

#### KRAVSPECIFIKATION SAMT UPPDRAGSBESKRIVNING FÖR PATIENTLOTSAR

- Legitimerad sjuksköterska med erfarenhet av lungcancervård samt behandlingsrutiner och utredningsgång vid lungcancer
- Lotsens övergripande syfte är att förkorta ledtiderna genom att koordinera utredningsinsatserna från diagnos till behandlingsstart vilket innefattar följande arbetsmoment:
  - Samordna undersökningar, boka in tider och bevaka dessa inför specialistbesök
  - Intern kontakt med röntgen-, patologi- och sköpienheter. Extern kontakt med thoraxkirurg, PET-enhet och onkologkliniker
- Bevaka att en individuell vårdplan tas fram, medverka vid MDT-konferenser och ansvara för informationsöverföring om patienten flyttas till annan klinik/sjukhus
- Delta i projektmöten i Uppsala 1 gång/halvår med regionens alla koordinatörer
- En sekundäruppgift i mån av tid är att utgöra patientens primära kontaktperson med sjukvården. Lotsen ska om möjligt även närvara vid diagnosbeskedet

*”Vi kan konstatera att väntetiderna för lungcancerpatienter har förbättrats och att patientlotsar förefaller kunna minska väntetiderna för den del av utredningen som sker inom sjukhusets väggar.”*



# PATIENTLOTSAR *ger kortare väntetider*

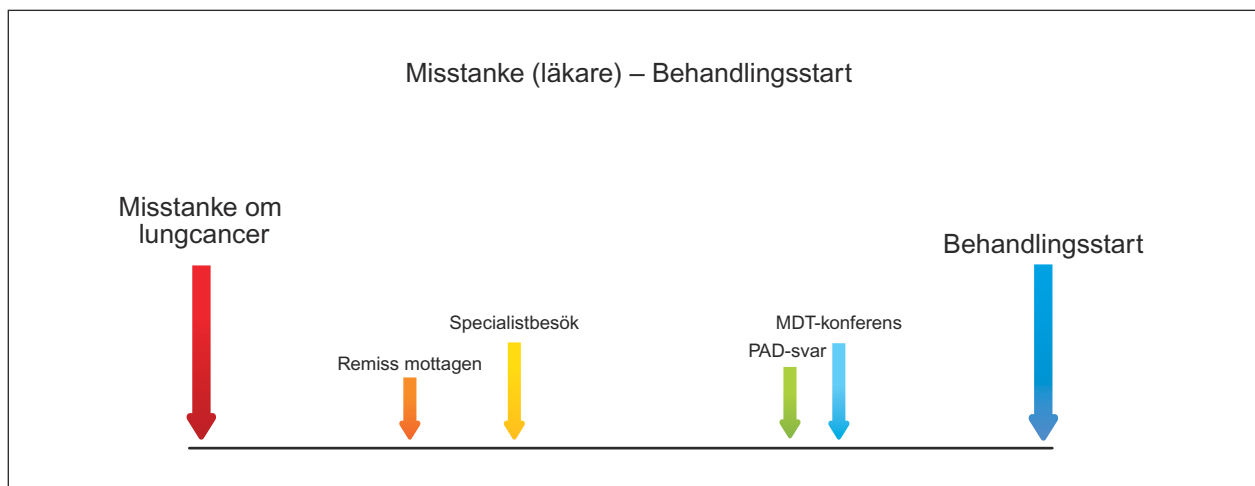
Försök med patientlotsar inom lungcancer vården i Uppsala/Örebroregionen gav goda resultat. Väntetiden förkortades i alla län, mest inom den sjukhusbundna tiden. **Georg Holgersson**, doktorand, ST-läkare, Onkologkliniken Gävle Sjukhus berättar om studien, som är gjord i samarbete mellan onkologikliniken och lungkliniken i Gävle och RCC i Uppsala.

