

# Väntetider inom cancerdiagnostiken – en punktundersökning



Mars 2008



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Analysenheten  
Dnr RSK 413-2006

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Bakgrund och uppdrag .....	4
Vårdgaranti och cancer.....	4
Vägen från symtom till diagnos .....	4
Basfakta .....	6
Bröstcancer .....	6
Lungcancer .....	6
Prostatacancer.....	7
Tjocktarmscancer .....	7
Metod .....	8
Resultat.....	8
Bröstcancer, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.....	8
Lungcancer, Borås lasarett .....	9
Prostatacancer, Kungälvvs sjukhus .....	10
Tjocktarmscancer, Kärnsjukhuset i Skövde .....	11
Diskussion och slutsatser .....	12
Ledtider per diagnos.....	12
Specifikt om prostatacancer .....	13
Ledtider per moment .....	13
Metodologi och perspektiv .....	14
Vårdgarantin.....	15
Allmänna slutsatser .....	15

## **Sammanfattning**

Inom regionen finns sedan 1999 en särskild besöksgaranti för patienter med nyupptäckt cancer eller välgrundad misstanke om cancersjukdom, vilken innebär att sådana patienter skall erbjudas tid till specialistläkare inom två veckor från det att remiss anlänt till berörd klinik. För barn är motsvarande tidsgräns två arbetsdagar. Etikkommitténs sekretariat genomför regelbundna mätningar av hur sjukhusen uppfyller garantin.

Rapporten *Översyn av cancersjukvården i Västra Götalandsregionen* konstaterade att cancersjukvården överlag är välfungerande men att det inom vissa områden kan finnas en förbättringspotential. Rapporten angav att ledtiderna för utredning och diagnostik av misstänkta cancersymtom kunde vara ett sådant område och föreslog som ett första steg en mätning av aktuella ledtider. Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutade därför om en strukturerad punktundersökning av tidsförloppet från initial vårdkontakt till definitiv diagnos inom fyra stora tumörgrupper; bröstcancer, lungcancer, prostatacancer och tjocktarmscancer.

För att minimera risken för systematiska fel fick sluppen för varje aktuell diagnos avgöra vilken klinik som skulle ingå i undersökningen. Följande kombinationer har studerats: bröstcancer vid kirurgkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset, prostatacancer vid kirurgkliniken Kungälv's sjukhus, lungcancer vid hjärt- och lungmedicinska kliniken Borås lasarett och tjocktarmscancer vid kirurgkliniken Kärn'sjukhuset Skövde. En strukturerad journalgranskning genomfördes av de tjugofem senast diagnostiserade cancerfallen vid respektive klinik.

När det gäller diagnostiken av lung- och tjocktarmscancer indikerar den aktuella undersökningen att de flesta momenten i kedjan från remiss i primärvården till slutlig diagnos inom specialistvården äger rum inom rimliga och, i förekommande fall, stipulerade tidsramar.

När det gäller bröstcancer tar det trettio dagar från det att mammografiscreening utförts tills aktuella patienter genomgått en skärpt undersökning (selekterad screening), vilket är längre än på en del andra mammografienheter i regionen. Denna ledtid ingår inte i ovan nämnda besöksgaranti. Icke desto mindre borde den kunna kortas. För patienter som remitteras till bröstmottagningen på klinisk misstanke tar det cirka tre veckor innan de får ett nybesök.

Vissa ledtider inom prostatacancerdiagnostiken uppfyller inte den regionala besöksgarantin, vilket är känt sedan tidigare. Onkologiskt centrum har ett uppdrag att bearbeta de nationella riktlinjerna kring prostatacancer till regionala och det är i det sammanhanget viktigt att så långt möjligt definiera vad skäligen misstanke om prostatacancer innebär.

Avsaknaden av ett enhetligt IT-verktyg för remisshantering och besöksplanering torde försvåra verksamhetsansvarigas möjligheter till effektiv uppföljning och resursplanering. Det vore av värde att närmare utreda förutsättningarna för att införa ett sådant verksamhetsstöd.

## **Bakgrund och uppdrag**

Rapporten *Översyn av cancersjukvården i Västra Götalandsregionen* (dnr RSK 413-2006) konstaterar att cancersjukvården i Västra Götaland överlag är välfungerande men att det kan finnas förbättringspotential inom vissa områden.

Rapporten anger att väntetiderna till behandling av redan diagnostiserad cancer dels följs fortlöpande, dels minskar stadigt men vädrar samtidigt farhågor för ledtiderna avseende utredning och diagnostik av misstänkta cancersymtom. Rapporten föreslår därför en särskild uppföljning av dessa ledtider och anger som ett första steg en mätning av aktuella ledtider.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har därför beslutat om en strukturerad punktundersökning av tidsförloppet från initial vårdkontakt till definitiv diagnos inom fyra stora tumörgrupper; bröstcancer, lungcancer, prostatacancer och tjocktarmscancer. Undersökningen skall också identifiera eventuella flaskhalsar och risksituationer (dnr RSK 413-2006), (Bilaga 1).

Kristina Narbro och Jarl Torgerson vid hälso- och sjukvårdsavdelningens analysenhet har genomfört undersökningen. Avstämningar har gjorts med berörda verksamhetschefer, liksom med verksamhetsföreträdare för mammografi-verksamheten på Sahlgrenska universitetssjukhuset och med Birgitta Swensson på Etikkommitténs sekretariat.

