

Uppföljning av överenskommelsen mellan staten och SKR om en jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025

Delredovisning av regeringsuppdrag

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-11-9902

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2025

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025.

Uppdraget omfattar en delredovisning och en slutredovisning. Denna rapport utgör Socialstyrelsens delredovisning. Den innehåller

1. uppföljning av regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF),
2. en första lägesbild över de särskilda satsningarna samt
3. förslag till hur framtida löpande kvalitetsutveckling av väntetider i cancervården ska bedrivas.

Ansvariga projektledare har varit Ylva Westander och Martina Forsgren. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman. Ansvarig avdelningschef har varit Natalia Borg.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning	5
Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen	5
Standardiserade vårdförlopp (SVF) ska minska onödig väntan inom cancervården	6
Särskilda satsningar inom cancervården	7
Förändringar i ansvar för den nationella väntetidsdatabasen	8
Socialstyrelsens tidigare uppföljningar av canceröverenskommelsen	8
Genomförande av uppdraget	8
1. Regionernas arbete med SVF under första halvåret 2025 ..	10
Uppfyllelse av villkor för den andra utbetalningen	10
Inklusion i standardiserade vårdförlopp	10
Ledtider i standardiserade vårdförlopp	12
Användning av PREM-enkäter för uppföljning av standardiserade vårdförlopp	15
Sjukvårdsorganisatoriska utmaningar i SVF-arbetet	16
Kvalitetssäkring av SVF-data	17
Användning av SVF-medel under 2025	17
Regionernas synpunkter på fortsatt nationellt arbete med SVF	18
Sammanfattande slutsatser	18
2. Första lägesbild av de särskilda satsningarna	20
Nationella kriterier för fördelning av medel	20
Fördelade medel inom respektive satsning	20
Överblick över arbetet i beviljade projekt	22
3. Förslag till utformning av löpande kvalitetsutveckling av väntetidsdata	25
Väntetidsdatabasens omfattning och utformning	25
Hur kvalitetssäkringsarbetet bedrivits fram till ändringen i hälso- och sjukvårdsförordningen	25
Framtida löpande kvalitetsutveckling av inrapporterade data	26
Tillgängliggörande av data för regionernas förbättringsarbete	29
Behov av vidare dialog och åtgärder	30
Referenser	31

Inledning

Här beskrivs regeringens uppdrag till Socialstyrelsen, den bakgrundsinformation som ligger till grund för delredovisningen av uppdraget samt hur arbetet med delredovisningen genomförts.

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025 (S2025/00104). Uppdraget omfattar tre delar:

1. Uppföljning av regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF).
2. Uppföljning av de särskilda satsningarna på bild- och funktionsmedicin, patologi samt rehabilitering, palliativ vård, seneffekter och aktiva överlämningar.
3. Framtagande av ett förslag till hur det löpande kvalitetsutvecklande arbetet med inrapporterade data kopplat till regionernas arbete med väntetider inom cancervården ska säkerställas samt hur data ska tillgängliggöras för att kunna fortsätta användas löpande i regionernas förbättringsarbete. Detta deluppdrag har givits med anledning av ändringen i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) i fråga om väntetidsdata.

Uppdraget ska genomföras i dialog med Regionala cancercentrum i samverkan, de regionala cancercentrumen och regionerna.

Socialstyrelsens regeringsuppdrag omfattar en delredovisning, som ska lämnas till regeringen senast den 15 november 2025, och en slutredovisning, som ska lämnas till regeringen senast den 31 mars 2026. Denna rapport utgör Socialstyrelsens delredovisning av uppdraget.

Delredovisningen ska inkludera (1) uppföljningen av regionernas arbete med SVF, (2) en första lägesbild över de särskilda satsningarna samt (3) förslag till hur framtida löpande kvalitetsutveckling av väntetider i cancervården ska bedrivas.

Slutredovisningen ska inkludera en andra lägesbild över de särskilda satsningarna på bild- och funktionsmedicin, patologi samt rehabilitering, palliativ vård, seneffekter och aktiva överlämningar.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) ska minska onödig väntan inom cancervården

Standardiserade vårdförlopp infördes 2015 i Sverige. Det är ett arbetssätt som beskriver vad som utgör kriterier för välgrundad misstanke om cancer, vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. De syftar till att minska onödig väntan och ovisshet för patienten. Tiden från välgrundad misstanke till start av behandling mäts likadant i hela landet. Målet med SVF är en jämlik cancervård i hela Sverige[1].

Nationella mål för SVF

De nationella målen för SVF är:

- **Inklusionsmålet;** 70 procent av de som insjuknar i cancer (i någon av de cancerdiagnoser som omfattas av ett SVF) ska utredas inom ett SVF.
- **Ledtidsmålet;** 80 procent av dessa patienter ska gå igenom vårdförloppet inom de ledtider (maximala tidsgränser) som anges. Det innebär att personer som (1) fått en cancerdiagnos, (2) utretts enligt ett SVF och (3) startat en behandling ska ha påbörjat behandling inom angiven ledtid. Ledtiderna varierar beroende på cancerdiagnos och typ av behandling.

Inklusionsmålet uppnåddes år 2018 på nationell nivå. Hösten år 2022 uppnådde för första gången samtliga regioner inklusionsmålet. Ledtidsmålet har ännu inte uppnåtts.

Statliga medel 2025 för regionernas arbete med SVF

För regionernas arbete med SVF under år 2025 har regeringen avsatt 365 miljoner kronor. Tilldelning av medel för arbetet med SVF är uppdelat på två lika stora utbetalningar. Den första utbetalningen fördelas per region efter befolkningsmängd. Den andra utbetalningen är villkorad. Den fördelas mellan de regioner som uppnår följande krav:

- Att regionen uppnår inklusionsmålet om 70 procent. Inklusionsmålet ska redovisas för första halvåret 2024, sammantaget för alla SVF som införts före 2025.

- Att regionerna använder PREM-enkäter¹ för uppföljning av SVF.
- Att regionerna inkommit med redovisning till Socialstyrelsen gällande arbetet med SVF senast den 30 september 2025.

Särskilda satsningar inom cancervården

Överenskommelsen om cancervården mellan staten och SKR 2025 omfattar särskilda satsningar på patologi, bild- och funktionsmedicin samt rehabilitering, palliativ vård, seneffekter och aktiva överlämningar.

Patologi och bild- och funktionsmedicin

Patologi och bild- och funktionsmedicin är två diagnostiska flöden som ingår i de flesta SVF.² Det gör att tillgängligheten inom dessa flöden är avgörande för väntetiderna inom cancervården och därmed möjligheten att uppnå det nationella ledtidsmålet [2].

