

Lika vård för alla?

En studie av vårdkedjan för
prostatacancer

*LHC Report:
Nr 2 2011*



Lika vård för alla?

En studie av vårdkedjan för
prostatacancer

LHC Report:
Nr 2 2011

Jon Rognes
Handelshögskolan i Stockholm
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Om studien	4
Sammanfattning	4
<i>Några observationer</i>	5
Styrning och organisering av vård	6
Bakgrundsfakta kring prostatacancer	7
<i>Behandlingsformer</i>	7
Behandlingsprocessen för prostatacancer	8
<i>Problembeskrivning</i>	9
Undersökning av dagsläget i Sverige 2011	11
<i>Intervjuer med läkare inom prostatacancervård</i>	11
Second opinion.....	11
Samverkan mellan specialiteter – konferenser	12
Kliniska val – skillnader inom Sverige	13
Organisation och resurser	13
Nya läkemedel och behandlingsformer	14
Cancerfonden – second opinion samt interdisciplinära konferenser	15
Second opinion.....	15
Samverkan mellan specialiteter – konferenser	16
Socialstyrelsen, väntan på cancervård	17
<i>Andra röster på området</i>	19
Slutsatser	20
Second opinion.....	20
Samverkan mellan specialiteter – konferenser	21
Kliniska val – skillnader inom Sverige	22
Organisation och resurser	22
Nya läkemedel och behandlingsformer	22
Väntetider.....	23
Organisering och styrning av vård.....	23
Genomförande och metod.....	24
Referenser och källor	25
Om Leading Health Care	26
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	26
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	26
LHC:s publikationer.....	27

Om studien

Vården av prostatacancer varierar mellan olika sjukhus i Sverige. Tanken om en enhetlig vårdprocess finns, men är inte realiserad. Denna studie beskriver processen vid prostatacancervård från ett flödesperspektiv. Studien är ett resultat av diskussioner i Leading Health Cares fokusgrupp för styrning av vård. Vi har där valt att ta upp exempel på områden i vården där det finns utrymme för förbättringar. Denna studie har finansierats av SANOFI men har uteslutande utförts av forskare knutna till Leading Health Care. Huvudförfattare är Jon Rognes, Ek Dr vid Handelshögskolan i Stockholm och verksam i Leading Health Care.

Sammanfattning

År 2009 fick drygt 10 000 män diagnosen prostatacancer. Av Sveriges totala antal cancerfall utgör prostatacancer knappt 19 procent (Cancerfonden).

Prostatacancerpatienter kan i olika faser hanteras både av urologer, onkologer och andra specialiteter och yrkesgrupper, t.ex. patologer och radiologer. Antalet involverade specialiteter och förekomsten av flera överlämnanden under behandlingen innebär att det ställs krav på samordning och kommunikation mellan dessa grupper. Skillnader i processen mellan regioner är stora.

Utifrån intervjuer med läkare inom prostatacancervård har vi identifierat några problemområden som kan undersökas närmare:

- Prostatapatienter får idag inte alltid tillgång till den vård som finns att tillgå.
- Patientflödet mellan enheter/specialiteter kan utvecklas och förbättras.
- Skillnaderna i klinisk praktik och väntetider mellan regioner är stora.
- Processer och flöden varierar avsevärt mellan sjukhus.

Vi har efter diskussion med experter inom prostatacancervård identifierat följande med specifika frågeställningar som särskilt intressanta:

- Second opinion
- Samverkan mellan specialiteter
- Skillnader inom Sverige gällande kliniska val och väntetider
- Organisation, samarbete och resurser
- Nya läkemedel och behandlingsformer

Några observationer

Det finns avsevärda skillnader i väntetider över landet, samt relativt långa väntetider för patienter med prostatacancer jämfört med andra cancerdiagnoser.

Det finns mycket stora regionala skillnader vad gäller val av behandlingsalternativ. En konsekvensbedömning av detta ligger utanför vår kompetens, men det kan möjligtvis leda till problem vid en snabb utveckling inom området.

En minoritet av patienterna tas upp på interdisciplinära konferenser och detsamma gäller tillgång till second opinion.

En inomprofessionell ståndpunkt bland en stor andel läkare är att det inte förekommer några större problem idag, vare sig vad gäller interdisciplinära konferenser eller tillgång till second opinion. Det finns dock en spridd önskan om mer resurser och större fokus på området.

Det finns en konservatism kring införandet av nya läkemedel och det sker ofta en lokal prövning och prioritering av nya rekommendationer.

Försök med flödesorganisering kring en patientgrupp förhindras i många fall av befintlig organisering kring kliniker och specialisering (onkologi, urologi, radiologi etc.).



Styrning och organisering av vård

Vård och omsorg är ett stort och komplext område, med många olika intressen och specialiteter inblandade. Detta leder ibland till situationer där olika krav och intressen inte alltid sammanfaller. Det finns åtskilliga styrsystem på olika nivåer, såväl i form av kunskapsstyrning, riktlinjer som ekonomiska ersättningar, och dessa är allt som oftast i konflikt med varandra. Involverade aktörer känner inte alltid till alla system och vet inte hur de samverkar. Detta leder till att det sällan finns en samlad bild av konsekvenser för hela systemet då någon typ av styrning förändras.

Brister, dilemman och konflikter måste tydliggöras och vi måste få beslutsfattare att förstå att det ofta inte är delarna utan (bristen på) samverkan mellan dessa, liksom mellan olika nivåer, som är problematiska. Ansatsen att inte studera de specifika styrsystemen, utan snarare att peka på krockar och konflikter mellan dem innebär ett nytt sätt att närma sig pudelns kärna. Det är då inte relevant att arbeta med att utveckla ett enskilt styrsystem utan att ta hänsyn till de andra styrsystem som påverkar samma verksamhet.

Ansatsen att inte studera de specifika styrsystemen, utan snarare att peka på krockar och konflikter mellan dessa innebär ett nytt sätt att närma sig frågan.

LHC har i rapporter och diskussionsforum lyft fram ett antal fall där krockar mellan styrsystem gett irrationella effekter för berörda verksamheter. Vi har också undersökt de mekanismer som ligger bakom detta. Vi har tagit fram exempel där styrning lett till oönskade konsekvenser och misslyckanden, och där goda försök stoppats. Vad är det som har lett till att till synes bra lösningar inte har kunnat leva vidare, eller fått tillfälle att prövas?