## **Vårdgaranti och cancer**

Inom regionen finns sedan 1999 en särskild besöksgaranti för patienter med nyupptäckt cancer eller en välgrundad misstanke om cancersjukdom, vilken innebär att sådana patienter skall erbjudas tid till specialistläkare inom två veckor från det att remiss anlänt till berörd klinik. För barn är motsvarande tidsgräns två arbetsdagar.

Etikkommitténs sekretariat genomför regelbundna mätningar av hur sjukhusen uppfyller garantin. Senast i februari 2008 redovisades situationen för år 2007 gällande dels besöksgarantin vid välgrundad misstanke om cancer, dels väntetiden till behandling av prostata- och tjocktarmscancer samt till strålbehandling. Väntetiden till urolog vid misstanke om prostatacancer var längre än den stipulerade på flera av sjukhusen i regionen (dnr RSK 48-2008).

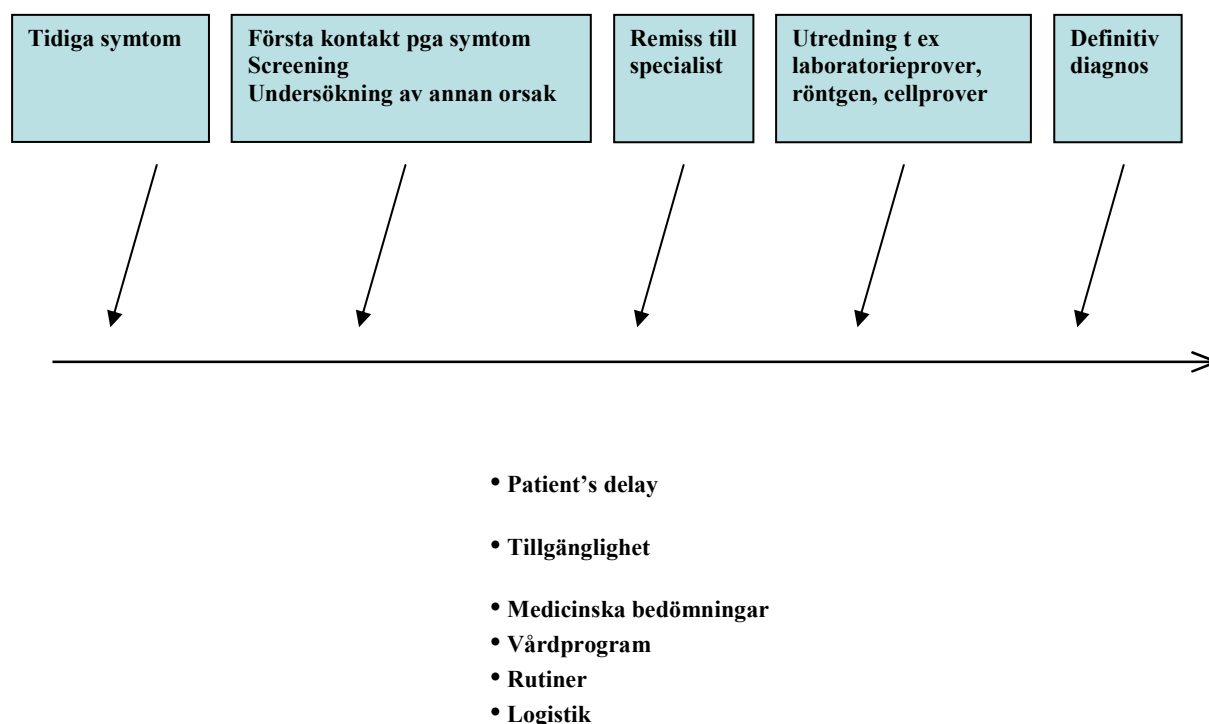
## **Vägen från symtom till diagnos**

Figur 1 illustrerar principiellt och översiktligt patientens väg från första symtom till säkerställd cancerdiagnos.

Initiala symtom kan vara allt ifrån vaga och diffusa till akuta och påtagliga, vilket givetvis påverkar den enskildes benägenhet att söka vård. Individuella faktorer som t ex ålder, annan sjuklighet, läggning och kunskap spelar också in. Man använder ibland uttrycket *patient's delay* för att beskriva den tidsfördröjning som beror på den enskildes benägenhet/obenägenhet att söka sjukvården. Tillgängligheten till sjukvård liksom möjligheten att etablera kontakt med vården är också av betydelse för tidsutdräkten till ett första besök.

En screeningundersökning (mammografi) eller en undersökning av annan orsak (rutinkontroll vid kronisk sjukdom) kan också ge misstanke om cancersjukdom utan att patienten själv noterat några symtom.

Ofta sker den initiala kontakten i primärvården där man bl a beroende på vilken diagnos som misstänks gör en mer eller mindre omfattande initial utredning för att senare vid behov remittera till specialist för fortsatt handläggning. I många fall innebär de undersökningar som görs i och via primärvården att misstanken på cancersjukdom kan avskrivas och att en alternativ diagnos (t ex infektion, inflammation, funktionella besvär) kan ställas.



Figur 1. Principskiss av förloppet från tidiga symtom till fastställd cancerdiagnos. Under tidslinjen anges omständigheter som kan påverka/bromsa förloppet.

