# Kortare väntetider i cancervården

Årsrapport 2024. Status för inklusion, ledtider och patientupplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF). En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2023–2024.

2025-03-25

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

## Versionshantering

| Version | Datum | Förändring |
|---|---|---|
| 1.0 | 2025-03-25 | Fastställd av RCC i samverkan |

# Innehållsförteckning

**Kapitel 1**
**Inledning ... 4**

1.1 Bakgrund ... 4
1.2 Datakällor ... 5
1.3 Kvalitetssäkring av data i SVF ... 6

**Kapitel 2**
**Utveckling av inklusion och ledtider under 2024 ... 7**

2.1 Huvudsakliga fynd ... 7
2.2 Inklusionsmålet ... 7
2.2.1 Trender ... 8
2.2.2 Inklusionsmålet per region ... 9
2.2.3 Inklusionsmålet per SVF ... 9
2.3 Ledtidsmålet ... 10
2.3.1 Trender ... 10
2.3.2 Ledtidsmålet per region ... 11
2.3.3 Ledtidsmålet per SVF ... 12
2.3.4 Ledtider för olika behandlingsavslut ... 13
2.3.5 Ledtider uppdelat på kön ... 13

**Kapitel 3**
**Patientrapporterade erfarenhetsmått ... 15**

3.1 Bakgrund ... 15
3.2 Resultat ... 15

**Kapitel 4**
**Fördjupad kartläggning ... 18**

4.1 Multidisciplinära konferenser ... 19
4.2 Lungcancer ... 19

KAPITEL 1

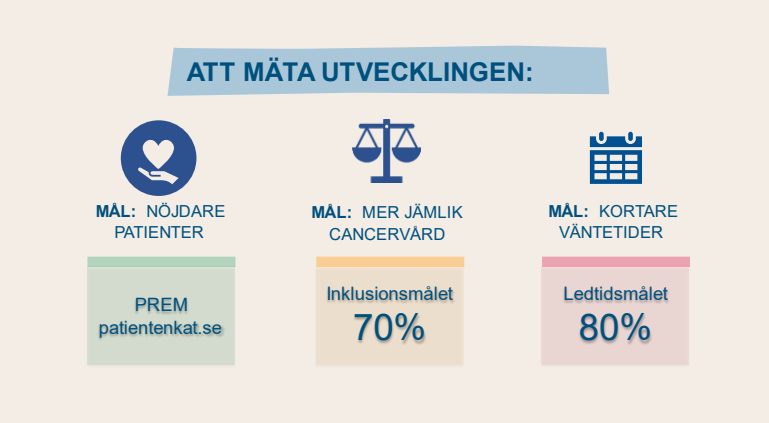
# Inledning

## 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 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.

**Figur 1. Nationella mål för SVF**




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

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

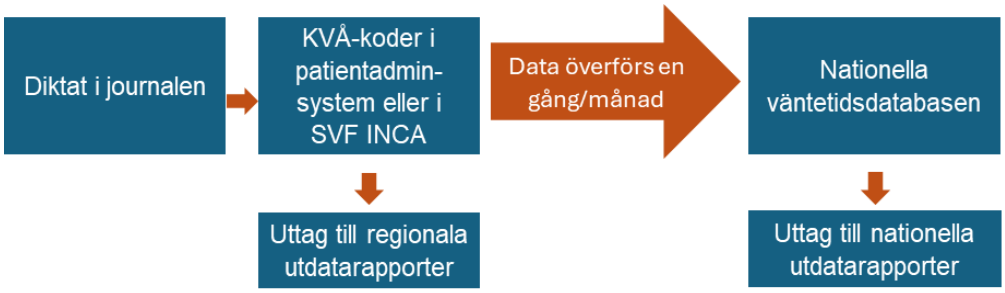
Patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården mäts genom PREM-enkäter. PREM står för Patientrelaterade erfarenhetsmått. Sedan 2016 används en PREM-enkät för att utvärdera patienternas erfarenhet av att utredas inom SVF. Dessa utskick görs nationellt i samarbete med nationell patientenkät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

Under 2024 har regionerna gjort fördjupade kartläggningar av vårdförloppen hos de patienter som väntat mer än 75 %längre än angiven ledtid i utvalda diagnoser.

## 1.2 Datakällor

Antal patienter och ledtider i de standardiserade vårdförloppen följs upp genom att KVÅ-koder registreras vid de mätpunkter som finns beskrivna i kodningsvägledningen. Flertalet regioner registrerar koderna i sina patientadministrativa system medan några regioner använder sig av SVF-modulen på INCA-plattformen. Koder, tillsammans med datum för händelsen, rapporteras regelbundet till den nationella väntetidsdatabasen på SKR tillsammans med uppgifter om patientens ålder, kön och folkbokföringslän. Personnummer registreras inte. Mätpunkter som är obligatoriska att rapportera 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.

**Figur 2. Flödet för överföring av SVF-data**




Utöver de obligatoriska mätpunkterna finns flera frivilliga mätpunkter, till exempel datum för multidisciplinär konferens 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.

## 1.3 Kvalitetssäkring av data i SVF

För varje SVF finns en kodningsvägledning som anger vilka KVÅ-koder och mätpunkter som ska användas för respektive vårdförlopp. Kodningsvägledningen och ett flödesschema hittas tillsammans med respektive SVF.

Vanliga frågor om hur kodningsvägledningarna ska tolkas finns sammanställda på RCC:s webbplats och det finns också möjlighet att mejla frågor till kvalitetssäkringsgruppen via en infobrevlåda. Många regioner genomför utbildningsinsatser för den personal som utför kodningen.

Arbetet med att kvalitetssäkra data bedrivs kontinuerligt med stöd från RCC. Ansvaret att kvalitetssäkra de egna data bär regionerna, som också har möjlighet att samköra sina register för att validera data på personnivå.

