

Redovisning till Socialstyrelsen av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen

Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2025

Region Stockholm

Inledning

Nationella mål

Liksom tidigare finns målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas (inklusionsmålet) via ett standardiserat vårdförlopp (SVF) samt att 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i respektive SVF-beskrivning (ledtidsmålet). Att nå inklusionsmålet under första halvåret 2025 är en förutsättning för att få del av den andra utbetalningen av medel enligt överenskommelsen.

Uppfyllelsen av inklusionsmålet är beräknat av RCC efter ett uttag ur den nationella väntetidsdatabasen. Uttaget skedde den 19 augusti och innehåller data för perioden januari–juni 2025. Socialstyrelsen har tillgång till samma data.

Denna redovisning är framtagen på uppdrag av Region Stockholm under ledning av Lena Sharp, chef, Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland (RCC SG).

Stockholm september 2025

Redovisningens signeras elektroniskt av
Lena Sharp, Chef
Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Region Stockholm

Redovisningen är skriven och sammanställd av regional samordnare för SVF, Lisa Jelf Eneqvist. Underlag till redovisningen har tagits fram av den regionala kvalitetssäkerhetsgruppen för SVF, regionala processledare samt andra för arbetet viktiga nyckelpersoner. Förloppsspecifika analyser av långtidsväntare har genomförts av sjukvårdsregionala processledare för respektive diagnos.

Innehåll

Inledning.....	2
1. Organisation	4
2. Inklusionsmålet	4
3. Ledtidsmålet.....	5
Uppföljning av kartläggningen av utvalda förlopp, 2024	7
Analys från kartläggningen av utvalda förlopp 2025	7
4. Kvalitetssäkring av SVF-data.....	8
5. PREM-enkät (Patient Reported Experience Measures)	8
6. Användning av SVF-medel	9
7. Fortsatt nationellt arbete med SVF	9
Bilaga, Analys från kartläggning av utvalda förlopp.....	10
Sammanfattning.....	11
Bröstcancer.....	12
Livmoderhalscancer	16
Lungcancer	19
Urinblåsecancer.....	26

1. Organisation

Finns det utmaningar vad gäller sjukvårdsorganisationen i arbetet med SVF?

Ja

Om ja, vilka (till exempel samarbete primärvård, diagnostik, andra vårdgivare)?

Region Stockholm är en stor region med en mångfald av vårdgivare med olika vårduppdrag. Att få dessa vårdgivare att alltid samspela och erbjuda patienter med välgrundad misstanke om cancer en jämlik och standardiserad utredning är en utmaning.

Till exempel finns det i regionen ca 240 vårdcentraler, varav drygt hälften drivs i privat regi och har avtal inom Vårdval primärvård. Specialiserad vård bedrivs i öppenvård inom bland annat vårdval för urologi, hud och gynekologi, samt vid regionens sex sjukhus. Samverkan mellan dessa vårdaktörer är komplicerad men helt nödvändig för att kunna erbjuda regionens patienter SVF enligt riktlinjerna.

Det främsta underlaget för utbyte av kunskap mellan specialist- och primärvård är beslutsstödet Viss.nu. Genom detta verktyg tydliggörs ansvarsförhållanden och remitteringsvägar som en grund för samarbete mellan primärvård och specialiserad vård. Tidigare har ett flöde för SVF för cancer i urinblåsa implementerats. Det innebär att primärvården remitterar till urolog vid makroskopiskt blod i urinen och urologen ansvarar för att radiologisk undersökning sker. Arbets sättet är uppskattat i primärvård och en utvärdering har genomförts för att säkerställa nyttan för patienterna.

2. Inklusionsmålet

Klarar regionen inklusionsmålet som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 19 augusti)?

Ja.

Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?

Vårdförlopp	Antal patienter av beräknat utfall	Inklusion
Bukspottkörtel- och gallvägscancer	177 av 277	64%
Cancer i urinblåsa och urinvägar	258 av 374	69%
Hudmelanom	268 av 506	53%
Levercancer	60 av 90	67%
Livmoderhalscancer	47 av 70	67%
Lungcancer	312 av 488	64%
Matstrups- och magsäckscancer	72 av 134	54%
Myelom	54 av 98	55%
Prostatacancer	585 av 1126	52%
Sköldkörtelcancer	48 av 84	57%

Redogör för orsakerna till att målet inte nås.

