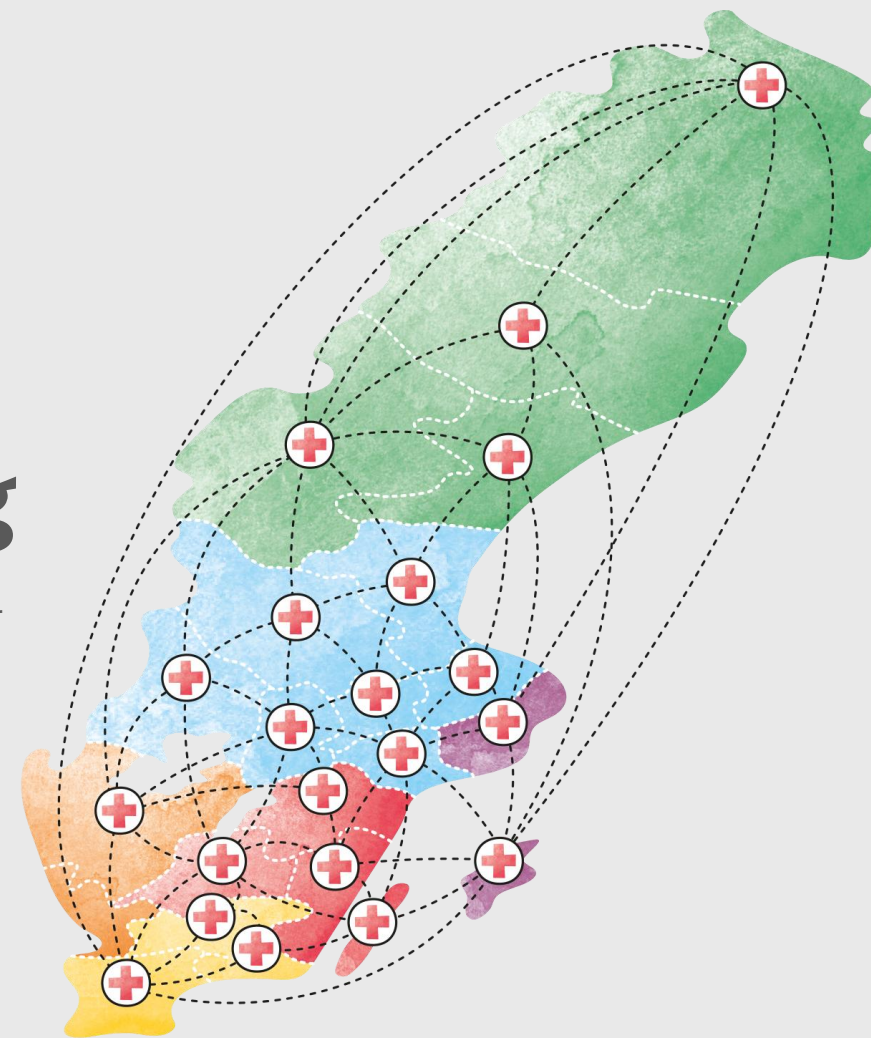


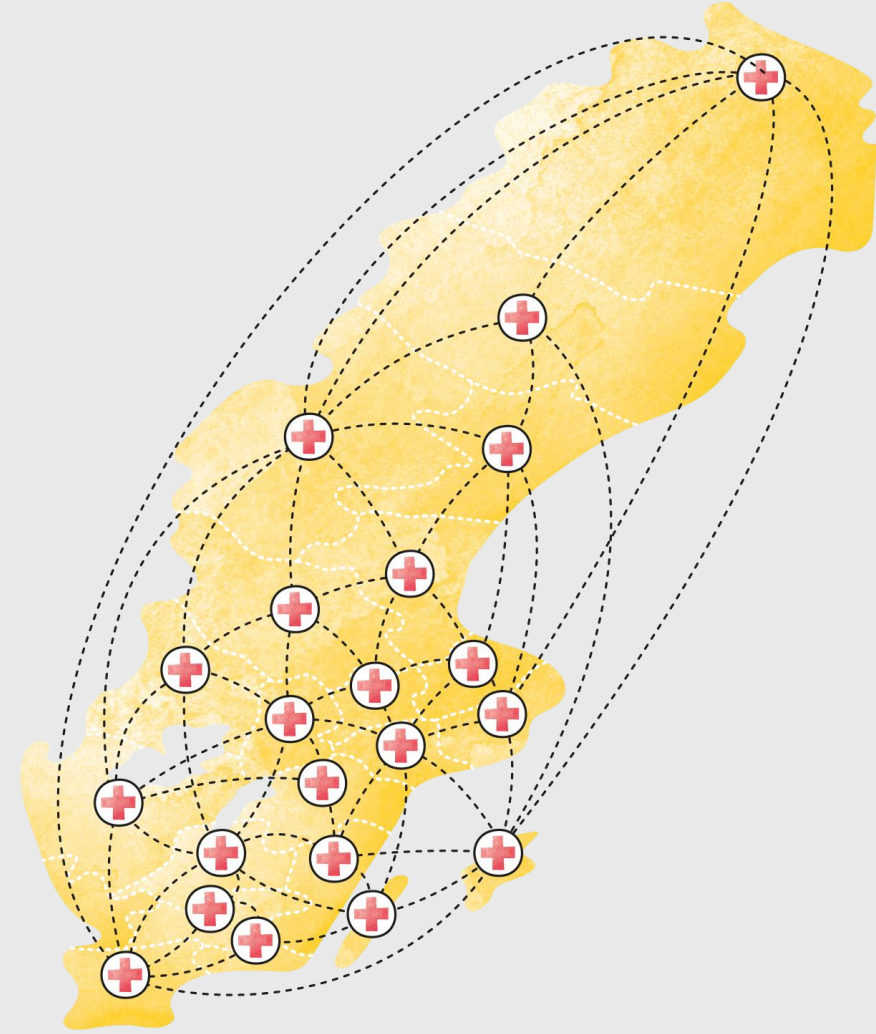
Nationell vårdförmedling

Delredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02119): genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider



Innehåll

- 1 Inledning
- 2 Generellt angreppssätt och valda metoder
- 3 Resultat
- 4 Fortsatt arbete
- 5 Bilagor



Inledning

Väntetiderna i vården är alltför långa

Långa väntetider är ett känt problem inom svensk hälso- och sjukvård. Tillgängligheten har varit föremål för en rad statliga insatser de senaste decennierna. Trots ekonomiska satsningar, överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och lagstadgad vårdgaranti, kvarstår emellertid problemet.¹ Den författningsreglerade vårdgarantin har inte påverkat väntetiderna i den omfattning som var tänkt när lagen infördes, och därutöver är skillnaderna i väntetider mellan regionerna stora. År 2015 infördes SVF inom cancervården, vilka inte heller minskat väntetider för patienterna i önskad utsträckning.² Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten har mot denna bakgrund fått flera regeringsuppdrag som syftar till att på olika sätt förbättra tillgängligheten till vård (se bilaga 1).

Parallellt med långsiktiga initiativ och uppdrag, ser regeringen behov av att genomföra omedelbara insatser för att stödja regionerna i deras arbete med att möjliggöra för patienter att få vård eller behandling hos vårdgivare med tillgänglig kapacitet eller kortare väntetider. Förbättrad tillgång till information om tillgänglighet och väntetider på nationell nivå, ger utökad möjlighet att nyttja tillgänglig vårdkapacitet i hela landet. Faktorer som idag försvårar nyttjande av tillgänglig vårdkapacitet i hela landet behöver identifieras och, så långt som möjligt, undanröjas.

¹SOU 2022:22 s. 79

²Socialstyrelsen; 2022. Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp. 2022-11-14



Inledning

Regeringsuppdraget syftar till att stödja och stärka patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider

Regeringen beslutade i juni år 2023 att ge Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (S2023/02119). Detta innebär att omgående genomföra insatser som stödjer och stärker regionernas arbete med att möjliggöra för patienter som väntar på operation eller annan behandling hos vårdgivare med tillgänglig kapacitet eller kortare väntetider. Socialstyrelsen samordnar uppdraget.

Uppdraget inbegriper att:

- Skapa en nationell lägesbild av både offentliga och privata vårdgivares möjlighet att ta emot patienter från andra vårdgivare i hela landet för operation eller behandling
- Kontinuerligt förmedla lägesbilder till regionerna samt deras vårdgarantifunktioner och SVF-koordinatorer
- Analysera om det finns behov av tekniska lösningar som skulle kunna underlätta insamling av uppgifter som ska ligga till grund för en nationell lägesbild, inklusive vilket sätt som är mest kostnadseffektivt
- Årligen följa upp och sammanställa antalet patienter som får vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider
- Analysera hur lärdomar och slutsatser av detta uppdrag kan omhändertas i det långsiktiga arbetet med ett nationellt vårdsöksystem

Enligt uppdragets direktiv bör arbetet inledningsvis fokusera på några av de vanligaste cancerdiagnoserna i Sverige, såsom kolorektal-, bröst-, och prostatacancer.

Uppdraget delredovisades i januari 2024. Denna rapport redovisar arbete fram till och med september 2024.

Delredovisningen omfattar:

- Socialstyrelsens beskrivning av och resultat från genomförd nulägesanalys med fokus på identifiering av flaskhalsar inom utvalda diagnosområden
- Redovisning av Socialstyrelsens fortsatta arbete inom regeringsuppdraget

Uppdraget kommer att slutredovisas i juni 2025.

Inledning

Koppling till parallella initiativ

Parallellt med detta arbete genomför Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten flera andra regeringsuppdrag som på olika sätt syftar till att förbättra tillgängligheten till vård (se bilaga 1). I avvaktan på att långsiktiga och nationellt heltäckande initiativ kommer på plats, är avsikten att – inom ramen för detta uppdrag – vidta insatser som bidrar till att skyndsamt öka antalet patienter som får vård hos annan vårdgivare med tillgänglig kapacitet eller kortare väntetider. Insikter och lärdomar från detta uppdrag kommer även ligga till grund för utformningen av mer långsiktiga initiativ, exempelvis framtagandet av förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling.

Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058)

Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2024/01059 (delvis))

Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst (S2023/02118 (delvis))

Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling (S2023/02117 (delvis))

Ändring av uppdraget att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas S2022/01372 (delvis)

Nationell vårdförmedling

Med nationell vårdförmedling avses i korthet att väntande patienter erbjuds vård – till exempel besök, utredning eller åtgärd – hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns. Staten kan på olika sätt bidra till nationell vårdförmedling, exempelvis genom stödjande insatser i form av tekniskt stöd eller genom metod- och kunskapsstöd.

Inledning

Syfte och målsättning med arbetet som gjorts inom uppdraget

Nulägesanalys med fokus på väntetid och tillgänglig kapacitet

Socialstyrelsen har även genomfört en nulägesanalys med fokus på väntetid och tillgänglig vårdkapacitet inom vissa utvalda diagnosområden. Syftet med dessa analyser har varit att klargöra bilden av hur många patienter som väntar på vård inom respektive diagnos, samt synliggöra inom vilket eller vilka steg i vårdkedjorna som patienterna väntar. Utifrån analyserna har det sammanfattningsvis varit möjligt att identifiera flaskhalsar och närmare undersöka orsaker till dessa. Ett annat centralt perspektiv i nulägesanalyserna har varit att försöka kartlägga huruvida det finns tillgänglig kapacitet någonstans i landet, och därigenom klargöra när det skulle kunna vara aktuellt och ändamålsenligt med vårdförmedling. Därutöver har regionernas stödbehov undersökts.

Nulägesanalyserna kan ses som ett stödande underlag till regioner och vårdgivare i ett fortsatt utvecklingsarbete med fokus på förbättrad tillgänglighet. Genomförda analyser ligger även till grund för fortsatt arbete inom uppdraget med att dels identifiera ytterligare informationskällor, dels att – i lärande syfte – genomföra konkreta pilotprojekt rörande nationell vårdförmedling.



Generellt angreppssätt och valda metoder

Delredovisningen baseras på en kombination av olika tillvägagångssätt och metoder. Sammanfattningsvis redovisas arbetet med att genomföra nulägesanalyser. Analyserna fokuserar bland annat på de cancerdiagnoser som lyfts fram i det aktuella uppdraget.

Generellt angreppssätt och valda metoder

Genomförande av nulägesanalys

Nulägesanalysen med fokus på väntetid och tillgänglig vårdkapacitet har följt tre steg:

- Urval av diagnosgrupper
- Fortsatt och mer fördjupad kartläggning av vårdkedjor och dess insatser/områden med störst behov av stödjande insatser (så kallade flaskhalsar)
- Urval av tre områden för genomförande av pilotinsatser

Socialstyrelsen har – utöver de av uppdraget angivna cancerdiagnoserna – identifierat ytterligare lämpliga diagnosområden att inkludera i nulägesanalysen. Detta i enlighet med planen för det fortsatta arbetet som beskrivs i delredovisning 1. I ett första steg inhämtades och sammanställdes uppgifter kring patienter och väntetider från publika datakällor (SKR:s Väntetidsdatabas och RCC:s offentliga datakällor). För att identifiera relevanta diagnoser att analysera närmare, formulerades ett antal urvalskriterier:

- På förhand utvalda diagnoser – lyfts diagnoserna fram i det aktuella regeringsuppdraget?
- Tillståndets förekomst – är tillståndet relativt vanligt förekommande hos befolkningen?
- Representativitet för tillgänglighetsutmaningar i vården i stort – speglar tillståndets vårdtillgänglighet de utmaningar som ses generellt?
- Datatillgång – är datatillgången förhållandevis god?



Generellt angreppssätt och valda metoder

Genomförande av nulägesanalys

Baserat på de gjorda analyserna och urvalskriterierna, inkluderades totalt åtta diagnosområden i nulägesanalysen.

För de åtta utvalda diagnoserna genomfördes en mer fördjupad kartläggning av respektive vårdkedja, där även utredningssteg inkluderades. Ansatsen ligger i linje med slutsatser från delredovisning 1 om att undersöka möjligheterna för vårdförmedling och samutnyttjande av utredningskapacitet. Kartläggningen baserades på kvantitativ analys av uppgifter från olika datakällor såsom nationella kvalitetsregister och SKR:s Väntetidsdatabas. Vidare sammanställdes relevanta underlag som beskriver de olika vårdkedjorna, exempelvis nationella vårdprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp respektive standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF).

Därefter genomfördes totalt 15 semistrukturerade intervjuer med professionsföreträdare och sakkunniga inom respektive diagnosområde. Under intervjuerna fick respondenterna ta del av preliminära resultat från vårdkedjekartläggningen, och ombads lämna synpunkter i kvalitetssäkrande syfte. Respondenterna fick även beskriva sina perspektiv på vårdförmedling och utifrån sina expertkunskaper bedöma huruvida det skulle kunna vara aktuellt att förmedla vård till patienter inom respektive flaskhals.

Utöver dessa intervjuer har även dialog förts med andra regionala företrädare inom ramen för uppdraget om framtagande av nationell plan för nationell vårdförmedling, till exempel med vårdlotsar, tillgänglighetssamordnare och SVF-samordnare. Därtill har experter inom området styrning av hälso- och sjukvården också intervjuats, och dialog har förts med en referensgrupp för patienter. Vissa relevanta slutsatser och insikter från dessa kontakter har inkluderats i resultatet av nulägesanalysen.

Cancerdiagnoser

- 1 Bröstcancer
- 2 Prostatacancer
- 3 Tjocktarmscancer
- 4 Ändtarmscancer

Icke-cancer diagnoser

- 5 Knäledsartros
- 6 Katarakt
- 7 Hörselnedsättning
- 8 ADHD

Baserat på den gjorda nulägesanalysen, identifierades även områden för pilotinsatser för nationell vårdförmedling.

Urvalskriterium för pilotinsatser:

- Förekomst av flaskhalsar
- Spridning i tillgänglighet/disponibel kapacitet runtom i landet
- Vårdkedjans komplexitet
- Förutsättningar för förmedling utifrån logistik och patientsäkerhet

Analysen resulterade i förslag på tre piloter med fokus på nationell vårdförmedling som beskrivs närmare i avsnitt *Fortsatt arbete*.

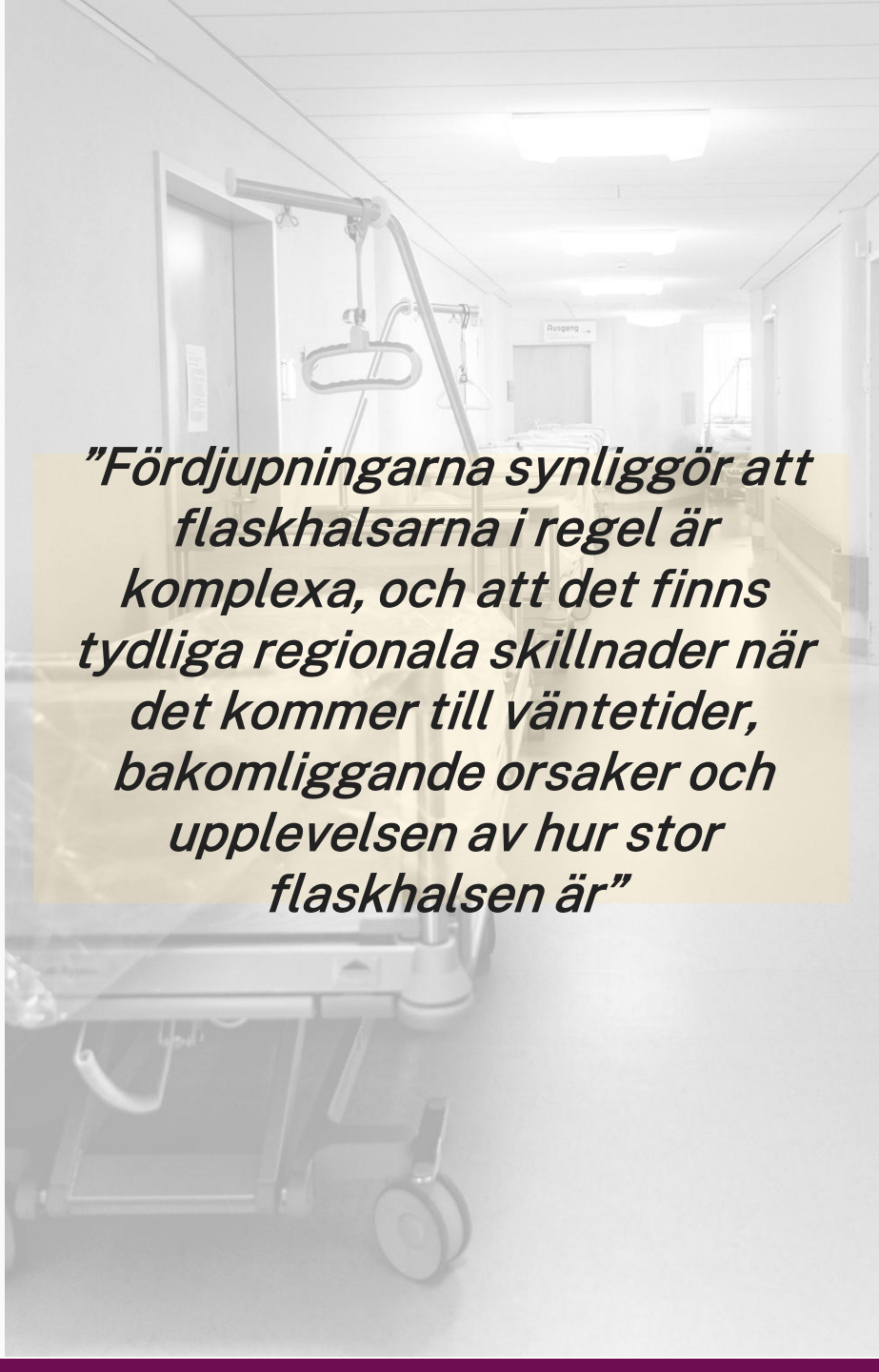
Resultat

Resultat från nulägesanalys – kartläggning av vårdkedjan för totalt åtta diagnoser

Den gjorda nulägesanalysen resulterade i en sammanställning av sju vårdkedjor inom åtta diagnoser. Totalt identifierades 28 flaskhalsar. Sammanställningarna är som tidigare nämnts dels tänkta att fungera som ett metodstöd för vårdgivare och regioner, dels som ett komplement till nationella lägesbilder.

För respektive diagnos redovisas bakgrundsinformation om incidens och tillgänglighet. Därutöver visualiseras vårdkedjans olika steg, och identifierade flaskhalsar lyfts fram – det vill säga steg där patienter tenderar att vänta förhållandevis länge på en viss vårdåtgärd. I underlaget ingår även fördjupningsbilder av respektive flaskhals. Detta för att vårdgivare, vårdlotsar⁴ eller andra regionala företrädare ska få en närmare förståelse för rådande tillgänglighetsutmaningar inom de olika vårdområdena. Här beskrivs hur omfattande respektive flaskhals är, hur den regionala spridningen i väntetider för de identifierade flaskhalsarna ser ut samt dess tänkbara konsekvenser och bakomliggande orsaker. Fördjupningarna synliggör att det finns tydliga regionala skillnader. Bilderna belyser även att olika steg i vårdkedjan i många fall har koppling till och påverkar varandra.

Nedan redovisas exempel på de sammanställningar av vårdkedjorna som tagits fram. I bilaga 2 finns samtliga sammanställningar som tagits fram inom ramen för nulägesanalysen. Dessa kommer senare att publiceras på Socialstyrelsens webbplats.



