

Väntetider i cancervården

– väntetider från remiss till behandling
i cancervården

Delrapport oktober 2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-10-25

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2013

Förord

Socialstyrelsen har för tredje året i följd utfört nationella mätningar av väntetider i cancervården. Mätningarna följer en modell med ett tydligt patientperspektiv som presenterades 2010. Årets mätning innehåller väntetidsaspekter som har funnits med i varje årlig rapport, för samma cancerdiagnoser som i de tidigare rapporterna.

Den här rapporten är en delrapport i uppdraget ”Patientens väg genom vården” och den innehåller ytterligare datumvariabler som Socialstyrelsen inte har mätt förut. Rapporten presenterar väntetidssituationen för cancerpatienter i landet samt visar vilka möjligheter och svårigheter som finns i nationella mätningar och jämförelser av väntetider i cancervården. Uppdragets slutrapport som ska överlämnas till regeringen den 15 december 2013 kommer att innehålla ytterligare aspekter av detta, liksom en redogörelse för övrigt arbete i uppdraget.

Arbetet är en del i en långsiktig uppbyggnad av ett uppföljningssystem som ska följa patientens väg genom vården. Socialstyrelsen vill tacka kvalitetsregistren som mycket tjänstvilligt har hjälpt myndigheten med underlaget till denna mätning.

Projektledare för rapporten har varit Jens Wilkens, och Marianne Hanning har varit sakkunnig. Ansvarig enhetschef har varit Natalia Borg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Mätningar med patientperspektivet i fokus	7
Fortsatt stora skillnader mellan landstingen	7
Kvalitetsregister utgör grund för mätningarna	7
Uppdelning av vårdkedjan visar på förbättringsområden	8
Inledning	9
Tidigare utredningsarbete	9
Cancerstrategin	9
Modellförslag och tillgängliga registerdata	9
Utveckling av mätpunkter för väntetidsmätningar	10
Delrapportens innehåll	11
Modell och tillgänglig data	12
Grundmodellen	12
Datum för remissbeslut	12
Datum för första besök hos läkare på specialistmottagning	13
Datum då patienten får besked om diagnos	13
Datum för med patienten upprättad och beslutad vårdplan	14
Datum för behandlingsstart	14
Utveckling av modellen	14
Händelser före och efter modellens mätpunkter	14
Utveckling av modellens mätpunkter	15
Modellen och tillgängliga datum i kvalitetsregistren	16
Nyligen införda datum	16
Efterfrågade datumvariabler inför denna rapport	17
Övriga variabler som hämtats från kvalitetsregistren	20
Sammanfattning av datamaterial för innevarande rapport	20
Väntetider i cancervården	22
Statistiska mått	22
Tid mellan remissbeslut och behandlingsstart	22
Tid mellan remissbeslut och första specialistbesök	23
Tid mellan första specialistbesök och behandlingsbeslut	24
Tid mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart	25
Skillnader i väntetid mellan män, kvinnor och olika åldrar	25
Skillnader i väntetider mellan olika allvarlighetsgrad vid diagnostillfället	27
Regionala variationer och utveckling över tid	28
Väntetider för specifika cancerformer	31
Blåscancer	31
Material	32
Tid mellan remissbeslut och start av behandling	32
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	33

Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium	34
Bröstcancer	35
Material	36
Tid mellan första specialistbesök och start av behandling	37
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	38
Skillnader mellan ålder och tumörstadium	38
Hudcancer – malignt melanom	39
Material	40
Tid från första läkarbesök till diagnosbesked till patient	40
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	41
Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium	42
Huvud- och halscancer	43
Material	44
Tid från remissens ankomst till behandlingsstart	44
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	45
Skillnader mellan kön och ålder	46
Lungcancer	47
Material	47
Tid från remissens ankomst till behandlingsbeslut	48
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	49
Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium	50
Njuncancer	51
Material	52
Tid från remissbeslut till behandlingsstart	52
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	53
Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium	54
Prostatacancer	55
Material	56
Tid från remissbeslut till behandlingsstart	56
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	58
Skillnader mellan åldersgrupper	60
Tjocktarmscancer	61
Material	62
Tid från remissbeslut till behandlingsstart	62
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	63
Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium	64
Ändtarmscancer	65
Material	65
Tid från remissbeslut till behandlingsstart	66
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan	67
Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium	67
Slutsatser och fortsatt arbete	69
Utvidgad mätning, men fortfarande en begränsad del av vårdprocessen	69
Omfattande regionala skillnader i väntetid till behandling	69
Väntetiden kortare vid allvarlig cancer	70
Nya mätpunkter ger underlag för förbättringsarbete	70
Några förbättringar i kvalitetsregistrens anpassning till modellens mätpunkter	70
Nya mätningar och fortsatt testning av modellen för väntetider i cancervården	71
Referenser	73

Sammanfattning

Mätningar med patientperspektivet i fokus

Socialstyrelsen arbetar efter en modell med starkt patientperspektiv som mäter tiden mellan händelser som i så stor utsträckning som möjligt är patientupplevda och som syftar till att följa patientens väg genom vården. Modellen är avgränsad till tiden mellan remiss till specialist fram tills det att behandlingen startar. Utöver dessa tidpunkter ingår även tidpunkten för första besök hos specialist, tidpunkten för diagnosbesked och den tidpunkt då en vårdplan upprättats tillsammans med patienten. Dessa mätpunkter har valts utifrån ett patientperspektiv då det för patienten är av stor vikt att snabbt få besked om sin sjukdom, liksom att få vara med att besluta om behandlingen utan att väntan blir lång.

Fortsatt stora skillnader mellan landstingen

För tredje året i rad redovisas väntetiden mellan det att en remiss till specialistläkare utfärdas, och att patienten påbörjar sin behandling. För landet som helhet är medianväntetiden fram till behandlingsstart över en månad för alla former av cancervård, för flera typer av cancer nära två månader. För de tre år Socialstyrelsen har gjort mätningar finns ingen tydlig trend i väntetider för landet som helhet.

Liksom i de tidigare mätningarna är variationerna i väntetid mellan olika landsting omfattande. Inget landsting har dock genomgående långa väntetider för de cancerområden som ingår i mätningen. Den stora spridningen av väntetider mellan landstingen och för olika cancerformer visar också att förbättringar är möjliga.

Kvalitetsregister utgör grund för mätningarna

Mätningarna av väntetider i cancervården ingår som ett pilotområde i ett större utvecklingsarbete som syftar till att förbättra uppföljningen av väntetider inom hälso- och sjukvården på nationell nivå. Underlaget till mätningarna har hämtats från åtta kvalitetsregister. Det betyder att förutsättningarna för att mäta de väntetider som modellen omfattar varierar då innehållet i registren är olika. Det är till exempel bara i fyra av de åtta registren som tiden för remissutfärdande fram till start av behandling kan fångas. För de övriga områdena har andra mått, så näraliggande som möjligt, fått användas. En förbättring kan dock ses i den meningen att fler register har eller är på gång att anpassa innehållet efter de mätpunkter och definitioner som ingår i den nationella modellen.

Uppdelning av vårdkedjan visar på förbättringsområden

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen jämförelser av väntetider på landstingsnivå uppdelat på olika delar av vårdkedjan. Ett landsting kan till exempel ha relativt kort väntetid till ett specialistbesök men längre väntan fram till start av behandling, medan mönstret är det omvända i ett annat landsting. Denna typ av information är ett viktigt underlag för landstingen som ska analysera orsakerna till långa väntetider och arbeta lokalt för att korta väntetider.

Inledning

Tidigare utredningsarbete

Cancerstrategin

I utredningen om en nationell cancerstrategi [1] från 2009 framhölls att det saknas kunskap om hur långa väntetiderna är inom cancervården. Det fanns även ett missnöje bland patienterna när det gäller hur vården är organiserad och hur man som patient blir involverad i sin vård samt informeras om den. Utredningen gav också uttryck för att det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete kring dessa frågor och Socialstyrelsen fick därför i regleringsbrevet för år 2010 uppdraget att ”kartlägga ledtider inom cancervården samt föreslå hur de ska beskrivas och följas upp”.

Modellförslag och tillgängliga registerdata

Hösten 2010 gav Socialstyrelsen ut rapporten *I väntan på besked* [2]. Rapporten innehåller en genomgång av vilka datumvariabler som finns tillgängliga i Socialstyrelsens cancerregister och patientregister, landstingens vårdadministrativa system, samt kvalitetsregister inom cancerområdet. Det var tydligt att många uppgifter finns som kan användas för att mäta väntetider, men att de är svåra att använda av flera skäl.

De olika tillgängliga datumvariablerna är mycket svåra att koppla samman för en beskrivning av en vårdkedja eftersom det systematiskt inte går att avgöra vilken händelse som föranletts av en annan. Definitioner av till synes samma händelse varierar mellan olika register. Nästan alla händelser gäller specialiserad slutenvård, vilket innebär att primärvården och mycket av uppföljningen efter behandlingen inte fångas någonstans. Enligt rapporten har de uppgifter som samlas in även ett tydligt vårdgivarperspektiv, och därmed kan de främst användas för att göra ledtidsmätningar. Rapporten innehöll också ett förslag till en modell för nationella mätningar av väntetider i cancervården. Avsikten var att presentera en modell med ett tydligt patientperspektiv som kunde fånga de väsentligaste delarna i vårdkedjan.

Den första rapporten med mätningar efter den nya modellen publicerades i november 2011 [3]. Tiden mellan modellens start- och slutpunkt mättes, det vill säga tiden från remissbeslut till behandlingsstart. Liksom i innevarande rapport användes kvalitetsregisterdata. I rapporten bekräftades vad öppna jämförelser tidigare visat för ett mindre urval av cancerformer och med andra väntetidsmått, nämligen att väntetiderna är betydande, och att spridningen mellan landstingen är stora. Dessutom redovisades en studie av hur väl landstingens vårdadministrativa system kan följa patientens väg genom vården. Slutsatsen var att de olika systemen är olika lämpade för att kunna följa ett ”hälsoärende”, och att samtliga system fallerar när patienten rör sig mellan landstingen, vilket inte är ovanligt för delar av diagnostiken men även förekommer i behandlingen av cancerpatienter. Rapporten konsta-

terade också att termer och begrepp måste fastställas för att stödja utvecklingen av de vårdadministrativa systemen.

Utveckling av mätpunkter för väntetidsmätningar

I mars 2012 fick Socialstyrelsen ett samlat uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Arbetet går under beteckningen "patientens väg genom vården", och cancervården är ett pilotområde för att utveckla nationella mätningar av väntetider.

I oktober 2012 publicerades den andra rapporten med väntetidsmätningar i cancervården. Rapporten presenterade väntetidsmätningar av samma del av vårdkedjan som i den första rapporten, det vill säga tiden från remissbeslut till behandlingsstart. I tillägg gjordes mätningar av tiden fram till mätpunkten "diagnosinformation till patienten". Rapporten visade bland annat att denna mätpunkt saknas i de flesta kvalitetsregister, samt att i de register där informationen ingår, ges den till patienten vid olika tillfällen i vårdkedjan. För prostatacancer ges beskedet vanligen före start av behandling. Men för bröstcancer och hudcancer registreras datumet för diagnosbesked efter det att behandlingen startar eftersom fastställandet av diagnosen sker med stöd av det vävnadsprov som tas vid operationen. Patienterna inom de två sistnämnda cancerformerna har dock med största sannolikhet fått ett "preliminärt" besked om att de har cancer innan behandlingen startar.

I tillägg till mätningarna med kvalitetsregisterdata gjordes en journalstudie av 40 cancerpatienter fördelade på fyra landsting och fyra cancerformer. Studien visade att datumangivelser för diagnosinformation visserligen finns i stor utsträckning i de patientadministrativa systemen, men helt ostrukturerat och svårt att extrahera. Dessutom konstaterades i rapporten att diagnosdatum som praktiseras i cancerregistret inte på något sätt fyller den funktion av patientinformation som är avsikten med att mäta väntan på diagnosbesked.

Rapporten *I väntan på besked* från hösten 2010 visar vilka datumvariabler som finns tillgängliga i olika register [2], och i rapporten pekade Socialstyrelsen på problemet med att dessa data bara beskriver vad som sker inom specialistvården. Data från primärvården saknas helt. En av slutsatserna i rapporten var att det är avgörande att framtida uppföljningssystem kan fånga även den del av vården som sker utanför sjukhus, men också att en sådan utveckling förutsätter att vårdgivarna utvecklar sina vårdadministrativa system samt att det blir möjligt för Socialstyrelsen att ta in uppgifter från primärvården. Den modell som presenterades kopplade ihop primärvården med senare vård genom att startpunkten definierades som remissbeslutet, som vanligen sker i primärvården. I tillägg till att koppla ihop vårdkedjan finns ännu ett lika tungt vägande skäl till att det är remissbeslutet som bör mätas. Vid detta tillfälle är patienten vanligen närvarande, det är med andra ord en patientupplevd händelse, till skillnad från när remissen tas emot. I 2012 års rapport gjordes en mätning av vilken skillnad det är i praktiken mellan utfärdande och mottagen remiss för blåscancer, tjocktarmscancer och ändtarmscancer, med reservation för att de båda mätpunkterna kan ha olika betydelse vid olika kliniker. Enligt tillgängliga kvalitetsregisterdata dröjde det en vecka innan 90 procent av remisserna ankommit till specialistkliniken.

Delrapportens innehåll

Denna delrapport är den tredje redovisningen av väntetider i cancervården. I samtliga rapporter som publicerats inkluderar Socialstyrelsen några väntetidsresultat som är desamma för varje år, vilket ger möjlighet att följa utvecklingen över tid. Dessa är tiden från remissbeslut till behandlingsstart samt skillnader mellan landsting, män och kvinnor, och ålder. Eftersom mätningarna också är en del av ett utvecklingsarbete för ett framtida system för nationell datainsamling presenteras också i varje rapport mätningar av utvalda delar i modellen som utvecklats under året.

I innevarande rapport presenteras först den grundmodell som Socialstyrelsen arbetar efter. Därefter redogörs för utvecklingsarbetet av modellen, vad som är möjligt att mäta med de kvalitetsregister som Socialstyrelsen samarbetar med för detta ändamål, och hur utvecklingen av kvalitetsregistren fortskrider i detta avseende. Sedan presenteras vilka data som efterfrågats för innevarande rapport och en sammanfattande tabell för de data som kvalitetsregistren tillhandahållit för innevarande mätning, med antal patienter och fördelning på kön och ålder.

Kapitlet "Väntetider i cancervården" redogör för de huvudsakliga resultaten av årets mätning, främst mätningar av medianväntetider mellan de mätpunkter som är aktuella. Det gäller alltså den "totala" väntetiden mellan remiss och behandlingsstart samt mätningar av delarna i denna vårdkedja som är möjliga att fånga med tillgängliga data. Dessa är tiden till det första specialistbesöket, tiden från detta besök till dess att vården tar ett behandlingsbeslut, samt tiden från beslutet till dess att behandlingen startar. Vidare visar kapitlet skillnader i väntetider mellan olika patientgrupper, män och kvinnor, yngre och äldre, samt väntetiden utifrån hur allvarlig cancer patienten har. Kapitlet inkluderar också en jämförelse av hur väntetiderna utvecklas över tiden.

Därefter följer ett kapitel med redovisningar för cancerspecifika mätningar. Dessa innehåller regionala jämförelser av både den totala väntetiden och dess olika delar. Dessutom finns om data så medger mätningar av både väntetiden för att få träffa en specialist och för att få behandling med avseende på män och kvinnor, yngre och äldre, samt allvarlighetsgrad.¹

¹ Rapporten innehåller inte väntetidsmätningar av äggstockscancer vilket fanns inkluderat i föregående rapport. Skälet är främst att de mätpunkter som efterfrågas i Socialstyrelsens modell inte finns tillgängliga i registret.

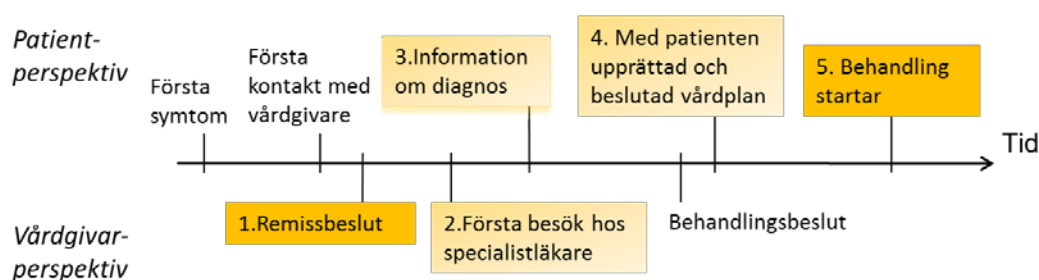
Modell och tillgänglig data

Grundmodellen

Ett förslag till modell för att nationellt följa cancervårdens väntetider ur ett patientperspektiv presenterades hösten 2010 i rapporten *I väntan på besked* [2]. Modellen omfattar delen av vårdkedjan från remissbeslut till behandlingsstart och fokuserar på vad som ur patientens perspektiv är de mest angelägna händelserna i vårdförloppet.

Modellen är avsedd att tillämpas vid alla former av cancer och utgår från att mätpunkterna på sikt ska kunna hämtas ur de vårdadministrativa systemen. Eftersom modellen syftar till att vara just generisk ersätter den inte behovet av andra mätpunkter i enskilda register. Exempelvis kvalitetsregistrens arbete med att följa vården för en specifik cancerform, dess olika ledtider på klinisk nivå och de medicinska resultaten, kan inte ersättas med mätningar med hjälp av denna modell.

Figur 1: Cancerpatientens väg genom vården – modell för att mäta väntetider.



De mätpunkter som ingår i modellen avser;

1. Datum för remissbeslut till specialist.
2. Datum för första besök hos läkare på specialistmottagning.
3. Datum då patienten får besked om preliminär diagnos/diagnos.
4. Datum för upprättad och med patienten överenskommen individuell vårdplan.
5. Datum för behandlingsstart.

Datum för remissbeslut

Startpunkten för modellen och därmed väntetidsmätningar i cancervården är en avvägning mellan vad som är möjligt i förhållande till de registerdata som finns, och vad som är önskvärt i ett patientperspektiv. Tidpunkten för första symtom kan finnas i journalen men informationen är inte strukturerad på ett sätt som gör det möjligt att extrahera data, och variationen på vad patienten upplever som symtom är stor. Tidpunkten för patientens första kon-

takt med en vårdgivare finns dokumenterad på olika sätt men innan det finns ett etablerat system för att följa varje enskilt hälsoärende i vården är det svårt att systematiskt koppla olika kontaktorsaker till en senare specifik remiss eller diagnos i cancervården.

Den första punkten i vårdkedjan för vilket relativt välstrukturerad data finns är remissbeslutet, det vill säga tidpunkten då den läkare som patienten söker primärt, i samråd med patienten, beslutar att en bedömning eller behandling behöver göras av en specialist. I regel är detta ett besök till en primärvårdsläkare.

Remissbeslutet används som startpunkt för uppföljning av vårdgarantin i den nationella väntetidsdatabasen och kan därför redan nu hämtas ur de vårdadministrativa systemen. Det är dock bara fyra av de åtta kvalitetsregistren som används i Socialstyrelsens mätningar som har mätpunkten remissbeslut. Den huvudsakliga förklaringen är sannolikt att kvalitetsregistren med specialistläkarens perspektiv, har fokuserat på att mäta hur remissankomsten förhåller sig till resten av specialistklinikens verksamhet. Skall patientens och hela vårdsystemets perspektiv beaktas är det remissbeslutet som är relevant.

Innan ett remissbeslut tas har det i många fall skett ett eller flera besök hos läkare eller annan vårdpersonal inom primärvården, delvis beroende på vilken cancerform det gäller. I ett längre perspektiv är det därför viktigt att utöka de föreslagna mätpunkterna med datum för det första besöket/kontakten och därmed fånga hela vårdförloppet. Datum för det första besöket kan dock för närvarande som regel endast fångas retrospektivt i de vårdadministrativa systemen eftersom det saknas ett "ärendenummer" som gör det möjligt att koppla samman besöket med rätt vårdprocess.

Datum för första besök hos läkare på specialistmottagning

Efter att remissen har bedömts på specialistmottagningen planeras patienten in för ett första besök. Om patienten inte är färdigutredd för att starta en behandling tas beslut om fortsatt utredning vid besöket.

Tiden mellan remissens utfärdande och det första läkarbesöket ingår i vårdgarantin som anger att patienten ska erbjudas en tid för besök inom 90 dagar från det att remissbeslutet fattats. Liksom datum för remissbeslut ingår datum för första läkarbesök i den nationella väntetidsdatabasen och kan därmed hämtas från de vårdadministrativa systemen. Datumet är specialistklinikens första möte med patienten och finns i de allra flesta kvalitetsregister på cancerområdet.

Datum då patienten får besked om diagnos

Syftet med mätpunkten är att fånga tidpunkten då patienten får besked om att misstanken om cancer bekräftats. För många former av cancer är det dock en misstanke som stärks i olika steg genom olika provtagningar och kliniska undersökningar. Diagnosen fastställs i de flesta fall först efter det att ett vävnadsprov (PAD-prov)² eller en röntgenundersökning har analyserats. Detta PAD-prov tas dock i olika skeden av vårdförloppet för olika can-

² Patologisk Anatomisk Diagnos

cerdiagnoser. I vissa fall tas provet vid besök i primärvården och utgör då också grunden för ett remissbeslut, för andra diagnoser tas provet i samband med ett besök i specialistvården och i ytterligare andra fall är det först vid operation som provet tas och patienten får ett definitivt diagnosbesked vid ett senare tillfälle. Socialstyrelsen visade i rapporten 2012 [4] svårigheterna i att mäta denna punkt i vårdkedjan och inkluderar därför inga mätningar i denna rapport.

Datum för med patienten upprättad och beslutad vårdplan

Syftet med datum för med patienten upprättad och beslutad vårdplan är att fånga tidpunkten då patienten får besked om vilken behandling som rekommenderas och hur vården är planerad att genomföras. Tidpunkten registreras inte i register eller patientadministrativa system och Socialstyrelsen har därför inte kunnat mäta väntetiden fram till denna punkt. Däremot finns tidpunkten då vården tar beslut om behandling sedan länge väl dokumenterad, både i flera kvalitetsregister, men också genom att det är startpunkten för mätning av vårdgarantin. I cancervården sker behandlingsbeslutet ofta i samband med en så kallad multidisciplinär konferens, det vill säga då olika personalgrupper och discipliner deltar. I många fall lämnas beskedet sedan till patienten vid ett läkarbesök efter en sådan konferens.

Datum för behandlingsstart

Med behandlingsstart avses den dag då patienten får sin första behandling av något slag. Vilken typ av behandling det rör sig om varierar givetvis beroende på tumörform, men det varierar också inom en och samma patientgrupp. De terapier som dominerar är operation, strålbehandling och kemoterapi, men det kan också vara någon annan typ av läkemedelsbehandling. Behandlingsstarten är slutpunkt för vårdgarantin och det datumet finns också i samtliga kvalitetsregister som Socialstyrelsen använder för väntetidsmätningar i cancervården, utom i kvalitetsregistret för lungcancer.