Med hjälp av exempel och fallbeskrivningar kan vi blottlägga kritiska faktorer i dagens system som inte fungerar som avsett, och vi kan visa på brister som gör att systemet leder fel. Ett viktigt spänningsfält vi identifierat är det mellan styrning på mikro- respektive makronivå. Organisering och ledning för verksamheter runt den kliniska praktiken hamnar ofta i skymundan i diskussionen eftersom fokus antingen ligger på övergripande riktlinjer, eller på direkt styrning av kliniska procedurer och ingrepp. Ett sådant exempel är prostatacancervården. Det finns en oro för att samarbetet och flödet mellan de specialistkompetenser som är inblandade i vårdkedjan inte alltid fungerar så smidigt som det skulle kunna. I denna rapport undersöker vi detta, och vad som kan vara underliggande orsaker till att så är fallet.

Bakgrundsfakta kring prostatacancer

År 2009 fick drygt 10 000 män diagnosen prostatacancer. Av Sveriges totala antal cancerfall utgörs cirka 19 procent av prostatacancer (Cancerfonden). Knappt hälften av dem som insjuknar i prostatacancer i Sverige är över 70 år. Det är mycket ovanligt att man drabbas om man är under 50 år. Prostatacancer kan behandlas med operation, strålbehandling och/eller hormonell behandling. I vissa fall kan man behandla med cytostatika. Vilken typ av behandling som behövs avgörs individuellt. Hormonbehandling ges vanligen för att bromsa upp sjukdomsutvecklingen då operation eller strålbehandling i prostatakörteln inte är aktuell. Behandlingen är då livslång. Hormonbehandling kan även ges som ett komplement till behandling i botande syfte såsom operation eller strålbehandling.

Antalet involverade specialiteter och att det kan förekomma flera överlämnanden under behandlingen innebär att det ställs krav på samordning och kommunikation mellan dessa grupper.

Prostatacancerpatienter utgör en stor behandlingsgrupp som i olika faser kan hanteras både av urologer och av onkologer. Diagnosen kräver även samverkan med andra specialiteter och yrkesgrupper, t.ex. patologer och radiologer. Antalet involverade specialiteter och att det kan förekomma flera överlämnanden under behandlingen innebär att det ställs krav på samordning och kommunikation mellan dessa grupper. Vi har undersökt hur detta samarbete upplevs idag. Undersökningen baserar sig främst på intervjuer med berörda läkare, men vi har även tagit del av en enkät gjord av Cancerfonden samt gjort uppföljande intervjuer med andra berörda parter.

Behandlingsformer

När cancer är begränsad till själva prostatan, s.k. lokaliserad prostatacancer, är den möjlig att bota. Som botande (kurativa) behandlingar finns både operation och strålbehandling. För patienter med en lågrisktumör står behandlingsalternativen aktiv monitorering, operation eller strålbehandling till buds. För patienter med intermediär och hög risk är behandling med operation eller strålning vanligast medan patienter med metastaserad cancer behandlas med hormonterapi. Vid en operation tar kirurgen bort hela prostatakörteln. Detta utförs på flera platser i Sverige med robotkirurgi. Strålbehandling kan antingen utföras med strålar från en strålkälla utanför patienten (extern strålning) eller med en strålkälla inne i patienten (intern strålning). Efter behandling görs en regelbunden uppföljning med PSA-prov (prostata-specifikt

antigen). För en grupp patienter återkommer symptomen efter en tid, så kallat recidiv. Vid ett recidiv kan både opererade och strålbehandlade män få hormonbehandling. Opererade patienter kan även strålbehandlas i bäckenområdet.

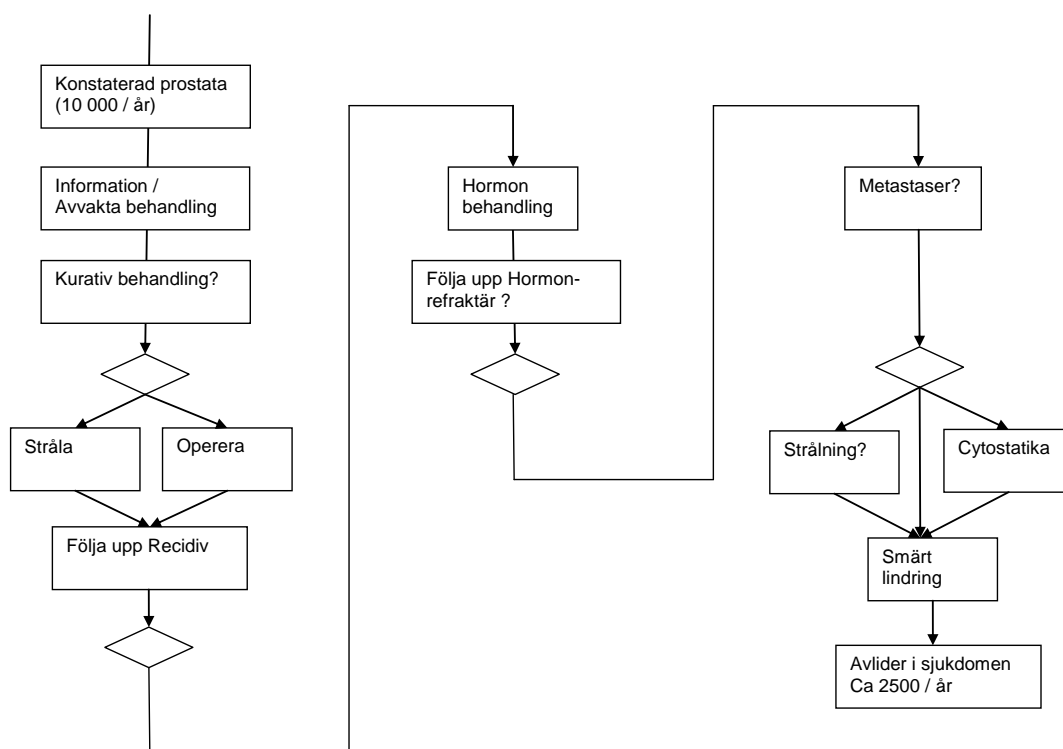
Om cancer är spridd till prostatans närområde men inte till andra delar av kroppen kallas den lokalt avancerad. Det finns ingen enhetlig behandling för detta, men det är vanligt med en kombination av strålbehandling och hormonbehandling. I de fall där cancer spridits till andra delar av kroppen än prostatans närområde kan man överväga hormonbehandling samt kirurgisk kastration. Den gemensamma nämnaren för dessa behandlingar är att strypa tillförseln av testosteron till cancercellerna.

