

Så kan vården vid urinblåsecancer bli bättre

Disclosure: Den här rapporten är framtagen av Reform Society på uppdrag av Merck AB och Pfizer AB

Sammanfattning

Vården vid urinblåsecancer har förbättringspotential. De siffror som den här rapporten bygger på visar att det finns mer att göra för att varje region ska nå de två nationella målen för vården.

Det ena målet handlar om att minst 70 procent av alla som misstänks ha urinblåsecancer ska utredas med standardiserade vårdförlopp. Det målet klarar ungefär hälften av regionerna.

Det andra målet handlar om att 80 procent av patienterna ska få sin första behandling inom de ledtider som gäller det standardiserade vårdförloppet. För att nå det målet krävs mer av alla regioner.

Det finns sannolikt många olika förklaringar till varför mer behöver göras för att målen ska nås. Det är viktigt att få förståelse för varför det ser ut som det gör och hur situationen kan förbättras.

RCC och regionerna ska under 2022 fokusera på viktiga åtgärder inom området urinblåsecancer. Med ledning av den här rapporten ser tre områden ut att vara särskilt viktiga att fokusera på:

- Det ena är hur regionerna bättre kan stöttas för att leva upp till det nationella vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet för cancer i urinblåsan och urinvägarna. Det krävs sannolikt regionalt anpassade åtgärder för att varje region ska närma sig både inklusions- och ledtidsmålet.
- Det andra är hur tiden åstadkommas från alarmsymtom till diagnos kan snabbas på. Det nationella vårdprogrammet lyfter när det gäller det vikten av att alla regioner erbjuder enkla vägar som gör att personer med alarmsymtom för urinblåsecancer kan vända sig direkt till specialistvården utan att gå omvägen via primärvården.
- Det tredje handlar om kompetensförsörjningen av urologer. Med fler urologer skulle det finnas goda förutsättningar för vårdförloppen att gå snabbare så att tiden till utredning, diagnos och behandling kan minska.

Härutöver finns sannolikt också fler saker att se närmare på. Det viktiga är att hitta sätt och metoder som gör att tiden från alarmsymtom till diagnos blir så kort som möjlig. Tidig diagnos är avgörande både för livskvaliteten och för att minska risken att dö till följd av urinblåsecancer. Om vården fungerar bättre finns mycket att vinna för den som drabbas av cancer i urinblåsan och urinvägarna.

Innehåll

Utmaningar för vården vid urinblåsecancer	4
Led- och väntetider vid urinblåsecancer	6
Måluppfyllelsen kan förbättras	7
Väntetiderna behöver förkortas.....	9
Viktigt med fler urologer	11
Regionerna behöver fokusera på vården vid urinblåsecancer.....	13
Viktiga åtgärder för god och jämlik vård	13
Referenser	15
Appendix 1. Fördjupad statistik om standardiserade vårdförlopp	16
Appendix 2. Fördjupad statistik om antalet urologer.....	17
Appendix 3. Jämförelse av måluppfyllelse för ledtidsmålet	18

Utmaningar för vården vid urinblåsecancer

Antalet nya fall av cancer i urinblåsan och urinvägarna har ökat kontinuerligt sedan 1970-talet och enligt Socialstyrelsen upptäcktes totalt 3 300 nya fall 2020. Av de som får urinblåsecancer är tre av fyra män, nio av tio är 60 år eller äldre och medianåldern vid diagnos är 76 år (Socialstyrelsen; INCA).

Urinblåsecancer ligger på sjätte plats över de tio dödligaste cancersjukdomarna i Sverige (Cancerfonden). Tidig upptäckt och att snabbt få vård och behandling är avgörande för att de personer som insjuknar ska ha så god livskvalitet och så goda överlevnadschanser som möjligt.

Sedan 2015 gäller att de som misstänks ha urinblåsecancer ska omfattas av så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF). Syftet med vårdförloppen är att öka kvaliteten och jämlikheten i cancervården såväl som att förkorta vårdkedjan och väntetiderna. De tidsgränser som är styrande för vårdförloppen är satta med hänsyn till patientens bästa.

Det finns två nationellt satta mål för de standardiserade vårdförloppen. Det ena är ett inklusionsmål som slår fast att minst 70 procent av alla som misstänks ha cancer ska utredas med standardiserade vårdförlopp. Det andra är ett ledtidsmål som säger att 80 procent ska påbörja behandling inom den tidsgräns som gäller för det aktuella vårdförloppet (RCC, 2022).

När det kommer till urinblåsecancer har ledtiderna sedan de standardiserade vårdförloppen infördes 2015 varit bland de längsta. Enligt Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) försämrades de också mellan 2020 och 2021 (RCC, 2022). Det finns också regionala skillnader som gör vården ojämlig.

RCC ska under 2022 arbeta riktat med en ambitionshöjning när det gäller inklusionsmålet för de standardiserade vårdförloppen. Ett särskilt fokusområde blir även urologi där cancer i urinblåsan ingår. Där ska RCC starta en större genomlysning av vården som ska ligga till grund för ett långsiktigt nationellt förbättringsarbete.¹ Enligt 2022 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om cancervården ska regionerna stöttas i att förbättra tillgängligheten till urologi som ett sätt att nå högre måluppfyllelse för de standardiserade vårdförloppen vid cancer i urinblåsan och urinvägarna (Regeringen, 2021).

