

Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF

En analys av SVF-data ur SKRs
väntetidsdatabas 2017–2019

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2020-02-07	Version 1.0
2020-02-12	Version 1.1 Ny version av <i>Figur 9 – Andel och antal patienter som utretts inom angiven ledtid enligt SVF under första halvåret 2019 uppdelat per region</i> . Den publicerade figuren innehöll felaktigt data från SVF för cancer i urinblåsa och urinvägar som skulle ha exkluderats. Analysen i rapporten är gjord utifrån en korrekt figur.

Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF
Rapporten utgiven av: RCC i samverkan

Februari 2020

Innehållsförteckning

Kapitel 1

Bakgrund.....	5
Syfte med rapporten.....	5
Datakällor.....	5

KAPITEL 2

Huvudsakliga fynd	7
Slutsatser för inklusions- och ledtidsmålet.....	7
Hur stor andel av cancerpatienterna utreds enligt SVF?.....	7
Hur har väntetiderna inom cancervården utvecklats?.....	7
Hur långt från ledtidsmålet är vi?.....	9
Hur har väntetiderna i specialiserad vård generellt utvecklats i Sverige?.....	11
Redovisning av målen utifrån region och diagnos.....	12

KAPITEL 3

Datakällor.....	17
Signe-databasen.....	17
Kvalitetssäkring av Signe-databasen.....	17
Kvalitetsregistren.....	18
Vad är skillnaden mellan datakällorna?.....	18

Appendix I

Väntetider per diagnos och behandling.....	20
Akut leukemi (ALL och AML).....	21
Allvarliga ospecifika symtom.....	22
Analcancer.....	23
Bröstcancer.....	24
Bukspottkörtel- och gallvägscancer.....	26
Cancer i urinblåsa och urinvägar.....	28
Cancer utan känd primärtumör (CUP).....	29
Hjärntumörer.....	30
Hudmelanom.....	31
Huvud- och halscancer.....	33
Levercancer.....	35
Livmoderhalscancer.....	36
Livmoderkroppscancer.....	38
Lungcancer.....	39
Maligna lymfom och KLL.....	42
Matstrups- och magsäckscancer.....	45
Myelom.....	48
Njurcancer.....	50
Peniscancer.....	52
Prostatacancer.....	53

Skelett- och mjukdelssarkom.....	57
Sköldkörtelcancer.....	58
Testikelcancer.....	59
Tjock- och ändtarmscancer.....	60
Äggstockscancer.....	63

Appendix II

Jämförelse mellan SVF-registrering och kvalitetsregister.....	65
Analcancer.....	65
Bröstcancer.....	66
Cancer i bukspottkörtel.....	66
Cancer i urinblåsa och urinvägar.....	67
Hjärntumörer.....	67
Hudmelanom.....	68
Lungcancer.....	68
Matstrups- och magsäckscancer.....	69
Prostatacancer.....	69

KAPITEL 1

Inledning

Bakgrund

2015 infördes de fem första standardiserade vårdförloppen, SVF, och därefter har ytterligare 26 SVF införts under 2016-2019. Syftet var att korta väntetiderna samt att minska de regionala skillnaderna för att skapa en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet. Redan från start sattes tydliga mål för uppföljning år 2020 upp. Detta är den andra av två rapporter för att titta på utvecklingen av ledtiderna och hur vi ligger till i relation till målen.

Mål med SVF-satsningen

År 2020 är målet att

- 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp, här kallat inklusionsmål
- 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i dokumenten, här kallat ledtidsmål.

Syfte med rapporten

Syftet med rapporten är att ge en bild av hur måluppfyllelsen för inklusions- respektive ledtidsmålen ser ut. Det vill säga hur stor del av cancerpatienterna utreds enligt SVF, hur väntetiderna i cancervården ser ut och hur har de förändrats sedan införandet av SVF.

För att kunna uttala sig om hur väntetidsläget ser ut måste man förhålla sig till inklusionsmålet inom aktuell diagnos, eftersom väntetiderna bara visas för de patienter som inkluderats i SVF. Om inklusionsmålet inte är uppfyllt, fr.a. om man ligger långt ifrån målet, redovisas väntetiderna enbart för en begränsad del av alla cancerpatienter och kan då ge en helt annan bild än det verkliga väntetidsläget.

Datakällor

Registrering av väntetider och inrapportering till SKRs väntetidsdatabas Signe startade 2015 och var då ny för regionerna. De ledtider som rapporteras in till Signe-databasen är datum för välgrundad misstanke (start av SVF) och datum för avslut (start av första behandling eller annat avslut). Utöver dessa obligatoriska mätpunkter finns flera frivilliga mätpunkter för delledtider inom respektive vårdförlopp. De flesta regioner använder sig internt av dessa delledtider för att bättre kunna följa vårdförloppen lokalt, identifiera flaskhalsar och kontinuerligt arbeta med förbättringar av processerna men mätpunkterna rapporteras inte in till Signe-databasen.



Ett stort arbete med att säkerställa tolkning av kodningsvägledningarna och att kvalitetssäkra data i registret har gjorts de två senaste åren. Trots detta finns fortfarande problem med registrering i många vårdförlopp. För vårdförloppet för cancer i urinblåsa och urinvägar håller data inte tillräckligt hög kvalitet för att man ska kunna dra några slutsatser vad gäller väntetider. Det beror bland annat på att det har funnits en stor variation av hur kodningsvägledningen tolkats. Dessutom har mätpunkterna ändrats under 2018 vilket innebär att data inte är jämförbara.

Redovisningen av väntetider i den här rapporten baseras på data från Signe-databasen med undantag för SVF cancer i urinblåsa och urinvägar där data från kvalitetsregistret för urinblåsa och urinvägscancer (SNRUBC) har använts.

De nationella kvalitetsregistren inom cancerområdet är en annan datakälla där väntetider registreras. Några register, men inte alla, redovisar vilka patienter som har utretts enligt ett SVF. Respektive kvalitetsregister använder olika mätpunkter för start av SVF och för start av första behandling. I appendix II redovisas vilka kvalitetsregister som registrerar utredning enligt SVF, skillnader mellan kvalitetsregistren och Signe-databasen samt vilka mätpunkter som är jämförbara mellan de olika datakällorna.

En jämförelse av data i kvalitetsregistren och Signe-databasen publicerades 2018. En slutsats i rapporten var att Signedatabasen väl kan användas för att kommentera väntetidsläget på riksnivå eftersom jämförelsen av väntetider mellan kvalitetsregister och Signe-databasen på en övergripande nivå visar en relativt god överensstämmelse. Därför har ingen jämförelse med kvalitetsegisterdata gjorts i denna rapport. [Rapporten finns på RCCs webbplats.](#)

KAPITEL 2

Huvudsakliga fynd

Slutsatser för inklusions- och ledtidsmålet

- Inklusionsmålet är uppfyllt på nationell nivå. Under första halvåret 2019 inkluderades 74 % av alla patienter med nydiagnostiserad cancer (inom aktuella diagnoser) i ett SVF. Det innebär att de flesta cancerpatienter utreds på ett enhetligt och kvalitetssäkrat sätt i Sverige. Några få regioner når dock inte upp till målet.
- På nationell nivå är det 11 SVF som inte når inklusionsmålet. Det kan finnas flera orsaker till detta, flertalet av dessa är ovanliga diagnoser och SVF som införts sent i väntetidssatsningen.
- Det är svårt att ge en enhetlig bild av väntetidsläget då spridningen av väntetider mellan såväl cancerdiagnoser som regioner är stor.
- Mellan 2017 och 2019 har väntetidsläget för cancer sett oförändrat ut på nationell nivå. Under samma period har väntetidsläget i Sverige generellt försämrats.
- I många vårdförlopp ses en minskad spridning av ledtiderna (20:e och 80:e percentilen) vilket kan tyda på att det lokala processarbetet ger resultat.

Hur stor andel av cancerpatienterna utreds enligt SVF?

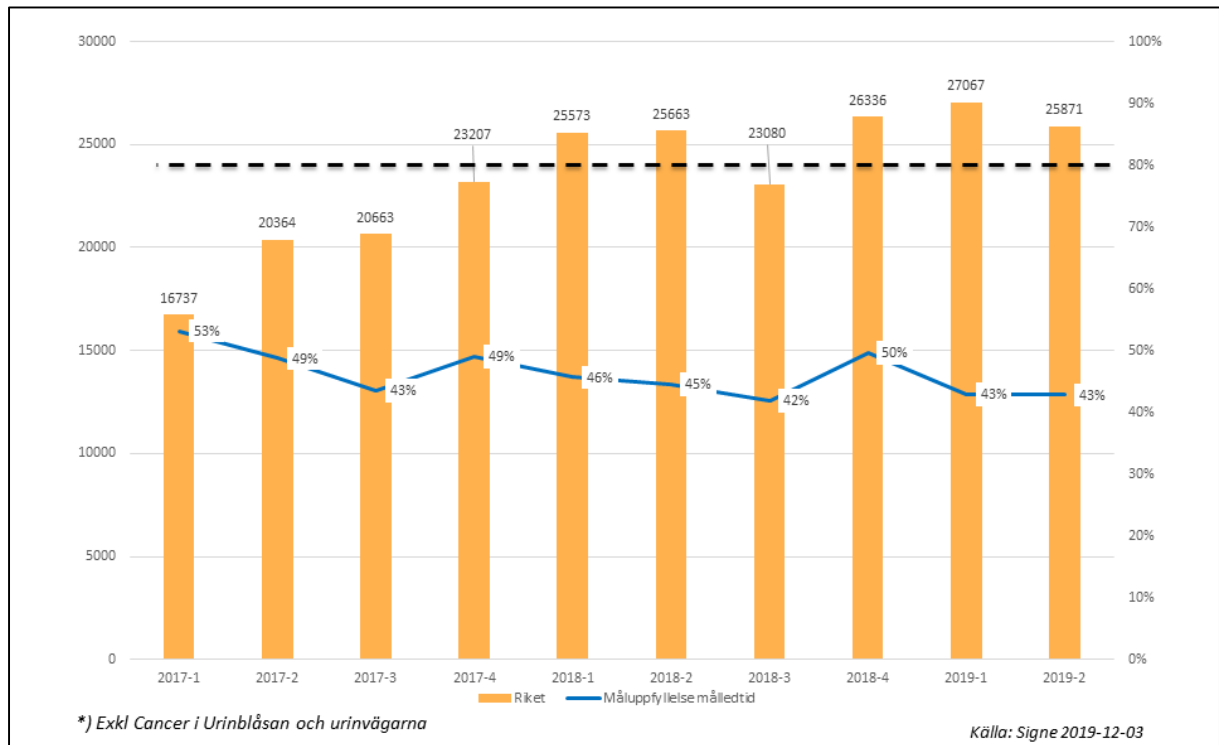
Totalt har antal patienter som utretts enligt SVF ökat sedan starten 2015 och idag finns över 370 000 patienter i Signe-databasen. Denna rapport bygger på data från 2017 till och med första halvåret 2019 vilket inkluderar knappt 280 000 patienter.

Totalt utreddes 74 % av alla cancerpatienter inom ett SVF under första halvåret 2019. Det innebär att inklusionsmålet uppnås redan idag. Majoriteten av patienter med symtom som kan bero på cancer får därmed en standardiserad och evidensbaserad utredning. Av vikt är också att patienter som inte fått en cancerdiagnos har genomgått en standardiserad utredning.

Även om målet på riksnivå är uppnått finns fortfarande en viss variation, framför allt mellan olika diagnoser men även mellan regionerna, se [Redovisning av målen utifrån region och diagnos](#).

Hur har väntetiderna inom cancervården utvecklats?

Den genomsnittliga ledtiden för all cancer inom SVF är i stort sett oförändrad under rapportens mätperiod och andel patienter som utreds inom den uppsatta ledtiden ligger mellan 40 och 50 % (figur 1). Det är dock svårt att ge en enhetlig bild av alla cancerdiagnoser och alla regioner eftersom spridningen av väntetider mellan såväl cancerdiagnoser som regioner är stor.

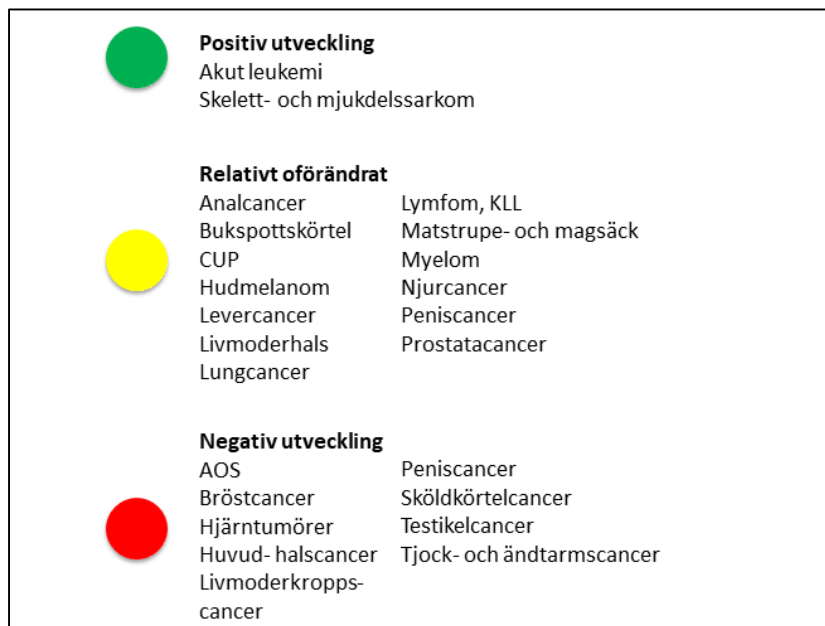


Figur 1 – Antal patienter totalt som utretts enligt SVF per kvartal, samtliga förlopp sammanslaget (gula staplar) samt andel av de patienter som fått en cancerdiagnos som uppnår väntetidsmålet (blå linje).

Det kan konstateras att de flesta diagnoser på riksnivå har långt kvar till ledtidsmålet. Undantaget är Akuta leukemier, där över 80 % av patienterna får vård inom mållåddtiden. De flesta diagnoser ligger i spannet 30–60 % och enstaka diagnoser ligger under 20 % i måluppfyllelse. Det förefaller vara svårare att nå målet för strålbehandling jämfört med kirurgi i de förlopp där båda behandlingsalternativen är möjliga.

Att de flesta diagnoser har långt till ledtidsmålen är inte överraskande eftersom tiderna är satta utifrån ett ”optimalt perspektiv”. Samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Ledtiderna anger alltså hur fort det skulle kunna gå att genomföra en komplett handläggning om det inte fanns några köer eller andra hinder. Målet är att i största möjliga omfattning nå de ledtider som stipuleras men deltagande i ett SVF innebär ingen garanti för detta.

Enstaka vårdförlopp visar en positiv utveckling av ledtiderna, medan andra ligger kvar på samma nivå. För ett antal förlopp har ledtiderna försämrats under mätperioden (figur 2).



Figur 2 – Utveckling av ledtidsmålet över tid för respektive vårdförlopp, på nationell nivå.

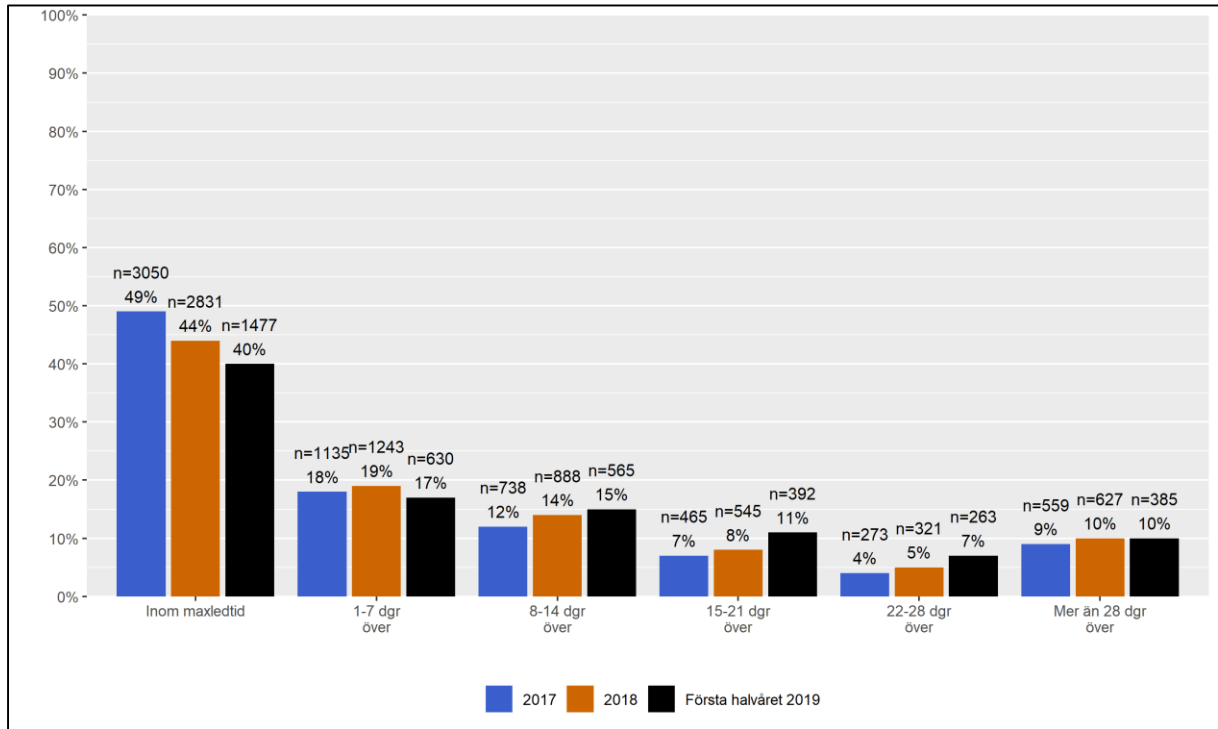
Hur långt från ledtidsmålet är vi?

Att ledtidsmålet inte är uppnått visar att många patienter väntar längre än de ledtider som anges i respektive SVF, men det visar inte hur länge de väntar och därmed inte hur nära regionerna är att nå ledtidsmålen. Det innebär att ledtiderna behöver redovisas på flera olika sätt.

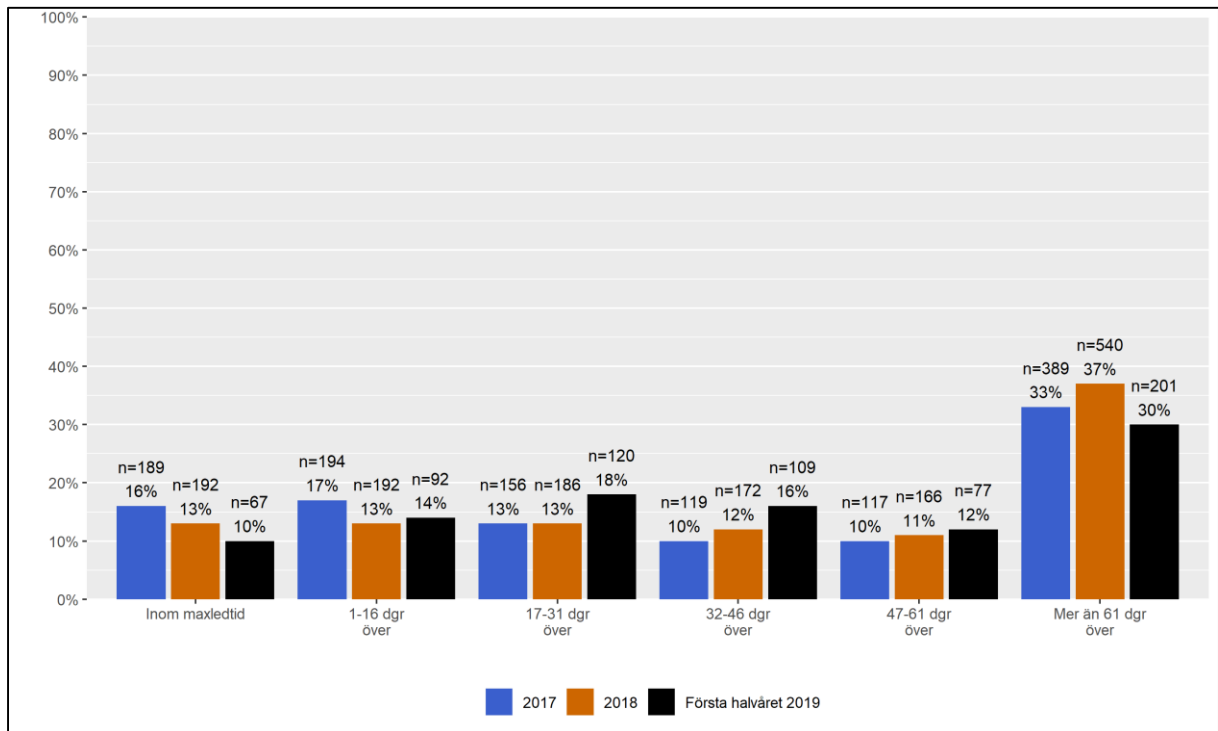
Ett sätt att visualisera hur nära, eller långt ifrån, målet vi ligger är stapeldiagrammen nedan som visar exempel för riket. Figuren visar hur många som har fått behandling inom den angivna ledtiden, men också hur många extra dagar de patienter väntat som inte har fått behandling i tid. Staplarna visar hur stor andel som väntat 25, 50, 75, 100 och mer än 100 % längre än den angivna ledtiden för den aktuella diagnosen och behandlingen. Tre exempel visas nedan (figur 3–5).

Den första figuren (figur 3) visar data för bröstcancer, kirurgisk behandling. Första halvåret 2019 startade 40 % av patienterna sin behandling inom angiven ledtid, 28 dagar. 10 % fick vänta mer än dubbelt så länge (alltså mer än 100 % över angiven ledtid, stapeln längst till höger i figuren).

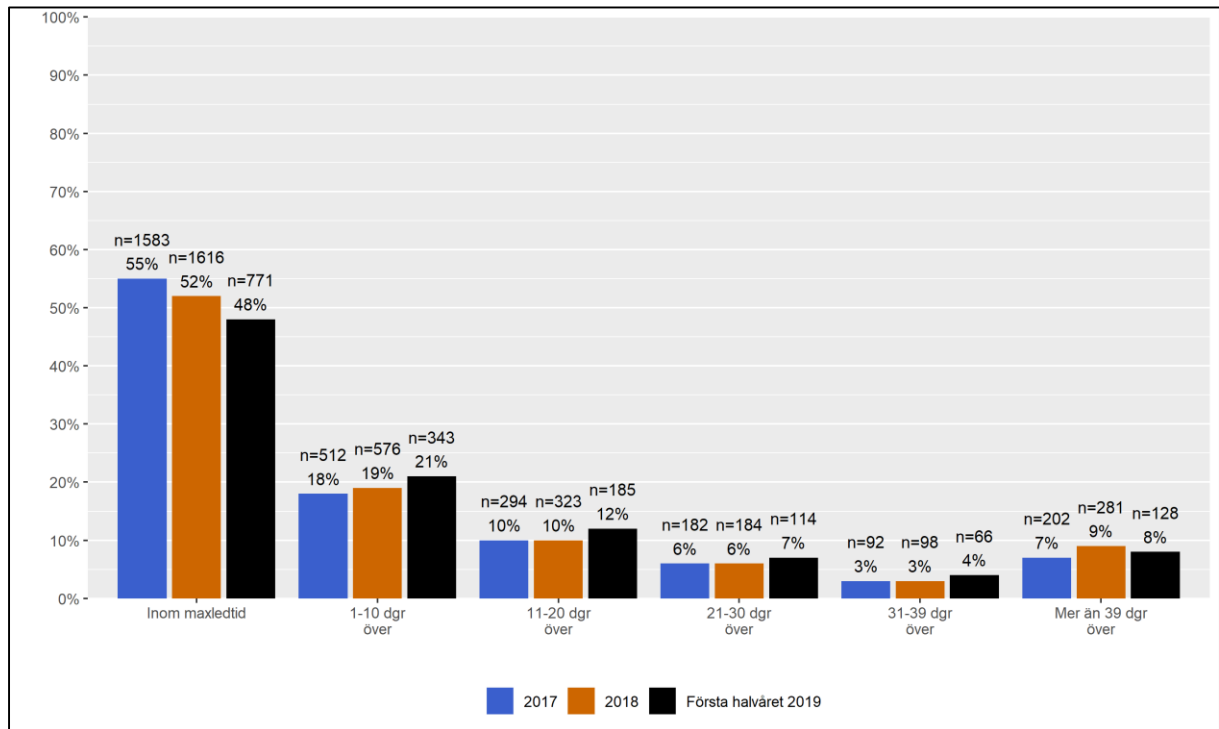
Denna typ av redovisning kommer att publiceras, med kontinuerlig uppdatering, på cancercentrum.se från och med våren 2020.



Figur 3 – Bröstcancer, andel patienter som startat kirurgisk behandling inom angiven ledtid, 28 dagar, eller 25 %, 50 %, 75 %, 100 % respektive mer än 100 % över angiven ledtid.



Figur 4 – Prostatacancer, andel patienter som startat kirurgisk behandling inom angiven ledtid, 61 dagar, eller 25 %, 50 %, 75 %, 100 % respektive mer än 100 % över angiven ledtid.

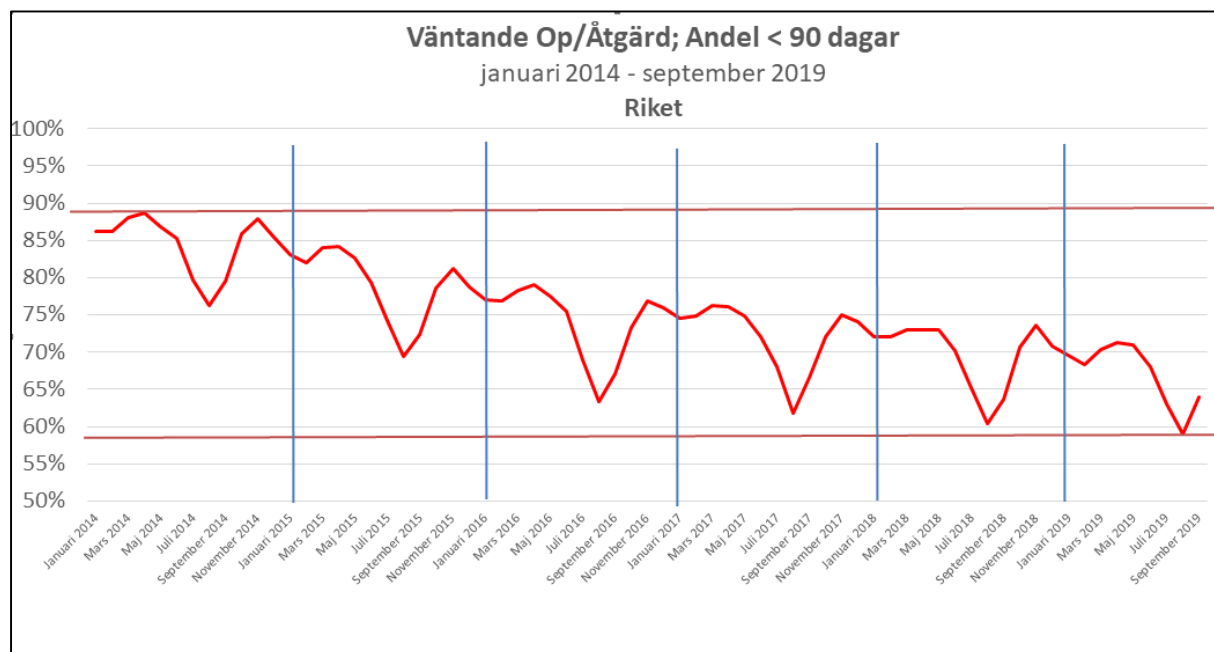


Figur 5 – Tjock- och ändtarmscancer, andel patienter som startat kirurgisk behandling inom angiven leadtid, 39 dagar, eller 25 %, 50 %, 75 %, 100 % respektive mer än 100 % över angiven leadtid.

