

Avdelningen för analys
Catarina Jansson
catarina.jansson@socialstyrelsen.se
Ingrid Schmidt
ingrid.schmidt@socialstyrelsen.se

Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022

**Uppföljning av regionernas arbete med standardiserade
vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan staten och
Sveriges Kommuner och Regioner om jämlik och effektiv
cancervård med kortare väntetider 2022**

Inledning

Patienter ska kunna förvänta sig sammanhållna och förutsägbara vårdförlopp i cancervården oavsett var i landet hen bor. Regeringen har därför sedan 2015 satsat på regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF) med syfte att öka kvaliteten och jämlikheten i cancervården och att korta ledtiderna. Arbetet med SVF initierades för att tidigt upptäcka personer med symtom som kan bero på cancer, ge dem en snabb utredning och därmed korta tiden till diagnos samt minska tiden av ovisshet, både för de som får och de som inte får en cancerdiagnos. SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. SVF är ett nationellt arbetssätt som ska minska onödigt väntan och ovisshet för patienten. Alla SVF startar med en välgrundad misstanke om cancer. Vad som är välgrundad misstanke, hur det ska utredas och hur lång tid detta får ta framgår av det nationella vårdprogrammet för varje cancerdiagnos. Tiden från välgrundad misstanke till start av behandling mäts likadant i hela landet.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att satsningen på SVF inom cancervården har lett till ett ökat fokus på att utveckla vårdens processer och samarbetet mellan olika verksamheter.¹ Nationell samsyn, ett gemensamt språk och utrymme för lärande och lokala anpassningar bedöms vara framgångsfaktorer som långsiktigt bidrar till att korta väntetiderna för patienterna.

Om uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp regionernas arbete med SVF enligt överenskommelsen om jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022 mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).² Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 15 november 2022.

Överenskommelsen mellan staten och SKR om cancervården 2022 omfattar satsningar om totalt 530 miljoner kronor, varav 365 miljoner tilldelas regionerna för arbete med SVF. Tilldelningen av medel för arbete med SVF är uppdelat på två lika stora utbetalningar fördelat per region efter befolkningsstorlek. Den andra utbetalningen är villkorad av prestation, vilket bedöms utifrån rapportering från regionerna.

Enligt överenskommelsen ska respektive regionalt cancercentrum (RCC) senast den 30 september 2022 samlat skicka in regionernas redovisning av arbetet med SVF till Socialstyrelsen. Regionernas redovisningar ska göras i enlighet med den mall RCC i samverkan tagit fram i samråd med Regeringskansliet (Socialdepartementet) (bilaga 1).

¹ Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Sammanfattning och samlad bedömning. Socialstyrelsen, 2019.

² Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner, 2021.

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen:

- Ta emot rapportering från regionerna om arbetet med SVF.
- Utifrån rapporteringen redovisa om villkor för den andra utbetalningen av medel till regionerna för arbetet med SVF avseende det första halvåret 2022 är uppfyllt (villkoren för den andra utbetalningen omfattar att respektive region uppnår inklusionsmålet om 70 procent samt att respektive region skickar ut och använder PREM³-enkäten i sin uppföljning av SVF).
- Återkoppla till regionerna i de fall som rapporteringen inte är fullständig.
- I de fall som villkoren för den andra utbetalningen inte är uppfyllda beskriva avvikelser samt hur regionerna arbetar med att förbättra situationen.
- Sammanställa rapporteringen på nationell nivå samt ta fram och redovisa övergripande nationella slutsatser.

Nationella mål för SVF

De nationella mål som sattes upp när de standardiserade vårdförloppen infördes 2015 innebär att:

- **Inklusionsmålet;** *minst* 70 procent av de som insjuknar i cancer (i någon av de cancerdiagnoser som omfattas av ett SVF) ska utredas inom ett SVF.
- **Ledtidsmålet;** *minst* 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider (maximala tidsgränser) som anges (dvs. personer som fått en cancerdiagnos, utretts enligt ett SVF och startat en behandling ska ha påbörjat behandling inom angivna ledtider). Ledtiderna varierar beroende på cancerdiagnos och typ av behandling.