Denna rapport belyser situationen med avseende på led- och väntetider vid urinblåsecancer. Rapporten pekar också på vad som ser ut att vara viktigt att åtgärda för att målen för vården vid cancer i urinblåsan och urinvägarna ska kunna bli bättre.

¹ <https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/nyheter/2022/februari/hojd-ambitionsniva-i-rapporteringen-for-svf-2022/>

KORTA FAKTA

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för misstanke om cancer ska få och uppleva ”en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård”.

Samtliga steg i vårdprocessen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är viktigt ur patientens perspektiv. SVF bygger därför på hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling oberoende av respektive regions organisation och arbetssätt.

Alla regioner har ett ansvar för att skapa den organisation och tillföra de resurser som krävs för att de standardiserade vårdförloppen kan genomföras enligt rekommendationerna.

Det standardiserade vårdförloppet omfattar alla patienter med välgrundad misstanke om eller påvisad cancer i urinvägarna. Välgrundad misstanke är:

- Synligt blod i urinen (makroskopisk hematuri) vid ett eller flera tillfällen hos personer som 50 år eller äldre, och
- Misstanke om urinblåsecancer eller tumör i övre urinvägarna vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

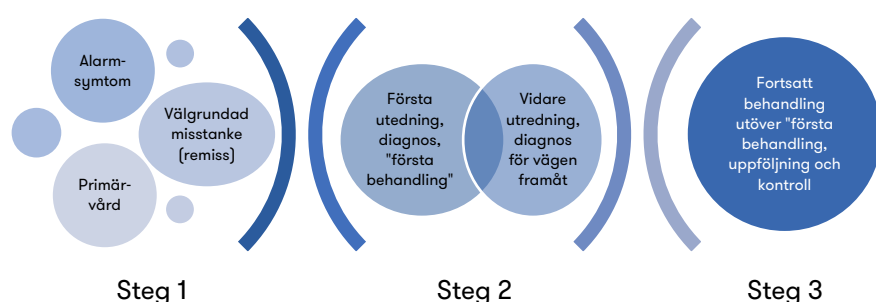
Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt det standardiserade vårdförloppet.

Källa: RCC, 2021a.

Led- och väntetider vid urinblåsecancer

Förenklat kan man beskriva vårdkedjan i tre steg som i figur 1 nedan. Det handlar i första steget om vägen från alarmsymtom till välgrundad misstanke medan steg två handlar om första utredning, diagnos och enklare "första behandling". Det sistnämnda är också en del av den fortsatta utredningen och en mer preciserad eller fördjupad diagnos som leder vidare till steg tre. I det tredje steget kan både fortsatt behandling vara aktuell likväl som regelbundna uppföljningar och kontroller.

Figur 1. Förenklad beskrivning av vårdkedjan vid cancer i urinblåsan och urinvägarna.



Källa: ILCO.²

När det gäller urinblåsecancer betraktas alla tumörer som cancer. Däremot är inte alla tumörer elakartade och livsfarliga. De kan vara endera ytliga eller djupväxande och beroende på vilken typ av tumör som en person har, kan utrednings- och behandlingsvägar skilja sig åt.

De allra flesta tumörer är ytliga och kan efter utredning och diagnos behandlas med en enklare operation som kallas TUR-B eller TUR/px. Det är den operationen som kallas "första behandling" i figur 1. Den åtföljs vanligen av regelbundet återkommande kontroller då den här typen av ytliga tumörer kan komma tillbaka.

Det finns dock även ytliga tumörer som senare riskerar att utvecklas till djupväxande cancer. Då behövs någon form av kompletterande behandling utöver den enklare första, vanligen med läkemedel som cytostatika.³ Det är också ungefär en tredjedel av tumörerna som är djupväxande (muskelinvasiva). Det innebär att tumörerna är elakartade och farliga. Då krävs annan behandling, exempelvis cystektomi som innebär att hela urinblåsan tas bort.

Utgångspunkten i det standardiserade vårdförloppet för urinblåsecancer är att det ska gå snabbt från alarmsymtom till utredning och diagnos och

² <https://www.ilco.nu/diagnoser-behandlingsmetoder/diagnoser-funktionsforandringar/urinblasecancer/#urinblasecancer>

³ Läkemedelsbehandling med cytostatika kan kallas både systemisk kemoterapi och intravesikal behandling (RCC, 2021a; kvalitetsregistret INCA).

vidare till start av både första och kompletterande behandling (se faktarutan nedan).

KORTA FAKTA

Ledtider till start av olika behandlingar enligt det standardiserade vårdförloppet för urinblåsecancer

De ledtider som anges i tabellen är de som används för den nationella uppföljningen av det standardiserade vårdförloppet.

Från	Till	Tid
Välgrundad misstanke	Start av "första behandling": PAD-besked till patienter som inte ska behandlas med kirurgi, strålning eller läkemedel	Inom 22 kalenderdagar samt TUR-B eller TUR/px inom 13 kalenderdagar
	Start av första behandling, läkemedel (systemisk kemoterapi)	Inom 39 kalenderdagar
	Start av första behandling, kirurgi (cystektomi)	Inom 37 kalenderdagar
	Start av första behandling, strålning	Inom 43 kalenderdagar

Ledtid anges även när beslut fattas om att inte ge tumörspecifik behandling utan enbart palliativ symtomlindrande behandling. De insatserna bör inledas redan under utredningssteget men senast inom 22 kalenderdagar. Palliativ behandling innebär att det standardiserade vårdförloppet avslutas.

