

Nytten av prioritering av pasienter på Brystdiagnostisk senter (UNN) på grunnlag av kliniske henvisninger

**5. årsoppgave i Stadium IV – Medisinstudiet ved
Universitetet i Tromsø**

**Skrevet av:
Ramona Johansen og Mette Bull Junker, kull -02
Tromsø, høst -05 til vår -07**

Veileder: Terje Risberg

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. Sammendrag	side 3
2. Introduksjon	side 4
3. Metode	side 7
4. Resultater	
4-1. Malignitet	side 10
4-2. Biopsier	side 10
4-3. Ventetid	side 10
4-4. Aldersfordeling	side 10
4-5. Symptombilde	side 10
5. Diskusjon	
5-1. Malignitet	side 11
5-2. Biopsier	side 11
5-3. Ventetid	side 11
5-4. Aldersfordeling	side 12
5-5. Symptombilde	side 13
6. Konklusjon	side 16
7. Figurer og tabeller	side 17
8. Takk	side 24
9. Referanseliste	side 25

1. SAMMENDRAG

Introduksjon: Hovedformålet med denne oppgaven er å undersøke nytten av prioritering av pasienter på Brystdiagnostisk senter (BDS) på UNN. Kliniske henvisninger til BDS i Tromsø prioriteres i fem ulike grupper etter antatt hastegrad for undersøkelse og behandling. Vi har sett på de ulike gruppene med hensyn på malignitet, biopsier som tas, ventetiden før pasientene får time, aldersfordeling og symptombildet de henvises på grunnlag av.

Metode: Denne oppgaven er et kvalitetssikringsstudie. Vi innhentet data i løpet av 6 uker fra kliniske henvisninger til BDS og fikk et materiale bestående av 280 kvinner i alderen 16 – 87 år. Vi delte disse henvisningene i grupper etter prioriteringen de hadde fått, henholdsvis Prioritet 1, Prioritet 2, Prioritet 3, 1 + kirurg og Kirurg. Dette ble grunnlaget for de statistiske beregningene.

Resultater og konklusjon: Resultatet av oppgaven viser at det er hensiktsmessig med en prioritering av de kliniske henvisningene. Vi fant at alle de maligne tilfellene befant seg i de høyt prioriterte gruppene. Videre fant vi som forventet at antall biopsier som tas øker med økende prioritet. Ventetiden fra henvisningen ble mottatt til undersøkelsestidspunkt avvek fra de ønskelige tidsrammene som er fastsatt ved BDS, med unntak av en gruppe. Etersom risiko for malignitet øker med økende alder antok vi at de eldste kvinnene ble høyest prioritert. Dette viste seg å ikke stemme da gjennomsnittlig alder var lavest i den høyest prioriterte gruppen. Vi ønsket også å se på hvilke symptomer og tegn pasientene ble henvist på grunnlag av. Vi fant at pasientene med malignitetssuspekterte tegn ble høyt prioritert.

2. INTRODUKSJON

Brystkreft er den hyppigst forekommende kreftformen blant kvinner i den vestlige verden. I Norge vil 1 av 10-12 kvinner, eller ca 8 %, blir rammet i løpet av livet (1). I 2003 ble det registrert 2694 nye tilfeller av brystkreft (2). Dette utgjør 24,2 % av alle nydiagnostiserte krefttilfeller hos kvinner dette året.

Brystkreft rammer først og fremst middelaldrende og eldre kvinner (3). Omtrent 50 % av brystkrefttilfellene forekommer i aldersgruppen 45-64 år. Ca. 10 % av tilfellene forekommer blant kvinner yngre enn 45 år (2).

Menn kan også få brystkreft, men dette er svært uvanlig. I 2003 ble det kun registrert 19 nye tilfeller av brystkreft hos menn (2).

Per 31.12. 2003 levde 29116 norske kvinner med en brystkreftdiagnose (2).

To av tre kvinner som får brystkreft blir friske igjen (4). Det dør omtrent 750 kvinner hvert år av sykdommen, dødeligheten har vært relativt uendret i mange år (3). Overlevelsen er sterkt assosiert med stadium ved diagnosetidspunktet (5).

Screening og diagnostikk på grunnlag av kliniske henvisninger med tanke på brystpatologi gjøres på ulike Brystdiagnostiske sentre (BDS) spredt rundt om i Norge. Det er mammografi som er basismetoden i den billeddiagnostiske utredningen av bryst. Dette er en røntgenundersøkelse av brystene med tanke på patologi.

På BDS utføres altså både screening-mammografi og klinisk mammografi. Dette er i utgangspunktet samme undersøkelse, men gjøres på ulikt grunnlag.

Mens man i screening benytter fire standardbilder, hender det at den kliniske undersøkelsen utvides ved at man tar spesialbilder, f.eks. av områder man er spesielt interessert i å se nærmere på.

