

Tidigare upptäckt av lungcancer i primärvården

– en intervjustudie med primärvårdsläkare



Katarina Gralén



IHE Rapport
2022:9

**TIDIGARE UPPTÄCKT AV LUNGCANCER I PRIMÄRVÅRDEN
– EN INTERVJUSTUDIE MED PRIMÄRVÅRDSLÄKARE**

Katarina Gralén

IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Citera rapporten som:

Gralén K. Tidigare upptäckt av lungcancer i primärvården - en intervjustudie med primärvårdsläkare. IHE Rapport 2022:9, IHE: Lund.

Denna studie finansierades av MSD Sverige. Författaren ansvarar själv för analys, resultat och tolkning.

IHE RAPPORT 2022:9

e-ISSN: 1651-8179

ISSN: 1651-7598

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida.



www.ihe.se | ihe@ihe.se

Förord

Lungcancer är en komplicerad sjukdom med diffusa symtom som är vanliga vid många åkommor. Det är också den cancerform som leder till flest antal dödsfall i Sverige, men om cancer skulle upptäckas tidigare så kan fler behandlas. Eftersom en övervägande majoritet av alla cancerfall i Sverige upptäcks i primärvården så har primärvården en viktig roll i ett sådant arbete.

I denna studie beskrivs lungcancer och primärvårdens roll, samt vilka problem och lösningar som primärvårdsläkare uppfattar kring arbetet med att identifiera lungcancerpatienter tidigare i sjukdomsförloppet.

Denna studie finansierades av MSD Sverige. Författaren ansvarar själv för analys, resultat och tolkning.

Vi vill rikta ett stort tack till alla intervjupersoner som tagit sig tid att bidra till denna studie.

Lund, september 2022

Peter Lindgren

Verkställande direktör, IHE

Sammanfattning

Lungcancer är den cancerform som leder till flest dödsfall i Sverige, motsvarande cirka 3 500 personer per år. En orsak är att lungcancer ofta ger diffusa symtom som även är vanliga vid andra tillstånd. Symtom debuterar ofta sent, vilket försvårar behandling. Cirka 70 procent av cancerfall i Sverige upptäcks i primärvården och därefter remitteras patienten till sjukhus för vidare undersökningar och behandling.

Denna rapport syftar till att undersöka vilka problem och vilka lösningar som primärvårdsläkare ser kring att upptäcka lungcancer tidigare inom primärvården. I rapporten ges också en översiktlig beskrivning av lungcancer och primärvårdens roll i Sverige. Genom att identifiera lungcancerpatienter tidigare i sjukdomsförloppet ges ökad möjlighet för behandling. Studien baseras på intervjuer med primärvårdsläkare samt kompletterande litteraturgenomgång.

Majoriteten av läkarna påpekade att det inte finns *en* specifik lösning som radikalt kan förbättra möjligheten att upptäcka tidig cancer inom primärvården. Lungcancer är dessutom en väldigt komplicerad sjukdom att upptäcka givet dess diffusa symtom, som ofta visar sig först sent i sjukdomen. Däremot nämndes olika mer generella åtgärder som tillsammans skulle kunna öka sannolikheten för att tidigare upptäcka lungcancer hos patienten. Dessa skulle inte bara påverka lungcancer, utan skulle få bredare effekter på primärvården och läkarnas arbetsförhållanden.

Nästan alla de intervjuade läkarna angav att de största hindren för att upptäcka lungcancer tidigare är brist på tid och brist på läkarkontinuitet. *Tidsbrist* och stress leder till att läkaren inte har tillräcklig tid att gå igenom journalen för tidigare sjukvårdsbesök och symtom, inte ges tillräcklig tid att lyssna och samtala med patienten, och inte ges tid för reflektion vilket är nödvändigt för en korrekt medicinsk bedömning. Stress beskrevs också påverka läkaren till att bli mer ”begränsad” i sin tanke, vilket därmed försämrar förutsättningarna för att ställa rätt diagnos. Mer tid medför därmed att läkaren har större möjlighet att ge en bättre vård.

Brist på läkarkontinuitet minskar möjligheten för läkaren att lära känna patienten och upptäcka förändringar hos patienten över tid. Några av läkarna beskrev hur man genom att känna sin patient och dennes ”normaltillstånd” lättare kan notera förändringar hos patienten kopplade till exempelvis lungcancer. När det saknas kontinuitet så blir det ännu viktigare att läkaren har tid både för sjukvårdsbesöket och för att gå igenom patientens journal för vårdkonsumtion och symtom över tid.

Ett annat tema som kom upp i intervjuerna som kan påverka möjligheten till tidig upptäckt var kunskap hos läkare och patienter. De flesta intervjupersoner bedömde att *kunskapen* hos läkare kring symtom på lungcancer var god, men några tog upp att utbildningsinsatser för att ytterligare höja kunskapsnivå kan vara bra. Många lyfte fram vikten av det kollegiala lärandet och diskussioner. I

intervjuer berördes även *journalsystem och beslutstöd*, där många beskrev att dessa var krångliga och tidskrävande.

Sammanfattningsvis var det främsta förslaget på lösning på problemen ovan att låta läkarna få mer tid med de patienter som behöver det och att säkerställa läkarkontinuitet. Det kan bidra till att lättare identifiera de patienter som behöver remitteras för vidare undersökningar. Kunskap om lungcancer är en förutsättning, och ökad kunskap om lungcancer kan vara positivt. Samtidigt måste varje nytt förslag utvärderas i relation till befintliga åtgärder och behov, så att de viktigaste åtgärderna prioriteras.

Användarvänliga journalsystem och beslutstöd sågs också som positivt, men i mer allmänna termer och mindre specifikt kopplat till just lungcancer. De pilotstudier för beslutstöd som nu pågår på olika cancerområden däribland lungcancer kan, om de visar sig vara effektiva, bli ett välkommet tillskott för tidigare upptäckt av cancer. Liksom att det är viktigt att all vård är evidensbaserad, så är det viktigt att beslutstöd också är evidensbaserade och ger verklig nytta för de läkare och vårdpersonal som ska använda dem i vardagen.

En mer riktad åtgärd för tidigare upptäckt av lungcancer är screening som pilottestas i Region Stockholm. Detta kan tillsammans med övriga åtgärder bidra till att upptäcka lungcancer tidigare hos patienterna.

Med ökat fokus på nära vård och därmed primärvården så finns höga förväntningar. Mer ansvar läggs på primärvården, samtidigt som det finns en stor brist på primärvårdsläkare. Här finns en konflikt. För att lyckas med tidigare upptäckt av lungcancer så krävs ett helhetsgrepp och en förståelse för det komplexa nätverk som primärvården verkar inom. Det innebär också att det kan vara svårt att hantera ett sjukdomsområde som exempelvis lungcancer isolerat, eftersom primärvården möter alla patienter och alla sjukdomar. Primärvårdens resurser måste räcka till alla. De åtgärder som togs upp av läkarna i intervjuerna kan tillsammans påverka tidpunkt för upptäckt. Flera av åtgärderna skulle kunna ge positiva effekter även på andra sjukdomsområden, och sannolikt också på läkarnas och vårdpersonalens arbetsmiljö. Det i sin tur kan få den positiva effekten att fler läkare stannar inom primärvården.

Executive summary

Lung cancer is the cancer type that leads to most deaths in Sweden, corresponding to about 3,500 people per year. One reason is that lung cancer often gives vague symptoms that are also common for other conditions. Symptoms often appear late, which makes treatment difficult. Approximately 70 percent of cancer cases in Sweden are detected in primary care and the patient is then referred to hospital for further examinations and treatment.

The aim of this report is to investigate the problems and solutions that primary care physicians find related to detecting lung cancer earlier in primary care. The report also provides an overview of lung cancer and the role of primary care in Sweden. By identifying lung cancer patients in earlier stages of the disease there is increased possibility for treatment. The study is based on interviews with primary care physicians and a supplementary literature review.

A majority of the physicians pointed out that there is not *one* specific solution that can radically improve the possibility to detect early cancer within primary care. Moreover, lung cancer is a very complicated disease to detect given its vague symptoms, that often appear only late in the disease. However, various more general measures were mentioned that together could increase the possibility for earlier detection of lung cancer with the patient. These would not only affect lung cancer but would have general effects on primary care and the physicians' working conditions.

