

Väntetider i cancervården

Rapport december 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer 2015-12-2
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2015

Förord

Socialstyrelsen har för femte året i följd utfört nationella mätningar av väntetider i cancervården. Mätningarna följer den modell som Socialstyrelsen tog fram 2010.

Mätningen omfattar ett urval av elva cancerformer och data kommer liksom tidigare år från kvalitetsregister inom cancerområdet. Jämförelser görs mellan landsting/regioner och mellan sjukhus indelade efter sjukvårdsregioner.

Arbetet är en del i en långsiktig uppbyggnad av ett uppföljningssystem som ska följa patientens väg genom vården. Socialstyrelsen vill tacka ansvariga för kvalitetsregistren som med stor hjälpsamhet har bistått med underlaget till denna mätning och bidragit med synpunkter.

Statistiker har varit Anders Järleborg och rapporten har utarbetats av projektledare Sevim Barbasso Helmers. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Uppdrag	8
Bakgrund	8
Metod och avgränsningar	9
Resultat	14
Resultatredovisning	14
Bröstcancer	15
Hudmelanom	18
Huvud- och halscancer	20
Lungcancer	23
Magsäckscancer.....	26
Matstrupscancer	29
Njurcancer.....	32
Prostatacancer.....	35
Tjocktarmscancer.....	41
Urinblåsecancer	44
Ändtarmscancer	47
Skillnader i väntetid mellan män och kvinnor.....	50
Väntetidernas variationer och utveckling över tid.....	52
Slutsatser och diskussion	56
Patientperspektiv och rimlig väntetid	56
Referenser	59
Bilagor	62
Bilaga 1. Mätpunkter som ingår i modell för att mäta väntetider.....	62
Bilaga 2. Tillgängliga och tillämpade datumvariabler enligt modellen.....	66

Sammanfattning

Socialstyrelsen redovisar för femte året i följd väntetider inom cancervården. I denna rapport redovisas väntetider för elva cancerformer. Underlaget för mätningen kommer från nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

Med väntetid avses i rapporten som regel tiden från remissbeslut tills det att behandling startar. För de cancerformer som saknar dessa mätpunkter följs väntetiden med andra start- och slutpunkter. Den patientupplevda väntetiden börjar tidigare men är svårare att mäta och innefattas inte i denna rapport.

Väntetiderna redovisas som medianväntetider och kvartiler för riket, för varje landsting/region samt för varje sjukhus. Sjukhusen är grupperade utifrån de sex sjukvårdsregionerna.

Medianväntetiden (samt första och tredje kvartilen) i hela riket för de ingående cancerformerna:

- bröstcancer 20 (13–28) dagar
- hudmelanom 37 (23–58) dagar
- huvud- och halscancer 50 (35–70) dagar
- lungcancer 30 (15–50) dagar
- magsäckscancer 20 (10–36) dagar
- matstrupscancer 19 (11–35) dagar
- njurcancer 64 (42–104) dagar
- fjärrmetastaserad prostatacancer 43 (20–71) dagar samt intermediär- och högriskprostatacancer 167 (125–223) dagar
- tjocktarmscancer 42 (29–60) dagar
- urinblåsecancer 36 (22–55) dagar
- ändtarmscancer 56 (43–78) dagar.

För de flesta cancerformer har skillnader i väntetid mellan män och kvinnor utjämnats. Det råder fortsatt stora skillnader i väntetider mellan och inom landstingen/regionerna för samma cancerform. Inget landsting har genomgående längre eller kortare väntetider än övriga för merparten av de elva cancerformerna.

Sett över en period på fyra till fem år har det för de flesta av cancerformerna som ingår i mätningarna inte skett några omfattande förändringar av medianväntetiderna i riket som helhet. För njurcancer har väntetiden stadigt ökat med totalt 11 dagar från 2010 till 2014. Inom intermediär- och högriskprostatacancer har väntetiden däremot minskat med 36 dagar under samma period.

Inledning

Uppdrag

Socialstyrelsen fick i maj 2014 i uppdrag (S2014/4157/FS) att fortsätta att utveckla en nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Arbetet är en del i en långsiktig uppbyggnad av ett uppföljningssystem som ska åskådliggöra patientens väg genom vården inom olika områden.

Uppdraget ska slutredovisas den 31 mars 2016.

I uppdraget ingår att årligen redovisa väntetider inom cancervården. Detta är den andra och sista redovisningen av väntetider inom cancervården inom ramen för detta uppdrag.

Bakgrund

Socialstyrelsen har sedan år 2011 på uppdrag av regeringen redovisat väntetider inom cancervården [1–4]. Dessa rapporter har belyst att det finns stora skillnader i väntetider både mellan och inom landsting/regioner för samma cancerform.

Denna mätning, som är den femte i ordningen, visar väntetiderna för år 2014, med undantag för lungcancer vars väntetider gäller för år 2013. Mätningen omfattar ett urval av elva cancerformer.

Mätningarna utgår från den modell¹ (figur 1) som Socialstyrelsen utvecklade i samband med första mätningen [5–6]. Modellen har ett patient- och processperspektiv och syftar till att det ska vara möjligt att följa patientens väg genom vården. Beräkningen av väntetider bygger på mätpunkter från remissbeslut till start av behandling. Inom modellen ingår också tiden till första läkarbesök, tiden till diagnosbesked samt tiden till behandlingsbeslut. Beskrivning och definition av mätpunkterna finns i tabell 1 (bilaga 1).

Utvecklingsarbetet vad gäller mätmodellen och dess tillämpbarhet för att genomföra nationella mätningar och jämförelser av väntetider i cancervården finns beskrivet i tidigare rapporter² [1–6].

Korta fakta om cancer

Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad [7]. Antalet personer som får en cancerdiagnos har ökat under de senaste årtiondena. Var tredje person som lever idag antas komma att få diagnosen cancer någon gång i sitt liv. Delvis förklaras detta av att befolkningen blir äldre. Efterfrågan på cancervård kommer därför att fortsätta öka. De vanligaste cancerformerna är prostatacancer och bröstcancer [7]. Tillsammans med lung-, tjocktarms- och ändtarmscancer står dessa cancersjukdomar för hälften av alla nya cancerfall hos kvinnor och män.

¹ Fördjupad beskrivning av utvecklingen av modellen och dess tillämpningar finns på sidorna 28–42 i Socialstyrelsens rapport *Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården*. Publicerad december, 2013.

² En sammanfattning av det tidigare utvecklingsarbetet finns i bilaga 2, i Socialstyrelsens rapport *Väntetider i cancervården*. Publicerad december 2014.

Den 31 december 2013 fanns det i Sverige drygt 472 000 personer som någon gång fått diagnosen cancer (46 procent män och 54 procent kvinnor) [8]. Drygt 61 000 personer nydiagnostiserades med cancer (52 procent män och 48 procent kvinnor) och cirka 23 500 personer dog i sviterna av cancer år 2013 [8–9].

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. Överlevnaden har för de flesta cancerformer förbättrats betydligt mellan 1980 och 2010 [7]. Den åldersstandardiserade relativa femårsöverlevnaden³ för patienter med cancer i Sverige var 72 procent under åren 2009–2013 (70 procent för kvinnor och 72 procent för män) [10–13]. Fler lever längre med sin sjukdom tack vare ökad kunskap, bättre behandling och större möjlighet att upptäcka cancer i ett tidigt stadium, till exempel med hjälp av screening och förbättrad diagnostik.

Metod och avgränsningar

De cancerformer som ingår i mätningen är dels nio cancerformer⁴ som ingått i tidigare års mätningar [1–4], vilket möjliggör en uppföljning av väntetidsutvecklingen under flera år, dels magsäcks- och matstrupscancer.

De två senare cancerformerna har tillkommit på grund av att de är föremål för det så kallade standardiserade vårdförloppet (SVF) inom cancersjukvården som startade år 2015 och som följs upp av Socialstyrelsen [14]. Eftersom underlaget från kvalitetsregistret för magsäck- och matstrupscancer inte var tillgängligt vid tidpunkten för baslinjemätningen [14] inom ramen för det standardiserade vårdförloppet, inkluderas en redovisning av väntetider enligt Socialstyrelsens mätmodell i denna rapport i stället.

Socialstyrelsens modell

Modellen för mätning och uppföljning av väntetider innehåller fem mätpunkter (figur 1) och omfattar tiden från remissbeslut (mätpunkt 1) till behandlingsstart (mätpunkt 5).⁵

Modellens fokus ligger på patienten och de för patienten mest angelägna händelserna i ett vårdförlopp inom den specialiserade vården. Väntetider är förknippade med oro och otrygghet för såväl den drabbade som närstående. För patienten är det viktigt att utan dröjsmål få träffa en läkare och snabbt få besked samt att en eventuell behandling påbörjas snarast möjligt [15].

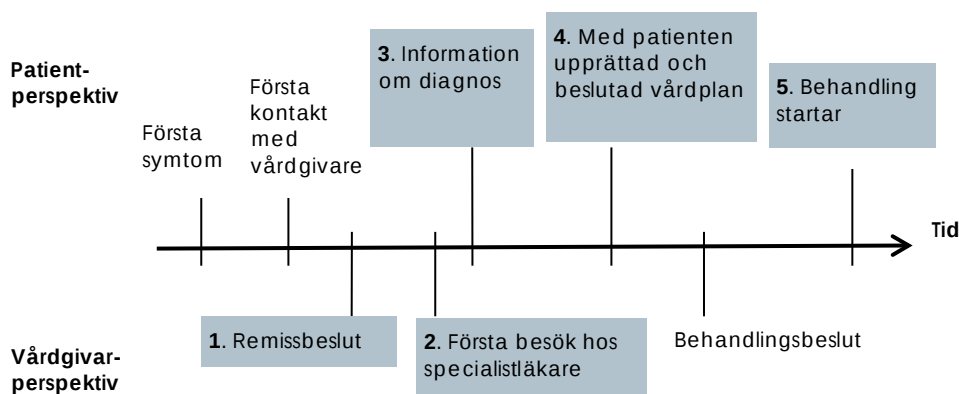
Patientens delaktighet och medverkan stärks av att det finns en individuell vårdplan, vilket också är helt i linje med kriteriet som ska stärka patientens ställning och som kommer till uttryck i patientlagen [16].

³ Den relativa överlevnaden har beräknats med en statistisk metod som kallas periodanalys. I analysen ingår cancerfall som inträffat mellan 2009–2013 samt dödsfall under samma period.

⁴ Bröstcancer, hudmelanom, huvud- och halscancer, lungcancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer.

⁵ Definitioner av mätpunkterna finns i bilaga 1.

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



Datakällor för väntetidsmätningarna

Underlaget till Socialstyrelsens väntetidsmätningar kommer från nationellt kvalitetsregister för respektive cancerdiagnos som ingår i rapporten⁶.

Data har rapporterats in mellan maj och oktober 2015 till Socialstyrelsen som därefter bearbetat materialet. För diagnoserna tjocktarms- och ändtarmscancer, samt huvud- och halscancer har väntetidsberäkningen utförts av statistiker vid registret som överlämnat data i aggregerad form till Socialstyrelsen.

Av tabell 2 framgår att urvalet av patienter har avgränsats på olika sätt samt att perioden för urvalet är något varierande. Andelen inrapporterade patienter i underlaget från kvalitetsregistren var i förhållande till antalet patienter med respektive cancerdiagnos i cancerregistret 94–99 procent, med undantag för magsäcks- och matstrupscancer vars andel var 83 procent. Materialet bedömdes som godtagbart för väntetidsmätningen.

Av de ingående registren kan inget kvalitetsregister följa samtliga mätpunkter i modellen (tabell 3 i bilaga 2). Under de år mätningarna pågått har kvalitetsregistren i några fall anpassats för att stämma överens med mätmodellens mätpunkter och definitionerna av dessa.

Den väntetid som är i fokus i denna rapport är liksom föregående år väntetiden mellan remissbeslut och behandlingsstart (punkterna 1 och 5 i modellen). Kvalitetsregistren för njurcancer, prostatacancer, urinblåsecancer samt tjocktarms- och ändtarmscancer innehåller datum för remissbeslut och datum för start av behandling (tabell 3 och bilaga 2). För de register som inte innehåller uppgifter om modellens mätpunkter 1 och 5 gäller i stället de start- och slutmätpunkter som anges i tabell 2 för väntetidsberäkningen.

Det patientunderlag som årets väntetidsmätning bygger på framgår av tabell 2. Utifrån urvalet är andelen patienter där väntetiden kan beräknas mellan första och sista mätpunkt över 90 procent för de flesta cancerformer; för hudmelanom, huvud- och halscancer samt för njurcancer är andelen 80–85 procent, och för prostata är andelen 68 procent.

⁶ Bröstcancer, hudmelanom, huvud- och halscancer, lungcancer, magsäckscancer, matstrupscancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer.

Tabell 2. Urval och avgränsningar för respektive cancerform, första- och sista mätpunkt i kvalitetsregistren för väntetidsmätningen, antalet patienter samt köns- och åldersfördelning baserad på motsvarande urval/avgränsning och mätpunkter.

Cancerform	Urval	Första mätpunkt	Sista mätpunkt	Totalt (antal)*	Andel (%)		Medelålder	
					Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Brösta	Kvinnor, kirurgi som första behandling 2014	1:a specialistbesök	Behandlingsstart	7 508	-	100	-	63,0
Hud	Malignt melanom, Diagnosår 2014	1:a läkarbesök ^b	Diagnosbesked	3 010	50,1	49,9	65,5	60,9
Huvud och hals ^c	Behandlingsstart 2013/2014	Remissankomst	Behandlingsstart	2 289	64,8	35,2	65,4	67,1
Lunga	Diagnosår 2013	Remissankomst	Behandlingsbeslut ^d	3 466	49,3	50,7	70,7	69,8
Magsäck	Diagnosår 2014	Remissankomst	Behandlingsbeslut ^e	376	56,1	43,9	72,4	71,5
Matstrupe	Diagnosår 2014	Remissankomst	Behandlingsbeslut ^e	658	74,3	25,7	70,5	70,0
Njure	Operation 2014	Remissbeslut	Behandlingsstart	824	62,1	37,9	64,6	66,7
Prostata	Behandlingsstart 2014 Intermediärrisk ^f Lokal högrisk ^f Fjärrmetastaserad ^g	Remissbeslut	Behandlingsstart	2 255	100	-	68,7	-
Tjocktarm	Behandlingsstart 2014 Elektivt opererade fall	Remissbeslut	Behandlingsstart	2 453	48,6	51,4	71,6	73,1
Urinblåsa	TURB-opererade ^h 2014	Remissbeslut	Behandlingsstart	2 321	74,9	25,1	73,8	73,1
Ändtarm	Behandlingsstart 2014 Elektivt opererade fall	Remissbeslut	Behandlingsstart	1 273	60,9	39,1	68,3	68,7

*Negativa värden har ingått i beräkningen.

^a Bröstcancer hos män exkluderat.

^b Första läkarbesök i primärvård eller specialistvård.

^c Ingår endast patienter handlagda på öron-näs-hals (ÖNH)-klinik.

^d Kvalitetsregistret för lungcancer har sedan 2012 infört datum för behandlingsstart, men för att kunna jämföra med tidigare år har behandlingsbeslut använts som sista mätpunkt.

^e I underlaget från kvalitetsregistret för matstrups- och magsäckscancer var antalet patienter som påbörjat behandling inom år 2014 inte tillräckligt för att kunna redovisas och därför avgränsades väntetiden från remissankomst till behandlingsbeslut i stället.

^f Radikal prostatektomi eller strålbehandling utan neoadjuvant (inledande) hormonbehandling.

^g Icke kurativ behandling (=hormonterapi).

^h Transuretral resektion av blåsa.

Statistiska mått och analyser

I rapporten presenteras värdet för medianväntetiden i dagar, och för att beskriva spridningen eller variationen runt medianen illustreras även första och tredje kvartilen i tunna stolpdigram (se faktaruta).

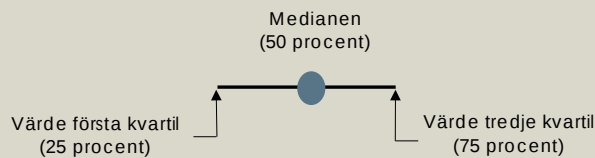
Väntetiderna inom ett område är sällan normalfördelade utan det finns alltid ett antal patienter som har mycket långa väntetider. En fördel med att använda medianen i stället för medelvärdet är att ett fåtal patienter med mycket långa väntetider inte får en orimligt stor inverkan på medianen på samma sätt som om medelvärdet hade använts.

I figuren som redovisar medianväntetiden för könen redovisas en stapel för medianväntetiden samt ett streck som anger 95 procents konfidensintervall⁷. Jämförelserna av medianväntetiden bygger på det totala antalet observationer som finns att tillgå inom en tidsperiod. Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid som leder till en osäkerhet, som här beskrivs med 95 procents konfidensintervall. Konfidensintervallet anger den statistiska osäkerheten kring en enhets faktiska värde. Generellt gäller att enheter med färre observationer ger ett större utrymme för slumpen, och då blir konfidensintervallet bredare. Konfidensintervallet avspeglar inte andra felkällor som exempelvis bristfällig registrering.

Andra statistiska analyser som använts är icke parametriskt Mann-Whitneys U-test för signifikanstest, samt parametrisk regressionsanalys för sambandsanalys. P-värden lika med eller under 0,05 anses vara statistiskt signifikanta.

⁷Konfidensintervallet för medianer blir sällan exakt 95 procent utan antar ett värde som är minst 95 procent.

Median och kvartiler



Kvartil betyder den fjärdedel som skapas när observationsvärden storlekssorteras och delas i fyra lika stora grupper. Av denna delning uppstår fem värden:

- det lägsta värdet (illustreras inte i stolpdiagrammen)
- det högsta värdet (illustreras inte i stolpdiagrammen), som är de extrema värdena bland observationerna i undersökningsmaterialet
- värdet för första kvartilen (den vänstra änden på stolpdiagrammen) delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar; 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen
- det mittersta värdet (ifyllda cirkeln på stolpdiagrammen), dvs. medianen, delar de storlekssorterade observationsvärdena i två lika stora delar; hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen
- värdet för tredje kvartilen (den högra änden på stolpdiagrammen) delar övre halvan av materialet i två lika stora delar; 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika tredje kvartilen.

Avståndet mellan första och tredje kvartilen, dvs. kvartilavståndet, beskriver hur stor spridningen/variationen är i närheten av medianen och motsvarar variationsbredden för de 50 procent av värdena som befinner sig i mitten av serien av observationsvärden.

I en serie med jämnt antal observationer beräknas medianväntetiden på de två mittersta individernas värden som summeras och divideras med två. Om summan är udda blir medianen ojämn och redovisas därför med en decimal. Samma sak kan gälla vid beräkning av första och tredje kvartil.