Källa: RCC, 2021a.

Kartläggningen startar med välgrundad misstanke då det är därifrån det går att följa vårdförloppet statistiskt. Därifrån ser vi närmare på led- och väntetider i relation till målen för det standardiserade vårdförloppet.

Måluppfyllelsen kan förbättras

När det gäller de två nationella målen för vården vid urinblåsecancer har regionerna utmaningar med att 80 procent av de som utreds med standardiserade vårdförlopp och diagnostiseras med cancer ska starta sin första behandling inom de fastslagna ledtiderna.⁴ Det visar den statistik som bygger på uppgifter som regionerna har rapporterat in till Sveriges kommuner och regioners (SKRs) nationella databas Signe.^{5 6}

⁴ Med första behandling avses här alla behandlingar som tas upp i faktarutan om *Ledtider till start av olika behandlingar enligt det standardiserade vårdförloppet för urinblåsecancer*.

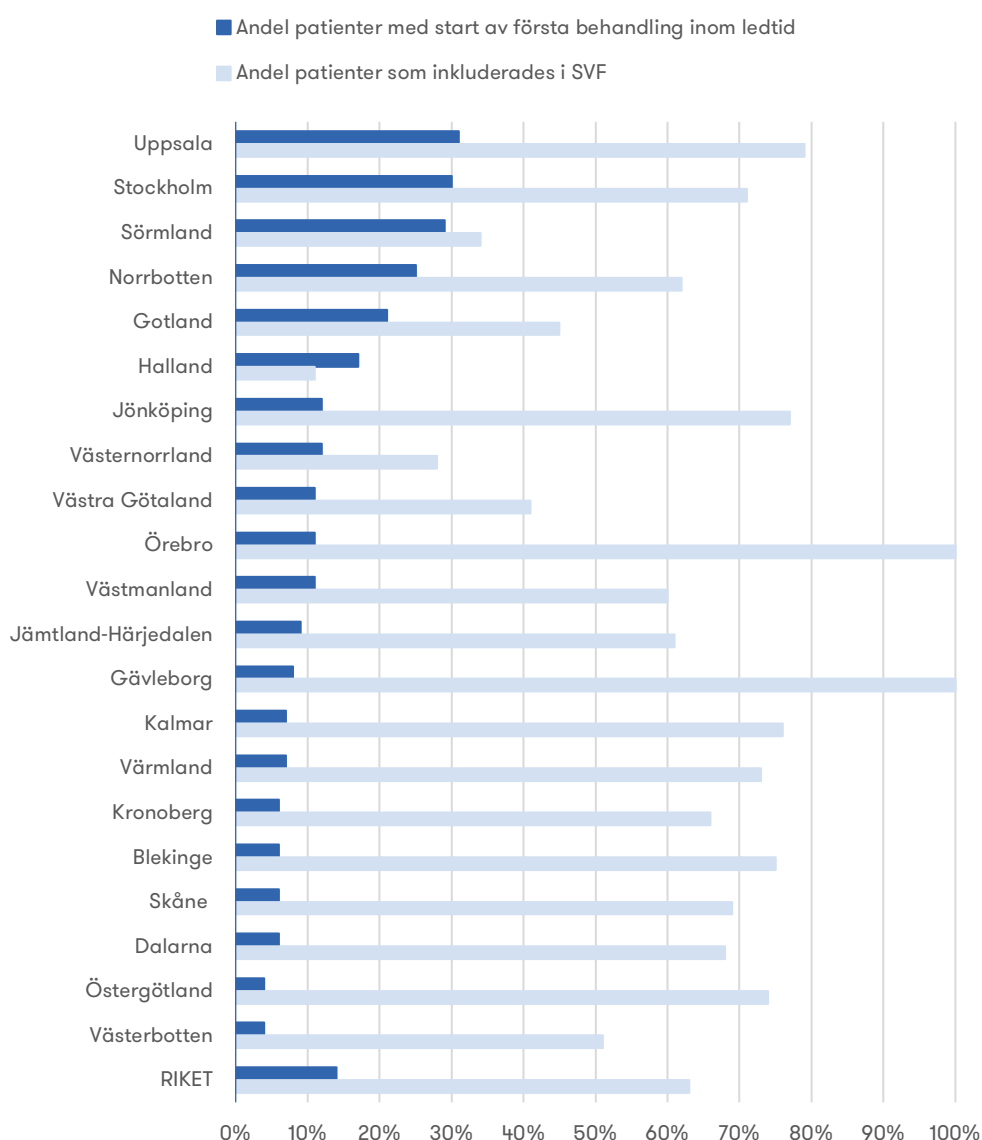
⁵ Regionerna rapporterar in datum för beslut om välgrundad misstanke och datum för start av behandling eller datum för avslut av vårdförloppet.

⁶ Genom SKR-statistiken går det även att få en uppfattning om antalet personer som utreds för misstanke om urinblåsecancer. Bland annat den uppgiften finns för samtliga regioner i tabellen i appendix 1.

I två regioner, Stockholm och Uppsala, påbörjades första behandling för cirka 30 procent av patienterna inom gällande ledtider. Det är de högsta nivåerna i landet.