Rehabilitering, palliativ vård, aktiva överlämningar och seneffektsuppföljning

I takt med att allt fler både lever med och efter cancer blir rehabilitering och palliativ vård en allt viktigare del av den svenska cancervården. Enligt överenskommelsen mellan staten och SKR ska tillgången till palliativ vård och rehabilitering vara jämlik över landet.

Seneffekter av cancer och cancerbehandling kan ha stora konsekvenser för individen. Exempelvis drabbas många barn som haft cancer av komplikationer senare i livet. För att säkerställa en god vård för alla som har genomgått en cancersjukdom i barndomen behöver långtidsuppföljning efter barncancer, både innan och efter 18 års ålder, samt förutsättningarna för bättre och mer aktiva överlämningar från barn- till vuxenvård förbättras [2].

Statliga medel 2025 för de särskilda satsningarna

Regeringen har 2025 avsatt 60 miljoner kronor till en särskild satsning på patologi och 60 miljoner kronor till en särskild satsning på bild- och

¹ PREM står för Patient Reported Experience Measures, det vill säga patientrapporterade mått som mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

² **Patologi** innebär undersökningar av vävnader och celler för diagnostisering.

Bild- och funktionsmedicin innebär att avbildningstekniker som röntgen, datortomografi (DT) och magnetresonanstomografi (MR) används. Det möjliggör upptäckt av inre sjukdomar och skador samt monitorering av behandlingseffekter.

funktionsmedicin. Respektive RCC fördelar medlen till verksamheter som genomför satsningar för att öka tillgängligheten inom bild- och funktionsmedicin och en högre måluppfyllelse av det nationella ledtidsmålet för SVF.

Regeringen har avsatt 100 miljoner kronor till en särskild satsning på cancerrehabilitering för vuxna och barn, palliativ vård, aktiva överlämningar och seneffektsuppföljning. Medlen fördelas mellan de sex regionala cancercentrumen (RCC) utifrån befolkningens mängd. Respektive RCC fördelar medlen vidare till verksamheter som ansöker om medel för att genomdriva satsningar.

Medlen ska också, enligt överenskommelsen, täcka kostnaden för nödvändig administration av satsningen på respektive RCC.

Förändringar i ansvar för den nationella väntetidsdatabasen

I april 2025 ändrades hälso- och sjukvårdsförordningen. Ändringen gäller från den 1 juli 2025 och innebär att regionerna är skyldiga att rapportera väntetidsdata till Socialstyrelsen i stället för till SKR. Denna förändring har föranlett den del av uppdraget som gäller framtagande av förslag till kvalitetsutveckling av väntetidsdata.³

Socialstyrelsens tidigare uppföljningar av canceröverenskommelsen

Socialstyrelsens har även tidigare på uppdrag av regeringen följt upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om cancervården. Dessa uppföljningar har omfattat RCC:s arbete med SVF och barncancer (S2020/09801), regionernas arbete med SVF (S2022/02313, S2023/01304) samt RCC:s arbete med särskilda satsningar och regionernas arbete med SVF (S2024/01009).

Genomförande av uppdraget

Denna delredovisning baseras på följande underlag:

- Datauttag från SKR:s nationella väntetidsdatabas Signe avseende inklusions- och ledtidsmålen för 2024 samt januari till juni 2025.

³ Se SFS 2025:312, jfr SFS 2019:1118.

Datauttaget gjordes av RCC i samverkan den 22 augusti 2025 och togs emot av Socialstyrelsen den 1 september 2025.

- Regionernas redovisningar om SVF-arbetet. Regionernas redovisningar togs emot av Socialstyrelsen i september 2025 från respektive RCC.
- Underlag från RCC i samverkan och respektive RCC vad gäller de särskilda satsningarna. Detta underlag togs emot av Socialstyrelsen under juni till september 2025.
- Vad gäller förslaget kopplat till regionernas inrapportering av data till SKR:s nuvarande väntetidsdatabasen har Socialstyrelsen tagit emot dokumentation från och fört dialog med RCC i samverkan.
- Socialstyrelsens eget underlag för det löpande kvalitets- och utvecklingsarbetet kring regionernas inrapportering av SVF- data till den nya väntetidsdatabasen som startats i augusti 2025.

1. Regionernas arbete med SVF under första halvåret 2025

I detta avsnitt presenteras:

- Regionernas uppfyllelse av villkoren för den andra utbetalningen (se *Statliga medel 2025 för regionernas arbete med SVF* ovan).
- Regionernas uppfyllelse av inklusions- och ledtidsmålen.
- Sammanställning av regionernas redovisningar av arbetet med SVF.
- Socialstyrelsens slutsatser avseende regionernas arbete med SVF.

Uppfyllelse av villkor för den andra utbetalningen

- 18 regioner nådde inklusionsmålet det första halvåret 2025.
- Samtliga regioner redovisar att de använder PREM-enkäten i sin uppföljning av SVF.
- Samtliga regioner har inkommit med redovisningar till Socialstyrelsen i september 2025.

Det innebär att 18 av landets 21 regioner uppfyller villkoren för att få ta del av den andra utbetalningen.

Inklusion i standardiserade vårdförlopp

Tabell 1 visar inklusionsgraden i standardiserade vårdförlopp, i riket som helhet samt i varje region.⁴

⁴ Datauttag gjordes 22 augusti 2025. Enligt detta datauttag nådde fem regioner inte inklusionsmålet. Två av dessa, Region Jämtland Härjedalen samt Region Norrbotten, har senare kunnat redovisa uppdaterad information som visar att de når målet. De andelar som redovisas för dessa två regioner kommer därmed från ett senare datauttag. Genomsnittsandelen för riket har inte uppdaterats efter det uttag som gjordes den 22 augusti.

Tabell 1. Inklusion i SVF. Andel av de som insjuknar i cancer (i någon av de cancersjukdomar som omfattas av ett SVF), som utreds inom ett SVF. Samtliga regioner.

Målnivå: 70 procent.

	Andel 2024 (helår)	Andel 2025 (januari-juni)
Riket	82	75
RCC Norr		
Jämtland Härjedalen	82	71
Norrbotten	70	74
Västerbotten	77	46
Västernorrland	86	75
RCC Mellansverige		
Dalarna	92	95
Gävleborg	87	57
Sörmland	88	86
Uppsala	98	88
Värmland	83	88
Västmanland	94	95
Örebro	74	85
RCC Stockholm-Gotland		
Gotland	85	71
Stockholm	77	72
RCC Väst		
Västra Götaland	84	75
RCC Sydöst		
Jönköping	93	90
Kalmar	86	77
Östergötland	81	70
RCC Syd		
Blekinge	80	71
Halland ⁵	90	51
Kronoberg	97	94
Skåne	76	75

Källa: SKR:s nationella väntetidsdatabas Signe.

Andelsberäkningen bygger på det uppskattade antalet cancerpatienter för 2024 och första halvåret 2025.