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.

Genom granskning av SVF-statistiken och inkommande frågor uppdagas oklarheter i tolkningen av SVF som tas vidare till vårdprogramsgrupperna. På så sätt pågår ett ständigt förbättringsarbete.

KAPITEL 2

# Utveckling av inklusion och ledtider under 2024

## 2.1 Huvudsakliga fynd

- Under 2024 utreddes 156 810 personer enligt SVF.
- 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.
- För 22 av 27 vårdförlopp nåddes inklusionsmålet.
- 2024 nådde 45 % cancerpatienterna de angivna ledtiderna i SVF vilket är en liten förbättring jämfört med 2023 då motsvarande andel var 40 %.
- Uppfyllelsen av ledtidsmålet för kirurgi har tydligt förbättrats från 37 % 2023 till 44 % 2024. Tid till start av behandling med läkemedel och strålbehandling har också förbättrats.
- Målet med 80 % av patienterna inom angiven ledtid nås endast för diagnosen akut leukemi.
- Alla regioner visar förbättring av ledtiderna jämfört med 2023, fem regioner klarar ledtidsmålet för minst hälften av patienterna.
- 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.

## 2.2 Inklusionsmålet

Inklusionsmålet innebär att minst 70 % 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. Det finns idag inte möjlighet att direkt jämföra data direkt mot Cancerregistret. Dels på grund av lång fördröjning i Cancerregistret, dels eftersom SKR:s väntetidsdatabas saknar personnummer.

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.

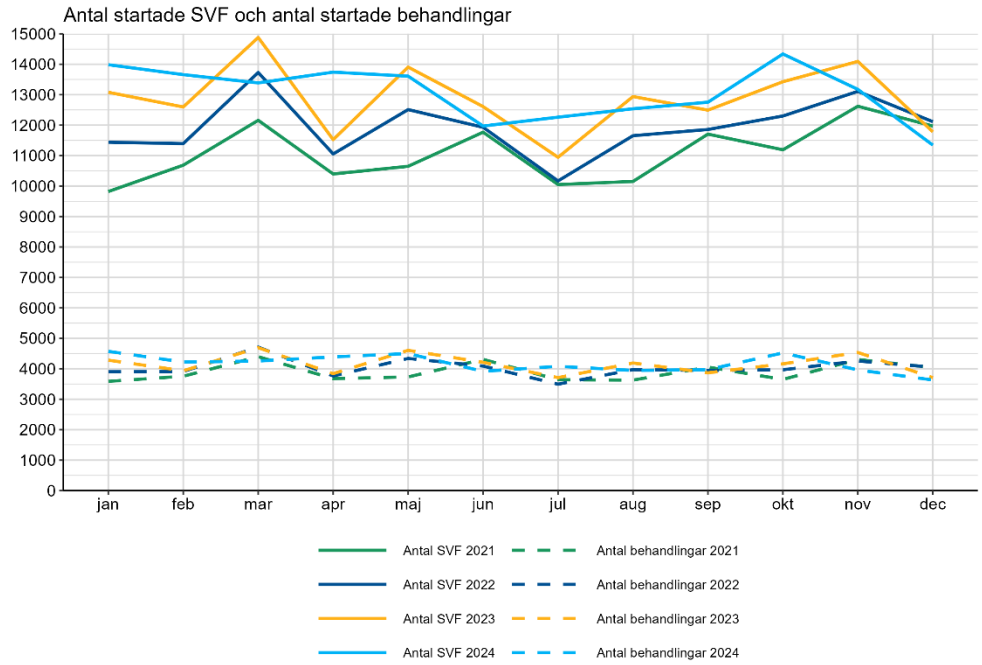
I mätningen av inklusionsmålet inkluderas de patienter som avslutas med ”Start av behandling”. ”Start av behandling” är en samling koder som används för att avsluta SVF för de patienter som får en cancerdiagnos. Som behandling räknas till exempel operation eller strålbehandling, men även beslut om att 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.

### 2.2.1 Trender

I diagram 1 visas hur många patienter som utretts inom SVF för åren 2021–2024 (heldragna linjer) och hur många av dessa som avslutades med ”Start av behandling” (streckade linjer).

