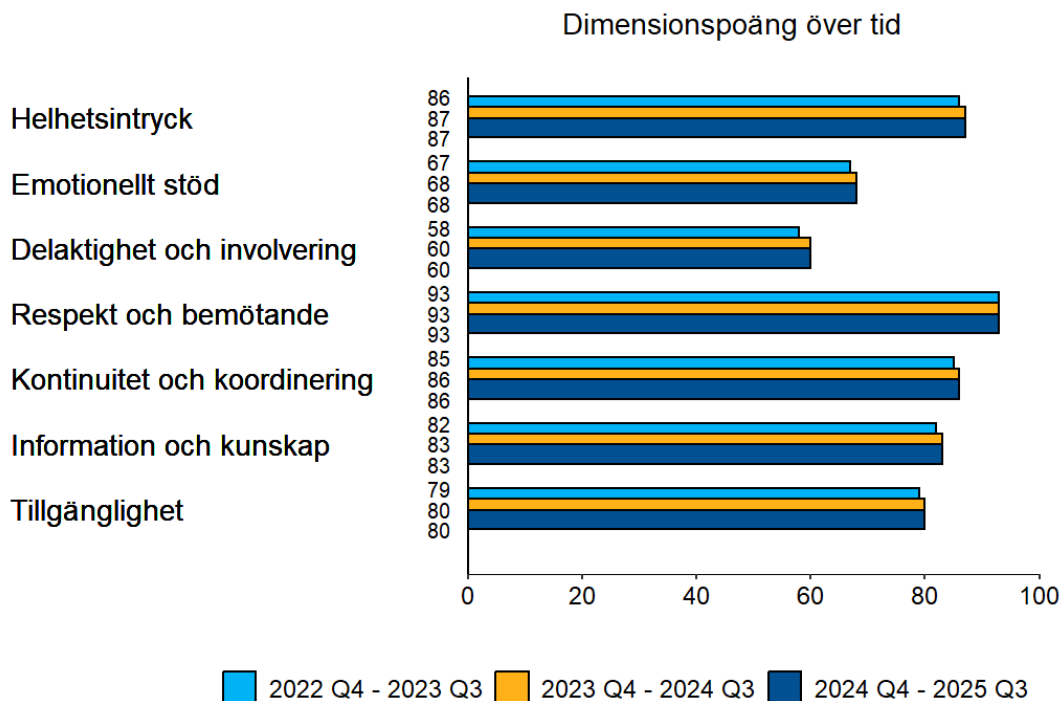
Bakgrund

RCC har sedan SVF infördes följt upp patienternas upplevelse via en enkätundersökning för patientrapporterade erfarenhetsmått (PREM). 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. Nitton av enkätens frågor delas in i sju dimensioner. En dimension består av flera frågor som räknats samman till ett värde mellan 0 och 100. Resultat från, och mer information om, enkätundersökningarna visas också på SKR:s webbplats patientenkät.se.

Resultat

I figur 10-12 redovisas sammanslagna resultat för patienter som fått en cancerdiagnos och patienter där cancermisstanken avskrivits. Sedan starten har patienternas erfarenhet generellt varit god, med höga betyg för dimensionerna helhetsintryck; respekt och bemötande; kontinuitet och koordinering; information och kunskap samt tillgänglighet, medan betygen inom dimensionerna emotionellt stöd samt delaktighet och involvering varit något lägre. Generellt sett är det små skillnader mellan åren.