Hur har väntetiderna i specialiserad vård generellt utvecklats i Sverige?

Ett mått på väntetidsläget i specialiserad vård är vårdgarantiläget, dvs. andelen patienter som väntar på åtgärd/operation inom vårdgarantins 90 dagar. Figur 6 visar måluppfyllelsen för vårdgarantin. Canceroperationer ingår i den statistiken och går inte att urskilja från övriga operationer. Därför kan motsvarande kurva för enbart cancerpatienter inte tas fram ur samma databas.

Eftersom leddiderna för cancerpatienter i Signe-databasen i huvudsak ligger kvar på ungefär samma nivå är vår tolkning att cancer vården inte följer samma tydligt negativa trend som specialiserad vård i övrigt. Satsningen på väntetider i cancer vården har varit ett sätt att hålla emot den negativa väntetidsutvecklingen i Sverige.



Figur 6 – Andel väntande till operation/åtgärd som väntat kortare tid än 90 dagar, i enlighet med vårdgarantis tidsgräns. Den omfattar alla planerade operationer i specialiserad vård oberoende av specialitet (Källa: www.vantetider.se)

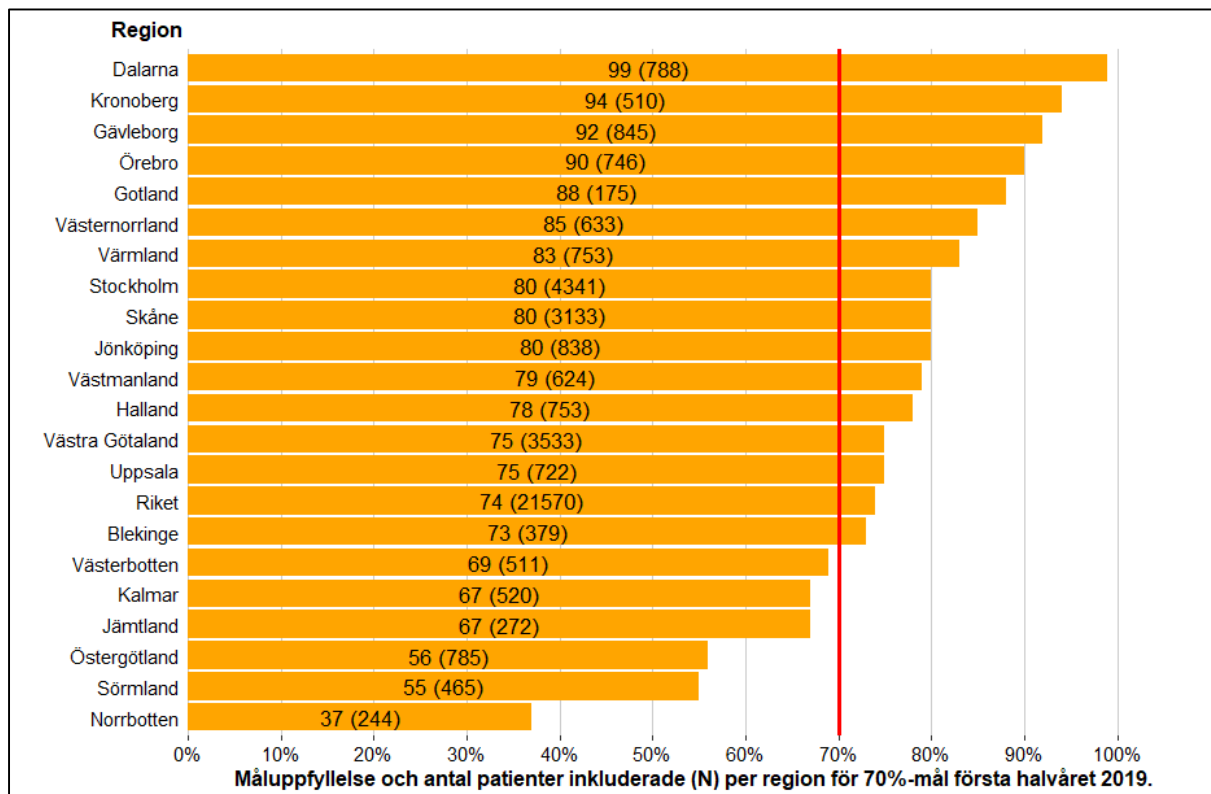
Redovisning av målen utifrån region och diagnos

Att ge en enhetlig bild över SVF-data är svårt då variationen i jämförelse med inklusions- respektive ledtidsmålet är mycket stor, både mellan de olika diagnoserna och mellan regionerna. Övergripande ser vi att inklusionsmålet uppnås medan ledtidsmålet fortfarande ligger en bit fram. Notera att antal patienter i respektive region inte stämmer helt och hållet i de två diagrammen, inklusionsmålet och ledtidsmålet. Detta beror på att data för SVF för allvarliga ospecifika symtom och cancer med okänd primärtumör saknas i inklusionsmålet eftersom det inte går att ta fram underlag för dessa diagnoser från cancerregistret för jämförelse.

I redovisningen för ledtidsmålet saknas SVF för cancer i urinblåsa och urinvägar då data i Signe för väntetider för detta förlopp inte är tillförlitliga se [appendix I](#).

Inklusionsmålet per region

På riksnivå utreds 74 % av alla som får en cancerdiagnos enligt SVF vilket uppfyller det uppsatta målet för 2020 (figur 7). Dock ses en stor variation mellan regionerna. Två anledningar till den stora variationen är dels att man inte utreder alla patienter enligt SVF, dels att regionerna har svårigheter att registrera och rapportera till Signedatabasen. Av regionernas redovisningar till Socialdepartementet framstår problem med registreringen som den största orsaken till låg måluppfyllnad.



Figur 7 – Andel och antal patienter, av de som fått en cancerdiagnos, som utretts enligt SVF under första halvåret 2019 uppdelat per region.

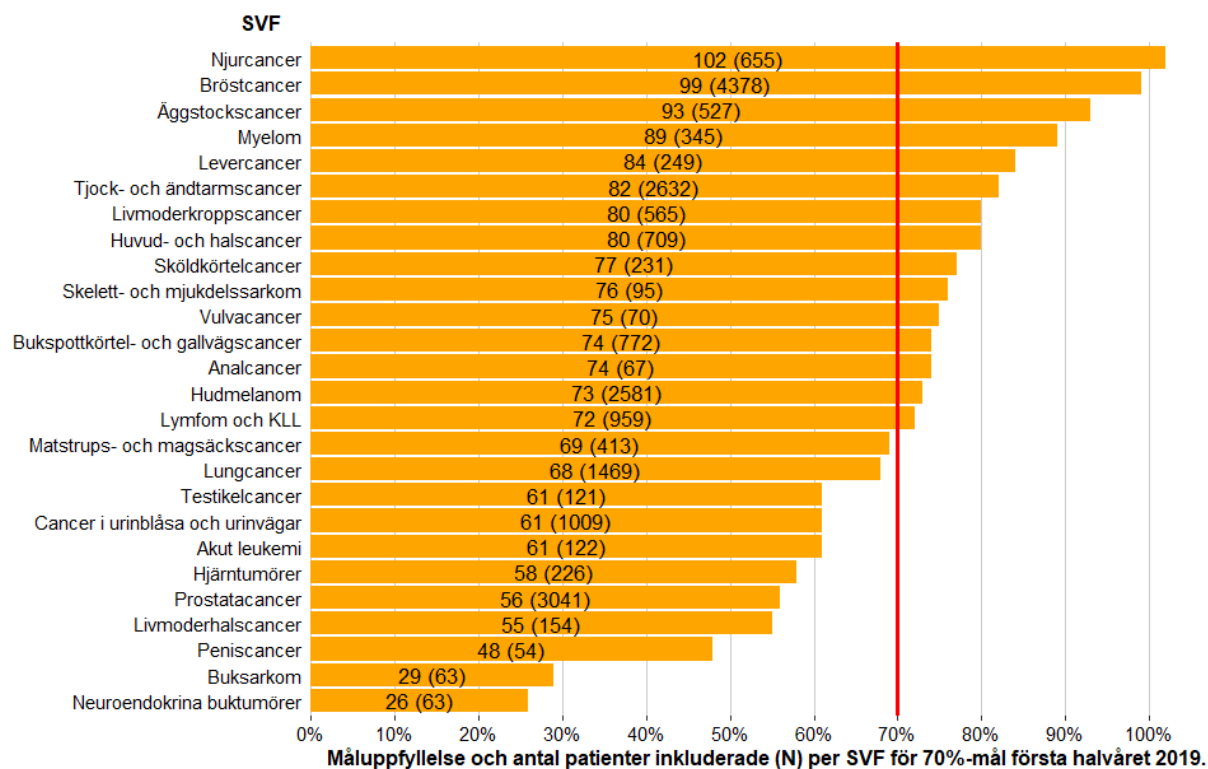
Inklusionsmålet per SVF

Det finns också en stor variation i måluppfyllelse mellan olika diagnoser (figur 8). Ett exempel är neuroendokrina tumörer där man ofta misstänker en annan cancerdiagnos men där det efter det kirurgiska ingreppet visar sig vara en neuroendokrin tumör. Dessa patienter registreras aldrig i SVF för neuroendokrina tumörer eftersom behandlingen redan är startad. Inte heller prostatacancer, som infördes 2015, når upp till inklusionsmålet. Det finns flera orsaker till varför prostatacancer inte når målnivån. En förklaring som lyfts fram är att många patienter redan går på regelbundna kontroller i specialistvården. När misstanken om cancer blir välgrundad är patienten redan under utredning och därför startas inget SVF.

Njuncancer, bröstcancer och äggstockscancer ligger däremot högt i relation till inklusionsmålet. Bröstcancer är ett vårdförlopp där man redan innan införandet av SVF arbetat mycket med tillgängligheten och omhändertagandet av patienterna och det är därför troligt att statistiken speglar verkligheten, alltså att de allra flesta bröstcancerpatienter utreds i SVF. För äggstockscancer och njuncancer är förklaringen troligen att SVF-statistiken inkluderar patienter utan cancerdiagnos.

Inklusionsmålet beräknas genom att antalet patienter som startat behandling i SVF jämförs med antalet anmälda cancerfall i cancerregistret. Beräkningen förutsätter alltså att de patienter som startar behandling inom SVF har en cancerdiagnos. Det stämmer i de flesta fall men i vårdförloppet för äggstockscancer och njuncancer startar behandlingen utan att patienten har en säker cancerdiagnos.

I vårdförloppet för äggstockscancer opereras många patienter innan de har en säker cancerdiagnos. I och med operationen avslutas SVF som ”första behandling, kirurgi” och patienten registreras i Signe-databasen. Den registreringen ligger kvar även om det efter operationen visar sig att tumören var godartad. Det gör att de blir falskt för många cancerpatienter i Signe-databasen. En liknande förklaring finns för njurcancer där många patienter med små oklara tumörer eller cystor avslutas med koden för exspektans men inte rapporteras inte till cancerregistret då de inte har en verifierad cancerdiagnos.



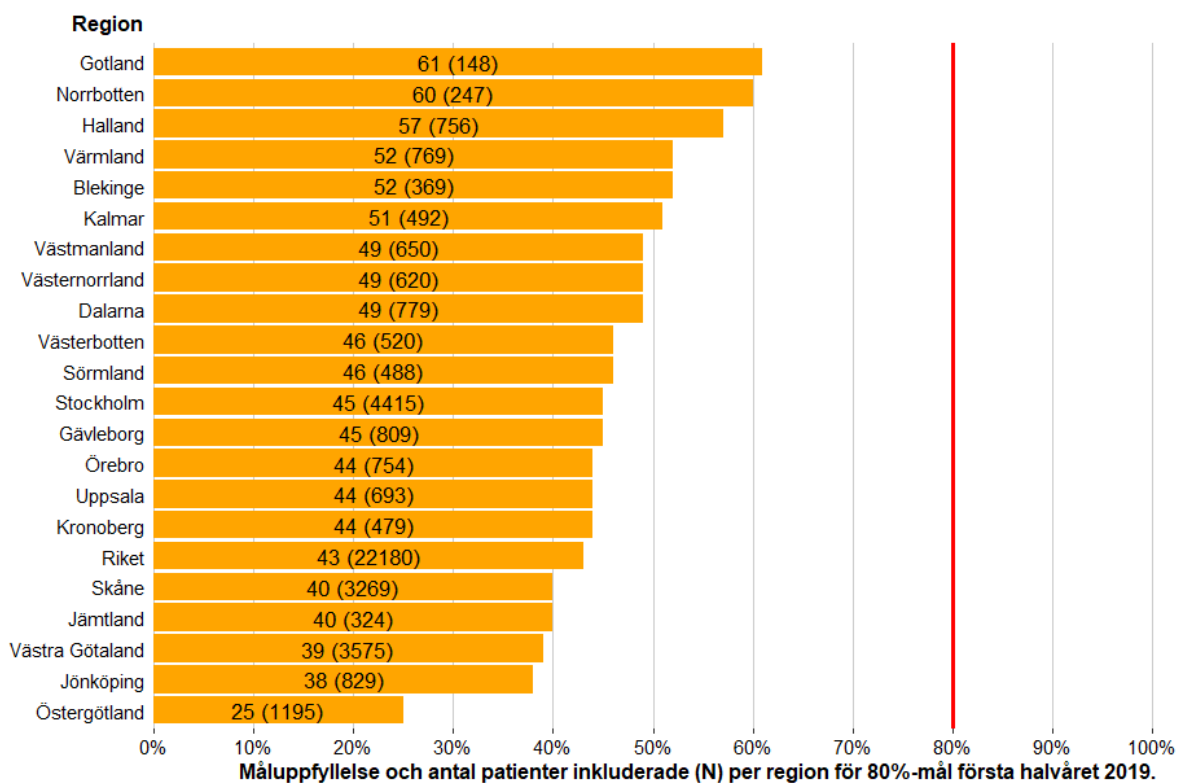
Figur 8 – Andel och antal patienter, av de som fått en cancerdiagnos, som utretts enligt SVF under första halvåret 2019 uppdelat per SVF.

Ledtidsmålet per region

På riksnivå ligger måluppfyllelsen för första halvåret 2019 på 43 %, vilket endast är drygt hälften av det uppsatta målet. Ingen av regionerna uppfyller målet (figur 9).

Det finns flera anledningar till att målledtiderna är svåruppnåeliga. Många regioner kämpar med brist på vårdplatser, operationstider, kompetensförsörjning mm., vilket är en del av förklaringen. Vi kan dock se att de verksamheter som arbetar med daglig styrning, tar ut rapporter månadsvis och på förvaltningsnivå har regelbundna avstämningar med ledningen lyckas bättre. Ett mycket mer aktivt förändringsarbete med fokus på väntetider behövs alltså.

I analysen av hur regionerna ligger till i förhållande till ledtidsmålet behöver man också beakta hur stor del av patienterna som är inkluderade i SVF, dvs om inklusionsmålet är uppfyllt. Ett exempel på detta är Norrbotten, som är relativt nära att uppnå ledtidsmålet men som är långt från inklusionsmålet. Statistiken för ledtider i Norrbotten baseras på enbart 249 patienter (37 % av det förväntade antalet patienter) och det är inte säkert att urvalet är representativt.

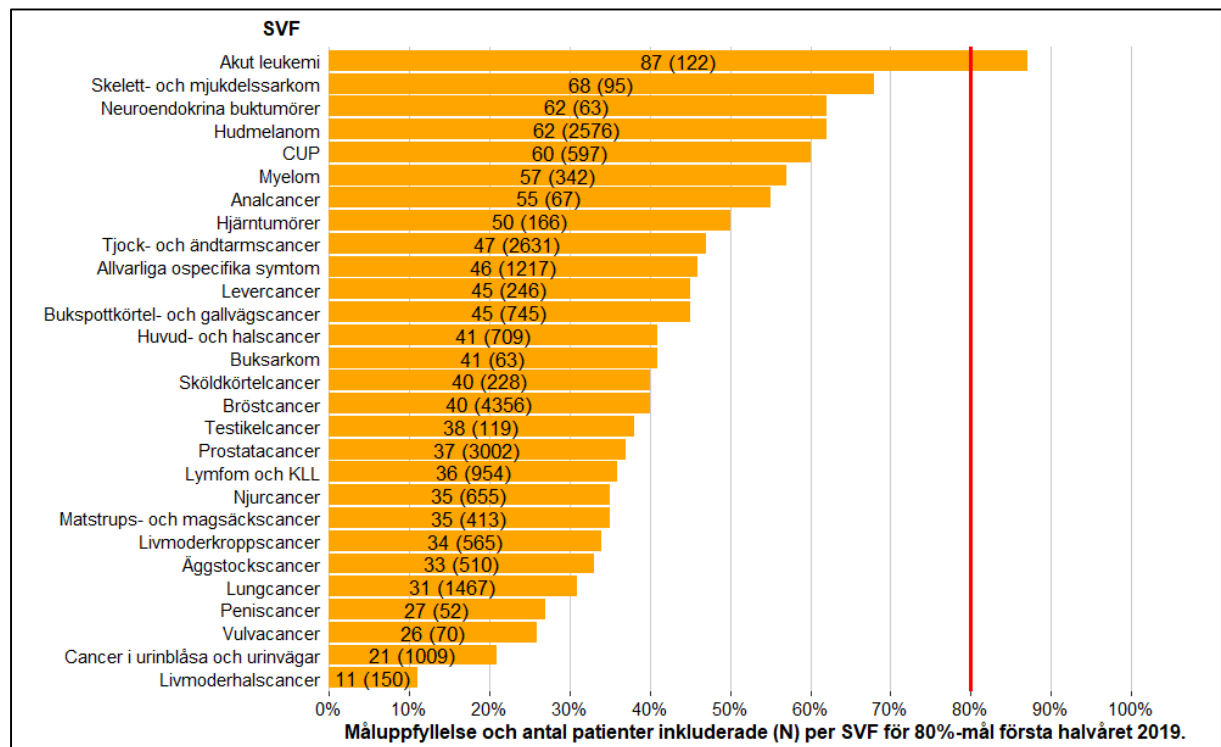


Figur 9 – Andel och antal patienter som utretts inom angiven ledtid enligt SVF under första halvåret 2019 uppdelat per region.

För SVF för cancer i urinblåsa och urinvägar har det redan från start år 2015 funnits en stor variation i hur kodningsvägledningen har tolkats. De data som finns rapporterade för avslut ”Start av första behandling – kirurgi” respektive ”Ingen ytterligare åtgärd” inte är korrekta och vi har därför valt att inte redovisa ledtidsmålet för detta förlopp.

Ledtidsmålet per SVF

Det finns en stor variation i måluppfyllelsen även när man jämför olika diagnoser på riksnivå (figur 10). Endast akut leukemi når ledtidsmålet. Diagrammet nedan talar inte om hur långt ifrån ledtidsmålet diagnosen ligger och inte hur utvecklingen sett ut över tid. För att kunna titta närmre på förändringen i ledtider och hur många dagars förbättring som krävs för att nå ledtidsmålet behöver man titta på data för enskilda diagnoser, se [appendix I](#).



Figur 10 – Andel och antal patienter som utretts inom angiven ledtid enligt SVF under första halvåret 2019 uppdelat per SVF.

KAPITEL 3

Datakällor

Signe-databasen

För att kunna följa patienter som utreds via ett SVF registreras väntetiderna i regionernas vårdadministrativa system och varje region rapporterar data till den nationella väntetidsdatabasen på SKR, Signe. Regionerna rapporterar in datum för beslut om välgrundad misstanke samt datum för avslut av SVF, start av behandling eller avslut av annan orsak, t.ex. ej cancer.

Väntetidsdatabasen på SKR används sedan många år tillbaka också för andra väntetidsmätningar i vården. Genom registrering av SVF-förlopp är det dock första gången som regionerna försöker följa ett helt vårdförlopp under utredningstiden. En svårighet här är att de två mätpunkterna för start och avslut (välgrundad misstanke och start av behandling) ofta sätts vid olika kliniker eller passerar över andra administrativa gränser. Ibland sätts mätpunkterna inte heller inom samma region.

Det är en utmaning att registrera på ett enhetligt sätt över hela landet, så att data blir korrekt och jämförbar. Det finns nationellt fastslagna rutiner och vägledningar för hur registrering ska göras men det kan ändå vara svårt att få en korrekt registrering, t.ex. på grund av olika tolkningar av rutinerna, missuppfattningar och brist på resurser.

Registreringen sker genom s.k. KVÅ-koder. I inledningen av SVF-satsningen togs SVF-specifika KVÅ-koder fram i samarbete mellan SKR och Socialstyrelsen, som förvaltar och beslutar om samtliga KVÅ-koder i Sverige. Dessa koder används i verksamheternas patientadministrativa system för att registrera datum för olika händelser i SVF-förloppen, både frivilliga koder för regionernas interna processarbete och obligatoriska koder för start SVF, ev. överföring till annan region för avslut av SVF. De obligatoriska koderna rapporteras månadsvis in till Signe-databasen.

Kvalitetssäkring av Signe-databasen

Under 2018 och 2019 har en nationell projektgrupp arbetat med kvalitetssäkring av Signe-databasen. De viktigaste felkällorna som identifierats i registreringen är

- Otydlighet i vissa förlopp om när datum för start av SVF (välgrundad misstanke) ska sättas.
- Otydlighet i vissa förlopp om när vissa avslutskoder (start av första behandling) ska användas.
- Otydlighet i vissa förlopp om vilka tumörer som ska avslutas med koden ”ej cancer” eller avslutas med en behandlingskod.
- Svårigheter att identifiera datum för övertagning av patient från en region till en annan samt att koda detta på korrekt sätt.

Regionernas patientadministrativa system ser olika ut och vissa fungerar sämre för att möjliggöra korrekt kodsättning. På grund av detta har ett separat register för SVF-registrering byggts på INCA-plattformen. Fr.a. Region Stockholm, men även delar av Västra Götaland använder denna lösning .



Under året har projektgruppens arbete fokuserat på att identifiera variationer i tolkning av vårdförlopp och kodningsvägledningar, komma fram till konsensus om tolkningsföreträde samt att sprida information till alla som arbetar med SVF och registrering.

Kvalitetsregistren

För de flesta cancerdiagnoser finns ett kvalitetsregister på den nationella INCA-plattformen. I kvalitetsregistren registreras relevanta data om patienternas diagnos och behandling men även deras upplevelser och preferenser, som samlas in genom PROM-enkäter.

I kvalitetsregistren registreras också datum för olika händelser men mätpunkterna motsvarar inte alltid välgrundad misstanke eller start av behandling som används i SVF, utan kan vara andra datum i vårdprocessen. Vilka mätpunkter som finns i de olika kvalitetsregistren varierar eftersom de har utvecklats av olika arbetsgrupper och utifrån olika behov. En vanlig mätpunkt som finns i många men inte alla kvalitetsregister är remissdatum, som ofta används som motsvarighet till välgrundad misstanke.

Några kvalitetsregister har sedan SVF-införandet lagt till fler mätpunkter för att även kunna följa SVF-flödet.

De flesta kvalitetsregister har en hög täckningsgrad när man jämför mot Socialstyrelsens cancerregister vilket innebär att de flesta patienter med en cancerdiagnos återfinns i kvalitetsregistret. Hög täckningsgrad innebär dock inte att alla mätpunkter finns rapporterade för varje patient.

I appendix II beskrivs de kvalitetsregister som på något sätt redovisar om patienten utretts enligt SVF eller inte, med jämförelse av variabler mellan kvalitetsregistren och Signe-databasen. Med undantag för cancer i urinblåsa och urinvägar redovisas inte väntetidsdata från kvalitetsregistren i den här rapporten.

Vad är skillnaden mellan datakällorna?

Det är viktigt att tänka på att syftet med insamling av data i Signe-databasen och kvalitetsregistren skiljer sig åt varför också jämförelse av resultat mellan källorna ska göras med stor försiktighet.

Mätpunkterna för väntetider stämmer inte alltid överens mellan Signe och kvalitetsregistren. Utöver detta finns fler relevanta skillnader mellan datakällorna.

Det **huvudsakliga syftet med Signe** är att vara ett processtöd för att följa väntetider i vården. I Signe-databasen finns alla patienter som utreds via SVF, även de som inte får en cancerdiagnos. Målet är att 70 % av alla cancerpatienter ska utredas inom ett SVF vilket innebär att alla cancerpatienter inte kommer finnas i Signe-databasen. Att målet är 70 % i stället för 100 % beror på att en del cancerpatienter har andra sjukdomar eller livssituationer som gör att det är olämpligt att utredas via ett SVF. Initialt har fokus legat på att följa väntetiderna för cancerpatienterna, men datakällan kommer även användas för att få mer kunskap om alarmsymtom för cancer, vilka som utreds och bör utredas och hur väntetiderna ser ut för de patienter som inte får en cancerdiagnos.

Det **huvudsakliga syftet med kvalitetsregister** är att användas i förbättringsarbete och uppföljning av den medicinska kvaliteten samt för forskning. I kvalitetsregistren finns enbart cancerpatienter. Målet med kvalitetsregistren är att följa 100 % av cancerpatienterna. Arbetet med kvalitetsregister har pågått under flera år. Där finns individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom cancervården för en viss diagnos.

Inrapporteringshastigheten skiljer sig åt mellan datakällorna. För Signe sker registrering kontinuerligt i regionernas patientadministrativa system. Överföring till Signe-databasen sker månadsvis. Kvalitetsregistren registrerar i ett separat system. För de flesta cancerdiagnoser har man därför en lång eftersläpning av inregistrerat data. Därför är det svårt att få aktuella väntetidsdata ur kvalitetsregistren, oftast tar det mellan ett halvår och ett år innan man har fullständig rapportering och därmed tillförlitliga data.

För att få en enhetlig redovisning i kvalitetsregistren redovisas patienter i relation till folkbokföringsadress per län. I Signe-databasen är det behandlande region (den region som avslutar SVF) som rapporterar in patienten. Målet är att patienter övertagna från annan region ska registreras med kod för övertagning samt från vilken region patienten är överförd. I rapporter från Signe-databasen hänförs sedan patienten till sitt hemlän. Som beskrivits ovan har detta system inte fullt ut fungerat och då Signe saknar personnummer har detta inte kunnat korrigeras i efterhand. En ny rutin för detta kommer att införas från 1 januari 2020 så att patienten kan hänföras till hemlän även om koden för övertagning saknas.



APPENDIX I

Väntetider per diagnos och behandling

Nedan redovisas ledtider ur Signe-databasen med undantag för cancer i urinblåsa och urinvägar. Om det är färre än 5 patienter från en region redovisas inte dessa separat, men de finns medräknade i totalsiffran för riket. En förklaring till att en region har få patienter är att behandlingen är nivåstrukturerad så att den bara ges på några få ställen och att kodningen av patienter överförda till annan region för behandling inte har fungerat optimalt. En annan förklaring är att diagnosen är ovanlig.

Om en region inte har några patienter alls saknas den helt i grafen. Det gör att vissa grafer redovisar färre än 21 regioner. För vissa behandlingsalternativ för en diagnos saknas så pass mycket data att det inte är relevant att göra jämförande grafer.

Tre av de standardiserade vårdförloppen finns inte med i redovisningen: vulvacancer, neuroendokrina buktumörer och buksarkom. Dessa är relativt ovanliga tumörer med få patienter och då vårdförloppen infördes först 2018 finns för få data för att en redovisning skulle vara värdefull.