Resultat

Resultatredovisning

I detta avsnitt redovisas väntetider för de elva cancerformer som ingår i rapporten. Som redovisats i tabell 2 finns vissa skillnader avseende första och sista mät punkt för de olika cancerformerna.

För varje cancerform redovisas först en faktaruta som bland annat anger:

- incidens⁸ (antalet insjuknade år 2013) [8]
- prevalens⁵ (antalet personer som någon gång fått cancerdiagnosen och som fortfarande är i livet beräknat den 31 december 2013) [8]
- antalet dödsfall⁹ av cancerdiagnosen under år 2013 [9]
- relativ åldersstandardiserad femårsöverlevnad¹⁰ under uppföljningsperioden 2009-2013 [10-13]
- ålder vid incidens, andra fakta samt förekommande behandling enligt nationella vårdprogrammet för respektive cancerform [17-25].

Därefter redovisas medianväntetiden och kvartilerna i diagram för riket, och landsting/regioner (hemlän), samt för behandlande sjukhus¹¹ indelade efter sjukvårdsregioner¹². Observera att skalan för medianväntetiden skiljer sig åt mellan figurerna för respektive cancerform.

Väntetider redovisas inte om antalet patienter är färre än tio för respektive redovisningsgrupp (landsting/region, sjukhus, sjukvårdsregion). Anledningen är risk för röjande av uppgifter om en enskild person samt statistisk osäkerhet som uppstår med färre observationer. Vidare redovisas inte heller väntetid för sjukhus där sådana uppgifter inte finns tillgängliga i underlaget från kvalitetsregistren.

Avslutningsvis görs en jämförelse av väntetiden för män och kvinnor, väntetidernas utveckling över tid och variationer mellan cancerformerna.

⁸ Baserad på ICD-7-klassifikation.

⁹ Baserad på ICD-10-klassifikation.

¹⁰ Baserad på ICDO-10-klassifikation. Den relativa överlevnaden har beräknats med en statistisk metod som kallas periodanalys. I analysen ingår cancerfall som inträffat mellan 2009-2013 samt dödsfall under samma period.

¹¹ Namnen på sjukhusen kan variera mellan cancerformerna. De namn som funnits i registret har använts.

¹² Angående Region Halland så är Halmstad placerad i Södra sjukvårdsregionen, medan Varberg och Kungsbacka är placerade i Västra sjukvårdsregionen.

Bröstcancer

Bröstcancer

Det fanns omkring 9 000 nydiagnostiserade fall av bröstcancer bland kvinnor i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde cirka 100 000 kvinnor som någon gång fått diagnosen bröstcancer. Drygt 1 400 personer dog av sjukdomen år 2013.

Bröstcancer utgör cirka 30 procent av all cancer hos kvinnor och diagnosen är därmed den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Hälften av alla nya fall drabbar kvinnor över 65 år.

Överlevnaden vid bröstcancer är hög. Den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor med bröstcancer i Sverige var 89 procent under åren 2009-2013. Bröstcancer är en vanlig dödsorsak bland kvinnor som dör före 65 års ålder.

Knappt hälften av bröstcancerfallen upptäcks vid den allmänna screeningen (mammografi).

Drygt 90 procent genomgår en operation som första behandlande åtgärd och ett fåtal påbörjar annan behandling (cytostatika-, hormonell- eller strålbehandling).

Underlaget till väntetidsberäkningen vid bröstcancer är avgränsat till patienter som genomgått operation som första behandling under år 2014.

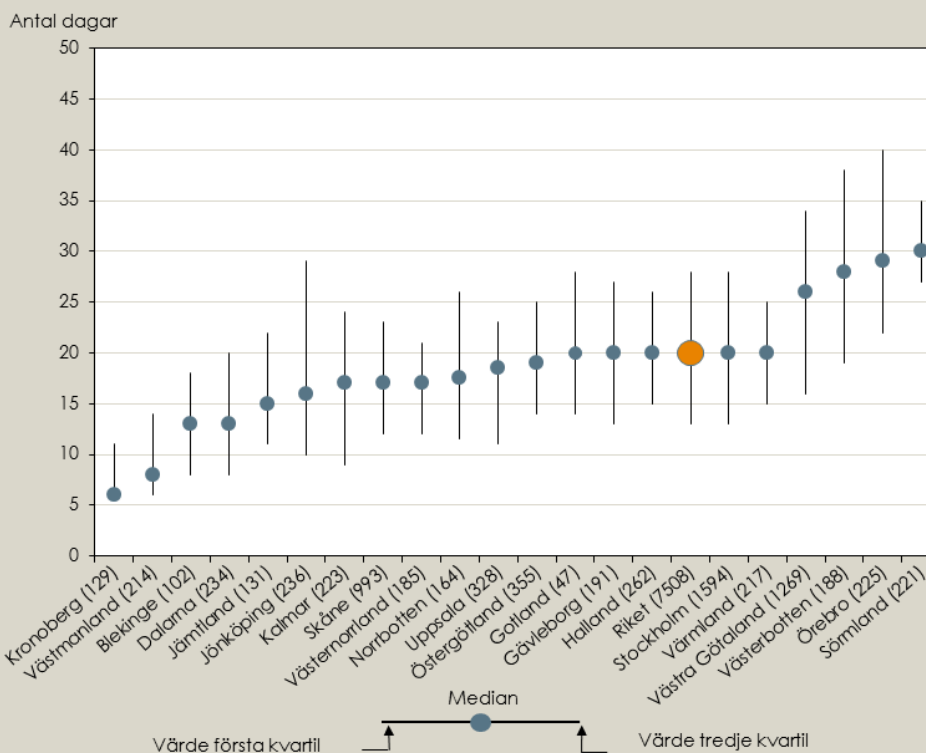
I figur 2 redovisas väntetiden från besök hos specialistläkare till behandlingsstart. För riket var medianväntetiden 20 dagar och varierade från 6 till 30 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 24 dagar och att den längsta medianväntetiden är fem gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 13 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 6 till 27 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 28 dagar med en variation på 11 till 40 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 19 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 5 dagar, vilket ger en skillnad på 14 dagar.

Figur 2. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med bröstcancer 2014

Medianväntetid mellan första besök hos specialistläkare och behandlingsstart samt första och tredje kvarfil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer

I underlaget från bröstcancerregistret ingick 49 sjukhus som opererar patienter med bröstcancer. Av dessa hade 41 sjukhus 10 patienter eller fler med uppgift om väntetid (omfattar 7 491 patienter).

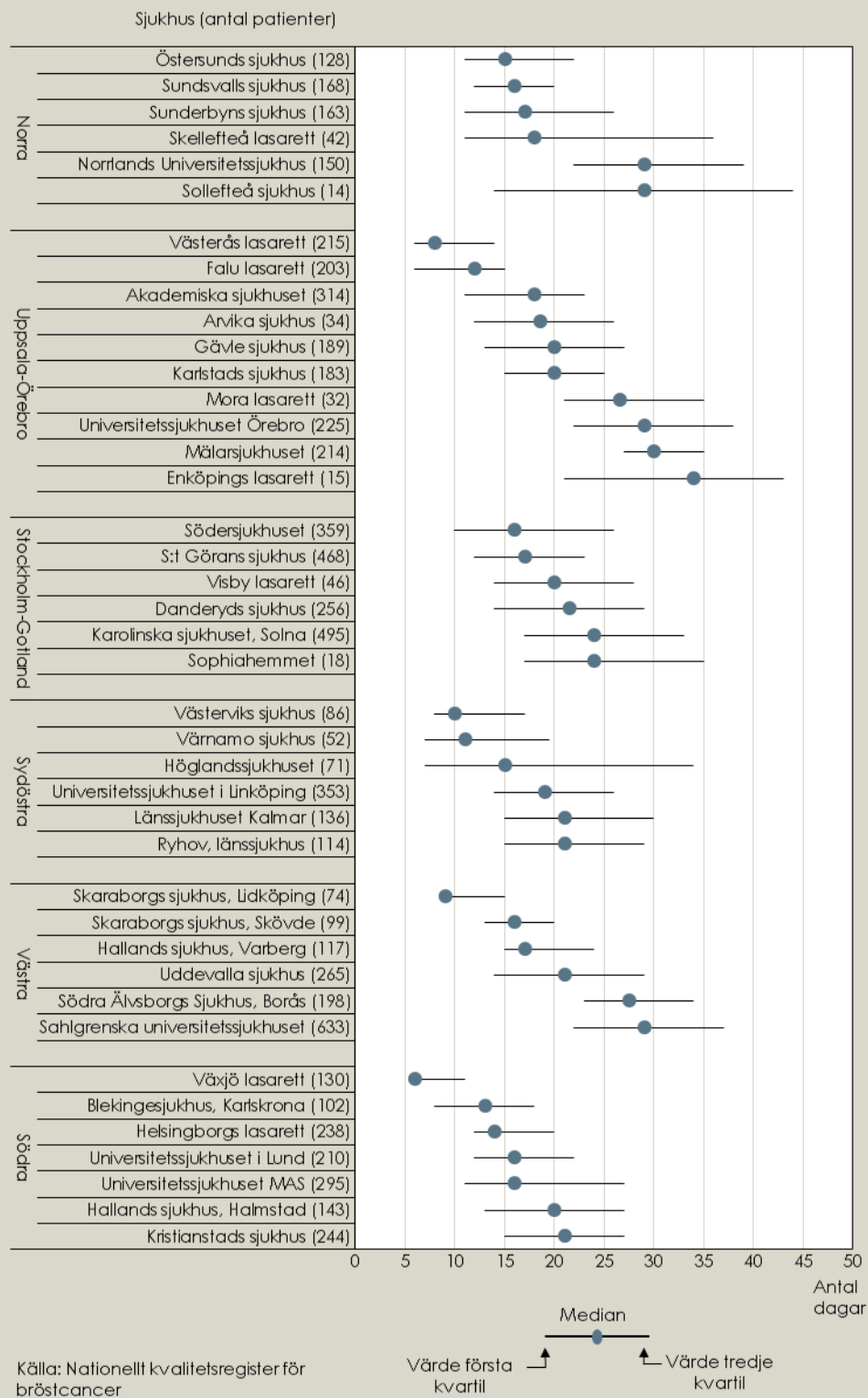
Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus i figur 3 var 6 respektive 34 dagar. Fler sjukhus inom Södra och Sydöstra sjukvårdsregionerna hade något kortare medianväntetid än sjukhusen inom övriga sjukvårdsregioner.

Skillnaderna i medianväntetid är fortfarande stora mellan olika sjukvårdsregioner och inom respektive sjukvårdsregion. Minst var skillnaderna i medianväntetid mellan sjukhusen inom Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion, som dock också hade bland de högsta medianväntetiderna.

Stor variation i väntetid finns även vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna mellan olika sjukvårdsregioner och inom respektive sjukvårdsregion. Mest varierar det mellan sjukhusen inom Norra sjukvårdsregionen, där störst variation finns inom sjukhus med lägst antal patienter.

Figur 3. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med bröstcancer 2014

Medianväntetid mellan första besök hos specialistläkare och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Hudmelanom

Hudcancer – malignt melanom

Cirka 3 400 fall (lika många män som kvinnor) nydiagnostiserades med malignt melanom i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde drygt 37 000 personer som någon gång fått diagnosen malignt melanom. Drygt 500 personer dog av sjukdomen år 2013.

Malignt melanom är den allvarligaste formen av hudcancer. Den största riskfaktorn för malignt melanom är solens ultraviolette strålning. Antalet nyinsjuknade ökar med mer än 5 procent årligen. Två tredjedelar av alla melanom diagnostiseras hos personer som är äldre än 60 år.

Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med malignt melanom i Sverige var 91 procent under åren 2009-2013 (94 procent för kvinnor och 89 procent för män).

Om misstanke om malignt melanom finns opereras förändringen bort av hudläkare/primärvårdsläkare/kirurg. Patienten får diagnosen efter att svar har kommit från patologisk anatomisk analys (PAD). Efter remiss till sjukhus opereras vanligen lite mer hud bort runt äret för marginal och samtidigt den närmst dränerande lymfkörteln (portvakten) för att kontrollera om spridning föreligger. Finns misstanke om att sjukdomen har spridit sig till andra organ, till exempel lymfkörtlar, görs ytterligare undersökningar.

Nya läkemedel, målstyrda eller med specifik verkan på immunförsvaret har de senaste åren dramatiskt förändrat behandlingen vid spridd sjukdom.

Underlaget till väntetidsberäkningen vid malignt melanom är avgränsat till patienter som diagnostiserats för malignt melanom under år 2014. För de flesta patienter sker behandlingen redan under första läkarbesöket, främst inom primärvården och i majoriteten av fallen blir det inte aktuellt med remissutfärdande.

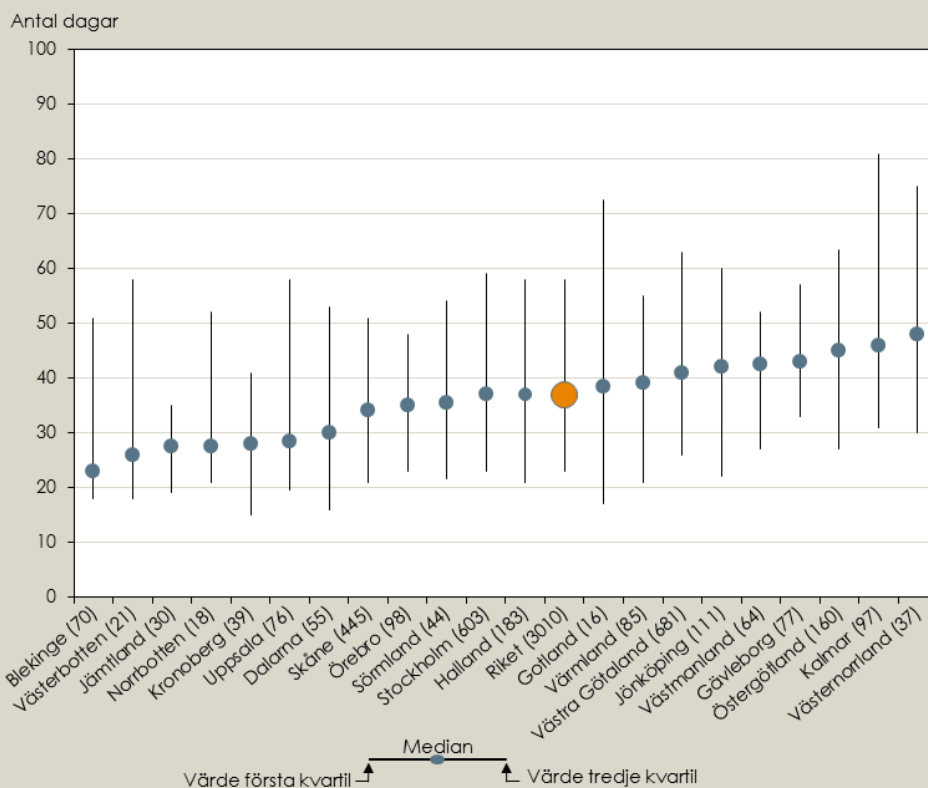
I figur 4 redovisas därför väntetiden från första läkarbesök till information om diagnos till patienten. För riket var medianväntetiden 37 dagar och varierade från 23 till 48 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 25 dagar och att den längsta medianväntetiden är två gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 23 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 15 till 33 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 58 dagar med en variation på 35 till 81 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är mycket stor inom flertalet av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 55,5 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 16 dagar, vilket ger en skillnad på 39,5 dagar.

Figur 4. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med malignt melanom 2014

Medianväntetid mellan första läkarbesök och diagnosinformation till patient samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister hudmelanom

Eftersom malignt melanom behandlas såväl i primärvård som vid hudkliniker och mottagningar i och utanför sjukhus, har inte någon sammanställning per sjukhus gjorts.

Huvud- och halscancer

Huvud- och halscancer

Cirka 1 400 fall (63 procent män, 37 procent kvinnor) nydiagnostiserades med huvud- och halscancer i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde drygt 11 000 personer som någon gång fått diagnosen huvud-och halscancer. Cirka 400 personer dog av sjukdomen år 2013.

Huvud- och halscancer drabbar främst personer över 60 år. Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med huvud- och halscancer i Sverige var 65 procent under åren 2009-2013 (69 procent för kvinnor och 63 procent för män).

Huvud- och halscancer är ett samlingsnamn för nio olika diagnosgrupper av tumörer: i läpp, munhåla, mellan-, näs- och nedre svalg, struphuvud, näsa- och bihålor och spottkörtlar samt metastaser i lymfkörtlar på halsen.

Tumören inom varje diagnos kan skilja sig avseende växtsätt, risk för spridning, prognos och behandling. Överlevnaden varierar stort beroende vilken cancergrupp det rör sig om.

I väntetidsmätningarna som Socialstyrelsen redovisat har kvalitetsregistret för huvud- och halscancer bidragit med data för två år per mätning för att uppnå större patientunderlag. Till väntetidsberäkningen i den här rapporten har patienter som startat behandling under 2013 och 2014 ingått.

I figur 5 redovisas väntetiden från remissankomst på sjukhuskliniken till behandlingsstart. Det är stora skillnader i utredning och behandling av de olika cancerformerna inom huvud- och halscancer. Väntetiderna redovisas sammantaget för alla diagnoser och ska därför tolkas med försiktighet.

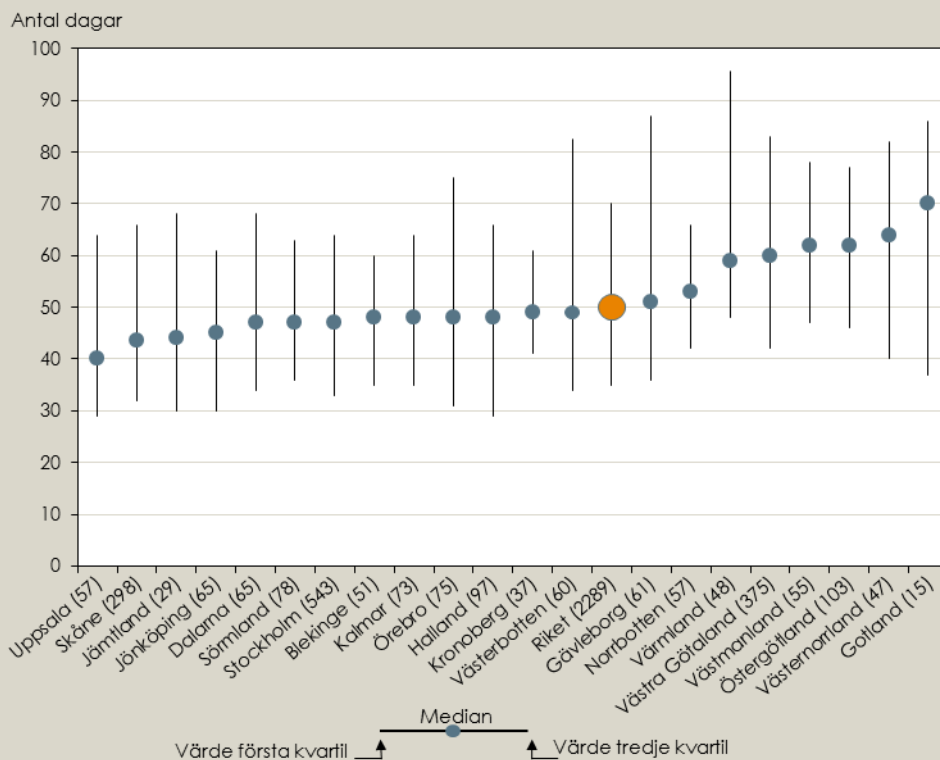
För riket var medianväntetiden 50 dagar och varierade från 40 till 70 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 30 dagar och att den längsta medianväntetiden är närmast två gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 35 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 29 till 48 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 70 dagar med en variation på 61 till 95,5 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är stor inom de flesta landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 49 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 20 dagar, vilket ger en skillnad på 29 dagar.

