

Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård

Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i
cancervården

Slutrapport del 1, 2019

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-492-1
Artikelnummer	2019-4-7
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , april 2019

Förord

Regeringen gav i mars 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att följa och utvärdera satsningen på kortare väntetider i cancervården (S2015/1659/FS).

Bakgrunden är regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården. Satsningen syftade till att bidra till

- kortare väntetider
- nöjdare patienter
- en mer jämlik cancervård

Socialstyrelsens uppdrag har bland annat omfattat att följa arbetet i landets 21 regioner (tidigare landsting och regioner) med att införa SVF. Det har även inneburit att vi ska redogöra för undanträngningseffekter och för hur regionerna har uppmärksammat och hanterat andra utmaningar i samband med införandet. Arbetet med uppdraget har bedrivits utifrån en ambition om öppenhet och ömsesidigt lärande mellan aktörerna.

Det första året (2015) lades grunden för uppföljningen, och vi har därefter lämnat en årlig lägesrapport. Denna rapport är en av två slutrapporter som lämnas till regeringen senast den 1 april 2019.

- *Rapport 1* (denna rapport) utgår från de övergripande målen med satsningen i form av kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård.
- *Rapport 2* avser att ge en fördjupad bild med särskilt fokus på bland annat lärande och styrning, undanträngningseffekter och hälsoekonomiska aspekter.

Båda rapporterna riktar sig till regeringen (Socialdepartementet) samt till sjukvårdshuvudmän, profession, patientföreträdare och andra intresserade. Rapporten har utarbetats av Ingrid Schmidt, projektledare för uppdraget, i samarbete med utredarna Sevim Barbasso Helmers och Christina Carlsson, samt statistikern Alistair Hind. Björn Nilsson har varit ansvarig enhetschef.

Ett särskilt tack till verksamhetsföreträdare, projektledare och cancersamordnare i regionerna som bidragit med underlag och ett generöst erfarenhetsutbyte.

Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
1. Inledning och utgångspunkter	9
Om uppdraget	9
Satsningens nyckelområden	9
Vägledande perspektiv	10
2. Metod och datakällor	12
Kort om datakällor för väntetider	12
PREM-enkäten	14
3. Nulägesbild – vårdförlopp	15
Fler än 270 000 personer har genomgått SVF	15
4. Väntetider	21
Vårdförlopp som infördes i SVF 2015	23
Vårdförlopp som infördes i SVF 2016	40
Vårdförlopp som infördes i SVF 2017	67
Sammanfattande reflektioner	68
5. Patientperspektiv och patientnöjdhet	70
Inledning	70
Fyra års sammanfattande iakttagelser	70
Utvecklingen av PREM-enkäten för SVF	71
Övergripande resultat	73
Områden med förbättringspotential	74
Regeringens långsiktiga inriktning av cancervården	75
Skillnader i svar mellan grupper	77
Sammanfattade reflektioner	77
6. Förbättrade förutsättningar för en jämlik cancervård	79
Inledning	79
SVF – en av flera strategier för en mer jämlik cancervård	80
Resurssvaga grupper kan gynnas av SVF	80
Minskade skillnader i väntetider mellan regioner och verksamheter	81
Vissa skillnader i väntetid mellan män och kvinnor	82
Kort om andra jämlikhetetsaspekter på cancervård	82
Referenser	85
Bilaga 1. Metod per avsnitt och figurförklaringar för väntetider	86
Bilaga 2. Väntetider – resultatfigurer	96
Bilaga 3. Väntetider – resultattabeller	108

Sammanfattning

Regeringen har tillsammans med landets regioner (tidigare landsting och regioner) genomfört en flerårig satsning för att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården. Syftet har varit att skapa ändamålsenliga processer och rutiner samt hög tillgänglighet, och bakgrunden var de utmaningar som samhället står inför med att allt fler insjuknar i cancer. Satsningen har byggt på sammanhållna processer vid utredning av cancer och är en del i det fortsatta arbetet med den nationella cancerstrategi som riksdagen antog 2009. Socialstyrelsen har sedan 2015 haft uppdraget att årligen följa arbetet i regionerna.

Denna rapport är den första delen i Socialstyrelsens slutrapportering av uppdraget att följa satsningen. Rapporten utgår från de övergripande målen, det vill säga i vilken grad satsningen har bidragit till kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård.

Fler än 270 000 personer har remitterats till SVF och vissa väntetider har kortats

Under de fyra år som satsningen pågått har fler än 270 000 patienter genomgått en utredning enligt SVF. Andelen förlopp som startat behandling inom den nationellt satta ledtiden för SVF varierar mellan 92 procent (akut lymfatisk leukemi) och 12 procent (livmoderhalscancer).

För flera cancerformer har väntetiderna kortats, till exempel för prostatacancer och cancer i urinblåsa och övre urinvägar. För dessa är det dock fortfarande långt kvar till de uppsatta målen för start av behandling. För några diagnoser med, som vid satsningens början låg något närmare målnivåerna (bland annat lungcancer, samt tjock- och ändtarmscancer) har väntetiderna kortats i måttlig omfattning. För några enstaka cancerformer har väntetiderna blivit längre under satsningen (exempelvis för bukspottkörtelcancer och hjärntumör).

Inom flera verksamheter tycks utmaningar med vårdplatser och brist på vissa kompetenser (till exempel operationssköterskor, lungmedicin, urologi och kirurgi samt) försvåra arbetet med att uppnå påtagliga effekter på väntetiderna fram till start av behandling.

Patienterna är nöjda med kortare tid för utredning

Uppföljningen av patienternas uppfattningar på nationell nivå visar att patienterna är nöjda med de kortare utredningstiderna men att det finns flera områden som kan förbättras, till exempel frågan om patienters delaktighet och inflytande. Det arbete som pågår nationellt med att införa elektronisk vårdplan kommer förmodligen att bidra till en positiv utveckling när det gäller att stärka patientens ställning. Införandet av koordinatörer bör därtill ha bidragit till att patientens behov av samordning och kontinuitet har förbättrats de år satsningen pågått.

Förutsättningarna för en mer jämlik cancervård har förbättrats

Genom nationella och enhetliga beskrivningar för SVF har förutsättningarna ökat för likvärdiga bedömningar av de patienter som bör remitteras till SVF.

Socialstyrelsens analys av väntetiderna utifrån satsningen på SVF visar att de regionala skillnaderna i väntetider till utredning och start av behandling har minskat något över landet och i vissa fall även mellan regionerna, vilket tyder på att den regionala jämlikheten kan ha förbättrats något.

När det gäller skillnader i väntetider mellan män och kvinnor återfinns skillnader för ett par diagnoser där män väntar längre, till exempel vid levercancer och vid lymfom. För vissa andra diagnoser, som vid gallblåse- och gallgångscancer, väntar kvinnor längre än män.

Regionernas företrädare framhåller att det SVF som riktas mot patienter med ospecifika och allvarliga symtom särskilt kan gynna patienter som tidigare har haft svårt att komma in på rätt nivå i vården, utan som i stället ofta skickats runt mellan olika verksamheter. Exempel som anges är personer med olika funktionsnedsättningar eller neuropsykologiska problem samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi.

Nationell samsyn, ett gemensamt språk samt utrymme för lärande och lokala anpassningar bedöms vara framgångsfaktorer som långsiktigt bidrar till att dels korta väntetiderna för patienterna, dels en mer jämlik cancervård.

1. Inledning och utgångspunkter

Om uppdraget

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa och utvärdera regeringens satsning på kortare väntetider i cancervården (S2015/1659/FS). Bakgrunden är de årliga överenskommelser som regeringen slutit med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2015–2018.¹ Överenskommelsen har till syfte att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Den ursprungliga överenskommelsen har därefter följts av ytterligare fyra överenskommelser som specificerat årliga aktiviteter för arbetet.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att följa och utvärdera satsningen på cancerområdet för att se om överenskommelserna med SKL och eventuella övriga insatser bidragit till en mer tillgänglig cancervård, förbättrad jämlikhet och nöjdare patienter.

Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen ska

- följa regionernas arbete² med att implementera standardiserade vårdförlopp i cancervården
- bidra till ett gemensamt lärande för samtliga parter
- redogöra för eventuella undanträngningseffekter.

I uppdraget ingår även att sammanställa erfarenheter, resultat och slutsatser som kan vara till nytta för hälso- och sjukvården inom andra områden än cancersjukvården.

Satsningens nyckelområden

Syftet med standardiserade vårdförloppet (SVF) är i första hand att förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Några nyckelområden är

- begreppet ”välgrundad misstanke” utifrån en nationell definition
- en koordinatorfunktion
- förbokade³ tider hos utredande enheter (bild- och funktionsmedicin samt mottagningar)

SVF för olika cancerformer har tagits fram i form av underlag som beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser (ledtider) som gäller. Ledtiderna har varit riktmärken för regionerna i deras arbete med att införa SVF. Införandet har skett stegvis med 5 SVF 2015, 13 SVF 2016, 10 SVF 2017 och 3 SVF 2018.

¹ Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015–2018.

² Samtliga landsting benämns *regioner* från och med den 1 januari 2019. Rapporten använder genomgående begreppet regioner om de tidigare landstingen.

³ Tider märkta för utredning enligt SVF.

Vägledande perspektiv

De nationella målen om god vård har varit vägledande i arbetet med att följa upp införandet av SVF. Detta innebär att Socialstyrelsen har prioriterat tre perspektiv:

- *patient- och medborgarperspektivet* med särskilt fokus på hur satsningen bidrar till förbättrad tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet
- *systemperspektivet* med fokus på hur de olika nivåerna i hälso- och sjukvårdssystemet (mikro-, meso- och makronivå) bidrar till att satsningen leder till långsiktigt hållbara arbetssätt
- *lärandeperspektivet*, med ambitionen att verka för att satsningen bidrar till lärande hos olika aktörer och inom olika vårdområden.

Vi har i vår uppföljning tagit intryck av både nationella, nordiska och internationella erfarenheter om hur utvecklingen mot en mer integrerad, patientcentrerad och sammanhållen hälso- och sjukvård kan främjas.

Patient, mikrosystem och lärande

I allt större utsträckning blir det tydligt att *mikrosystemet* måste vara i fokus för att de övergripande målen med hälso- och sjukvården i form av tillgänglighet, patientcentrering och jämlikhet ska uppnås. Mikrosystemet har på ett tydligt sätt patienten i centrum och är den grundläggande byggstenen i all hälso- och sjukvård [1].

Den viktigaste delen i det så kallade mikrosystemet är patienten, och mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvården. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som man identifierar vårdbehov samt beslutar om diagnostik, behandling och rehabilitering. Vårdens kvalitet är därmed inte ett konstant fenomen utan skapas och återskapas i varje möte mellan patient och vårdare.

Men för att mikrosystemet ska fungera behöver hälso- och sjukvården använda både kunskap och fakta på ett klokt sätt, och dessa måste i sin tur generera ett värde för enskilda patienter. Det förutsätter att samarbetet med andra mikrosystem är effektivt och håller hög kvalitet. Alla som arbetar i mikrosystemet behöver vara engagerade i att både utföra sitt arbete och förbättra det. De olika mikrosystem som patienten ingår i måste också samverka så smidigt som möjligt för att möta behoven hos patienten.

Statliga satsningar inom hälso- och sjukvården sker oftast inte direkt från den nationella nivån till klinisk praktik utan via olika regionövergripande aktiviteter på förvaltningsnivå. När det gäller SVF har de regionala cancercentrumen (RCC) och SKL båda haft ansvar för att stödja regionerna i införandet och med att utveckla systemet med SVF. Därför är det viktigt att lärandetillfällen kommer till stånd i och mellan verksamheter och följer regionernas behov av stöd och samordning.

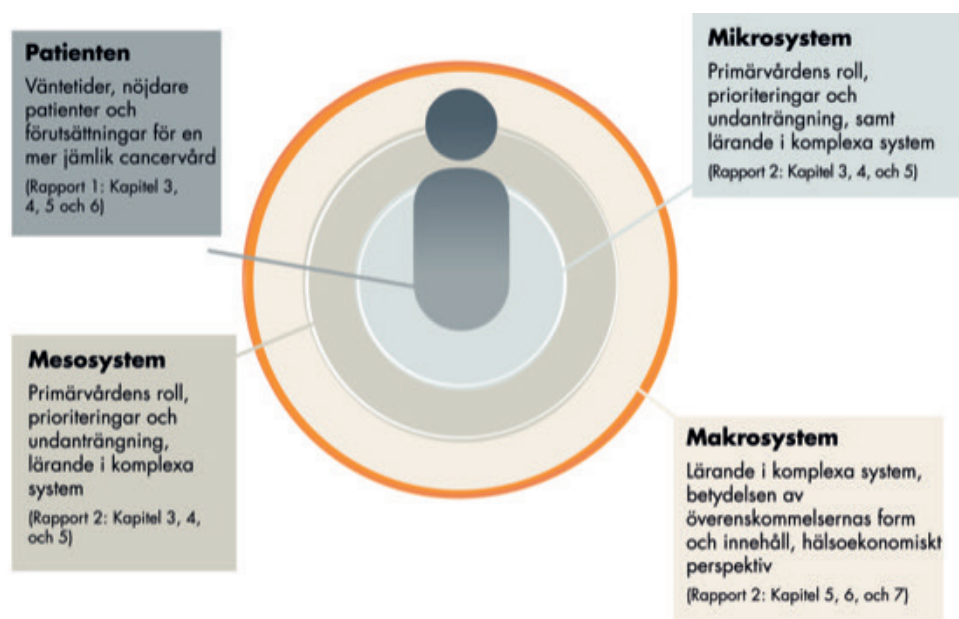
Samtidigt råder det en samsyn mellan olika professioner i hälso- och sjukvården om att tillgängligheten behöver förbättras och väntetiderna kortas – särskilt för patienter med potentiellt livshotande sjukdomar.

Denna rapport utgår från de övergripande målen med satsningen i form av kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård. Rapport 2

suftar till att ge en fördjupad bild med särskilt fokus på bland annat lärande och styrning, undanträngningseffekter och hälsoekonomiska aspekter.

Rapporternas olika kapitel (se figur 1) belyser hur de olika delarna i systemet bidrar till att utveckla vården utifrån de övergripande målen i satsningen, där de yttersta målen är att dels förbättra vården för patienten med särskilt fokus på att korta väntetiderna, dels bidra till nöjdare och förbättrad jämlikhet.

Figur 1. Systemperspektiv på uppföljningen av standardiserade vårdförlopp samt koppling till rapporternas innehåll



Disposition och innehåll i denna rapport

Denna rapport har följande disposition och innehåll:

- *Kapitel 2* beskriver datakällor för väntetidsrapportering, inklusive kvalitetsregister och regionernas vårdadministrativa system, nationella väntetidsdatabasen samt den PREM-enkät som varit kopplad till satsningen.
- *Kapitel 3* redovisar en övergripande bild av hur många patienter som genomgått och startat behandling inom ramen för respektive SVF
- *Kapitel 4* redovisar uppgifter om väntetider, för förlopp införda 2015, 2016, 2017.
- *Kapitel 5* ger en sammanfattande bild av iakttagelser och resultat från PREM-enkäten och dialoger med patientrepresentanter.
- *Kapitel 6* tar upp aspekter på jämlik cancervård samt i vilken utsträckning SVF har påverkat förutsättningarna för en mer jämlik cancervård.

2. Metod och datakällor

De två primära datakällorna för väntetidsmätningar i Sverige är dels nationella kvalitetsregister, dels regionernas egna vårdadministrativa system.⁴ För att följa patientens väg genom vården används olika typer av enkäter. Denna rapport bygger i första hand på data från:

- väntetidsdatabasen vid Sveriges kommuner och Landsting (SKL), vilken går under benämningen Signe
- den PREM-enkät som togs fram inom ramen för satsningen
- nationella kvalitetsregister för förlopp införda:
 - 2015; huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar samt akut myeloisk leukemi
 - 2016; bröstcancer, hudmelanom, lungcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer, gallblåse- och gallgångscancer, hjärntumörer, levercancer, lymfom och myelom
 - 2017; njurcancer.

I anslutning till redovisningen av väntetiderna kommenteras utvecklingen övergripande baserad på bland annat dialog med företrädare från fyra regioner (Gävleborg, Skåne, Västerbotten och Östergötland). Även registerhållarna vid respektive register har erbjudits möjlighet att kommentera siffrorna. En mer detaljerad beskrivning av datainsamling och metodförklaringar återfinns i bilaga 1.

Kort om datakällor för väntetider

Nationella kvalitetsregistren

Syftet med de nationella kvalitetsregistren är att de ska fungera som ett stöd vid förbättringar, uppföljning och forskning. När det gäller väntetider har kvalitetsregistren den fördelen att de för varje enskild diagnos respektive varje enskilt sjukdomstillstånd bygger på samma definierade mätpunkter. Dessa mätpunkter rapporteras dessutom på likadana blanketter över hela landet – oavsett huvudman eller vårdgivare. En nackdel är dock att de innehåller ett begränsat antal variabler för just tid.

I registren finns data om patientens diagnos och behandling men också om patientrapporterade utfallsmått (PROM), som bland annat mäter patientens syn på sin sjukdom, hälsa och behandling. De patienter som utreds men inte får någon cancerdiagnos finns däremot inte med i registren.

I kvalitetsregistren registreras även väntetider, men dessa motsvarar inte alltid väntetiderna inom standardiserade vårdförlopp (SVF), alltså tiden mellan välgrundad misstanke och start av behandling. Kvalitetsregistren har ofta remissdatum som vanlig mätpunkt för välgrundad misstanke, men efter

⁴ Vissa specifika väntetider kan mätas med andra register, till exempel Socialstyrelsens patientregister som innehåller uppgifter om tid för inläggning på sjukhus och väntan på vård vid akutmottagningar.

SVF:s införande har några kvalitetsregister lagt till ytterligare mätpunkter för att kunna följa flödet fram till start av behandling.

Nationella väntetidsdatabasen – Signe

Väntetidsdatabasen Signe vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används för att mäta väntetider i vården. Syftet med databasen är också att den ska vara ett stöd för verksamheterna i olika processer för att följa väntetider. Inom ramen SVF-satsningen rapporterar regionerna in datum för beslut om välgrundad misstanke om cancer samt start av första behandling, alternativt av vilken anledning SVF-utredningen avslutas, exempelvis att det inte var cancer eller att patienten själv vill avsluta utredningen.

Koderna för de mätpunkter som rapporteras in är uppbyggda på ett visst sätt, där den första bokstaven i koden (V) betecknar standardiserade vårdprocesser och motsvarar ett kapitel i KVÅ. De övriga tecknen (en bokstav och tre siffror) motsvarar ett avsnitt enligt ICD-10-SE:s indelning av cancersjukdomar samt mätpunkterna i vårdförloppet (se tabell 1 för exempel).

Till varje mätpunkt finns även en text som ger vägledning till när och hur koden ska användas (se cancercentrum.se).

I Signedatabasen finns samtliga patienter som utreds via SVF. Det faktum att patienten ofta vårdas inom olika verksamheter och förvaltningar, och ibland även inom olika sjukvårdsregioner, försvårar både rapportering, rättvisande mätpunkter och jämförelser, eftersom mätpunkterna inte alltid sätts likadant inom och mellan regioner.

Tabell 1. Exempel på koder för mätpunkter

Kod	Kodexempel	Beskrivningstext
VA915	SVF Huvud-halscancer – välgrundad misstanke om cancer – remiss mottagen	Remiss mottagen i specialiserad vård
VA925	SVF Huvud-halscancer – första besök i specialiserad vård	Första besök i specialiserad vård, avser utredning eller bedömning
VA950	SVF huvud-halscancer – start av första behandling kirurgi	Innefattar kurativ eller palliativ kirurgisk behandling

Överensstämmelse mellan kvalitetsregister och väntetidsdatabasen

År 2018 gjorde Regionala cancercentrum (RCC) en granskning där man jämförde data i kvalitetsregistren med data i SKL:s databas.⁵ Granskningen visade att det är svårt att veta vilken datakälla som ger den mest rättvisande bilden av väntetiderna, eftersom patienturval, bortfall och mätpunkter skiljer sig åt i de båda källorna. Enligt granskningen bör följande alltid finnas i åtanke vid jämförelser av data från olika källor:

- Antalet patienter varierar i de olika datakällorna. Därför är det svårt att säkert veta om samma patientgrupper fångas i olika mätningar.

⁵ Jämförelse av data i kvalitetsregister och i SKL:s databas Signe. Utvärdering av kvaliteten i mätningen av väntetider för patienter som genomgår SVF. Regionala cancercentrum i samverkan, oktober 2018 (sid. 9).

- De SVF-patienter som finns med i databasen Signe är ett urval av alla cancerpatienter för en viss diagnos. Det är troligt att patienter som utreds och behandlas för cancer utanför SVF har mer samsjuklighet eller andra komplicerade faktorer som kräver längre ledtider för att ge god vård. Dessa patienter finns generellt med i kvalitetsregistren men inte i Signe, vilket kan göra att kvalitetsregistren uppvisar längre väntetider.
- Beslut om välgrundad misstanke om cancer finns sällan med i kvalitetsregistren utan startpunkten är remissdatum eller diagnosdatum. Detta ger andra väntetider.
- Regionerna har svårigheter att rapportera datum för beslut om välgrundad misstanke om cancer till Signe, om detta datum sätts i primärvården. Risken finns att man i stället använder en mät punkt från slutensjukvården som start, vilket gör att väntetiden blir kortare.
- På riksnivå finns en relativt god överensstämmelse mellan datakällorna för flera cancerformer. För vissa cancerformer, exempelvis bröstcancer, är överensstämmelsen av medianväntetiden god även på regional nivå.

PREM-enkäten

I ett patientcentrerat förhållningssätt ingår att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter i ett förbättringsarbete. Det finns dock ingen enda metod för att följa upp patientens erfarenheter och upplevelser, och därför bygger de vanligaste nationella uppföljningarna på enkäter. Ett exempel är den nationella patientenkäten som genomförs vartannat år på olika vårdnivåer.

I samband med SVF-satsningen har SKL tillsammans med RCC tagit fram en särskild enkät i form av en så kallad PREM-enkät⁶. Syftet är att fånga patienternas erfarenheter och upplevelser av en utredning för misstanke om cancer enligt SVF. Enkäten har validerats⁷ och används nu i samtliga SVF, oavsett cancerdiagnos (se tidigare lägesrapporter) [2, 3].

Vid årsskiftet 2016/2017 förändrades enkäten genom att några frågor byttes ut och andra frågor omformulerades. Dessutom togs ett följebrev fram som skickades med enkäten.⁸ Både de patienter som fått ett cancerbesked och de patienter som avslutat SVF av annan orsak får enkäten 6–8 veckor efter avslutad SVF-utredning. Patienten besvarar frågorna genom att välja ett svarsalternativ, där 1 är sämst och 5 är bäst (se vidare på www.cancercentrum.se, flik SVF.)

⁶ PREM – patient reported experience measures. Cancercentrum.se

⁷ Valideringsrapport. PREM-enkät för standardiserade vårdförlopp, 2016.

⁸ Följebrevet finns på 12 språk, utöver svenska; själva enkäten kan dock endast besvaras på svenska.

3. Nulägesbild – vårdförlopp

Fler än 270 000 personer har genomgått SVF

Under fyra år (2015–2018) har 31 standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården införts i samtliga regioner. Under denna period har fler än 270 000⁹ personer genomgått en utredning enligt SVF. Omkring 95 000 av dessa personer har påbörjat en behandling, det vill säga fått en cancerdiagnos (tabell 2- 6 har utgått från det år SVF startade, och till och med februari 2019).

Tabell 2 nedan ger en översikt över de införda förloppen 2015–2018. Cancerincidens är för riket 2017 för respektive cancerform.

Tabell 2. Standardiserade vårdförlopp, år för införande samt cancerincidens för respektive diagnos

Augusti, 2015 till och med februari, 2019

Införande, år	Standardiserat förlopp	Cancerincidens, år 2017, riket*
2015	Akut myeloisk leukemi (AML)	375
	Huvud- och halscancer	1 426
	Matstrupe- och magsäckscancer	1 151
	Prostatacancer	10 265
	Cancer i urinblåsa och övre urinvägar	3 120
2016	Allvarliga ospecifika symtom (AOS)**	
	Bröstcancer	7 842
	Bukspottkörtelcancer	1 619
	Cancer med okänd primärtumör (CUP)**	
	Gallblåsecancer/cancer i gallvägar	367
	Hjärtumör	1 032
	Hudmelanom	3 933
	Levercancer	639
	Lungcancer	3 970
	Lymfom	2 130
	Myelom	770
	Tjock- och ändtarmscancer	6 435
2017	Äggstockscancer	894
	Akut lymfatisk leukemi (ALL)	46
	Analcancer	205
	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	682
	Livmoderhalscancer	595
	Livmoderkroppscancer	1 504
	Njurcancer	1 160
	Peniscancer	160

⁹ Totalt 271 623 patienter den 1 mars 2019 enligt väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Införande, år	Standardiserat förlopp	Cancerincidens, år 2017, riket*
	Sarkom (skelett, mjukdelar)	237
	Sköldkörtelcancer	574
	Testikelcancer	370
2018	Buksarkom	155
	Neuroendokrina buktumörer	361
	Vulvacancer	224

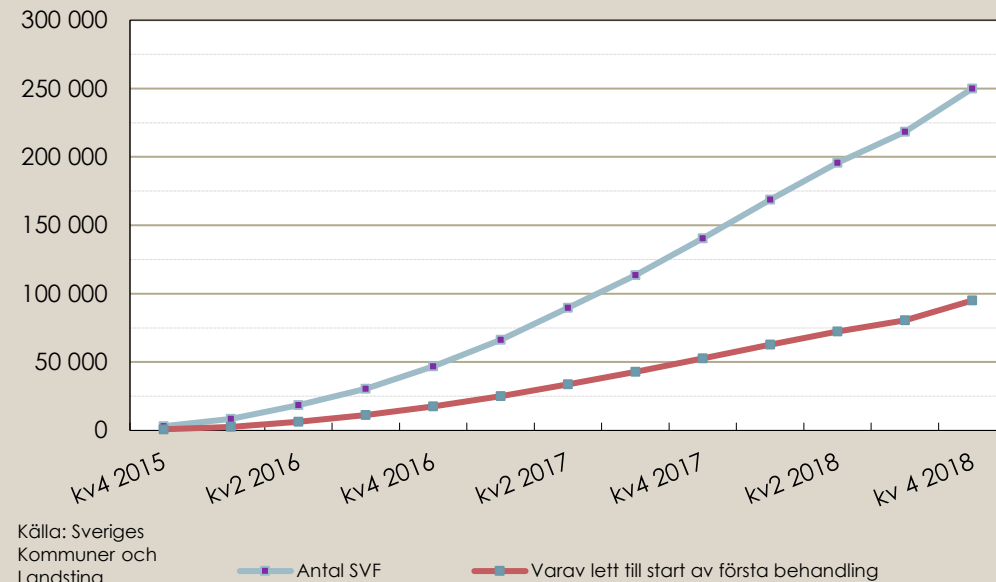
Källa: *Cancerregistret 2017.

**Ett AOS och CUP kan leda till ett diagnosspecifik SVF med start av behandling eller till att cancer avskrivs efter utredningen. Källa: Cancercentrum.se.

I figur 2 nedan redovisas antalet patienter per kvartal respektive år samt de förlopp som lett till start av första behandling (augusti, 2015 till och med februari, 2019). Uppgifterna kommer från den nationella databasen Signe. Endast patienter som genomgått SVF finns med i redovisningen. Några regioner har dock fortfarande svårigheter när det gäller att rapportera uppgifter från primärvård och privata utförare.

Figur 2. Kumulativt antal patienter per kvartal som genomgått något SVF samt antal patienter som startat behandling för cancer
Augusti 2015 till och med februari 2019.

Anta patienter



Tabell 3 visar de fem förlopp som startade 2015. En varierande andel av förloppen har resulterat i en cancerdiagnos och start av första behandling. Lägst andel (11 procent) har urinblåsa- och övre urinvägar och högst andelar har akut lymfatisk leukemi (89 procent). Olika diagnosspecifika och kliniska faktorer förklarar dessa variationer. Tabell 3 nedan visar antal genomgångna förlopp, antal och andel som startat första behandling samt andel som gjort

detta inom den nationella ledtiden, det vill säga från välgrundad misstanke till start av första behandling.

I samtliga diagnoser där SVF infördes 2015 har andelen som startat behandling legat på i stort sett samma nivåandelar, med några förändringar från rapporteringen 2018 [4]. Andel inom maximal ledtid har blivit lägre (från 49 och tidigare 69 procent) för huvud- och halscancer. Lägst andel har matstrups- och magsäckscancer (34 procent), följt av prostatacancer (39 procent) och högst andelar har akut myeloisk leukemi (82 procent).

Tabell 3. Antal patienter som genomgått SVF och som påbörjat sin behandling för förlopp införda 2015 samt andel inom maximal ledtid Augusti 2015–februari 2019.

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal patienter som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Andel i % inom maximal ledtid*
Akut myeloisk leukemi	906	680	67	82
Huvud- och halscancer	12 299	3 703	30	49
Matstrups- och magsäckscancer	4 101	2 245	55	34
Prostatacancer	39 518	14 207	36	39
Urinblåsa- och övre urinvägar	47 800	5 217	11	63

Källa: *Sveriges kommuner och landsting, hämtat den 1 mars 2019.

Under 2016 infördes SVF för stora diagnosgrupper, till exempel tjock- och ändtarmscancer samt bröstcancer, men också för icke diagnosspecifika förlopp, det vill säga förlopp för patienter med allvarliga ospecifika symtom (AOS) som kan bero på cancer samt förlopp för cancer med okänd primärtumör (CUP) (tabell 4).

Sedan rapporteringen 2018 [4] har andelen som startat första behandling legat på i stort sett samma nivåer. Exempelvis var andelen som påbörjat behandling för tjock- och ändtarmscancer 28 procent vid tidigare rapportering 2018; andelen är nu 27 procent. För de flesta förlopp har andelen inom maximal ledtid legat i stort sett still, förutom för cancer i gallblåsa och gallvägar där andelen som utretts inom maximal ledtid har ökat från 23 procent till 39 procent samt levercancer som ökat från 22 procent till 40 procent.

Knappt 5 000 patienter totalt har genomgått förloppet för allvarliga ospecifika symtom (AOS).

Tabell 4. Antal patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2016 samt andel som utretts inom maximal ledtid Januari 2016 till och med februari 2019.

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling *	Andel i % inom maximal ledtid*
Allvarliga ospecifika symtom (AOS) **	4 997	-	-	-
Bröstcancer	43 248	19 446	45	49
Bukspottkörtelcancer	4 228	2 680	63	42
Gallblåsecancer/cancer i gallvägar	1 344	775	58	39
Hjärntumör	2 060	904	44	47
Hudmelanom	17 873	9054	51	69
Levercancer	1 851	1 027	55	40
Lungcancer	15 380	7 110	46	35
Lymfom	5 692	3 596	63	39
Myelom	2 267	1 465	65	61
Okänd primärtumör (CUP) **	4 149	406	10	54
Tjock- och ändtarmscancer	46 033	12 391	27	53
Äggstockscancer	3 794	2 493	66	41

Källa: *Sveriges kommuner och landsting. Hämtat den 1 mars 2019.

**Ett AOS och CUP kan leda till ett diagnosspecifik SVF med start av behandling eller till att cancer avskrivs efter utredningen. Källa: Cancercentrum.se.

Under 2017 infördes SVF för ytterligare 10 cancerdiagnoser, varav vissa är relativt ovanliga, till exempel sarkom samt kroniska och akuta leukemier (tabell 5).

Tabell 5. Antal patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2017* samt andel som utretts inom maximal ledtid Januari 2017 till och med februari 2019.

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Andel i % inom maximal ledtid*
Akut lymfatisk leukemi	113	101	89	92
Analcancer	632	252	40	48
Kronisk lymfatisk leukemi	707	628	89	45
Livmoderhalscancer	897	555	62	12
Livmoderkroppscancer	4 352	1 885	43	43
Njuncancer	3 074	1 944	63	31
Peniscancer	525	173	33	34
Sarkom (skelett och mjukdel)	1 129	264	23	66
Sköldkörtelcancer	975	706	72	50
Testikelcancer	1 218	434	36	53

Källa: *Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtat den 1 mars 2019.

Vissa av diagnoserna har något större volymer, till exempel livmoderkroppscancer och njurcancer. För livmoderkroppscancer har 4 352 patienter (43 procent) startat behandling och för njurcancer har 3 074 patienter (63 procent) startat behandling (tabell 5).

Under 2018 infördes SVF för tre mindre diagnoser, med hittills 333 patienter och hög andel som startat första behandling (60-72 procent) (tabell 6).

Tabell 6. Antal patienter som genomgått SVF och påbörjat sin behandling för förlopp införda 2018* samt andel som utretts inom maximal ledtid

Januari 2018 till och med februari 2019.

Standardiserat vårdförlopp	Antal patienter som genomgått SVF*	Antal som startat första behandling*	Andel i % som startat första behandling*	Andel i % inom maximal ledtid*
Buksarkom	128	85	66	52
Neuroendokrina buktumörer	182	131	72	68
Vulvacancer	151	90	60	Uppgift saknas

Källa: * Sveriges kommuner och landsting. Hämtat den 1 mars 2019.

De senare införda förloppen 2018 har startat första behandling inom maximal ledtid till 52 procent (buxsarkom) respektive 68 procent (neuroendokrina buktumörer).

SVF för patienter med ospecifika symtom

År 2016 infördes SVF för patienter med allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer (AOS) och för patienter med cancer med okänd primärtumör (CUP). Dessa patientgrupper har fått ökade möjligheter att utredas snabbt via den snabba utvecklingen av diagnostiska centrum (DC) och SVF (se också lägesrapport, 2018) [4].

Vid ett AOS-förlopp ska en omfattande undersökning göras redan vid misstanke, och svaren från undersökningar och prover ska leda misstanken i en konkret riktning. Om undersökningar och prover inte pekar mot en specifik diagnos kvarstår ändå välgrundad misstanke om cancer.¹⁰

I det andra förloppet (CUP) finns en eller flera metastatiska förändringar utan att primärtumören är känd, och det saknas resultat som tyder på en specifik cancersjukdom. CUP är vanligare bland kvinnor och utgör 1 300 patienter per år, vilket motsvarar 3–5 procent av all malignitet. Medianåldern för insjuknande för CUP är 60–70 år, och överlevnaden är låg, men 10 procent lever lång tid efter diagnos och några patienter botas.¹¹

Regionernas företrädare framhåller att SVF för AOS särskilt gynnar de grupper av patienter som tidigare har haft svårt att komma in i vården, utan som i stället ofta har skickats runt mellan olika verksamheter. Socialstyrelsen har i tidigare rapportering via regionerna identifierat att detta inte sällan handlar om särskilt utsatta patientgrupper, till exempel personer med olika funktionsnedsättningar och neuropsykologiska problem samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi [3].

¹⁰ Cancercentrum.se – uppdaterat AOS, 2019. Hämtat den 1 mars 2019.

¹¹ Cancercentrum.se – Hämtat den 1 mars, 2019.

I tabell 6 redovisades antalet patienter med AOS och CUP som genomgått dessa förlopp sedan 2016. På de platser där diagnostiska centrum finns har utredningen skett där. I övrigt har utredningen skett inom verksamheter som har ett arbetssätt liknande det vid diagnostiska centrum.

4. Väntetider

Sammanfattat

- För de 5 vårdförlopp som infördes i SVF 2015, det vill säga huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar samt akut myeloisk leukemi hade
 - medianväntetiderna kortats 2017 jämfört med 2013/2014. Den väntetid som kortats mest, 39 dagar, var tiden till strålbehandling vid prostatacancer
 - spridningen i väntetider minskat för de flesta behandlingsformer mellan de patienter som hade längst respektive kortast väntetid.
- För 11 vårdförlopp som infördes 2016 gäller det 2017 jämfört med 2015 att
 - medianväntetiderna kortats i varierande grad för några av de vanligaste cancerformerna (bröstcancer, hudmelanom, lungcancer, tjocktarmscancer och ändtarmscancer). Den väntetid som kortats mest, med 13 dagar, var tiden för utvidgad kirurgi vid hudmelanom
 - medianväntetiderna kortats med upp till 28 dagar för de flesta övriga cancerformer
 - medianväntetiderna ökat något för bukspottkörtelcancer, cytostatikabehandling vid gallblåse- och gallgångscancer samt onkologisk behandling vid lågmalign hjärntumör
 - spridningen i väntetider hade minskat mellan patienterna med längst respektive kortast väntetider för de flesta cancerformerna.
- För njurcancer, som infördes i SVF 2017, ökade medianväntetiden med 2 dagar juli 2017–juni 2018 jämfört med 2016.
- Följande gäller för andelen patienter som får behandling inom den angivna målnivån på riksnivå 2017:
 - För 12 cancerformer får 51–77 procent av patienterna behandling inom målnivån. Det gäller till exempel tjocktarmscancer, ändtarmscancer, gallblåse- och gallgångscancer, akut myeloisk leukemi samt huvud- och halscancer.
 - För 9 cancerformer får 20–50 procent av patienterna behandling inom målnivån med vissa behandlingsformer. Det gäller till exempel matstrups- och magsäckscancer, bröstcancer, bukspottkörtelcancer och myelom.
 - För 7 cancerformer får färre än 20 procent behandling inom målnivån med vissa behandlingformer. Det gäller till exempel prostatacancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar, gallblåse- och gallgångscancer samt njurcancer.

Redovisningsupplägg

I detta kapitel redovisas väntetiderna för 17 standardiserade vårdförlopp (SVF) som införts under satsningen:

- 5 vårdförlopp 2015: huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar samt akut myeloisk leukemi.
- 11 vårdförlopp 2016: bröstcancer, hudmelanom, lungcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer, gallblåse- och gallgångscancer, hjärntumörer, levercancer, lymfom, och myelom. När det gäller äggstockscancer har inte det nationella kvalitetsregistret kunnat användas för bedömning av väntetider.
- 1 vårdförlopp 2017: njurcancer.