Inklusionsmålet, det vill säga att minst 70 procent av alla som på goda grunder misstänks ha urinblåsecancer ska utredas med standardiserade vårdförlopp, nås av sammanlagt nio regioner. Regionerna Gävleborg och Örebro når 100 procent och ytterligare sju regioner mellan 71 och 79 procents inkluderingsgrad.

Diagram 1. Måluppfyllelse för det standardiserade vårdförloppet för cancer i urinblåsan och urinvägarna 2021. Regionerna och riket.



NOT I: Regionerna Kronoberg, Halland och Jämtland-Härjedalen hade gällande andel med start av behandling inom angiven ledtiden färre fall än fem 2021. För dessa regioner avser andelen därför 2020. Enligt SKR har regionerna Norrbotten och Östergötland svårt med inrapporteringen till Signe-databasen på grund av IT-tekniska problem. Det gör att deras uppgifter är osäkra.

NOT II: Andel med start av första behandling inom ledtid avser alla behandlingar, det vill säga kirurgi, strålbehandling, läkemedel (kemoterapi), palliativ vård och ingen ytterligare åtgärd.

Källa: SKR-statistik om SVF.

Väntetiderna behöver förkortas

SKR-statistiken innehåller ingen information om väntetider i dagar. Det ger bara statistiken i kvalitetsregistret INCA en uppfattning om. En viktig skillnad mellan SKR- och kvalitetsregisterstatistiken är att den senare enbart följer de patienter som de facto har fått en cancerdiagnos. En skillnad är också att remissdatum används som motsvarighet till välgrundad misstanke i SKR-statistiken. (RCC, 2020).⁷

Den lägesbild om väntetider som presenteras i det här avsnittet gäller därmed enbart cancerpatienter och startpunkten är välgrundad misstanke definierad som remissdatum.

Med den utgångspunkten är det, för det första, möjligt att se närmare på cancerpatienternas väntan på utredning och diagnos genom TUR/px, som också kan innebära en enklare första behandling (jmf. figur 1 ovan). Det är en region som har en medianväntetid som i princip når målet från remiss till utredning och diagnos. Det är region Jönköping med medianväntetiden 16 dagar som genomsnitt för åren 2019 till 2021. I Jönköping får även flest cancerpatienter utredning och diagnos inom utsatt tid, 43 procent.

Det är, för det andra, även möjligt att se närmare på väntetiderna från remiss till de vanligare kompletterande behandlingarna, kemoterapi respektive cystektomi.

Från remiss till första behandling med kemoterapi (cytostatika) är den genomsnittliga medianväntetiden för riket 97 dagar. De kortaste medianväntetiderna är mellan 69 och 79 dagar och gäller regionerna Norrbotten, Gotland, Kronoberg och Blekinge. Få cancerpatienter (2 procent) påbörjar dock kemoterapi inom utsatt tid enligt det standardiserade vårdförloppet.

Förhållandevis få cancerpatienter har den typ av djupgående tumörer som kräver cystektomi. De regionala uppgifterna är därför begränsade. För riket som helhet gäller att medianväntetiden i genomsnitt var 98 dagar från remiss till cystektomi.⁸ Det var 1 procent av cancerpatienterna som påbörjade behandling inom ledtiden.

⁷ Målet med kvalitetsregistret är att följa 100 procent av cancerpatienterna och de flesta kvalitetsregister har en hög täckningsgrad. 2021 täckte kvalitetsregistret för urinblåsecancer i genomsnitt 90 procent av cancerpatienterna.

⁸ Det som mäts är tiden från remiss till cystektomi utan neoadjuvant cytostatikabehandling. Det senare är en tilläggsbehandling som ges innan huvudbehandlingen.

Tabell 1. Medianväntetider inom det standardiserade vårdförloppet för patienter med konstaterad urinblåsecancer, genomsnitt 2019–2021. Regionerna och riket.

Region	Från utfärdad remiss...					
	... till diagnostik		... till kemoterapi		... till cystektomi	
	Medianväntetid	Inom ledtid, 14 dagar	Medianväntetid	Inom ledtid, 39 dagar	Medianväntetid	Inom ledtid, 37 dagar
Jönköping	16	43%	83	3%	-	-
Gävleborg	21	27%	81	8%	-	-
Kronoberg	21	28%	77	3%	-	-
Norrbottn	21	24%	69	8%	-	-
Uppsala	21	34%	97	5%	79	0%
Gotland	22	29%	75	13%	-	-
Stockholm	22	25%	103	2%	89	1%
Blekinge	23	26%	79	1%	-	-
Sörmland	23	20%	96	1%	-	-
Västmanland	23	28%	110	2%	-	-
Västra Götaland	26	28%	93	3%	117	1%
Örebro	27	21%	94	0%	85	4%
Halland	28	19%	91	4%	91	0%
Östergötland	29	21%	112	1%	109	0%
Västerbotten	31	14%	111	0%	131	0%
Västernorrland	31	13%	127	0%	71	0%
Dalarna	32	16%	104	0%	-	-
Jämtland-Härjedalen	32	11%	89	0%	-	-
Kalmar	32	17%	131	1%	-	-
Skåne	32	14%	91	1%	115	0%
Värmland	37	9%	116	0%	-	-
RIKET	26	23%	97	2%	98	1%
Antal cancerpatienter, genomsnitt per år	2 850		950		190	

NOT I: Tid (från remiss) till diagnostik avser diagnostik med TUR/px. Kemoterapi avser det som i kvalitetsregistret benämns intravesikal behandling samt att måttet tid från remiss till cystektomi avser cystektomi utan neoadjuvant cytostatikabehandling.