”Fördjupningarna synliggör att flaskhalsarna i regel är komplexa, och att det finns tydliga regionala skillnader när det kommer till väntetider, bakomliggande orsaker och upplevelsen av hur stor flaskhalsen är”

⁴Funktionen kallas ibland vårdssamordnare, vårdlotskansli, vårdgarantikansli, vårdsluss eller vårdlotsfunktion

Resultat

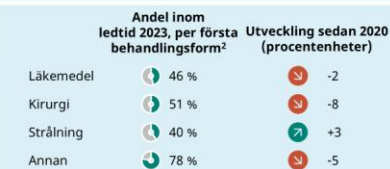
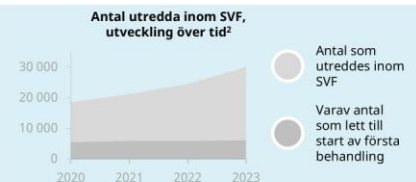
Kolorektalcancer: bakgrundsinformation

Information om diagnosens omfattning och tillgängligheten över tid

Kolorektalcancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige. Cirka 10 000 personer diagnostiseras med koloncancer och 1000 personer med rektalcancer varje år¹

Sverige har ett sammanhållet vårdförlopp (SVF) för kolorektalcancer. SVF innebär att alla med misstänkt cancer ska utredas inom tydliga tidsramar för att undvika onödig väntetid. Ungefär 30 000 patienter utredes för kolorektalcancer inom SVF år 2023, vilket är en markant ökning jämfört med tidigare år²

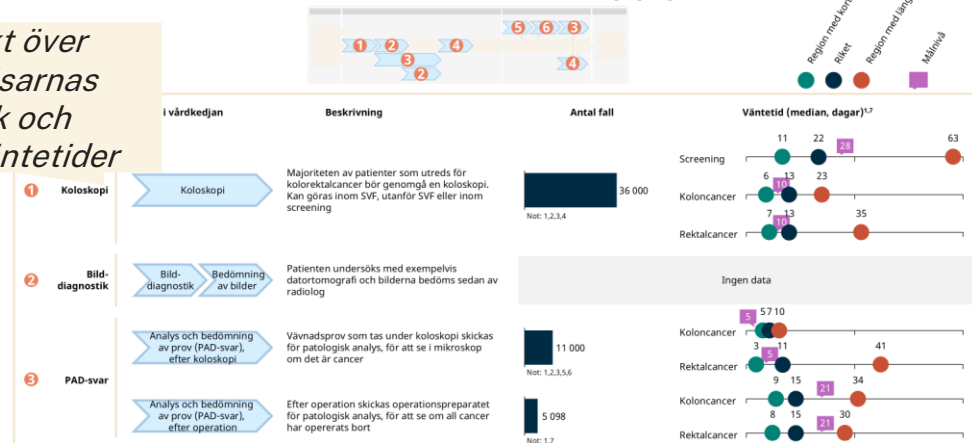
- De senaste åren har tillgängligheten försämrats inom SVF för kolorektalcancer
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna



¹Cancerförden och Socialstyrelsen, Cancer i siffror - populärvetenskapliga fakta om cancer 2022; ²Regionala cancercentrum (RCC), Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) och Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)

Kolorektalcancer: översikt flaskhalsar (1/2)

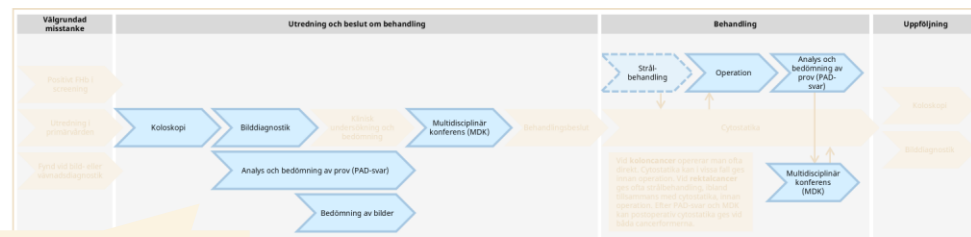
Översikt över flaskhalsarnas storlek och medianväntetider



¹Heldr 2023; ²Regionalt cancercentrum, Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF); ³Svenskt kvalitetsregister för koloskopier och kolorektalcancerscreening (SveReKKS), Årsrapport 2022; ⁴Summering av antal patienter som utreddes inom SVF och antal patienter som genomgick screeningskoloskopi; ⁵Regionalt cancercentrum, Jämförande av allmän farmakoscience - slutrapport och rekommendationer; ⁶Vid antagande att en förändring avlägsnas och skickas för patologisk undersökning vid 30% av koloskopier både inom SVF och screeningsprogrammet; ⁷Svenska kolorektalcancerregistret (SKCRC), datautdrag

Kolorektalcancer: identifierade tänkbara flaskhalsar

FÖREKLING



Visualisering av vårdkedjan med identifierade flaskhalsar

Kolorektalcancer: fördjupning koloskopi

Mer detaljerad beskrivning av flaskhalsen, med konsekvenser, orsaker och regional spridning

Flaskhalsen bidrar sannolikt till att stoppa upp flödet för en stor del cancerpatienter

- Av de 30 000 patienter som utreddes inom SVF under 2023 genomgick majoriteten troligtvis en koloskopi som ett första utredningssteg¹
- Ytterligare cirka 6 000 patienter genomgick koloskopi inom screeningsprogrammet 2023²
- Flaskhalsen stoppar upp patienters vårdförlopp i ett tidigt skede och förskjuter därmed möjlighet till fortsatt utredning, diagnostisering och behandling

Flaskhalsen beskrivs uppstå på grund av brist på endoskopister och utrustning

- Brist på endoskopister, endoskopiutrustning och endoskopisalar beskrivs som orsak i delar av landet
- Storstäder använder sig ofta av privata vårdgivare för koloskopi inom SVF, och avsaknaden av dessa kan skapa resursbrist på mindre orter
- Flaskhalsen belastas ytterligare eftersom koloskopier är en del av canceruppföljningen. Här har det beskrivits att privata vårdgivare kan tendera att göra koloskopier med kortare intervall än nödvändigt
- Behovet av koloskopiresurser väntas öka ytterligare i samband med att det nationella screeningsprogrammet utvidgas³

Regional spridning av väntetider till koloskopi

- Andel patienter som fick screeningskoloskopi inom rekommenderad väntetid varierar på regional nivå mellan 18%-100% (rikssnitt 68%)^{2,4}
- För koloskopi inom SVF var motsvarande regional variation 17%-69% (rikssnitt 43%)^{4,5}
- Bland regionerna själva uppgår vissa att väntetiderna är långa, framför allt på mindre orter, medan de är korta hos andra

¹Regionalt cancercentrum, Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF); ²Svenskt kvalitetsregister för koloskopier och kolorektalcancerscreening (SveReKKS), Årsrapport 2022; ³Regionalt cancercentrum, Nationellt vårdprogram för kolorektalcancer; ⁴Heldr 2023; ⁵Svenska kolorektalcancerregistret (SKCRC), datautdrag

Resultat

Övergripande insikter från nulägesanalysen

Nulägesanalysen har resulterat i ett antal övergripande insikter, bland annat om och på vilket sätt vårdförmedling bedöms kunna fungera som en lösning på tillgänglighetsutmaningarna, huruvida det finns någon tillgänglig kapacitet runtom i landet och vilka stödbehov regionerna har.

I intervjuerna med professionsföreträdare/medicinskt sakkunniga och regionföreträdare har det till exempel framkommit att flaskhalsar i vårdkedjan ofta kan kopplas till olika former av resursbrist, och att tillgängligheten framför allt kan öka genom förändrade arbetssätt. Många av de utmaningar och behov som lyfts fram, tangerar därmed redan pågående arbete på Socialstyrelsen. Samtidigt beskriver intervjuade företrädare att nationell vårdförmedling – rätt använt vid rätt tillfälle – skulle kunna bidra till att förbättra tillgängligheten i vården. I vissa fall poängterar respondenterna emellertid att det generellt saknas tillgänglig kapacitet i vården, vilket innebär att vårdförmedling inte alltid är ett gångbart alternativ. Samtidigt beskrivs det som att tillgänglig kapacitet – eller i alla fall förmågan att skapa tillgänglig kapacitet – finns på vissa håll, och framför allt hos privata vårdgivare.

När det kommer till stödbehov uttrycker flera företrädare att man har behov av nationella lägesbilder av tillgänglig kapacitet och ett system som enkelt möjliggör identifiering av alternativa vårdgivare. Dessa insikter stämmer väl överens med behoven som identifierades i förstudien om ett nationellt vårdsöksystem⁵. Därutöver uppger intervjuade företrädare bland annat att det finns behov av stöd med fokus på utformning av avtal och ersättningsmodeller, juridiskt stöd samt kunskapsstöd om nationell vårdförmedling, exempelvis kring processer och organisering.

Övergripande insikter från den gjorda nulägesanalysen beskrivs närmare i kommande avsnitt.



”Samtidigt beskriver intervjuade företrädare att nationell vårdförmedling – rätt använt vid rätt tillfälle – skulle kunna bidra till att förbättra tillgängligheten i vården”

Resultat

Övergripande insikter från nulägesanalysen

Flaskhalsar i vården uppstår oftast till följd av begränsade resurser

Brist på resurser – särskilt i form av utbildad och kvalificerad vårdpersonal – uppges vara en av de vanligaste orsakerna till att flaskhalsar uppstår i vårdkedjorna. Enligt intervjuade professionsföreträdare finns det exempelvis omfattande behov av sjuksköterskor inom strålning, radiologi och operation. Därutöver beskrivs tillgången till audionomer, endoskopister, onkologer, patologer, röntgenläkare och i vissa fall kirurger, som alltför låg. Även resurser i form av olika typer av utrustning uppges vara begränsad. Operationssalar och bilddiagnostiska verktyg är några exempel som lyfts fram i intervjuerna. Resurstillgången varierar mellan olika regioner, exempelvis endoskopister och endoskopiutrustning vid utredning på misstanke om kolorektalcancer.

I många fall uppges resursbristen vara ett nationellt problem. Detta påverkar förutsättningarna för en fungerande vårdförmedling i de fall det inte finns vårdgivare med tillgänglig kapacitet någon annanstans i landet. Mot denna bakgrund finns det med andra ord ett behov av att skapa mer tillgänglig kapacitet genom att öka vårdproduktionen.

Vissa vårdåtgärder anses vara mer lämpliga än andra för vårdförmedling

I intervjuerna framkommer en tydlig bild av att det inte är alla vårdåtgärder som lämpar sig för vårdförmedling. Detta förklaras bland annat av att det inte alltid är patientsäkert eller är logistiskt möjligt att transportera patienter till en alternativ vårdgivare i en annan del av landet. Exempel på detta är upprepad strålbehandling, cytostatikabehandling och komplexa canceroperationer.

Flera intervjuade företrädare lyfter att åtgärder som enbart kräver ett vårdtillfälle, exempelvis koloskopiundersökningar eller vissa kirurgiska ingrepp såsom knäprotesoperation, kan lämpa sig väl för vårdförmedling. Inom några diagnosområden och för vissa specifika åtgärder, påpekar även företrädarna att tillgänglig kapacitet finns – eller i alla fall kan skapas – hos andra vårdgivare eller andra regioner. Det framkommer att både offentliga och privata utförare i vissa fall har förmåga att ta emot patienter från andra delar av landet som väntat länge på en viss åtgärd, men att detta är vanligast för privata aktörer.

Förmedling av vård till vissa patientgrupper med lättare tillstånd, kan enligt företrädare öppna upp för att vårda patienter med mer besvärliga sjukdomsfall snabbare – patienter som inte har samma möjlighet att resa och som vanligtvis väntar länge. Detta perspektiv lyfts framför allt i samtal med professionsföreträdare inom knäprotes- och kataraktoperation.

Resultat

Övergripande insikter från nulägesanalysen

Datatillgången för tillgänglighet är bristfällig

En viktig förutsättning för nationell vårdförmedling är att klargöra hur långa väntetiderna i vården är. I dagsläget är det emellertid svårt att, på grund av begränsad datatillgång, mäta väntetider på ett tillförlitligt sätt på nationell nivå. Relevanta uppgifter rapporteras och sammanställs inom den nationella väntetidsdatabasen och i kvalitetsregister, men i enlighet med vad som framgår i delredovisning 1 är dessa uppgifter inte heltäckande.

I kvalitetsregistren som undersöktes inom ramen för nulägesanalysen saknas i vissa fall variabler för att kunna mäta de ledtider som ingår i de standardiserade vårdförloppen. Ledtider inom radiologi och patologi är särskilt svåranalyserade. Detta försvårar möjligheterna att undersöka var någonstans i vårdkedjan tillgängligheten eventuellt brister, och därmed var behov av vårdförmedling kan finnas.

Det verkar även finnas regionala variationer vad gäller registrering, uppföljning och publicering av väntetider i den egna regionen. Vissa regioner har själva utvecklat digitala system för att kunna analysera väntetider på ett mer lättillgängligt och anpassat sätt.

Slutligen saknas i dagsläget fullständiga uppgifter om tillgänglig vårdkapacitet, och det finns inga enhetliga mätmetoder. Vissa datakällor ger en viss indikation av kapaciteten, exempelvis Väntetidsdatabasen. Denna data är emellertid varken heltäckande eller dagsaktuell. Intervjuade regionföreträdare påpekar att detta utgör ett hinder för att patienter ska kunna ta del av vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider.



Resultat

Regionala företrädare efterfrågar olika typer av stöd

➤ *Stöd i utformning av ersättningsmodeller och avtal*

Intervjuade professions- och regionföreträdare uttrycker behov av stöd i utformning och hantering av avtal som reglerar förmedling av patienter mellan olika vårdgivare och över regionala gränser. Det är relativt vanligt att mindre regioner använder sig av andra regioners avtal med enskilda vårdgivare. Ansatsen kräver kunskap om och insyn i befintliga avtal för att förstå om dessa är möjliga att nyttja – information som inte alltid finns tillgänglig idag. Respondenterna beskriver även att avtalen inte nödvändigtvis är utformade på ett ändamålsenligt eller tillräckligt tydligt sätt. Exempelvis kan ansvar vid eventuella komplikationer och ansvar för eftervård och uppföljning vara otydligt beskrivet. Därutöver pekar vissa professionsföreträdare på att avtalen inte tydligt stipulerar villkor kring krav på utbildningsverksamhet hos den mottagande enheten, vilket på sikt kan påverka tillgången till utbildad och specialiserad kliniskt verksam personal negativt.

En annan väsentlig och näraliggande aspekt är utformningen av regionala ersättningsmodeller som styr vårdförmedling. Det framkommer att variationerna i regionernas ersättningsmodeller påverkar incitamenten för att erbjuda patienter vård hos en alternativ vårdgivare med kortare väntetider. Det verkar i regel vara svårt för avsändande vårdgivare/regioner att förstå och förutspå vilka kostnader som de facto är förknippade med vårdförmedling. Mot denna bakgrund lyfter flera respondenter fram att det finns behov av stöd för att utforma mer enhetliga villkor som bidrar till ökad transparens och förutsägbarhet.

Resultat

Regionala företrädare efterfrågar olika typer av stöd

➤ *Enhetliga rutiner och processer för vårdförmedling*

I intervjuerna framkommer att avsaknaden av enhetliga rutiner för vårdförmedling och regionala variationer i samordningsprocesserna utgör en stor utmaning. Ett tydligt exempel är att ansvaret för hantering av vårdförmedlingsärenden varierar mellan regioner. I vissa regioner har vårdlotsar eller motsvarande en mer aktiv roll i vårdförmedlingsprocessen, medan de i andra regioner snarare har en mer stöttande och vägledande funktion. Intervjuade experter lyfter att ett alltför stort beroende mellan vårdlotsar och den aktuella vårdenheten, sannolikt kan påverka incitamenten för att erbjuda patienterna vård någon annanstans.

Det beskrivs som vanligt inom cancerområdet att den enskilda ansvariga läkaren eller sjuksköterskan, på initiativ och utifrån personliga kontakter, söker upp en vårdenhet eller specifik sjukvårdspersonal vid en annan enhet. Vissa uttrycker tydligt behov av en mer systematisk och enhetlig process.

Vårdförmedlingen och tillgängligheten kan även bero på patientens förmåga att själv aktivt delta i processen enligt vissa företrädare. Mot bakgrund av att processerna för vårdförmedling varierar över landet, anser några professionsföreträdare att en central och stödjande vårdförmedlingsfunktion bör inrättas.

I flera intervjuer poängterar man även värdet av att skapa förutsättningar för att följa upp enskilda patienter. Denna typ av uppföljning kan exempelvis baseras på relevant vårddokumentation eller patientundersökningar. Uppföljning av enskilda patienter kan dels bidra till att klargöra bilden av den förmedlade vårdens kvalitet, dels användas för att granska och säkerställa korrekt fakturering.



Resultat

Regionala företrädare efterfrågar olika typer av stöd

➤ *Behov av mer standardiserade vårdkedjor*

I intervjuerna framkommer att vissa vårdåtgärder upprepas i samband med att vårdförmedling sker. Detta kan påverka patienten negativt utöver en ineffektiv användning av tillgängliga resurser. Exempel kan vara upprepade provtagningar, röntgenundersökningar eller kliniska bedömningar. Därutöver finns regionala variationer i de undersökta vårdkedjornas utformning. Detta kan i vissa fall utgöra ett hinder vid vårdförmedling. Professionsföreträdarna uppger till exempel att olika åtgärder sätts in i olika steg, och att vårdkvaliteten varierar bland olika regioner och vårdgivare. Ett konkret exempel är uppföljningskoloskopier vid kolorektalcancer. Enligt uppgift finns en tendens hos vissa vårdgivare att genomföra tätare kontroller med lägre kvalitet. Ett annat exempel gäller undersökning inför knäprotesoperation, där vissa enheter genomför vinkelmätning, och andra inte. I regel finns kunskapsstödjande underlag, men trots detta finns enligt intervjuade företrädare alltför stora regionala skillnader. Befintliga kunskapsstöd och kunskapsstyrningen inom de olika diagnosområdena får inte alltid önskat genomslag, vilket påverkar förutsättningarna för nationell vårdförmedling negativt.

➤ *Kunskapsstöd inom produktions- och kapacitetsstyrning*

En annan utmaning som återkommande lyfts fram i intervjuerna är vikten av en fungerande produktions- och kapacitetsstyrning. Företrädarna poängterar att flaskhalsar – utöver resursbrist – ofta kan kopplas till rutiner, planering och arbetssätt, och att förutsättningarna för systematisk produktions- och kapacitetsplanering inte alltid är optimala. Mot denna bakgrund pekar man på värdet av de metod- och kunskapsstöd som tagits fram inom ramen för Socialstyrelsens andra regeringsuppdrag med fokus på tillgänglighet⁶. Respondenterna understryker vikten av att dessa stöd får brett genomslag inom samtliga delar av vården, inklusive bland de undersökta diagnosområdena.

För att förbättra förutsättningarna för vårdförmedling betonar intervjuade företrädare och experter särskilt betydelsen av att vårdenheterna har överblick av sin egen kapacitet. Överblicken behövs för att vårdenheterna ska förstå när inflödet av patienter blir alltför stort för att kunna upprätthålla vårdgarantin, och för att de ska kunna erbjuda vårdförmedling i ett så tidigt skede som möjligt.

Resultat

Regionala företrädare efterfrågar olika typer av stöd

➤ *Stödjande underlag riktat till patienter som väntar på vård*

Intervjuade företrädare pekar på behovet av ett stödjande informations- och kunskapsunderlag till patienter som väntar på vård. Man beskriver att patienterna generellt inte känner till vårdens skyldigheter kopplat till vårdgarantin, och därmed heller inte alltid ställer tillräckligt höga krav på vårdtillgänglighet. Patienternas förmåga och handlingskraft påverkar i vissa fall huruvida de får ta del av vård från en annan vårdgivare.

Ett annat perspektiv som lyfts fram i intervjuerna är att patienter många gånger tackar nej till vård hos en alternativ vårdgivare, på grund av en känsla av otrygghet och osäkerhet. Det framkommer även att patienter ibland avstår vård hos annan vårdgivare då de är osäkra på huruvida de får reseersättning eller inte. Respondenterna menar därför att det skulle vara värdefullt med ett målgruppsanpassat informationsmaterial som närmare beskriver vad vårdförmedling innebär för patienterna. Exempel på information som behöver inkluderas är hur vårdförmedling tar sig i uttryck i praktiken, hur tidsplanen ser ut för de olika stegen i vårdförmedlingsprocessen samt vilken aktör som ansvarar för vården före, under och efter vårdförmedlingen. Även information om patienters rättigheter kopplat till vårdgarantin kan med fördel ingå.

➤ *Kunskapsstöd med fokus på regelverket för vårdgarantin*

I intervjuerna framgår även att kunskapen om regelverket och lagstiftningen rörande vårdgarantin är begränsad bland vårdpersonal. Vårdpersonalens förmåga att kommunicera relevant information om vårdgarantins innebörd till patienterna upplevs även stundtals som bristfällig. Patienter riskerar till exempel att få vänta i onödan när vårdgivare avvaktar tills tidsgränsen för vårdgarantin är passerad innan vårdförmedlingsprocessen startar. Andra exempel som lyfts fram handlar om information om patientens möjlighet till proaktiv reseersättning och regelverket för kostnadsersättning för medföljande.

Sammantaget lyfter vissa intervjuade företrädare ett generellt behov av kunskapsstöd inom vården som förtydligar villkoren i den aktuella lagstiftningen. Kunskapsstödet kan även inkludera beskrivningar av metoder för att vården ska kunna kommunicera målgruppsanpassad och relevant information om vårdgarantin till patienterna.

Resultat

Regionala företrädare efterfrågar olika typer av stöd

➤ *Enhetliga rutiner för ersättning av patientens resekostnader*

Enligt aktuell lagstiftning⁷ ska den avsändande regionen ersätta patienten för resor i samband med vårdförmedling. Det verkar finnas vissa variationer vad gäller rutinerna för när patienten ersätts för sina eventuella utlägg. Vissa regioner ersätter patienten proaktivt, vilket innebär att patienten inte behöver ligga ute med kostnader. I intervjuer framkommer emellertid att vissa regioner istället ersätter patienten i efterhand. Detta kan resultera i att patienter, av ekonomiska skäl, väljer att tacka nej till vårdförmedling.

Ytterligare en aspekt som framkommit i intervjuerna rörande reseersättning, handlar om att förutsättningarna skiljer sig åt mellan regionerna. Norra Sverige präglas till exempel av långa geografiska avstånd jämfört med andra regioner. Enligt uppgift är relativt många av de privata aktörer, som har tillgänglig kapacitet att ta emot patienter som väntar på vård, koncentrerade till storstadsområden i mellersta/södra Sverige. Mot denna bakgrund tenderar resekostnaderna att bli högre för regioner med långa avstånd. I förlängningen kan detta, enligt intervjuade företrädare, i värsta fall drabba patienter som tvingas betala en högre egenavgift.

Respondenterna betonar överlag värdet av tydliga och likvärdiga rutiner för ersättning av patientens resekostnader.

➤ *Förbättrade förutsättningar för överföring av relevant information*

I intervjuerna framkommer tydligt att informationsöverföring tvärs regionala gränser är en viktig förutsättning för vårdförmedling. Detta förhindras emellertid av såväl tekniska som juridiska villkor och förutsättningar.

Att nödvändig digital infrastruktur eller juridiska förutsättningar för överföring av relevanta patientuppgifter till den mottagande enheten saknas, leder ibland till att patientuppgifter förmedlas manuellt via post. Detta är såväl kostsamt som tidskrävande, och riskerar att leda till uppgifternas aktualitet går förlorad.

Sammanfattningsvis finns behov av att både tekniskt och juridiskt se över hur informationsöverföring tvärs över regionala gränser vid vårdförmedling kan möjliggöras.

⁷Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Fortsatt arbete

Beskrivning av planerade pilotprojekt

Nulägesanalysen syftade till att fördjupa bilden av tillgängligheten inom olika diagnosområden. Detta för att kunna fungera som ett stödjande underlag till vårdgivare och regioner, men också som en kompletterande lägesbild. En annan viktig målsättning var att, baserat på gjorda kartläggningar, identifiera lämpliga områden för genomförande av pilotinsatser för nationell vårdförmedling. I korthet syftar pilotprojekten till att stödja förmedling av patienter mellan olika regioner och vårdgivare. Detta med målet att identifiera relevanta insikter och lärdomar, exempelvis om hinder och förutsättningar, som kan omhändertas i det mer långsiktiga arbetet med att utveckla nationell vårdförmedling. Därutöver är avsikten att på kort sikt förmedla vård till patienter som väntar.

Pilotinsatserna kommer att genomföras under hösten 2024 och början på våren 2025. Relevanta insikter kommer att redovisas i slutredovisningen för det aktuella uppdraget och inkorporeras i uppdraget om att ta fram en nationell plan för nationell vårdförmedling.

Baserat på sammanställningarna av vårdkedjorna inom totalt åtta diagnosområden, gjordes kompletterande analyser för att välja ut områden lämpliga för pilotinsatser. Se nedan för en beskrivning av urval för pilotinsatserna och för en övergripande beskrivning av respektive pilot.



Fortsatt arbete

Beskrivning av planerat pilotprojekt inom kolorektalcancer

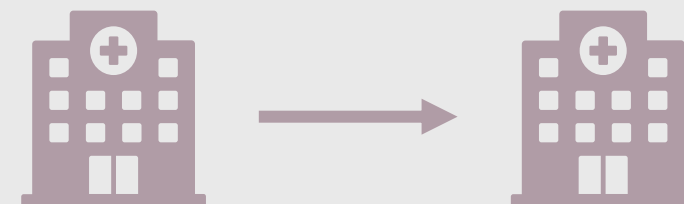
Diagnos: Kolorektalcancer

Åtgärd: Koloskopi

Fokus: Förmedling mellan två vårdenheter

Beskrivning

Inom ramen för denna pilot, som fokuserar på utredning vid misstanke om kolorektalcancer, identifieras inledningsvis en vårdgivare med relativt korta väntetider till koloskopi, respektive en vårdgivare med förhållandevis långa väntetider. Därefter tas särskild kontakt med dessa aktörer. Individuell och gemensam dialog kommer föras i syfte att identifiera förutsättningar för att väntande patienter ska kunna erbjudas vårdåtgärd hos vårdgivaren med relativt korta väntetider. Tanken är sammanfattningsvis att upprätta relativt nära kontakt och dialog mellan de två aktörerna för att identifiera stödbehov kopplat till vårdförmedling, och på olika sätt bistå för att underlätta förmedlingsprocessen.