Almost all the physicians interviewed indicated that the main obstacles to detect lung cancer earlier is a lack of time and a lack of physician continuity. *Lack of time* and stress lead to the physician to not having enough time to go through the medical record for previous health care visits and symptoms, not being given enough time to listen and talk with the patient, and not having time for reflection which is necessary for a correct medical assessment. Stress was also described as affecting the physician to become more "limited" in his thought, thus reducing the possibility to find the right diagnosis. More time thus means that the physician has a greater opportunity to provide better care.

Lack of physician continuity reduces the possibility for the physician to get to know the patient and notice changes in the patient over time. Some of the physicians described how they by knowing their patient and his "normal state", more easily can note changes in the patient related to for example lung cancer. When there is a lack of continuity, it is even more important that the physician has enough time both for the health care visit and to go through medical records for health care consumption and symptoms over time.

Another theme mentioned in the interviews that can affect the possibility for early detection was physicians' and patients' knowledge. Most of the interviewees considered that the physicians' *knowledge* regarding symptoms of lung cancer was sufficient, but some mentioned that training

initiatives to further increase knowledge can be positive. Many highlighted the importance of peer learning and discussions. Interviewees also mentioned *medical records* and *decision-support tools*, where many described that these were complicated and time consuming.

In conclusion, the main solution to the problems mentioned above included allowing physicians more time with the patients that need it and ensuring physician continuity. This can help to more easily identify the patients who need to be referred for further examinations. Knowledge about lung cancer is a prerequisite, and increased knowledge on lung cancer can be positive. However, each new proposal must be evaluated in relation to existing measures and needs, thus ensuring that the most important measures are prioritised.

User-friendly systems for medical records and decision-support tools were also seen as positive, but in more general terms and less specifically linked to lung cancer. The pilot studies for decision-support tools that are now underway for various cancer types including lung cancer can, if they prove to be effective, be a welcome addition to help detect cancer earlier. Just as it is important that all health care is evidence-based, it is important that decision-support tools also are evidence-based and provide real value to the physicians and healthcare professionals using them.

A more targeted measure for earlier detection of lung cancer is screening, currently piloted in Region Stockholm. This, together with other measures, can help to detect lung cancer earlier in patients.

With an increased focus on local health care (“nära vård”) and thereby primary care there are high expectations. More responsibilities are put on primary care, but at the same time there is a large shortage of primary care physicians. This creates a conflict. To succeed with earlier detection of lung cancer, an overall approach and an understanding of the complex network within which primary care operates is required. It also means that one disease area, for example lung cancer, cannot be seen in isolation as primary care meet all patients and all diseases. The resources of primary care must cover everyone. The measures that were brought up by the physicians in the interviews can together have a positive effect on when the cancer is detected. Several of the measures could have positive effects also on other disease areas, and probably also on the working environment of physicians and healthcare professionals. This, in turn, could have the positive effect that more physicians stay in primary care.

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning	4
Executive summary	6
1. Inledning	9
1.1 Syfte	10
1.2 Metod	10
2. Primärvårdens roll och ansvar.....	11
2.1 Reform av primärvården	12
2.2 Socialstyrelsen riktvärde på antal patienter per läkare	13
2.3 Brist på allmänläkare och svår arbetsmiljö	13
3. Standardiserat vårdförlopp	15
4. Några andra arbeten kring tidigare upptäckt av lungcancer och primärvården.....	17
4.1 Retrospektiva journalgranskningar	17
4.2 Beslutsstöd för allmänläkare	18
4.3 Lungcancerscreening.....	19
5. Primärvårdsläkarnas syn på tidigare upptäckt av lungcancer.....	20
5.1 Tillräckligt med tid.....	21
5.2 Kontinuitet och förtroende	22
5.3 Behovet av kunskap	23
5.4 Användarvänliga journalsystem och beslutsstöd	24
6. Diskussion och slutsats.....	26
Referenser	28
Bilaga. Intervjupersoner	30

1. Inledning

Cirka 4 000 personer diagnostiseras med lungcancer i Sverige varje år, vilket gör den till den femte vanligaste cancerformen i Sverige. Samtidigt dör cirka 3 500 personer i lungcancer i Sverige varje år. Lungcancer är därmed den cancerform som orsakar flest dödsfall bland kvinnor och män sammantaget. Ur ett internationellt perspektiv är förekomsten av lungcancer i Sverige dock relativt låg.[1, 2]

Symtom från lungcancer uppträder oftast sent i sjukdomsförloppet, vilket försvårar tidig upptäckt och möjlighet till behandling. Dessa inkluderar vanliga och ”diffusa” symtom som hosta, andfåddhet, bröstsmärta, lunginflammation, svullna lymfkörtlar, trötthet och aptitlöshet. [3] De allra flesta patienter, över 90 procent, har symtom när de diagnostiseras [4]. Mer än hälften av patienterna har metastaserande sjukdom vid diagnos [4]. De flesta patienter diagnostiseras i en ålder över 65 år medan 20 procent diagnostiseras i åldrar under 65 år.

För cirka 70 procent av patienterna som får en cancerdiagnos startar utredningen av cancer i primärvården.[5] Utöver att det är svårt att diagnosticera lungcancer tillräckligt tidigt, så är en stor utmaning för primärvården att identifiera det begränsade antal patienter som har en cancersjukdom eller annan farlig sjukdom bland alla patienter som söker för ofta mycket vanliga symtom. En studie i Region Stockholm visade att hosta är den vanligaste diagnosen hos individer som besökt primärvården år 2018 för olika symtom.[6] Vissa av cancersjukdomarna drabbar dessutom ett så litet antal patienter att en primärvårdsläkare sin kliniska vardag möter och hittar relativt få patienter med en viss cancer givet dess incidens. Exempelvis beräknas en distriktsläkare i Stockholm-Gotland i genomsnitt hitta 0,78 nytt fall av lungcancer per år, givet att läkaren arbetar heltid, har 2 000 listade patienter och att patientlistans sammansättning motsvarar ett genomsnitt av hela Stockholms befolkning.[5]

Patienter som uppfyller vissa kriterier för symtom som skulle kunna bero på cancer genomgår en utredning och remitteras till sekundärvården enligt definierade steg och ledtider i ett så kallat standardiserat vårdförlopp (SVF). SVF för lungcancer infördes 2016 i Sverige med syftet är att förbättra tillgången till cancerhälsovård genom att minska väntetiderna och minska regionala skillnader. Det finns även ett SVF för utredning av patienter som söker för allvarliga ospecifika symtom som skulle kunna bero på cancer men där symtomen inte tyder på någon specifik cancer.

1.1 Syfte

Huvudsyftet med studien är att undersöka vilka problem och vilka lösningar som primärvårdsläkare ser kring tidigare upptäckt av lungcancer inom primärvården. Därtill beskrivs översiktligt information om lungcancer och primärvårdens roll Sverige.

1.2 Metod

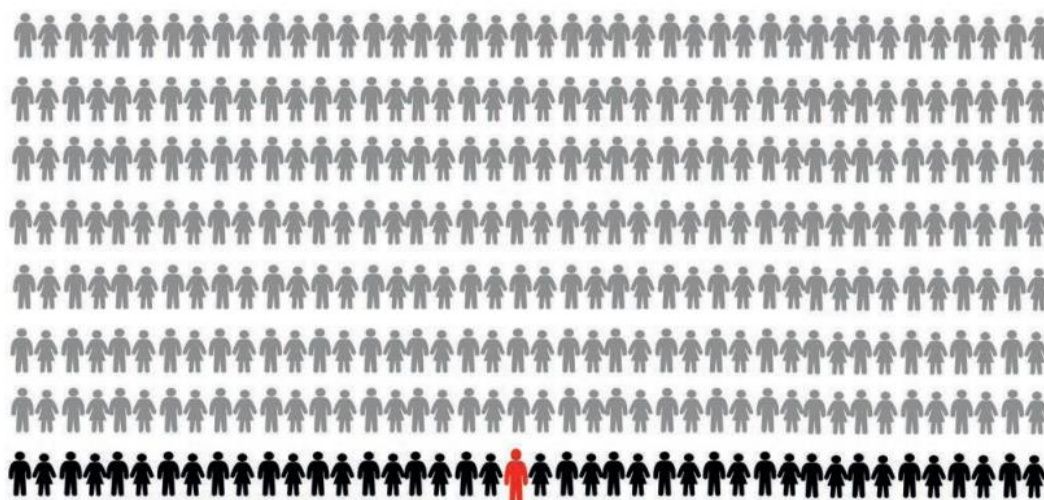
Studien har genomförts som en intervjustudie med läkare inom primärvården i Sverige. Dessutom har viss bakgrundsinformation hämtats via dokumentgranskning för studiens inledande delar kring lungcancer och primärvårdens arbete. Denna består framför allt av så kallad grå litteratur i form av exempelvis rapporter, men även några vetenskapliga artiklar. Intervjuerna genomfördes med primärvårdsläkare i Sverige. Vårdcentralerna identifierades framför allt genom att söka upp vårdcentralers hemsidor med e-post till medicinskt ansvarig läkare eller verksamhetschef. Förfrågan om intervjudeltagande gjordes per e-post där studien och dess syfte beskrevs och där de tillfrågades om att delta i en digital intervju via Teams på 30-60 minuter. Förfrågningar skickade till ca 35 vårdcentraler över hela Sverige, både i små och stora orter, respektive offentliga och privata vårdgivare. Tio primärvårdsläkare tackade ja och blev sedan intervjuade. Intervjun var semi-strukturerad med tre breda frågor: Hur en ”normal” process ser ut när man får in en patient med symtom som skulle kunna bero på lungcancer i primärvården; Vilka de största hindren är för tidigare upptäckt av lungcancer inom primärvården och Vilka lösningar och förändringar man tror skulle kunna bidra till att upptäcka lungcancer tidigare inom primärvården.