Arbetet fortgår på sjukhusen för att skapa automatiserad överföring mellan journalsystem och system för inrapportering. I öppen specialistvård sker inrapporteringen manuellt och det är en utmaning att få inrapporteringen att ske vilket visar sig i siffrorna för hudmelanom, prostatacancer och urinblåsecancer. Även om en automatiserad överföring är införd vid Karolinska Universitetssjukhuset krävs korrekt journalföring och en viss manuell validering.

I förloppen levercancer, lungcancer och matstrups- och magsäckscancer är andelen som avslutas av medicinska orsaker relativt stor. Jämförelser i förloppet för lungcancer visar att knappt 50% av de patienter som avslutats på grund av medicinska skäl återfinns i cancerregistret. Inom förloppet för lungcancer är det alltså ytterligare ett antal som startat utredning inom SVF och som har en cancerdiagnos men som inte kommer med i statistiken eftersom de avslutats innan behandling startat. Det här ger en indikation på hur svårt sjuka patienterna är i dessa förlopp.

3. Ledtidsmålet

Målet är att 80 procent av de patienter som startat behandling inom ett SVF ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF-dokumentationen.

I snitt fick 57 procent av patienterna inom SVF sin behandling inom uppsatta tidsramar. Målet nås alltså inte men innebär en ökning med fyra procent jämfört med samma period 2024 och ligger en bit över rikssnittet (44 procent). Inom fyra förlopp nås målnivån och i ytterligare fem förlopp fick 70–80 procent av patienterna sin behandling inom uppsatta tidsramar. Spridningen för övriga förlopp är stor och rör sig mellan 24–69 procent.

Vilka är de största hindren i sjukvårdsorganisationen för att uppnå leddidsmålen?

Inom såväl radiologi som patologi har regionen fortsatt utmaningar med för långa ledtider.

Den snabba utvecklingen inom de diagnostiska specialiteterna med förbättrad, förfinad och utökad diagnostik kan innebära att utredningstiden blir längre och inte alltid harmoniserar med förloppen. Även om förloppen justeras löpande finns här en viss diskrepans. I regionen är det sedan tidigare känt att nuvarande kapacitet inom strålbehandling varken motsvarar nuvarande eller framtida behov. En förbättrad samverkan mellan de onkologiska klinikerna under året har dock resulterat i att inga patienter har behövt remitteras till annan region.

Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?

Inom Canceröverenskommelsens (såväl 2024 som 2025) särskilda satsning inom diagnostik har projekt beviljats medel för att förbättra flöden, hantering och ledtider. Projekten är långsiktiga och implementeras i syfte att ge stabil förändring vilket förväntas leda till fortsatt förbättrade ledtider. Förutom att andelen som fått sin behandling inom uppsatta tidsramar blivit högre under 2025 jämfört med 2024 ser vi också en positiv utveckling där de som väntat längst minskar och de som får vård i tid ökar, se nedan från cancercentrum.se (fig. 1).