Behandlingseffekten med hormonbehandlingar är begränsad i tiden. När en hormonbehandling inte längre är verksäm säger man att cancer är hormonrefraktär. Det finns ingen standardbehandling för detta stadium av sjukdomen och behandlingen är i huvudsak palliativ, avsedd att lindra smärta och uppehålla livskvaliteten. Det pågår ett omfattande forskningsarbete bland både läkemedelsföretag och forskare vid medicinska centra för att få fram preparat som är verksamma vid detta stadium av prostatacancer. Det pågår ett stort antal kliniska studier världen över där man prövar nya preparat. Det har under senare år kommit flera nya läkemedel som kan användas i denna fas.

Behandlingsprocessen för prostatacancer

Inledningsvis tas ett antal prover, bland annat PSA. PSA-halten i blodet mäts genom ett blodprov. Vid prostatacancer får man ett högre värde, då tumören gör att läckaget av PSA till blodet ökar. Därefter kan andra undersökningar göras, och ett beslut om åtgärd tas: avvakta eller behandla. Om läkaren och patienten väljer att behandla finns det idag två möjligheter: strålning eller operation. Dessa bedöms som likvärdiga av Socialstyrelsen, men är enligt viss expertis olika lämpliga beroende på sjukdomens karaktär. De har dessutom båda biverkningar vilka skall vägas mot nyttan med behandlingen. Patienten skall få information om båda formerna, och har rätt att själv göra ett val. Andelen strålning respektive operation varierar kraftigt över landet, delvis beroende på lokal expertis och erfarenhet.

För dem som väljer att behandla, antingen med operation eller med strålning, följer en övervakningsperiod med PSA-tester som kan följas av hormonbehandling och därefter ytterligare behandling som beskrivits ovan. Processen beskrivs schematiskt i figur 1.



Figur 1. Prostatacancerprocessen, förenklad flödesbeskrivning

Det finns ett antal valsituationer i denna process, och det finns även ett antal överlämnanden mellan olika specialiteter. Det skiljer sig åt mellan sjukhus hur behandling hanteras och hur moment utförs under processen. För att kartlägga processen och hur väl vården kring den enskilde patienten fungerar har vi intervjuat ett antal läkare och andra experter inom området.

Problembeskrivning

Bakgrunden till undersökningen är att det finns en misstanke om att alla moment i prostatacancerprocessen inte alltid utförs i tillräcklig utsträckning, och att det mellan enheter råder olikheter som inte är medicinskt motiverade. Indikationer på detta finns bland annat i en undersökning som gjorts av Cancerfonden (mars-april 2011), och som sammanfattas i ett senare avsnitt i denna rapport.

Vi har valt att inte bedöma eller kommentera de olika behandlingsformerna eftersom det ligger utanför vårt kompetensområde. Vi fokuserar på organisering, samarbete och kunskapsspridning inom professionen. De stora observerade olikheterna i Sverige i

dag leder till några frågor kring hur bra praxis sprids och i vilken omfattning skillnader kan accepteras.

Genom diskussion med ett urval insatta experter på området identifierades några områden för vidare granskning:

- Prostatapatienter får idag inte alltid tillgång till den vård som finns att tillgå. Den medicinska utvecklingen har gått snabbt på området. De senaste åren har flera nya läkemedel tillkommit. Rutiner och remitteringar har inte alltid följt med.
- Det verkar finnas en viss barriär mellan urologen och onkologen vid flera sjukhus. Patientflödet mellan enheterna kan utvecklas och förbättras.
- Trots nationella riktlinjer och lokala vårdprogram är skillnaderna i klinisk praktik mellan regioner är stora. Riktlinjer följs i varierande grad – de sägs vara prioriterade – men i praktiken ses de inte alltid som möjliga att följa.
- Flödet fungerar olika på olika sjukhus.

Avsaknaden av aktuella riktlinjer och nationella vårdprogram lyfts fram som ett problem av flera tillfrågade experter på området. Stora regionala skillnader inom Sverige och en upplevd brist på nationell konsensus kring vårdprogram och behandling, samt att två specialiteter kan ta beslut kring behandlingsval leder till en situation som vi kommer att beskriva närmare i denna rapport. Detta leder till ett antal problemområden och symptom som kommer att tas upp mer i detalj.

Vi har valt att lyfta fram fem frågeställningar för att belysa läget i dag. Följande fem frågeområden har identifierats:

Second opinion

Patienten skall ha möjlighet att diskutera sin situation och behandlingsalternativ med både onkolog och urolog. Detta sägs inte alltid fungera som det ska. På vilket sätt är det ett problem?

Samverkan mellan specialiteter - konferenser

Cancerfondens undersökning visar på att endast en del av patienterna tas upp på samverkansmöten, så kallade konferenser. Detta upplevs som fel, men vad är den professionella bedömningen av detta?

Kliniska val – skillnader inom Sverige

Det råder en stor skillnad i praxis i Sverige i dag, såväl vad gäller behandlingsform som arbetssätt. Det finns till exempel stora regionala skillnader mellan val av strålning eller operation. Är det OK med så stora skillnader?

Organisation och resurser

Prostatapatienter är en stor grupp, men vården är idag oftast inte organiserad kring gruppen patienter, utan efter specialitet. Traditionell organisering efter specialisering

försvårar i vissa fall samarbete. Om vården kan organiseras bättre med ett annorlunda fokus, hur behöver dagens arbetssätt ändras?

Nya läkemedel och behandlingsformer

Det har skett en snabb utveckling de senaste 5-6 åren. Det finns en konservatism kring införandet av nya läkemedel. Hur ser det ut vad gäller lokala överprövningar och prioriteringar av nya läkemedel?