Klinisk mammografi: Klinisk mammografi gjøres på grunnlag av en klinisk henvisning som sendes inn av leger hvis pasient har symptomer eller tegn på at det foreligger mulig patologi i ett eller begge bryst. Etter NBCGs retningslinjer er klinisk mammografi aktuelt ved (3):

- Utredning før operasjon av brystkreft
- Usikre palpasjonsfunn
- Smerter i brystene (mastalgi)
- Papillesekresjon
- Papilleinversjon
- Palpable lymfeknuter i aksillen
- Før eksisjon av mammatumor som ikke er entydig benign (klinisk, cytologisk)

Screening-mammografi: Mammografiscreening er en organisert undersøkelse av brystene hos symptomfrie kvinner. Mammografiprogrammet er et offentlig screeningtilbud, der det gis tilbud om 2-plans mammografi av hvert bryst annet hvert år til alle kvinner i alderen 50-69 år. Hensikten med programmet er å oppdage brystkrefttilfeller i et tidlig stadium, og dermed redusere dødeligheten av sykdommen (3).

Før screeningprogrammet trådte i kraft var det utbredt villscreening i Norge. Dette vil si en uorganisert bruk av mammografi for å oppdage mulige brystkrefttilfeller hos friske personer. Mammografiprogrammet er mer hensiktsmessig med tanke på å

oppdage brystkreft på et tidlig stadium i den aktuelle risikogruppen. Programmet ble innført som et prøveprosjekt i 1995, og ble landsdekkende i 2004 (6).

Hvis det klinisk og / eller radiologisk påvises usikre funn med tanke på diagnose gjøres biopsi av lesjonen. Dette gjøres på ulike måter avhengig av lesjonens karakter:

- Finnålsaspirasjons-cytologi (FNAC): FNAC er enkelt og billig å bruke. Det er denne metoden som tradisjonelt inngår i trippeldiagnostikken ved BDS, sammen med mammografi og klinisk undersøkelse. Denne metoden benyttes særlig når lesjonen ligger vanskelig til eller ved cystiske tilfeller. Utenom dette benyttes FNAC i stadig mindre grad på BDS på UNN. Det benyttes en tynn nål for å hente ut celler fra brystet som så analyseres med tanke på om det kan være kreftforandringer til stede. Cellene spres utover på et objektglass og organiseringen av cellene i vevet kan derfor ikke undersøkes. FNAC kan også gjøres mammografiveiledet eller ultralydveiledet på lesjoner som ikke kan kjønnnes ved palpasjon. Et negativt cytologisvar kan aldri utelukke brystkreft. Hvis det er klinisk og/eller mammografisk mistanke om brystkreft, må det derfor gjøres videre utredning (biopsi for histologisk undersøkelse) for å få bekreftet/avkreftet diagnosen. Et positivt cytologisvar er tilstrekkelig for videre behandlingstiltak (3).
- Sylindربیopsi brukes i økende grad i mammadiagnostikk på BDS på UNN og overtar stadig mer av FNACs tidligere funksjon. Ved sylindربیopsi tas det ut en vevsbit der man kan se på organiseringen av cellene. Det er god overensstemmelse mellom biopsidiagnose og endelig diagnose (3).
- Stansebiopsi: Gjøres ved mistanke om malignitet i huden, for eksempel Pagets sykdom. Det tas en hudbit fra det affiserte området som sendes til patologen for diagnostikk.

På UNN mottas de kliniske henvisningene på BDS og blir vurdert av en radiolog og / eller en kirurg. Det er to radiologer som har ansvaret for prioriteringen av henvisningene og de deles da i fire grupper etter hvilken hastegrad og undersøkelse de mener er nødvendig for presis diagnostikk. Gruppene, med BDSs retningslinjer for ventetid, er som følger:

- Prioritet 1: Viktig, skal til undersøkelse i løpet av en uke.
- Prioritet 2: Middels hast, skal til undersøkelse innen to-tre uker.
- Prioritet 3: Liten hast, skal til undersøkelse innen seks uker
- Prioritet 1 + kirurg: Umiddelbart, time til mammografi og klinisk undersøkelse av kirurg innen en uke.

Noen av henvisningene går direkte til kirurgen som vurderer disse (Kirurg-gruppen). Grunnen til dette er at før BDS ble etablert var ikke kirurg og radiolog på samme avdeling og primærlegene måtte sende to separate henvisninger, en til hver. Det er fortsatt noen leger som henviser direkte til kirurg, og de pasientene havner derfor i Kirurg-gruppen.

Kirurgen vurderer om pasienten i det hele tatt skal undersøkes av han, eller om det er nok med billeddiagnostikk. Dersom kirurgen mener at billeddiagnostikk holder legges henvisningen til radiologene som prioriterer denne i de fire gruppene nevnt over. Hvis kirurgen godtar henvisningen prioriterer han den etter sine retningslinjer.