Inte så sällan söker cancerpatienter in spe på sjukhusens akutmottagningar eftersom symtomen är svåra och påträngande. Därmed är kontakt redan etablerad med någon del av specialistsjukvården, vilket i sin tur kräver att patienten slussas till rätt instans för fortsatt utredning. Denna måste ibland äga rum i slutna vård och ibland kan den ske polikliniskt.

Oberoende av huruvida utredningen av misstänkta cancersymtom sker inom primärvården eller inom specialistsjukvårdens slutna eller öppna vårdformer omfattar den en noggrann genomgång av sjukhistoria, klinisk undersökning, laboratorieprover, diverse radiologiska undersökningar liksom mikroskopisk granskning av cell- och/eller vävnadsprover. Den mikroskopiska undersökningen ger det definitiva kvittot på att patientens symtom och övriga undersökningsfynd beror just på en cancersjukdom och inte har annan orsak.

Begreppet *doctor's delay* används för att beskriva den fördröjning av utredningen (jämfört med ett teoretiskt idealförlopp) som beror på läkarens (egentligen all inblandad vårdpersonals)

arbetssätt och rutiner. Det kan handla om allt från en rimligt och medicinskt korrekt avvaktande hållning till vaga och okarakteristiska symtom till rena missbedömningar. Interna rutiner såväl inom kliniska som laborativa och diagnostiska verksamheter liksom definierade handläggningsgångar i gällande vårdprogram påverkar också den totala tiden till diagnos. Andra faktorer som har betydelse för tidsförloppet är tillgängligheten till diagnostiska undersökningar (t ex röntgen), rutiner kring signerande av remisser, bevakning av utgående/inkommande post och undersökningsresultat vid enskilda medarbetares ledighet liksom t ex också internpostens leveranssäkerhet.

## **Basfakta**

### **Bröstcancer**

Den absolut överväldigande delen av alla som insjuknar i bröstcancer är kvinnor. Även män har dock bröstkörtelvävnad och kan därför i sällsynta fall drabbas. I Västra Götaland diagnostiseras färre än 10 män per år. Bröstcancer är den vanligaste tumörformen hos kvinnor och antalet diagnostiserade fall ökar. År 2005 insjuknade 1269 kvinnor i Västra Götaland i bröstcancer, vilket motsvarar 27,5% av alla cancerfall bland kvinnor. Bröstcancer är beroende av kvinnligt könshormon för att utvecklas. Antalet år en kvinna menstruerar är därför av betydelse för risken att drabbas – ju fler år desto större risk.

Bröstcancer upptäcks antingen via de regelbundna hälsoundersökningar med mammografi (screeningundersökning) som erbjuds alla kvinnor i åldrarna 40-69 år eller så känner kvinnan själv en knöl i bröstet och söker vård.

Baserat på uppgifter från Göteborg kan man ange att knappt 80% av de kvinnor som erbjuds mammografiscreening också kommer till undersökningen. Hos cirka 2,5-3% av dem som genomgått screening upptäcks någon form av avvikelse som föranleder ytterligare utredning så kallad selekterad screening. Hos majoriteten av dessa kvinnor (cirka 75%) ger denna skärpta undersökning besked om att det inte föreligger bröstcancer. Resterande kvinnor, alltså en till två av 200 screenade, blir föremål för komplett tumörutredning. Utöver mammografi ingår palpation (manuell undersökning) och ultraljudsundersökning av bröstet samt punktion av misstänkta förändringar med efterföljande mikroskopisk analys av cellprover i utredningen av misstänkt bröstcancer.

### **Lungcancer**

Lungcancer drabbar både män och kvinnor och är en vanlig tumörform hos bägge könen. Antalet nyinsjuknade är relativt stabilt bland männen men ökar hos kvinnorna. År 2005 diagnostiserades i Västra Götaland 338 nya fall hos män och 284 hos kvinnor, vilket motsvarar 6,3 respektive 6,2% av alla cancerdiagnoser det året. Det är ovanligt med lungcancer före 40 års ålder, varefter insjuknanderisken ökar med stigande ålder. Bland bakomliggande orsaker till lungcancer kan nämnas rökning och radon i bostadsluften.

Symtom vid lungcancer är ofta vaga tidigt i förloppet t ex hosta med eller utan blodinslag. Inte sällan debuterar sjukdomen kliniskt som en lunginflammation och det händer att en lungcancer upptäcks som bifynd vid en lungröntgenundersökning av annan anledning.

Lungcancer upptäcks dock tyvärr ofta när sjukdomen redan är i ett avancerat stadium och då med symtom som t ex avmagring, trötthet eller smärta i bröstkorgen.

I utredningen av misstänkt lungcancer ingår radiologiska undersökningar t ex slätröntgen och datortomografi, liksom bronkoskopi av luftvägarna med möjlighet till cell- och vävnadsprovtagning för efterföljande mikroskopisk analys.

## **Prostatacancer**

Prostatacancer är den vanligaste tumörsjukdomen hos män och antalet diagnostiserade fall ökar. År 2005 insjuknade 1894 män i Västra Götaland i prostatacancer. Detta motsvarar 35,2% av all cancer hos män. Risken att drabbas av prostatacancer ökar med stigande ålder. Ärftliga faktorer liksom livsstilsfaktorer påverkar risken att drabbas.