Figur 5. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med huvud- och halscancer 2013–2014

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



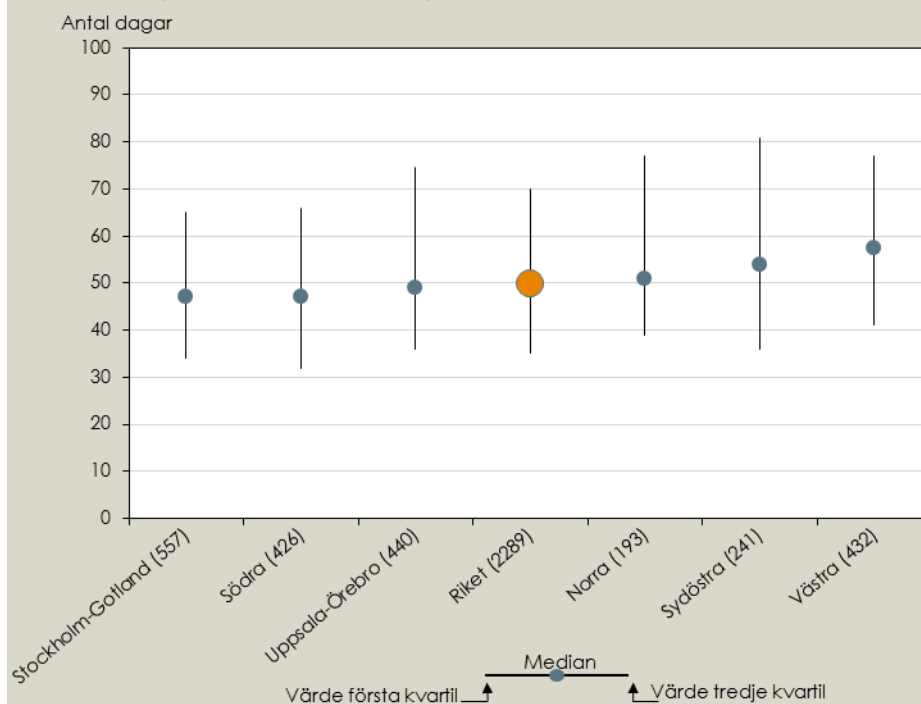
Källa: : Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

För patienter med huvud- och halscancer sker cirka 90 procent av all behandling på regionsjukhus, medan länssjukhusen utreder patienterna fram till behandlingsbeslut. Därför redovisas medianväntetiden inte per sjukhus, utan samlat per sjukvårdsregion.

Kortast och längst medianväntetid för sjukvårdsregionerna var 47 respektive 57,5 dagar (figur 6). En viss variation i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna förelåg mellan regionerna. Störst variation finns inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Figur 6. Variationer i medianväntetid mellan sjukvårdsregioner för patienter med huvud- och halscancer 2013–2014

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: : Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Lungcancer

Lungcancer

Cirka 3 700 fall (lika många män som kvinnor) nydiagnostiserades med lungcancer i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde omkring 9 300 personer som någon gång fått diagnosen lungcancer. Drygt 3 600 personer dog av sjukdomen år 2013.

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken. Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med lungcancer i Sverige var 17 procent under åren 2009-2013 (20 procent för kvinnor och 15 procent för män).

Lungcancer ökar hos kvinnor. Medelåldern vid insjuknandet i lungcancer är 70 år, men drygt 100 personer per år får diagnosen före 50-årsåldern.

Lungcancer kan opereras om den upptäcks tidigt. Om cancern växer i flera delar av lungan tas hela lungan bort. Lungcancer där tumören är för stor för att opereras behandlas med cytostatika och strålbehandling. Även vid spridd sjukdom är cytostatika aktuellt. Så kallade mål-inriktade läkemedel kan vara aktuella om tumören uppvisar vissa biologiska egenskaper.

Underlaget till väntetidsberäkningen vid lungcancer är avgränsat till patienter som diagnostiserats för lungcancer under år 2013.

I figur 7 redovisas väntetiden från remissankomst på sjukhuskliniken till behandlingsbeslut. Medianväntetiden för Blekinge redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.

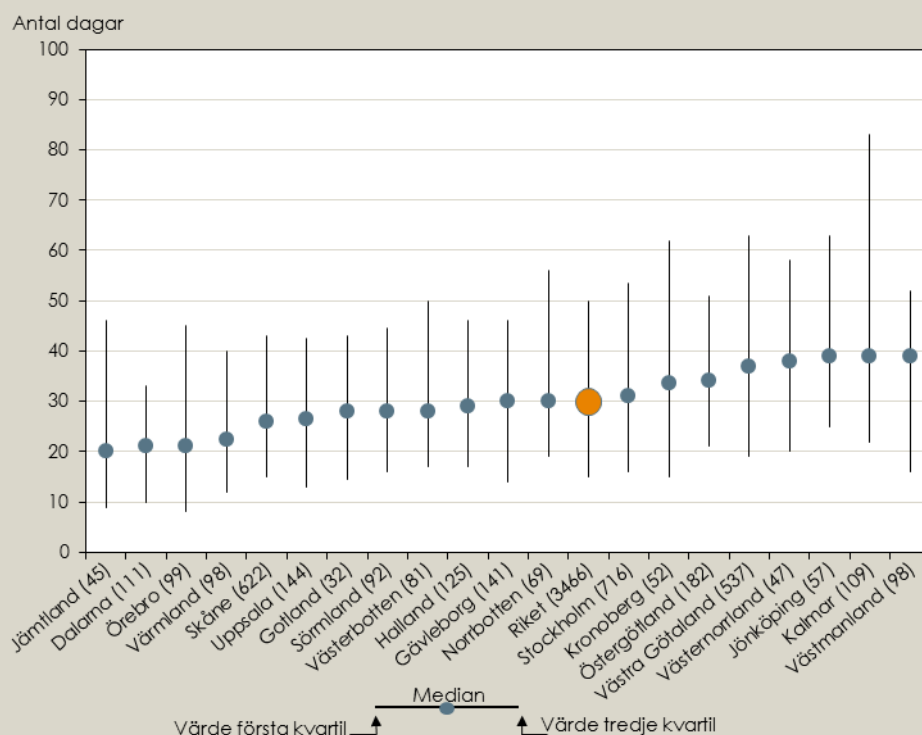
För riket var medianväntetiden 30 dagar och varierade från 20 till 39 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 19 dagar och att den längsta medianväntetiden är två gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 15 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 8 till 25 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 50 dagar med en variation på 33 till 83 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 61 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 23 dagar, vilket ger en skillnad på 38 dagar.

Figur 7. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med lungcancer 2013

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsbeslut samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes*.



* Medianväntetiden för Blekinge redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för lungcancer

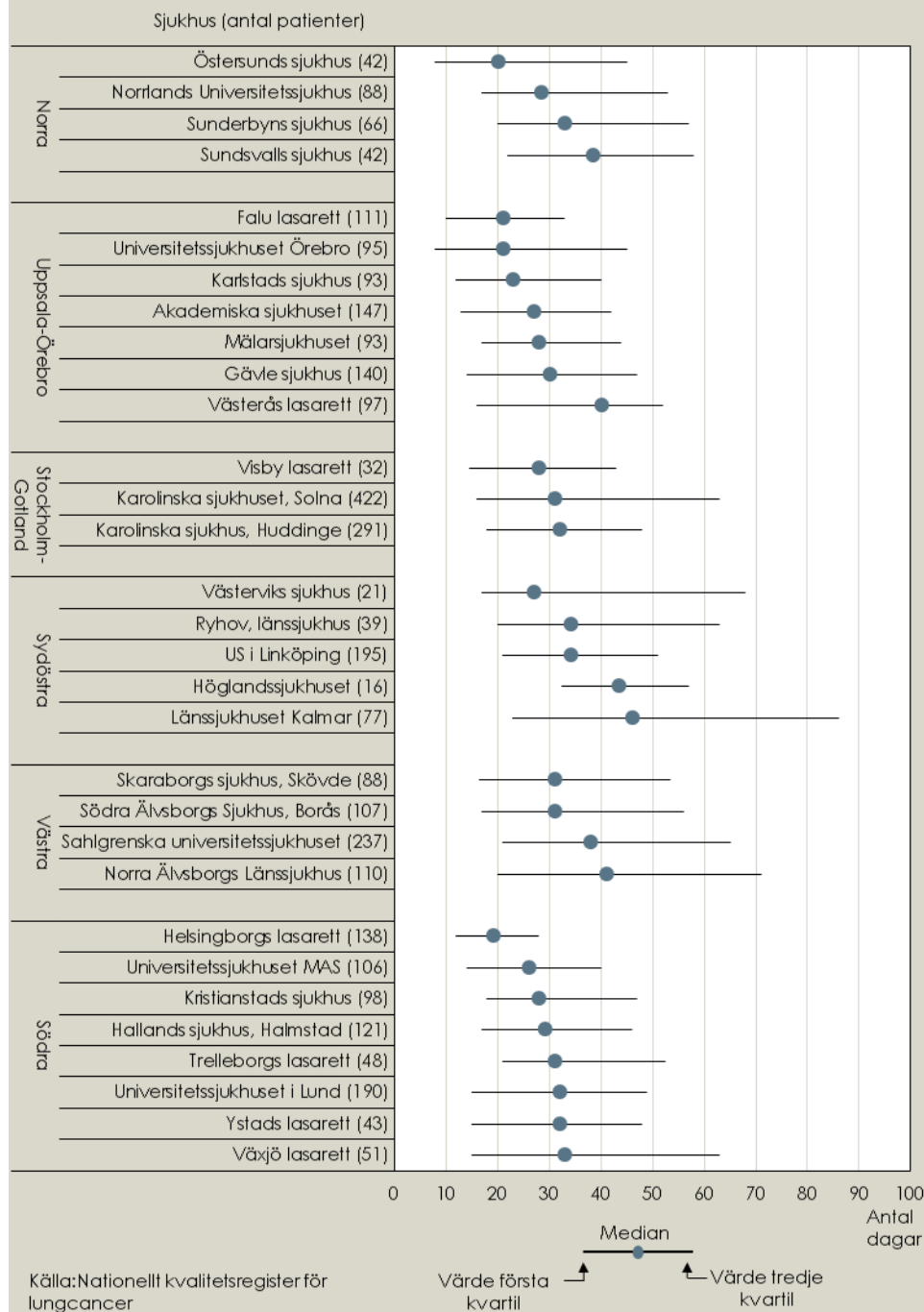
I underlaget från lungcancerregistret ingick 38 sjukhus som behandlar patienter med lungcancer. Av dessa hade 31 sjukhus tio patienter eller fler med uppgift om väntetid (omfattar 3 444 patienter).

Kortast och längst medianväntetid för behandlingsbeslut för samtliga sjukhus var 19 respektive 46 dagar (figur 8). Skillnader i medianväntetid finns mellan olika sjukvårdsregioner och inom respektive sjukvårdsregion. Fler sjukhus inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion hade kortare medianväntetid än övriga sjukvårdsregioner. Sjukhusen inom Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion hade minst skillnad i medianväntetid.

Minsta skillnaden i variation (kvartilbredd) mellan sjukhusen vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna finns inom Norra sjukvårdsregionen. Samma sjukvårdsregion har dock stor skillnad vad gäller medianväntetiden mellan sjukhusen.

Figur 8. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med lungcancer 2013

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsbeslut samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Magsäckscancer

Magsäckscancer

Omkring 850 fall (65 procent män och 35 procent kvinnor) nydiagnostiserades med magsäckscancer (ventrikelcancer) i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde drygt 3 000 personer som någon gång fått diagnosen magsäckscancer. Cirka 3 500 personer dog av sjukdomen år 2013.

Antal nya fall av magsäckscancer har minskat kraftigt sedan 1960-talet. Medelåldern för insjuknande i cancer i magsäck är cirka 65 år. Det är ovanligt med dessa tumörer före 50 års ålder.

Magsäckscancer är den näst vanligaste orsaken till cancerdöd i världen. Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med magsäckscancer i Sverige var 25 procent under åren 2009-2013 (28 procent för kvinnor och 24 procent för män).

Cytostatika- och/eller strålbehandling kan vara aktuellt för tumörkrympande effekt innan kirurgi (botande behandling).

Underlaget till väntetidsberäkningen vid magsäckscancer är avgränsat till patienter som diagnostiserats för magsäckscancer under år 2014.

I figur 9 redovisas väntetiden från remissankomst på sjukhuskliniken till behandlingsbeslut. Antalet patienter är lågt för flertalet landsting/regioner vilket också ger ett relativt litet antal patienter totalt för riket.

Medianväntetiden för sex landsting/regioner (Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping och Sörmland) redovisas inte eftersom antalet patienter inom dessa landsting/regioner är färre än tio.

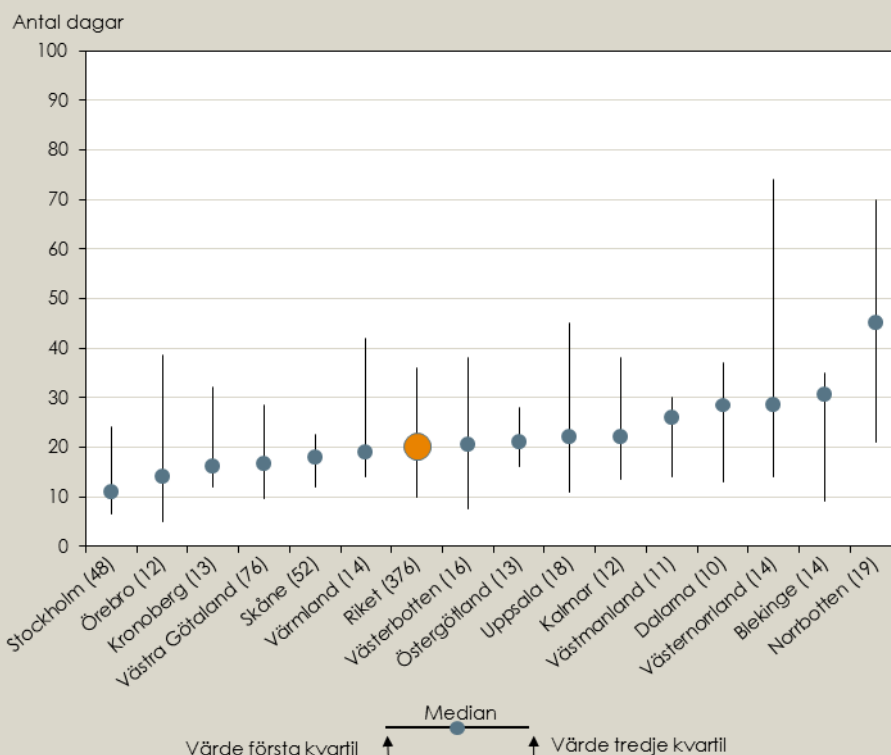
För riket var medianväntetiden 20 dagar och varierade från 11 till 45 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 34 dagar och att den längsta medianväntetiden är fyra gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 10 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 5 till 21 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 36 dagar med en variation på 22,5 till 74 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är betydligt större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 60 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 12 dagar, vilket ger en skillnad på 48 dagar.

Figur 9. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med magsäckscancer 2014

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsbeslut samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes*.



* Medianväntetiden för Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping och Sörmland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.

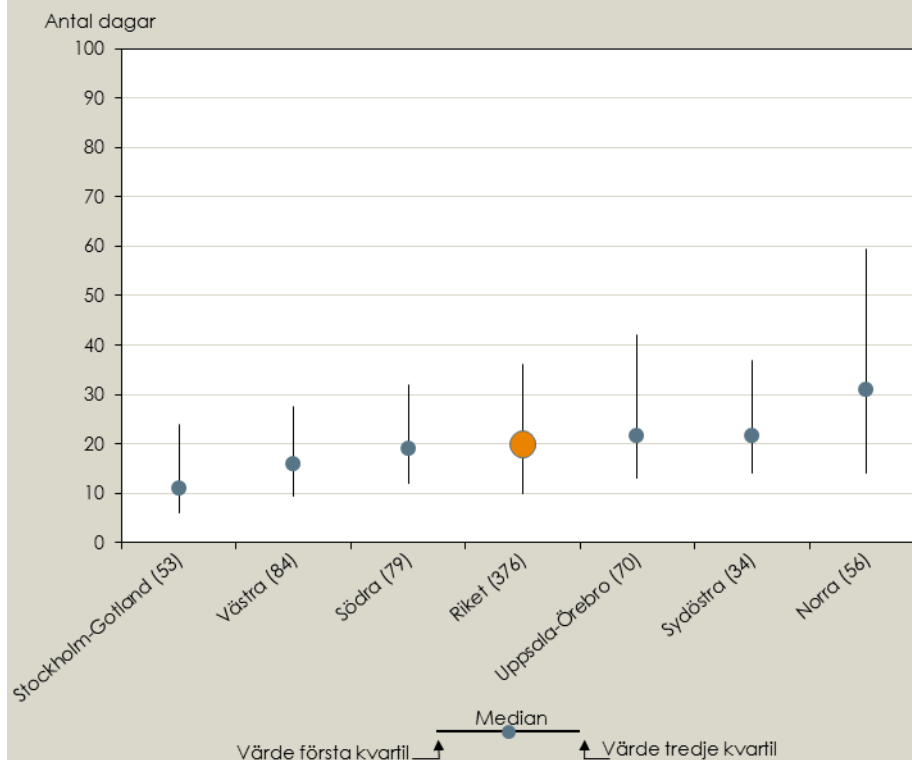
Källa: Nationellt kvalitetsregister matstrups- och magsäckscancer

I underlaget från kvalitetsregistret ingick 47 sjukhus som behandlar patienter med magsäckscancer. Av dessa hade endast 14 sjukhus tio patienter eller fler med uppgift om väntetid (omfattar 265 patienter). På grund av fåtalet sjukhus med tio patienter eller fler redovisas medianväntetiden per sjukvårdsregion i stället.