Denna uppskattning är hämtade ur de beräkningsunderlag som tagits fram för respektive år. Utförlig information om beräkning av inklusionsgraden finns i bilaga 1.

Tre regioner nådde inte inklusionsmålet under första halvåret 2025:

Västerbotten, Gävleborg och Halland. Samtliga dessa tre regioner nådde

⁵Hallands norra kommuner ingår i Västra sjukvårdsregionen (RCC Väst), medan de södra kommunerna ingår i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd). I tabellen redovisas data från hela Halland samlat.

målet år 2024 och de minskningar i registrerad inklusion som de uppvisar är stora.

Det varierar mellan regionerna inom vilka vårdförlopp som inklusionsmålet inte nås. De tre vårdförlopp som rymmer störst antal patienter är prostata-, bröst- respektive tjock- och ändtarmscancer. Inom dessa vårdförlopp når 11, 19 respektive 17 av de 21 regionerna inklusionsmålet.

Orsaker till att inklusionsmålet inte nås

Liksom tidigare beskriver flera regioner att bristande uppfyllelse av inklusionsmålet i enskilda vårdförlopp bygger på beräkningsförutsättningarna; om färre personer än förväntat insjuknar i cancer påverkar det den beräknade inklusionsgraden (se information om beräkning av inklusionsgraden i bilaga 1). Därutöver beskriver regionerna följande skäl till att inklusionsmålet inte nås:

- Otillräcklig eller felaktig handläggning eller registrering av att patienter ingår i ett standardiserat vårdförlopp, till exempel på grund av hög arbetsbelastning eller personalomsättning. Brister i registrering uppstår särskilt i de fall patienten vårdas i mer än en region.
- Medicinska skäl och patientval, det vill säga att sjukvården inte bedömt att patienten gynnas av att genomgå ett standardiserat vårdförlopp eller att patienten själv väljer att avstå från detta standardiserade förlopp.
- Tumörupptäckt som bifynd eller i akutvård, som medför att patienten inte vårdas inom ett SVF.
- Svårigheter i inrapportering av data till den nationella databas som statistiken över inklusion hämtas från.

Gävleborg, Halland och Västerbotten, som inte nådde inklusionsmålet, har genomfört journalbyte och beskriver att detta lett till ökad arbetsbelastning för registrerande funktioner och därmed otillräcklig registrering. En av dessa tre regioner beskriver även att förutsättningarna för utdata, och därmed överföring till den nationella databasen, påverkats negativt. Ytterligare regioner beskriver att övergången till ett nytt journalsystem har medfört hinder för registrering av inklusion eller för inrapportering till den nationella databasen.

Ledtider i standardiserade vårdförlopp

Tabell 2 visar regionernas uppfyllelse av ledtidsmålet, i riket som helhet samt i varje region.

**Tabell 2. Ledtider i SVF. Andel patienter som går igenom respektive
vårdförlopp inom de ledtider (maximala tidsgränser) som anges i
respektive SVF. Samtliga regioner.**

Målnivå: 80%

	Andel 2024 (helår)	Andel 2025 (januari-juni)
Riket	45	44
RCC Norr		
Jämtland Härjedalen	34	36
Norrbotten	49	47
Västerbotten	41	42
Västernorrland	45	44
RCC Mellansverige		
Dalarna	40	39
Gävleborg	49	47
Sörmland	48	50
Uppsala	53	43
Värmland	55	50
Västmanland	41	45
Örebro	49	41
RCC Stockholm-Gotland		
Gotland	59	56
Stockholm	56	57
RCC Väst		
Västra Götaland	39	37
RCC Sydöst		
Jönköping	43	45
Kalmar	52	53
Östergötland	31	34
RCC Syd		
Blekinge	33	36
Halland ⁶	49	49
Kronoberg	40	48
Skåne	36	36

Källa: SKR:s nationella väntetidsdatabas Signe. Datauttag gjordes 22 augusti 2025.

Det uppskattade antalet cancerpatienter för 2024 och första halvåret 2025 är hämtade ur de
beräkningsunderlag som tagits fram för respektive år.

⁶Hallands norra kommuner ingår i Västra sjukvårdsregionen (RCC Väst), medan de södra kommunerna
ingår i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd). I tabellen redovisas data från hela Halland samlat.

Hinder för uppfyllelse av ledtidsmålet

Regionerna har redogjort för vilka som är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå ledtidsmålen. Av svaren framgår följande:

- När det gäller specifika led i vårdkedjan är patologi och radiologi fortsatt trånga sektorer i många regioner. Även inom kirurgi, onkologi och endoskopi finns hinder, liksom vad gäller vårdplatser. I de flesta fall gäller bristen specifik kompetens, i form av specialistläkare eller andra professioner, men i vissa fall råder brist på lokaler.
- Många regioner beskriver de beroenden som finns mellan ett stort antal olika verksamheter som en bidragande orsak till förlängning av ledtider. Särskilt nämns de vårdkedjor som innebär att patienter remitteras från en region till en annan, samt multidisciplinära konferenser (MDK).
- Administration kan fördröja processen. Om remittent eller mottagare inte markerar remisser korrekt prioriteras remissen inte i enlighet med SVF:et. Sådan korrekt hantering förutsätter att de som hanterar remisserna känner till de rutiner som finns för SVF.
- Flera regioner beskriver också att utvecklade förutsättningar för diagnostik kan innebära att utredningstiden blir längre. Samtidigt beskrivs inklusionskriterierna i vissa vårdförlopp som breda; det medför att ett stort antal patienter utreds inom ramen för ett SVF.
- Det tar längre tid för äldre, sköra patienter att genomgå ett vårdförlopp, eftersom vården behöver ta hänsyn till samsjuklighet och större behov av återhämtning.
- Medicinska prioriteringar av andra patienter, än de som utreds inom ramen för ett SVF, kan medföra att ledtidsmålet inte uppnås.

Regionerna har också kartlagt flöden i fyra SVF:er för att identifiera systematiska hinder som leder till att väntetiderna överskrids med mer än 50 procent än den optimala ledtiden för SVF. Samtliga regioner granskade vårdförloppen lungcancer och urinblåsecancer; övriga två vårdförlopp valde varje region själv. De tre vårdförlopp som flest regioner valde var de som gäller bukspottskörtel (nio regioner), melanom (åtta regioner) och äggstockscancer (sju regioner).

Den bild som framträder i dessa kartläggningar motsvarar i stora drag den bild som regionerna ger av sjukvårdsorganisatoriska hinder för att uppnå ledtidsmålen. Ett stort antal regioner konstaterar också i dessa kartläggningar att de vårdförlopp som tagit lång tid oftare pågår under semesterperioder, då bemanningen är lägre. Vissa regioner konstaterar också att geografiska avstånd, inom- eller mellanregionalt, påverkar såväl patienters resväg som transport av provmaterial.