Respektive cancerform beskrivs först kortfattat i en faktaruta. Följande datakällor har använts till faktarutorna:

- *Cancerregistret vid Socialstyrelsen*; 2017.
- *Beskrivning av ett standardiserat vårdförlopp. Regionala cancercentrum i samverkan*. Senaste version för respektive cancerform; hämtat den 1 december 2018.
- *Cancer i siffror 2018. Populärvetenskaplig fakta om cancer*. Socialstyrelsen & Cancerfonden, www.socialstyrelsen.se.
- *Senaste nationella vårdprogram för respektive cancerform*. Regionala cancercentrum i samverkan; hämtat den 1 december 2018.
- *Nationella väntetidsdatabasen*. Signe, Sveriges Kommuner och Landsting; hämtat den 1 mars 2019.

Därefter redovisas väntetiderna inom respektive cancerform (vårdförlopp).

Figurer¹² visas endast för de större cancerformerna, det vill säga huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar, bröstcancer, hudmelanom, lungcancer samt tjock- och ändtarmscancer.

Väntetidsdata har hämtats från de nationella kvalitetsregistren för respektive cancerform. Tiden mäts från den mätpunkt som enligt kvalitetsregistret motsvarar *datum för välgrundad misstanke om cancer till start av behandling*, i de flesta fall till olika former av första behandling.

Arbetet med kvalitetsregister har pågått i många år, vilket gör att vi kan redovisa väntetidernas utveckling under en längre tid. Dessutom följs hela populationen med en specifik cancerdiagnos för respektive urval, vilket innebär att även cancerpatienter som inte genomgått SVF inkluderats. En del kvalitetsregister – till exempel för prostatacancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar, lungcancer och hudmelanom – har utvecklats för att det ska gå att följa de cancerpatienter som genomgått SVF; dessa patienter följs specifikt i den nationella väntetidsdatabasen Signe. I bilaga 1 anges datakällor, metodbeskrivning av använda mått och en förklaring till hur vissa figurer ska avläsas. I tabell 7 (i slutet av bilaga 1) beskrivs täckningsgrad samt de mätpunkter och de urval som väntetidsredovisningen gäller.

¹² På grund av utrymmesskal anges Region Jämtland Härjedalen som Jämtland i regionsfigurerna.

Vårdförlopp som infördes i SVF 2015

Huvud- och halscancer

Huvud- och halscancer

Huvud- och halscancer är ett samlingsbegrepp för tumörer i läppar, munhåla, näsa och bihålor, spottkörtlar, struphuvud, svalg samt lymfkörtelmetastaser på halsen med okänd primärtumör. Inom varje grupp finns undergrupper som skiljer sig åt i utredning, prognos och behandling.

De behandlingsmetoder som används är kirurgi och onkologisk behandling eller kombinationer av dessa. Behandlingen av huvud- och halscancer är sedan lång tid nivåstrukturerad; större kirurgi och strålbehandling sker vid universitetssjukhusen.

Totalt 1 426 personer, fler män än kvinnor, diagnostiserades med huvud- och halscancer i Sverige 2017.

Välgrundad misstanke kan först uppstå i samband med klinisk undersökning av specialist vid en öron-näsa-halsklinik (ÖNH-klinik), en så kallad filterfunktion enligt SVF. Vid i princip alla misstänkta maligna tumörer i öron-näsa-halsområdet görs en radiologisk utredning.

Perioden augusti 2015–februari 2019 genomgick cirka 12 300 personer utredning enligt SVF för huvud- och halscancer.* Av dessa har 30 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 49 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för huvud- och halscancer redovisas endast på riksnivå eftersom behandlingen är koncentrerad till de sex sjukvårdsregionerna.

Figur 4 visar utvecklingen av väntetiderna inom huvud- och halscancer från 2009 till och med juni 2018 för *kirurgi*- respektive *strålbehandling* som första behandlingsform.

Inom området bedrevs ett nationellt framgångsrikt processarbete med att korta väntetiderna redan innan SVF infördes. Detta kan vara en bidragande orsak till att medianväntetiden för *kirurgisk behandling* låg på samma nivå som målnivån för SVF vid SVF-införandet 2015 (30 dagar, indikeras av linjen i översta grafen i figur 4). År 2017 var medianväntetiden oförändrad. Tendensen 2016 med kortare väntetid för de patienter som väntar längst (percentil 90) avstannade 2017. År 2015 hade 51 procent av patienterna med huvud- och halscancer fått kirurgisk behandling inom målnivån (anges ovanför respektive graf i figur 4). Andelen som nådde målnivån var oförändrad 2017.

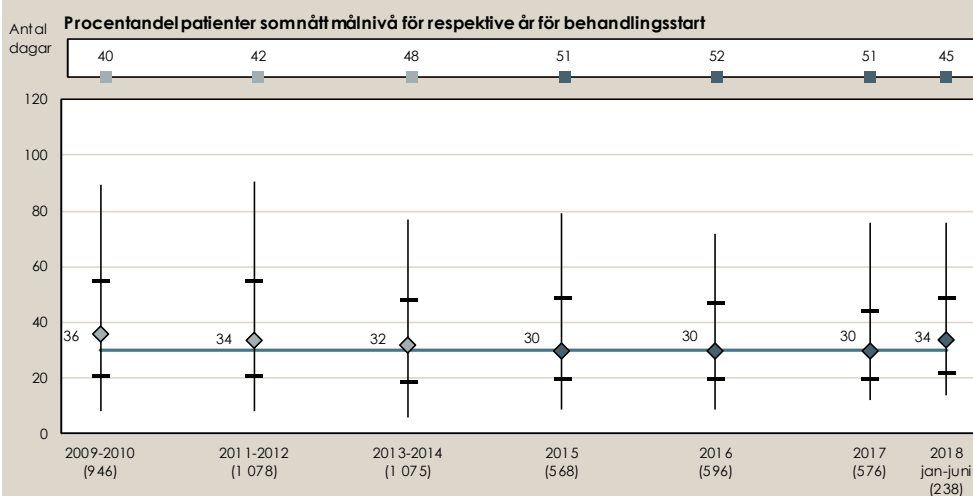
Vad gäller *strålbehandling* syns en stor förbättring av medianväntetiden och variationen (spridningen) av väntetiderna i riket från 2009 fram till 2014, alltså tiden före SVF-införandet (nedre grafen i figur 4). Andelen patienter som fick strålbehandling som första behandlingsform inom målnivån 38 dagar fördubblades, från 12 till 24 procent, 2009–2014.

Figur 4. Rikets utveckling av väntetider för patienter med huvud- och halscancer

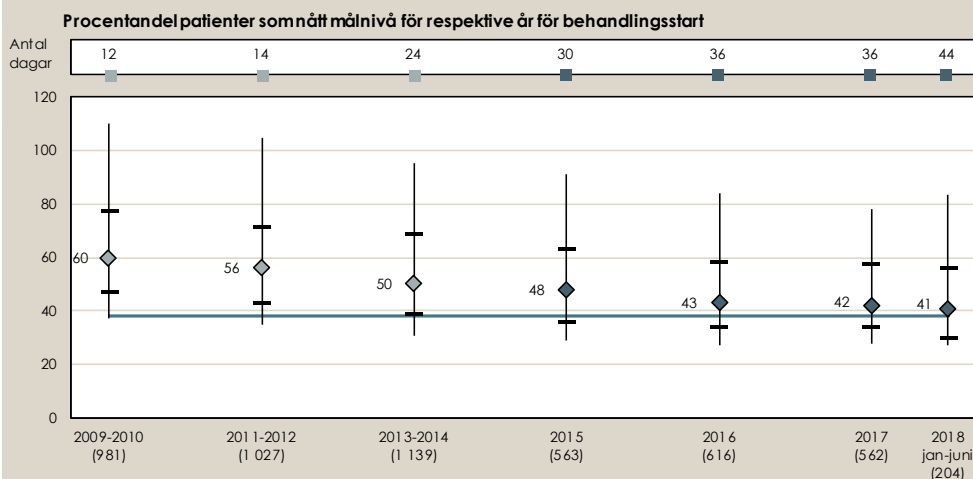
Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum första besök ÖNH-klinik till Operationsdatum / Datum första behandling (om strålbehandling) samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivå enligt SVF. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovanför figuren.



Kirurgisk behandling



Strålbehandling



ÖNH = öron-näs-ö-hals, SVF = standardiserade vårdförlöpp.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.

Utveckling mot kortade väntetider vid strålbehandling har fortsatt 2015–2017, alltså efter SVF-införandet. Medianväntetiden på 42 dagar har närmast

sig målnivån på 38 dagar. Andelen patienter som får behandling inom målnivån har ökat från 24 till 36 procent sedan 2013/2014. Ytterligare en tydlig förändring från 2015 är att väntetiderna kortats tydligt för patienter med längst väntetider (se percentil 90 i nedre grafen i figur 4).

Kommentarer från fördjupningsregionerna

Som det nämndes tidigare bedrevs ett nationellt framgångsrikt processarbete med att korta väntetiderna inom området huvud- och halscancer redan innan SVF infördes. Väntetidsutvecklingen indikerar att det är svårare att hantera kapacitetsproblem inom kirurgisk behandling än inom strålbehandling vid huvud- och halscancer. Detta beror främst på bristen på kirurgisk kompetens inom området.

Det kan även finnas skillnader i processerna mellan de båda behandlingsformerna, till exempel när det gäller överföring av information om beslutad behandling.

Kortare avstånd underlättar direktöverföring och skapar bättre möjligheter att genomföra multidisciplinära konferenser (MDK). Som exempel nämndes sydöstra sjukvårdsregionen som tagit ”hem” strålbehandling lokalt till Kalmar vid huvud- och halscancer, vilket lett till kortare ledtider.

Matstrups- och magsäckscancer

Matstrups- och magsäckscancer

Insjuknandet i cancer i matstrupe ligger kvar på samma nivå sedan 1970-talet medan insjuknandet i magsäckscancer har minskat kraftigt under samma period.

Totalt 1 151 personer fick diagnosen cancer i matstrupe och magsäck 2017.

Färre än hälften av patienterna med matstrups- och magsäckscancer genomgår behandling med syfte att bota, där kirurgi oftast är huvudbehandling. Cytostatika med eller utan strålbehandling i olika kombinationer kan vara aktuellt före repsektive efter kirurgi. Sedan 2017 är viss kirurgi vid cancer i matstrupe och magmun koncentrerad till två universitetssjukhus. Övrig cancerkirurgi sker i respektive region.

Vid misstanke om matstrups- och magsäckscancer startar utredningen med en endoskopisk undersökning med vävnadsprov, vilket utgör filterfunktionen i SVF. Även andra utredningar kan vara aktuella, till exempel ultraljud via endoskop och diagnostisk laparoskopi.

Perioden augusti 2015–februari 2019 genomgick drygt 4 100 personer utredning enligt SVF för matstrups- och magsäckscancer.* Av dessa har 55 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 34 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för matstrups- och magsäckscancer redovisas endast på riksnivå eftersom antalet patienter är färre än 10 inom flera av regionerna.

Figur 5 och 6 visar utvecklingen av väntetiderna inom cancerformen med kurativ¹³ behandling som första behandlingsform vad gäller; *kirurgisk behandling* 2007–juni 2018 samt behandlingskombinationen *radio-kemoterapi* respektive *kemoterapi* som neoadjuvant¹⁴ behandling 2011–2017. Graferna återspeglar att fler patienter i dag jämfört med tidigare får onkologisk behandling (kemoterapi eller radio-kemoterapi).

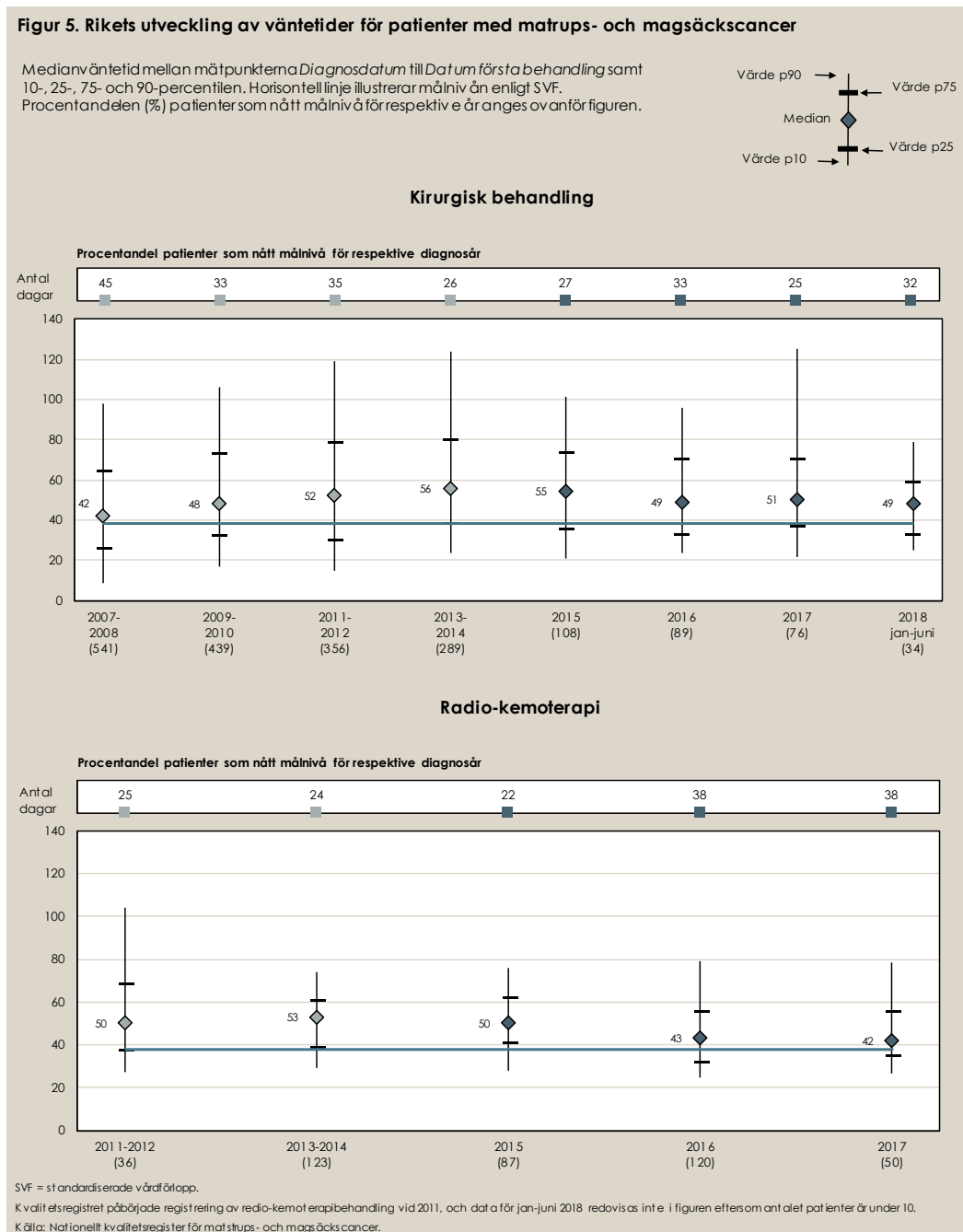
Vad gäller *kirurgisk behandling* noteras en tydlig trend mot ökade väntetider i riket från 2007 till och med 2013/2014, det vill säga före SVF-införandet (övre grafen i figur 5). Från SVF-införandet 2015 till och med 2016 minskar däremot både variationen i väntetid och medianväntetiden från 55 till 49 dagar, för att närma sig målnivån 38 dagar. Denna utveckling bryts dock 2017, då andelen patienter som får kirurgisk behandling inom målnivån sjunker från 33 procent 2016 till 25 procent 2017 samtidigt som medianväntetiden ökar till 51 dagar. Väntetiderna första halvåret 2018 bör

¹³ Kurativ behandling innebär att behandlingen är botande eller har som syfte att bota, hela och läka.

¹⁴ Neoadjuvant behandling innebär preliminär cancerbehandling som föregår en andra, nödvändig behandlingsform.

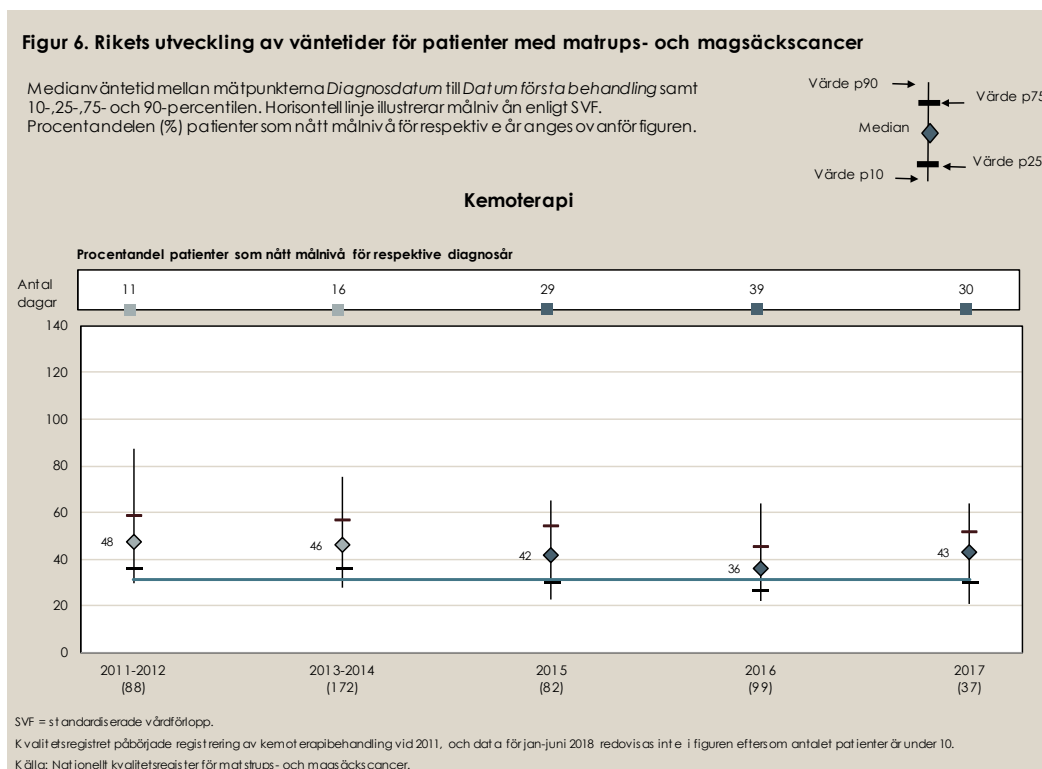
dock tolkas med försiktighet eftersom dessa data grundar sig på ett patienturval som diagnostiserats 2018, vilket kan indikera att patienter med längre väntetider inte inkluderas.

För behandling med kombinationen *radio-kemoterapi* visas en nedåtgående trend av medianväntetiden från 53 dagar 2013/2014 (före SVF-införandet) till 50 dagar vid införandet 2015 och 42 dagar 2017. Andelen patienter som får behandlingsformen inom målnivån 38 dagar ökade från 24 procent 2013/2014 till 38 procent 2017.



För behandlingsformen *kemoterapi* syns en nedåtgående trend av medianväntetiden redan från 2011–2012 (figur 6). Det är också tydligt att

patienterna med längst väntetider nu väntar kortare tid (percentil 90 minskar) och att patienterna behandlas tidigare (percentil 10 minskar). Denna utveckling fortsätter efter SVF-införandet 2015 (42 dagar) till och med 2016 (36 dagar), men trenden bryts dock 2017 när väntetiden börjar öka igen (43 dagar).



Kommentarer från fördjupningsregionerna

En möjlig förklaring till att den positiva utvecklingen av väntetid till kirurgisk behandling bryts 2017 uppges vara brist på vårdplatser samt brist på operationskapacitet på grund av att det saknas sjuksköterskor.

Antalet patienter som behandlas med kemoterapi är mycket lägre 2017 jämfört med 2016, vilket kan påverka medianväntetiden. En annan möjlig förklaring till den ökade medianväntetiden är att det kan ta tid fram till beslut om vilken behandling som patienten ska få. Fördjupningsregionerna menar även att det ibland finns kapacitetsproblem vad gäller möjligheten att få till MDK för alla patienter.

Företrädarna framhåller att SVF bidragit till tidigare upptäckt av matstrups- och magsäckscancer.

Prostatacancer

Prostatacancer

Prostatacancer är numera den vanligaste cancerformen i Sverige och utgör en tredjedel av all cancer hos män. Var femte svensk man diagnostiseras med prostatacancer under sin livstid, men sjukdomen förekommer sällan före 50 års ålder och bara i enstaka fall före 40-årsåldern.

Totalt 10 265 män fick diagnosen prostatacancer 2017.

Val av behandling avgörs av PSA-nivå (nivån av prostataspecifikt antigen), differentiering av tumörer och sjukdomens stadium. Cirka hälften av männen med hög risk behandlas med strålbehandling eller operation av prostatakörteln.

Perioden augusti 2015–februari 2019 genomgick cirka 39 520 personer utredning enligt SVF för prostatacancer.* Av dessa har 36 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 39 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för prostatacancer redovisas på flera nivåer för tre olika behandlingsformer: *strålbehandling*, *kirurgi* samt *kombinerad läkemedels- och strålbehandling*¹⁵ som första behandling:

- väntetidernas utveckling på riksnivå 2009 eller 2015 till juni 2018 (figur 7 och 8)
- medianväntetidens utveckling per region 2011 eller 2015 till 2017 (figur 9, 11, och 13 i bilaga 2)
- väntetidernas variation per region 2017 (figur 10, 12 och 14).

I lägesrapporterna 2016 och 2017 redovisade Socialstyrelsen väntetider även för den patientgrupp med prostatacancer som genomgått SVF. Inför denna rapport bedömde dock kvalitetsregistret att det inte går att tillförlitligt urskilja de patienter som genomgått SVF.

Väntetidernas utveckling på riksnivå

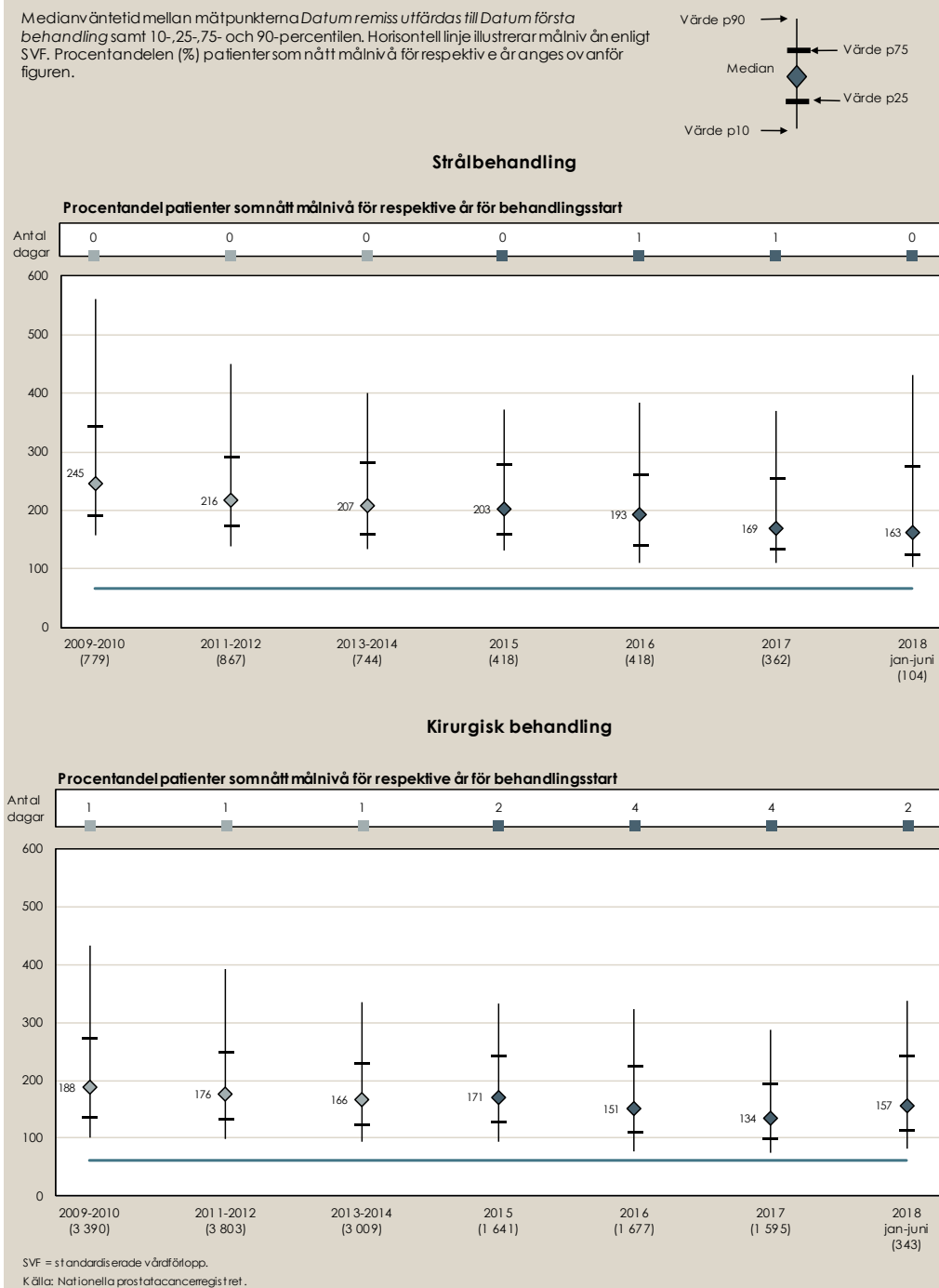
Prostatacancer har sedan tidigare kännetecknats av långa väntetider. I figur 7 och 8 noteras en klar riktning mot kortare medianväntetider i riket för samtliga behandlingsgrupper från SVF-införandet 2015 till och med juni 2018.

För *strålbehandling* och *kirurgisk behandling* började väntetiderna minska redan före SVF-införandet (figur 7), och figuren visar en tydlig nedåtgående trend för de 10 procent av patienterna som väntar som längst (percentil 90), och för de 10 procent som fick behandling snabbast (percentil 10).

¹⁵ Patientgruppen med kombinationen läkemedel och strålbehandling är de som fått neoadjuvant hormonbehandling och därefter strålbehandling. För denna grupp är det hormonbehandlingen som utgör behandlingsstart.

Figur 7. Rikets utveckling av väntetider för patienter med prostatacancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas till Datum första behandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivå enligt SVF. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.

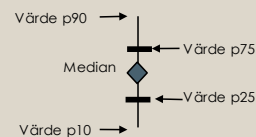


Sammantaget har medianväntetiden för *strålbehandling* och *kirurgisk behandling* minskat från 203 respektive 171 dagar 2015 till 169 respektive 134 dagar 2017. Dock är det långt kvar till målnivå 68 respektive 61 dagar.

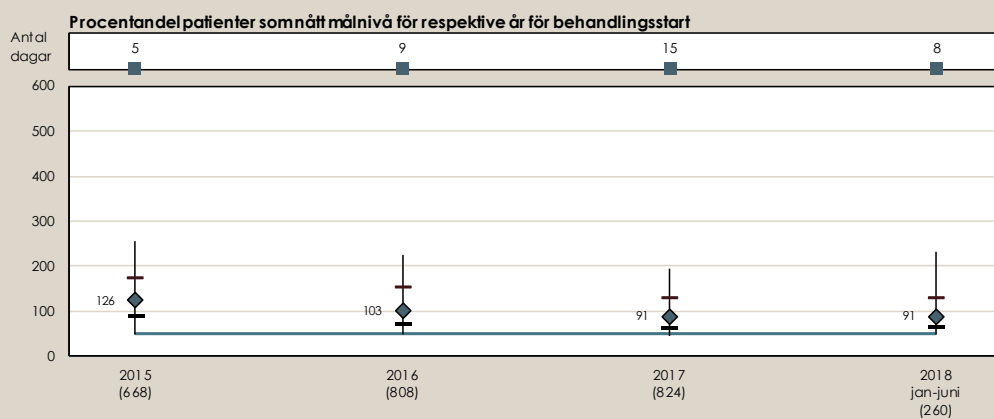
Registrering av väntetider för *läkemedel- och strålbehandling* startade först 2015, i samband med SVF-införandet. Dessa kan alltså endast följas upp sedan dess (figur 8). För denna behandlingsform har medianväntetiden minskat från 126 dagar 2015 till 91 dagar 2017. 15 procent av patienterna får behandling inom målnivå.

Figur 8. Rikets utveckling av väntetid för patienter med prostatacancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas till Datum första behandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivå enligt SVF. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.



Kombinerad läkemedels- och strålbehandling



SVF = standardiserade vårdförlopp.

Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Väntetidernas utveckling och variation per region

Av de 16 regioner som hade tillräckligt antal patienter uppvisar 14 regioner kortade medianväntetider vid *strålbehandling* mellan 2011 och 2017 (figur 9 i bilaga 2). Region Kronoberg visar den tydligaste utvecklingen mot stadigt kortade väntetider utan fluktuationer under perioden. Fördjupningsregionerna Gävleborg, Skåne, Västerbotten och Östergötland uppvisar däremot olika mönster. Region Skåne har snarare ökat sin medianväntetid medan Region Östergötland uppvisar störst förbättring av medianväntetiden mellan åren.

Störst minskning respektive ökning av medianväntetiden 2017 ses i Region Värmland respektive Region Jämtland Härjedalen, jämfört med före SVF-införandet 2013/2014 (figur 9 i bilaga 2).

Variationen (spridningen) inom och mellan regionerna 2017 är stor vid strålbehandling (figur 10) – mellan 134 och 333 dagar för den region som har kortast respektive längst medianväntetid.

För *kirurgisk behandling* uppvisar 17 regioner en utveckling mot kortade väntetider 2011–2017 (figur 11 i bilaga 2). Nivån fluktuerar under perioden och störst minskning av medianväntetiden sker i Region Sörmland. I två regioner, Region Norrbotten och Region Västerbotten, ökar väntetiderna 2011–2017.

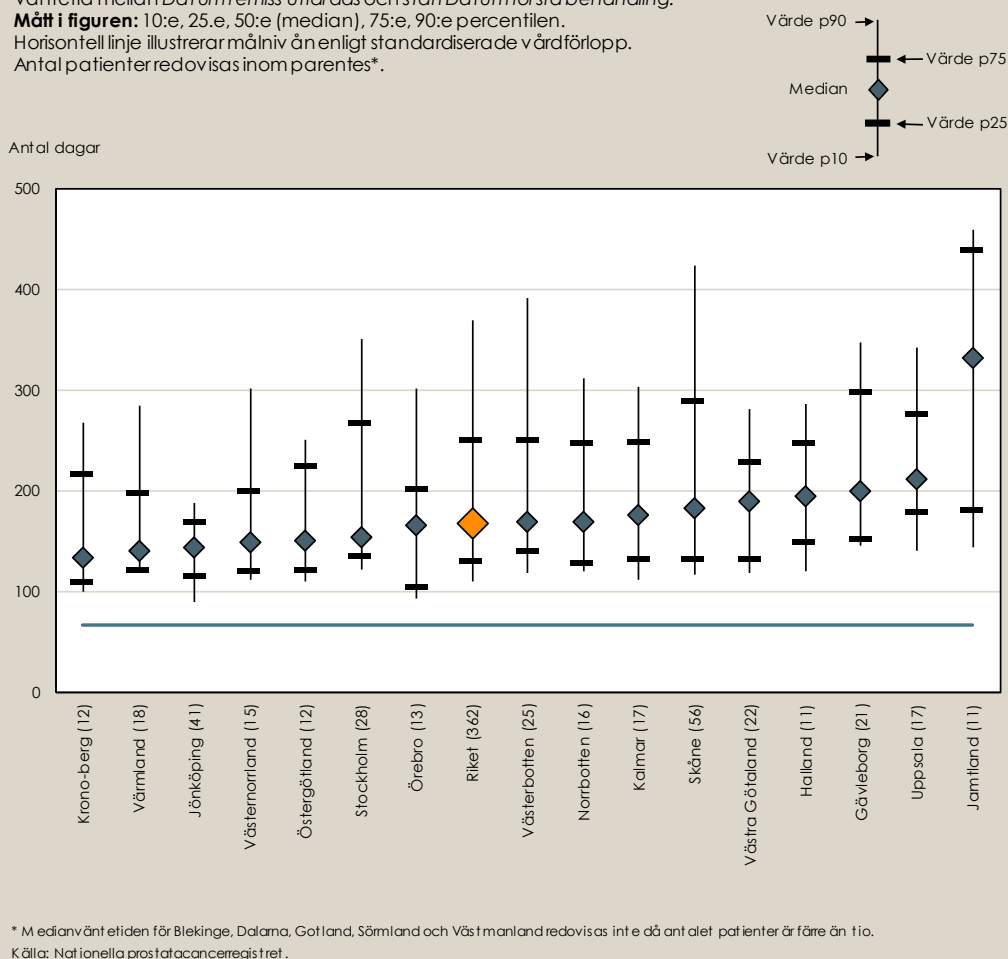
Figur 10. Väntetider per region vid strålbehandling för patienter med prostatacancer 2017

Väntetid mellan Datum remiss utfärdas och startDatum första behandling.

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.

Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal patienter redovisas inom parentes*.



För kirurgisk behandling sker störst minskning respektive ökning av medianväntetiden 2017 i Region Gotland respektive Region Norrbotten, sedan införandet av SVF 2013/2014 (figur 11 i bilaga 2).

Variationen mellan regionerna är mindre för kirurgisk behandling än för strålbehandling där medianväntetiden varierar mellan 101 och 239 dagar för den regionen som har kortast respektive längst medianväntetid (figur 12).

Variationen är större inom regioner där medianväntetiden är längre än rikets.

Spannet för andelen patienter som får kirurgisk behandling inom målnivån är 0–15 procent mellan regionerna, där Region Sörmland uppvisar den högsta andelen.

Vid kombinerad läkemedels- och strålbehandling uppvisar 19 regioner en utveckling mot kortare väntetider 2015–2017 (figur 13 i bilaga 2). En tredjedel av dessa regioner visar en stadig utveckling utan fluktuationer, där Region Gävleborg har störst förändring. Region Västerbotten går däremot i motsatt riktning, med en svag ökning av medianväntetiden.

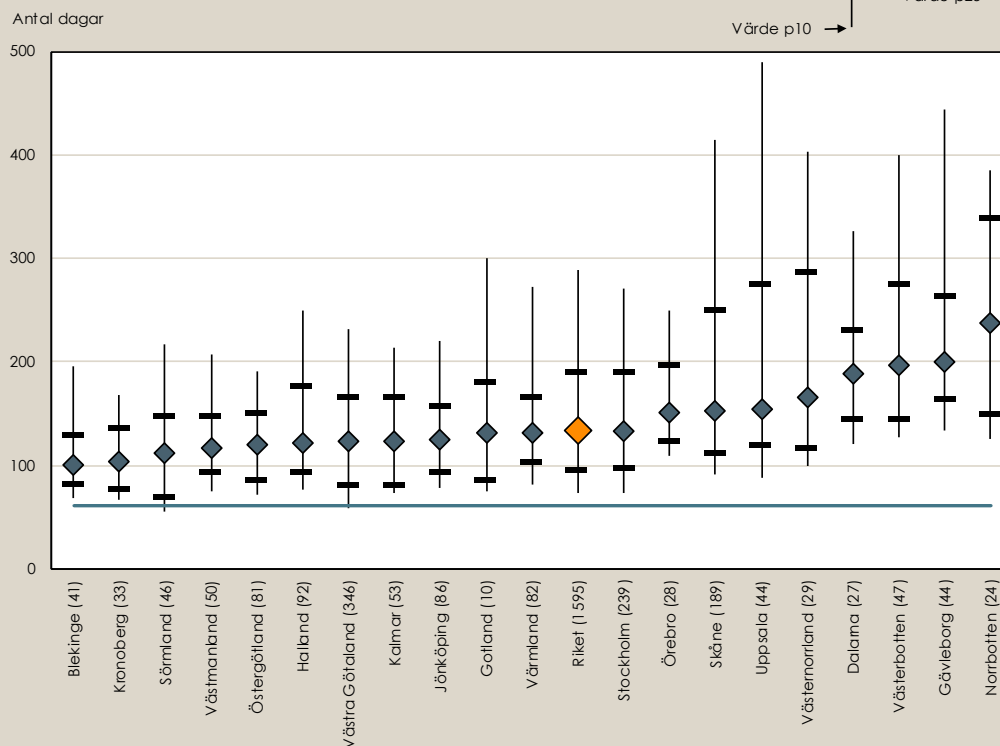
Figur 12. Väntetider per region vid kirurgisk behandling för patienter med prostatacancer 2017

Väntetid mellan Datum remiss utfärdas och start Datum första behandling.

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.

Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlöpp.

Antal patienter redovisas inom parentes*.



* Medianväntetiden för Jämtland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.
Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Variationen mellan regionerna är mindre för *kombinerad läkemedels- och strålbehandling* än för strålbehandling respektive kirurgisk behandling. Medianväntetiden är mellan 54 och 125 dagar för den region med kortast respektive längst medianväntetid (figur 14).

Spannet för andelen patienter som får kombinerad läkemedels- och strålbehandling inom målnivån är 0–50 procent mellan regionerna, där Region Kalmar län uppvisar den högsta andelen.

Kommentarer från fördjupningsregionerna

I dialogen med fördjupningsregionerna framhålls att bristen på urologisk kompetens fortsatt är en utmaning. För Region Gävleborg har bristen på kirurger lett till att regionen köpt privat vård för att patienterna ska kunna opereras inom rimlig tid. På grund av för långa väntetider har det inom regionen dessutom förekommit att behandlingsbeslut från kirurgi i stället ändrats till strålbehandling. Detta leder till att väntetiden för den senare behandlingsformen blir längre. Detta tillsammans med ett ökat inflöde för strålbehandling påverkar väntetiderna negativt.