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukvårdsregioner i figur 10 var 11 respektive 31 dagar. Längst medianväntetid och störst variation vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna finns inom Norra sjukvårdsregionen.

Figur 10. Variationer i medianväntetid mellan sjukvårdsregioner för patienter med magsäckscancer 2014

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsbeslut samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister matstrups- och magsäckscancer

Matstrupscancer

Matstrupscancer

450 fall (75 procent män och 25 procent kvinnor) nydiagnostiserades med matstrupscancer (esofaguscancer) i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde omkring 900 personer som någon gång fått diagnosen matstrupscancer. Drygt 400 personer dog av sjukdomen år 2013.

Medelåldern för insjuknande i cancer i matstrupe är cirka 65 år. Det är ovanligt med dessa tumörer före 50 års ålder.

Matstrupscancer är den sjunde orsaken till cancerdöd i världen. Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med matstrupscancer i Sverige var 14 procent under åren 2009-2013 (16 procent för kvinnor och 13 procent för män).

Cytostatika- och/eller strålbehandling kan vara aktuellt för tumörkrympande effekt innan kirurgi (botande behandling).

Underlaget till väntetidsberäkningen vid matstrupscancer är avgränsat till patienter som diagnostiserats för matstrupscancer under år 2014.

I figur 11 redovisas väntetiden från remissankomst på sjukhuskliniken till behandlingsbeslut. Medianväntetiden för tre landsting/regioner (Gotland, Gävleborg, och Jämtland) redovisas inte eftersom antalet patienter inom dessa landsting/regioner är färre än tio.

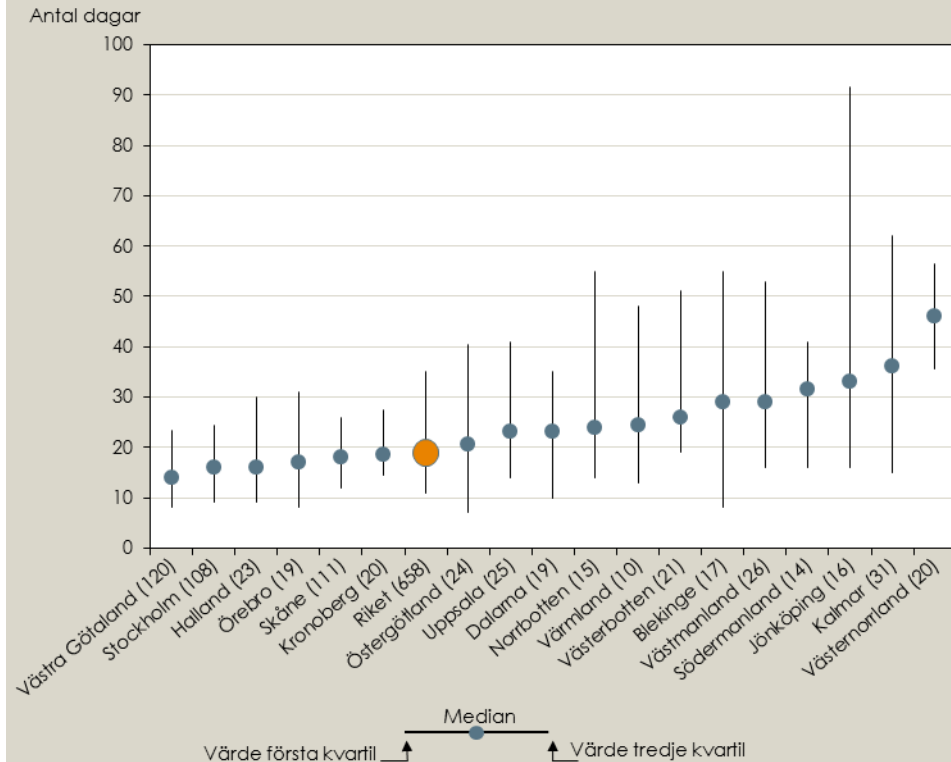
För riket var medianväntetiden 19 dagar och varierade från 14 till 46 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 32 dagar och att den längsta medianväntetiden är drygt tre gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 11 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 7 till 35,5 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 35 dagar med en variation på 23,5 till 91,5 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är avsevärt större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 75,5 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 13 dagar, vilket ger en skillnad på 62,5 dagar.

Figur 11. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med matstrupscancer 2014

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsbeslut samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes*.



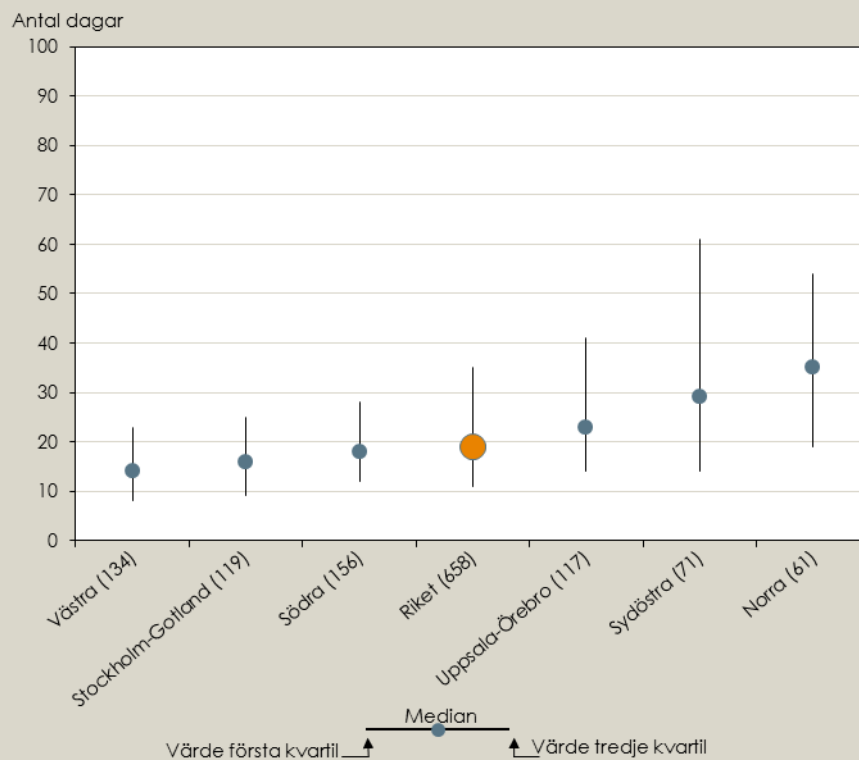
* Medianväntetiden för Gotland, Gävleborg och Jämtland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.
Källa: Nationellt kvalitetsregister matstrups- och magsäckscancer

I underlaget från kvalitetsregistret ingick 45 sjukhus som behandlar patienter med magsäckscancer. Av dessa hade endast 16 sjukhus tio patienter eller fler med uppgift om väntetid (omfattar 552 patienter). På grund av det fåtaliga antalet sjukhus med tio patienter eller fler redovisas medianväntetiden per sjukvårdsregion i stället.

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukvårdsregioner i figur 12 var 14 respektive 35 dagar. Längst medianväntetid hade Norra sjukvårdsregionen. Störst variation vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna finns inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Figur 12. Variationer i medianväntetid mellan sjukvårdsregioner för patienter med matstrupscancer 2014

Medianväntetid mellan remissankomst och behandlingsbeslut samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister matstrups- och magsäckscancer

Njurcancer

Njurcancer

Drygt 1 000 fall (61 procent män, 39 procent kvinnor) nydiagnostiserades med njurcancer i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde drygt 9 600 personer som någon gång fått diagnosen njurcancer. Omkring 500 personer dog av sjukdomen år 2013.

Njurcancer är inte en homogen malign sjukdom utan består av ett flertal olika njurcancertyper med genetiskt skilda förändringar. Njurcancer är den vanligaste maligna tumören i njurparenkymet och utgör cirka 2 procent av all cancer hos vuxna. De flesta som diagnostiseras med njurcancer är över 65 år, men cirka 100 personer per år som får diagnosen är under 50 år.

Prognosen för njurcancer har förbättrats det senaste decenniet. Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med njurcancer i Sverige var 71 procent under åren 2009-2013 (73 procent för kvinnor och 69 procent för män). För lokaliserad sjukdom med små tumörer är den relativa femårsöverlevnaden högre.

Om tumören inte vuxit utanför njuren är behandlingen operation (hela eller delar av njuren tas bort). Vid spridd sjukdom ges läkemedel som stör tumörcellernas tillväxt och nybildning av blodkärl.

Underlaget till väntetidsberäkningen vid njurcancer är avgränsat till patienter som genomgått en operation under 2014.

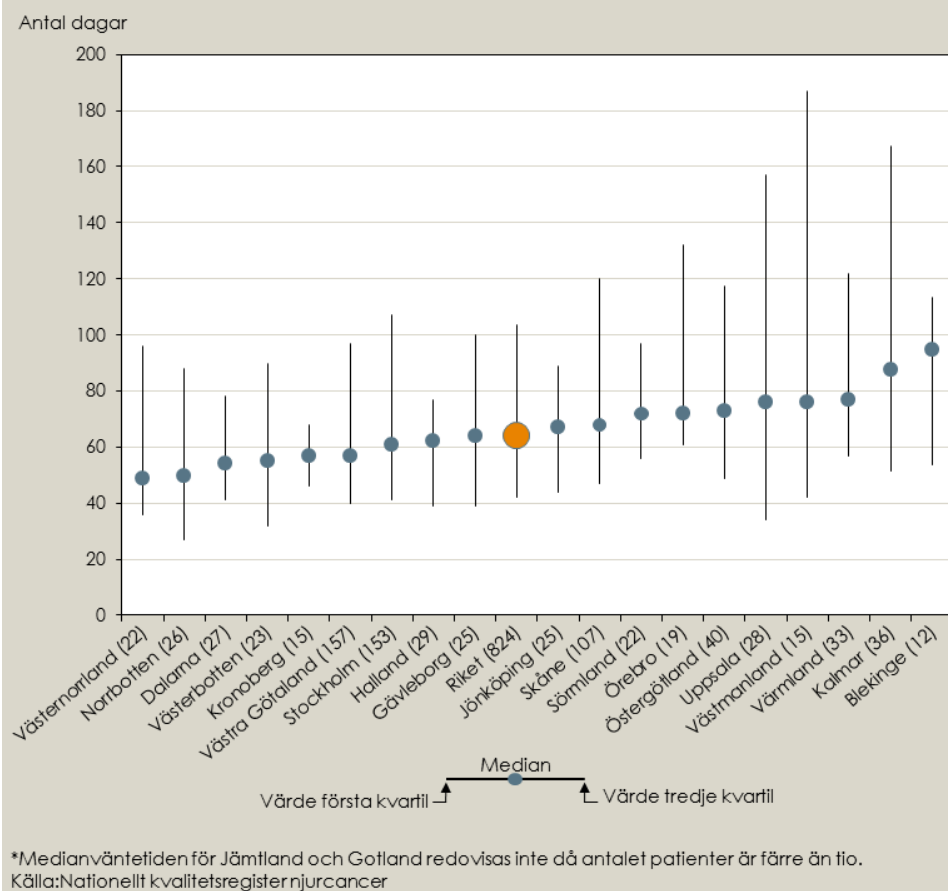
I figur 13 redovisas väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart. För riket var medianväntetiden 64 dagar och varierade från 49 till 94,5 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 45,5 dagar och att den längsta medianväntetiden är närmast två gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 42 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 27 till 61 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 103,5 dagar med en variation på 68 till 187 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är avsevärt större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 145 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 22 dagar, vilket ger en skillnad på 123 dagar.

Figur 13. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med njurcancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



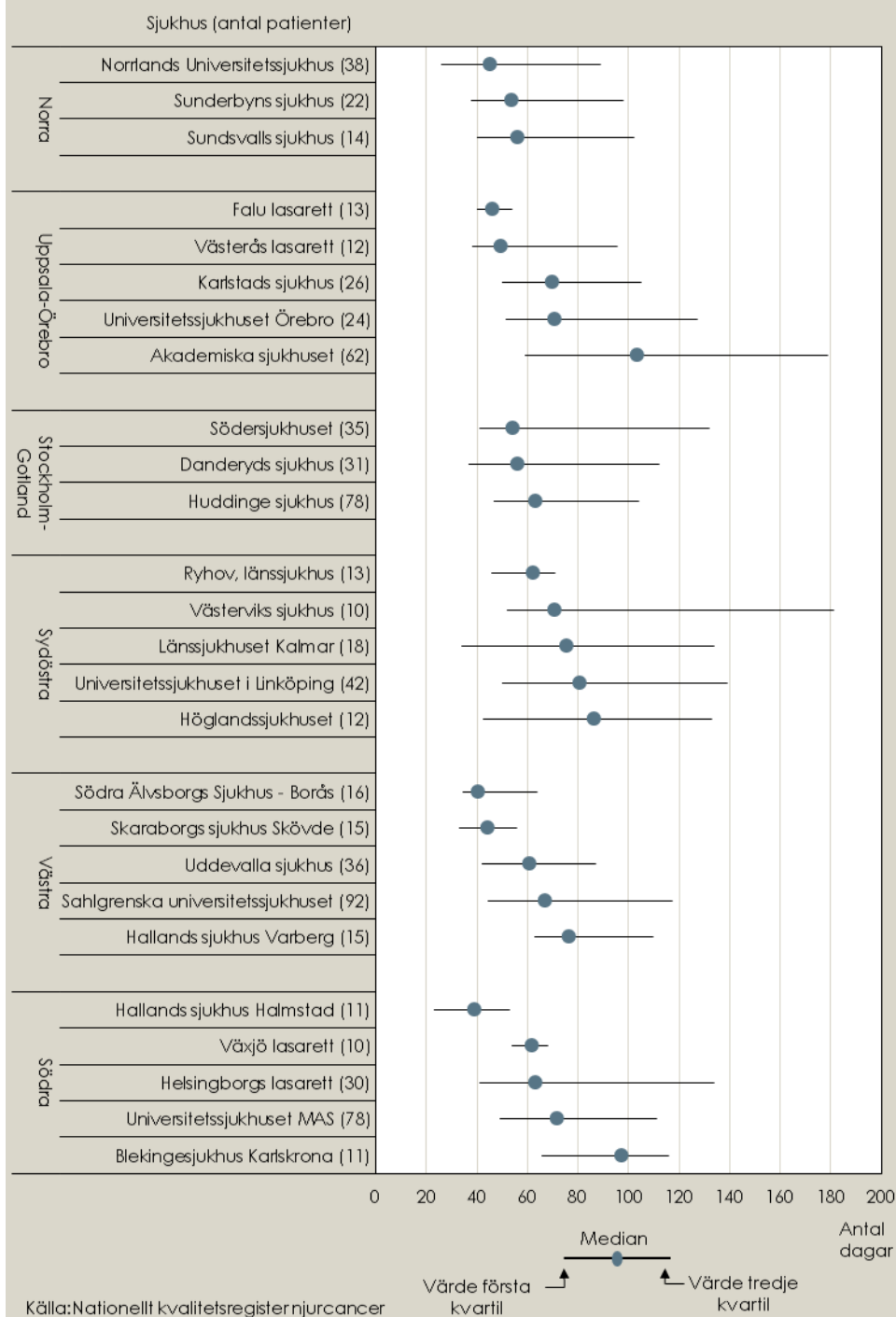
I underlaget från njurcancerregistret ingick 39 sjukhus som opererar njurcancer. Av dessa hade 26 sjukhus tio patienter eller fler med uppgift om väntetid (omfattar 764 patienter).

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus i figur 14 var 39 respektive 103 dagar. Variationen i väntetid är mycket stor både mellan och inom sjukvårdsregioner. Norra och Stockholm-Gotlands sjukvårdsregioner hade med sina färre antal sjukhus bland de kortare medianväntetiderna.

Minst variation mellan sjukhusen, vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna, finns inom Norra sjukvårdsregionen. Störst variation finns mellan sjukhusen inom Uppsala Örebro, följt av Sydöstra och Södra sjukvårdsregionerna.

Figur 14. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med njurcancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Prostatacancer

Prostatacancer

Det fanns cirka 10 000 nydiagnostiserade fall av prostatacancer bland män i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde cirka 93 000 män som någon gång fått diagnosen prostatacancer. Omkring 2 400 män dog av sjukdomen år 2013.

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och utgör en tredjedel av all cancer hos män. Sjukdomen är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken bland män.

Cirka hälften av patienterna som drabbas av prostatacancer är över 70 år och sjukdomen är mycket ovanlig före 50 års ålder.

Den relativa femårsöverlevnaden för män med prostatacancer i Sverige var 89 procent under åren 2009-2013.

Val av behandling avgörs av PSA-nivå (nivån av prostataspecifikt antigen), differentiering av tumörer och sjukdomens stadium. Cirka hälften av männen behandlas med strålbehandling eller operation av prostatakörteln.

Underlaget för väntetidsberäkningarna vid prostatacancer är avgränsad till patienter behandlade under år 2014. Underlaget är uppdelat i två grupper som redovisas separat: patienter med intermediär- och högriskcancer¹³ samt män med fjärrmetastaserad (spridd) prostatacancer.

I figur 15 redovisas väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart för patienter med intermediär- och högriskprostatacancer. Liksom i tidigare väntetidsmätningar har gruppen med intermediär- och högriskprostatacancer den längsta väntetiden av alla ingående cancerformer.

För riket var medianväntetiden 167 dagar och varierade från 119 till 232 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 113 dagar och att den längsta medianväntetiden är nästan två gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

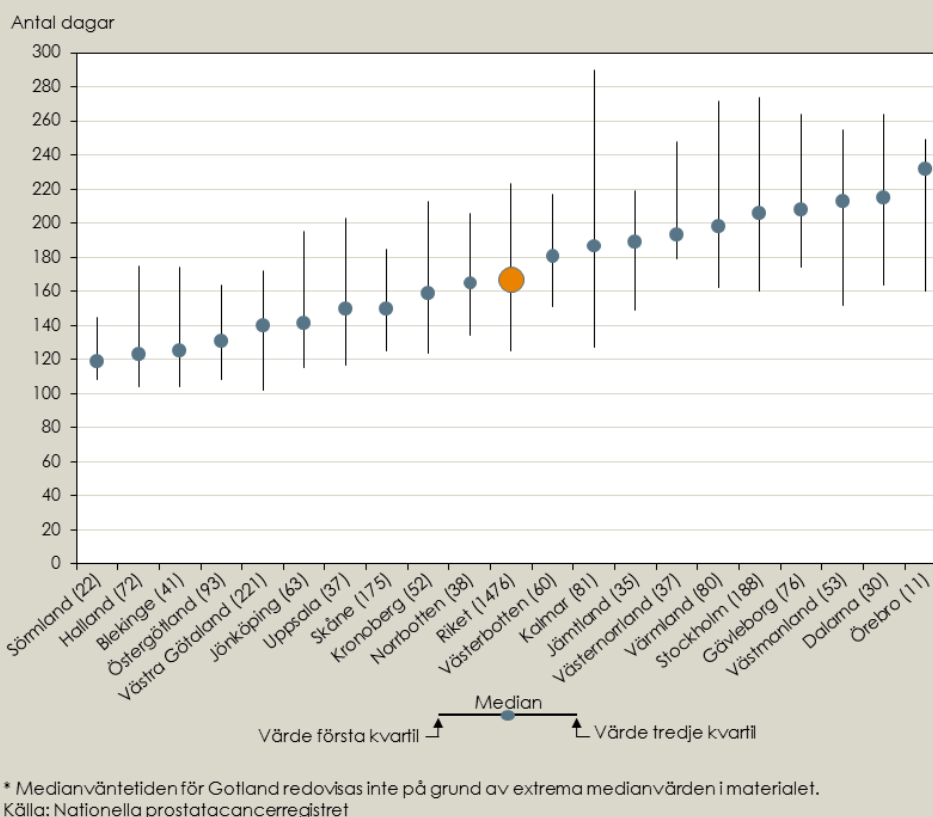
För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 125 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 102 till 179 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 223 dagar med en variation på 145 till 290 dagar. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är betydligt större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 163 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 37 dagar, vilket ger en skillnad på 126 dagar.

