

där en utredning visade att knölen var metastaserande malignt melanom.

Kvinnan anmälde husläkaren för felaktig diagnostisering den 3 juni.

## »Avsäg att remittera«

Ansvarsnämnden läste kvinnans journaler samt tog in yttrande av husläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Patienten sökte för en knöl i höger ljumske. Läkarens preliminära diagnos var lymfadenit. Orsaken till lymfkörtelreaktionen går inte att avgöra vid klinisk undersökning, och godartade lymfkörtelförstorningar är vanliga hos patienter som söker i primärvården. En lymfkörtel av den karaktär och storlek som den hon kände på patienten blir sällan föremål för punktionsremiss vid första konsultationstillfället, sa husläkaren.

I journalen fanns ett analysresultat från ett år tidigare på en förändring från höger klinka där diagnosen var Spitz nevus, en biologiskt godartad tumör. Enligt analyssvaret var den radikalt borttagen.

Husläkaren avsåg att remittera patienten för punktion på grund av att det finns en maligniseringstendens hos Spitz nevus. Remitteringen avvisades dock av patienten eftersom hon stod i begrepp att redan en vecka senare flytta till en annan ort, hävdade husläkaren. Hon uppmanade då patienten att söka på nytt om förändringen tillväxte.

Patienten uppgav i ett nytt yttrande att husläkaren inte hade erbjudit henne någon remittering och att hon alltså inte hade tackat nej till en sådan.

För övrigt, sa patienten, var husläkaren mycket lugnande och övertygade henne om att hon var utom fara.

## Bedömning och beslut

Patienten hade tidigare tagit bort en förändring som visade sig vara ett Spitz nevus. Denna förändring kallas också benigt juvenilt nevus, som är en melanomliknande men godartad tumör. Förändringen återkom och opererades bort vid ytterligare två tillfällen.

Med hänsyn till att kvinnans förändring recidiverat två gånger, och då det inte fanns någon förklaring till lymfkörtelförstoringen, borde husläkaren ha remitterat henne för fortsatt utredning på den nya bostadsorten, anser Ansvarsnämnden. Journalanteckningen från besöket visade inte att husläkaren överhuvudtaget diskuterade en sådan remiss. Denna brist är ett sådant fel som inte kan anses ringa eller ursäktligt. Disciplinpåföljd ska därmed utgå.

Eftersom det framgår att husläkaren ändå noga satte sig in i sjukhistorien och uppmanade patienten att söka läkare om förändringen tilltog kan en erinran anses tillräcklig, beslutar Ansvarsnämnden. •



## Säkerhetsartikeln

# Kortare väntetider = bättre vård

## Exempel från ett ÖNH-register

**Att behöva vänta på utredning av en ÖNH-tumör är inte bara påfrestande för patienten, en försnad diagnos kan också vara negativ för behandlingsresultatet. Bara genom att kliniker sinsemellan i enkel »tävlan« jämför sina väntetider kan göra att de totala väntetiderna reduceras.**

|| Från och med 1997 är bestämmelser om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling inskrivna i Hälso- och sjukvårdslagen. Svensk förening för oto-rhino-laryngologi, huvud- och halskirurgi, startade redan 1993 arbetet med att definiera diagnoser/aktiviteter och indikatorer lämpade för att illustrera och beskriva kvaliteten inom svensk öron-, näs- och halssjukvård. För att spegla en väsentlig del av specialitetens verksamhet beslöt man att arbeta med fem operationer/processer, nämligen septumplastik, tonsillektomi, myringoplastik, primär handläggning av maligniteter samt rörbehandling av sekretorisk otit.

ÖNH-specialiteten handlägger varje år ca 1 100 nya maligniteter inom följande områden: läpp-munhåla ca 450, struphuvud (200), spottkörtlar (100), näsa/bihålor (60) och svalg (200). Eftersom behandling av maligniteter är en relativt stor andel av specialitetens arbete, och relativt många människor drabbas, finns det all anledning att närmare studera hur ÖNH-tumörpatienten i Sverige handläggs. Finns det regionala skillnader i utredningen, och/eller finns det regionala skillnader i väntetider till behandling?

Väntetiderna studeras inom ramen för kvalitetsarbetet, eftersom väntan för den enskilde tumörpatienten dels är förknippad med stor oro, dels kan innebära sämre prognos och kostsammare och tyngre behandling.

**Metod.** Samtliga ÖNH-mottagningar har inbjudits att medverka i datainsamling av varje nyupptäckt ÖNH-malignitet. Frekvensen av provexcision/finnålspunktion, radiologi, magnetisk resonanstomografi (MRT) och skopi registreras. Väntetid till besök hos ÖNH-specialist, till vävnadsprovtagning, PAD/finnålspunktionssvar samt till åtgärd (radioterapi/kirurgi/symtomatisk behandling) registreras. Varje klinik får

besvara om den slutgiltiga behandlingen sker på egen klinik eller ej.