Fördjupningregionerna framhåller att vid kombinerad läkemedel- och strålbehandling mäts tiden fram till läkemedelsbehandling och att tiden för den efterföljande strålbehandlingen kan ta längre tid än vad som är praxis vid kombinerad behandling.

Figur 14. Väntetider per region vid kombinerad läkemedel- och strålbehandling för patienter med prostatacancer 2017

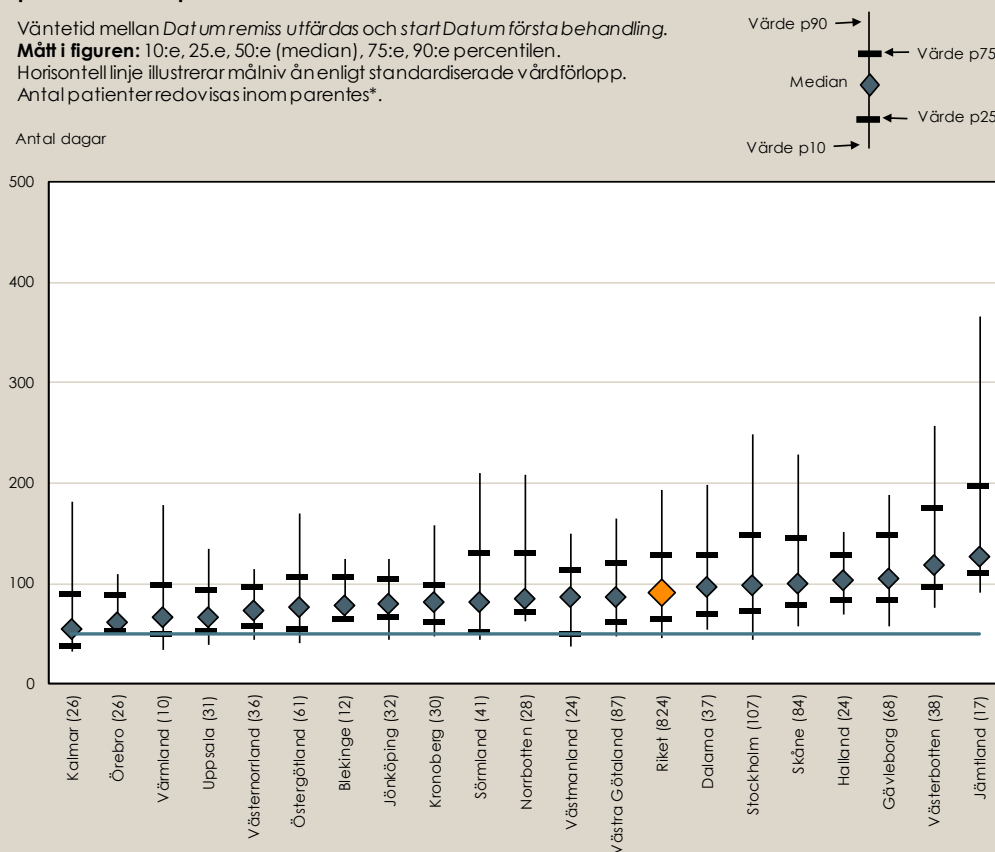
Väntetid mellan Datum remiss utföras och start Datum första behandling.

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.

Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlöpp.

Antal patienter redovisas inom parentes*.

Antal dagar



* Medianväntetiden för Gotland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.
Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Cancer i urinblåsa och övre urinvägar

Cancer i urinblåsa och övre urinvägar

Diagnosen innefattar cancer i urinblåsa, urinrör, urinledare och njurbäcken. De flesta tumörer utvecklas i urinblåsan; färre än 10 procent uppkommer i urinvägarna. Cancer i urinblåsa och övre urinvägar är nästan tre gånger så vanligt hos män som hos kvinnor.

Omkring 90 procent av patienterna genomgår en transuretral resektion av blåstumören (TURB). Även strålbehandling och operation med konstruerad urinavledning (urostomi) kan bli aktuellt om tumören vuxit igenom slemhinnan och in i muskulaturen.

Totalt 3 120 personer fick diagnosen cancer i urinblåsa och övre urinvägar 2017.

Utredningen sker med cystoskopi, datortomografi av njurbäcken och övriga urinvägar samt ultraljudsundersökning.

Perioden augusti 2015–februari 2019 genomgick 47 800 personer utredning enligt SVF för cancer i urinblåsa och övre urinvägar.* Av dessa har 11 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 63 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för cancer i urinblåsa och övre urinvägar, med behandlingsformerna *strålbehandling*, *neoadjuvant kemoterapi* och *cystektomi*, redovisas endast på riksnivå. Data per region (hemlän) har inte följts upp eftersom det finns för få patientfall per region. För behandlingsformen *TURB-operation*¹⁶ redovisas riksnivå och utvecklingen av medianväntetiden per region samt väntetidernas variation för 2017.

Figur 15 och 16 visar utvecklingen av väntetiderna för strålbehandling, neoadjuvant kemoterapi, cystektomi respektive TURB-operation som första behandlingsform från 2009 till och med 2017 eller juni 2018. I detta register följs SVF-patienterna särskilt.

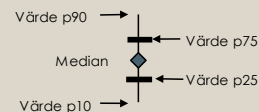
Vad gäller *strålbehandling*, *neoadjuvant kemoterapi* och *TURB-operation* ses en förbättring av medianväntetiden och variationen (spridningen) av väntetiderna i riket från 2009 fram till SVF-införandet 2015 (figur 15 och 16). Särskilt märkbart är att patienterna med längst väntetider (percentil 90) får kortare väntetider.

Vid *cystektomi* syns i stället en försämring av medianväntetiden i riket från 2009 som bryts 2016, det vill säga efter SVF-införandet. Även här är det särskilt patienterna med de längsta väntetiderna (percentil 90) som får kortare väntetider (övre grafen i figur 16).

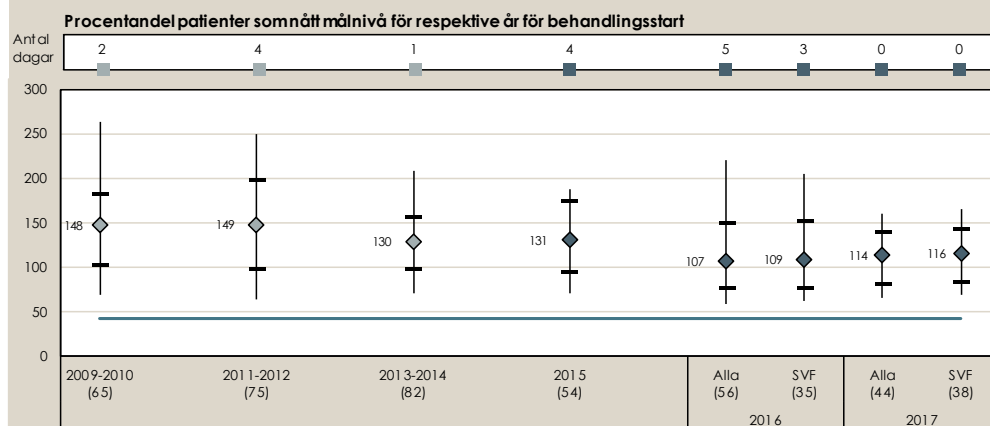
¹⁶ TURB – transuretral resektion av blåsa.

Figur 15. Rikets utveckling av väntetider för patienter med cancer i urinblåsa och övre urinvägar

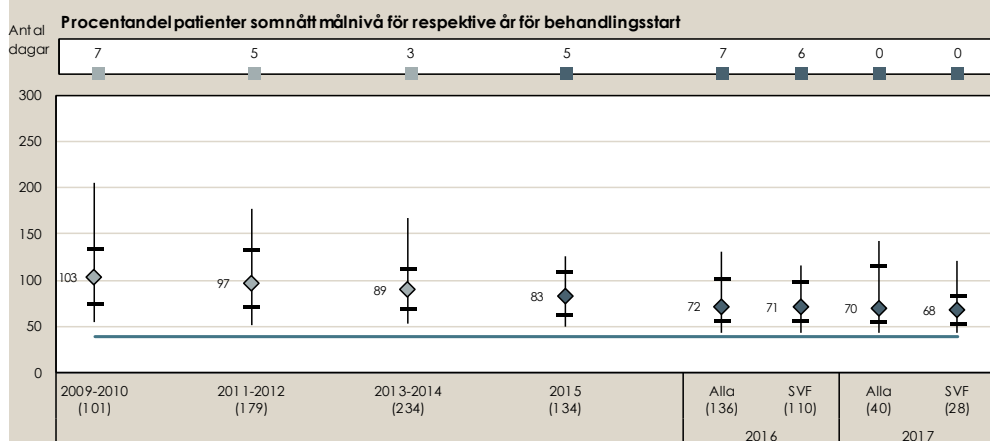
Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas till Datum start av strålbehandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.



Strålbehandling



Neoadjuvant kemoterapi



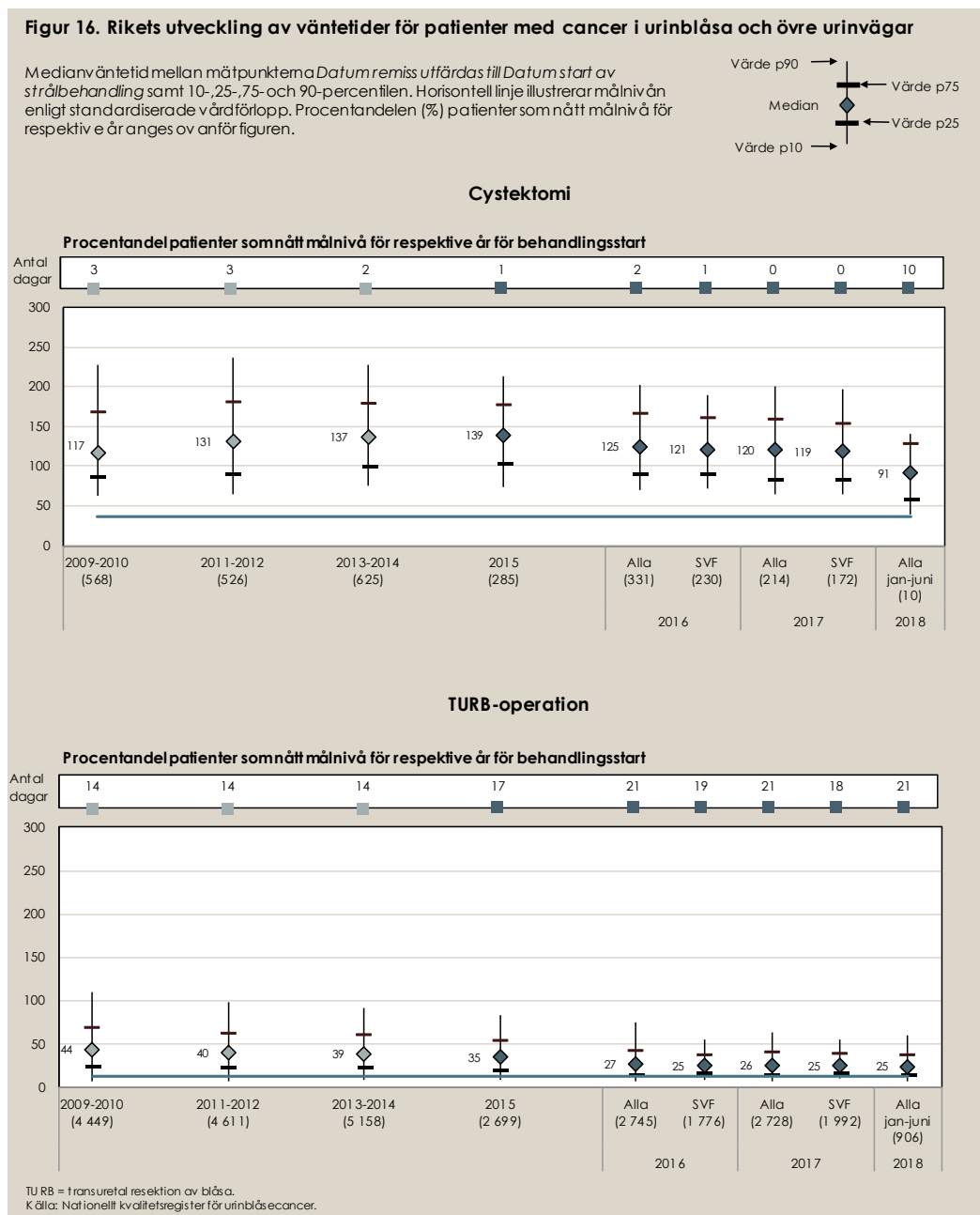
Medianväntetiden för januari-juni 2018 redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.
 Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåscancer.

För *strålbehandling* syns en tydlig minskning av spridningen i väntetider mellan åren 2009 och 2015, men samtidigt ökar medianväntetiden något mellan 2016 och 2017.

För *neoadjuvant kemoterapi* fortsätter den nedåtgående trenden för medianväntetiden även efter SVF-införandet 2015 – från 83 dagar till 70 dagar 2017 (nedre grafen i figur 15). Inom denna behandlingsform märks att variationen för den patientgrupp som ingått i SVF-förloppet (se gruppen ”SVF”) är något mindre jämfört med hela populationen (”alla”). Andelen patienter som får denna behandlingsform inom målnivån (39 dagar) minskar från 5 procent 2015 till 0 procent 2017.

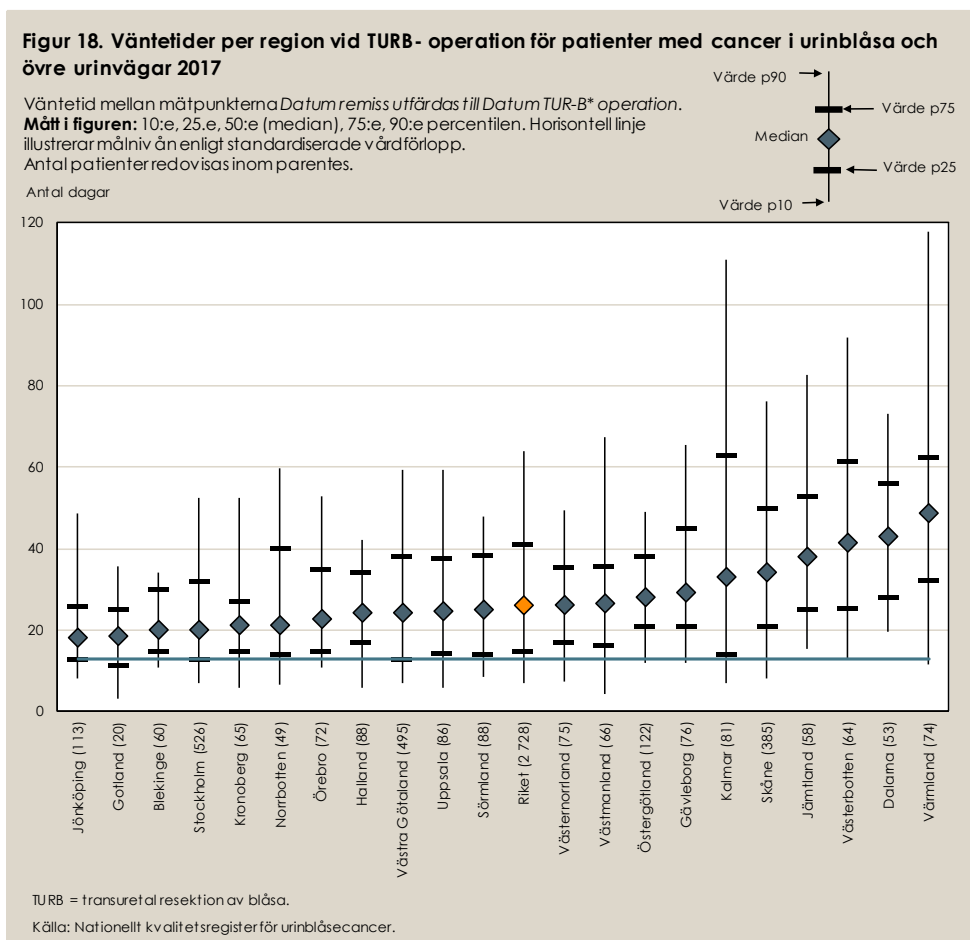
För *TURB-operation* fortsätter den nedåtgående trenden när det gäller medianväntetiden även efter SVF-införandet 2015 – från 35 dagar till 25

dagar (juni 2018) (nedre grafen i figur 16). Även variationen i riket fortsätter att minska något (skillnaden mellan percentil 90 och percentil 10 minskar). Andelen patienter som får behandlingsformen inom målnivån (13 dagar) ökar från 17 procent 2015 till 21 procent i juni 2018 (se populationen ”alla”). Spridningen i väntetider är något mindre för de patienter som ingått i SVF jämfört med hela populationen.



Vid TURB-operation uppvisar 19 regioner en utveckling mot kortade, och 2 regioner mot ökade, medianväntetider 2017 jämfört med 2013/2014 (figur 17 i bilaga 2). Störst minskning respektive ökning av medianväntetiden sker i Region Gotland respektive Region Dalarna.

I figur 18 kan noteras att variationen i väntetid vid TURB-operation är stor mellan regionerna 2017, där medianväntetiden är mellan 18 och 49 dagar mellan den region som har kortast respektive längst medianväntetid.



Kommentarer från fördjupningsregionerna

Trots ett ökat inflöde av patienter till utredning för denna cancerform har väntetiderna minskat.

Regionerna noterar att spridningen i väntetider 2016 och 2017 är mindre för patienter som genomgått SVF jämfört med hos hela populationen (neoadjuvant kemoterapi och TURB-operation). Detta kan bero på att den senare gruppen innehåller patienter med mer komplexa sjukdomstillstånd, vilket ofta leder till fler utredningar före behandling.

Akut myeloisk leukemi (AML)

Akut myeloisk leukemi (AML)

Akut myeloisk leukemi (AML) kräver akut omhändertagande och specialistkontakt inom tre dagar. Utredningen har tre utredningsblock, där de två senare är benmärgsprov och genetisk analys.

Cytostatikabehandling är ett led i den primära behandlingen.

Totalt 375 personer fick diagnosen AML 2017.

Perioden augusti 2015–februari 2019 genomgick cirka 910 personer enligt SVF för AML.* Av dessa har 67 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 34 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för akut myeloisk leukemi (AML)¹⁷, redovisas i tabell 8 i bilaga 3 för *medicinsk behandling* och endast på riksnivå. Data per region (hemlän) har inte följts upp med anledning av att det finns för få regioner med patientfall.

Vad gäller utvecklingen över tid var medianväntetiden oförändrad (5 dagar) mellan 2013 och 2016 (tabell 8 i bilaga 3), vilket innebär att 62–64 procent av patienterna fått behandling inom målnivån 6 dagar. Under 2017 var medianväntetiden 3 dagar och andelen patienter som fick behandling inom målnivån var 69 procent.

¹⁷ Inklusive oklassificerad leukemi.

Vårdförlopp som infördes i SVF 2016

Bröstcancer

Bröstcancer

Bröstcancer utgör cirka 30 procent av all cancer hos kvinnor och det är därmed den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Omkring hälften av all bröstcancer hos kvinnor upptäcks vid den allmänna screeningen (mammografi).

Totalt 7 842 personer fick diagnosen bröstcancer 2017, varav ett femtiotal var män.

En bröstcancerdiagnos fastställs vanligen med så kallad trippeldiagnostik (klinisk undersökning, mammografi och/eller ultraljud samt vävnadsprov). I de flesta fall börjar behandlingen med operation. Lymfkörtlar tas bort i armhålan för att fastställa utbredningen av bröstcancersjukdomen. I vissa fall ges cytostatika i syfte att krympa tumören före operation. Efter operation ges tilläggsbehandling i form av strål- och cytostatikabehandling och/eller hormonell behandling.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick cirka 43 250 personer utredning enligt SVF för bröstcancer.* Av dessa har 45 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 49 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för bröstcancer redovisas på flera nivåer för behandlingsformen *operation eller preoperativ onkologisk behandling* som första behandling:

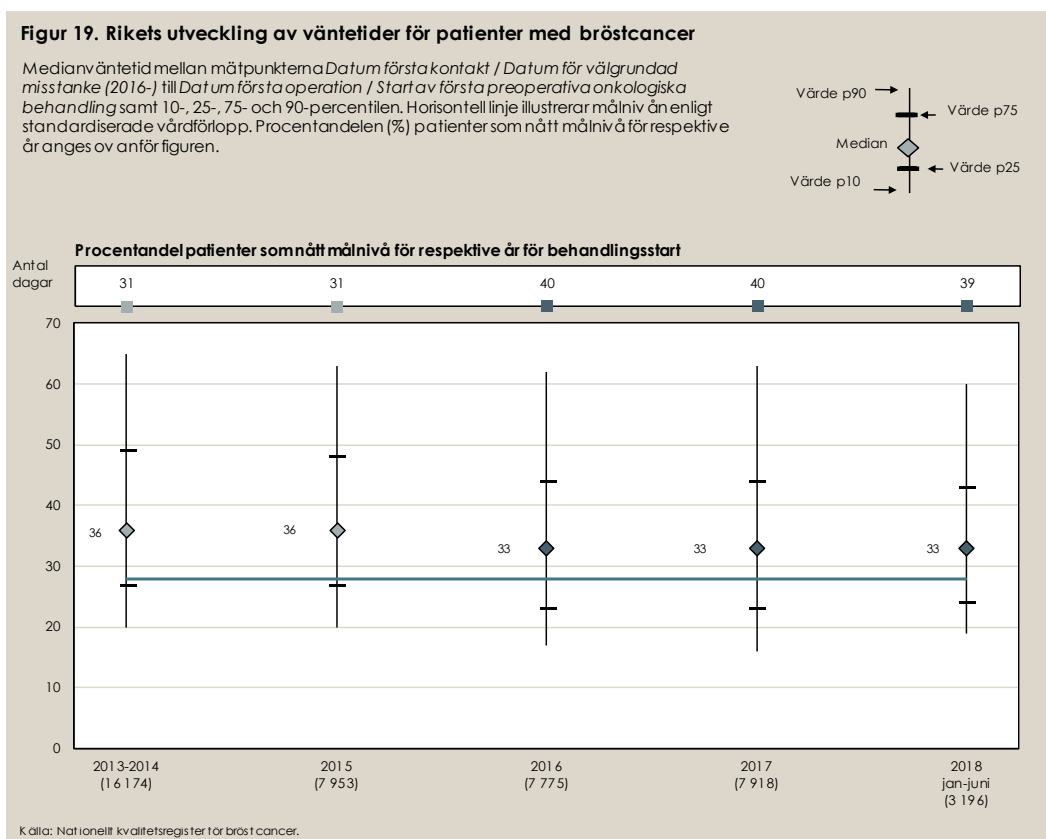
- väntetidernas utveckling på riksnivå för 2013–juni 2018 (figur 19)
- medianväntetidens utveckling per region 2013–2017 (figur 20 i bilaga 2)
- väntetidernas variation per region 2017 (figur 21).

Första mätpunkten för väntetiden vid bröstcancer ändrades i mars 2016,¹⁸ och därför bör en direkt jämförelse med tidigare årtal göras med viss försiktighet.

Medianväntetiden i riket kortades från 36 till 33 dagar 2016 jämfört med 2015 (figur 19). Under 2017 och första halvåret 2018 var medianväntetiden oförändrad jämfört med 2016. Däremot uppvisas en mindre variation halvåret 2018 jämfört med 2016 och 2017, dels på grund av en något kortare väntetid för de patienter som väntar längst (percentil 90 minskar), dels på

¹⁸ Se definition för mätpunkter i figurtext samt i tabell 7 i bilaga 1.

grund av att patienter som tidigare väntat kortast nu väntade längre (percentil 10 ökar).



Utvecklingen över tid visar att medianväntetiden har kortats hos 18 regioner och ökat hos 2 regioner mellan 2015 och 2017 (figur 20 i bilaga 2).

Figur 21 visar att 2017 medianväntetiden varierade mellan 13 och 39 dagar mellan den region som hade kortast respektive längst väntetid. Variationen mellan regionerna är dessutom relativt betydande, där en del regioner har större spridning av väntetiderna än andra regioner. Region Kronoberg har kortast medianväntetid följt av Region Norrbotten (20 dagar), och jämfört med övriga regioner har dessa två regioner dessutom mycket mindre variation inom respektive region.

Spannet mellan regionerna för andelen patienter som får behandling inom målnivån är 27–97 procent, där Västra Götalandsregionen respektive Region Kronoberg ligger lägst respektive högst. Region Norrbotten har näst högst andel patienter som får behandling inom målnivån (90 procent). I riket fick 40 procent av patienterna behandling inom målnivån 28 dagar (figur 19).

Kommentarer från fördjupningsregionerna

I dialog med fördjupningsregionerna framkommer att verksamheterna i vården för bröstcancer har arbetat processbaserat redan före SVF-införandet. I Region Kronoberg har väntetiderna för bröstcancer varit korta sedan många år tillbaka. Regionen har ett högt screeningsdeltagande och ett väl fungerande flöde.

Patienter som får preoperativ onkologisk behandling med cytostatika kräver ofta mer utredning. I regioner där fler patienter får preoperativ onkologisk behandling, exempelvis Region Stockholm, kan därför väntetiderna bli längre och uppvisa större variation inom regionen.

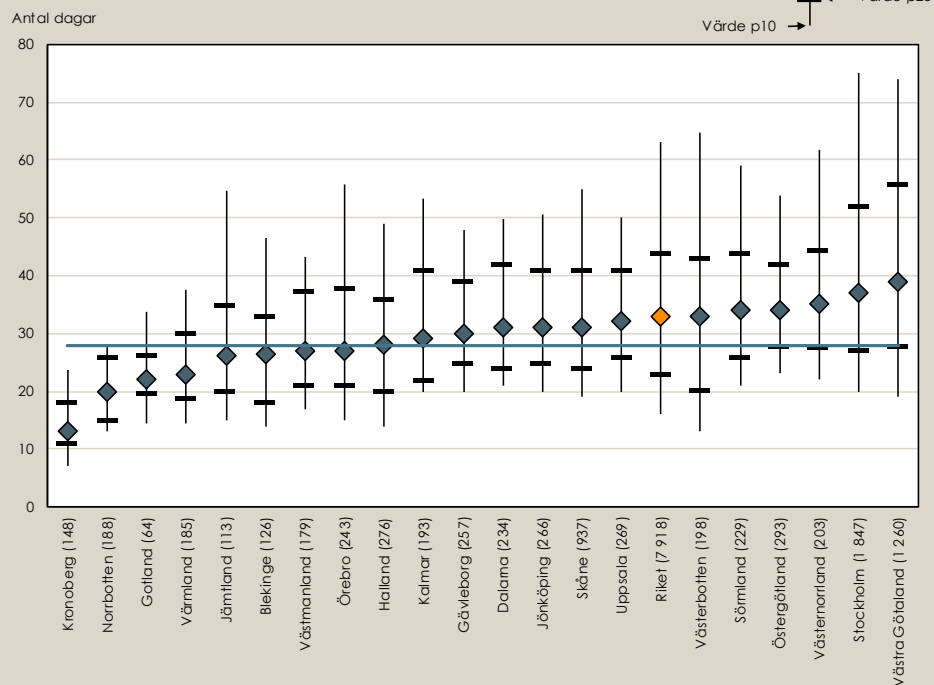
Vidare framhåller fördjupningsregionerna att faktorer som att vissa regioner hanterar SVF-biopsier som akutprov också bidrar till regionala skillnader. Ytterligare en aspekt som kan bidra till regionala variationer är att regionerna sätter den första mätpunkten olika – antingen som *datum för första vårdkontakt* eller *datum för första besöket*. Detta kan innebära upp till sju dagar i skillnad och försvårar de regionala jämförelserna.

En notering är att väntetidsvariationen är större i Region Västerbotten än i Region Gävleborg och Region Östergötland. Detta kan delvis förklaras av att de sistnämnda regionerna styr flödena så att patienten söker direkt till bröstmottagningen (Region Gävleborg har en enda bröstmottagning i hela regionen). Exempelvis har man i Region Gävleborg kommit överens med primärvården om att alltid hänvisa patienten direkt till bröstmottagningen vid indikationen ”knöl”. I Region Västerbotten finns alternativet för patienten att söka via primärvården som sedan remitterar patienten till bröstmottagningen, vilket leder till längre väntetider. Vidare kommenterar Region Västerbotten att man har underkapacitet inom bröstmottagningen och vad gäller mammografi.

Den ökade variationen i väntetider 2017 kan enligt fördjupningsregionerna förklaras av en brist när det gäller kirurgisk operationskapacitet, som i sin tur baseras på brist på operationssjuksköterskor och operationsplatser.

Figur 21. Väntetider per region för patienter med bröstcancer 2017

Väntetid mellan mätpunkterna Datum första kontakt/Datum för välgrundade misstanke (2016-) och Datum första operation/Start av första preoperativa onkologiska behandling. **Mått i figuren:** 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Hudmelanom

Hudmelanom – malignt melanom

Totalt 3 933 personer, ungefär lika många män som kvinnor, fick diagnosen malignt melanom i Sverige 2017.

Om det finns misstanke om malignt melanom efter undersökning opereras förändringen bort av hudläkare, primärvårdsläkare eller kirurg och granskas i mikroskop. Om melanomet växer på djupet och ner i underhuden kan cancer sprida sig till andra organ via blod- och lymfkärldsystemen. Då tillkommer fler undersökningar, exempelvis lungröntgen och datortomografi av hjärnan. Tumören, liksom omgivande vävnad, tas bort.

För att bestämma sjukdomens utbredning undersöks ofta lymfkörtlarna med så kallad *sentinel node*-teknik, vilket innebär att den första lymfkörteln identifieras och om det finns fler tumörceller i denna tas fler lymfkörtlar bort; i vissa fall blir det aktuellt med strålbehandling.

Målstyrda läkemedel med specifik verkan på immunförsvaret har de senaste åren dramatiskt förändrat behandlingen vid spridd sjukdom.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 17 870 personer utredning enligt SVF för hudmelanom.* Av dessa har 51 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 69 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för hudmelanom redovisas på följande nivåer för behandlingsformerna *primärkirurgisk behandling* och *utvidgad kirurgisk behandling*:

- väntetidernas utveckling på riksnivå 2009–juni 2018 (figur 22)
- medianväntetidens utveckling per region 2011–2017 (figur 23 och 25 i bilaga 2)
- väntetidernas variation per region 2017 (figur 24 och 26).

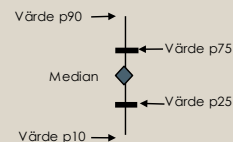
I registret för hudmelanom följs SVF-patienterna särskilt.

Primärkirurgisk behandling sker oftast inom primärvården och cirka 70 procent av patienterna i riket fick behandling inom målnivån 21 dagar mellan 2009 och 2016 (övre grafen figur 22). Vid SVF-införandet 2016 var medianväntetiden 9 dagar; i juni 2018 var denna i stort sett oförändrad. Andelen som fick primärkirurgisk behandling inom målnivån ökade däremot till 76 procent för hela populationen med hudmelanom (se populationen

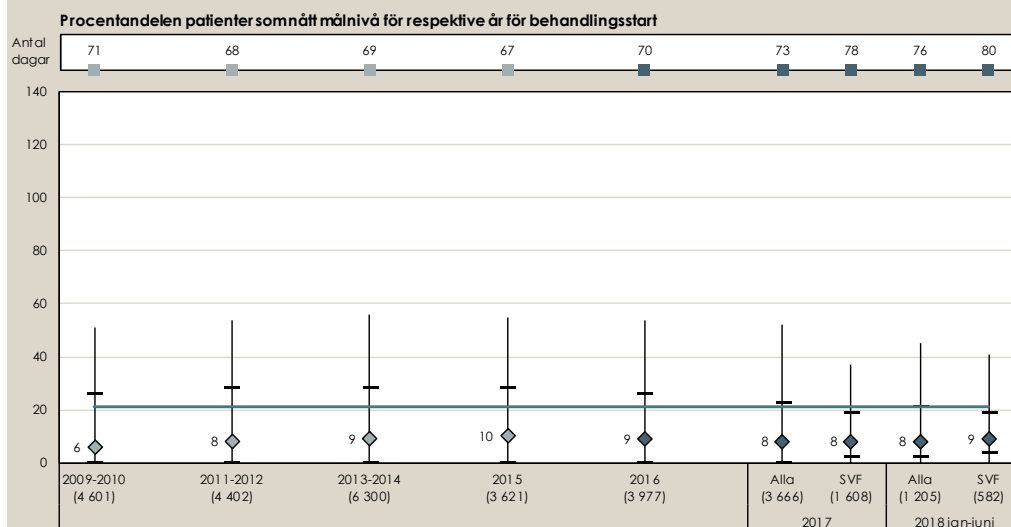
”alla” i övre grafen i figur 22). För gruppen som ingått i SVF fick 80 procent av patienterna behandling inom målnivån (se gruppen ”SVF” i övre grafen i figur 22). År 2017 syns det tydligt att väntetiderna varierade mindre för patienter som ingått i SVF, framför allt eftersom väntetiden minskat för patienterna med längst väntetider (percentil 90).

Figur 22. Rikets utveckling av väntetider för patienter med hudmelanom

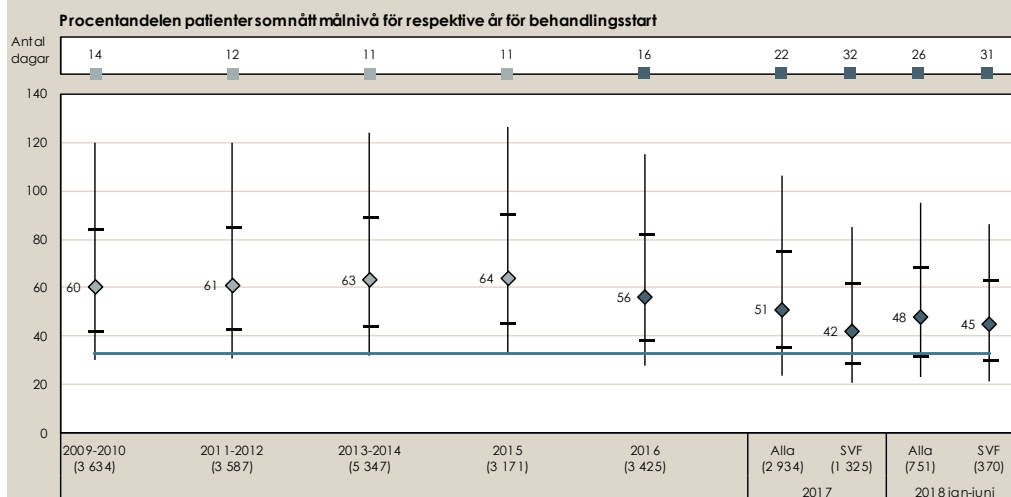
Medianväntetid mellan mätpunkterna *Datum första läkarbesök* till *Datum primärkirurgi* och *Datum första läkarbesök* till *Datum utvidgad kirurgi* för respektive första behandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlopp. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.



Primärkirurgisk behandling



Utvidgad kirurgisk behandling



Källa: Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom.

Vid behandling med *utvidgad kirurgi* kan man se en ökad medianväntetid i riket från 60 till 64 dagar mellan 2009 och 2015 (nedre grafen figur 22). Trenden bryts dock 2016 och minskar till 56 dagar. Därefter sker en fortsatt minskning av variationen i väntetid samt medianväntetiden till 48 respektive 45 dagar för patientpopulationen med alla patienter (populationen "alla") respektive gruppen som införts i SVF (gruppen "SVF"). Andelen som behandlas inom målnivån 28 dagar ökar från 11 procent 2015 till 26 respektive 31 procent juni 2018 för patientpopulationen "alla" respektive patientgruppen "SVF". Det är tydligt att patienterna med längst väntetider väntar kortare tid (90 percentilen minskar) 2017–2018 och att patienterna behandlas tidigare (10 percentilen minskar).

Utvecklingen över tid för respektive region visar att medianväntetiden för *primärkirurgi* kortas i 10 regioner, ökar i 8 regioner och är oförändrad i 3 regioner mellan 2015 och 2017 (figur 23 i bilaga 2). Väntetidsvariationen vid primärkirurgi 2017 är stor hos ett fåtal regioner i förhållande till huvuddelen av regionerna som uppvisar en jämnare spridning av väntetiderna. Det gäller både inom och mellan regionerna (figur 24). Medianväntetiden är mellan 0 och 20 dagar mellan den region som har kortast respektive längst medianväntetid.