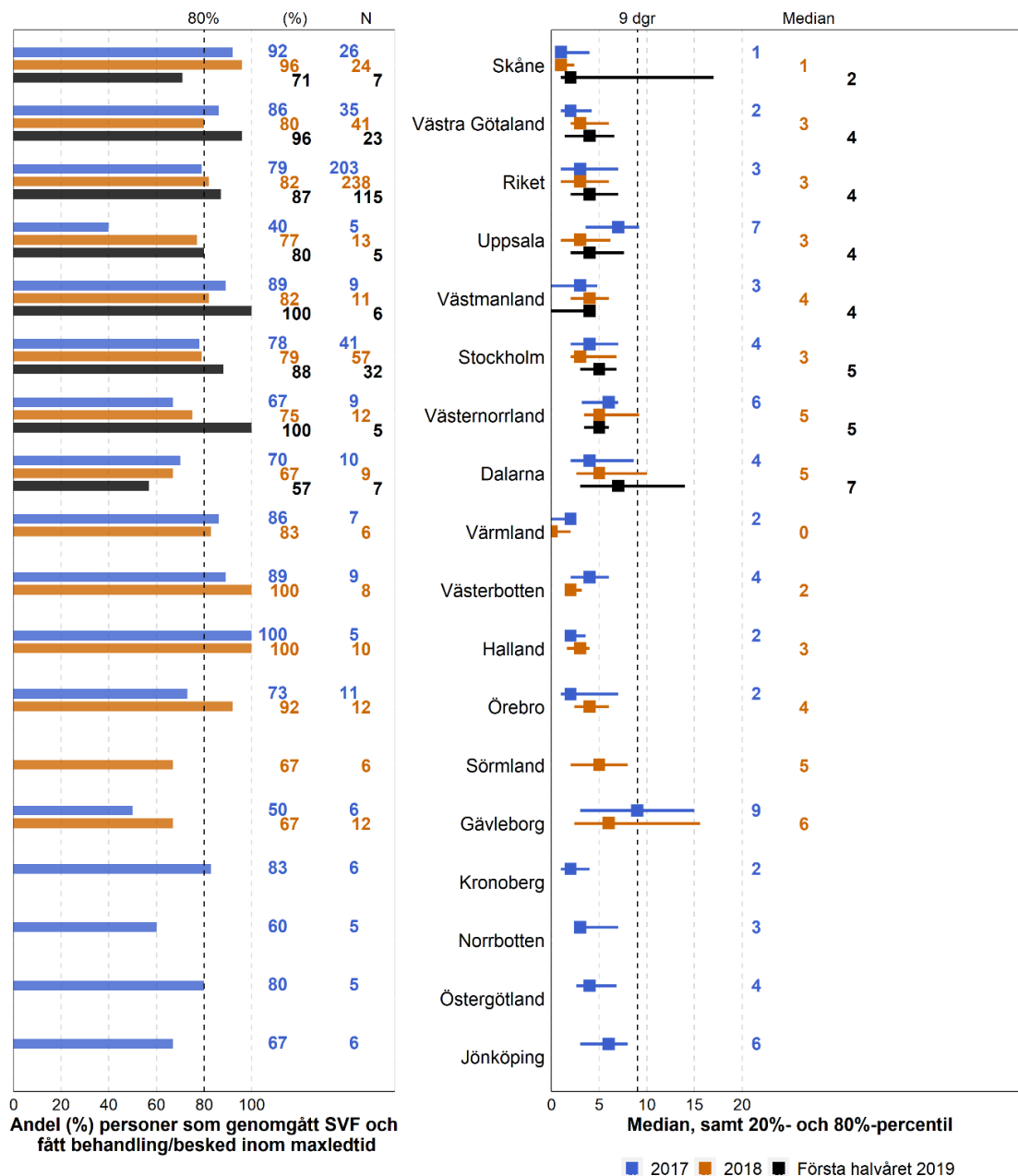
Figurerna nedan är uppdelade per region och består av två delar. Den vänstra delen visar andel patienter i regionen som har fått behandling inom angiven ledtid. Här framgår också hur många patienter som finns i varje grupp (N). Den högra delen visar hur många dagar patienterna väntat i median.

Akut leukemi (ALL och AML)

Vårdförloppet för AML infördes 2015 och kompletterades med ALL 2017 och bytte då namn till Akut leukemi. På riksnivå har 61 % av de patienter som fått diagnos AML eller ALL utretts enligt SVF.

Redan innan införandet av SVF blev dessa patienter snabbt omhändertagna. Man kan dock se att under åren 2017–2019 har andelen som utreds inom ledtiden ökat från 79 % till 87 % vilket tyder på en ytterligare förbättring. Antalet patienter per år är lågt, drygt 200, vilket gör att vissa regioner har för få patienter för att man med säkerhet ska kunna säga något om ledtiderna.

Akut leukemi - första behandling läkemedel



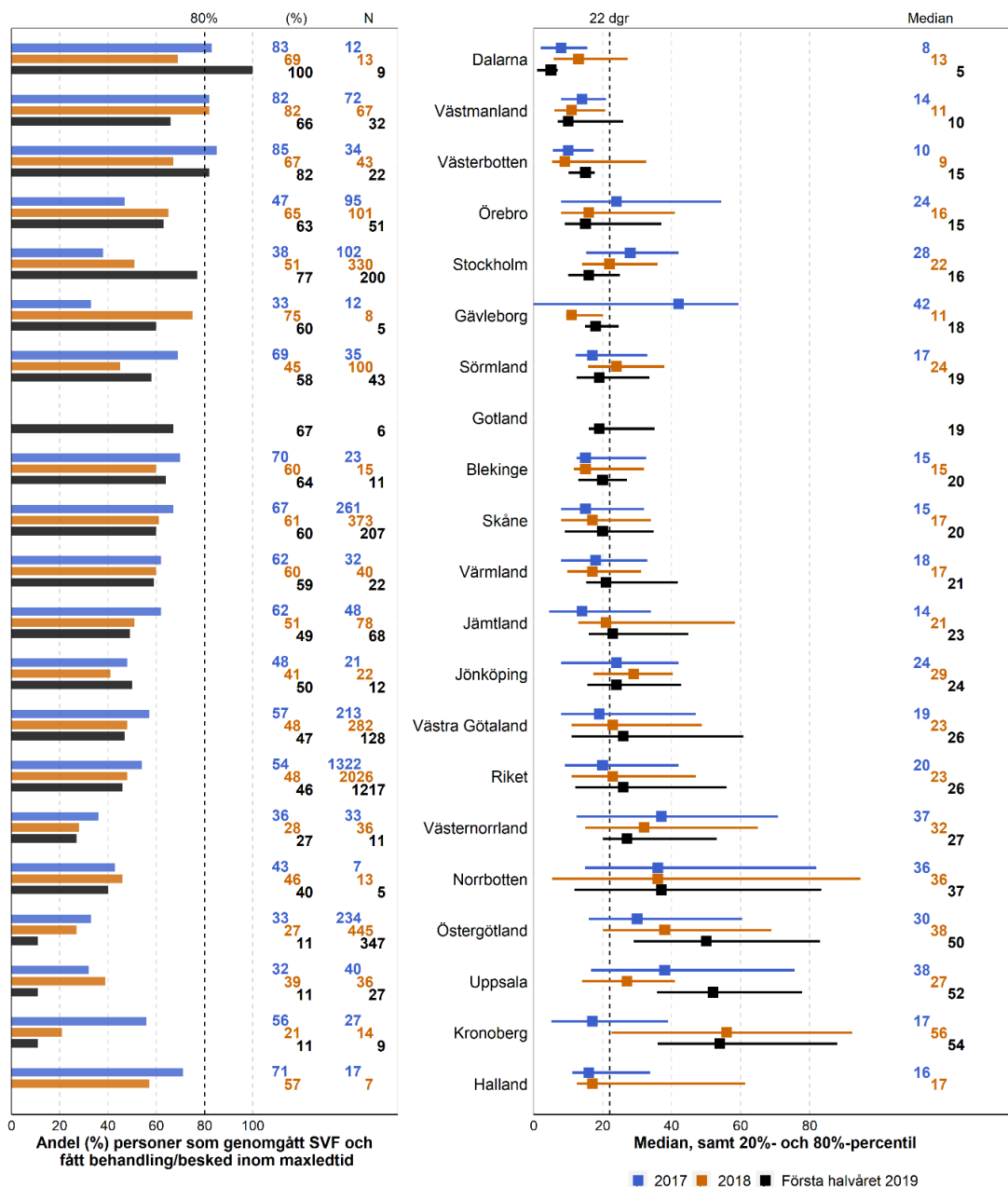


Allvarliga ospecifika symtom

Vårdförloppet infördes 2016. Något beräkningsunderlag för inklusionsmålet går inte att ta fram. Dock kan vi se att antal patienter som utreds ökar vilket tyder på att införandet av SVFet har fungerat väl.

På riksnivå når man inte ledtidsmålet och ledtiden i median har ökat något mellan 2017 och 2019. Stor variation ses mellan regionerna där några, bl.a. Stockholm, visar tydlig förbättring medan andra försämrats.

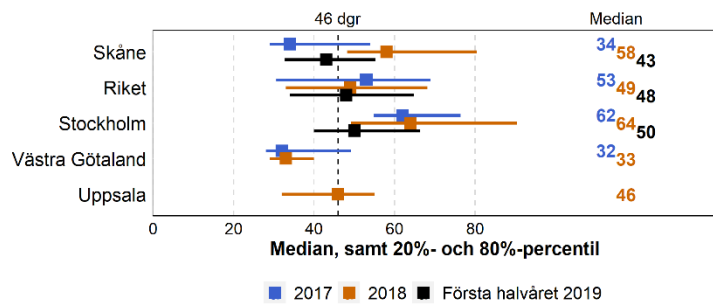
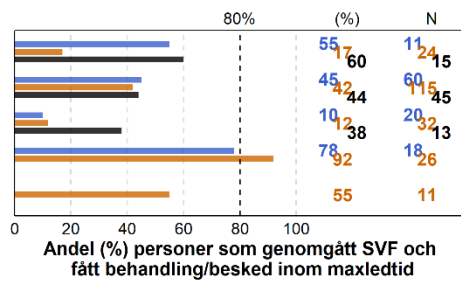
Allvarliga ospecifika symtom - avslut SVF cancermisstanke bekräftad eller avskriven



Analancer

Vårdförloppet infördes 2017. Det är en relativt ovanlig diagnos varför man i många regioner har för få patienter för att de ska kunna redovisas separat. På riksnivå nås inklusionsmålet (74 %). Den vanligaste behandlingen vid analancer är strålbehandling. Endast 44 % utreds inom ledtiden. Behandlingen av analancer är nationellt nivåstrukturerad.

Analancer - första behandling strålbehandling

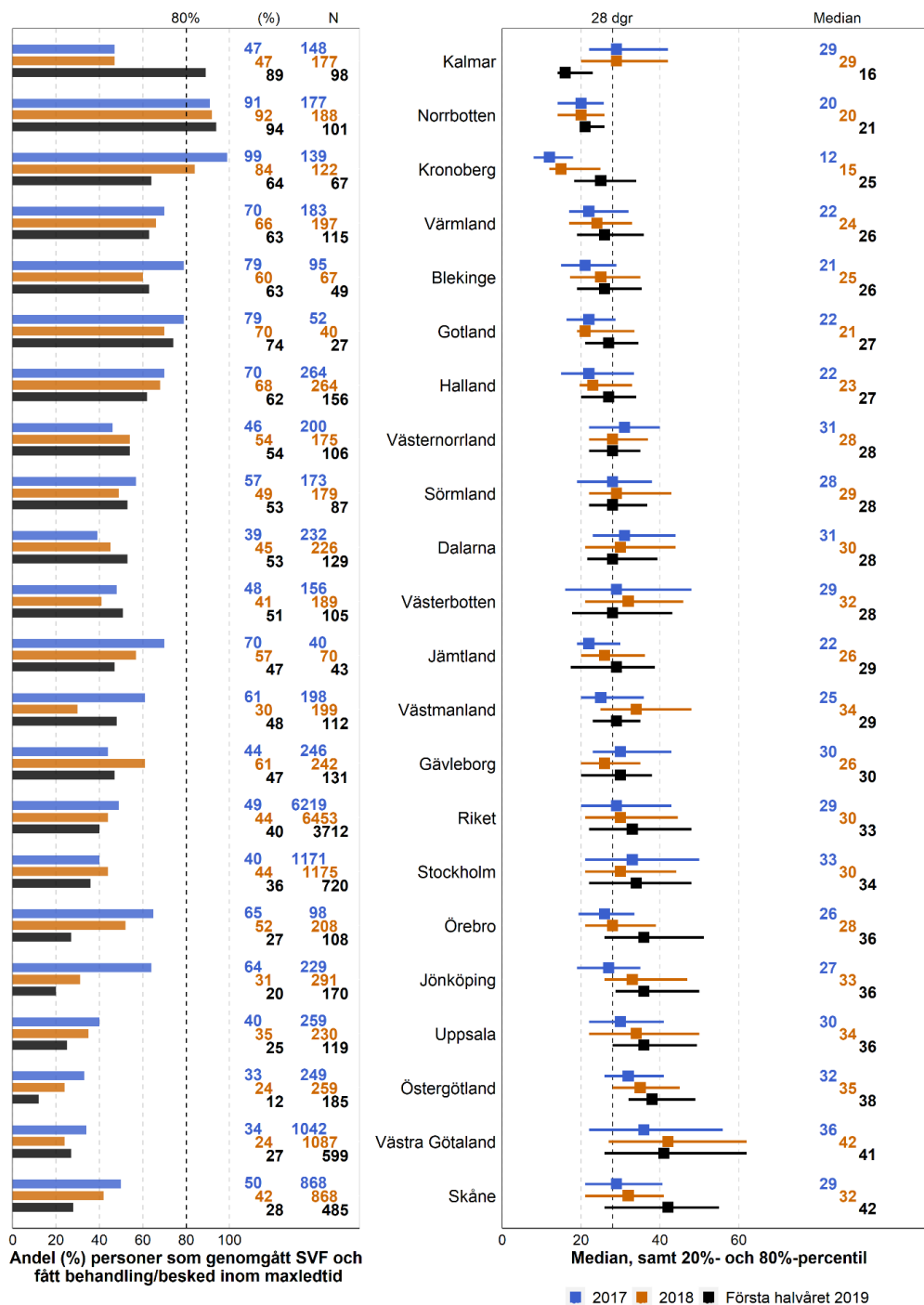




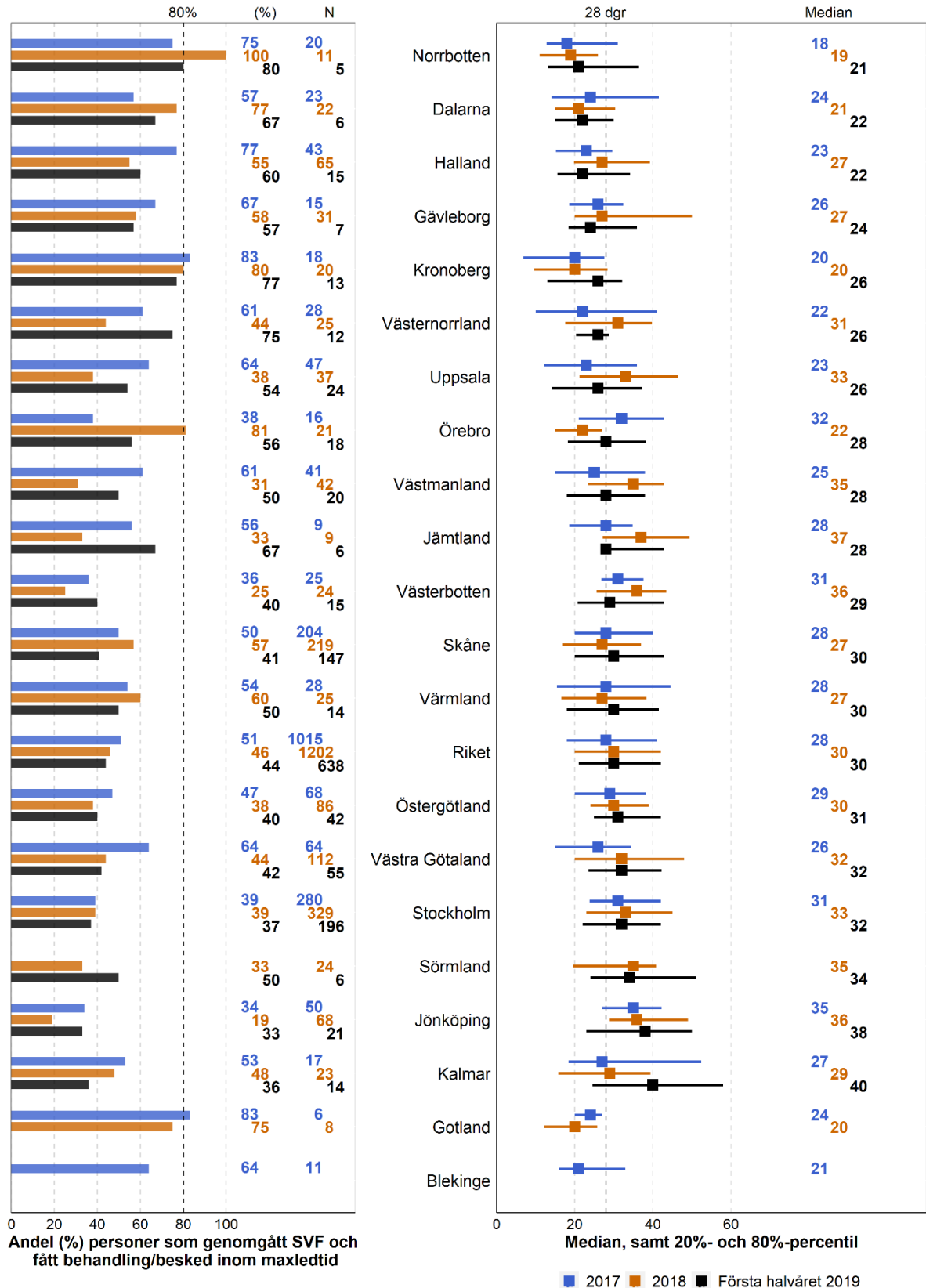
Bröstcancer

Vårdförloppet infördes 2016 och regionerna har generellt lyckats bra med att inkludera det stora antalet patienter som ingår i vårdförloppet, på riksnivå 99 %. Dock är det svårare att nå ledtidsmålet (40 % och 44 % för kirurgi respektive läkemedelsbehandling). På riksnivå ses snarare en försämring över åren även om några regioner förbättrat sina ledtider.

Bröstcancer – första behandling kirurgi



Bröstcancer – första behandling läkemedel

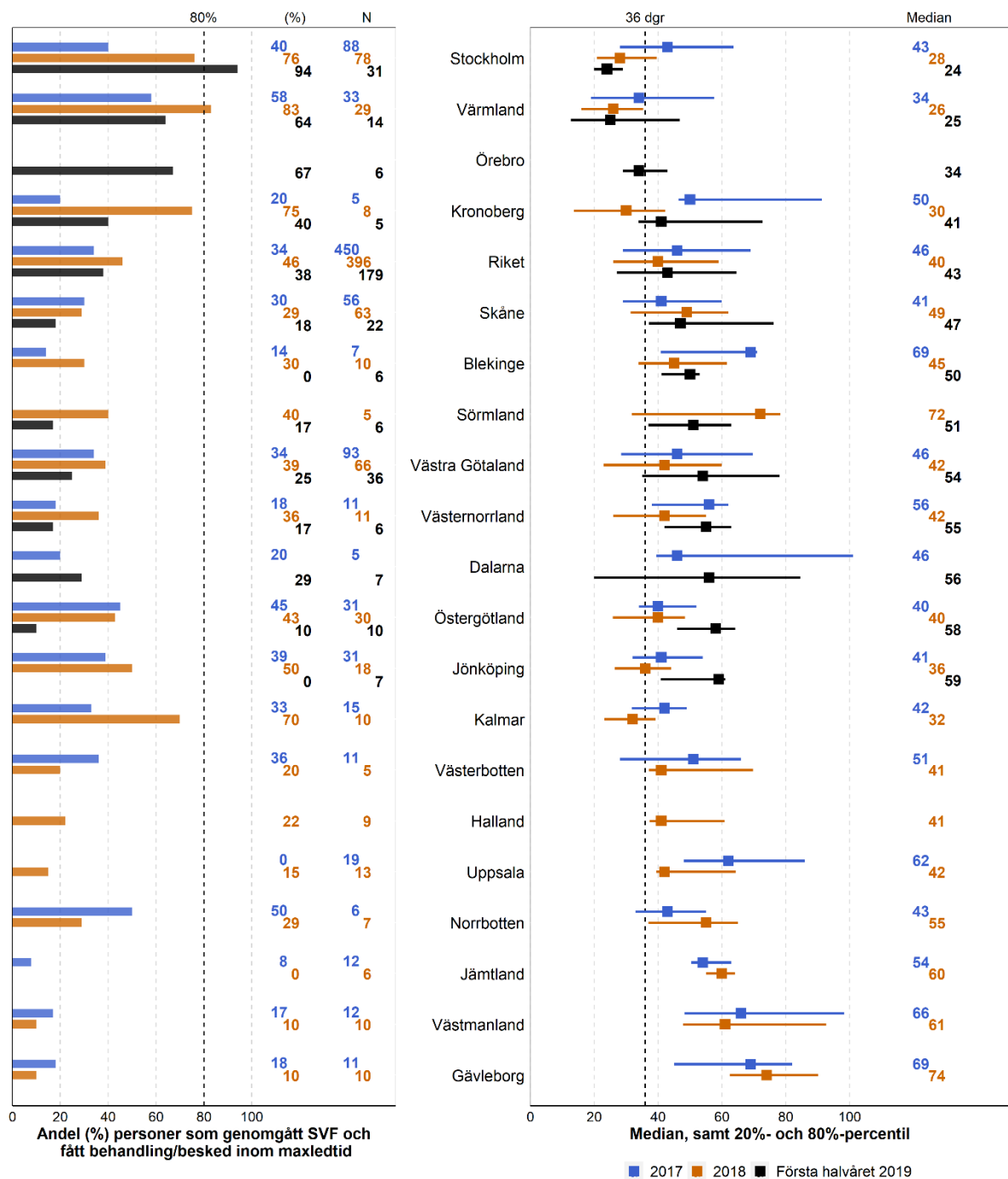




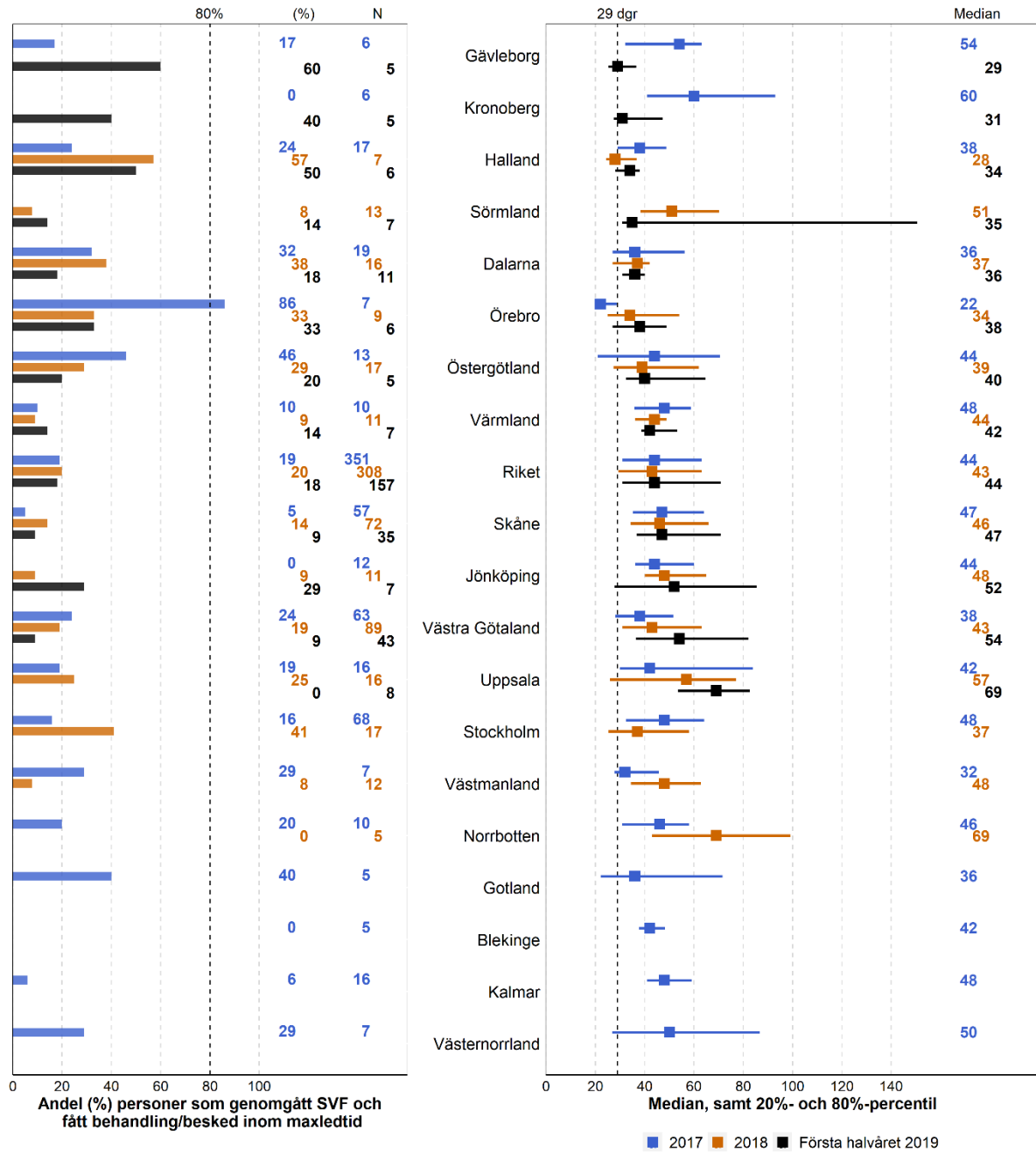
Bukspottkörtel- och gallvägs cancer

Dessa SVF infördes 2016. De redovisas tillsammans eftersom de delvis inkluderar samma diagnoskoder. 74 % av patienterna utreds enligt SVF. Ledtidsmålet nås inte på riksnivå (38 % för kirurgi och endast 18 % för läkemedelsbehandling). Däremot har framför allt Stockholm lyckats bra och har sedan 2017 kunnat korta sina ledtider till kirurgi.

Bukspottkörtel- och gallvägs cancer – första behandling kirurgi



Bukspottkörtel- och gallvägscancer – första behandling läkemedel





Cancer i urinblåsa och urinvägar

För cancer i urinblåsan och urinvägarna visas inga figurer på grund av att mätpunkterna före 2018 definierades på ett sätt som visade sig ge svårtolkade data. Mätpunkterna har sedan dess korrigerats och arbetet med kvalitetssäkring av Signe-databasen har förbättrat registreringen, men fortfarande finns fel som gör att data för väntetider i Signe inte är tillförlitliga.

Enligt Signe-databasen utreddes 61 % av cancerpatienterna enligt SVF första halvåret 2019.

Väntetider finns registrerade i kvalitetsregistret för urinblåsa och urinvägscancer (SNRUBC) och redovisas i den interaktiva rapporten (<https://statistik.incanet.se/urinblasecancer/>) för 2018.

I kvalitetsregistret registreras om patienten har utretts enligt SVF samt datum för utfärdande av remiss som motsvarar välgrundad misstanke.