2. Primärvårdens roll och ansvar

Primärvården har en central roll inom svensk hälso- och sjukvård. Enligt en rapport från Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys besöker 78 procent av befolkningen primärvården vid minst ett tillfälle per år. Samma studie, baserat på en befolkningsenkät, visade att 26 procent av den vuxna befolkningen har en fast läkarkontakt vid sin vårdcentral. [7]

Läkare inom primärvården möter en stor variation av patienter och sjukdomar, både lindriga och svåra. I en genomgång av primärvårdens roll i sjukvårdssystemet i Region Stockholm undersöktes bland annat vilka sjukdomar och symtom patienter som besöker primärvården i Region Stockholm har.[6] Den vanligaste diagnosen hos individer som besökt primärvården år 2018 för olika symtom är hosta. Därefter följer ospecifika buksmärter, smärta eller värk, sjukdomskänsla och trötthet, ryggskott samt ospecificerad ryggvärk. Av alla patienter som en allmänläkare träffar så är det väldigt få som visar sig ha cancer. En stor utmaning är att kunna identifiera de patienter som har symtom på möjlig cancer, följa upp det och därefter avskriva misstanke eller remittera vidare.

I Figur 1 nedan illustreras hur många av de patienter som söker vård i primärvården som har alarmsymtom för cancer respektive hur många som visar sig ha någon typ av cancer. Ungefär var åttonde patient har alarmsymtom som indikerar cancer av något slag, men endast några promille har cancer.[8] Det innebär att sannolikheten för att möta en patient med just lungcancer är liten. En distriktsläkare bedöms hitta i genomsnitt 0,78 nytt fall av lungcancer per år, enligt en studie i Region Stockholm-Gotland, baserat på att läkaren arbetar heltid, har 2 000 listade patienter och att patientlistans sammansättning motsvarar ett genomsnitt av hela Stockholms befolkning.[5]



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.

2.1 Reform av primärvården

En reformering av primärvården pågår, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Ambitionen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.[9]

Definitionen av primärvården ändrades den 1 juli 2021 i Hälso- och sjukvårdslagen [10] till:

Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

I samma lag beskrivs primärvårdens grunduppdrag som att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Vidare godkände Riksdagen i april 2022 regeringens primärvårdsproposition, där lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2022.[9] Denna innebär att patienternas val av utförare inom primärvården ska ske genom listning, som endast kan ske på vårdcentraler som bedrivs i regionens regi eller som har ett kontrakt med en region. Patienterna får bara lista om sig två gånger per år såvida det inte finns särskilda skäl. Därutöver innebär lagen en möjlighet att listningstak, en tillfällig begränsning av antalet listade patienter på en vårdcentral. Syftet är att undvika en situation med långa väntetider eller med ohanterlig arbetsmiljö på vårdcentralen.

2.2 Socialstyrelsen riktvärde på antal patienter per läkare

Som en del i att främja en god och nära vård inom hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen för första gången lämnat en rekommendation för hur många patienter en specialistläkare i primärvården bör ha. Det nationella riktvärdet för en fast läkarkontakt i primärvården anges till 1 100 invånare per specialist i primärvården.[11] Riktvärdet är grundat på en samlad bedömning av den vetenskapliga litteraturen samt dialog med regionerna. Socialstyrelsen förtydligar att nivån varken är ett tak eller ett golv, utan att den behöver anpassas lokalt efter de förutsättningar som råder exempelvis avseende andel äldre.[12]

Socialstyrelsen nämner även att ett riktvärde skulle kunna bidra till en bättre arbetssituation för primärvårdsläkarna och att bidra till att göra det mer attraktivt att arbeta och stanna kvar i primärvården på heltid.[12] Detta riktvärde skulle således kunna avhjälpa den brist på allmänläkare som nu vill arbeta i primärvården, vilket beskrivs i 2.3.

2.3 Brist på allmänläkare och svår arbetsmiljö

Socialstyrelsen presenterar i en rapport bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. Allmänmedicin, tillsammans med psykiatri och geriatrik, var de specialiteter som flest landsting bedömde brist på. Av de 19 landsting som har bedömt tillgång och efterfrågan på specialistläkare uppger samtliga att det är brist på allmänläkare. [13]

Det kan diskuteras om bristen beror på att för få utbildas eller att för många lämnar yrket i förtid alternativt arbetar deltid. SVT [14] skickade under våren 2022 en enkätundersökning till 435 läkare som hade fått sitt specialistbevis i allmänmedicin år 2018, varav 212 personer svarade. Av dessa hade 12 procent slutat inom primärvården fyra år efter att de blivit färdiga specialister, och nästan alla angav att orsaken var arbetsbelastningen. Av de 88 procent som arbetade kvar inom primärvården angav 54 procent att de arbetar deltid och de flesta beskriver att orsaken är arbetsbelastning. Vidare angav 26 procent att det är troligt eller mycket troligt att de lämnar primärvården inom fem år.[14] Samtidigt skickades en enkät till alla landets regioner för att undersöka hur många allmänläkare (distriktsläkare) som finns i regionen vid det tillfället och hur många av tjänsterna som var tillsatta. Det betonas dock att det är svårt att veta precis hur stor bristen är eftersom regionerna räknar på lite olika sätt och de därmed inte heller är helt jämförbara.¹ Bland svaren finns Region Gotland som beskriver att det befintliga distriktsläkarna motsvarar 15 heltidstjänster, men man skulle behöva ytterligare 25 tjänster för att läkarna skulle få en rimlig arbetsbelastning. Exempel på brist i andra

¹ Skillnaderna i beräkningssätt angavs bero på att vissa regioner utgår från vad pengarna räcker till, andra från behovet. Vissa räknar bara färdiga specialister, och andra även läkare som gör sin specialisttjänstgöring.

regioner var Region Jönköping med en brist motsvarande 30 procent (eller 54 heltider), Region Västernorrland 48 procent, Region Värmland 40 procent, och Regionerna Dalarna, Kronoberg och Jämtland-Härjedalen med en brist motsvarande 36 procent.[15]

En annan enkätundersökning genomförd av Sveriges läkarförbund vid årsskiftet 2020/21 skickades till medlemmarna och besvarades av 3 300 läkare (svarsfrekvensen 42 procent).[16] Av de som besvarat enkäten angav närmre 60 procent att de arbetade deltid, varav cirka 17 procent angav att den främsta anledningen till deltidsarbete var en dålig arbetsmiljön. Vidare angav 41 procent av läkarna att de utför administrativa uppgifter som skulle kunna hanteras av andra personalkategorier på vårdcentralen med bibehållen kvalitet.

I ytterligare en annan enkätstudie om produktivitet i svensk hälso- och sjukvård lät man läkare skatta hur de använde sin arbetstid under hösten 2018. [17] Enkäten gjordes i samarbete med Sveriges läkarförbund och besvarades av 1 228 kliniskt verksamma läkare (både i primärvård och sekundärvård). I studien framkom bland annat att läkare i snitt lägger 19 procent av sin arbetstid på administration och dokumentation. Läkare beskrev också att de arbetar med saker som andra borde göra eftersom det inte finns kringpersonal för att exempelvis boka resor och städa lunchrum. Ett hundratal läkare lyfte också fram krångliga och tröga IT-system, vilka därigenom tar tid från det kliniska arbetet.