Regionernas insatser för att förbättra ledtiderna

Av regionernas beskrivningar av sina insatser för att förbättra ledtiderna framgår följande:

- I stort sett samtliga regioner arbetar med att utveckla sina processer och arbetsflöden. Till detta hör insatser för att harmoniera arbetssätt, tydliggöra olika funktioners ansvar och produktionsplanera på kort sikt (genom anpassning av schemaläggning för mottagnings- och behandlingsverksamhet) och på längre sikt (genom anpassning av vilka undersöknings- eller behandlingsfunktioner som finns vid olika lokalteter). Flera regioner arbetar också för att säkerställa korrekt registrering av de patienter som ska inkluderas i standardiserade vårdförlopp, och för att förbättra förutsättningarna för uppföljning av ledtider.
- Flera regioner har förbättrat eller planerar att förbättra kapaciteten i något led i vårdförloppet genom utökning av utrustning. Det gäller främst diagnostik men även, i mindre utsträckning, behandlingsförutsättningar.
- Flera regioner beskriver också att de gör insatser för att upprätthålla eller förbättra kompetensförsörjningen, genom exempelvis rekrytering eller utökning av antal utbildningsplatser.

Regionernas har även redogjort för av hur de tagit vidare kartläggningarna av de allra längsta ledtiderna, som utfördes under 2024. Dessa redogörelser rymmer delvis med deras beskrivningar av generella insatser för att förbättra ledtiderna. Kartläggningarna har legat till grund för processutveckling inklusive produktionsplanering. Ett litet antal regioner beskriver att de utökat resurserna i vårdförloppen. Fler regioner beskriver att ansträngningarna består i utökad uppföljning av ledtiderna eller i att säkerställa korrekt registrering, bland annat för att se till att patienter som inte bör genomgå ett standardiserat vårdförlopp inte heller inkluderas i ett sådant.

Användning av PREM-enkäter för uppföljning av standardiserade vårdförlopp

Samtliga regioner redovisar att de har skickat ut och använt PREM-enkäter för uppföljning av SVF under 2025.

Resultaten från PREM-enkäten används i samtliga regioner som en del av det systematiska kvalitetsarbetet med de standardiserade vårdförloppen. Enkätsvaren uppges vara ett viktigt underlag för uppföljning av patienternas

erfarenheter. De används även som komplement till ledtids- och kvalitetsdata i den övergripande analysen av vårdens resultat.

PREM-resultaten används för att skapa dialog och gemensam förståelse för patienternas upplevelser samt för att identifiera förbättringsbehov i vårdprocesserna i olika forum såsom ledningsgrupper, processmöten, APT, cancersamordnarmöten och i LPO cancer. Flera regioner uppger att de även använder resultaten för att följa upp mål, utforma handlingsplaner och prioritera förbättringsåtgärder. I vissa regioner används resultaten också för jämförelser mellan kliniker eller vårdenheter, och som underlag i dialog med patient- och närståendeföreningar.

De öppna svaren i PREM-enkäten lyfts av flera regioner fram som särskilt värdefulla och används för att konkretisera bilden av patienternas synpunkter och erfarenheter. Samtidigt framhåller flera regioner att svårigheter att koppla resultat till enskilda verksamheter, försvårar en mer detaljerad analys.

Sjukvårdsorganisatoriska utmaningar i SVF-arbetet

Regionerna beskriver liksom tidigare flera olika typer av sjukvårdsorganisatoriska utmaningar i arbetet med SVF.

En central utmaning, som de flesta regionerna beskriver, är återkommande brist på personal både inom primärvården och specialistvården. Det gäller bland annat yrkesgrupperna sjuksköterskor samt endoskopister, radiologer, patologer och andra läkare. Det, tillsammans med otillräcklig utrustning (PET-CT och MR), leder till diagnostiska flaskhalsar i flera regioner. Dessa hanteras i delar genom att prover skickas för analys mellan regioner, vilket medför att transporttid förlänger ledtiderna.

Det resulterar i svårigheter att nå ledtider och de målsättningar som finns för standardiserade vårdförlopp.

Flera regioner lyfter att de är beroende av inhyrd personal inom primärvården. Det leder till en bristande kontinuitet och följsamhet till SVF-rutiner. Hög personalomsättning leder även till förlust av kunskap och erfarenhet samt en instabilitet i arbetet.

Ett ojämnt remissflöde till radiologin samt brist på planering och prioritering i arbetet är ytterligare utmaningar som lyfts av vissa regioner.

Effekterna av dessa utmaningar beskrivs bland annat vara förlängda ledtider i nästan alla förlopp, undanträngning av andra patientgrupper samt en risk att cancerfall missas hos patienter som inte prioriteras inom SVF.

Nästan alla regioner beskriver en utmaning gällande samverkan mellan vårdnivåer och regioner. Mellan primärvård och specialistvård lyfts bland annat ofullständiga remisser, svårighet hos primärvården att hålla sig uppdaterad kring vårdförloppens utformning samt en bristande representation från primärvården i olika grupperingar som utmanande områden. Flera lyfter även utmaningen med övergången till nya journalsystem vilket bidragit till exempelvis felaktig eller utebliven kodning, bristande kommunikation mellan system vilket krävt manuell överföring med mera. Detta i sin tur har lett till bland annat osäkerhet i datakvaliteten, svårigheter att mäta resultat och följa upp ledtider.

Den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen nämns av flera regioner som en stor utmaning, främst för mindre och mer glesbefolkade regioner. Även geografiska avstånd beskrivs som en utmaning bland många regioner. Nästan alla regioner beskriver ett hårt ekonomiskt läge som påverkar förutsättningarna för SVF. Sparkrav och minskade resurser i kombination med ökade förutsättningar för bland annat mer avancerade undersökningar inom cancerområdet blir en stor utmaning.

Kvalitetssäkring av SVF-data

Regionernas beskrivningar av hur de arbetar med kvalitetssäkring av data indikerar att arbetet sker både på verksamhetsnära och strategisk nivå, och med tydliga rutiner för att koppla samman dessa nivåer med varandra. Många regioner beskriver dock att deras byte av journalsystem har medfört stora svårigheter, i den registrering som ligger till grund för data och i uttag av data. Vissa regioner beskriver också att kvalitetssäkringen av data i sig kräver mycket tid. En region har svarat att i princip ingen kvalitetssäkring sker i dagsläget. Detta ser ut att hänga samman med att regionen bytt journalsystem vilket väsentligt försvårat uppföljning av vårdförloppen.