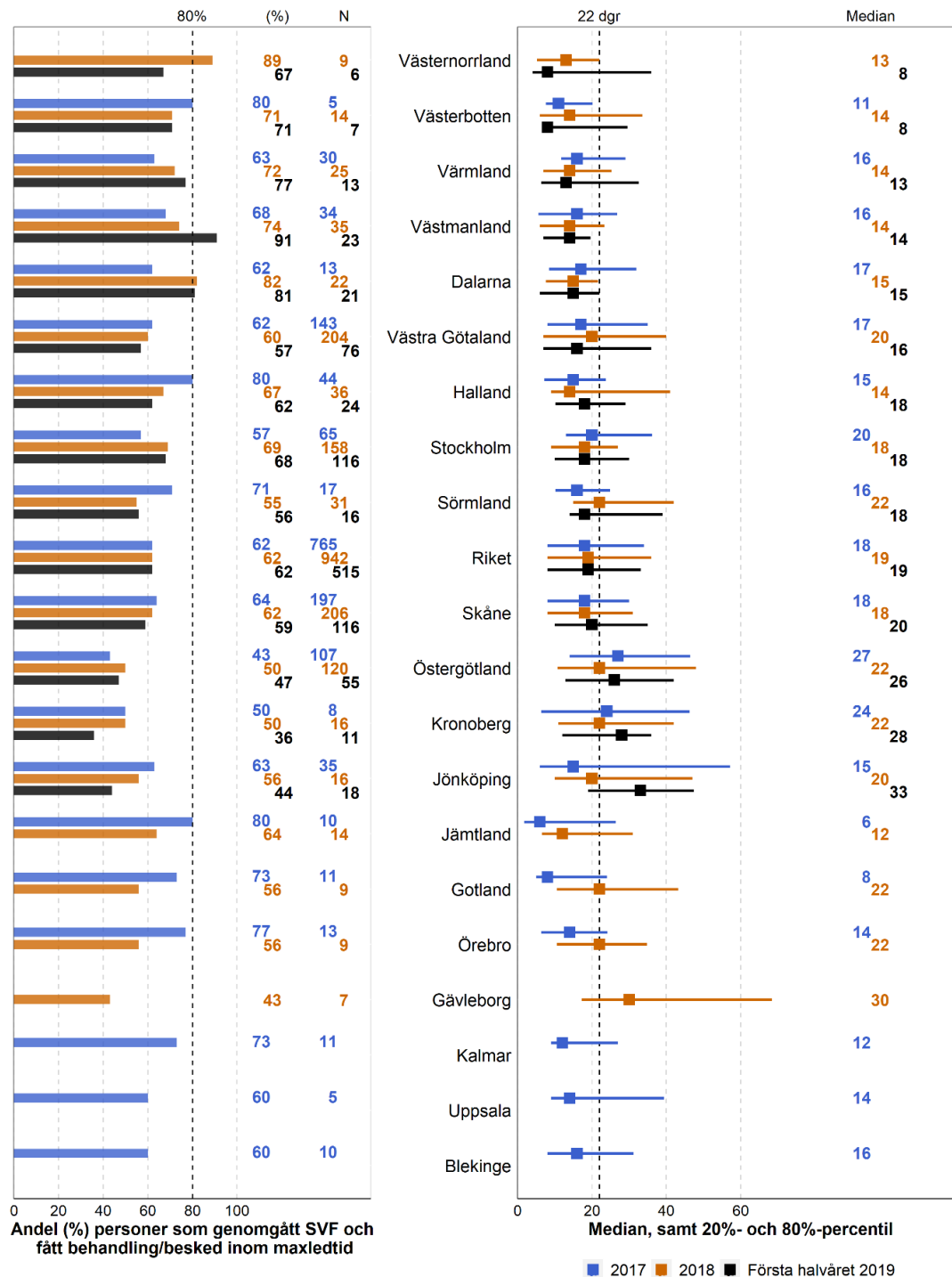
Angiven ledtid för första behandling kirurgi är 37 dagar. I kvalitetsregistret finns mätpunkten ”datum för cystektomi” vilket motsvarar första behandling kirurgi i SVF-förloppet. Mediantiden på riksnivå enligt kvalitetsregistret ligger på 125 dagar för denna mätpunkt vilket är mycket långt ifrån målet.

För patienter som inte ska genomgå ytterligare behandling efter TUR avslutas förloppet med koden ”ingen ytterligare åtgärd”. För detta avslut är angiven ledtid 22 dagar. I kvalitetsregistret finns datum för TUR/px med en mediantid på 28 dagar på riksnivå.

Cancer utan känd primärtumör (CUP)

Vårdförloppet infördes 2016. Något beräkningsunderlag för inklusionsmålet går inte att ta fram. Ledtidsmålet nås inte, 62 % av patienterna utreds inom angiven ledtid och någon förändring över tid har inte kunnat ses.

Cancer utan känd primärtumör – avslut SVF annan cancer

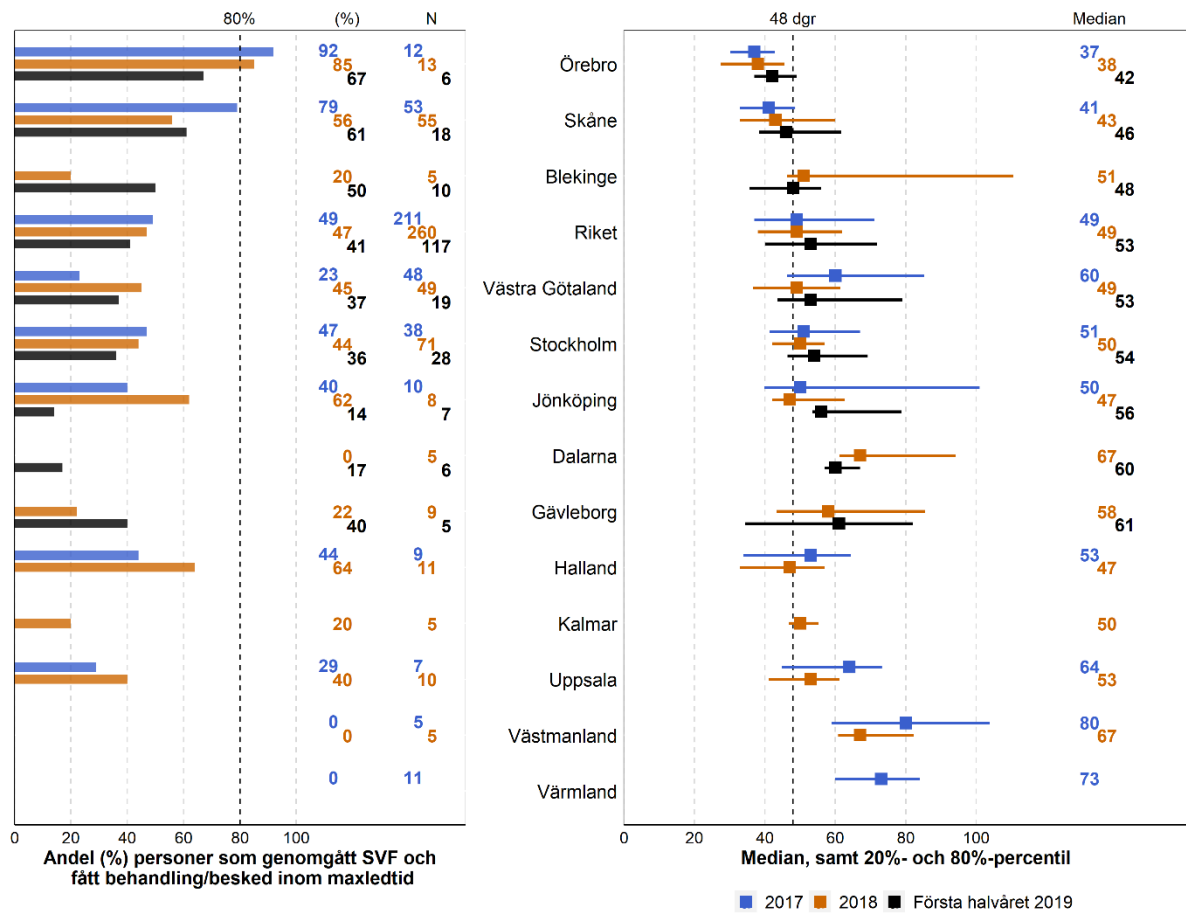




Hjärntumörer

Vårdförloppet infördes 2016. På riksnivå utreds 58 % av patienterna enligt SVF. Inte heller ledtidsmålet uppnås och det ses en försämring över åren. Kirurgi klassas i detta förlopp som en del i utredningen och strålbehandling är den vanligaste behandlingsstarten. 41 % utreddes inom ledtiden första halvåret 2019.

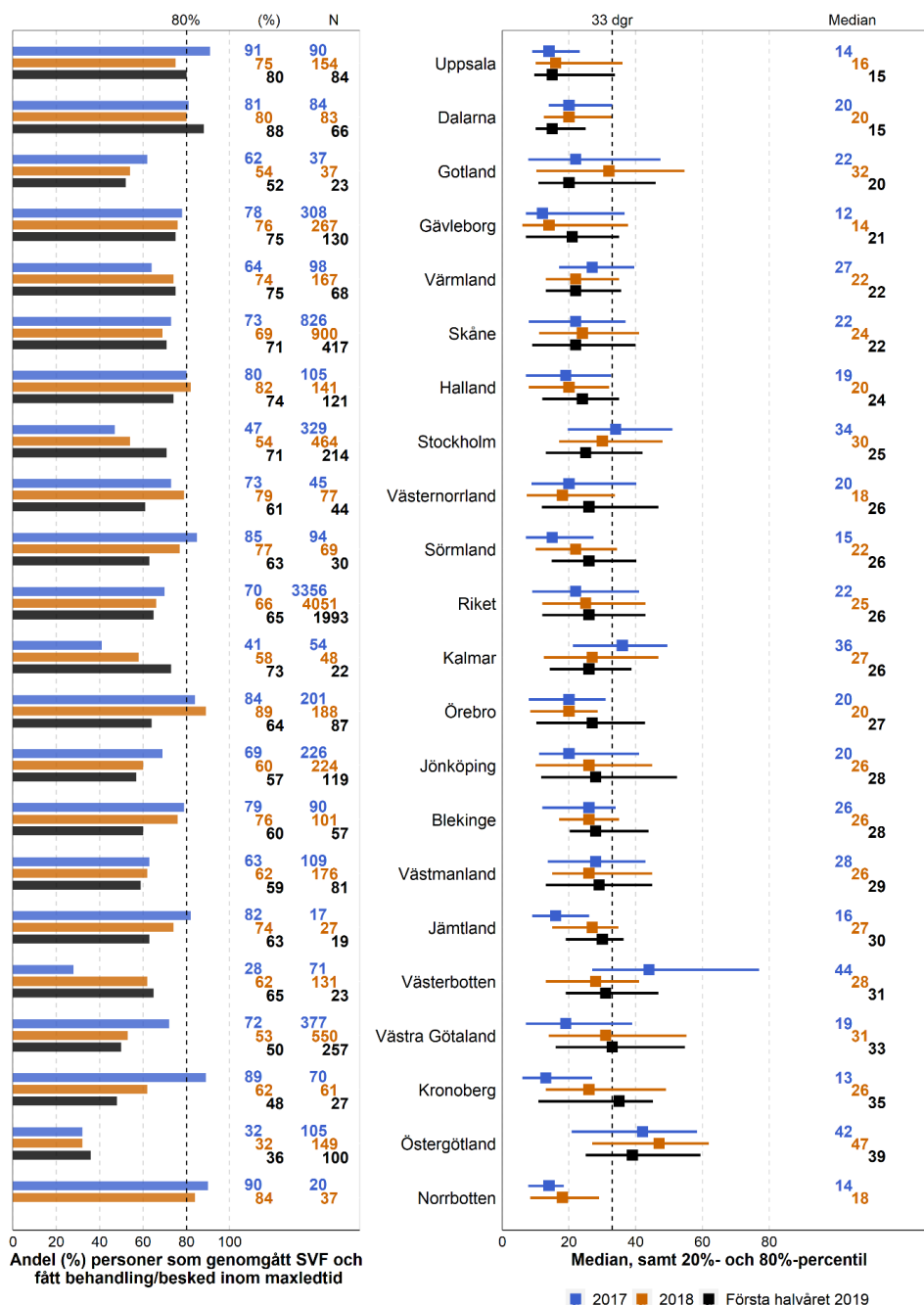
Hjärntumörer - första behandling strålbehandling



Hudmelanom

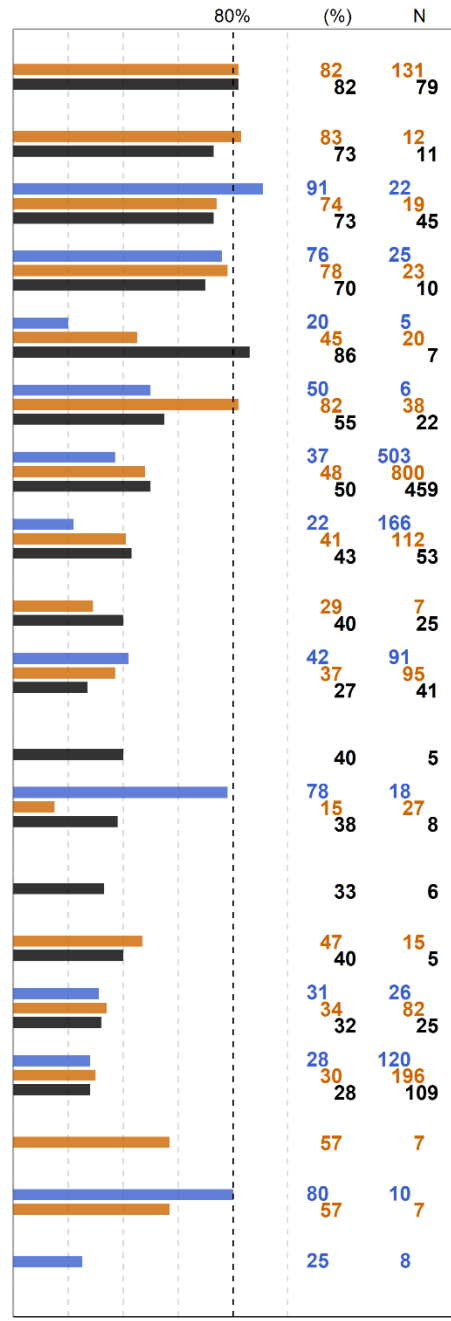
Vårdförloppet infördes 2016. 73 % av patienterna utreds och behandlas i vårdförloppet. Det har funnits olika tolkningar av hur vårdförloppet ska kodas och vilka avslut som ska användas. De patienter som ska avslutas med ”ingen ytterligare åtgärd”, alltså efter första excision, kodas ibland som avslut kirurgi. Detta innebär att den rapporterade ledtiden för avslut kirurgi troligen är falskt för kort. På riksnivå behandlas 65 % och 50 % (för kirurgi respektive ”ingen ytterligare åtgärd”) av patienterna inom ledtiderna men med viss förbättring för ”ingen ytterligare åtgärd”.

Hudmelanom – första behandling kirurgi

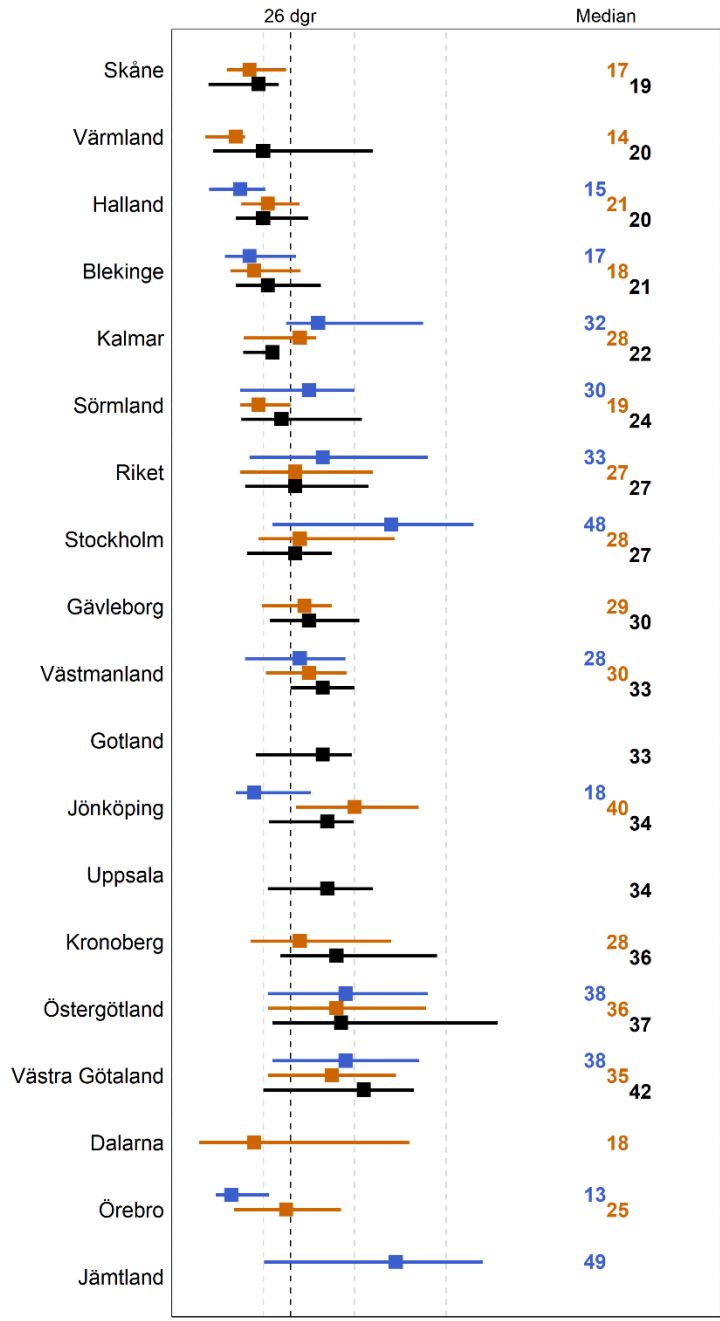




Hudmelanom – avslut SVF ingen ytterligare åtgärd



Andel (%) personer som genomgått SVF och fått behandling/besked inom maxledtid



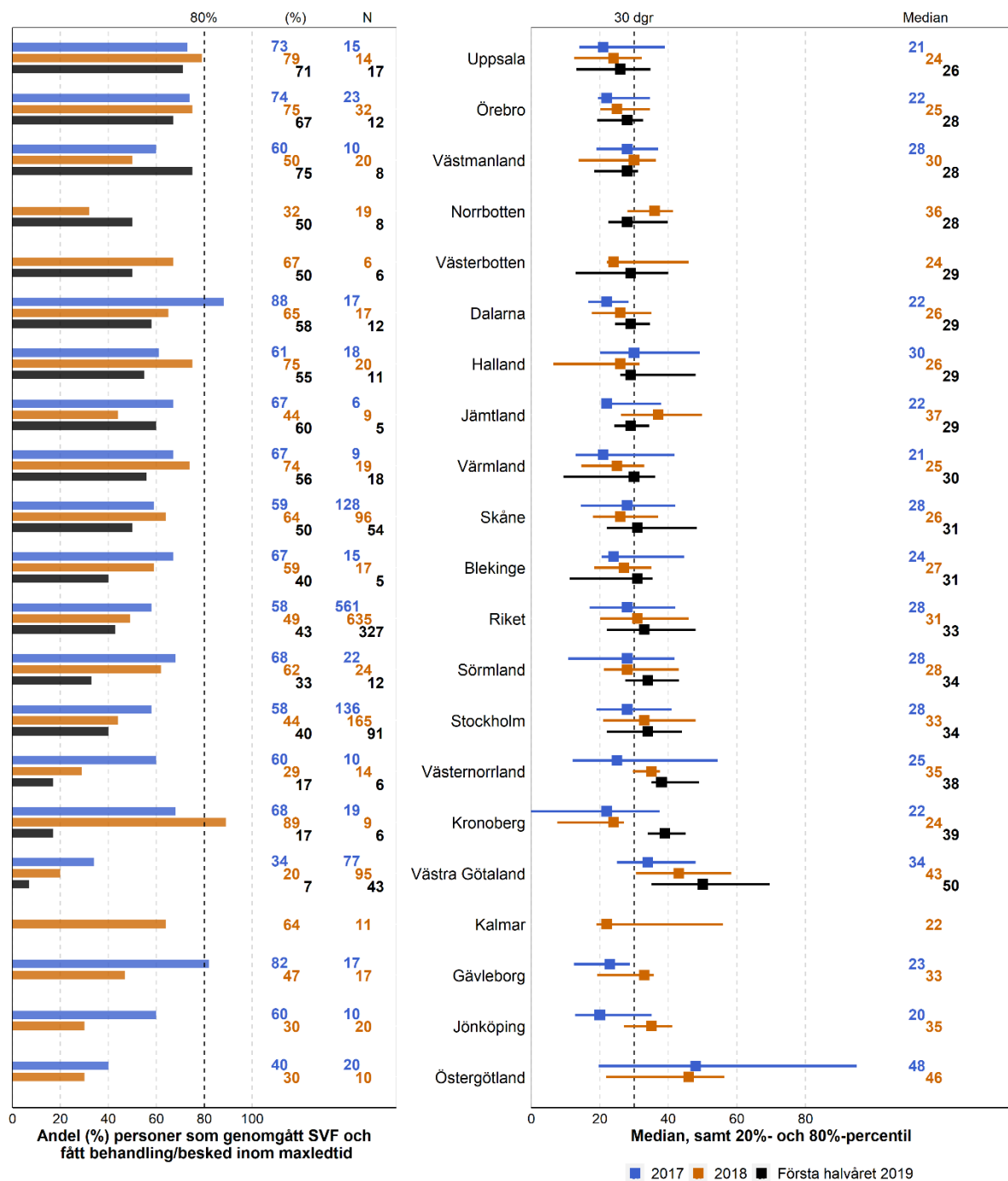
Median, samt 20%- och 80%-percentil

■ 2017 ■ 2018 ■ Första halvåret 2019

Huvud- och halscancer

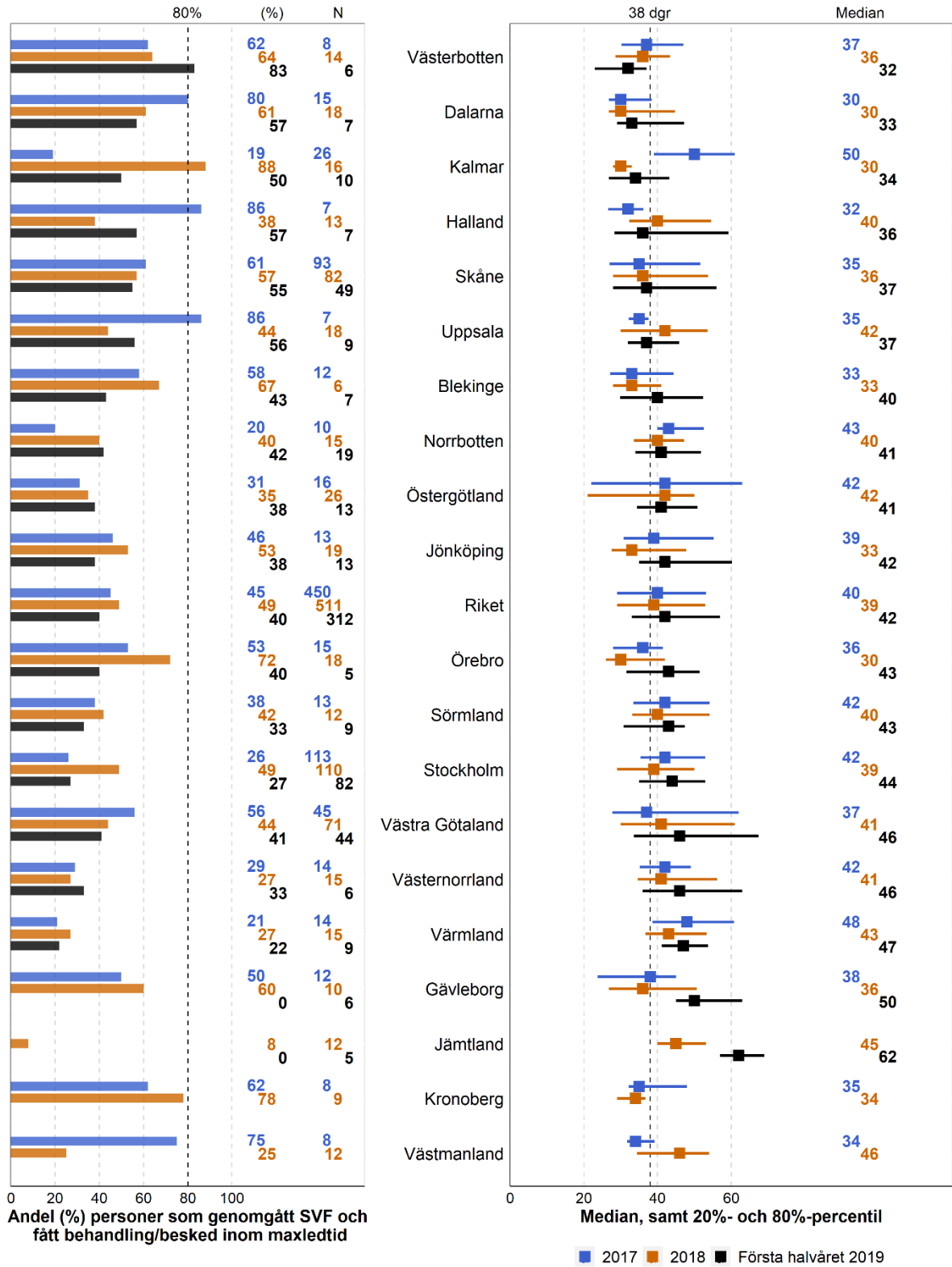
Vårdförloppet var ett av de första som infördes 2015. 80 % av patienterna utreds enligt SVF. Däremot når man inte ledtidsmålet där de vanligaste behandlingarna ligger på 43 % (kirurgi) och 40 % (strålbehandling). Mellan 2017 och 2019 har måluppfyllelsen för kirurgi minskat från 58 % till 43 % på riksnivå.

Huvud- och halscancer - första behandling kirurgi





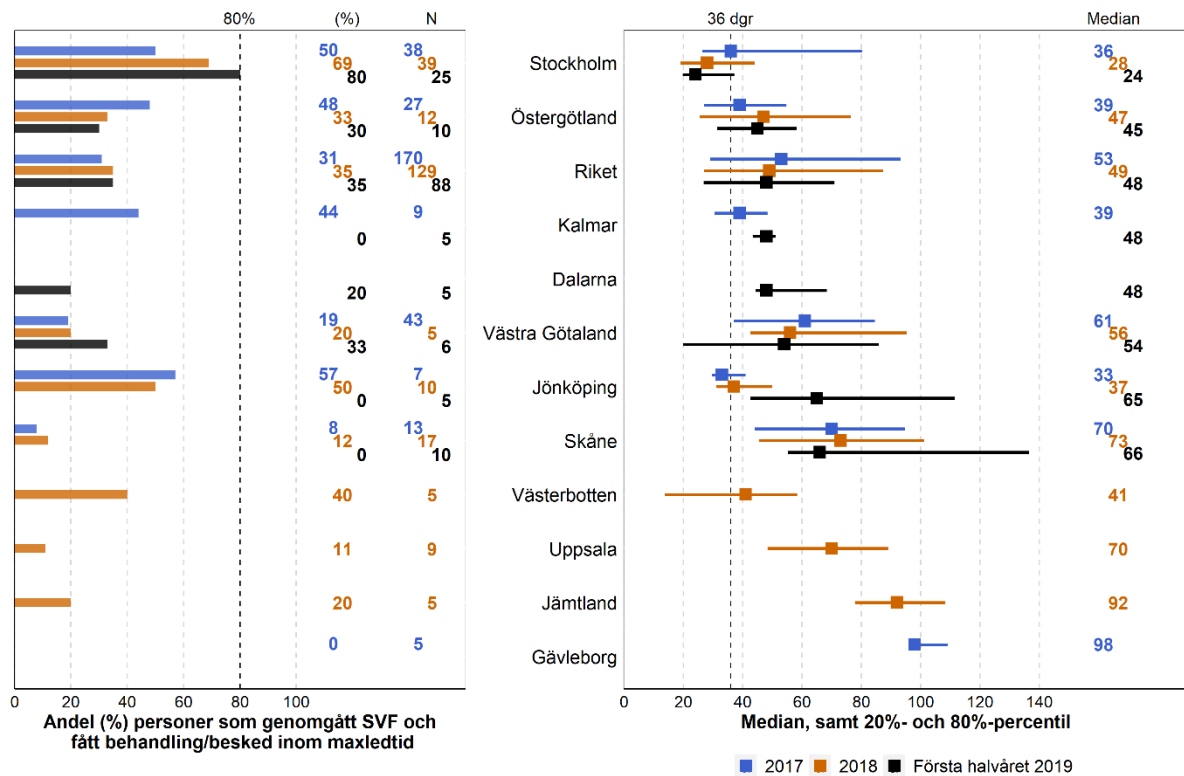
Huvud- och halscancer – första behandling strålbehandling



Levercancer

Vårdförloppet infördes 2016. 84 % av patienterna utreds enligt SVF. Däremot når man inte ledtidsmålet på riks nivå (35 %) och ingen förändring kan ses över åren. Då det är relativt få patienter i förloppet är det svårt att jämföra de olika regionerna.