3. Standardiserat vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp (SVF) är ett nationellt arbetssätt där patienten remitteras enligt definierade steg och ledtider. Syftet är att säkerställa en jämlik cancervård i hela Sverige. SVF kan betraktas som en sammanfattning av relevanta delar av det nationella vårdprogrammet och det finns en anpassad information om SVF för primärvården. SVF för lungcancer [18] infördes 2016 i Sverige med syftet är att förbättra tillgången till cancerhälsovård genom att minska väntetiderna och minska regionala skillnader. Det finns även ett SVF för utredning av patienter som söker för allvarliga ospecifika symtom [19] som skulle kunna bero på cancer men där symtomen inte tyder på någon specifik cancer.

Processen för SVF startar vid ”välgrundad misstanke” och slutar vid ”behandlingsstart”. Vid välgrundad misstanke remitteras patienten i ett standardiserat snabbspår till sekundärvården för vidare utredning. Detta innebär att SVF inte kan inledas i primärvården, även om det är där patienten först sökte vård för symtomen som senare ledde till utredningen som ledde till en cancerdiagnos. Vid *misstanke* om lungcancer remitterar primärvården patienten till bilddiagnostisk undersökning (lungröntgen eller DT) som är en *filterfunktion*. Denna kan sedan leda till *välgrundad misstanke*, där patienten remitteras till utredning. Först vid så kallad *välgrundad misstanke* börjar den egentliga SVF:n. Se kriterier för misstanke samt välgrundad misstanke nedan.

Följande ska föranleda *misstanke* om lungcancer:

- nytillkomna luftvägssymtom (t.ex. hosta eller andnöd) med en varaktighet av 6 veckor hos rökare eller före detta rökare över 40 år
- bröst- eller skuldernmäta utan annan förklaring
- blodig hosta.

Välgrundad misstanke om lungcancer föreligger vid ett eller flera av följande:

- fynd vid bilddiagnostik som ger misstanke om lungcancer
- metastasfynd som ger misstanke om lungcancer
- upprepad blodig hosta utan annan uppenbar orsak, även vid normal röntgen
- obstruktion av vena cava superior
- recurrenspar.

Det finns åsikter om att vidga ingångskriterierna till SVF för lungcancer. En orsak anges vara att nuvarande ingångskriterier är baserade på de symtom som syns i sekundärvården och sent i sjukdomsförloppet. I Region Stockholm har man valt att i SVF för lungcancer lägga in en hänvisning till ospecifika symtom ”*Lungcancer kan debutera med ospecifika symtom på cancer, se vårdprogram Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer, AOS.*” [20] Region Stockholms kunskapsteam för cancer i primärvården (CaPrim) har ställt frågan till nationella vårdprogramgruppen om det finns evidens och skäl för att ändra kriterier för vad som ska föranleda misstanke om lungcancer. [5]

I en debattartikel i Dagens Medicin uppmanar representanter för Lungcancerföreningen att lägga till symtom som trötthet, smärtor och allmän sjukdomskänsla till SVF för lungcancer, eftersom dessa är diffusa symtom som upplevs ofta tidigt i sjukdomsförloppet av lungcancerpatienter.[21] Ordförande för RCC i samverkan framför i en replik att ingångskriterierna inte bör göras bredare. Anledningen som anges är att diffusa symtom som trötthet och allmän sjukdomskänsla liknar många andra sjukdomar. Genom en utvidgning av kriterier skulle man därmed riskera att många patienter utreds i onödan på felaktiga grunder, vilket i sin tur kan leda till att utredningar skulle försenas för de patienter där symtomen verkligen beror på lungcancer.[22]

4. Några andra arbeten kring tidigare upptäckt av lungcancer och primärvården

Nedan beskrivs översiktligt några studier kring tidigare upptäckt av lungcancer och primärvårdens arbete. Det ger en bakgrund som visar komplexiteten på området och ger en bred bild av de utmaningar som primärvården och övrig hälso- och sjukvård står inför gällande lungcancer.

4.1 Retrospektiva journalgranskningar

Socialstyrelsen genomförde en retrospektiv journalstudie i sex regioner för patienter som fått diagnoserna lungcancer samt tjock- och ändtarmscancer inom ramen för en utvärdering av standardiserat vårdförlopp. Man studerade bland annat primärvårdens roll och förutsättningar vid utredning av cancer.[23] Genomgången gjordes både före (2016) och efter (2018) införandet av SVF, för totalt 360 patienter diagnosticerade med lungcancer. De uppgifter som noterades var tidpunkt för första symtom, första vård- och första läkarkontakt, tidpunkter för olika diagnostiska åtgärder och händelser i utredningar, remiss, diagnos och start av första behandling samt uppgifter om symtom, övriga sjukdomar, rökning, ärftlighet och stadieindelning av cancer.

Granskningen visade att samsjukligheten var hög, vilket bedömdes vara en viktig förklaring till längre ledtider och komplicerade utredningar. Speciellt kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) fördröjde diagnos av lungcancer. En stor andel av patienterna hade även haft cancer tidigare. Totalt 22-30 procent av de patienter som fick diagnosen lungcancer hade haft cancersjukdom tidigare.

Granskarna såg också exempel på hur ”diffusa och vaga” symtom var svåra att tolka som i sin tur kunde leda till fördröjd diagnos. Bröstsmärta kan vara ett symtom på lungcancer, men är också vanligt vid kärlkramp. Vidare kan en lungröntgen se normal ut även vid lungcancer, vilket bidrar till att utredningar avslutas och alarmsymtomen bedöms som godartade. Likaså i de fall en patient var yngre och ”tycktes” friskare kunde cancerdiagnosen dröja. I Socialstyrelsens genomgång bedömde granskarna också att en låg läkarbemannning i primärvården med bristande kontinuitet till följd av hyrläkare, tillsammans med diffusa och vaga symtom, medförde längre tid fram till diagnos. Detta gällde framför allt vid lungcancer.

I en annan retrospektiv journalgranskning analyserades besöksmönster och diagnoskoder i primärvården för patienter i Västra Götalandsregionen perioden 12 månader före diagnos av cancerformerna prostata, bröst, tjock- och ändtarm, lunga, gynekologisk och hud. Uppgifter om bland annat cancerdiagnoser och diagnoskoder hämtades från Cancerregistret samt regionala hälsodatabaser. Man fann att besöksfrekvens och diagnostisk kodfrekvens ökade 50-100 dagar före cancerdiagnosen [24]. Vid detaljstudie av de patienter som senare fick diagnosen icke-metastaserad lungcancer

upptäcktes inga tydliga tecken eller symtom som hade kunnat tolkas som signaler och bidragit till tidigare upptäckt i primärvården. [25] Däremot visade motsvarande undersökning för tjock- och ändtarmscancer att det genom vissa symtom går att urskilja patienter som är drabbade av denna cancertyp.[26]

4.2 Beslutsstöd för allmänläkare

Kliniska beslutsstöd kan förenklat beskrivas som datorstödda system som ger patientspecifika råd. Beslutsstöd kan se olika ut men består i princip av programvara/gränssnitt med olika informationskällor: information om patienten (ex. sjukdomar, laborativvärden, pågående behandling), ämnes-specifik information och beslutsalgoritmer/rekommendationer.[27] Vissa system integreras i journalen, medan några andra är särskilda programvaror som används separat.[28] I detta avsnitt beskrivs några pågående studier som undersöker beslutsstöd för olika typer av cancer.