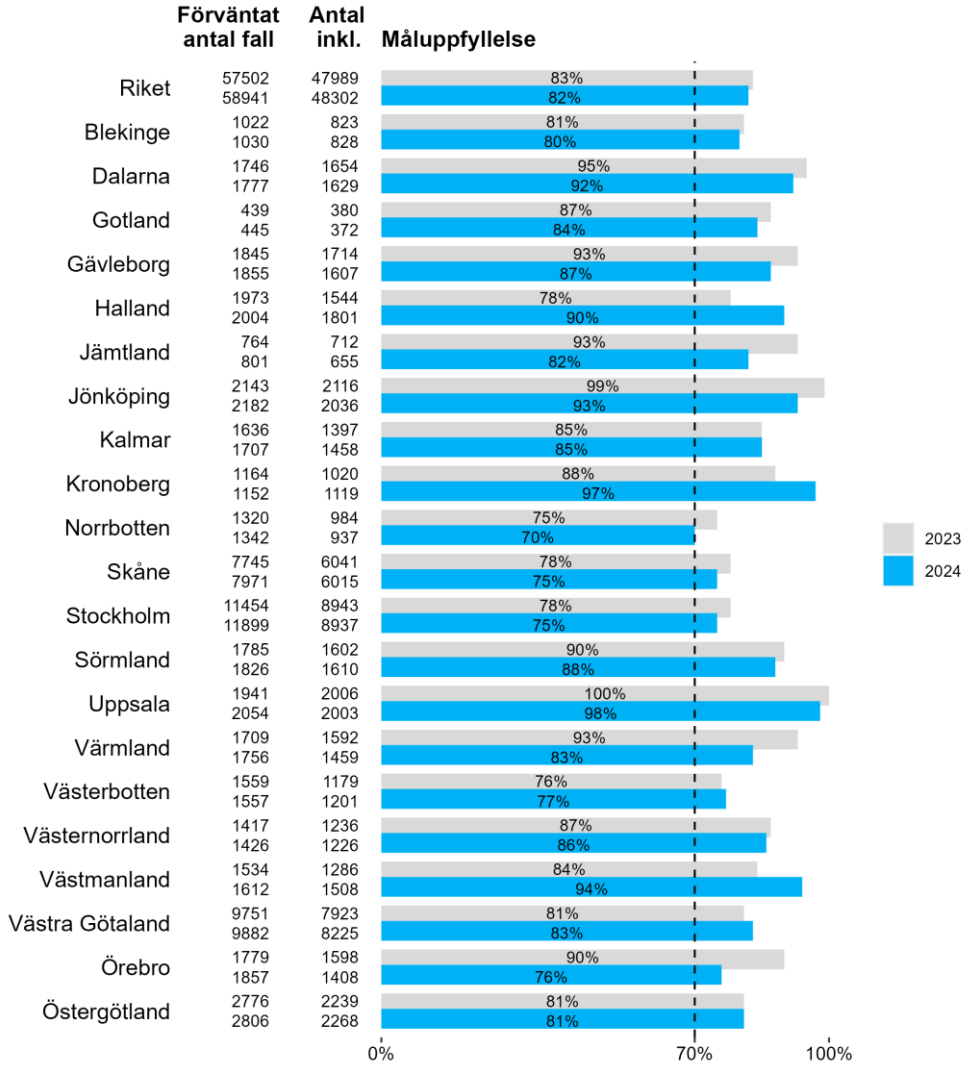
**Diagram 1. Antal startade SVF och antal startade behandlingar**



## 2.2.2 Inklusionsmålet per region

Alla regioner når inklusionsmålet på 70 % i år. Byte av journalsystem i Region Örebro och Region Norrbotten har lett till en något lägre registrering under årets sista månader.

**Diagram 2. Uppfyllelse av inklusionsmålet per region**

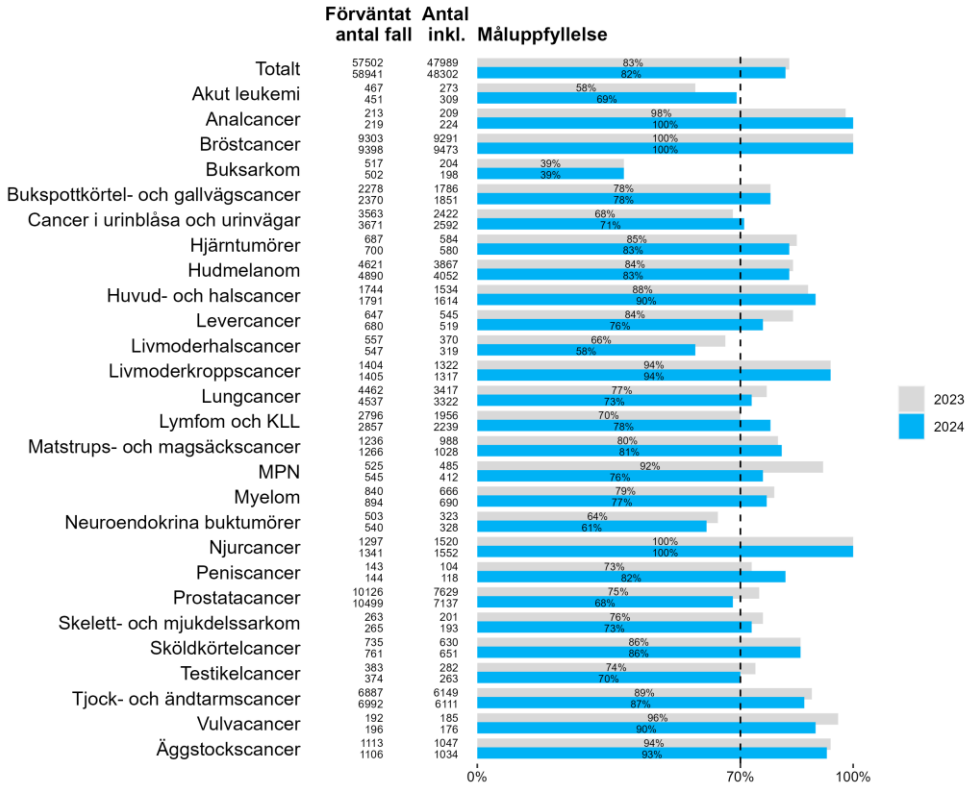



## 2.2.3 Inklusionsmålet per SVF

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. Inklusion över 100 % redovisas inte här.