Enligt överenskommelsen ska regionerna fortsatt arbeta för att nå inklusions- och ledtidsmålen för SVF och regionernas redovisning till Socialstyrelsen ska omfatta:

- Utveckling av väntetider, uppfyllnad av ledtidsmålen och hur regionerna arbetar med att förbättra väntetider.
- Utfall gentemot inklusionsmålet (mål för andel nya cancerfall som utreds i SVF).
- En handlingsplan för införande av SVF för myeloproliferativa neoplasier (MPN) som är sjukdomar som omfattar det blodbildande systemet.
- Användning av PREM-enkäten.

³ Patient Reported Experience Measures

Genomförande av uppdraget

Socialstyrelsen har under oktober och november 2022 genomfört en övergripande sammanställning, uppföljning och analys⁴ enligt uppdraget och överenskommelsen baserat på:

- Datauttag från SKR:s nationella väntetidsdatabas Signe avseende inklusions- och ledtidsmålen för 2021 samt januari till juni 2022⁵.
- Regionernas redovisningar om SVF-arbetet enligt mallen som RCC i samverkan i samråd med Socialdepartementet tagit fram⁶.
- Avstämningar med RCC i samverkan.
- Dialog med Region Norrbotten och RCC Norr för att enligt uppdraget återkoppla samt inhämta information om utmaningar med SVF-arbetet utifrån att Region Norrbotten under det första halvåret 2022 inte uppnådde inklusionsmålet.

⁴ Socialstyrelsens uppdrag omfattar inte uppföljning och analys av det fullständiga underlaget enligt datauttaget och mallen utan endast en övergripande sammanställning, uppföljning och analys av underlaget enligt uppdraget. Denna sammanställning och regionernas inskickade material planeras att utgöra en del av underlaget och redovisningen av Socialstyrelsens förordningsstyrda uppdrag som är formulerat i *Förordning (2019:7) om statsbidrag för verksamhet i regionala cancercentrum*. Detta uppdrag innebär att Socialstyrelsen vartannat år ska redovisa en analys av verksamheten vid cancercentrumen samt lämna förslag om hur verksamheten kan utvecklas. Ett av målområdena för 2023 års analys är att analysera sammanhållna vårdprocesser och väntetider. Detta uppdrag ska redovisas senast den 30 september 2023.

⁵ Datauttaget gjordes av RCC i samverkan den 25 augusti 2022 och inkom till Socialstyrelsen från RCC i samverkan den 29 augusti 2022. Efter kvalitetssäkring inkom den 19 oktober 2022 komplettering till Socialstyrelsen avseende Region Gotlands datauttag/uppfyllelse av inklusionsmålet från RCC i samverkan (se slutnot tabell 2). Regionernas redovisningar av inklusion och ledtider i SVF ska enligt överenskommelsen avse första halvåret 2022 och vara sammantaget för alla SVF som införts före 2021. SVF för MPN ska inte ingå i beräkningarna.

⁶ Regionernas redovisningar inkom till Socialstyrelsen den 28-29 september 2022 från respektive RCC.

Regionernas arbete under det första halvåret 2022

Nedan presenteras:

- Uppfyllelse av villkor för den andra utbetalningen baserat på datauttaget och regionernas redovisningar vad gäller det första halvåret 2022.
- Region Norrbottens redovisning avseende inklusionsmålet.
- Återkoppling och dialog med Region Norrbotten om inklusion och förbättringsarbete.
- Sammanställning av måluppfyllelsen för inklusions- och ledtidsmålen per region baserat på datauttaget.
- Nationell sammanställning av regionernas redovisningar.
- Socialstyrelsens sammanfattande slutsatser.

Uppfyllelse av villkor för den andra utbetalningen

- Samtliga regioner utom Region Norrbotten uppnår inklusionsmålet det första halvåret 2022 (tabell 2).
- Samtliga regioner redovisar att de skickat ut PREM-enkäten 2022 och använder, eller planerar att använda, resultatet i förbättringsarbetet.

Region Norrbottens redovisning avseende inklusionsmålet

Tabell 1 visar RCC Norr och Region Norrbottens redovisning avseende inklusionsmålet enligt mallen (bilaga 1).