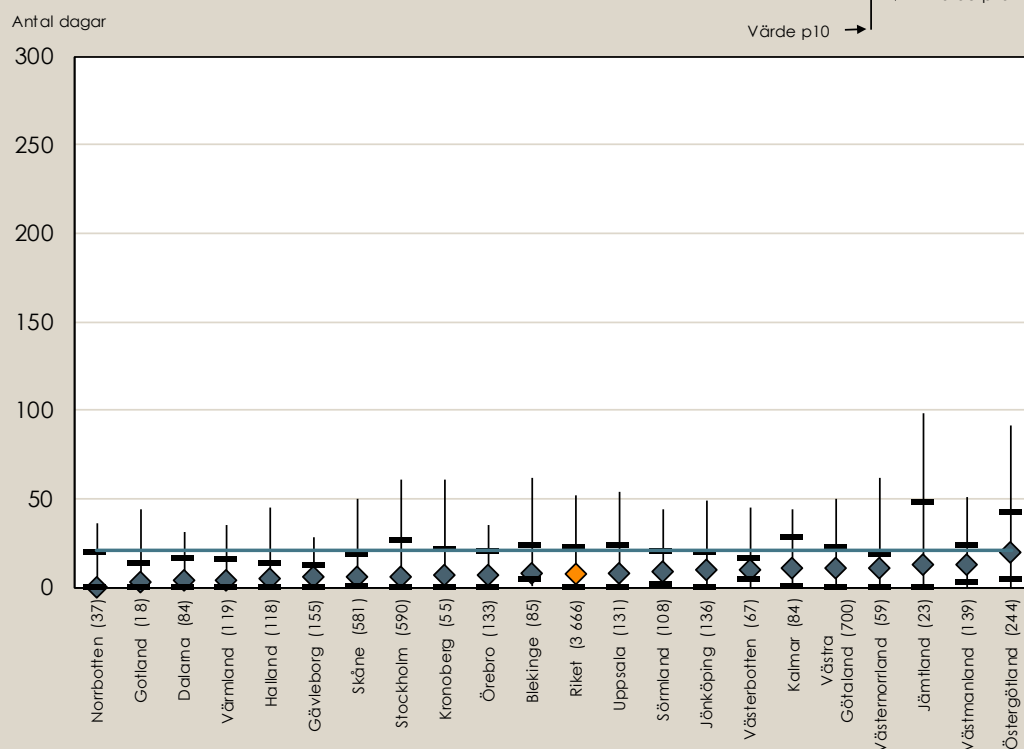
Figur 24. Väntetider per region vid primärkirurgisk behandling för patienter med hudmelanom 2017

Väntetid mellan Datum första läkarbesök och Datum primärkirurgi.

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.

Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal patienter redovisas inom parentes.

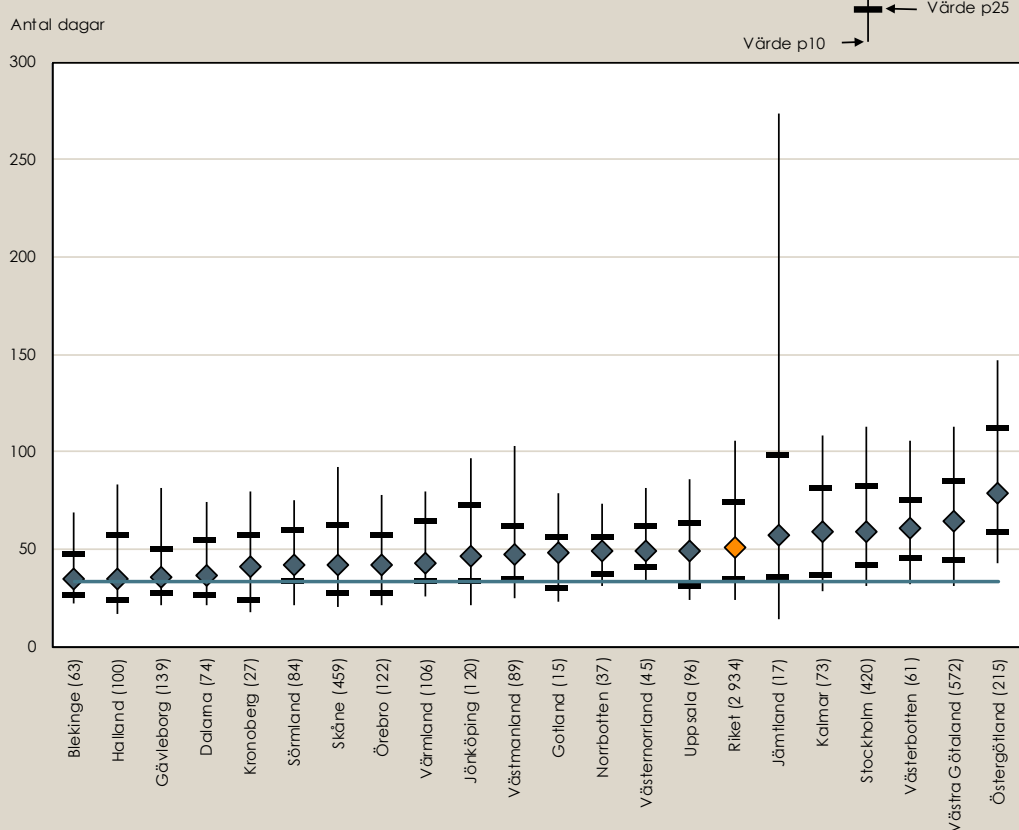


Källa: Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom.

Utvecklingen över tid för respektive region visar att medianväntetiden för *utvidgad kirurgi* kortas i 19 regioner, ökar i 2 regioner och är oförändrad i 1 region mellan 2015 och 2017 (figur 25 i bilaga 2). Väntetidsvariationen vid utvidgad kirurgi inom och mellan regionerna speglar till viss del variationen för primärkirurgi (figur 26). Region Jämtland Härjedalen och Region Östergötland uppvisar större variation i förhållande till huvuddelen av regionerna. År 2017 är medianväntetiden mellan 35 och 79 dagar mellan den region som har kortast respektive längst medianväntetid (figur 26).

Figur 26. Väntetider per region vid utvidgad kirurgisk behandling för patienter med hudmelanom 2017

Väntetid mellan Datum första läkarbesök och Datum utvidgad kirurgi.
Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.
 Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlöpp.
 Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom.

Kommentarer från fördjupningsregionerna

Behandling med *primärkirurgi* vid hudmelanom sker främst inom primärvården och förekommer oftast i samband med första läkarbesöket, vilket förklarar de korta medianväntetiderna. Däremot har behandling av hudmelanom med *utvidgad kirurgi* längre väntetider, vilket beror på att ytterligare utredning krävs.

En notering är att Region Gävleborg konsekvent kortat ned medianväntetiden för utvidgad kirurgisk behandling 2015–2017. Detta förklaras av att regionen börjat med bildremiss 2013/2014, vilket ger

snabbare patologisvar. Ytterligare en förklaring enligt regionen är bra processteam med aktiv processledare, där samarbetet mellan enheterna förbättrats i hög grad. Ett exempel är att tiden till utvidgad kirurgi bokas direkt, vilket kortar väntetiden ytterligare.

I Region Östergötland är väntetidsvariationen större och medianväntetiden går inte i önskad riktning. Detta förklaras med vissa utmaningar i samarbetet mellan enheterna (kirurgi, hudmottagning, onkologi). Det råder även kapacitetsbrist på hudmottagningarna.

Lungcancer

Lungcancer

Lungcancer minskar hos män men ökar stort bland kvinnor.

Lungcancer kan opereras om den upptäcks tidigt, och om canceren växer i flera delar av lungan tas hela lungan bort. Lungcancer där tumören är för stor för att opereras behandlas med cytostatika och strålbehandling. Även vid spridd sjukdom är cytostatika aktuellt. Så kallade målinriktade läkemedel kan vara aktuella om tumören uppvisar vissa biologiska egenskaper.

Totalt 3 970 personer fick diagnosen lungcancer i Sverige 2017.

Omfattningen av utredningen varierar men det är vanligt med bildiagnostik och magnetkamera, framför allt genom positronemissionstomografi (PET), eftersom undersökningen har hög träffsäkerhet i att skilja cancertumörer från godartade förändringar. Där det är tänkbart med kurativ behandling görs en omfattande utredning för att fastställa funktionsstatus och tumörstadium.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick 15 380 personer utredning enligt SVF för lungcancer.* Av dessa har 46 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 35 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för lungcancer redovisas för följande nivåer för behandlingsformen *kirurgisk behandling eller strålbehandling* och *läkemedelsbehandling* som första behandling:

- väntetidernas utveckling på riksnivå 2011–juni 2018 (figur 27)
- medianväntetidens utveckling per region 2011–2017 (figur 28 och 30)
- väntetidernas variation per region 2017 (figur 29 och 31).

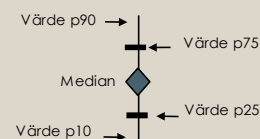
I registret för lungcancer följs SVF-patienterna särskilt.

Vad gäller *kirurgisk behandling eller strålbehandling* noteras en svag ökning av medianväntetiden i riket mellan 2011 och 2015, vilken bryts av vid SVF-införandet 2016 (övre grafen i figur 27). År 2017 minskar medianväntetiden ytterligare från 74 till 70 dagar (gruppen ”alla”) och uppvisar dessutom något mindre variation, och den trenden fortsätter även första halvåret 2018. Väntetiderna för patienterna med längst väntetider ser ut att ha kortats (percentil 90 minskar).

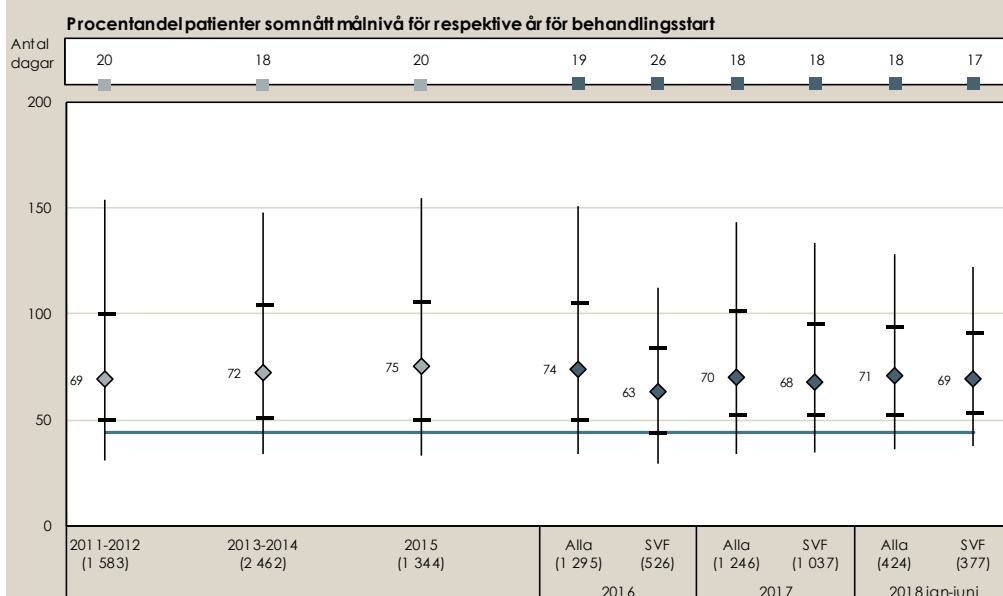
Övre grafen i figur 27 visar att andelen patienter som genomgått SVF (gruppen ”SVF”) ökar mellan 2016–2018. Medianen och variationen i väntetid blir därför också jämnare mellan grupperna ”alla” och ”SVF” under åren.

Figur 27. Rikets utveckling av väntetider för patienter med lungcancer

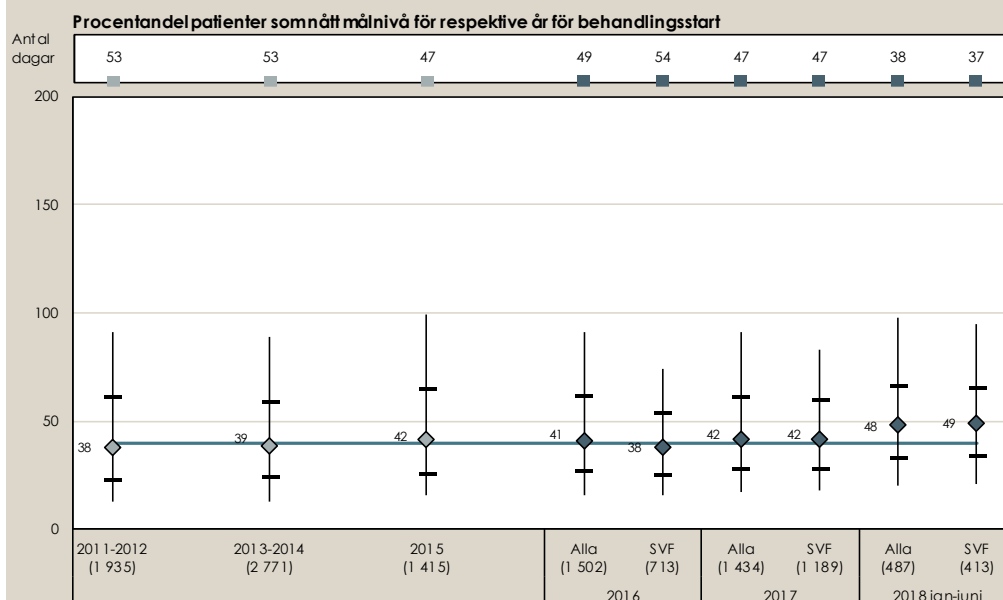
Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum då remiss skrevs till utredande klinik till Datum första behandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen.
Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlopp.
Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.



Kirurgisk eller strålbehandling



Läkemedelsbehandling



Källa: Nationellt kvalitetsregister för lungcancer.

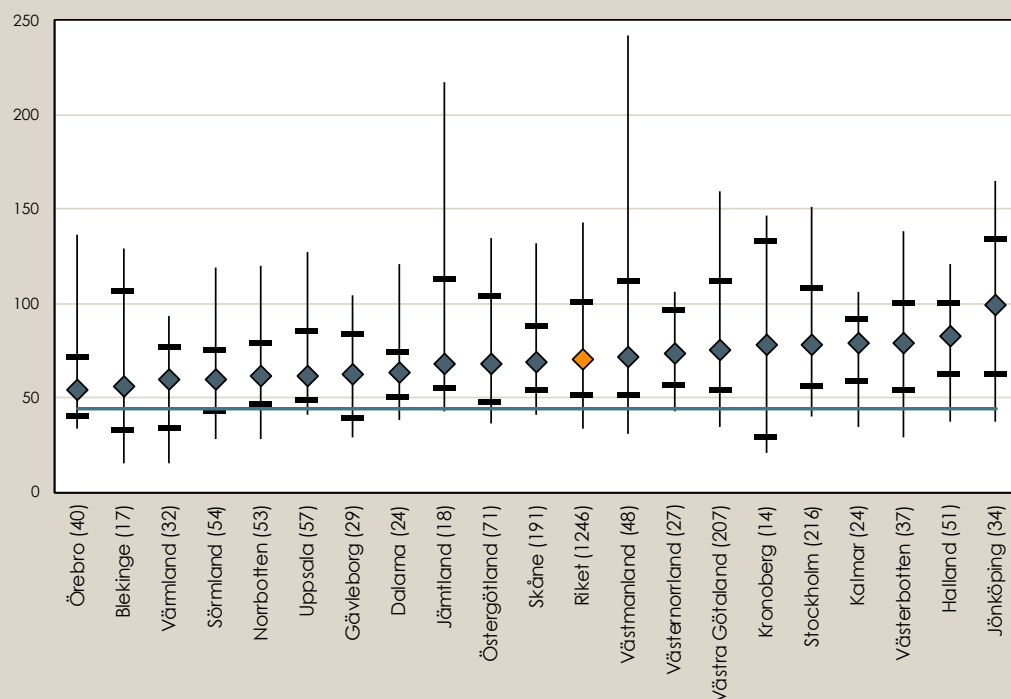
Även vid *läkemedelsbehandling* noteras en svag ökning av medianväntetiden i riket mellan 2011 och 2015, vilken bryts av vid SVF-införandet 2016 (nedre grafen i figur 27). Väntetiderna för patienterna med längst väntetider ser ut att ha kortats (percentil 90 minskar). Dock fortsätter inte denna minskning, utan i stället sker en återgång till en medianväntetid på 42 dagar, och i juni 2018 är den 48 dagar. Nedre grafen i figur 27 visar också att andelen patienter som genomgått SVF (gruppen ”SVF”) ökar mellan 2016–2018. Medianen och variationen i väntetid blir även här jämnare mellan grupperna ”alla” och ”SVF” under åren.

Utvecklingen över tid för respektive region visar att medianväntetiden för *kirurgisk behandling eller strålbehandling* kortas i 10 regioner, ökar i 7 regioner och är oförändrad i 2 regioner mellan 2015 och 2017¹⁹ (figur 28 i bilaga 2). Väntetidsvariationen 2017 är mycket stor hos ett fåtal regioner och mindre hos enstaka regioner, jämfört med huvuddelen av regionerna som uppvisar en jämnare spridning av väntetiderna inom och mellan regionerna (figur 29). Medianväntetiden sträcker sig mellan 54 och 99 dagar mellan den region med kortast respektive längst medianväntetid.

Figur 29. Väntetider per region vid kirurgisk behandling eller strålbehandling för patienter med lungcancer 2017

Väntetid mellan Datum då remiss skrevs till utredande klinik till Datum första behandling. **Mått i figuren:** 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdflöpp. Antal patienter redovisas inom parentes*.

Antal dagar



* Medianväntetiden för Gotland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.
Källa: Nationellt kvalitetsregister för lungcancer.

¹⁹ För 2 regioner saknas data på grund av för få (färre än 10) patienter.

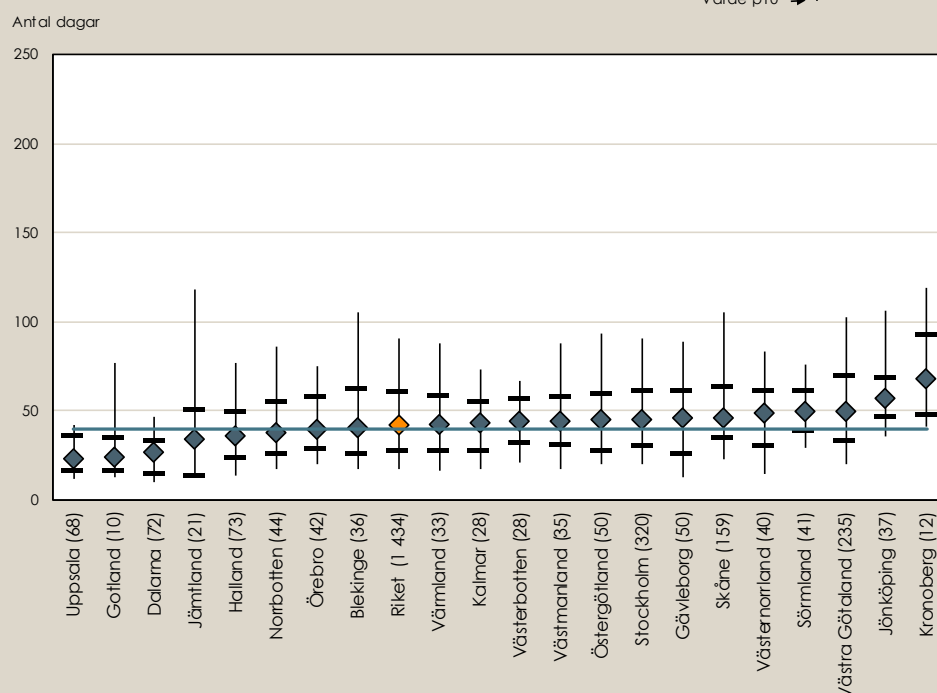
Spannet mellan regionerna för andelen patienter som får behandling med kirurgi eller strålbehandling inom målnivån är 11–14 procent, där Region Västernorrland respektive Region Blekinge ligger lägst respektive högst. I riket uppnår 17 procent av patienterna behandling inom målnivån 43 dagar 2017 och första halvåret 2018 (övre grafen i figur 27).

Utvecklingen över tid i respektive region visar att medianväntetiden för läkemedelsbehandling kortas i 10 regioner, ökar i 9 regioner och är oförändrad i 2 regioner mellan 2015 och 2017 (figur 30 i bilaga 2). Vid behandling av lungcancer med läkemedel sträcker sig medianväntetiden 2017 mellan 23 och 68 dagar mellan den region med kortast respektive längst medianväntetid (figur 31). Generellt ser de flesta regioner ut att ha stor variation, men några verkar ha kortare väntetider och mycket mindre variation inom regionen.

Spannet mellan regionerna för andelen patienter som får läkemedelsbehandling inom målnivån är 8–85 procent, där Region Kronoberg respektive Region Uppsala ligger lägst respektive högst. I riket fick 53 procent av patienterna behandling inom målnivån 40 dagar 2013/2014 (nedre grafen i figur 27). Detta kortades till 47 procent 2015, det vill säga före SVF-införandet, och låg kvar där även 2017 (nedre grafen i figur 27).

Figur 31. Väntetider per region vid läkemedelsbehandling för patienter med lungcancer 2017

Väntetid mellan Datum då remiss skrevs till utredande klinik till Datum första behandling. **Mått i figuren:** 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för lungcancer.

Kommentarer från fördjupningsregionerna

Bland de regioner som ökar sina medianväntetider vid lungcancer finns Region Västerbotten. En förklaring till ökningen uppges vara närliggande regioner har brist på lungläkare och remitterar fler patienter till Norrlands universitetssjukhus i Umeå för utredning. Detta skapar kapacitetsproblem och avspeglas i längre väntetider.

Förloppet för lungcancer beskrivs av fördjupningsregionerna som mer komplext än andra SVF- förlopp bland annat med fler aktiviteter för koordinatorena att hantera. Företrädarna påpekar att informationsöverföring i samband med denna diagnos är särskilt problematiskt.

Tjocktarmscancer

Tjocktarmscancer

Tjocktarmscancer är en vanlig cancerform hos både män och kvinnor. Vid behandling är operation förstahandsval och det innebär att den del av tarmen där tumören finns tas bort. Cytostatika används för att hindra återfall i vissa fall. Vid spridd sjukdom utgörs behandlingen av cytostatika och strålbehandling och i några fall tas en del av levern bort. Förloppet beskrivs och följs upp tillsammans med diagnosen ändtarmscancer.

Totalt 6 435 personer fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer (varav tjocktarmscancer omfattade cirka 4 000 personer) i Sverige 2017.

Koloskopi används för utredning vid tjocktarmscancer.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 46 030 personer utredning enligt SVF för tjock- och ändtarmscancer.* Av dessa har 27 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 53 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

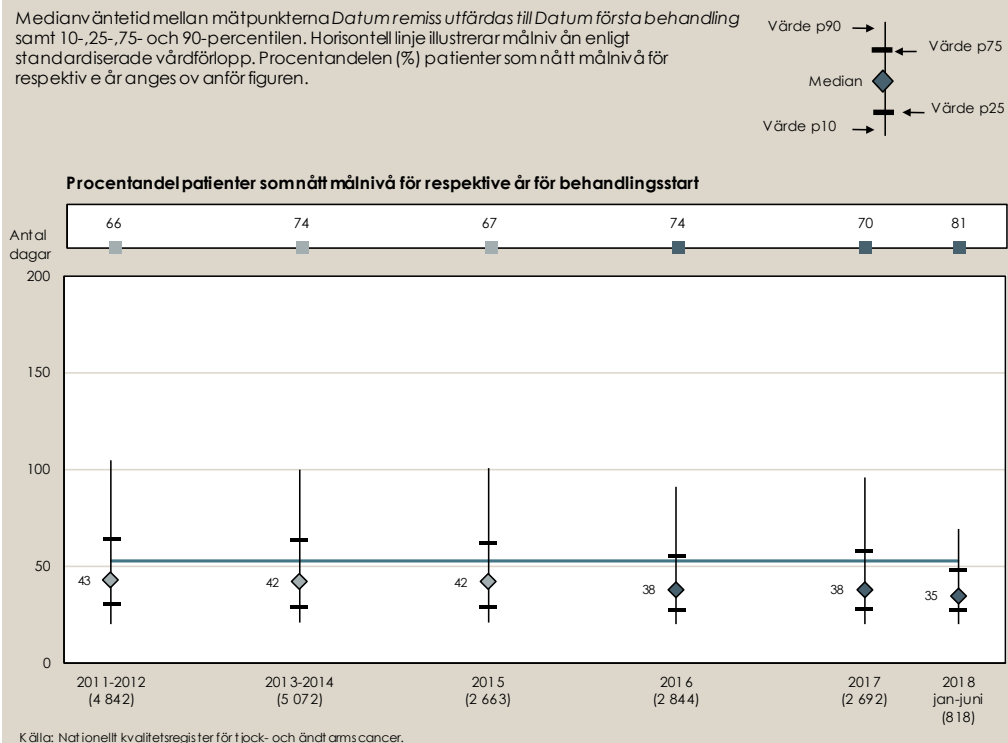
Väntetiderna för tjocktarmscancer redovisas för följande nivåer för *kirurgisk behandling* som första behandling:

- väntetidernas utveckling på riksnivå 2011–juni 2018 (figur 32)
- medianväntetidens utveckling per region 2011–2017 (figur 33 i bilaga 2)
- väntetidernas variation per region 2017 (figur 34).

Vid *kirurgisk behandling* av tjocktarmscancer fick 66 procent av patienterna behandling inom målnivån 53 dagar 2011–2012 (figur 32). Medianväntetiden i riket mellan 2011 och 2015 var ganska oförändrad men kortades ned från 42 till 38 dagar vid SVF-införandet 2016. Även väntetiden för de som väntar längst kortades (percentil 90 minskar). Medianen kvarstår 2017 och ser ut att kortas något (35 dagar) fram till juni 2018, samtidigt som variationen ser ut att minska. Eftersom data för första halvåret 2018 inte inkluderar samma säsongsvariationer som ett helår bör dock en direkt jämförelse göras med viss försiktighet.

Figur 32. Rikets utveckling av väntetider vid kirurgisk behandling för patienter med tjocktarmscancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas till Datum första behandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.



Utvecklingen över tid för respektive region visar att medianväntetiden för kirurgisk behandling kortas i 14 regioner, ökar i 6 regioner och är oförändrad i 1 region mellan 2015 och 2017 (figur 33 i bilaga 2).

Väntetidsvariationen 2017 är mycket stor inom och mellan regionerna (figur 34). Medianväntetiden sträcker sig mellan 30 och 62 dagar mellan den region med kortast respektive längst medianväntetid. Några regioner har kortare medianväntetid men där är spridningen inom regionen större än spridningen i regioner med längre medianväntetid (percentil 75 och percentil 90 är lägre). Detta betyder att 25 procent av patienterna får vänta mycket längre på sin behandling.

Spannet mellan regionerna för andelen patienter som får behandling inom målnivån är 36–91 procent, där Region Uppsala respektive Region Dalarna ligger lägst respektive högst. I riket var andelen patienter som får behandling inom målnivån 70 procent 2017 (figur 32).

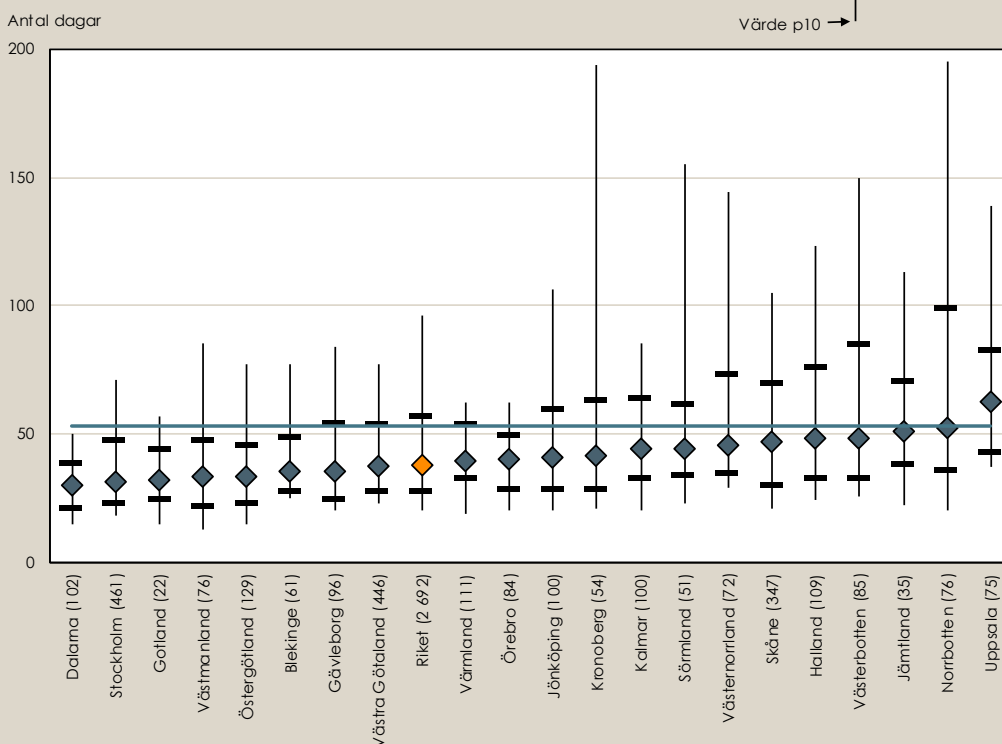
Figur 34. Väntetider per region vid kirurgisk behandling för patienter med tjocktarmscancer 2017

Väntetid mellan Datum remiss utfärdas och start Datum operation.

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.

Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlöpp.

Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer.

Kommentarer från fördjupningsregionerna

I Region Skåne hade medianväntetid ökat 2017 jämfört med 2015. Detta förklaras av brister i operationskapacitet, vilken i sin tur grundar sig på bristen på sjuksköterskor och operationssjuksköterskor. Även brist på kompetens vad gäller att utföra koloskopi uppges vara en bidragande orsak till ökad medianväntetid.

Inom Region Gävleborg minskar medianväntetiden 2017 jämfört med 2016 på grund av att sjuksköterskor utbildats för att kunna utföra koloskopi.

Bristen på resurser inom koloskopi påverkar till att primärvården fortfarande remitterar till datortomografi av kolon i stället för koloskopi. Den förbättring som syns för Region Östergötland förklaras bero på att röntgensvar utgör starten för SVF i stället för remiss till koloskopi.

I Region Västerbotten är väntetidsvariationen 2017 mycket större än hos de andra fördjupningsregionerna. Detta beror på att regionens kirurgi inkluderar Region Norrbotten och Region Jämtland Härjedalen. Här kan även en åldrande demografi med fler multisjuka patienter bidra till ökad spridning av väntetiderna.

Ändtarmscancer

Ändtarmscancer

Ändtarmscancer är ovanlig före 50 års ålder. Behandlingen beror på sjukdomens utbredning och innefattar operation med eller utan kombination av cytostatika- och strålbehandling. Förloppet beskrivs och följs upp tillsammans med diagnosen tjocktarmscancer.

Totalt 6 435 personer fick diagnosen tjock- och ändtarmscancer (varav ändtarmscancer omfattade cirka 2 000 personer) i Sverige 2017.

Utredningen sker genom palpation av ändtarm samt rektoskopi. För att utreda utbredningen av sjukdomen kan det bli aktuellt med koloskopi vid misstänkt ändtarmscancer samt bilddiagnostik och datortomografi samt magnetkamera.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 46 030 personer utredning enligt SVF för tjock- och ändtarmscancer.* Av dessa har 27 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 53 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för ändtarmscancer redovisas på följande nivåer för *strål- eller läkemedelsbehandling* och *kirurgisk behandling* som första behandlingsform:

- väntetidernas utveckling på riksnivå 2011–juni 2018 (figur 35)
- medianväntetidens utveckling per region 2011–2017 (figur 36 och 38 i bilaga 2)
- väntetidernas variation per region 2017 (figur 37 och 39).

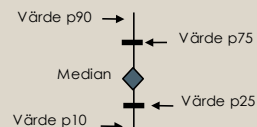
Vad gäller *strål- eller läkemedelsbehandling* syns en liten förbättring av medianväntetiden och variationen (spridningen) av väntetiderna i riket från 2011 fram till SVF-införandet 2016 (övre grafen i figur 35). Under perioden ökade andelen patienter som fick strål- eller läkemedelsbehandling som första behandlingsform inom målnivån 53 dagar från 39 till 54 procent den perioden. Den nedåtgående utvecklingen av väntetiden har varit stabil efter SVF-införandet och medianväntetiden 2017 var 46 dagar. En direkt jämförelse med första halvåret 2018 är inte möjlig, eftersom patientunderlagets storlek skiljer sig stort från tidigare år.

Vad gäller *kirurgisk behandling* syns en markant ökning av variationen av väntetider i riket mellan 2011 och 2015 (nedre grafen i figur 35 som visar att skillnaden mellan percentil 90 och percentil 10 ökar). Samtidigt minskar medianväntetiden något från 61 till 57 dagar. Under SVF-införandet 2016 fortsätter variationen att öka samtidigt som medianen minskar till 52 dagar. Under 2017 stiger medianväntetiden till 56 dagar. Samtidigt minskar väntetiden för dem som väntar längst (percentil 90 minskar). En direkt

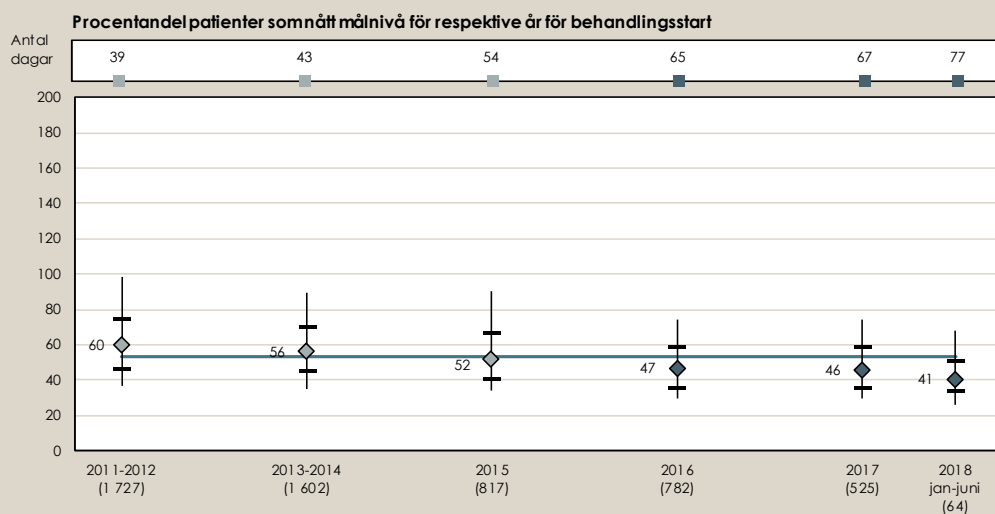
jämförelse med första halvåret 2018 är inte möjlig, eftersom patientunderlagets storlek skiljer sig stort från tidigare år.

Figur 35. Rikets utveckling av väntetider för patienter med ändtarmscancer

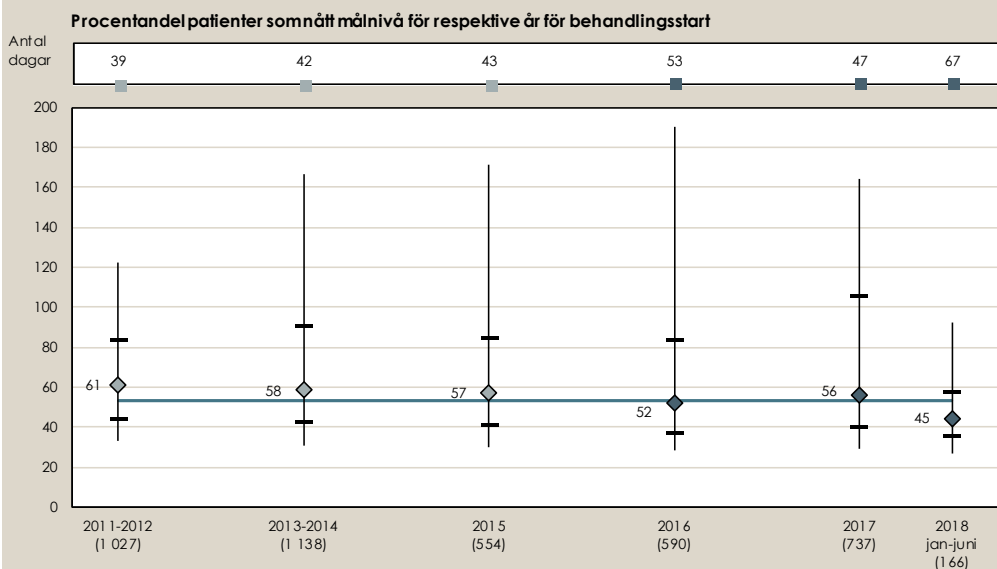
Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas till Datum första behandling samt 10-, 25-, 75- och 90-percentilen. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlöpp. Procentandelen (%) patienter som nått målnivå för respektive år anges ovan för figuren.



Strål- eller läkemedelsbehandling



Kirurgisk behandling

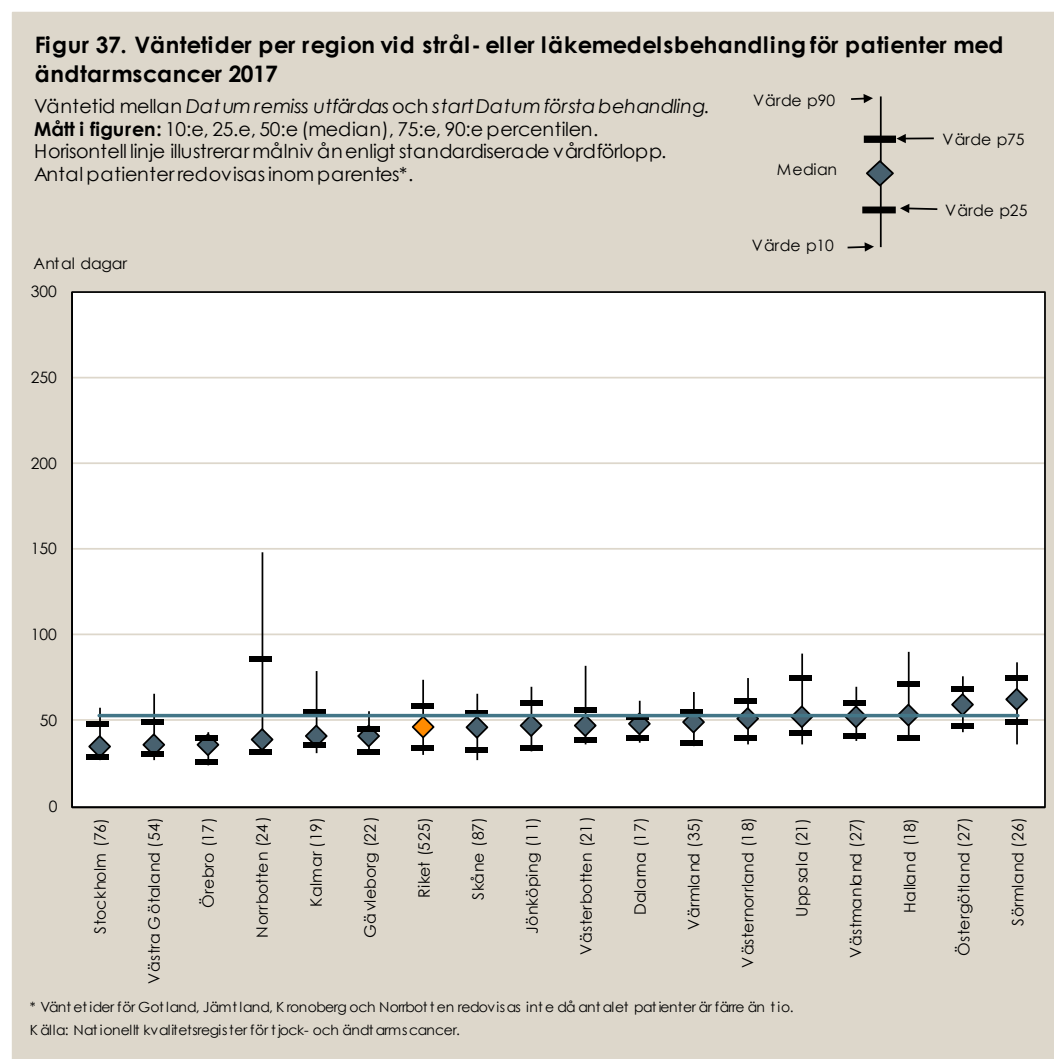


Källa: Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer.

