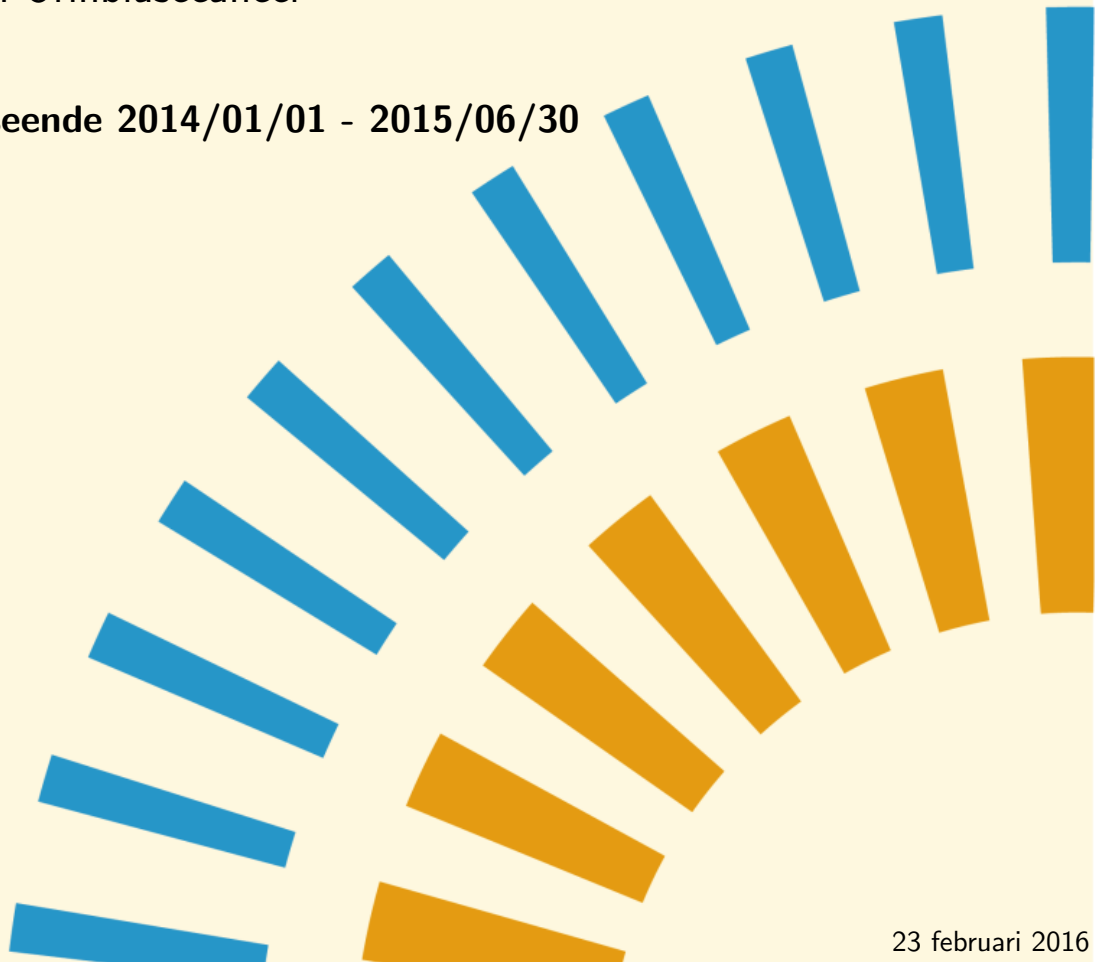


Ingångsvärden

Standardiserade vårdförlopp i cancervården:

AML, Huvud- och halscancer, Matstrups- och magsäckscancer,
Prostatacancer och Urinblåsecancer

Nationella data avseende 2014/01/01 - 2015/06/30



Källa: Nationella kvalitetsregister på INCA plattformen.

Kommenterat av Mef Nilbert, verksamhetschef RCC Syd (mef.nilbert@med.lu.se) och granskat av Beatrice Melin och Helena Brändström samt av respektive registerhållare:

Kvalitetsregister	Registerhållare
Nationellt kvalitetsregister akut myeloisk leukemi, inklusive akut oklassificerad leukemi	Gunnar Juliusson
Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer	Martin Beran
Nationellt kvalitetsregister matstrups- och magsäckscancer	Jan Johansson
Nationella prostatacancerregistret	Pär Stattin
Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer	Staffan Jahnson

Dokumentstrukturen är skapad av Katrín Ásta Gunnarsdóttir, Regionalt Cancercentrum Väst (katrin.gunnarsdottir@rccvast.se), i januari 2016. Data hämtades från INCA 23 februari 2016.



Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Landsting
SE- 118 82 Stockholm

info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Innehåll

Inledning	4
1 AML	5
2 Huvud- och halscancer	6
3 Matstrups- och magsäckscancer	7
4 Prostatacancer	8
5 Urinblåsecancer	10
Sammanfattning	12

Inledning

Patienter och närstående beskriver väntetiden från misstanke om cancersjukdom till diagnos och behandlingsstart som en av de mest påfrestande upplevelserna under sjukdomsförloppet. Trots att cancer ska handläggas skyndsamt, ibland akut, har tiden från misstanke till start av behandling i Sverige inte sällan varit lång och visar dessutom på geografiska och socioekonomiska skillnader. Fördröjd diagnos kan inverka negativt på patienters och närståendes upplevelser av vården och riskerar leda till mer avancerade tumörer samtidigt som utredningstiden är kostnadsdrivande. Det finns alltså psykologiska, prognostiska, ekonomiska och jämlikhetskäl att förkorta väntetiderna i cancervården.

Regeringen fattade hösten 2014 beslut om att inleda en fyraårig satsning på att korta väntetiderna, minska de regionala skillnaderna i cancervården och skapa en mer jämlik vård med ökad kvalitet och mer nöjda patienter. Satsningen "Varje dag räknas - kortare väntetider i cancervården" är också ett led i det fortsatta arbetet med nationella cancerstrategin-RCC och i att knyta linjeorganisationen och RCC närmare samman. Genom överenskommelser mellan staten och SKL får landsting och regioner efter inlämnande av handlingsplaner och rapporter över genomfört arbete medel för att implementera ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). Modellen är inspirerad av de pakkeförlopp som framgångsrikt har kortat väntetiderna i våra nordiska grannländer. I Danmark startade arbetet med pakkeförlopp inom cancervården 2008 och idag finns 32 pakkeförlopp för cancer. I Norge initierades arbetet 2012 och från 2015 har 28 pakkeförlopp för cancer implementerats. I Danmark och i Norge diagnostiseras nu 50 % respektive 75 % av patienter med cancer inom pakkeförlopp. De definierade förloppstiderna i Sverige uppvisar stora likheter med tiderna i Danmark och Norge, även om de inte är identiska. Erfarenheterna från våra nordiska grannländer visar att väntetidsuppfyllelsen varierar mellan diagnoser och geografiska regioner. I genomsnitt uppnås tiderna hos 82 % av patienter i Danmark och hos 75 % av patienter i Norge.

SVF ska förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling genom att beskriva vilka utredningar som ska göras vid misstanke om en viss cancerdiagnos och definiera maximala tider för dessa. Tidsgränserna omfattar medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar. De maximala väntetiderna är definierade för att möta den okomplicerade patienten och säkra effektiv utredning för de flesta. Detta innebär att patienter med komplicerande sjukdom eller särskilda utredningsbehov kan utnyttja delar av planen, men kan behöva längre tid till behandlingsstart. Ett SVF kan innehålla många olika deltider, men den tid som mäts i det nationella systemet är tiden från välgrundad misstanke till behandlingsstart.

Under hösten 2014 uppdrogs till nationella vårdprogramgrupper inom RCC att ta fram underlag för SVF inom fem pilotprocesser. Arbetet genomfördes av experter från olika discipliner och

professioner, inkluderade primärvård, röntgen, patologi och kliniska discipliner samt patientföreträdare. SVF vid dessa fem diagnoser - akut myeloisk leukemi (AML), matstrups- och magsäckscancer, huvud-halscancer, prostatacancer och urinblåsecancer - har enligt överenskommelsen mellan staten och SKL implementerats under 2015. De flesta landsting och regioner arbetade under våren 2015 med förberedelse, information och processoptimering inför ett förändrat arbetssätt som infördes under hösten 2015. SVF inom cancervården innebär ett nytt arbetssätt som måste förankras i alla delar av hälso- och sjukvården. RCC och SKL ger nationellt och regionalt stöd i arbetet med att utveckla systemet med standardiserade vårdförlopp. Arbetet med SVF utgör en naturlig fortsättning på det processarbete som RCC har initierat med patientens perspektiv i fokus för att med kortare väntetider och bevarad hög kvalitet uppnå ökad patientnöjdhet i framtidens cancervård.

De faktiska väntetiderna i cancervården kommer genom särskilda KVÅ-koder kunna följas i de vårdadministrativa systemen och varje landsting/region rapporterar data till den nationella väntetidsdatabasen på SKL. Redan nu finns data på det antal patienter som utretts inom SVF att ta del av på www.cancercentrum.se. Väntetider kan också följas i cancervårdens kvalitetsregister på den nationella INCA-portalen. Som utgångspunkt för ett förändrat arbetssätt i cancervården har RCC tagit fram en mätmodell på INCA som visualiserar ingångsvården vid SVF. I denna rapport presenteras väntetiderna i cancervården under tiden 1 januari 2014-30 juni 2015 för de fem första SVF.

