

# Väntetider i cancer vården är en patientsäkerhetsfråga

## RISKEN FÖR CANCERRELATERAD MORBIDITET OCH SÄMRE ÖVERLEVAD BEHÖVER UPPMÄRKSAMMAS

**Svensk cancer vård** uppvisar medicinska resultat som ligger i det internationella toppskiktet, samtidigt som väntetiderna generellt är långa och de regionala skillnaderna stora. De båda rapporterna »Euro health consumer index 2014« och »Varierande väntan på vård« pekar på brister i tillgänglighet, bemötande och service. I rapporterna dras slutsatsen att det finns stora möjligheter att korta väntetiderna genom bättre arbetssätt och effektivare resursanvändning [1, 2].



**Mef Nilbert**, professor, överläkare, avdelningen för onkologi och patologi, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet; chef, Regionalt cancercentrum Syd  
 ● mef.nilbert@med.lu.se

och skapa en mer jämlik cancer vård med ökad kvalitet och mer nöjda patienter.

I Danmark har pakkeförloppen visats minska tiderna från misstanke om cancer till behandlingsstart [3]. Nyttan begränsas dock till de patienter som inkluderas i pakkeförloppen, medan patienter som diagnostiseras utanför dessa riskerar förlängda väntetider [4]. Effekterna skiljer sig också mellan

olika cancerformer.

Standardiserade vårdförlopp kan förväntas korta väntetiderna för många patienter och synliggöra kapacitetsbrister, men de utgör inte en helhetslösning på väntetidsproblemen i cancer vården.

### Cancer – en heterogen sjukdomsgrupp

Cancer är en heterogen sjukdomsgrupp med varierande symtom och prognos kopplat såväl till organsystem som till tumörens egenskaper [5]. Av de patienter som får en cancerdiagnos söker en av fyra med alarmsymtom, t ex knuta i bröstet, blodig hosta, gynekologisk blödning, blod i avföringen eller synligt blod i urinen, en av fyra söker med diffusa symtom på allvarlig sjukdom, t ex trötthet eller viktning, och två av fyra söker med ospecifika symtom.

Specifika symtom gör vissa cancerformer som bröstcancer, endometrie cancer och testikelcancer enkla att misstänka, medan diffusa symtom (t ex ryggvärk och buksmärta) gör andra cancerformer som multipelt myelom och övre gastrointestinal cancer svårare att misstänka [6].

Majoriteten av patienter med cancer remitteras till en specialist efter ett till två besök i primärvården [6]. Den viktigaste förklaringsfaktorn till att vissa patienter genomgår flera konsultationer i primärvården är tumörens ursprung. Färre än en av tio patienter med bröstcancer eller malignt melanom har sökt vård vid flera tillfällen, medan nästan hälften av patienter med multipelt myelom, pankreascancer, ventrikelcancer eller lung-

cancer har sökt primärvården vid upprepade tillfällen [6].

### Kunskap om olika cancersjukdomar krävs

I en studie från Danmark analyserades väntetider hos drygt 2000 cancerpatienter med de kortaste väntetiderna för ovarialcancer och bröstcancer och de längsta väntetiderna för prostatacancer och urinblåsecancer [5]. I en studie från England analyserades väntetider hos nästan 11 000 patienter med 28 olika cancerformer [7].

»... riskfaktor för patientmissnöje, klagomål, bristande kostnadseffektivitet, cancerrelaterad morbiditet och försämrad canceröverlevnad.«

De patientrelaterade väntetiderna var längst för larynxcancer och orofarynxcancer och kortast för njurcancer och urinblåsecancer. De väntetider som kopplades till primärvården var längst för multipelt myelom och gallblåsecancer och kortast för bröstcancer och malignt melanom.

Strategiskt väntetidsarbete kräver kunskap om olika cancersjukdomars symtomsignaturer, förståelse för betydelsen av väntetid vid de olika cancerformerna och ökad kunskap om de mekanismer i sjukvårdssystemet som orsakar väntetid.

### Viktigt analysera varför väntetider uppstår

Försenad diagnos och behandling är ett kvalitets- och säkerhetsproblem som behöver uppmärksammas och inkluderas i hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete. I Sverige indelas arbetet med patientsäkerhet i risk- och vårdskadeom-

### HUVUDBUDSKAP

- Väntetider i cancer vården är en patientsäkerhetsrisk som behöver uppmärksammas med klargörande av mekanismer och effekter, synliggörande av väntetidsstatistik och implementering av evidensbaserade interventioner.
- Standardiserade vårdförlopp införs i cancer vården under 2015–2018 och förväntas korta väntetiderna för vissa patienter, men de är sannolikt inte en helhetslösning på väntetidsproblemen.
- Strategiskt väntetidsarbete kräver kunskap om olika sjukdomars symtomsignaturer, förståelse för betydelsen av väntetid vid olika cancerformer och ökad kunskap om de mekanismer i sjukvårdssystemet som orsakar väntetid.