Symtom vid prostatacancer kan vara svåra att skilja från besvären vid godartad förstoring eller inflammation av prostatakörteln. I tidiga stadier ger prostatacancer sällan upphov till besvär. Asymtomatisk prostatacancer är mycket vanligt förekommande och vid obduktion av män i åldern 50-80 år visar sig 33-50% ha cancerförändringar i prostatakörteln vid mikroskopisk undersökning.

I den diagnostiska arsenalen ingår utöver palpation, ultraljudsundersökning av prostatakörteln samt punktion av misstänkta förändringar med efterföljande mikroskopisk analys av cellprover i utredningen av misstänkt prostatacancer. Bestämning av prostataspecifikt antigen (PSA) i blodprov ingår också i utredningen.

## **Tjocktarmscancer**

Tjocktarmscancer drabbar både män och kvinnor och förekomsten ökar hos bägge könen. År 2005 fick 349 män och 380 kvinnor i Västra Götaland diagnosen tjocktarmscancer. Detta motsvarar 6,5 respektive 8,2% av alla nya cancerfall det året. Sjukdomen ökar med stigande ålder och av de drabbade är 75% äldre än 65 år. Bland möjliga bakomliggande orsaker till tjocktarmscancer kan nämnas inflammatorisk tarmsjukdom, ärftlighet och kanske också kostvanor.

Symtomen vid tjocktarmscancer kan variera bl a beroende på var i tjocktarmen tumören sitter. Klassiskt är att tumörer i den högra delen av tjocktarmen leder till blodbrist (anemi) medan tumörer i den vänstra delen leder till en tarmvredslignande bild. Schablonmässigt kan man säga att tjocktarmscancer upptäcks antingen som ett led i en poliklinisk utredning av anemi eller så söker patienten akut med påtagliga magplågor, kräkningar och stopp i tarmen.

I utredningen av misstänkt tjocktarmscancer ingår radiologiska undersökningar t ex buköversikt och datortomografi, liksom coloskopi med möjlighet till cell- och vävnadsprovtagning för efterföljande mikroskopisk analys.

## Metod

För att minimera risken för systematiska fel fick slumpen (lottdragning) för varje aktuell diagnos (bröstcancer, lungcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer) avgöra vilken klinik som skulle ingå i undersökningen. Kliniker där fler än 30 personer vårdats ineliggande för respektive diagnos under januari till oktober 2007 ingick i urvalet. Lottdragningen resulterade i följande kombinationer av klinik och diagnos:

Bröstcancer	Kirurgkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Prostatacancer	Kirurgkliniken, Kungälv's sjukhus
Lungcancer	Hjärt- och lungmedicinska kliniken, Borås lasarett
Tjocktarmscancer	Kirurgkliniken, Kärn's sjukhuset i Skövde

För varje diagnos erhöles från Onkologiskt centrum uppgifter om de 25 senast diagnostiserade cancerfallen vid den aktuella kliniken. Efter tillstånd från berörda verksamhetschefer genomfördes en strukturerad granskning av dessa patienters journaler.

Studerade väntetider/ledtider redovisas i antal dagar och det genomsnittliga värdet anges som medelvärde och medianvärde.

## Resultat

### Bröstcancer, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Av de 25 undersökta bröstcancerfallen (24 kvinnor och 1 man) hade knappt hälften upptäckts vid mammografiscreening. Övriga patienter hade själva upptäckt någon förändring och huvudsakligen via primärvården remitterats till bröstmottagningen och/eller mammografienheten för vidare utredning (tabell 1).

Tabell 1. Kontaktvägar

	Antal patienter
Mammografiscreening	10
Remiss till bröstmottagning/mammografi <sup>1)</sup>	15
<i>Totalt</i>	25

1) Från vårdcentral, privatläkare, hemsjukvård, specialiserad öppen vård.

När en förändring upptäcktes vid mammografiscreening gjordes efter cirka en månad en selekterad screening, vid vilken patienten genomgick en komplett klinisk mammografi samt ultraljudsundersökning. I de fall den selekterade screeningen pekade på bröstcancer kallades patienten till bröstmottagningen inom en vecka där cellprov togs från förändringen och skickades för mikroskopisk analys. Den mikroskopiska undersökningen gav i de allra flesta fall en definitiv diagnos (tabell 2).

När patienten kom till kirurgkliniken på remiss från annan vårdgivare genomfördes mammografi, ultraljud och cellprovtagning från förändringen vid ett och samma tillfälle. Av tabell 2 framgår att medeltiden från det att remiss inkom till dess att patienten fått tid på bröstmottagningen var drygt tre veckor. I ett extremfall var dock väntetiden nästan tre månader, vilket också är skälet till att medianvärdet (18,5 dagar) är så mycket lägre än

medelvärde (24,2 dagar). Om denna patient inte tas med i beräkningen blir såväl medel- som mediantiden 18 dagar. Svar på cytologiprovet förelåg i regel inom någon dag och patienten fick därefter besked om diagnosen inom några dagar.