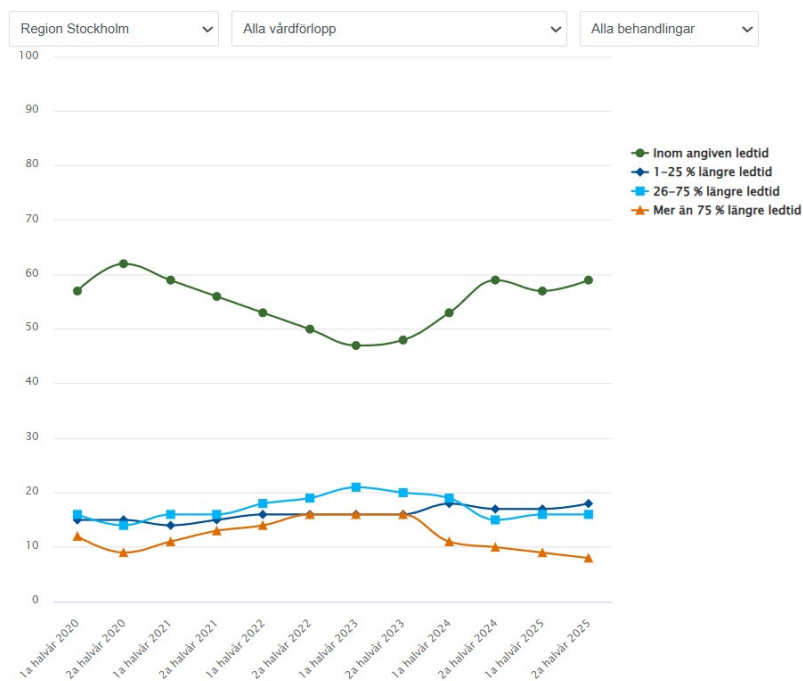


Fig. 1 Spridning av väntetider för patienter som startat behandling

Gällande strålkapacitet finns beslut om utökning med lokaler och fler accelerators men detta långsiktiga arbete ligger några år fram i tiden mot 2028. Ett förbättrat samarbete mellan de onkologiska klinikerna har fortsatt i syfte att utnyttja regionens strålkapacitet på bästa sätt. Effekterna av detta samarbete syns i grafen nedan tagen från cancercentrum.se (fig. 2):

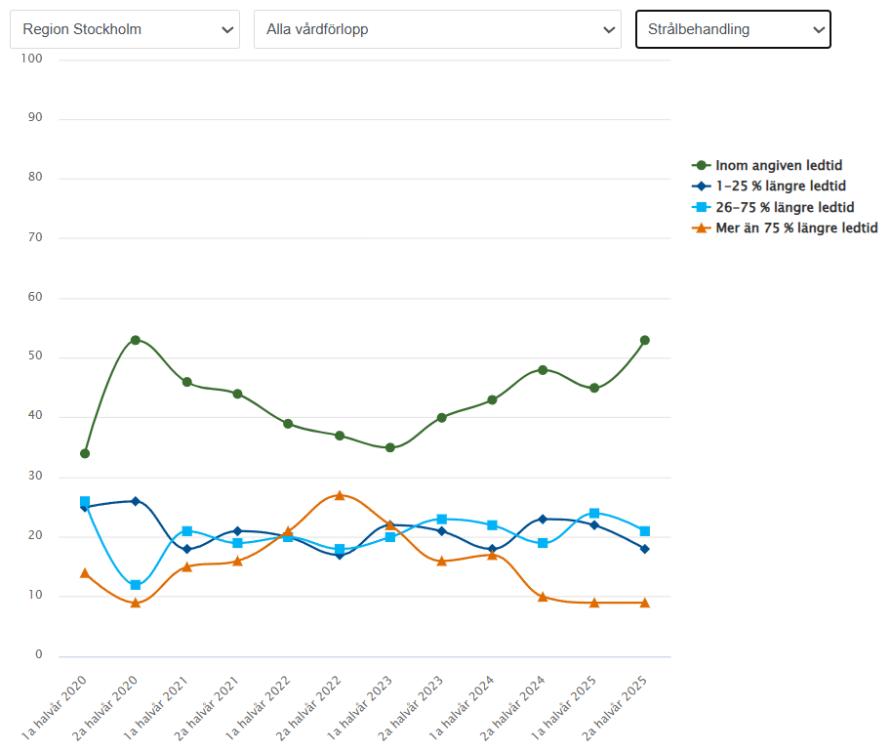


Fig. 2 Spridning av väntetider för patienter som startat strålbehandling

Vi ser vissa problem inom projekt finansierade av den statliga satsningen och som innefattar investeringar och därmed också upphandling som är en lång process och svår att hantera med denna typ av årlig satsning.