Användning av SVF-medel under 2025

Regionerna beskriver, liksom tidigare, i varierande utsträckning vilka explicita principer som har använts vid fördelning av SVF-medel. En stor del av regionerna beskriver att pengarna används till specificerade satsningar, i vissa fall med ett ansökningsförfarande för de verksamheter som vill äska medel. Fler regioner beskriver dock att SVF-medlen ingår i ordinarie budget, antingen på aggregerad nivå eller med fördelning mellan olika enheter baserat på deras del i de standardiserade vårdförloppen. Vissa regioner beskriver att principerna utgår från nationella eller regionala intentioner för hälso- och sjukvården.

Regionerna använder, i stora drag, medlen på samma sätt år 2025 som tidigare. De finansierar både reguljär verksamhet och utvecklingsinsatser, inom både administrativa och kliniska – inklusive diagnostiska – funktioner. Vad gäller finansiering inom klinisk verksamhet märks särskilt kontaktsjukskötersketjänster. Ett litet antal regioner beskriver insatser för att höja primärvårdens kompetens.

Regionernas synpunkter på fortsatt nationellt arbete med SVF

Regionerna fick möjlighet att lämna synpunkter på fortsatt arbete med de standardiserade vårdförloppen. Av deras svar framgår följande:

- Ett stort antal regioner har lyft behovet av kontinuerlig utveckling av vårdförloppen. När de diagnostiska möjligheterna förbättras kan utredningar komma att ta längre tid och därmed kan ledtidsmålen behöva revideras. Även inklusionskriterierna behöver, skriver vissa regioner, förfinas för att säkerställa att de standardiserade vårdförloppen inte tränger undan vård som ur medicinskt hänseende bör vara högre prioriterad.
- Många regioner har också lämnat synpunkter på den administration som arbetet med vårdförloppen innebär. Dessa gäller i stor utsträckning de brister som förekommer i dokumentation av vårdförloppet när patienten passerar en regiongräns, det vill säga inleder vårdförloppet i en region och avslutar det i en annan. Dessa brister påverkar både patientsäkerheten och den aggregerade uppföljningen av ledtider.
- Flera regioner önskar en högre grad av sjukvårdsregional eller nationell koordinering av diagnostiska och kliniska resurser som patologi, radiologi och onkologi. Detta nämns bland annat med hänvisning till den precisionsmedicinska utvecklingen.

Sammanfattande slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar, utifrån regionernas redovisningar, att 18 av landets 21 regioner uppfyller kriterierna för att ta del av den andra utbetalningen av statliga medel för arbete med standardiserade vårdförlopp.

Mot bakgrund av vad som framkommit i regionernas redovisningar av sitt arbete med de standardiserade vårdförloppen bedömer Socialstyrelsen att satsningen på vårdförloppen fortsatt bidrar till att utveckla cancervårdens processer och samarbetet mellan olika verksamheter. Samtidigt bedömer vi att regionerna och de regionala cancercentrumen kan göra mer för att åtgärda de hinder som regionerna beskriver i relation till vårdförloppen. RCC:ernas insatser kan framför allt riktas mot de svårigheter som finns vid patienters övergångar mellan regioner.

Vi ser dock risker för att denna satsning inte självklart ger incitament för att använda resurser på bästa sätt. Det gäller dels inom vårdförloppen, där behoven av korrekt registrering kan medföra att en större andel av resurserna används till sådan administration som inte är värdeskapande för patienterna, dels i relation till andra patientgrupper, vars vård kan behöva stå tillbaka till förmån för en utredningstakt i vårdförloppen som inte är medicinskt motiverad.

2. Första lägesbild av de särskilda satsningarna

I detta avsnitt presenteras:

- Vilka kriterier RCC använt för fördelning av medel.
- Antal och andel kronor avsatta för respektive område som fördelats vidare av varje RCC samt antalet projekt som beviljats medel.
- En överblick över arbetet i de projekt som beviljats medel.

Nationella kriterier för fördelning av medel

RCC i samverkan har tagit fram kriterier och graderingsskalor för interna bedömningar av ansökningar om medel inom ramen för de särskilda satsningarna. Varje ansökan graderas enligt dessa kriterier utifrån följande:

1. Övergripande idé och bakgrund.
2. Genomförbarhet.
3. Patient- eller närståendenytt.
4. Nytt på verksamhets-, regional- och samverkansregional nivå.
5. Patient- eller närståendemedverkan (för ansökningar avseende cancerrehabilitering/palliativ vård).

Bedömningsmallen i sin helhet utgör bilaga 2 till denna promemoria.

Fördelade medel inom respektive satsning

RCC i samverkan har fördelat medel till respektive RCC baserat på regionernas befolkningsmängd.

För den särskilda satsningen på patologi avsattes 60 miljoner kronor. RCC:erna har inom ramen för denna satsning, per den 31 augusti 2025, fördelat 55,6 miljoner kronor (93 procent) till 46 projekt. Det innebär ett genomsnitt på cirka 1,2 miljoner kronor per projekt.

För den särskilda satsningen på bild- och funktionsmedicin avsattes 60 miljoner kronor. RCC:erna har inom ramen för denna satsning, per den 31 augusti 2025, fördelat 57,8 miljoner kronor (96 procent) till 75 projekt. Det innebär ett genomsnitt på cirka 800 000 kronor per projekt.

För den särskilda satsningen på rehabilitering, palliativ, seneffekter och aktiva överlämningar avsattes 100 miljoner kronor. RCC:erna har inom ramen för denna satsning, per den 31 augusti 2025, fördelat 96,7 miljoner kronor (97 procent) till 245 projekt. Det innebär ett genomsnitt på cirka 400 000 kronor per projekt.

Tabell 3 till 5 visar vilka summor (kronor) som fördelats till respektive RCC inom ramen för de särskilda satsningarna på patologi (tabell 3), bild- och funktionsmedicin (tabell 4) och rehabilitering med mera. (tabell 5). Vidare visar tabell 3 till 5, per den 31 augusti 2025, antal och andel av de tilldelade medlen som fördelats vidare från respektive RCC till projekten samt antal projekt som beviljats medel inom ramen för satsningarna.