Tabell 1. Inklusionen i SVF

	Regionens inklusion som helhet	Diagnoser under inklusionsmålet	Förbättringsarbete + Ytterligare åtgärder
RCC Norr	Alla regioner utom Norrbotten klarar idag inklusionsmålet på 70 procent med god marginal. Region Norrbotten hade även tidigare en låg inklusion i SVF. I år har man på grund av storturbulens inom ledningsorganisationen i regionen, och med flera vakanta chefsposter, inte klarat av att lyfta arbetet runt SVF.	Det är främst de mindre SVF-flödena som har inklusionsproblem, men vilka flöden som har problem varierar mellan regionerna och har olika orsaker.	Samtliga regioner, däribland Region Norrbotten, arbetar hårt med att förbättra dessa flöden.
Region Norrbotten	58 %	Ca 18	Skapa medvetenhet, rutiner och utbildning inom SVF-kodningen. Förloppen följs enligt respektive vårdprogram. Efterregistreringar pågår och har pågått länge, att korrigera där det fattas kod för start eller avslut. Beslut kommer att fattas till hösten om mer personal behövs för att få en tillfredsställande kodning samt hur upplägget med hela SVF-registreringen ska se ut.

Dialog med Region Norrbotten

Vid Socialstyrelsens dialog med företrädare för Region Norrbotten och RCC Norr framkom att kontinuerligt förbättringsarbete pågår.

Enligt Region Norrbotten bedöms brister i registreringen, som påverkar inklusionen, bero på att regionen i början av SFV-satsningen beslutade att patienter som inkluderas i de standardiserade vårdförloppen skulle kodas och registreras inom primärvården och inte inom specialistvården. Detta har inte fungerat optimalt eftersom utmaningar med kompetensförsörjning medfört att primärvården i regionen är underbemannad vad gäller specialister i allmänmedicin och medicinska sekreterare. Region Norrbotten planerar därför att, i likhet med övriga regioner, flytta ansvaret för registreringen till specialistvården.

Andra faktorer som påverkar registreringen av patienter i den nationella väntetidsdatabasen, och delvis är gemensamma för flera regioner, är enligt Region Norrbotten att SVF-patienter som överflyttas till andra regioner för diagnostik och/eller behandling inte registreras eller registreras i efterhand. Detta beror bland annat på brist på specialistsjuksköterskor inom kirurgin, vilket medför att SVF-patienter remitteras för operation i andra regioner. Vidare förekommer brister i registreringen av patienter som söker akut, även om de diagnosticeras och behandlas. Region Norrbotten använder också ett föråldrat journal-/IT-system inom både primär- och specialistvården, vilket innebär tidskrävande manuellt arbete med registrering och leder till eftersläpning. Region Norrbotten har dock i samarbete med åtta andra regioner beslutat att införa ett nytt journalsystem under 2024.

Region Norrbotten beskrev att efterregistrering vad gäller 2022 pågår. Som exempel har ca hälften av patienterna inom SVF prostatacancer som behandlats i annan region inte registrerats.

Nationella mål för standardiserade vårdförlopp per region

Inklusionsmålet

Tabell 2. Måluppfyllelse för inklusionsmålⁱ standardiserade vårdförlopp samtliga regioner

Nationellt mål; Inklusionsmål 70 %	Måluppfyllelse 2021	Måluppfyllelse 2022 (jan-juni)
Riket	76 %	80 %
RCC Norr		
Jämtland	70 %	82 %
Norrbottnen	69 %	58 %
Västerbotten	77 %	76 %
Västernorrland	75%	86%
RCC Mellansverige		
Dalarna	85 %	86 %
Gävleborg	88 %	88 %
Sörmland	77 %	73 %
Uppsala	77 %	79 %
Värmland	79 %	87 %
Västmanland	74 %	89 %
Örebro	99 %	98 %
RCC Stockholm-Gotland		
Gotland	64 %	86 ⁱⁱ %
Stockholm	71 %	77 %
RCC Väst		
Västra Götaland	79 %	80 %
RCC Sydöst		
Jönköping	90 %	100 %
Kalmar	84 %	83 %
Östergötland	67 %	70 %
RCC Syd		
Blekinge	72 %	83 %
Halland	71 %	73 %
Kronoberg	82 %	92 %
Skåne	74 %	77 %

Källa: Datauttag som inkom till Socialstyrelsen från RCC i samverkan den 29 augusti, 2022. Data är hämtade ur SKR:s nationella väntetidsdatabas Signe. Datauttag gjordes 25 augusti 2022. Det uppskattade antalet cancerpatienter för 2021 och första halvåret 2022 är hämtade ur de beräkningsunderlag som tagits fram för respektive år.