Fortsatt arbete

Beskrivning av planerat pilotprojekt inom knäartros

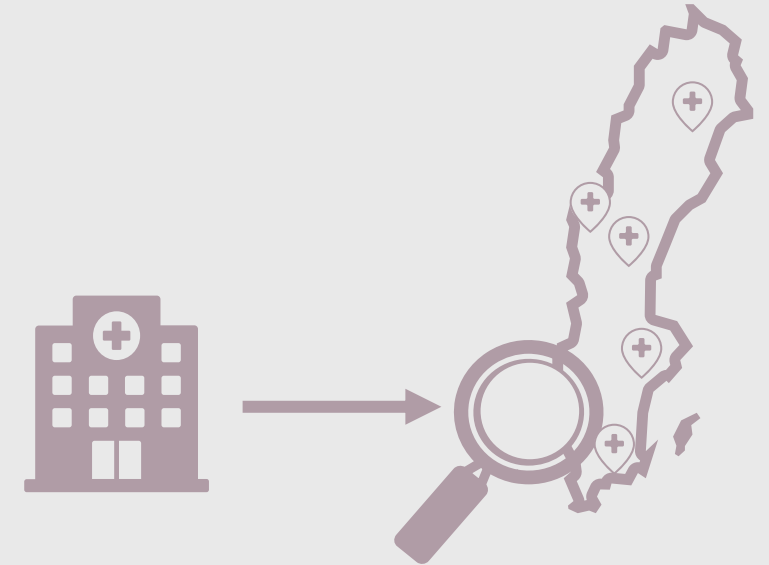
Diagnos: Knäartros

Åtgärd: Knäprotesoperation

Fokus: Kapacitetskartläggning och förmedling mellan två verksamheter

Beskrivning

I denna pilot görs inledningsvis analyser med fokus på de vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider till knäprotesoperation. En vårdgivare kommer därefter väljas ut och tillfrågas om deltagande i pilotprojektet. I nästa steg identifieras vårdgivare med jämförelsevis korta väntetider till knäprotesoperation. Därefter kommer dessa aktörer att kontaktas för att undersöka deras tillgängliga kapacitet, det vill säga om de har möjlighet att erbjuda operation. Uppgifterna om tillgänglig kapacitet kommer att sammanställas och ligga till grund för lärdomar kring hur denna typ av uppgifter kan registreras och sammanställas mer systematiskt. Tanken är även att, baserat på insamlade uppgifter, bistå vårdgivarna med stöd för att förmedla vård.



Fortsatt arbete

Beskrivning av planerat pilotprojekt inom katarakt

Diagnos: Katarakt

Åtgärd: Kataraktoperation

Fokus: Fördjupning av vårdförmedling ur ett patientperspektiv

Beskrivning

Inom ramen för denna pilot kommer patientperspektivet på vårdförmedling att utforskas närmare. Tanken är att genom vårdgivare och/eller genom berörda patientorganisationer, kontakta patienter som väntat relativt länge på en kataraktoperation. Avsikten är att få en mer fördjupad bild av orsaker till varför vissa patienter väljer att tacka nej till erbjudande om vårdförmedling. Insikterna kan ligga till grund för att identifiera stödinsatser till patienter. Denna typ av analys kan även generera slutsatser kring hur patientvald väntan hanteras rent administrativt och hur det påverkar statistiken om vårdgarantin.



Fortsatt arbete

Uppföljning av patienter som får vård hos annan vårdgivare

Utifrån uppdragets direktiv om att årligen följa upp och sammanställa uppgifter om antalet patienter som får vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider än i den egna hemregionen, pågår ett arbete för att etablera strukturer och rutiner för regelbunden uppföljning. Arbetet baseras på uppgifter från Patientregistret (PAR).

För att årligen kunna följa upp nationell vårdförmedling, krävs uppgifter från regionerna om vård av personer folkbokförda i annat län, samt orsaken till varför de vårdats utanför sin hemregion. Genom PAR är det möjligt att undersöka antalet vårdtillfällen som skett i en annan region (utomlänsvård). Däremot saknas uppgifter om orsaken till utomlänsvården. Det är därmed inte möjligt att urskilja utomlänsvård som skett till följd av begränsad tillgänglighet i den region där patienten är folkbokförd från andra orsaker, exempelvis vid högspecialiserad vård. Av denna anledning undersöks framför allt planerad slutenvård. Detta då det är rimligt att anta att en relativt stor andel av denna utomlänsvård uppkommer till följd av kapacitetsbrist. Analyserna talar för att kompletterande uppgifter om antalet patienter som fått vård hos annan vårdgivare på sikt kommer behöva samlas in från regionerna.

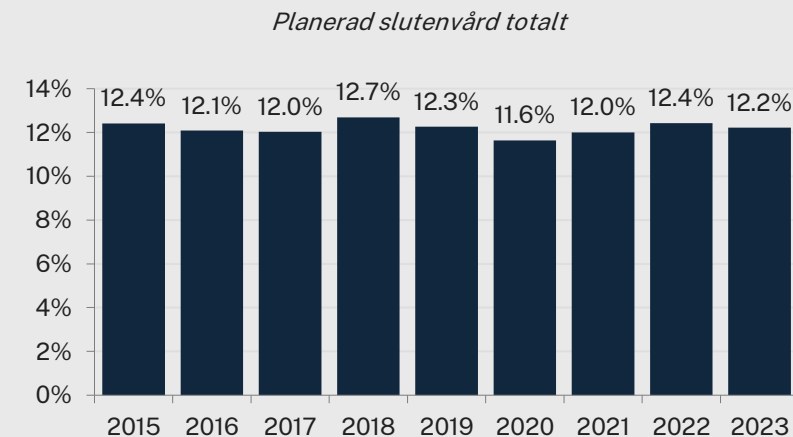
Inom ramen för uppdraget undersöks även hur graden av utomlänsvård ser ut för utvalda diagnosgrupper. Tanken är att dessa analyser ska länkas samman med genomförandet av planerade pilotinsatser.

Preliminära analyser visar att utomlänsvården på årsbasis under de senaste åren (2015-2023) uppgår till omkring 12 procent av den planerade slutenvården samt runt 4 procent av den totala genomförda planerade vården (specialiserad öppenvård och slutenvård).

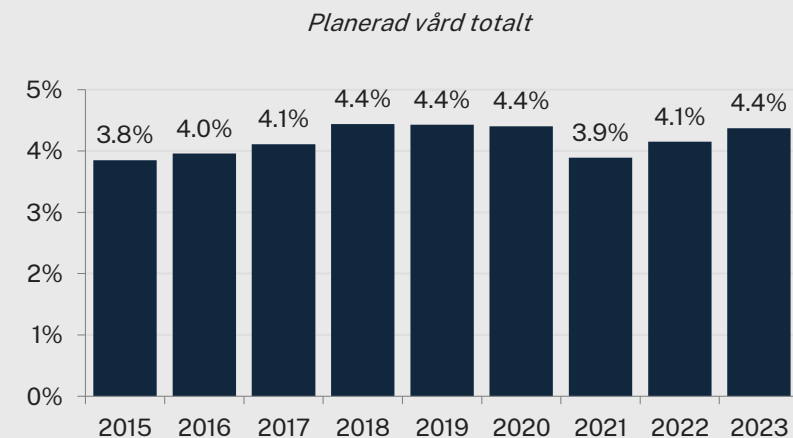
Utveckling av stödjande underlag riktat till patienter som väntar på vård

För att bidra till att stärka patientens ställning och för att möta utmaningar med bristande information till patienter, kommer någon form av stödjande underlag riktat till patienter tas fram. Underlaget kommer utvecklas i samråd med patientföreträdare, och i så stor omfattning som möjligt anpassas utifrån olika målgrupps behov.

Andel vårdkontakter utanför folkbokföringslänet, 2015–2023



Andel vårdkontakter utanför folkbokföringslänet, 2015–2023



Bilaga 1

Bilaga 1

Tabell 1. Pågående gemensamma regeringsuppdrag hos Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten

DNR RK/Uppdrag	Beskrivning	Regeringens beslutsdatum/ Slutredovisningsdatum
S2023/02117 (delvis) Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling	Ta fram förslag till en nationell plan för att möjliggöra regeringens initiativ om nationell vårdförmedling	2023-06-22 2025-03-31

Bilaga 1

Tabell 2. Pågående regeringsuppdrag hos Socialstyrelsen

DNR RK/Uppdrag	Beskrivning	Regeringens beslutsdatum/ Slutredovisningsdatum
S2024/01058 Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå	Stödja regionerna i deras produktions- och kapacitetsstyrning bland annat för att uppnå Socialstyrelsens nationella riktvärden avseende antalet disponibla vårdplatser samt beläggningsgrad. Stödja och stärka samverkan mellan regioner i syfte att öka tillgängligheten och förutsättningarna att uppnå Socialstyrelsens nationella riktvärden avseende antalet vårdplatser samt beläggningsgrad på nationell nivå. I dialog med regionerna definiera nationella och gemensamma målnivåer för beläggningsgrad och vårdkapacitet. Löpande följa den nationella utvecklingen av vårdkapacitet, bland annat i fråga om tillgänglighet, väntetider, antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad. Löpande följa behovet av personalresurser i regionerna för olika typer av vårdplatser, för att främja en hållbar personalförsörjning på kort och lång sikt, såväl inom som mellan regioner.	2024-06-03 2027-10-31
S2024/01059 (delvis) Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården Sker som en del av uppdraget S2024/01058	Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt göra en bedömning av regionernas respektive insatser inom ramen för både 2023 och 2024 års överenskommelser. Uppföljningen ska omfatta utvärdering och analys av överenskommelsen. Socialstyrelsen ska bl.a. analysera de handlingsplaner och redovisningar som regionerna ska lämna om de vill ta del av medlen i överenskommelsen. I uppdraget ingår även att Socialstyrelsen ska lämna förslag på åtgärder som staten kan vidta i de fall regionerna inte har följt anvisningarna eller genomfört de insatser som anges i överenskommelsen. Staten och SKR har den 21 december 2023 ingått en överenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelsen innefattar insatser inom följande sju områden: Nationell vårdförmedling för kortare köer, Vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar, Kompetensförsörjning, Förvaltning av register, modeller för datainsamling och information, Innovativa arbetssätt och försöksverksamhet, Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, Barn- och ungdomspsykiatri.	2024-05-23 2025-03-25

Bilaga 1

Tabell 3. Nyligen avslutade regeringsuppdrag hos Socialstyrelsen

DNR RK/Uppdrag	Beskrivning	Regeringens beslutsdatum/ Slutredovisningsdatum
S2023/00679 Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården	Uppdrag att föreslå en nationell plan för att minska bristen på disponibla vårdplatser och öka antalet disponibla vårdplatser. Planen ska stärka all sjukhusvård. Målet är att fler disponibla vårdplatser ska skapas där de gör störst nytta.	2023-02-16 2024-05-31
S2022/01373 Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser	Stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser. Utveckla metodstöd och stödja regionerna i deras arbete med att implementera produktions- och kapacitetsplanering, Stödja en samordning av regionernas produktions- och kapacitetsplanering såväl inom som mellan regioner, med fokus på att regionerna ska kunna inrätta ett ändamålsenligt antal vårdplatser, Analysera och lämna förslag på ändamålsenliga målvärden för antalet vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad, inklusive separata målvärden och för antalet intensivvårdsplatser, och Analysera och lämna förslag på vilken information om tillgänglig vårdkapacitet som är relevant och lämplig att presentera publikt, t.ex. som en del i ett nationellt vårdsöksystem.	2022-03-03 2025-03-31 Ersatt av S2024/01058

Bilaga 1

Tabell 3, forts. Nyligen avslutade regeringsuppdrag hos Socialstyrelsen

DNR RK/Uppdrag	Beskrivning	Regeringens beslutsdatum/ Slutredovisningsdatum
S2022/01664 Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet	Strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer. Beskriva hur myndigheten ska - utveckla en samlad uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet som är strategisk, långsiktig och kontinuerlig, - följa upp regionernas handlingsplaner för ökad tillgänglighet och hm denna uppföljning ska ligga till grund för årliga dialoger mellan myndigheten och regionerna samt hm dessa dialoger ska genomföras, - utveckla sin digitala presentation och analys av väntetidsdata så att den blir kontinuerlig, lätt tillgänglig och publik, - säkerställa tillgång till den expertkompetens som uppdragets genomförande kräver, analysera och lämna förslag på hur myndigheten kan ansvara för en långsiktig insamling av data kopplat till belagda och disponibla vårdplatser, ange vilka verksamhetsmässiga förutsättningar, t.ex.: resurser, som myndigheten behöver för att kunna genomföra uppdraget, och analysera juridiska förutsättningar för att kunna genomföra uppdraget och vid behov lämna förslag på författningsändringar. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas.	2022-03-17 2024-05-23 Ersatt av S2024/01058 och S2024/1059 (delvis)
S2023/02167 Uppdrag att förbereda arbetet inför utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården	Kartlägga vilka aktörer inom öppenvården som kan komma att beröras av utredningen Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvårdens (S 2023:02) kommande förslag samt analysera förutsättningarna för dessa aktörer att tillgängliggöra uppgifter i hälsodataregister.	2023-09-29 2024-10-31

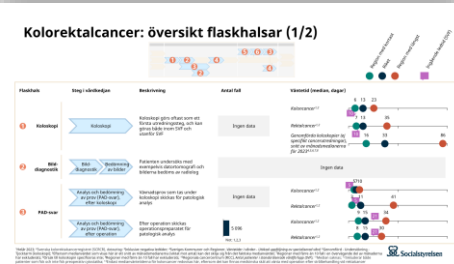
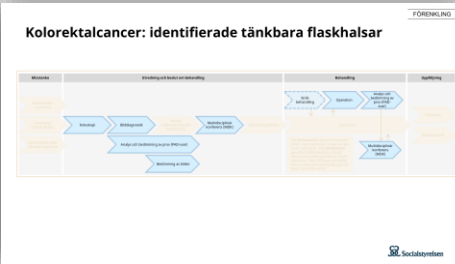
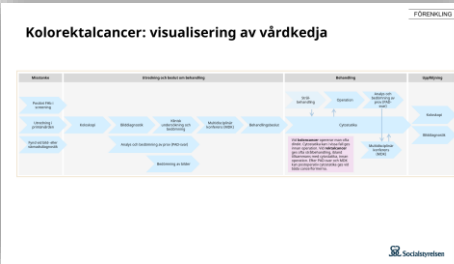
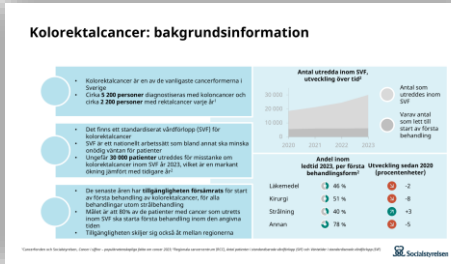
Bilaga 2

Analysbilder

Vårdkedjor och flaskhalsar

Bilagans upplägg

Denna bilaga omfattar sju vårdkedjor för åtta diagnoser. För varje vårdkedja finns fem delar:



1

Bakgrundsinformation

2

Visualisering av vårdkedjan

3

Identifierade tänkbara flaskhalsar

4

Översikt över flaskhalsarna

5

Fördjupning för varje flaskhals

Förklaring av översiktsbild



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Rubriknamn	Väntetid (median, dagar)
1 Koloskopi	Koloskopi	Koloskopi görs oftast som ett första utredningssteg, och kan göras både inom SVF och utanför SVF	Ingen data	Koloncancer ^{1,2} Beskrivning av medianväntetid för flaskhals (region med kortast respektive längst median, samt riket och rekommenderad väntetid). I vissa fall presenteras väntetid istället som andel inom vårdgarantin, i brist på annan data.
2 Namn på flaskhals	Beskriver vilket steg i vårdkedjan som flaskhalsen rör	Patienten undersöks med exempelvis röntgen och bilderna bedöms av radiolog	Dessa data baseras på bästa tillgänglig information, men kan avvika från faktiska tal enligt vad som anges i text/fotnoter.	De väntetider som presenteras här är inte alltid tagna från samma källa som antal fall, beroende på datakvalitet.
3 PAD-svar	Analys och bedömning av prov (PAD-svar), efter koloskopi	Vävnadsprov som tas under koloskopi skickas för patologisk analys	5 096 Not: 1,2,3	Det varierar mellan källor huruvida patientvald väntan (PvV) och medicinskt orsakad väntan (MoV) inkluderas eller exkluderas.
	Analys och bedömning av prov (PAD-svar), efter operation	Efter operation skickas operationspreparatet för patologisk analys		Data från kvalitetsregistren gäller endast de patienter som visade sig ha en cancerdiagnos.

Förklaring av fördjupningsbild

1

Koloskopi

1

Visualisering av flaskhals



Flaskhalsen bidrar sannolikt till att stoppa upp flödet för många cancerpatienter

- En stor del av de **30 000 patienter** som utreddes inom SVF under 2023 genomgick troligtvis en koloskopi¹
- Hur omfattande flaskhalsen är och vad den får för konsekvenser
- Koloskopiundersökningar beskrivs som **en stor flaskhals** – framförallt för de som inte utreds inom SVF, eftersom SVF-remisserna prioriteras
- Flaskhalsen stoppar upp patienters vårdförlopp i ett tidigt skede och förskjuter därmed möjlighet till fortsatt utredning, diagnostisering och behandling



Flaskhalsen beskrivs uppstå på grund av brist på endoskopister och utrustning

- Brist på **endoskopister, utrustning och salar** beskrivs som orsak i delar av landet
- Eftersom en stor del av kapaciteten verkar finnas koncentrerad på större sjukhus kan väntetiderna bli längre på mindre orter
- **Orsaker till flaskhalsen**
- Flaskhalsen belastas ytterligare då koloskopier är en del av uppföljningen. Det har beskrivits att privata vårdgivare kan tendera att göra koloskopier med alltför korta intervall
- Behovet av koloskopiresurser väntas öka ytterligare i samband med att det nationella screeningsprogrammet utvidgas²



Regional spridning av väntetider till koloskopi

- Bland de patienter som diagnosticerades med cancer varierade andelen som fick koloskopi inom leddiden **mellan 13%-79% (rikssnitt 33%)**^{3,4}
- **Regional spridning**
- Bland regionerna själva uppger vissa att väntetiderna är långa, framför allt på mindre orter, medan de är korta hos andra

Bilagans framtagande - källor

Bilagan har tagits fram med hjälp av tre olika typer av källor:

1. Kvantitativa datakällor

Data om väntetider har huvudsakligen hämtats ur Väntetidsdatabasen och kvalitetsregistren för kolorektal-, bröst och prostatacancer. Tillgången till representativ och tillförlitlig data om väntetider i vården är begränsad, där exempelvis täckningsgrad och skillnader i kodning kan nämnas som utmaningar. Därför bör väntetidsdatan som presenteras i denna bilaga tolkas med stor försiktighet.

2. Litteratur

Information har hämtats ur publika dokument och rapporter, exempelvis nationella vårdprogram, myndighetsrapporter och regionernas egen rapportering för uppföljning av SVF.

3. Intervjuer med professionsföreträdare

Totalt 15 intervjuer har genomförts med professionsföreträdare och sakkunniga inom respektive diagnos. Under intervjuerna fick respondenterna ta del av preliminära resultat från vårdkedjekartläggningen, och ombads lämna synpunkter i kvalitetssäkrande syfte. Vidare efterhördes deras bild av orsaker till flaskhalsen och deras uppfattning om skillnader mellan vårdenheter eller regioner. Professionsföreträdarna fick även lämna synpunkter på det färdigställda materialet i kvalitetssäkrande syfte.

Covid-19-pandemin

En viktig aspekt när detta material tolkas är att pandemin hade en omfattande påverkan på vården inom många områden. Antalet vårdbesök minskade markant, sannolikt på grund av att färre patienter sökte vård för sina symtom. Pandemin ledde även till andra effekter, där akuta och farliga tillstånd i större utsträckning prioriterades framför mindre akuta vårdbehov. Framför allt äldre patienter kallades i mindre utsträckning, vilket resulterade i en minskning av antalet genomförda behandlingar och insatser. Detta påverkar statistiken för väntetider, uppfyllnad av vårdgarantin och antal fall under de undersökta åren.

Kort om rekommenderade väntetider

För att kunna sätta väntetiderna för flaskhalsarna i relation till ungefär hur lång tid som är rimligt, har olika typer av "rekommendationer" för väntetiderna använts. På översiktssidorna är dessa markerade med en lila, blå eller orange flagga. De tre typerna är:

1. Ingående ledtider

För vissa av flaskhalsarna inom cancer finns ingående ledtider enligt SVF. Regionerna är inte skyldiga att följa tidsangivelserna för de ingående ledtiderna, så länge målet för ledtiden från välgrundad misstanke till start av första behandling uppfylls. De ingående ledtiderna bör därför endast ses som rekommendationer i detta sammanhang. Dessa är utmärkta med en lila flagga.

2. Rekommendation från vårdprogram eller kvalitetsregister

För vissa av flaskhalsarna inom cancerdiagnoserna finns ingen ingående ledtid, men däremot en rekommendation från vårdprogrammet eller kvalitetsregistret. Dessa är utmärkta med en blå flagga.

3. Gräns för vårdgarantin

För knäledsartros, katarakt, hörselnedsättning och ADHD gäller vårdgarantin som lagstadgad gräns för när patienten ska erbjudas ett första besök i specialiserad vård och åtgärd/behandling. Dessa är utmärkta med en orange flagga.

Eftersom vårdgarantin för tillfället är under utredning kan gränsen för vårdgarantin komma att ändras. I detta material används 90 dagar som gräns för vårdgarantin (förutom gällande BUP som har en skärpt vårdgaranti på 30 dagar).