**Diagram 3. Uppfyllelse av inklusionsmålet per SVF**



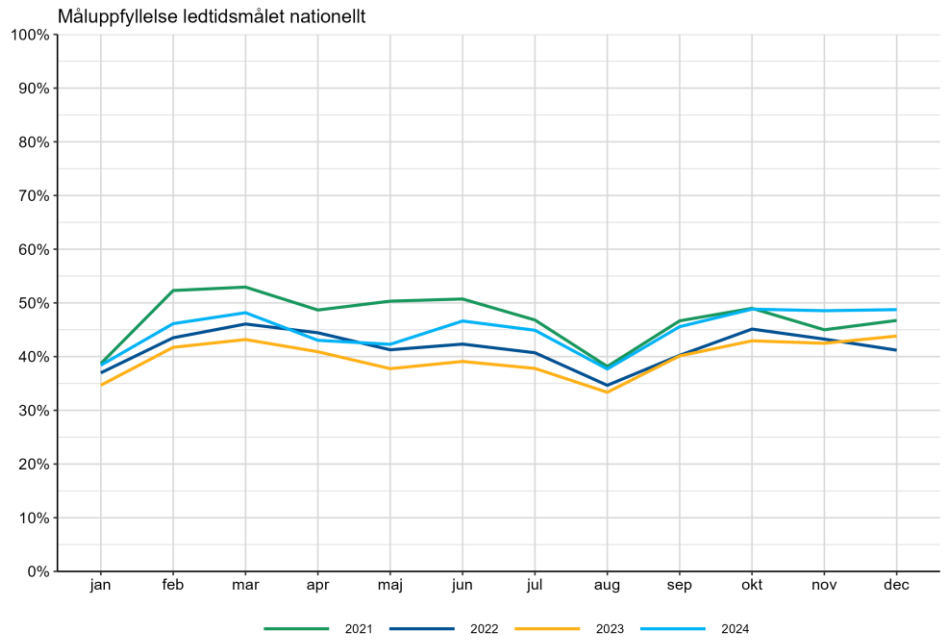

# 2.3 Ledtidsmålet

## 2.3.1 Trender

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

I diagram 4 nedan visas uppfyllelsen av ledtidsmålet för åren 2021–2024. Under 2021 startades inte lika många SVF som övriga redovisade år på grund av covidpandemin. Ledtiderna för de patienter som genomgick SVF 2021 har därför bättre måluppfyllelse. Årets siffror visar på en förbättring jämfört med 2022 och 2023.

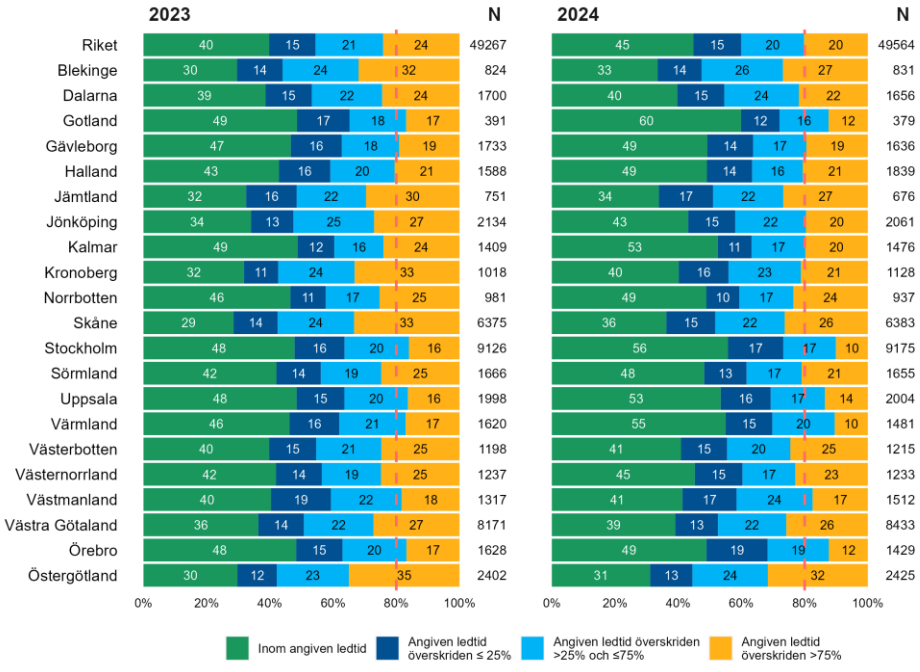
**Diagram 4. Uppfyllelse av ledtidsmålet 2021–2024**




## 2.3.2 Ledtidsmålet per region

I diagram 5 och 6 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).