Undersökning av dagsläget i Sverige 2011

Undersökningen har gjorts under våren och sommaren 2011 genom intervjuer med läkare och andra nyckelpersoner samt genom insamling av annat material. Dessutom har två nyligen publicerade rapporter på området inkluderats. Vi presenterar först ett urval representativa citat från intervjuerna, för att ge en bild av ståndpunkter i vården idag.

Intervjuer med läkare inom prostatacancervård

Intervjuer har genomförts med nio läkare som i huvudsak arbetar inom prostatacancerprocessen. Frågorna har kretsat kring samarbete mellan specialiteter och enheter, second opinion, konferenser, skillnader över landet vad gäller kliniska val, eventuella problem med detta samt hur nya behandlingsformer och läkemedel tas in i behandlingen. Nedan följer en kommenterad sammanställning av dessa intervjuer sorterat enligt var och en av de fem frågeställningarna vi valt.

Second opinion

Bilden av läget vad gäller second opinion är tudelad. Alla tillfrågade säger sig ha någon form av system för att ge second opinion, men samtidigt säger de flesta att alla patienter inte får möjlighet till second opinion. Orsaken kan till exempel vara att de inte vill ha det, att de anses vara solklara fall eller att det inte finns tid och resurser att träffa två läkare.

”De flesta hanteras av urologer, lätta fall med ingen behandling eller med hormonbehandling. Second opinion ges inte till alla.”

”Det kan vara långa väntetider för att få en second opinion, 6 veckor eller mer. Men det är inte så bråttom med beslutsprocessen i de här fallen.”

”De som är solklara fall får inte träffa alla doktorer. Om det är aktuellt med både strålning och operation får man träffa båda specialiteter. De som behöver en second opinion får det.”

”Gemensam mottagning blir det inte så ofta, man väljer ut dem som behöver diskutera.”

”Många hos oss går direkt till strålning, ibland får de second opinion. Vi har inga mått på second opinion. Alla borde få det.”

”Patienterna får träffa både onkolog och urolog samtidigt, och får båda alternativen direkt. Då slipper man flera besök.”

Samverkan mellan specialiteter – konferenser

Multidisciplinära konferenser verkar finnas på de flesta ställen. De fungerar dock olika och är olika omfattande. Det är inte alla fall som tas upp på dessa konferenser, med motiveringen att det inte behövs. Samverkan mellan specialiteter sägs fungera bra på nästan alla ställen, med undantag för Stockholm. En återkommande kommentar är att konferenser tar tid, och därmed tar resurser från patientmötet. Det gäller att balansera detta, nyttan med konferenser och kostnaden i form av stora dyra möten.

”Viktiga och tveksamma fall tas upp på konferenser varje vecka. Samarbetet fungerar bra på dessa.”

”Vi har bra samverkan mellan urologer och onkologer på vårt sjukhus.”

”Vi har arbetat med en gemensam rond i stället för konferenser, det fungerar bra hos oss.”

”Konferenser har funnits länge hos oss. Gemensam granskning av vävnadsprover med urolog, onkolog och patolog görs regelbundet. Vi har en unik stämning med bra samarbete. Alla nya och komplicerade fall tas upp.”

”Det krävs daglig kontakt för att få ett bra samarbete. Om det finns misstro mellan specialiteter finns det risk att patienter undanhålls nya metoder.”

”Konferenser med urolog och onkolog diskuterar valda patienter. Några vill att patolog och röntgen skall vara med, men det tar mycket av deras tid. Det blir möteshysteri, och vi urologer tycker inte att det tillför så mycket.”

”Konflikter finns, men det är nog rätt mycket ett Stockholmsfenomen. KS är ett getingbo, men så illa är det inte på andra orter. Men det finns spänningar på andra håll också.”

”Varje vecka har vi en gemensam urolog – onkolog-konferens. Alla fall tas inte upp, men det varierar från klinik till klinik. Konferenser tar upp svårare fall.”

”Multidisciplinära ronder förekommer nog på de flesta länssjukhus för prostatapatienter. På universitetssjukhusen har de troligen samma sak.”

Kliniska val – skillnader inom Sverige

Skillnaderna mellan behandlingsformer i Sverige ses inte som något stort problem av flera av de tillfrågade läkarna. Vetenskapligt sägs det inte råda någon påvisbar skillnad, men detta är på en övergripande populationsnivå. Området kring behandling av prostatacancer är ännu inte lika moget som till exempel kring bröstcancer. Ett problem som lyfts fram är att det finns en risk för överbehandling, dvs. operation eller strålning i onödan.

”Det finns en kamp om behandlingsstrategier idag, robotkirurgi, vanlig kirurgi, titthål, strålning, brachyterapi. Vetenskapligt sett är det noll i skillnad mellan dessa. I norr strålar man ca 70% medan man i sydväst opererar ca 80%. Patientskillnader gör att det är svårt att säga vad som är bäst. Det finns ingen evidens för någotdera alternativet i dag.”

”I 60-70 % av fallen är både operation och strålning möjliga, och har likartade i resultat. Man gör det man är stark på lokalt.”

”Beslutet att operera, stråla eller inte göra någonting är oklart, och öppet för lokal tradition. Det är svårt att följa upp resultat, och överbehandling är troligen vanligt. Det kan leda till onödiga biverkningar.”

”Skillnaderna i landet är ett mindre problem än man kan tro. De olika alternativen är relativt jämlika, och området är inte moget ännu.”

Organisation och resurser

Resursbrist lyfts upp som ett problem av flera tillfrågade. Ett annat problem är bristen på specialister. Den övergripande organisationen av vård i specialiteter och kliniker kommer också fram som ett problem när man arbetar med en diagnosgrupp som skär över flera specialiteter, i detta fall urolog, onkolog, patolog, radiolog samt ännu fler specialiteter som tar en mindre roll.

”Siloproblemen är tydliga, det går inte att få en onkolog stationerad hos oss. De skall sitta centralt. De tillhör inte samma organisation, vilket gör att det gnisslar. På vissa håll finns ett hot mot samverkan p.g.a. att man inte förstår nyttan.”

”Det kan vara svårt att rekrytera urologer, det är brist på sådana.”

”Det är vanligare i Stockholm med konflikter och svårigheter att samarbeta över gränser.”