NOT II: För medianväntetider från remiss till cystektomi saknas det uppgifter för flertalet regioner. Det beror på att det är för få fall för att data ska redovisas.

Källa: Kvalitetsregistret INCA.

Statistiken visar att väntetiderna är längre än vad som är önskvärt. Det är viktigt att få en förståelse för varför ser det ut som det gör och vad man göra åt det.

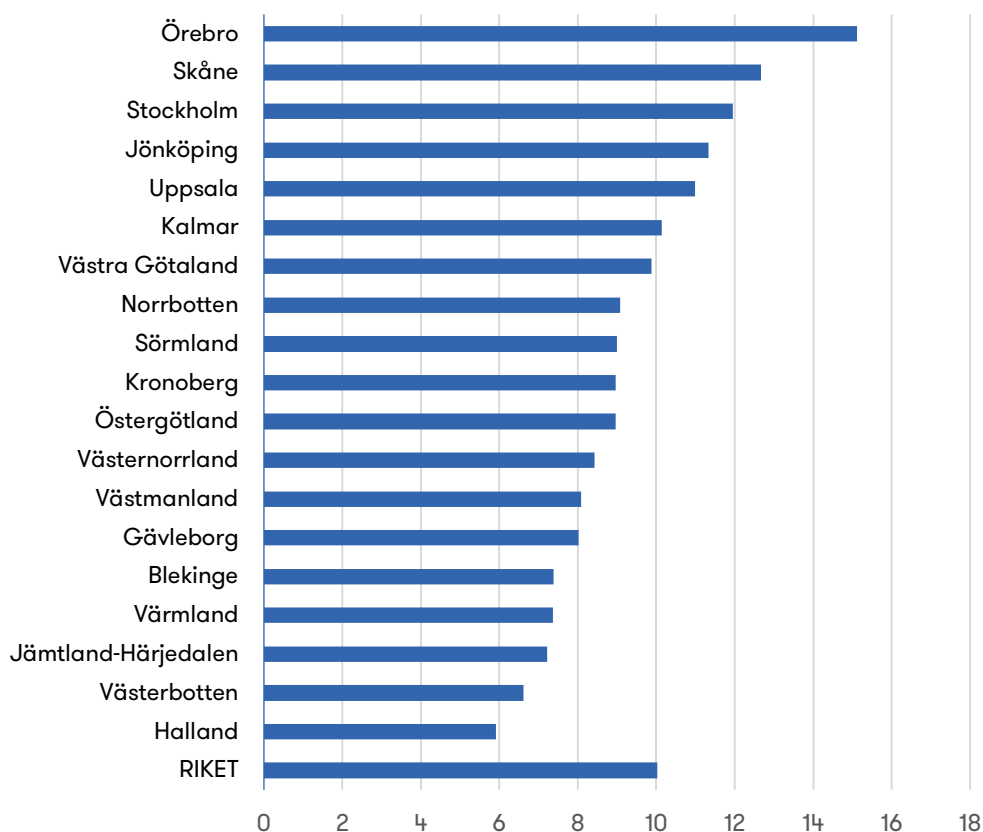
Viktigt med fler urologer

Alla patienter med cancer i urinblåsan och urinvägarna hänvisas till en urologisk enhet som ställer diagnos tillsammans med en röntgenklinik och patologavdelning. Patienter med urinblåsecancer har 90 procent av sina kontakter med hälso- och sjukvården på en urologisk enhet (RCC, 2021b).

Det finns ett positivt samband mellan antalet urologer per 100 000 i befolkningen 50 år och äldre och andelen som startar första behandling inom ledtiden enligt både SKR- och kvalitetsregisterstatistiken.⁹ Det betyder att om det finns fler urologer i en region så är led- och väntetider kortare.

Den senaste årsstatistiken om antalet sysselsatta urologer i offentlig och privat hälso- och sjukvård är från 2019. Flest urologer per 100 000 i befolkningen 50 år och äldre fanns då i regionerna Örebro, Skåne och Stockholm.¹⁰

Diagram 2. Antal sysselsatta urologer per 100 000 i befolkningen 50 år och äldre 2019. Regionerna och riket.



NOT: Enligt Socialstyrelsens statistik hade varken region Gotland eller region Dalarna några sysselsatta urologer 2019.

Källa: Källa: Socialstyrelsen och SCB, befolkningsstatistiken.

⁹ Korrelationskoefficienten är 0,22 respektive 0,23.

¹⁰ I appendix 2 finns uppgifter om antalet urologer per 100 000 i befolkningen 50 år och äldre sammanställt för fler år och det totala antalet sysselsatta urologer 2019 framkommer också. På det hela taget har tillgången till urologer i relation till befolkningens storlek inte förändrats under treårsperioden 2017 till 2019.