När möjligheterna med beslutsstöd diskuteras så refereras ibland till utvecklingsarbetet i Storbritannien. Nedan beskrivs kort den pågående studien ERICA (**E**lectronic **R**isk Assessment for **C**ancer) som utvärderar effekten av ett beslutsstöd för ett antal olika cancerformer. Studien beräknas vara klar 2023. Beslutsstödet eRAT (**E**lectronic **R**isk Assessment **T**ools) som utvärderas integreras i patientjournalen för cancersjukdomarna tjock- och ändtarmscancer, esofagus- och magsäckscancer, cancer i äggstockarna, lunga, urinblåsa och njurar. Systemet tar in symtom och blodprov. Om mönstret tyder på att patientens risk för en viss cancer är minst 2 procent, får läkaren en signal om det. I ERICA-studien mäts effekterna av mjukvaran, där 530 allmänläkare lottats till att antingen få tillgång till programmet eller inte. Utvärderingen undersöker om läkare med beslutsstödet hittar cancer på ett tidigare stadium. En hälsoekonomisk utvärdering kommer också att göras. Om studien visar positiva resultat kan systemet spridas till andra länder, men det beskrivs också att olika tekniska lösningar riskerar att försvåra en integrering mellan system.[29] [30]

I avsnitt 4.1 om retrospektiva journalgranskningar beskrevs en svensk studie som undersökte besöksmönster och diagnoskoder för patienter i primärvården före cancerdiagnos i Västra Götalandsregionen. Studien visade att besöksfrekvens och diagnostisk kodfrekvens ökade en tid före cancerdiagnosen [24]. För de patienter som senare fick diagnosen *icke-metastaserad lungcancer* visade dock *inte* journalgranskningen på några tydliga tecken eller symtom som kunde tolkas som signaler och bidragit till tidigare upptäckt i primärvården. [25] Däremot kunde man finna sådana tidiga tecken för *tjock- och ändtarmscancer*. Som en följd av det resultatet pågår nu en studie som utvärderar ett riskvärderingsinstrument för diagnostik vid tidig tjock- och ändtarmscancer i Region Stockholm. Om utvärderingen faller väl ut så kan det implementeras som ett kliniskt beslutsstöd för tjock- och ändtarmscancer för att fånga riskpatienter tidigare för utredning. [31]

En pilotstudie av ett beslutstöd för *prostatacancer* testades på fyra vårdcentraler i Region Stockholm mellan 2018 och 2020. Syftet var att underlätta identifiering av patienter som uppfyller kriterier för välgrundad misstanke om prostatacancer i primärvården, och därmed stödja distriktsläkarna i deras kliniska vardag.[32] Resultatet var inte entydigt och studien resulterade i ett litet antal remitterade patienter. Beslutsstödet tycktes kunna hjälpa distriktsläkare när de redan hade misstanke om cancer, men kunde inte hjälpa till att skapa en misstanke.

4.3 Lungcancerscreening

Ett sätt att upptäcka lungcancer tidigare är genom screening. Det är inte direkt kopplat till primärvården, men en åtgärd som är relevant i diskussionen om tidig upptäckt och som nu diskuteras i Sverige. Socialstyrelsen publicerade år 2019 en rapport om framtidens cancerscreening.[33] Socialstyrelsen kom då fram till att screeningprogram för lungcancer och prostatacancer skulle kunna vara aktuella att införa på sikt. I ett uttalande från Socialstyrelsen våren 2022 framkom dock att myndigheten ansåg att det fortfarande var för tidigt att ta ställning till lungcancerscreening. Huvudfrågan är hur man ska identifiera riskgruppen för vilken screeningen inriktar sig.[34]

I vårdprogrammet för lungcancer från år 2022 rekommenderas att möjligheten att införa allmän lungcancerscreening omedelbart bör utredas och screeningen implementeras även i Sverige.[35] Detta förklaras av att överlevnaden vid lungcancer är direkt relaterad till vilket stadium sjukdomen diagnostiseras i, ju lägre stadium, desto bättre chans till överlevnad. I vårdprogrammet beskrivs vidare att *”Det är mycket som talar för att screening genom tidig upptäckt skulle kunna vara en bra metod för att minska mortaliteten i lungcancer.”* Det framgår också att det pågår en dialog sedan år 2019 mellan Svenska planeringsgruppen för lungcancer och Socialstyrelsen kring införandet av lungcancerscreening i Sverige. I vårdprogrammet poängteras samtidigt att det är viktigt att vinsterna, det vill säga minskad mortalitet, måste vara avsevärt större än risker med screeningen, exempelvis falska positiva fynd och efterföljande invasiv diagnostik eller kirurgi, oro och ångest samt exponering av strålning.

Region Stockholm har inlett en pilotstudie om screening av 1 000 storrökande kvinnor för att hitta cancer på ett tidigt stadium. En hälsoekonomisk analys har också genomförts före projektets start.[36] Bland de frågor som man hoppas att studien kommer besvara finns: Hur mycket resurser krävs? Hur lång tid tar det att göra alla undersökningar? Vad är kvinnornas inställning? Och Hur hög är svarsfrekvensen? Slutrapporten beräknas publiceras år 2025, men projektet kommer också att utvärderas löpande med möjlighet till justeringar. Om pilotprojektet faller väl ut är målet att även storrökande män ska omfattas av lungcancerscreening.

5. Primärvårdsläkarnas syn på tidigare upptäckt av lungcancer

De intervjuade läkarna beskrev lungcancer som en mycket komplicerad sjukdom, eftersom det inte finns några riktigt tydliga symtom att gå på. Det leder till att det är mycket svårt att hitta lungcancer i tidigt skede när den fortfarande är behandlingsbar. Någon beskrev att när patienten väl har symtom på lungcancer är det ofta redan för sent. Några intervjupersoner beskrev hur man i stället kan hitta lungcancer som bifynd vid undersökningar till följd av andra orsaker, och att det då kunde vara möjligt att behandla. En annan utmaning är att primärvårdsläkarna möter så många patienter med just dessa symtom, och av dessa är det endast en mycket liten andel som har cancer. Läkarna måste i sitt dagliga arbete sålla ut och identifiera vilka patienter som behöver få vidare utredning om potentiellt allvarlig sjukdom.

Intervjupersonerna betonade att man vid ett besök av en patient med exempelvis långvarig hosta och trötthet måste titta på helheten och göra en sammanvägd bedömning, och inte fokusera på ett visst symtom. Anamnesupptagning var naturligtvis mycket viktig, med bland annat hereditet för cancer, rökning och samsjuklighet med KOL etc. Någon förtydligade att det är viktigt att överväga flera möjligheter, och inte låsa fast sig vid en diagnos. Flera av de intervjuade ansåg att om en patient som var storrökare kom in med denna typ av symtom så skulle man vara liberal med lungröntgen. Någon nämnde också att om man hade en patient som man visste var storrökare kunde man i vissa fall överväga lungröntgen som en del i en allmän hälsokontroll, när patienten sökte för något annat, i de fall lungröntgen inte gjorts de senaste åren. Detta behövdes naturligtvis vägas mot eventuella risker med röntgenstrålning, och därmed valdes i första hand ofta slätröntgen i stället för DT.

Flera av läkarna beskrev att de största hindren och utmaningarna kring att tidigare kunna hitta lungcancer inom primärvården var bristen på tid och bristen på läkarkontinuitet. Dessa faktorer ansågs extra viktiga vid en sjukdom som lungcancer, då symtombilden är så komplex. Många av de intervjuade poängterade att det inte finns *en* enkel lösning för att hantera detta, utan man bör arbeta på flera fronter samtidigt. De beskrev också att primärvården har ett brett ansvar och att det är viktigt att se helheten på en vårdcentral så att resurserna räcker för alla patienter. Det betyder att primärvårdsläkaren alltid måste göra en avvägning.

I några av intervjuerna lyfte man fram att *lungcancerscreening* för högriskgrupper kan vara en viktig komponent för att kunna identifiera lungcancer i ett tidigare skede. Pilotstudien som nu startat i Region Stockholm kunde ses som ett intressant exempel för framtiden. I ett fall beskrevs att lungscreening var att föredra framför fler nya uppdrag till en primärvård som redan är hårt belastad och underbemannad. Att få en hållbar arbetssituation för primärvårdsläkarna poängterades som nöd-

vändigt för att inte fler läkare ska sluta och därmed öka på den personalbrist som redan finns, vilket leder till en ond cirkel på flera plan.

Nedan beskrivs ett antal teman, identifierade från intervjuerna, som tillsammans skulle kunna bidra till tidigare upptäckt av lungcancer inom primärvården. Dessa faktorer eller lösningar kan ses som speglingar av de utmaningar och problem inom primärvården som beskrevs av intervjupersonerna.

5.1 Tillräckligt med tid

I princip alla intervjupersoner lyfte att ett av de största hindren för att identifiera och upptäcka lungcancer var bristen på tid. I flera av intervjuerna beskrevs att den gängse tiden som är avsatt för ett akutbesök i primärvården är 15 minuter, medan ett planerat besök ofta är 30 minuter. Om fler besök skulle tillåtas vara längre än 15 minuter skulle läkaren få större möjlighet att identifiera exempelvis en lungcancer.

Framför allt nämndes hur det var viktigt att hinna *lyssna på patienten* och att ta noggrann anamnes. I dialogen med patienten framkommer både fakta som nämns, men det kan också vara viktigt att lyssna in hur det sägs och vilket kroppsligt intryck patienten ger. För sjukdomar med diffusa symtom som lungcancer handlar det om att lägga ett pussel baserad på flera typer av information, och det kräver att det finns tid till att fånga helheten. Flera av läkarna berättade att de varit med om att patienter kommit in och genom patientberättelsen, och bedömning av exempelvis ålder, färg på hud, lungljud, blivit ganska övertygade om att det varit en lungcancer.