”Det skulle behövas en övergripande styrning på regionnivå, för sjukdom, inte för specialitet. Då kan man undvika att styra åt olika håll, utan samarbete. ”

”Ett diagnosfokus vore bra. Det finns försök med processägare för vissa tumörgrupper på några ställen. Nationella riktlinjer och vårdprogram är bra basverktyg. ”

”Det finns en kamp om behandlingsstrategier idag, robotkirurgi, vanlig kirurgi, tithål, strålning, brachyoterapi. I norr strålar man ca 70% medan man i sydväst opererar ca 80%. ”

Nya läkemedel och behandlingsformer

Det finns en medvetenhet om att utvecklingen gått framåt de senaste åren, speciellt inom palliativ behandling med cytostatika. Det finns tydliga skillnader mellan landsting, där vissa är snabbare med att använda nya läkemedel. Delvis är det en kostnadsfråga, men det finns även en skepsis hos vissa kring nyttan med dessa nya läkemedel.

”Det går inte alls så långsamt att få in nya läkemedel, det har hänt mycket de senaste åren. Men prioriteringarna är oklara, och man måste väga in livskvalitet och biverkningar. Ett längre liv med svåra besvär är inte nödvändigtvis bra.”

”Det finns skillnader i användning av nya cytostatika mellan olika sjukhus. Vissa mediciner är trubbiga med tveksamma vinster. Andra är dyra. Vi diskuterar alltid cytostatika, och användningen har ökat med tiden.”

”Ett ordnat införande utvärderas, och vore bra. Idag prioriteras billigare behandlingar på många håll.”

”Cytostatika används för en del patienter, men det kan vara en rätt tuff behandling för några patienter.”

”Det finns idag nya medel med mindre biverkningar, och flera nya preparat kommer. Det kostar mycket pengar och vi har många patienter inom prostatacancer. Det kan vara ett problem.”

”Patientgruppen är misshandlad sedan många år, en åsidosatt grupp. Den får relativt sett för lite resurser och pengar. De senaste åren har det blivit mer fokus på den.”

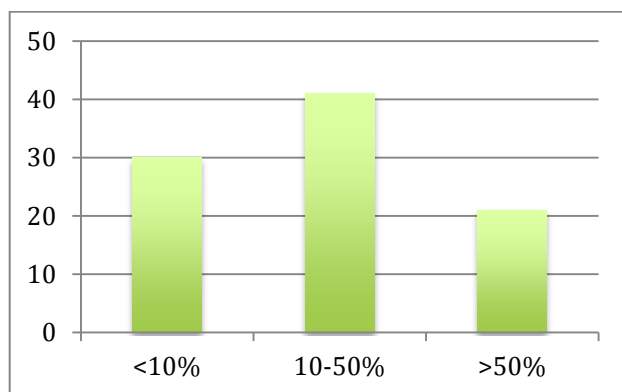
Sammanfattningsvis får vi en bild av att den inomprofessionella ståndpunkten är att det inte finns några stora problem, vare sig vad gäller interdisciplinära konferenser eller tillgång till second opinion. Det finns dock en önskan om mer resurser och större fokus på området. Skillnader över landet är stora.

Cancerfonden – second opinion samt interdisciplinära konferenser

Cancerfonden har under mars och april 2011 låtit göra en enkätundersökning om klinisk forskning i prostatacancer vården, med tilläggsfrågor kring hur information ges till patienter samt kring multidisciplinära konferenser. Undersökningen gjordes vid 34 kliniker i 16 av landets 21 landsting. LHC har tagit del av materialet och sammanfattar och kommenterar det här.

Second opinion

Cancerfonden rapporterar att alltför få patienter får möjlighet att träffa både urolog och onkolog. Enligt Socialstyrelsen bör insjuknade få träffa specialister som bedömer vilken behandling som gör mest nytta. Både en urolog och en onkolog bör informera den sjuke om både alternativ och möjliga biverkningar. Idag får endast en del av de insjuknade den möjligheten. Många möter endast en urolog. Det främsta skälet är tidsbrist, samt brist på urologer och onkologer. 21% av läkarna anger att mer än hälften av deras patienter får tillgång till information från två läkare. 41% av läkarna anger att mellan 10 och 50 % av deras patienter får den informationen, och 30% anger att mindre än 10% får tillgång till en second opinion.



Figur 2: Second opinion

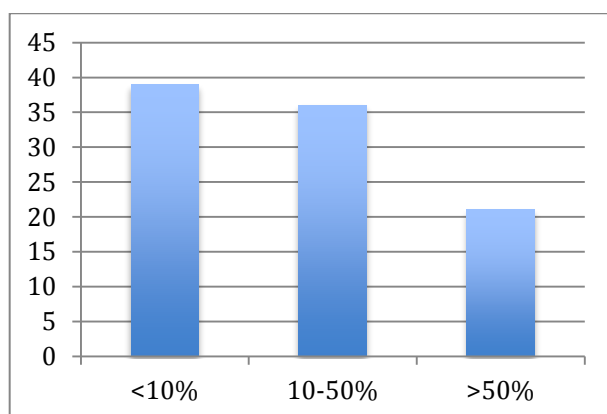
Fråga: Ungefär hur stor andel av era prostatacancerpatienter uppskattar du får information kring behandlingsmetoden kirurgi av en kirurg OCH behandlingsmetoden radioterapi av en radioterapeut?

Drygt hälften av respondenterna, 56%, uppger att en av de främsta anledningarna till att inte alla patienter får information kring båda behandlingsmetoderna är allmän tidsbrist inom sjukvården. 44% uppger att det beror på tidsbrist hos enskilda läkare och 22% uppger att det beror på att ekonomiska resurser saknas (flera svarsalternativ kan väljas).

59% uppger dessutom någon övrig orsak än de uppräknade. Några av dessa respondenter menar att det i vissa fall inte finns behov av att få information från båda håll, att alla patienter inte är intresserade av att få denna information, eller att de aktivt uppsökt just detta sjukhus för en viss behandlingsform.

Samverkan mellan specialiteter – konferenser

På frågan ”Ungefär hur stor andel av era prostatacancerpatienter uppskattar du dras på multidisciplinära konferenser” svarade 21% att mer än hälften togs upp, 36 % av respondenterna angav att mellan 10 och 50 % togs upp medan 39% svarade att mindre än 10% togs upp på konferenser.