Kolorektalcancer

Analysbilder

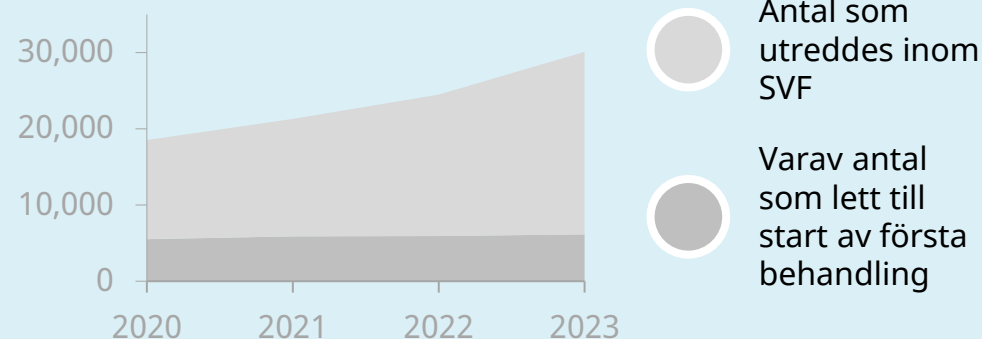
Kolorektalcancer: bakgrundsinformation

- Kolorektalcancer är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige
- Cirka **5 200 personer** diagnostiseras med koloncancer och cirka **2 200 personer** med rektalcancer varje år¹

- Det finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) för kolorektalcancer
- SVF är ett nationellt arbetssätt som bland annat ska minska onödig väntan för patienter
- Ungefär **30 000 patienter** utreddes för misstanke om kolorektalcancer inom SVF år 2023, vilket är en markant ökning jämfört med tidigare år²

- De senaste åren har **tillgängligheten försämrats** för start av första behandling av kolorektalcancer, för alla behandlingar utom strålbehandling
- Målet är att 80% av de patienter med cancer som utretts inom SVF ska starta första behandling inom den angivna tiden
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna

Antal utredda inom SVF, utveckling över tid²

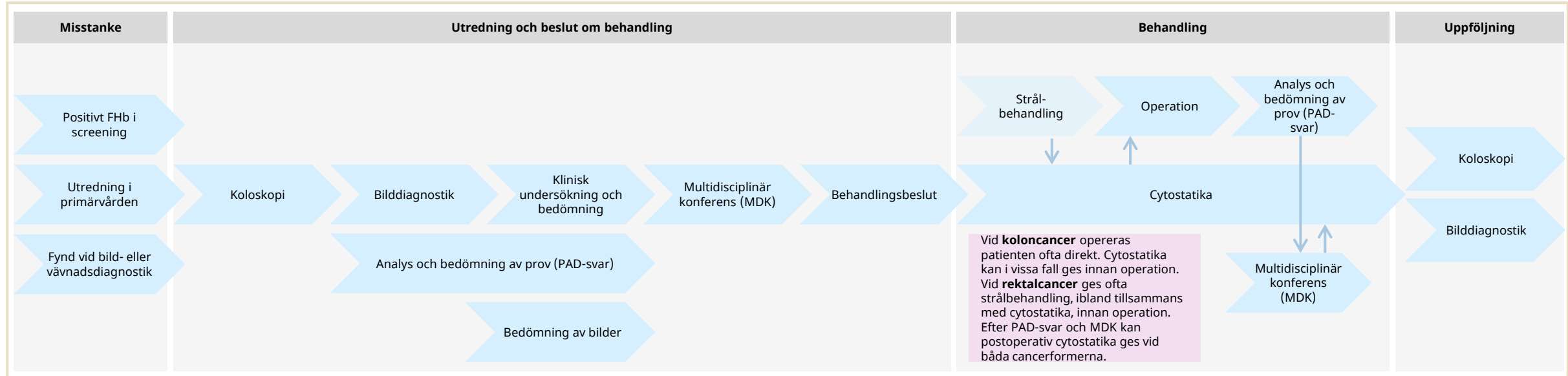


Andel inom ledtid 2023, per första behandlingsform² Utveckling sedan 2020 (procentenheter)

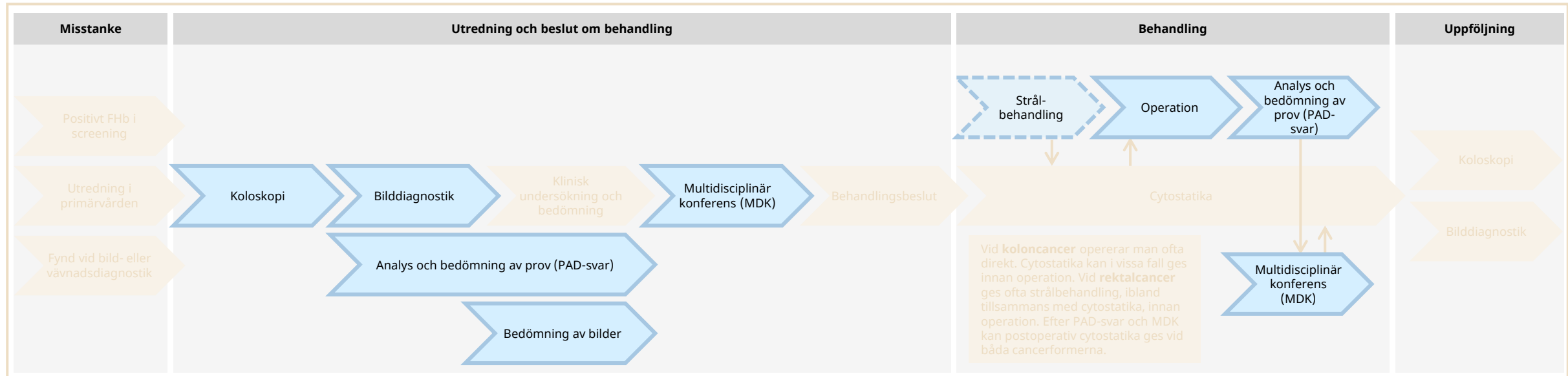
Läkemedel	 46 %	 -2
Kirurgi	 51 %	 -8
Strålning	 40 %	 +3
Annan	 78 %	 -5

¹Cancerfonden och Socialstyrelsen, *Cancer i siffror – populärvetenskapliga fakta om cancer 2023*; ²Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) och Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)*

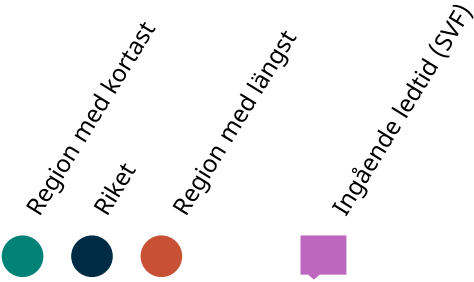
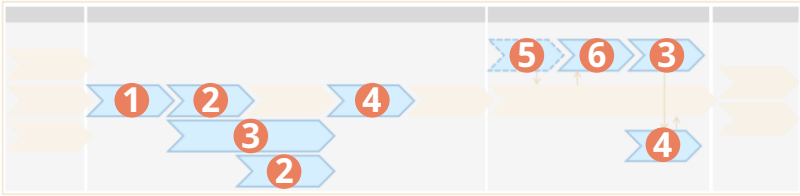
Kolorektalcancer: visualisering av vårdkedja



Kolorektalcancer: identifierade tänkbara flaskhalsar



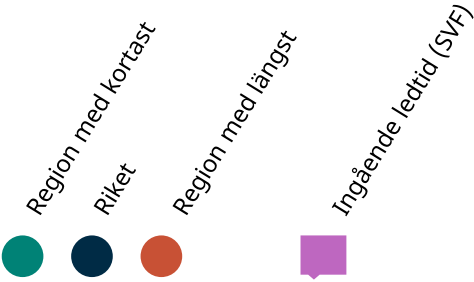
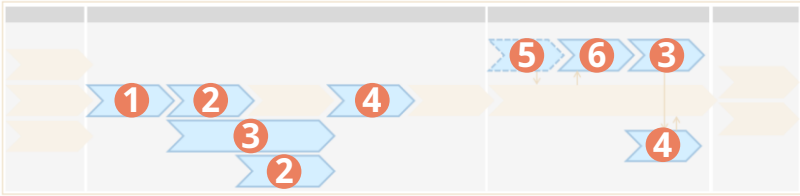
Kolorektalcancer: översikt flaskhalsar (1/2)



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar)
1 Koloskopi	Koloskopi	Koloskopi görs oftast som ett första utredningssteg, och kan göras både inom SVF och utanför SVF	Ingen data	<i>Koloncancer</i>^{1,2} <i>Rektalcancer</i>^{1,2} <i>Genomförda koloskopier (ej specifikt cancerutredningar), snitt av månadsmedianerna för 2023</i>^{4,5,6,7,8}
				6 13 23 7 13 35 10 16 33 86
2 Bild-diagnostik	Bild-diagnostik Bedömning av bilder	Patienten undersöks med exempelvis datortomografi och bilderna bedöms av radiolog	Ingen data	
3 PAD-svar	Analys och bedömning av prov (PAD-svar), efter koloskopi	Vävnadsprov som tas under koloskopi skickas för patologisk analys	Ingen data	<i>Koloncancer</i>^{1,2} <i>Rektalcancer</i>^{1,2}
	Analys och bedömning av prov (PAD-svar), efter operation	Efter operation skickas operationspreparatet för patologisk analys	5 096 Not: 1,2,3	5710 3 11 41 9 15 34 8 15 30

¹Helår 2023; ²Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), *datauttag*; ³Inklusive negativa ledtider; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ⁵Genomförd - Undersökning - Tjocktarm (koloskopi); ⁶Eftersom medianvärdet som visas här är ett snitt av månadsmedianerna (viktat mot antal) kan det skilja sig från det faktiska medianvärdet; ⁷Regioner med färre än 10 fall i en övervägande del av månaderna har exkluderats; ⁸Orsak till koloskopin specificeras inte; ⁹Regioner med färre än 10 fall har exkluderats; ¹⁰Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)*; ¹¹Median saknas; ¹²Inkluderar både patienter som fick och inte fick preoperativ cytostatika; ¹³Endast medianväntetiderna för koloncancer redovisas här, eftersom det kan finnas medicinska skäl att vänta med operation efter strålbehandling vid rektalcancer

Kolorektalcancer: översikt flaskhalsar (2/2)



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar)
4 MDK	Multidisciplinär konferens (MDK), innan första behandling	När utredningen är klar diskuterar olika hälsoprofessioner utredningsresultat och alternativ för första behandling	6,091 Not: 1,2,3	Koloncancer ^{1,2} Rektalcancer ^{1,2} Not: 10
	Multidisciplinär konferens (MDK), efter operation	Efter operation diskuteras operationsutfallet och vidare behandling	4 840 Not: 1,2	Koloncancer ^{1,2} Rektalcancer ^{1,2,11}
5 Strålbehandling	Strålbehandling	Vid rektalcancer ges vanligtvis strålbehandling före operation, men i regel inte vid koloncancer	668 Not: 1,9	Rektalcancer ^{1,2,11}
6 Operation	Operation	Operation är en vanlig behandlingsform vid koloncancer, medan inte alla rektalcancerpatienter opereras	4 088 Not: 1,9	Koloncancer ^{1,2}

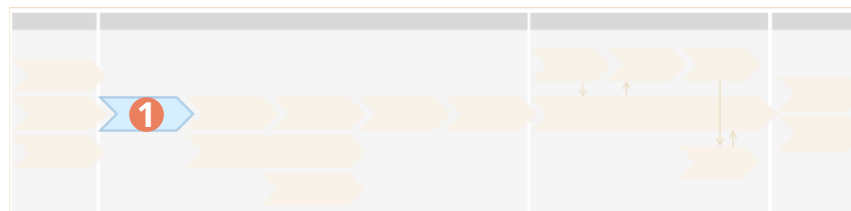
¹Helår 2023; ²Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), datauttag; ³Inklusive negativa leddider; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård; ⁵Genomförd - Undersökning - Tjocktarm (koloskopi); ⁶Eftersom medianvärdet som visas här är ett snitt av månadsmedianerna (viktat mot antal) kan det skilja sig från det faktiska medianvärdet; ⁷Regioner med färre än 10 fall i en övervägande del av månaderna har exkluderats; ⁸Orsak till koloskopin specificeras inte; ⁹Regionala cancercentrum (RCC), Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF); ¹⁰Median saknas; ¹¹Regioner med färre än 10 fall har exkluderats; ¹²Inkluderar både patienter som fick och inte fick preoperativ cytostatika; ¹³Endast medianväntetiderna för koloncancer redovisas här, eftersom det kan finnas medicinska skäl att vänta med operation efter strålbehandling vid rektalcancer

Socialstyrelsen

Kolorektalcancer: fördjupning koloskopi

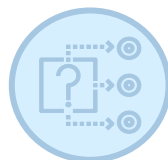
1

Koloskopi



Flaskhalsen bidrar sannolikt till att stoppa upp flödet för många cancerpatienter

- En stor del av de **30 000 patienter** som utreddes inom SVF under 2023 genomgick troligtvis en koloskopi¹
- Troligtvis gjordes ännu fler koloskopier utanför SVF
- Koloskopiundersökningar beskrivs som **en stor flaskhals** – framförallt för de som inte utreds inom SVF, eftersom SVF-remisserna prioriteras
- Flaskhalsen stoppar upp patienters vårdförlopp i ett tidigt skede och förskjuter därmed möjlighet till fortsatt utredning, diagnostisering och behandling



Flaskhalsen beskrivs uppstå på grund av brist på endoskopister och utrustning

- Brist på **endoskopister, utrustning och salar** beskrivs som orsak i delar av landet
- Eftersom en stor del av kapaciteten verkar finnas hos privata vårdgivare i storstäder kan väntetiderna bli längre på mindre orter
- Flaskhalsen belastas ytterligare då koloskopier är en del av uppföljningen. Det har beskrivits att privata vårdgivare kan tendera att göra koloskopier med alltför korta intervall
- Behovet av koloskopiresurser väntas öka ytterligare i samband med att det nationella screeningsprogrammet utvidgas²



Regional spridning av väntetider till koloskopi

- Bland de patienter som diagnosticerades med cancer varierade andelen som fick koloskopi inom ledtiden **mellan 13%-79% (rikssnitt 43%)**^{3,4}
- Bland regionerna själva uppger vissa att väntetiderna är långa, framför allt på mindre orter, medan de är korta hos andra

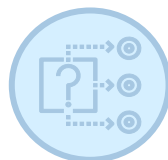
¹Regionala cancercentrum (RCC), Antal patienter i standardiserade vårdförlopp; ²Regionala cancercentrum (RCC), Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscreening; ³Helår 2023; ⁴Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), datauttag

Kolorektalcancer: fördjupning bilddiagnostik och bedömning av bilder



Beskrivs som en stor flaskhals som påverkar många patienter

- Bilddiagnostik beskrivs som **en stor flaskhals** inom vårdkedjan för kolorektalcancer
- Av de patienter som utreds för misstanke om kolorektalcancer genomgick troligtvis många en eller flera bilddiagnostiska undersökningar
- Resultat från bilddiagnostik behövs för att patienten ska kunna gå vidare till cancerbehandling



Flaskhalsen beskrivs uppstå på grund av kompetensbrist

- Flaskhalsen beror sannolikt på **brist på radiologisk kompetens och röntgensjuksköterskor**
- Kompetensbristen orsakar väntetider både till undersökning och bedömning av bilder
- Flaskhalsen byggs på ytterligare om patienten inte kommer vidare i vårdkedjan i rimlig tid, och då behöver genomgå bilddiagnostiska undersökningar på nytt eftersom de gamla blivit inaktuella
- Bilddiagnostik ingår i uppföljningen, vilket anstränger flaskhalsen ytterligare

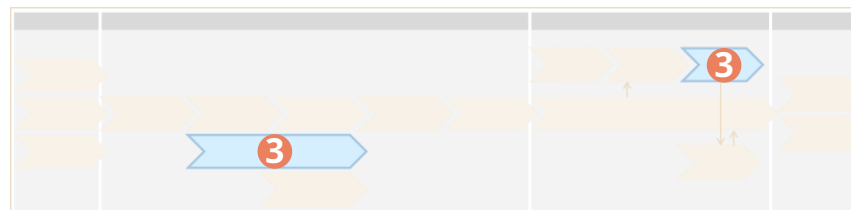
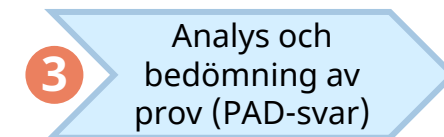


Majoriteten av regionerna upplever problem

- **17 av 21 regioner** nämner utmaningar med att uppfylla ledtider till bilddiagnostik i SVF under 2023 för alla cancerformer¹

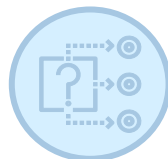
¹Regionala cancercentrum (RCC), Redovisning av införande av standardiserade vårdförlopp

Kolorektalcancer: fördjupning analys och bedömning av prov (PAD-svar)



Flaskhalsen omfattar många patienter och stoppar upp flödet på två ställen i vårdkedjan

- De patienter som **tar ett vävnadsprov** vid koloskopin omfattas av väntetid till PAD-svar
- Långa väntetider till PAD-svar efter operation kan förlänga väntetiden till postoperativ onkologisk behandling, vilket är en patientsäkerhetsrisk
- Det finns risk för ineffektivt resursutnyttjande när fördröjt PAD-svar leder till att patienter behöver göra om bilddiagnostiska undersökningar



Flaskhalsen grundas sannolikt i brist på patologisk kompetens och biomedicinska analytiker

- Orsaken till långa väntetider är troligtvis **brist på patologisk kompetens och biomedicinska analytiker**
- Väntetiderna har även ökat på grund av att de patologiska utredningarna har blivit mer komplexa i takt med att precisionsdiagnostiken utvecklats



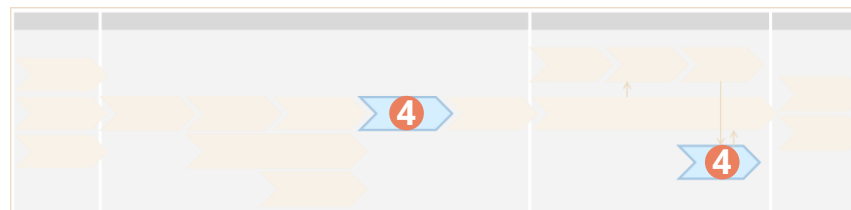
Regional spridning av väntetider till PAD-svar

- Det är stor spridning i regioners förmåga att leverera PAD-svar efter koloskopi inom angiven ledtid - koloncancer: **8%-51% (rikssnitt 33%)** och rektalcancer: **0%-77% (rikssnitt 23%)**^{2,3}
- Även efter operation varierar andel PAD-svar inom ledtid stort mellan regioner – koloncancer: **11%-100% (rikssnitt 76%)** och rektalcancer: **6%-100% (rikssnitt 76%)**^{2,3}

Kolorektalcancer: fördjupning multidisciplinär konferens (MDK)

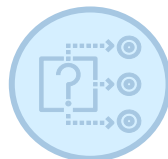
4

Multidisciplinär konferens (MDK)



Flaskhalsens centrala roll påverkar väntetider inom flödessteg både före och efter MDK

- **Samtliga patienter** med kolorektalcancer bör idag diskuteras på en MDK¹
- Eftersom MDK har en central roll i flödet kan långa väntetider leda till att diagnostiska utredningar behöver upprepas samt att behandlingsstart senareläggs
- Långa väntetider till MDK efter operation kan förlänga väntetiden till postoperativ onkologisk behandling, vilket är en patientsäkerhetsrisk



Flaskhalsen grundas sannolikt i brist på nödvändig kompetens

- **Brist på radiologisk, onkologisk och patologisk kompetens** lyfts som en orsak till långa väntetider till MDK, kombinerat med större krav på att hålla MDK både före och efter operation
- Att behöva vänta länge på resultat från diagnostiska utredningar kan vara en bidragande orsak till att MDK senareläggs



Långa väntetider till MDK är ett problem i flera regioner

- Det upplevs som **en svårighet för vissa regioner** att genomföra MDK inom rimlig väntetid
- Fem regioner lyfter problem med väntetider till MDK för cancer generellt i sin SVF-rapportering för 2023²

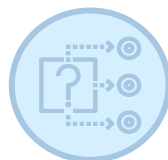
¹Regionala cancercentrum (RCC), Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer; ²Regionala cancercentrum (RCC), Redovisning av införande av standardiserade vårdförlopp (SVF)

Kolorektalcancer: fördjupning strålbehandling



Långa väntetider leder troligtvis till att cancersjuka inte kan påbörja behandling i tid

- Strålning utförs primärt vid rektalcancer och då preoperativt. Under 2023 strålades ungefär **700 patienter**²
- Långa väntetider till strålbehandling fördröjer behandlingsstart för patienter med rektalcancer, och riskerar även att fördröja efterföljande behandlingar



Flaskhalsen grundas sannolikt i brist på strålsjuksköterskor

- Sannolikt är en orsak till långa väntetider **brist på strålsjuksköterskor**, men även andra resurser
- Strålning kan inte erbjudas inom alla regioner, och ledtiderna för strålning i en viss region kan då påverkas när patienterna behöver få behandlingen i en annan region

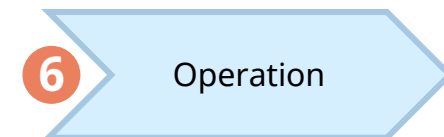


Det är stor regional spridning i väntetid mellan regionerna

- Flödet för strålbehandling beskrivs som **väldigt varierande** både mellan och inom regioner, där köerna kan vara omväxlande långa eller korta
- Det är stor regional variation i ledtidsuppfyllelse, där spridningen ligger **mellan 12%-81% (rikssnitt 32%)**^{1,3,4}

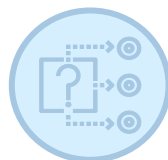
¹Helår 2022; ²Regionala cancercentrum (RCC), *Väntetider i standardiserade vårdförlopp*; ³Svenska kolorektalcancerregistret (ändtarm), *Interaktiv årsrapport för ändtarmscancer*; ⁴Regioner med mindre än 10 patienter är exkluderade

Kolorektalcancer: fördjupning operation



Operation omfattar många patienter med kolorektalcancer

- **Cirka 4 100 patienter** med kolorektalcancer genomgick kirurgisk behandling under 2023¹
- Väntetiderna för canceroperationer beskrivs som acceptabla, eftersom dessa prioriteras framför benign kirurgi



Flaskhalsen orsakas troligtvis av brist på operationssjuksköterskor men även operationssalar

- Troligtvis finns en nationell brist på operationskapacitet, där säsongsvariationer bidrar till långa väntetider vissa perioder
- **Brist på operationssjuksköterskor** lyfts fram som den största orsaken till kapacitetsutmaningarna



Många regioner beskriver ansträngd operationskapacitet

- **En majoritet av regionerna** lyfter att de har kapacitetsutmaningar generellt för canceroperationer

¹Regionala cancercentrum (RCC), Väntetider i standardiserade vårdförlopp; ²Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), datauttag

Bröstcancer

Analysbilder

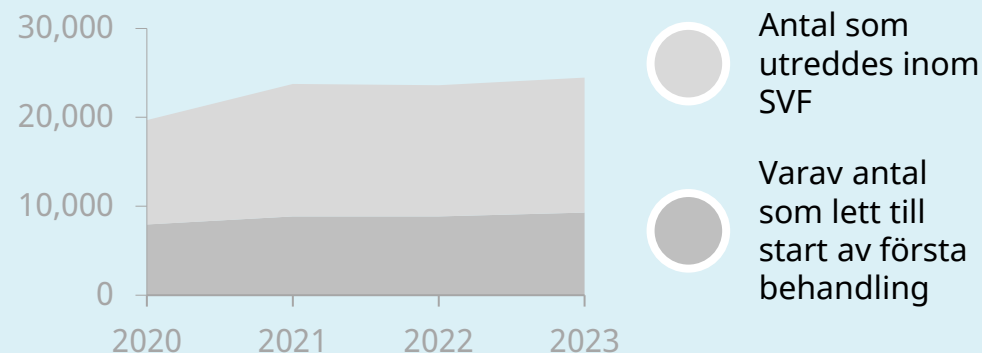
Bröstcancer: bakgrundsinformation

- Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor i Sverige
- Cirka **8 700 personer** diagnostiseras med bröstcancer varje år¹
- De senaste 50 åren har dödligheten minskat men antalet insjuknade ökat^{1,2}

- Det finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) för bröstcancer
- SVF är ett nationellt arbetssätt som bland annat ska minska onödig väntan för patienter
- Ungefär **24 500 patienter** utreddes för misstanke om bröstcancer inom SVF år 2023³

- De senaste åren har **tillgängligheten försämrats** för start av första behandling av bröstcancer
- Målet är att 80% av de patienter med cancer som utretts inom SVF ska starta första behandling inom den angivna tiden
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna

Antal utredda inom SVF, utveckling över tid³

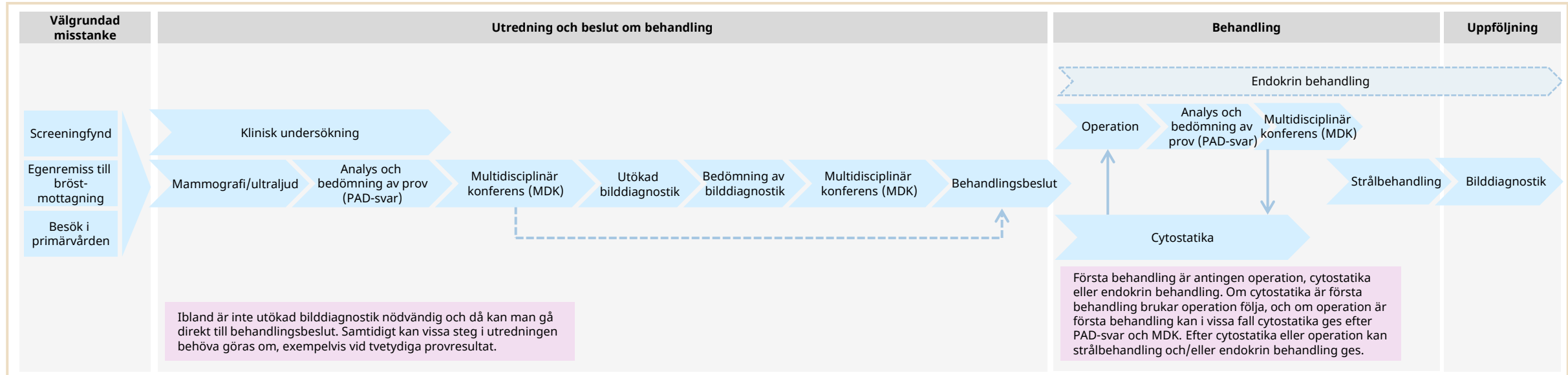


Andel inom ledtid 2023, per första behandlingsform³ Utveckling sedan 2020 (procentenheter)