Sverige insjuknar varje år cirka 3200 människor i lungcancer, varav 700 i Uppsala/Örebroregionen. Lungcancer är den tumörsjukdom med högst mortalitet i Sverige, både bland kvinnor och män<sup>1</sup>. Prognosen är i hög grad beroende av i vilket stadium sjukdomen upptäckts. Tidiga stadier har en relativt gynnsam prognos, medan den är betydligt sämre vid avancerad sjukdom. Det är därför viktigt att ställa en diagnos så tidigt som möjligt. Den svenska lungcancerstudiegruppen (SLUSG) har angett som målsättning att minst 80 % av alla lungcancerpatienter ska behöva vänta max 21 dagar från första specialistbesök till beslut om behandling<sup>2</sup>. I 2014 års vårbudget öronmärktes två miljarder kronor till att förkorta väntetiderna inom cancer vården under perioden 2015-2018. Detta skulle ske genom att införa standardiserade vårdförlopp för att minska ledtider mellan remiss, diagnos och behandlingsstart<sup>3</sup>.

I Sverige finns sedan 2002 ett nationellt kvalitetsregister för lungcancer som innehåller uppgifter om drygt 36 000 patienter med diagnosen lungcancer mellan 2002 och 2012<sup>4</sup>. Data från registret visar att ingen region når upp till målet att 80 % av patienterna ska få ett behandlingsbeslut inom en månad efter första besöket hos specialistläkare. I Uppsala-Örebroregionen ligger siffran på drygt 50 %, med stora skillnader mellan landstingen i regionen<sup>5</sup>.

För att förbättra omhändertagandet av lungcancerpatienter har ett försök med så kallade patientlotsar genomförts i den specialiserade vården i Uppsala-Örebroregionen. Projektet finansierades av Sveriges Kommuner och Landsting. Lotsarnas uppdrag var att minska väntetider och på sikt minimera skillnader i utredningsintensitet genom att påskynda och bevaka vårdprocessen inom sjukhusets väggar samt att ordna tider för punktioner, bronkoskopier, PET/CT m.m. För kravspecifikation och uppdragsbeskrivning för patientlotsar se faktaruta 1.

FLÖDESSCHEMA FÖR UTREDNINGSPROCESSEN AV LUNGCANCER



LOTSSTUDIEN

Med data från det nationella kvalitetsregistret för lungcancer identifierades alla lungcancerpatienter i Uppsala-Örebroregionen som diagnostiserats mellan 2007-2009. Från varje lungklinik i samtliga län i regionen, identifierades 20 patienter under perioden. Hälften var i ett tidigt stadium av sjukdomen (I-II) och hälften i ett sent stadium (III-IV). Sammanlagt blev det 416 patienter som hade journaler tillgängliga för genomgång. En baslinjemätning gjordes genom att data från journaler som rörde tidpunkten för den första misstanken om lungcancer samlades in, remisser från vårdcentral till lungklinik, genomförda undersökningar (bronkoskopi, transtorakal biopsi, PET-CT), PAD-svar, MDT-konferens och behandlingsstart. Med hjälp av journaldata hittades tidpunkter i utredningsprocessen som inte återfinns i kvalitetsregistret (Figur 1). Som jämförelse registrerades motsvarande väntetider för patienter som tilldelades patientlotsar och som behandlades under åren 2011-2012, sammanlagt 546 patienter. Dessa patienter inkluderades konsekutivt utan stadieselektering vilket ledde till en övervikt av sena stadier (75%), vilket avspeglar den kliniska verkligheten. Väntetiderna är angivna som mediantider med nedre och övre kvartiler inom parentes.

RESULTAT

För samtliga patienter var mediantiden från misstanke om lungcancer till behandlingsstart vid baslinjemätningen 71 (41-108) dagar. Efter införandet av patientlotsar hade denna väntetid minskat till 44 (27-70) dagar ( $p < 0,001$ ). En förbättring sågs i samtliga sju län i regionen och för både sena och tidiga stadier. Mediantiden från det att patienten remitterats till första specialistbesök på lungklinik var 8 (3-18) dagar. Denna väntetid skilde sig endast marginellt mellan tidiga och sena sjukdomsstadier och påverkades inte av införandet av patientlotsar. Tiden från första besök hos specialistläkare till PAD-/cytologisvar var dubbelt så lång, 27 (11-48) dagar för tidiga jämfört med 13 (6-27) dagar för sena stadier. Efter införande av lotsar minskade denna väntetid till 20 (11-37) dagar för tidiga stadier, men var oförändrad i sena stadier. Väntetiderna är angivna som mediantider med nedre och övre kvartiler inom parentes.

