



# Möjligt att hitta cancerpatienter ”Upprepat sökande

”Hur var det möjligt att missa att patienten hade cancer? Han hade ju typiska symtom och fynd för cancer och sjukskrevs av allmänläkaren för ryggont. Hade läkaren inte undersökt patienten?” Frågan ställdes av min onkologkollega för 15 år sedan när vi var på väg till röntgenronden på universitetssjukhuset. Frågan skakade om mig då, men den är lika aktuell idag. Det skriver specialisten i allmänmedicin och onkologi, **Marcela Ewing**, som nyligen disputerat på en avhandling om just möjligheten att via primärvården upptäcka fler cancerfall i ett tidigare skede.

**U**tmaningen för en onkolog är att behandla och om möjligt bota cancerpatienter som har blivit diagnostiserade – av någon annan. Men var det verkligen så enkelt att diagnostisera cancer, som kunde innebära någon av alla de cirka 200 olika cancersjukdomarna? När jag bytte klinisk bana från onkologi till allmänmedicin och hade

en eller flera patienter varje dag som sökte för symtom där cancer var en av differentialdiagnoserna lärde mig min kliniska erfarenhet svaret. Ja, trots noggrann undersökning och utredning av en patient kunde det vara lätt att missa typiska cancersymtom för de liknade symtomen för vanligt förekommande benigna sjukdomar.



# *tidigt i primärvården* **ett varningstecken”**

***”Utmaningen ligger i att bland patienter som söker med olika symtom urskilja dem som har en potentiellt allvarlig sjukdom. Utmaningen är särskilt stor när det gäller cancerdiagnostik.”***

#### **CANCER I PRIMÄRVÅRDEN**

Primärvården i Sverige är (eller borde vara) grundstenen i hälso- och sjukvården. Allmänläkare som är specialister i allmänmedicin har en bred kunskapsbas och kompetens för att ta hand om en mängd olika sjukdomar och åkommor i befolkningen. Utmaningen ligger i att bland patienter som söker med olika symtom urskilja dem som har en potentiellt allvarlig sjukdom. Utmaningen är särskilt stor när det gäller cancerdiagnostik. Olika studier har visat att allmänläkare årligen diagnostiserar endast en handfull cancerfall, med cirka en var av kolorektal-, bröst-, lung- och prostatacancer.<sup>1</sup> Således har bara några promille av de patienter som söker i primärvården cancer, men var åttonde patient har alarmsymtom som signalerar cancer.<sup>2</sup> (Figur 1)



## ••• tidig diagnostik



Figur 1. Antal patienter som söker allmänläkare innan en patient diagnostiseras med cancer.  
Grått: Alla patienter som söker. Svart: Patienter med symtom eller fynd för potentiell cancer. Rött: Denna patient får cancerdiagnos.

***”Forskning har visat att långa diagnostiska intervall, det vill säga tiden från det patienten söker för sina symtom i primärvården till dess en cancerdiagnos ställs, leder till ökad dödlighet för de fem vanligaste cancerformerna.”***

Dock behöver man inte ha alarmsymtom vid cancer, utan kan ha mer ospecifika, diffusa symtom eller inga symtom alls. Dessa patienter har också längre utredningstider.<sup>3</sup> Hur snabbt cancerpatienter identifieras i primärvården och hur snabbt de får sin cancerdiagnos har en betydelse för deras prognos. Forskning har visat att långa diagnostiska intervall, det vill säga tiden från det patienten söker för sina symtom i primärvården till dess en cancerdiagnos ställs, leder till ökad dödlighet för de fem vanligaste cancerformerna.<sup>4</sup> Så hur kan en läkare på en vårdcentral överhuvudtaget navigera bland alla symtom och fynd? Finns det något sätt att identifiera patienter som behöver remitteras vidare för att bekräfta eller förkasta cancermisstanken? Det var avstampet för mitt avhandlingsarbete som startade flera år innan snabbspåren för cancer, de standardiserade vårdförloppen (SVF) infördes i Sverige.