Tabell 3. Översikt över användning av medel inom den särskilda satsningen på patologi

	Antal kronor som fördelats till RCC	Antal kronor som vidare-fördelats av RCC	Andel kronor som fördelats vidare	Antal projekt som beviljats medel
RCC Norr	5 125 418	5 125 418	100%	10
RCC Mellansverige	12 205 721	12 105 721	99%	10
RCC Stockholm Gotland	14 353 865	13 760 000	96%	4
RCC Väst	10 048 126	10 048 127	100%	5
RCC Sydöst	6 171 570	2 509 933	41%	7
RCC Syd	12 095 300	12 095 300	100%	10
Totalt	60 000 000	55 644 499	93%	46

Källa: Regionala cancercentrum

Tabell 4. Översikt över användning av medel inom den särskilda satsningen på bild- och funktionsmedicin

	Antal kronor som fördelats till RCC	Antal kronor som vidare-fördelats av RCC	Andel kronor som fördelats vidare	Antal projekt som beviljats medel
RCC Norr	5 125 418	5 125 418	100%	21
RCC Mellansverige	12 205 721	12 105 721	99%	16
RCC Stockholm Gotland	14 353 865	14 000 000	98%	12
RCC Väst	10 048 127	8 287 600	82%	8
RCC Sydöst	6 171 570	6 207 992	101%	9
RCC Syd	12 095 300	12 095 300	100%	12
Totalt	60 000 000	57 822 031	96%	78

Källa: Regionala cancercentrum

**Tabell 5. Översikt över användning av medel
inom den särskilda satsningen på rehabilitering med mera.**

	Antal kronor som fördelats till RCC	Antal kronor som vidare- fördelats av RCC	Andel kronor som fördelats vidare	Antal projekt som beviljats medel
RCC Norr	8 542 364	8 542 364	100%	41
RCC Mellansverige	20 342 868	20 005 868	98%	56
RCC Stockholm Gotland	23 923 109	23 813 000	100%	36
RCC Väst	16 746 874	16 746 874	100%	25
RCC Sydöst	10 285 951	7 435 670	72%	46
RCC Syd	20 158 834	20 111 500	100%	41
Totalt	100 000 000	96 655 276	97%	245

Källa: Regionala cancercentrum

Överblick över arbetet i beviljade projekt

En förteckning över samtliga projekt som beviljats medel inom respektive satsning finns i bilaga 3. De avsatta medlen har sammanfattningsvis disponerats som följer.

Patologi

Inom ramen för satsningen på patologi har 46 projekt i 17 regioner beviljats medel. Ett av dessa utförs inom civilsamhället (en professionsförening), övriga inom offentlig sektor. En tredjedel av dem utgör fortsättningsprojekt, övriga är nya.

Knappt hälften av projekten gäller utveckling av arbetssätt. Detta omfattar till exempel automatisering av enskilda arbetsmoment och utökade samarbeten för att förkorta ledtider. Vissa av dessa gäller implementering av AI-stöd för diagnostik.

En knapp fjärdedel av projekten gäller inköp av utrustning, exempelvis för inskanning av vävnadsglas, vilket stödjer digitaliseringen av patologiflödet.

Slutligen rör ett litet antal projekt utbildning för kliniskt verksamma, och ett litet antal projekt gäller kartläggningar eller utvärderingar av arbetsmetoder

eller arbetssätt. Två av dessa gäller utvärdering eller validering av AI-verktyg.

Bild- och funktionsmedicin

Inom ramen för satsningen på radiologi (bilddiagnostik) har 78 projekt i 21 regioner beviljats medel. Tre av dem utförs av icke-offentliga vårdgivare (idéburen respektive kommersiell verksamhet) som arbetar på regionalt uppdrag, övriga inom regiondriven vård. En femtedel av dem utgör fortsättningsprojekt, övriga är nya.

Knappt hälften av projekten rör utökad användning av specificerade metoder för undersökning, till exempel hos en större andel av patienterna eller vid nya lokaliteter.

Cirka en femtedel av projekten gäller kompetensutveckling, antingen genom deltagande i konferenser eller genom utbildning för yrkesverksamma i generella arbetsprocesser eller specifika verktyg. Ungefär lika stora andelar av projekten gäller inköp av utrustning eller programvara för att utveckla förutsättningarna för diagnostik respektive utveckling av arbetsprocesser genom utökat samarbete eller optimering av patientflöden.

Flera projekt gäller digitalisering eller automatisering av till exempel informationsöverföring eller visualisering av arbetsflöden. AI-verktyg nämns både som föremål för inköp, som stöd för undersökning och i relation till kompetensutvecklingsprojekt.

Rehabilitering, palliativ vård, seneffekter och aktiva överlämningar

Inom ramen för satsningen på rehabilitering, palliativ vård, seneffekter och aktiva överlämning har totalt 245 projekt i 20 regioner beviljats medel. 19 av dem utförs av icke-offentliga vårdgivare (idéburen respektive kommersiell verksamhet) som arbetar på regionalt uppdrag, övriga inom regiondriven vård. Drygt en tredjedel av dem utgör fortsättningsprojekt, resterande är nya.

Knappt hälften av projekten har inriktning mot rehabilitering. Av dessa gäller knappt tre fjärdedelar insatser för att förändra och utveckla arbetssätt på olika sätt. Flera projekt inkluderar arbete inom prehabilitering med syfte att stärka patienten inför och under cancerbehandling. Drygt en tredjedel av projekten innehåller insatser riktade direkt till patienter. Det handlar exempelvis om att införa cancerskola, öka tillgången till yrkesgrupper som sexolog och dietist, information och instruktion kring egenvård med mera. Resterande projekt innefattar bland annat genomförande av olika typer av utvärderingar och kartläggningar, arbete med metodutveckling samt kompetensutveckling och utbildning av personal.

Cirka två femtedelar av projekten genomförs inom palliativ vård och precis som inom rehabilitering har flest projekt, knappt tre fjärdedelar, fokuserat på insatser för att förändra och utveckla arbetssätt inom området. Detta för att förbättra vården genom exempelvis utveckla arbetssätt som minskar resande för patienterna samt förbättrar symtomlindring med mera. Resterande projekt innefattar bland annat kompetensutveckling och utbildning riktade till personal.

Det är betydligt färre projekt som riktar sig mot områdena seneffekter och aktiva överlämningar; fem respektive fyra projekt. Projekten inom dessa kategorier handlar främst om insatser för att förändra och utveckla arbetssätt.

Det är även sju projekt som uppges omfatta flera av kategorierna. Inom samtliga kategorier finns exempel på projekt som innefattar implementering av de nationella vårdprogrammen.

3. Förslag till utformning av löpande kvalitetsutveckling av väntetidsdata

I detta avsnitt avrapporteras den del av uppdraget som gäller
Socialstyrelsens övertagande av ansvaret för väntetidsdatabasen.

Väntetidsdatabasens omfattning och utformning

Den nya nationella väntetidsdatabasen som Socialstyrelsen ansvarar för
omfattar minst sex informationsmängder som möjliggör uppföljning av
vårdgarantin, tillgängliga vårdplatser och de standardiserade vårdförloppen
inom cancervården (SVF).

Insamlingen av SVF-data i väntetidsdatabasen skiljer sig delvis från de
övriga fem insamlingarna på grund av RCC:s roll i att definiera innehållet
för de olika SVF och fastställa respektive ledtider. RCC:s motsvarighet finns
inte för de andra fem insamlingarna.