I cancervårdens kvalitetsregister finns inte datum för välgrundad misstanke registerat, men närliggande eller sammanfallande datum, som tex första kontakt med specialist/utredande klinik, diagnosdatum och datum för remissutfärdande används för de olika diagnoserna. Behandlingsstart utgör slutpunkt för SVF. Endast patienter som fått en cancerdiagnos ingår i datamängden. I de diagnoser där det är möjligt och relevant särredovisas olika typer av behandling, tex kirurgisk och onkologisk behandling. Data omfattar patienter som startat behandling under tiden 1 januari 2014-30 juni 2015. Patienterna redovisas i relation till folkbokföringsadress per län med sortering efter medianväntetiden. Län som inte behandlat en viss diagnos finns inte med i redovisningen. Län som behandlat färre än fem patienter finns med i listan, men av röjandeskäl utan angivande av resultat. Negativa väntetider och väntetider >365 dagar har exkluderats ur analysen. I de figurer som presenteras anges den väntetid då 20 % resp 80 % av patienterna startat behandlingen med angivande av median. De streckade linjerna representerar den i SVF fastställda maximala väntetiden för åtgärden. Om två närliggande väntetider har definierats i SVF presenteras data i relation till den längre väntetiden. I figurernas högersida anges målluppfyllelse i procent, dvs den andel av patienterna som har nått den stipulerade väntetiden.

1 AML

Register: AML

Urval: Patienter som ingår i registret. Registrerade fall i Sverige där behandling påbörjats 2014/01/01 - 2015/06/30.

Ledtid från : Datum för första kontakt med specialist (substitut för datum för välgrundad misstanke)

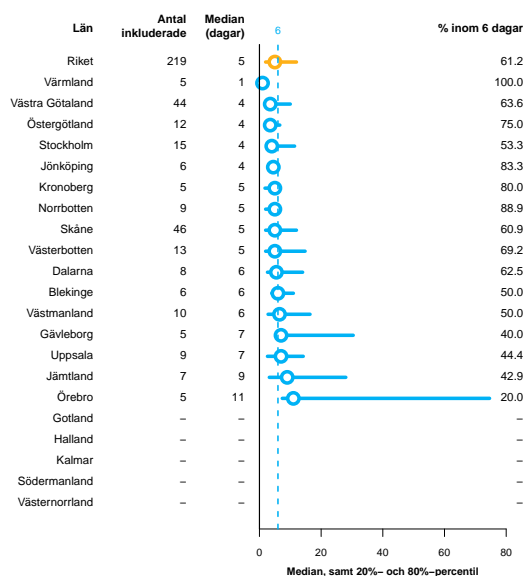
Ledtid till : Start av behandling

Maximal leddid : 6 dagar för Alla

Akut myeloisk leukemi (AML) kräver akut utredning och snabb behandlingsstart. 5-årsöverlevnaden är kopplad till insjuknandeålder med 50-60 % 5-årsöverlevnad under 50 år och <10 % 5-årsöverlevnad hos patienter >70 år. Diagnostiken bygger på morfologisk, flödescytometrisk och genetisk undersökning av benmärgsprov. Intensiv cytostatikabehandling erbjuds de flesta AML-patienter under 70 år och till i övrigt friska patienter i ålder 70-80 år i syfte att uppnå komplett remission med normal blod- och benmärgsbild, vilket är en förutsättning för bot. Behandlingen tar ca 4 veckor och medför en hög risk för komplikationer, främst i form av transfusionsbehov och infektionsbehandling. Andelen patienter som uppnår remission är 60-85 % och för dessa patienter ges konsoliderande behandling med cytostatika och/eller allogen hematopoetisk stamcellstransplantation.

Vid AML finns en hög medvetenhet om behovet av akut handläggning. SVF definierar en leddid om max 6 dagar från välgrundad misstanke till behandlingsstart. I kvalitetsregistret är medianen i landet 5 dagar med små variationer mellan regionerna (figur 1). Måluppfyllelsen nationellt är 61.2 %. En anledning till något längre tider från misstanke till behandlingsstart hos en liten andel av patienterna kan vara utveckling av sekundär AML efter myelodysplastiskt syndrom eftersom dessa patienter inte sällan har en smygande övergång i AML

Figur 1 AML: Ledtid från första kontakt med specialist till start av behandling för alla patienter som påbörjat behandling 2014/01/01 - 2015/06/30.



Sammanfattningsvis är AML en ovanlig diagnos där den definierade väntetiden inom SVF är uppnådd för majoriteten av patienterna och där enstaka dagars förbättring gör att man uppnår målen inom SVF.