Utvecklingen över tid för respektive region 2011–2017 visar en blandad bild för strål- eller läkemedelsbehandling (figur 36 i bilaga 2). Jämfört med 2015 hade 18 regioner tillräckliga data 2017, och av dessa hade 12 regioner

förbättrat och 4 försämrat sina medianväntetider. Figur 37 visar att vid strål- eller läkemedelsbehandling är väntetidsvariationen 2017 mest påtaglig mellan regionerna. Medianväntetiden sträcker sig mellan 36 och 63 dagar mellan den region med kortast respektive längst medianväntetid.

Spannet mellan regionerna för andelen patienter som får behandling inom målnivån 2017 är 27–94 procent, där Region Sörmland respektive Region Örebro län ligger lägst respektive högst. I riket fick 67 procent av patienterna strål- eller läkemedelsbehandling inom målnivån (övre grafen i figur 35).



Utvecklingen över tid för respektive region visar att medianväntetiden för *kirurgisk behandling* kortats i 8 regioner och ökat i 8 regioner 2017 jämfört med 2015, av de 18 regioner som hade tillräckliga mätvärden 2017 (figur 38 i bilaga 2). Figur 39 visar att väntetidsvariationen vid kirurgisk behandling är mycket stor både inom och mellan regionerna 2017. Medianväntetiden sträcker sig mellan 38 och 91 dagar mellan den region med kortast respektive längst medianväntetid.

Spannet mellan regionerna för andelen patienter som får behandling inom målnivån 2017 är 6–71 procent, där Region Östergötland respektive Region

Västmanland ligger lägst respektive högst. I riket fick 47 procent av patienterna kirurgisk behandling inom målnivån 53 dagar (nedre grafen i figur 35).

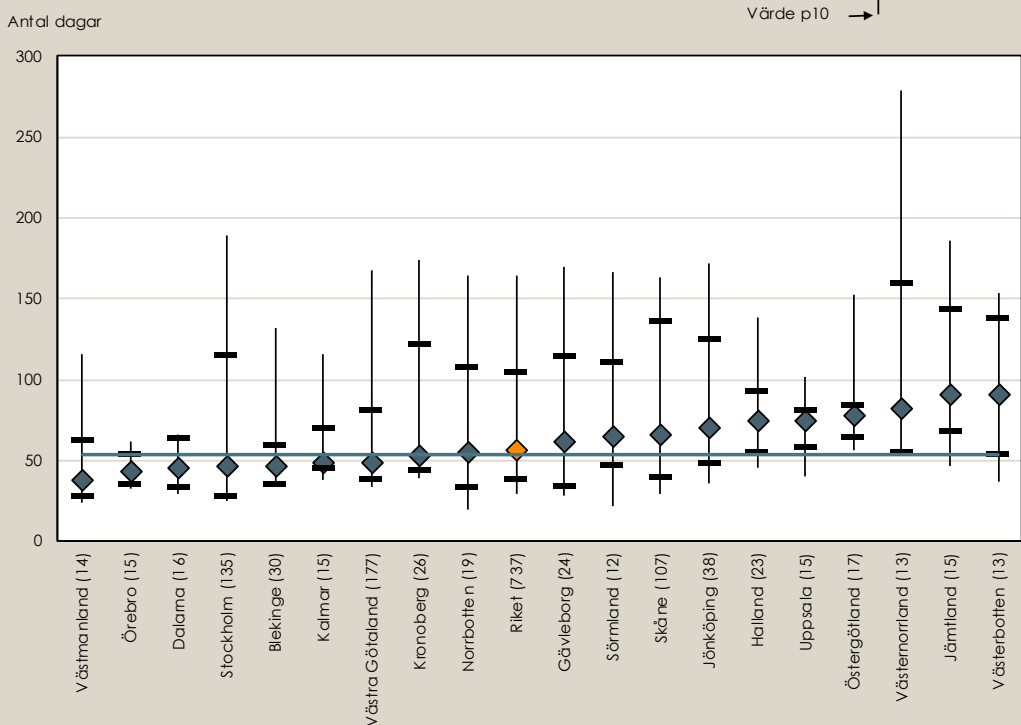
Figur 39. Väntetider per region vid kirurgisk behandling för patienter med ändtarmscancer 2017

Väntetid mellan Datum remiss utfärdas och start Datum operation.

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e, 90:e percentilen.

Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlöpp.

Antal patienter redovisas inom parentes*.



* Väntetider för Skåne och Värmland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer.

Kommentarer från i fördjupningsregionerna

Region Gävleborg har arbetat med sina processer vid ändtarmscancer sedan 2002. Att det inte syns några stora förändringar av medianväntetiden under satsningen beror på att kapaciteten inte har anpassats inom Region Gävleborg.

Bukspottkörtelcancer

Bukspottkörtelcancer

Bukspottkörtelcancer är en relativt vanlig cancerform med mycket hög andel som dör av sjukdomen, eftersom den ofta upptäcks mycket sent. Behandlingen är kirurgi för de få patienter som kan opereras. Den avancerade kirurgin med syfte att bota är förlagd till två universitetssjukhus sedan 2017. Eftersom 85–90 procent av patienterna har en spridd cancer vid upptäckten är olika former av palliativ behandling aktuell.

Totalt 1 619 personer (ungefär lika många kvinnor som män) fick diagnosen bukspottkörtelcancer i Sverige 2017.

Utredning sker med bilddiagnostik och datortomografi.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick cirka 4 230 personer utredning enligt SVF för bukspottkörtelcancer.* Av dessa har 63 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 42 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för bukspottkörtelcancer vad gäller *kirurgisk behandling* redovisas på endast riksnivå i tabell 8 i bilaga 3. Medianväntetiden har ökat stadigt från 50 till 61 dagar mellan 2015 och 2017 för kirurgisk behandling av bukspottkörtelcancer (tabell 8 i bilaga 3). Även variationen i väntetider ökar (skillnaden mellan percentil 25 och percentil 75 ökar).

Gallblåse- och gallgångscancer

Gallblåse- och gallgångscancer

Gallvägscancer utgörs av gallblåsecancer och gallgångscancer* och är en relativt ovanlig cancerform. Sjukdomen drabbar främst kvinnor och äldre, varav de flesta är över 70 år. Cancer i gallblåsa och gallvägar är svårbehandlad och prognosen är dålig om sjukdomen inte upptäcks i ett mycket tidigt stadium. Kirurgi med syfte att bota vid perihilära gallvägstumörer sker sedan 2017 vid två universitetssjukhus.

Majoriteten av patienterna behöver olika palliativa insatser.

Totalt 367 personer fick diagnosen gallblåsecancer eller cancer i gallvägarna i Sverige 2017.

Olika datortomografiundersökningar krävs när diagnosen ställs.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 1 340 personer utredning enligt SVF för gallblåse- och gallvägscancer.** Av dessa har 58 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 39 procent.

* Gallgångscancer delas upp i intrahepatisk, perihilär och distal gallgångscancer.

** Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till *Nationella väntetidsdatabasen Signe*, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för gallblåsecancer och perihilär gallgångscancer vid *operation* respektive *cytostatikabehandling* redovisas på endast riksnivå i tabell 8 i bilaga 3.

Medianväntetiden har kortats från 69 till 61 dagar mellan 2015 och 2017 för *operation* (tabell 8 i bilaga 3). Vad gäller variationen i väntetider minskar skillnaden mellan percentil 25 och percentil 75 något (4 dagar) medan skillnaden mellan percentil 90 och percentil 10 ökar (9 dagar) (se tabell 9 i bilaga 3). Det senare beror på att väntetiden har ökat både för de 10 procent patienter som väntar kortast respektive längst.

Vid *cytostatikabehandling* har medianväntetiden ökat med 1 dag mellan 2015 och 2017, från 15 till 16 dagar, medan variationen minskar betydligt (tabell 8 i bilaga 3).

Hjärntumör

Hjärntumör

Hjärntumör inkluderar både de primära hjärntumörerna och tumörer i övriga nervsystemet. Gliom, vilket är den vanligaste typen av elakartade tumörer i centrala nervsystemet, kräver snabb handläggning och behandling, eftersom högmaligna gliom kan växa mycket snabbt. De flesta patienterna genomgår operation i något skede – antingen för diagnos eller i behandlingssyfte. Målet med den kirurgiska behandlingen är att ta bort så mycket som möjligt av tumören och samtidigt skona omgivande frisk vävnad. Strålbehandling och cytostatika är komplement till operation och kan i vissa fall vara den enda behandlingen.

Totalt 1 032 personer fick diagnosen hjärntumör i Sverige 2017.

Bland annat datortomografi och magnetresonanskamera (MR) används för att ge besked om tumörens läge och utbredning.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick 2 060 personer utredning enligt SVF för hjärntumör.* Av dessa har 44 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 47 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna vid hjärntumör redovisas endast på riksnivå för högmalign respektive lågmalign tumör vad gäller enbart *operation* respektive *onkologisk behandling* i tabell 8 i bilaga 3.

Utvecklingen på riksnivå visar att medianväntetiden mellan 2015 och 2017 minskat något – från 30 till 29 dagar vid *högmalign form med enbart operation* samt från 53 till 51 dagar vid *onkologisk behandling* (tabell 8 i bilaga 3).

Mellan 2013/2014 och 2015 hade en tydlig ökning av medianväntetiden skett från 53 till 72 dagar vid *lågmalig form med enbart operation*. Denna kortades sedan till 66 dagar 2017, vilket är den största minskningen vid denna cancerform. Dock finns en märkbar ökning av väntetidsvariationen (skillnaden ökar mellan percentil 25 och percentil 75, samt mellan percentil 90 och percentil 10) (tabell 8 och 9 i bilaga 3).

Medianväntetiden vid *lågmalig onkologisk behandling* ökar tydligt från 87 till 99 dagar mellan 2015 och 2017. Även percentil 25 och 75 ökar, vilket betyder att väntetiden ökat även för de första 25 procent respektive 75 procent av patienterna som får behandlingen (tabell 8 i bilaga 3). Detta bidrar till en oförändrad skillnad mellan percentil 75 och percentil 25. Väntetiden ökar även för de 10 första procenten men den minskar för de 10 procent som väntar längst, vilket leder till att variationen mellan percentil 90 och percentil 10 minskar avsevärt (tabell 9 i bilaga 3).

Levercancer

Levercancer

Levercancer utvecklas i levern och kallas primär levercancer, vilket är betydligt ovanligare än metastaser i levern. Primär levercancer är vanligare hos män än hos kvinnor. För majoriteten av dem som insjuknar finns en underliggande sjukdom, exempelvis virushepatit och cirrossjukdom, vilket kan påverka valet av behandlingen.

Andelen som opereras i syfte att bota ökar men den understiger 40 procent, vilket gör att olika former av palliativa insatser är aktuella. Cytostatika och strålbehandling används i syfte att bromsa sjukdomsutvecklingen.

Totalt 639 personer fick diagnosen levercancer i Sverige 2017.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 1 850 personer utredning enligt SVF för levercancer.* Av dessa har 55 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 40 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna vid levercancer redovisas på endast riksnivå för behandlingsformerna *kirurgi/tumörspecifik behandling*, *transplantation* respektive *systemisk cytostatikabehandling* i tabell 8 i bilaga 3.

Utvecklingen på riksnivå visar att medianväntetiden mellan 2015 och 2017 kortades tydligt, med mellan 8 och 22 dagar, för *samtliga behandlingsformer*. Störst förbättring av medianväntetid (22 dagar – från 59 till 37 dagar) och variation sker vid *transplantation* (tabell 8 i bilaga 3). Variationen minskar som mest för transplantation och systemisk cytostatikabehandling (skillnaden minskar mellan percentil 75 och 25, samt mellan percentil 90 och 10) (tabell 8 och 9 i bilaga 3). Nivån för respektive percentil har minskat, vilket betyder att patienterna får vänta kortare tid på sin behandling.

Lymfom

Lymfom

Lymfom är ett samlingsnamn för cancer i en viss typ av vita blodkroppar (lymfocyter), vilka ingår i kroppens immunförsvar. Det finns ett trettiotal olika former av lymfom. Lymfom innefattar skilda sjukdomar med olika förlopp och prognos. Sjukdomen drabbar något fler män än kvinnor. För högmaligna lymfom är behandlingen cytostatika och antikroppar. De flesta patienterna med lymfom kan i dag botas.

Totalt 2 130 personer fick diagnosen lymfom i Sverige 2017.

För att säkerställa typen av lymfom tas benmärgsprov. Både magnetkamera (MR) och positionsemissionstomografi (PET) används för att utreda sjukdomens utbredning

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 5 690 personer utredning enligt SVF för lymfom.* Av dessa har 63 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 39 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna vid lymfom redovisas på endast riksnivå för *strålbehandling* och *läkemedelsbehandling* i tabell 8 i bilaga 3.

Medianväntetiden för *strålbehandling* har kortats betydligt med 28 dagar (från 75 till 47 dagar) mellan 2015 och 2017. Även variationen minskar och väntetiden för de första 25 procent och 75 procent av patienterna har kortats (percentil 25 och percentil 75 minskar) (tabell 8 i bilaga 3).

För *läkemedelsbehandling* syns en liknande bild med en förbättring av medianväntetiden på 4 dagar – från 24 till 20 dagar (tabell 8 i bilaga 3).

Myelom

Myelom

Myelom är en cancersjukdom som uppstår i benmärgen, där blodceller bildas. Något fler män än kvinnor diagnostiseras med så kallat multipelt myelom, vilket betraktas som en kronisk sjukdom där möjligheten till bot är begränsad. Behandlingsmetoderna har i stället som mål att stabilisera sjukdomen. Patienter som är yngre än 65–70 år kan oftast genomgå stamcellstransplantation, där egna stamceller renas och återförs.

Totalt 770 personer fick diagnosen myelom i Sverige 2017.

Perioden 2016–februari 2019 genomgick drygt 2 260 personer utredning enligt SVF för myelom.* Av dessa har 65 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 61 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Väntetiderna för myelom vad gäller *aktiv behandling av symtomatiska myelom* och *aktiv expektans av asymtomatiskt myelom* redovisas på endast riksnivå i tabell 8 i bilaga 3.

Vid *aktiv behandling av symtomatisk myelom* har medianväntetiden varit ganska oförändrad mellan 2013 och 2017, men väntetiden för de 25 procent som väntar längst har kortats något (percentil 75 minskar) (tabell 8 i bilaga 3). År 2017 är medianen 18 dagar och 55 procent av patienterna får behandling inom målnivån 20 dagar. En direkt jämförelse med första halvåret 2018 är inte möjlig, eftersom patientunderlagets storlek skiljer sig stort från tidigare år.

Vid *aktiv expektans av asymtomatisk myelom* noteras en nedåtgående utveckling av dels medianväntetiden, dels variationen mellan 2015 och 2017 (tabell 8 i bilaga 3). År 2017 är medianen 29 dagar jämfört med 42 dagar 2015, och 21 procent av patienterna får behandling inom målnivån 15 dagar, jämfört med 7 procent 2015 (tabell 9 i bilaga 3). En direkt jämförelse med första halvåret 2018 är inte möjlig, eftersom patientunderlagets storlek skiljer sig stort från tidigare år.

Vårdförlopp som infördes i SVF 2017

Njurcancer

Njurcancer

Njurcancer är nästan dubbelt så vanligt hos män som hos kvinnor. Njurcancer är ingen homogen cancersjukdom utan består av flera olika njurcancertyper med genetiskt skilda förändringar. En tredjedel av patienterna har spridd sjukdom. Njurtumörer ger sällan symtom förrän tumören blivit relativt stor eller har spridit sig. Om tumören inte vuxit utanför njuren är behandlingen operation, där hela eller delar av njuren tas bort. Vid spridd sjukdom ges läkemedel i syfte att störa tumörcellernas tillväxt och nybildning av blodkärl.

Totalt 1 160 personer fick diagnosen njurcancer i Sverige 2017.

I en fullständig utredning av njurar och urinvägar ingår cystoskopi, ultraljudsundersökning, datortomografi och magnetkamera.

Perioden 2017–februari 2019 genomgick drygt 3 070 personer utredning enligt SVF för njurcancer.* Av dessa har 63 procent startat första behandling. Andelen som startat första behandling inom den maximala ledtiden är 31 procent.

* Siffrorna i detta stycke är ungefärliga och anges utifrån vad som rapporterats till Nationella väntetidsdatabasen Signe, Sveriges Kommuner och Landsting (hämtat den 1 mars 2019).

Av de cancerformer som infördes 2017 är det endast njurcancer som har följts upp. Anledningen är att en uppföljning av väntetider 2015 visade att denna cancerform stadigt ökat väntetiderna för *operation* mellan 2010 och 2014 [5] .

I tabell 8 i bilaga 3 visas rikets utveckling av medianväntetiden mellan 2013 och juni 2018 för patienter som genomgått operation som behandling i syfte att bota. Den stigande trenden fortsatte 2015, men den bröts av 2016 och minskade från 68 till 64 dagar. Den nedåtgående trenden verkar dock inte fortsätta vid SVF-införandet 2017, utan medianväntetiden ökade då till 66 dagar. Variationen förändras inte märkbart, men antalet dagar i percentil 10, percentil 25 och percentil 90 minskar något jämfört med 2016.

Vid sista mätningen för njurcancer (juli 2017–juni 2018) var medianväntetiden fortsatt 66 dagar. Under perioden opererades 11 procent av patienterna inom målnivån 27 dagar, jämfört med 7 procent 2015 och 6 procent 2016.

Sammanfattande reflektioner

En sammanvägd bild av våra iakttagelser från data om väntetider baserade på kvalitetsregistren visar att väntetiderna på riksnivå kortats i flera vårdförlopp, även om det ibland handlar om måttfulla minskningar. På vissa håll har medianväntetiderna blivit något längre. På riksnivå har de flesta vårdförlopp långt kvar till målet om att 80 procent av SVF-patienterna ska få behandling inom den maximala ledtiden.

Att skapa hög tillgänglighet och korta väntetiderna har länge varit stora utmaningar inom hälso- och sjukvårdssystemet, och uppföljningar av olika reformer visar att det inte finns några enkla lösningar. I Sverige har Socialstyrelsen i många år rapporterat om problemen med tillgänglighet i vården, och ett antal statliga satsningar har under åren sjuösatts för att försöka komma till rätta med detta [6].

Väntetiderna inom cancervården har ofta bedömts som särskilt problematiska. Här pekade Socialstyrelsen tidigt på Danmark och deras system för pakkeforløb som en möjlighet att arbeta med standardiserade vårdförlopp och korta väntetiderna inom cancervården [7].

År 2010 etablerades de regionala cancercentrumen (RCC) och 2015–2018 beslutade regeringen att avsätta 500 miljoner kronor per år för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård, där den viktigaste åtgärden var att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF) utifrån den danska modellen.

SVF ska korta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling, och mallarna för vårdförloppen beskriver vilka utredningar som ska göras vid en viss cancerdiagnos samt den maximala ledtiden från beslut om välgrundad misstanke till start av behandling. Den maximala ledtiden är framtagen ur patientens perspektiv, alltså utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt inom respektive region och verksamhet. Detta har inneburit att många verksamheter arbetat med att optimera sina processer för handläggning av remisser med mera. Hur arbetet med satsningen införts och vilka utmaningar och lärande som initierats inom ramen för satsningen beskriver vi mer ingående i den andra slutrapporten²⁰.

Att mäta väntetider är svårt, och möjligen särskilt svårt i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem med flera olika av datakällor på olika nivåer. Socialstyrelsen har inga nationella datakällor utan behöver samla in uppgifter från olika källor. När tolkningar av data görs är det viktigt att komma ihåg att det finnas flera felkällor, och alla tolkningar bör göras med försiktighet.

Genom att använda data från de nationella kvalitetsregistren kan vi se om det skett någon utveckling över tid vad gäller den övergripande utvecklingen av väntetiderna i cancervården. Dessutom kan vi följa väntetiderna för samtliga cancerpatienter i population för en specifik diagnos och behandlingsform. Hos de flesta kvalitetsregister går det ännu inte att följa de patienter som genomgått SVF. I denna rapport redovisas därför väntetider för denna grupp endast för de vårdförlopp där kvalitetsregistren kunnat bidra med data (lungcancer, cancer i urinblåsa och övre urinvägar samt

²⁰ Rapporten *Om lärande, prioriteringar och hälsoekonomiska aspekter*. Socialstyrelsen, april 2019.

hudmelanom). I många fall motsvarar därtill inte de mätpunkter som hämtats från kvalitetsregistren de olika ledtiderna inom de definierade vårdförloppen.

Trots svårigheter med mätmetoder och felkällor kan vi ändå konstatera att väntetiderna kortats för flera cancerformer, även om förändringarna i många fall är måttfulla. Flera väntetider hade därtill kortats redan innan satsningen, exempelvis för prostatacancer, huvud- och halscancer samt cancer i urinblåsa och övre urinvägar.

I tolkningen och analysen av väntetiderna har företrädare för verksamheterna deltagit, framför allt från de fyra fördjupningsregionerna Västerbotten, Gävleborg, Östergötland och Skåne. I dessa dialoger har det framhållits att arbetsprocesserna har förbättrats betydligt, även om en del av vårdförloppen inte uppvisar kortare väntetider. Väntetiderna för utredning enligt SVF har också kortats lokalt i många verksamheter, även om de inte avspeglas i de nationella resultat som hämtats från kvalitetsregistren.

Generellt framhålls att de cancerdiagnoser som framför allt behandlas med kirurgi (till exempel tjocktarmscancer, matstrups- och magsäckscancer samt en del av de urologiska cancerdiagnoserna) har den initialt positiva utvecklingen av väntetider avstannat på grund av problem med rekrytering av personal samt bristen på vårdplatser. Inom diagnoser där behandlingen framför allt består av strålbehandling eller läkemedelsbehandling har det dock varit lättare att hålla ledtiderna.

Verksamhetsföreträdarna har även framhållit flera framgångsfaktorer i arbetet med att påverka väntetiderna, där den viktigaste faktorn är kompetens och ledarskap hos ledare och chefer i verksamheterna. Man framhåller också att processutveckling är komplicerat och att i övrigt skickliga medarbetare inte nödvändigtvis besitter även denna förmåga. Andra viktiga faktorer är stabilitet i bemanning samt i vilken grad verksamheterna utvecklat en förändringskultur.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att uppgifter från de nationella kvalitetsregistren pekar på att väntetiderna kortats för flera diagnoser, om än i mindre uträkning för en del diagnoser. Spridningen mellan patienter med kortast respektive längst väntetid har också minskat för flera cancerformer. De patienter som remitterats till SVF har uppfyllt kriterierna för välgrundad misstanke om cancer. Patienter med mer komplicerade symtom eller samsjuklighet, eller där diagnossättningen inte är lika tydlig, har troligen inte remitterats till SVF. För dessa patienter blir ett individualiserat och patientcentrerat omhändertagande fortsatt viktigt för en god vård. Även för dessa patienter borde väntetiderna på sikt kunna kortas, om de arbetssätt och den samverkan som främjas av satsningen också tillämpas inom andra delar av vårdens processer.

5. Patientperspektiv och patientnöjdhet

Sammanfattning

- Ett övergripande syfte med standardiserade vårdförlopp (SVF) är att öka patientens delaktighet och nöjdhet vid utredning av misstanke om cancer.
- PREM-enkäten, kopplad till SVF:s uppföljning och införande nationellt, har bidragit att patienternas uppfattning efterfrågas och kommuniceras alltmer i regionerna.
- Uppföljning av patienternas uppfattning om SVF visar att patienterna i stort sett är nöjda med bemötande och kortare utredningstider medan vissa aspekter kan förbättras, exempelvis delaktighet och inflytande.
- De koordinatörer som introducerats inom ramen för SVF har bidragit till förbättrad kontinuitet och samordning.

Inledning

Ett uttalat mål med satsningen och införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården är att patientens upplevelse av vården ska bli bättre. Satsningen ska även göra att patienterna känner sig nöjdare, främst tack vare bättre information och ökad delaktighet. Uppföljningen av patienternas erfarenheter när det gäller väntetider, samordning och information ingår som en bärande del i överenskommelserna om satsningen.²¹

Sedan 2015 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med regionala cancercentrum (RCC) utvecklat uppföljningen genom en enkät som syftar till att fånga patientens upplevelse av och uppfattning om SVF. Att öka patientens nöjdhet har länge varit ett mål inom hälso- och sjukvården, inte minst inom cancerområdet, och en viktig dimension i Socialstyrelsens uppföljning av SVF handlar dels om lärdomar från uppbyggnadsarbetet av den PREM-enkät som knutits till satsningen, dels om enkätens resultat. Ytterligare ett fokus i vår uppföljning är vårdens förmåga att utveckla verksamheten utifrån den information som enkäten ger.

Fyra års sammanfattande iakttagelser

I Socialstyrelsens rapportering 2015 konstaterades att regionerna sedan tidigare arbetat med att förbättra vården vid misstänkt cancer. I regionerna

²¹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Kortare väntetider i cancervården 2015–2018.

fanns en särskild beredskap inför den nationella satsningen på SVF. En samlad bild av patienters nöjdhet före införandet av SVF var däremot inte möjlig att få 2015 [8].

I Socialstyrelsens lägesrapport för 2016 konstaterades att patienterna var nöjda med de kortare utredningstiderna [2]. Rapporten pekade också på att primärvårdens läkare i stort sett var positiva till satsningen och till möjligheterna att bättre kunna informera patienterna vad som kommer att hända under utredningen.

Även i lägesrapporten för 2017 kunde vi konstatera att patienterna i stort sett var nöjda med satsningen [3]. Omkring hälften av de patienter som genomgått ett SVF uppfattade sig vara delaktiga i sin vård i önskad utsträckning, och de flesta patienterna förstod den information de fått under utredningen.

Detta kapitel baseras i huvudsak på:

- lärdomar från PREM-enkätens uppbyggnad och införande
- några övergripande resultat från enkäten
- områden med fortsatt förbättringspotential
- patienternas nöjdhet kopplad till regeringens långsiktiga inriktning av cancervården.

Utvecklingen av PREM-enkäten för SVF

Syftet med den PREM-enkät som har utvecklats inom ramen för SVF-satsningen är att fånga patienters erfarenheter av en utredning enligt SVF.²² Resultatet ska användas för att utveckla och förbättra arbetet med SVF utifrån ett patient- och närståendeperspektiv nationellt, regionalt och lokalt.

Enkäten byggdes upp 2015–2016 och har därefter vidareutvecklats och är nu ett verktyg för insamling och analys (se metodavsnitt, bilaga 1). Frågorna rör i huvudsak dels vård och förhållningssätt, dels information och tillgodosedda vårdbehov. Andra frågor är av mer allmän karaktär om vården i stort, exempelvis vad gäller bemötande. Sedan den första enkätversionen har en del förändringar skett, där en del frågor formulerats om och andra bytts ut.

De första åren blev verksamheterna frekvent kontaktade av patienter med frågor om enkäten, framför allt personer där utredningen visade att de inte hade cancer. Enkäten gjorde dem oroliga och de undrade om det var något de inte förstått. Vissa hade inte heller uppfattat att utredningen hade med cancer att göra.

Den första enkäten skickades ut i regionerna till de patienter som påbörjade SVF 2015 och i möjligaste mån till de som påbörjat de SVF som infördes 2016. Det första kvartalet 2018 fick knappt 14 000 patienter enkäten, varav 56 procent (7 700) svarade.

Den jämförelse som RCC/SKL gjorde mellan 2017 och 2018 visade att svarsmönstret hållit i sig över tid, både inom de dimensioner som används i

²² Enkäten skickas ut 6–8 veckor efter avslutad utredning till dem som utretts enligt SVF.

den nationella patientenkäten²³ och för enskilda frågor. För vissa vårdförlopp är dock patientunderlaget för litet (färre än 30 svar) för att resultaten ska presenteras, vilket försvårar för en del regioner att få stöd för förbättringar genom enkätsvaren.

I den avslutande uppföljningen har vi intervjuat PREM-center, som är den enhet som tillsammans med SKL arbetat övergripande med enkäten,²⁴ där vi bad dem att sammanfatta sina övergripande lärdomar från enkätens uppbyggnad och införande. Sammanfattningsvis framkom följande synpunkter:

- Det tar tid att ta fram en bra enkät, men vinster av en välformulerad enkät väger upp försening av data.
- Det fördjupade samarbetet med den nationella patientenkäten (NPE) var viktigt. En nationell plattform är avgörande framöver för att kunna återföra information till vårdgivare och patienter. Dessutom ökar trovärdigheten i mätningen.
- Många var inblandade i det inledande arbetet med att bygga upp enkäten, och förankringen i vården kunde varit bättre.
- God information till patienten är avgörande för att rätt besök ska värderas. Detta är särskilt viktigt för patienter som ofta söker vård och därmed kan ha svårt att avgöra vilken/vilka besök som avses när de får enkäten.
- Ett väl fungerande kontaktnät för vart patienterna kan vända sig med frågor är viktigt för vården ska att kunna bemöta oroliga patienter på rätt sätt.
- Flera kvalitetsregister har fått upp ögonen för PREM och vikten av dessa uppföljningar.

Patienternas åsikter efterfrågas och kommuniceras allt mer
Uppföljningen av PREM-enkäten finns tillgänglig på webbplatsen cancercentrum.se för att den ska kunna användas i det lokala förbättringsarbetet. Verktøyen som hör till materialet syftar till att underlätta för regionerna i deras arbete med att ta fram underlag för exempelvis olika målgrupper och för olika lärandesituationer i verksamheterna.

Även om arbetet med att bygga upp och administrera PREM-enkäten har kantats av vissa utmaningar uppfattar Socialstyrelsen att den fått fäste i regionerna. Verktøyen har dessutom underlättat för regionerna att sammanställa underlagen och kommunicera resultaten till olika målgrupper. Allt fler regioner rapporterar hur de använder resultaten i verksamhetsnära förbättringsarbete och vid rapportering på olika nivåer inom regionen. Några regionföreträdare lyfter också att enkätens koppling till satsningen kan ha påskyndat kunskapsutvecklingen och ökat motivationen att använda resultaten för förbättringar.

²³ Dimensionerna är helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap, tillgänglighet.

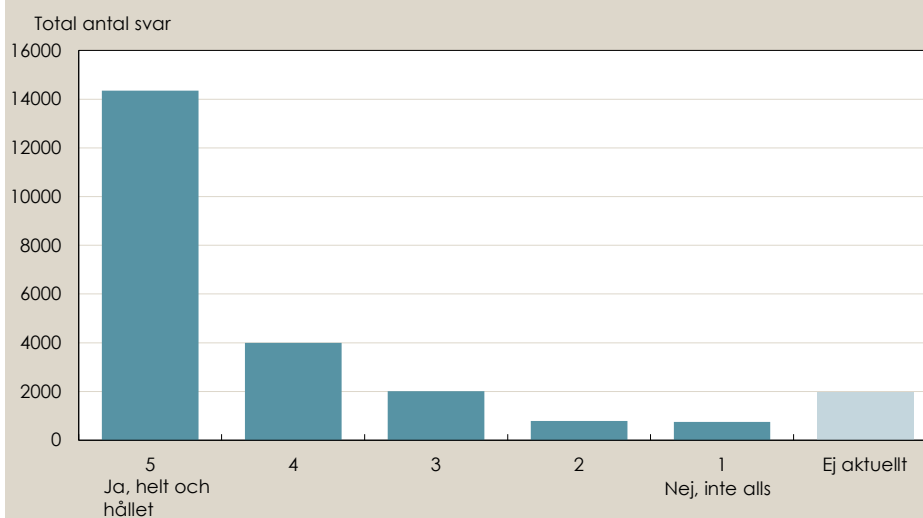
²⁴ PREM-center.

Övergripande resultat

SVF-satsningen ska ge ökad nöjdhet hos patienten genom god information och ökad delaktighet. En majoritet är nöjda med kortare utredningstider, och fyra av fem patienter anser att de fått bra information och att den information de fått under utredningen har varit tillräcklig [2, 3].

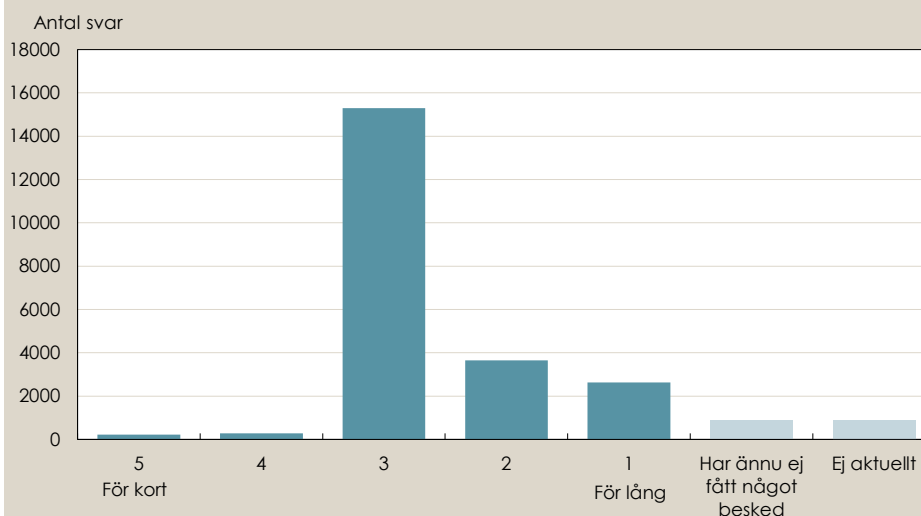
Vid uppföljningarna 2017–2018 uppfattade cirka 60 procent av patienterna att behandlaren på mottagningen samordnade kontakterna helt och hållet (figur 40), och de allra flesta (64 procent) tyckte att utredningstiden varken varit för kort eller för lång (figur 41).

Figur 40. Anser du att behandlaren på mottagningen samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?



Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

Figur 41. Hur upplevde du den totala tiden för utredningen?

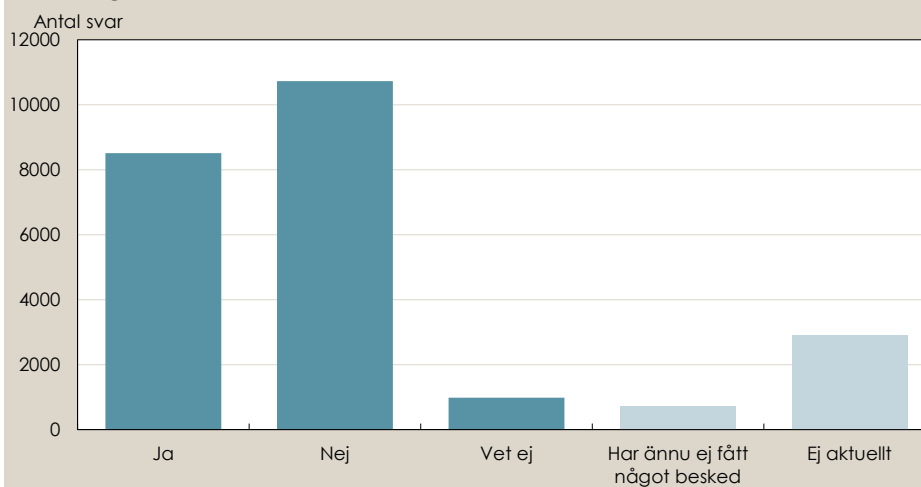


Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

Områden med förbättringspotential

Enkätens resultat visar även på flera förbättringsområden, exempelvis vad gäller patientens delaktighet och involvering i vården samt patientens tillgång till en skriftlig individuell vårdplan. Även närståendes möjligheter att delta vid information till patienten kan förbättras [2, 3]. Under uppföljningen 2017–2018 angav endast 45 procent av patienterna att de blivit uppmanade att ha med någon när de skulle få besked om utredningens resultat (figur 42).