Tabell 2. Ledtider

	Antal patienter	Ledtid (dagar)	
		Medel	Median
<i>Screeningverksamhet</i>			
Mammografiscreening – selekterad screening	10	29,6	30,5
Selekterad screening – besök på bröstmottagning	10	7,2	6,0
<i>Remitterad från annan vårdgivare</i>			
Remiss skriven – remiss ankom kliniken	11	4,1	4,0
Remiss ankom – tid för besök på kliniken	10	24,2	18,5
<i>Screening eller remitterad</i>			
Prov mikroskopisk undersökning – svar	25	1,2	1,0

## Lungcancer, Borås lasarett

Journaler för 24 patienter, 13 kvinnor och 11 män, granskades. En tredjedel av patienterna sökte vård akut och två tredjedelar kom på remiss från annan vårdgivare (tabell 3).

Tabell 3. Kontaktvägar

	Antal patienter
Sökt akut	8
Remiss <sup>2)</sup>	16
<i>Totalt</i>	24

2) Från vårdcentral, annan klinik på sjukhuset, annat sjukhus

Av de åtta patienter som sökte akut lades fem direkt in för slutna vård medan de övriga utreddes polikliniskt med lungröntgen eller datortomografi. Samtliga dessa patienter fick en röntgenologiskt verifierad diagnos inom ett par dagar (tabell 4).

För patienter som remitterades till lungmedicinska kliniken hade remitterande läkare i samtliga fall utom ett upptäckt förändringar på lungorna som ingav tumörmisstanke. Datum då remissen ankom till lungkliniken kunde endast återfinnas för fyra patienter. Dessa hade fått tid till lungkliniken inom en vecka från det att remissen inkom. För att ytterligare belysa väntetiden från remiss till mottagningsbesök har även tid från det remissen skrevs till dess att patienten fick tid på mottagningen undersökts. Denna tid gick att spåra för totalt 13 patienter och var under två veckor. Svar på den mikroskopiska analysen förelåg inom en vecka (tabell 4).

Tabell 4. Ledtider

	Antal patienter	Ledtid (dagar)	
		Medel	Median
Inkom akut till sjukhuset – diagnos <sup>3)</sup>	8	2,4	1,0
Remiss skriven – remiss ankom kliniken	4	5,3	5,5
Remiss ankom – tid för besök på kliniken	4	6,5	5,0
Remiss skriven – tid för besök på kliniken	13	12,4	11,0
Prov mikroskopisk undersökning– svar	22	4,1	2,5

3) Avser kliniskt eller röntgenologiskt fynd

### Prostatacancer, Kungälv's sjukhus

Journalgranskningen omfattade 24 patienter. Den vanligaste vägen till undersökning vid kirurgmottagningen var via remiss från vårdcentralen, vilket var fallet för 75% av patienterna. Endast ett fåtal patienter sökte akut, remitterades från annan klinik vid sjukhuset eller från privatläkare (tabell 5).

Tabell 5. Kontaktvägar

	Antal patienter
Sökt akut	3
Remiss <sup>4)</sup>	21
<b>Totalt</b>	<b>24</b>

4) Från vårdcentral, privatläkare, annan klinik på sjukhuset

De patienter som kom till kirurgmottagningen på planerat besök via remiss genomgick vid detta besök klinisk undersökning och ultraljudsundersökning av prostata. Dessutom togs cellprov från prostata för mikroskopisk analys. PSA-analys ingick också i utredningen. PSA-värde fanns dessutom nästan alltid på den initiala remissen. För de patienter som kom via akutmottagningen kunde utredningen se lite olika ut beroende på orsaken till akutbesöket. Vid misstanke om prostatacancer togs dock alltid cellprov för mikroskopisk analys.

Av tabell 6 framgår att de flesta remisserna nått mottagaren inom rimlig tid. Den relativt stora skillnaden mellan medel- (fem dagar) och medianvärde (två dagar) beror på att det i två fall tagit drygt två veckor för remissen att komma fram. Väntetiden för ett planerat besök var i genomsnitt fem veckor. Det är värt att notera att majoriteten av dessa fall gavs medelhög prioritet (två på en tregradig skala) vid klinikens initiala interna remissbedömning. Svar på den mikroskopiska analysen förelåg efter drygt en vecka.

Tabell 6. Ledtider

	Antal patienter	Ledtid (dagar)	
		Medel	Median
Remiss skriven – remiss ankom kirurgkliniken	18	5,1	2,0
Remiss ankom – tid för besök på kirurgkliniken	18	35,6	33,5
Prov mikroskopisk undersökning – svar	24	10,2	10,5

## Tjocktarmscancer, Kärnsjukhuset i Skövde

Av de 23 (12 kvinnor, 11 män) undersökta fallen av tjocktarmscancer hade drygt hälften sökt sjukhuset på grund av akuta bukbesvär. En tredjedel hade remitterats till kirurgkliniken från vårdcentral eller annan klinik på sjukhuset. För två patienter upptäcktes förändringar som tydde på cancer i samband med att de genomgick undersökning vid annan klinik varvid kirurg konsulterades (tabell 7).

Tabell 7. Kontaktvägar

	Antal patienter
Sökt akut	12
Remiss <sup>5)</sup>	7
Konsultation i samband med annan vård	2
Går på kontroller på kirurgkliniken	2
<b>Totalt</b>	<b>23</b>

5) Från vårdcentral, annan klinik på sjukhuset

De studerade ledtiderna redovisas i tabell 8. Samtliga patienter som sökt akut har direkt lagts in för slutna vård, antingen på medicinkliniken eller på kirurgkliniken. Inom två veckor var dessa patienter färdigutredda och diagnosen ställd via röntgenundersökning eller coloskopi.