2 Huvud- och halscancer

Register: Huvud- och halscancer

Urval: ÖNH-diagnoser som ingår i registret och som är utredda på ÖNH klinik. Registrerade fall i Sverige där behandling påbörjats 2014/01/01 - 2015/06/30.

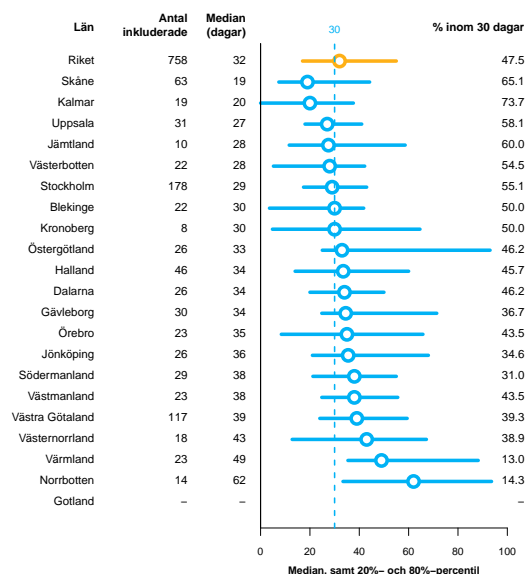
Ledtid från : Datum för första besök vid utredande ÖNH klinik (utgör datum för välgrundad misstanke)

Ledtid till : Start av behandling (kirurgi),
Start av behandling (onkologi)

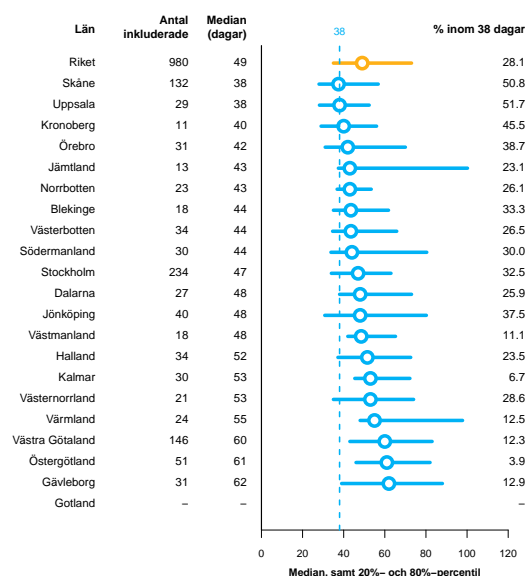
Maximal leddid : 30 dagar för Kirurgi,
38 dagar för Onkologi

Huvud- och halscancer innefattar flera olika diagnosgrupper; läppcancer, munhålecancer, svalgcancer, stämbandscancer, näs- och bihålecancer och spottkörtelcancer. Välgrundad misstanke uppkommer vid undersökning vid ÖNH-klinik. Den angivna maximala leddiden från första besök i specialistsjukvården till behandlingsstart är 30 dagar för kirurgi och 38 dagar för onkologisk behandling, som främst ges i form av strålbehandling. Under 2014-2015 var väntetiden till kirurgi i median 32 dagar och till onkologisk behandling 49 dagar med måluppfyllelse nationellt på 47.5 % för kirurgisk behandling och 28.1 % för onkologisk behandling (figurerna 2-3). Man bör uppmärksamma att väntetiderna kan variera inom de olika underdiagnoser som tillsammans utgör gruppen huvud-halscancer. Vid huvud- och halscancer finns tydlig evidens för att väntetider inverkar negativt på prognosen; två veckors ytterligare utredning innebär att en av tre patienter kommer få ett mer avancerat tumörstadium och därmed en sannolikt förkortad överlevnad. Under senare år har många av landets kliniker, landsting och regioner bedrivit ett aktivt processarbete inom området med förkortade väntetider jämfört med situationen för fem år sedan. Trots detta krävs ytterligare förbättringar för att nå de maximala leddider som definieras i SVF.

Figur 2 Huvud- och halscancer: Ledtid från första besök till start av kirurgisk behandling under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Figur 3 Huvud- och halscancer: Ledtid från första besök till start av onkologisk behandling under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Sammanfattningsvis är huvud- och halscancer en heterogen sjukdomsgrupp där väntetiderna signifikant har förkortats under senaste åren. Idag får hälften av patienterna kirurgisk behandling inom den tid som definieras i SVF och en av fyra patienter når måltiden för onkologisk behandling. Det goda processarbete som förbättrat värden för huvud- och halscancerpatienterna behöver fortsätta med målsättningen att ytterligare korta väntetiderna och nå en större jämlikhet i väntetid mellan landstingen.