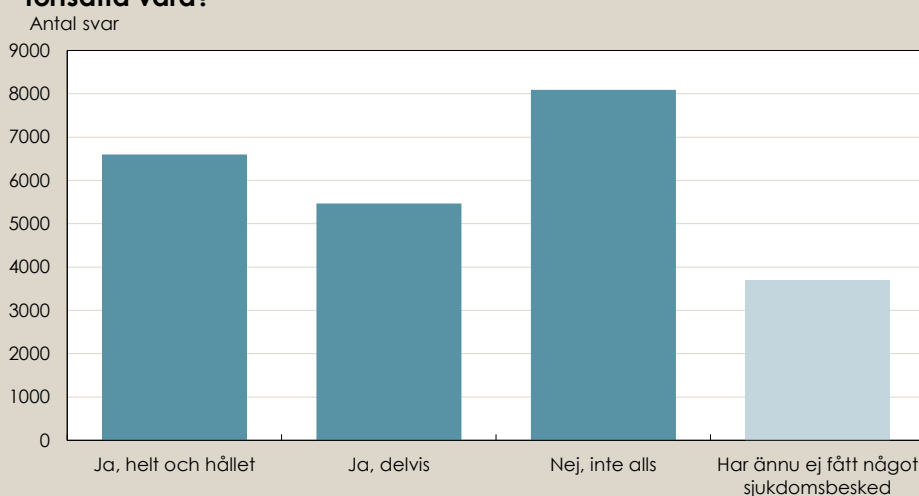
Figur 42. När du skulle få besked om utredningens resultat, hade du då blivit uppmanad att ta med dig någon närstående eller ha någon hos dig?



Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

Huruvida patientens upplever sig vara involverad och delaktig i sin vård och vid eventuella beslut är en viktig del av arbetet med att stärka patientens ställning. Uppfattad delaktighet har också bäring på att patienten tidigt involveras i arbetet med den individuella skriftliga vårdplanen. I den senaste uppföljningar som Socialstyrelsen tagit del av uppgav endast 28 procent av de som hade en cancerdiagnos att de hade en individuell skriftlig vårdplan för den fortsatta vården (figur 43). Ett nationellt utvecklingsarbete pågår för närvarande för ett brett införande av en elektronisk vårdplan ("Min vårdplan") vilket skulle kunna påskynda utvecklingen (cancercentrum.se).

Figur 43. Om utredningen visat att du har en sjukdom, har då du och din behandlare upprättat en skriftlig individuell vårdplan för din fortsatta vård?



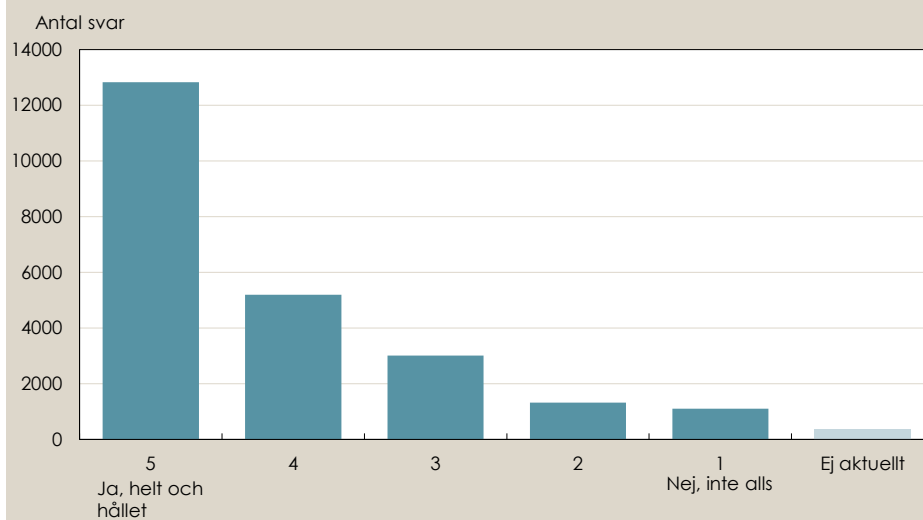
Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

Regeringens långsiktiga inriktning av cancervården

Framtidens patient förväntas i större utsträckning själv söka fördjupad information om sin sjukdom och behandling, där regionernas arbete med "Min vårdplan" ses som en viktig strategi, liksom god och tillfredställande informationen som patienter och närstående kan förstå. I regeringens långsiktiga mål för inriktningen av cancervården ingår kvalitetssäkrad och uppdaterad information till patienter och närstående med hjälp av modernt it-stöd [9].

Av den senare mätperiod som Socialstyrelsen tagit del av framgår att patienten uppfattade de fått tillräcklig information under SVF-utredningen. En hög andel (54 procent) uppfattade sig ha fått tillräcklig information ("Ja, helt och hållet") (figur 44).

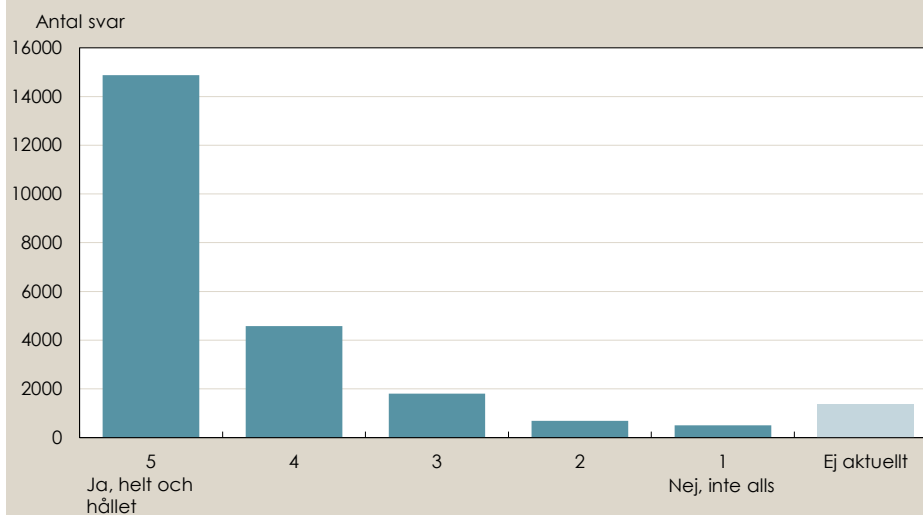
Figur 44. Upplever du att du har fått tillräcklig information under utredningen av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?



Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

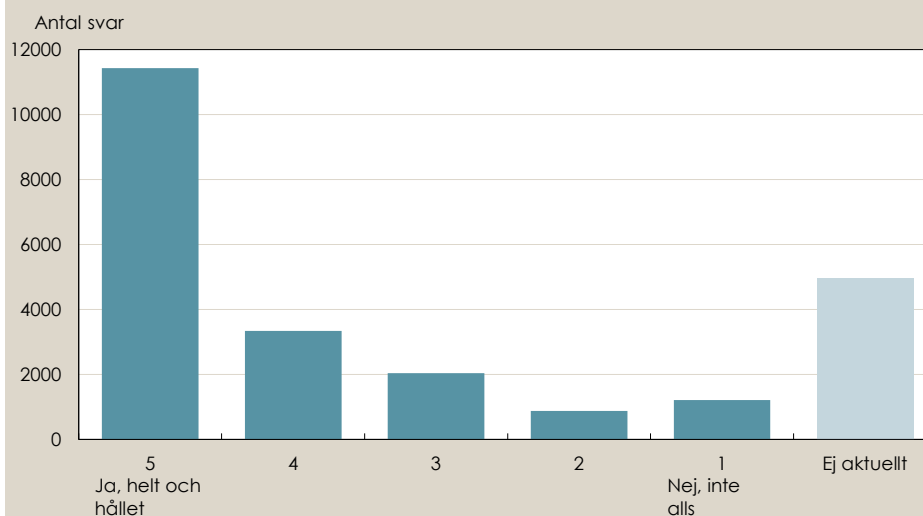
En något högre andel (62 procent) uppfattade att behandlaren förklarade på ett sätt så att de förstod (figur 45), och 48 procent av patienterna uppfattade sig delaktiga i den utsträckning de önskade (figur 46).

Figur 45. Förklarade behandlaren utredningens resultat på ett sätt som du förstod?



Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

Figur 46. Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling till den utsträckning du önskar?



Källa: Nationella patientenkäten/SVF.

Skillnader i svar mellan grupper

Många enkäter om bemötande i hälso- och sjukvården visar att kvinnor är något mindre nöjda med vården än män. När det gäller PREM-enkäten om SVF är kvinnorna tvärtom i stället något mer nöjda än männen, bland annat när det gäller möjligheten till emotionellt stöd. I övrigt är yngre personer (44 eller 64 år, beroende på fråga) och personer med sämre självskattad hälsa mindre nöjda än äldre respektive dem med bättre självskattad hälsa. Dessa resultat stämmer överens med resultat från andra enkätundersökningar om hälso- och sjukvården.

Vissa mindre skillnader utifrån socioekonomiska förhållanden kan därtill noteras i enkäten: Personer utan avslutad utbildning respektive personer som bor ensamma tenderar att vara något mindre nöjda med bemötandet. Personer med grundskoleutbildning tenderar att vara mer nöjd med vårdens samordning än gruppen med eftergymnasial utbildning.

Dock är ålder och självskattad hälsa mer avgörande för i vilken grad man är nöjd med olika dimensioner i vården.

Sammanfattade reflektioner

Balansakten mellan individuella och särskilda behov

För patienten är helheten viktigt för att dels förstå vad som händer och vad som behöver göras i en utredning, dels förstå vad vald behandling får för konsekvenser i vardagen. Patienter ser det som en självklarhet att det ska gå snabbt att utreda en misstanke om allvarlig sjukdom; i det sammanhanget får SVF några avgörande positiva effekter för patienten. Exempelvis ger SVF

patienten ett tydligt utredningsförlopp och en tidsplan där patienten kan se vad som ingår och hur utredningen kommer att gå till.

Patienter behöver tid för att ta till sig svår information och ta genomtänkta beslut. Viktiga funktioner som rätten till en ny förnyad bedömning vid allvarlig sjukdom kan dock vara svår att få till under en kort utredningstid. Samtidig riskerar den individuella hänsynen trängas undan, oavsett om behoven är medicinskt motiverade eller om det handlar om andra individuella behov.

Satsningen på snabba utredningsförlopp får inte ha negativ inverkan på patientens individuella och särskilda behov. Ett patientcentrerat förhållningssätt och tydlig kommunikation är avgörande hur nöjd patienten är och uppfattar sig vara [10]. Införandet av ett stort antal koordinatörer bör dock ha bidragit till att patientens behov av samordning och kontinuitet har förbättrats de år satsningen har pågått.

Patientcentrerat förhållningssätt och tydlig information

Myndigheten för vårdanalys [11] har exemplifierat vad som kan vara samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, till exempel att det inte sker onödiga upprepningar samt att vården sker utifrån kontinuitet och trygghet och ser till personens hela behov och inte minst hjälper patienten att ta nästa steg i vård- och omsorgsprocessen.

Införandet av ett förutbestämt utredningsförlopp och gemensamma arbetssätt nationellt kan ses utifrån patientens behov av samordnade aktiviteter och vara en kulturell omställning för vårdens medarbetare, vilket i sin tur stöder förändring och lärande.

Patientcentrering handlar om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter vid exempelvis förbättringar. Det finns ingen särskild metod för att följa upp patientens erfarenheter och upplevelser, men den nationella patientenkäten vartannat år inom olika vårdnivåer är numera etablerad som en väg att få tillgång till den informationen. Nu finns även PREM-enkäten som specifikt tar upp utredningsförloppet vid misstanke om cancer, med resultat och erfarenheter som speglar såväl nuvarande förbättringspotential som viktiga frågor i framtiden också för andra patientgrupper.

6. Förbättrade förutsättningar för en jämlik cancervård

Sammanfattning

- Nationella och enhetliga beskrivningar inom ramen standardiserade förlopp (SVF) har ökat förutsättningarna för ett likvärdigt omhändertagande vid utredning för misstanke om cancer.
- Socialstyrelsens analyser av väntetiderna utifrån SVF-satsningen visar att de regionala skillnaderna för väntetider till utredning och start av behandling minskat något över landet.
- Företrädare för regioner, verksamheter och professioner bedömer att patienter med ospecifika symtom och allvarliga symtom, vilka tidigare riskerade att trilla mellan stolarna nu får en snabbare väg in i vården tack vare SVF.
- Sedan länge visar nationella utvärderingar och forskning att det finns skillnader i överlevnad i olika cancersjukdomar mellan olika grupper i befolkningen och mellan olika delar av landet.
- Prioritering av förebyggande arbete, tidig upptäckt och ett utvecklat hälsofrämjande och patientcentrerat bemötande är viktiga strävanden för att öka jämlikheten i hälso- och sjukvården.

Inledning

Satsningen på standardiserade vårdförlopp (SVF) har som ett av sina övergripande mål att öka jämlikheten i cancervården. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett exempelvis bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Enligt formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen ska en sjukvård som strävar efter god hälsa och vård på lika villkor i befolkningen prioritera dem som har störst behov. Världshälsoorganisationen, WHO, lyfter fram följande övergripande faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen som viktiga för att åstadkomma en jämlik vård:

- solidariskt finansierad vård med hög tillgänglighet för alla invånare
- uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- ökad betoning på en sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Dessa strategier blir allt viktigare i ljuset av arbetet med Agenda 2030 [12].

Socialstyrelsens utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige har länge visat att det finns såväl relativt betydande regionala skillnader som sociala skillnader i både hälsa och vård, trots att Sverige har goda förutsättningar för jämlik sjukvård ur ett internationellt perspektiv [13-17]. Medan regionala skillnader i vården vanligtvis har organisatoriska orsaker kan skillnader mellan socioekonomiska grupper oftare härledas till vad som sker i vårdmötet och i vilken mån vården möter olika patienters behov.

SVF – en av flera strategier för en mer jämlik cancervård

I den nationella cancerstrategin är det övergripande målet att stärka förutsättningarna när det gäller jämlik vård och hälsa. Strategin pekar ut ett antal områden där utveckling behöver ske för att åstadkomma detta, bland annat vad gäller nationella vårdprogram och nivåstrukturer av vissa specialiserade insatser. Därutöver diskuteras vikten av tidig upptäckt, screening och inte minst ett ökat fokus på det förebyggande arbetet.

Socialstyrelsen har tidigare lyft fram att regionala cancercentrum (RCC) delvis haft ett fokus på jämlikhet inom vissa områden, bland annat genom att man kartlagt skillnader mellan befolkningsgrupper och belyst geografiska skillnader i vård och behandling. RCC har även genomfört flera projekt riktade till olika befolkningsgrupper om bland annat om screeningverksamhet, där RCC har jobbat med tillgänglighet och med att ta fram anpassad information. Utvecklingsprojekt i socioekonomiskt resurssvaga områden är ett annat exempel.

När det gäller SVF borgar de gemensamma SVF-mallarna för likvärdighet när det gäller bedömning av när misstanke om cancer bör utredas. Målet har varit, och är fortfarande, att verksamheterna ska sträva efter gemensamt satta mål för ledtider i utredningsprocessen, och mallarna är en del av det gemensamma och nationella kunskapsstöd som ska främja likvärdig vård i hela landet.

Resurssvaga grupper kan gynnas av SVF

Möjligheten att upptäcka cancer genom standardiserade alarmsymtom för välgrundad misstanke varierar mellan olika cancerformer. Även om det i hög utsträckning handlar om att säkra ingången till vården finns det vissa alarmsymtom som gör att SVF aktiveras lättare. Standardiseringen av alarmsymtom när patienten söker vård har successivt medfört att det sker prioriteringar mellan olika patientgrupper, där grupper med återfall och diffusa symtom i högre utsträckning tas om hand i dag. Just dessa grupper har enligt flera företrädare för regionerna vunnit på SVF, eftersom de tidigare lotsades runt i vårdsystemet utan åtgärd.

Regionernas företrädare och professionerna menar både i dialog och olika enkäter att denna ingång i vården gynnar en grupp som tidigare har haft svårt att komma in på rätt nivå. Som exempel anges personer med olika funktionsnedsättningar och neuropsykologiska problem samt personer med missbruksproblem och nedsatt autonomi.

Minskade skillnader i väntetider mellan regioner och verksamheter

Som en följd av mer enhetliga utredningsprocesser över landet och mellan verksamheter borde variationen (spridning) i väntetider minska. I tabell 9 och 10 i bilaga 3 visas olika typer av förändringar och skillnader för de förlopp som infördes 2015, 2016 och 2017.

I figur 47 illustreras att spridningen i väntetider mellan patienter med kortast respektive längst väntetider minskat för flera vårdförlopp. (För fler uppgifter om spridning i väntetider, se även tabell 9 och tabell 10 i bilaga 3.)

Figur 47. Förändring i spridning mellan patienter med längst och kortast väntetider

Förändringen mellan percentil 90 och percentil 10: för cancerformer som infördes i SVF 2015 mellan 2017 och 2013/2014; för cancerformer som infördes i SVF 2016 mellan 2017 och 2015.



TURB = transuretral resektion av blåsa.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

I tabell 9 i bilaga 3 visas dock även att medianväntetiden ökat med 11 respektive 12 dagar vid bukspottkörtelcancer respektive onkologisk behandling vid lågmalign hjärntumör. Vid bukspottkörtelcancer har även spridningen i väntetider ökat betydligt.

Vissa skillnader i väntetid mellan män och kvinnor

I figur 48 och tabell 11 i bilaga 3 redovisas väntetiden per cancerform för män respektive kvinnor utifrån första och sista mätpunkt för respektive cancerform 2017. Endast de behandlingsformer per cancerform som har fler än 10 patienter finns med i redovisningen.

Figur 48 visar att det generellt inte fanns några större skillnader i medianväntetid mellan män och kvinnor 2017 vad gäller de cancerformer som redovisas i figuren. Som högst är skillnaden 5 dagar, vid exempelvis cancer i urinblåsa med cystektomi som behandlingsform.

Vad gäller övriga cancerformer i tabell 11 finns det en större skillnad i medianväntetid mellan män och kvinnor vid gallblåse- och gallgångscancer med operation som behandlingsform (8 dagar), vid lågmalign hjärntumör med enbart operation som behandlingsform (11 dagar), vid levercancer med kirurgi och tumörspecifik behandling (24 dagar) samt vid lymfom med strålbehandling (10 dagar).

Vid njurcancer, som infördes i SVF 2017, ses knappt någon skillnad i medianväntetid mellan könen; den väntetidsskillnad som fanns mellan könen i Socialstyrelsens uppföljning av väntetider 2015 syns inte längre [5].

De längre väntetiderna kan alltså inte kopplas till kön utan de varierar mellan vårdförloppen och även mellan olika behandlingsform inom samma vårdförlopp. Dock har inga statistiska signifikanstester eller analyser gjorts om orsaken till dessa skillnader; de kan möjligen bero på slumvariationer, demografiska skillnader, patientens sjukdomstillstånd (allvarlighetsgrad) eller olika systemfaktorer.

Kort om andra jämlikhetetsaspekter på cancervård

Dödligheten i cancer har minskat i befolkningen som helhet [17]. När det gäller överlevnad vid vissa former av cancer ser vi relativt stora regionala skillnader, exempelvis när det gäller lungcancer. De skillnader som finns i insjuknande och överlevnad för de tolv vanligaste cancerformerna i Sverige har dock visat sig vara större mellan socioekonomiska grupper än mellan regioner [13, 18]. Skillnaderna gäller främst den första tiden efter diagnos, vilket understryker att bakgrunden är komplex.

Tidig upptäckt är centralt. Här har rutinerna för screening stor betydelse, men även vårdens insatser senare i förloppet påverkar möjligheten att överleva en cancerdiagnos.

Det finns också skillnader i cancerdödlighet mellan män och kvinnor, vilket till stor del beror på att de drabbas av olika cancerformer. Mäns cancerdödlighet är dock högre även i de cancerformer som inte är könsspecifika. Detta kan bero flera faktorer, bland annat skillnader i levnadsvanor samt på att män enligt vissa studier verkar mindre benägna att söka vård och därför får cancerdiagnosen i ett senare skede.

När det gäller socioekonomiska skillnader för cancer sammantaget är risken för insjuknande ungefär lika stor i olika socioekonomiska grupper, men fler dör av cancer bland personer med kort utbildning. Efter diagnosen har personer med eftergymnasial utbildning bättre överlevnadschanser, oavsett cancerform. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har 20–30 procent lägre risk att få diagnosen bröstcancer men samma grupp har ändå 30–40 procent högre risk att dö på grund av sjukdomen, jämfört med kvinnor som har eftergymnasial utbildning. Detta gäller oavsett födelseland.

Gruppen utlandsfödda är heterogen, och risken att insjukna och dö i cancer varierar beroende på ursprungsland och vistelsetid i Sverige. Dessutom finns det variationer för olika cancerformer. Barn till invandrade föräldrar har däremot vanligen samma cancerrisker som barn till föräldrar som är födda i Sverige, vilket visar miljöfaktorernas stora betydelse när det gäller uppkomsten av cancer. Detta kan också ge viktiga ledtrådar när det gäller att förstå mekanismerna bakom olika cancersjukdomar.

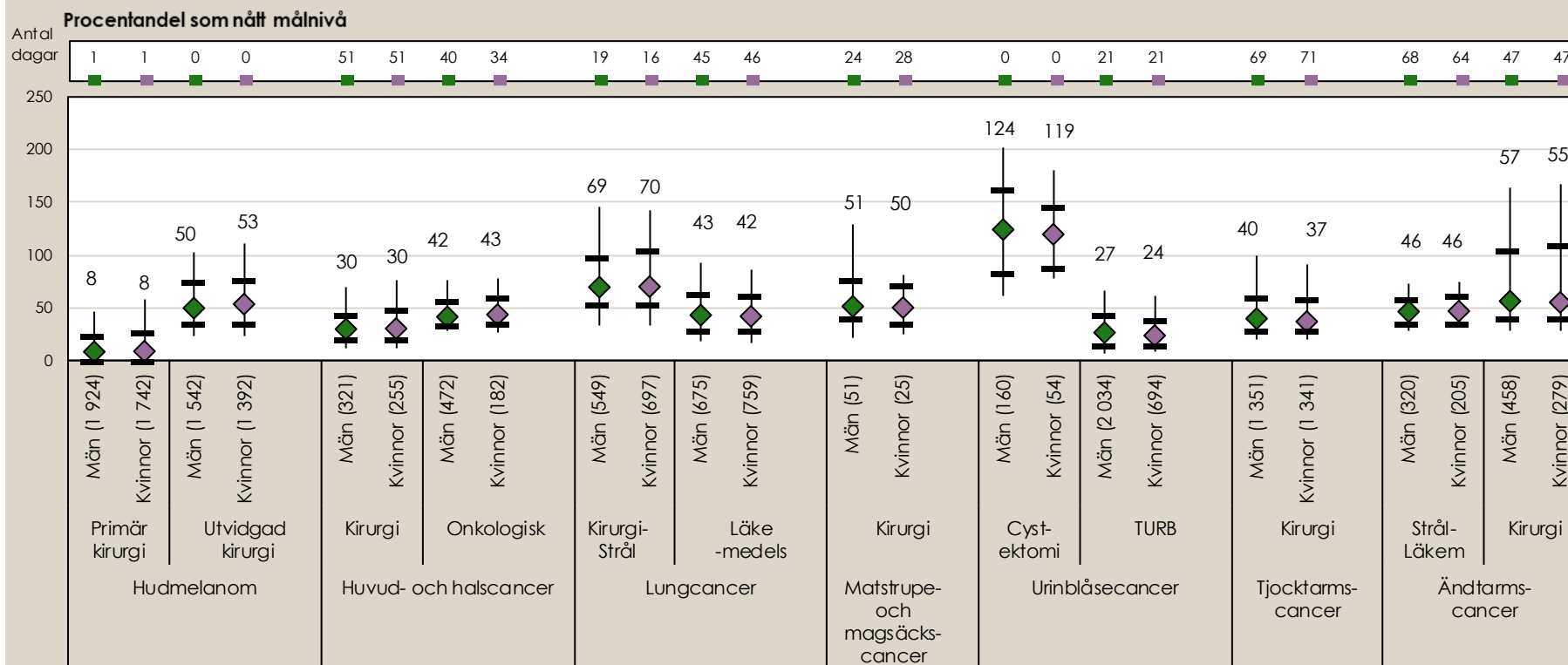
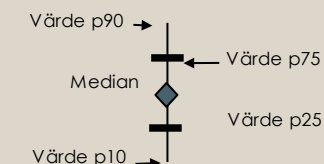
När det gäller den regionala cancervården har Socialstyrelsens analyser visat att det finns många olika skillnader, och för att minska de socialt betingade skillnaderna krävs ökade insatser på det förebyggande området. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att fler dör av cancer bland personer med kort utbildning; personer med eftergymnasial utbildning har bättre chanser till överlevnad oavsett cancerform. Tidig upptäckt är centralt och rutinerna för screening har stor betydelse [19]. Slutligen kan skillnaderna mellan socioekonomiska grupper minska om hälso- och sjukvården, i samverkan med andra aktörer, intensifierar sitt förebyggande arbete genom bland annat särskilda insatser till riskgrupper.

Figur 48: Rikets väntetider fördelade på män och kvinnor 2017

Väntetid mätpunkterna motsvarar Datum välgrundade misstanke och Datum första behandling

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median som även visas överst), 75:e, 90:e percentilen.

Antal patienter redovisas inom parentes*.



TURB = transuretral resektion av blåsa.

*Vissa första behandlingar redovisas inte för att det finns för få antal patienter.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Referenser

1. Bohmer R. Designing Care. Aligning the nature and management of health care. Boston: Harvard Buisness Press; 2009.
2. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport; 2016.
3. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport; 2017.
4. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården, Lägesrapport; 2018.
5. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården: Rapport december 2015.
6. Socialstyrelsen. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården: Februari 2018.
7. Socialstyrelsen. I väntan på besked: Väntetider inom cancervården. Kartläggning och förslag till mätmodell. 2010.
8. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie. 2015.
9. Regeringskansliet. Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården. Socialdepartementet, 2018.
10. Constand MM, J.Dal Bello-Haas,V. Law, M. Scooping review of patient-centered care approaches in health care. BMC Health Serv Res. 2014(14):271.
11. Vårdanalys. Möten med mening. En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten; 2018:3.
12. WHO. Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on noncommunicable Diseases. 2018.
13. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2011.
14. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport; 2009.
15. Vårdanalys. En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. 2014.
16. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten. 2019.
17. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018 - En god vård? En övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. 2018.
18. Socialstyrelsen. Cancer i Sverige - Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning; 2011.
19. Törnberg SL, E. Henriksson, R. Avgiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning. Studie i Stockholms län visar på bra effekt i socioekonomiskt svaga områden. Läkartidningen. 2014;111(7).

Bilaga 1. Metod per avsnitt och figurförklaringar för väntetider

Avsnitt 3. Nulägesbild - vårdförlopp

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Information och aktiviteter som rör satsningen cancercentrum.se (flik standardiserade vårdförlopp; mätning och kodning, ändringar vårdförlopp, statistik och kortare väntetider)
- Nationella väntetidsdatabasen – Signe, Sveriges kommuner och landsting (SKL). Uttag augusti 2015 till och med februari 2019
- Cancerregistret, 2017. Socialstyrelsen.

Avsnitt 4. Väntetider – och figurförklaringar

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Faktarutor för beskrivning av standardiserade vårdförlopp införda 2015 (samtliga fem förlopp), 2016 (11 vårdförlopp) och 2017 (1 vårdförlopp):
 - *Cancerregistret vid Socialstyrelsen*. 2017.
 - *Beskrivning av ett standardiserat vårdförlopp. Regionala cancercentrum i samverkan*. Senaste version för respektive cancerform. Hämtat den 1 december 2018.
 - *Cancer i siffror 2018. Populärvetenskaplig fakta om cancer*. Socialstyrelsen & Cancerfonden, www.socialstyrelsen.se.
 - *Senaste nationella vårdprogram för respektive cancerform*. Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtat den 1 december 2018.
 - *Nationella väntetidsdatabasen*. Signe, Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtat den 1 mars 2019.
- Data för väntetider har hämtats från nationella kvalitetsregister för: huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa- och urinvägar, akut myeloid leukemi (AML), bröstcancer, hudmelanom, lungcancer, tjock- och ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer, gallblåse- och gallgångscancer, hjärntumör, levercancer, lymfom, myelom och njurcancer (tabell 7).

För kommentarer i anslutning till redovisningen av vissa cancerformer

I anslutning till väntetidsredovisning ges kommentarer till bland annat väntetidsutvecklingen och eventuella variationer mellan regioner, samt i vissa fall även andra effekter som SVF kan ha bidragit till. Informationen är hämtad från mejlkorrespondens och dialog (ljudbandinspelad januari 2019) som förts med fördjupningsregionernas projektledare om framtagna väntetider. Även registerhållarna har blivit tillfrågade om reflektioner och reflektioner som inkommit anges i samband med kommentarerna och

väntetidsredovisningen. Detta gäller de större cancerformerna huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa- och urinvägar, bröstcancer, hudmelanom, lungcancer, tjock- och ändtarmscancer.

Väntetidsdata har hämtats från de nationella kvalitetsregistren Tabell 7 (i slutet av bilagan) visar de mätpunkter som hämtats från respektive nationellt kvalitetsregister för de urval som väntetidsredovisningen i rapporten gäller. Urvalet per vårdförlopp består av patienter definierade enligt behandlingsgrupp och mätperiod. Behandlingsgrupperna är valda utifrån SVF:s riktlinjer²⁵, och kvalitetsregistrens innehåll.

Mätpunkterna *från* och *till* är enligt SVF *datum för välgrundad misstanke* och *datum för behandlingsstart*. Tabell 7 visar de mätpunkter som hämtats från kvalitetsregistren och som av kvalitetsregistren bedömts närmast motsvara *datum för välgrundad misstanke* och *datum för behandlingsstart* (gäller för den behandlingsform som ges som första behandling).

Negativ ledtid kan uppkomma om till exempel välgrundad misstanke uppstår efter behandlingsstart men beror troligast på ett misstag i dokumenteringen. I tabell 7 anges hur kvalitetsregistret hanterat negativ ledtid.

Täckningsgrad i tabell 7 refererar till täckningsgraden mot Cancerregistret om inget annat anges. För många register finns det en eftersläpning i rapporteringen vilket medför att täckningsgraden för de senare mätperioderna inte reflekterar den slutgiltiga täckningsgraden. Data för perioden januari-juni 2018 redovisas också, men resultatjämförelse mellan den perioden med ett helår inkluderar inte säsongsvariationer. Därför bör en tolkningsförsiktighet beaktas. Framförallt mindre vanliga cancerdiagnoser där antalet patienter är mycket lägre för halvåret, och även där urvalet baseras på diagnosår bör resultaten tolkas med stor försiktighet. I de fall där grupperna är små (färre i antal) kommer slumpvariationer att spela stor roll.

Väntetider redovisas inte om antalet patienter är färre än tio för respektive behandlingsgrupp. Anledningen är risk för statistisk osäkerhet som uppstår med färre observationer samt röjande av uppgifter om en enskild person.

Tomma celler betyder att statistiken inte är tillgänglig av olika skäl.

Målnivå är målet för ledtiden, från *datum för välgrundad misstanke* till *datum för behandlingsstart* enligt SVF. Tiderna för respektive behandlingsform per vårdförlopp är enligt SVF satta efter ”optimala omständigheter”. Målnivån anger att så kort skulle ledtiden kunna vara om vården var optimalt organiserad och resurssatt (t.ex. bemanning i form av vårdpersonal, apparatur för röntgen och strålning, kirurgisk kapacitet i form av lokaler).

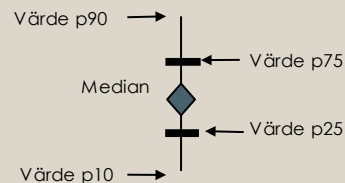
²⁵ <https://cancercentrum.se>. Hämtat juni 2018.

Figurförklaringar

Median och kvartiler/percentiler

Faktarutan nedan beskriver måtten median och kvartiler/percentiler som redovisas i väntetidsfigurerna.

Median och kvartiler/percentiler



Ett sätt att beskriva spridningen runt medianen är att storlekssortera och dela in observationsvärdena i fyra lika stora grupper för att få fram kvartiler (fjärdedelar).

- Värdet för den första kvartilen delar den nedre halvan av materialet i två lika stora delar, där 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen.
- Det mittersta värdet (medianen, den ifyllda cirkeln på stolpdiagrammen) delar de storlekssorterade observationsvärdena i två lika stora delar, där hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen.
- Värdet för tredje kvartilen delar den övre halvan av materialet i två lika stora delar, där 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika med tredje kvartilen.

Om observationsvärdena i stället delas i hundradelar benämns de percentiler. Första kvartilen motsvarar då den 25:e percentilen (p25), medianen motsvarar den 50:e percentilen (p50) och tredje kvartilen motsvarar den 75:e percentilen (p75). Värdet p10 uttrycker att 10 procent av observationsvärdena är mindre än eller lika med detta värde. Värdet p90 uttrycker att 10 procent av observationsvärdena är större än eller lika med detta värde.

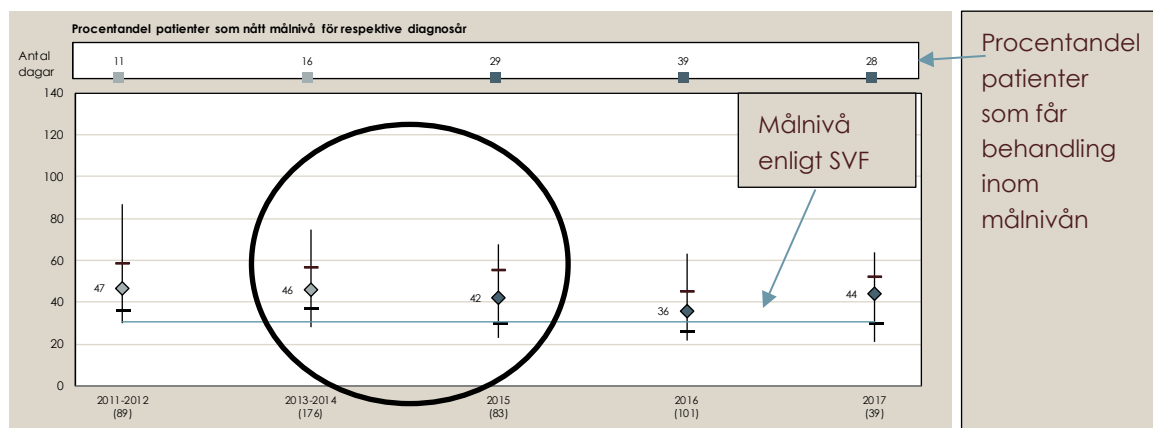
Färgnyansen på medianen och målnivå

I figurerna som visar utvecklingen av väntetider över tid är medianen markerad med antingen ljus eller mörkare färg. De årtal som är markerade med mörkare färg i medianen belyser att cancerformen ingår i SVF under de åren (se figur 3).

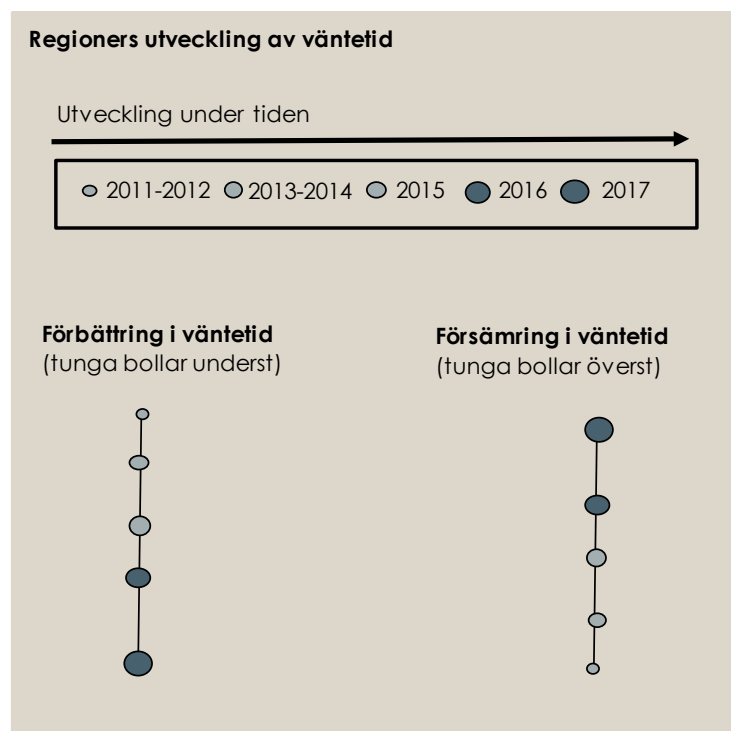
Den horisontella linjen i figur 3 illustrerar målnivån enligt SVF för respektive behandlingsform vid respektive cancerform. I texten, faktarutorna och figurerna använder vi begreppen *SVF-målnivå*, *målnivå* eller *maximal ledtid* vilka avser samma sak. Där väntetidsdata redovisas för åren innan SVF

infördes, anges även hur stor andel av patienterna som då fick behandling inom vad som nu är SVF-målnivå eller maximal ledtid. Rutan ovan figuren med median och kvartiler/percentiler visar procentandelen patienter som får behandling inom målnivå under respektive år.

Figur 3. Figuren illustrerar färgnyansen på medianen samt förklarar vad den horisontella linjen och rutan ovan nedre figuren betyder



Medianväntetidens utveckling över tid för respektive region
Faktarutan nedan förklarar hur figurerna med medianväntetidens utveckling över tid ska läsas. Ju större eller tyngre boll desto nyare årtal. Även här är det så att de bollar som har mörkare nyans belyser de årtal som respektive cancerform ingår i SVF.