MEDIANVÄNTETIDER

UPPSALA-ÖREBROREGIONEN				
Tid mellan	Stadium	Före LOTS	Efter LOTS	p-värde
Misstanke om lungcancer - Behandlingsstart	IA-IV	71 (41-108)	44 (27-70)	<0,001
	IA-IIB	89 (61-139)	64 (44-93)	<0,001
	IIIA-IV	56 (32-95)	39 (22-61)	<0,001
Remiss mottagen - specialistbesök	IA-IV	8 (3-18)	8 (3-13)	0,163
	IA-IIB	9 (4-19)	11 (6-15)	0,599
	IIIA-IV	7 (2-16)	7 (2-13)	0,853
Specialistbesök - PAD	IA-IV	16 (7-37)	14 (7-28)	0,012
	IA-IIB	27 (11-48)	20 (11-37)	0,146
	IIIA-IV	13 (6-27)	13 (6-23)	0,318
Specialistbesök - MDT	IA-IV	23 (11-46)	16 (8-29)	<0,001
	IA-IIB	34 (15-56)	26 (15-43)	0,048
	IIIA-IV	18 (9-37)	14 (8-26)	0,356
Specialistbesök - Behandling	IA-IV	42 (24-73)	33 (18-53)	<0,001
	IA-IIB	56 (37-86)	52 (37-70)	0,252
	IIIA-IV	30 (17-57)	27 (14-44)	0,886
PAD - Behandlingsstart	IA-IV	20 (7-40)	14 (6-27)	<0,001
	IA-IIB	28 (7-48)	29 (17-45)	0,469
	IIIA-IV	15 (7-33)	12 (5-22)	0,199

Medianväntetider före och efter införande av lotsar på de olika sjukhusen i regionen. Lila bakgrund indikerar signifikant kortare väntetid efter införande av lotsar.

retiden från PAD-/cytologisvar till start av behandlingen, var nästan dubbelt så lång, 28 (7-48) dagar för patienter i tidigt sjukdomsstadium jämfört med 15 (7-33) dagar för patienter i avancerat stadium. Efter införande av patientlotsar sjönk väntetiden för patienter i sent stadium till 12 (5-22) dagar medan väntetiden för patienter i tidigt stadium var oförändrad. Tiden mellan specialistbesök och behandlingsstart var nästan dubbelt så lång, 56 (37-86) dagar för tidiga stadier jämfört med 30 (17-57) dagar för sena stadier vid baslinjemätningen. Efter införandet av lotsar minskade tiden till 52 (37-70) dagar för tidiga stadier och till 27 (14-44) dagar för sena stadier. En minskning av väntetiden sågs i samtliga län. En sammanfattning av medianväntetiderna före och efter införande av lotsar visas i tabell 1. Användandet av PET/CT i lungcancerutredningen ökade från 15% vid baslinjemätningen till 43% efter införande av patientlotsar. En ökad användning av PET/CT sågs i samtliga landsting med den största ökningen i Gävleborg där andelen ökade från 0 till 39%. Andelen patienter som genomgått transtorakal biopsi i regionen minskade samtidigt något från 49% till 41%. Minskningen sågs i samtliga landsting utom Södermanland och Västmanland där det sågs en liten ökning av antalet transtorakala biopsier.

*”I 2014 års vårbudget öronmärktes två miljarder kronor till att förkorta väntetiderna inom cancervården under perioden 2015-2018.”*

#### DISKUSSION

Resultaten från studien visar att efter införandet av patientlotsar, har väntetiderna för lungcancerpatienter förkortats i samtliga landsting för nästan samtliga steg i utredningskedjan. Störst skillnad sågs för tiden mellan specialistbesök och behandlingsstart vilket sammanfattar den klinikbundna väntetiden. Den innefattar tiden från specialistbesök till PAD-/cytologisvar samt tiden från PAD-/cytologisvar till behandlingsstart. Dessa processer är de som lotsarna har varit mest involverade i, därför kan de förbättrade väntetiderna tolkas som ett resultat av deras arbete.