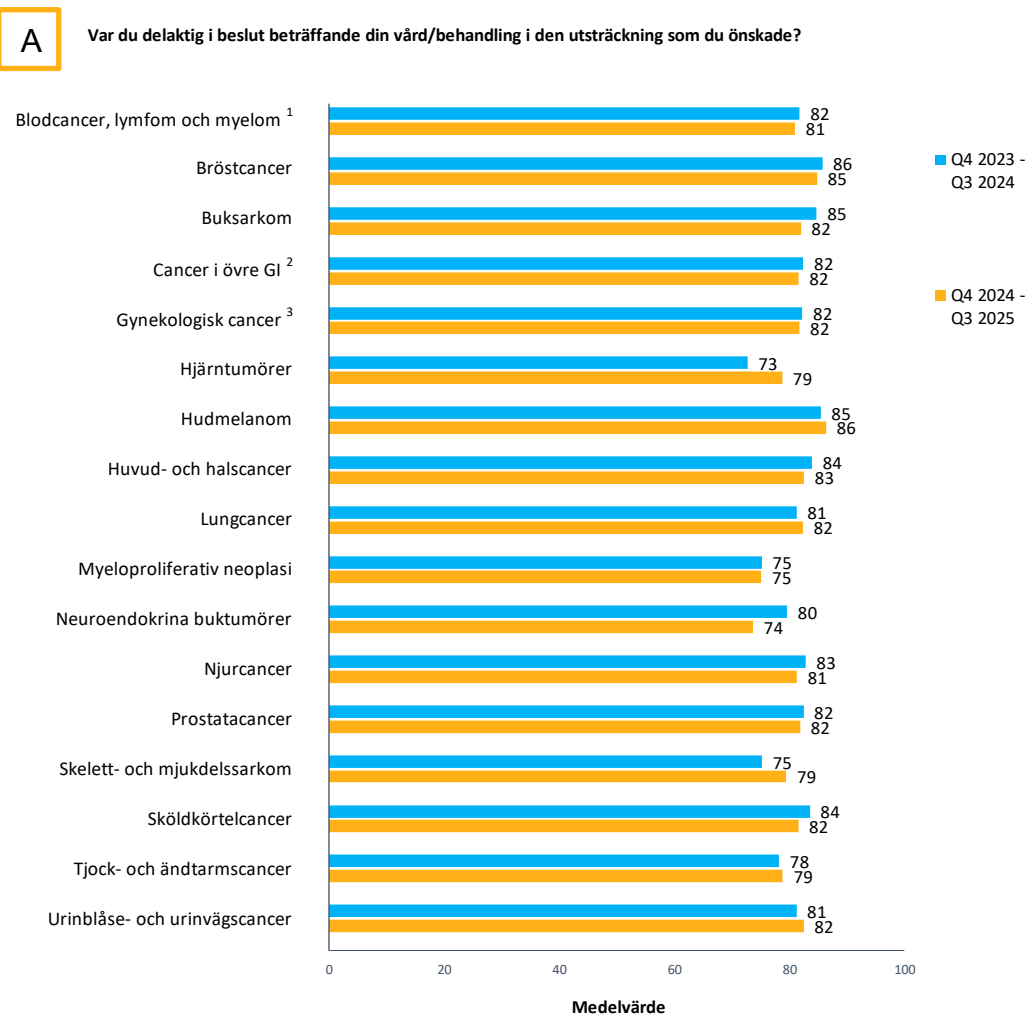
Figur 10. Svarsmönster för samtliga vårdförlopp, fördelade på de olika dimensionerna över tid.



I figur 11 och 12 redovisas ett medelvärde i de dimensioner som pekas ut som särskilt viktiga i den uppdaterade cancerstrategin från januari 2026. Detta medelvärde beräknas enligt ett vedertaget sätt för ordinaldata i enkäter och kan tolkas som en uppskattning av hur stor andel av det maximala värdet som i genomsnitt har uppnåtts. Majoriteten av respondenterna uppger att de varit delaktiga i den utsträckning man önskade (Y A+B). I Z A och B visas att majoriteten även upplever att personalen samordnat kontakterna i den utsträckning man behövt. Målnivå för båda dimensionerna är 90%.

Resultaten från PREM-undersökningen erbjuder en möjlighet att både ge en bred överblick samt undersöka enskilda aspekter av patientupplevelsen, som ett komplement till ledtidsdata och kliniska parametrar.