Tabell 2 visar samtliga regioners måluppfyllelse avseende inklusionsmålet. Samtliga regioner utom Region Norrbotten uppfyller inklusionsmålet och flera regioner visar förbättringar det första halvåret 2022 jämfört med 2021.

Lettidsmålet

Tabell 3. Måluppfyllelse för lettidsmålⁱⁱⁱ standardiserade vårdförlopp samtliga regioner

Nationellt mål; Lettidsmål 80 %	Måluppfyllelse 2021	Måluppfyllelse 2022 (jan-juni)
Riket	47 %	42 %
RCC Norr		
Jämtland	39 %	38 %
Norrbottn	60 %	49 %
Västerbotten	45 %	37 %
Västernorrland	58 %	53 %
RCC Mellansverige		
Dalarna	51 %	37 %
Gävleborg	46 %	45 %
Sörmland	50 %	47 %
Uppsala	47 %	48 %
Värmland	57 %	58 %
Västmanland	50 %	40 %
Örebro	52 %	44 %
RCC Stockholm-Gotland		
Gotland	63 %	55 %
Stockholm	58 %	53 %
RCC Väst		
Västra Götaland	42 %	37 %
RCC Sydöst		
Jönköping	42 %	36 %
Kalmar	52 %	49 %
Östergötland	37 %	33 %
RCC Syd		
Blekinge	38 %	33 %
Halland	56 %	48 %
Kronoberg	45 %	31 %
Skåne	36 %	31 %

Källa: Datauttag som inkom till Socialstyrelsen från RCC i samverkan den 29 augusti, 2022. Data är hämtade ur SKR:s nationella väntetidsdatabas Signe. Datauttag gjordes 25 augusti 2022. Det uppskattade antalet cancerpatienter för 2021 och första halvåret 2022 är hämtade ur de beräkningsunderlag som tagits fram för respektive år.

Tabell 3 visar samtliga regioners måluppfyllelse avseende lettidsmålet. Ingen region uppfyller lettidsmålet och flera regioner visar försämring det första halvåret 2022 jämfört med 2021.

Regionernas beskrivningar av utmaningar och behov av utveckling

Nedan presenteras nationell sammanställning av regionernas redovisningar.

Om organisation och kvalitetssäkring av data

Regionerna betonar betydelsen av kontaktsjuksköterskor, SVF-koordinatorer samt cancersamordnare för att SVF-arbetet ska fungera.

Flera regioner lyfter fram att samarbetet mellan specialistvården och primärvården har utvecklats. Bland annat lyfts att primärvården integrerats i SVF-organisationens arbetsgrupper och styrgrupper. Vidare beskriver flera regioner att samarbetet med andra regioner vid överlämningar har utvecklats.

Regionerna betonar dock att det fortfarande finns brister i samarbetet och registreringen och framhåller det fortsatta utvecklingsbehovet vad gäller samarbetet både inom regionen och mellan regioner.

Många regioner lyfter fram behov av data för uppföljning och digitalisering av informationsöverföring och remisser samt problemet med att regionerna har olika journal-/IT-system. Vidare lyfts problemet med att den nationella väntetidsdatabasen Signe inte innehåller personnummer. Detta innebär tidskrävande manuellt arbete med uppföljning av patienten genom hela vårdprocessen för kvalitetssäkring och försvårar spårbarhet och uppföljning av patienter i mottagande region.

I redovisningarna framkommer att det finns framtagna system i de flesta regioner för kodning och kvalitetssäkring. Flera regioner uppger att de har en utsedd person som arbetar med kvalitetssäkring av SVF-data och registrering. SVF-koordinatorerna lyfts som en viktig roll i arbetet med kvalitetssäkring.