Figur 3: Interdisciplinära konferenser

Fråga: Ungefär hur stor andel av era prostatacancerpatienter uppskattar du dras på multidisciplinära konferenser?

Den viktigaste anledningen till att inte alla tas upp på konferenser sägs även här vara tidsbrist, antingen i vården som helhet eller för de berörda läkarna. En annan viktig förklaring som ges i enkäten är att alla patienter inte behöver tas upp, det är främst de tveksamma fallen som diskuteras.

Drygt två tredjedelar, 68%, av respondenterna uppger att de arbetar på en urologiklinik, 12% svarar att de arbetar på en kirurgklinik och 9% på en onkologklinik. 12% av respondenterna uppger att de arbetar på en annan typ av klinik. I dessa fall rör det sig om att man arbetar på lab, medicin, en gemensam urologi- och

kirurgiklinik, urologsektion inom kirurgiklinik eller en mottagning som bistår kirurgi, urologi eller medicin med hjälp.

Sammanfattningsvis ger denna undersökning en annan bild än intervjuerna med berörda läkare. En minoritet av patienterna tas upp på interdisciplinära konferenser och det samma gäller tillgång till second opinion.

Socialstyrelsen, väntan på cancervård

Socialstyrelsen har genomfört en studie om ”Väntetider inom cancervården - från remiss till behandlingsstart”, där delrapport 1 lämnats i oktober 2011. Uppföljningen av väntetider bygger på data som hämtats från tio kvalitetsregister inom cancerområdet. För prostatacancer har följande parametrar använts:

Avgränsning	Mät-period	Startpunkt	Slutpunkt	Antal patienter	Täckningsgrad (%)
Prostata: Intermediära, högrisk samt metastaserade	2010	Utfärdande av remiss	Behandlingsstart	1 953	80

Figur 4. Underlag, Socialstyrelsens undersökning kring väntetider.

Det mått på väntetid som huvudsakligen används är medianväntetid, det vill säga inom vilken tid hälften av patienterna fått behandling. Medelvärde för väntetiden för samtliga var 212 dagar, det vill säga cirka sju månader. Väntetiderna skiljde sig åt mellan de olika riskgrupperna vilket hänger samman med att vikten av att få en snabb behandlingsstart varierar mellan grupperna. Således hade patienter med metastaserad cancer kortast väntetid mellan remiss och behandling. Högriskpatienterna hade kortare tid än patienter som hade en intermediär risk. Jämfört med andra cancerformer var väntetiderna generellt sett mycket långa. Hälften av alla män med lokaliserad högriskprostatacancer väntade mer än sex månader på behandling.

Riskkategori	Väntetid Median (dagar)
Intermediär risk	205
Högrisk	186
Metastaserad	48
Totalt	152

Figur 5: väntetider i snitt för olika grupper av prostatapatienter.
Källa: Nationella Prostatacancerregistret / Socialstyrelsen

Skillnaden i väntetid mellan regioner är stor. För intermediär riskkategori skiljer det med en faktor 2,4 gånger längre väntetid i Gävleborg än i Sörmland. För metastaserad cancer skiljer det med en faktor 8 (från 10 till 85 dagar) mellan Stockholm och Kalmar. Se figur 6 och 7.

Sammanfattningsvis visar rapporten tydligt på avsevärda skillnader i väntetider över landet, samt relativt långa väntetider för patienter med prostatacancer jämfört med andra cancerdiagnoser. Läget bedöms som otillfredsställande.

Landsting/region	Median Väntetid (dagar)	Antal patienter
Sörmland	126	23
Blekinge	148	24
Västra Götaland	158	219
Halland	170	30
Skåne	187	139
Kalmar	189	43
Kronoberg	196	29
Värmland	205	38
Riket	205	1 051
Örebro	210	29
Västernorrland	215	21
Östergötland	219	60
Gotland	222	7
Västerbotten	223	68
Stockholm	230	132
Jönköping	235	53
Uppsala	237	29
Västmanland	244	16
Jämtland	251	20
Norrbottn	269	31
Dalarna	271	19
Gävleborg	295	21

*Figur 6: Regionala variationer under år 2010 för patienter i intermediär riskkategori vid prostatacancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till behandlingsstart
Källa: Nationella Prostatacancerregistret / Socialstyrelsen*

Landsting/region	Median (dagar)	Antal patienter
Norrbottn	10	22
Stockholm	25	63
Örebro	33	21
Sörmland	34	31
Västmanland	34	12
Västernorrland	34	13
Halland	40	17
Uppsala	41	32
Västerbotten	41	28
Jönköping	46	25
Blekinge	48	18
Riket	48	654
Kronoberg	49	16
Skåne	49	65
Västra Götaland	49	121
Dalarna	49	10
Jämtland	52	12
Östergötland	54	57
Värmland	57	25
Gävleborg	79	41
Kalmar	85	20
Gotland	-	-

Figur 7: Regionala variationer under år 2010 för patienter med metastaserad prostatacancer. Väntetid mellan utfärdande av remiss till behandlingsstart

Källa: Nationella Prostatacancerregistret / Socialstyrelsen

Andra röster på området

Politiker från flera partier framhåller nationella riktlinjer och regionala eller kanske framtida nationella vårdprogram som en viktig faktor för att få en mer jämlik vård. De stora skillnader som råder idag över landet ses inte som acceptabla. Cancerfonden framhåller, som vi ser i deras rapport, att patienten ofta inte får tillgång till det man har rätt till, såsom second opinion och bedömning av flera specialiteter i konferenser. Även patientföreningar och pensionärsorganisationer ser situationen som allvarlig, med olikheter såväl över landet som mellan patienter. Representanter för läkemedelsindustrin framhäver olikheter mellan regioner vad gäller tillgång till läkemedel och behandlingar, samt möjligheten för enskilda läkare eller sjukhus att avstå från nya behandlingsformer.