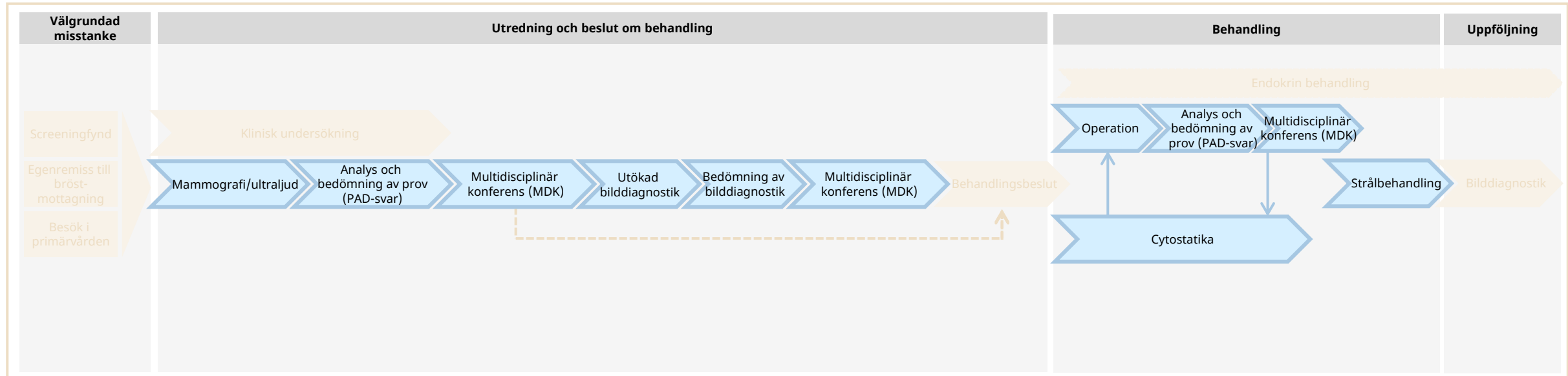
Läkemedel	48 %	-6
Kirurgi	29 %	-20

¹Cancerfonden och Socialstyrelsen, *Cancer i siffror – populärvetenskapliga fakta om cancer 2023*; ²Mortalitet och incidens mätt per år och 100 000 invånare; ³Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) och Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)*

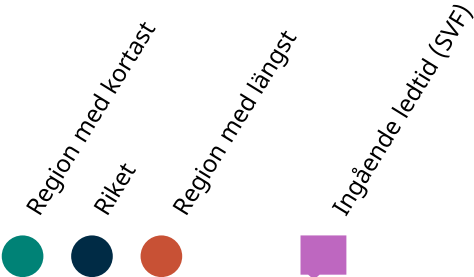
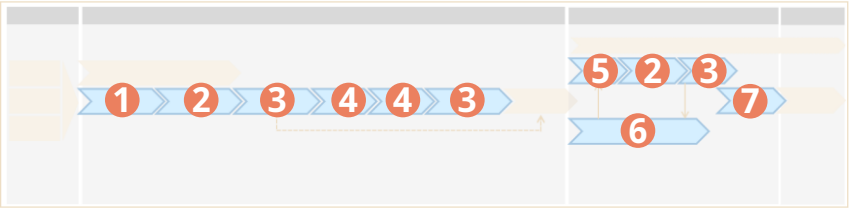
Bröstcancer: visualisering av vårdkedja

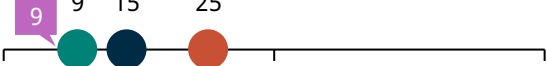
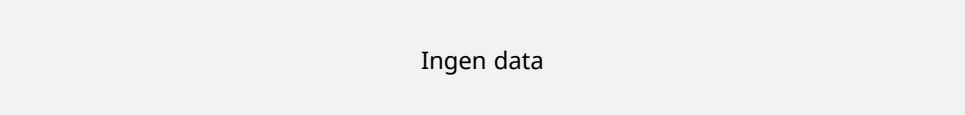
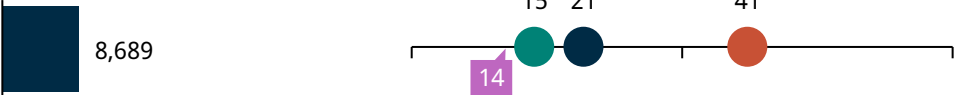
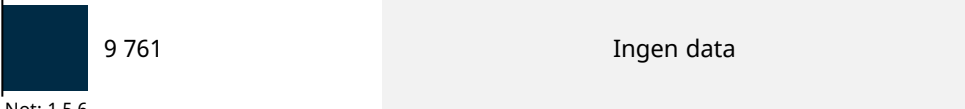
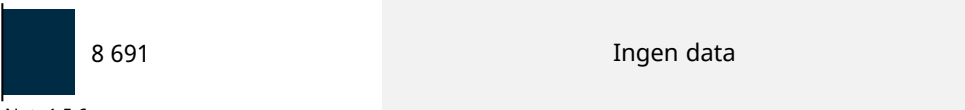


Bröstcancer: identifierade tänkbara flaskhalsar



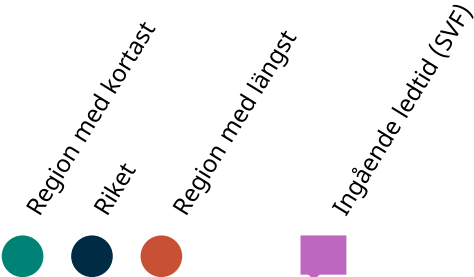
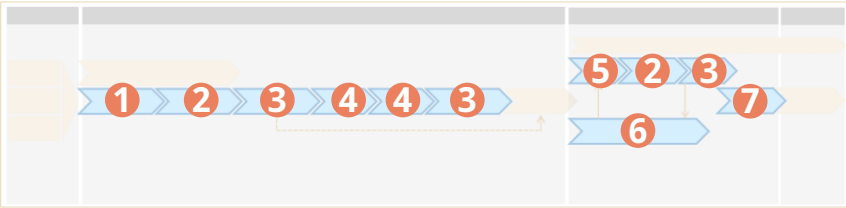
Bröstcancer: översikt flaskhalsar (1/2)



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar) ^{1,4}
1	Mammo- grafi eller ultraljud	Undersökning med mammografi eller ultraljud ingår i det första utredningssteget vid misstanke om cancer	Grov uppskattning enligt not 3  24 500 Not: 1,2,3	 9 15 25 Not: 7
2	PAD-svar	Analys och bedömning av prov (PAD-svar), efter provtagning	Celler eller vävnadsprov som togs vid första besöket skickas för patologisk analys	Troligtvis kommer många av de som omfattades av föregående steg även omfattas av detta steg  Ingen data
		Analys och bedömning av prov (PAD-svar), efter operation	Efter operation skickas operationspreparatet för patologisk analys	 15 21 41 14
3	MDK	Multidisciplinär konferens (MDK), innan första behandling	Olika hälsoprofessioner diskuterar utredningsresultat och alternativ för första behandling	 Ingen data
		Multidisciplinär konferens (MDK), efter operation	Efter operation diskuteras operationsutfallet och vidare behandling	 Ingen data

¹Helår 2023; ²Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)*; ³Vid antagande att de flesta som utreds inom SVF gör mammografi och/eller ultraljud; ⁴Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC), *datauttag*; ⁵Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC), *Interaktiv årsrapport från Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer, INCA*; ⁶Fall räknas per bröst; ⁷Eftersom väntetiden är mätt mellan *beslutsdatum för välgrundad misstanke om cancer* och *datum 1:a besök i specialiserad vård* har två ingående ledtider om 2 dagar respektive 7 dagar slagits ihop till 9 dagar; ⁸Gäller både patienter som erhöill preoperativ cytostatikabehandling och de som fick primär operation; ⁹Exklusive patienter som erhöill postoperativ cytostatikabehandling

Bröstcancer: översikt flaskhalsar (2/2)



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar) ^{1,4}
4	Utökad bild-diagnostik	Utökad bild-diagnostik Bedömning av bilder	I vissa fall kan utökad bilddiagnostik bli aktuell, vanligtvis MR eller DT, och bilderna bedöms av radiolog	Ingen data
5	Operation	Operation	8 745 Not: 1,5,6	6 21 28 Not: 8
6	Cytostatika	Cytostatika, före operation	792 Not: 1,4,6	7 13 20 14
		Cytostatika, efter operation	1,000 Not: 1,4,6	26 28 43 62
7	Strål-behandling	Strålbehandling	3,431 Not: 1,4,6	37 42 65 80 Not: 9

¹Helår 2023; ²Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)*; ³Vid antagande att de flesta som utreds inom SVF gör mammografi och/eller ultraljud; ⁴Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC), *datauttag*; ⁵Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC), *Interaktiv årsrapport från Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer, INCA*; ⁶Fall räknas per bröst; ⁷Eftersom väntetiden är mätt mellan *beslutsdatum för välgrundad misstanke om cancer* och *datum 1:a besök i specialiserad vård* har två ingående ledtider om 2 dagar respektive 7 dagar slagits ihop till 9 dagar; ⁸Gäller både patienter som erhöll preoperativ cytostatikabehandling och de som fick primär operation; ⁹Exklusive patienter som erhöll postoperativ cytostatikabehandling

Bröstcancer: fördjupning mammografi/ultraljud

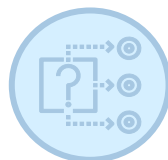
1

Mammografi/
ultraljud



Troligtvis en stor flaskhals som påverkar många patienter

- Eftersom mammografi/ultraljud utgör det första utredningssteget vid misstanke om cancer, omfattar flaskhalsen troligtvis **majoriteten av de 24 500 patienter** som startade SVF 2023^{1,2}
- Att få tid för mammografi/ultraljud beskrivs som en **stor flaskhals** med stundtals långa väntetider, även om den beskrivs ha blivit mindre över tid
- Undersökningen kan behöva upprepas flera gånger i vårdkedjan, vilket belastar flaskhalsen ytterligare



Flaskhalsen beskrivs uppstå på grund av brist på mammografiläkare

- Flaskhalsen beskrivs uppstå genom **brist på radiologer med inriktning på bröstdiagnostik** i hela landet, och det beskrivs att bemanningen är ojämnt fördelad mellan vårdenheter
- Det kan även finnas brist på övrig bildtagande personal



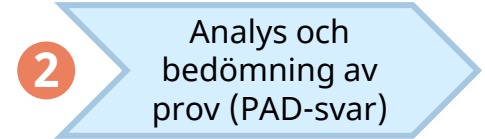
Kapacitetsbristen är en nationell utmaning

- Regioners förmåga att erbjuda mammografi/ultraljud skiljer sig åt, där andelen patienter som får ett besök inom ledtiden varierar **mellan 2% och 58% (rikssnitt 21%)**^{1,3,4}

¹Helår 2023; ²Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)*; ³Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC), *Interaktiv årsrapport från Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer, INCA*;

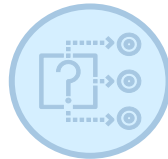
⁴Välgrundad misstanke om cancer till första besök i specialiserad vård, andel inom 9 dagar

Bröstcancer: fördjupning analys och bedömning av prov (PAD-svar)



Den patologiska analysen stoppar upp flödet för många patienter

- Analys och bedömning av celler och vävnadsprov beskrivs som en av de största flaskhalsarna, och omfattar troligtvis **många patienter**
- Flaskhalsen stoppar upp flödet eftersom man kan behöva invänta PAD-svar för att gå vidare med utökad bilddiagnostik
- Väntetiderna kan påverkas av att vissa analyser tar längre tid än andra att utföra
- Även patienter som opereras för bröstcancer påverkas av flaskhalsen, eftersom operationspreparatet analyseras av patolog^{1,3}



Flaskhalsen uppstår på grund av ökade krav på analysen i kombination med kompetensbrist

- Utvecklingen mot mer avancerad diagnostik gör att fler analyser behöver utföras, vilket kräver mer tid
- Gällande bemanning nämns främst **brist på patologisk kompetens**, men även svårigheter med att rekrytera **biomedicinska analytiker**
- Allt oftare efterfrågas specifika analyser där provet behöver skickas till andra enheter, vilket påverkar ledtiden
- I vissa fall kan alltför gammalmodig utrustning vara en bidragande orsak



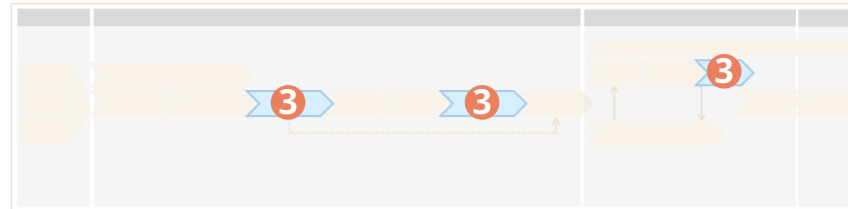
Regionerna har svårt att uppfylla ledtiden för PAD-svar efter operation

- De långa väntetiderna till PAD-svar beskrivs som ett nationellt problem, där det egentligen inte finns någon region med tillräcklig kapacitet
- Det finns ingen tillgänglig data för väntetiden mellan provtagning och PAD-svar i utredningsskedet, men för PAD-svar efter operation varierar ledtidsuppfyllelsen på regionnivå **mellan 0% och 47% (rikssnitt 17%)^{1,2}**

Bröstcancer: fördjupning multidisciplinär konferens (MDK)

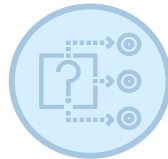
3

Multidisciplinär konferens (MDK)



Lång väntetid till MDK kan försena start av behandling

- MDK ska erbjudas **alla patienter med bröstcancer**, både före första behandlingen och efter operation
- Eftersom det är i detta steg olika behandlingsalternativ diskuteras, kan en försenad MDK fördröja start av behandling på flera ställen i vårdkedjan



En försenad MDK kan vara ett resultat av andra flaskhalsar

- En orsak till att MDK blir fördröjd kan vara att man behöver invänta PAD-svar och bedömning av bilddiagnostiska undersökningar. Därför är troligtvis inte MDK en flaskhals i sig, utan snarare ett **resultat av andra flaskhalsar**
- Det kan dock inte uteslutas att brist på onkologer kan försena MDK i vissa delar av landet

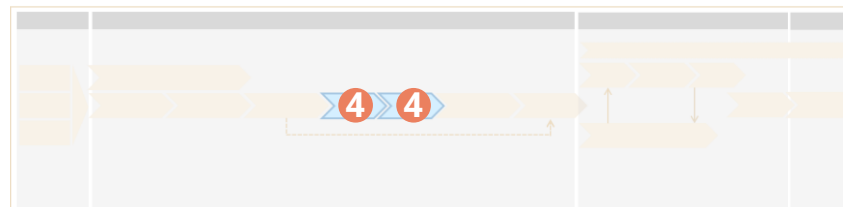


Sannolikt regionala skillnader för väntetider till MDK

- **Vissa regioner beskriver MDK som en flaskhals**, medan andra inte upplever att det är långa väntetider
- I regionernas egna SVF-rapporteringar för 2023 lyfter fem regioner problem med väntetider till MDK för cancer generellt¹

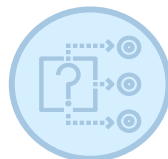
¹Regionala cancercentrum (RCC), Redovisning av införande av standardiserade vårdförlopp (SVF)

Bröstcancer: fördjupning utökad bilddiagnostik



Flaskhalsen riskerar att fördröja behandlingsstart för vissa patienter

- Vid oklara fynd eller högriskcancer kan man behöva genomföra andra bilddiagnostiska undersökningar än mammografi eller ultraljud, exempelvis MR eller DT
- **Tid för MR-undersökning** beskrivs vara det största problemet
- Att behöva vänta länge på bilddiagnostik skulle kunna fördröja behandlingsstart i vissa fall



Flaskhalsen orsakas troligtvis genom brist på radiologisk kompetens

- Det finns troligtvis en nationell **brist på radiologisk kompetens**, vilket gör att bedömning av bilder kan ta lång tid
- Samtidigt kan bilddiagnostiska undersökningar, särskilt MR, vara svåra att kapacitetsplanera eftersom flödena kan ha stor variation



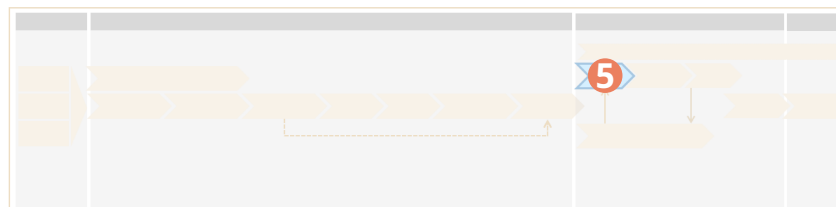
Kapacitetsbristen är en nationell utmaning

- Kapacitetsbristen beskrivs som **ett nationellt problem**, men vissa regioner beskriver mer svårigheter än andra
- Lokala rutiner kring bilddiagnostiska undersökningar varierar, vilket kan vara en anledning till att flaskhalsens storlek upplevs varierar i omfattning mellan regioner

Bröstcancer: fördjupning operation

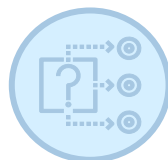
5

Operation



Flaskhalsen omfattar en stor del av bröstcancerpatienterna

- Eftersom operation är den vanligaste första behandlingen vid bröstcancer kommer detta steg i den behandlande delen av vårdkedjan **omfatta flest patienter**
- Beskrivs som en mycket stor flaskhals där i princip alla kliniker har problem med långa väntetider
- Väntetiderna beskrivs dock som acceptabla ur ett medicinskt perspektiv, men att vänta länge på sin cancerbehandling kan vara mentalt påfrestande och påverka patienter negativt



Bemanningsbrist beskrivs som orsaken till de långa väntetiderna

- Flaskhalsen kan bero på bemanningsbrist – framförallt **operationssjuksköterskor, narkossjuksköterskor och narkosläkare**
- Även tillgång till bröstkirurger skulle kunna påverka i viss mån
- Det skulle även kunna finnas brist på operationssalar på vissa håll i landet



Troligtvis finns kapacitetsbrist i de flesta regionerna

- Beskrivs som ett nationellt problem, men att kapaciteten kan variera mellan olika regioner
- Regionernas medianväntetider till operation år 2023 sträcker sig **mellan 6 och 28 dagar** (rikssnitt 21 dagar), medan **genomsnittet är mycket högre** (22 till 52 dagar). Det kan tyda på att vissa patienter som inte är många i sammanhanget, har väntat mycket längre än de flesta andra^{1,2}

Bröstcancer: fördjupning cytostatika

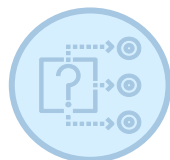
6

Cytostatika



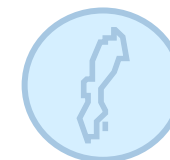
En del patienter får cytostatika och väntetiderna kan bli långa

- En del bröstcancerpatienter blir aktuella för cytostatika, och det beskrivs att väntetiderna till behandlingen **stundvis kan bli långa**
- Behandlingen ges antingen före eller efter operation, vilket betyder att långa väntetider till cytostatika antingen fördröjer operation eller eventuell efterföljande strålbehandling



Flaskhalsen skulle kunna orsakas av bemanningsbrist

- Eventuella långa väntetider till cytostatika skulle kunna bero på **brist på omvårdnadspersonal och/eller onkologer**



Ledtidsuppfyllelsen är generellt låg och varierar mellan regioner

- Andelen patienter som får cytostatikabehandling efter operation inom ledtiden är generellt låg i landet, där rikssnittet ligger på **11%**
- Mellan regionerna varierar andelen **mellan 0% och 38%**, där tre regioner ligger på 0%^{1,2,3}
- Väntetiderna beskrivs som omväxlande långa och korta, och att enheter både skickar patienter och tar emot patienter från andra regioner för cytostatikabehandling

¹Helår 2022; ²Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC), Interaktiv årsrapport från Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer, INCA; ³Operationsdatum är datum för första operation, vilket innebär att tiden från sista operation till start av cytostatikabehandling kan vara kortare än den som redovisas

Bröstcancer: fördjupning strålbehandling

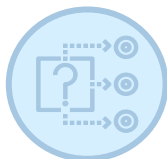
7

Strålbehandling



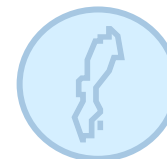
Flaskhalsen omfattar många patienter och långa väntetider kan utgöra en medicinsk risk

- Under 2023 fick **3 431 bröstcancerpatienter** kompletterande strålbehandling efter operation
- Strålbehandling blir bara aktuell i slutet av vårdkedjan, och stoppar därför inte upp flödet lika mycket som de andra flaskhalsarna
- Väntetider som överskrider ledtiden (42 dagar) innebär dock en liten medicinsk riskökning



Långa väntetider skulle kunna bero på bemanningsbrist

- Strålbehandling beskrivs ha god kapacitet i grunden, men är sårbar för bemanningsbrist eller tekniska driftsstopp
- Långa väntetider skulle kunna bero på **brist på bemanning**, i kombination med ett **varierande patientflöde** som det är svårt att planera för
- Behandlingstiden har blivit betydligt kortare i takt med att tekniken har utvecklats, vilket troligtvis har frigjort kapacitet



Stor regional spridning för väntetider

- Det är stora skillnader i hur väl regionerna lyckas erbjuda strålbehandling inom ledtiden
- Under 2023 varierade andelen från **0% till 66% mellan regionerna (rikssnitt 18%)**^{1,2,3}
- Det beskrivs att patientflödena inom strålbehandling kan variera ganska mycket, och att det därför finns ett väl utbyggt samarbete kliniker emellan att förmedla patienter sinsemellan vid alltför långa väntetider

¹Helår 2023; ²Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC), *datauttag*; ³Exklusive patienter som erhöll postoperativ cytostatikabehandling

Prostatacancer

Analysbilder

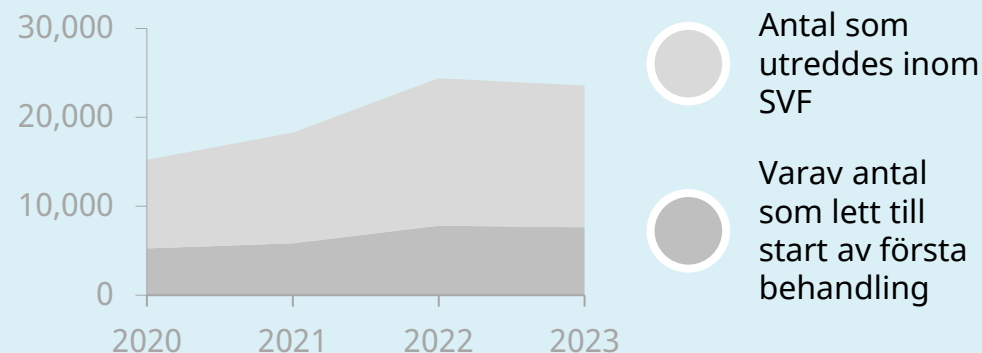
Prostatacancer: bakgrundsinformation

- Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen hos män i Sverige
- I Sverige **diagnostiserades ungefär 11 200 personer med prostatacancer under år 2023¹**

- Det finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer
- SVF är ett nationellt arbetssätt som bland annat ska minska onödig väntan för patienter
- Ungefär **23 600 patienter** utreddes för misstanke om prostatacancer inom SVF år 2023²

- De senaste åren har **tillgängligheten försämrats** för start av första behandling av prostatacancer
- Målet är att 80% av de patienter med cancer som utretts inom SVF ska starta första behandling inom den angivna tiden
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna

Antal utredda inom SVF, utveckling över tid²



Andel inom ledtid 2023, per första behandlingsform² Utveckling sedan 2020 (procentenheter)