¹³ Eftersom riskkategorin regionalt metastaserad (lokalt avancerad) prostatacancer inte ingått i några av tidigare års underlag, och för att kunna följa väntetidsutvecklingen under flera år, ingår denna riskkategori inte i årets urval heller.

Figur 15. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med intermediär- och högriskprostatacancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes*.



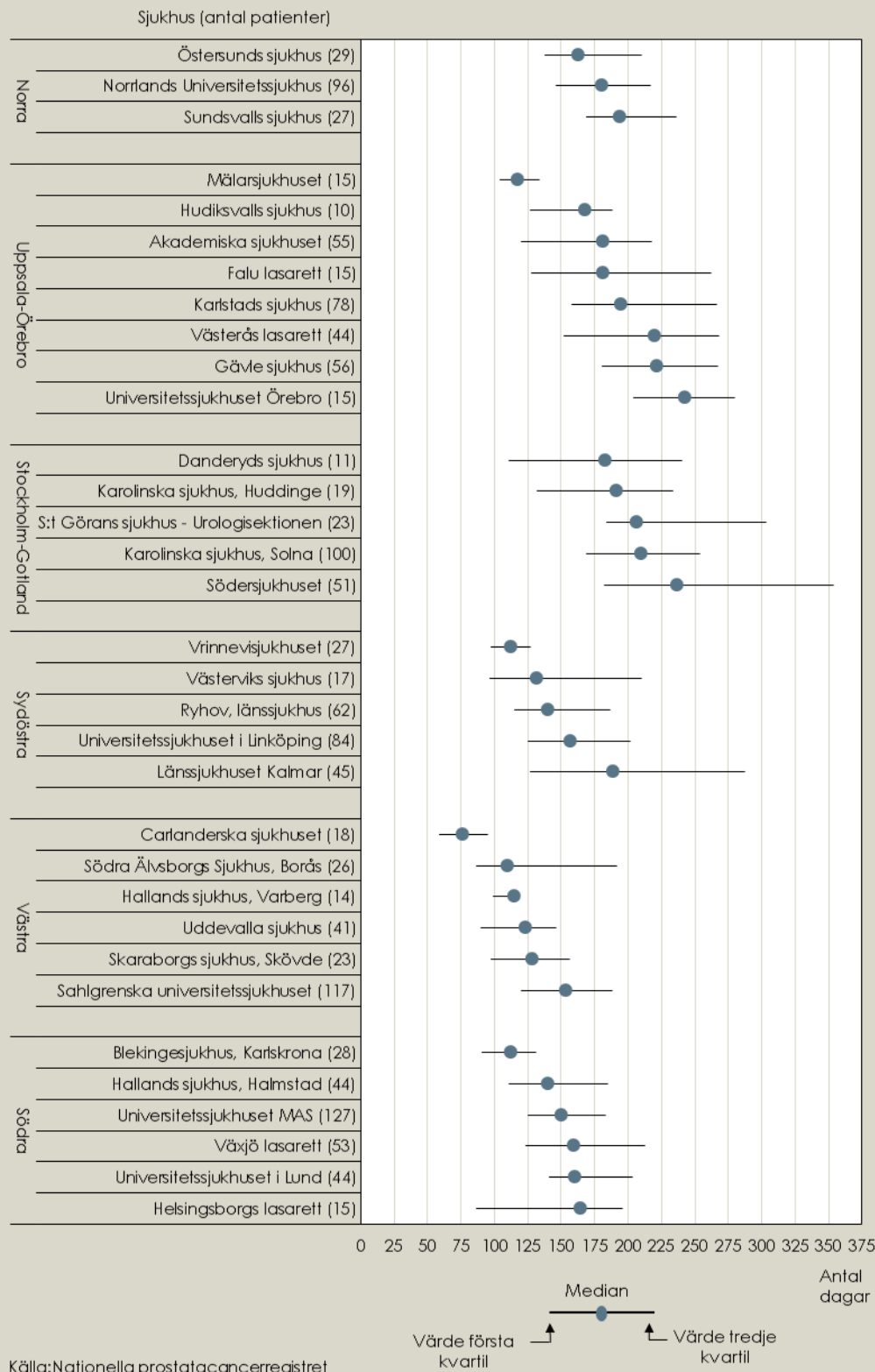
I underlaget från prostatacancerregistret ingick 91 vårdgivare som diagnostiserar prostatacancer. Av dessa hade 38 sjukhus tio patienter eller fler med uppgift om väntetid (omfattar 2 063 patienter).

Antalet sjukhus som behandlat tio patienter eller fler med intermediär- och högriskcancer och med uppgift om väntetid var 33 (omfattar 1 429 patienter). Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus i figur 16 var 76 respektive 236 dagar. Fler sjukhus inom Västra sjukvårdsregionen hade kortare medianväntetid än sjukhus inom övriga sjukvårdsregioner. Sjukhus med längst medianväntetid fanns inom Stockholm-Gotlands- och Uppsala-Örebro sjukvårdsregioner.

Variationen i väntetid vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är stor såväl mellan sjukvårdsregioner som inom respektive sjukvårdsregion. Sjukhus med störst variation (längst kvartilavstånd) finns inom Uppsala-Örebro-, Stockholm-Gotlands-, och Sydöstra sjukvårdsregionerna. Inom Norra sjukvårdsregionen, som också är bland de sjukvårdsregionerna med längst genomsnittlig medianväntetid, fanns minsta skillnaden i variation mellan sjukhusen.

Figur 16. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med intermediär- och högriskprostatacancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Vid fjärrmetastaserad prostatacancer har canceren spridit sig och det är inte möjligt att bota patienten. Patienterna får hormonbehandling som bromsar tumören och lindrar symtom. Patienter med fjärrmetastaserad prostatacancer har betydligt kortare väntetid än patienter med intermediär- och högriskprostatacancer.

I figur 17 redovisas väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart för patienter med fjärrmetastaserad prostatacancer.

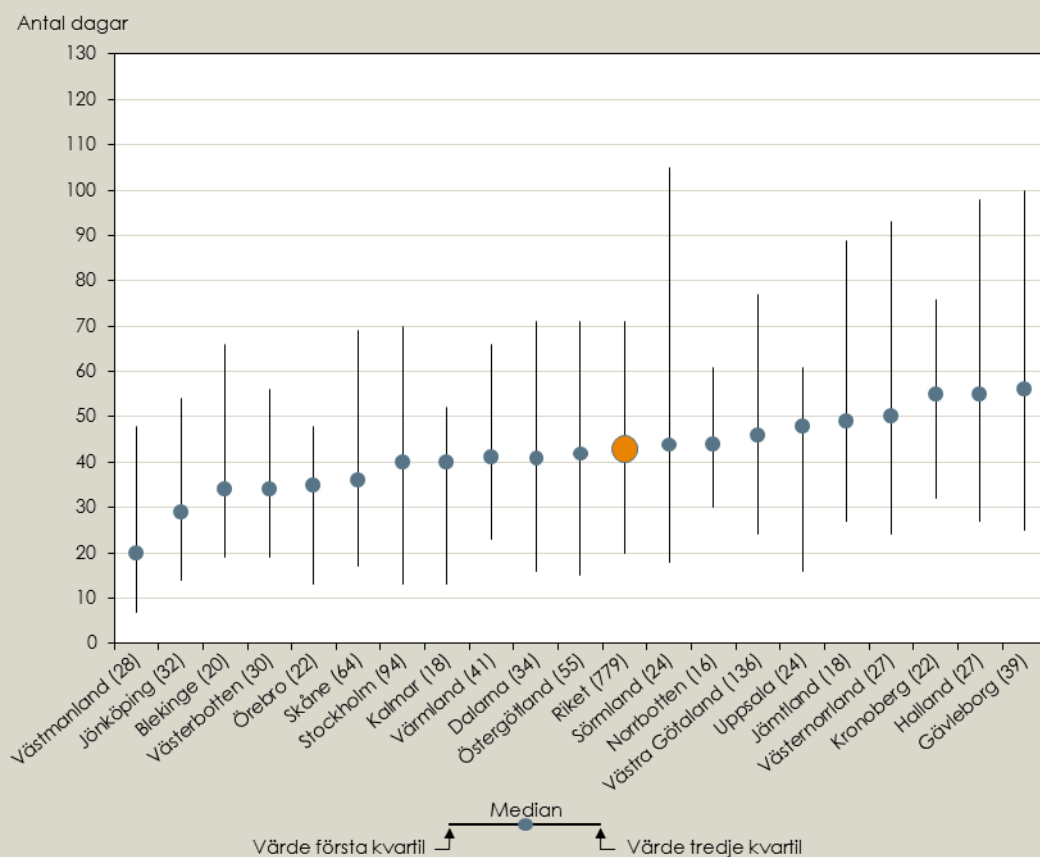
För riket var medianväntetiden 43 dagar och varierade från 20 till 56 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 36 dagar och att den längsta medianväntetiden är närmast tre gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 20 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 7 till 32 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 71 dagar med en variation på 48 till 105 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är mycket stor inom de flesta landsting/regioner. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 87 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 31 dagar, vilket ger en skillnad på 56 dagar.

Figur 17. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med fjärrmetastaserad prostatacancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes*.



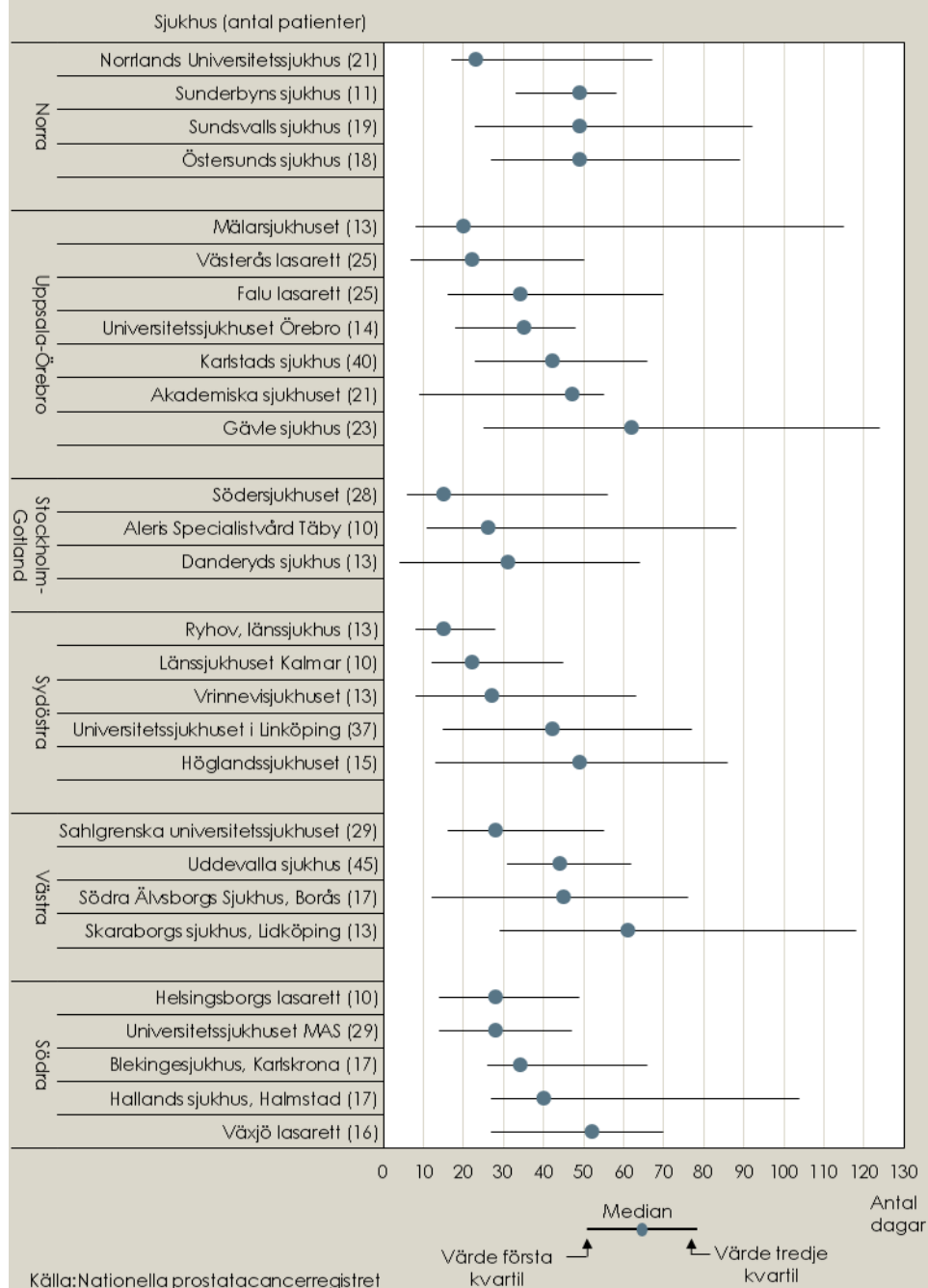
* Medianväntetiden för Gotland redovisas inte då antalet patienter är färre än tio.
Källa: Nationella prostatacancerregistret

Antalet sjukhus som behandlat tio patienter eller fler med fjärrmetastaserad prostatacancer och med uppgift om väntetid var 28 (omfattar 562 patienter).

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus i figur 18 var 15 respektive 62 dagar. Variationen för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är också avsevärt stor mellan sjukvårdsregioner och inom respektive sjukvårdsregion.

Figur 18. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med fjärrmetastaserad prostatacancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Tjocktarmscancer

Tjocktarmscancer

Cirka 4 200 fall (48 procent för män och 52 procent för kvinnor) nydiagnostiserades med tjocktarmscancer (koloncancer) i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde omkring 31 700 personer som någon gång fått diagnosen tjocktarmscancer. Drygt 1 800 personer dog av sjukdomen år 2013.

Tjocktarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen hos såväl män som kvinnor. Av de personer som får diagnosen tjocktarmscancer är 75 procent över 65 år och omkring 5 procent under 50 års ålder.

Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med tjocktarmscancer i Sverige var 66 procent under åren 2009-2013 (67 procent för kvinnor och 64 procent för män).

I behandlingen är operation förstahandsval och innebär att den del av tarmen där tumören finns tas bort. Cytostatika används för att hindra återfall i vissa fall. Vid spridd sjukdom utgörs behandlingen av cytostatika och strålbehandling och i några fall tas del av levern bort.

Den huvudsakliga behandlingen för patienter med tjocktarmscancer är kirurgi och de allra flesta opereras elektivt. Det finns patienter som opereras akut när cancern upptäcks i samband med annan sjukdom och dessa har en mer avancerad cancersjukdom.

Underlaget till väntetidsberäkningen vid tjocktarmscancer är avgränsat till elektivt opererade patienter under år 2014.

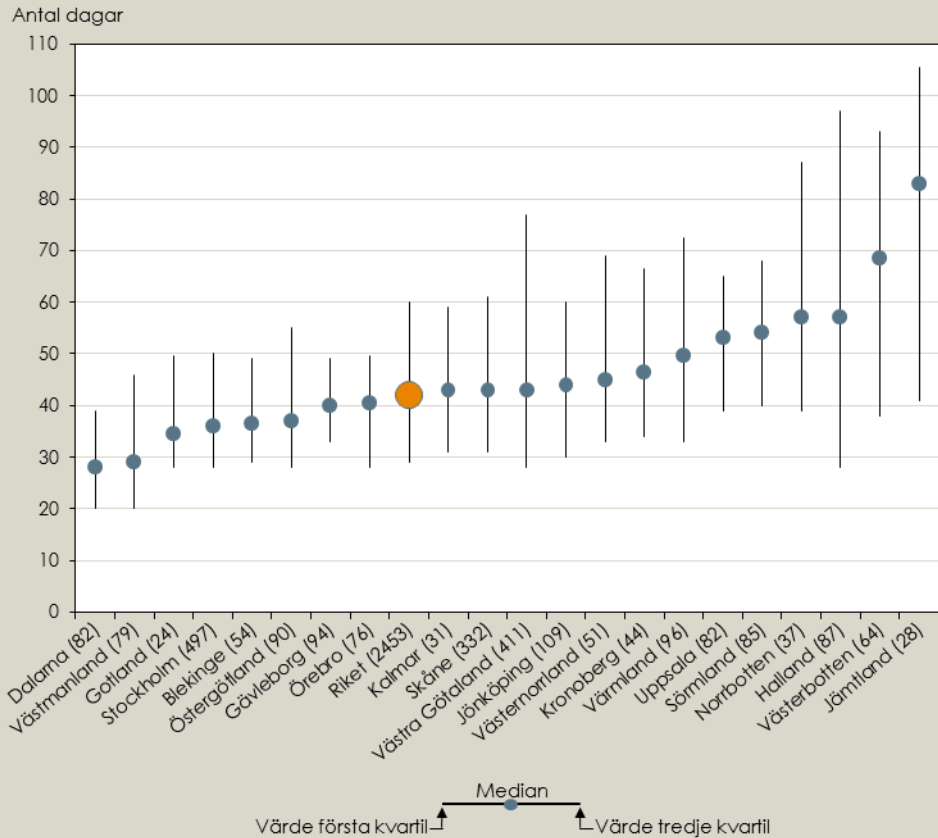
I figur 15 redovisas väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart. För riket var medianväntetiden 42 dagar och varierade från 28 till 83 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 55 dagar och att den längsta medianväntetiden är tre gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 29 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 20 till 41 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 60 dagar med en variation på 39 till 105,5 dagar mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är större inom några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 69 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 16 dagar, vilket ger en skillnad på 53 dagar.