Alla patienter som kom till kirurgmottagningen på remiss från vårdcentral eller annan klinik var utredda med t ex röntgen av inremitterande läkare. I samtliga fall visade den initiala utredningen förändringar som tydde på malignitet. Dessa patienter fick tid för besök på kirurgmottagningen inom två veckor från det att remissen anlät och den fortsatta utredningen drevs med rimlig hastighet. Svar på den mikroskopiska undersökningen kom inom ett par dagar.

Tabell 8. Ledtider

	Antal patienter	Ledtid (dagar)	
		Medel	Median
Inkom akut till sjukhuset – diagnos <sup>6)</sup>	12	12,6	5,0
Remiss skriven – remiss ankom kliniken	4	2,0	1,5
Remiss ankom – tid för besök på kliniken	4	9,3	9,5
Prov mikroskopisk undersökning – svar	9	2,2	0,0

6) Avser kliniskt eller röntgenologiskt fynd

## **Diskussion och slutsatser**

### **Ledtider per diagnos**

Om undersökningens resultat bedöms ur ett sjukdomsperspektiv står det klart att diagnostiken av lung- och tjocktarmscancer handläggs tidsmässigt rimligt effektivt. En betydande del av dessa patienter söker akut och får snabbt diagnos. De som inremitteras får tid till specialist inom de 14 dagar som vårdgarantin stipulerar och den följande utredningen drivs med medicinskt rimliga ledtider.

När det gäller bröstcancer så tar det 30 dagar från det att mammografiscreening utförts tills patienten genomgått en skärpt undersökning (selektad screening). Screeningmammografin är tekniskt inte lika fullständig som en gängse klinisk mammografi utan är anpassad för massundersökningar och utgör de facto en hälsoundersökning vars syfte inte är att ställa bröstcancerdiagnos utan att dela upp de undersökta kvinnorna i två grupper; en som med stor sannolikhet har bröstcancer och en grupp där sannolikheten för bröstcancer är mycket låg eller obefintlig. Den förra gruppen måste alltså sedan bli föremål för kompletterande undersökningar.

Vid samtal med ledningen för mammografienheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset framkom bekymmer för tidsutdräkten på en månad, i all synnerhet som andra enheter i regionen (t ex NU-sjukvården) behöver ungefär hälften så lång tid för motsvarande moment. Mammografienheten genomför varje dag uppemot 300 screeningundersökningar, till vilket dessutom kommer kliniska mammografier, ultraljudsundersökningar och punktioner av misstänkta förändringar. Även om den kommande digitaliseringen (2009) i viss mån bidrar till kortare ledtider så framförs läkarbrist som det allt överskuggande problemet. Det bör betonas att denna ledtid inte omfattas av den regionala cancerspecifika besöksgarantin och inte heller av de mätningar som etikkommitténs sekretariat genomför.

När väl den skärpta undersökningen är utförd och cancermisstanke kvarstår får patienten tid på kirurgmottagningen inom en vecka. De patienter som remitteras till bröstmottagningen på misstanke om bröstcancer får i majoriteten av fall tid för undersökning inom tre veckor. Då görs en komplett undersökning som innebär att man mycket snabbt får diagnos och kan fatta beslut om lämplig behandlingsstrategi. Vid samtal med ledningen för bröstmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhusets kirurgklinik framkom bekymmer med väntetider till mammografiundersökning. Man redovisade vidare initiativ för att tillskapa fler nybesökstider till specialister i kirurgi genom att i större omfattning utnyttja bröstsjuksköterskor för återbesök.

Tidigare har docent Per Karlsson, ordförande i den regionala vårdprogramgruppen för bröstcancer, lett en analys av ledtider i bröstcancer vården i Västra Götaland. Där framkom att mediantiden från utredningsstart, definierat som datum för mammografiscreening eller egenkontakt med bröstmottagning eller remiss från primärvården, till diagnos var 15 dagar, vilket också indikerar en tidsmässig förbättringspotential inom bröstcancerdiagnostiken på Sahlgrenska.

Ägaruppdrag kring regional implementering av nationella riktlinjer avseende bröstcancer, prostatacancer och tjocktarmscancer har givits till Onkologiskt Centrum (dnr RSK 250-2007). Som ett led i detta kan nämnas ett regionalt expertgruppsmöte som genomfördes tillsammans

med Centrum för verksamhetsutveckling 2008-03-07 för att diskutera säkrare flöden i bröstcancervården.

## Specifikt om prostatacancer

De flesta patienterna med prostatacancer remitterades till mottagningen för en planerad komplett diagnostisk undersökning. Ledtiden från det att remissen ankom till dess att patienten träffade specialist var fem veckor, vilket överskrider de önskvärda två veckorna enligt den regionala besöksgarantin. Vid samtal med ledningen för Kirurgkliniken på Kungälvssjukhus var man medveten om problematiken och planerade för motåtgärder t ex att införa en sköterskebaserad återbesöksmottagning för att frigöra nybesökstider till läkare, liksom att föra diskussioner med primärvården om remissindikationer.