Dette innebærer at henvisningene får en hastegrad, alt fra innen en til innen åtte uker. Han angir også hva slags undersøkelser han ønsker at pasienten skal få (mammografi/ultralyd/klinisk undersøkelse/biopsi).

Mål med undersøkelsen:

Hovedformålet med denne oppgaven er å undersøke nytten av prioritering av pasienter på Brystdiagnostisk senter (UNN) på grunnlag av kliniske henvisninger. For å vurdere dette valgte vi å se på følgende:

- Malignitet: Er det slik at en oftere finner kreft hos pasienter som prioriteres høyt, i forhold til de som prioriteres lavere?
- Biopsier: Er det ulikheter mellom gruppene med tanke på hvor mange som biopses?
- Ventetid: Er det overensstemmelse mellom BDSs retningslinjer for ventetid, og tiden det tar fra henvisningen mottas på BDS til pasienten blir undersøkt?
- Alder: Er det forskjell i aldersfordelingen mellom de ulike prioritertene?
- Symptombilde: Hva slags symptomer henvises kvinnene på grunnlag av?

3. METODE

Dette er en kvalitetssikringsstudie. Da vi startet studien konfererte vi med både vår veileder og sekretæren i Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin, angående tillatelse til innhenting av opplysninger om pasienter. Siden dette er en kvalitetssikringsstudie så trengte vi ikke å søke til den etiske komité for godkjenning.

Studien inkluderer 368 personer, hvorav to menn og 366 kvinner i alderen 16-87 år. I løpet av en seks ukers periode, fra slutten av september til medio november 2005 samlet vi de kliniske henvisningene som ble mottatt på BDS. Vi delte disse henvisningene i grupper etter prioriteringen de hadde fått, henholdsvis Prioritet 1, Prioritet 2, Prioritet 3, Prioritet 1 + kirurg og Kirurg.

Av de 368 henvisningene var det 88 som utgikk av ulike årsaker:

- Ikke prioritert: 29 stk
Disse henvisningene hadde enda ikke fått en prioritet påskrevet og de kunne derfor ikke klassifiseres. Noen av disse pasientene hadde fått time til undersøkelse uten å bli prioritert.
- Allerede en diagnose, kontroll: 20 stk
Disse hadde allerede blitt diagnostisert på BDS og skulle inn til kontroll av sin tilstand.
- Dobbelt prioritet: 5 stk
Disse hadde blitt prioritert av begge radiologene og fått ulik prioritet. Vi kunne derfor ikke klassifisere dem i en av gruppene.
- Spesielle årsaker: 5 stk
Disse hadde ønske om time en spesiell dato/uke og ble derfor ikke prioritert på vanlig måte.
- Ikke funnet/ ikke svar: 9 stk
Diagnosene på disse pasientene ble ikke funnet i journalarkivet.
- Avlyst time/ ny time senere: 14 stk
Disse pasientene hadde enten avlyst timen sin eller fått ny time senere slik at ikke resultatene foreligger i skrivende stund.
- Mammografibussen: 3 stk
Disse pasientene valgte å utføre mammografiundersøkelsen på mammografibussen på sitt hjemsted.
- Menn: 2 stk
Vi valgte å kun inkludere kvinner i vår undersøkelse, da det er svært sjelden at menn får brystkreft.
- Annet: 1 stk
Dette var en ufullstendig henvisning og manglet derfor viktige opplysninger.

Da innsamlingsperioden var over satt vi igjen med 280 kvinner som vi gjennomgikk henvisningene til og hentet ut opplysninger som kunne belyse vår problemstilling på best mulig måte:

- Alderen til kvinnene på henvisningstidspunktet
- Tidsperspektivet fra henvisningen mottas på BDS til kvinnen undersøkes
- Symptomer de ble henvist på grunnlag av og bekymringsgraden hos pasienten

Vi brukte deretter journalsystemet DIPS/TRIS for å finne opplysninger om:

- Undersøkelser som ble gjort (Mammografi/ultral lyd/klinisk undersøkelse/biopsi)
- Diagnose (benignt / malignt)

Da alle opplysningene var samlet inn og systematisert, plottet vi dataene inn i statistikkprogrammet SPSS.

For å teste de ulike gruppene når det gjaldt malignitet brukte vi Fisher's eksakte test. Denne testen brukes for paradata dersom det totale antall er under 20, eller hvis det forventede antall er under 5 i noen av cellene. Da vårt materiale kun innebefattet seks maligne tilfeller fikk vi færre enn 5 i forventet antall i de ulike cellene og vi måtte derfor bruke denne testen. Vi fikk da opplysninger om det var signifikante forskjeller mellom prioriteringsgruppene.