Utveckling av modellen

Den föreslagna modellen har en svaghet som påtalats under utredningsarbetet, nämligen att den endast omfattar den del av vården som ingår i specialistvården och då endast fram till att behandlingen startar. Med dagens kvalitetsregister och vårdadministrativa system finns inte möjlighet att på ett strukturerat och automatiserat sätt samla in data för någon tidpunkt före en eventuell remiss. Sannolikt missar mätningarna olika stor del av vårdkedjan beroende på vilken cancerform som studeras. Exempelvis är för de flesta hudcancerpatienter remisstillfället, och ofta själva provtagningstillfället, första kontakten med vården. Andra cancerformer har en större andel patienter med symtom som ibland först utreds längre i primärvården.

Händelser före och efter modellens mätpunkter

Det finns flera skäl till att tiden före remisstillfället är svår att fånga. Ett formellt skäl är att Socialstyrelsen inte kan ta in uppgifter från primärvården

enligt gällande förordning om patientregistret (2001:707) vilket gör ett utvecklingsarbete med det syftet mindre aktuellt. Men det finns framför allt flera metodologiska problem med att koppla ihop händelsekedjan före en remiss skrivs för att utreda ett specifikt symptom. För flertalet cancerformer har en stor del av patienterna sannolikt besökt primärvården för symptom som orsakats av cancer, i vissa fall flera gånger, innan en remiss utfärdas. Men det finns inget system för att koppla samman dessa tidiga besök i en utredning med de mätpunkter som finns med i modellen.³ Socialstyrelsen har för närvarande ett särskilt uppdrag kring begreppet ”hälsoärende” och ”process-id” där frågan om att kunna koppla samman olika händelser i en vårdkedja ska utredas.

Viktiga händelser i vårdkedjan efter att behandling påbörjats kan vara till exempel PAD-svar till patienten vilket kan ses som ett definitivt diagnosbesked, första återbesök efter operation, eller påbörjad strålbehandling när operation har varit första åtgärd. För många typer av vård, inte minst cancer, är ett avslut av vårdens åtagande sällan en tydlig händelse, även om det kan finnas ett tydligt avslut på en viss typ av vård som inte längre ses som effektiv för en enskild patient. Det är svårt att hitta en punkt i vårdkedjan som kan representera en speciell händelse efter behandlingsstart i en generisk vårdprocess, till exempel att patienten är färdigbehandlad. I denna rapport finns ett exempel på en mätpunkt efter behandlingsstart med från bröstcancer (se figur 9) för vilket vi mäter medianväntetiden per landsting för alla patienters väntan på PAD-svar efter operation.

I en av de tidigare rapporterna kring mätning av väntetider i cancervården [3] har ett speciellt arbete genomförts för att utreda förutsättningarna att med vårdadministrativa system följa några av de punkter som ingår i modellen. Arbetet var avgränsat till cancervården specifikt, men de slutsatser som arbetet ledde fram till får anses vara generella när det gäller möjligheterna att med dagens vårdadministrativa system följa patientens väg genom vården.

Utveckling av modellens mätpunkter

Tiden mellan startpunkten (remissbeslutet) och slutpunkten (behandlingsstarten) i modellen svarar till stor del för utredningstiden, och syftar med patientperspektivet till att fånga patientens väntan på start av behandling, med de viktigaste händelserna under utredningens gång. Socialstyrelsen menar att väntan på ett specialistbesök liksom väntan på att få diagnosbesked är något som ur ett patientperspektiv är viktigt att följa upp. I dialog med registerföreträdare och specialister i projektets expertgrupp framkom-

³ Undantaget kan sägas vara hudcancer. Tidpunkter för utredning och vård för hudcancer i primärvården fångas i stor utsträckning eftersom provtagning ofta kan göras direkt vid första besök, om allmänläkaren bedömer att risk för malign tumör föreligger. Denna provtagning ligger till grund för både datum för första läkarbesök och diagnosdatum som finns med i kvalitetsregistret. I de fall allmänläkaren inte tar ett hudprov utan istället remitterar patienten fyller datumvariabeln *första läkarbesök* en liknande funktion som remissdatum i andra register.

mer naturligtvis olika synpunkter på vad som är viktigt att fånga i utredningsfasen ur ett verksamhetsmässigt och ur ett medicinskt perspektiv. Det råder enighet om att tidpunkterna *patientinformation om diagnos* och *en med patienten upprättad vårdplan* är relevanta mätpunkter för patienten och vårdens förmåga att möta patientens behov, men förslagen på hur dessa tillfällen i vårdkedjan ska definieras och fångas i register skiljer sig åt. Utredningsarbetet har visat att de två punkterna är svåra att beskriva och definiera på ett sätt som både patienter och olika företrädare för professionen kan enas om. Det är svårt att fastställa innebörden av diagnosinformation till patienten eftersom misstanken om en cancerdiagnos växer fram under utredningens gång medan en definitiv diagnos i många fall inte fastställs förrän efter behandlingsstart, till exempel genom ett vävnadsprov från operationen. Inom vården finns också olika rutiner för när en vårdplan planeras med patienten, och Socialstyrelsen bedömer att det bör finnas en tydlig praxis för vad vårdplanen innehåller innan det blir aktuellt med nationella mätningar av hur länge patienten får vänta på en vårdplan. Dessa frågor kommer att diskuteras ytterligare i den slutrapport som myndigheten ska lämna den 15 december 2013.

Modellen och tillgängliga datum i kvalitetsregistren

En grundläggande problematik i väntetidsmätningar med hjälp av kvalitetsregisterdata är att mätningarna görs med en viss händelse i vårdkedjan som urvalsmetodik, i denna rapport patienter som diagnostiserats alternativt påbörjat behandling ett visst år. Detta innebär att de patienter som remitterats med en misstänkt cancer där det efter utredning inte visat sig vara cancer inte kommer med i registret.

Även traditionen att tidpunkten för remissen i många kvalitetsregister är när remissen ankommer till kliniken, och inte när den beslutas eller utfärdas av remittenten, är beskrivande för det kliniska specialistperspektiv som kvalitetsregistren har. Argumentet är att det är från datumet för remissens ankomst till kliniken som en viss specialitet eller klinik kan påverka händelseförloppet. Om perspektivet är patientens eller hela vårdsystemets funktion är det däremot hela vårdkedjan som måste fungera.

I ledtidanalyser kan perspektivet av en enskild del av vårdkedjan, till exempel kirurgavdelningen i fall där den har huvudansvaret för behandlingen, vara viktigast. I nationella väntetidsmätningar med patientperspektivet i fokus är det däremot inte vem som ger vård, eller var vården ges, som är utgångspunkten.

Nyligen införda datum

Under 2012 och 2013 har flera datum införts i registren som direkt motsvarar tidpunkter i den modell Socialstyrelsen jobbar efter. Socialstyrelsen har i sitt utvecklingsarbete en dialog med flera kvalitetsregister och flera av dem har numera infört remissbeslut som en tidpunkt. Registret för kolorektalcancer har till exempel infört datum för multidisciplinär konferens, vilket i praktiken fyller samma funktion som tidpunkten för behandlingsbeslut.

Hudcancerregistret har infört datum för första läkarbesök och multidisciplinär konferens. Bröstcancerregistret har infört en variabel som de kallar *datum för 1:a kontakt*⁴ och som gäller en tidpunkt innan patienten kommer till specialistkliniken. I tabell 1 redovisas vilka datumvariabler som finns tillgängliga i de kvalitetsregister som ingår i den här rapporten.

Tabell 1: Tillgänglig data i kvalitetsregistren 2012 som svarar mot mätpunkter i modellen.

Mätpunkt/ Cancerform	1. Remiss- beslut	2. Första specialist- besök	3. Informa- tion om diagnos	Behand- lingsbeslut	4. Vård- plan med patienten	5. Behand- lingsstart
Blåsa	✓ Remissbe- slut + Ankomstdatum	✓				✓
Njure	✓ Remissbe- slut + Ankomstdatum	✓		✓		✓
Prostata	✓ Remissbe- slut	✓	✓	✓		✓
Lunga	✓ Ankomst- datum	✓		✓		
Huvud- och hals ⁵	✓ Ankomst- datum	✓		✓		✓
Tjocktarm	✓ Remissbe- slut + Ankomstdatum	✓ (på kirurg- klinik)		✓ (MDT)*		✓
Ändtarm	✓ Remissbe- slut + Ankomstdatum	✓ (på kirurg- klinik)		✓ (MDT)*		✓
Hud		(1:a läkar- besök)*	✓ (postope- rativt)	✓ (MDT)*		✓
Bröst	✓ (1:a kontakt)*	✓	✓ (postope- rativt)	✓	✓	✓

Punkter angivna med * (totalt 5) är nya i respektive kvalitetsregister sedan förra årets rapport.

Efterfrågade datumvariabler inför denna rapport

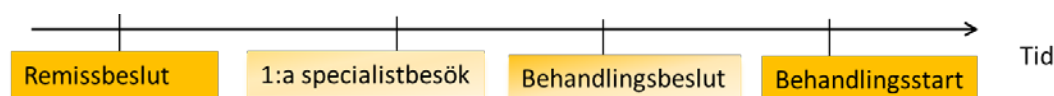
I oktober 2011 publicerade Socialstyrelsen den första rapporten med väntetidsmätningar för cancervården [3]. I rapporten mättes antalet dagar från remissbeslutet till behandlingsstart. För att testa hur vårdprocessen kan mätas för de händelser som är viktiga mätpunkter mellan dessa händelser redo-

⁴ Variabeln *Datum för 1:a kontakt* innehåller också en specifikation av vilket typ av kontakt som avses: annan vårdgivare (datum för dess remissutfärdande), mammografi eller egenremiss till bröstmottagningen (datum för telefonsamtal). Om det är en remiss från annan vårdgivare är det inte nödvändigtvis första kontakten med vården utan kontakten kan till exempel ha föregåtts av fler besök i primärvården. Därför ska datumet snarare betraktas som punkten *Remissbeslut* i Socialstyrelsens modell.

⁵ Huvud- och halscancer innefattar nio diagnosgrupper; läpp, munhåla, orofarynx, nasofarynx, hypofarynx, näsa/bihåla, larynx, spottkörtlar och malign körtel på halsen utan känd primärtumör.

visades i 2012 års rapport arbetet med att mäta väntetider i förhållande till tidpunkten för diagnosinformation [4]. Variabeln saknas i de flesta register och någon annan variabel som fyller en liknande funktion är svår att hitta. I årets väntetidsrapport för cancervården är mätningen istället utökad från föregående år genom att tidpunkten för första specialistbesök, samt behandlingsbeslut, tillämpas. Dessa datum finns i stor utsträckning i kvalitetsregistren. Behandlingsbeslutet ligger också diagnosinformation och vårdplan nära i tiden, även om det inte nödvändigtvis eller vanligtvis sammanfaller. Rapporten redovisar arbetet med att mäta processen från remissbeslutet, över det första specialistbesöket, till behandlingsbeslutet och behandlingsstarten, se figur 2.

Figur 2: Efterfrågade datumvariabler för innevarande rapport



Fyra kvalitetsregister praktiserar remissbeslut som datumvariabel.⁶ I de fall remissbeslutet saknas används remissankomst till utredande eller behandlande klinik. Två register, bröstcancer och hudcancer, har ingen datumvariabel alls för remissen. För hudcancer finns dock en koppling till primärvården genom variabeln första läkarbesök, vilket är första mätpunkt i denna rapport. Registret för bröstcancer har nyligen infört variabeln första läkarkontakt (se ovan). Tills vidare används första specialistbesök som första mätpunkt i denna rapport.

Alla register i denna mätning använder mätpunkten första specialistbesök, men besöket registreras enligt det specifika registrets perspektiv. Betydelsen av "första besök" kan variera. Exempelvis avser datumet i kolorektalregistret uttryckligen första läkarbesök på den behandlande kirurgkliniken. Det betyder alltså att patienten kan ha träffat någon annan specialist mellan ett initialt besök i primärvården och första specialistbesök på kirurgkliniken.

Behandlingsbeslutet är en vanlig datumvariabel i kvalitetsregistren inom cancerområdet. För tjock- och ändtarmscancer används datum för multidisciplinär konferens, en tidpunkt som funktionellt är nära syftet med att mäta tidpunkten för behandlingsbeslutet. För hudcancer är variabeln nyss införd i registret och kommer kunna användas så snart den rapporteras i större utsträckning.

Datum för behandlingsstart finns i kvalitetsregistren för alla cancerformer som ingår i rapporten utom i registret för lungcancer, även om betydelsen kan variera. Socialstyrelsens ansats i modellarbetet är att det är start av behandling oavsett typ av behandling som räknas, eftersom det är patientens upplevelse av när vården tar hand om sjukdomen som är det relevanta i dessa mätningar. I praktiken är urvalet gjort så att för vissa former av cancer ingår inte hela patientunderlaget. Det finns till exempel anledning att i vän-

⁶ Registren för blåscancer, njurcancer, prostatacancer, och registret för kolorektalcancer. I samtliga redovisningar i rapporten redovisas tjocktarmscancer och ändtarmscancer separat.

tetidsmätningar skilja på patienter som påbörjar sin behandling med kirurgi från de som börjar med cytostatika om vårdkedjan väsentligt skiljer sig åt mellan grupperna.

Tabell 2: Tillämpade datumvariabler i väntetidsmätningarna per cancerform.

Cancerform	Avgränsning	Mätperiod	Remissbeslut	1:a specialistbesök	Behandlingsbeslut	Behandlingsstart	Antal patienter
Blåsa	TUR-opererade ⁷	2012	Remissbeslut	1:a specialistbesök	-	Operationsdatum	1 983
Bröst	Patienter med kirurgi som första behandling	2011	1:a specialistbesök	Diagnosdatum	Vårdplan	Operationsdatum	7 231
Huvud- och hals		2011-12	Remissankomst	1:a specialistbesök	Behandlingsbeslut	Behandlingsstart	2 056
Lunga	Urval är diagnosår	2011	Remissankomst	1:a specialistbesök	Diagnosdatum	Behandlingsbeslut	3 561
Hud	Malignt melanom, primärkirurgi	2012	1:a läkarbesök	Diagnosdatum	-	Diagnosbesked till patient	2 821
Njure		2012	Remissbeslut	1:a specialistbesök	Behandlingsbeslut	Behandlingsstart	916
Prostata	Intermediära, högrisk samt metastaserade	2012	Remissbeslut	1:a specialistbesök	Diagnosbesked	Behandlingsstart	2 604
Tjocktarm	Akuta fall exkluderade	2012	Remissbeslut	1:a specialistbesök	Multidisciplinär konferens	Behandlingsstart	2 8161
Ändtarm	Akuta fall exkluderade	2012	Remissbeslut	1:a specialistbesök	Multidisciplinär konferens	Behandlingsstart	1 630

⁷ Transuretral Resektion (TUR) av prostata

Övriga variabler som hämtats från kvalitetsregistren

Utöver de datumvariabler som redovisas ovan ingår ytterligare sju variabler som ska belysa olika aspekter av väntetider inom cancervården: ålder, kön, hemlandsting, behandlande klinik, diagnos, tumörstadium och typ av behandling som startar på det angivna datumet. Fördelningen av kön och ålder för de olika cancerformerna redovisas i tabell 3 och skiljer sig åt markant. I kapitlet *Väntetider för specifika cancerformer* läggs stor vikt vid skillnaderna mellan landstingen. Mätningen utgår ifrån var den som får vård bor, inte var vården ges. Det är hemlandstinget som är ansvarigt för att patienten ska få tillgång till vård i rimlig tid. Utomlänsvården är dock begränsad inom cancervården. I materialet får till exempel knappt en halv procent av bröstcancerpatienterna sin förstabehandling utanför hemlänet.

Liksom föregående år finns en uppdelning i två grupper utifrån tumörstadium för varje cancerform, och den redovisas också i sammanfattningen i nästa kapitel. Tumörstadiets betydelse för väntetiden tycks variera mellan de olika cancerformerna, men utförligare analyser behöver göras med utgångspunkt från materialet.

Sammanfattning av datamaterial för innevarande rapport

I maj 2013 skickades ett önskemål om data till ansvariga registerhållare för kvalitetsregistren för de nio tumörformer som ingår i den här rapporten. Data från samma kvalitetsregister ingick också i de två föregående årens mätningar. Önskemålet om data avgränsades till samtliga patienter som påbörjat behandling under 2012. För samtliga patienter efterfrågades uppgifter om följande variabler, samt definitioner och/eller beskrivning av dessa:

- Ålder
- Kön
- Hemlandsting (länskod)
- Behandlande klinik (sjukhus och landsting)
- ICD-kod
- Tumörstadium eller annan gradering av allvarlighetsgrad
- Typ av behandling för den datumangivna behandlingsstarten
- Datum för remissbeslut
- Datum för 1:a besök på specialistmottagning
- Datum för diagnos
- Datum för behandlingsbeslut och/eller multidisciplinär konferens
- Datum för behandlingsstart

Tabell 3: Ålders- och könsfördelning för olika cancerdiagnoser.

Cancerform	Män (%)	Medel-ålder	Kvinnor (%)	Medel-ålder	≤65 år (%)	>65 (%)	Antal patienter
Blåsa	74	72	26	73	24	26	1 983
Bröst	0	-	100	63	55	45	7 231
Huvud- och hals	64	65	36	66	49	51	2 056
Lunga	51	70	49	69	35	65	3 561
Malignt melanom	51	65	49	61	55	45	2 821
Njure	63	66	37	67	41	59	916
Prostata	100	68	0	-	40	60	2 604
Tjocktarm	50	71	50	73	25	75	2 816
Ändtarm	60	69	40	69	34	66	1 630

Väntetider i cancervården

Kapitlet visar väntetiden mellan de mätpunkter som redovisas i tabell 2 ovan. Först redogörs för den totala väntetiden mellan den första och sista tidpunkten i vårdkedjan som behandlas i rapporten, det vill säga tiden från remissutfärdande till behandlingsstart i de fall data för detta finns i respektive kvalitetsregister. Sen följer en redovisning av väntetiden för varje del av vårdkedjan enligt figur 2 ovan. Varje tabell innehåller de cancerformer vilkas register innehåller de två variabler mätningen bygger på. Därefter redovisas jämförelser av väntetider uppdelat på kön, ålder och allvarlighetsgrad. I kapitlet "Väntetider för specifika cancerformer" finns motsvarande redogörelse som i detta kapitel uppdelat på landsting.

Statistiska mått

För samtliga cancerformer är väntetiden mätt som medelvärde avsevärt mycket högre än väntetid mätt som medianvärde, vilket är genomgående i denna typ av mätningar. Ett registeruttag som ämnar ta med alla patienter inom ett visst vårdområde inkluderar oftast ett antal patienter som har väntat mycket länge. Detta kan exempelvis bero på rena registreringsfel som ger extrema värden och gör att enskilda observationer påverkar medelvärdet men inte har någon betydelse för medianvärdet. Dessutom kan så kallad aktiv expektans vara en förklaring, det vill säga att utvecklingen av sjukdomen avvaktas innan vidare utredningar och behandling startas. I rapporten redovisas genomgående medianvärden, samt kvartilvärden som ett mått på väntetidernas spridning. I tabellerna med väntetider för varje del av vårdkedjan redovisas också medelvärdet som i jämförelse med medianvärdet kan ge en indikation på spridningen i patientgruppen.

Tid mellan remissbeslut och behandlingsstart

De cancerformer som har likvärdiga mätpunkter för tiden mellan remissbeslut och behandlingsstart är cancer i blåsa, njure, prostata, ändtarm och tjocktarm. För dessa skiljer sig medianväntetiden mellan remissutfärdande och behandlingsstart åt markant. Hälften av patienterna med cancer i blåsan väntar minst 38 dagar innan behandlingen startar medan samma siffra är 59 dagar för patienter med njurcancer.

Som har visats i tidigare rapporter är det stor skillnad inom prostatacancervården mellan olika riskgrupper. Av dem som har metastaserad form väntar hälften minst 39 dagar. Som visas i redovisningen av väntetider i det cancerformspecifika kapitlet nedan ges dessa patienter i mycket stor utsträckning omedelbar vård när väl diagnosen är konstaterad. Däremot är väntetiden för övriga patienter med prostatacancer omfattande i alla de delar av vårdkedjan som mäts.

Liksom för alla jämförelser av olika diagnosgrupper eller vårdområden kan tiden mellan olika mätpunkter inte jämföras likvärdigt ur ett ledtidsperspektiv. Däremot är väntetiden mellan de olika cancerformerna jämförbara ur patientperspektivet, och främst för upplevelsen av väntan på att sjukvården ska starta en behandling.

Tabell 4: Medelväntetid, medianväntetid samt spridning mätt i 1:a och 3:e kvartil för tiden mellan remissutfärdande och behandlingsstart. Hela landet för blåscancer, njurcancer, prostatacancer (två riskgrupper), tjocktarms- och ändtarmscancer.

Cancerform	Medel	1:a kvartil	Median	3:e kvartil	Antal patienter
Blåsa	59	22	38	61	1 945
Njure	89	38	59	96	710
Prostata ⁸ - metastaserad	53	17	39	64	655
intermediär- och högrisk	220	132	177	243	1 342
Tjocktarm	52	28	41	61	2 526
Ändtarm	65	42	57	76	1 511
Huvud- och hals ⁹	76	37	56	80	2 056

Tid mellan remissbeslut och första specialistbesök

Den första delen i vårdkedjan som Socialstyrelsen mäter är tiden från remissens utfärdande till första specialistbesök. Av de nio cancerformer som ingår i denna rapport kan detta mätas för fem stycken; blåscancer, njurcancer, prostatacancer, samt tjocktarms- och ändtarmscancer. För huvud- och halscancer och lungcancer kan tiden från remissankomst till specialistklinik till första specialistbesök mätas, men de är inte jämförbara med tiden från remissens utfärdande eftersom tidigare mätningar har visat att tiden mellan en remiss utfärdande och ankomst till specialistklinik kan vara betydande (4). Spridningen mellan landstingen är stor för de flesta delar av vårdkedjan och för de allra flesta cancerformer, vilket också framgår av landstingsjämförelserna i kapitlet med väntetider för specifika cancerformer. För denna relativt korta del som innebär väntan på att träffa en specialist är skillnaderna också stora. Patientens väntan är mellan 13 och 38 dagar mätt i medianer i tabell 5.

⁸ I tidigare rapporter har denna väntetid redovisats för intermediär och hög risk separat och är därför inte direkt jämförbar. Skillnaden i median- och kvartilvärden är dock mycket liten mellan dessa två riskgrupper.

⁹ Avser tiden från remissankomst till specialistkliniken och behandlingsstart. Mätningen av väntetiden börjar alltså med en senare tidpunkt än utfärdandet av remissen.

Tabell 5: Medelväntetid, medianväntetid samt spridning mätt i 1:a och 3:e kvartil för tiden mellan remissutfärdande och första besök. Hela landet för blåscancer, njurcancer, prostatacancer (två riskgrupper), tjocktarms- och ändtarmscancer.

Cancerform	Medel	1:a kvartil	Median	3:e kvartil	Antal patienter
Blåsa	21	6	17	29	1 951
Njure	22	11	20	31	765
Prostata - metastaserad	25	8	17	30	651
- intermediär- och högrisk	47	26	38	63	1 339
Tjocktarm	18	5	13	21	2 515
Ändtarm	17	7	13	20	1 505

Tid mellan första specialistbesök och behandlingsbeslut

Som ett mått på hur länge patienten väntar på specialistkliniken utredning mäter Socialstyrelsen i den här rapporten tiden mellan första specialistbesök och behandlingsbeslut, i de fall dessa datum är tillgängliga från respektive kvalitetsregister. Behandlingsbeslutet är som diskuterats tidigare i rapporten inte nödvändigtvis en händelse då patienten är involverad, men en tidpunkt som ligger nära de väntetidsaspekter som är viktiga, nämligen tidpunkten för när patienten får klarhet i sin diagnos och då patienten får besked om vilken behandling som ska ges. I registret för kolorektalcancer anges tidpunkten för en multidisciplinär konferens före behandling, och i denna mätning jämföras den med tidpunkten för behandlingsbeslut. Detsamma gäller bröstcancerregistrets tidpunkt för så kallad vårdplan. Med dessa mindre avvikelser från modellen går det att mäta denna del av vårdkedjan för njurcancer, huvud- och halscancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och bröstcancer (tabell 6).