Varje region har en tillgänglighets- och en SVF-samordnare som är
sakkunniga samtalspartner i regionen om väntetider. Dessa två samordnare
är sällan samma person eftersom SVF-samordnare behöver kunna förloppen
inom cancervård.

Hur kvalitetssäkringsarbetet bedrivits fram till ändringen i hälso- och sjukvårdsförordningen

Här redogör Socialstyrelsen för hur arbetet tidigare har bedrivits under
SKR:s ansvar, före ändringen i hälso- och sjukvårdsförordningen.

RCC har tillsammans med regionerna verkat för att öka kvaliteten i
cancervården samt fattat beslut i konsensus inom cancerområdet och
administrerade nationella vårdprogramsgupper som tog fram
vårdsförloppsbeskrivningar. De har även samordnat SVF:s
kvalitetssäkringsgrupp som består av representanter från de sex
sjukvårdsregionerna och som ansvarat för uppföljning samt
kodningsvägledning inom SVF. Kvalitetssäkringsgruppen har tagit stöd av
sjukvårdsregionala SVF-samordnare som i sin tur fört information vidare till
regionala SVF-samordnare som är verksamma inom vården.

De standardiserade vårdförloppen tas fram och revideras av nationella vårdprogramgrupper för respektive diagnos och fastställs av RCC i samverkan [4]. Den arbetsgrupp för kvalitetssäkring (kvalitetssäkringsgruppen), som RCC i samverkan har satt samman, har ansvarat för att säkerställa tillförlitligheten i den data som rapporteras inom SVF. De ansvarar för att uppdatera kodningsinnehåll och kvalitetsgranska data för samtliga SVF. SVF-samordnarna som involveras aktivt i detta arbete är sakkunniga inom cancerområdet [5]. RCC har därmed bidragit med medicinsk expertis, stöttat regionerna med kodningsvägledning och genomfört beräkningar av olika mått, i samarbete med SKR och de olika SVF-samordnarna. Bland dessa mått finns de som gäller inklusion och beräkning av ledtider (se Nationella mål för SVF samt bilaga 1).

Regionerna har samlat in information om patienter och ledtider som omfattas av SVF genom KVÅ-koder i sina rapporteringssystem. De datum som avser registrerade mätpunkter beskrivs i RCC i samverkans kodningsvägledning [6]. Varje månad har regionerna rapporterat koder och datum för relevanta händelser till SKR:s väntetidsdatabas. Uppgifter om individer har registrerats utan personnummer, men med patientens ålder, kön och folkbokföringslän. Dessutom registrerades om patienten hade överförs från en annan region under vårdförloppens gång. Vissa mätpunkter var obligatoriska, medan andra var frivilliga.

Rapporteringsfiler har skapats ur dessa data och skickats till SKR:s väntetidsdatabas. Regionerna har under en tre månader lång period efter första inrapportering haft möjlighet att komplettera och justera sina SVF-rapporteringar i SKR:s väntetidsdatabas. Regionerna och RCC:s kvalitetssäkringsgrupp har haft direkt tillgång till resultatet av insamlingen i databasen. Genom denna data har kvalitetssäkringsgruppen kunnat sammanställa olika rapporter och fördjupa statistik som de använt i dialog med verksamheterna för diskussion och kontroll av hur kodning och rapportering sett ut i den egna regionen jämfört med andra regioner. Detta har resulterat i bland annat förtydliganden i kodningsvägledningarna.

RCC har också publicerat SVF-statistik ur SKR:s väntetidsdatabas på sin hemsida, med månatlig uppdatering. SKR offentliggjorde ingen SVF-statistik på sin egen statistiksida, där övriga insamlingar som ingick i väntetidsdatabasen tillgängliggjordes.

Framtida löpande kvalitetsutveckling av inrapporterade data

Regionerna är välbekanta med andra insamlingar under Socialstyrelsens regi som till exempel insamlingen till hälsodataregistren. Socialstyrelsen ansvarar bland annat för insamling av registerdata, utveckling och förvaltning, kvalitetssäkring av register samt utveckling av datavisualisering.

Det finns beprövade processer och rutiner för exempelvis inrapporteringsstöd, kvalitetskontroller och återkoppling, acceptanstest och statistikproduktion. Väntetidsdatabasen har införlivats i den ordinarie registerproduktionen.

En central kvalitetsåtgärd i samband med att Socialstyrelsen samlar in uppgifter om väntetider till en ny nationell väntetidsdatabas är att innehållet i insamlingarna i huvudsak har samma utformning som den nuvarande databasen hos SKR. Syftet är att underlätta övergången mellan SKR:s befintliga väntetidsdatabas och Socialstyrelsens nya nationella väntetidsdatabas. Detta sker för alla delar i väntetidsdatabasen, inklusive den del som avser SVF. Regionernas arbete med registrering av SVF, variabler och KVÅ-koder fortsätter som tidigare. Utveckling för väntetidsdatabasen sker succesivt när regionerna har ställt om inrapporteringen till Socialstyrelsen. Ett exempel är att regionerna, på samma villkor som innan övergången, ges möjlighet att rapportera in uppdaterade SVF-uppgifter under en tre månader lång period innan inrapporterade data används som fastställd statistik.

Under perioden juli 2025 till och med december 2025 ska regionerna leverera data både till SKR:s väntetidsdatabas och till Socialstyrelsens nya väntetidsdatabas. Denna dubbelrapportering är beslutad av regiondirektörerna och ger uppgiftslämnarna möjlighet att anpassa sin inrapportering till Socialstyrelsen och till de interna behoven av dataåtkomst till egna data. I de fall Socialstyrelsen uppmärksammar avvikelser eller kvalitetsbrister i rapporterade uppgifter levererar regionerna uppgifterna på nytt, för perioden som påverkas av kvalitetsbristerna.

Socialstyrelsen har en direkt kommunikationskanal med regionerna för inrapportering av data genom Socialstyrelsens inrapporteringsportal. Där kan regionerna anmäla kontaktpersoner för myndighetens dialog om kvalitetskontrollerna och innehållet i inrapporterade data. Socialstyrelsen bedömer att regionerna har nytta av att anmäla en separat SVF-samordnare, utöver den angivna tillgänglighetssamordnaren i inrapporteringsportalen. Då når information, om rapporteringsavvikelser eller annat som rör insamlingen, både regionens inrapporteringsansvariga och SVF-samordnare. Detta underlättar det kvalitetssäkringssamarbetet mellan regionerna, RCC och Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen arbetar aktivt med att höja kvaliteten och träffsäkerheten i data som samlas i den nya väntetidsdatabasen. När tillräcklig många månaders data har inrapporterats till Socialstyrelsen kommer detta arbete konkretiseras och nödvändiga ändringar införas.