Figur 19. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med tjocktarmscancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

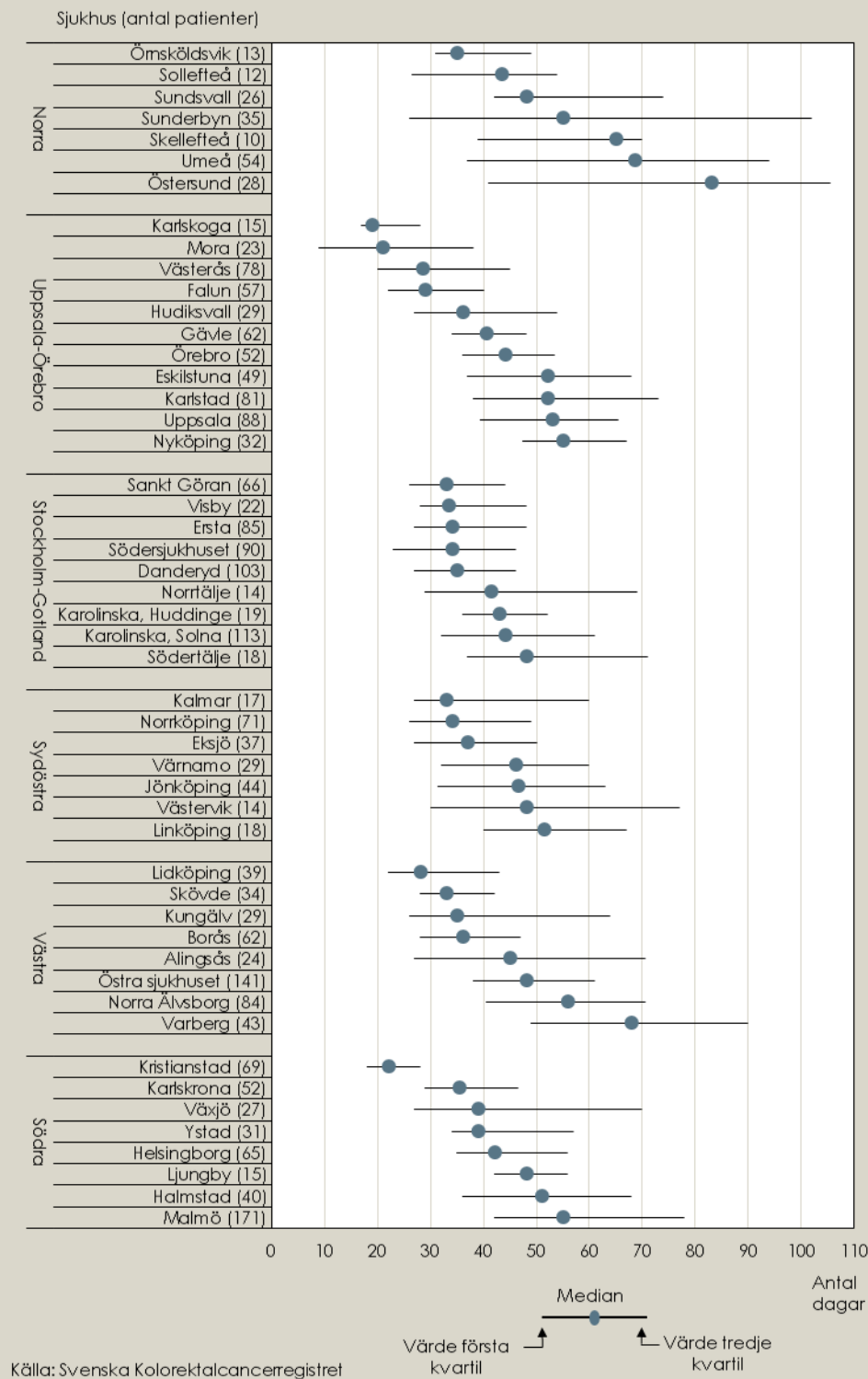
Av de 54 sjukhus som ingick i underlaget som behandlar patienter med tjocktarmscancer hade 50 sjukhus tio patienter eller fler med uppgifter om väntetid (omfattar 2 430 patienter).

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus var 11 respektive 83 dagar (figur 16).

Fler sjukhus i Norra sjukvårdsregionen har stor variation vad gäller de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna jämfört med sjukhusen i de övriga regionerna. Dessa sjukhus har också bland de längsta medianväntetiderna.

Figur 20. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med tjocktarmscancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Urinblåsecancer

Urinblåsecancer

Omkring 2 800 fall (76 procent män, 24 procent kvinnor) nydiagnostiserades med cancer i urinblåsan i Sverige år 2013. Den 31 december 2013 levde drygt 22 500 personer som någon gång fått diagnosen urinblåsecancer. Drygt 650 personer dog av sjukdomen år 2013.

Medelålder vid insjuknande av urinblåsecancer är drygt 70 år, även om sjukdomen också förekommer i yngre åldrar.

Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med urinblåsecancer i Sverige var 76 procent under åren 2009-2013 (74 procent för kvinnor och 77 procent för män).

Urinblåsecancer är näst efter prostatacancer den vanligaste urologiska tumörformen och är den helt dominerande uroteliala tumören. Urotelial cancer kan uppstå i hela urinvägarna från njurbäcken till urinrör (dvs. i njurbäcken, urinledare, urinblåsa och urinrör).

Omkring 90 procent av patienterna genomgår en transuretral resektion av blåstumören (TURB).

Underlaget till väntetidsberäkningen vid urinblåsecancer är avgränsat till patienter som genomgått en TURB-operation under år 2014. Registrering av patienter med cancer i njurbäcken, urinledare och urinrör startade från januari 2015 i nationella kvalitetsregistret för urinblåsecancer. Patienter med de cancerformerna finns därför inte med i underlaget.

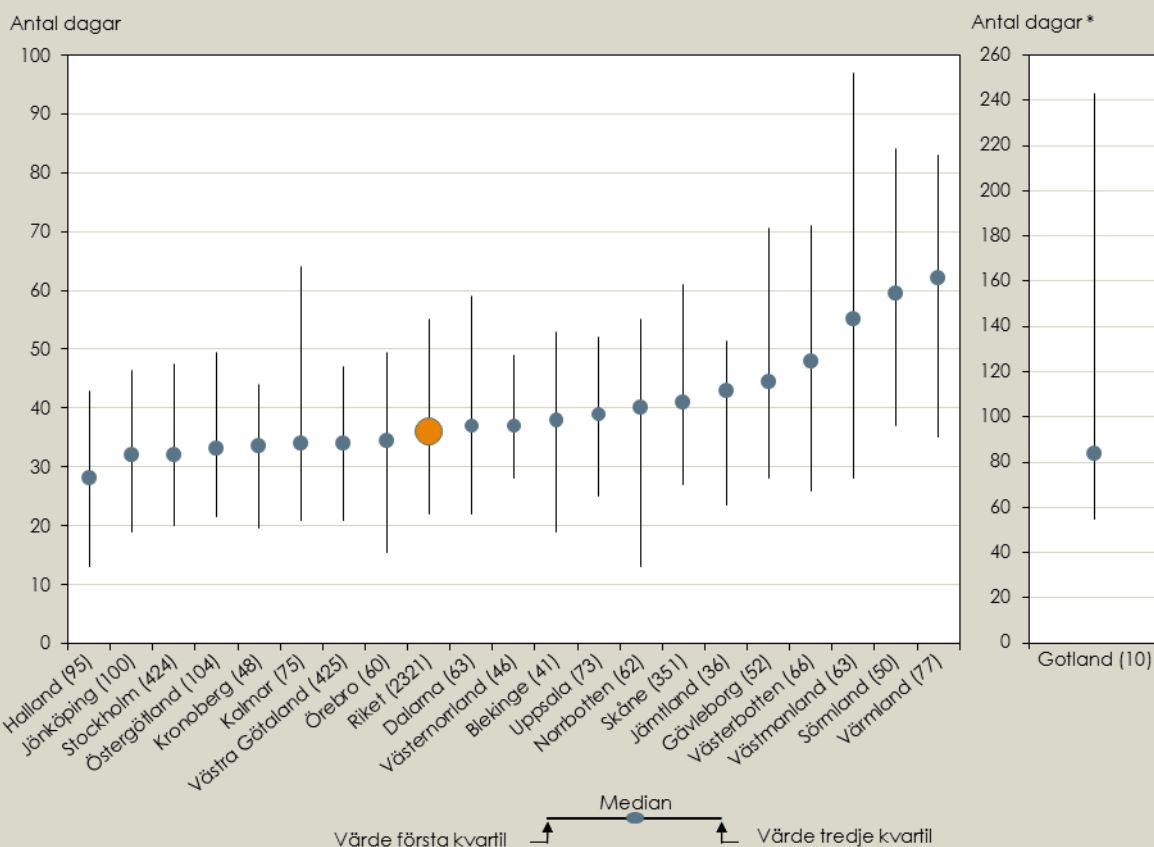
I figur 17 redovisas väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart. För riket var medianväntetiden 36 dagar och varierade från 28 till 62 dagar (84 dagar med Region Gotland) mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 34 dagar, och att den längsta medianväntetiden är drygt två gånger längre än den kortaste medianväntetiden. Med Region Gotland blir skillnaden i stället 56 dagar och innebär att den längsta medianväntetiden blir tre gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 22 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 13 till 55 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 55 dagar med en variation på 43 till 97 dagar (243 dagar med Region Gotland) mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är större hos flera av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 69 dagar (utan Region Gotland) och det kortaste kvartilavståndet är 21 dagar, vilket ger en skillnad på 48 dagar.

Figur 21. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med urinblåsecancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



* Gotland redovisas med en egen skala eftersom värdet för tredje kvartilen är mycket högre än för de övriga län/landsting/regionerna.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer

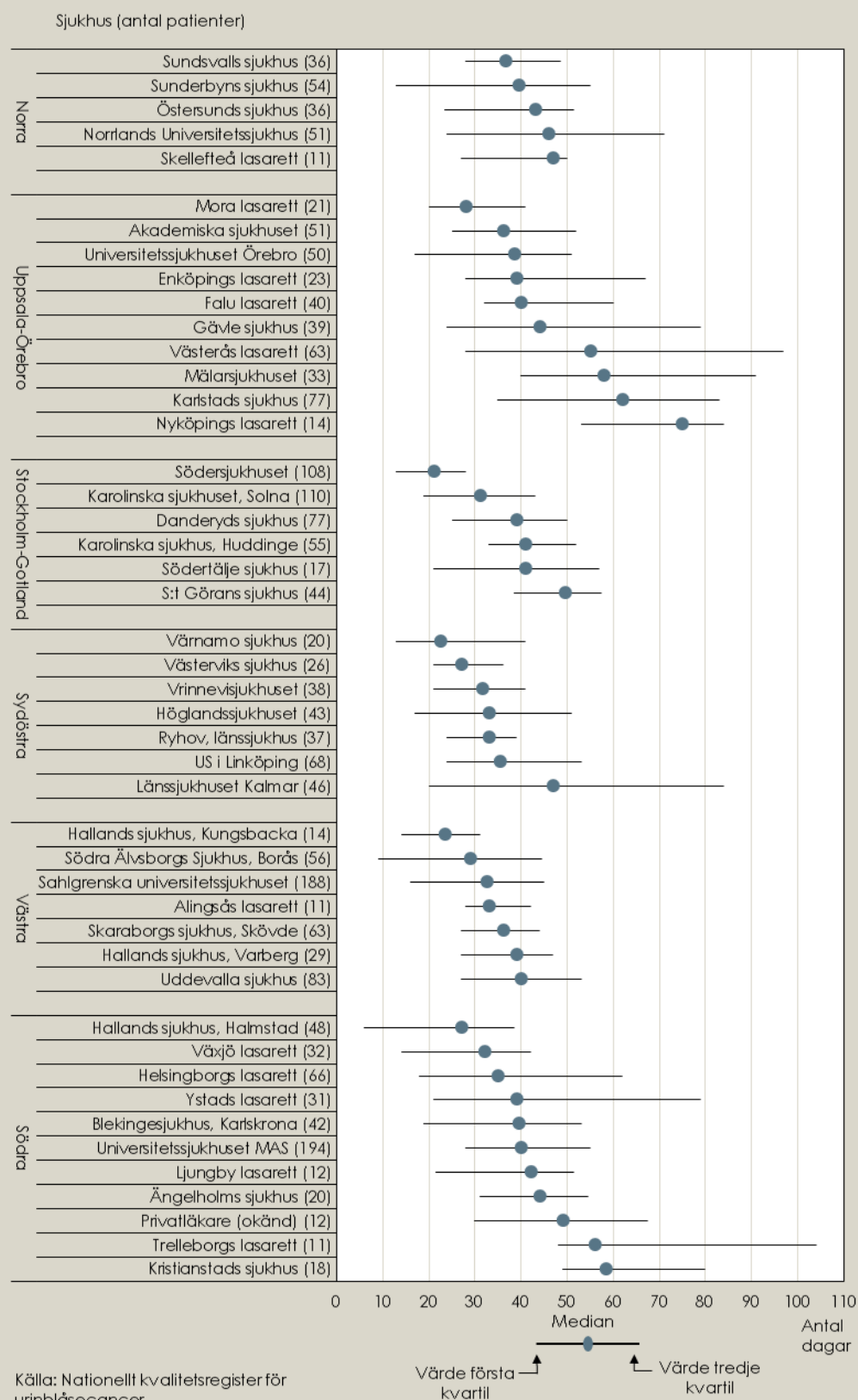
TURB-operation vid urinblåsecancer rapporterades från 66 sjukhus i landet. Av dessa hade 46 sjukhus 10 patienter eller fler med uppgifter om väntetid (omfattar 2 218 patienter).

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus var 21 respektive 75 dagar (figur 17). Ingen sjukvårdsregion hade genomgående kortare eller längre medianväntetider. Skillnaderna mellan medianväntetider är minst mellan sjukhusen inom Norra sjukvårdsregionen.

Variationen för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är störst inom flest sjukhus inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, följt av Södra sjukvårdsregionen.

Figur 22. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med urinblåsecancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Ändtarmscancer

Ändtarmscancer

Drygt 2 200 fall (58 procent män, 42 procent kvinnor) nydiagnostiserades med ändtarmscancer (rektalcancer) år 2013. Den 31 december 2013 levde omkring 18 000 personer som någon gång fått diagnosen ändtarmscancer. Drygt 800 personer dog av sjukdomen år 2013.

Cancer i ändtarmen är relativt ovanligt före 50 års ålder. Liksom för tjocktarmscancer pågår forskning kring screeningmetoder för att upptäcka sjukdomen tidigt.

Den relativa femårsöverlevnaden för patienter med ändtarmscancer i Sverige var 65 procent under åren 2009-2013 (67 procent för kvinnor och 64 procent för män).

Behandlingen beror på sjukdomens utbredning och innefattar operation, med eller utan kombination av cytostatika- och strålbehandling.

Den huvudsakliga behandlingen för patienter med ändtarmscancer är kirurgi och de allra flesta opereras elektivt. Det finns patienter som opereras akut när cancer upptäcks i samband med annan sjukdom och dessa har en mer avancerad cancersjukdom.

Underlaget till väntetidsberäkningen vid tjocktarmscancer är avgränsat till elektivt opererade patienter under år 2014.

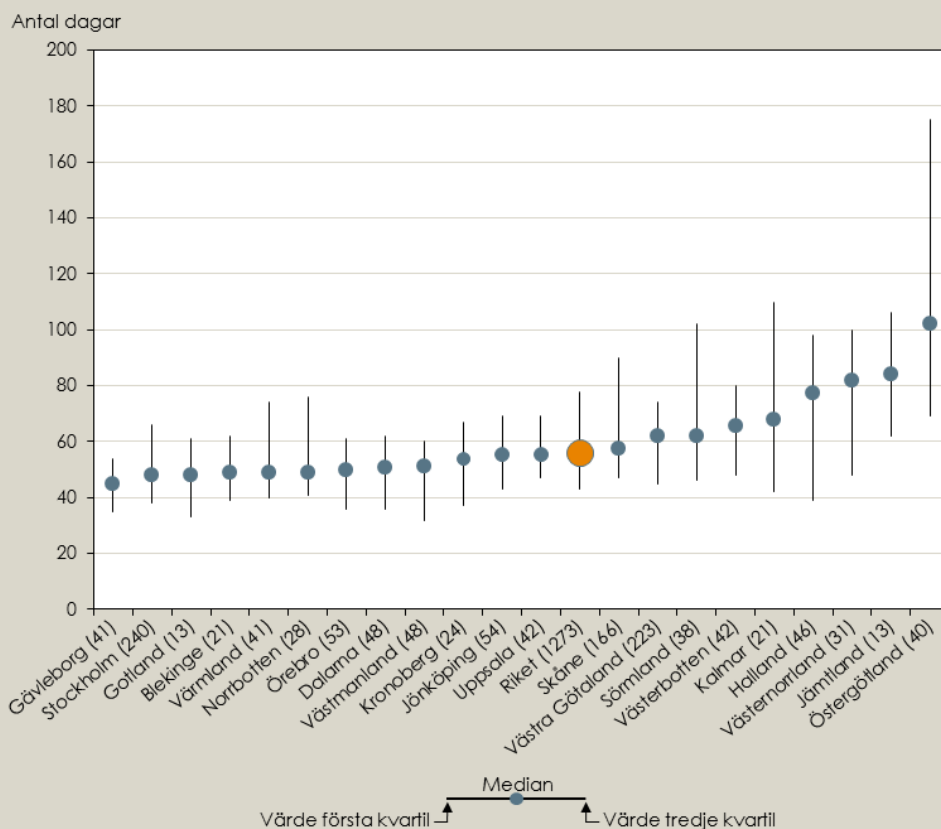
I figur 23 redovisas väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart. För riket var medianväntetiden 56 dagar och varierade från 45 till 102 dagar mellan landstingen/regionerna. Detta innebär en skillnad på 57 dagar och att den längsta medianväntetiden är drygt två gånger längre än den kortaste medianväntetiden.

För riket påbörjade 25 procent av patienterna sin behandling inom 43 dagar och mellan landstingen/regionerna varierade det från 32 till 69 dagar. 75 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 78 dagar med en variation på 54 till 175 dagar (näst högsta värdet för tredje kvartilen är 110 dagar) mellan landstingen/regionerna. Ytterligare 25 procent hade längre väntetider till behandling.

Variationen i väntetid för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är mycket stort hos några av landstingen/regionerna. Det längsta kvartilavståndet för landstingen/regionerna är 106 dagar, det näst längsta är 68 dagar och det kortaste kvartilavståndet är 19 dagar, vilket ger en skillnad på 49 till 87 dagar.