Slutsatser

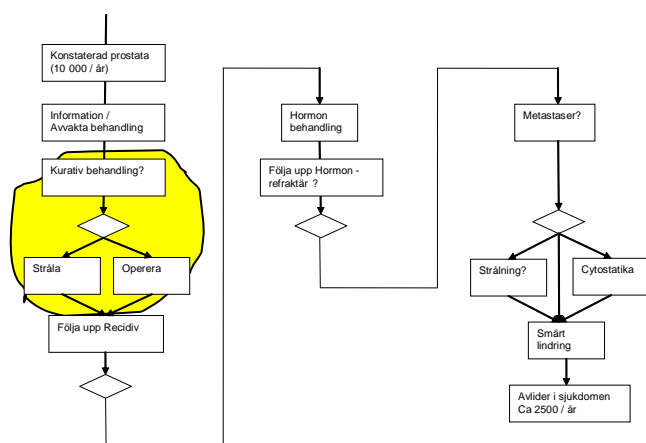
Skillnaderna i processen vad gäller behandling av prostatacancer är stora mellan olika sjukhus och regioner. Socialstyrelsens rapport visar på avsevärda skillnader i väntetider över landet, samt relativt långa väntetider för patienter med prostatacancer jämfört med andra cancerdiagnoser. Cancerfonden lyfter fram att en minoritet av patienterna tas upp på interdisciplinära konferenser och det samma gäller tillgång till second opinion. Många av de tillfrågade läkarna tycks dock inte se dagens läge som oroväckande. För att få en rättvisande bild räcker det inte att vända sig till berörda läkare, utan även andra grupper och instanser behöver involveras för en bedömning och analys av läget.

Nedan följer en diskussion kring vart och ett av de valda fokusområdena, baserat på intervjuerna och de två andra undersökningarna.

Second opinion

Brist på second opinion har lyfts fram som ett problem i debatten. De intervjuade läkarna menar att detta inte är något stort problem hos dem. De patienter som är i behov av second opinion anses till stor del få det, även om några tillfrågade påpekar att det finns utrymme för förbättringar. Samverkan mellan urologin och onkologin sägs fungera på de flesta ställen vi undersökt, men båda specialiteterna dras med läkarbrist. Skillnader finns över landet. Cancerfondens rapport visar dock på en låg andel patienter som faktiskt får tillgång till second opinion. Det finns idag ingen möjlighet att följa upp hur väl tillgången till second opinion fungerar.

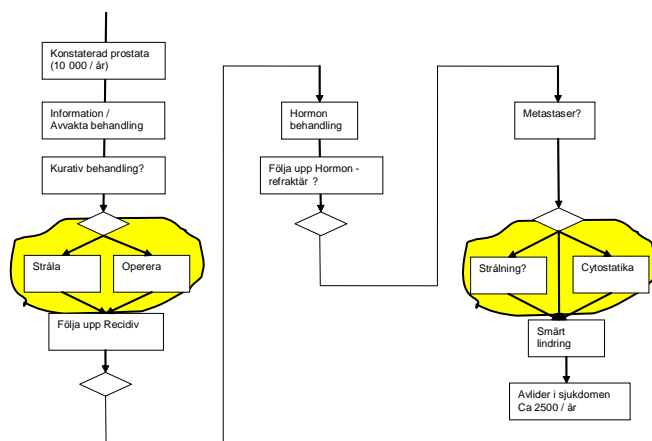
Tillgången till second opinion beror till stor del på vilken läkare man träffat och vilket sjukhus man besöker. Här finns ett utrymme för förbättring.



Figur 8. Tillfälle i processen då second opinion bör erbjudas

Samverkan mellan specialiteter – konferenser

Samverkan fungerar väl enligt de flesta tillfrågade läkare. Konferenser i samverkan mellan specialiteter kring enskilda fall finns på de flesta ställen, Att inte alla fall tas upp på gemensamma konferenser beror enligt de tillfrågade delvis på att alla inte behöver tas upp. De svåra fallen tas upp. Gemensamma konferenser behöver förbättras på vissa sjukhus, men ses överlag inte som något stort problem.



Figur 9: Tillfällena i processen då multidisciplinära konferenser kan vara relevanta

Konferenser tar mycket tid och fyller en mindre funktion i okomplicerade fall. Det är idag svårt att avgöra om ett enskilt fall som borde tagits upp inte tas upp eftersom utvärdering/uppföljning saknas. Det finns synpunkter på att för få fall tas upp idag. Andra lösningar än konferenser lyfts även fram, exempelvis gemensam rond.

Samverkan tycks bero mycket på lokal kultur och enskilda läkare. Även här finns ett utrymme för förbättring.

En utmaning är hur vi kan få till snabbare spridning av praxis – givet att området är under utveckling och det inte alltid råder enighet om vad som är en god praxis.

Kliniska val – skillnader inom Sverige

Det finns idag stora regionala skillnader mellan valet av strålning eller operation som anses vara likvärdiga alternativ. Valet beror på läkarens preferens och på patientens val. Det finns favoriserade behandlingsmetoder beroende på investeringar eller hög kompetens på visst ingrepp (robotar/strålning).

Det upplevs inte som ett problem idag bland de tillfrågade läkarna, men kan leda till problem om utvecklingen går framåt inom det område man inte valt att satsa på. En utmaning är hur vi kan få till snabbare spridning av praxis – hur det kan göras, givet att området är under utveckling och det inte alltid råder enighet om vad som är en god praxis.

Organisation och resurser

Traditionell organisering efter specialisering förhindrar i vissa fall en organisation med flera specialister som samlas kring en diagnosgrupp. Samarbetet fungerar dock ofta bra enligt de tillfrågade läkarna, men kan det göras ännu bättre? Brist på personal upplevs som ett problem, urologer saknas och tillgången på onkologer kan variera. I vilken mån kan vara ett organisationsproblem, som kan tacklas genom förändrade roller/ansvarsfördelning mellan specialiteter och yrkesgrupper? Processen flyter olika smidigt beroende på lokala initiativ, hur kan även sådana aspekter spridas? Många sjukhus har idag initiativ kring flödesorganisering, vilket tycks vara högst relevant för denna patientgrupp. Detta bör följas upp och beskrivas på ett sätt som gör det möjligt för fler organisationer än den egna att ta del av eventuella framgångar och misslyckanden.

Traditionell organisering efter specialisering förhindrar i många fall flödesorganisering kring en patientgrupp.