Tabell 6: Medelväntetid, medianväntetid samt spridning mätt i 1:a och 3:e kvartil för tiden mellan första besök till specialist och behandlingsbeslut. Hela landet för njurcancer, huvud- och halscancer, tjocktarms- och ändtarmscancer, lungcancer samt bröstcancer.

Cancerform	Medel	1:a kvartil	Median	3:e kvartil	Antal patienter
Njure	32	0	0	20	888
Huvud- hals	44	15	26	44	2 055
Tjocktarm	14	1	10	19	1 965
Ändtarm	18	10	16	22	1 520
Lunga	37	9	20	39	3 417
Bröst	4	0	0	6	7 213

Spridningen mellan de olika cancerformerna är stor, sannolikt till stor del beroende på att utredningsgången skiljer sig åt. Tidpunkten ”behandlingsbeslut” är införd i kvalitetsregistren för ledtidsmätningar och det är oklart hur väl den uppmätta tiden motsvarar patientens faktiska väntetid på sin diagnos och behandlingsplan. För njurcancer är både första kvartilvärdet och medianvärdet 0 i tabell 6, det vill säga en stor del av patienterna får ett beslut

om behandling samma dag som specialistbesöket. Men variationen är stor. En fjärdedel av patienterna väntar minst 20 dagar. Medelväntetiden indikerar också att en del av patienterna väntar väldigt länge. För patienterna med tjocktarmscancer får flera ett behandlingsbeslut samma dag, men en stor del får det också före första specialistbesöket. Över hälften av bröstcancerpatienterna får sin vårdplan samma dag som första specialistbesöket och spridningen är relativt liten.

Tid mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart

Med ett behandlingsbeslut finns diagnostisk information och flera cancerområden har någon form av multidisciplinär konferens som grund för beslutet. Givet att patienten blir informerad om detta beslut finns en definierbar väntetid för patienten fram tills behandlingen startar. Tidpunkten är som tidigare beskrivits behandlingsstarten oavsett typ av behandling.

Jämfört med de andra delarna av vårdkedjan är det relativt liten skillnad mellan cancerformerna för tiden mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart. Dock väntar en fjärdedel av njurcancerpatienterna i minst 46 dagar och en fjärdedel av ändtarmscancerpatienterna i minst 37 dagar, förutsatt att de har blivit informerade om den händelse på kliniken (behandlingsbeslutet eller den multidisciplinära konferensen) som mätningen börjar med. Även om skillnaderna mellan cancerformerna i denna jämförelse är begränsade, är skillnaderna mellan landstingen stora, vilket framgår av de cancerspecifika redovisningarna i nästa kapitel.

Tabell 7: Medelväntetid, medianväntetid samt spridning mätt i 1:a och 3:e kvartil för tiden mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart. Hela landet för njurcancer, huvud- och halscancer, tjocktarms- och ändtarmscancer samt bröstcancer.

Cancerform	Medel	1:a kvartil	Median	3:e kvartil	Antal patienter
Njure	40	19	29	46	840
Huvud- och hals	22	9	20	29	2 056
Tjocktarm	22	10	18	27	1 986
Ändtarm	31	19	26	37	1 524
Bröst	20	11	18	25	7 218

Skillnader i väntetid mellan män, kvinnor och olika åldrar

I materialet från kvalitetsregistren ingår variablerna kön och ålder vilket ger möjlighet att studera skillnader i väntetid mellan män och kvinnor samt mellan olika åldersgrupper. I tidigare rapporter har Socialstyrelsen konstaterat att skillnader förekommer, men att det inte tycks finnas några stora systematiska skillnader inom cancervården generellt.

Tabell 8 visar medianväntetiden för män respektive kvinnor uppdelade i två åldersgrupper. Uppdelningen i fyra grupper gör det möjligt att upptäcka eventuella skillnader mellan män och kvinnor i respektive åldergrupp, eller om det finns en åldersskillnad i väntetid för något av könen. Start och slutpunkten för mätningen är remissutfärdande och behandlingsstart i de fall

dessa variabler finns, i övrigt start och slutdatum enligt tabell 2. Antalet dagar är därför inte direkt jämförbara mellan de olika cancerformerna. Antalet patienter som anges inom parentes visar att varje grupp innehåller ett stort antal patienter. Resultatet skall dock tolkas försiktigt eftersom det inte inkluderar något spridningsmått och att det kan finnas skillnader i exakt diagnos och allvarlighetsgrad mellan köns- och åldersgrupperna inom samma cancerform.

Skillnaderna i väntetid mellan könen varierar mellan cancerformerna. För blåscancer och njurcancer har männen en längre väntetid än kvinnor, vilket gäller för båda åldersgrupperna. För övriga cancerformer är skillnaderna små. Liksom i föregående års mätningar har äldre en något längre väntetid än yngre för de flesta cancerformer. För manliga njurcancerpatienter är skillnaden påtaglig med en medianväntetid på 56 dagar för den yngre och 69 dagar för den äldre gruppen. Huvud- och halscancer skiljer sig från de andra cancerformerna genom en stor skillnad mellan yngre och äldre kvinnor, medan väntetiden tycks vara mer jämnt fördelad mellan åldersgrupperna för män. Yngre kvinnor med en huvud- och halscancerdiagnos har därför längre väntetid än jämngamla män, medan äldre kvinnor har kortare väntetid än män i samma ålder.

Tabell 8: Medianväntetid i dagar per cancerform, uppdelat i män och kvinnor samt två åldersgrupper. Tid mellan remissbeslut och behandlingsstart, eller annan första och sista mätpunkt, se tabell 2.

Cancerform	Män t o m 65 (antal)	Män över 65 (antal)	Kvinnor t o m 65 (antal)	Kvinnor över 65 (antal)
Blåsa	37 (361)	40 (1 087)	32 (119)	36 (378)
Njure	56 (191)	69 (262)	51 (111)	56 (146)
Prostata*)	31 (119)	41 (536)		
Lunga	26 (558)	31 (1188)	28 (557)	30 (1100)
Huvud- och hals	56 (656)	55 (659)	60 (346)	51 (395)
Tjocktarm	39 (364)	42 (916)	39 (280)	41 (966)
Ändtarm	56 (303)	57 (603)	56 (222)	60 (383)
Malignt melanom	35 (413)	37 (517)	36 (492)	39 (378)
Bröst			20 (3 984)	22 (3 242)

*) Enbart metastaserad

Skillnader i väntetider mellan olika allvarlighetsgrad vid diagnostillfället

För skillnader i allvarlighetsgrad, det vill säga tumörstadium, används kvalitetsregistrens egen tumörstadieindelning och mätningarna redovisas som andel av patienterna som fått vård före ett visst antal dagar. Start och slutpunkt för mätningen är remissutfärdande och behandlingsstart i de fall dessa variabler finns, i övrigt gäller start och slutdatum enligt tabell 2. De två grupperna av allvarlighetsgrad är indelade på olika sätt för de olika cancerformerna eftersom stadieindelning och antal patienter i varje stadie varierar stort mellan dem. Tidpunkten för när bestämningen av stadie görs kan också variera. För till exempel bröstcancer görs tumörstadieindelning två gånger, först vid den kliniska undersökningen, sedan vid den postoperativa diagnosbestämningen. Jämförelsen nedan gäller den första stadieindelningen eftersom den kan antas ha större inverkan på hur snart utredningen och behandlingen börjar. Av dessa anledningar är antalet dagar inte direkt jämförbara mellan de olika cancerformerna.

Redan i förra årets rapport om väntetider i cancervården konstaterades att patienter med allvarligare cancer har betydligt kortare väntetider. Det var tydligt för alla fyra cancerformer som då redovisades, blåscancer, lungcancer, njurcancer och prostatacancer. I denna rapport finns dessutom väntetidsmätningar i två allvarlighetsgrupper för bröstcancer, tjocktarmscancer och rektalcancer. Samtliga cancerformer utom bröstcancer bekräftar bilden från föregående års rapport.

Att det finns tydliga skillnader mellan patientgrupper kan ha flera förklaringar. En kan vara att sjukvården fungerar rationellt i den meningen att patienter med en allvarligare diagnos får vård snabbare. Att patienter med en långt gången cancer har färre utrednings- och behandlingsalternativ kan också vara en bidragande orsak som snabbar på processen. Vidare förekommer det att de med väldigt små tumörer först avvaktar vidare utveckling för att inte utsätta kroppen för onödiga risker eller påfrestningar och först vid ett senare tillfälle bestämmer att en behandling behövs.

Tabell 9: Andelar av patienterna per tumörstadium som startat behandlingen före olika tidsintervall (blåscancer, år 2012).

Blåscancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr
Ej muskelinvasiv	1 507	14,0	33,5	72,2	87,0
Muskelinvasiv	420	25,6	48,2	80,5	91,3

Tabell 10: Andelar av patienterna per tumörstadium som har behandlingsbeslut före olika tidsintervall (lungcancer, år 2011).

Lungcancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr
IA-III A	1 139	8,5	27,8	65,4	83,1
IIIB-IV	2 279	31,8	61,9	86,2	93,3

Tabell 11: Andelar av patienterna per tumörstadium som startat behandlingen före olika tidsintervall (njurcancer, år 2012).

Njurcancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		30 dgr	60 dgr	90 dgr	180 dgr
T1-T2	535	15,1	45,1	68,2	90,5
T3-T4	170	27,0	67,5	84,7	96,6

Tabell 12: Andelar av patienterna per tumörstadium som startat behandlingen före olika tidsintervall (prostatacancer år 2012).

Prostatacancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		30 dgr	60 dgr	90 dgr	180 dgr
Intermediär- och hög riskgrupp	1 342	0,0	0,5	6,0	51,0
Metastaserad	655	39,6	70,4	85,6	96,6

Tabell 13: Andelar av patienterna per tumörstadium som startat behandling före olika tidsintervall (bröstcancer, år 2012).

Bröstcancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr
I-II	5 022	29,3	78,4	96,5	98,6
III-IV	2 202	27,6	77,9	97,7	99,2

Tabell 14: Andelar av patienterna per tumörstadium som startat behandling före olika tidsintervall (tjocktarmscancer, år 2012).

Tjocktarmscancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr
I-II	1322	4,1	22,9	72,4	87,2
III-IV	1204	10,8	33,0	75,8	89,7

Tabell 15: Andelar av patienterna per tumörstadium som startat behandling före olika tidsintervall (ändtarmscancer, år 2012).

Ändtarmscancer	Antal patienter	Andel (%) som har startat behandling inom			
		15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr
I-II	726	1,2	6,7	51,9	84,5
III-IV	785	3,6	9,7	53,4	84,0

Regionala variationer och utveckling över tid

Socialstyrelsen har i tidigare rapporter, både i *Öppna jämförelser av cancer-vårdens kvalitet och effektivitet* [5] och i föregående års rapport om väntetider i cancervården [4], jämfört väntetider för olika cancerformer i olika landsting. Skillnaderna har visat sig vara stora.

Tabell 16 visar de regionala variationerna i medianväntetid från startpunkt till slutpunkt i mätningarna. Mätpunkterna varierar eftersom datum för remissutfärdande och behandlingsstart inte finns tillgängligt i alla register, vilket begränsar möjligheterna till en direkt jämförelse mellan cancerformerna.

Medianväntetiden för ändtarmscancer har, liksom i föregående års mätning, minst spridning mellan landstingen med kortast respektive längst väntetid. För samtliga övriga cancerformer är väntetiden i det landsting som har längst väntetider mer än dubbelt så lång som i landstinget med kortast väntetider. Den minskning i skillnad mellan landstingen som kunde ses mellan 2011 och 2012 års rapport är ingen trend. Skillnaderna ökar till synes från förra årets mätning för samtliga former av cancer som finns med i denna mätning. Men eftersom Socialstyrelsen endast har gjort dessa mätningar under tre år går det inte att säga något om den långsiktiga utvecklingen.

Tabell 16: Regionala variationer i medianväntetid för olika cancerformer, förhållande mellan landsting med längsta och kortaste väntetider de senaste tre åren.

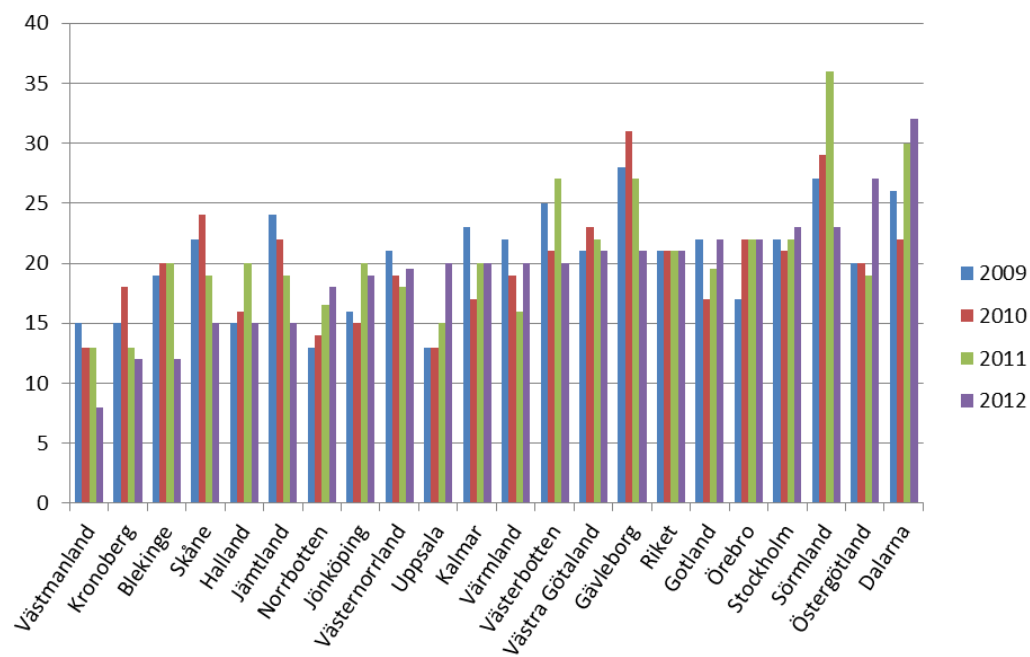
Cancerform	Min	Max	Max/min 2013*	Max/min 2012*	Max/min 2011*
Urinblåsa	25	76	3,0	1,9	2,3
Njure	38	105	2,8	2,4	2,2
Prostata					
intermediär- och hög riskgrupp	111	251	2,3	**)	**)
metastaserad	28	102	3,6	3,3	8,5
Huvud- och hals	35	76	2,2	2,1	2,1
Tjocktarm	29	69	2,4	2,0	2,6
Ändtarm	41	76	1,9	1,8	**)
Lunga	18	56	3,1	2,4	3,3
Malignt melanom	15	55	3,7	3,6	4,3
Bröst	8	32	4,0	2,8	2,4

*) Refererar till respektive års rapport.

**) Ej jämförbart på grund av att mätpunkterna har ändrats mellan rapporterna.

För bröstcancer som har störst spridning beror ökningen på att landstinget med kortast väntetider, Västmanland, har minskat medianväntetiden kraftigt (Figur 3). Sedan första året för vilket Socialstyrelsen har tillgängliga data (2009) så har 11 landsting minskat medianväntetiden och i 7 landsting har den ökat. Medianväntetiden för landet som helhet är densamma för varje år men i enskilda landsting kan skillnaderna mellan åren vara stora. Sörmland hade klart längst medianväntetid 2011 men den hade minskat kraftigt till 2012. I kapitlet med cancerspecifika mätningar nedan ges en mer detaljerad bild av skillnaderna mellan landstingen, inklusive kvartiler för väntetiderna vilket ger ett mått på spridningen inom respektive landsting.

Figur 3: Regionala variationer i väntetid från första besök hos specialist till operation för bröstcancer. Jämförelse mellan 2009, 2010, 2011 och 2012, medianvärde antal dagar.



Väntetider för specifika cancerformer

Detta kapitel innehåller separata avsnitt för varje cancerform. För de nio cancerformerna redogörs först översiktligt för sjukdomens omfattning och eventuella undergrupper, hur vårdprocessen är utformad samt olika behandlingsalternativ. Vidare beskrivs datamaterialet och bortfallet i det, samt vilka mätpunkter som redovisningarna bygger på för den specifika cancerformen. När det är möjligt följer redovisningen av varje cancerform mätpunkterna

- remissbeslut
- första specialistbesök
- behandlingsbeslut
- behandlingsstart.

Om dessa mätpunkter saknas är de ersatta med de mätpunkter som finns beskrivna i tabell 2.

Varje avsnitt börjar med en regional jämförelse av medianväntetiden från remissbeslut till behandlingsstart, och spridningen per landsting mätt i kvartiler. Denna mätning är densamma som i tidigare års rapporter kring väntetider i cancervården [3] och [4].

Sedan följer en regional jämförelse av medianväntetiden för varje del av vårdkedjan som ingår i mätningen, det vill säga från remissutfärdande till första specialistbesök, från specialistbesöket till behandlingsbeslut, och från behandlingsbeslut till behandlingsstart. Landstingen i jämförelsen är sorterade i samma ordning som i figuren före, det vill säga efter den totala väntetiden. Medianvärdet för de olika delarna i vårdkedjan summerar inte till samma antal dagar som medianvärdet för helheten, eftersom de mäter medianvärdet av alla patienter för varje del i vårdkedjan och fördelningen i väntetid ser olika ut mellan de olika delarna. Dessutom ingår inte exakt samma patienter i mätningarna av varje del eftersom alla patienter inte har ett värde registrerat för alla variabler i datamaterialet.

Därefter finns för varje cancerform en mätning av andelen patienter som har fått sitt första besök respektive fått starta behandling före ett visst antal dagar, vanligen 15, 30, 60 och 90 dagar. I denna mätning ingår samtliga patienter i landet och de är uppdelade i två grupper utifrån kön, ålder och allvarlighetsgrad, i de fall datamaterialet så tillåter. Resultatet kan ge en indikation om huruvida det finns skillnader i väntetid med avseende på dessa aspekter.

Blåscancer

Drygt 2 000 personer insjuknar varje år i blåscancer, varav cirka 75 procent är män. Incidensen ökade stadigt fram till mitten av 90-talet för män och fram till slutet av 90-talet för kvinnor, för att sedan minska något. Den relativa femårsöverlevnaden var drygt 75 procent under perioden 2005-2009. Cirka 600 personer dör årligen i sjukdomen. Blåscancer kan delas upp i tu-

mörstadierna Tis, Ta, T1, T2, T3, och T4. De tre första är icke-muskelinvasiva, det vill säga tumören har inte växt in i urinblåsans muskulatur. Denna grupp står för nästan tre fjärdedelar av patienterna.

Vid det första besöket hos specialist görs en cystoskopi av urinröret och urinblåsan, vilken oftast är tillräckligt för att upptäcka en tumör och fatta beslut om behandling. För över 90 procent av fallen görs en TUR-operation (transuretral resektion), men med stor variation mellan sjukvårdsregionerna i landet. För tumörer i stadium T1 kan det för de flesta även bli aktuellt med kemo- eller immunterapi. För de mer allvarliga fallen (T2-T4) kan behandlingen även bestå av ett borttagande av urinblåsan samt i vissa fall cytostatika- och/eller strålbehandling.

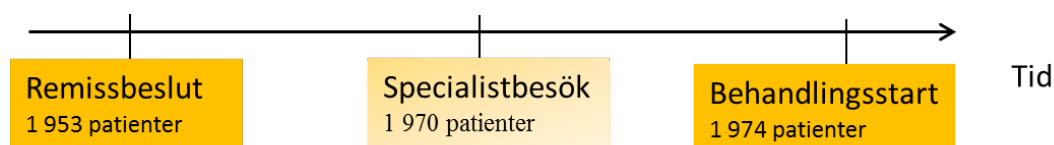
Registreringen i kvalitetsregistret omfattar uppgifter om typ av cancer, ålder, kön, hemort, grunden för diagnos, tumörstadium, differentieringsgrad och typ av primärbehandling. Från och med 2004 registreras också det datum då beslut om remiss fattas. Sedan 2009 års uppföljning registreras alla patienter fem år efter primärregistreringen.

Material

Underlaget i den här redovisningen omfattar totalt 1 983 patienter, varav 507 män och 1476 kvinnor. Medelåldern var 71,9 år för män och 72,6 år för kvinnor. Urvalet är patienter som påbörjade behandling i form av TUR-operation under år 2012. För väntetidsmätningar för blåscancer finns datum för remissbeslut, första specialistbesök och behandlingsstart tillgängliga från kvalitetsregistret. Registret praktiserar också remissankomst, och naturligtvis diagnosdatum som finns i alla register. Något datum för diagnosinformation, behandlingsbeslut, vårdplan eller multidisciplinär konferens finns inte. I denna rapport har därför bara tre datumangivelser använts enligt figur 4 nedan.

Remissdatum saknas för 30 patienter, specialistbesöksdatum för 13, och datum för behandlingsstart för nio patienter. Därför varierar det totala antalet patienter som ingår i beräkningen av de olika väntetiderna.

Figur 4: Mätpunkter för blåscancer

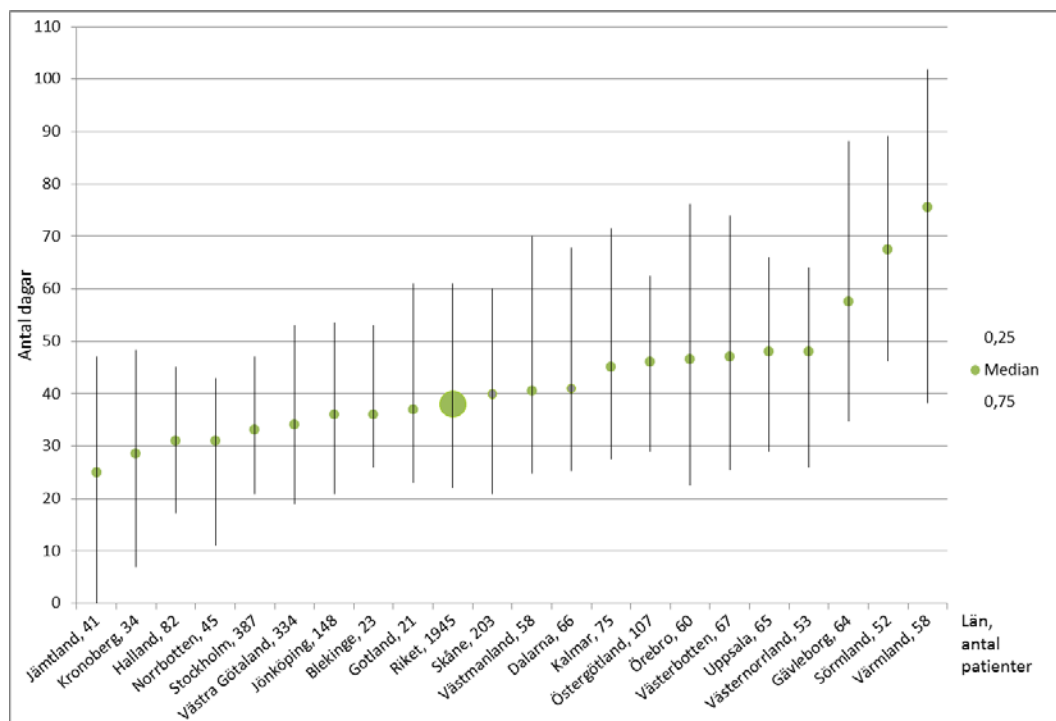


Tid mellan remissbeslut och start av behandling

Blåscancer tillhör de cancerformer som har relativt korta väntetider för den del av vårdkedjan som ingår i mätningarna. Dock ingår inte de patienter med annan primär behandling än standardbehandlingen TUR-operation i mätningen. Medianväntetiden för hela landet är 38 dagar medan medelväntetiden är 59 dagar. Medianväntetiden för landets alla patienter har minskat med 3 dagar från föregående års mätning men spridningen mellan landstingen är större än tidigare. Några landsting har betydligt kortare median-

väntetid, medan några landsting har längre, främst Värmland har ökat betydligt.