Som tidigare nämnts är cancerutveckling i prostatakörteln mycket vanligt förekommande. Socialstyrelsen diskuterar problematiken ingående år 2007 i *Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård*. Majoriteten av de cancerhärdar som finns i prostata hos män i övre medelåldern växer mycket långsamt och utvecklas inte till livshotande eller ens symtomgivande cancer under dessa mäns livstid. En alltför hög diagnostisk aktivitet bland symtomfria män kan således leda till att män som skulle ha levt hela livet utan symtom får cancerbesked och kanske också både behandling och biverkningar. Å andra sidan är symtomgivande cancer i prostatakörteln relativt sällan botbar. Detta, liksom den enskildes oro vid en alltför utdragen utredningsprocess, innebär ett klart dilemma som måste beaktas.

Prostata-specifikt antigen (PSA) är ett enzym som produceras i prostata och utsöndras i sädesvätskan. En andel av PSA spiller över till blodbanan och kan följaktligen analyseras i blodprov. PSA-nivån i blod stiger något med ökande ålder kopplat till att flertalet män utvecklar en godartad förstoring av prostatakörteln. Vid såväl inflammation (prostatit) som cancer i prostata ökar PSA-läckaget till blodbanan ytterligare. Det finns inget normalvärde för PSA utan risken för prostatacancer ökar kontinuerligt med stigande PSA-nivåer. Värdet kan variera kraftigt (15-20%) hos den enskilde mellan två närliggande provtagningar, vilket ytterligare komplicerar bilden.

I *Handlingsplan gynekologi och urologi* (dnr RSK 549-2006) som färdigställdes för ett år sedan diskuteras den relativa bristen på specialistkompetenta urologer vid flera av regionens sjukhus utanför SU, liksom bristen på tillgängliga operationssalar framför allt på SU. Vidare diskuteras att en mer omfattande PSA-provtagning kommer att öka efterfrågan på utredning, behandling och uppföljning. Behovet av ytterligare samarbete mellan urologin och allmänmedicinen poängterades. Onkologiskt centrum har enligt ovan således också ett ägaruppdrag kring implementering av nationella riktlinjer för prostatacancer (dnr RSK 250-2007).

## Ledtider per moment

Det tar i genomsnitt två till fem kalenderdagar från det att en remiss daterats tills den ankomstregistrerats på mottagande enhet. I ett fåtal fall har det dock tagit betydligt längre tid. Även om remissflödet merendels går rimligt snabbt är det av vikt att alla inblandade har väl fungerande rutiner för utskrift och signering av remisser liksom för posthantering. En helt datoriserad remisshantering skulle förvisso eliminera vissa tidsmoment samtidigt som nya potentiella tidsfällor och risker måste beaktas.

Från det att ett cell- eller vävnadsprov tagits tills dess en cytologisk eller patologisk anatomisk diagnos (PAD) föreligger tar det i genomsnitt en till fyra dagar. Undantaget är prostatacancerdiagnostiken där det tar tio dagar att få svar. Ett skäl till detta är att man inom de andra diagnosgrupperna oftare begär snabbsvar, eftersom behovet av att snabbt kunna fatta beslut om behandling, liksom riskerna med ytterligare tidsutdräkt, är större.

Vi har inte specifikt noterat ledtider för andra enskilda diagnostiska moment t ex väntetider till olika radiologiska eller endoskopiska undersökningar. Skälet till detta är tvåfaldigt. När det gäller bröst- och prostatacancer så görs alla nödvändiga diagnostiska moment vid ett tillfälle eller med enstaka dagars mellanrum. När det gäller lung- och tjocktarmscancer söker hälften av patienterna akut och får sedan snabbt diagnos. De som remitteras till specialistmottagning för elektiv utredning har ofta redan genomgått undersökningar som gett en välgrundad misstanke om malign sjukdom och de följande utredningsmomenten är av mer bekräftande karaktär eller behövs för den vidare behandlingsplaneringen. Den sammantagna bild vi har är dock att möjligheten för de undersökta specialistklinikerna att få diagnostiska åtgärder utförda är tillfredsställande. I de fall ineliggande utredningar dragit ut på tiden har det varit medicinskt motiverat och kopplat antingen till att patienten varit så sjuk att ett högre tempo inte varit rimligt eller att fallet har varit medicinskt komplicerat och krävt ett flertal diagnostiska steg för att lösas.

## Metodologi och perspektiv

Föreliggande undersökning är ett punktnedslag på fyra diagnoser och fyra kliniker i Västra Götaland. De specifika diagnoserna valdes ut eftersom de representerar stora patient- och remissvolymer, omfattar både poliklinisk eller ineliggande utredning samt täcker både män och kvinnor. Vi valde däremot att låta slumpen styra urvalet av kliniker för att undvika systematiska fel. Tjugofem patienter per diagnos bedömdes som en rimlig volym för att få representativa data. Allt sammantaget representerar de valda cancerformerna drygt 40% av kvinnotumörerna och knappt 50% av männens tumörfall. Eftersom totalt bara fyra kliniker studerats slår givetvis lokala rutiner igenom i materialet, vilket i viss mån begränsar generaliserbarheten. Å andra sidan verkar alla deltagande kliniker inom samma regionala struktur och på basen av samma kunskapsmängd. Eventuella problem med volymer, flöden och resurser torde därför vara relativt likartade på andra enheter.