**Diagram 5. Uppfyllelse av ledtidsmålet per region**



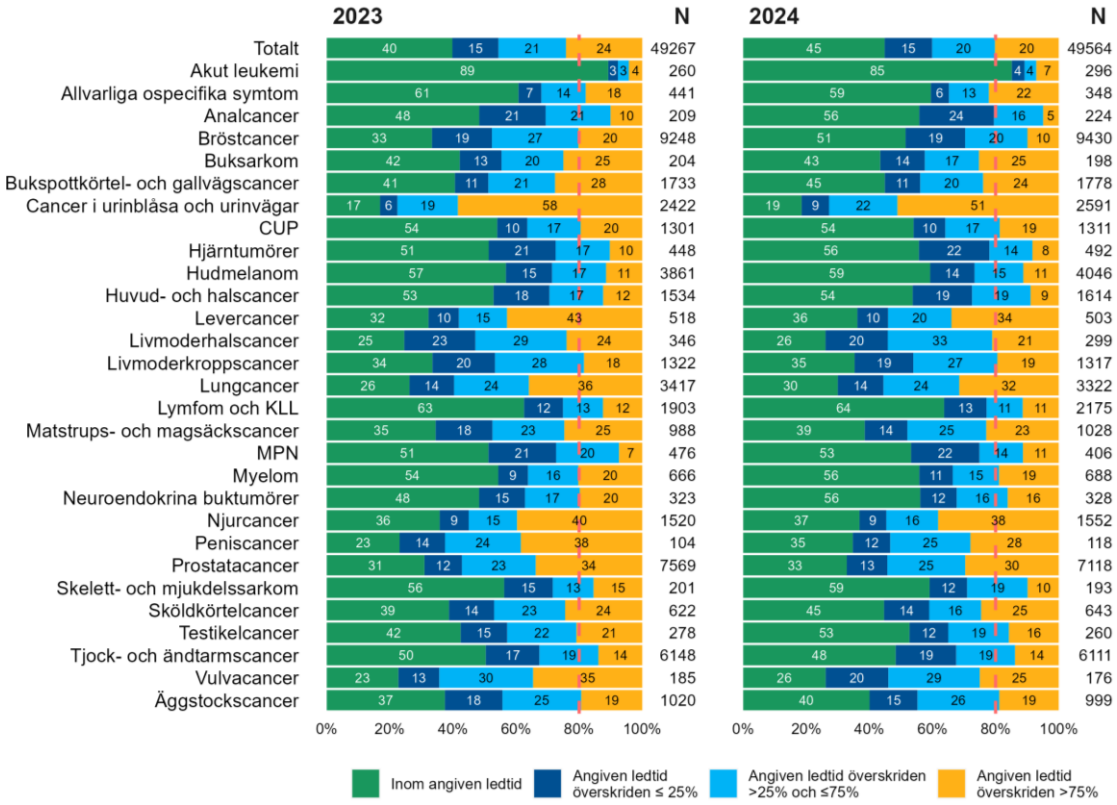
### 2.3.3 Ledtidsmålet per SVF

Uppfyllelsen av ledtidsmålet varierar mellan olika SVF, i samma proportion som tidigare år (diagram 6). Störst skillnad ses i SVF bröstcancer som gått från 33 % till 51 % måluppfyllelse. SVF bröstcancer förlängdes 2024-01-01 med 7 dagar för att ge tid till molekyläranalys, något som tidigare ingick i en fördjupad utredning men som idag ingår i standardförloppet.

Sedan 2024-01-01 kan så kallad utökad utredning tillämpas i SVF prostatacancer med en förlängning på 21 dagar, denna förändring har endast registrerats från åtta regioner och berör en mycket liten andel av patienterna.

Revideringar har skett av SVF peniscancer som förlängts med 7 dagar, SVF skelett- och mjukdelssarkom som förlängts med 4 dagar och SVF urinblåsecancer som förlängts med 5 dagar. Dessa förändringar gjordes på grund av ökad användning av radiologi inför behandlingsbeslut, och trädde i kraft 2024-07-01.

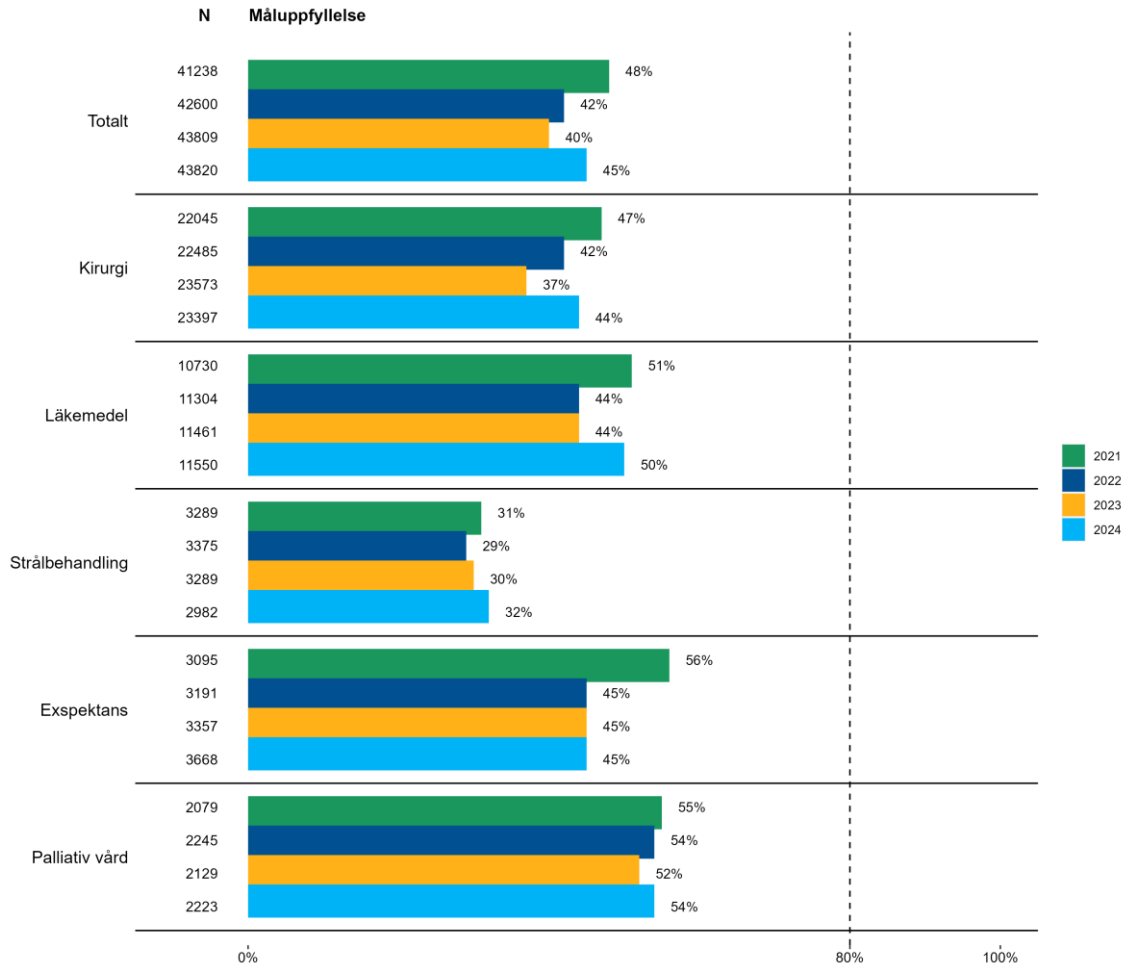
**Diagram 6. Uppfyllelse av ledtidsmålet per SVF för åren 2023 och 2024**



## 2.3.4 Ledtider för olika behandlingsavslut

En viss förbättring av ledtiderna ses i alla behandlingsformer. Strålbehandling är fortsatt den behandlingsform som är längst från ledtidsmålet. Under 2021 startades inte lika många SVF som övriga redovisade år på grund av covidpandemin. Ledtiderna för de patienter som genomgick SVF under 2021 har därför bättre måluppfyllelse.