Vidare beskriver flera regioner olika pågående utvecklings- och förbättringsarbeten med kvalitetsgranskning och kvalitetssäkring. Exempelvis nämns automatisk överföring och registrering av vårdadministrativa data till den nationella väntetidsdatabasen samt kartläggningar för att identifiera flaskhalsar och brister vad gäller kodning.

Om inklusion

Flera regioner betonar att patienter erhåller vård enligt SVF även om registreringen inte alltid följer fastställda rutiner och därmed missas eller registreras i efterhand.

Vad gäller inklusion i SVF är variationerna mellan olika diagnoser relativt stora i samtliga regioner. Många av de cancerdiagnoser som ingår i SVF är ovanliga, vilket innebär små tal och betydande variationer per år. Detta blir särskilt påtagligt i mindre regioner där vissa år ingen eller enbart enstaka patienter nyinsjuknar i dessa cancerformer.

Regionerna beskriver att orsaker till missad registrering eller efterregistrering av patienter i SVF, och därmed låg inklusion, exempelvis omfattar;

- när diagnoser/SVF ändras,
- när diagnoser sätts efter behandling,
- när patienter inkommer akut,
- vid överflyttningar till annan region samt
- personalbrist.

Flera regioner beskriver olika former av förbättringsarbeten, som exempelvis automatisk överföring av vårdadministrativa data till den nationella väntetidsdatabasen, och framhåller att inklusionen som helhet har förbättrats det första halvåret 2022. Vidare beskriver regionerna att implementeringen av det nationella screeningprogrammet för tjocktarms- och ändtarmscancer samt införandet av teledermatoskopi för granskning av hudförändringar vid misstanke om hudmelanom kan bidra till förbättrad tidig upptäckt och inkludering.

Om ledtider

Regionerna beskriver att den främsta orsaken till att ledtidsmålet inte nås är brist på personal, och därmed vårdplatser, vilket påverkar väntetiderna till behandling. Brist på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom flera områden som exempelvis operation, anestesi och röntgen, brist på specialistläkare inom bland annat urologi, onkologi och patologi samt brist på biomedicinska analytiker försvårar kompetensväxling och kompetensförsörjning. Personalbristen varierar mellan regionerna och behovet av förbättrad arbetsmiljö betonas.

Förutom brist på personal som orsak till att ledtiderna inte nås anser flera regioner att de beslutade ledtiderna för vissa SVF är för snäva. Bland annat nämns att ledtiderna inte är anpassade till ny diagnostik och/eller behandling, vilket ibland leder till både ett ökande antal patienter och att fler undersökningar ingår i vissa SVF.

Flera regioner beskriver också att orsaker till längre vårdförlopp, och därmed ökade ledtider, är när patienter eller prover behöver skickas till andra regioner för undersökning samt patientvald väntan.

I flera regioner pågår löpande uppföljning av ledtiderna och förbättringsåtgärder genomförs där det är möjligt.

Om PREM-enkäter

Samtliga regioner uppger att PREM-enkäter skickats ut 2022 och att resultaten används, eller planeras att användas, i förbättringsarbetet.

Vissa regioner beskriver spridning av resultat till patient- och närstående råd för diskussion och reflektion liksom spridning till europeisk cancerkonferens. En region betonar betydelsen av PREM-enkäter för att upptäcka patienters oro och ångest. En region betonar PREM-enkäternas betydelse för att identifiera glädjeämnen och förbättringsområden.

Om urologin

Det framgår av regionernas redovisningar att en nationell genomlysning av urologin påbörjats för att stödja regionerna i arbetet med att långsiktigt förbättra tillgängligheten och kvaliteten inom detta område.

Enligt flera regioner råder stor brist på personal inom urologin. Regionerna beskriver att de har infört, eller planerar att införa, olika förbättrings- och utvecklingsåtgärder. Dessa omfattar exempelvis organiserad prostatacancer-testning och kompetensväxling vad gäller sjuksköterskor. Vidare påverkar förändrad behandling, som exempelvis strålbehandling istället för kirurgi, prostatacancer-vården, vilket ger möjlighet till operation för andra cancerformer.