Avsnitt 5. Patientperspektiv och patientnöjdhet

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Information och aktiviteter som rör satsningen cancercentrum.se (flik standardiserade vårdförlopp; mätning och kodning, patientinformation).
- Workshop, med ljudbandinspelade (och transkriberade) intervjuer med fördjupningsregionernas projektledare (januari, 2019) om den PREM-enkäten som är knuten till uppföljningen och hur de uppfattar användningen i respektive region. PREM= patient-reported experience measures).
- Telefonintervju med personer (vid PREM-center) som arbetat övergripande med enkäten och deras skriftliga sammanställning av lärdomar från enkätens uppbyggnad och genomförande under 2015-2018, januari, 2019.
- Uppgifter från Sveriges kommuners och landstings (SKL) nationella patientenkät och den SVF-uppföljning som är knuten till denna. Uppgifterna omfattar perioden (2017-2018)

Analys och sammanställning

- Underlaget (såsom texter och transkriberade intervjuer) har i analysen företrädesvis haft utgångspunkten för vad som uttrycks av intervjupersonerna i tal och det textunderlag som ingått.
- Ett urval av uppgifter från NPE/SVF (2017-2018) har sammanställts grafiskt utifrån NPE/ uppgifterna. Urvalet omfattar några patientcentrerade uppgifter, områden med förbättringspotential och patientnöjdhet utifrån regeringens långsiktiga inriktning av cancervården.

Avsnitt 6. Förbättrade förutsättningar för en jämlik cancervård

Datainsamling och huvudsakliga källor

- Nationella kvalitetsregister för: huvud- och halscancer, matstrups- och magsäckscancer, prostatacancer, cancer i urinblåsa- och urinvägar, akut myeloisk leukemi (AML), bröstcancer, hudmelanom, lungcancer, tjock- och ändtarmscancer, bukspottkörtelcancer, gallblåse- och gallgångscancer, hjärntumör, levercancer, lymfom, myelom och njurecancer.

Sekretess och kvalitetssäkring

Socialstyrelsen sparar och hanterar kontaktuppgifter till utgiftslämnarna till samtliga enkäter i enighet med personuppgiftslagen PuL (1998:2014).

Socialstyrelsen har samråd med SKL inför utformning och genomförande, i enighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner. Uppgifter har genomgått Socialstyrelsens kvalitetsdeklaration avseende statistiska metoder.

Tabell 7. Mätpunkter och urval som väntetidsredovisningen gäller

Cancerform (vårdförlopp)	Behandlings- grupp	År	Mätpunkter i respektive kvalitetsregister		Datauttag	Negativa ledtider	Täckningsgrad	Övrigt
			Från	Till				
Bröstcancer	Primär operation, cytostatika, strålbehandling, endokrin behandling	Behandlingsår	Datum första kontakt (innan ca mars 2016) Datum för välgrundad misstanke (efter ca 2016) ²⁶	Datum första operation/ start av första preoperativa onkologiska behandling	2018-10- 05	Ja, ett försumbart fåtal (47 av 41977 poster för total VT) pga till synes felregistrerade datum	2013-2014: 99.8/97.2%; 2015: 99.5/96.5%; 2016: 99.5/93.5%; 2017: 98/75.4%; 2018 jan-juni: 74.6/44.6%	Rapportering av preop onk beh sker på eget formulär i NKBC separat från anmälan, och sker ca 1 - 1,5 år efter anmälan.
Bukspottkörtelcancer	Kirurgi	Behandlingsår	Första imaging	Datum operation	2018-09- 18	Nej	2013-2014: 47%; 2015: 78%; 2016: 82%; 2017: 86%; 2018 jan-juni: 94%	Målnivåerna är satta som intervall för registret delar inte upp patienterna på typ av utredning (bas- eller utökad) enligt SVF. Väntetider för cytostatika som första behandling redovisas inte eftersom täckningsgraden är för lågt. Täckningsgraden är: antal patienter som har ledtid/totala antal patienter som är opererade o/e fått cytostatika.
Gallblåse- och gallgångscancer	Operation	Behandlingsår	Radiologidatum alt. diagnosdatum	Datum för tidigaste tumöringrepp	2018-10- 16	Nej, negativa och tider över 365 har exkluderats	2013-2014: 92%; 2015: 98%; 2016: 100%; 2017: 92%; 2018 jan-juni: 97%	Registret delar inte upp patienterna på typ av utredning (bas- eller utökad) enligt SVF. Målnivåerna är därför satta som intervall.
	Cytostatika			Datum MDK (planering av kemoembolis- ering medicinsk tumörbehandling)			2013-2014: 96%; 2015: 97%; 2016: 96%; 2017: 99%; 2018 jan-juni: 70%	

²⁶ Mätpunkten Beslut om välgrundad misstanke tillkom år 2016 och ersätter sedan dess mätpunkten Datum för första kontakt. Dessa mätpunkter identifierades som väldigt lika, men definieras inte på exakt samma sätt. Med mätpunkten Beslut om välgrundad misstanke mäts även patienter som inte ingått i SVF.

Cancerform (vårdförlopp)	Behandlings- grupp	År	Mätpunkter i respektive kvalitetsregister		Datauttag	Negativa ledtider	Täckningsgrad	Övrigt
			Från	Till				
Hjärtumör	Högmalign: Enbart operation	Operationsår	Tidigast datum av remiss eller diagnos enl. röntgen	Postop datum för MDK	2018-10- 04	Nej	2013-2014: 63%; 2015: 96%; 2016: 97%; 2017: 94%; 2018 jan-juni: 92%	"Postop MDK" började gälla 2014, vilket innebär att täckningsgraden för 2013 blir missvisande låg.
	Högmalign: Onkologisk behandling	Beslutår för onkologisk behandling		Tidigast startdatum för någon av strål- eller läkemedelsbehan- dling			2013-2014: 98%; 2015: 100%; 2016: 99%; 2017: 100%; 2018 jan-juni: 96%	
	Lågmalign: Enbart operation	Operationsår		Postop datum för MDK			2013-2014: 65%; 2015: 86%; 2016: 89%; 2017: 87%; 2018 jan-juni: 93%	
	Lågmalign: Onkologisk behandling	Beslutår för onkologisk behandling		Tidigast startdatum för någon av strål- eller läkemedelsbehan- dling			2013-2014: 100%; 2015: 100%; 2016: 98%; 2017: 96%; 2018 jan-juni: 80%	
Hudmelanom	Primärkirurgi	Behandlingsår	Datum första läkarbesök	Datum primärkirurgi	2018-10- 02	Nej	2013-2014: 88%; 2015: 92%; 2016: 93%; 2017: 88%; 2018 jan-juni: 65%	
	Utvidgad kirurgisk behandling			Datum utvidgad kirurgi			2013-2014: 75%; 2015: 80%; 2016: 80%; 2017: 70%; 2018 jan-juni: 41%	
Levercancer	Kirurgi/tumörspe- cifik behandling	Behandlingsår	Radiologidatum (annars diagnosdatum)	Datum för tumöringrepp för patienter som genomgått resektion eller ablation	2018-10- 16	Nej, negativa och tider över 365 har exkluderats	2013-2014: 94%; 2015: 94%; 2016: 97%; 2017: 96%; 2018 jan-juni: 97%	Registret delar inte upp patienterna på typ av utredning (bas- eller utökad) enligt SVF. Målnivåerna är därför satta som intervall.
	Transplantation			Datum för MDK för patienter där transplantation planeras			2013-2014: 95%; 2015: 100%; 2016: 95%; 2017: 100%	

Cancerform (vårdförlopp)	Behandlings- grupp	År	Mätpunkter i respektive kvalitetsregister		Datauttag	Negativa ledtider	Täckningsgrad	Övrigt
			Från	Till				
	Systemisk cytostatikabehandling			Datum för MDK för patienter där ingen kirurgi planeras men kemoembolisering och/eller medicinsk tumörbehandling planeras			2013-2014: 96%; 2015: 98%; 2016: 97%; 2017: 99%; 2018 jan-juni: 80%	
Lymfom	Strålbehandling	Behandlingsår	Datum då remiss skickas till specialistklinik	Datum första behandling	2018-12- 17	Nej	2013-2014: 98%; 2015: 95%; 2016: 91%; 2017: 67%; 2018 jan-juni: 29%	Registret delar inte upp patienterna på typ av utredning (bas- eller utökad) enligt SVF. Målnivåerna är därför satta som intervall. Urval: Patienter med aktiv behandling Cytostatika, enbart eller i kombination med andra terapier.
	Läkemedels- behandling						2013-2014: 49%; 2015: 48%; 2016: 58%; 2017: 55%; 2018 jan-juni: 54%	
Myelom	Aktiv expectans (asymtomatiska myelom)	År för avslut av väntetiden	Datum för utfärdande av remiss till specialistklinik	Datum för diagnosbesked	2018-10- 31	-	2013-2014: 99%; 2015: 99%; 2016: 94%; 2017: 85%; 2018 jan-juni: 47%	
	Aktiv behandling (symtomatiska myelom)	Behandlingsår		Datum för start av behandling				
Njurcancer	Operation	Operationsår	Remiss beslut	Behandlingsstart	2018-10- 03	Nej	2013-2014: 100%; 2015: 100%; 2016: 99%; 2017: 97%; 2017 juli-2018 juni: 42%	Sista mätningen gäller juli 2017- juni 2018 men täckningsgraden gäller jan-sep 2018. Gäller kurativ behandling.
Akut myeloisk leukemi, inkl. oklassificerad leukemi	Onkologisk	Behandlingsår	Datum första kontakt med specialist	Datum första behandling	2018-09- 13	Nej	2013-2014: 97%; 2015: 96%; 2016: 93%; 2017: 71%; 2018 jan-juni: 27%	Urval: Intensiv kombinationsterapi , inkl. APL. Tid till hypometylering och lågdos palliation saknas mestadels, även om vissa ibland fyllt i behandlingsblankett även för dessa.

Cancerform (vårdförlopp)	Behandlings- grupp	År	Mätpunkter i respektive kvalitetsregister		Datauttag	Negativa ledtider	Täckningsgrad	Övrigt
			Från	Till				
Huvud- och halscancer	Kirurgi	Behandlingsår	Datum första besök vid ÖNH- klinik	Operationsdatum om det är första behandling	2018-10- 02	Nej	2013-2014: 97%; 2015: 97%; 2016: 97%; 2017: 97%; 2018 jan-juni: 96%	Täckningsgrad(%): Nämnamnaren i täckningsgraden är alla fall handlagda på ÖNH- klinik där respektive behandling är första. Täljaren är de fall där ledtid finns och inte är negativ eller längre än 366 dagar.
	Strålbehandling			Datum första behandling			2013-2014: 98%; 2015: 98%; 2016: 97%; 2017: 99%; 2018 jan-juni: 100%	
	Onkologisk						2013-2014: 98%; 2015: 98%; 2016: 97%; 2017: 99%; 2018 jan-juni: 100%	
Lungcancer	Kirurgi eller strålbehandling	Behandlingsår	Datum då remiss skrevs till utredande klinik	Datum första behandling	2018-09- 24	Nej	2013-2014: 98%; 2015: 97%; 2016: 94%; 2017: 87%; 2018 jan-juni: 37%	Täckningsgrad mot cancerreg ca 180801.
	Läkemedelsbeh andling							
Matstrupe- och magsäckscancer	Kirurgi	Diagnosår	Diagnosdatum	Datum första behandling	2018-03- 28	Nej	2013-2014: 96%; 2015: 94%; 2016: 93%; 2017: 88%; 2018 jan-juni: 58%	Göller kurativ behandling för samtliga behandlingsformer där radio-kemoterapi och kemoterapi är neoadjuvant behandling.
	Radio- kemoterapi							
	Kemoterapi							
Prostatacancer	Strålbehandling	Behandlingsår	Datum remiss utfärdas	Datum första behandling	2018-09- 07	Nej	2013-2014: 99%; 2015: 99%; 2016: 99%; 2017: 98%; 2018 jan-juni: 80%	
	Kirurgi							
	Kombinerad läkemedel- och strålbehandling							
Tjocktarmscancer	Kirurgi	Behandlingsår	Datum remiss utfärdas	Datum operation	2018-10- 18	Nej	Ej framtaget	Registret delar inte upp patienterna på typ av utredning (bas- eller utökad) enligt SVF. Målnivåerna är
Ändtarmscancer	Kirurgi	Behandlingsår	Datum remiss utfärdas	Datum operation	2018-10- 18	Nej	Ej framtaget	

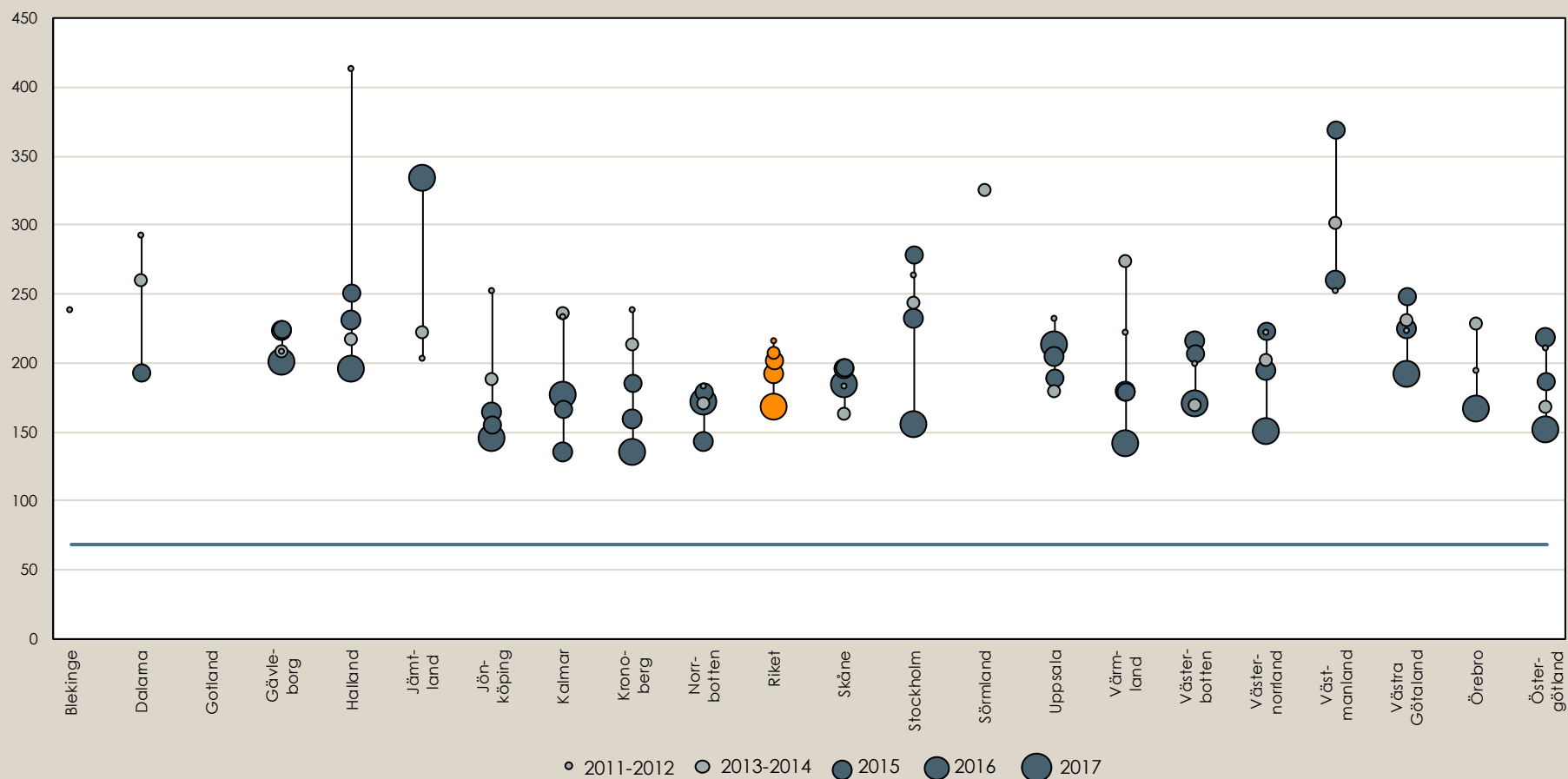
Cancerform (vårdförlopp)	Behandlings- grupp	År	Mätpunkter i respektive kvalitetsregister		Datauttag	Negativa ledtider	Täckningsgrad	Övrigt
			Från	Till				
	Strål- eller läkemedelsbehandling			Datum första behandling				därför satta som intervall.
Urinblåse- och urinvägscancer Hela urvalet	Strålbehandling	Behandlingsår	Datum remiss utfärdas	Datum start av kurativ strålbehandling	2018-09- 24	Nej	2013-2014: 98%; 2015: 98%; 2016: 98%; 2017: 88%	Urval: Strålbehandling - muskelinvasiva, T2-T4 tumörer, Cystektomi - muskelinvasiva.
	Neoadjuvant kemoterapi			Första förekommande av datum för neoadjuvant eller intravesikal behandling			2013-2014: 96%; 2015: 96%; 2016: 90%; 2017: 39%; 2018 jan-juni: 19%	
	Cystektomi			Datum för cystektomi			2013-2014: 98%; 2015: 98%; 2016: 98%; 2017: 99%; 2018 jan-juni: 91%	
	TURB – transuretral resektion av blåsa			Datum TURB operation			2013-2014: 98%; 2015: 99%; 2016: 98%; 2017: 99%; 2018 jan-juni: 99%	
Urinblåse- och urinvägscancer Enbart SVF- registrerade	Strålbehandling			Datum start av kurativ strålbehandling			2016: 97%; 2017: 88%	
	Neoadjuvant kemoterapi			Första förekommande av datum för neoadjuvant eller intravesikal behandling			2016: 92%; 2017: 36%	
	Cystektomi			Datum för cystektomi			2016: 99%; 2017: 99%; 2018 jan- juni: 91%	
	TURB – transuretral resektion av blåsa			Datum TURB operation			2016: 99%; 2017: 99%; 2018 jan- juni: 99%	

Bilaga 2. Väntetider – resultatfigurer

Figur 9. Regioners utveckling av medianväntetiden vid strålbehandling för patienter med prostatacancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna *Datum remiss utfärdas* till *Datum första behandling*.
Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlopp.

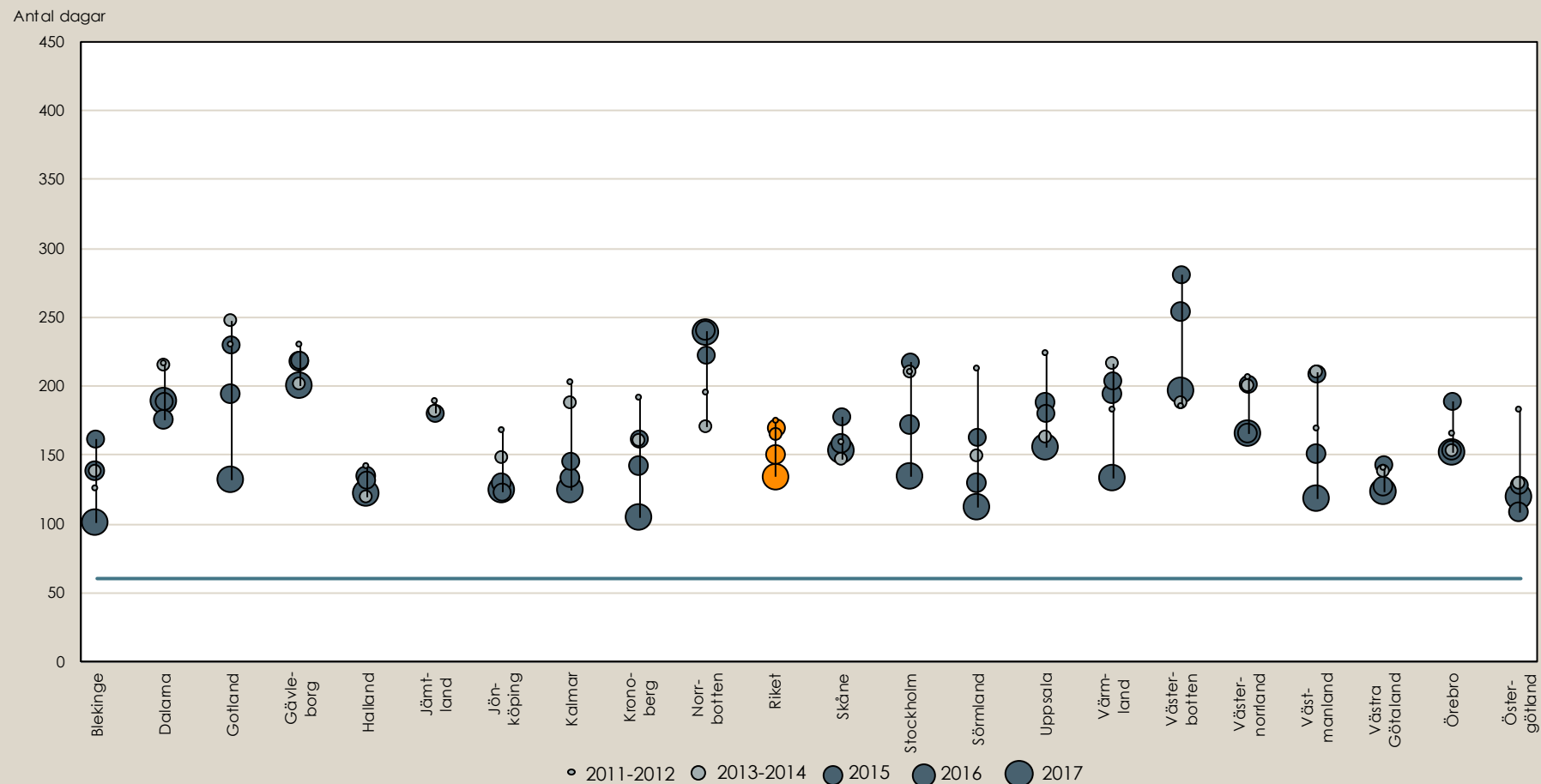
Antal dagar



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Figur 11. Regioners utveckling av medianväntetiden vid kirurgisk behandling för patienter med prostatacancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas till Datum första behandling.
Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målniv å enligt standardiserade vårdförlopp.

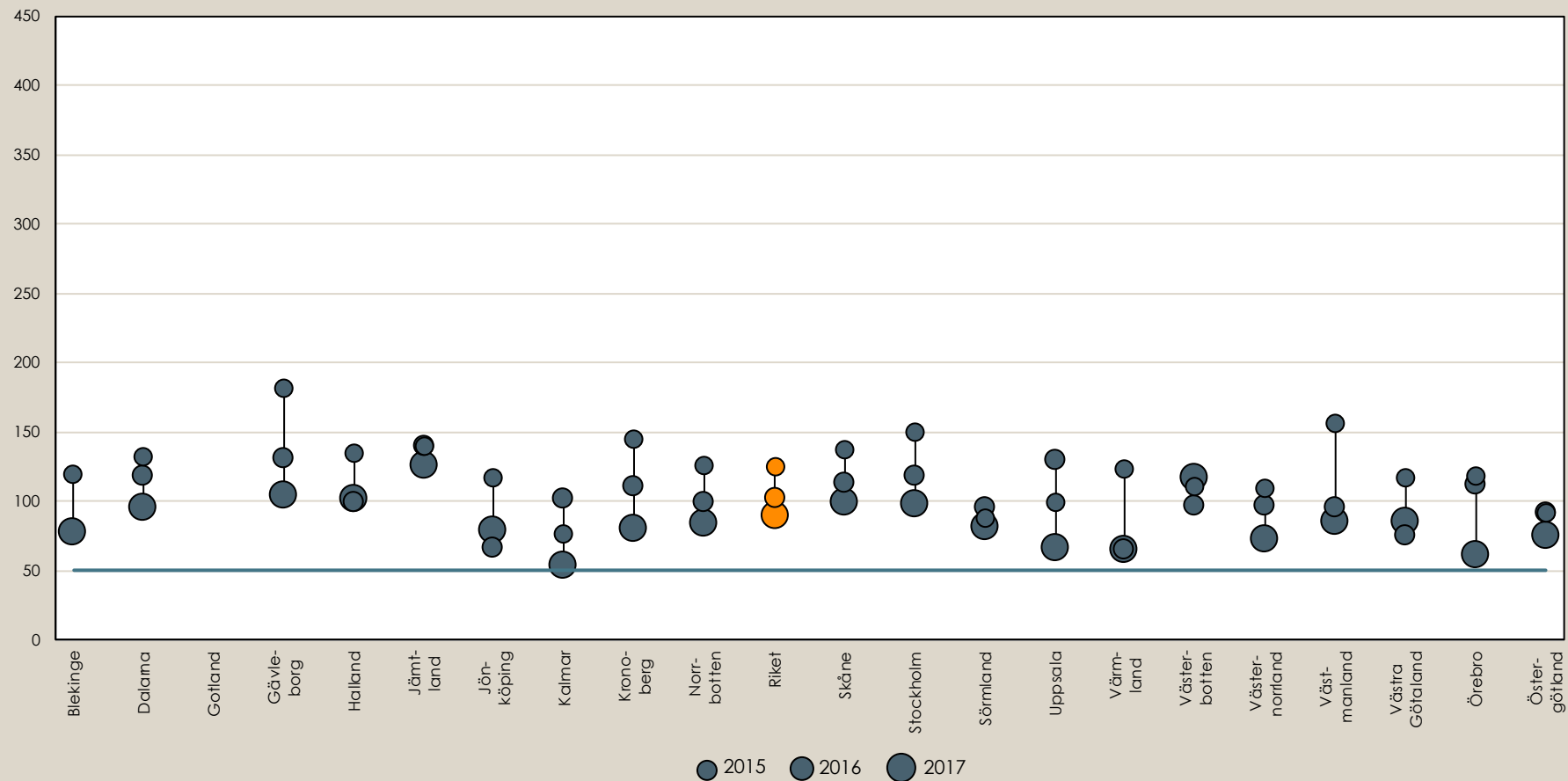


Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Figur 13. Regioners utveckling av medianväntetiden vid kombinerad läkemedels- och strålbehandling för patienter med prostatacancer

Medianväntetid mellan Datum remiss utfärdas till Datum första behandling.
Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målniv å enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar

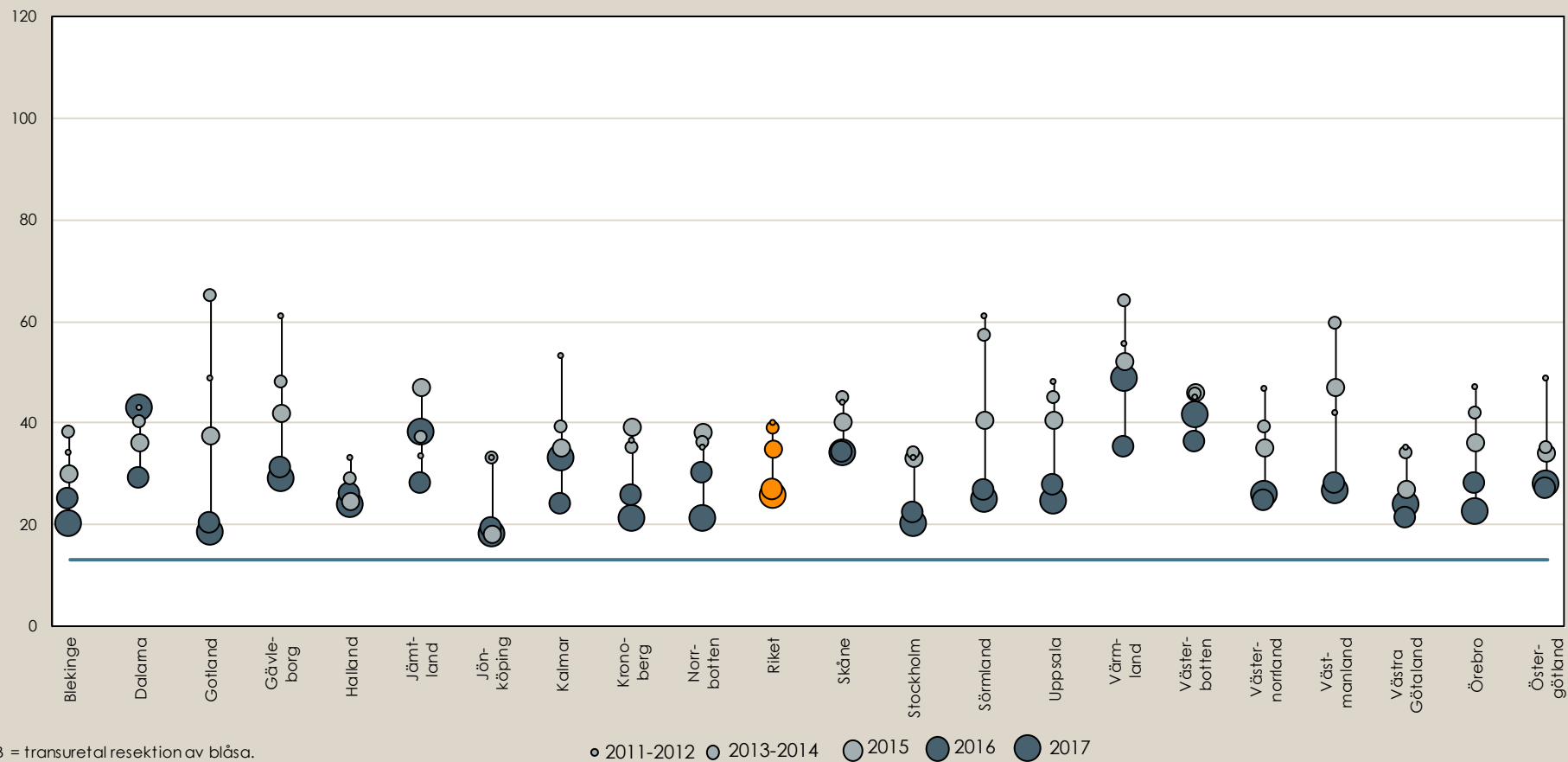


Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Figur 17. Regioners utveckling av medianväntetiden vid TURB-operation för patienter med cancer i urinblåsa och övre urinvägar

Medianväntetid mellan mätpunkterna *Datum remiss utfärdas till Datum turb operation* samt första och tredje kvartil. Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar



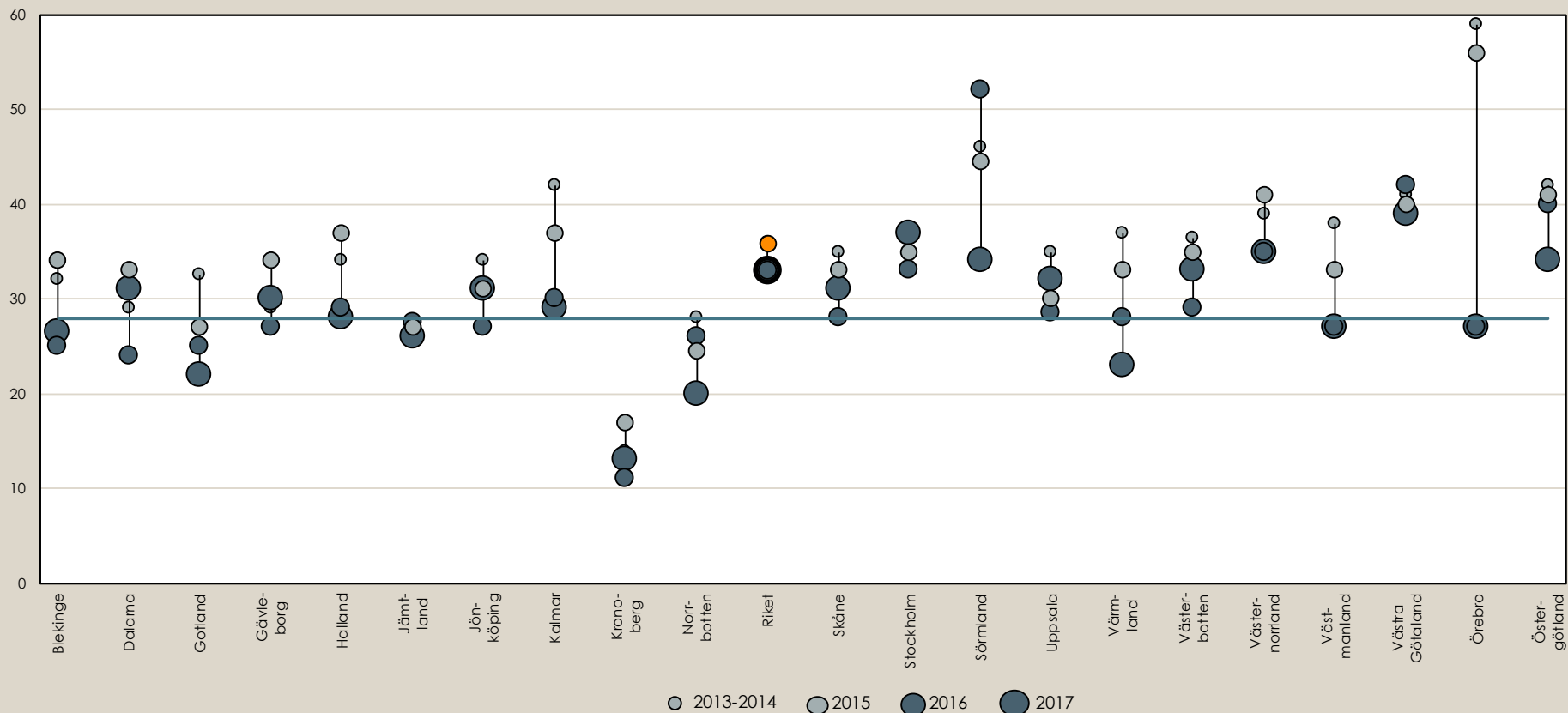
TURB = transuretral resektion av blåsa.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåscancer.

Figur 20. Regioners utveckling av medianväntetiden för patienter med bröstcancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna *Datum första kontakt / Datum för välgrundad misstanke (2016-)* till *Datum första operation / Start av första preoperativa onkologiska behandling*. Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar

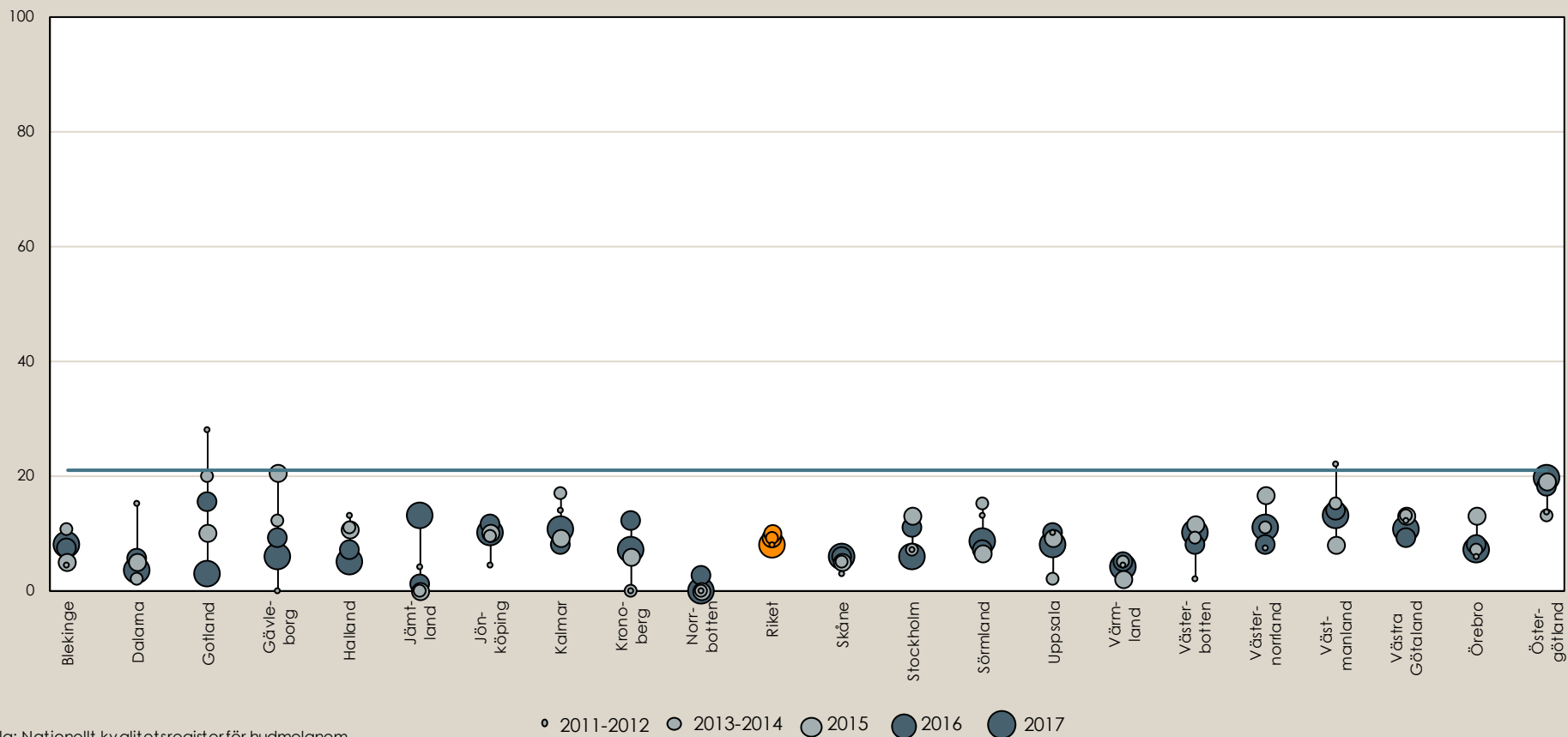


Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Figur 23. Regioners utveckling av medianväntetiden vid primärkirurgisk behandling för patienter med hudmelanom

Medianväntetid mellan Datum första läkarbesök till Datum primärkirurgi. Indelade per region.
Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar

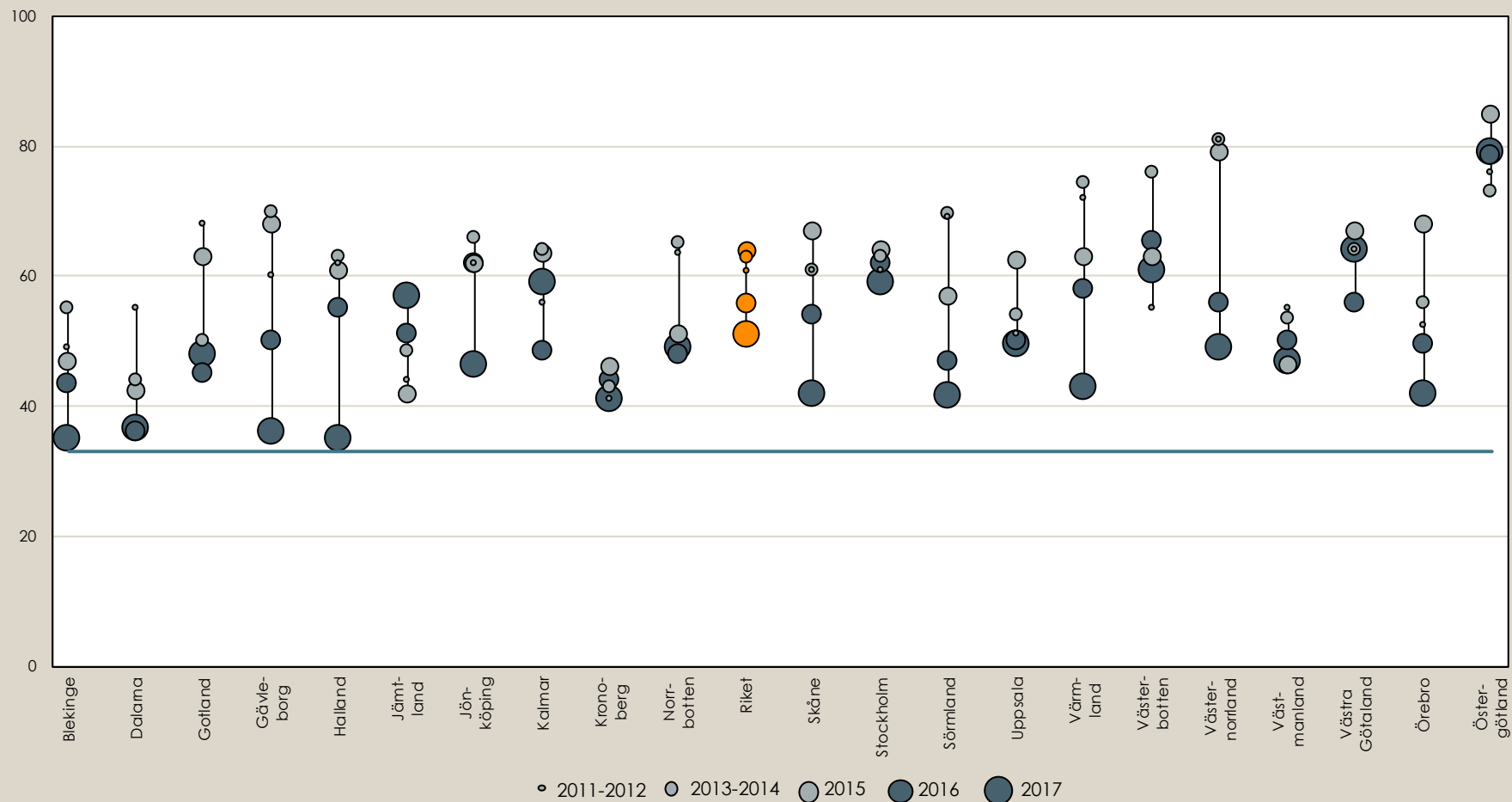


Källa: Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom.