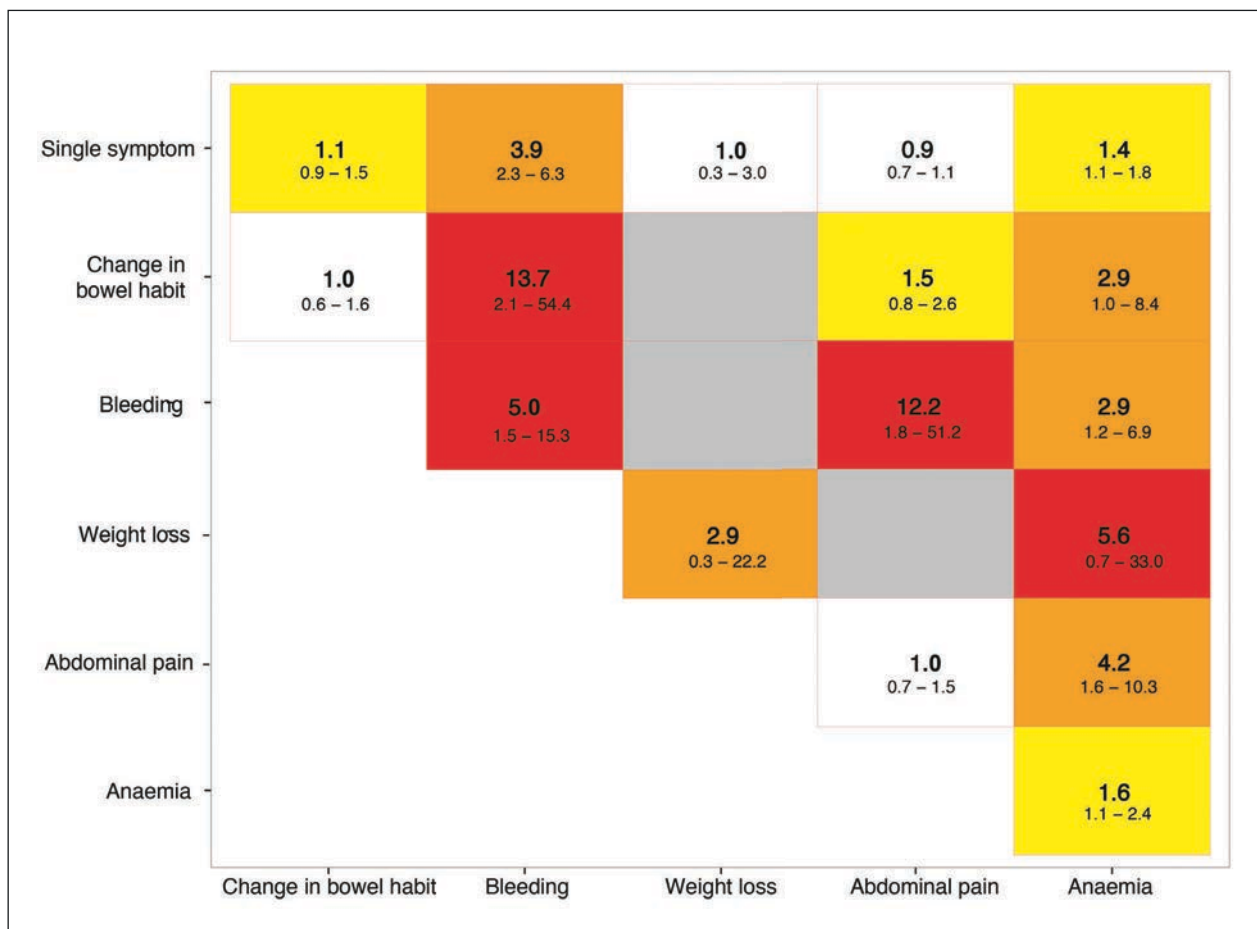
### VANLIGT SÖKA VIA PRIMÄRVÅRDEN

Majoriteten av cancerpatienterna, eller 87 procent, söker via primärvården året innan de får sin cancerdiagnos.<sup>5</sup> Allmänläkarna är därför de som oftast påbörjar utredning av patienter där symtom eller fynd väcker cancermisstanke och senare resulterar i en cancerdiagnos. Syftet med min avhandling var att ta reda på hur allmänläkare kan känna igen patienter med tecken på någon av de vanligaste cancersjukdomarna, om det är möjligt att upptäcka cancer i ett tidigt skede samt att utarbeta ett riskvärderingsinstrument för tjock- och ändtarmscancer.<sup>6</sup>

Fyra fall-kontrollstudier med sammanlagt 4 562 cancerpatienter och 17 979 kontrollpatienter utan cancer genomfördes. Vi samlade in uppgifter om alla vuxna patienter i Västra Götalandsregionen som under 2011 diagnostiserades med de vanligaste cancerformerna, däribland tjock- och ändtarmscancer och lungcancer. Uppgifter om bland annat cancerdiagnoser och diagnoskoder hämtades från cancerregistret samt regionala hälsodatabaser.