3 Matstrups- och magsäckscancer

Register: Matstrups- och magsäckscancer

Urval: Patienter som ingår i registret och där operationsformulär finns rapporterat med ifyllt alternativ 1, 'Resektion av tumören'. Registrerade fall i Sverige där behandling påbörjats 2014/01/01 - 2015/06/30.

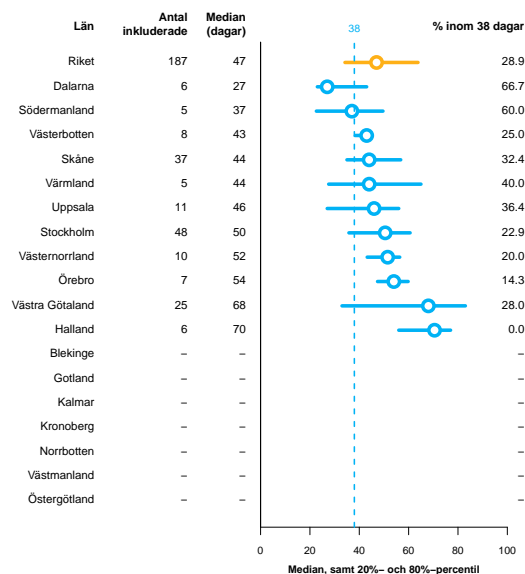
Ledtid från : Diagnosdatum (substitut för datum för välgrundad misstanke)

Ledtid till : Operationsdatum,
Datum för start av neoadjuvant behandling

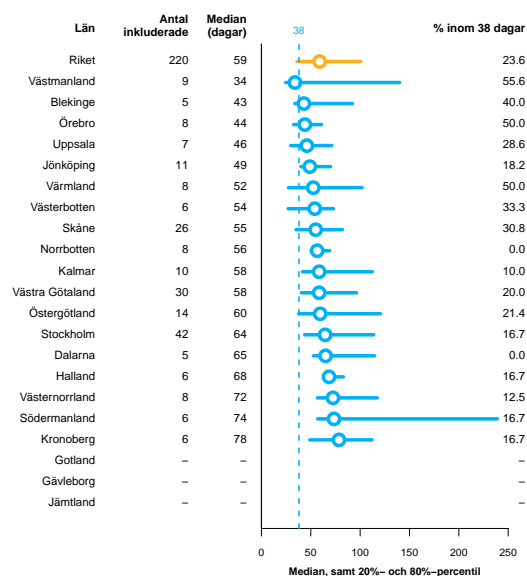
Maximal leddid : 38 dagar för Operation,
31-38 dagar för Neoadjuvant behandling

Matstrups- och magsäckscancer utgör två sjukdomsgrupper; maligna tumörer i matstrupe och kardia respektive tumörer i nedre delen av magsäcken. Dessa cancerformer redovisas samlat och har likartade, om än inte identiska, behandlingsprinciper. Välgrundad misstanke för dessa cancerformer uppkommer inom specialistsjukvården i samband med gastroskopi. En andel av patienterna, vanligen de med magsäckscancer, opereras utan neoadjuvant behandling. Hos dessa är den angivna maximala leddiden till operation 38 dagar. Väntetiden 2014-2015 var i median 47 dagar med en måluppfyllelse på 28.9 % (figur 4). Hos de ca 80 % av patienterna som bedöms klara neoadjuvant cytostatikabehandling rekommenderas detta som första behandling. Den angivna maximala leddiden i SVF är 38 dagar till start av neoadjuvant behandling. I kvalitetsregistret var väntetiden 2014-2015 i median 59 dagar och måluppfyllelsen 23.6 % (figur 5).

Figur 4 Matstrups- och magsäckscancer: Ledtid från diagnos till start av neoadjuvant behandling under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Figur 5 Matstrups- och magsäckscancer: Ledtid från diagnos till operation under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Sammanfattningsvis behöver väntetiderna vid matstrups- och magsäckscancer kortas. Endast en av fyra patienter fick under 2014-2015 behandlingen inom den tid som definieras som maximal tid inom SVF. Det bör också observeras att diagnosdatum har jämförts med datum för välgrundad misstanke. Arbetet med att korta väntetiderna vid matstrups- och magsäckscancer behöver i första hand bedrivas inom de specialistsjukvårdsenheter som är specialiserade på diagnos, behandling och uppföljning av dessa patienter. Att korta väntetiderna här ställer dock krav på en sammanhållen processorienterad kedja som innefattar röntgen, patologi, anestesi, kirurgi och möjligheter till god eftervård.

4 Prostatacancer

Register: Prostatacancer

Urval: Patienter som ingår i registret. Registrerade fall i Sverige där behandling påbörjats 2014/01/01 - 2015/06/30.