Urologi är den specialisering inom hälso- och sjukvården som ansvarar för såväl godartade som elakartade sjukdomar i njurar, urinledare, urinblåsa och urinrör samt manliga genitalia. Urologerna har därmed ett brett arbetsfält och möter många patienter förutom de som utreds och diagnostiseras med urinblåsecancer. Inte minst gäller det patienter med prostatacancer.¹¹

Enligt SKR-statistiken finns det utmaningar gällande måluppfyllelsen också vid prostatacancer. Regionerna ligger bättre till när det gäller ledtidsmålet för prostatacancer än för urinblåsecancer, men båda har lägre måluppfyllelse än genomsnittet för alla vårdförlopp.¹²

Det ser ut att vara viktigt att urologerna blir fler för att vården ska ha goda förutsättningar att möta de vårdbehov som finns.

¹¹ Prostatacancer är den allra vanligaste cancersjukdomen bland män och 9 000 nya cancerfall upptäcktes 2020 (Socialstyrelsen).

¹² Se vidare i diagrammet i appendix 3.

Regionerna behöver fokusera på vården vid urinblåsecancer

Tidig diagnos är avgörande för livskvaliteten och för att minska risken att dö till följd av urinblåsecancer. Cancer i urinblåsan och urinvägarna är ofta förknippad med en betydande fördröjning från symtom till diagnos jämfört med andra tumörformer. Det gäller trots att synligt blod i urinen både är ett lättupptäckt alarmsymtom och ett vanligt debutsymtom: tre av fyra som drabbas av urinblåsecancer har synligt blod i urinen som första symtom (RCC, 2021a och b).

När det finns en välgrundad misstanke om urinblåsecancer bland personer som är 50 år och äldre ska de utredas enligt det standardiserade vårdförloppet. Enligt kartläggningen i den här rapporten klarar ungefär hälften av regionerna inkluderingen i vårdförloppen bra. Väntan på utredning och diagnos såväl som första och kompletterande behandling blir ofta för lång för att vården ska vara optimal.

Det som har kartlagts gäller det som syns i statistiken. Tiden före, från alarmsymtom till välgrundad misstanke, går inte att fånga statistiskt. I det nationella vårdprogrammet för urinblåsecancer (RCC, 2021b) lyfts dock att personer med synligt blod i urinen rutinmässigt hänvisas till primärvården:

Att hänvisa patienter med makrohematuri [synligt blod i urinen] över 50 års ålder direkt till urologisk enhet kortar ledtiden till diagnos, minskar antalet kontakter med sjukvården och är hälsoekonomiskt fördelaktigt. Trots detta hänvisar 1177 fortfarande patienter med makrohematuri till primärvården (RCC, 2021b, s. 26).

Enligt det nationella vårdprogrammet är det viktigt att regionerna gör det möjligt för personer som är 50 år och äldre och har synligt blod i urinen att ta direkt kontakt med en urologisk enhet eller motsvarande utan att gå omvägen via primärvården (RCC, 2021b). Det ställningstagandet baseras på en forskningsutvärdering av den så kallade röda telefonen. Den användes tidigare av ett 15-tal kommuner som ett sätt för personer med alarmsymtom att snabbt komma i kontakt med specialistvården. Utvärderingen visade att den röda telefonen bidrog till att förkorta tiden till cancerdiagnos (Liedberg et al, 2016).

Viktiga åtgärder för god och jämlik vård

Varje dag räknas och det går inte att förstå varför det tar så lång tid. Det måste handla om prioriteringar och arbetssätt i regionerna, och kompetensförsörjningen av urologer. Hur regionerna tar ansvar för det. Man misstänker ju också att det handlar om att patienterna är så pass gamla, att det handlar om ålder. Men det standardiserade vårdförloppet är ju väldigt tydligt. Man måste titta på arbetssätten, det går att förändra om man organiserar vården på ett annat sätt och fyller på med urologer.

Charlotte Bygdemo Toytziaridis, förbundsordförande
ILCO, Tarm-, uro- och stomiförbundet

Det finns förbättringspotential i alla regioner både när det gäller vården vid urinblåsecancer. RCC och regionerna ska också under 2022 särskilt fokusera på att åstadkomma ett långsiktigt hållbart förbättringsarbete av vården vid urinblåsecancer samt för att öka tillgängligheten till urologer.

Den övergripande slutsatsen i den här rapporten och som citatet som inleder avsnittet är kopplat till, är att regionerna behöver prioritera utveckling av vården för att möta kraven som ställs och för att bättre leva upp till nationella vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet för cancer i urinblåsan och urinvägarna.

En central fråga är vilka åtgärder som kan göra att varje region stöttas att nå både inklusions- och ledtidsmålet. Det kommer sannolikt att variera och det är angeläget att RCCs genomlysning visar vad varje region har behov av. Mer kunskap om varför målen inte nås och vad det är som påverkar det behövs. Något som skulle vara intressant att veta mer om är huruvida ”rätt” patienter utreds. Det är många personer som utreds med standardiserade vårdförlopp men relativt få diagnostiseras med urinblåsecancer.¹³ En fråga är om det finns möjlighet att utreda färre men ändå upptäcka fler med förbättrade och mer precisa metoder? Det skulle kunna vara ett sätt att använda vårdens resurser på ett smartare sätt.

En åtgärd som ser ut att vara viktig för alla regioner, att erbjuda enkla vägar för att personer med alarmsymtom för urinblåsecancer ska kunna vända sig direkt till specialistvården. Metoder som liknar den tidigare framgångsrika röda telefonen bör prioriteras högt.