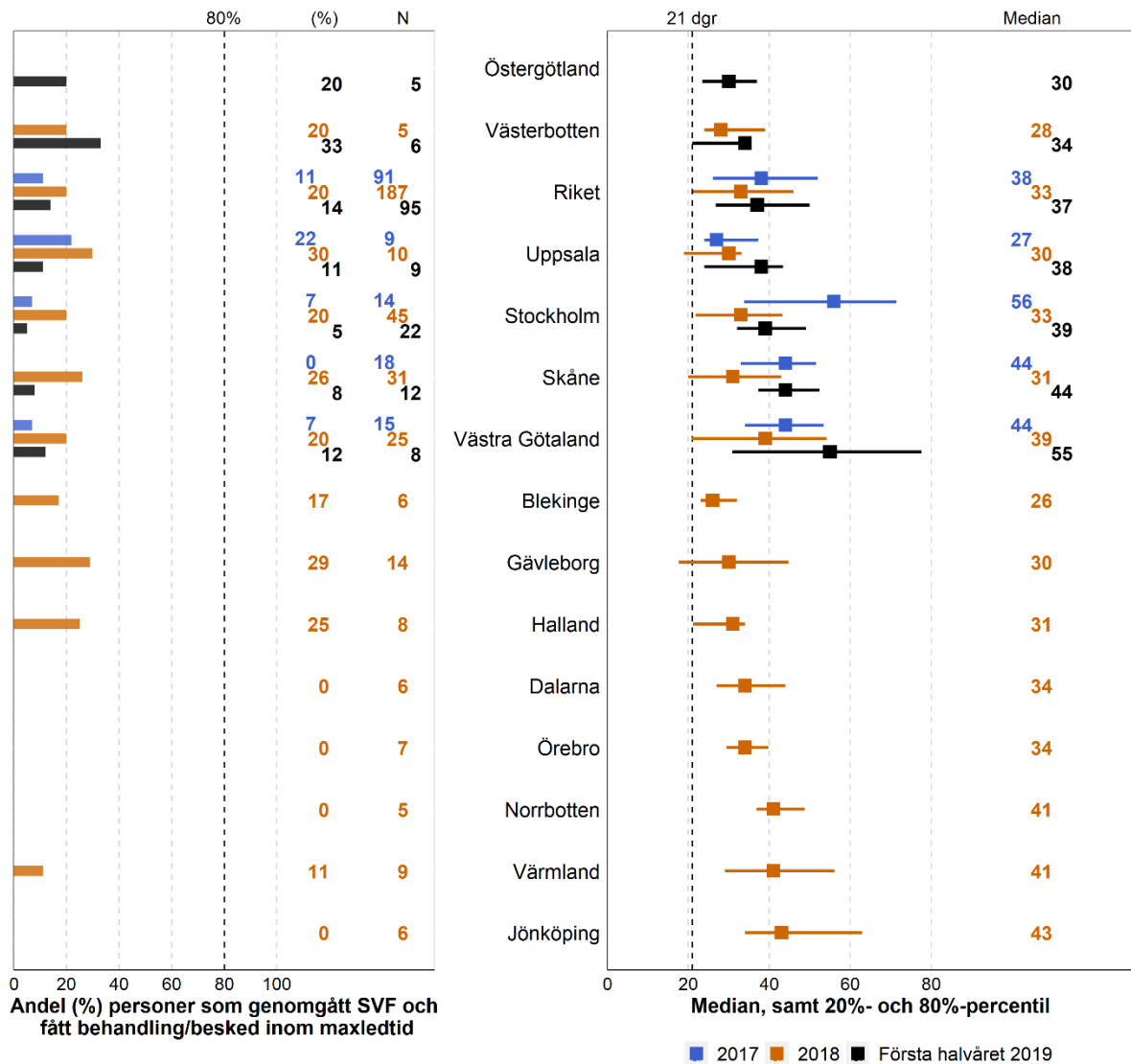
Levercancer - första behandling kirurgi



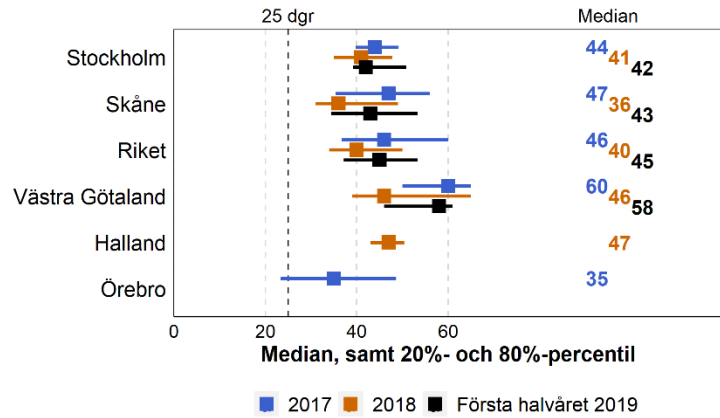
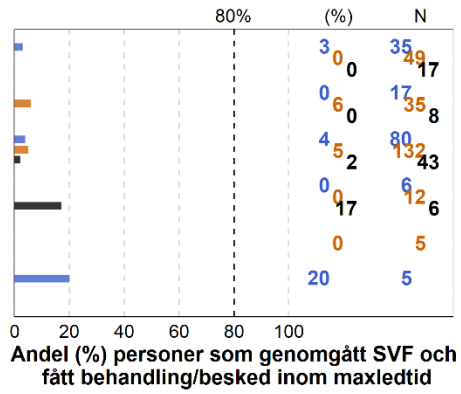
Livmoderhalscancer

Vårdförloppet infördes 2017. Inklusionsmålet når inte på riksnivå (55 %). Få patienter utreds inom ledtiden, 14 % för kirurgi och under 5 % för strålbehandling. Det är för få patienter i förloppet för att kunna uttala sig om eventuella förändringar.

Livmoderhalscancer – första behandling kirurgi



Livmoderhalscancer – första behandling strålbehandling

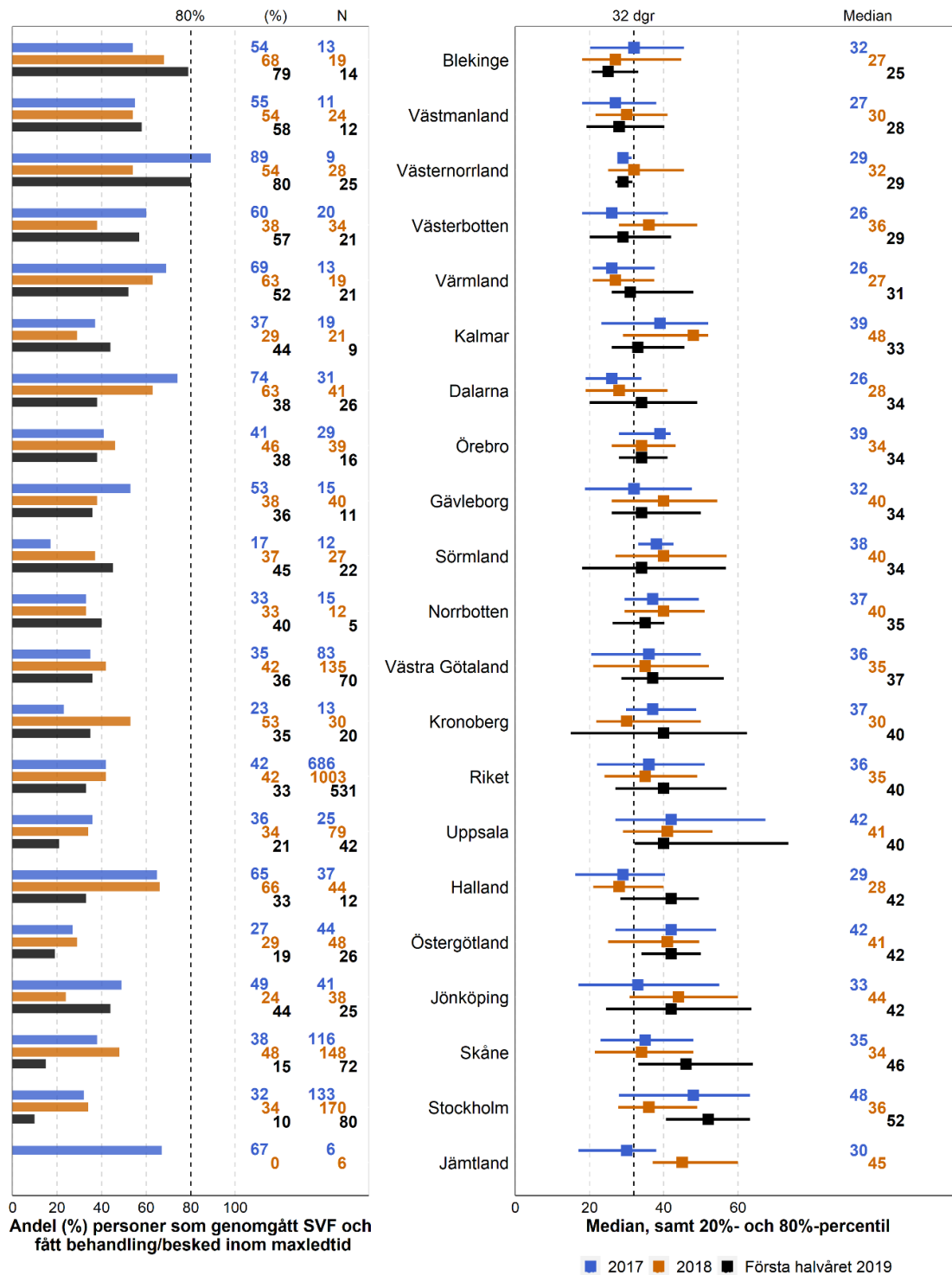




Livmoderkroppscancer

Vårdförloppet infördes 2017. 80 % av patienterna utreds enligt SVF. 33 % av patienterna får behandling inom ledtiden på riks nivå.

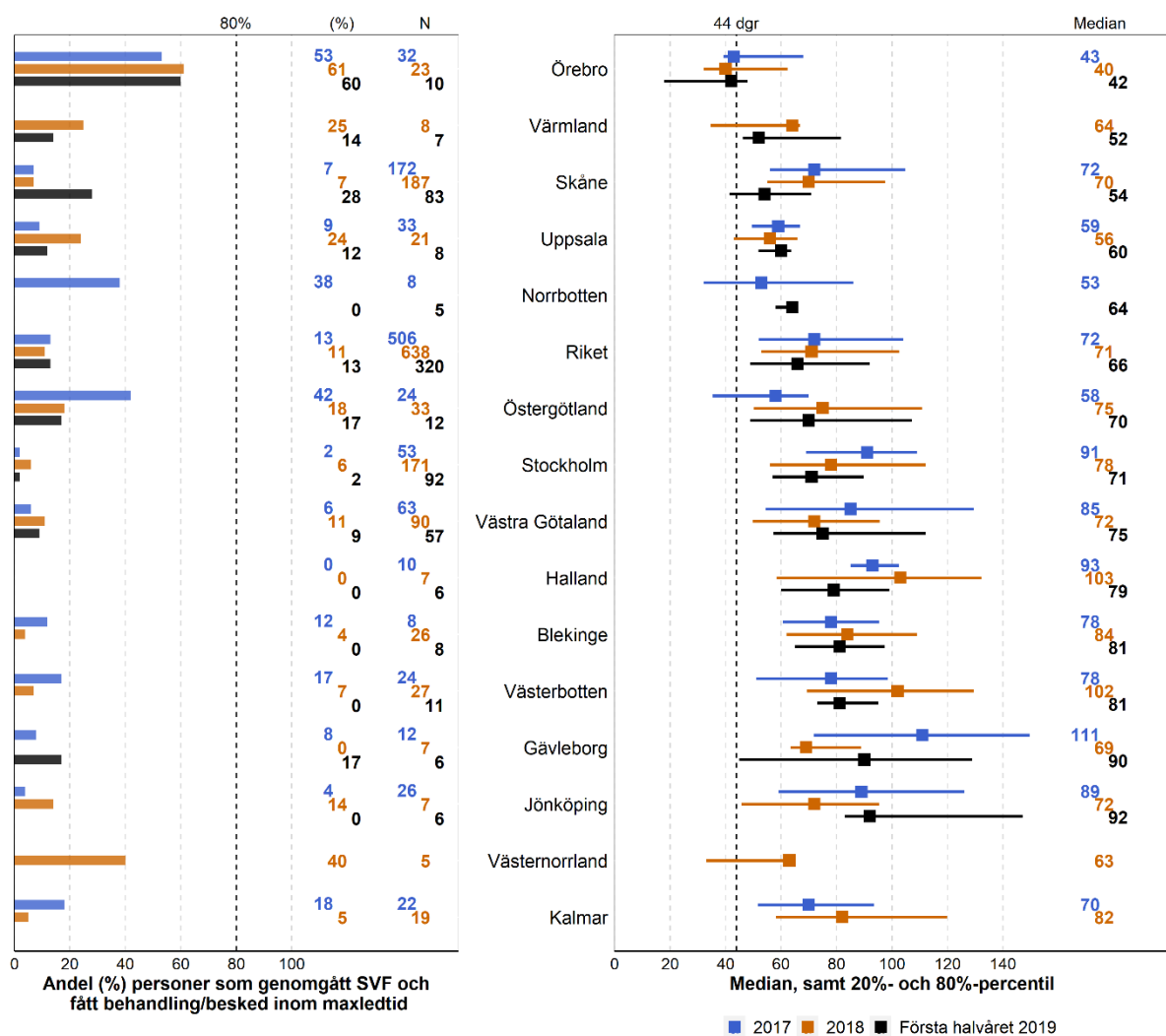
Livmoderkroppscancer – första behandling kirurgi



Lungcancer

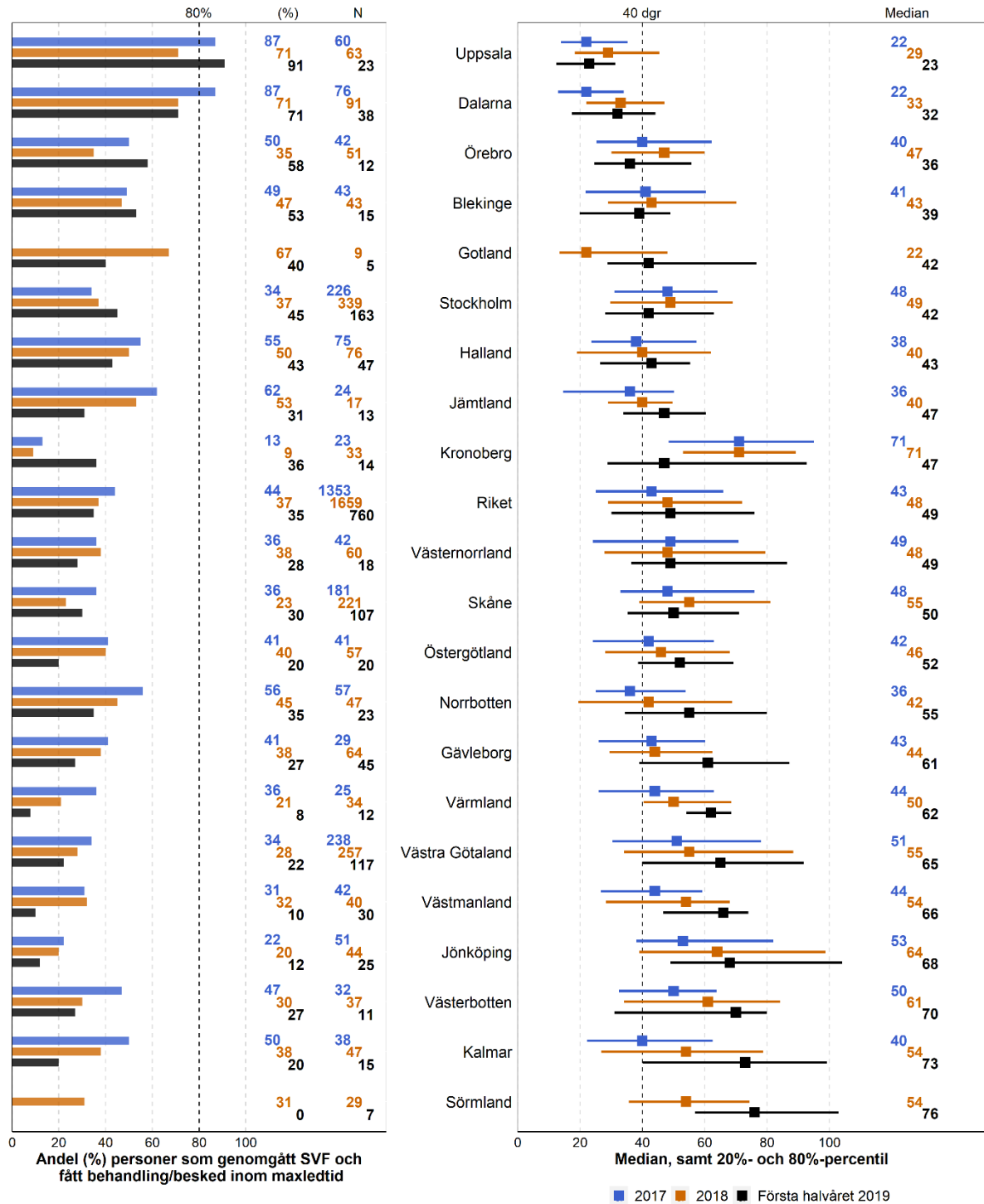
Vårdförloppet infördes 2016. Inklusionsmålet nås nästan (68 %). Däremot ligger man långt ifrån ledtidsmålet, 35 % för läkemedelsbehandling och 13 % för kirurgi. Det ses en mycket stor variation mellan regionerna där det också är få patienter, fr.a. för kirurgi och strålbehandling. För kirurgi har Örebro lyckats bäst och 60 % får behandling inom ledtiden. För läkemedelsbehandling lyckas Uppsala starta läkemedelsbehandling inom ledtiden för 91 % av patienterna.

Lungcancer – första behandling kirurgi

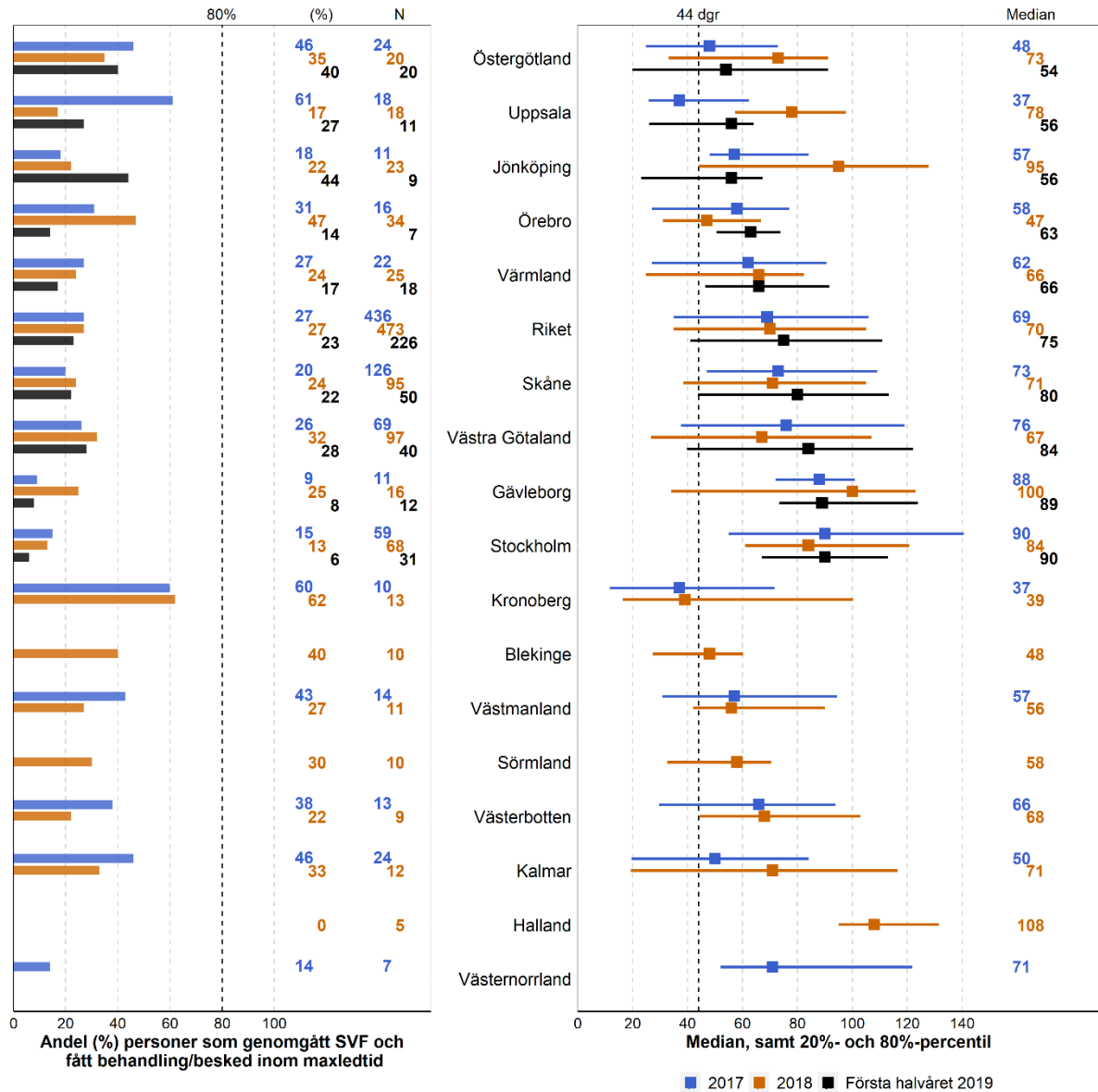




Lungcancer – första behandling läkemedel



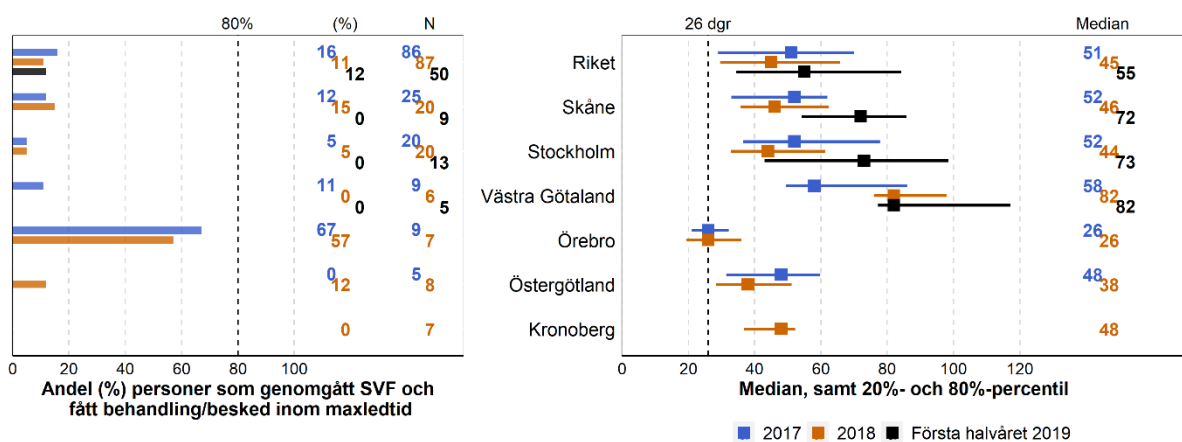
Lungcancer – första behandling strålbehandling



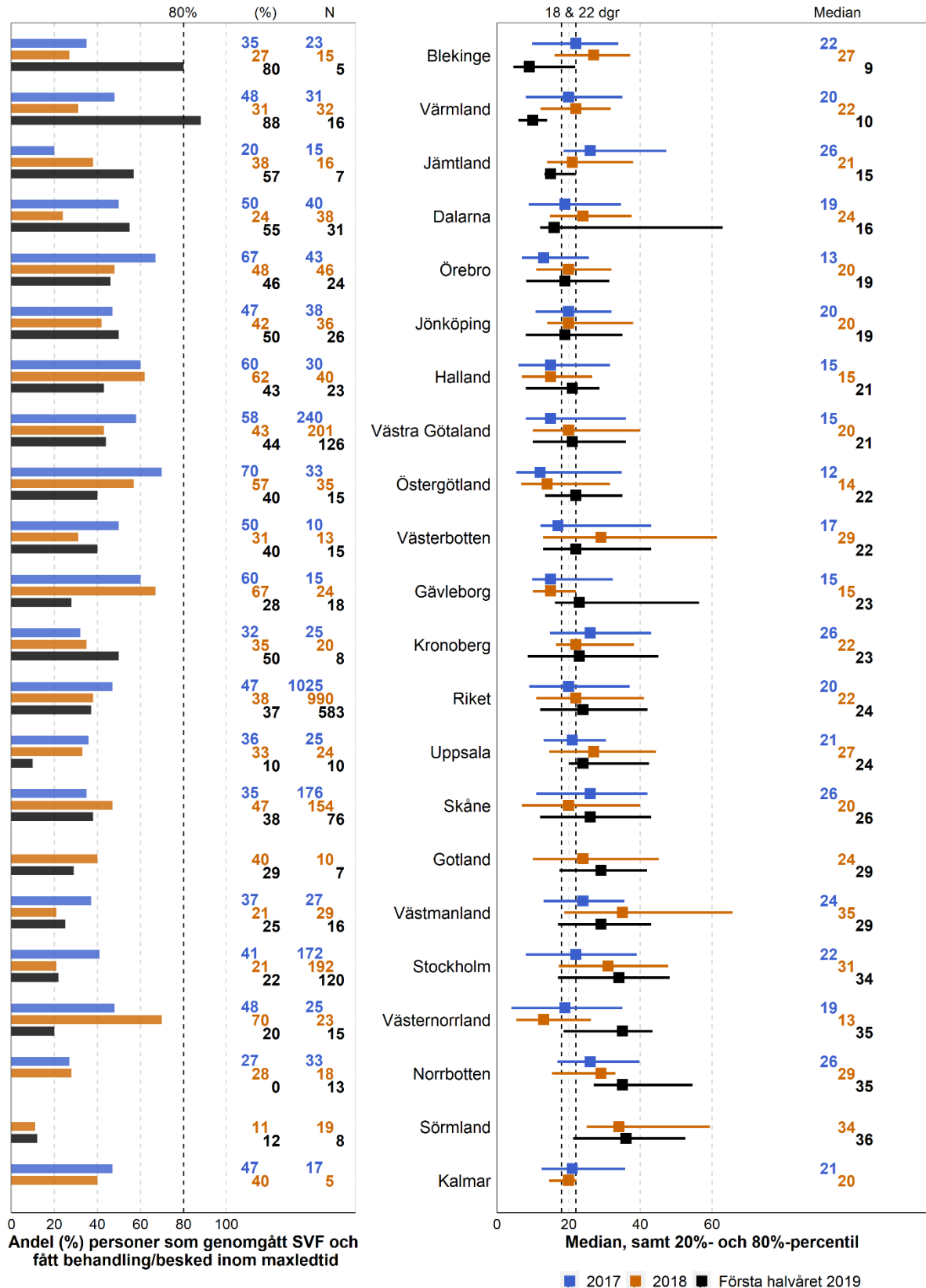
Maligna lymfom och KLL

Vårdförloppet för maligna lymfom infördes 2016 och kompletterades med KLL 2017. På riksnivå nås inklusionsmålet (72 %). Ledtidsmålet nås inte på riksnivå för något behandlingsalternativ, 37 % och 38 % för läkemedelsbehandling respektive exspektans. För läkemedelsbehandling når Blekinge och Värmland målet 2019, liksom Kronoberg för exspektans. Strålbehandling ligger däremot långt ifrån ledtidsmålet, endast 12 %. I den gruppen är det också få patienter vilket gör att siffran blir osäker.