Ledtid från : Datum för utfärdande av remiss (substitut för datum för välgrundad misstanke)

Ledtid till : Datum för PAD besked till patient (för låg- eller intermediärriskpatienter),
Datum för behandlingsbeslut (för patienter med lokal högrisk eller lokalt avancerad sjukdom och där kurativ behandling icke är aktuell),
Datum för radikal prostatektomi (för patienter med lokal högrisk eller lokalt avancerad sjukdom som får kurativ behandling i form av radikal prostatektomi)

Maximal leddid : 28 dagar för Låg/intermediärrisk,
28 dagar för Högrisk - ej kurativt,
60 dagar för Högrisk - kurativt

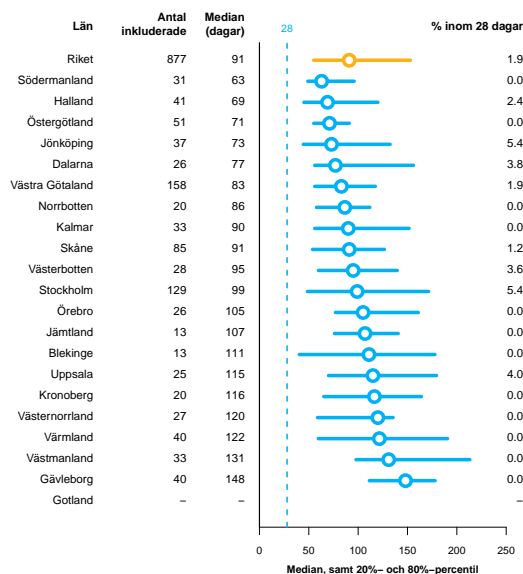
Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige med drygt 9000 fall årligen.

Patienter med högrisk prostatacancer som pga förväntad åldersrelaterad överlevnad eller komorbiditet inte är aktuella för kurativt syftande behandling skall enligt SVF för prostatacancer starta behandling inom maximalt 28 dagar. Väntetiden i landet var 2014-2015 median 91 dagar (figur 6), vilket motsvarar en målpuppfyllelse på 1.9 %.

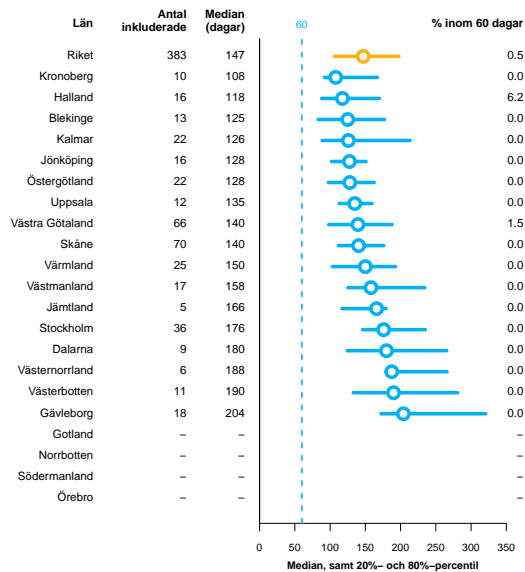
För patienter med kurativt syftande behandling är väntetiden från remiss till behandlingsstart enligt SVF maximalt 60 dagar. I de fall behandling med strålbehandling planeras sätts patienten vanligen direkt in på hormonell behandling, varför start till strålbehandling inte säkert kan anges. Hos patienter som planeras för radikal prostatektomi sker ingen förbehandling utan patienten remitteras direkt för operation. Under 2014 och 2015 var väntetiden i median 147 dagar, vilket motsvarade en målpuppfyllelse < 1 % (figur 7).

Ca 85 % av prostatacancer klassificeras som intermediär- och lågrisktumörer. Patienter, som söker pga symtom eller med ett förhöjt värde på prostata-specifikt antigen (PSA), genomgår utredning som innefattar vävnadsprover från prostata. Ur patientens perspektiv är det centralt att få besked på resultatet av dessa för vidare planering som kan innefatta beslut om start av behandling, genomförande av second opinion eller aktiv expektans. Patienter med låg- och intermediärrisk prostatacancer fick under 2014-2015 detta besked efter median 85 dagar. Detta kan jämföras med den stipulerade maximala tiden om 28 dagar i SVF och innebär en målpuppfyllelse på 1.2 % (figur 8).