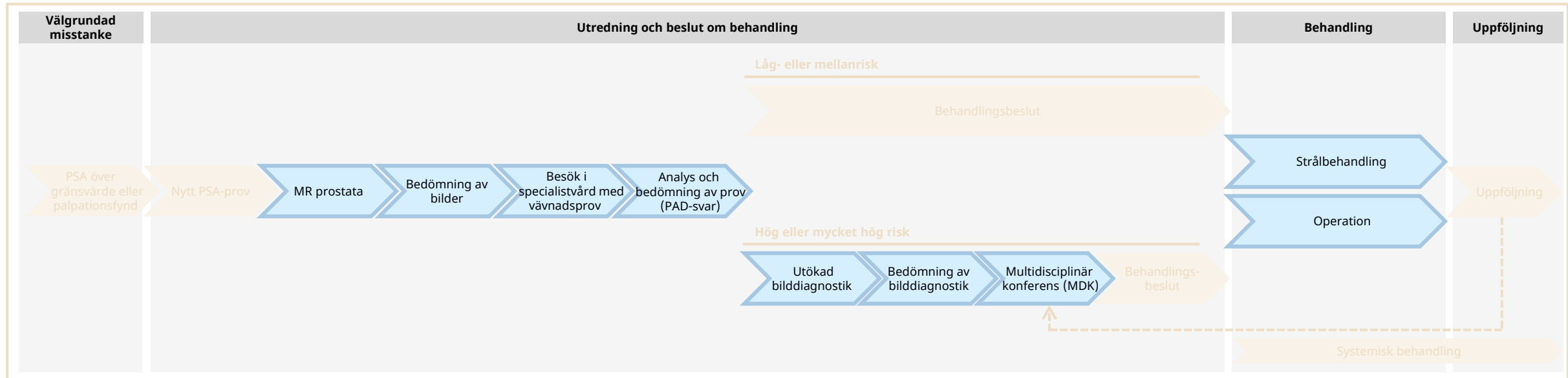
Läkemedel		43 %		-15
Kirurgi		12 %		-11
Strålning		6 %		-7
Exspektans		39 %		-18
Annan		13 %		-8

¹Nationella prostatacancerregistret (NPCR), *Nationell kvalitetsrapport för 2023*; ²Regionala cancercentrum (RCC), *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) och Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)*

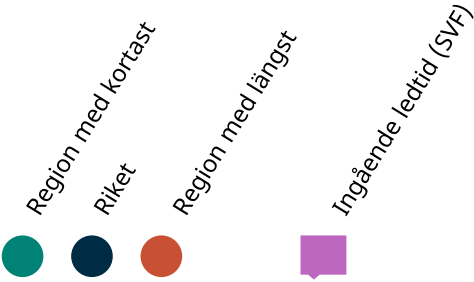
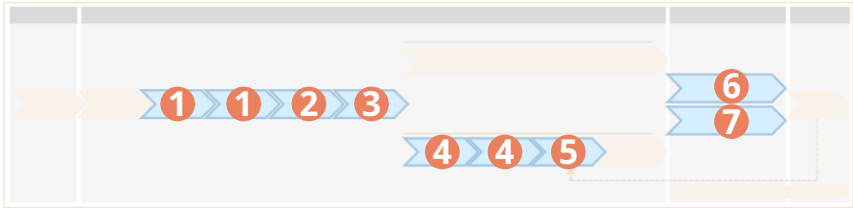
Prostatacancer: visualisering av vårdkedja



Prostatacancer: identifierade tänkbara flaskhalsar



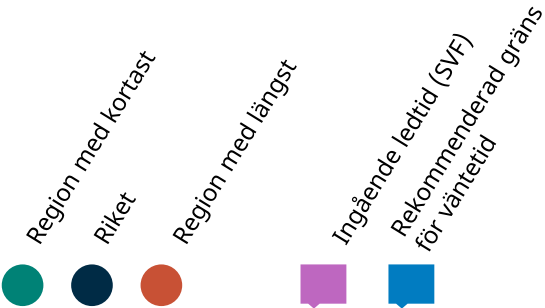
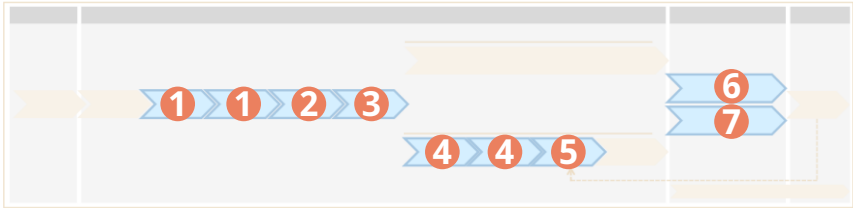
Prostatacancer: översikt flaskhalsar (1/2)



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar) ¹
1	MR prostata	De flesta patienter som utreds för prostatacancer genomgår MR prostata i ett tidigt skede	Ingen data	11 23 51 Not: 5
2	Besök i specialistvård med vävnadsprov	Vid besök i specialistvård träffar patienten urolog och tar vävnadsprov	10,518 Not: 1,2,3	Ingen data
3	PAD-svar	Vävnadsprov tas vid första besök på urologienhet och skickas sedan för patologisk analys	10,002 Not: 1,4	11 14 20 29
4	Utökad bild-diagnostik	I vissa fall kan utökad bilddiagnostik bli aktuell, och bilderna bedöms av radiolog	Ingen data	Ingen data

¹Helår 2023; ²Nationella prostatacancerregistret (NPCR), RATTEN – interaktiv onlinerapport från NPCR; ³Antal män som genomgått mellannålsbiopsi; ⁴Nationella prostatacancerregistret (NPCR), datauttag; ⁵Väntetiden är mätt från ankomst av remiss till datum för MR och inkluderar även de patienter som genomgår utökad utredning med nytt PSA-test, vilket troligtvis påverkar den totala väntetiden

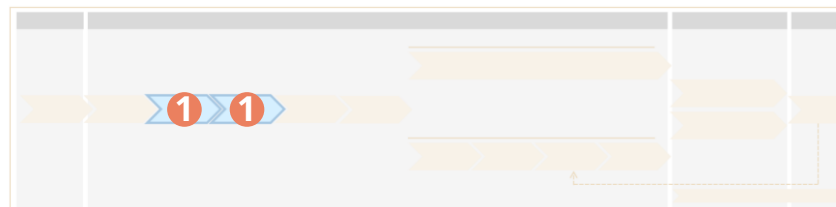
Prostatacancer: översikt flaskhalsar (2/2)



Flaskhals	Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar) ¹
5	MDK	Multidisciplinär konferens (MDK) Olika hälsoprofessioner diskuterar utredningsresultat och alternativ för behandling hos patienter med högriskcancer	1,652 Not: 1,2	Ingen data
6	Strålbehandling	Strålbehandling som primärbehandling Strålbehandling kan väljas som primär behandlingsstrategi och kombineras då ofta med hormonbehandling	4,047 Not: 1,2	Utan hormonbehandling innan strålning Med hormonbehandling innan strålning
7	Operation	Operation För en del patienter blir operation aktuellt	3 422 Not: 1,2	

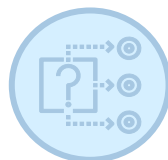
¹Helår 2023; ²Nationella prostatacancerregistret (NPCR), RATTEN – interaktiv onlineraffort från NPCR; ³Antal män som genomgått mellannålsbiopsi; ⁴Nationella prostatacancerregistret (NPCR), datauttag; ⁵Väntetiden är mätt från ankomst av remiss till datum för MR och inkluderar även de patienter som genomgår utökad utredning med nytt PSA-test, vilket troligtvis påverkar den totala väntetiden

Prostatacancer: fördjupning MR prostata



Sannolikt påverkar flaskhalsen en stor del av prostatacancerpatienterna

- Eftersom MR prostata ofta görs i ett tidigt utredningsskede kommer långa väntetider stoppa upp flödet för **en stor del** av de med misstänkt prostatacancer
- Det kan ibland vara lång väntetid till själva undersökningstillfället, men det största problemet uppges vara bedömning av bilderna
- Eftersom MR prostata även används för att monitorera vissa patientgrupper, kan detta belasta flaskhalsen ytterligare



Flaskhalsen orsakas troligtvis genom brist på radiologisk kompetens

- Den primära orsaken till de långa ledtiderna är troligtvis en **brist på radiologisk kompetens** i hela Sverige, även om brist på nödvändig radiologisk utrustning kan vara en orsak i vissa regioner
- MR prostata görs numera ofta redan innan patientens första besök på urologklinik. Det har medfört att andelen patienter som genomgår MR i ett tidigare skede har ökat markant senaste åren (från 15% till 87% mellan 2018 och 2023¹), vilket har lett till en större patientvolym



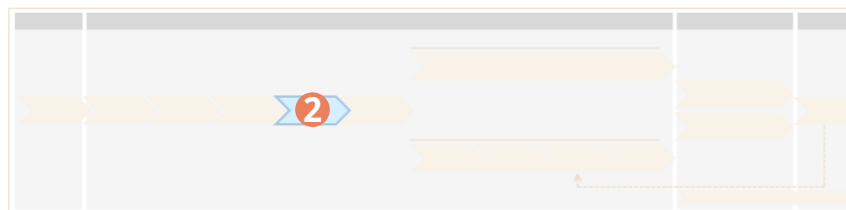
Regional spridning av väntetider till MR-undersökning

- Det uppges finnas **stora skillnader i väntetid** till MR mellan olika regioner, där vissa upplever att de har stora svårigheter att genomföra MR prostata i rimlig tid, medan andra inte uttrycker samma problem

¹Nationella prostatacancerregistret (NPCR), RATTEN – interaktiv onlineraport från NPCR

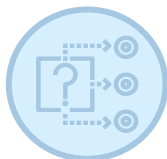
Prostatacancer: besök i specialistvård med vävnadsprov

2 Besök i specialistvård med vävnadsprov



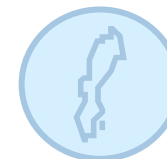
Flaskhalsen påverkar troligtvis många patienter, även fast antalet har minskat

- Eftersom vävnadsprov är en central del i cancerutredningen kommer långa väntetider troligtvis **påverka många patienter**
- Flaskhalsen kommer sannolikt påverka även väntetiderna för uppföljning, eftersom en stor del prostatacancerpatienter inte får aktiv behandling direkt utan följs kontinuerligt hos urolog



Långa väntetider beror troligtvis på bemanningsbrist

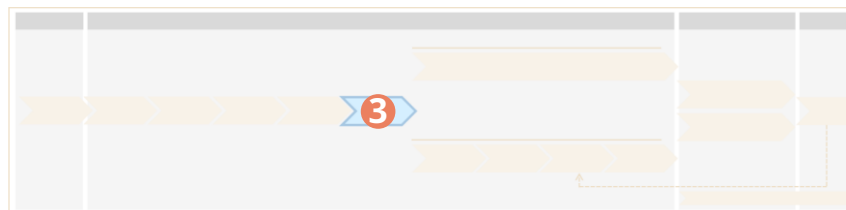
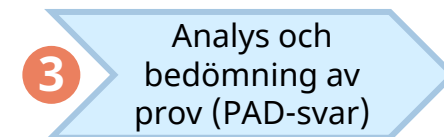
- Orsaken är troligtvis **en begränsad tillgång på urologisk kompetens** i landet



Väntetiderna varierar över tid och mellan vårdgivare

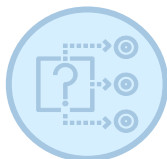
- Bilden är att väntetiderna **varierar över tid**, där det i perioder kan finnas ledig kapacitet framför allt hos privata vårdgivare

Prostatacancer: fördjupning analys och bedömning av prov (PAD-svar)



Flaskhalsen bidrar sannolikt till att stoppa upp flödet för en stor del cancerpatienter

- Eftersom patologisk undersökning är ett avgörande steg i utredningsfasen, påverkar längre väntetider vårdförloppet för **i princip alla patienter** där cancer misstänks eller inte kan uteslutas
- Patologisk analys och utökad bilddiagnostik kan i vissa fall löpa parallellt, men för att i nästa steg kunna ta beslut om rätt behandling behövs ett PAD-svar



Långa ledtider beror troligtvis på bemanningsbrist

- Orsaken till flaskhalsen är sannolikt **brist på patologisk kompetens** i hela Sverige
- En bidragande orsak skulle kunna vara **brist på biomedicinska analytiker**



Det finns regionala skillnader i hur lång väntetiden är

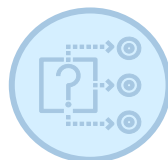
- Det skiljer sig mellan regioner i hur lång tid man behöver vänta på PAD-svar
- Andel patienter som fick PAD-svar inom rekommenderad väntetid varierar på regional nivå **mellan 2%-32% (rikssnitt 11%)^{1,2}**

Prostatacancer: fördjupning utökad bilddiagnostik



Långa väntetider stoppar upp flödet för patienter med högriskcancer

- Vid utredning av patienter med konstaterad eller misstänkt högriskcancer behövs en utökad bilddiagnostisk utredning, till exempel med DT, skintigrafi eller PSMA-PET/DT
- Detta beskrivs vara **en stor flaskhals**, framför allt väntetiden till bedömning av bilder



Flaskhalsen uppstår troligtvis genom brist på radiologisk kompetens

- Det råder troligtvis en nationell **brist på radiologisk kompetens**, vilket kan orsaka flaskhalsen



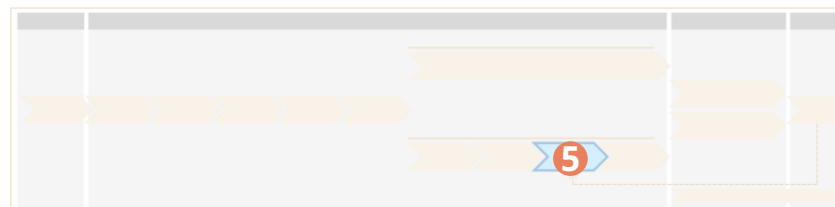
Regional spridning av väntetider till utökad bilddiagnostik

- Väntetiderna till utökad bilddiagnostik vid utredning av prostatacancer beskrivs som **skiftande beroende på geografisk lokalisation**
- I vissa regioner är väntetiderna långa, medan i andra är de korta

Prostatacancer: fördjupning multidisciplinär konferens (MDK)

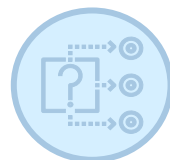
5

Multidisciplinär konferens (MDK)



Väntetider till MDK kan påverka förloppet för patienter med allvarlig cancer eller recidiv

- Vid MDK diskuteras framför allt patienter med högrisk- eller spridd cancer, men även andra fall kan tas upp
- Under 2023 diskuterades **cirka 1 700 nya fall** på en MDK, och långa väntetider kommer sannolikt fördröja start av primärbehandling för dessa patienter¹
- MDK genomförs även vid terapisvikt eller recidiv, för planering av ny behandlingsstrategi



Långa väntetider till MDK kan bero på brist på onkologisk kompetens

- Det är troligtvis **brist på onkologisk kompetens** på många ställen i landet, vilket gör det svårt att schemalägga MDK:er med tillräckligt täta intervall
- Det kan finnas utmaningar i samverkan mellan privata och offentliga aktörer för att genomföra gemensamma MDK:er, vilket kan vara en bidragande orsak till att väntetiderna blir långa

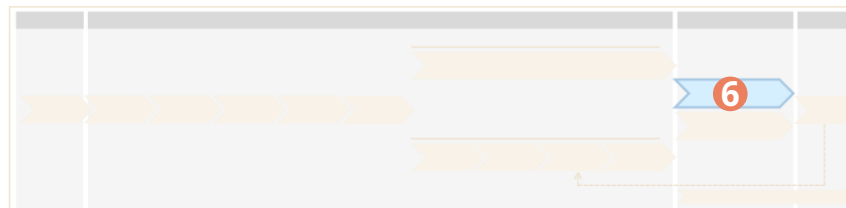


Regional spridning av tillgång till onkologisk kompetens

- Tillgången till onkologisk kompetens beskrivs vara **ojämnt fördelad** över landet
- Bristen på onkologisk kompetens beskrivs bli större på kliniker långt bort från de större sjukhusen

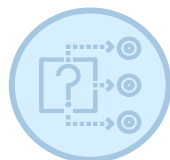
¹Nationella prostatacancerregistret (NPCR), RATTEN – interaktiv onlineraport från NPCR

Prostatacancer: fördjupning strålbehandling



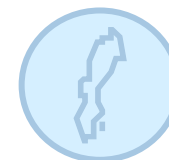
Beskrivs inte som en tydlig flaskhals, men väntetidsdata visar låg ledtidsuppfyllelse nationellt

- Under 2023 blev **4 047 patienter** med prostatacancer aktuella för strålbehandling efter den initiala utredningen, och ibland ges kompletterande strålbehandling efter operation. Långa väntetider kommer därför påverka många prostatacancerpatienter
- Strålbehandling upplevs inte vara en lika tydlig flaskhals jämfört med andra steg i vårdkedjan. Däremot får endast **8%** av patienterna i landet primär strålbehandling inom ledtiden^{1,2,3}



Kapaciteten beskrivs ha ökat, samtidigt som antalet patienter ökat

- I takt med att tekniken utvecklats har **antalet stråltillfällen per patient minskat**, samtidigt som det **totala antalet patienter som får strålbehandling har ökat**
- Strålbehandling kan inte erbjudas på alla orter, och utmaningar kopplat till logistik vid förflyttning av patienter över regiongränser skulle kunna förlänga väntetiden



Stora regionala skillnader i ledtidsuppfyllelse

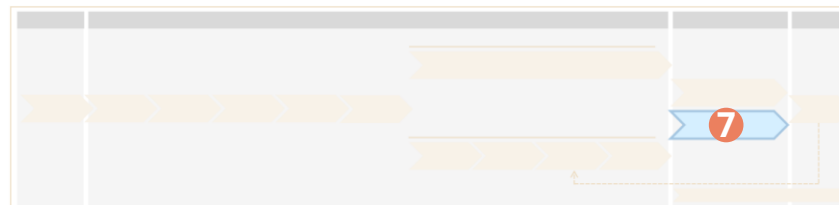
- I flera regioner är andelen patienter som får primär strålbehandling inom ledtiden **0%**^{1,2,3}
- I resten av regionerna varierar andelen **mellan 2% och 57%**^{1,2}

¹Helår 2023; ²Nationella prostatacancerregistret (NPCR), datauttag; ³Ej inberäknat de som får neoadjuvant hormonbehandling; ⁴Nationella prostatacancerregistret (NPCR), RATTEN – interaktiv onlinerapport från NPCR

Prostatacancer: fördjupning operation

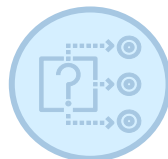
7

Operation



Ansträngd kapacitet inom operation kan få konsekvenser för både patienter med cancer och med andra sjukdomar

- Under 2023 opererades **3 422 patienter** för prostatacancer
- Bilden är att väntetiderna till operation kan variera väldigt mycket
- Operation beskrivs dock inte som en stor flaskhals för just cancerpatienter eftersom canceroperationer prioriteras framför benigna operationer när kapaciteten är ansträngd



Flaskhalsen skulle kunna uppstå genom brist på specialkompetens och/eller -utrustning

- Utveckling av operationstekniken har lett till att prostatacanceroperationer kan kräva **specialkompetens och/eller -utrustning**, där brist på sådan kan göra att väntetiderna förlängs



Regional spridning av väntetider till operation

- Det finns stor regional variation i hur stor andel av patienterna som genomgår operation inom ledtiden, där andelen varierar **mellan 1% och 46% (rikssnitt 10%)^{1,2}**

¹Helår 2023; ²Nationella prostatacancerregistret (NPCR), RATTEN – interaktiv onlineraport från NPCR

Knäledsartros

Analysbilder

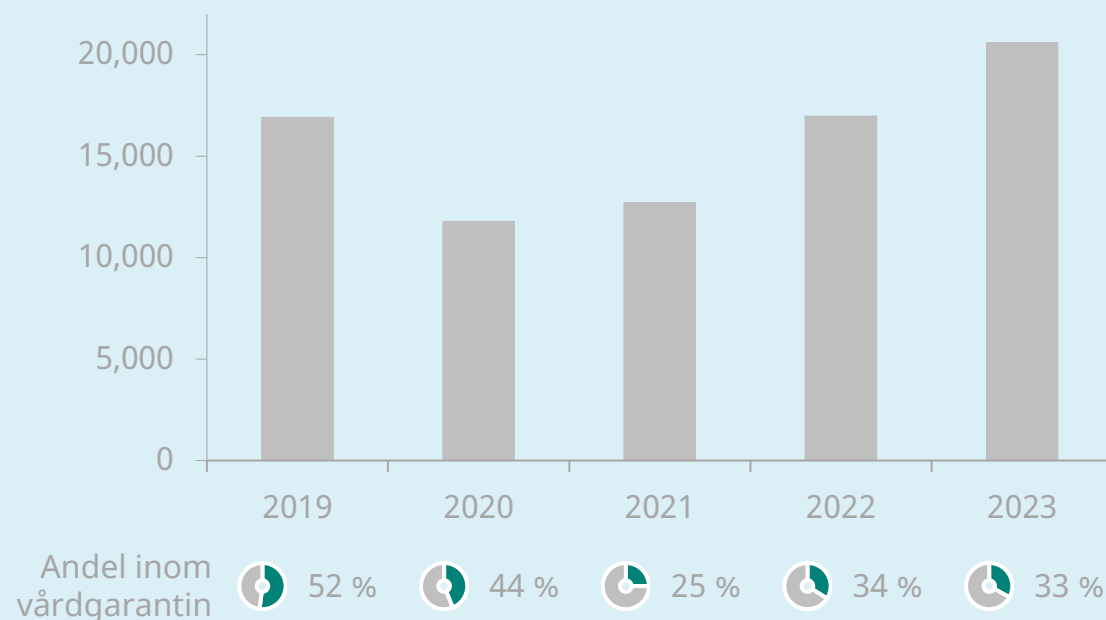
Knäledsartros och knäprotesoperation: bakgrundsinformation

- Globalt uppskattas att nästan en fjärdedel av personer över 40 år har knäledsartros¹
- I Sverige har 1,6% av befolkningen minst en knäprotes²
- År 2023 utfördes ungefär **20 600 knäprotesoperationer** i Sverige, där knäledsartros var den bakomliggande orsaken i 98% av fallen²

- Patienter med knäledsartros som ska genomgå en knäprotesoperation omfattas av **vårdgarantin**
- Enligt den nationella vårdgarantin ska patienten få ett **besök på specialistmottagning** inom 90 dagar, och **tid för behandling** inom ytterligare 90 dagar

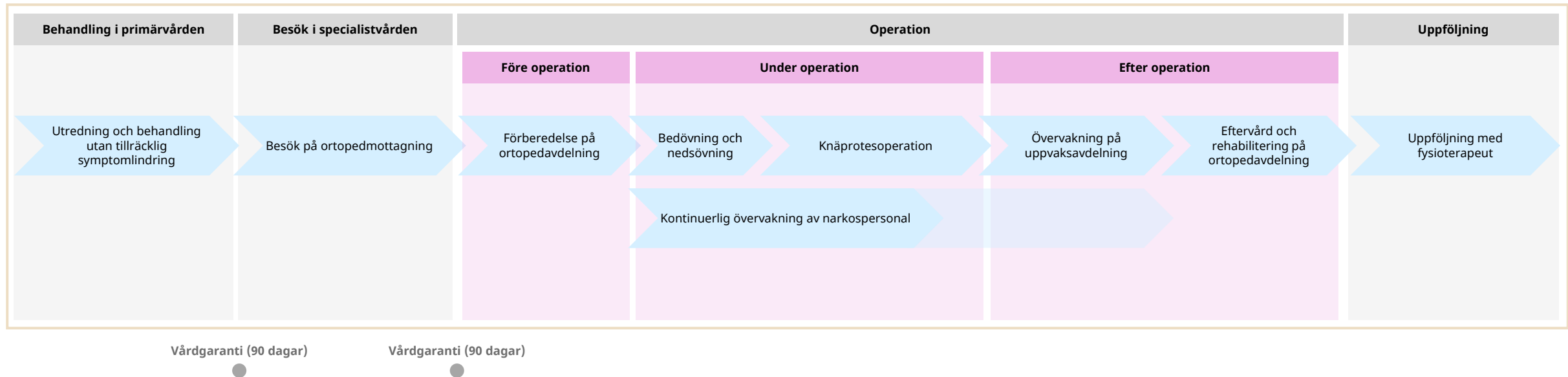
- De senaste åren har **tillgängligheten förbättrats** för patienter i behov av knäprotesoperation
- Vårdgarantiuppfyllelsen ligger dock fortfarande runt **33%** på riksövergripande nivå³
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna

Antal knäprotesoperationer och andel inom vårdgarantin (utveckling över tid)^{2,3,4,5}