Maligna lymfom och KLL – första behandling strålbehandling

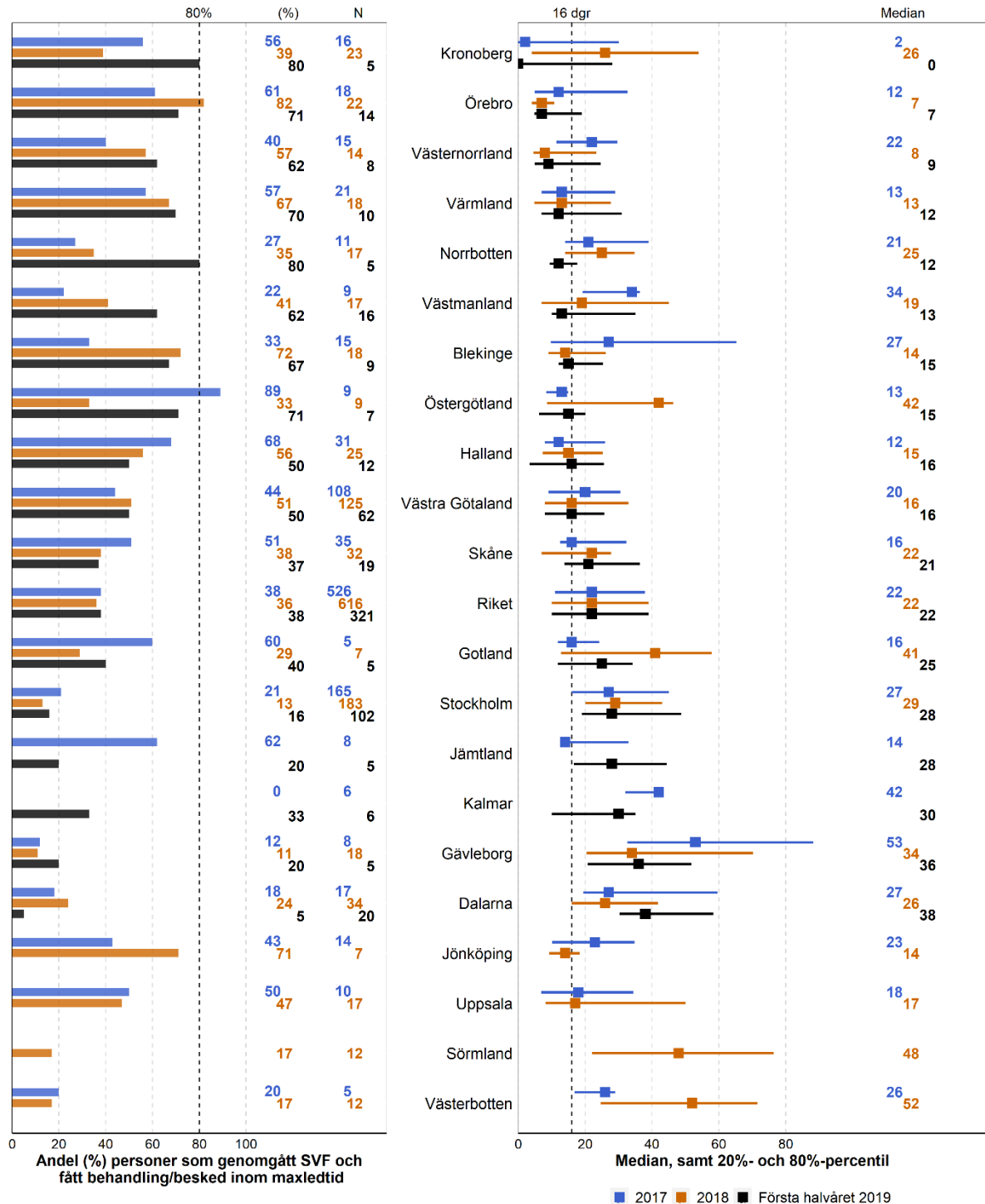


Maligna lymfom och KLL – första behandling läkemedel





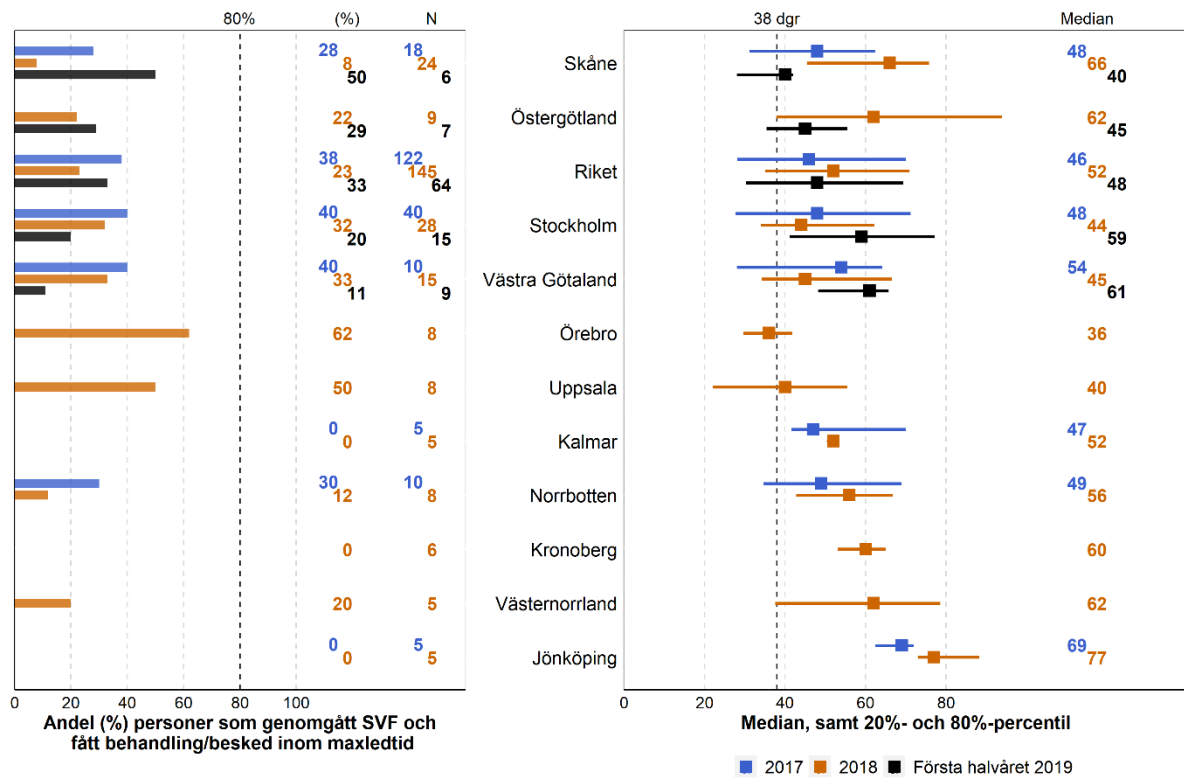
Maligna lymfom och KLL – avslut SVF exspektans



Matstrups- och magsäckscancer

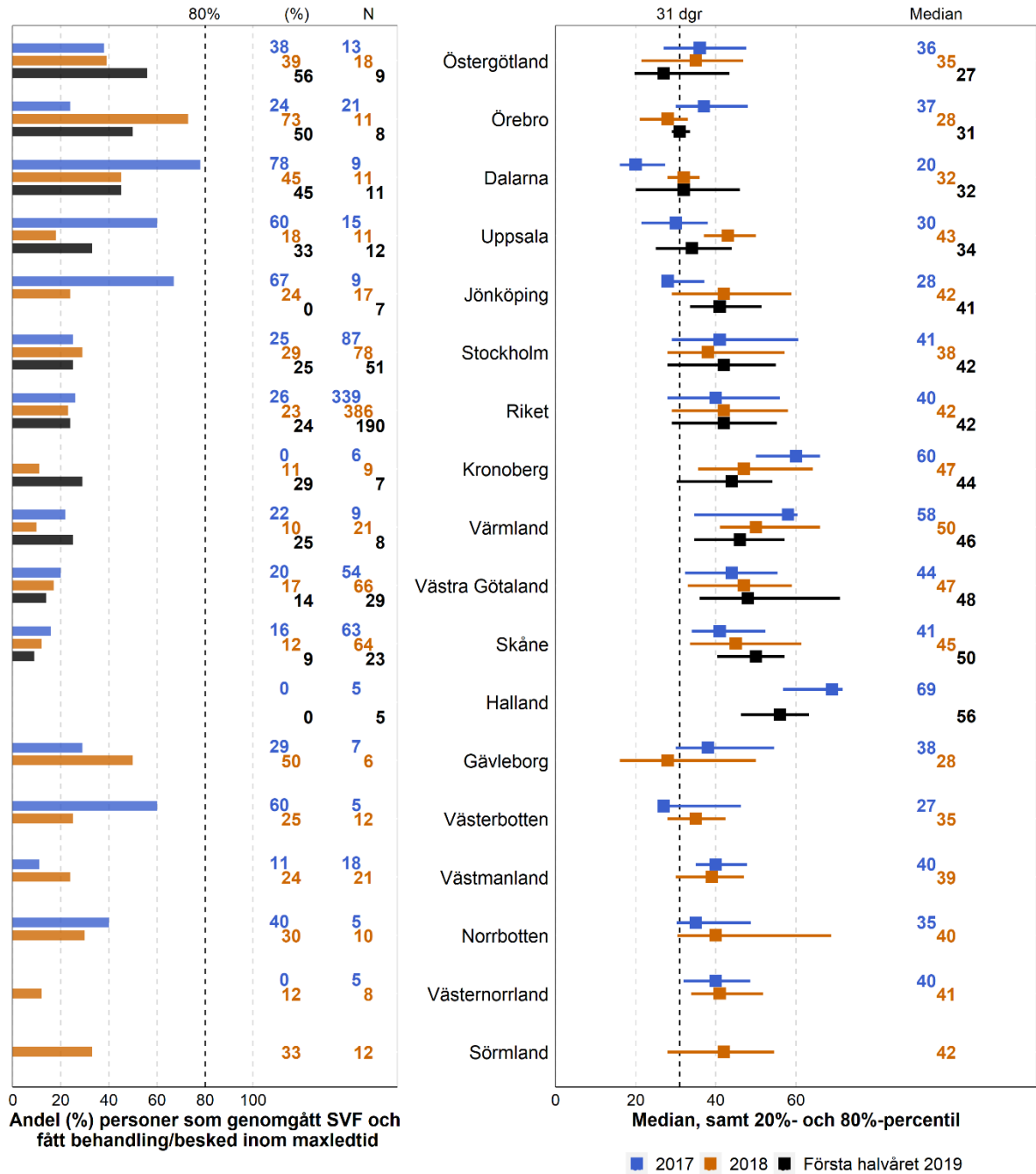
Vårdförloppet infördes 2015. Det når näst intill inklusionsmålet (69 %). För den vanligaste behandlingen, läkemedel, startar 24 % sin behandling inom ledtiden. Något bättre går det vid kirurgi, 33 %. Även detta förlopp har relativt få patienter och många regioner har för få patienter för att ledtiderna ska kunna redovisas.

Matstrups- och magsäckscancer - första behandling kirurgi

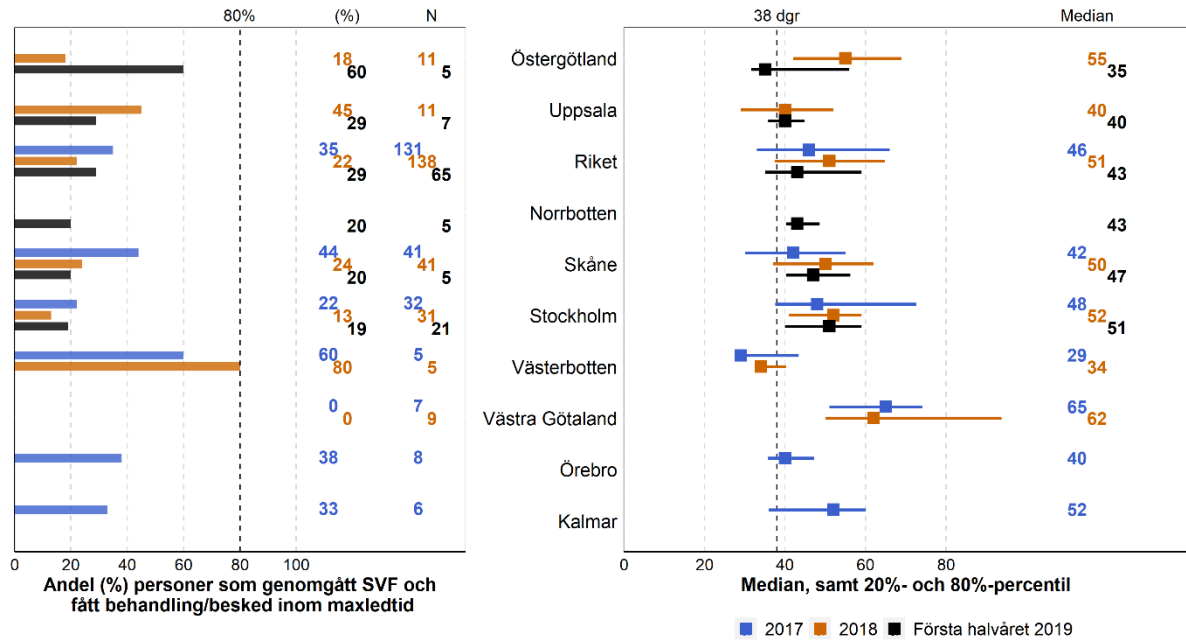




Matstrups- och magsäckscancer – första behandling läkemedel



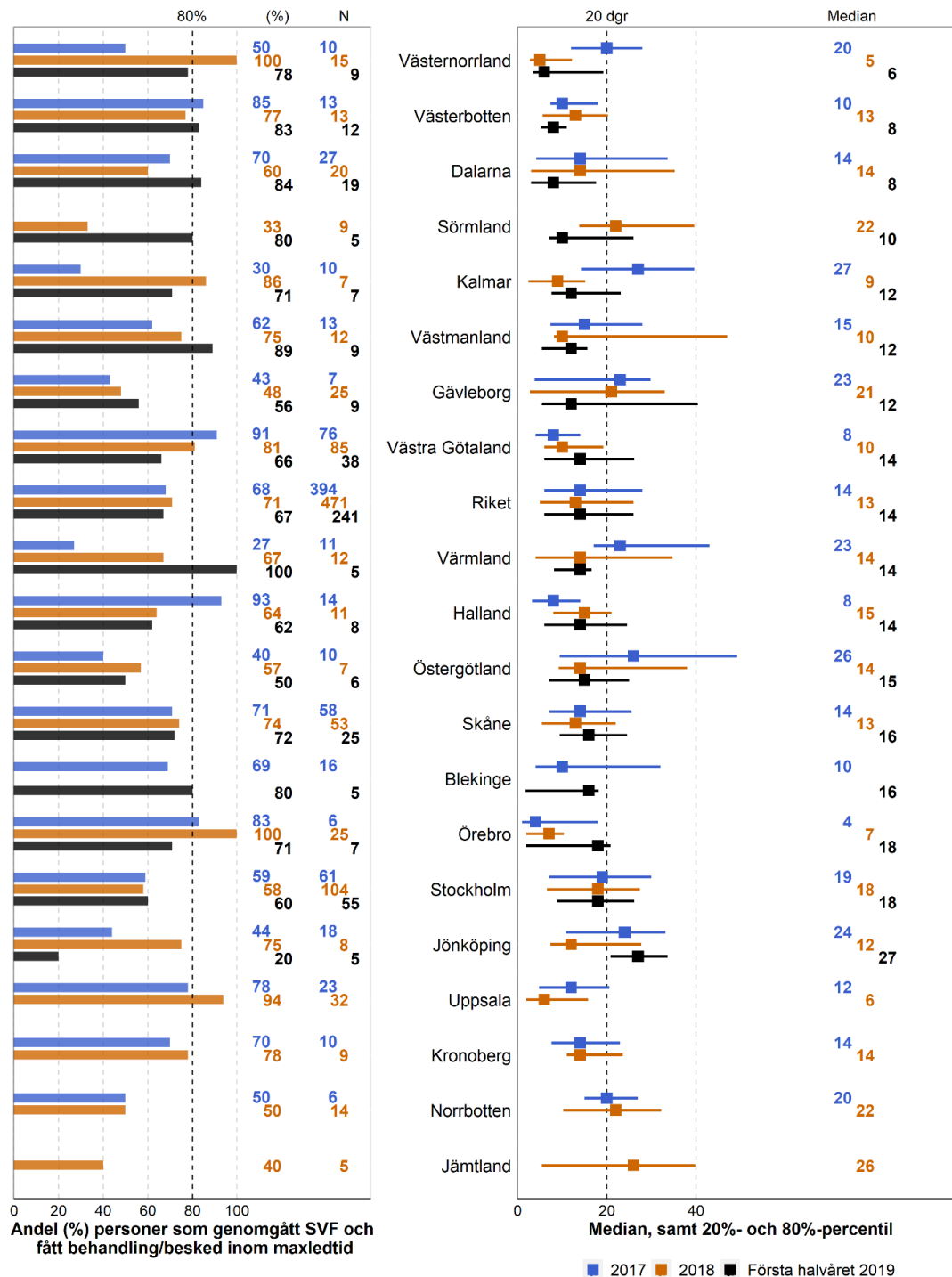
Matstrups- och magsäckscancer – första behandling strålbehandling



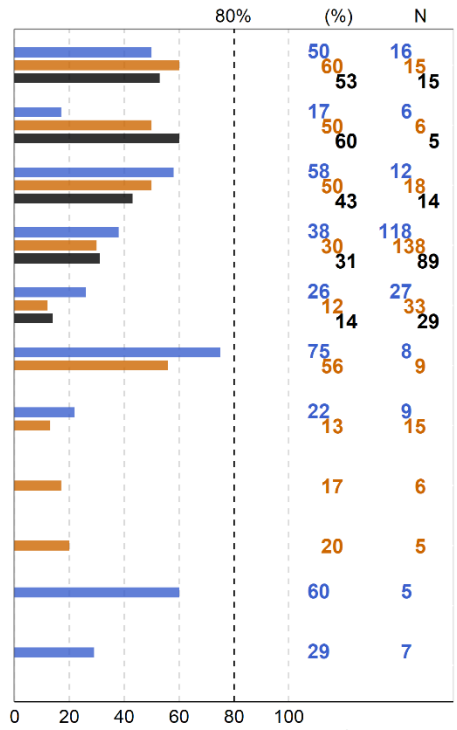
Myelom

Vårdförloppet infördes 2016. De flesta patienter utreds enligt SVF, 89 %. För läkemedelsbehandling, som är den vanligaste, får 69 % av patienterna sin behandling inom ledtiden och flera regioner når ledtidsmålet 2019, även om det för många är få patienter.

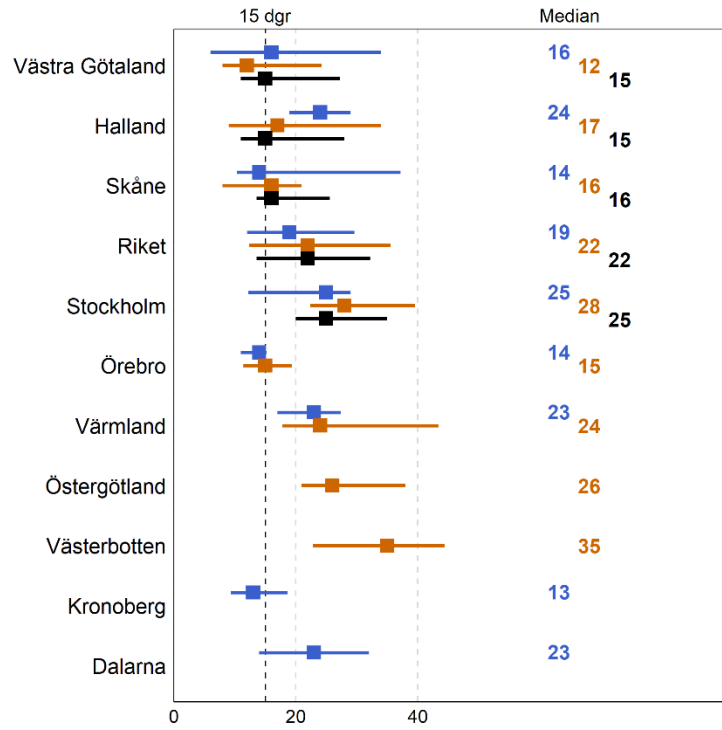
Myelom – första behandling läkemedel



Myelom – avslut SVF exspektans



Andel (%) personer som genomgått SVF och fått behandling/besked inom maxledtid



15 dgr Median, samt 20%- och 80%-percentil

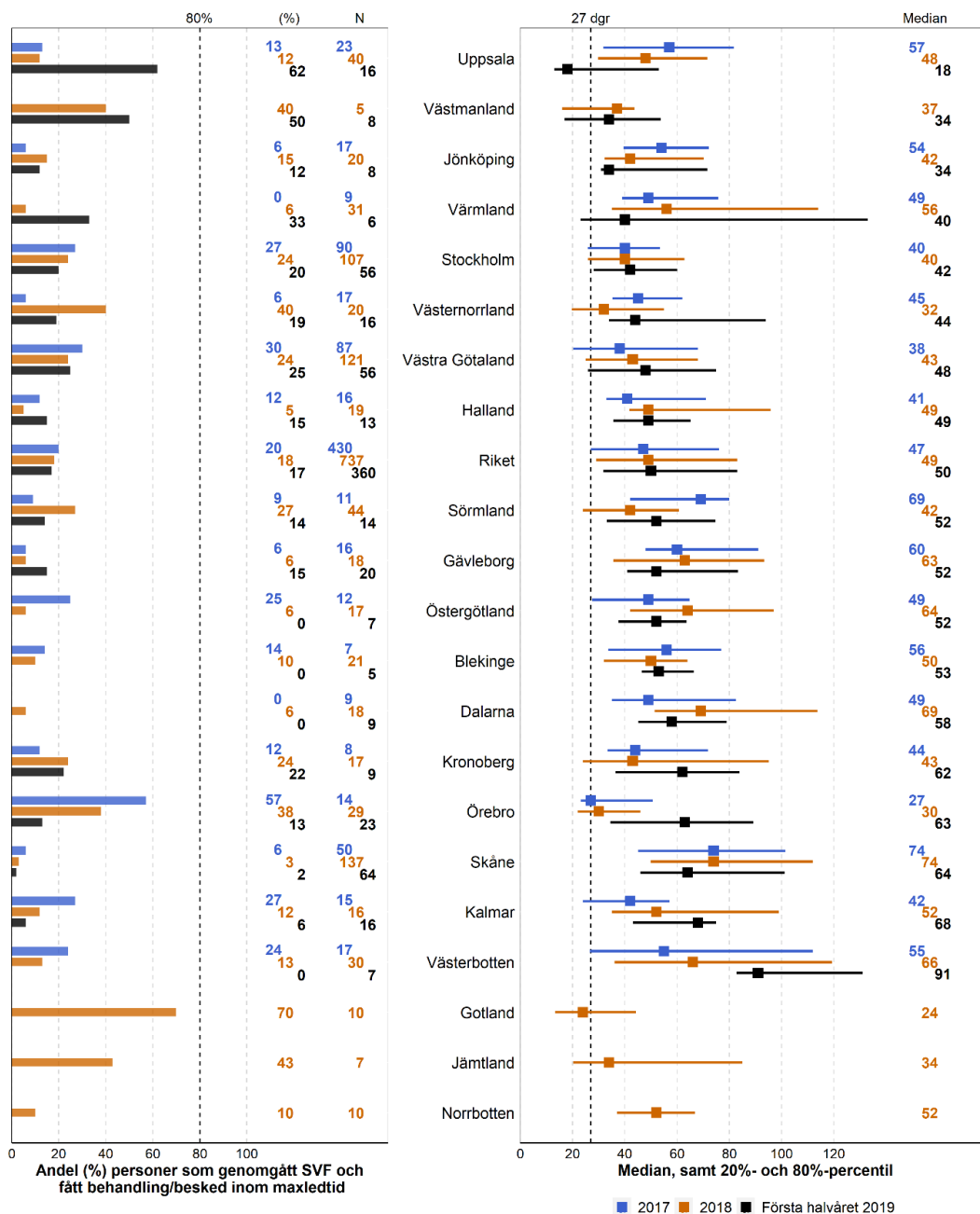
■ 2017 ■ 2018 ■ Första halvåret 2019



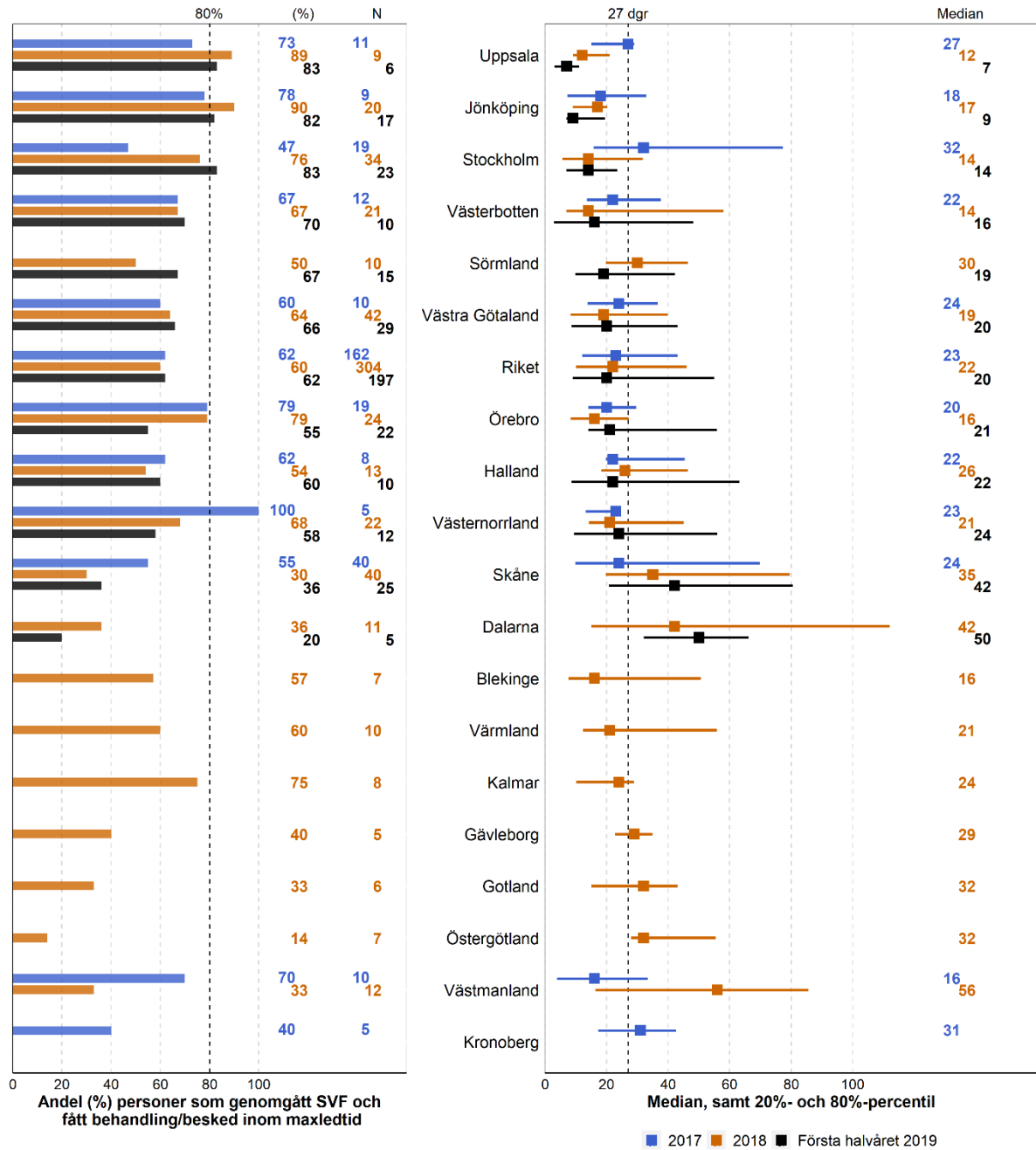
Njurcancer

Vårdförloppet infördes 2017. Inklusionsmålet når över 100 % (102 %). En förklaring kan vara att många patienter med små oklara tumörer eller cystor avslutas med koden för exspektans men inte rapporteras inte till cancerregistret då de inte har en verifierad cancerdiagnos. Detta ger ett falsk högt värde i andel cancerpatienter. För kirurgi får 17 % av patienterna behandling inom ledtiden. För exspektans avslutas 62 % inom ledtiden. Över tid kan ingen förändring ses på riksnivå, men för kirurgi finns i några regioner, Uppsala, Västmanland och Värmland en tendens till kortare ledtider medan Örebro, Kalmar och Västerbotten visar det motsatta.