Figur 5: Regionala variationer 2012 för patienter med blåscancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till behandlingsstart (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



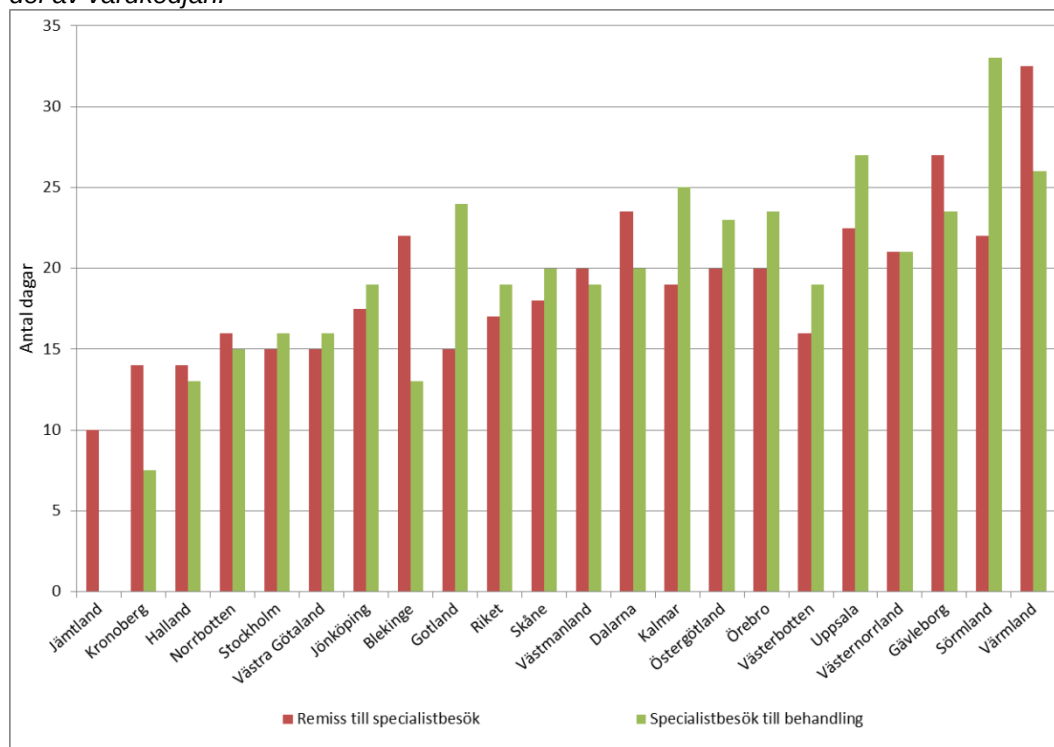
Källa: Nationella Blåscancerregistret

Drygt hälften av patienterna, 996 stycken, har samma datum registrerat för första besök till specialist och för diagnos. Det beror på att vid det första besöket hos specialist görs vanligen en cystoskopi av urinröret och urinblåsan, vilket oftast är tillräcklig för att upptäcka en tumör och fatta beslut om behandling. 833 patienter har samma datum registrerat för diagnos som för TUR-operationen.

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

I figur 6 är landstingen sorterade efter den totala väntetiden som visas i figur 5 ovan. Båda delarna av vårdkedjan, tiden från remiss till specialistbesöket, och tiden från specialistbesöket till operation, har långa väntetider i de landsting där den totala väntetiden är lång. För landet som helhet är medianväntetiden 17 respektive 19 dagar för de två delarna av vårdkedjan. Medelväntetiden för de båda delarna av vårdkedjan är dock 21 respektive 38 dagar. Det beror på att för den andra delen av vårdkedjan, från specialistbesöket till behandling, är variationen i antal dagar mycket större och det finns ett antal patienter med mycket långa väntetider. I Jämtland har 33 av patienterna samma dag registrerad för specialistbesöket och behandlingen, vilket förekommer i väldigt få fall för resten av patienterna.

Figur 6: Regionala variationer i medianväntetid för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Nationella Blåscancerregistret

Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått behandling före ett visst antal dagar.

För tre fjärdedelar av patienterna tar det en månad att komma till en specialist efter att remissen är utfärdad. Sammanställningen i tabell 17 antyder att kvinnor och äldre möjligen har något kortare väntetid, samt att en större andel av de som diagnostiseras med en lindrigare form av blåscancer har träffat en specialist inom två veckor.

Tabell 17: Andel (%) av patienterna med en väntetid från utfärdande av remiss till besöksdatum som var mindre än 15, 30, 60, och 90 dagar. Män och kvinnor, upp till respektive över 65 års ålder, samt patienter med invasiva och ej invasiva tumörer, år 2012.

	Andel patienter som har fått besök före				
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	Antal
Alla patienter	43,5	75,4	93,7	97,6	1 951
Män	42,4	74,7	93,2	97,5	1 451
Kvinnor	46,9	77,4	95,2	98,2	500
T o m 65	41,2	73,3	94,3	97,4	472
Över 65	44,1	75,9	93,4	97,7	1 470
Ej invasiv	40,2	73,5	93,3	97,4	1 510
Invasiv	25,6	81,8	95,7	99,1	423

Källa: Nationella Blåscancerregistret

Tabell 18 visar att knappt tre fjärdedelar av patienterna har fått sin TUR-operation två månader efter remissen utfärdats. Kvinnor utgör bara en fjärdedel av patienterna, men tycks ha kortare väntetider fram till operation. Liksom för de flesta cancerformer är tiden till operation betydligt kortare för de med en allvarligare form av tumör. Dock väntar efter tre månader nästan nio procent av patienterna med en invasiv form av blåscancer fortfarande på sin operation.

Tabell 18: Andel (%) av patienterna med en väntetid från utfärdande av remiss till operation som var mindre än 15, 30, 60, och 90 dagar. Män och kvinnor, upp till respektive över 65 års ålder, samt patienter med invasiva och ej invasiva tumörer år 2012.

	Andel patienter som har fått behandling före				
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	Antal
Alla patienter	16,7	36,8	74,1	87,9	1945
Män	15,9	35,6	71,7	86,6	1 448
Kvinnor	19,2	40,7	80,8	91,7	497
T o m 65	15,4	39,4	76,4	89,8	471
Över 65	17,0	35,8	73,1	87,3	1 465
Ej invasiv	14,0	33,5	72,2	87,0	1 507
Invasiv	25,6	48,2	80,5	91,3	420

Källa: Nationella Blåscancerregistret

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor. Enligt Nationella bröstcancerregistret registrerades 8 141 kvinnor med nyupptäckt primär bröstcancer i Sverige 2011. Idag lever omkring 90 000 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Den relativa femårsöverlevnaden är hög och har sedan början av 1990-talet stadigt förbättrats. Av dem som diagnostiserades åren 2005-2009 var överlevnaden 87 procent.

En kvinna som känner en knöl i bröstet söker antingen primärvård eller en bröstmottagning som numer finns på många platser i landet. Sedan 1990-talet förekommer också en allmän screening med mammografi av kvinnor, till vilken kvinnor i åldrarna 40-74 skall kallas. Vilken åldergräns som tillämpas liksom hur ofta kvinnorna erbjuds en mammografi, varierar något mellan landstingen. Knappt hälften av bröstcancerfallen upptäcks vid den allmänna screeningen. Om mammografin visar på en misstänkt cancer fortsätter utredningen med utökad bildtagning och oftast med en ultraljudsundersökning och en biopsi. Kvarstår eller bekräftas cancermisstanken remitteras patienten till en bröstenhets för vårdplanering.

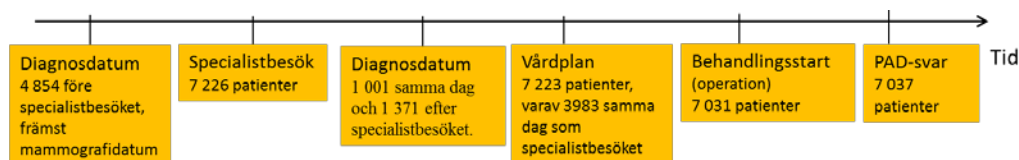
Drygt 90 procent av alla fall opereras. Vid operationen analyseras den bortopererade tumören, vilket ger ytterligare information om tumörens egenskaper och visar om den har spridits till lymfkörtlarna. Denna information ligger till grund för de behandlingsrekommendationer som följer efter operationen som kan innehålla ett eller flera alternativ av cytostatika, hormon- och strålbehandling och antikroppsbehandling. Några patienter startar dock sin behandling med cytostatika eller strålning (cirka 7 procent) innan operation.

Material

I kvalitetsregistret för bröstcancer ingår 7 231 patienter med operation som första behandlande åtgärd under 2012, vilket är drygt 90 procent av det totala antalet patienter i registret. Medelåldern bland dessa var 62,9 år. Socialstyrelsens väntetidsmätningar för bröstcancer börjar med specialistbesöket eftersom det är det tidigaste besöksdatum som finns i kvalitetsregistret. I flertalet fall har patienten före detta datum, genom screening eller med remiss från primärvården, varit på en bildundersökning. Ungefär två tredjedelar av patienterna har ett diagnosdatum som föregår det första specialistbesöket (se figur 7). Bland de övriga har några besökt primärvården och fått en remiss, andra har själva uppsökt specialist, så kallat egenremitterade patienter. Kvalitetsregistret för bröstcancer har sedan 2013 infört variabeln *Datum för 1:a kontakt* med möjlighet att specificera vilket typ av kontakt med vården patienten har haft. För urvalet till denna rapport finns dock inte tillräckligt många patienter med detta datum registrerat.

I materialet saknar fem patienter datum för specialistbesöket och åtta patienter saknar datum för vårdplan. Dessa patienter är borttagna ur materialet i respektive sammanställning. 4 854 har en negativ tid mellan specialistbesöket och diagnosdatum, det vill säga de har en diagnos registrerad redan innan första besöket. Det betyder att diagnosdatum är det datum då det på grundval av en mammografi, ett ultraljud eller ett vävnadsprov gjorts en bedömning som påvisat att det rör sig om cancer. Det är dock inte nödvändigtvis det datum då patienten informeras om diagnosen. Materialet innehåller enbart kvinnor, även om ett fåtal män (drygt 30 per år) får diagnosen bröstcancer.

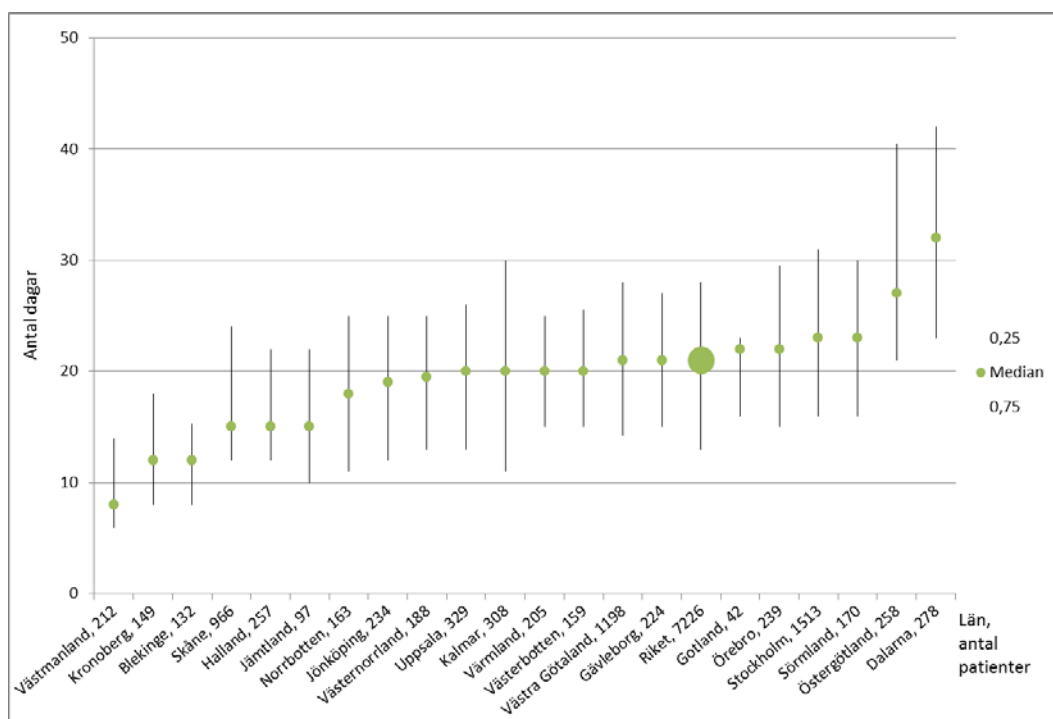
Figur 7: Mätpunkter för bröstcancer



Tid mellan första specialistbesök och start av behandling

Medianväntetiden för bröstcancerpatienter, från specialistbesöket till start av behandling var 21 dagar 2012. Flertalet landsting har en medianväntetid på ungefär samma antal dagar, undantagen är Västmanland, Kronoberg och Blekinge med klart kortare väntetider, samt Östergötland och Dalarna med klart längre väntetider. Antalet dagar var i medeltal 24 för landet som helhet. Som beskrivits tidigare i rapporten är den större spridningen mellan landstingen jämfört med föregående rapport främst ett resultat av att några landsting sänkt sin medianväntetid.

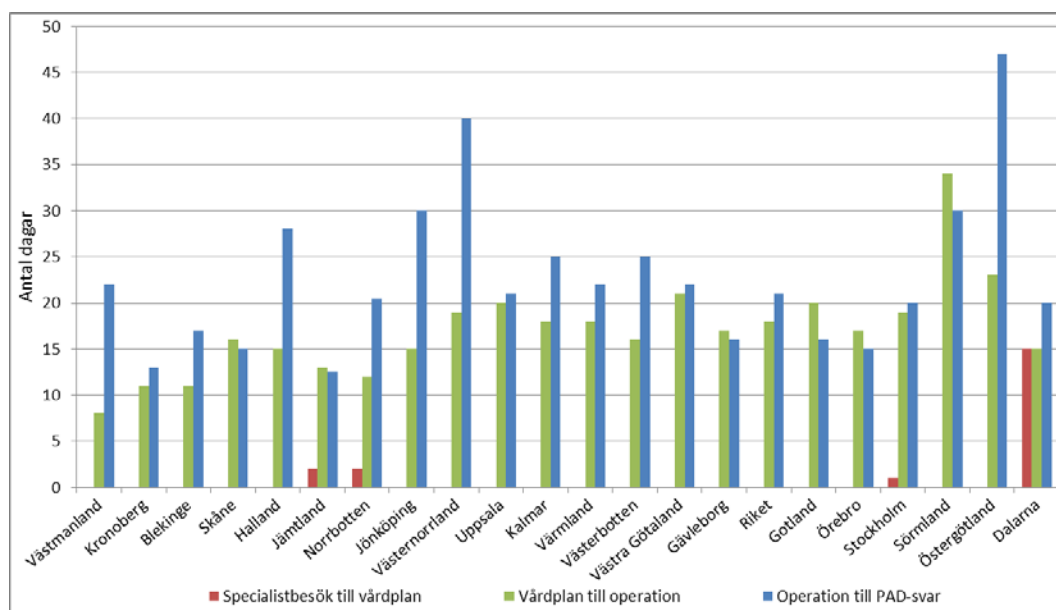
Figur 8: Regionala variationer under år 2012 i tid mellan första specialistbesök och start av behandling vid bröstcancer (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



Källa: Nationella bröstcancerregistret

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 9: Regionala variationer i medianväntetid för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

Figur 9 visar mediantiderna för respektive del av vårdkedjan, med landstingen sorterade efter den totala väntetiden mellan specialistbesök och operation, det vill säga i samma ordning som i figuren före. Mediantiden mellan datum för specialistbesök och datum för vårdplan är noll eller nära noll dagar för alla landsting utom ett vilket beror på att dessa datum sammanfaller för 3 983 patienter, och datum för vårdplan är före besöksdatum i 902 fall, vilket är ett uttryck för att redan vid specialistbesöket på bröstkliniken är utredningen klar för de flesta patienterna och de informeras om hur behandlingen kommer att gå till. Figur 9 visar också medianväntetiden för att patienten ska få postoperativt PAD-besked, ett viktigt besked för exakt diagnos och vidare behandling. Mediantiden för PAD-beskedet varierar också stort mellan landstingen och verkar inte korrelera med hur lång väntetiden är mellan specialistbesök och operation.

Skillnader mellan ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått en vårdplan före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått operation före ett visst antal dagar, räknat från första specialistbesöket.

Tabell 19: Andel (%) av patienterna med en väntetid från första specialistbesök till en befintlig vårdplan som var mindre än noll, 15, 30, respektive 60 dagar. Totalt och uppdelat på ålder och tumörstadium. År 2012.

	Andel patienter som har en vårdplan före				Antal
	0 dgr	15 dgr	30 dgr	60 dgr	
Alla	12,5	88,5	96,4	98,8	7 218
T o m 65	12,6	89,0	96,4	98,8	3 980
Över 65	12,4	87,8	96,4	98,9	3 238
Tumörstadium I-II	11,8	88,7	96,1	98,6	5 016
Tumörstadium III-IV	13,9	88,0	97,0	99,3	2 022

Källa: Nationella bröstcancerregistret

12,5 procent av patienterna hade fått en vårdplan redan före tiden för specialistbesöket. Mer än hälften av patienterna får vårdplanen samma dag och 88,5 procent, eller nästan 9 av 10, har fått en vårdplan två veckor efter specialistbesöket. Skillnaderna mellan åldersgrupper och tumörstadium verkar inte ha någon betydelse för väntetiden.

Inte heller vad gäller andelen patienter som fått operation inom en viss tid efter specialistbesöket verkar det finnas några stora skillnader mellan åldersgrupper eller tumörstadium. Som nämnts tidigare skiljer sig bröstcervården från de flesta andra cancerformer i det att de allvarligare tumörerna inte tycks ha en snabbare tillgång till operation enligt den indelning i tumörstadiogrupper som gjorts i rapporten.

Tabell 20: Andel (%) av patienterna med en väntetid från första specialistbesök till operation som var mindre än 15, 30, respektive 60 dagar. Totalt och uppdelat på ålder och tumörstadium. År 2012.

	Andel patienter som har fått operation före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr		
Alla	28,8	78,2	96,8		7 226
T o m 65	29,7	78,4	96,9		3 984
Över 65	32,4	80,1	97,1		3 242
Tumörstadium I-II	29,3	78,4	96,5		5 022
Tumörstadium III-IV	27,6	77,9	97,7		2 202

Källa: Nationella bröstcancerregistret

Hudcancer – malignt melanom

Malignt hudmelanom är den allvarligaste formen av hudcancer och svarar för cirka 5 procent av all cancersjukdom. Varje år diagnostiseras omkring 2 400 fall av malignt melanom och för närvarande lever cirka 32 000 personer som har eller har haft sjukdomen. Ungefär lika många män som kvinnor drabbas. Antalet nya fall har ökat med omkring 5 procent per år under 2000-talet. Förekomsten av sjukdomen varierar över landet och den är generellt sett vanligare i den södra delen av landet, vilket med största sannolikhet

förklaras av att den viktigaste riskfaktorn för sjukdomens uppkomst är solens ultraviolette strålning.

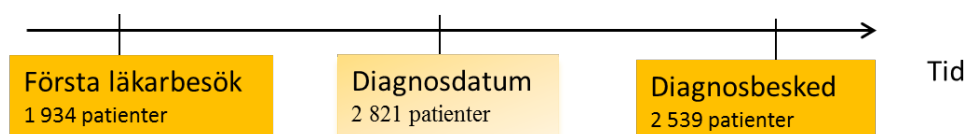
Primärkirurgi är oftast samma sak som det diagnostiska ingreppet då hudtumören under lokalbedövning tas bort i sin helhet med begränsad marginal (3-5 mm omgivande frisk hud). Detta utförs främst inom primärvården, men även av hudläkare. Efter analys av provet får patienten besked av den behandlade läkaren om eventuell kompletterande kirurgi rekommenderas. För att minska risken för återfall görs sedan ytterligare begränsad kirurgi där man eftersträvar 1-2 centimeters säkerhetsmarginal från den ursprungliga utbredningen.

Material

Sedan 2009 innehåller kvalitetsregistret för malignt hudmelanom uppgifter om väntetider. Behandlingen av de flesta patienter startar med ett läkarbesök då så kallad primärkirurgi utförs, och i majoriteten av fallen blir det aldrig aktuellt med en remiss. Därför har man i registret koncentrerat sig på att mäta tiden mellan läkarbesöket och diagnosbeskedet till patienten. Tidpunkten för första läkarbesöket infördes 2011 i kvalitetsregistret varför täckningsgraden är relativt låg ännu. 887 patienter saknar detta datum, vilket dock är färre än i förra årets mätning. Det finns också ett provtagningsdatum som är det läkarbesök då hudtumören tas bort. Detta kan sammanfalla med första läkarbesök, men också vara besök efter en remiss. Av de 1934 patienter som har datum för första läkarbesöket registrerat infaller provtagningsdatum vid samma tillfälle för 678 patienter, det vill säga de gör bara ett besök till läkare varefter provet skickas för diagnostisering. Oavsett om provet tas vid första besöket eller vid ett senare tillfälle är provtagningsdatum grunden för diagnosdatum som skickas till cancerregistret.

Materialet i den här mätningen innehåller 2 821 patienter som diagnostiserades under 2012. Datum för diagnosbesked saknas för 282 patienter. Medelåldern bland de 1 443 manliga patienterna var 65,3 år. För de 1 378 kvinnorna var medelåldern 61,2 år.