En mer generellt viktig åtgärd tycks även handla om antalet urologer. Det är den enskilt viktigaste professionen vid urinblåsecancer och med högre tillgänglighet kan vårdförloppen gå snabbare och fördröjningen till utredning, diagnos och behandling minska. Alla regionerna behöver fokusera på kompetensförsörjningen så att fler urologer kommer på plats inom hälso- och sjukvården. Vårdens kapacitet ska svara mot de behov som faktiskt finns och led- och väntetiderna ska hållas.

¹³ Se tabellen i appendix 1.

Referenser

Liedberg, Fredrik, Gerdtham, Ulf, Gralén, Katarina, Gudjonsson, Sigurdur, Johnson, Staffan, Johansson, Irene, Hagberg, Oskar, Larsson, Staffan, Lind, Anna-Karin, Löfgren, Annica, Wanegård, Jenny, Åberg, Hanna & Nilbert, Mef (2016). "Fast-track access to urologic care for patients with macroscopic haematuria is efficient and cost-effective: results from a prospective intervention study". *British Journal of Cancer* (2016) 115, 770–775.

<https://www.nature.com/articles/bjc2016265.pdf>

RCC (2020). "Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKRs väntetidsdatabas 2017–2019". RCC i samverkan, 2020-02-12, Version 1.1.

https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/statistik-svf/svf_vantetidsrapport_rcc-2017-2019.pdf

RCC (2021a). "Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna. Standardiserat vårdförlopp". RCC i samverkan, 2021-12-07, Version 3.0.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinrorscancer/vardforlopp/svf-cancer-urinblasa-ovre-urinvagarna.pdf>

RCC (2021b). "Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör.

Nationellt vårdprogram". RCC i samverkan, 2021-12-21, Version 4.1.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinrorscancer/vardprogram/nationellt-vardprogram-urinblase-och-urinvagscancer.pdf>

RCC (2022). "Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2020–2021". RCC i samverkan, mars 2022.

<https://cancercentrum.se/globalassets/arsrapport-svf-2021.pdf>

Regeringen (2021). "Godkännande av överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022". Socialdepartementet 2021-12-21.

<https://www.regeringen.se/4b0518/contentassets/43a129eef8de4ee5b6e9183863b04d2a/jamlik-och-effektiv-cancervard-med-kortare-vantetider-2022.pdf>

Appendix 1. Fördjupad statistik om standardiserade vårdförlopp

Tabell A1. Standardiserade vårdförlopp för cancer i urinblåsan och urinvägarna 2021. Regionerna och riket.

Region	Andel av befolkningen 50 år och äldre som utreddes med SVF	Totalt antal som utreddes med SVF	Andel patienter som inkluderades i SVF: mål 70 %	Andel patienter som fick första behandling	Andel patienter med start av första behandling inom leddid: mål 80 %
Uppsala	0,9%	522	79%	16%	31%
Stockholm	0,3%	2 503	71%	20%	30%
Sörmland	0,7%	629	34%	6%	29%
Norrbottnen	2,6%	521	62%	10%	25%
Gotland	2,2%	162	45%	9%	21%
Halland	0,7%	619	11%	2%	17%
Jönköping	0,4%	975	77%	11%	12%
Västernorrland	0,6%	587	28%	5%	12%
Västra Götaland	0,1%	2 767	41%	9%	11%
Örebro	0,6%	1 195	100%	9%	11%
Västmanland	0,5%	564	60%	9%	11%
Jämtland-Härjedalen	1,0%	409	61%	10%	9%
Gävleborg	0,9%	678	100%	13%	8%
Kalmar	0,1%	621	76%	15%	7%
Värmland	0,5%	835	73%	8%	7%
Kronoberg	0,5%	534	66%	10%	6%
Blekinge	3,7%	409	75%	12%	6%
Skåne	0,1%	2 894	69%	13%	6%
Dalarna	0,4%	846	68%	8%	6%
Östergötland	0,3%	1 088	74%	12%	4%
Västerbotten	0,8%	769	51%	7%	4%
RIKET	0,5%	20 167	63%	11%	14%

NOT I: Regionerna Kronoberg, Halland och Jämtland-Härjedalen hade gällande andel med start av behandling inom angiven leddiden färre fall än fem 2021. För dessa regioner avser andelen därför 2020. Enligt SKR har regionerna Norrbotten och Östergötland också svårt med inrapporteringen till Signe-databasen på grund av IT-tekniska problem. Det gör att deras uppgifter är osäkra.

NOT II: Andel med start av första behandling inom leddid avser alla behandlingar.

Källa: SKR-statistik om SVF.

Appendix 2. Fördjupad statistik om antalet urologer

Tabell A2. Antal urologer per 100 000 i befolkningen 50 år och äldre 2017–2019 samt totalt antal sysselsatta urologer inom hälso- och sjukvården 2019.

Regionerna och riket.