Figur 23. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för patienter med ändtarmscancer 2014

Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret

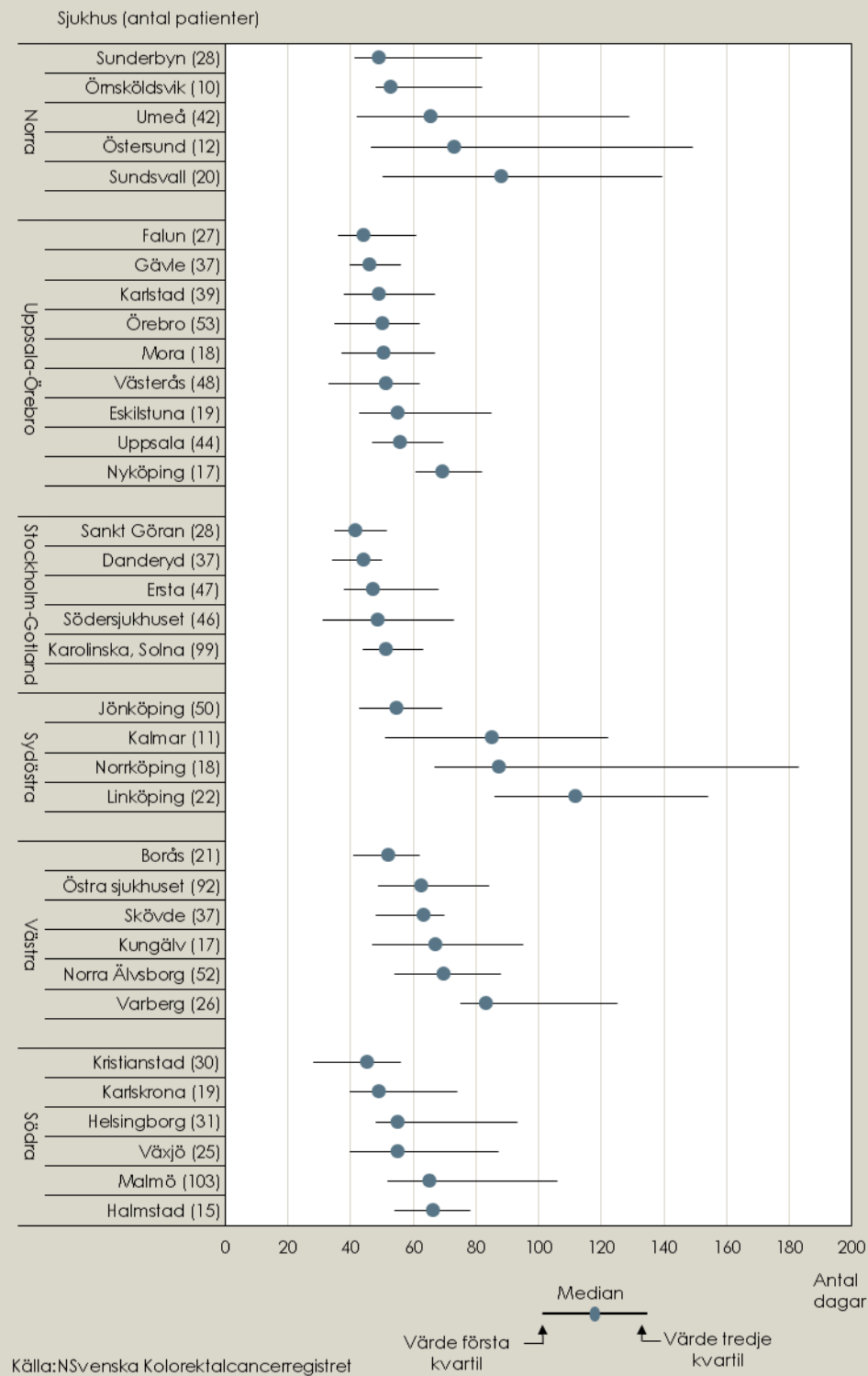
Av de 46 sjukhus som ingick i underlaget som behandlar patienter med ändtarmscancer hade 35 av sjukhusen tio patienter eller fler med uppgifter om väntetid (omfattar 1 240 patienter).

Kortast och längst medianväntetid för samtliga sjukhus var 41,5 respektive 111,5 dagar (figur 24). Medianväntetiden bland sjukhusen inom Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion var genomgående kortare än sjukhusen inom övriga sjukvårdsregioner.

Variationen för de 50 procent av patienterna som befinner sig mellan kvartilerna är störst inom flera av sjukhusen inom Norra och Sydöstra sjukvårdsregionerna.

Figur 24. Variationer i medianväntetid mellan sjukhus för patienter med ändtarmscancer 2014

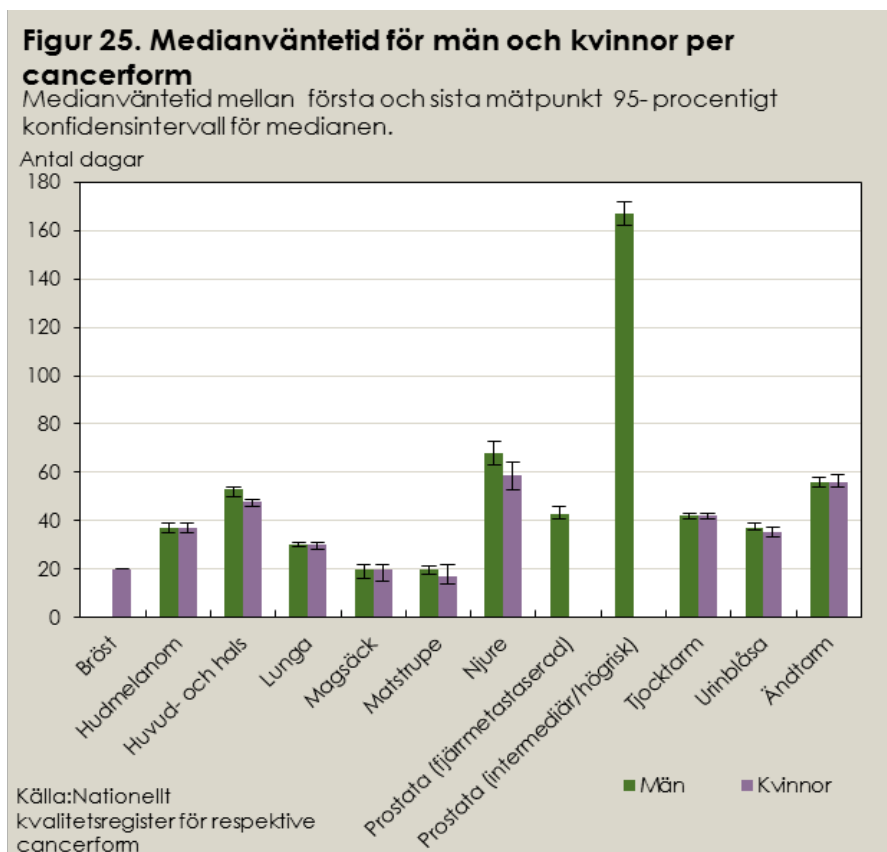
Medianväntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart samt första och tredje kvartil. Indelade utifrån sjukvårdsregion.



Skillnader i väntetid mellan män och kvinnor

Nedan redovisas väntetiden per cancerform för män och kvinnor utifrån första och sista mätpunkt för respektive cancerform under den aktuella mätperioden (se tabell 2).

För de flesta jämförbara cancerformer har män och kvinnor lika lång medianväntetid (figur 25). Jämfört med förra årets mätning då män generellt hade längre väntetider än kvinnor har en utjämning av medianväntetiden skett för flera cancerformer. Däremot har män fortsatt längre väntetider än kvinnor för cancerformerna njurcancer (68 dagar för män och 58,5 dagar för kvinnor) samt huvud- och halscancer (53 dagar för män och 48 dagar för kvinnor).



Vid analys av njurcancer testades skillnaden av väntetiden mellan könen. I en Mann-Whitney-test (se statistiska mått och analyser i metodavsnittet) var skillnaden mellan könen statistiskt signifikant ($p = 0,003$). I en regressionsanalys påvisades inte samband mellan längre väntetider och kön ($p = 0,09$). När materialet däremot kontrollerades för ålder (åldersgrupper under 60 år och över 60 år) samt tumörstadium (TI–TII: T0, T1a, T1b, T2, T2a, T2b och TIII–TIV: T3a, T3b, T3c, T4) förelåg ett signifikant samband mellan längre väntetider och kön ($p = 0,03$). Starkare samband påvisades

mellan längre väntetider och åldersgruppen över 60 år ($p = 0,0002$) samt tumörstadium TI–II ($p < 0,0001$).

Även vid huvud-och halscancer var skillnaderna mellan könen statistiskt signifikanta ($p = 0,003$). Här visade det sig att högre andel män jämfört med kvinnor som behandlats under åren 2013–2014 hade subdiagnoserna oropharynxcancer (svalgcancer), 32 procent män och 25 procent kvinnor, och larynxcancer (struphuvudcancer), 16 procent män och 5,5 procent kvinnor. 72 respektive 73 procent av patienterna med oropharynxcancer och larynxcancer hade haft strålbehandling som första behandling. Av männen fick 53 procent strålbehandling till skillnad mot 39 procent av kvinnorna. Denna behandlingsmetod ställer krav på längre förberedelsetid.

Väntetidernas variationer och utveckling över tid

I detta avsnitt belyses variationerna i medianväntetid mellan landsting/regioner för alla cancerformer samt utveckling över tid.

I figur 26 illustreras medianväntetiden för varje ingående cancerform vad gäller riket (större cirkel) samt vad gäller landstingen/regionerna utan angivna namn (liten cirkel). Landsting/regioner med antal patienter färre än tio illustreras inte i figuren. För de cancerformer som följts under tidigare år finns en illustration av medianväntetidernas utveckling under fyra eller fem år. Vilka årtalen är varierar något för de olika cancerformerna, men framgår av figuren. Eftersom medianväntetiderna för intermediär- och högrisk-prostatacancer är mycket högre jämfört med de övriga cancerformerna illustreras denna cancerform i en egen skala.

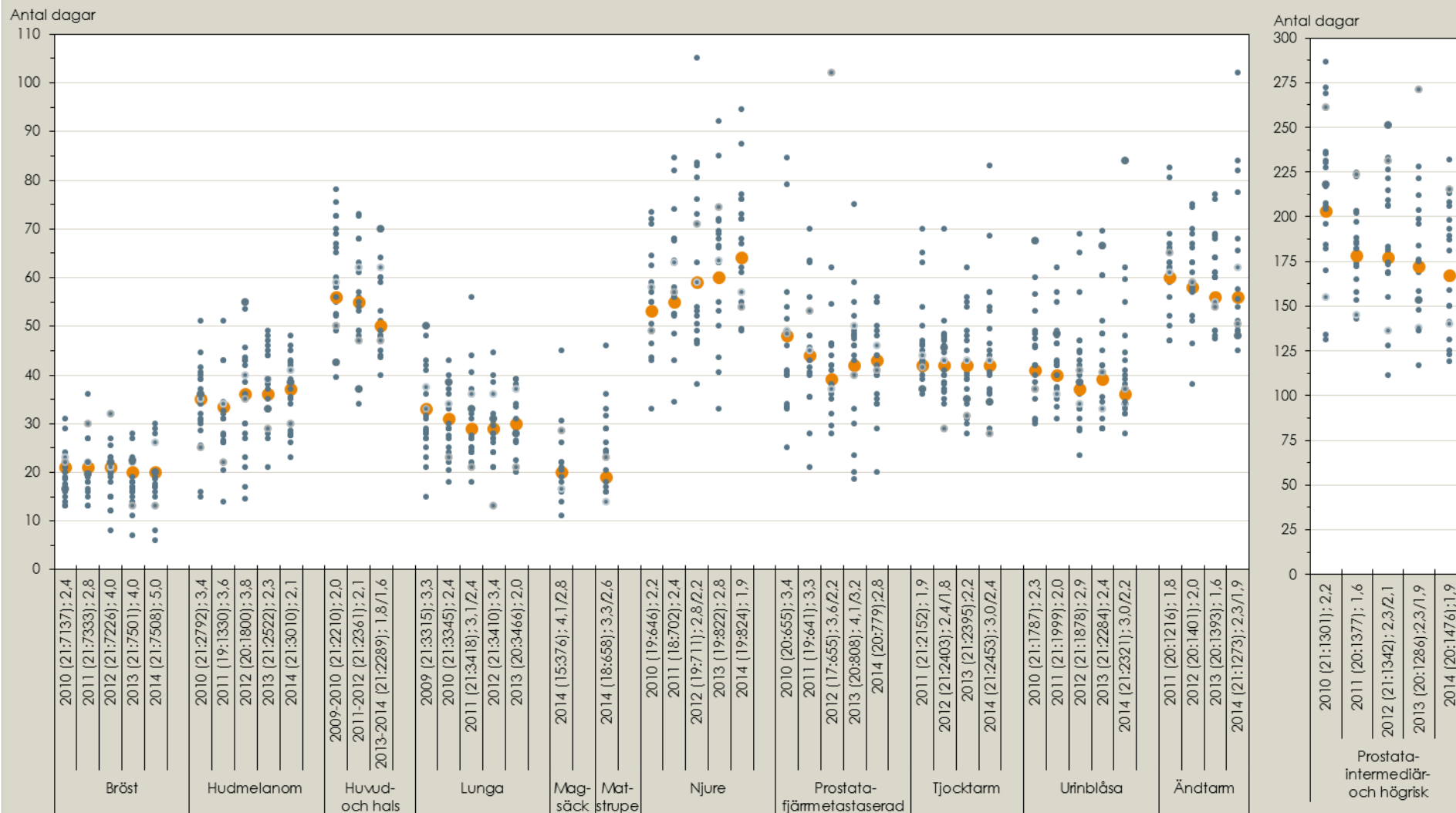
För varje cancerform anges följande i x-axeln:

- Årtal.
- Inom parentes: antal landsting och regioner: antal patienter i riket.
- Kvoten (förhållandet) mellan landsting och regioner med längsta respektive kortaste medianväntetiden. Förhållandet belyser variationen som finns inom varje cancerform, ju högre förhållandet är desto större är variationen mellan landsting/regioner med längsta respektive kortaste medianväntetiden.
 - För vissa cancerformer och årtal anges två förhållanden, t.ex. för intermediär- och högriskprostatacancer anges det för år 2013 förhållandet "2,3"/"1,9". Första värdet "2,3" är förhållandet mellan landsting/regioner med längsta respektive kortaste medianväntetiden som syns i figuren och andra värdet "1,9" är förhållandet mellan landsting/regioner med näst längsta (exkluderat det längsta värdet som "sticker ut") respektive kortaste medianväntetiden.

Medianväntetiderna mellan åren är jämförbara för respektive cancerform eftersom de utgått från samma urval och mätpunkter som i denna rapport (se tabell 2). Det bör även observeras att mätpunkterna skiljer sig mellan cancerformerna och därför kan medianväntetiden mellan olika cancerdiagnoser inte jämföras ur ett ledtidsperspektiv. Ur ett patientperspektiv är däremot väntetiden mellan olika cancerformer relevant och jämförbar, speciellt vad gäller väntan till start av behandling.

Figur 26. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner för alla cancerformer samt utveckling över tid

Liten cirkel visar medianvärdet för respektive landsting/region (landsting/regioner med patienter färre än tio illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. Urvalet för respektive cancerform belyses i tabell 1. I **x-axeln**: Årtal (antal landsting och regioner:antal patienter i riket); förhållandet mellan landsting och regioner med längsta respektive kortaste medianväntetiden.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform

Väntetider från remissbeslut till behandlingsstart

Väntetiden för njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer gäller från remissbeslut till behandlingsstart. Dessa cancerformer illustreras i den högra halvan av figur 26.

Njurcancer

Njurcancer har följts under fem år sedan 2010. Region Gotland ingår inte något av åren. Landstinget Blekinge ingår endast för år 2014. Region Kronoberg och Region Jämtland ingår inte för åren 2011 respektive 2014.

Utvecklingen under de fem åren visar en stadig ökning av medianväntetiden från 53 dagar till 64 dagar inom riket. Även om det ser ut som att variationen sista året minskat mellan landstingen/regionerna, så beror det på att landstingen/regionerna med de lägre medianväntetiderna också ökat sina medianväntetider.

Prostatacancer

Prostatacancer har följts under fem år sedan 2010. Vid intermediär- och högriskprostatacancer ingår inte Region Gotland för åren 2011 och 2014. Region Örebro ingår inte för år 2013. Utvecklingen under de fem åren visar en nedåtgående trend för medianväntetiden från 203 dagar till 167 dagar inom riket. Minskningen av medianväntetiden var som störst mellan år 2010 (203 dagar) och år 2011 (178 dagar). Detta avspeglas också i att några landsting/regioner som hade de högsta medianväntetiderna år 2010 minskade sina medianväntetider markant. Samma år minskade även variationen mellan landstingen/regionerna för att öka och hålla sig oförändrad de senaste tre åren.

Vid fjärrmetastaserad prostatacancer ingår inte Region Gotland för något av åren. Region Jämtland ingår inte för åren 2011 och 2012. Region Kronoberg och Landstinget Blekinge ingår inte för år 2012.

Medianväntetiden inom riket uppvisar ingen tydlig utveckling. Under de fem åren har väntetiden varierat från 48 dagar år 2010 till 39 dagar år 2012 och vänt uppåt igen och ligger på 43 dagar år 2014. År 2014 verkar fler landsting/regioner ha närmat sig varandra vad gäller medianväntetiderna, men skillnaderna är fortfarande stora mellan landsting/regioner med längst respektive kortast medianväntetid.

Tjocktarmscancer

Tjocktarmscancer har följts i fyra år sedan 2011. Medianväntetiden inom riket är helt oförändrad under de åren och ligger fortfarande på 42 dagar. Även om det dubbla förhållandet mellan landsting/regioner med längst respektive kortast medianväntetid inte har minskat, visar figur 26 att det tillkommit enstaka landsting/regioner som minskat sina medianväntetider till under 30 dagar.

Urinblåsecancer

Urinblåsecancer har följts under fem år sedan 2010. Det har inte skett några stora förändringar av medianväntetiden totalt. Väntetiden har varierat från 41 dagar år 2010 till 36 dagar år 2014. Variationen mellan landstingen/regionerna är ungefär lika stor som för de andra cancerformerna med väntetiden från remissbeslut till behandlingsstart.

Ändtarmscancer

Ändtarmscancer har följts i fyra år sedan år 2011. Medianväntetiden för riket har under de fyra åren förflyttats från 60 dagar år 2011 till 56 dagar år 2014. Variationen mellan landstingen/regionerna är oförändrad.