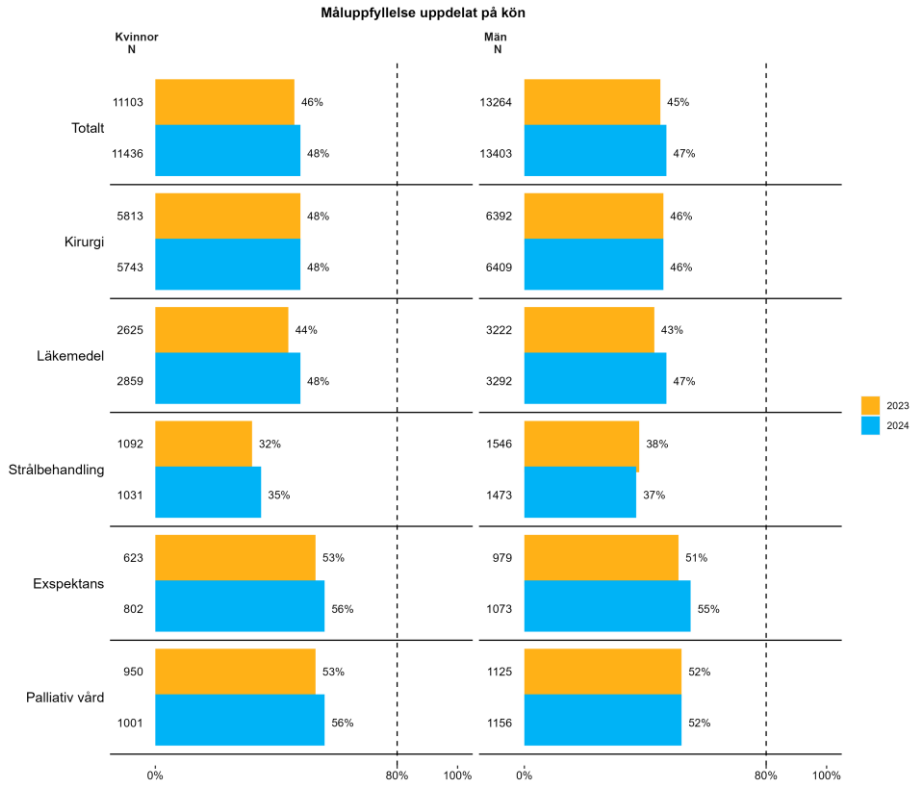
**Diagram 7. Uppfyllelse av ledtidsmålet per behandlingstyp för åren 2021–2024**



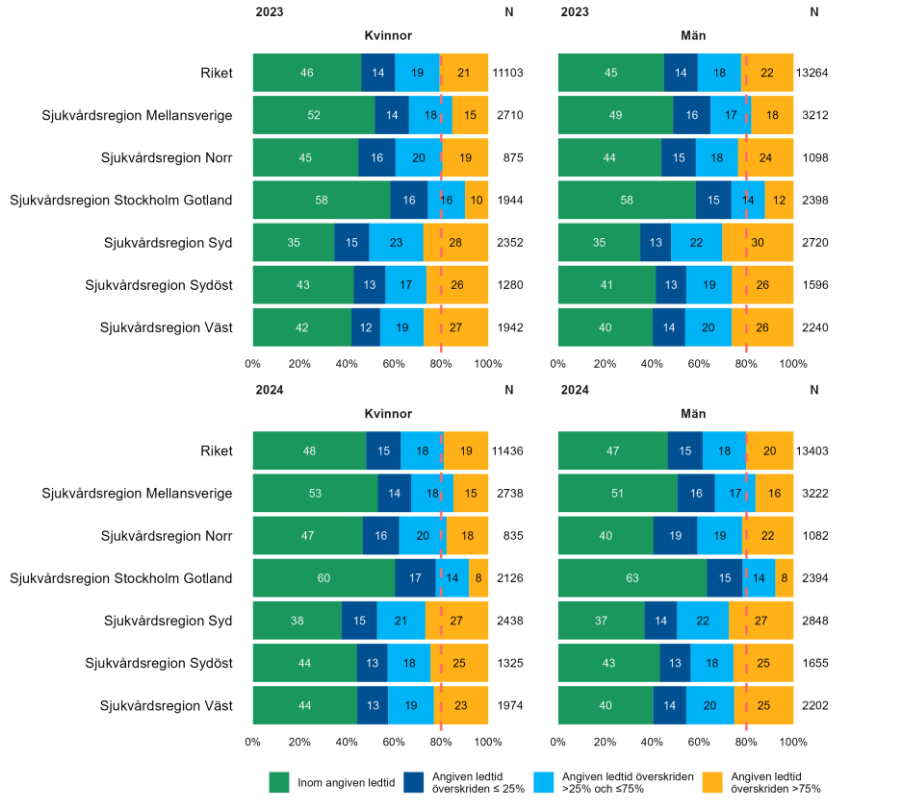

## 2.3.5 Ledtider uppdelat på kön

För att på ett rättvisande sätt kunna jämföra ledtider mellan könen har könsspecifika diagnoser (gynekologisk cancer, peniscancer, prostatacancer och testikelcancer) samt bröstcancer exkluderats i diagram 8 och 9. Några tydliga skillnader i ledtider kan inte påvisas mellan könen utifrån behandlingstyp.
I sjukvårdsregion Norr når en lägre andel av männen angiven ledtid än kvinnorna, en skillnad som inte sågs 2023.