För närvarande har registret en täckning på ca 80 procent av befolkningen. Klinikerna registrerar »on-line« på Internet, och varje klinik kan jämföra sina resultat med Sverigesnittet. Valideringsarbete pågår.

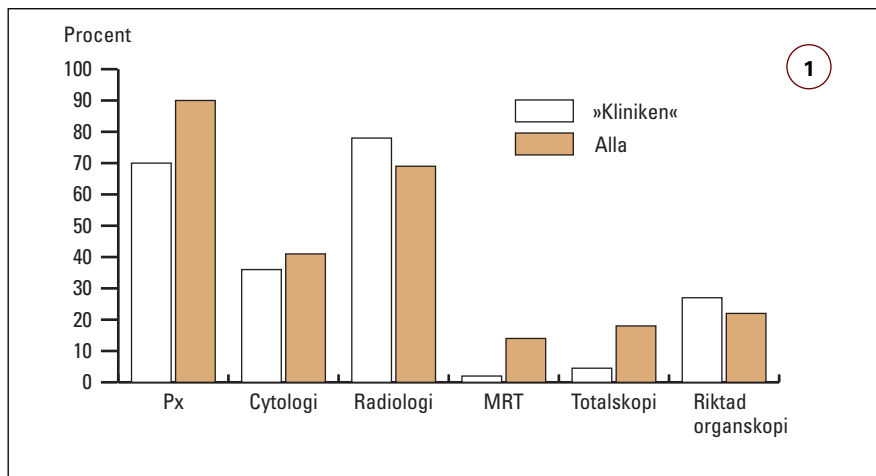
**Resultat.** Ca 1 800 patienter är för närvarande registrerade. Vad beträffar utredningssgången av maligniteter skiljer den sig inte väsentligt mellan de olika klinikerna. Ett exempel på hur den enskilda kliniken kan jämföra sig med Sverige-snittet ges i Figur 1.

Vad beträffar de olika väntetiderna till PAD-diagnos skiljer det inte så mycket mellan de olika klinikerna. Väntetiden till specialistbesöket var i genomsnitt nio dagar, till vävnadsprov 13 dagar och till PAD/cytologisvar åtta dagar.

Tiden från diagnos till behandling/palliation är i snitt 31 dagar; här finns det lokala skillnader (Figur 2). Eftersom det pågår valideringsarbete har man i föreliggande rapport valt att redovisa landstingsvis. Inga säkra skillnader ses mellan de olika tidsintervallen (Figur 3).

Genomsnittskliniken slutbehandlar hälften (47 procent) av sina patienter. De mindre landsortsklinikerna sköter detta i 14 procent av fallen, universitetsklinikerna till 100 procent.

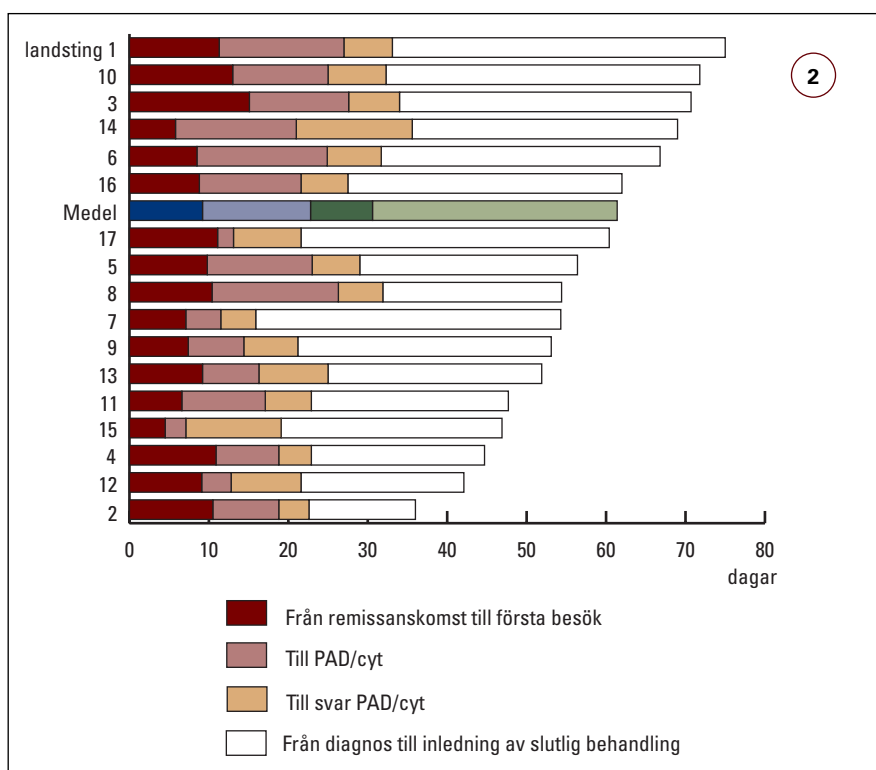
**Diskussion.** En patient med en nyupptäckt ÖNH-tumör får en likartad utredning oavsett var han/hon är bosatt i Sverige. Medelst utbildning, kurser och feedback har alltså konsensus utvecklats mellan ÖNH-specialisterna på denna punkt. Vad beträffar utredningstiden till färdig diagnos är denna relativt snabb och oberoende av var patienten är bosatt. Frekvensen av slutbehandling på egen klinik speglar storleken och resurserna på den enskilda kliniken och är en natur-