Regionernas synpunkter vad gäller fortsatt nationellt arbete med SVF

Flera regioner framför synpunkter och förslag till förbättringar vad gäller området som är särskilt viktiga för nationell samverkan.

Dessa omfattar exempelvis behov av långsiktigt gemensamt arbete för att hantera utmaningarna med kompetensförsörjning inom cancervården, bland annat för att förbättra väntetiderna. Vidare nämns behov av ökad nationell satsning riktad till primärvården (som exempelvis framtagande av kunskapsstöd som omfattar patienter i primärvården med alarmsymtom och kombinationer av symtom).

Flera regioner framför behov av översyn av inklusionen/inklusionsmålet och ledtiderna/ledtidsmålet. Exempel på förslag och behov är att cancerdiagnoser med få patienter inte ska inkluderas i inklusions- och ledtidsmålen, att inklusionen ska begränsas (dvs. att definitionen vad gäller välgrundad misstanke ska revideras), att ledtiderna snabbare ska anpassas till förändringar i vården, att mätning av delledtider ska inkluderas samt att patientvald väntan ska synliggöras.

Regionerna betonar även behov av fortsatt nationellt och regionalt arbete med digitalisering, standardisering och kvalitetssäkring samt identifierbara data genom personnummer i den nationella väntetidsdatabasen Signe.

Socialstyrelsens sammanfattande slutsatser

Socialstyrelsen bedömer att regeringens satsning på SVF inneburit utveckling av ett nationellt gemensamt och enhetligt arbetssätt samt förbättrat samarbete nationellt och mellan regioner, verksamheter, primärvård och specialistvård som långsiktigt har bidragit till ökad kvalitet och jämlikhet inom cancervården.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att de 21 regionerna under 2022 bedrivit utvecklingsarbete inom samtliga områden som omfattas av överenskommelsen mellan staten och SKR. Det övergripande nationella inklusionsmålet om 70 procent för alla SVF sammantagna uppnås av 20 av de 21 regionerna. Det nationella ledtidsmålet uppnås liksom tidigare år inte av någon region och måluppfyllelsen har försämrats i flera regioner.

Regionerna lyfter den multiprofessionella specialistkompetensbristen när det gäller diagnostik och behandling som den största utmaningen, vilket påverkar både inklusions- och ledtidsmålet.

Brister i registrering påverkar framför allt inklusionen och variationen i antalet inkluderade patienter mellan de olika förloppen. Registrering av diagnostik och behandling i annan region förefaller särskilt problematiskt i mindre regioner. Flera regioner framhåller dock att patienter får god vård och utredning enligt SVF, även om detta inte alltid registreras på ett optimalt sätt i SKR:s nationella väntetidsdatabas.

Regionerna beskriver även många olika förbättringsåtgärder som genomförts. Samtliga regioner uppger att PREM-enkäter skickats ut 2022 för uppföljning av patienternas upplevelser av vården och att resultaten används, eller planeras att användas, för att förbättra cancervården.

Att kontinuerligt se över och anpassa SVF till den utveckling som sker inom cancervården lyfts fram av flera regioner som en viktig uppgift.

Sammanfattningsvis handlar regionernas beskrivningar av utmaningar och utvecklingsbehov med SVF-arbetet främst om personalbrist och brister i registreringen, men många regioner lyfter att patienterna omhändertas trots dessa brister.

Socialstyrelsen konstaterar att samtliga regioner arbetar enligt överenskommelsen med kontinuerliga förbättringar för att minska väntetiderna i cancervården. Övergripande utmaningar som regionerna beskriver är huvudsakligen gemensamma för flera cancerdiagnoser och regioner och handlar framför allt om kompetensförsörjning, arbetsmiljö och olika former av kapacitetsbrister. Flera regioner framhåller också behov av fortsatt utvecklingsarbete när det gäller kvalitetssäkring för att säkerställa enhetlig kodning och registrering av vårdadministrativa uppgifter. De mindre regionernas utmaningar vad gäller tillgång till nyckelkompetenser och registrering uppges mer påtagliga.