En annan anledning till att det var viktigt att ha tillräckligt med tid för att öka möjligheten för tidig diagnos, var att hinna gå igenom *patientens journal* före besöket och att hinna lägga in relevant information efter besöket. Eftersom upprepade besök med ökad frekvens kan vara en varningsklocka är det önskvärt att läkaren har tid att gå igenom journalen för att exempelvis se vilka symtom patienten tidigare sökt för. Flera av läkarna beskrev att journalsystemen ofta var svåra att få översikt över, vilket gjorde att det tog tid att gå igenom och hitta relevant information om exempelvis rökning eller hereditet.

Några av intervjupersonerna betonade också att tid var nödvändig för *fortbildning*, att hålla sig uppdaterad om nya riktlinjer, rekommendationer och forskning på olika områden. En av de intervjuade läkarna betonade också att en regelbundet avsatt fortbildningstid var viktigt också för att ge läkaren möjlighet att söka ny information exempelvis om någon patient uppvisar nya symtom för vilka man söker en diagnos och behandling. En person nämnde att en allmänläkare behöver vara ”nästbäst på allt” eftersom de patienter som kommer till primärvården kan ha alla typer av sjukdomar, från den lindrigaste åkomma till en allvarlig svårdiagnosticerad sjukdom. En del beskrev också

vikten att avsätta tid för läkarmöten och andra samtal med sina *kollegor*, exempelvis för att diskutera komplicerade frågor kring patienter. Detta var också ett sätt att bidra till kunskapsöverföring.

I vissa intervjuer beskrev läkarna hur tidsbristen leder till *stress* som i sin tur har flera negativa effekter på vården. En intervjuperson beskrev hur stressen kan leda till att man som läkare börjar tänka ”smalare” och inte hinner reflektera, vilket är en stor nackdel vid sjukdomar som exempelvis lungcancer. En annan läkare beskrev att den avsatta standardkvarten eller halvtimmen inte är tillräcklig för vissa besök och att det saknas flexibilitet i systemet. När man möter vissa patienter vars livs- och sjukdomshistoria är omfattande så ”behöver” man ge mer tid, eftersom läkarens bemötande av patienten i det läget är avgörande för att skapa ett förtroende som är nödvändig. Väljer läkaren att inte förlänga det pågående besöket kan det leda till så kallad etisk stress. Väljer läkaren i stället att förlänga mötet så får nästa patient komma in för sent, läkaren kan få hoppa över lunchen eller arbeta över.

5.2 Kontinuitet och förtroende

Nästan alla de intervjuade personerna nämnde också att kontinuitet i kontakten mellan läkare och patient var avgörande för en god vård och att den bidrar till tidigare upptäckt av lungcancer. Flera förtydligade att det är läkarkontinuitet som är det viktiga. Kontinuitet beskrevs av flera både som ett sätt att lära känna patienten och att bygga förtroende. Dessa två faktorer hade i sin tur flera positiva följd effekter.

Några läkare beskrev att genom att lära känna patienten över tid så har man en viss *grundkunskap* om patientens tillstånd. Det får därmed inte lika stora följder om läkaren inte hinner gå igenom journalen så omfattande inför besöket. Läkaren känner också till patientens ”normaltillstånd” och kan lättare bedöma förändrad fysisk eller psykisk status, exempelvis en patient som har KOL eller om en patient som inte brukar söka vård för små besvär plötsligt börjar komma för flera olika besvär.

Genom att ett *förtroende* byggs upp mellan patient och läkare så känner patienten förhoppningsvis en trygghet, vilket kan dra ner antalet ”onödiga besök”. Det kan på sikt leda till att vårdcentralen kan fokusera på *färre besök* men att besöken kan få ta längre tid. Ett par läkare nämnde att vissa patienter ibland drar sig för att ta upp vissa symtom som att patienten har på känn är farliga. Det kan vara att patienten var på väg att gå och nämner ett symtom på väg ut genom dörren eller bara tar upp ett symtom i förbifarten som sedan visar sig vara avgörande. Om patienten känner läkaren och har förtroende för denna så kan det öka sannolikheten för att patienten berättar mer fullödigt om sina symptom.

En annan läkare beskrev att om man känner sina patienter så gör det att läkaren och/eller sjuksköterskan vet vilka patienter som behöver få *anpassad längd på besökstiden* så den är lite längre

eller kortare än standardkvarten. Genom att kunna anpassa tiden efter patienters behov så minskar läkarens stress över att ibland behöva dra över tiden, patienter som behöver mer tid känner sig tryggare och det kan därmed också ge bättre vård och hälsa på sikt.

5.3 Behovet av kunskap

Det är nödvändigt att läkare i primärvården har kunskap om symtom för lungcancer, och vilka symtom som föranleder misstanke respektive välgrundad misstanke för lungcancer enligt det standardiserade vårdförloppet (SVF). De flesta intervjuade ansåg att kunskapen om symtom för lungcancer samt om SVF generellt var tillfredsställande bland allmänläkare. I någon intervju nämndes att det naturligtvis ändå kan vara bra att bättra på den formella kunskapen om alarmsymtom och/eller SVF. Däremot förtydligade någon att det var viktigt att läkare får lov att avsätta regelbunden tid för att kunna hålla sin kunskap *uppdaterad* vad gäller förändringar i riktlinjer, rekommendationer, SVF och så vidare.

Ett par av de intervjuade läkarna tog upp att när man arbetar tillsammans på en vårdcentral under längre tid så märker man om någon läkare skulle ha kunskapsbrister och behöver mer kunskap. Det blir en slags kollegial kontroll. Flera tog också upp hur viktigt och lärorikt det var att träffas och diskutera med sina läkarkollegor i en slags *kollegialt lärande*, exempelvis vid veckovisa läkarmöten. Ett fåtal av de intervjuade tog upp att det kan vara svårt att hinna med det på vårdcentralen. Orsaken var att man inte jobbar tillräckligt länge tillsammans på samma arbetsplats att man lär känna varandra på det sättet. Några nämnde att hyrläkare kan försvåra situationen. Det poängterades att det finns många väldigt bra hyrläkare, men att det samtidigt finns vissa som inte är bra och de är svåra att upptäcka när man bara arbetar kort tillsammans.

I en intervju nämndes att även *sjuksköterskornas* kunskap om lungcancer är viktig att säkerställa eftersom de ofta triagerar på vårdcentralen. Därmed är det sjuksköterskan som beslutar om en viss patient får besökstid på vårdcentralen eller om patienten rekommenderas att vänta. I fall som lungcancer där symtomen är vaga och även sammanfaller med några av de vanligaste symtomen så kan en felaktig bedömning i triagering innebära att patienten inte får läkartid.

Det finns speciella SVF-dokument som riktar sig till primärvården. Vissa av de intervjuade tog upp formuleringar i dessa och huruvida man borde *förtydliga SVF* ytterligare för primärvården avseende vilka symtom som föranleder misstanke och därmed remiss till röntgen. I Region Stockholm har man valt att lokalt förtydliga SVF för lungcancer med en hänvisning till SVF för allvarliga ospecifika symtom. På det hela taget så tycktes majoriteten av läkarna anse att dagens utformning av den del av SVF-informationen som riktar sig till primärvården var tillräcklig. En av de intervjuade läkarna konstaterade att det är avgörande att kunskap om symtom och misstanke finns hos läkaren redan innan denna tittar på SVF-dokumentet, för annars vet inte läkaren när SFV är relevant att använda.

I anslutning till att läkarna diskuterade hur de arbetar med SVF-informationen och skriver remisser vid misstanke om lungcancer, så nämnde flera att de uppskattade möjligheten att vid behov kunna ringa sjukhuset och dess specialister. Primärvårdsläkarna kunde därmed diskutera olika symtom och även diskutera om det var bäst med röntgen eller DT. I en intervju nämndes att även patienten kan vara med i samtalet för att man skulle kunna ställas direkta frågor. En av de intervjuade beskrev att en specialist på sjukhuset hade sagt att denne föredrog att allmänläkarna ringde och diskuterade patientens symtom före remissen skickades för att reda ut eventuella frågetecken.