## Diagram 8. Uppfyllelse av ledtidsmålet per behandlingstyp, uppdelat på kön




## Diagram 9. Uppfyllelse av ledtidsmålet per sjukvårdsregion, uppdelat på kön



KAPITEL 3

# Patientrapporterade erfarenhetsmått

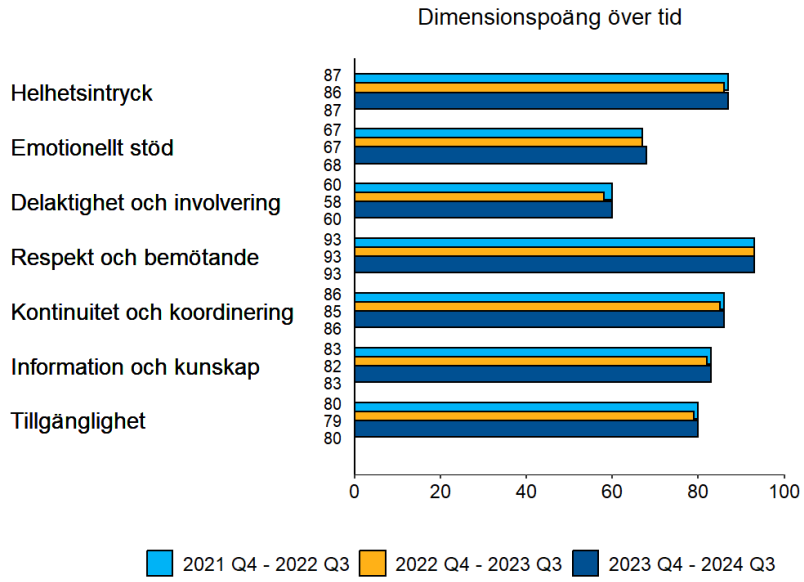
## 3.1 Bakgrund

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 enkätundersökningarna visas också på SKR:s webbplats patientenkat.se.

## 3.2 Resultat

I diagram 10 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.

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

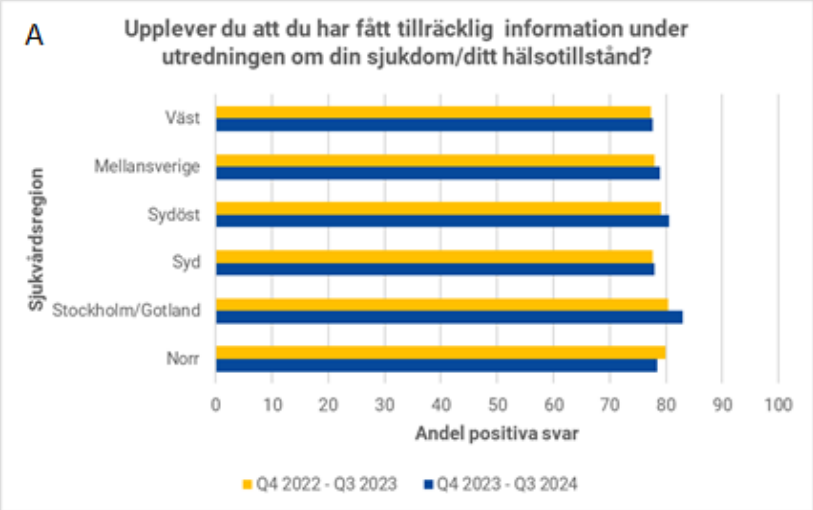


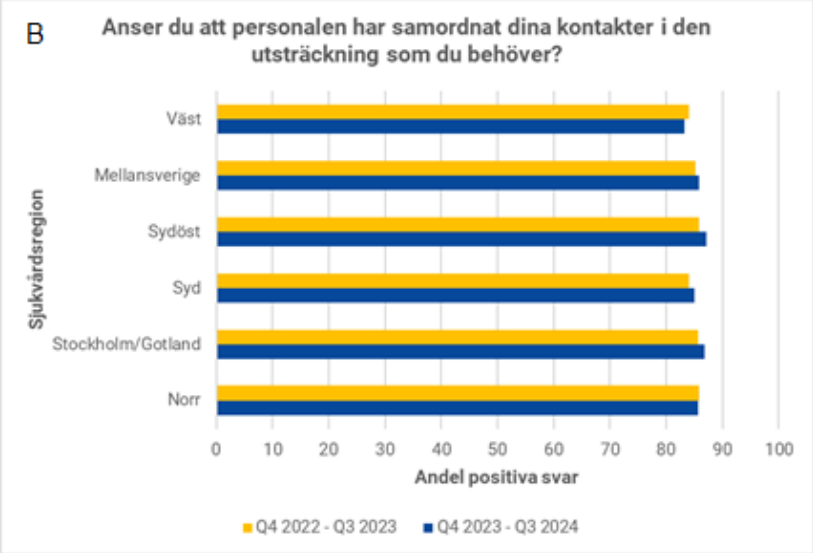

I diagram 11 A och B redovisas andel positiva svar, dvs. alternativ 4 och 5 på en femgradig skala. Majoriteten av respondenterna uppger att de fått tillräcklig information under utredningen (A) samt att personalen samordnat kontakterna i den utsträckning man behövt (B). I diagram 11 C avser andel positiva svar en lagom lång utredningstid, det vill säga varken för lång eller för kort.

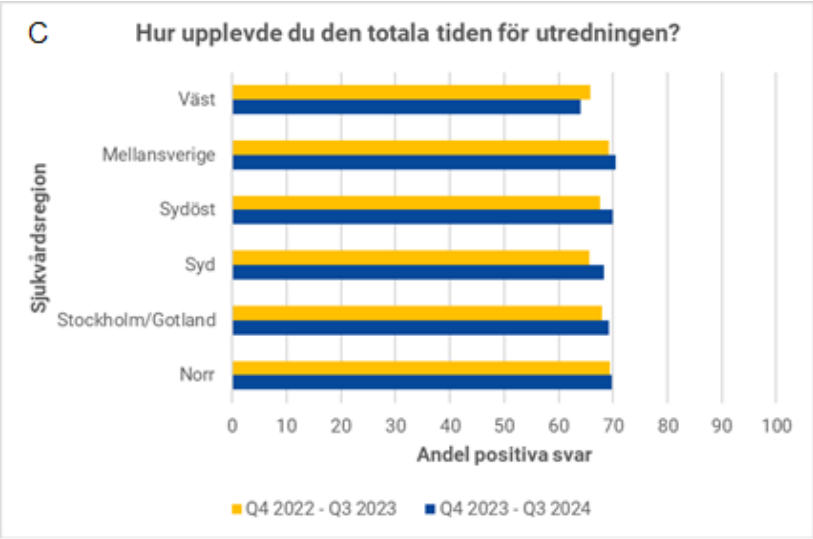
Trots att ledtiderna inte når de uppsatta målen, är majoriteten av patienterna ändå nöjda med utredningstiden. Resultaten är dessutom jämförbara mellan olika sjukvårdsregioner vilket tyder på jämlikhet.