Socialstyrelsen avser att fördjupa analysen om sammanhållna vårdprocesser och väntetider inom ramen för arbetet med uppdraget *Förordning (2019:7) om statsbidrag för verksamhet i regionala cancercentrum*. Denna analys kommer bland annat baseras på regionernas redovisningar, data om SVF, intervjuer samt platsbesök vid samtliga RCC.

Vidare planerar Socialstyrelsen att inom ramen för det nationella planeringsstödet genomföra en utvecklad analys för att på ett bättre sätt än tidigare möjliggöra bedömningar över tillgång och efterfrågan av legitimerad personal i hälso-

och sjukvården samt tandvården. Ett fokusområde för 2023 års analys⁷ är exempel på bemanningsutmaningar och framtida kompetensbehov inom cancervården.

Detta uppdrag omfattar en övergripande analys av regionernas utmaningar och behov. Eftersom Socialstyrelsens förordningsstyrda uppdrag enbart redovisas vartannat år, och för att minska regionernas uppgiftslämnarbörda, föreslår myndigheten att mallen som tagits fram av RCC i samverkan och Regeringskansliet (bilaga 1) ses över och avgränsas om föreliggande uppdrag återkommer 2023. En förkortad mall tillsammans med datauttaget är tillräckligt för att bedöma villkorsuppfyllelsen och göra en avgränsad nationell sammanställning och bedömning.

⁷ Redovisas den 28 februari 2023.

Bilaga 1. Mall för regionernas redovisningar

Enligt överenskommelsen ska respektive regionalt cancercentrum (RCC) senast den 30 september 2022 samlat skicka in regionernas redovisning av arbetet med SVF till Socialstyrelsen. Regionernas redovisningar ska göras i enlighet med den mall RCC i samverkan tagit fram i samråd med Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Redovisning av införande av standardiserade vårdförlopp (SVF) - RCC Sydöst (cancercentrum.se)

1. Organisation

- Hur har SVF-organisationen fortsatt att fungera under 2022?
- Hur fungerar samarbetet mellan primärvård och specialiserad vård?
- Hur fungerar samarbetet med andra regioner?
 - ✓ *Har rutinerna för registrering och remissrutiner för SVF-patienter som skickas till andra regioner förändrats under 2022?*
 - ✓ *Har registrering och remissrutiner för SVF-patienter som tas emot från andra regioner förändrats under 2022?*
 - ✓ *Finns förslag på åtgärder som skulle förbättra handläggning eller registrering av patienter som remitteras över regiongränserna?*

2. Inklusionen i SVF

Målet är att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp (inklusionsmålet). Måluppfyllelsen beräknas för regionen som helhet, sammantaget för alla SVF som införts före 2021.

- Ange regionens inklusion som helhet (ur RCC:s rapport, uttag 25 augusti 2022)
- Vilka diagnoser ligger under inklusionsmålet?
- Hur arbetar ni för att förbättra inklusionen i dessa diagnoser?
- Arbetar ni med ytterligare åtgärder för att förbättra inklusionen i regionen som helhet – hur?

3. Ledtiderna i SVF

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 dokumenten.

- Inom vilket område(n) finns de största hindren för att uppnå ledtidsmålen? T.ex. diagnostisk process, specialitet, organisatorisk enhet, annat. Vilka insatser har regionen gjort för att förbättra ledtiderna på dessa områden?
- Beskriv övrigt förbättringsarbete i syfte att korta ledtiderna.

4. Kvalitetssäkring av SVF-data under 2022

- Vilket kvalitetssäkringsarbete av SVF-data pågår eller är planerat i regionen?
- Vilket stöd önskar regionen från RCC i kvalitetssäkringsarbetet?

5. Handlingsplan för införande av standardiserat vårdförlopp för MPN

Det standardiserade vårdförloppet för myeloproliferativ neoplasi, MPN, fastställdes den 11 januari 2022 och kan rapporteras till väntetidsdatabasen. Vårdförloppet kommer att ingå i beräkningen av inklusions- och ledtidsmål från 1 januari 2023.