Minst skillnad i väntetid sågs för tiden från remissmottagande till specialistbesök. Denna tid har generellt varit relativt kort i samtliga län och lotsarna har inte varit aktivt involverade i detta steg. Överlag sågs längre väntetider i tidiga stadier jämfört med sena, både före och efter införande av patientlotsar. Detta beror sannolikt på att dessa patienter kräver en mer omfattande utredning som underlag för behandlingsval och resultatet är således förväntat. Viktigt att notera är också den kraftigt ökade användningen av PET/CT, vilket gör att de minskade väntetiderna under studieperioden inte kan förklaras av en minskad utredningsintensitet.

Ett landsting, Örebro, går emot det generella mönstret och uppvisar förlängda ledtider för vissa steg i den sjukhusbundna vården efter införande av patientlotsar. Men den sammanlagda tiden från misstanke om lungcancer till behandlingsstart minskade. En förklaring till de längre tiderna kan vara att Örebro hade den kortaste tiden från misstanke till behandling innan införandet av lotsar, varför förbättringspotentialen var mindre. Dessutom fanns det färre läkare än vanligt i Örebro under studieperioden.

Det finns relativt få studier som specifikt har undersökt väntetider inom lungcancervården. Koyi et al. fann att medianväntetiden från första symtom till behandling var 189 dagar bland patienter som behandlats för lungcancer i Gävleborgs län mellan åren 1997-1998<sup>6</sup>. Av detta utgjordes dock 21 dagar av ”patient delay”, tiden från symtom till att patienten sökte till primärvården, vilket är en period som inte omfattas i vår studie. Även om dessa 21 dagar inte räknas med har dock väntetiden förkortats markant för patienter i Gävleborg om man jämför våra resultat med motsvarande väntetider i Koyis studie.

Försök att förkorta väntetiderna hos lungcancerpatienter har genomförts på andra håll. På Karolinska universitetssjukhuset har man tagit fram ett schemalagt utredningsprogram, Snabbspår Karolinska<sup>7</sup>. Principen för detta var att inkomna remisser granskades av en erfaren lungspecialist och om patienten bedömdes som aktuell för snabbspåret ansvarade en sköterska för inbokning av besök, bokning av ingrepp och bilddiagnostik inom en vecka. Det resulterade i en mediantid från remissankomst till behandlingsbeslut på 17 dagar vilket är något kortare än i vår studie.

#### SLUTSATS

Vi kan konstatera att väntetiderna för lungcancerpatienter har förbättrats och att patientlotsar förefaller kunna minska väntetiderna för den del av utredningen som sker inom sjukhusets väggar. Våra resultat pekar indirekt på att en modell med patientlotsar också skulle kunna förkorta handläggningstiderna för patienter med andra cancerdiagnoser som involverar flera utredningssteg. Det bör i sammanhanget påpekas att en stor del av väntetiden i vårdkedjan utgörs av tiden mellan första symtom till att patienten söker till primärvården, samt tiden från första besöket hos familjeläkare till dess att remiss skickas till specialist. För att dessa väntetider ska bli kortare krävs mer information till såväl allmänhet som primärvård om symtom som bör leda till utredning om lungcancer. Ett försök att effektivisera denna process har genomförts i Landstinget Dalarna inom ramen för det så kallade Lucas-projektet<sup>8</sup>.

Tack till våra medförfattare Michael Bergqvist, Professor, Överläkare, Onkologikliniken Gävle, Institutionen för strålningsvetenskap Umeå Universitet, Hirsh Koyi, Med dr, överläkare, lungkliniken, Gävle sjukhus, Anders Berglund, Ph.d., statistiker, RCC, Uppsala, Mats Lambe, professor, RCC, Uppsala.

GEORG HOLGERSSON, DOKTORAND, ST-LÄKARE, ONKOLOGIKLINIKEN, GÄVLE SJUKHUS,  
GEORG.HOLGERSSON@REGIONGAVLEBORG.SE