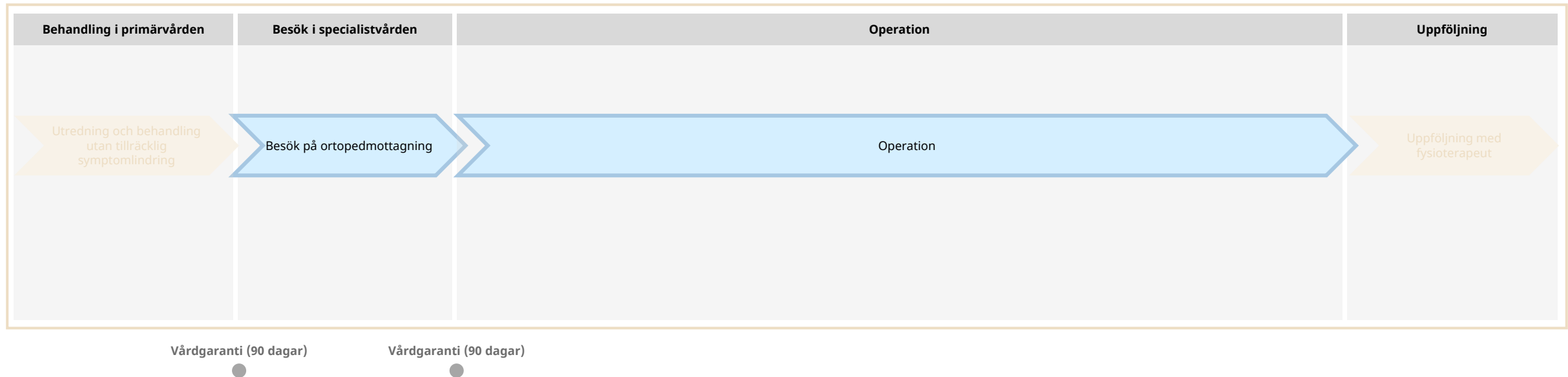


¹Lunds Universitet, *Så vanligt är det med knäartros i världen*; ²Svenska ledprotesregistret, *Årsrapport 2024, 2023, 2022 och 2021*; ³Svenska knäprotesregistret, *Årsrapport 2020*; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ⁵Sveriges Kommuner och Regioner, *Vården i Siffror*

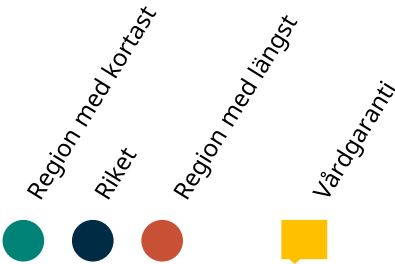
Knäledsartros och knäprotesoperation: visualisering av vårdkedja



Knäledsartros och knäprotesoperation: identifierade tänkbara flaskhalsar



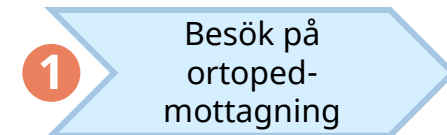
Knäledsartros och knäprotesoperation: översikt flaskhalsar



Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar)
1 Besök på ortopedmottagning	Besök på ortopedmottagning motsvarar första besök i specialiserad vård, och ska erbjudas patienter inom 90 dagar enligt vårdgarantin	79 040 Not: 1,2	Genomförda besök (ej specifikt artros), snitt av månadsmedianerna för 2023^{4,5,6,7} 17 36 123 90
2 Knäprotesoperation	Om patienten är aktuell för knäprotesoperation ska tid för operationen erbjudas inom 90 dagar enligt vårdgarantin	20 622 Not: 1,3	Genomförda operationer, snitt av månadsmedianerna för 2023^{4,5,6} 60 130 294 90

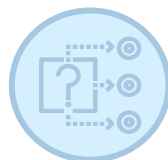
¹Helår 2023; ²Socialstyrelsens statistikdatabas – Antal specialiserade öppenvårdsbesök för patienter med diagnostiserad knäledsartros; ³Svenska ledprotesregistret, Årsrapport 2024; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård; ⁵Genomförd - Första kontakt - Ortopedi; ⁶Eftersom medianvärdet som visas här är ett snitt av månadsmedianerna (viktat mot antal) kan det skilja sig från det faktiska medianvärdet; ⁷Inkluderar alla patienter, inte bara de med knäledsartros

Knäledsartros och knäprotesoperation: fördjupning besök på ortopedmottagning



Majoriteten av patienterna får sitt besök inom vårdgarantin

- Cirka **79%** av alla första besök inom ortopedisk vård 2023 genomfördes inom 90 dagar^{1,2,3,4}
- Generellt upplevs inte det första besöket vara ett lika stort problem som nästföljande steg, även om vissa regioner kan ha lokala utmaningar med väntetiderna
- Att få vänta länge på ett mottagningsbesök fördröjer väntetiden till knäprotesoperation, vilket kan ha negativ inverkan på patientens livskvalitet



En anledning till att vårdgarantin inte alltid uppfylls kan vara personalbrist

- Vid **brist på ortopedier eller andra personalkategorier** kan mottagningsverksamhet behöva prioriteras ner till förmån för operationer, vilket kan påverka väntetiderna
- Lokala skillnader i rutiner inför operationen skulle kunna bidra till längre väntetider
- Det finns även en bild av att många patienter väntar på tid till specialistvården i onödan, eftersom de egentligen hade kunnat tas omhand på primärvårdsnivå



Andel patienter som får sitt besök inom vårdgarantin skiljer sig mellan regioner

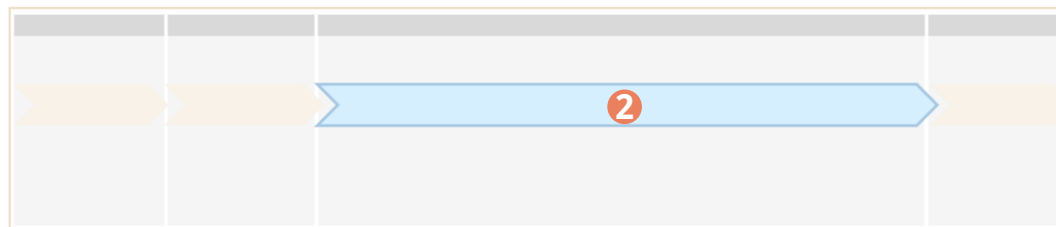
- Andelen patienter som får besök på ortopedmottagning varierar mellan regioner
- Under 2023 varierade regionernas vårdgarantiuppfyllelse **mellan 36% och 97%**^{1,2,3,4}

¹Helår 2023; ²Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ³Genomförd - Första kontakt - Ortopedi; ⁴Inkluderar alla patienter, inte bara de med knäledsartros

Knäledsartros och knäprotesoperation: fördjupning knäprotesoperation

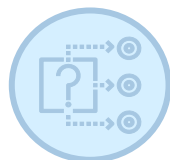
2

Knäprotes-
operation



Två tredjedelar av patienterna väntar längre än vårdgarantin tillåter

- Under 2023 fick ungefär **en tredjedel** av patienterna knäprotesoperation inom vårdgarantin^{1,2}
- Det betyder att två tredjedelar av patienterna väntade längre än vårdgarantin tillåter
- Att behöva vänta länge på knäprotesoperation innebär inte en förhöjd medicinsk risk – däremot kan det orsaka stort lidande för patienten med smärta och funktionsnedsättning



Långa ledtider beror troligtvis på bemanningsbrist, i kombination med större efterfrågan

- Troligtvis har en generell **brist på operationspersonal** lett till långa väntetider
- Brist på operationssalar och vårdavdelningsplatser kan även bidra
- Sannolikt har en åldrande befolkning lett till att antalet patienter i behov av knäprotesoperation blivit större och i takt med att anestesitekniken utvecklats kan allt fler äldre personer erbjudas operation
- Långa väntetider kan även bero på att patienter med mer akuta eller farliga åkommor prioriteras



Det är stora skillnader i hur väl regioner och vårdgivare lyckas uppfylla vårdgarantin

- Under 2023 varierade andelen patienter som fick knäprotesoperation inom vårdgarantin regionalt **mellan 4% och 69%**^{1,2}
- I flera regioner finns även patienter som väntat i mer än ett år på knäprotesoperation¹

¹Helår 2023; ²Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*

Katarakt

Analysbilder

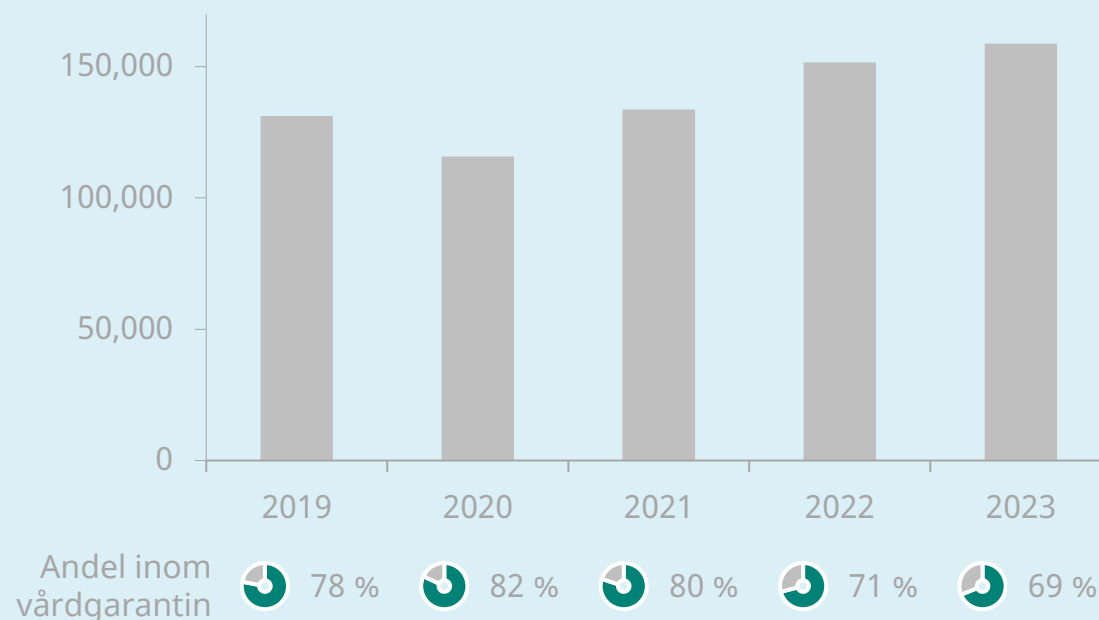
Katarakt: bakgrundsinformation

- 70% av personer över 75 års ålder har katarakt¹
- Under 2023 genomfördes cirka **160 000 kataraktoperationer**, vilket gör den till den vanligaste operationen i Sverige^{2,3}
- Ungefär hälften av Sveriges befolkning kommer behöva opereras för katarakt under sitt liv¹

- Patienter med katarakt som ska genomgå en kataraktoperation omfattas av **vårdgarantin**
- Enligt den nationella vårdgarantin ska patienten få ett **besök på specialistmottagning** inom 90 dagar, och **tid för behandling** inom ytterligare 90 dagar

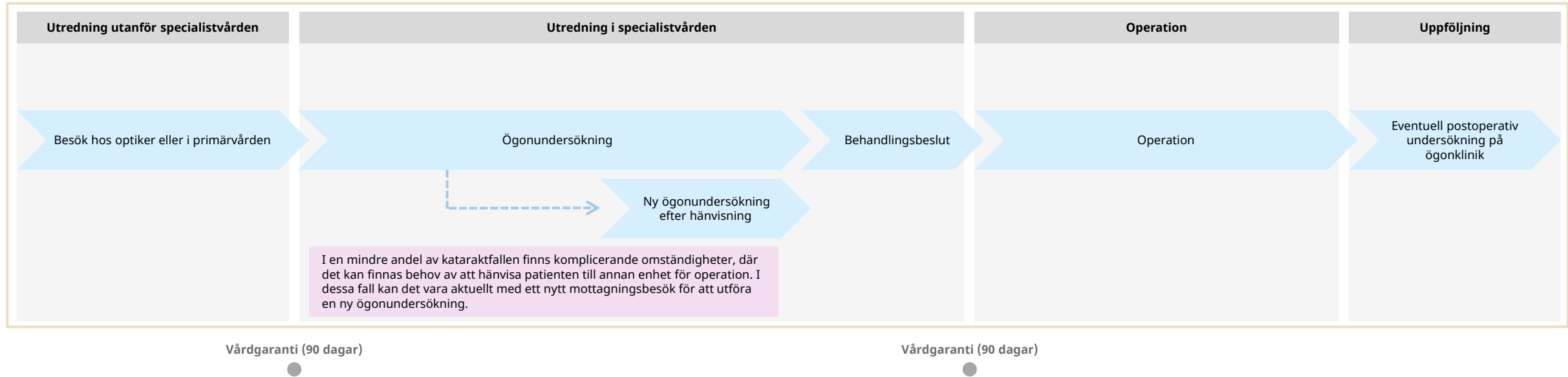
- De senaste åren har **tillgängligheten försämrats** för patienter i behov av kataraktoperation
- I takt med att antalet operationer ökat har andelen som får vård inom vårdgarantin minskat
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna

Antal kataraktoperationer och andel inom vårdgarantin (utveckling över tid)^{2,3,4,5}

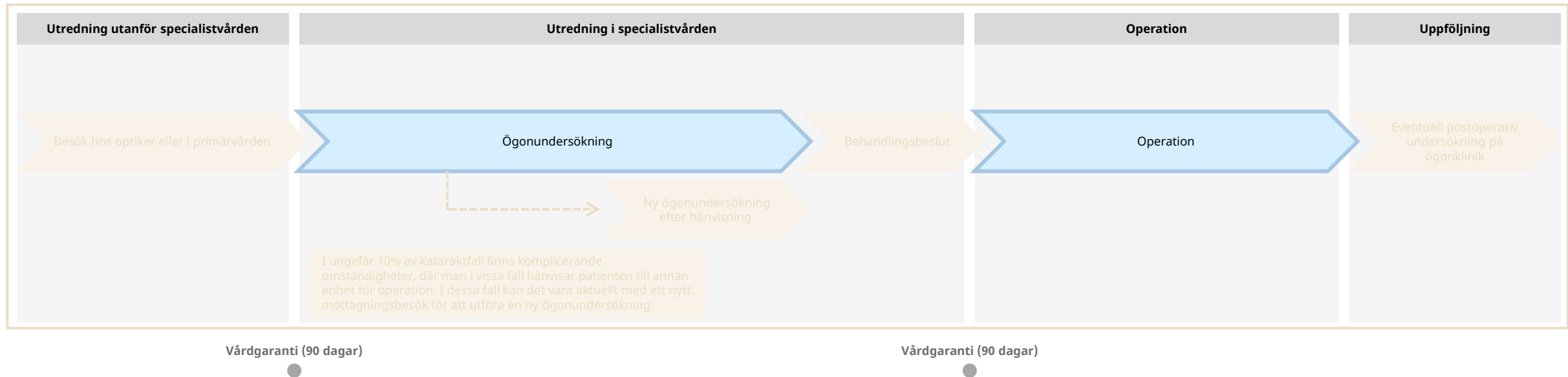


¹Internetmedicin, *Katarakt (grå starr)*; ²Nationella kataraktregistret, *Aktuell statistik*; ³En operation motsvarar ett öga; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ⁵Sveriges Kommuner och Regioner, *Vården i siffror*

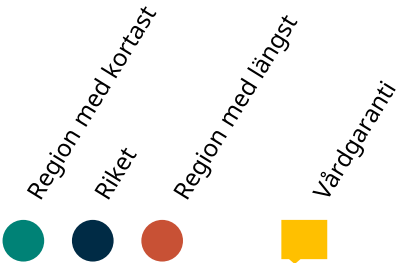
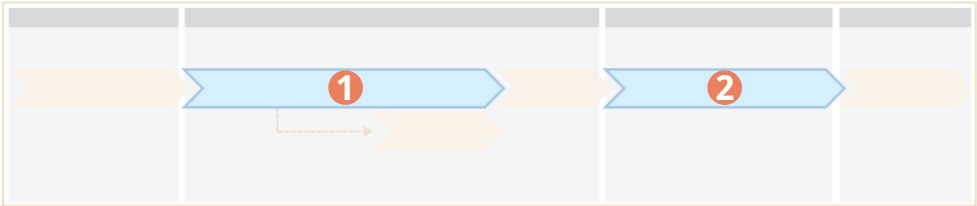
Katarakt: visualisering av vårdkedja



Katarakt: identifierade tänkbara flaskhalsar



Katarakt: översikt flaskhalsar



Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar)
1 Ögonundersökning	Ögonundersökning motsvarar första besök i specialiserad vård, och ska erbjudas patienter inom 90 dagar enligt vårdgarantin	Ingen data	<i>Genomförda besök (ej specifikt katarakt), snitt av månadsmedianerna för 2023^{4,5,6,7}</i> 18 34 95 90
2 Operation	Kataraktoperationen ska erbjudas inom 90 dagar enligt vårdgarantin	158 782 Not: 1,2,3	<i>Genomförda operationer, snitt av månadsmedianerna för 2023^{4,6}</i> 21 52 142 90

¹Helår 2023; ²Nationella kataraktregistret, *Aktuell statistik*; ³En operation motsvarar ett öga; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ⁵Genomförd - Första kontakt - Ögonsjukvård; ⁶Inkluderar alla patienter, inte bara de med katarakt; ⁷Eftersom medianvärdet som visas här är ett snitt av månadsmedianerna (viktat mot antal) kan det skilja sig från det faktiska medianvärdet

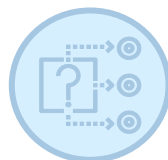
Katarakt: fördjupning ögonundersökning

1 Ögonundersökning



Majoriteten av patienterna får ögonundersökning inom vårdgarantin

- Under 2023 låg vårdgarantiuppfyllelsen till första kontakt i specialiserad ögonsjukvård på **77%** nationellt^{1,2,3,4}
- I praktiken är det möjligt att vårdgarantiuppfyllelsen för just kataraktpatienter är lägre när dessa kan få stå tillbaka för andra med mer akuta åkommor



Att patienter ibland får vänta på ögonundersökning kan bero på ojämnr resursfördelning

- Det största problemet idag uppges inte vara väntetiderna på nationell nivå – utan att **resurserna är ojämnt fördelade** över landet, vilket leder till att regioner har olika förutsättningar att erbjuda ögonundersökning inom vårdgarantin
- Inte alltför sällan byggs flaskhalsen på när patienten behöver byta från en privat vårdenhet till den offentliga ögonsjukvården vid mer komplicerade fall – och ögonundersökningen behöver göras om

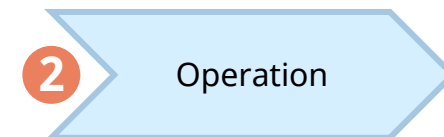


Stor skillnad mellan regioner i vårdgarantiuppfyllelse

- Vårdgarantiuppfyllelsen för första besök i specialiserad ögonsjukvård varierar mellan regioner
- Under 2023 varierade regionernas vårdgarantiuppfyllelse **mellan 46% och 97%**^{1,2,3,4}

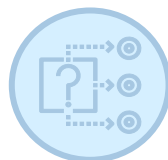
¹Helår 2023; ²Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ³Genomförd - Första kontakt – Ögonsjukvård; ⁴Inkluderar alla patienter, inte bara de med katarakt

Katarakt: fördjupning operation



En tredjedel av patienterna väntar längre på kataraktoperation än vad vårdgarantin tillåter

- Nationellt får **69%** av patienterna kataraktoperation inom vårdgarantin^{1,2}
- Det betyder att ungefär en tredjedel väntar längre på kataraktoperation än vad vårdgarantin tillåter
- Att behöva vänta på kataraktoperation kan ha stor påverkan på patientens funktionsnivå och medför vissa risker – exempelvis fallolyckor och ökad komplikationsfrekvens när kataraktoperationen väl blir av



De långa väntetiderna beror troligtvis på resursbrist i vissa delar av landet

- **Ojämn fördelning av kataraktkirurger och operationssjuksköterskor** i landet är troligtvis en orsak till långa väntetider
- Brist på operationssalar kan också vara en orsak, i kombination med att vissa ögonkliniker behöver prioritera mer akuta åkommor
- Det finns en bild av att patienter idag opereras i ett allt tidigare skede, vilket har lett till att patientvolymen ökat
- Möjligtvis kan skillnader i lokala rutiner i vissa fall bidra till längre väntetider



Det är stora skillnader i hur väl regioner lyckas uppfylla vårdgarantin

- Det är stora skillnader i hur väl regioner lyckas uppfylla vårdgarantin för kataraktoperation
- Under 2023 varierade regionernas vårdgarantiuppfyllelse **mellan 27% och 98%**^{1,2}

Hörselnedsättning

Analysbilder

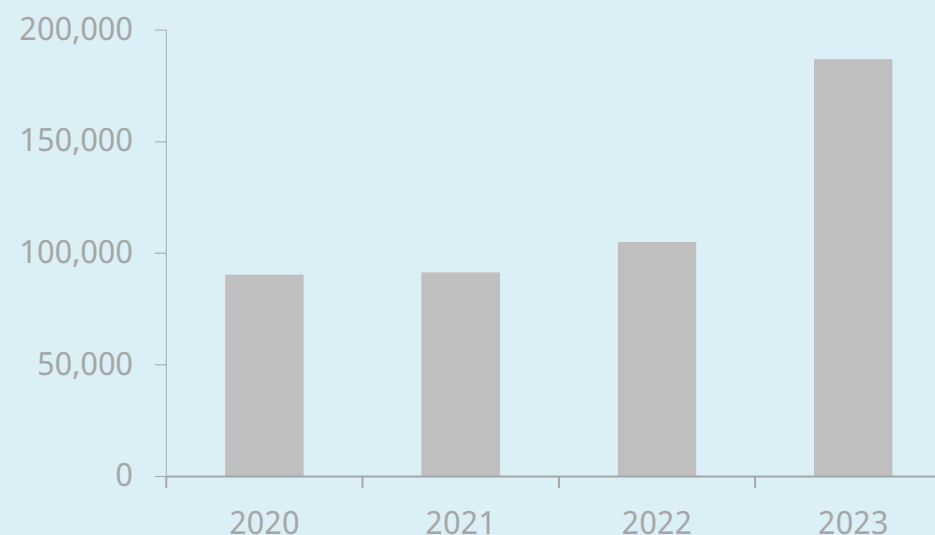
Hörselnedsättning och utprovning av hörapparat: bakgrundsinformation

- Över **1,5 miljoner** personer i Sverige har en hörselnedsättning¹
- Ungefär **50-60%** av de med hörselnedsättning behöver hörapparat, och år 2023 förskrevs **187 000 hörapparater**^{2,3}
- Antalet som behöver hörapparat uppskattas öka i framtiden – gruppen med äldre kommer att växa, samtidigt som ljudmiljöer som kan leda till hörselnedsättningar blir vanligare¹

- Patienter med hörselnedsättning som ska genomgå utprovning av hörapparat omfattas av **vårdgarantin**
- Enligt den nationella vårdgarantin ska patienten få ett **besök på specialistmottagning** inom 90 dagar, och **tid för behandling** inom ytterligare 90 dagar

- De senaste åren har **tillgängligheten försämrats** för patienter i behov av utprovning av hörapparat
- **Vårdgarantiuppfyllelsen för hörapparatutprovning ligger kring 67% på nationell nivå**⁴
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mycket mellan regionerna