Det första delarbetet visade att patienter som senare fick en cancerdiagnos började söka läkare i primärvården mer frekvent än kontrollgruppen 50–100 dagar före sin diagnos. Mer än hälften av patienterna besökte allmänläkare fyra eller fler gånger året innan de fick sin cancerdiagnos. Av dem som sökte läkare ofta, men utan tydliga varningstecken på cancer, sökte många redan de två första gångerna med symtom som visade sig vara associerade med cancer. Dessa symtom kom från en bestämd del av kroppen och tedde sig godartade (delarbete II). Blödning från tarmen kombinerad med diarré, förstoppning, ändrade avföringsvanor eller smärta i buken var de symtom som var starkast förknippade med icke spridd tjock- och ändtarmscancer. Ett riskvärderingsinstrument utarbetades för denna cancer (del-

## ••• tidig diagnostik



Figur 2. Riskvärderingsinstrument för stadium I-III kolorektalcancer för patienter  $\geq 50$  år. Visar risk som positivt prediktivt värde (PPV) mot en bakgrundsrisks i befolkningen på 0,25 %. Översta raden: visar PPV för varje enskilt symptom/fynd. Diagonala rader: PPV när symtomet/fyndet rapporteras en andra gång. Alla de andra rutorna visar PPV för kombinationen av två olika symptom. Vit: 0-1 %. Gul: > 1 %. Orange: >2.5 %. Röd: > 5 %. Grå: för få patienter för denna kombination.

***”Allmänläkare bör se upprepat sökande för symptom, även sådana som ter sig godartade, som ett varningstecken.”***

arbete III)<sup>7</sup> (Figur 2). Icke spridd lungcancer kunde inte identifieras utifrån symptom (delarbete IV).

Avhandlingen visar att det finns sätt att urskilja patienter med misstänkt vanlig cancer. Allmänläkare bör se upprepat sökande för symptom, även sådana som ter sig godartade, som ett varningstecken. Det finns olika kombinationer av symptom från mage och tarm som gör att tidig tjock-och ändtarmscancer är möjlig att diagnostisera. Utifrån vår studie kunde vi inte säga att patienter med icke spridd lungcancer kunde kännas igen utifrån typen av symptom.

Slutsatsen är alltså att det finns olika diagnos- och sökmönster för patienter med de vanligaste cancersjukdomarna

och att det är möjligt att identifiera dem tidigt. Vi har idag dessutom standardiserade vårdförlopp (SVF). Borde det därför inte vara lättare än någonsin att identifiera cancerpatienterna tidigt?

### STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

Sverige var inte först med att införa snabbspår för cancerutredningar. Den ökade medvetenheten om låg canceröverlevnad i befolkningen resulterade i att flera länder beslutade om nationella strategier. Storbritannien införde two-week wait referral år 2000.<sup>8</sup> Danmark införde sina pakkeforlob år 2008.<sup>9</sup> Sedan 2015 har Sverige snabbspår för utredning av cancer eller så kallade standardiserade vårdförlopp.<sup>10</sup> För närvarande finns 31 sådana SVF både för de vanligaste cancersjukdomarna och de mer ovanliga. Patienter från primärvården kan därför remitteras in direkt (ibland indirekt) till specialistvården på sjukhuset och på ett i förväg tidsatt och strukturerat sätt genomgå utredning som antingen bekräftar eller förkastar cancermisstanken. Dörröppnaren till SVF är att det finns ”välgrundad misstanke om cancer”, det vill säga kriterier med symptom eller olika fynd som ger hög cancermisstanke.