Väntetider med andra mätpunkter

Bröstcancer

Väntetiden för bröstcancer gäller från första specialistbesök till behandlingsstart. Bröstcancer har följts i fem år sedan 2010. Medianväntetiden inom riket är oförändrad under de åren, från 21 dagar år 2010 till 20 dagar år 2014. Variationen mellan landstingen/regionerna har under åren ökat. Detta avspeglas i att två landsting minskat sina medianväntetider avsevärt till att ligga under 10 dagar. Variationen mellan landstingen/regionerna vid bröstcancer är mycket större än variationen för de flesta andra cancerformer, oavsett vilka mätpunkter som använts för väntetidsmätningen per cancerform. Däremot är medianväntetiden för bröstcancer mycket kortare än de flesta andra cancerformer.

Hudmelanom

Väntetiden för hudmelanom (malignt melanom) gäller från första läkarbesök till diagnosbesked. Malignt melanom har följts i fem år sedan 2010. Region Gotland och Västerbottens läns landsting ingår inte för år 2011. Landstinget Sörmland ingår inte för år 2012.

Medianväntetiden för riket har under de fem åren inte uppvisat någon tydlig förändring, från 35 dagar år 2010 till 37 dagar år 2014. Variationen mellan landstingen/regionerna har dock minskat under de senaste två åren. Samtidigt har de två landsting som hade medianväntetider under 20 dagar år 2010 ökat sina medianväntetider.

Huvud-och halscancer

Väntetiden för huvud-och halscancer gäller från remissankomst till behandlingsstart. Tre mätningar från år 2009 har följts för huvud- och halscancer: I varje mätning har två år inkluderats, det vill säga, 2009–2010, 2011–2012 och 2013–2014.

Medianväntetiden för riket har under mätperioden minskat från 56 till 50 dagar (från 55 till 50 dagar mellan de två sista mätningarna). Variationen mellan landstingen/regionerna har minskat samtidigt som landsting/regioner med kortast och längst medianväntetider närmast sig de övriga landstingen/regionerna.

Lungcancer

Väntetiden för lungcancer gäller från remissankomst till behandlingsbeslut. Lungcancer har följts i fem år sedan 2009. Sista året för lungcancer är år 2013. Landstinget Blekinge ingår inte för år 2013. Medianväntetiden för riket har under de åren minskat från 33 till 30 dagar. Variationen mellan landstingen/regionerna ser ut att ha minskat sista året, mest för att de landsting/regioner som under tidigare år hade längst respektive kortast medianväntetid närmast sig de övriga landstingen/regionerna.

Slutsatser och diskussion

Väntetiderna i cancervården varierar fortfarande avsevärt mellan olika cancerformer och för samma cancerdiagnos mellan landsting/region och sjukhus. Inget landsting har dock genomgående långa väntetider för alla de cancerområden som ingår i mätningen.

För cancerformer med väntetid från remissbeslut/remissankomst fram till behandlingsstart är medianväntetiden för landet som helhet fortfarande över en månad och för majoriteten av dessa cancerformer närmare två månader eller mer. Liksom i tidigare väntetidsmätningar har patienter med intermediär- och högriskprostatacancer den längsta väntetiden av alla ingående cancerformer. Medianväntetiden för dessa patienter är över fem månader.

För de allra flesta cancerformerna är medianväntetiden minst två gånger så lång i vissa delar av landet jämfört med andra delar av landet. Variationen mellan landsting/regioner har ökat och är fortsatt större vid bröstcancer jämfört med variationen hos andra cancerformer. Den ökande variationen för bröstcancerpatienterna förklaras till stor del av att två landsting minskat sina medianväntetider avsevärt till att ligga under 10 dagar, vilket i sig är en positiv utveckling. I absoluta dagar räknat är variationen mellan landsting/regioner vid bröstcancer mindre än hos de flesta andra cancerformer, eftersom patienter med bröstcancer har den kortaste medianväntetiden fram till behandlingsstart jämfört med de övriga ingående cancerformerna.

För de flesta cancerformerna har det inte skett några omfattande förändringar av medianväntetiderna i riket som helhet under de år som väntetiderna följts upp av Socialstyrelsen. Undantagen är njurcancer som stadigt ökat medianväntetiden samt intermediär- och högriskprostatacancer som däremot minskat medianväntetiden. För även ändtarmscancer samt huvud- och halscancer har medianväntetiden minskat, dock med mindre omfattning.

De skillnader i väntetiden mellan män och kvinnor som sågs i tidigare väntetidsrapporter [3–4] har år 2014 utjämnats för de flesta jämförbara cancerformer. För cancerformerna huvud- och halscancer samt njurcancer har män dock fortsatt längre väntetider. Den främsta orsaken till skillnaden mellan könen vad gäller huvud- och halscancer var att det år 2014 var högre andel män som hade drabbats av två cancerformer inom huvud- och halscancer som ställer krav på en behandlingsmetod som behöver längre förberedelsetid. För njurcancer kvarstår ett samband mellan kön och väntetider även efter att vi kontrollerat för ålder och tumörstadium. Detta behöver dock studeras vidare med hänsyn till andra faktorer.

Patientperspektiv och rimlig väntetid

Socialstyrelsens modell för väntetider följer de för patienten mest angelägna händelserna i ett vårdförlopp inom den specialiserade vården [1–4] vilket inkluderar patientens väntan på diagnos samt behandling. För patienten är det

viktigt att utan dröjsmål få träffa en läkare och snabbt få besked om den misstanke om cancer som patienten undersökts för. Att snabbt påbörja en eventuell behandling är också av stor betydelse för patienten, liksom i vissa fall av betydelse för behandlingsresultatet [15].

Som diskuterats i tidigare rapporter finns det begränsningar när det gäller att kunna följa patientens väg genom vården med hjälp av datakällor såsom patientregistret vid Socialstyrelsen, väntetidsdatabasen och de vårdadministrativa systemen hos landsting/regioner [4, 6, 26]. Underlaget till väntetidsmätningen inom cancervården har därför baserats på underlag från de nationella kvalitetsregistren inom cancervården.

I väntetidsmätningarna har det inte funnits någon tydlig måttstock för vad som kan anses vara en rimlig väntetid inom cancervården, mer än att det har konstaterats att skillnaderna mellan olika landsting/regioner är stora. Även om de flesta patienter fått behandling inom väntetidsgarantins gränser finns det anledning att förbättra tillgängligheten, speciellt vad gäller samordning och kontinuitet, och därmed korta väntetiden för patienter med svårare eller flera och komplexa sjukdomar, såsom vid cancer [26].

För några av de ingående cancerformerna, såsom prostatacancer, huvud- och halscancer, magsäckscancer och matstrupscancer, finns från och med år 2015 standardiserade vårdförlopp där maximala ledtider har fastställts för tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av behandling [14]. Kortare väntetider och minskade regionala skillnader är några av målen med införandet av standardiserade vårdförlopp. Införandet av standardiserade vårdförlopp följs av Socialstyrelsen med årliga rapporter 2015–2018.

Väntetiderna för den baslinjemätning som nyligen publicerats beträffande standardiserade vårdförlopp [14] baseras också på underlag som kommer från de nationella kvalitetsregistren. Även om mätpunkterna ännu inte är helt anpassade efter de specifika ledtiderna, är väntetiderna för prostatacancer och urinblåsecancer för de flesta patienter längre än de fastslagna målen, medan målen för huvud- och halscancer nås av vissa landsting för vissa delar av vårdförloppet.

Liksom det diskuterades i väntetidsmätningen för år 2014 [4] kan orsakerna till variationer i väntetid mellan landsting/regioner inom en viss cancerform bland annat bero på olikheter i *patientsammansättningen* (t.ex. sociodemografiska faktorer, patientens sjukdomstillstånd, patientens behov av undersökningar och behandlingstyp, liksom även patientens egen förmåga till att söka vård). Även *systemfaktorer inom vården* (t.ex. ersättningssystem, organisation, it-system, resurser, remissflöde, kompetens, arbetssätt och sjukhusens förmåga att arbeta med patientflöden) påverkar hur lång tid vårdförloppen tar.

Enligt den senaste uppföljningen av vårdgarantin kan väntetiderna inom specialistvården kortas exempelvis genom effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning [26].

Av samma rapport framgår också att vårdgarantin följs i större utsträckning av landstingen när mer vård köps från andra landsting, men att patientens förmåga till egna initiativ spelar stor roll för exempelvis byte av vårdgivare. Inom ramen för baslinjerapporten har en journalstudie visat att många cancerpatienter väntat länge med att uppsöka vården, så kallad

patientorsakad fördröjning [14]. I flera fall visade det sig också att en betydande väntan förelåg från den första kontakten med vården till det att remissen skickats till specialistvården, vilket kan bero på en organisatorisk fördröjning [27].

Sammanfattningsvis framgår det av denna rapport att väntetiderna är långa och att det finns fortsatt stora skillnader i väntan på cancerbehandling beroende på var i landet patienten bor. Rapporten belyser också att det finns potential till fortsatta förbättringar inom cancervården när det gäller att minska väntetiderna och de regionala skillnaderna i väntetider.

Flerårsutvecklingen av medianväntetiderna för nio cancerformer uppvisar att de flesta cancerformerna inte förändrat väntetiderna i större utsträckning. Någon cancerform har stadigt ökat väntetiderna och några enskilda cancerformer har istället stadigt minskat väntetiderna. Detta belyser att det tar tid för förändringar av väntetider och att nationella väntetidsmätningar enligt Socialstyrelsens modell är fortsatt viktiga.

Referenser

1. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport november 2011.
2. Väntetider inom cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport oktober 2012.
3. Väntetider inom cancervården – väntetider från remiss till behandling i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport oktober 2013.
4. Väntetider i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport december 2014.
5. I väntan på besked – Väntetider inom cancervården. Kartläggning och förslag till mätmodell. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport 2010.
6. Patientens väg genom vården - System för uppföljning av väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport december 2013.
7. Cancer i siffror 2013: populärvetenskapliga fakta om cancer. Socialstyrelsen, Cancerfonden. Hämtad 2014-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-5>
8. Cancerregistret. För statistik under år 2013, to.m. 2013-12-31. Socialstyrelsen. Registeruttag 2015-10-15.
9. Dödsorsakregistret. För statistik under år 2013, to.m. 2013-12-31. Socialstyrelsen. Registeruttag 2015-10-15.
10. Cancerregistret. För statistik under uppföljningsperioden 2009-2013. Socialstyrelsen. Registeruttag 2015-11-17.
11. Dödsorsakregistret. För statistik under uppföljningsperioden 2009-2013. Socialstyrelsen. Registeruttag 2015-11-17.
12. Befolkningsregistret. För befolkningsstatistik under uppföljningsperioden 2009-2013. Statistiska centralbyrån. Registeruttag 2015-11-17.
13. Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. European Journal of Cancer 2004; 40: 2307–2316.
14. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie för införandet av standardiserade vårdförlopp. Socialstyrelsen; Rapport oktober 2015.
15. Hellbom M, Thomé B (red). Perspektiv på onkologisk vård. Lund: Studentlitteratur; 2011.
16. Patientlag (SFS 2014:821). Utfärdad: 2014-06-19. Socialdepartementet. Stockholm; 2014. URL: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

17. Bröstcancer. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Stockholm-Gotland ansvarig. Hämtad 2015-10-15 från:
http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/vardprogram/natvp_brostcancer_2014-11-11_final.pdf
18. Malignt melanom. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Sydöst ansvarig. Hämtad 2015-10-08 från:
http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/hud/vardprogram/natvp_malignt_melanom_rev.2015-01-19lang.pdf
19. Huvud- och halscancer. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Väst ansvarig. Hämtad 2015-10-12 från:
http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/natvp_huvud-hals_v1.0_150825_final.pdf
20. Lungcancer - nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Uppsala Örebro ansvarig. Hämtad 2015-10-12 från: http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/lunga-och-lungsack/vardprogram/natvp_lungcancer_2015-03-10.pdf
21. Esofagus- och ventrikeltcancer. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Norransvarig Hämtad 2015-10-19 från:
<http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/vardprogram/natvp-esofagus-ventrikeltcancer-121121.pdf>
22. Njurcancer - Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Stockholm-Gotland ansvarig. Hämtad 2015-10-12 från:
http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvarar/njurcancer/natvp_njurcancer_20130326_final.pdf
23. Prostatcancer. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Uppsala Örebro ansvarig. Hämtad 2015-10-19 från:
http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/natvp_prostatacancer_v.1.1_20150429_final.pdf
24. Kolorektalcancer (Tjocktarm- och ändtarmscancer). Nationellt vårdprogram. Hämtad 2015-10-19 från:
http://www.cancercentrum.se/PageFiles/2823/Kolorektal%20cancer%20nya_vardprogrammet_081120%20%281%29.pdf
25. Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i samverkan/RCC Syd ansvarig. Hämtad 2015-10-08 från:
http://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvarar/urinblase--och-urinrorscancer/vardprogram/natvp_cancer_urinvarar_25aug15.pdf
26. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm. Myndigheten för vårdanalys. Rapport 2015.

27. Tidig upptäckt av symtomgivande cancer. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU rapport nr 222. Stockholm/Mölnlycke; 2014.

Bilagor

Bilaga 1. Mätpunkter som ingår i modell för att mäta väntetider

Tabell 1. Mätpunkter som ingår i Socialstyrelsens modell för att mäta väntetider		
Term – Mätpunkt	Definition	Beskrivning
Datum för första remiss	Det datum när en remitterande läkare utfärdar en remiss eller när en person själv kontaktar den specialiserade vården	Mätpunkten avser datumet för den första utfärdade remissen i ett specifikt hälsoärende. Mätpunkten för det första remissbeslutet omfattar: 1. Det datum när den läkare som patienten söker primärt utfärdar en remiss efter att ha beslutat att en bedömning och/eller behandling behöver göras av en läkare i den specialiserade vården. Remissbeslutet sker vanligtvis i samråd med patienten. Remissen kan framställas t.ex. från primärvården eller akutvården. Mätpunkten avser däremot inte remiss till stödfunktioner, t.ex. provtagning eller remiss till stödfunktioner eller röntgen på annan klinik som inte omfattar läkarkontakt (läkarbesök). 2. Det datum när en person själv eller dennas företrädare kontaktar den specialiserade vården utan remiss från läkare, dvs. via en egen vårdbegäran. 3. Screening, datum för kallelse för vidare utredning pga. fynd vid screening som leder till misstanke om cancer. Mätpunkten avser inte datum för beslut att utfärda en remiss, även om dessa datum ofta sammanfaller. Tidpunkten för när en läkare tillsammans med patienten beslutar om remiss är teoretiskt den mest relevanta mätpunkten. Dock är mätpunkten datum för första remiss definierad efter vad som är praktiskt mätbart, dvs. utfärdandet. Mätpunkten avser inte heller remissankomst, dvs. när remissen tas emot av mottagande enhet.
Datum för första besök hos läkare i den specialiserade vården	Det datum när en patient för första gången besöker en läkare i den specialiserade vården	Mätpunkten avser det datum i ett specifikt hälsoärende när en patient för första gången besöker en specialistläkare utanför primärvården.
Datum för diagnosinformation till patient	Det datum när det finns tillräcklig information för beslut om att starta behandling i ett specifikt hälsoärende och patienten informeras om diagnos	Ytterligare utredning krävs för att undersöka de praktiska möjligheterna för att fånga uppgiften om när patienten informeras.

Datum för med patienten upprättad vårdplan	Det datum när patienten informeras om vilken behandling som rekommenderas, hur vården är planerad att genomföras och när en vårdplan är utformad i samråd med patienten	I samband med att patienten får besked om vilken behandling som rekommenderas ska en vårdplan vara upprättad. Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med patienten och/eller dennes anhöriga/närstående och tas i regel fram med patientens samtycke (jmf vårdplan i Socialstyrelsens termbank). Datum när patienten får besked om vilken behandling som rekommenderas och hur vården är planerad att genomföras är oftast inte densamma som när beslutet om behandling fattas. Behandlingsbeslutet sker ofta i samband med en så kallad multidisciplinär konferens, det vill säga då olika personalgrupper och discipliner deltar. Beskedet till patienten lämnas dock oftast vid ett läkarbesök efter en sådan konferens. Ytterligare utredning krävs för att undersöka de praktiska möjligheterna att fånga uppgiften när vårdplanen upprättas tillsammans med patienten.
Datum för start av behandling	Det datum när en patients första behandling i ett specifikt hälsoärendet startar	Vilken typ av behandling som avses kan variera, t.ex. beroende på tumörform, men kan även variera inom en och samma patientgrupp. Avser även förberedande behandling, exempelvis strålning inför kirurgi. Exempel på start av behandling är: • läkemedelsbehandling • operation • strålbehandling • aktiv exspektans.

Ingående termer för kännedom

väntetid	tid som en patient tillbringar i väntan på att något ska ske (Nationalencyklopedins ordbok, modifierad)
ledtid	den tid som går åt för att genomföra en aktivitet eller process i vårdproduktionen (Rikstermbanken, modifierad)

Kommentarer

Datum för remissbeslut

Startpunkten för modellen och därmed för väntetidsmätningar i cancervården är en avvägning mellan vad som är möjligt i förhållande till de registerdata som finns och vad som är önskvärt ur 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 kontakt 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 vilken relativt välstrukturerade 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. Ska 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 eller den första 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) eller en röntgenundersökning har analyserats. Detta PAD-prov tas dock i olika skeden av vårdförloppet för olika cancerdiagnoser. 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 har i sitt arbete visat på svårigheterna i att mäta denna punkt i vårdkedjan och anser att ytterligare utredning behövs för att visa på de praktiska möjligheterna att fånga uppgiften.

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 i få register och 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 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.

Bilaga 2. Tillgängliga och tillämpade datumvariabler enligt modellen

Tabell 3. Tillgängliga datumvariabler i kvalitetsregistren 2014 som svarar mot mätpunkter i modellen

Cancerform	1. Remissbeslut	2. Första besök hos specialistläkare	3. Information om diagnos	Behandlingsbeslut	4. Med patienten upprättad och beslutad vårdplan	5. Behandling startar
Bröst	-	✓	✓ *	✓	-	✓
Hudmelanom	-	1:a läkarbesök	✓ *	-	-	-
Huvud och hals	Remissankomst	✓	-	✓	-	✓
Lunga	Remissankomst	✓	-	✓	-	✓**
Magsäck	Remissankomst	✓	-	✓***	-	✓
Matstrupe	Remissankomst	✓	-	✓***	-	✓
Njure	✓	✓	-	✓	-	✓
Prostata	✓	✓	✓	✓	-	✓
Tjocktarm	✓	På kirurgklinik	-	✓ ***	-	✓
Urinblåsa	✓	✓	-	-	-	✓
Ändtarm	✓	På kirurgklinik	-	✓ ***	-	✓

* Postoperativet

** Kvalitetsregistret för lungcancer har sedan 2012 infört datum för behandlingsstart, men för att kunna jämföra med tidigare år har behandlingsbeslut använts som sista mätpunkt.

*** Datum för behandlingsrekommendation = Datum för multidisciplinär konferens (MDT)