Utöver den formella sakkunskapen om lungcancer och SVF så nämnde en majoritet av läkarna även en typ av kunskap som var svår att sätta ord på; Någon nämnde begreppet den *kliniska blicken*, någon annan tyst kunskap. Detta tycktes extra viktigt vid sjukdomar som lungcancer där symtomen är flera och diffusa. Läkaren behöver lägga ett pussel baserat på flera faktorer, där vissa är mätbara och andra inte.

I de intervjuer som berörde kunskap hos *allmänheten* kring alarmsymtom vid lungcancer ansågs denna i princip vara tillräcklig kring hur och när man ska söka vård. En läkare ansåg att om man gör en allmän informationskampanj kring exempelvis alarmsymtom för lungcancer så skulle oron öka hos vissa personer som kanske redan har en tillräckligt god kunskap, och kanske även leda till fler ”onödiga” besök för denna grupp. De grupper som man siktade på att nå genom en sådan informationsinsats, kanske inte är intresserade eller mottagliga för budskapet. En intervjuperson beskrev att det sannolikt kan finnas en socioekonomisk aspekt i detta som är viktig att beakta där vissa utsatta områden kan behöva riktade informationsinsatser.

5.4 Användarvänliga journalsystem och beslutsstöd

Journaler är en rutinmässig del i läkarens vardag. Det är samtidigt en viktig källa för att följa en patient över tid och se vilka symtom, undersökningar, diagnoser och behandlingar som getts. Journalerna ska vara ett stöd och hjälp till läkaren, även om olika regioner använder olika journalsystem. Många beskrev hur de i dagsläget var tvungna att arbeta i flera olika parallella system som var mer eller mindre kompatibla.

Läkarna var positiva till bättre journalsystem och till att införa beslutsstöd² av olika slag. Flera sa att de däremot inte var säkra på i vilken omfattning förändrade journalsystem i praktiken skulle kunna bidra till att upptäcka lungcancer tidigare, men samtidigt skulle det naturligtvis kunna vara hjälpsamt på andra sätt exempelvis genom att *frigöra tid* som i stället kan läggas på patientmötet.

² Beslutsstöd kan se olika ut men består i princip av programvara/gränssnitt med olika informationskällor: information om patienten (ex. sjukdomar, laboratorievården, pågående behandling), ämnesspecifik information och beslutsalgoritmer/rekommendationer. [Kliniska beslutsstöd kan ge hjälp i den komplexa vården \(lakartidningen.se\)](https://www.lakartidningen.se)

Flera av de intervjuade beskrev att de över årens lopp sett ett stort antal så kallade ”förbättrade” system och läkarna var, som någon uttryckte det, ”luttrade” och i vissa fall skeptiska eller tveksamma till följd av tidigare erfarenheter och försök som gjorts kopplat till journalsystem och beslutstöd.

Det framfördes att det var enormt viktigt och en förutsättning för att journalsystem och beslutstöd ska fungera att läkare verksamma i primärvården är involverade tidigt i processen. Läkaren har stor erfarenhet av den komplexa processen som är svår att fånga och formalisera i en mall. Läkare behöver vara med tidigt både i att identifiera behov, utveckla system, upphandla och implementera. Någon beskrev hur man ibland fick höra hur ett system skulle kunna ”revolutionera” vården och identifiera cancer, men dessa uttalanden kunde ofta komma från personer som inte var läkare och inte hade erfarenhet av den komplexitet som kännetecknar primärvården.

Samtidigt så fanns förhoppningar om att nya system kan utvecklas och testas i nära samarbete med vården och skulle kunna förenkla vardagen för läkarna. I det sammanhanget berördes i några intervjuer att det kan vara en utmaning att hälso- och sjukvården i Sverige hanteras av 21 regioner. Givet att det är en stor process att införa nya journalsystem och beslutstöd föreslog några att det kanske skulle vara lämpligt att ha mer *samordning mellan regionerna* avseende utveckling, testning, hantering och så vidare av journalsystem och beslutstöd.

Nedan beskrivs några av de problem som upplevdes med journalsystemen, och hur de skulle kunna förändras. I några intervjuer nämndes att det ofta är svårt och tidskrävande att orientera sig i journalerna eftersom de ofta bara byggs på i kronologisk ordning med långa löpande texter. *Otympliga* och *komplicerade* journalsystem påverkar i sin tur hur mycket *tid* som läkarna behöver lägga på rutinmässig administration. En annan faktor som försvårar är att exempelvis primärvård respektive sekundärvård kan ha olika journalsystem vilket försämrar *översikten*. Läkaren måste gå in i flera system som tar både tid och är komplicerat. Ett samlat journalsystem mellan olika vårdgivare, nivåer och regioner var eftersträvanvärt för att på så vis kunna följa om patienten sökt vård för exempelvis ihållande hosta och andnöd hos flera olika vårdgivare. En sådan möjlighet är en förutsättning att kunna följa patientens sjukdomsutveckling och sätta rätt diagnos och behandling.

Flera personer beskrev att journalsystem visserligen kunde vara *sökbara* på vissa ord, men att det är krångligt och kräver extra steg. Någon nämnde att de hade ett system men man måste lägga in ord som ska bli sökbara för hand, vilket ofta inte hinns med. En läkare beskrev att man i stället får förlita sig på läkarkontinuitet för att få patientens hela sjukdomshistoria.

6. Diskussion och slutsats

En majoritet av alla cancerfall upptäcks inom primärvården, och därför är dess roll viktig för att fånga cancerpatienter i tid. Samtidigt måste man ta hänsyn till dels att primärvården möter patienter med alla typer av sjukdomar, dels att primärvården ingår i ett större hälso- och sjukvårdssammanhang med sekundärvården, det vill säga sjukhusen. En analys av primärvårdens möjligheter att hitta lungcancerpatienter tidigare måste ses i ljuset av detta.

De fyra huvudteman som identifierades kopplade till hur primärvårdens arbete kan bidra till tidigare upptäckt av lungcancer är tillräckligt med tid, läkarkontinuitet, tillräcklig kunskap samt användarvänliga journalsystem och beslutstöd. Flera av de intervjuade påtalade att eftersom lungcancer är en så komplex sjukdom så finns det inte *en* magisk lösning som kan införas inom primärvården som leder till en radikal skillnad, utan primärvårdens arbete bör ses som en del i kombination med annat arbete som görs inom sekundärvård och preventiv vård som screening och rökavvänjning.

Många av läkarna som intervjuades ansåg att de största hindren inom primärvården för att upptäcka lungcancer tidigare är brist på tid och brist på kontinuitet. När *tiden är knapp* har läkaren svårt att hinna med för- och efterarbete i journalerna, att lyssna och samtala med patienten för att få en fullständig symtombild och att hålla sig uppdaterad på ny forskning och nya riktlinjer. Mer tid medför därmed att läkaren har större möjlighet att ge en bättre vård och ger bättre arbetsmiljö som kan leda till att fler läkare stannar kvar i vården och även arbetar heltid. Detta är en viktig aspekt eftersom brist på allmänläkare är utbredd i Sveriges regioner. Ett annat viktigt hinder för att upptäcka cancer tidigare är brist *på läkarkontinuitet*. I Sverige har 26 procent av vuxna en fast läkarkontakt på sin vårdcentral. Genom läkarkontinuitet lär läkaren att ”känna” sin patient och kan lättare se och bedöma försämringar kopplade till symtom för exempelvis lungcancer.

I studien framkom att de flesta ansåg att *kunskapen om alarmsymtom* var tillfredsställande både bland läkare och patienter. Det kan dock finnas en socioekonomisk aspekt, där man skulle kunna tänka sig riktade informationsåtgärder till vissa populationsgrupper där kunskapen behöver öka. Det finns utrymme att förbättra både *journalsystem och beslutstöd*. Däremot finns det viss skepticism bland läkare mot nya datasystem givet att tidigare erfarenheter inte varit så goda som man önskat. Det är viktigt att nya journal- och beslutssystem som utvecklas och implementeras tas fram i nära dialog med primärvårdsläkare och är väl testade innan de införs på bred front, annars kan det leda till ineffektiv användning av resurser. En svensk enkätundersökning har visat att läkare i genomsnitt lägger 19 procent av sin arbetstid på administration och dokumentation. Det medför att det är viktigt att systemen är användarvänliga.