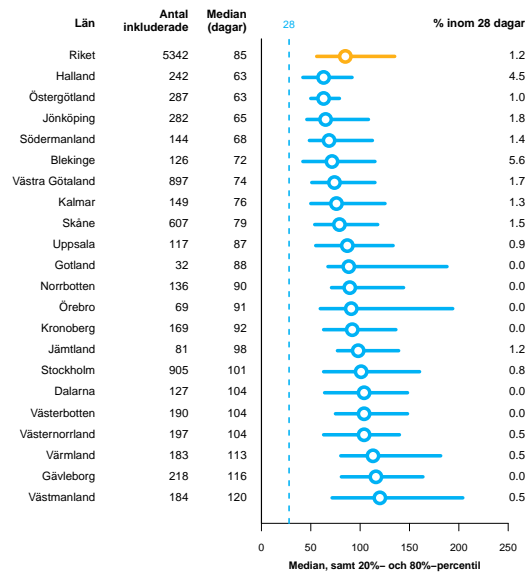
Figur 6 Prostatacancer: Ledtid från remissdatum till behandlingsbeslut för högriskpatienter som inte genomgått kurativ behandling som fått behandlingsbeslut 2014/01/01 - 2015/06/30.



Figur 7 Prostatacancer: Ledtid från remissdatum till radikal prostatektomi för högriskpatienter som genomgått kurativ behandling under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Figur 8 Prostatacancer: Ledtid från remissdatum till PAD besked till patient för låg/intermediärrisk patienter under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Sammanfattningsvis är väntetiderna vid prostatacancer oacceptabelt långa, vilket har framförts och diskuterats av såväl patientföreträdare som profession. Måluppfyllelsen i relation till SVF är extremt låg. Införande av SVF kommer att innebära stora förbättringar för patientgruppen, samtidigt som det ställer stora krav på förändrade arbetssätt inom alla de specialiteter och professioner som är involverade i prostatacancer vården.

5 Urinblåsecancer

Register: Urinblåsecancer

Urval: Patienter som ingår i registret. Registrerade fall i Sverige där behandling påbörjats 2014/01/01 - 2015/06/30.

Ledtid från : Datum för utfärdande av remiss (substituerat för datum för välgrundad misstanke)

Ledtid till : Datum för diagnostisk TURB/px (för patienter med icke-muskelinvasiv urinblåsecancer),
Datum för cystektomi/neoadjuvant behandling (för patienter med muskelinvasiv urinblåsecancer)

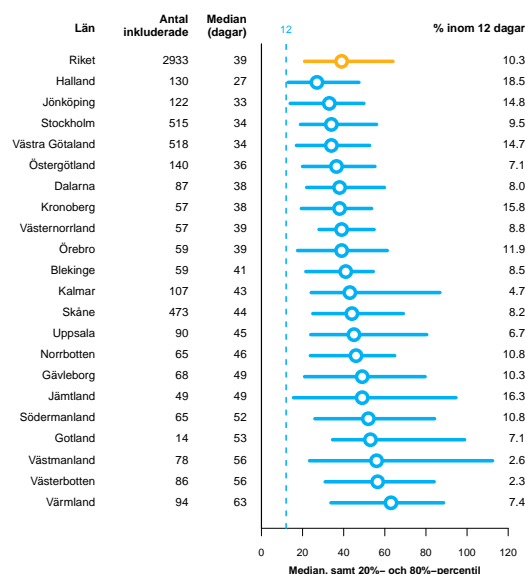
Maximal leddid : 9-12 dagar för Ej muskelinvasiv,
31-37 dagar för Muskelinvasiv - cystektomi/neoadjuvant behandling

Välgrundad misstanke på urinblåsecancer kan uppkomma i primärvården, vanligen genom symtom i form av synligt blod i urinen (makroskopisk hematuri). Urinblåsecancer indelas i tidiga, icke-invasiva, tumörer som utgör ca. 55 % och muskelinvasiva tumörer som utgör 45 %. Hos patienter med tidig urinblåsecancer utgör lokal behandling med transuretral resektion av blåsan (TURB) en fullständig behandling som eventuellt kompletteras med intravesikal behandling. Vid muskelinvasiv cancer däremot är TURB en diagnostisk åtgärd som behöver kompletteras med kirurgi eller strålbehandling. Vid muskelinvasiv urinblåsecancer finns tydligt vetenskapligt stöd för att fördröjd diagnostik och behandling inverkar negativt på patientens prognos.