Det löpande kvalitetsutvecklande arbetet med inrapporterade SVF-uppgifter till Socialstyrelsens väntetidsdatabas sker på två nivåer:

- **Kontroll av inrapporterade data:**

Socialstyrelsen säkerställer att korrekt data rapporteras genom att tillämpa de kvalitetsrutiner och kontroller som används för samtliga sex insamlingar till väntetidsdatabasen, bland dessa SVF-uppgifter. Detta innebär att regionernas inrapporterade data granskas och testas mot fastställda kriterier för att säkerställa korrekthet och fullständighet av leveranserna. Socialstyrelsens leverans- och innehållskontroller av inrapporterade uppgifter, listan över avvikelsekoder, stöddokument om inrapportering på webbsida, kodlistor, variabelbeskrivningsdokument, stöddokument och information på inrapporteringsportalen är alla kvalitetshöjande insatser.

- **Stöd till regionerna i kodning och tillämpning av SVF:**

RCC förfogar över medicinsk expertis kring SVF och bistår regionerna med vägledning om denna. Stödet omfattar både definitionen av de olika vårdförloppen som RCC fastställer, kodningsvägledningar och rekommendation om användning av korrekt kodning av diagnoser och åtgärder.

Så länge RCC ansvarar för att definiera de olika standardiserade vårdförloppen, anser Socialstyrelsen att RCC även ansvarar för sina kodningsvägledningar. Socialstyrelsen tillgängliggör statistik om SVF till andra intressenter och RCC. Detta möjliggör fortsatt arbete i dialog med regioner, uppdatering av kodningsvägledningar samt identifiering av eventuella svårigheter i regionernas tillämpning av SVF-kodning.

Den nyligen inledda dialogen mellan RCC och Socialstyrelsen har betydelse för kvaliteten på de insamlade SVF-uppgifterna i den nya väntetidsdatabasen. Det är viktigt att Socialstyrelsens informationsutbyte sker både med sjukvårdsregionala SVF-samordnare och med regionala SVF-samordnare samt att RCC i god tid informerar Socialstyrelsen om förändringar i vårdförloppen och ledtider. Socialstyrelsen tar en ledande roll i att konkretisera detta nödvändiga informationsutbyte med regionerna och RCC.

Tillgång till historiska data är en annan aspekt som stärker analysarbete hos användarna. Därför har Socialstyrelsen beslutat att ta emot SVF-uppgifter, så kallat mikrodata, från SKR:s databas från och med 2019. För åren före 2019 har Socialstyrelsen föreslagit att SKR endast överför aggregerat data och statistik.

Tillgängliggörande av data för regionernas förbättringsarbete

Socialstyrelsens inledande kontakter med regionerna och RCC visar att en stor del av data och analys även i fortsättningen kommer att förmedlas till regioner genom det nätverk som SVF-samordnarna har med RCC. För att säkerställa att de uppgifter som samlas in i den nya väntetidsdatabasen förblir tillgängliga på aggregerad nivå krävs en fortsatt dialog med RCC, i syfte att identifiera regionernas behov och önskemål.

RCC:s och regionernas arbete med framtagande av data för sitt lokala kvalitetshöjande arbete påverkas delvis av att databasen hos Socialstyrelsen inte längre är direkt tillgänglig för dem. Detta på grund av nya juridiska aspekter och databasinfrastrukturen hos Socialstyrelsen.

I samband med att den nya väntetidsdatabasen etableras, avser Socialstyrelsen att inrätta en öppen statistikdatabas på Socialstyrelsens webbplats. På längre sikt kan behovet för väntetidsdata mötas genom ytterligare utveckling av interaktiva visualiseringar av registerdata för allmänheten. För att upprätthålla informationsflödet till regionerna eller andra intressenter som inte täcks av den öppna statistikdatabasen föreslår Socialstyrelsen att regelbundna statistikbeställningar från RCC eller regionerna till Socialstyrelsen inrättas.

Socialstyrelsen har även inrättat en funktionsbrevlåda (vantetidsdatabasen@socialstyrelsen.se) för att besvara statistikfrågor och datafrågor från regionerna, SVF-samordnarna samt RCC.

Regionerna har uttryckt oro över hur inklusions- och ledtidsmåtten kommer att beräknas när insamlingen till väntetidsdatabasen sker enbart hos Socialstyrelsen. I dagsläget hanteras den tekniska delen av beräkningen av inklusionsmålet av RCC, som ansvarar för val av beräkningsmetod samt täljarens och nämnarens innehåll. Data för nämnare hämtas från varje sjukvårdsregion. Det underlaget finns också i Socialstyrelsens cancerregister. Från och med årsskiftet kommer även täljaren finnas hos Socialstyrelsen genom väntetidsdatabasen. Detta innebär att inklusionsmättet, som är grunden till inklusionsmålet, kan beräknas direkt hos Socialstyrelsen.

Behov av vidare dialog och åtgärder

Socialstyrelsens nya statistikdatabas över väntetider är en del av arbetet med att stärka datakvaliteten och öka informationens användbarhet.

Socialstyrelsen skyddar de inrapporterade uppgifterna med stöd av den så kallade statistiksekretessen. Enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), kan inga leveranser göras av:

- Data på individnivå för enskilda SVF (mikrodata).
- Data som omfattar småtal.

Vidare kommer i den nya väntetidsdatabasen enbart avslutade SVF rapporteras, vilket är det som ingår i den nationella uppföljningen. Regionerna har kunnat rapportera uppgifter om enskilda patienters pågående SVF till SKR:s väntetidsdatabas, även om de inte användes i den nationella uppföljningen.

Ett nära samarbete som Socialstyrelsen leder tillsammans med regionerna och RCC möjliggör att ändamålsenliga lösningar kan utvecklas. Dessa ska underlätta regionernas arbete med väntetidsdata och bidra till att identifiera nya behov, som Socialstyrelsen avser att tillgodose genom ett kvalitetshöjande utvecklingsarbete.

Referenser

1. RCC i samverkan. Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF). 2025. Hämtad från:
<https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/vardforloppsvf.720.html>
2. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner. Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025; 2025.
3. Sveriges Riksdag. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Bet. 1996/97:SoU14; 1997.
4. RCC i samverkan. Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården. 2020-03-25
Version: 2.0; 2023.
5. RCC i samverkan. Arbetsgrupp kvalitetssäkring. 2025. Hämtad 2025-10-21 från:
<https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/vardforloppsvf/arbetsgruppkvalitetssakring.9572.html>
6. RCC i samverkan. Kodningsvägledning För nationell uppföljning av standardiserade vårdförlopp (SVF). 2025-06-12. Version: 10.8; 2025.



Uppföljning av överenskommelsen mellan staten och SKR om en jämlik och effektiv
cancervård med kortare väntetider 2025 (artikelnr 2025-11-9902)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.