Liksom att det är viktigt att all vård som ges är evidensbaserad, så är det viktigt att allt beslutstöd som införs också är evidensbaserade och inte införs utan föregående granskning av effekt. Det

kliniska beslutstödet kan inte ersätta den kliniska blicken och läkarens erfarenhet, men kan vara viktiga som ett extra stöd för att fånga kombinationer av symtom och besvär som kan tyda på lungcancer. På så vis skulle rätt patienter kunna identifieras tidigare. En journalgranskning i VGR hittade inga tydliga symtom som tidigt kunde indikera lungcancer, medan det hittades för tjock- och ändtarmscancer. Som en följd av detta pilottestas ett beslutsstöd för tidigare upptäckt av tjock- och ändtarmscancer i Region Stockholm. Det pågår även pilotprojekt i Storbritannien för att utvärdera effekt av beslutsstöd för tidigare upptäckt av olika cancerformer, bland annat inom lungcancer, som blir viktiga att följa. En riktad *lungcancerscreening* kan också vara en viktig komponent i arbetet med tidigare upptäckt av lungcancer, som i kombination med ovan förslag kan göra skillnad. Man bör således arbeta med tidig upptäckt av lungcancer på flera plan parallellt, eftersom det är en komplex sjukdom och där primärvården ska ta hand om patienter med alla sjukdomar.

Sammanfattningsvis, de åtgärder som beskrivs ovan skulle kunna bidra till att hitta lungcancerpatienter i tidigare stadier och de skulle samtidigt också bidra till bättre vård av andra patientgrupper. Åtgärderna skulle sannolikt även ge läkarna en bättre arbetssituation. I ljuset av satsningen på nära vård och bristen på primärvårdsläkare så är det extra viktigt. Det kan dock vara viktigt att fundera över hur mycket nya uppdrag som kan läggas på primärvården om inte fler resurser följer eller att andra uppdrag prioriteras ned. Även om primärvården skulle få mer tilldelade medel i regionens budgetprocess så är antalet primärvårdsläkare begränsat. Ett införande av de åtgärder som nämns ovan skulle kunna bidra till att fler primärvårdsläkare stannar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Statistik om nyupptäckta cancerfall 2019*. 2020; Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-12-7132.pdf>.
2. Folkhälsomyndigheten. *Lungcancer, död*. 2022; Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/lungcancer-dodlighet/>.
3. Internetmedicin. *Lungcancer*. 2019 [2019-10-21]; Available from: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=618>.
4. Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), *Nationellt vårdprogram lungcancer*. 2019.
5. Janusinfo. *Tidig upptäckt av cancer sker oftast i primärvården*. 2019; Available from: Tidig upptäckt av cancer sker oftast i primärvården - Janusinfo.se.
6. Forslund, T. and B. Wetttermark, *Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet*. 2019, Region Stockholm,.
7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Primärt i vården*. 2020.
8. Onkologi i Sverige, *Möjligt att hitta cancerpatienter tidigt i primärvården. Upprepat sökande ett varningstecken*. 2018. 4.
9. Regeringen, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*. 2021.
10. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*.
11. Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*. 2022.
12. SVT, *Nya rekommendationen: 1 100 invånare per primärvårdsläkare*. 2022.
13. Socialstyrelsen, *Fortsatt personalbrist i hälso- och sjukvården*. 2019.
14. SVT, *SVT-enkät: Läkare inom primärvården vittnar om ohållbar arbetssituation*. 2022.
15. SVT, *Stor brist på primärvårdsläkare i flera regioner*. 2022.
16. Andersson, J., *Primärvårdsläkare väljer nu deltid*. Läkartidningen 2022.
17. McKinsey & Company, *Tid till vård ger vård i tid*. 2019.
18. Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), *Standardiserat vårdförlopp lungcancer*. 2018.
19. Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), *Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer. Standardiserat vårdförlopp*. 2019.
20. Stockholm, R., *Kunskapsstöd lungcancer*.
21. Läkartidningen, *Addera symtom som trötthet till SVF för lungcancer*. 2021.
22. *Utredning på felaktig grund riskerar att försena behandling*. Läkartidningen, 2021.

23. Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019.* 2019.
24. Ewing, M., et al., *Increased consultation frequency in primary care, a risk marker for cancer: a case-control study.* Scand J Prim Health Care, 2016. 34(2): p. 205-12.
25. Ewing, M., et al., *Clinical features of patients with non-metastatic lung cancer in primary care: a case-control study.* BJGP Open, 2018. 2(1): p. bjgpopen18X101397.
26. Ewing, M., *Möjligt att tidigt identifiera cancerpatienter i primärvården.* Läkartidningen, 2018. 24.
27. *Kliniska beslutsstöd kan ge hjälp i den komplexa vården.* Läkartidningen, 2014. 42.
28. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), *SBU kommenterar: Beslutsstöd fungerar bättre om de även riktas till patienter.*
29. Läkartidningen, *Varning om cancer kan leda till tidigare diagnos.* 2020.
30. *A pragmatic cluster randomised controlled trial assessing the clinical effectiveness and cost-effectiveness of electronic risk-assessment for cancer for patients in general practice (ERICA).* 2021.
31. *Primärvården behöver beslutsstöd för att upptäcka cancer tidigt.* Sjukhusläkaren, 2021.
32. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, *Process- och beslutsstöd SVF prostatacancer. Rapport av ett pilotprojekt.* 2020.
33. Socialstyrelsen, *Framtidens cancerscreening.* 2019.
34. Läkartidningen, *Socialstyrelsen: För tidigt att ta ställning till screening.* 2022.
35. Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), *Nationellt vårdprogram lungcancer. 2022-05-10. Version 6.0.*
36. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), *Hälsoekonomisk analys av riktad screening för lungcancer av rökande och förde detta rökande kvinnor i Region Stockholm.* IHE Rapport, 2020. 5.

Bilaga. Intervjupersoner

Marcela Ewing, Specialist i allmänmedicin och onkologi, Med.dr., Verksamhetsutvecklare Tidig upptäckt, Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland; Regional processägare Tidig upptäckt, Regionalt Cancercentrum Väst; Ordförande Nationell arbetsgrupp Tidig upptäckt, Regionala Cancercentrum i samverkan

Ann Granvik, Specialist i allmänmedicin, tidigare Vårdcentralen Sjöcrona, Höganäs

Jan Hasselström, Specialist i allmänmedicin, Docent, Forskningsamordnare, Akademiskt Primärvårdscentrum, Stockholm

Magnus Isacson, Specialist i allmänmedicin, Ekerö vårdcentral; Ordförande Svensk förening för allmänmedicin

Jacob Lagercrantz, Specialist i allmänmedicin och klinisk farmakologi, Med.dr., Verksamhetschef, Flemingsbergs vårdcentral

Elinor Nemlander, Specialist i allmänmedicin, Doktorand, CaPrim, Akademiskt Primärvårdscentrum; Sophiahemmets Husläkarmottagning; Sakkunnig VISS Cancersjukdomar

Helena Rönnerling, Specialist i allmänmedicin, Hälsomedicinskt centrum, Landskrona

Lisa Sallmen, Specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Värmlands Nysäter

Henrik von Sydow, Specialist i allmänmedicin, Verksamhetschef Västerlänkarna

Marina Tuutma, Specialist i allmänmedicin, Värmland; Ordförande i Svenska distriktsläkarföreningen och Läkarförbundets digitaliseringsråd LDR

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) grundades 1979, och är därmed det äldsta hälsoekonomiska forskningscentret i Sverige. Som ett oberoende forskningsinstitut med rötterna i hälsoekonomi arbetar vi med uppdragsgivare från alla samhällssektorer för att generera evidens för ett sunt beslutsfattande. Våra uppdragsgivare finns såväl i Sverige som internationellt.

IHE är specialiserat på tillämpad policyanalys och hälsoekonomiska studier, baserat på kunskap från framkanten av internationell utveckling samt oberoende intern metodutveckling. Arbetet var tidigt inriktat på att utveckla metoder för hälsoekonomiska utvärderingar och att genomföra analyser av behandlingsalternativ för att stödja beslutsfattande inom hälso- och sjukvården.

IHE är en av Nordens största och mest erfarna hälsoekonomiska forskargrupper. Vår personal består av erfarna akademiska hälsoekonomer och högkvalificerade tvärvetenskapliga specialister inom hälsoekonomi, medicinsk vetenskap, statistik och företagsekonomi.

Utöver våra projektuppdrag arrangerar IHE också årligen IHE Forum, en policyinriktad, tvådagarskonferens där hälso- och sjukvårdens aktörer möts och diskuterar aktuella ämnen. Vi håller också öppna och skräddarsydda kurser inom hälsoekonomi, samt organiserar ett nätverk för svenska hälsoekonomer med årliga möten sedan 2002.



Informerat beslutsfattande för hälsa och välfärd

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi
The Swedish Institute for Health Economics
www.ihe.se