Figur 10: Mätpunkter för hudcancer – malignt melanom



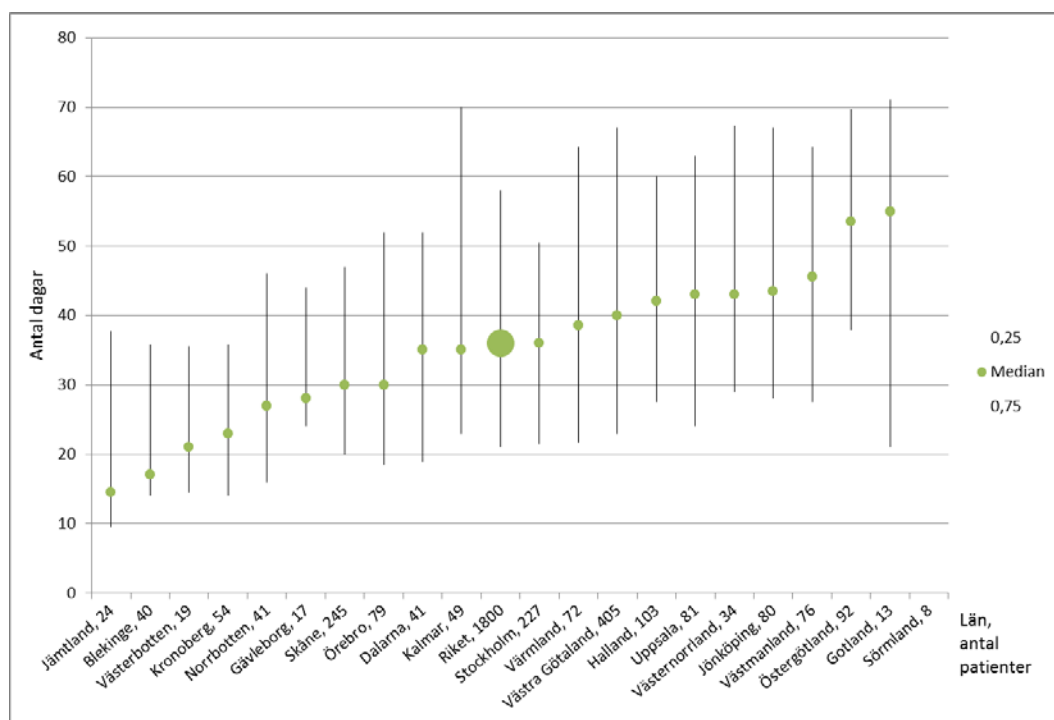
Tid från första läkarbesök till diagnosbesked till patient

Mellan första läkarbesöket och att patienten får besked ingår provtagnings-tillfället, en histopatologisk analys och den tid det tar att skicka svaret till inremitterande läkare, samt tiden fram till att besked lämnas till patienten.

Medianväntetiden för hela landet, eller den tid hälften av patienterna fick vänta, var 36 dagar under 2012, vilket är två dagar längre än förra året. Det landsting som hade kortast medianväntetid var liksom året innan Jämtland (15 dagar), med den skillnaden att spridningen är större 2012. Gotland hade

den längsta medianväntetiden (55 dagar). Dock har båda dessa landsting väldigt få patienter som mätningen baseras på. Medelväntetiden mellan första läkarbesöket och diagnosbeskedet var 46 dagar för landet som helhet.

Figur 11: Regionala variationer 2012, tid mellan första läkarbesök och diagnosbesked till patienten för patienter med malignt melanom (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).

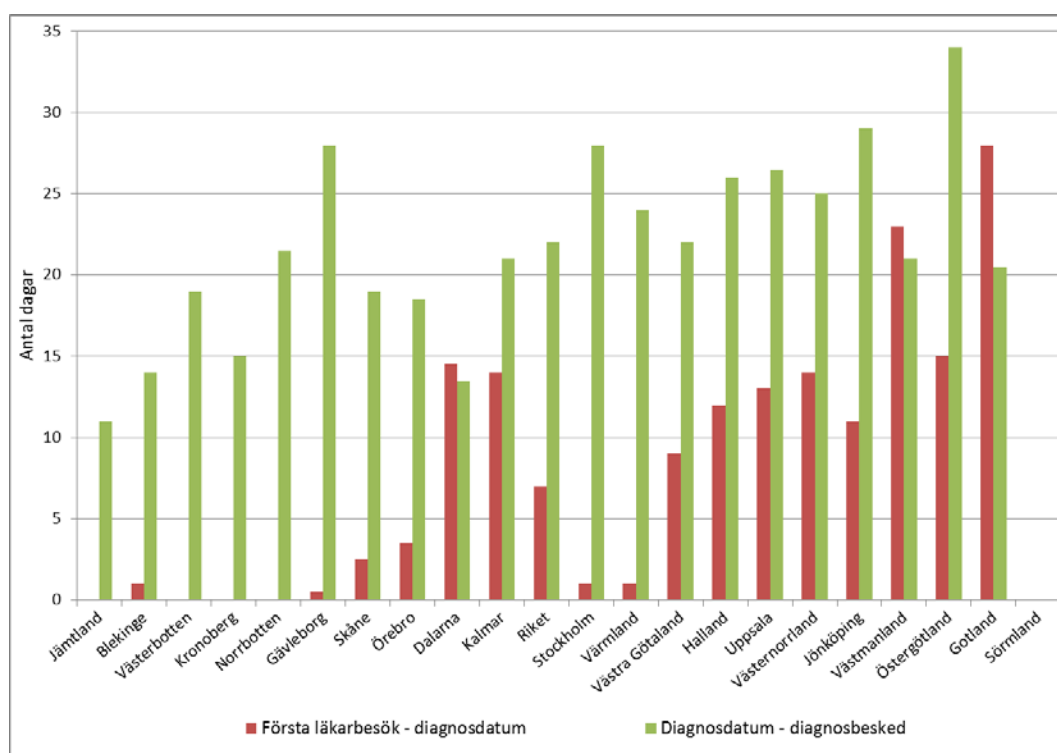


Källa: Svenskt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

I figur 12 nedan är landstingen sorterade efter hur lång medianväntetiden är för hela processen från första läkarbesök till diagnosbeskedet, det vill säga i samma ordning som i föregående figur. Det är tydligt att i de landsting som har korta väntetider så är provtagningsdatum i större utsträckning samma dag, det vill säga vid samma tillfälle, som första läkarbesök. Tiden från provtagningsdatum till diagnosbesked har inte samma spridning mellan landstingen, även om det tycks förklara en del av skillnaderna i total väntetid. I Östergötland väntar hälften av patienterna minst 34 dagar på diagnosbesked efter att prov som diagnosen grundas på är taget. Medianväntetiden för hela landet från första läkarbesök till diagnosdatum är 7 dagar medan medianväntetiden från diagnosdatum till diagnosbesked är 22 dagar.

Figur 12: Regionala variationer i tid för två delar av vårdkedjan under år 2012. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Svenskt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har en diagnos före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått diagnosbesked före ett visst antal dagar, räknat från datum för första läkarbesök.

Av tabellerna 21 och 22 framgår att det är små skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium. Vad gäller tiden fram till diagnosdatum finns det möjligen vissa skillnader i det att yngre i större utsträckning har varit på det besök som ger diagnosdatum, det vill säga provtagningsdatum, efter två respektive fyra veckor. Bakom skillnader mellan olika patientgrupper kan ligga skillnader i hur man söker upp vården, till exempel primärvård eller specialistvård.

Tabell 21: Andel (%) av patienterna med en väntetid från första läkarbesök till diagnosdatum (vanligen provtagningsdatum) som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2012.

	Andel patienter som har en diagnos före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla	63,3	80,2	93,1	96,1	1934
Män	62,2	80,1	93,1	96,5	1000
Kvinnor	64,5	80,3	93,1	95,7	934
T o m 65	66,3	81,1	93,0	96,0	937
Över 65	60,6	79,3	93,2	96,2	997
Tumörstadium I-IIa	64,4	80,7	93,5	96,7	1393
Tumörstadium IIb-IV	59,8	79,6	92,0	94,8	500

Källa: Svenskt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

Skillnaden mellan patientgrupperna i denna jämförelse tycks jämnas ut sig fram till det datum då patienten får information om sin diagnos, se tabell 22.

Tabell 22: Andel (%) av patienterna med en väntetid från första läkarbesök till diagnosinformation som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2012.

	Andel patienter som har fått operation före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla	13,1	39,9	76,0	90,6	1800
Män	13,6	40,6	76,6	90,7	930
Kvinnor	12,7	39,3	75,3	90,5	870
T o m 65	12,4	41,1	76,5	90,8	860
Över 65	13,9	39,0	75,5	90,5	940
Tumörstadium I-IIa	13,1	40,3	76,5	90,9	1298
Tumörstadium IIb-IV	13,7	39,7	75,0	89,3	464

Källa: Svenskt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

Huvud- och halscancer

Kvalitetsregistret för huvud- och halscancer startade 2008. Registret innefattar olika typer av cancer grupperat i nio diagnosgrupper; läpp, munhåla, orofarynx, nasofarynx, hypofarynx, näsa/bihåla, larynx, spottkörtlar och malign körtel på halsen utan känd primärtumör. Skillnaderna mellan dessa cancerformer vad gäller hur de utreds och behandlas är stora och jämförelserna i väntetid måste tolkas med försiktighet.

Årligen diagnostiseras drygt 1 300 personer med någon form av huvud- och halscancer. För närvarande lever cirka 10 000 personer som har eller har haft någon form av huvud- eller halscancer. Fler män än kvinnor drabbas av dessa cancerformer och patienterna är företrädesvis över 60 år.

Överlevnaden varierar kraftigt beroende på vilken cancerform det rör sig om. Överlevnaden totalt sett har inte påverkats i någon större utsträckning

under de senaste 20 åren och under perioden 2005-2009 var den relativa femårsöverlevnaden 62 procent för hela gruppen.

Behandlingarna sker oftast på regionnivå medan utredningarna fram till behandlingsbeslutet till stor del sker vid länssjukhusen. I de allra flesta fall fattas beslutet om behandling vid en multidisciplinär konferens.

Material

I materialet ingår de patienter som påbörjade en behandling för huvud- och halscancer under 2011 och 2012, totalt 2 056 patienter. Urvalet är gjort för två år för att få ett större datamaterial. Kvalitetsregistret för huvud- och halscancer har en exceptionell täckningsgrad för de variabler som ingår i Socialstyrelsens mätningar av väntetider i cancervården. Som framgår av figur 13 saknas endast en observation för en av patienterna i urvalet. För samtliga patienter som ingår i urvalet finns uppgifter om remissankomst, diagnosdatum, behandlingsbeslut och start av behandling. För variabeln första specialistbesök saknas en observation.

Av dem som behandlades var 64 procent (1 315 patienter) män. Medelåldern var 65,2 år bland männen och 65,6 år bland kvinnorna. Som första behandling fick knappt hälften (1019 patienter) kirurgi. 873 patienter fick strålbehandling och övriga (164 patienter) började med medicinsk behandling. Av de nio diagnoser som ingår i registret för huvud- och halscancer var cancer i munhålan (587 patienter) och Orofarynx (548 patienter) vanligast.

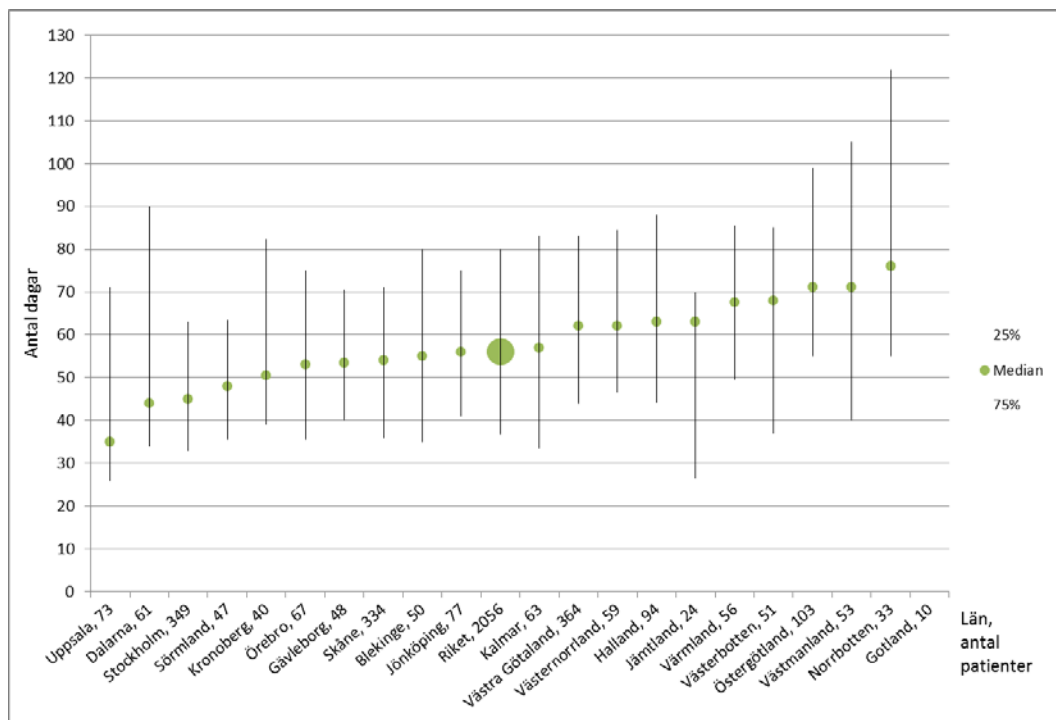
Figur 13. Mätpunkter för huvud- och halscancer



Tid från remissens ankomst till behandlingsstart

Medianväntetiden mellan remissens ankomst till specialistkliniken och start av behandling var 56 dagar för landet som helhet, det vill säga hälften av patienterna hade en väntetid som var längre än 56 dagar. Den genomsnittliga väntetiden för samma grupp var 76 dagar. Uppsala och Dalarna landsting har liksom i föregående års mätning de kortaste väntetiderna, men spridningen inom dessa landsting är stor. Spridningen mellan landstingen är densamma som förra året men både landstingen med kortast respektive längst väntetid har kortare medianväntetid i årets mätning. Som nämnts ovan kan det vara olika diagnoser i grupperna som jämförs, speciellt i landstingen med relativt få patienter.

Figur 23: Regionala variationer 2011-2012, tid mellan remissens ankomst och behandlingsstart för patienter med huvud- och halscancer (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).

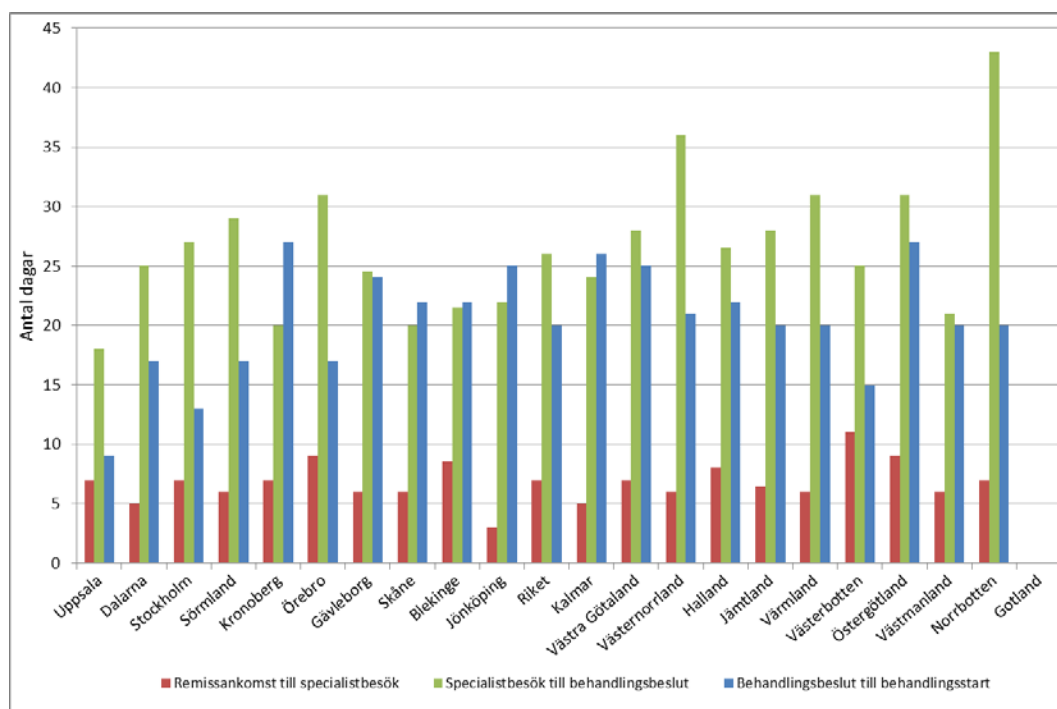


Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 24 visar medianväntetiderna för alla patienter för respektive del av vårdkedjan. Landstingen är sorterade efter medianväntetiden för hela vårdkedjan, det vill säga i samma ordning som figuren ovan. För landet som helhet är medianväntetiden mellan remissankomsten och specialistbesöket 7 dagar. Spridningen mellan landstingen för väntan på första specialistbesök är liten och till synes utan samband med hur lång den totala väntetiden är. Medianväntetiden mellan specialistbesöket och behandlingsbeslutet är 26 dagar, med stor spridning mellan landstingen. Uppsala har en medianväntetid för denna del av vårdkedjan som är 18 dagar, medan den är 43 dagar i Norrbotten. I de flesta landsting är det just tiden fram till behandlingsbeslutet som tar längst tid. Medianväntetiden mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart är 20 dagar för landet som helhet. Klart lägst antal dagar för både tiden mellan specialistbesöket och behandlingsbeslut samt tiden mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart har Uppsala, som också har den kortaste medianväntetiden för hela den uppmätta vårdkedjan.

Figur 24: Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2011-2012. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Skillnader mellan kön och ålder

De följande två tabellerna visar andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och andelen som fått behandling före ett visst antal dagar, räknat från datum för remissens ankomst till specialistkliniken.

En stor andel av patienterna med diagnosen huvud- och halscancer som remiteras träffar relativt snabbt en specialist. Eftersom kvalitetsregistret bara fångar ankommen remiss är detta förutsatt att remissutfärdandet snabbt anländer till rätt klinik, oavsett om det är pappersremiss eller e-remiss. Drygt 78 procent av alla patienter hade träffat en specialist före 15 dagar efter kliniken mottagit remissen.

Tabell 23: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissankomst till första specialistbesök som var mindre än 15, 30, 60, respektive 90 dagar. Totalt och uppdelat på kön och ålder. År 2011-2012.

	Andel patienter som har fått besök före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla	78,2	93,2	98,5	99,3	2 055
Män	77,9	93,2	98,1	99,0	1 315
Kvinnor	78,6	93,2	99,1	99,8	740
T o m 65	79,4	93,4	98,9	99,2	1 002
Över 65	77,0	93,0	98,1	99,5	1 053

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Drygt hälften av patienterna hade en väntetid mellan remissankomst och behandling som understeg två månader. Några få procent väntade mer än ett halvt år på att behandlingen skulle starta. Det är små skillnader mellan de två åldersgrupperna och mellan könen i tabellen nedan. Som framgått tidigare av tabell 8 är skillnaden i väntetid liten mellan yngre och äldre män medan det finnas en skillnad mellan yngre och äldre kvinnor, vilket förklarar skillnaden mellan kön och ålder i tabellen nedan.

Tabell 24: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissankomst till behandlingsstart som var mindre än 30, 60, 90, respektive 180 dagar. Totalt och uppdelat på kön och ålder. År 2011-2012.

	Andel patienter som har startat behandling före				Antal
	30 dgr	60 dgr	90 dgr	180 dgr	
Alla	15,9	54,7	80,3	94,8	2 056
Män	15,0	54,7	79,8	95,2	1 315
Kvinnor	17,6	54,7	81,1	94,2	741
T o m 65	14,4	52,6	79,2	94,3	1002
Över 65	17,4	56,7	81,3	95,4	1054

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Lungcancer

Varje år upptäcks cirka 3 500 nya fall av lungcancer i Sverige, vilket innebär att det är den femte vanligaste cancerformen. Varje år dör också cirka 3 500 personer av sjukdomen som därmed är den cancersjukdom som tar flest liv. Den relativa överlevnaden vid lungcancer är således låg. Sedan början av 1990-talet har dock trenden varit något ökande, framför allt när det gäller överlevnaden på kort sikt.

Lungcancer var länge en sjukdom som i högre grad drabbade män än kvinnor, en skillnad som jämnats ut de senaste åren. Bakom denna utveckling ligger huvudsakligen förändrade rökvanor hos kvinnorna under 50-, 60- och 70-talen. Enbart 10 procent av patienterna som inrapporterats till registret har aldrig rökt och de återfinns huvudsakligen bland de allra yngsta respektive äldsta av patienterna.

Lungcancer är en aggressiv cancerform, men den går i vissa fall att bota om sjukdomen inte hunnit sprida sig. Vilken typ av behandling som blir aktuell beror på i vilket stadium av sjukdomen som tumören upptäcks. Cirka 70 procent av alla drabbade har långt framskriden sjukdom redan vid diagnosen och trefjärdedelar av dem dör inom ett år. För dessa patienter består behandlingen av olika palliativa behandlingsmetoder (läkemedel, strålning eller annan typ av symtomlindring). I de fall där sjukdomen är mer begränsad genomgår patienten i de flesta fall en operation.

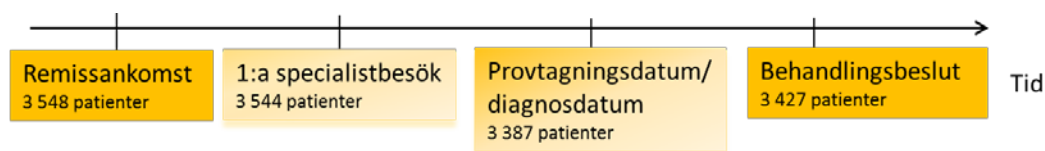
Material

Lungcancerregistret inkluderar inte tidpunkten för remissens utfärdande vilket innebär att det i väntetidsberäkningarna är tidpunkten för remissens

ankomst till lungkliniken som är startpunkt. Registret innehåller datum för första specialistbesök och vad registret kallar provtagningsdatum, det vill säga den första cytologiska eller histologiska provtagning som verifierar cancer. Detta datum är också diagnosdatum som obligatoriskt rapporteras till Socialstyrelsens cancerregister. När detta datum saknas används det så kallade visandedatumet för rapporteringen till cancerregistret, vilket är den första undersökning som nämner den förändring som sedan visar sig vara tumören, till exempel en röntgenundersökning. Slutpunkten för mätningen i den här rapporten är datum för beslut om behandling och inte datum för själva behandlingsstarten, vilket nyligen införts i registret och kommer att kunna användas i senare mätningar.

Urvalet är patienter med 2011 som diagnosår, vilket omfattar 3 561 patienter. 1 827 av dessa var män och 1 734 kvinnor. Medelåldern för män var 70 år och för kvinnor 69 år. Av figur 25 nedan framgår hur många patienter som är registrerade vid respektive mätpunkt. Antalet patienter i mätningarna varierar något beroende på vilka mätpunkter som avses.