Njurcancer – första behandling kirurgi



Njuncancer – avslut SVF expektans

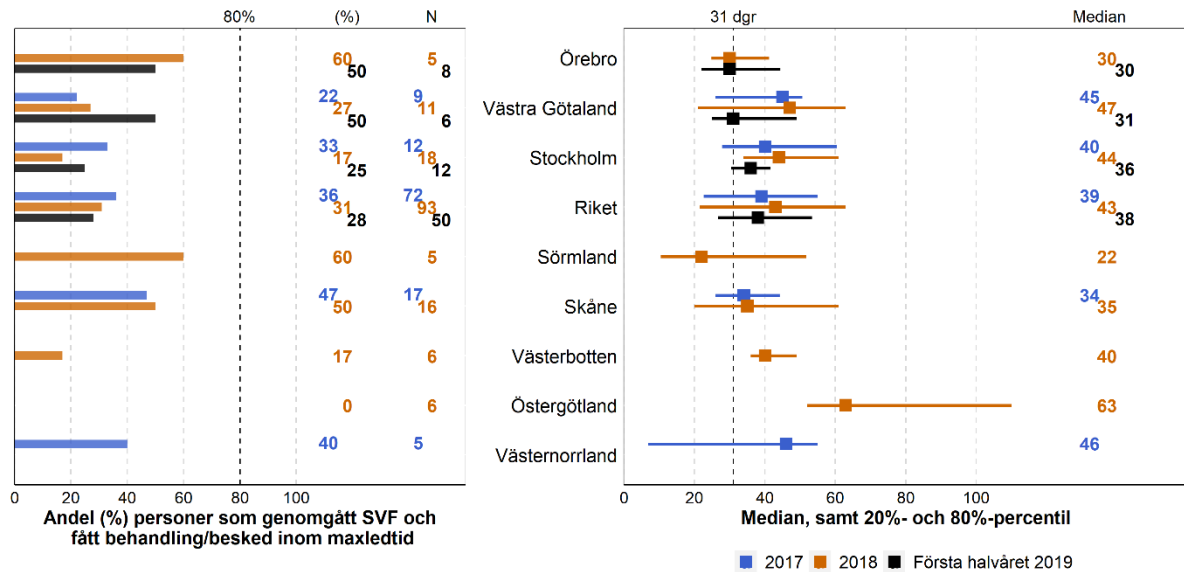




Peniscancer

Vårdförloppet infördes 2017 och är en diagnos med få patienter där den kirurgiska behandlingen sedan flera år är nationellt nivåstrukturerad. Man ligger långt ifrån inklusionsmålet (48 %). Även ledtidsmålet är långt ifrån måluppfyllelse. Endast 28 % startar behandling kirurgi inom ledtiden.

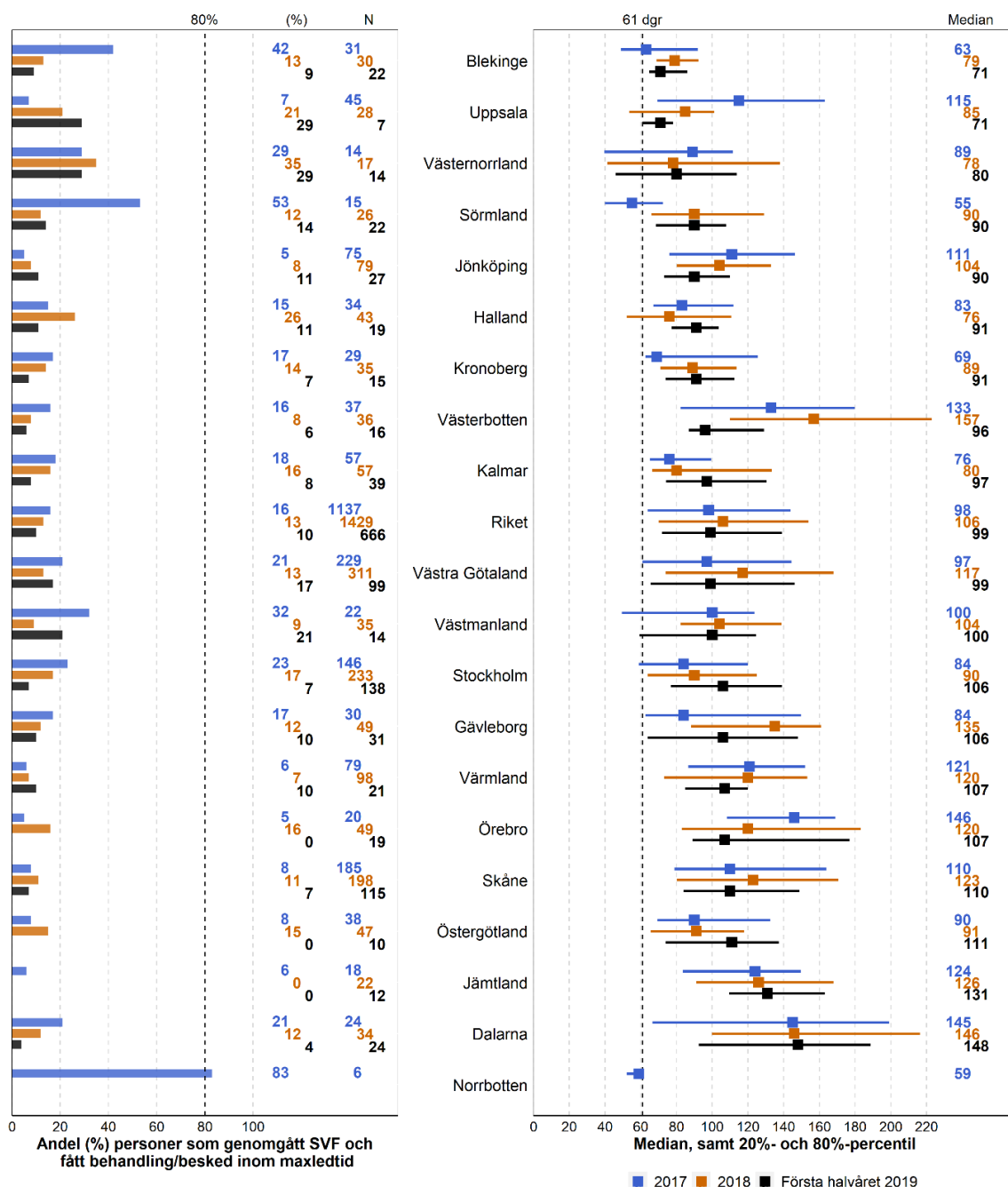
Peniscancer – första behandling kirurgi



Prostatacancer

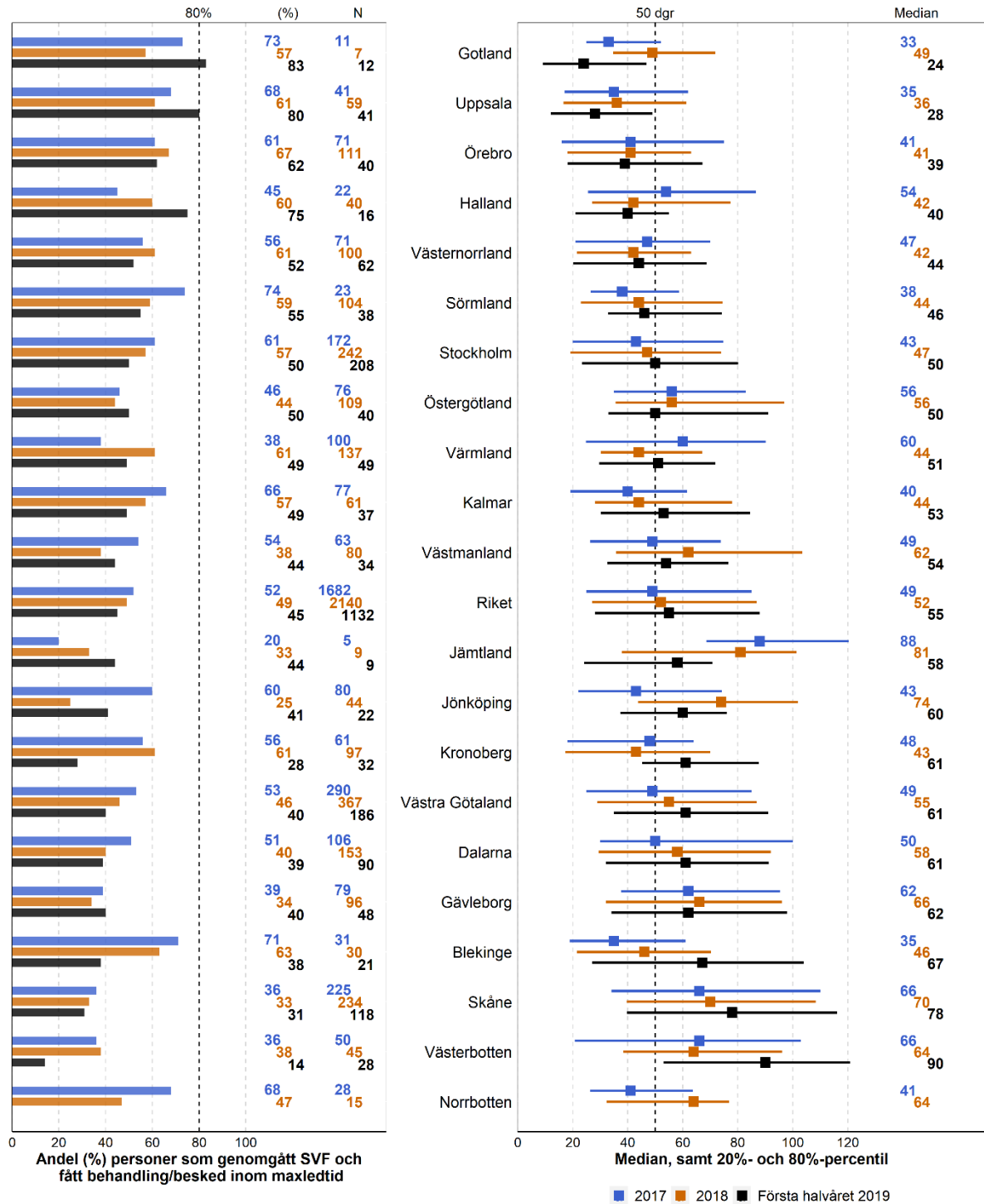
Vårdförloppet infördes 2015 och är en av de största patientgrupperna. Endast 56 % av patienterna utreds enligt SVF och man ligger långt från ledtidsmålet. Bäst går det för de patienter som avslutas med exspektans, vilket är det vanligaste, samt läkemedelsbehandling, 55 % respektive 45 % avslutas eller får sin behandling inom ledtiden. För både kirurgi och strålbehandling ligger man långt ifrån målet, med endast 10 % respektive 5 % som får sin behandling inom ledtiden.

Prostatacancer – första behandling kirurgi

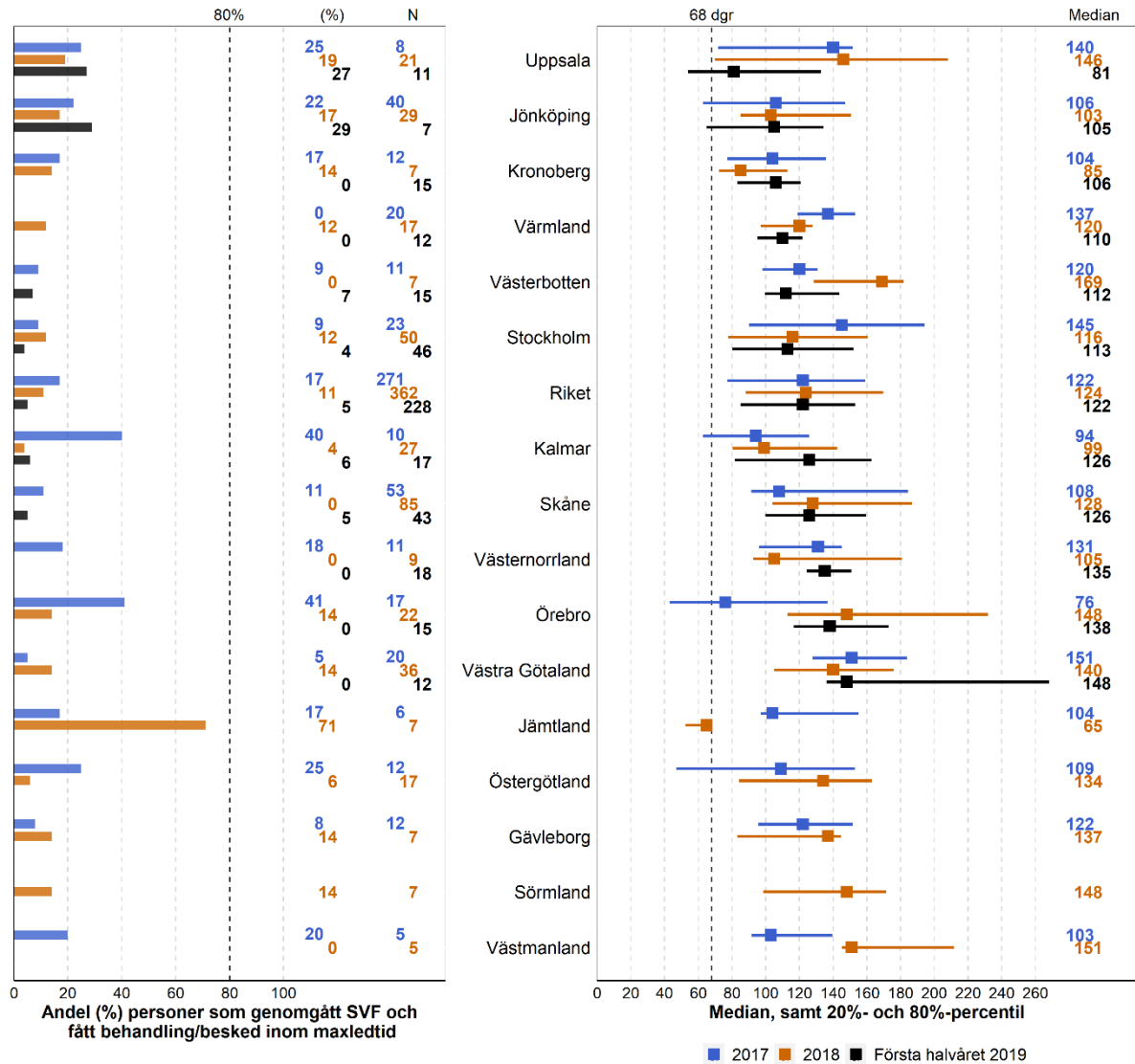




Prostatacancer – första behandling läkemedel

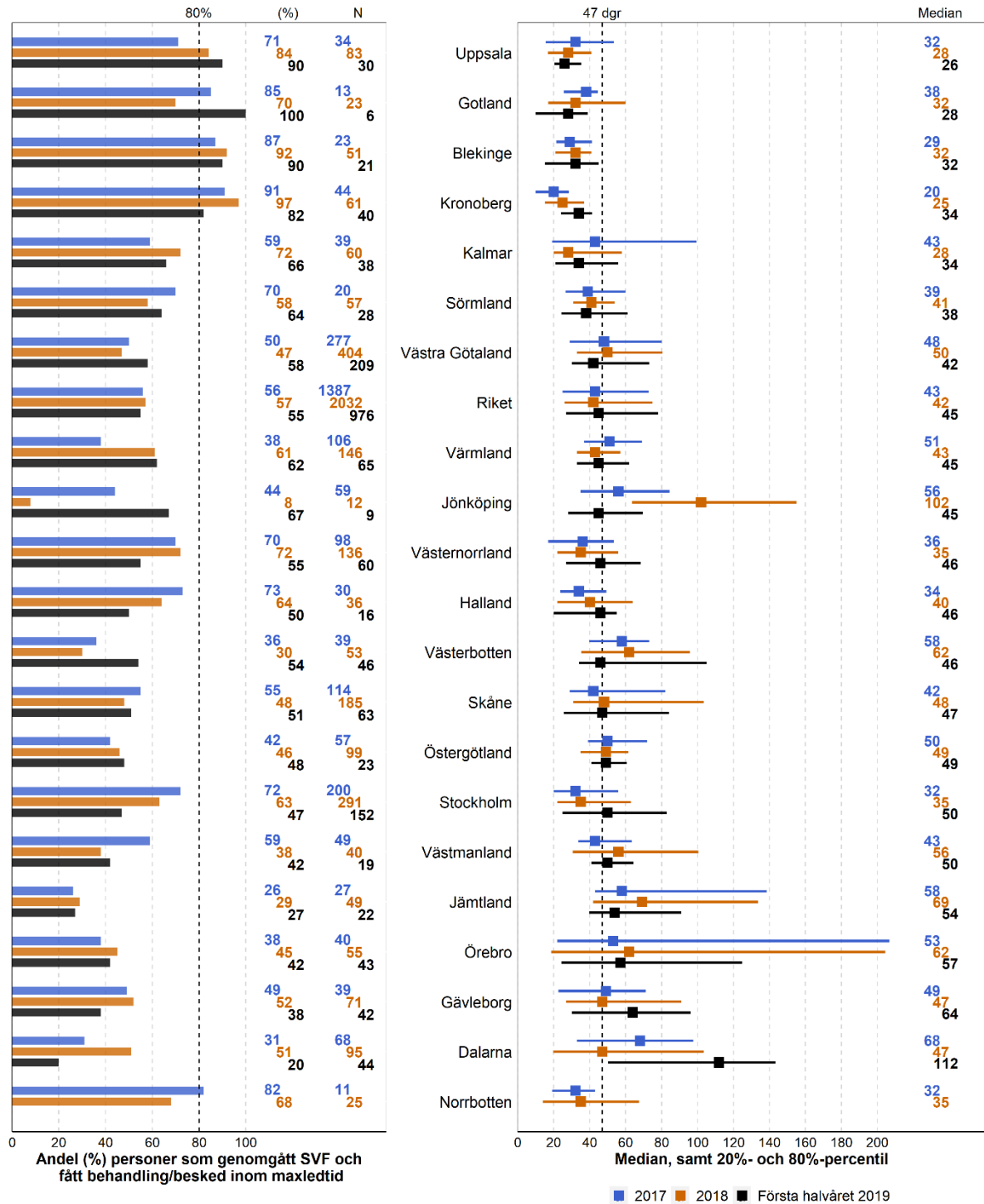


Prostatacancer – första behandling strålbehandling





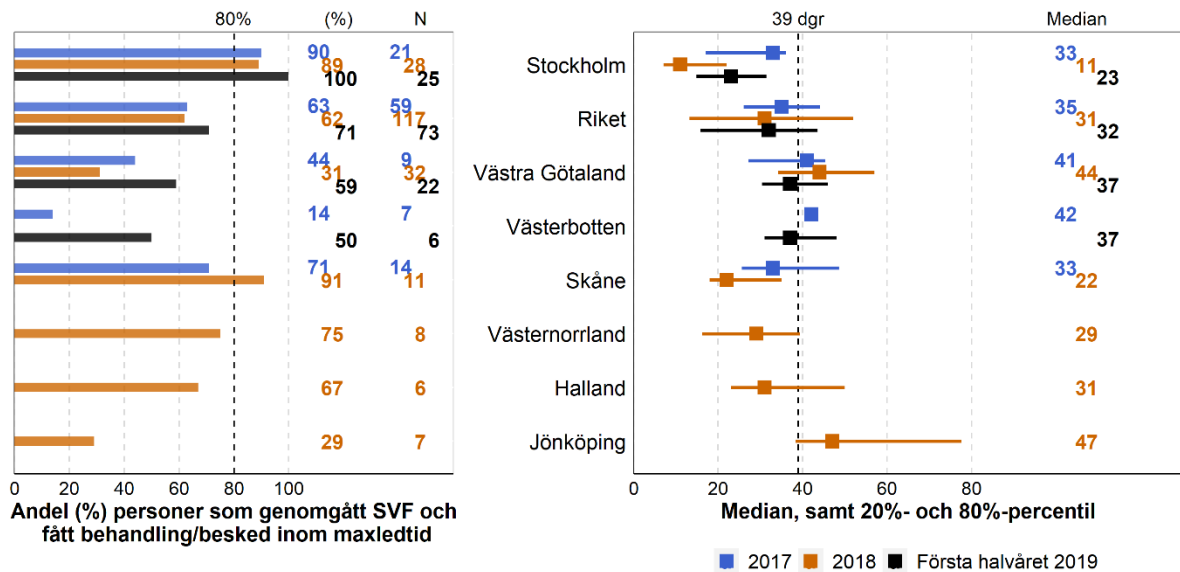
Prostatacancer – avslut SVF exspektans



Skelett- och mjukdelssarkom

Vårdförloppet infördes 2017. 76 % av patienterna utreds enligt SVF. Det är relativt få patienter i diagnosen och behandlingen är delvis centraliserad. 71 % av patienterna startar behandling kirurgi inom ledtiden på riks nivå medan Stockholm ända sedan start har klarat målnivån, 100 % 2019.

Skelett- och mjukdelssarkom – första behandling kirurgi

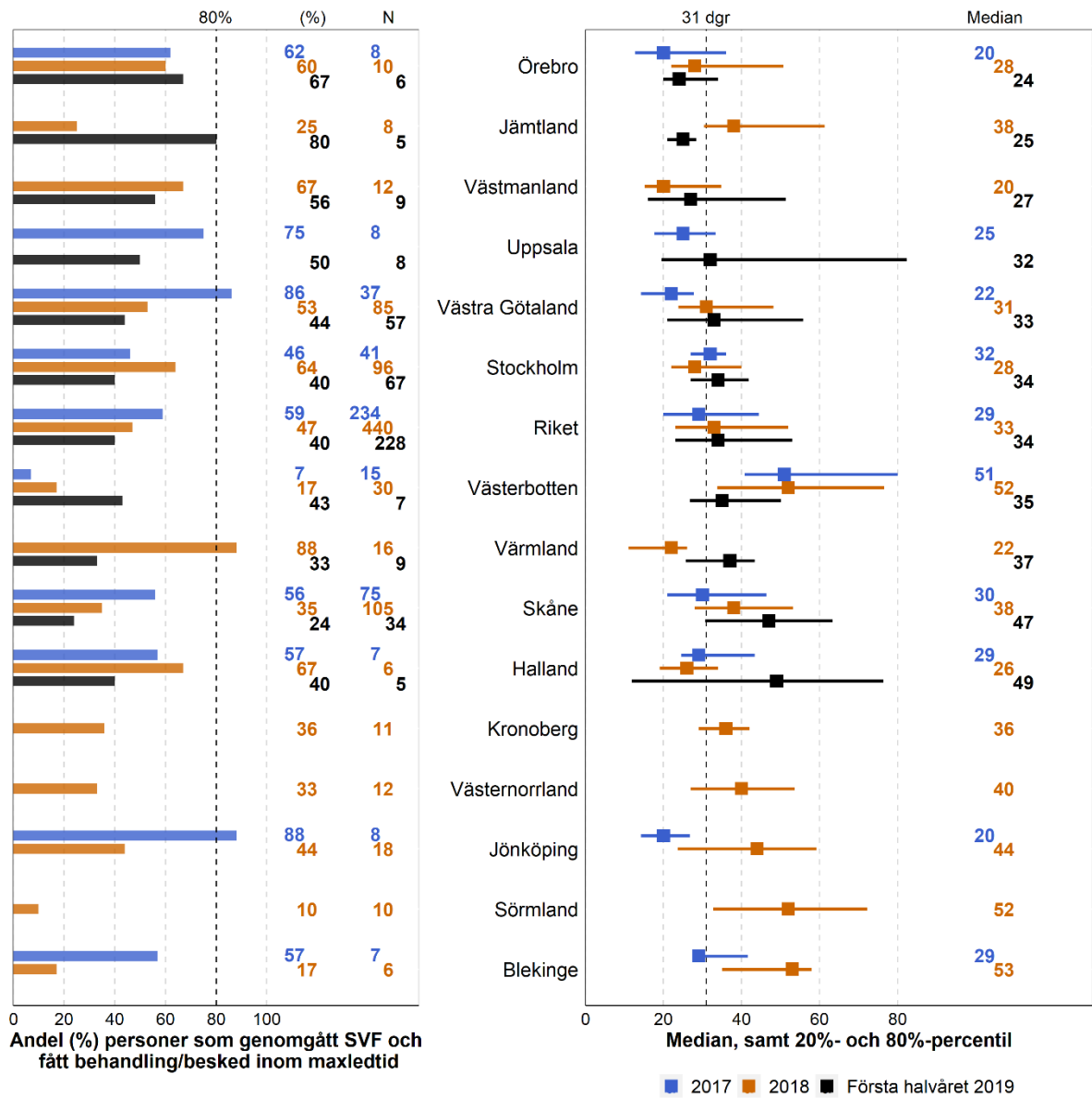




Sköldkörtelcancer

Vårdförloppet infördes 2017. 77 % av patienterna utreds enligt SVF. Endast 40 % startar sin behandling, kirurgi, inom ledtiden.

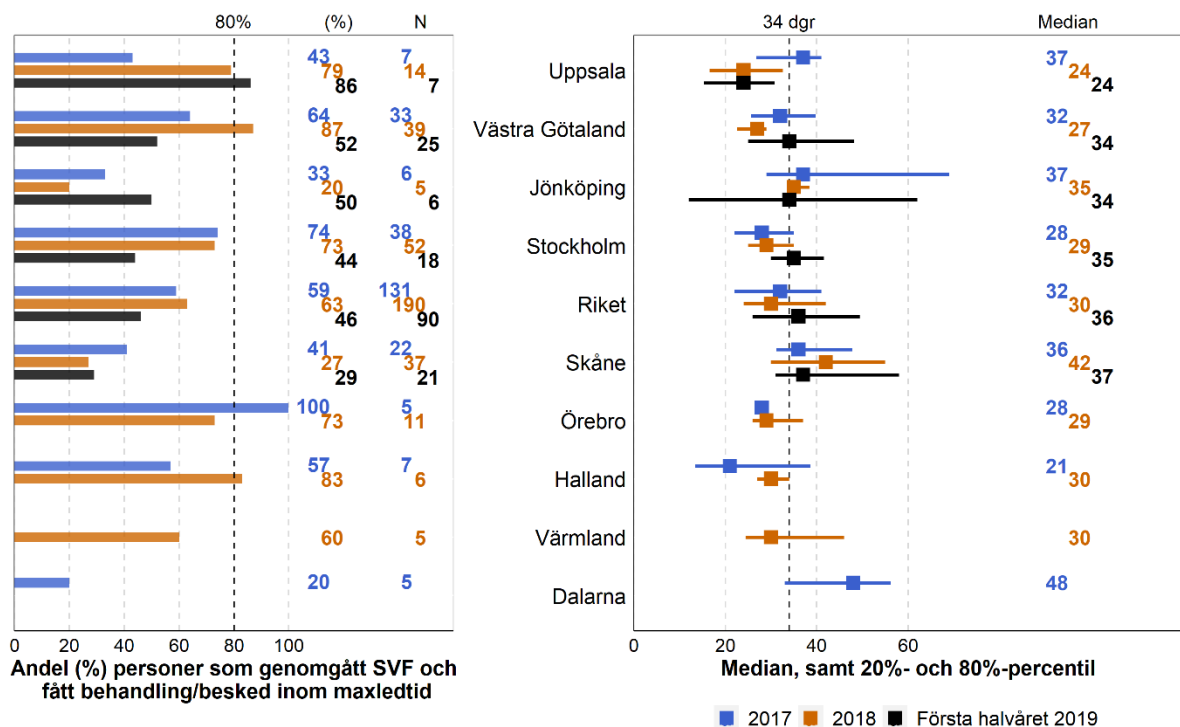
Sköldkörtelcancer – första behandling kirurgi



Testikelcancer

Vårdförloppet infördes 2017. 61 % av patienterna utreds enligt SVF. Det vanligaste avslutet är ”annan behandling” vilket innebär besök hos onkolog för upprepad stadiindelning, beslut om exspektans eller information om adjuvant (onkologisk) behandling. Endast 46 % av patienterna avslutas inom leddiden.