Vi har i föreliggande undersökning inte kunnat bilda oss någon entydig uppfattning om de tidsförlopp och åtgärder som föregått remiss till specialistenhet på misstanke om cancer. Det hade krävt genomgång av enskilda patientjournaler på ett drygt trettiotal separata enheter. Tidsmässigt bedömdes detta som orimligt. Skulle vi gått till botten med problemet skulle vi dessutom ha behövt intervjua såväl berörda patienter som läkare för att få kläm på hur initiala symtom uppfattades och bedömdes. Av den information vi haft tillgång till (journalkopior, remissuppgifter) framgår dock inget anmärkningsvärt.

Ett generellt problem med retrospektiva studier är att undersökarna sitter med facit i hand och därmed riskerar att bli efterkloka. De läkare eller andra medarbetare som initialt mötte de enskilda patienterna hade givetvis ett helt annat perspektiv där det långt ifrån alltid var rimligt eller ens möjligt att tolka patientens besvär i termer av malignitet och att agera därefter. Att missbedöma symtom och försena en diagnos (doctor's delay) är givetvis inte bra. Att i onödan utreda alltför många patienter på misstanke om cancer reser både etiska och resursmässiga

frågor. Den enskildes erfarenhet och kompetens liksom tillgång till beslutsstöd är av betydelse för balansen.

## **Vårdgaranti för cancer**

Det är känt från de redovisningar som etikkommitténs sekretariat regelbundet gör att det vid flera av regionens sjukhus är svårt att erbjuda patienter med misstanke om prostatacancer besök hos urolog inom två veckor. Det finns säkert multipla orsaker till detta. Vi har ovan pekat på den komplicerade situationen vid bedömning av risk vid prostatacancer och att det långt ifrån alltid är fara i dröjsmål i medicinsk mening. Helt entydiga principer för vad som skall räknas som välgrundad misstanke om cancer är inte lätta att stadfästa, vilket är tydligt när det gäller prostatacancer och PSA-nivåer. I Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut från 1999 om två veckors besöksgaranti angavs också att regelverket inte avser tumörformer där det är väl känt att väntetiden saknar väsentlig relevans för livslängd och livskvalitet. Som exempel på ett dylikt undantag anfördes prostatacancer utan allvarliga symtom. Senare praxis och budgetbeslut har dock upphävt detta undantag. Att det skall röra sig om välgrundad misstanke om cancer kvarstår dock.

Det är värt att notera att de studerade klinikerna har sinsemellan delvis olikartade rutiner för att följa väntetiderna för patienter med skäligen misstanke. Gemensamt för alla är dock att det inte finns ett enhetligt IT-stöd som möjliggör entydig monitorering. Uppföljningen baseras istället på olika typer av intern bokföring och/eller på ansvarigas fortlöpande överblick. Det är troligt att det för stora diagnosgrupper (t ex bröst- och prostatacancer) skulle underlätta verksamhetsansvarigas möjlighet till detaljöverblick och styrning om det fanns ett enhetligt IT-stöd för remisshantering och besöksplanering. I kölvattnet på den nationella vårdgarantin har ett regionalt IT-projekt påbörjats kring utvecklingen av en regional väntetidsdatabas.

## **Allmänna slutsatser**

Vår punktundersökning av ledtider inom cancerdiagnostiken indikerar att de flesta momenten i kedjan från remiss i primärvården till slutlig diagnos inom specialistvården äger rum inom rimliga och, i förekommande fall, stipulerade tidsramar.

Att vissa ledtider inom prostatacancerdiagnostiken inte svarar mot den regionala besöksgarantin är sedan tidigare väl känt. Föreliggande undersökning tillför härvidlag väsentligen ingen ny information utan bekräftar behovet av redan beslutade och pågående åtgärder. Det pågår via Onkologiskt centrum ett arbete med att ta fram ett regionalt vårdprogram avseende prostatacancer baserat på de nationella riktlinjerna, liksom olika insatser för att klara urologins vårdgarantier. Det är i detta sammanhang viktigt att så långt möjligt definiera vad skäligen misstanke står för avseende prostatacancer. Berörda verksamhetsledningarna har givetvis ett ansvar att uppfylla vårdgarantin.

Mot bakgrund av regionala exempel torde det finnas möjligheter att korta ledtiden mellan mammografiscreening och efterföljande undersökning. Detta torde vara berörda verksamhetsledningars ansvar. Det vore också värdefullt om verksamhetsledningarna för mammografienheten och kirurgklinikens bröstmottagning tillsammans tog initiativ till åtgärder för att ytterligare korta ledtider inom den bröstcancerdiagnostiska vårdkedjan man

gemensamt har ansvar för. Det uppdrag som Onkologiskt Centrum nu har tillsammans med CVU torde kunna erbjuda möjligheter att pressa ner ledtiderna inom stipulerade ramar.

Vi tror inte att en fördjupad studie av de allra tidigaste stegen i sjukvårdens och patienternas/befolkningens identifiering av initiala cancersymtom i nuläget skulle tillföra kunskap av vikt för fortsatt styrning och ledning. Frågeställningen är i sig inte ointressant men torde kunna besvaras bäst inom ramen för akademisk forskning.

Avsaknaden av ett enhetligt IT-verktyg för remisshantering och besöksplanering torde försvåra verksamhetsansvarigas möjligheter till effektiv uppföljning och resursplanering. Det vore därför av värde att undersöka förutsättningarna för att låta det påbörjade projektet kring en regional väntetidsdatabas också tydligt fokusera på verksamhetsledningarna behov av säker och relevant information om remissinflöde, väntetider och eventuella kösituationer på den egna enheten.