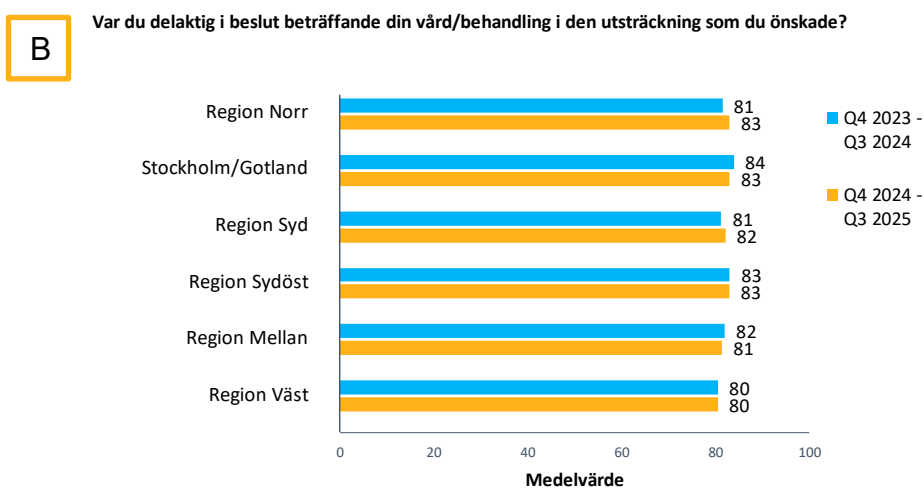
Figur 11. Upplevd delaktighet för samtliga vårdförlopp (A) respektive sjukvårdsregion (B), över tid.



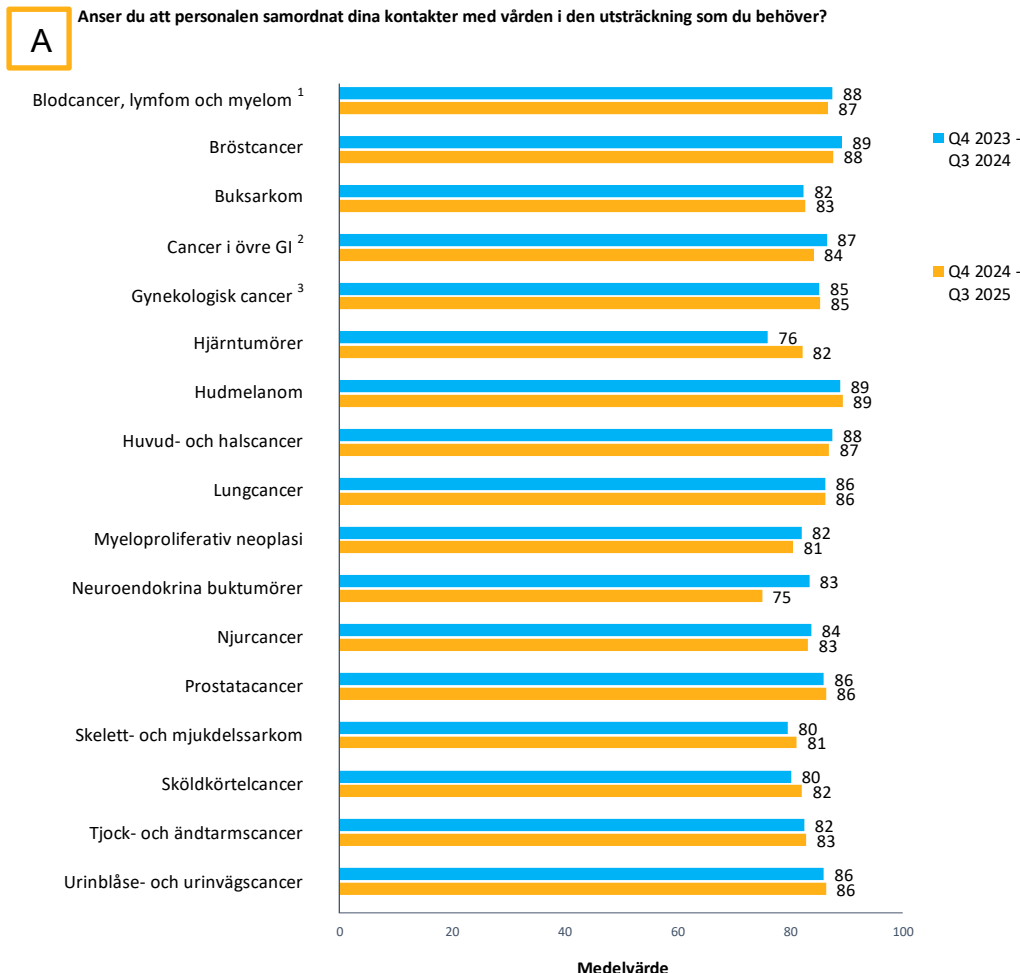
¹ Akut lymfatisk leukemi / Akut myeloid leukemi (AML) / Kronisk lymfatisk leukemi / Lymfom / Myelom