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.

**Diagram 11. Svarsmönster för samtliga vårdförlopp, fördelade på sjukvårdsregion över tid**



KAPITEL 4

# Fördjupad kartläggning

Under 2024 har regionerna med stöd av RCC genomfört kartläggningar av patienter som väntat mer än 75 % av angiven ledtid i SVF. Varje region har valt ut minst fyra diagnoser att studera. Kartläggningen har i de flesta regioner skett genom journalgranskning av alla, eller ett urval av de aktuella patienterna. I vissa regioner har man i stället använt sig av samtal och kartläggningar på organisatorisk nivå.

SVF lungcancer har kartlagts i 16 regioner och redovisas särskilt i avsnitt 4.2 nedan.

Genom granskningen har organisatoriska faktorer belysts, vilket kan hjälpa alla patienter i respektive vårdförlopp. Påbörjade eller planerade förbättringsarbeten kopplade till dessa flaskhalsar återfinns i flertalet rapporter.

En vanlig orsak till långa ledtider hos de studerade patienterna, oavsett SVF och region, är att de på grund av andra akuta eller kroniska sjukdomar behövt en individuellt anpassad utredning. Om sådana omständigheter fördröjer SVF med mer än tre veckor ska SVF avslutas med orsaken ”Andra medicinska skäl”. Kartläggningen visar att detta inte görs i tillräcklig omfattning. Många regioner efterlyser mer stöd i att avsluta, eller avstå från att påbörja, SVF av medicinska skäl. Här belyses också vikten av kontakt mellan kliniker och registratorer för att registrering av SVF-avslutet ”Andra medicinska skäl” ska bli korrekt.

Överflyttning mellan sjukhus inom eller utom regionen för undersökningar, operationer och strålbehandling nämns ofta som en orsak till förlängda ledtider. Samma inrättningar kan ändå uppvisa välfungerande vårdkedjor inom andra SVF.

Att patienten bokas in till gemensamt besök hos läkare med olika kompetens kortar ledtider och kan ge en tydligare bild av behandlingsalternativ. Detta visas som exempel i SVF tjock-och ändtarmscancer och prostatacancer.

## 4.1 Multidisciplinära konferenser

Kartläggningen visar på vikten av följande kriterier för att den multidisciplinära konferensen inte ska fördröja ledtiderna i onödan:

- SVF-koordinatorer eller kontaktsjuksköterska deltar aktivt på konferensen.
- Alla relevanta läkarkompetenser deltar under hela konferensen.
- Tider för återkoppling till patienterna är förbokade.
- Förutsägbarhet i svarstiderna från bilddiagnostik och patologi för att planera in patientdiskussionen så snart alla svar är tillgängliga.
- Enkla kontaktvägar och informationsutbyte mellan sjukhus och regioner. Det gäller både anmälan till MDK och information från bilddiagnostik och patologi, vilka kan inkomma från olika håll på olika tidpunkt.
- MDK ska anpassas efter antalet patienter som behöver dras, och vid behov sättas in vid fler tillfällen.

## 4.2 Lungcancer

En mycket vanlig orsak till att patienter som utreds för lungcancer över 75 % längre än angiven ledtid är att det rör sig om multisjuka personer som behöver en individuellt anpassad utredning utanför SVF. Här skulle SVF avslutats med ”Andra medicinska skäl”.

Kartläggningen av lungcancerförloppet i sexton regioner har även uppmärksammat flaskhalsar som påverkar en större del av patienterna i detta vårdförlopp.

Stora delar av landet belyser underdimensionerad tillgång till diagnostik med positronemissionstomografi, PET-DT. Undersökning med PET-DT utförs tidigt i vårdförloppet och resultatet är avgörande för bedömningen om kurativt syftande behandling är möjlig. PET-DT återfinns huvudsakligen vid universitetssjukhusen. Detta medför fördröjningar i form av väntetider, patientresor och informationsöverföring över olika journalsystem.

Endobronkiellt ultraljud (EBUS) är den diagnostiska metod som rekommenderas för att provtagning av körtlar mellan lungorna (mediastinum). Detta steg utförs efter PET-DT för att bekräfta eller utesluta möjligheterna till kurativ behandling och ger även information om möjliga läkemedelsbehandlingar. Tillgången till EBUS är idag begränsad, och många regioner lyfter detta som ett pågående utvecklingsområde för att förbättra ledtiderna och minska risken för icke-konklusiva provtagningar.

Den utökade molekylärgenetiska analysen utgör ytterligare en flaskhals i utredningen. Alla patologienheter utför inte dessa analyser utan prover skickas till centrala enheter, ibland utanför den egna regionen. Analyser sker inte löpande utan utförs till exempel en gång per vecka. Informationsutbyte mellan olika patientdatasystem och patologienheter lyfts som en fördröjningsfaktor.

Utifrån den utförda kartläggningen föreslås att regionerna 2025 går vidare och bland annat kartlägger SVF lungcancer även för de patienter som väntat 50–75 % längre än angiven ledtid.

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