Inom klinisk patologi och cancerdiagnostik vid Karolinska Universitetssjukhusets fyra siter pågår ständiga förbättringar. Nedan nämns några exempel som möjliggjorts genom årets särskilda satsning på patologi:

1. Task shifting mellan arbetsgrupper: Arbetsuppgifter omfördelas mellan olika yrkeskategorier för att snabba upp processen. Exempelvis utförs bröstutskärning numera av BMA istället för ST-läkare på site Södersjukhuset.
2. Omfördelning av provmaterial: Material flyttas till enheter med bättre bemanning och bredare kompetens. Ett konkret exempel är flytten av hudprover från Danderyds sjukhus till Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.
3. Kompetensutveckling och utbildning: Personal utbildas för att kunna ta över nya arbetsuppgifter, vilket skapar flexibilitet och minskar flaskhalsar.
4. Digitalisering av arbetsflöden: Genom digitala lösningar har läkarna snabbare tillgång till fall, vilket bidrar till kortare handläggningstider.
5. Dagliga pulsmöten: Genom dagliga pulsklinikmöten säkerställs att resurser och material fördelas effektivt utifrån aktuella behov.

Uppföljning av kartläggningen av utvalda förlopp, 2024

Under 2024 valde regionen att analysera långa väntetider inom fem förlopp: bröstcancer, livmoderkroppscancer, lungcancer, njurcancer och prostatacancer. Arbetet genomfördes av respektive processledare i samarbete med aktuella vårdgivare. Lärdomar från såväl arbetssättet med journalgranskning och analysen har delats med övriga processledare vid ett par tillfällen. Resultaten av analyserna har delats med aktuella vårdgivare och diskussioner har förts gällande de fynd som gjorts. Som exempel visade analyserna att det i flera fall inom bland annat förloppen för livmoderkroppscancer och lungcancer fanns patienter där deras utredningsförlopp visade på att de fått en individuell handläggning på grund av samsjuklighet eller egna önskemål. Dessa patienter borde därför inte ingått i SVF-registreringen under hela processen utan avslutats tidigare med patientens val eller medicinska skäl. Diskussionen kring detta pågår hos vårdgivarna och förtydligandet i utformningen och formuleringarna i SVF-dokumentet stödjer detta arbete.

I alla ovanstående förlopp har arbetet med förra årets analys ökat förståelsen för arbete med SVF och vilken nytta vi tillsammans skapar för patienterna. Alla analyserade förlopp visar på bättre följsamhet till ledtidsmålet vid en jämförelse mellan åren 2023–2025.

Analys från kartläggningen av utvalda förlopp 2025

Region Stockholm har, i samråd med RCC Stockholm Gotland, valt ut Bröstcancer och Livmoderhalscancer för analys. Förloppen för lungcancer och cancer i urinblåsa samt övre urinvägar analyseras i enlighet med nationellt uppdrag.

Analyserna från kartläggningen av de utvalda vårdförloppen finns som bilaga.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data

Regionen har en kvalitetssäkringsgrupp utgående från RCC Stockholm Gotland som håller samman arbetet med SVF på ett övergripande plan. Gruppen leds av den regionala SVF-samordnaren och består i övrigt av regionens SVF-representant i den nationella kvalitetssäkringsgruppen samt kompetens inom kvalitetsregister och cancerregister (RTR – regionalt tumörregister).

Kvalitetssäkringsgruppen har även deltagit på flera möten med RCC:s processledarnätverk.

Arbete sker fortsatt där RCC tillsammans med flera vårdgivare förändrat processen för inrapportering genom att vårdgivarna gör en strukturerad journalanteckning som i sin tur plockas upp, valideras och automatiskt förs över till den nationella väntetidsdatabasen via webblösningen SVF-INCA. Arbetssättet har spridits till ytterligare vårdgivare och har inneburit nära kontakt och därmed också en tät diskussion kring kvaliteten i data och kontinuerlig utveckling av arbetssättet och den tekniska lösningen.

Kvalitetssäkringsgruppen har under åren samordnat ett nätverk för vårdgivarnas inrapportörer med regelbundna träffar. I samband med ovan beskrivna automatiserade flöde där inrapportering sker via journal är det numera inte lika tydligt vilka som är inrapportörer varför nätverket inte kunnat ha samma funktion. Diskussion pågår om hur kvalitetsäkringsgruppen kan stödja verksamheterna framöver.