² Bukspottkörtelcancer / Gallblåsecancer / Levercancer / Matstrupe- och magsäckscancer

³ Livmoderhalscancer / Livmoderkroppscancer / Vulvacancer / Äggstockscancer



Figur 12. Upplevd samordning av vårdkontakter för samtliga vårdförlopp (A) respektive sjukvårdsregion(B) över tid.

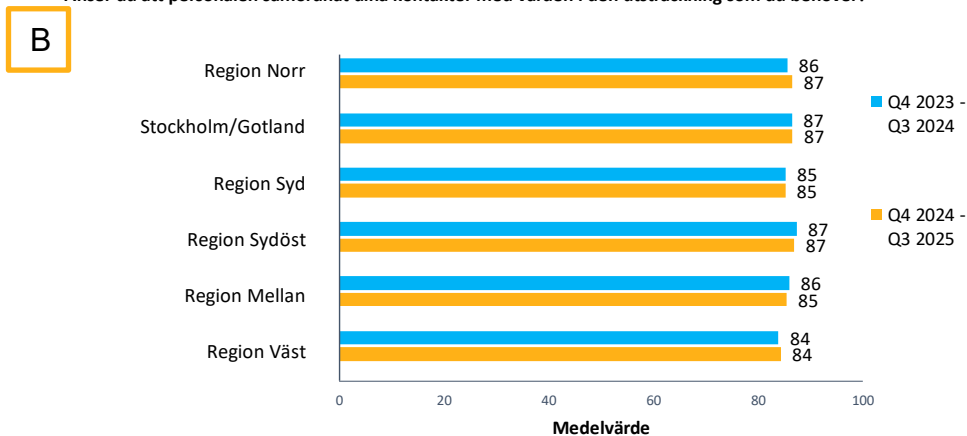


¹ Akut lymfatisk leukemi / Akut myeloisk leukemi (AML) / Kronisk lymfatisk leukemi / Lymfom / Myelom

² Bukspottkörtelcancer / Gallblåsecancer / Levercancer / Matstrupe- och magsäckscancer

³ Livmoderhalscancer / Livmoderkroppscancer / Vulvacancer / Äggstockscancer

B Anser du att personalen samordnat dina kontakter med vården i den utsträckning som du behöver?



KAPITEL 4

Fördjupad kartläggning av utvalda SVF

Bakgrund

Under 2025 har regionerna gjort fördjupade kartläggningar av de patienter som väntat mer än 50 procent längre än angiven ledtid i fyra utvalda diagnoser. SVF Lungcancer och SVF Cancer i urinblåsa och urinvägarna är granskade i samtliga regioner och slutsatserna presenteras här. Kartläggningarna har i första hand genomförts av kliniskt verksamma personer inom respektive SVF.

Resultat

För första gången har samma vårdförlopp genomlysts nationellt, vilket skapar unika möjligheter att jämföra resultat och dra slutsatser baserat på SVF-registreringer. De gemensamma mätpunkterna gör det möjligt att hitta gemensamma problem och analysera effekten av pågående förbättringsarbeten.