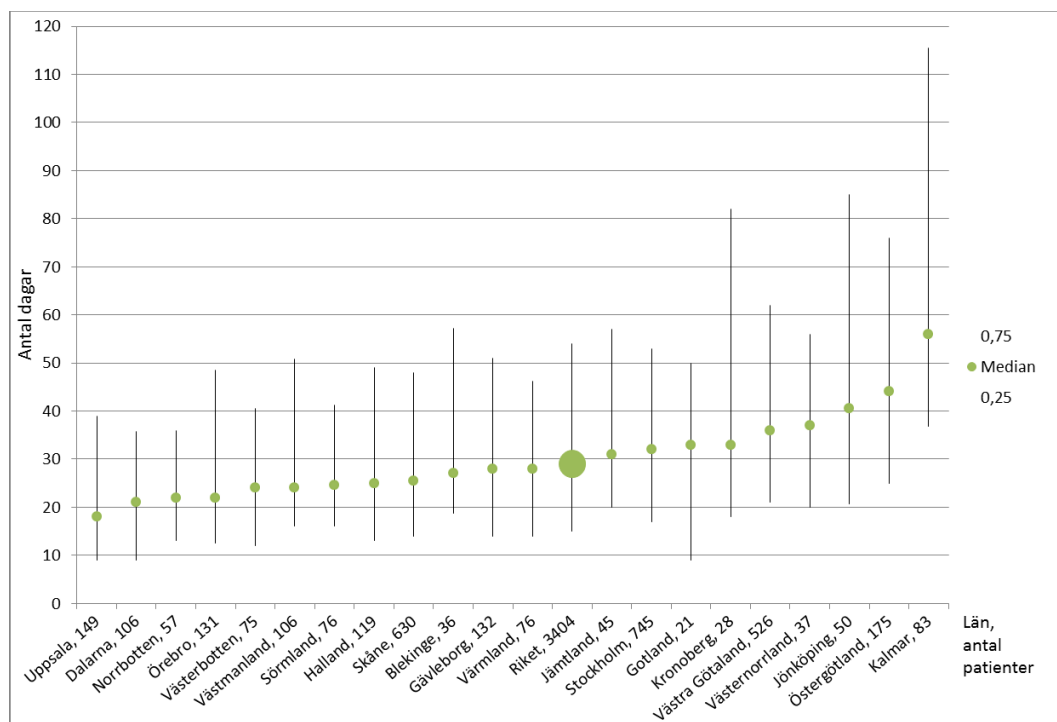
Figur 25: Mätpunkter för lungcancer



Tid från remissens ankomst till behandlingsbeslut

Medianväntetiden för lungcancerpatienter i hela landet, från remissens ankomst till behandlingsbeslut, var 29 dagar. Motsvarande siffra i förra årets mätning var 31 dagar, dock är spridningen mellan landstingen större i denna rapport. Eftersom det är tiden från utfärdandet av remissen till att behandlingen startar som jämförs i de flesta andra cancerformer i denna rapport är det alltså en kortare vårdkedja som mäts för lungcancer. Medelväntetiden för hela landet är 49 dagar och landstingen med längst medianväntetid har också störst spridning inom landstinget. En fjärdedel av Kalmar läns patienter hade en väntetid som översteg 115 dagar.

Figur 25: Regionala variationer 2011, tid mellan remissankomst och beslut om behandling för patienter med lungcancer (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen)

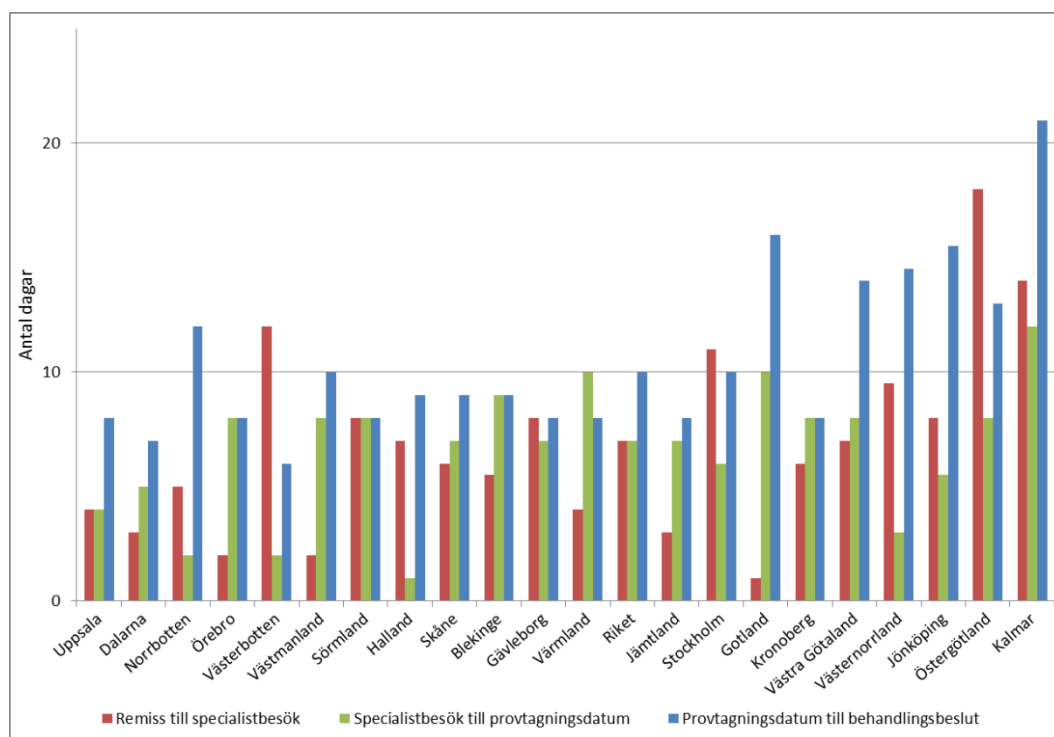


Källa: Nationellt lungcancerregister

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 26 visar medianvärdet för antalet dagar mellan de olika mätpunkterna. Landstingen är sorterade efter medianväntetiden för hela vårdkedjan, det vill säga i samma ordning som i föregående figur. För landet som helhet är medianväntetiden mellan remissankomsten och specialistbesöket 7 dagar. Mediantiden från specialistbesöket och provtagningsdatum är också 7 dagar för landets samtliga patienter, medan mediantiden från provtagningsdatum till behandlingsbeslut är 10 dagar. Spridningen mellan landstingen är stor. Landstingen med lång total väntetid har ofta också långa medianväntetider för alla delar av vårdkedjan.

Figur 26: Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2011. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Nationellt lungcancerregister

Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och sedan andelen som har ett behandlingsbeslut före ett visst antal dagar, i båda tabellerna räknat från remissens ankomst till specialistkliniken.

En stor andel av patienterna med diagnosen lungcancer som remiteras träffar relativt snabbt en specialist. Eftersom kvalitetsregistret bara fångar ankommen remiss förutsätter detta att remissen snabbt anländer till rätt klinik, oavsett om det är en pappersremiss eller en e-remiss. 94 procent av alla patienter hade träffat en specialist före 30 dagar efter kliniken mottagit remissen (tabell 27). Det finns inga stora skillnader mellan män och kvinnor i denna första del av vårdkedjan på lungklinikerna. Den yngre patientgruppen har en något kortare väntetid till specialist. Även om diagnosen vanligen inte är satt vid detta tillfälle verkar de med en allvarligare tumör få träffa en specialist fortare.

Tabell 27: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissankomst till första specialistbesök som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2011.

	Andel patienter som har fått besök före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla	75,8	94,0	98,2	99,1	3 534
Män	75,4	93,4	98,0	98,9	1 814
Kvinnor	76,4	94,6	98,4	99,3	1 720
T o m 65	79,1	94,4	97,9	99,1	1 142
Över 65	74,3	93,8	98,3	99,1	2 392
IA-III A	66,2	90,7	96,8	98,5	1 157
IIIB-IV	80,6	95,6	98,9	99,4	2 377

Källa: Nationellt lungcancerregister

Hälften av patienterna hade en väntetid mellan remissens ankomst till behandlingsbeslut som understeg en månad (tabell 28). Det är ingen skillnad mellan könen, men liksom för tiden fram till specialistbesöket är det möjligt så att yngre patienter får behandlingsbeslutet något fortare. Det är alldeles tydligt så att de med en allvarligare diagnos har en kortare väg till behandlingsbeslut.

Tabell 28: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissankomst till behandlingsbeslut som var mindre än 15, 30, 60, respektive 90 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2011.

	Andel patienter som har behandlingsbeslut före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla	24,0	50,5	79,2	89,9	3 418
Män	24,1	50,5	77,9	89,3	1 751
Kvinnor	23,9	50,5	80,6	90,5	1 667
T o m 65	24,6	53,9	81,2	91,1	1 117
Över 65	23,7	48,9	78,3	89,4	2 301
IA-III A	8,5	27,8	65,4	83,1	1 139
IIIB-IV	31,8	61,9	86,2	93,3	2 279

Källa: Nationellt lungcancerregister

Njurcancer

Antalet nyupptäckta fall av njurcancer har minskat sedan mitten av 80-talet för att för närvarande ligga på cirka 900 - 1 000 fall per år. Njurcancer utgör drygt 2 procent av all cancer hos vuxna i Sverige. Njurcancer är något mer förekommande (cirka 60 procent) bland män än bland kvinnor. Orsakerna till njurcancer är inte helt kända, men rökning, övervikt och förhöjt blodtryck är kända riskfaktorer. Nästan hälften av fallen upptäcks när patienten undersöks eller utreds för symptom som inte är kopplade till njurcancer. Efter ett första besök hos en specialist genomgår patienterna olika diagnos-

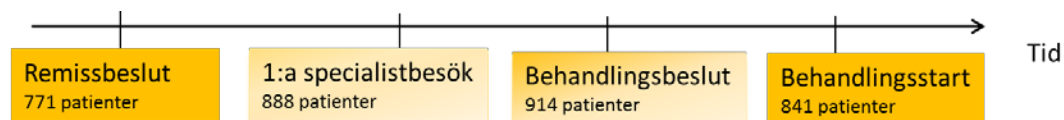
tiska undersökningar för att fastställa diagnosen och tumörstadiet. I de fall man misstänker njurcancer utförs en datortomografi av lungorna, då eventuella fjärrmetastaser ofta sitter i lungorna.

Den enda botande behandlingen är kirurgi för att avlägsna all tumörvävnad. I första hand får patienten genomgå en operation där hela eller delar av den angripna njuren tas bort. Om patienten har nedsatt allmäntillstånd kan det bli aktuellt att frysa ned eller värmebehandla tumören.

Material

Vårdkedjan för njurcancer i denna mätning följer de datum för vilka Socialstyrelsen begärde data, det vill säga samtliga fyra tidsangivelser, remissbeslutet, första specialistbesök, behandlingsbeslut, och behandlingsstart. Kvalitetsregistret för njurcancer har inte något datum för diagnosinformation eller vårdplan till patienten. I det nationella kvalitetsregistret för njurcancer ingick 915 patienter som fick sitt behandlingsbeslut 2012 eller påbörjade en behandling under det året. Av dessa saknar 144 patienter datum för remissbeslut, 27 patienter saknar datum för första specialistbesök, 1 patient saknar datum för behandlingsbeslut. Av de 877 patienter som fick beslut om behandling, till skillnad från beslut om aktiv exspektans eller ingen behandling, saknar 36 datum för behandlingsstart. Dessa patienter ingår dock i mätningarna av tid fram till första specialistbesök och behandlingsbeslut. Bortfallen av olika datumangivelser ger olika bortfall i beräkningarna av väntetid nedan.

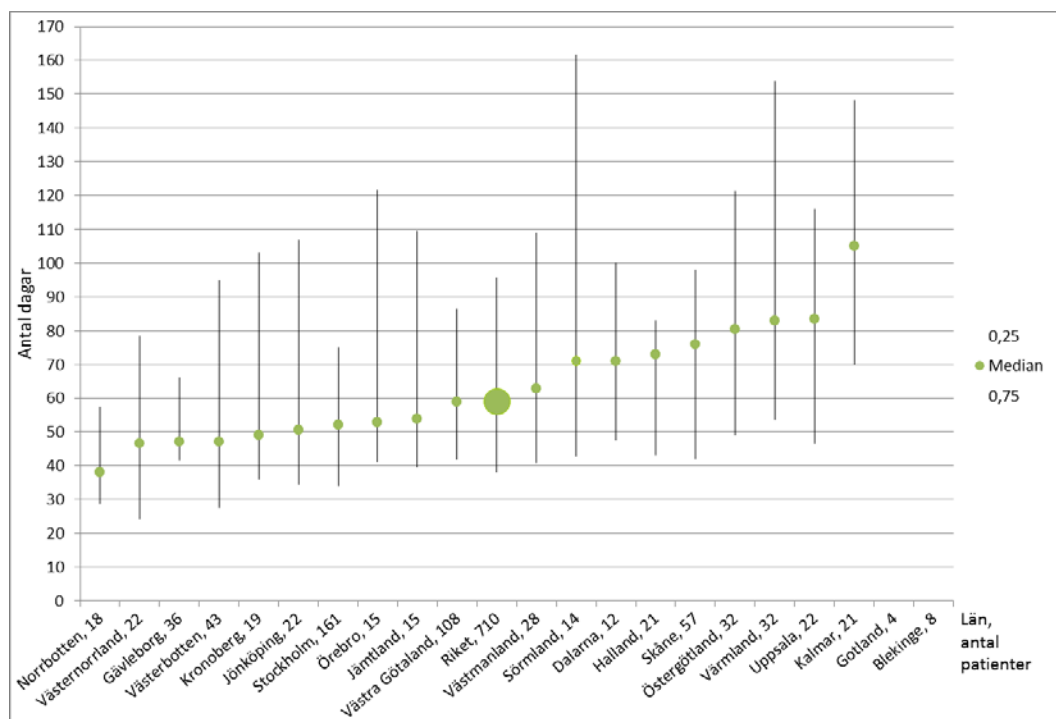
Figur 27: Mätpunkter för njurcancer



Tid från remissbeslut till behandlingsstart

Hälften av patienterna med njurcancer väntar 59 dagar eller mer från det att remissen beslutas i primärvården tills att de startar behandling, för dem som börjar sin behandling med kirurgi. Medelväntetiden är 89 dagar. Med undantag för Kalmar läns landsting som har försämrat sin medianväntetid kraftigt, så är skillnaderna mellan landstingen små. Det finns dock en stor spridning inom landstingen, med väldigt höga tredje kvartilvärden, det vill säga för en fjärdedel av patienterna är väntetiden lång i flera landsting. Antalet patienter är dock litet och skillnaderna ska tolkas försiktigt.

Figur 28: Regionala variationer 2012 för patienter med njurcancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till start av behandling (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



Källa: Nationella njurcancerregistret

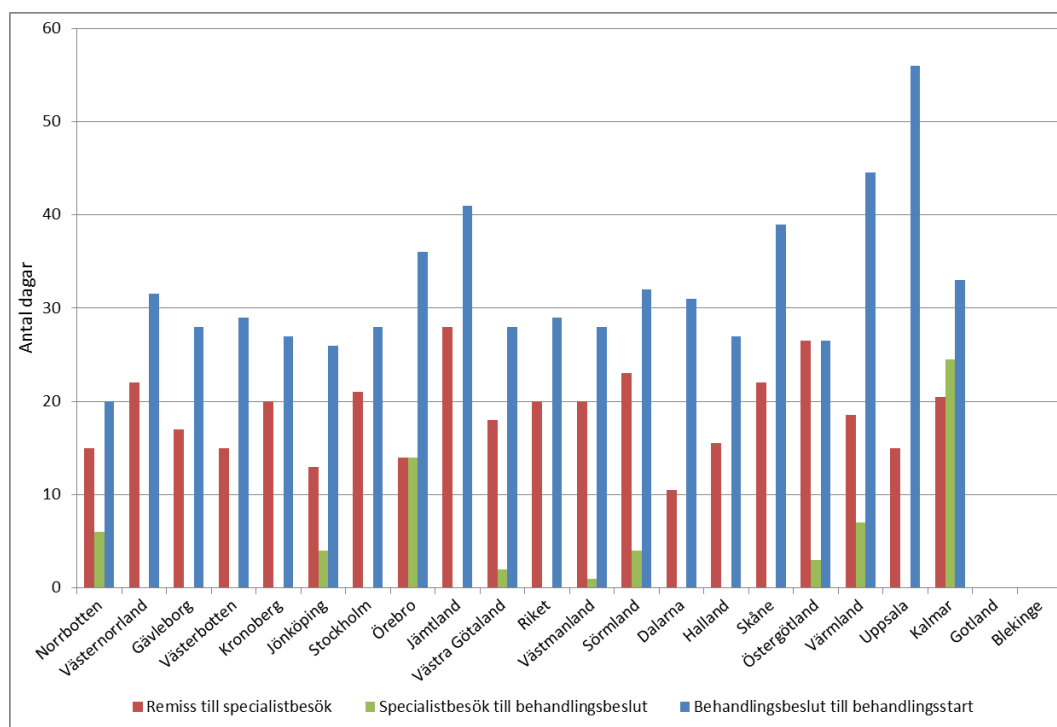
Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 29 visar medianvärdet för antalet dagar mellan de olika mätpunkterna. Landstingen är sorterade efter medianväntetiden för hela vårdkedjan, det vill säga i samma ordning som i föregående figur. För landet som helhet är medianväntetiden mellan remissbeslutet och specialistbesöket 20 dagar och skillnaderna mellan landstingen är relativt små.

Så många som 405 patienter har samma dag registrerad för specialistbesök och behandlingsbeslut och 127 patienter har ett behandlingsbeslut registrerat redan före datum för specialistbesök. Medianväntetiden för landet som helhet är därför 0 dagar. Kalmar landsting skiljer sig med en avvikande vårdkedja. Hälften av patienterna har minst 24 dagar mellan specialistbesöket och behandlingsbeslutet.

Det som otvetydigt tar längst tid är att effektuera behandlingsbeslutet och starta behandlingen. Hälften av landets patienter väntar minst 29 dagar på detta.

Figur 29: Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2012. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Nationella njurcancerregistret

Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått behandling före ett visst antal dagar, i båda tabellerna räknat från remissbeslutet.

Före utgången av en månad har tre fjärdedelar av patienterna träffat en specialistläkare. Efter ytterligare en månad har knappt 93 procent träffat en specialistläkare. I denna del av vårdkedjan tycks kvinnor ha kortare väntetid. Redan vid remisstillfället verkar det också finnas en prioritet för dem som sedan visar sig ha en tumör av högre allvarlighetsgrad.

Tabell 29: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissbeslut till första specialistbesök som var mindre än 15, 30, 60, respektive 90 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2012.

	Andel patienter som har fått besök före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla	36,8	74,2	92,9	96,0	765
Män	35,9	72,5	91,5	95,4	483
Kvinnor	38,5	77,3	95,4	97,1	282
T o m 65	39,7	73,3	92,1	95,2	316
Över 65	34,8	74,8	93,5	96,4	449
I-II	34,3	70,7	91,6	95,3	576
II-IV	43,4	84,6	96,2	98,2	181

Källa: Nationella njurcancerregistret

Som framgår också av den regionala jämförelsen ovan dröjer det ungefär två månader innan hälften av patienterna har startat sin behandling. Tabell 30 nedan visar att det efter ett halvår fortfarande är en väsentlig del av patienterna, ungefär 8 procent, som inte startat sin behandling. Kvinnor och yngre har kortare väntetid än män och äldre. Som framgår av tabell 8 i kapitlet ”Skillnader i väntetid mellan kön och ålder” så är skillnaderna mellan åldersgrupperna störst för män, äldre män har en avsevärt högre medianväntetid än kvinnor och yngre män. Liksom i föregående års mätning finns en tydlig skillnad mellan tumörstadiegrupperna I-II och grupperna III-IV. I den senare patientgruppen, med en allvarligare diagnos, har betydligt större del startat behandling inom respektive tidsperiod.

Tabell 30: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissbeslut till behandlingsstart som var mindre än 30, 60, 90 respektive 180 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2012.

Andel patienter som har behandlingsbeslut före					
	30 dgr	60 dgr	90 dgr	180 dgr	Antal
Alla	17,8	50,4	72,1	92,1	710
Män	17,0	47,3	69,3	91,4	453
Kvinnor	19,3	56,2	77,1	93,0	257
T o m 65	21,1	54,7	73,9	92,7	302
Över 65	15,5	47,4	70,9	91,4	408
I-II	15,1	45,1	68,2	90,5	535
III-IV	27,0	67,5	84,7	96,6	170

Källa: Nationella njurcancerregistret

Prostatacancer

Varje år får omkring 9 500 män diagnosen prostatacancer. Prostatacancer är därmed den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och står för drygt 35 procent av all cancer hos män. Idag lever ungefär 80 000 män som har eller har haft prostatacancer.

Under 2000-talet har antalet fall av prostatacancer ökat. En starkt bidragande orsak till detta är den lägre åldern vid diagnos genom att allt fler män utan symtom tar ett blodprov som mäter halten av prostataspecifikt antigen (PSA-prov). Om provet visar ett förhöjt värde, vilket förekommer bland cirka 10 procent av alla symptomfria män, undersöks prostata och vävnadsprov av prostatan tas. Hur elakartad tumören är beskrivs med hjälp av PSA-nivå, det mikroskopiska utseendet i vävnadsprovet (differentiering), och stadiet. Då allt fler män diagnostiseras med små och högdifferentierade tumörer har den relativa femårsöverlevnaden ökat.

Vilken behandling som är aktuell avgörs av PSA-nivå, tumördifferentiering och stadium. För patienter med en lågrisktumör är behandlingsalternativen aktiv monitorering, operation eller strålbehandling. För patienter med ”intermediär risk” och ”hög risk” är behandling med operation eller strålning vanligast medan patienter med metastaserad cancer behandlas med hormonterapi.

Material

I väntetidsmätningarna ingår följande patientgrupper:

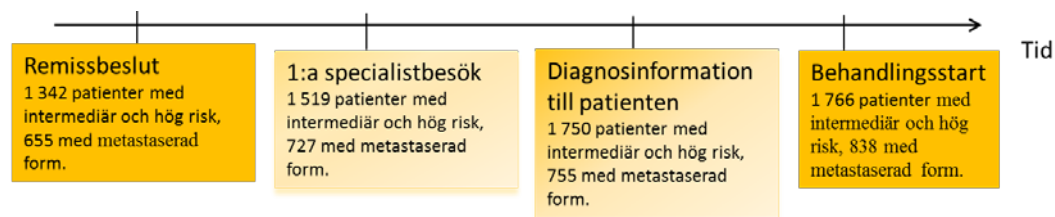
- Patienter med intermediär- och högrisktumörer som genomgått radikal prostatektomi som första behandling.
- Patienter med intermediär- och högrisktumörer som fått strålterapi som första behandling, exklusive de som fått hormonterapi som inledande behandling innan annan behandling.
- Patienter med metastaserad prostatacancer (M1 och/eller PSA ≥ 100 ng/ml) som fått hormonterapi.

Totalt var det 2 604 patienter som påbörjade en behandling under 2012, varav 838 hade den metastaserade formen av prostatacancer. Avgränsningen till intermediär- och högrisktumörer grundar sig på att korta väntetider för lågrisktumörer inte nödvändigtvis är ett kvalitetstecken. Upprepade diskussioner, second opinion, patientens önskemål att skjuta på behandlingen till en tidpunkt som passar dem själva kan orsaka längre väntan utan att detta leder till en sämre vårdkvalitet.

I mätningarna redovisas patienter med metastaserade tumörer i en grupp och patienter med intermediär- och högrisktumörer i en grupp. I tidigare rapporter från Socialstyrelsen har den senare gruppen varit uppdelad i två grupper, men skillnaderna i väntetider och deras spridning mellan dessa två risknivåer är liten.

I mätningen av väntetider vid prostatacancer används tidpunkten för diagnosinformation till patient. Kvalitetsregistret för prostatacancer har också mätpunkten för behandlingsbeslut, men liksom för de övriga cancerformerna syftar den inte till att mäta ett tillfälle då patienten nödvändigtvis får besked om diagnos eller vårdplan.