- När planerar regionen att börja inkludera och registrera patienter i vårdförloppet?
- Planerar regionen att skicka PREM-enkäter till personer som inkluderats i vårdförloppet redan under 2022?
- Ser regionen några utmaningar med införandet av det nya vårdförloppet och hur avser man i så fall att lösa dessa?

6. PREM-enkäter

Ett villkor för medelstilldelning 2022 är att regionerna skickar ut och använder PREM-enkäten i sin uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

- Har regionen börjat skicka ut PREM-enkäter för SVF 2022?
- Hur planerar regionen att använda resultaten av PREM-enkäten i uppföljningen av vårdförloppen?

7. Särskilda insatser för urologin

Vilka insatser planeras eller har genomförts i regionen för att förbättra tillgängligheten för patienter inom urologin?

8. Användning av SVF-medel under 2022

I vilka verksamheter eller områden har medlen huvudsakligen använts eller planerar att användas under 2022? Ge exempel på insatser som har stöttats.

9. Fortsatt nationellt arbete med SVF

Delge oss gärna synpunkter på områden som är särskilt viktiga för nationell samverkan framöver.

i **Nämnaren** är det förväntade antalet cancerpatienter per år som redovisas i beräkningsunderlagen. Där hänvisas alla patienter till den region där de är folkbokförda, oavsett var patienten fått diagnos eller behandling. För *Allvarliga ospecifika symtom* och *Cancer utan känd primärtumör (CUP)* går det inte att definiera en nämnare så de ingår inte i mätningen av inklusionsmålet. Eftersom antalet patienter i nämnaren för inklusionsmålet är ett skattat antal, och inte det faktiska antalet för sammanställningsperioden, kan det ibland inträffa att antalet patienter i täljaren är större än i nämnaren. I dessa fall anges måluppfyllnaden till 100 procent, men inte över. **Täljaren** är de patienter som enligt Signe har startat sitt SVF i regionen.

ii Hur regionerna når de uppsatta målen för inklusion och ledtider i de standardiserade vårdförloppen följs upp på nationell nivå med hjälp av särskilda KVÅ-koder som sätts vid nationellt definierade tidpunkter. Regionerna rapporterar in dessa mätpunkter till SKR:s nationella databas Signe. På grund av en teknisk lösning vid uttag från databasen kom inte ett antal patienter med vid beräkning av inklusionen för Region Gotland. Orsaken är att den lösning för registrering via SVF INCA som Region Stockholm-Gotland använder medför att patienter överflyttade från Gotland till Stockholm för behandling inte kom med i uttaget. När detta uppdagades gjordes uttaget ur databasen på ett annat sätt och patienterna räknas med i Gotlands inklusion. I en ny korrigerad beräkning för januari – juni 2022 ökar Gotlands inklusion i SVF från 71 till 86 procent.

iii Ledtiderna varierar beroende på cancerdiagnos och typ av behandling. Patienter med negativa ledtider och ledtider över 365 dagar ingår inte i mätningarna av ledtidsmålet. **Nämnaren** är de patienter som enligt Signe har startat sitt SVF i regionen följt av behandlingsstart. Notera att inte alla patienter med giltiga behandlingskoder ingår här. Det beror på att en del behandlingskoder saknar angiven ledtid för vissa diagnoser. Det gäller framför allt palliativ vård. En del patienter som ingår i beräkning av inklusionsmålet exkluderas således vid beräkning av ledtidsmålet. Notera också att diagnoserna *Allvarliga och ospecifika symtom* och *CUP* ingår i mätningarna av ledtidsmålet. **Täljaren** är de patienter i nämnaren som har startat behandling inom angiven ledtid. För att kunna uttala sig om hur väntetidsläget ser ut måste hänsyn tas till inklusionsmålet inom aktuell diagnos eftersom väntetiderna enbart visas för de patienter som inkluderats i SVF. Om inklusionsmålet inte är uppfyllt, framför allt om en region ligger långt från målet, redovisas väntetiderna enbart för en begränsad del av alla cancerpatienter. Statistiken kan då ge en helt annan bild än det verkliga väntetidsläget. Om en diagnos har färre än fem patienter som ingår i mätning av ledtidsmålet redovisas inget resultat. Dessa patienter ingår dock i totalerna.