Figur 25. Regioners utveckling av medianväntetiden vid utvidgad kirurgisk behandling för patienter med hudmelanom

Medianväntetid mellan Datum första läkarbesök till Datum utvidgad kirurgi. Indelade per region.
Horisontell linje illustrerar målnivån enligt standardiserade vårdförlopp.

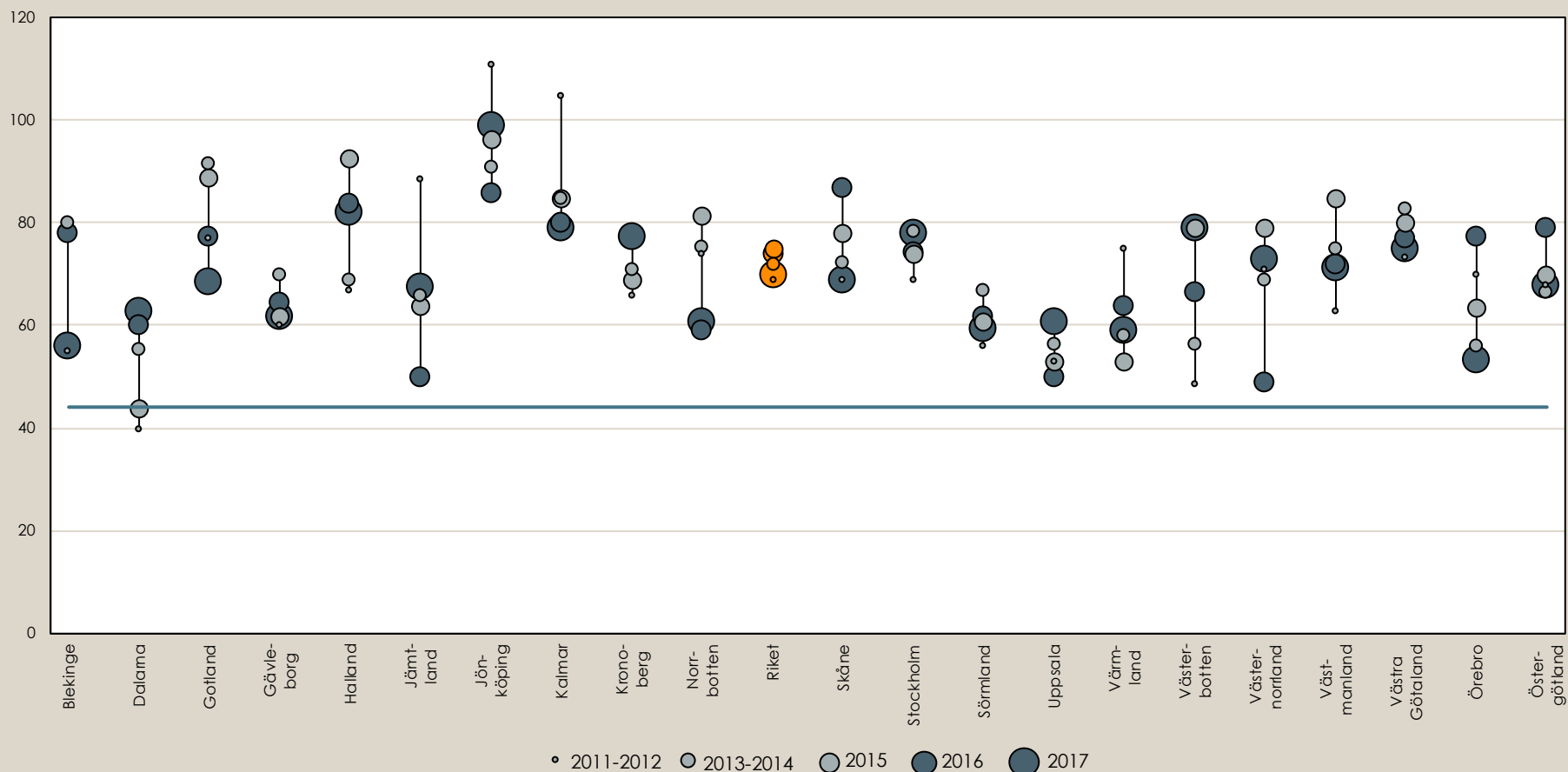
Antal dagar



Figur 28. Regioners utveckling av medianväntetiden vid kirurgisk behandling eller strålbehandling för patienter med lungcancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum då remiss skrevs till utredande klinik till Datum första behandling. Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målniv å enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar

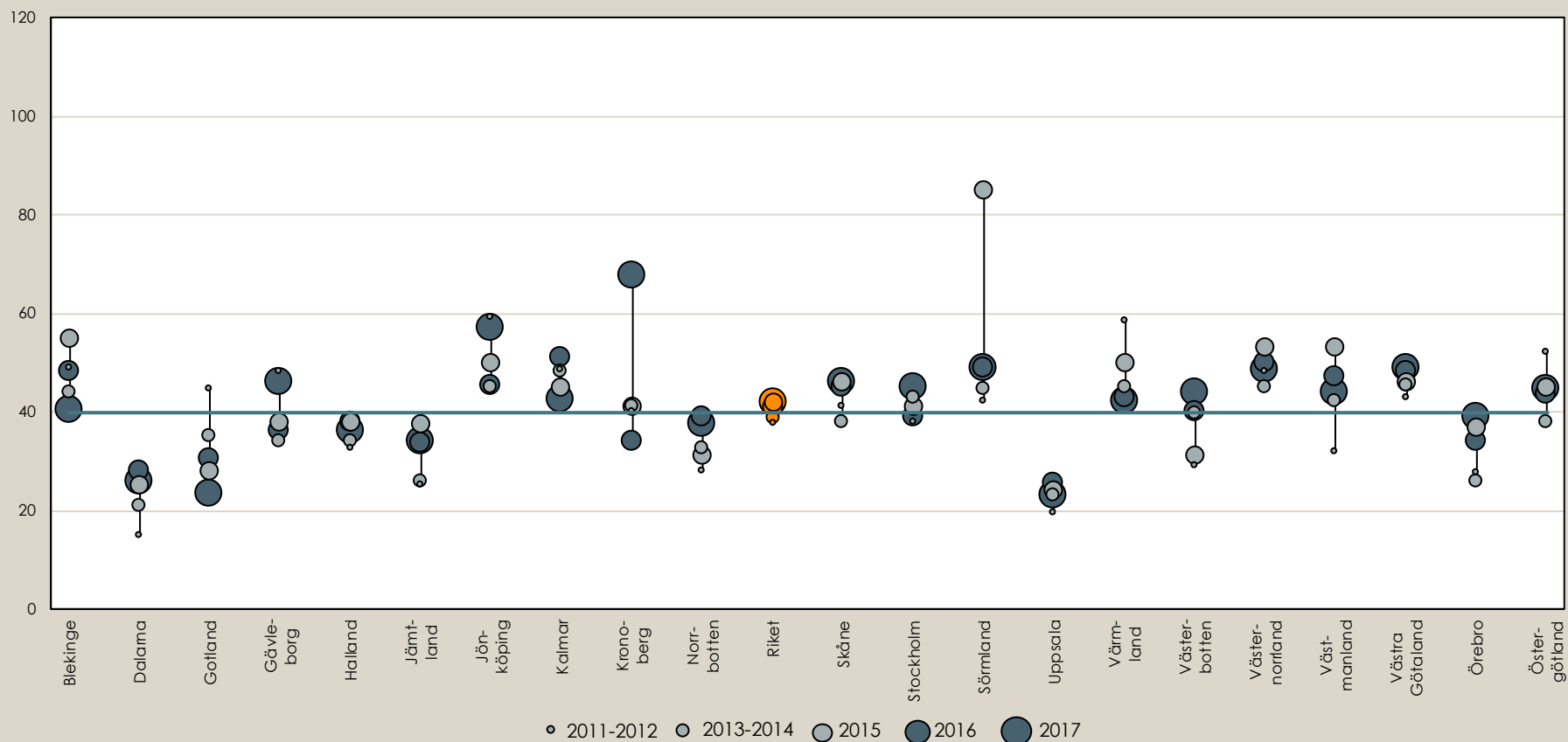


Källa: Nationellt kvalitetsregister för lungcancer.

Figur 30. Regioners utveckling av medianväntetiden vid läkemedelsbehandling för patienter med lungcancer

Medianväntetid mellan Datum då remiss skrevs till utredande klinik till Datum första behandling. Indelade per region.
Horisontell linje illustrerar målniv å enligt standardiserade vårdförlopp.

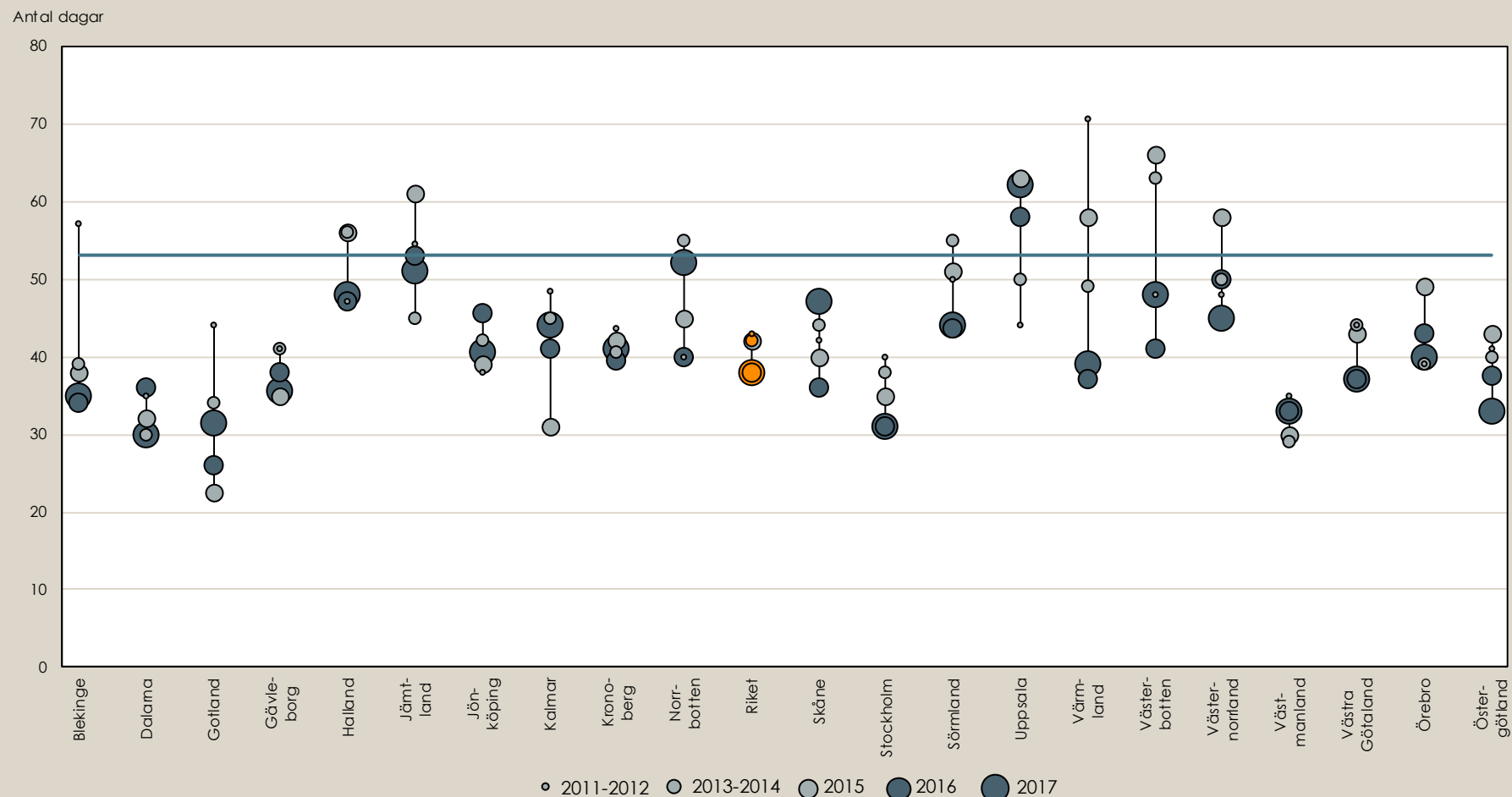
Antal dagar



Källa: Nationellt kvalitetsregister för lungcancer.

Figur 33. Regioners utveckling av medianväntetiden vid kirurgisk behandling för patienter med tjocktarmscancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna *Datum remiss utfärdas* och *Datum operation*. Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målnivå enligt standardiserade vårdförlopp.

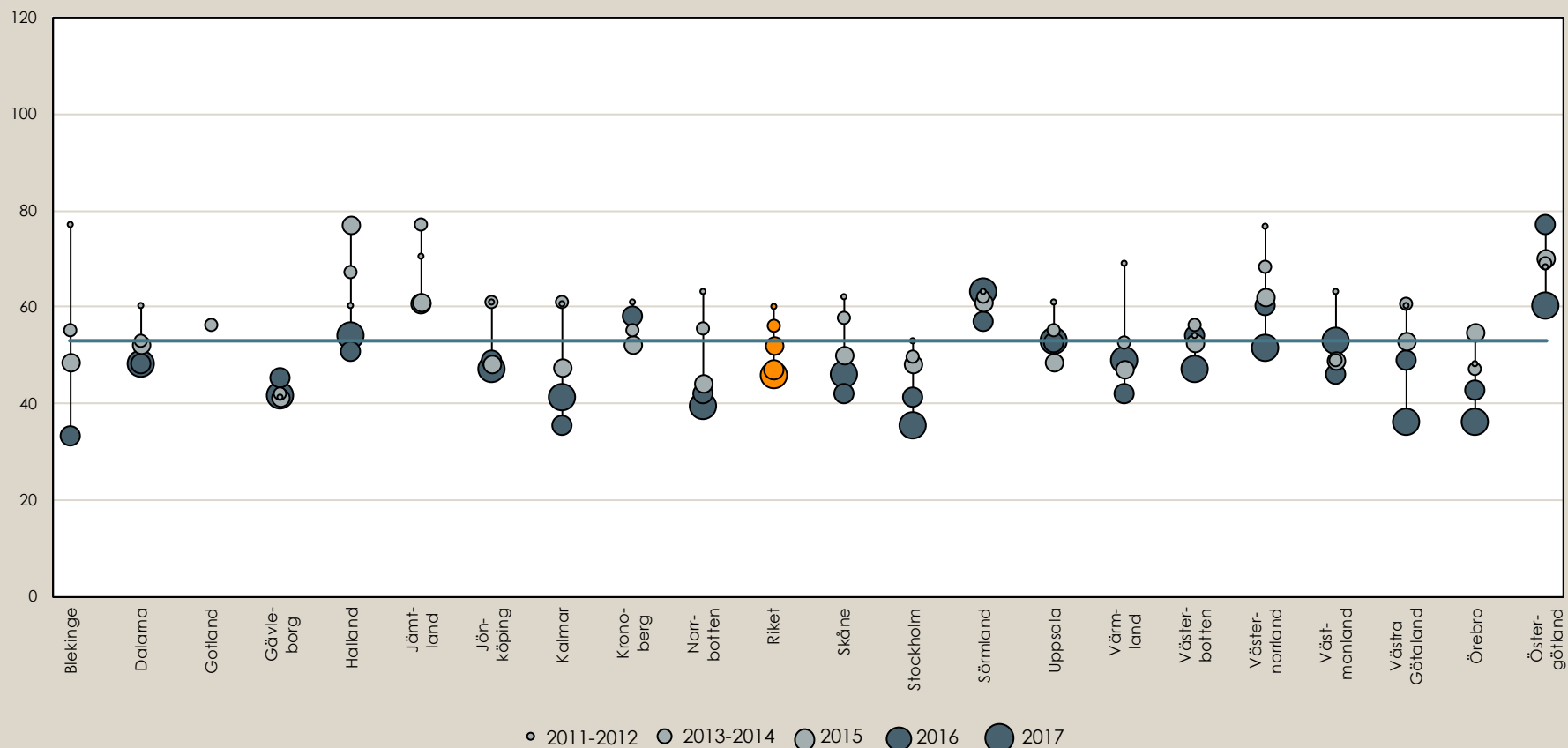


Källa: Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer.

Figur 36. Regioners utveckling av medianväntetiden vid strål- eller läkemedelsbehandling för patienter med ändtarmscancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna *Datum remiss utfärdas* och *start Datum första behandling*. Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målniv å enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar

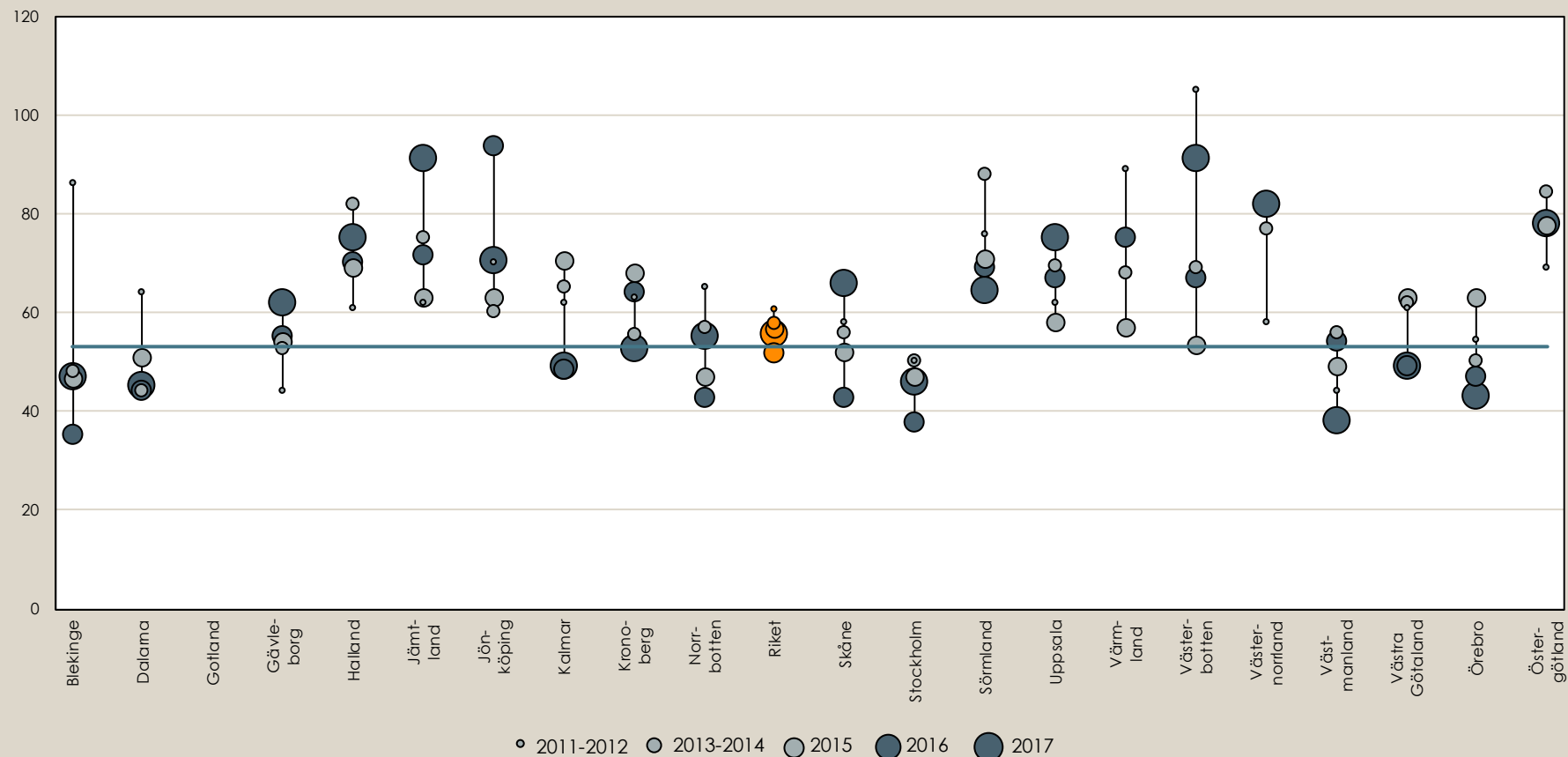


Källa: Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer.

Figur 38. Regioners utveckling av medianväntetiden vid kirurgisk behandling för patienter med ändtarmscancer

Medianväntetid mellan mätpunkterna Datum remiss utfärdas och start Datum operation. Indelade per region. Horisontell linje illustrerar målniv å enligt standardiserade vårdförlopp.

Antal dagar



Källa: Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer.

Bilaga 3. Väntetider – resultattabeller

Tabell 8. Årsutveckling av medianväntetider och kvartiler för totala populationen på rikets nivå för vissa av förloppen införda i SVF år 2015²⁷, 2016²⁸ och 2017²⁹

Diagnos	Patientgrupp	Målnivå	2013-2014		2015		2016		2017		Jan - jun 2018	
			Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)
AML, inkl. oklassificerad leukemi	Medicinsk behandling	6	5 (2, 11)	379	5 (2, 10)	201	5 (2, 9)	148	3 (2, 10)	87	4 (3, 8)	13
Bukspottkörtelcancer	Kirurgi	36-43	-	-	50 (32, 76)	610	54 (37, 83)	711	61 (42, 101)	714	50 (34, 87)	270
Gallblåse- och gallgångscancer	Operation	36-43	70 (46, 103)	94	69 (50, 97)	45	59 (42, 94)	39	61 (49, 92)	61	51 (36, 73)	31
	Cytostatika	29-36	19 (11, 30)	101	15 (9, 42)	67	18 (10, 30)	69	16 (9, 30)	73	13 (8, 19)	26
Hjärntumör	Högmalign: Enbart operation	37	30 (22, 40)	582	30 (21, 41)	466	28 (21, 36)	516	29 (22, 41)	460	27 (20, 34)	96
	Högmalign: Onkologisk behandling	48	53 (41, 70)	736	53 (41, 72)	388	50 (40, 63)	371	51 (41, 65)	300	46 (37, 52)	70
	Lågmalign: Enbart operation	72	53 (28, 94)	178	72 (39, 136)	104	65 (37, 125)	105	66 (40, 165)	111	-	-

²⁷ Akut myeloisk leukemi (AML) inkl. oklassificerad leukemi.

²⁸ Bukspottkörtelcancer, gallblåse- och gallgångscancer, hjärntumör, levercancer och lymfom.

²⁹ * Njuncancer, sista mätningen gäller perioden juli 2017- juni 2018.

Diagnos	Patientgrupp	Målnivå	2013-2014		2015		2016		2017		Jan - jun 2018	
			Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)	Median (p25, p75)	Antal (n)
	Lågmalign: Onkologisk behandling	97	98 (66, 156)	129	87 (58, 146)	51	93 (75, 178)	45	99 (66, 153)	42	-	-
Levercancer	Kirurgi/tumörspecifik behandling	36-43	85 (55, 124)	326	98 (70, 138)	205	84 (52, 124)	206	90 (55, 134)	212	76 (50, 112)	107
	Transplantation	55	51 (29, 75)	55	59 (30, 124)	35	37 (16, 77)	37	37 (18, 59)	21	-	-
	Systemisk cytostatikabehandling	29-36	29 (13, 52)	313	30 (16, 59)	167	27 (14, 53)	204	21 (10, 36)	188	22 (13, 36)	76
Lymfom	Strålbehandling	26	67 (50, 91)	245	75 (47, 99)	96	69 (40, 92)	70	47 (34, 65)	61	-	-
	Läkemedelsbehandling	18-22	23 (13, 44)	2484	24 (12, 45)	1065	20 (11, 34)	777	20 (11, 37)	507	-	-
Myelom	Aktiv behandling: (symtomatiska myelom)	20	18 (7, 42)	880	18 (7, 40)	452	19 (7, 36)	440	18 (8, 35)	467	20 (8, 35)	146
	Aktiv expectans: (asymtomiskt myelom)	15	41 (26, 75)	220	42 (27, 68)	117	35 (21, 63)	104	29 (17, 48)	121	36 (24, 60)	42
Njuncancer	Operation (kurativ behandling)	27	64 (42, 105)	1522	68 (45, 109)	797	64 (43, 108)	872	66 (41, 109)	759	66 (41, 111)*	610*

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Tabell 9. Förändringar i väntetider, andel patienter med uppnådda målnivåer, samt förändringar i variationer mellan patienter

Vårdförlopp som infördes 2016 och 2017.

Vårdförlopp	Målnivå (dagar)	Förändring av median inom riket (dagar)	Förändring av variation inom riket (dagar)	Förändring av andel patienter som får behandling inom målnivån (%)	Antal regioner samt typ av förändring av median
		(Median 2015, 2017)	Differens p90–p10 år 2015, 2017	Andel 2015, 2017	Antal regioner samt förändring av median
Bröstcancer					
Operation eller preoperativ onkologisk behandling	28	- 3 (36, 33)	+ 4 (43, 47)	+ 9 (31, 40)	18 ned, 2 upp, 1 oför
Hudmelanom					
Primärkirurgisk behandling	21	- 2 (10, 8)	- 3 (55, 52)	+ 6 (67, 73)	10 ned, 8 upp, 3 oför
Utvidgad kirurgi	33	- 13 (64, 51)	- 11 (93, 82)	+ 11 (11, 22)	19 ned, 1 upp, 1 oför
Lungcancer					
Kirurgisk behandling eller strålbehandling	44	- 5 (75, 70)	- 13 (122, 109)	- 2 (20, 18)	10 ned, 7 upp, 2 oför, 2 SD
Läkemedelsbehandling	40	0 (42, 42)	- 9 (83, 74)	0 (47, 47)	10 ned, 9 upp, 2 oför
Tjocktarmscancer					
Kirurgisk behandling	39-53 ¹	- 4 (42, 38)	- 4 (80, 76)	+ 3 (67, 70)	14 ned, 6 upp, 1 oför
Ändtarmscancer					
Strål- eller läkemedelsbehandling	53	- 6 (52, 46)	- 12 (56, 44)	+ 13 (54, 67)	12 ned, 4 upp, 1 oför, 4 SD
Kirurgisk behandling	53	- 1 (57,56)	- 6 (141, 135)	+ 4 (43, 47)	8 ned, 8 upp, 2 oför, 3 SD
Bukspottkörtelcancer					
Kirurgisk behandling	36-43 ¹	+ 11 (50, 61)	+ 40 (109, 149)	- 12 (40, 28)	-
Gallblåse- och gallgångscancer					
Operation	36-43 ¹	- 8 (69, 61)	+ 9 (109, 118)	0 (18, 18)	-
Cytostatika	29-36 ¹	+ 1 (15, 16)	- 25 (76, 51)	+ 4 (73, 77)	-
Hjärntumör					
Högmalign: enbart operation	37	- 1 (30, 29)	- 12 (54, 42)	+ 3 (69, 72)	-
Högmalign: onkologisk behandling	48	- 2 (53, 51)	- 9 (67, 58)	+ 3 (42, 45)	-
Lågmalign: enbart operation	72	- 6 (72, 66)	+ 50 (347, 397)	+ 2 (51, 53)	-
Lågmalign: onkologisk behandling	97	+ 12 (87, 99)	- 61 (423, 362)	- 7 (57, 50)	-

Vårdförlopp	Målnivå (dagar)	Förändring av median inom riket (dagar)	Förändring av variation inom riket (dagar)	Förändring av andel patienter som får behandling inom målnivån (%)	Antal regioner samt typ av förändring av median
Levercancer					
Kirurgi/tumör-specifik behandling	36-43 ¹	- 8 (98, 90)	- 6 (145, 139)	+ 11 (5, 16)	-
Transplantation	55	- 22 (59, 37)	- 45 (167, 122)	+ 25 (46, 71)	-
Systemisk cytostatikabehandling	29-36 ¹	- 9 (30, 21)	- 31 (81, 50)	+ 17 (59, 76)	-
Lymfom					
Strålbehandling	26	- 28 (75, 47)	- 28 (118, 90)	+ 10 (8, 18)	-
Läkemedelsbehandling	18-22 ¹	- 4 (24, 20)	- 54 (110, 56)	+ 7 (48, 55)	-
Myelom					
Aktiv behandling, symtomatiska myelom	20	0 (18, 18)	- 14 (75, 61)	+ 1 (54, 55)	-
Aktiv expectans, asymtomatiskt myelom	15	- 13 (42, 29)	- 6 (88, 82)	+ 14 (7, 21)	-
Njuncancer²					
Operation	27	+2 (64, 66)	- 6 (161, 155)	+ 4 (6, 10)	-

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Ned = nedgång; upp = uppgång; oför = oförändrad; SD = saknar data på grund av för få patienter (under 10).

¹ Intervallet anges eftersom kvalitetsregistren inte delar upp patienterna på typ av utredning (bas- eller utökad) enligt SVF. Målnivåerna är därför satta som intervall. Andelen som får behandling inom målnivån har beräknats utifrån den högre gränsen av intervallet.

² Infördes i standardiserade vårdförlopp 2017. Övriga standardiserade vårdförlopp i denna tabell infördes 2016. Differensen gäller mellan 2016 och 2017.

Tabell 10. Förändringar i väntetider, andel patienter med uppnådda målnivåer, samt förändringar i variationer mellan patienter och regioner

Vårdförlopp som infördes 2015

Vårdförlopp	Målnivå (dagar)	Förändring av median inom riket (dagar)	Förändring av variation inom riket (dagar)	Förändring av andel patienter som får behandling inom målnivån (%)	Antal regioner samt typ av förändring av median
		(Median 2013/2014, 2017)	(Differens p90-p10, 2013/2014, 2017)	(Andel 2013/2014, 2017)	Antal regioner samt förändring av median
Huvud- och halscancer					
Kirurgisk behandling	30	- 2 (32, 30)	- 7 (71, 64)	+ 3 (48, 51)	-
Strålbehandling	38	- 8 (50, 42)	- 14 (64, 50)	+ 12 (24, 36)	-
Matstrups- och magsäckscancer					
Kirurgisk behandling	38	- 5 (56, 51)	+ 3 (100, 103)	- 1 (26, 25)	-
Radio-kemoterapi	38	- 11 (53, 42)	+ 7 (45, 52)	+ 14 (24, 38)	-
Kemoterapi	31	- 3 (46, 43)	- 4 (47, 43)	+ 14 (16, 30)	-
Prostatacancer					
Strålbehandling	68	- 39 (207, 169)	- 9 (268, 259)	+ 1 (0, 1)	11 ned, 4 upp, 1 oför, 5 SD
Kirurgisk behandling	61	- 32 (166, 134)	- 27 (241, 214)	+ 3 (1, 4)	16 ned, 4 upp, 1 SD
Läkemedels- och strål-behandling ³	50	- 35 (126, 824)	- 42 (190, 148)	+ 10 (5, 15)	19 ned, 1 upp, 1 SD
Cancer i urinblåsa och övre urinvägar					
Strålbehandling	43	- 16 (130, 114)	- 42 (137, 95)	- 1 (1, 0)	-
Neoadjuvant kemoterapi	39	- 19 (89, 70)	- 16 (115, 99)	- 3 (3, 0)	-
Cystektomi	37	- 17 (137, 120)	- 16 (152, 136)	- 2 (2, 0)	-
TURB	13	- 13 (39, 26)	- 27 (84, 57)	+ 7 (14, 21)	19 ned, 2 upp
Akut myeloisk leukemi					
Medicinsk behandling	6	- 2 (5, 3)	0 (20, 20)	+ 7 (62, 69)	-

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Ned = nedgång; upp = uppgång; oför = oförändrad; SD = saknar data på grund av för få patienter (under 10); TURB = transuretral resektion av blåsa.

³ Differens mellan 2015 och 2017.

Tabell 11. Medianväntetider och percentiler för totala populationen samt för män och kvinnor år 2017 på rikets nivå för vissa av förloppen införda i SVF år 2015³⁰, 2016³¹ och 2017³²

Diagnos	Patientgrupp	Målnivå	Män		Kvinnor		Alla	
			Median (p10, p25, p75, p90)	Antal (n)	Median (p10, p25, p75, p90)	Antal (n)	Median (p10, p25, p75, p90)	Antal (n)
Akut myeloisk leukemi (AML)	Medicinsk behandling	6	4 (1, 2, 11, 20)	42	3 (2, 2, 6, 18)	45	3 (1, 2, 10, 21)	87
Bukspottkörtelcancer	Kirurgi	36-43	60 (28, 40, 96, 167)	363	63 (33, 45, 109, 193)	351	61 (31, 42, 101, 180)	714
Gallblåse- och gallgångscancer	Operation	36-43	60 (42, 49, 87, 148)	21	68 (34, 47, 94, 161)	40	61 (39, 49, 92, 157)	61
	Cytostatika	29-36	14 (7, 8, 42, 84)	28	19 (7, 9, 29, 48)	45	16 (7, 9, 30, 58)	73
Hjärntumör	Högmalign: Enbart operation	37	29 (17, 22, 43, 62)	278	29 (16, 21, 38, 53)	182	29 (16, 22, 41, 58)	460
	Högmalign: Onkologisk behandling	48	51 (33, 42, 66, 96)	167	50 (34, 40, 62, 90)	133	51 (34, 41, 65, 92)	300
	Lågmalign: Enbart operation	72	68 (26, 42, 184, 597)	61	57 (28, 39, 144, 404)	50	66 (26, 40, 165, 423)	111
Levercancer	Kirurgi/tumörspecifik behandling	36-43	98 (39, 57, 144, 195)	137	74 (33, 46, 112, 158)	75	90 (36, 55, 134, 175)	212
	Systemisk cytostatikabehandling	29-36	24 (7, 10, 43, 60)	129	20 (7, 10, 26, 44)	59	21 (7, 10, 36, 57)	188
Lymfom	Strålbehandling	26	50 (26, 39, 67, 120)	40	40 (21, 26, 56, 94)	21	47 (23, 34, 65, 113)	61
	Läkemedelsbehandling	18-22	21 (6, 11, 39, 63)	299	18 (5, 10, 34, 55)	208	20 (6, 11, 37, 62)	507
Njuncancer	Operation	27	67 (28, 41, 109, 183)	487	66 (27, 42, 108, 182)	272	66 (28, 41, 109, 183)	759

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

³⁰ Akut myeloisk leukemi (AML) inkl. oklassificerad leukemi.

³¹ Bukspottkörtelcancer, gallblåse- och gallgångscancer, hjärntumör (för få patienter vid lågmalign onkologisk behandling), levercancer (för få patienter vid behandling med transplantation), lymfom. Data saknas för myelom vad gäller kön.

³² Njuncancer infördes 2017 i standardiserade vårdförlopp.