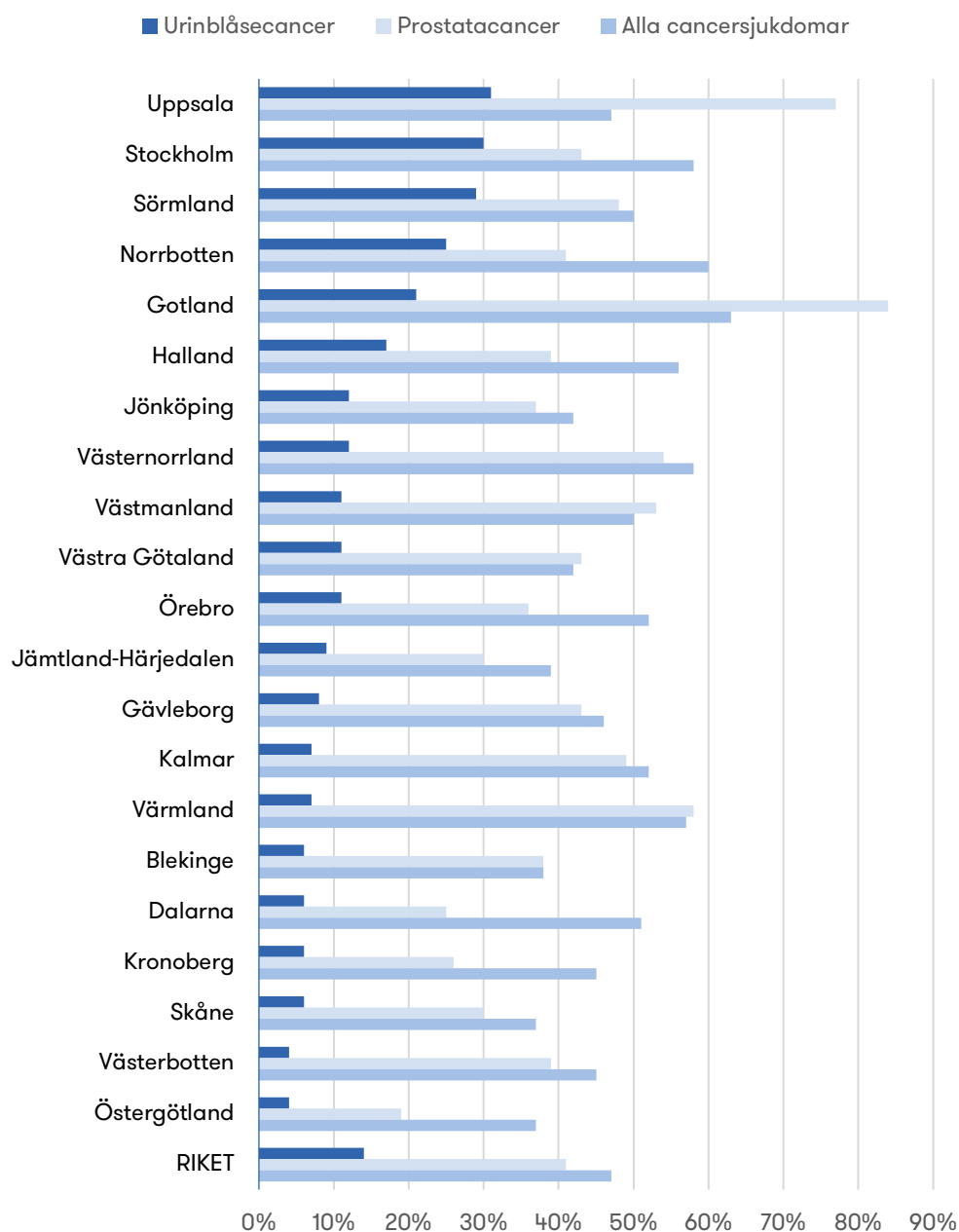
Region	Antal urologer per 100 000 i befolkningen 50 år och äldre			Totalt antal sysselsatta urologer 2019
	2017	2018	2019	
Örebro	17	16	15	18
Skåne	11	12	13	65
Stockholm	12	13	12	95
Uppsala	13	13	11	15
Jönköping	10	12	11	16
Kalmar	13	10	10	11
Västra Götaland	10	10	10	64
Sörmland	9	7	9	11
Östergötland	9	8	9	16
Kronoberg	10	12	9	7
Norrbottnen	9	9	9	10
Västmanland	9	8	8	9
Gävleborg	6	5	8	10
Västernorrland	10	9	8	9
Blekinge	9	7	7	5
Värmland	7	7	7	9
Jämtland-Härjedalen	7	-	7	4
Västerbotten	9	9	7	7
Halland	8	5	6	8
Gotland	-	18	-	-
Dalarna	-	-	-	-
RIKET	10	10	10	394

NOT: Region Gotland hade varken för 2017 eller 2019 enligt Socialstyrelsens statistik några sysselsatta urologer inom hälso- och sjukvården. För region Jämtland-Härjedalen fanns inga uppgifter för 2018 och för region Dalarna finns inga uppgifter alls om sysselsatta urologer åren 2017 till 2019.

Källa: Socialstyrelsen och SCB, befolkningsstatistiken.

Appendix 3. Jämförelse av måluppfyllelse för ledtidsmålet

Diagram A3. Andel patienter med start av första behandling inom ledtid respektive standardiserade vårdförlopp 2021. Regionerna och riket.



NOT I: Regionerna Kronoberg, Halland och Jämtland-Härjedalen hade gällande andel med start av behandling inom angiven ledtid för urinblåsecancer färre än fem fall 2021. För dessa regioner avser andelen därför 2020. Enligt SKR har regionerna Norrbotten och Östergötland också svårt med inrapporteringen till Signe-databasen på grund av IT-tekniska problem. Det gör att deras uppgifter är osäkra.

NOT II: Andel med start av första behandling inom ledtid avser alla behandlingar.

Källa: SKR-statistik om SVF.