Kartläggningarna konstaterar att det är nästan aldrig ett enskilt moment som leder till förlängd ledtid, utan en kombination av många mindre fördröjningar. Bemanning med specialistläkare och kontaktsköterskor i de berörda specialiteterna varierar, många regioner dras med bristande kompetensförsörjning. Sommar, jul och nyår påverkar resurskapaciteten vilket märks tydligt i båda förloppen

De patienter som väntat längst i de två granskade förloppen har både hög ålder och betydande samsjuklighet. Kartläggningen hittade många patienter som kunde ha avslutats med koden ”andra medicinska skäl”, en kod som markerar att medicinska omständigheter leder till en fördröjning på tre veckor eller mer.

Kunskap om kodning och registrering av SVF varierar och kartläggningarna upptäcker både systematiska fel och enstaka misstag. Dessa felaktiga registreringar var tydligast i gruppen med patienter som hade längst väntetid (>75%).

Pappersremisser används fortfarande mellan regionerna, och koordinatörer lägger mycket tid på att följa upp dessa remisser med telefonsamtal. Remisserna avser undersökningar, multidisciplinära konferenser (MDK), SVF-rapportering för överflyttade patienter samt analys av tumörbiopsier.

SVF Cancer i urinblåsa och urinvägar

SVF cancer i urinblåsa och urinvägar är till antalet det fjärde största vårdförloppet och utmärker sig genom en låg detektionsgrad då cancermisstanken kan avskrivas för nästan 90% av de utredda patienterna. Under 2024 genomfördes 24 145 SVF för urinblåsa och urinvägar, 2 615 avslutades med en behandlingskod, vilket likställs med cancerdiagnos. Kriterierna för välgrundad misstanke har genomgått flera revideringar, och från och med 2024 infördes en karenstid på tre år innan ett nytt SVF ska initieras för samma patient. Samtliga ledtider i vårdförloppet förlängdes med fem dagar från och med 1 juli 2024.

Tid till första besök hos specialist och cystoskopi utgör en flaskhals i de flesta regioner, liksom följande tid till TUR-B. Flera regioner försöker styra patienter till andra sjukhus än det närmaste för snabbare handläggning, men denna patientgrupp utnyttjar sällan erbjudandet.

Den vanligaste fyndet för patienterna med längst väntan är tidiga stadier av blåscancer där SVF avslutas med TUR-B och koden ”ingen ytterligare åtgärd”. För den grupp patienter som genomgår SVF med misstanke om muskelinvasiv blåscancer skapar kötid till PET-CT och vårdövergångar till annan region för ställningstagande till kirurgi ytterligare fördröjningar

Avslutskoden "Kirurgi" har använts även i regioner där cystektomier inte utförs, vilket tyder på att patienten sannolikt genomgått TUR-B. Eftersom ledtiden för kirurgi är längre kan detta ge en missvisande bild av måluppfyllelsen.

SVF Lungcancer i urinblåsa och urinvägar

SVF lungcancer startar med en filterfunktion, vilket innebär att SVF initieras först efter ett radiologiskt fynd med misstanke om lungcancer. Under 2024 genomfördes totalt 7 826 SVF för lungcancer. Totalt 3 359 av dessa avslutades med en behandlingskod vilket likställs med lungcancerdiagnos. Ytterligare sex procent avslutas med koden ”annan cancer” och fortsätter därmed utredas individuellt eller i annat SVF. Den ökande incidensen av lungcancer ses tydligt i SVF-statistiken.

De största flaskhalsarna för processen lungcancer är väntetider för PET-DT, DT-ledd biopsi och endoskopisk ultraljudsundersökning. Dessa utredningar finns inte alltid tillgängliga i den egna regionen, vilket gör att utredningen drar ut på tiden redan i början av förloppet. Det är vanligt att provmaterialet inte är representativt utan behöver göras om med ytterligare väntetider som följd. Molekylärpatologiska analyser är centraliserade och utförs i regel en gång/vecka, med svarstid på en till fyra veckor. Oförutsägbarheten i svarstider på patologi- och bilddiagnostik gör att patienter tas upp på MDK upprepade gånger med ofullständiga underlag.

Merparten av den långa ledtiden härrör sig till utredningen men flera regioner nämner också att tiden för förberedelse av stereotaktisk strålbehandling upplevs för kort.



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