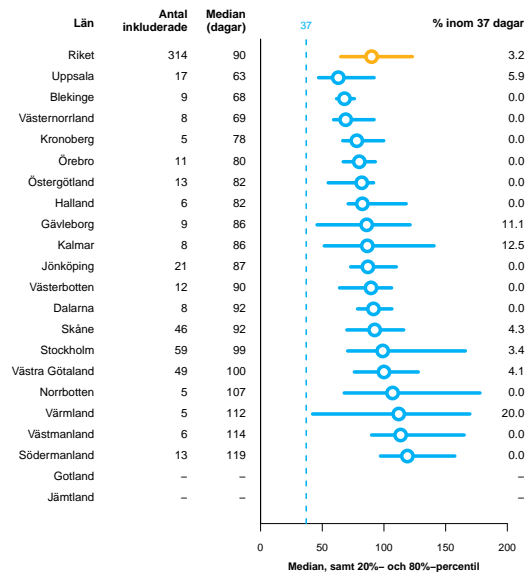
Under 2014-15 utfördes TURB hos >2800 patienter. Denna behandling skall enligt SVF för urinblåsecancer erbjudas inom max 9-12 dagar där 9 dagar avser normaltiden, medan 12 dagar avser patienter som behandlas med blodförtunnande medicin och behöver ytterligare några medicinfria dagar för att minska risken för komplicerande blödningar. Under 2014 var väntetiden till TURB för patienter med icke muskelinvasiv blåscancer i median 39 dagar med en målpuppfyllelse på 10.3 % (figur 9).

Vid muskelinvasiv cancer finns delvis varierande behandlingstraditioner med neoadjuvant behandling alternativt direkt kirurgisk åtgärd med cystektomi. Dessa behandlingar skall initieras inom maximalt 35-37 dagar enligt SVF. Under 2014 -2015 var väntetiden i median 90 dagar med målpuppfyllelse om 3.2 % (figur 10). Hos en mindre andel av patienterna rekommenderas strålbehandling som första åtgärd. Denna behandling är aktuell för patienter som pga komorbiditet eller hög operationsrisk inte bedöms vara aktuella för kirurgi. Patientgruppen är heterogen då de bakomliggande orsakerna till att kurativ behandling inte bedöms möjlig varierar. Den maximala väntetiden till start av strålbehandling har i SVF definierats till 41 dagar. Under 2014-2015 erhöll endast 48 patienter i riket denna behandling med en medianväntetid på 125 dagar, vilket motsvarar en målpuppfyllelse av 4.2 %.

Figur 9 Urinblåsecancer: Ledtid från remissdatum till diagnostisk TURB/px för patienter med icke muskelinvasiv cancer under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Figur 10 Urinblåsecancer: Ledtid från remissdatum till cystektomi/neoadjuvant behandling för patienter med muskelinvasiv cancer som genomgått cystektomi under tiden 2014/01/01 - 2015/06/30.



Sammanfattningsvis är urinblåsecancer en relativt vanlig cancerform med ett tydligt alarmsymtom i form av blod i urinen. Alla patienter skall genomgå TURB inom 9-12 dagar, vilket idag utgör en stor flaskhals för effektiv diagnostik. För patienter med muskelinvasiva tumörer krävs kompletterande behandling i form av neoadjuvant cytostatikabehandling, operation eller strålbehandling och endast 3 % når under 2014-2015 de angivna maximala ledtiderna om 35-37 dagar till behandlingsstart för neoadjuvant behandling eller operation med cystektomi. Vid urinblåsecancer krävs därför ett aktivt processarbete som till största delen omfattar de urologiska verksamheterna och ställer stora krav på snabb tillgång till operationsutrymme för TURB och cystektomi.

Sammanfattning

Data från cancervårdens kvalitetsregister under tiden jan 2014-juni 2015 visar en blandad bild med måluppfyllelse från 0-75 % för de väntetider som definieras i de första fem SVF. Kvalitetsregistren innehåller dock endast de patienter som fått en cancerdiagnos. Vid AML som är en akut och till volymen begränsad diagnos är man mycket nära måluppfyllelsen. Vid huvud- och halscancer och matstrups- och magsäckscancer har processarbete förbättrat läget, men måluppfyllelsen varierar inom landet och behöver generellt förbättras. Väntetiderna inom de specialiteter som utreder och behandlar urologisk cancer är orimligt långa. Tiden till behandlingsbeslut/PAD-besked liksom tiden till operation är i median ca. 3 ggr så lång som de maximalt definierade väntetiderna vid SVF. Vid

prostatacancer och urinblåsecancer finns stora utmaningar för att nå målen. Det pågår ett aktivt förbättringsarbete inom cancervårdens processer i form av flödesanalyser, garanterade undersökningstider, förkortade svarstider och samverkan kring optimerade processtrukturer och det finns mycket som talar för att de förändrade arbetssätten kommer leda till kraftfulla förbättringar med en resurs- och tidseffektiv utredningsprocess till förmån för framtidens cancerpatienter. Fortsatt uppföljning blir central för att förstå hur satsningen inverkar på väntetiderna och för att identifiera förbättringsområden. Med hjälp av kvalitetsregistren kan väntetiderna kopplas till såväl individuella karakteristika som vårdrelaterade faktorer för ett fortsatt evidensbaserat förbättringsarbete.