Nya läkemedel och behandlingsformer

Det har skett en snabb utveckling de senaste 5-6 åren, särskilt under den senare delen av sjukdomsskedet. Det finns dock en viss konservatism kring införandet av nya läkemedel. Effekterna varierar mellan individer och viljan att använda nya läkemedel varierar. En fortsatt snabb utveckling förutsätter att det finns en acceptans för detta i vården så att patienten kan få tillgång till adekvat behandling.

Väntetider

Socialstyrelsen visar i sin rapport på avsevärda skillnader i väntetider över landet, samt relativt långa väntetider för patienter med prostatacancer jämfört med andra cancerdiagnoser. Detta kan vara en källa till oro, och behöver följas upp vidare.

En återkommande kommentar är att vården av prostatacancer inte har kommit lika långt som andra jämförbara områden, till exempel bröstcancervården. Det saknas nationella vårdprogram, och de regionala vårdprogram som finns är inte alltid aktuella. Det saknas konsensus inom läkarprofessionen kring vad som bör innefattas i ett vårdprogram, och hur det bör spridas. Detta behöver hanteras.

Om Sverige skall ha en likvärdig vård för alla kan det rimligtvis inte vara acceptabelt med så stora lokala skillnader som råder idag. Vad som är rätt väg att gå ligger utanför vårt kompetensområde att bedöma, men att det inte är rimligt att skillnaderna är så stora som visas i denna rapport borde vara tydligt för samtliga parter.

Organisering och styrning av vård

Utifrån slutsatserna i denna rapport kan vi formulera några mer generella utmaningar i relation till organisering och styrning av vård. Dessa rör två centrala frågor: former för och organisering av samarbete samt standardisering och riktlinjer och i förlängningen följsamhet till dessa.

- Hur kan samarbetet mellan specialiteter stimuleras?

För stora diagnosgrupper som prostatacancer kan det vara värt att se över organisering av samarbete mellan specialiteter. Det kan vara relevant att organisera kring patientgruppen i stället för kring specialisering hos läkarna. Detta kommer dock i konflikt med hur vården i stort är organiserad, och behöver hanteras på en övergripande nivå. För vissa delar av vården kan det behövas andra organisationsformer än funktionell uppdelning i specialistenheter.

- Hur kan organisering av vård bli mer patient- och flödesorienterad?

Hur kan vi arbeta med ett diagnos- och patientorienterat arbetssätt samtidigt som en del av verksamheten fortfarande bäst är organiserad kring klinik och specialitet? Kan samverkan mellan specialistkategorier stimuleras även på andra sätt?

- Hur kan vården säkerställa att vetenskap och beprövad erfarenhet uttryckt i de nationella riktlinjerna implementeras på ett likvärdigt sätt i hela landet?
- Hur säkerställa att nya relevanta behandlingsformer kommer patienter till del?
- Hur kan vi försäkra oss om att likvärdig vård erbjuds oberoende av var i Sverige man söker vård, uttryckt i vårdprogram?

Ovanstående frågor hänger också ihop med utmaningar kring kunskapsstyrning och spridning av nya rön och arbetssätt. Hur kan vi säkerställa en standardisering av arbetssätt över landet – särskilt inom områden där det råder en snabb utveckling?

Genomförande och metod

Studien som ligger till grund för denna rapport söker besvara frågor kring arbetssätt, samarbete och organisering i prostatacancervården idag. Vi har tagit en explorativ ansats för att ge en bild av hur läget uppfattas av de vårdprofessionella. För att kunna göra detta har vi valt att arbeta med en kvalitativ ansats, som bygger på intervjuer med centrala specialister inom området. Detta har kompletterats med data från en enkät, samt med bakgrundsdata kring process och behandlingsformer. Intervjuerna har varit semistrukturerade, d.v.s. ett frågeunderlag har tagits fram, som har använts som en guide för en djupare diskussion kring frågorna.

Frågorna som ingår i underlaget är av typen: Prostatabehandling som process - hur fungerar den idag? Second opinion? Finns det problemområden? Finns det några motsättningar Uro-onko? Hur ser de ut? Kliniska/organisatoriska? Hur fungerar praktiken/Samtal mellan grupperna/Gemensamma konferenser? Överlämnande? Vad är önskvärt för bättre process? Riktlinjer och vårdplaner? Hur tar man till sig nya metoder/nya läkemedel? Idéer och råd!

Intervjuerna har genomförts på flera sjukhus och utgör grunddata för att söka återkommande mönster och skapa en övergripande bild av vårdprocessen, samverkan, valsituationer, beslut, remitteringar och eventuella stopp i kedjan. Läkare inom urologi och onkologi som möter prostatapatienter har intervjuats. Dessa intervjuer har genomförts med läkare vid sjukhus över hela landet. Totalt består datainsamlingen av intervjuer med nio läkare. Dessa har intervjuats av LHC-forskare genom personliga besök eller per telefon. Bakgrundsmaterial som används är föreskrifter, riktlinjer samt övriga regelverk och textdokument. En enkät utförd av Cancerfonden i mars 2011 samt en aktuell rapport av Socialstyrelsen har också ingått i materialet.

Referenser och källor

Socialstyrelsen (2011) Väntetider inom cancervården - från remiss till behandlingsstart Delrapport 1 oktober 2011

SKL och Socialstyrelsen (2011) Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet Jämförelser mellan landsting 2011, www.socialstyrelsen.se/publikationer Artikelnr: 2011-8-1

Cancerfonden (2011) (arbetsdokument) Klinisk forskning kring prostatacancer, genomförd studie Mars-april 2011

Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för bröst- kolorektal och prostatacancer, politikerversion ISBN 978-91-85483-06-8

Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument ISBN: 978-91-85483-07-5 Artikelnr: 2007-102-8

Intervjuer genomförda under våren och sommaren 2011 med 3 onkologer samt 6 urologer verksamma vid större sjukhus i Sverige.



Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du läsa alla våra rapporter och utredningar på skärm.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2011

Rognes, Jon: Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer. LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen. LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa! LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Care Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value. Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: Heart Center Varde. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång. Rapport för Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: IFL och EFI.



Lika vård för alla?
En studie av vårdkedjan för prostatacancer
LHC Report: Nr 2 2011