Varje månad delas datauttag från den nationella väntetidsdatabasen med utsedda ansvariga på regionens fyra sjukhus som behandlar cancer.

SVF diskuteras återkommande inom Samordningsgrupp cancer där ledningsfunktioner för sjukhusen samt hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns representerade. Resultat diskuteras och jämförelser görs för att få ökad förståelse och följsamhet till inrapportering.

5. PREM-enkät (Patient Reported Experience Measures)

Ett villkor för medelstilldelning 2025 är att regionerna använder PREM-enkäten i sin uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Har regionen skickat och använt PREM-enkäter för SVF 2025?

Ja

Hur har resultaten av PREM-enkäten använts i uppföljningen av vårdförloppen?

Processledare för respektive diagnos har tillgång till PREM-data men som beskrivits i tidigare redovisningar är data svår att använda för direkta verksamhetsförbättringar. Respondenterna svarar på hela sitt vårdförlopp och svaret hamnar på den enhet som behandlat eller avslutat patientens process. Att dra slutsatser från svaren kan alltså inte göras kopplat till den enskilda verksamheten. Svaren på PREM kommer också med viss fördröjning vilket gör att förbättringsarbete kan försvåras.

Processledare inom till exempel bröstcancer använder PREM-enkäter för löpande jämförelser mellan regionens tre bröstcentrum. Generellt kan sägas att svaren i PREM för Q1 2025 bekräftar bilden av cancervården inom SVF, överlag upplever patienterna ett gott bemötande och en god vård. Speciellt uppskattas varje patientmöte men som vi vet sedan tidigare uppfattas fortfarande problematik när det gäller vårdens övergångar. Patienter uppger att de känner att de själva måste

vara projektledare för sin process och att information inte överförs mellan vårdgivare vilket i vissa fall leder till att patienten känner sig osedd och orolig att man "fallit mellan stolarna".

6. Användning av SVF-medel

Vilka principer har använts vid fördelning av SVF-medlen?

SVF-medel har fördelats till sjukhusen baserat på andel patienter utredda och behandlade inom SVF under 2024. För att öka möjligheten till tidig upptäckt och därmed start av SVF har även primärvården tilldelats medel.

I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2025? Ge exempel på insatser som har stöttats.

Det står verksamheterna fritt att nyttja medlen där de gör mest nytta för att främja SVF-ledtiderna och den organisatoriska strukturen. Inom primärvården genomförs till exempel projektet *Förbättrade processer för tidig cancerupptäckt genom granskning av avvikelser inom primärvården*. Syftet är att kunskap som genereras i projektet ska ligga till grund för kommande utbildningsinsatser i primärvården. Arbetet presenteras bland annat på den regiondag som anordnas i oktober med fokus på prevention och tidig upptäckt.

7. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Delge oss gärna synpunkter på områden som är särskilt viktiga för fortsatt arbete med SVF.

Regionen har delgivit sina synpunkter på utformandet av SVF i remissvaret på reviderad Cancerstrategi. Huvudbudskapen i remissvaret handlar om att inte exkludera utredningstiden i ledtidsmätningen. Den stora vinsten med SVF är just att kunna fånga den, för patienten, ofta splittrade och svåröverblickbara tiden från välgrundad misstanke till diagnos.

Samordning av delledtider inom diagnostik vore önskvärt liksom en fortsatt tät kvalitetssäkring av inrapporterade data.

PREM-enkäten upplevs som svår att, i nuvarande form, använda i direkta verksamhetsförbättringar hos enskild vårdgivare. Den ger dock inblick i patientens uppfattning om sin process och kan på så sätt stödja förbättringar. Enkäten kan med fördel användas som en mätare på nationell nivå hur patienterna över tid upplever SVF-processen och kanske skulle det då vara klokt att till exempel genomföra mätning vartannat år. Patienter vittnar om att den flora av olika enkätundersökningar och utvärderingar som skickas ut från SVF, kvalitetsregister, forskningsstudier, enskilda mottagningar och annat är svår att överblicka. Ett samlat grepp behövs för att hushålla med patienters resurser samtidigt som vården behöver återkoppling kring viktiga synpunkter. Balansen är inte enkel men behöver adresseras.