**Figur 1.** Exempel på hur en enskild klinik jämför sig med genomsnittet i Sverige. »Kliniken« tar provexcision något mer sällan än genomsnittskliniken, utför sällan MRT samt röntgar lite oftare.

**Figur 2.** Processtiderna för ÖNH-malignitet. Olika landsting jämförs med Sverigesnittet.

**Figur 3.** Processtiderna för ÖNH-maligniteter jämförs mellan olika år.



lig följd av att behandling/åtgärd av maligniteter kräver viss volym för att skötas med stor erfarenhet och god kvalitet. Att en universitetsklinik med både laser och radioterapi slutbehandlar sina patienter till 100 procent är därför naturligt.

Det finns en tidigare svensk artikel i ämnet [1] som rapporterar studier av olika processtider inom utredning av ÖNH-malignitet. Vissa data från den artikeln kan jämföras med vår rapport. År 1987 tog provexcision till PAD-svar sex dagar, i föreliggande studie åtta dagar. Från färdigt PAD-svar till behandling tog det 26 dagar, nu 31. Det är sålunda inga större skillnader trots att 18 år förflutit och att nya, mer komplicerade och tidskrävande utredningar har tillkommit, t ex MRT.

Väntetiderna till behandling skiljer sig åt mellan de olika landstingen. I Figur 2 ses att vissa landsting har ca 20 dagars väntetid, medan andra ca har 40 dagars. Även om tiden från färdig diagnos till behandling används till t ex maskutprovning eller strålfältsberäkning kan denna tid vara pressande för patienten.

Numera kan den enskilda kliniken direkt på Internet studera sin kliniks väntetider. Finner då den enskilda kliniken att dess mätvärden, jämfört med andra kliniker, behöver förbättras sker förvisso detta. Genom ett förbättringsarbete växelvis mellan olika kliniker kommer den totala väntetiden att reduceras.

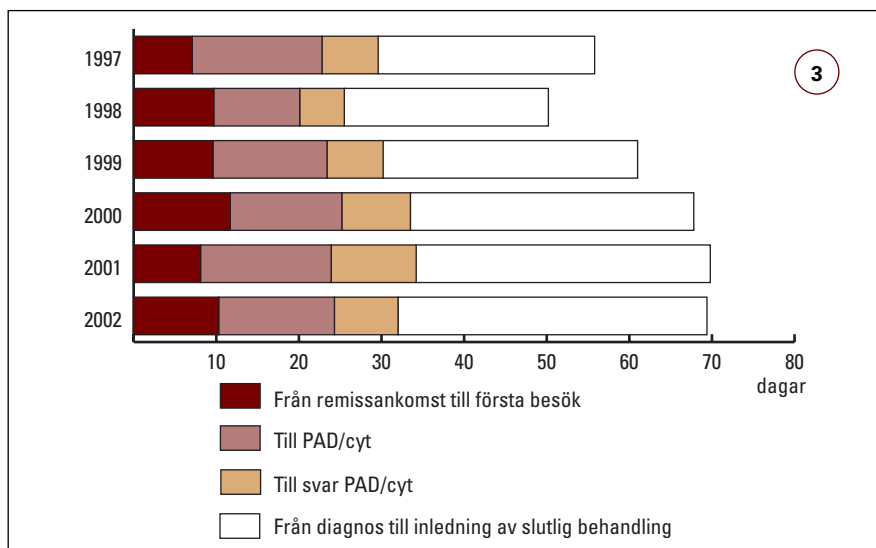
\*

Arbetet har möjliggjorts genom stöd från Socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

**Gerhard Kjellén**

överläkare, ÖNH-kliniken,  
Länssjukhuset, Kalmar  
GerhardK@ltkalmars.se

för Styrgruppen för nationellt register  
för öron-, näs- och halssjukvård:  
Gerhard Kjellén, Lennart Bohlin, Björn  
Carlborg, Ingemar Engstrand, Sten  
Hellström, Jan Kumlien, Ingemar  
Månsson, Per Weitz



**Referens**

- Westin T, Nordkvist A, Edström S, Holmberg E, Wallgren A, Hallén O. Väntetiden för behandling av huvud- och halstumörer har förlängts under de senaste 25 åren. Läkartidningen 1987;84:4414-5.