Antal förskrivna hörapparater (utveckling över tid)³



Andel utprovningar inom vårdgarantin⁴

Ingen data



93 %



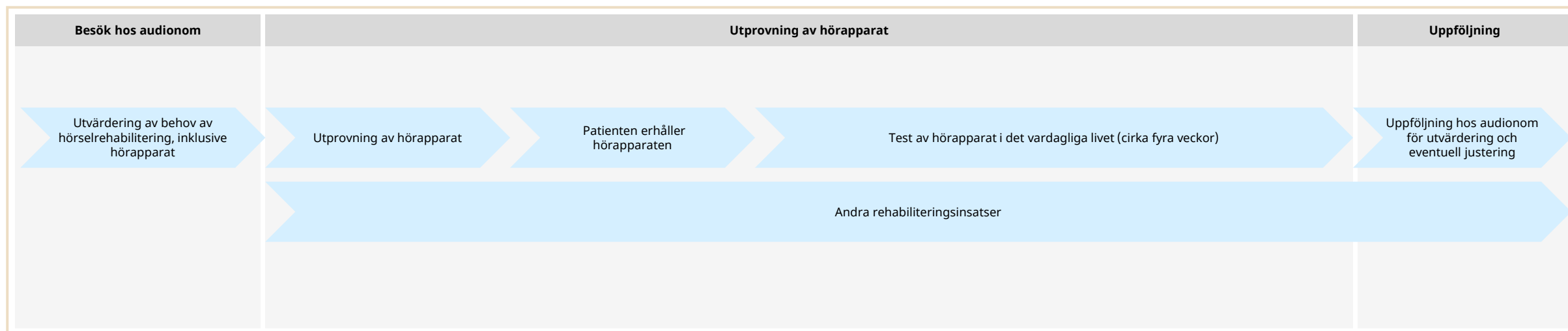
78 %



67 %

¹Hörselskadades Riksförbund, *Hörselnedsättning – orsaker och diagnoser*; ²Hörselskadades Riksförbund, *Hörselskadade i siffror 2017*; ³Socialstyrelsen, *Bilaga – Tabeller – Statistik om hjälpmedel 2023*; ⁴Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*

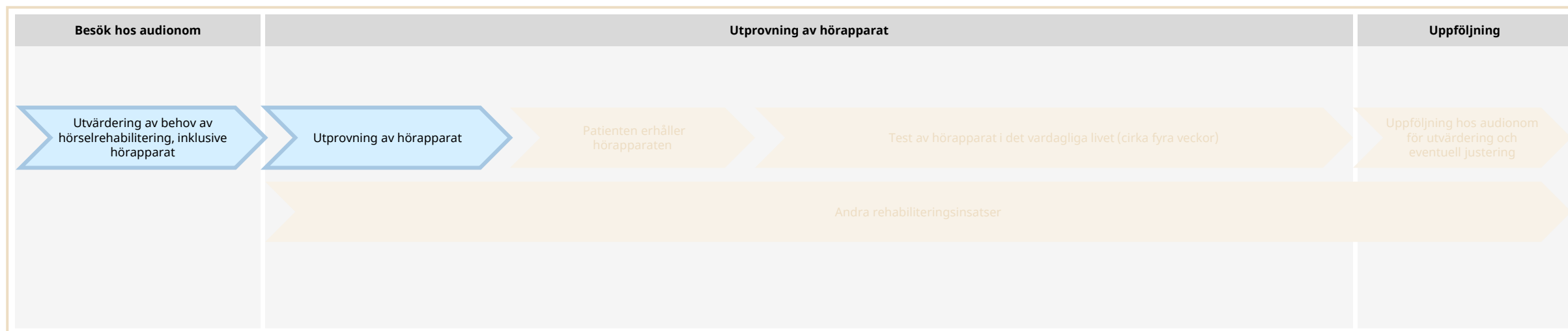
Hörselnedsättning och utprovning av hörapparat: visualisering av vårdkedja



● Vårdgaranti (90 dagar)

● Vårdgaranti (90 dagar)

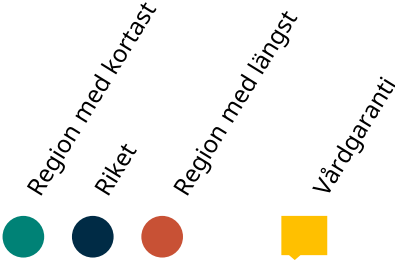
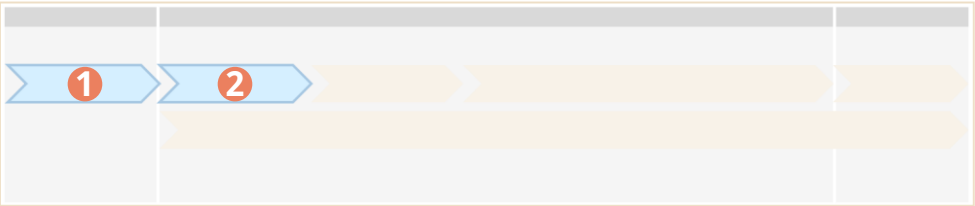
Hörselnedsättning och utprovning av hörapparat: identifierade tänkbara flaskhalsar



● Vårdgaranti (90 dagar)

● Vårdgaranti (90 dagar)

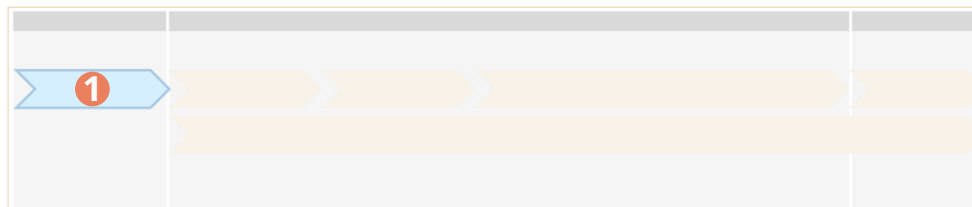
Hörselnedsättning och utprovning av hörapparat: översikt flaskhalsar



Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Väntetid (median, dagar)
1 Utvärdering av behov av hörapparat	Besök hos audionom för utvärdering av behov av hörapparat	Ingen data	Genomförda första besök hos audionom, snitt av månadsmedianerna för 2023 ^{3,4,5} 2242 215 90
2 Utprovning av hörapparat	Om patienten har behov av hörapparat behöver denna provas ut i hörselvården	113 823 Not: 1,2	Genomförda utprovningar, snitt av månadsmedianerna för 2023 ^{3,5} 2448 471 90

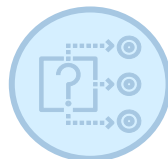
Hörselnedsättning och utprovning av hörapparat: fördjupning utvärdering av behov av hörapparat

1 Utvärdering av behov av hörapparat



Cirka en tredjedel av patienterna får inte sitt besök inom vårdgarantin

- Under 2023 låg vårdgarantiuppfyllelsen till första kontakt i öron-näsa-halssjukvård hos audionom på **63%** på nationell nivå^{1,2,3}
- Att vänta länge på en hörselundersökning och utredning av behov av hörapparat innebär ingen ökad medicinsk risk, men kommer förlänga väntetiden till att patienten får tillgång till nödvändig hörselrehabilitering



De långa väntetiderna beror troligtvis på brist på audionomer

- Under 2022 rapporterade **12 av 21 regioner en brist på audionomer**, och det är svårt att rekrytera tillräckligt många för att möta det växande behovet⁴
- Efterfrågan på audionomer kommer troligtvis öka framöver i samband med att antalet personer i behov av hörapparat väntas stiga, i kombination med en befolkning som lever allt längre och därför behöver ha kontakt med hörselvården under längre tid



Stor skillnad i hur väl regioner lyckas uppfylla vårdgarantin

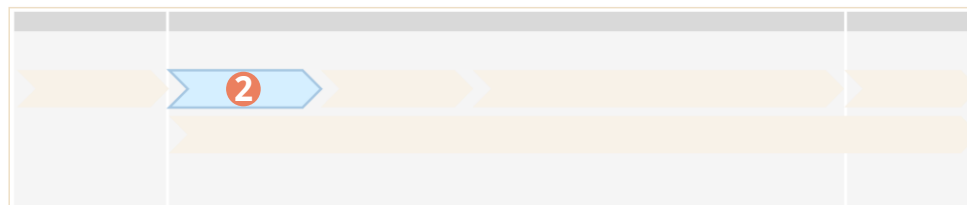
- Vårdgarantiuppfyllelsen för första besök i specialiserad öron-näsa-halssjukvård varierar stort mellan regioner
- Under 2023 varierade regionernas vårdgarantiuppfyllelse **mellan 19% och 97%**^{1,2}

¹Helår 2023; ²Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ³Genomförd - Första kontakt - Öron-näsa-halssjukvård, Yrkeskategori: Audionom; ⁴Nationella Planeringsstödet 2023

Hörselnedsättning och utprovning av hörapparat: fördjupning utprovning av hörapparat

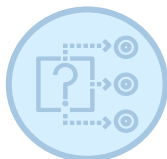
2

Utprovning av
hörapparat



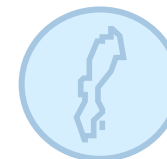
Drygt en tredjedel väntar längre på utprovning av hörapparat än vad vårdgarantin tillåter

- Sett till hela landet får **67%** av patienterna tid för utprovning av hörapparat inom vårdgarantin^{1,2}
- Det betyder att drygt en tredjedel väntar längre på hörapparatutprovning än vad vårdgarantin tillåter
- Att vänta länge på utprovning av hörapparat innebär ingen ökad medicinsk risk – däremot kan hörselnedsättning som inte hanteras och rehabiliteras på rätt sätt få följd effekter som social isolering och nedsatt kognitiv förmåga



De långa väntetiderna beror troligtvis på brist på audionomer

- Under 2022 rapporterade **12 av 21 regioner en brist på audionomer**, och det är svårt att rekrytera tillräckligt många för att möta det växande behovet³
- Efterfrågan på audionomer kommer troligtvis öka framöver i samband med att antalet personer i behov av hörapparat väntas stiga, i kombination med en befolkning som lever allt längre och därför behöver ha kontakt med hörselvården under längre tid



Det är stor spridning i hur väl regioner lyckas uppfylla vårdgarantin

- Det är stora skillnader i hur väl regioner lyckas uppfylla vårdgarantin för utprovning av hörapparat
- Under 2023 varierade regionernas vårdgarantiuppfyllelse **mellan 10% och 100%**^{1,2}

¹Helår 2023; ²Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ³Nationella Planeringsstödet 2023

ADHD

Analysbilder

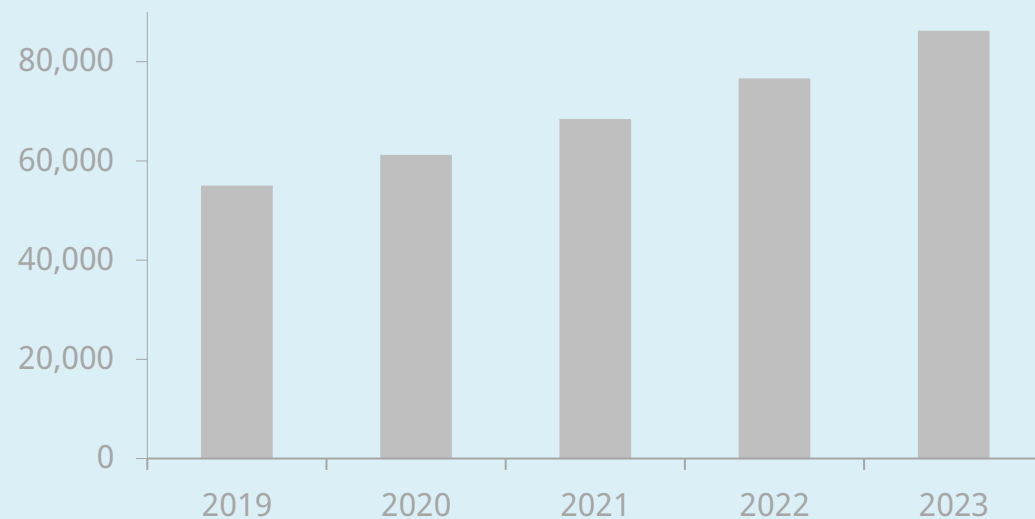
ADHD och NPF-utredningar: bakgrundsinformation

- Globalt uppskattas det att omkring **5-7% av alla barn** och **3% av alla vuxna** har ADHD¹
- Antalet barn och vuxna i Sverige som fått diagnos har ökat senaste decenniet¹
- Ungefär 75% av barn mellan 0-17 år påbörjar läkemedelsbehandling efter att ha fått diagnos²

- Många NPF-utredningar utförs inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), som har en målsättning om **förstärkt vårdgaranti**
- Enligt den förstärkta vårdgarantin inom BUP ska en **första bedömning** erbjudas inom 30 dagar, och **fördjupad utredning eller behandling** inom ytterligare 30 dagar³

- De senaste åren har **tillgängligheten försämrats** för utredningar på BUP
- **Mindre än hälften** av barn och unga får en utredning på BUP inom 30 dagar
- Tillgängligheten skiljer sig också åt mellan regionerna

Antal personer 0-17 år som hämtat ut ADHD-läkemedel (utveckling över tid)⁴

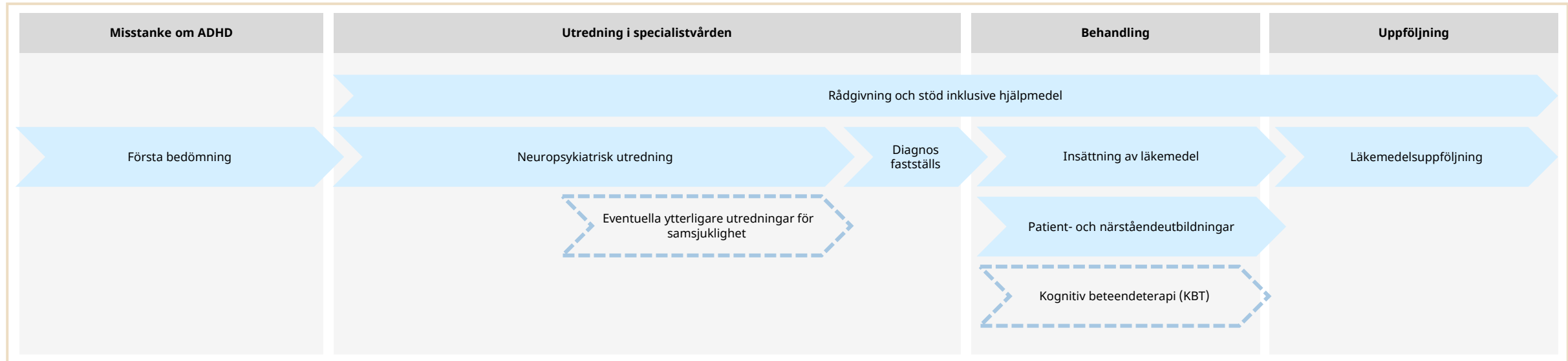


Andel genomförda utredningar i BUP inom 30 dagar³

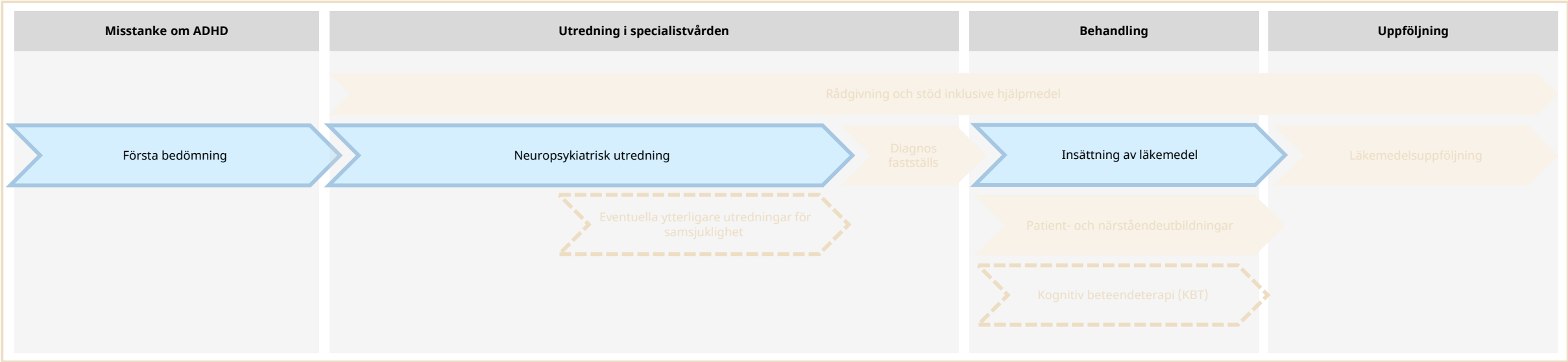


¹Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism*; ²Socialstyrelsen, *Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd*; ³Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården – Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)*; ⁴Data från Läkemedelsregistrets öppna databas

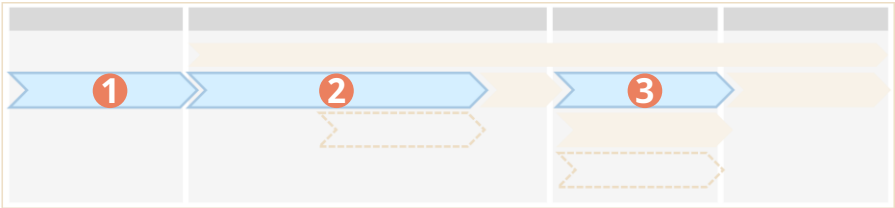
ADHD och NPF-utredningar: visualisering av vårdkedjan



ADHD och NPF-utredningar: identifierade tänkbara flaskhalsar



ADHD och NPF-utredningar: översikt flaskhalsar



Steg i vårdkedjan	Beskrivning	Antal fall	Andel inom 30/90 dagar (procent) ⁴
1	Första bedömning	Ingen data	Endast BUP (ej specifikt ADHD) Not: 5,6,7,8 20% 56% 96% Endast allmän psykiatri (ej specifikt ADHD) Not: 9,10,11 61% 86% 100%
2	Neuropsykiatrisk utredning	Grov uppskattning enligt not 2 Not: 1,2 120 000	Endast BUP (ej specifikt ADHD) Not: 5,6,12,13 2% 43% 97%
3	Insättning av läkemedel	Grov uppskattning enligt not 3 Not: 1,3 59 000	Endast BUP (ej specifikt ADHD) Not: 5,6,14,15 23% 67% 96%

¹Helår 2022; ²Vid antagande att 75% av de som får ADHD-diagnos påbörjar läkemedelsbehandling med ADHD-medicin (Socialstyrelsens rapport *Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd*) och att 66% av de som gör en NPF-utredning får en ADHD-diagnos (Folkhälsoguidens rapport *Autismspektrumtillstånd och adhd bland barn och ungdomar i Stockholms län*); ³Incidens för ADHD-läkemedel, uppskattning genom kombinerad data från Socialstyrelsens rapport *Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd* och SCB:s statistikdatabas; ⁴Helår 2023; ⁵Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården – Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)*; ⁶Andel inom 30 dagar; ⁷Genomförda - Första besök; ⁸Det kan variera mellan enheter om första besök registreras som en egen händelse eller som del av utredning; ⁹Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården – Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ¹⁰Genomförd - Första kontakt - Allmän psykiatri; ¹¹Andel inom 90 dagar; ¹²Genomförda - Utredning; ¹³NPF-utredningar kan även göras på andra vårdenheter, t.ex BUMM; ¹⁴Genomförda - Behandling; ¹⁵Insättning av läkemedel kan även göras på andra vårdenheter, t.ex BUMM;

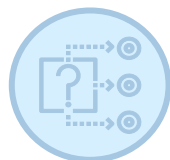
ADHD och NPF-utredningar: fördjupning första bedömning

1 Första bedömning



Mindre än hälften av barn och unga får inte ett första besök inom 30 dagar

- Sett till hela landet fick **56%** av barn och unga ett första besök till BUP inom 30 dagar under 2023^{1,2,3,4,5}
- Eftersom barn med mer akuta och/eller svåra tillstånd än ADHD prioriteras är troligtvis andelen för dessa ännu lägre i praktiken
- För vuxna ligger andelen som fick ett första besök till allmän psykiatri 2023 på **86%**^{1,6,7}
- Långa väntetider fördröjer väntetiden till påbörjad utredning, behandling och tillgång till stödjande insatser



Långa väntetider kan bero på personalbrist

- De långa väntetiderna skulle kunna bero på att **efterfrågan på NPF-utredningar ökat**, i kombination med att resurserna inte ökat i samma takt
- Det finns en bild av att en allt större grupp patienter med milda besvär tar upp en stor del av specialistvårdens resurser, och att det därför finns ett behov av att nivåstrukturera den första bedömningen



Det finns skillnader i hur väl regioner lyckas uppfylla vårdgarantin

- Vårdgarantiuppfyllelsen för första besök till BUP (besök inom 30 dagar) varierade under helår 2023 **mellan 20% och 96%**^{1,2,3,4,5}
- Andel som får ett första besök till allmän psykiatri inom 90 dagar varierade under 2023 mellan **61% och 100%**^{1,6,7}

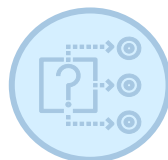
¹Helår 2023; ²Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården – Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)*; ³Genomförda - Första besök; ⁴Det kan variera mellan enheter om första besök registreras som en egen händelse eller som del av utredning; ⁵Inkluderar alla patienter, inte bara de med ADHD; ⁶Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård*; ⁷Genomförd - Första kontakt - Allmän psykiatri

ADHD och NPF-utredningar: fördjupning neuropsykiatrisk utredning



Mer än hälften av barn och unga får vänta mer än 30 dagar på en utredning inom BUP

- Sett till hela landet fick **43%** av barn och unga en utredning i BUP inom 30 dagar 2023^{1,2,3,4}
- Eftersom NPF-utredningar kan nedprioriteras framför mer akuta och/eller svåra tillstånd är troligtvis andelen ännu lägre i praktiken
- Även inom vuxenpsykiatri är bilden att NPF-utredningar är en flaskhals
- Även om stödjande insatser och vissa behandlingar kan sättas in i ett tidigt skede, kan patienten inte påbörja farmakologisk behandling med centralstimulantia innan diagnosen är fastställd



Långa väntetider kan bero på process- och kulturrelaterade frågor i förhållande till ökad efterfrågan

- De långa väntetiderna skulle kunna bero på att **efterfrågan på NPF-utredningar ökat**, i kombination med att resurserna inte ökat i samma takt
- Det finns även en uppfattning om att väntetiderna till NPF-utredningar inte beror på en faktisk resursbrist, utan snarare **ett ineffektivt resursutnyttjande** när utredningarna är alltför omfattande i relation till funktionsförmågan hos patienten

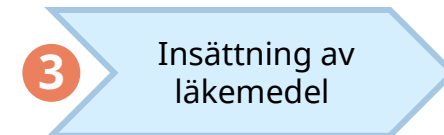


Andelen som får utredning inom vårdgarantin skiljer sig mycket mellan regioner

- Det är stora skillnader i hur väl regioner lyckas erbjuda utredning på BUP inom 30 dagar
- Under 2023 varierade regionernas andel som fick utredning inom 30 dagar **mellan 2% och 97%**^{1,2,3,4,5}

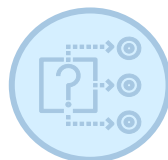
¹Sveriges Kommuner och Regioner, Väntetider i vården – Barn- och ungdomspsykiatri (BUP); ²Genomförda - Utredning; ³NPF-utredningar kan även göras på andra vårdenheter, t.ex BUMM

ADHD och NPF-utredningar: fördjupning insättning av läkemedel



En tredjedel av barn och unga påbörjar inte behandling i BUP inom 30 dagar

- Läkemedelsinsättning vid ADHD betraktas som **en stor flaskhals** både inom barn- och vuxenpsykiatri
- Sett till hela landet fick **67%** av barn och unga påbörja behandling i BUP inom 30 dagar 2023^{1,2,3,4,5}
- Flaskhalsen kan leda till att patienter, där ADHD-läkemedel skulle kunna höja deras funktionsnivå, måste vänta på behandling trots att diagnosen är satt



De långa väntetiderna beror troligtvis på personalbrist

- Eftersom den vanligaste läkemedelsbehandlingen vid ADHD är narkotikaklassade preparat kan endast läkare med specifik specialistkompetens sätta in dessa
- Stor **brist på barnpsykiatrer** nämns som orsak till flaskhalsen på barnsidan
- När det gäller vuxenpsykiatri nämns snarare **brist på sjuksköterskor** som den största orsaken



Stora skillnader mellan regioner

- Regionerna skiljer sig åt i andel barn och unga som får behandling inom 30 dagar
- Under 2023 låg regionernas andel av barn som får behandling på BUP inom 30 dagar **mellan 23% och 96%**^{1,2,3,4,5}

¹Sveriges Kommuner och Regioner, Väntetider i vården – Barn- och ungdomspsykiatri (BUP); ²Genomförda - Behandling; ³Insättning av läkemedel kan även göras på andra vårdenheter, t.ex BUMM