Foto: Colourbox

Väntetiderna i svensk cancervård är generellt långa och de regionala skillnaderna stora – en bortglömd del av patientsäkerhetsarbetet.

råden, tex infektioner, hygienrutiner, antibiotikaanvändning, städning, läkemedelshantering och överbeläggningar [8].

Här lyser väntetidsdata med sin frånvaro, trots att väntetid kan kopplas till missnöje med och klagomål på vården, suboptimal kostnadseffektivitet, cancerrelaterad morbiditet och försämrad överlevnad [9, 10]. Vi behöver i svensk hälso- och sjukvård analysera varför långa väntetider uppstår och säkra tillgång till en ändamålsenlig väntetidsstatistik.

Patienter som har upplevt långa ledtider tenderar att vara mer kritiska till den framtida cancervården. Ökad väntetid kan vid flera cancerformer kopplas till försämrad prognos, men väntetid som riskfaktor är diskontinuerlig; en del patienter har avancerade tumörer redan vid symtomdebut, medan andra har långsamväxande tumörer [10, 11].

Ur ett prognostiskt perspektiv har väntetid betydelse framför allt för patienter med alarmsymtom eller diffusa symtom på allvarlig sjukdom [10]. Nya läkemedel, tex vid malignt melanom och lungcancer, medger lång överlevnad också vid avancerade tumörstadium, men ökar behandlingsbördan, risken för biverkningar och behandlingkostnaderna.

## Väntetider behöver uppmärksammas

Epidemiologiska studier identifierar allt fler faktorer som kan kopplas till försenad diagnos. Dessa fynd behöver uppmärksammas och implementeras i klinisk verksamhet. Parallellt med detta behöver satsningar på effektivare diagnostiska förlopp, tex diagnostiska centra och nya diagnostiska test, utvärderas för strategisk implementering.

Dagens långa väntetider i den svenska cancervården speglar en bristande medvetenhet om betydelsen av väntetid som riskfaktor för patientmissnöje, klagomål, bristande kostnadseffektivitet, cancerrelaterad morbiditet och försämrad canceröverlevnad.

Väntetider behöver uppmärksammas och bli en central del av hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete. Härigenom skulle betydelsen av väntetid vid olika sjukdomar kunna klargöras, väntetidsdata monitoreras och synliggöras och evidensbaserade interventioner bidra till bättre resursutnyttjande. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Mef Nilbert ingår i Socialdepartementets rådgivande expertgrupp för införandet av standardiserade vårdförlopp.

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DRFY

## REFERENSER

1. Björnberg A. Euro health consumer index 2014. Täby: Health Consumer Powerhouse; 2015.
2. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2015:5.
3. Larsen MB, Hansen RP, Hansen DG, et al. Secondary care intervals before and after the introduction of urgent referral guidelines for suspected cancer in Denmark: a comparative before-after study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:348.
4. Jensen H, Tørring ML, Olesen F, et al. Diagnostic intervals before and after implementation of cancer patient pathways – a GP survey and registry based comparison of three cohorts of cancer patients. *BMC Cancer*. 2015;15:308.
5. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski J, et al. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:284.
6. Lyratzopoulos G, Wardle J, Rubin G. Rethinking diagnostic delays in cancer: how difficult is the diagnosis? *BMJ*. 2014;349:g7400.
7. Lyratzopoulos G, Saunders CL, Abel GA, et al. The relative length of the patient and the primary care interval in patients with 28 common and rarer cancers. *Br J Cancer*. 2015;112(Suppl 1):S35-40.
8. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-1.
9. Lyratzopoulos G, Vedsted P, Singh H. Understanding missed opportunities for more timely diagnosis of cancer in symptomatic patients after presentation. *Br J Cancer*. 2015;112(Suppl 1):S84-91.
10. Tørring ML, Frydenberg M, Hansen RP, et al. Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: a cohort study in primary care. *Eur J Cancer*. 2013;49:2187-98.
11. Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol*. 2007;84:5-10.

## SUMMARY

Waiting times in cancer care is a patient safety risk that needs increased attention. Mechanisms and effects need to be clarified, waiting time statistics should be openly presented and evidence-based strategies should be implemented. Cancer patient pathways are implemented in Sweden during 2015–2018 and are expected to reduce waiting times for some patient groups, but cannot be expected to present a complete solution to the waiting time problem. Strategic work on waiting times requires knowledge about the different symptom profiles in various cancer types, understanding of the impact from waiting times in different cancer types and increased knowledge about the mechanisms in the health care system that cause waiting times.