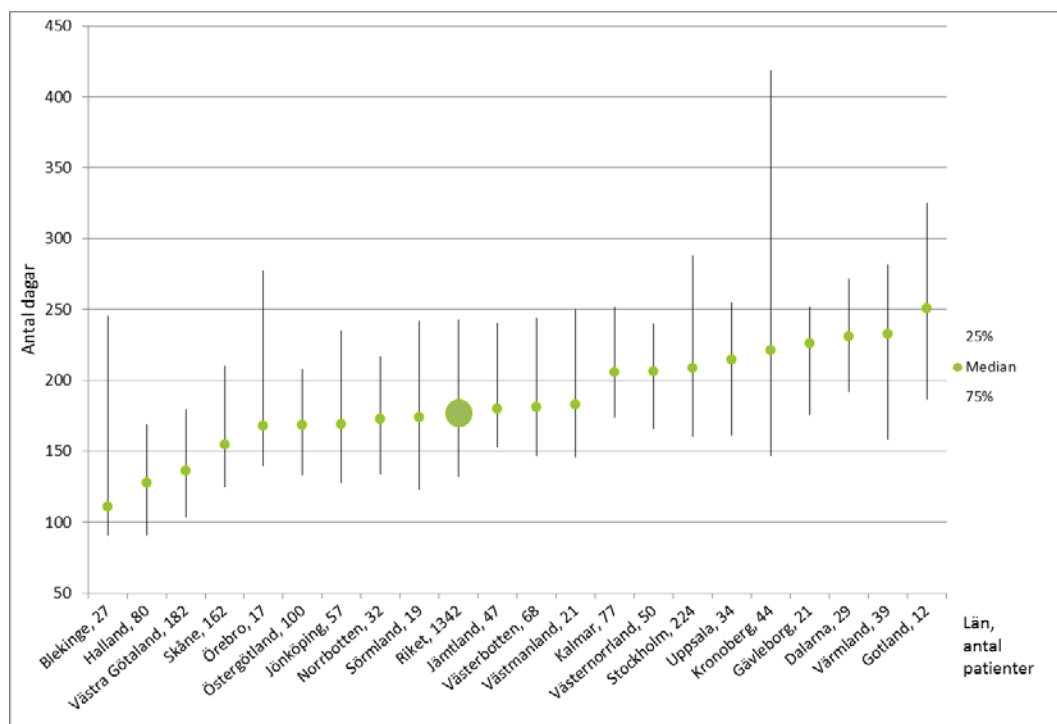
Figur 30: Mätpunkter för prostatacancer, antal patienter.



Tid från remissbeslut till behandlingsstart

För patientgruppen med intermediär och hög risk är medianväntetiden för hela landet 177 dagar. Medelväntetiden är 220 dagar. Spridningen mellan länen är procentuellt inte större än för andra cancerformer, men räknat i antalet dagar är den väldigt stor, från 111 dagar i Blekinge till 251 dagar i Gotland. För dessa två landsting är patientunderlaget dock litet. Samma landsting som i förra årets mätning ligger i toppen och botten av väntetidsmätningen för intermediär- och högriskgruppen.

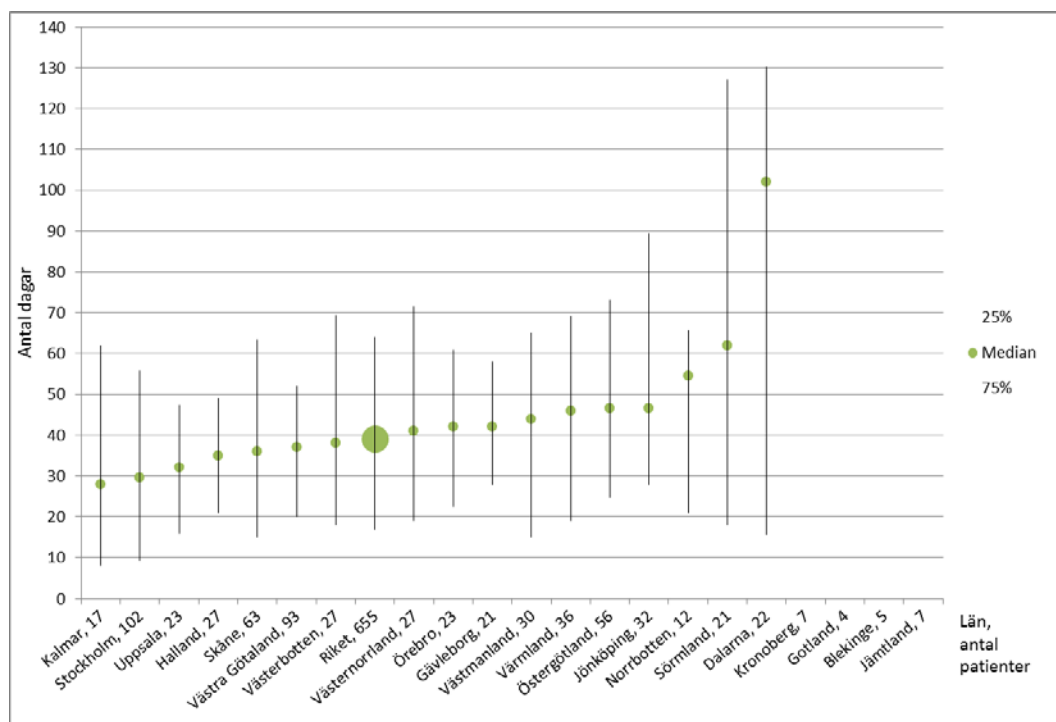
Figur 31: Regionala variationer under 2012 för patienter i intermediär och hög risk-kategori vid prostatacancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till behandlingsstart (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



Källa: Nationella prostatacancerregistret

För patienter med metastaserad prostatacancer är underlaget litet och landsting med upp till 10 patienter är inte medräknade. Men även för övriga landsting, speciellt de små, ska resultaten tolkas med försiktighet. Skillnaderna mellan åren varierar stort. Dalarna uppvisar en hög medianväntetid, som dessutom ökat kraftigt från föregående år, men bortfallet av data i registret är relativt stort för landstinget. Bortsett från Dalarna har spridningen mellan landstingen minskat sedan förra året. Även medianväntetiden för landet som helhet har minskat.

Figur 32: Regionala variationer under år 2012 för patienter med metastaserad prostatacancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till behandlingsstart (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



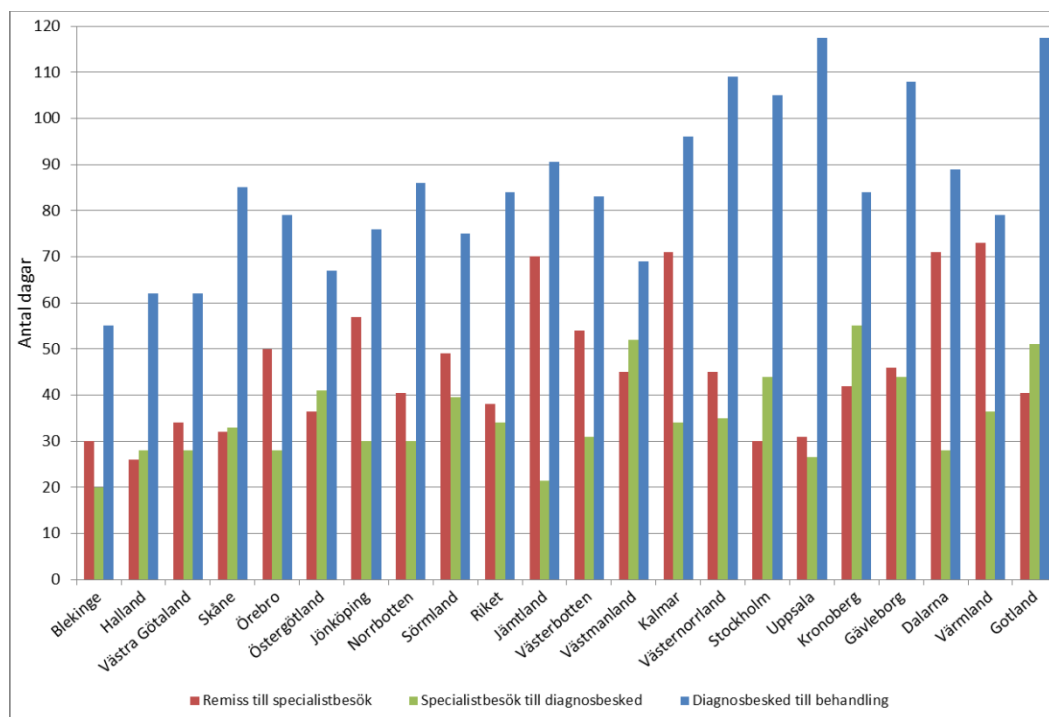
Källa: Nationella prostatacancerregistret

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 33 visar medianvärdet för antalet dagar mellan de olika mätpunkterna. Landstingen är sorterade efter medianväntetiden för hela vårdkedjan, det vill säga i samma ordning som i föregående figur för respektive patientgrupp – patienter med intermediär och hög risk samt de med metastaserad prostatacancer.

För landet som helhet är medianväntetiden mellan remissbeslutet och specialistbesöket 38 dagar för patienter med intermediär- och högrisktumörer. Spridningen är relativ stor, mellan 26 dagar i Halland och 73 dagar i Värmland. Medianväntetiden från specialistbesöket till diagnosbesked är 34 dagar för hela landet. I särklass längst väntetid av dessa tre uppmätta delar är tiden från diagnosbeskedet till behandlingsstart med en medianväntetid på 84 dagar för hela landet. För de flesta patienter tas behandlingsbeslutet mellan dessa två tidpunkter. Statistiken kan inte beskriva hur beslutsprocessen ser ut, om patienter är involverade i till exempelvis beslut om aktiv exspektans, alltså att skjuta upp behandlingen i väntan på tumörens vidare utveckling.

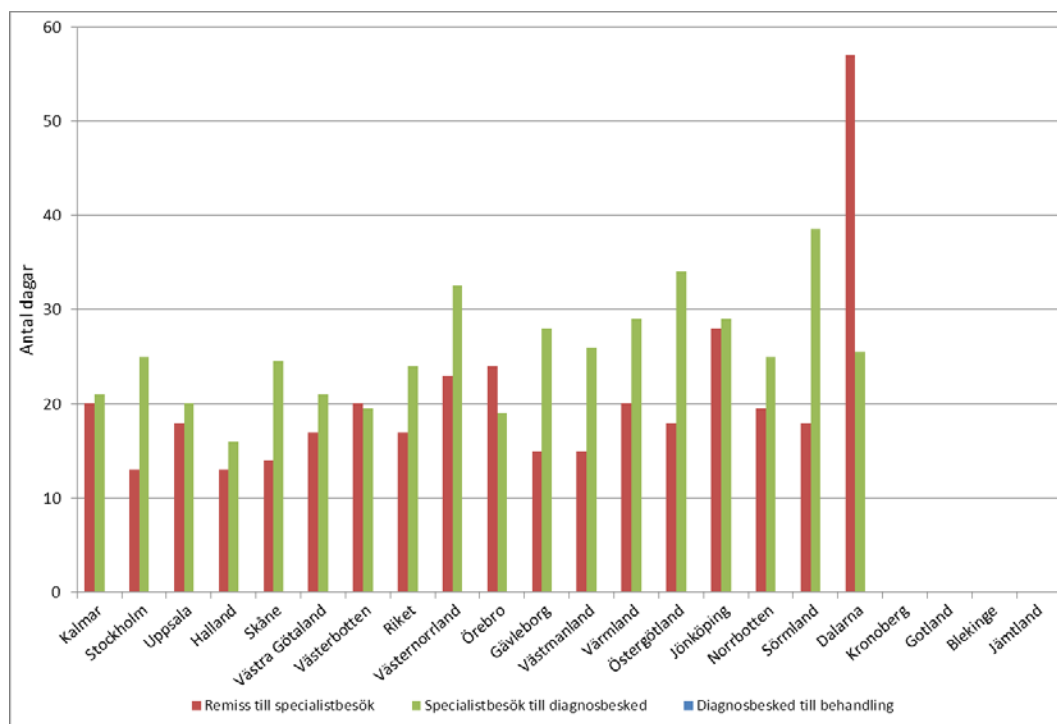
Figur 33: Intermediär och hög risk. Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2012. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Nationella prostatacancerregistret

Som framgår av figuren nedan är variationen i medianväntetid mellan remiss och första specialistbesök liten mellan landstingen för patienter med metastaserad prostatacancer. Undantaget är Dalarna där just den delen av vårdkedjan tycks förklara varför landstinget har totalt sett långa väntetider för denna patientgrupp. För den här patientgruppen är det 0 dagar mellan diagnosbesked och behandling i alla landsting, det vill säga i samtliga landsting har minst hälften av patienterna ingen väntetid alls mellan diagnosbesked och behandling. 450 patienter har samma datum registrerat för dessa händelser. 177 patienter får beskedet först efter operation, vilket inte förekommer för patientgruppen med intermediär och hög risk.

Figur 34: Metastaserad prostatacancer. Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2012. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Nationella prostatacancerregistret

Skillnader mellan åldersgrupper

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått behandling före ett visst antal dagar, i båda tabellerna räknat från remissbeslutet.

Som beskrivits ovan är det stor skillnad mellan de två riskgrupperna av patienter inom prostatacancer. De med metastaserad cancer har mycket kortare väg fram till både specialistbesöket och behandlingen. För denna grupp tycks också fler i den yngre gruppen ha träffat en specialist före 30, 60 respektive 90 dagar. För gruppen med intermediär och hög risk däremot tycks skillnaderna vara små mellan åldersgrupperna för tiden fram till specialistbesöket.

Tabell 31: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissbeslut till första specialistbesök som var mindre än 30, 60, 90 respektive 180 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2012.

		Andel patienter som varit på första specialistbesked före				
		30 dgr	60 dgr	90 dgr	180 dgr	Antal
Alla	Intermediär och hög risk	33,9	72,0	87,0	99,1	1339
	Metastaserad	74,8	91,7	95,5	99,4	651
T o m 65	Intermediär och hög risk	35,4	72,2	87,3	99,4	586
	Metastaserad	83,1	97,2	98,7	100	100
Över 65	Intermediär och hög risk	32,8	72,0	86,7	98,9	753
	Metastaserad	73,3	90,6	94,9	99,3	551

Källa: Nationella prostatacancerregistret

När det gäller tiden fram till behandling har yngre patienter med metastaserad form av prostatacancer kortare väntetid än de äldre patienterna. För gruppen med intermediär och hög risk finns ingen ålderskillnad, men det tar väldigt lång tid innan någon patient startar sin behandling. Det är väldigt få patienter som får vård de första tre månaderna, endast 6 procent.

Tabell 32: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissbeslut till behandlingsstart som var mindre än 30, 60, 90 respektive 180 dagar. Totalt och uppdelat på kön, ålder, och tumörstadium. År 2012.

		Andel patienter som fått behandling före				
		30 dgr	60 dgr	90 dgr	180 dgr	Antal
Alla	Intermediär och hög risk	0,0	0,5	6,0	51,0	1342
	Metastaserad	39,6	70,4	85,6	96,6	655
T o m 65	Intermediär och hög risk	0,0	0,8	6,9	52,7	589
	Metastaserad	50,9	78,9	89,7	94,8	101
Över 65	Intermediär och hög risk	0,0	0,4	5,4	49,7	753
	Metastaserad	37,6	68,8	84,8	96,9	554

Källa: Nationella prostatacancerregistret

Tjocktarmscancer

Cancer i tjocktarmen, är den tredje vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Omkring 4 000 nya fall upptäcks varje år. Sjukdomen är lika vanlig bland män som kvinnor. I Sverige lever idag mer än 28 000 personer som har eller har haft tjocktarmscancer. Varje år dör cirka 1 800 personer av sjukdomen. Den relativa överlevnaden har ökat för både män och kvinnor sedan 1990-talets början.

Efter ett första besök hos specialist utreds patienterna för att utesluta att tumören spridit sig. Lever och lungor röntgas, och ibland kompletterar man med röntgen eller skopi av tarmen. Efter det diskuteras patienterna i en multidisciplinär terapikonferens. Behandlingen av tjocktarmscancer innebär i de allra flesta fall att delar av tjocktarmen opereras bort. Patienterna får nästan aldrig strålbehandling, men beroende på hur tumören växt lokalt kan be-

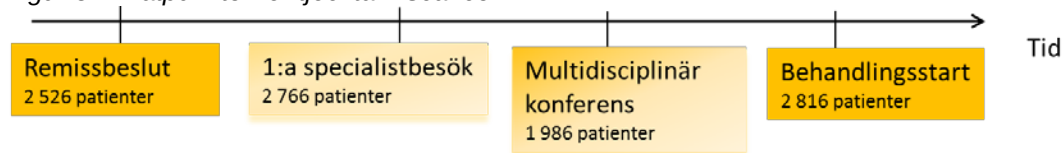
handlingen kompletteras med cellgiftsbehandling i sex månader efter operation. Ungefär 25 procent av patienterna får en sådan behandling.

Material

I materialet från kvalitetsregistret för kolorektalcancer ingår 2 816 patienter som påbörjade behandling för tjocktarmscancer under 2012, exklusive de som opererade akut vilka har en helt annan vårdkedja och inte är relevanta i denna väntetidsmätning. Av dessa var 1 419 män och 1 397 kvinnor. 290 av dessa patienter saknar datum för remissbeslut. Datum för första specialistdatum saknas för 50 patienter, och datum för multidisciplinär konferens saknas för 830 patienter. Det totala antalet patienter varierar därför i de olika jämförelserna nedan. Medelåldern för män var 71 år och för kvinnor 73 år.

Inför denna mätning begärde Socialstyrelsen data för behandlingsbeslutet. Denna variabel finns inte i kvalitetsregistret och ersätts i mätningen av datum för multidisciplinär konferens, vilket i stor utsträckning fyller samma funktion.

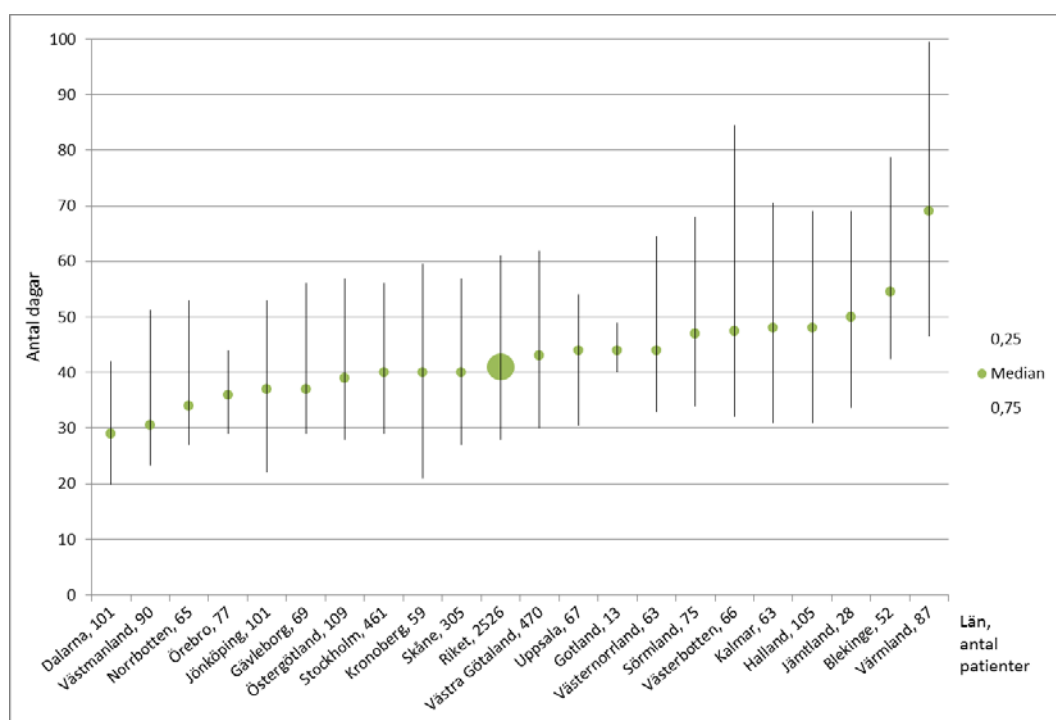
Figur 34: Mätpunkter för tjocktarmscancer



Tid från remissbeslut till behandlingsstart

För landet som helhet är det 41 dagars medianväntetid från remissbeslut till behandlingsstart för patienter med tjocktarmscancer. Medelväntetiden är 52 dagar. Spridningen mellan landstingen är relativt liten. Värmland har liksom i föregående års mätning längst väntetid. Dalarna, Västmanland och Norrbotten som har kortast väntetider har förkortat dessa avsevärt sedan föregående år.

Figur 35: Regionala variationer 2012 för patienter med tjocktarmscancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till start av behandling (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



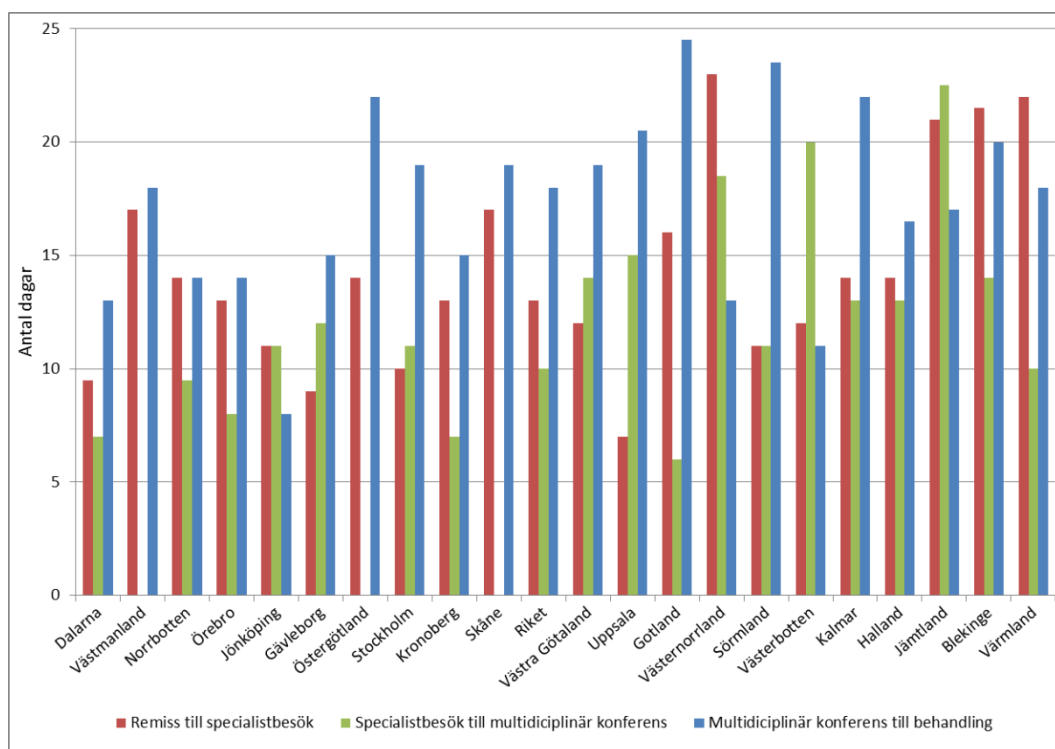
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 36 visar medianvärdet för antalet dagar mellan de olika mätpunkterna. Landstingen är sorterade efter medianväntetiden för hela vårdkedjan, det vill säga i samma ordning som i föregående figur.