Testikelcancer – första behandling annan

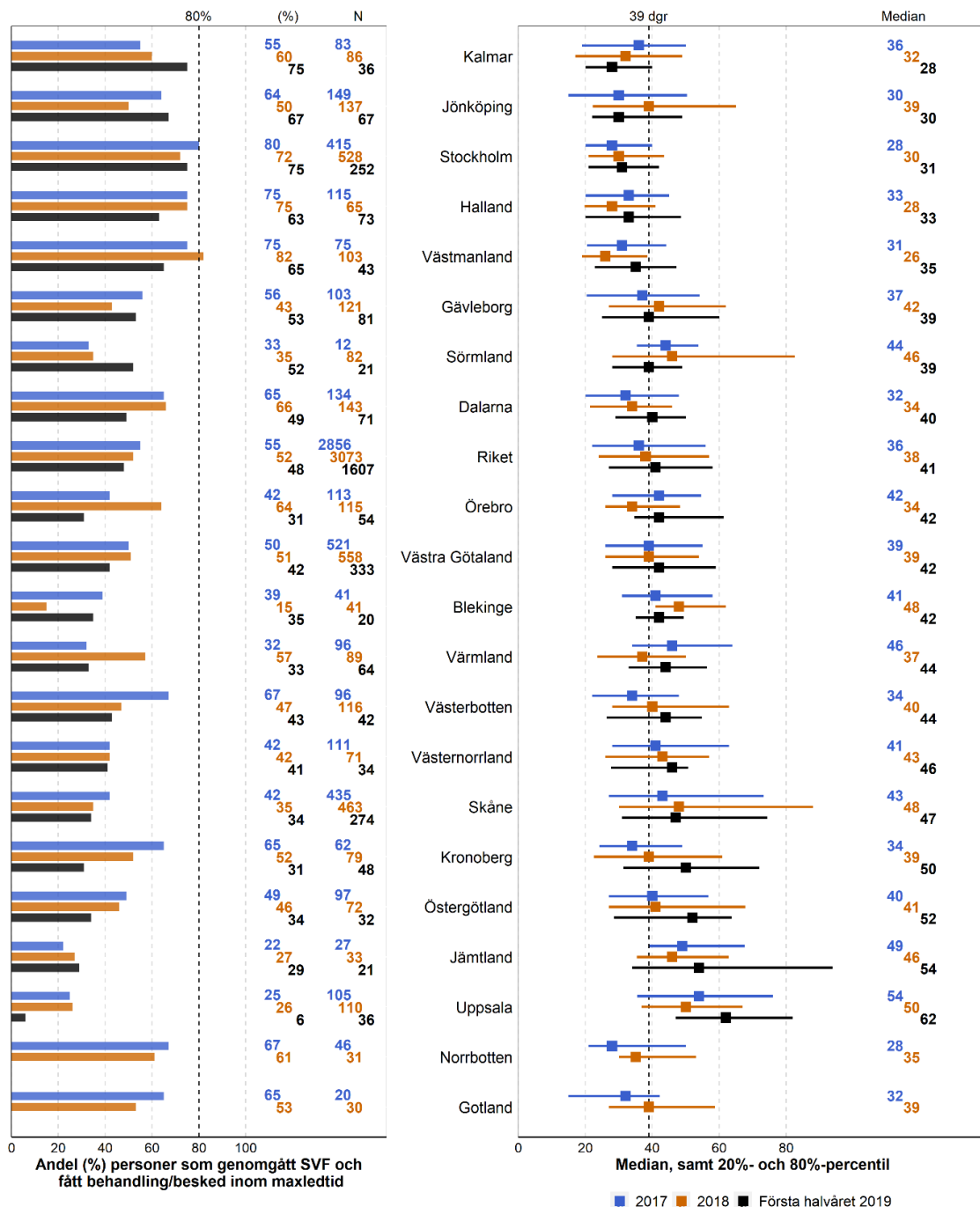




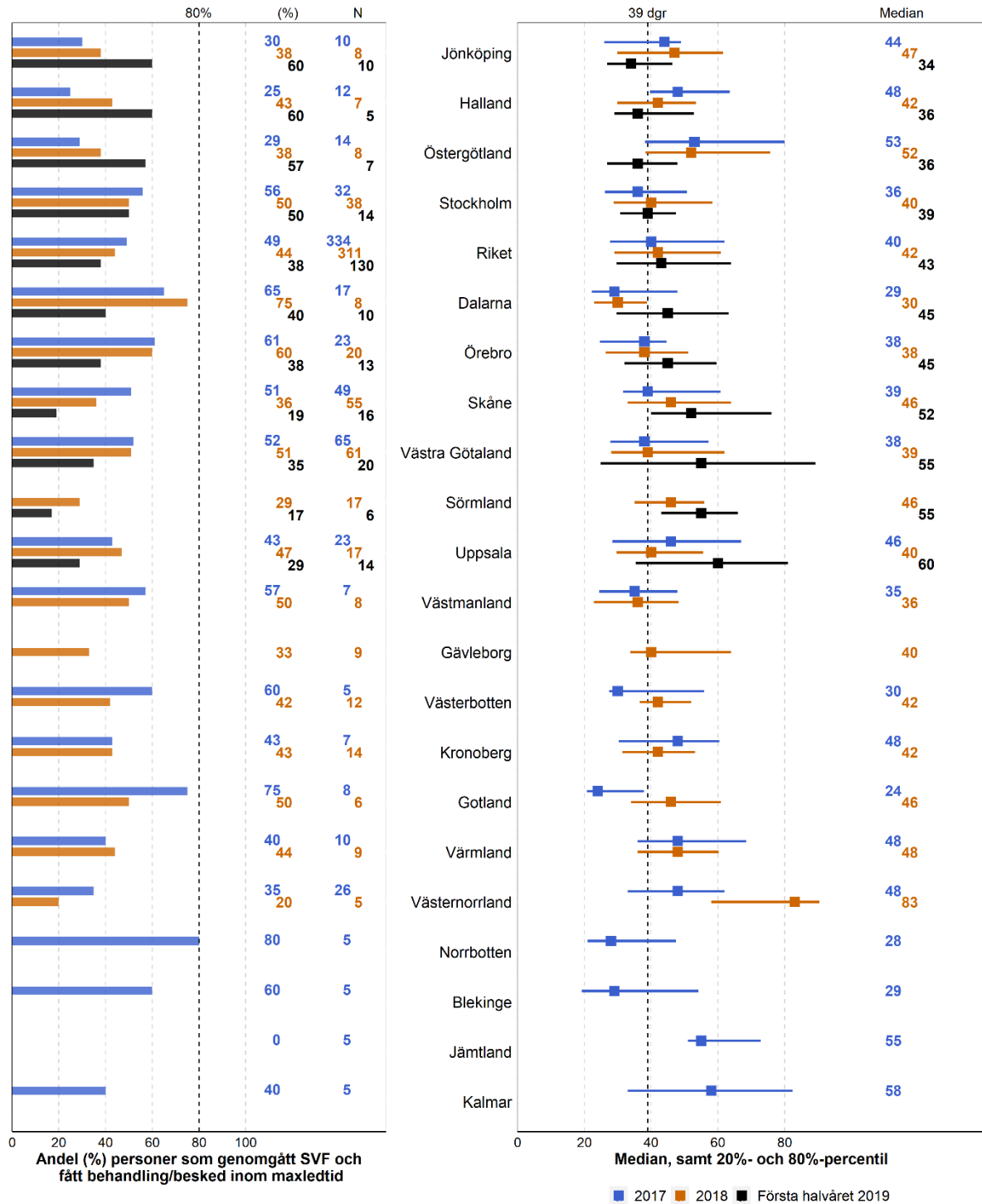
Tjock- och ändtarmscancer

Vårdförloppet infördes 2016. 82 % utreds enligt SVF. Vid kirurgi får 48 % av patienterna sin behandling inom ledtiden. På riksnivå ses en tendens mot längre ledtider över mätperioden medan Kalmar, Jönköping och Stockholm har lyckats bättre med en målnivå på 75 %, 67 % respektive 75 %. För strålbehandling är det på riksnivå endast 23 % som startar sin behandling inom ledtiden vilket också är en försämring över mätperioden.

Tjock- och ändtarmscancer – första behandling kirurgi

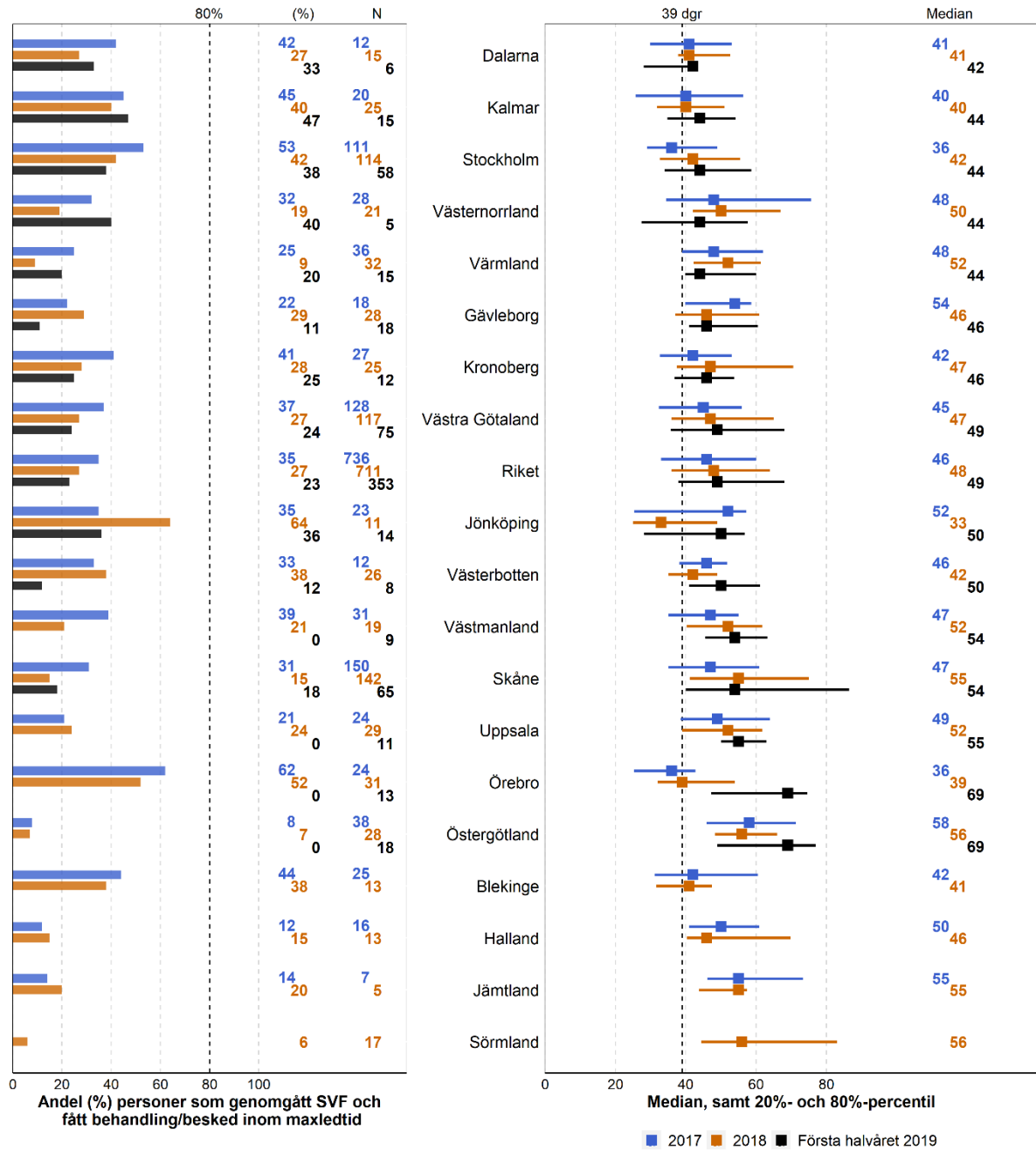


Tjock- och ändtarmscancer – första behandling läkemedel





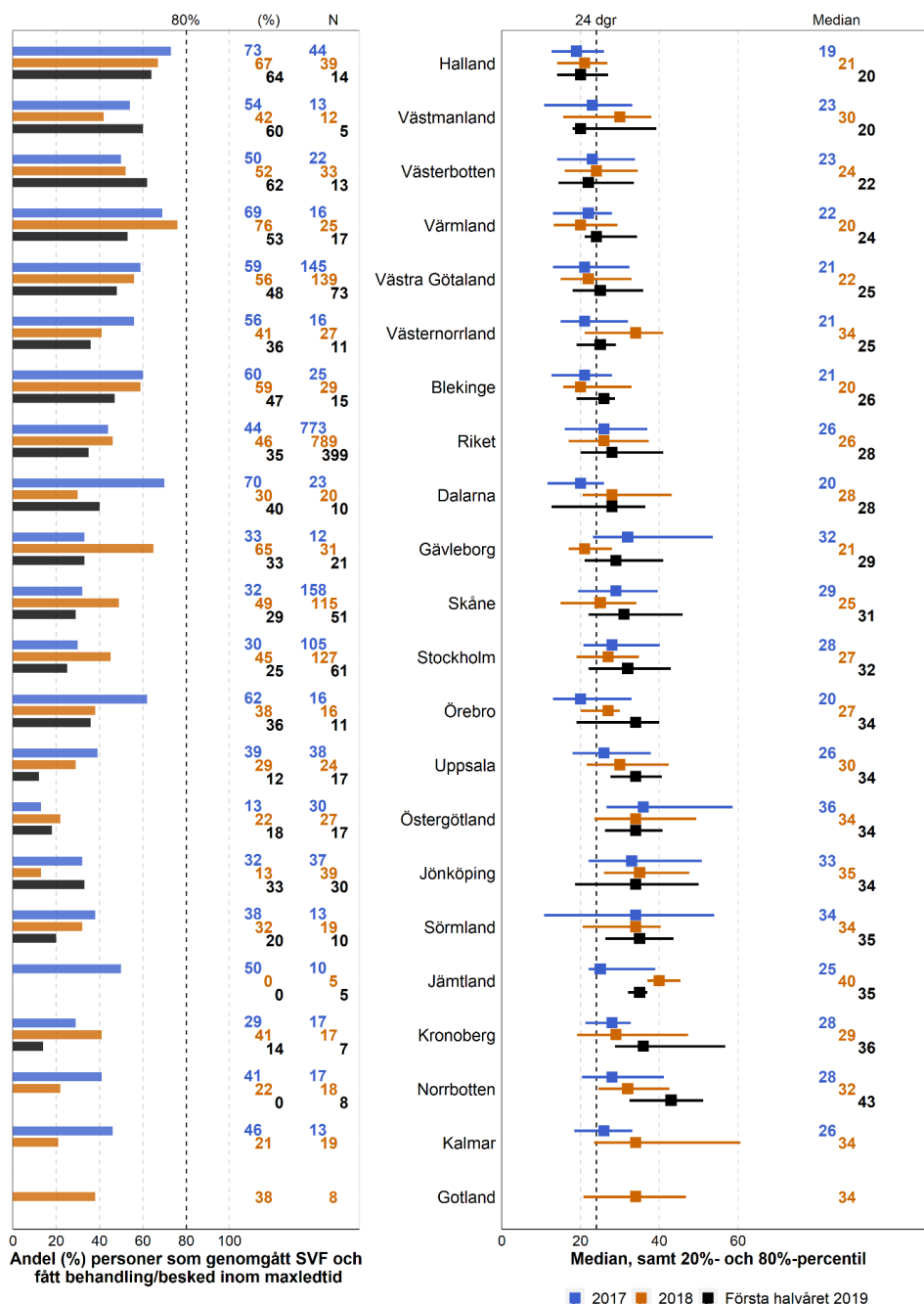
Tjock- och ändtarmscancer – första behandling strålbehandling



Äggstockscancer

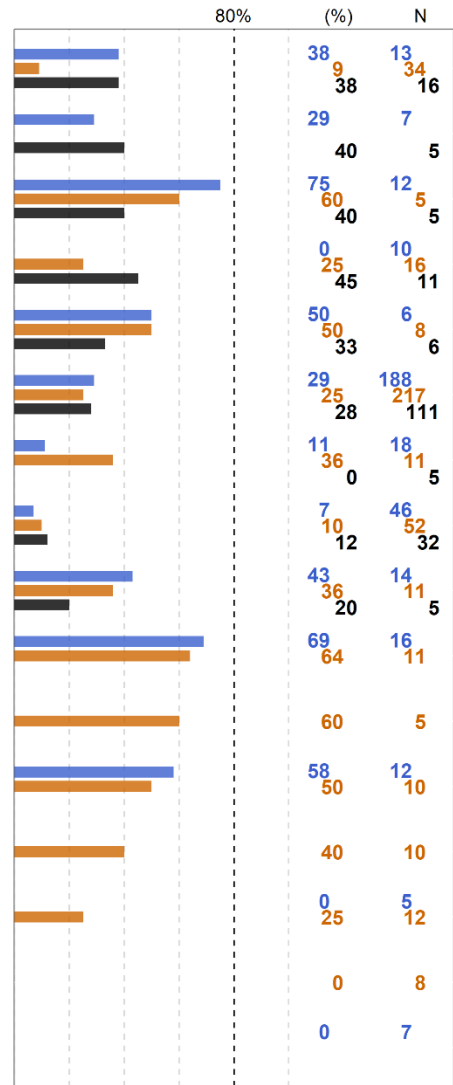
Vårdförloppet infördes 2016. 93 % av patienterna utreds enligt SVF. En förklaring till den höga siffran är att många patienter opereras innan de har en säker cancerdiagnos. I och med operationen avslutas SVF som ”första behandling, kirurgi” och patienten registreras i Signe-databasen oavsett om tumören senare visar sig vara benign, vilket ger falskt för många cancerpatienter i Signe-databasen. 35 % av de som avslutas med kirurgi får behandling inom ledtiden, 28 % för läkemedelsbehandling. Ingen förändring ses över mätperioden.

Äggstockscancer – första behandling kirurgi

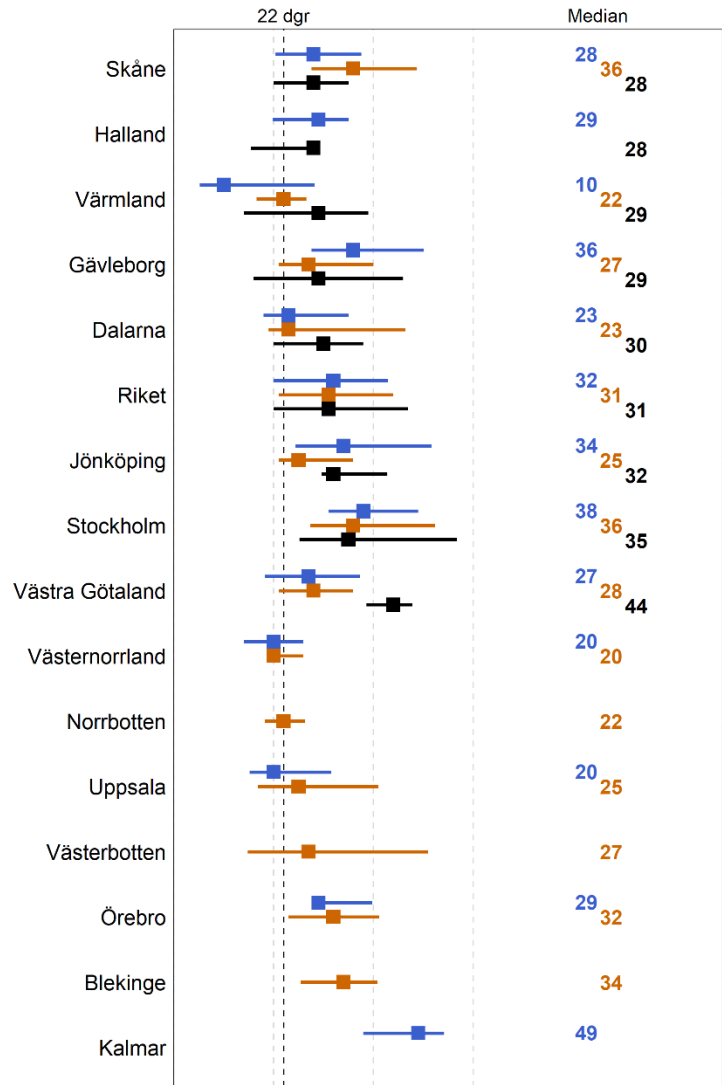




Äggstockscancer – första behandling läkemedel



Andel (%) personer som genomgått SVF och fått behandling/besked inom maxledtid



Median, samt 20%- och 80%-percentil

■ 2017 ■ 2018 ■ Första halvåret 2019

APPENDIX II

Jämförelse mellan SVF-registrering och kvalitetsregister

Av de nationella kvalitetsregistren för cancer är det nio register som på något sätt redovisar om patienten utretts enligt SVF eller inte. Då resultat mellan registren inte är jämförbara har vi valt att i rapporten åskådliggöra vilka mätpunkter i respektive kvalitetsregister som ungefärligt motsvarar mätpunkterna i SVF.

Variabeln som i kvalitetsregistren motsvarar ”Start av SVF, välgrundad misstanke” benämns olika i respektive register. Hur tillförlitlig variabeln är i de olika kvalitetsregistren är inte känt, t.ex. hur många som utreds enligt SVF men inte registrerats så. Att ett datum saknas betyder inte heller säkert att patienten inte utretts enligt SVF.

På samma sätt motsvarar inte alltid datum för behandlingsstart i kvalitetsregistren samma mätpunkt som i Signe-databasen. Fr.a. gäller det för palliativ behandling som inte alltid anges i kvalitetsregistren.

I tabellerna nedan presenteras variabler i varje kvalitetsregister som närmast motsvarar de olika avsluten i SVF samt definitionen av dessa i respektive register.

Analcancer

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Datum för välgrundad misstanke om cancer enl. SVF
Start av behandling, kirurgi (kurativ eller palliativ)	Lokoregional tumörresektion, datum Kirurgi av metastaser, datum
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Cytostatikabehandling, startdatum (neoadjuvant eller palliativ)
Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ)	Strålbehandling, startdatum (neoadjuvant eller palliativ)
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Saknas
Start av behandling, annan – stomiupplägning	Fecesdeviation, datum



Bröstcancer

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Beslutsdatum för välgrundad misstanke om cancer. Även om patienten inte ingår i ett SVF-förlopp ska datum anges för tidigaste misstanke enligt kriterierna för välgrundad misstanke
Start av behandling, kirurgi (kurativ eller palliativ)	Operationsdatum 1:a ingreppet
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Gäller preoperativ adjuvant onkologisk behandling. Startdatum, första kur
Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ)	Gäller preoperativ adjuvant onkologisk behandling. Startdatum, första dos
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Saknas

Cancer i bukspottkörtel

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Beslutsdatum för välgrundad misstanke enl. SVF
Start av behandling, kirurgi (kurativ eller palliativ)	Datum för operation
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Kemoterapi, startdatum
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Best supportive care, datum för åtgärdsbesked till patienten
Start av behandling, exspektans. Används för patienter som diagnostiserats med premaligna tillstånd (IPMN) som inte ska föranleda tumorspecifik behandling.	Datum för åtgärdsbesked till patienten

Cancer i urinblåsa och urinvägar

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Utredd enligt standardiserat vårdförlopp (SVF), datum för utfärdande av remiss
Start av behandling, kirurgi (cystektomi eller kirurgisk behandling av cancer i övre urinvägarna eller uretra)	Cystektomi, operationsdatum
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ systemisk kemoterapi)	Neoadjuvant behandling/ induktionsbehandling/ palliativ tumörspecifik behandling, startdatum
Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ)	Kurativt syftande strålbehandling, startdatum
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Saknas
Ingen ytterligare åtgärd, datum för PAD-besked till patienten (endast patienter som inte ska behandlas med kirurgi, kemoterapi eller strålbehandling)	Datum för diagnostisk TUR/px finns, men datum för besked till pat saknas

Hjärntumörer

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Datum för välgrundad misstanke
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Kemoterapi, startdatum
Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ)	Radioterapi, startdatum
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Symtomlindrande behandling, besluts/ startdatum saknas
Start av behandling, beslut om exspektans med övervakning, tills vidare utan behandling. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslut	Exspektans, besluts/ startdatum saknas



Ingen ytterligare åtgärd. Datum för besked till patienten om att onkologisk behandling inte ska utföras.	Kirurgi, operationsdatum (gäller om "Planeras icke-kirurgisk tumörbehandling - nej" efter kirurgi)
--	--

Hudmelanom

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Utreds patienten enl. SVF? Ja/Nej (variabeln finns på patologblanketten) Datum för första läkarbesök
Start av behandling, kirurgi (utvidgad excision), koden används när ingen ytterligare behandling planeras efter detta.	Datum för utvidgad kirurgi
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Saknas
Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ) som inte föregåtts av exspektans	Saknas
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Saknas
Start av behandling, annan (lymfkörtelutrymning)	Lymfkörtelkirurgi, datum för lymfkörtelutrymning finns på patologblanketten
Start av behandling, exspektans och aktiv monitorering. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslut	Saknas
Ingen ytterligare åtgärd (används när den diagnostiska excisionen visar sig vara tillräcklig), behandlingsbeslut tillsammans med patienten	Diagnosbesked till patienten utifrån PAD-svar efter första diagnostiska ingrepp, datum

Lungcancer

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Utredd enligt SVF, datum när remissen skrevs till utredande klinik
Start av behandling, kirurgi (kurativ eller palliativ)	Kirurgi, datum för 1:a behandlingsstart

Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Läkemedel, datum för 1:a behandlingsstart
Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ)	Strålterapi, datum för 1:a behandlingsstart
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Palliativ, ingen aktiv behandling, datum för behandlingsbeslut tillsammans med patienten

Matstrups- och magsäckscancer

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Datum för välgrundad misstanke
Start av behandling, kirurgi (kurativ eller palliativ)	Operationsdata/typ av ingrepp, op datum
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Neoadjuvant behandling (kemoradio-/kemoterapi), startdatum
Start av behandling, strålbehandling inkl. brachyterapi (kurativ eller palliativ) som inte föregåtts av exspektans	Neoadjuvant behandling (radioterapi), startdatum
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Saknas
Start av behandling, exspektans inför ev. palliativ tumorspecifik behandling. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslut	Saknas

Prostatacancer

Mätpunkter i SVF	Variabel i kvalitetsregistret som närmast motsvarar SVF-registrering
Start av SVF, välgrundad misstanke	Remiss enligt standardiserat vårdförlopp, datum för utfärdande av remiss
Start av behandling, kirurgi (kurativ eller palliativ)	Radikal prostatektomi, op datum
Start av behandling, läkemedel (kurativ eller palliativ cancerspecifik behandling)	Neo-/adjuvant hormonbehandling, datum start hormonbehandling Icke kurativ terapi, datum för behandlingsbeslut



Start av behandling, strålbehandling (kurativ eller palliativ)	Extern radioterapi/Brachy, startdatum
Start av behandling, palliativ symtomlindrande behandling, behandlingsbeslut tillsammans med patienten.	Saknas
Start av behandling, beslut om exspektans, används för både exspektans och aktiv monitorering. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslut	Aktiv monitorering, Symtomstyrd terapi (tumörbromsande eller symtomlindrande behandling ges vid ev progress) - Datum för beslut



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se