***”Det är viktigt med uppdaterade kliniskt skickliga allmänläkare, men de måste också ha tillgång till så bra och snabba utredningsresurser som möjligt med kriterier som gäller för just den population som ska utredas.”***

#### PRIMÄRVÅRDSFORSKNINGENS BETYDELSE

Dock bygger dessa remisskriterier som riktar sig till primärvårdsläkarna oftast inte på forskning och data från primärvården utan man har extrapolerat kunskap från cancerpatienter som studerats i slutenvården och applicerat dem på cancerpatienter i primärvården. De patienter som olika specialister ser i slutenvården är redan en selekterad grupp, då de har filtrerats via allmänläkarna och speglar inte symtomanoramat i primärvården. Symtomet blödning från ändtarmen är för en kolorektalkirurg ofta lika med stark misstanke om kolorektalcancer, medan samma symtom i primärvården endast betyder att det föreligger 4 procents risk för cancer och 96 procents risk att det handlar om en godartad sjukdom eller åkomma<sup>7</sup> (Figur 2).

Sverige har hög kvalitet på sin forskning och dess tillämpning i sjukvården, vilket har resulterat i höga överlevnadssiffror internationellt sett vad gäller cancer. Dock är det så att resultat från forskning i slutenvården ofta styr beslut även för remisskriterier för primärvården. Det är viktigt med uppdaterade kliniskt skickliga allmänläkare, men de måste också ha tillgång till så bra och snabba utredningsresurser som möjligt med kriterier som gäller för just den population som ska utredas.

Cancervården börjar med besöket i primärvården, men om inte denna första del i vårdkedjan fungerar väl får vi inte optimal cancervård. Forskning från primärvården behöver beaktas i högre utsträckning vid utarbetande av olika nationella dokument för kunskapsstyrning, beslutsstöd och kriterier för standardiserade vårdförlopp. Detta om vi vill kunna identifiera cancerpatienterna så tidigt som möjligt. Trots att vi idag har standardiserade vårdförlopp är kunniga kliniskt skickliga allmänläkare viktigare än någonsin. Vi behöver en kombination av välfungerande system och duktiga kliniker. Det är så vi kan göra den svenska cancervården ännu bättre för dem som behöver den bäst – patienterna.

Avhandling: Ewing M. Identification and early detection of cancer patients in primary care. Göteborg: Göteborgs universitet 2018.

<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/55379>

#### REFERENSER

1. Hamilton W. The CAPER studies: five case-control studies aimed at identifying and quantifying the risk of cancer in symptomatic primary care patients. *Br J Cancer*. 2009; 101 Suppl 2: S80-86.
2. Ingebrigtsen SG, Scheel BI, Hart B, Thorsen T and Holtedahl K. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. *Fam Pract*. 2013; 30(2): 153-160.
3. Jensen H, Topping M, Olesen F, Overgaard J and Vedsted P. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study. *BMC Cancer*. 2014; 14(1): 636.
4. Topping ML, Frydenberg M, Hansen RP, Olesen F and Vedsted P. Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: a cohort study in primary care. *Eur J Cancer*. 2013; 49(9): 2187-2198.
5. Ewing M, Naredi P, Nemes S, Zhang C and Månsson J. Increased consultation frequency in primary care, a risk marker for cancer: a case-control study. *Scand J Prim Health Care*. 2016; 34(2): 2015-2212.
6. Ewing M. Identification and early detection of cancer patients in primary care. Institute of Medicine. Göteborgs Universitet. PhD Thesis. Göteborg. 2018. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/55379>
7. Ewing M, Naredi P, Zhang C and Månsson J. Identification of patients with non-metastatic colorectal cancer in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract*. 2016; 66(653): e880-e886.
8. The National Health Service. The NHS Cancer plan 2000 [https://www.thh.nhs.uk/documents/\\_Departments/Cancer/NHSCancerPlan.pdf](https://www.thh.nhs.uk/documents/_Departments/Cancer/NHSCancerPlan.pdf).
9. Olesen F, Hansen RP and Vedsted P. Delay in diagnosis: the experience in Denmark. *Br J Cancer*. 2009; 101 Suppl 2: S5-8.
10. Regionala Cancercentrum. 2018. <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>.

MARCELA EWING, MED DR, SPECIALIST I ALLMÄNMEICIN OCH ONKOLOGI, REGIONALT CANCERCENTRUM VÄST, GÖTEBORG, MARCELA.EWING@RCCVAST.SE