För landet som helhet är medianväntetiden mellan remissbeslutet och specialistbesöket 13 dagar. De tre landstingen med totalt sett längst medianväntetid, Jämtland, Blekinge och Värmland, har tydligt en lång väntetid fram till besöket på specialistkliniken. Medianväntetiden från specialistbesöket till multidisciplinär konferens är 10 dagar för hela landet. I tre landsting, Västmanland, Östergötland och Skåne, är medianväntetiden 0 dagar, det vill säga minst hälften av patienterna har samma dag registrerad för specialistbesöket som för den multidisciplinära konferensen. Därmed varierar medianväntetiden mellan dessa två punkter från noll i nämnda tre landsting, till 23 dagar i Jämtland, vilket talar för att processen fram till att kliniken håller en multidisciplinär konferens ser väldigt olika ut i landet. Medianväntetiden mellan den multidisciplinära konferensen och behandlingsstarten är 18 dagar.

Figur 36: Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2012. Medelvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Skilnader mellan kön, ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått behandling före ett visst antal dagar, räknat från remissens utfärdande.

Av tabell 33 framgår att mer än hälften av patienterna har fått träffa en specialist efter två veckor. Skillnaderna mellan män och kvinnor, samt mellan de två åldergrupperna är små. De med en allvarligare tumör tycks redan vid remisstillfället ha en kortare väntetid för att träffa en specialist.

Tabell 33: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissdatum till besöksdatum som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Män och kvinnor, upp till respektive över 65 års ålder, samt tumörstadium. 2012.

	Andel patienter som har fått besök före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla patienter	56,8	86,0	94,7	97,9	2515
Män	58,4	87,3	95,6	98,3	1272
Kvinnor	55,2	84,8	93,8	97,5	1243
T o m 65	60,4	86,8	95,1	97,3	643
Över 65	55,6	85,8	94,6	98,1	1872
Tumörstadium I-II	53,3	85,3	94,4	97,9	1319
Tumörstadium III-IV	60,7	86,9	95,0	97,9	1196

Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Före utgången av tredje månaden har nästan nio av tio patienter påbörjat sin behandling. Skillnaderna mellan män och kvinnor, samt mellan de två åldergrupperna är små. Liksom för de flesta cancerformer har patienter med en allvarligare diagnos en kortare väntetid för att starta sin behandling. Mellan två och tre månader efter att remissen är utfärdad finns det dock ingen skillnad i hur stor del av patienterna som har startat sin behandling.

Tabell 34: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissdatum till behandlingsstart som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Män och kvinnor, upp till respektive över 65 års ålder, samt tumörstadium. 2012.

	Andel patienter som har startat behandling före				
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	Antal
Alla patienter	7,3	27,7	74,0	88,4	2526
Män	6,4	26,4	73,6	88,9	1280
Kvinnor	8,2	29,1	74,4	87,8	1246
T o m 65	7,9	30,7	77,0	88,6	643
Över 65	7,1	26,7	73,0	88,3	1883
Tumörstadium I-II	4,1	22,9	72,4	87,2	1322
Tumörstadium III-IV	10,8	33,0	75,8	89,7	1204

Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Ändtarmscancer

Varje år diagnostiseras cirka 2 000 fall av ändtarmscancer i Sverige. Sjukdomen är vanligare bland män än kvinnor. I Sverige lever idag ungefär 16 400 personer som har eller har haft ändtarmscancer. Antalet fall där ändtarmscancer är dödsorsak är knappt 800 per år. Den relativa överlevnaden har ökat för såväl män som kvinnor sedan 1990-talets början.

De allra flesta patienter med ändtarmscancer genomgår en operation. Efter den preoperativa utredningen som innebär tarmundersökning, röntgen av lever och lungor samt en radiologisk bedömning av den lokala tumörutbredningen, bedöms patienten i en multidisciplinär terapikonferens. Beroende på den lokala tumörutbredningen får cirka hälften av patienterna strålbehandling innan de opereras.

Material

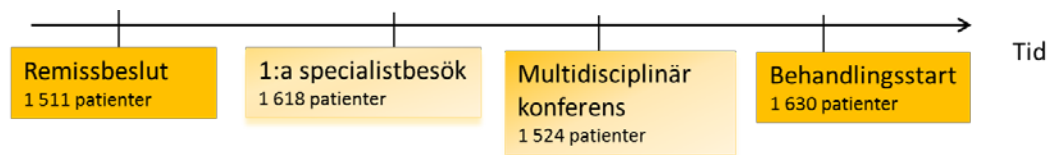
I materialet ingår totalt 1 630 patienter som påbörjade en behandling för ändtarmscancer under 2012. Patienter som genomgått akut kirurgi är inte med i materialet. Av dessa var 977 män och 653 kvinnor. 119 patienter saknar datum för remissbeslut. 12 patienter saknar datum för första besök till specialist och 106 patienter saknar datum för multidisciplinär konferens. Det totala antalet patienter varierar därför i de olika jämförelserna. Medelåldern för både män och kvinnor var 69 år.

I kvalitetsregistret för kolorektalcancer finns datum för remissbeslut vilket är startpunkten för denna mätning. Liksom för tjocktarmscancer finns inte datum för behandlingsbeslut att tillgå i kvalitetsregistret. I stället an-

vänds datum för multidisciplinär konferens vilket i stor utsträckning fyller samma funktion.

Datum för behandlingsstart gäller någon av behandlingsformerna preoperativ strålbehandling eller operation. Det kan också vara radiokemoterapi eller cytostatika, vilket dock är mindre vanligt.

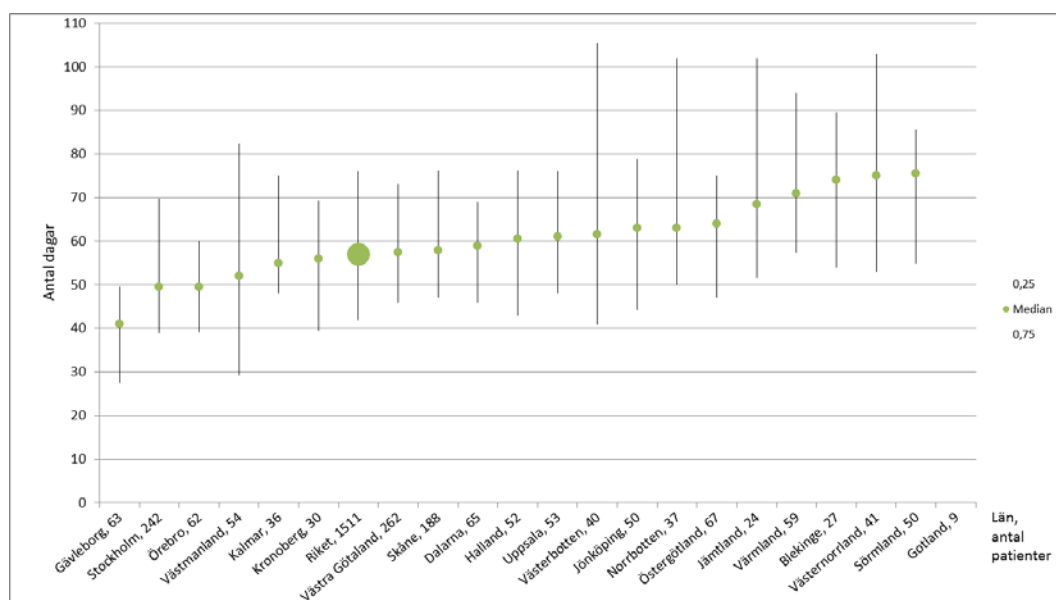
Figur 37: Mätpunkter för ändtarmscancer



Tid från remissbeslut till behandlingsstart

För landet som helhet är det 57 dagars medianväntetid från remissbeslut till behandlingsstart för patienter med ändtarmscancer. Medelväntetiden är 65 dagar. Mätt som skillnaden mellan det landsting med kortast respektive längst väntetid har ändtarmscancer den minsta spridningen i väntetid av alla cancerformer. En låg spridning indikeras också av att medelväntetiden endast är något högre än medianväntetiden. De tre landsting som hade kortast väntetid i föregående års mätning har fortfarande kortast väntetid. Liksom föregående år är Västerbotten det landsting som har störst spridning i total väntetid inom landstinget.

Figur 38: Regionala variationer 2012 för patienter med ändtarmscancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till start av behandling (median samt 1:a respektive 3:e kvartilen).



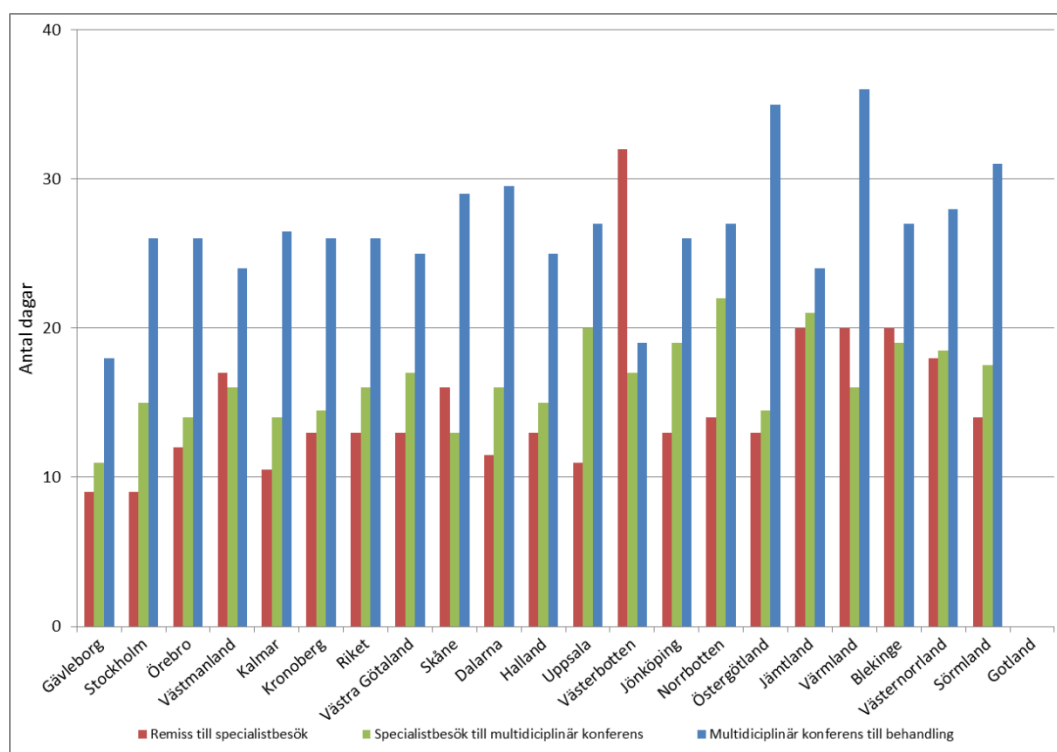
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Antal dagar mellan mätpunkterna i vårdkedjan

Figur 39 visar medianvärdet för antalet dagar mellan de olika mätpunkterna. Landstingen är sorterade efter medianväntetiden för hela vårdkedjan, det vill säga i samma ordning som i föregående figur.

Den relativt begränsade spridningen i total väntetid mellan landstingen återspeglas i att medianväntetiden för varje del i vårdkedjan för ändertarmscancer följer ett liknande mönster för nästan alla landsting. Liksom för riket i sin helhet är medianväntetiden från remiss till första specialistbesök kortast i flertalet landsting, följt av medianväntetiden från specialistbesöket till den multidisciplinära konferensen, medan medianväntetiden fram till behandlingsstart är längst i alla landsting utom ett. Västerbotten, som har störst spridning i total väntetid inom landstinget, skiljer sig från detta mönster och har lång medianväntetid för att komma på första besöket till specialist.

Figur 39: Regionala variationer i tid för tre delar av vårdkedjan under år 2012. Medianvärde för samtliga patienter för respektive del av vårdkedjan.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Skillnader mellan kön, ålder och tumörstadium

De följande två tabellerna visar först andelen patienter som har fått träffa en specialist före ett visst antal dagar, och sedan andelen som fått behandling före ett visst antal dagar, räknat från remissens utfärdande.

Av tabell 35 framgår att mer än hälften av patienterna har fått träffa en specialist efter två veckor. Andelen patienter som har fått träffa en specialist efter en viss tidpunkt är ungefär densamma som för tjocktarmscancer. Skillnaderna mellan de olika patientkategorierna är små.

Tabell 35: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissdatum till besöksdatum som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Män och kvinnor, upp till respektive över 65 års ålder, samt tumörstadium. 2012.

	Andel patienter som har fått besök före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla patienter	58,4	86,6	96,1	98,2	1420
Män	58,8	86,9	95,3	98,1	904
Kvinnor	57,8	86,2	97,2	98,4	604
T o m 65	61,6	85,6	94,6	97,8	474
Över 65	57,0	87,1	96,7	98,4	1034
Tumörstadium I-II	55,7	85,9	95,6	98,1	725
Tumörstadium III-IV	60,9	87,3	96,4	98,3	783

Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Vad gäller den totala tiden fram till behandlingsstart är det en mindre andel patienter med ändtarmscancer som har startat behandlingen vid varje tidsjämförelse, jämfört med tjocktarmspatienterna. Skillnaderna mellan män och kvinnor, samt mellan de två åldergrupperna är små. Patienter med en allvarligare diagnos har en kortare väntetid för att starta sin behandling, men skillnaden mellan de båda grupperna med tumörstadium I-II och tumörstadium III-IV tycks mindre än för de flesta andra cancerformer.

Tabell 36: Andel (%) av patienterna med en väntetid från remissdatum till behandlingsstart som var mindre än 15, 30, 60 respektive 90 dagar. Män och kvinnor, upp till respektive över 65 års ålder, samt tumörstadium. 2012.

	Andel patienter som har startat behandling före				Antal
	15 dgr	30 dgr	60 dgr	90 dgr	
Alla patienter	2,4	8,2	52,7	84,3	1511
Män	1,9	9,1	53,9	84,6	906
Kvinnor	3,3	7,0	50,9	83,8	605
T o m 65	2,3	9,4	55,7	84,0	474
Över 65	2,6	7,8	51,3	84,4	1037
Tumörstadium I-II	1,2	6,7	51,9	84,5	726
Tumörstadium III-IV	3,6	9,7	53,4	84,0	785

Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

Slutsatser och fortsatt arbete

Utvidgad mätning, men fortfarande en begränsad del av vårdprocessen

I denna rapport bygger Socialstyrelsen vidare på det förslag till en nationell modell för att följa väntetider inom cancervården som myndigheten presenterade år 2010 [2]. För tredje gången har vi sammanställt väntetider med stöd av data från kvalitetsregister. Liksom i de två föregående rapporterna gäller mätningen främst tiden mellan remiss och behandlingsstart, men inom cancerområden med tillgängliga data ingår även nya mätpunkter som inte ingått i tidigare mätningar, nämligen tidpunkten för första specialistbesök och behandlingsbeslut.

Modellen för att mäta väntetider syftar till att det ska vara möjligt att följa patientens väg genom vården och att mätningarna i första hand ska spegla patientens perspektiv. De fem mätpunkter som ingår i modellen innebär att uppföljningen är begränsad till vad som sker inom den specialiserade vården fram till det att behandlingen påbörjas. Denna avgränsning har gjorts mot bakgrund av att det är patientregistret (PAR) som i framtiden planeras innehålla dessa data och enligt förordningen för registret får enbart uppgifter om läkarinsatser i öppen och sluten specialistvård ingå i registret. I dag finns heller inga andra datakällor i patientadministrativa system eller kvalitetsregister som gör det möjligt att fånga någon annan del av vårdprocessen.

Att anpassa PAR till mätningar av väntetider är dock ett omfattande arbete. Inte minst förutsätter det att hälso- och sjukvården har möjlighet att extrahera aktuella uppgifter ur de patientadministrativa systemen. Likaså finns såväl juridiska som tekniska aspekter som behöver utredas innan en insamling kan påbörjas. En reguljär insamling av väntetidsdata till PAR är således ett utvecklingsarbete på flera års sikt. Under tiden krävs andra insamlingsvägar som möjliggör en kontinuerlig mätning av väntetider.

Omfattande regionala skillnader i väntetid till behandling

Liksom i de två föregående rapporterna framgår det att väntetiderna i cancervården varierar kraftigt mellan olika landsting och i många fall är betydande. Med ett treårigt material går det inte att fastställa någon trend, men det finns en tendens till att de regionala skillnaderna har ökat sedan föregående år. Det beror både på att väntetiderna har minskat i enskilda landsting medan de har ökat i andra. Det finns inga enskilda landsting som genomgående har långa väntetider i cancervården. Däremot är det tydligt att enskilda landsting inom enskilda cancerformer, borde kunna minska väntetiderna betydligt. De skillnader som finns visar klart på att förbättringar är fullt möjliga att åstadkomma.

Väntetiden kortare vid allvarlig cancer

De patienter som diagnostiseras med en allvarligare tumörform har kortare väntetider från remiss till behandlingsstart inom de flesta cancerområden som ingår i mätningarna. Av de åtta cancerformer som inkluderar mätningar av väntetid uppdelat på tumörstadier i denna rapport är det endast bröstcancer och hudcancer som inte tycks ha någon skillnad mellan patienter med olika tumörstadier. För blåscancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer och lungcancer är väntetiden kortare vid mer allvarlig cancer. Det pekar på att vården prioriterar de patienter som är svårast sjuka och i störst behov av en snabb behandling. Men detta behöver analyseras närmare, skillnaderna är till exempel inte justerade för kön och ålder. Det kan också vara ett uttryck för att svårt sjuka har färre utrednings- och behandlingsalternativ, och därför är lättare att erbjuda vård snabbt.

Nya mätpunkter ger underlag för förbättringsarbete

I denna mätning ombads kvalitetsregistren att lämna uppgifter om mätpunkter som inte provats i tidigare mätningar av cancervården, nämligen tidpunkten för första specialistbesök och för behandlingsbeslut. Liksom i föregående rapport visar underlagen att kvalitetsregistren inom cancerområdet innehåller många uppgifter om tidpunkter i vårdprocessen, men att de mätpunkter som ingår i modellen i många fall saknas.

Denna rapport innehåller sammanställningar som visar hur långa väntetiderna är för olika delar av vårdprocessen. Till exempel framgår det att ett landsting kan ha kort väntetid för ett första läkarbesök, men lång väntetid från det besöket till behandlingsstart. I ett annat landsting med ungefär samma totala tid mellan remiss och behandlingsstart kan förhållandet vara det motsatta. Denna typ av uppdelning av vårdkedjan gör det således möjligt att fördjupa analysen kring vad som ligger bakom långa väntetider och utgör därför också ett underlag för förbättringsarbete.

Några förbättringar i kvalitetsregistrens anpassning till modellens mätpunkter

De tidigare mätningarna visar svårigheterna med att jämföra väntetider mellan olika cancerformer eftersom registren inte innehåller mätpunkter med jämförbara definitioner, och vissa av modellens mätpunkter saknas helt. Under arbetets gång har myndigheten samverkat med registren och Sveriges Kommuner och Landsting för att motivera registren till en anpassning till modellen. Intresset för att inkludera variabler i registren som överensstämmer med Socialstyrelsens modell för väntetidsmätningar varierar dock, men en anpassning har skett i några av registren, exempelvis bröstcancerregistret.

I vissa fall är det också tveksamt i vilken grad materialet från kvalitetsregistren är tillförlitligt. I enskilda register särskiljer sig vissa landsting så markant att det finns anledning att misstro kvaliteten, exempelvis när patienter har mer än 365 dagar mellan två händelser, eller när ett landsting saknar många observationer för en enskild variabel. Det pågår dock valideringsar-

beten i kvalitetsregistren där till exempel data jämförs med vilka uppgifter som finns i journalerna.

Nya mätningar och fortsatt testning av modellen för väntetider i cancervården

Sedan modellen för mätningar av väntetider i cancervården etablerades år 2010 har Socialstyrelsen ägnat mycket arbete åt att fastställa hållbara definitioner av mätpunkterna samt utreda förutsättningarna för att omsätta modellen i reguljära mätningar.

Mätningarna har successivt omfattat fler mätpunkter och vi har därmed fått ökad kunskap om de utmaningar som ett generellt införande av modellen innebär. Det är klart att varken det befintliga patientregistret eller cancerregistret kan användas som underlag för mätningarna eftersom de inte innehåller något som kan knyta samman händelser i en vårdprocess. Av samma skäl kan inte heller de vårdadministrativa registren användas. Kvalitetsregistren är däremot i de flesta fall uppbyggda för att följa upp vårdprocesser, även om det görs på olika sätt och med varierande data.

Arbetet har också visat att några mätpunkter är lättare att fånga än andra, nämligen remissutfärdande och första besök hos specialist. Dessa datum ligger till grund för vårdgarantin och finns därför i samtliga vårdadministrativa system. Däremot är det inte alla kvalitetsregister som har med dessa datum. När det gäller datum för information om diagnos har arbetet hittills pekat på flera svårigheter. Datumet registreras inte på något systematiskt sätt i journalsystemen, vilket gör det svårt att få en tillförlitlig registrering i såväl vårdadministrativa system som kvalitetsregister. Vidare fastställs diagnosen för vissa cancerformer först efter det att behandlingen startat, det vill säga efter modellens slutpunkt. Exempelvis tas det vid bröstcancer ett vävnadsprov vid operationen som är underlag för diagnosens fastställande.

Tidpunkten för behandlingsbeslutet är väl inarbetat, både i kvalitetsregistren och i de uppgifter som ingår i SKL:s uppföljning av väntetider. En avgörande fråga i modellarbetet och utvecklingen av ett nationellt system för att mäta väntetider är hur väl den sammanfaller med att patienten får information om vad behandlingsbeslutet grundar sig på (diagnos eller preliminär diagnos) och om det sammanfaller med att patienten blir informerad om kommande behandling, det vill säga får någon form av vårdplan. Detta är en fråga som vi kommer att utreda vidare inför kommande mätningar.

Den mätpunkt som avslutar modellen är behandlingsstart. Även denna ingår i vårdgarantin och i SKL:s väntetidsstatistik, vilket innebär att uppgiften kan fångas i de vårdadministrativa systemen. Ett problem som uppmärksammas under arbetet är dock att i de fall då patienterna startar behandlingen, till exempel strålning, utanför det egna landstinget kommer detta inte att registreras i hemlandstinget som start av behandling.

Uppföljningar av väntetiderna i cancervården är en del av de öppna jämförelser som Socialstyrelsen publicerar och myndigheten kommer att fortsätta utveckla väntetidsmätningarna. Sedan mätningarna påbörjades har det etablerats regionala cancercentrum vilka är en naturlig målgrupp för arbetet. Myndigheten avser att etablera ett samarbete med dem vad gäller den fortsatta uppföljningen av väntetider.

Som tidigare nämnts utgör cancervården ett pilotområde för det regeringsuppdrag som syftar till att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Erfarenheterna från de tre mätningarna är ett viktigt underlag för den slutrapport för uppdraget att följa tillgängligheten till hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen ska överlämna till regeringen den 15 december 2013.

Referenser

1. SOU 2009:11. En nationell cancerstrategi för framtiden. Stockholm 2009
2. Socialstyrelsen. I väntan på besked – Väntetider inom cancervården. Kartläggning och förslag till mätmodell. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.
3. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Stockholm: Socialstyrelsen, rapport november 2011.
4. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen, rapport oktober 2012.
5. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011.