Vi ville også sjekke om det var signifikante forskjeller i antall biopsitakninger mellom de ulike prioritetene. Til dette brukte vi Kji-kvadrat test som brukes i samme tilfeller som Fisher's eksakte test, men ved større tallmaterialer.

Ettersom prioriteringene antyder hastegrad, ville vi også se på tiden det tok fra henvisningene ble mottatt på BDS til pasientene ble undersøkt. For å undersøke dette tok vi utgangspunkt i når henvisningene var stemplet på BDS, og dato for undersøkelsen i DIPS / TRIS. Vi ville sjekke om ventetiden varierte som den skulle med prioriteringsgruppene. Vi brukte en Kruskall – Wallis test for å se om det var signifikante forskjeller mellom de ulike prioritetene.

Til slutt brukte vi en Kruskall – Wallis test for å undersøke om gruppene varierte med hensyn på alder. Kruskall – Wallis test er en ikke-parametrisk test som kan brukes til data som ikke er normalfordelt, for eksempel alder.

For å fremstille symptombildene har vi valgt å bruke en tabell som viser den prosentvise fordelingen av symptomene i de ulike prioritetene.

Etter at vi startet innsamlingen av materialet på BDS, endret de praksis når det gjelder prioriteringen av de kliniske henvisningene. Nå går alle henvisningene først til de to radiologene, som deler oppgaven med å vurdere i hvilken prioritet pasienten skal. Det er nå radiologene som avgjør hva slags undersøkelser alle pasienter skal gjennom og om de skal undersøkes av kirurg. Den rene Kirurg-gruppen har dermed falt bort, det vil si de henvisningene som gikk direkte til kirurgen tidligere. Dessverre finnes det ikke en eksakt dato for når denne omleggingen fant sted, og det har vært en gradvis overgang til det nye systemet. Den siste henvisningen vi har registrert direkte til kirurg ble mottatt på BDS 21/10-05, og vi kan derfor anta at omleggingen fant sted i siste halvdel av oktober.

Denne omleggingen av rutinene gjør at tallene i kirurg-gruppen blir noe lavere enn de ville vært hvis den gamle ordningen hadde vært konsistent gjennom hele innsamlingsperioden. Dersom pasientene som etter det gamle systemet skulle havnet i Kirurg-gruppen har fordelt seg jevnt over i de andre prioritete etter omleggingen har dette lite å si ved vurdering av tallmaterialet da forholdene vil være det samme mellom prioritete. Dersom pasientene har fordelt seg ujevnt mellom prioritete vil dette kunne påvirke resultatene våre. Siden vi ikke vet hvilke pasienter som i utgangspunktet skulle tilhørt Kirurg-gruppen er det vanskelig for oss å vurdere, men vi føler likevel at vi har nok opplysninger til å vurdere om pasienter som ut i fra henvisningen har mulig patologi i brystene blir prioritert høyest.

Vi vil presisere at vårt tallmateriale kanskje er for lite for å trekke noen sikre konklusjoner, og at små endringer i tallene derfor vil kunne gi et stort utslag på både signifikans og prosentvis fordeling. Vi mener likevel at materialet kan gi en viss indikasjon på om og hvordan prioriteringen av kliniske henvisninger fungerer på BDS.

4. RESULTATER

4-1. Malignitet

Vi hadde kun seks maligne tilfeller i vårt tallmateriale. De maligne tilfellene fordeler seg på de høyt prioriterte gruppene og vi finner ingen maligne tilfeller i de lavere prioritetene (tabell 1). Det er kun signifikant forskjell mellom Prioritet 3 og Kirurg-gruppen (tabell 2).

4-2. Biopsier

Totalt ble det utført 35 biopsier fordelt på de ulike gruppene. Vi fant at det var flere pasienter i de høyt prioriterte gruppene og Kirurg-gruppen som ble biopsert i forhold til de lavere prioriterte gruppene.

Prosentvis ble det tatt flest biopsier i Prioritet 1 + kirurg, og Kirurg-gruppen, med henholdsvis 47,4 % og 33,3 % av pasientene i disse gruppene. Til sammenligning ble kun 4,6 % av pasientene i Prioritet 3 biopsert (tabell 3)

4-3. Ventetid

På grunn av at vi ikke hadde fullstendige opplysninger angående når henvisningen ble mottatt på BDS måtte to pasienter utgå når det gjaldt ventetid (tabell 4).

For å undersøke gjennomsnittlig ventetid i de ulike prioritetene brukte vi medianen, dette fordi det var stor spredning i antall ventedager og dermed vil ekstremverdier påvirke resultatene mindre (figur 1). Median ventetid var henholdsvis 16 dager i Prioritet 1, 23 dager i Prioritet 1 + kirurg, 22 dager i Prioritet 2, 38 dager i Prioritet 3, og 27 dager i Kirurgi-gruppen. Alle prioritetene, bortsett fra Prioritet 3 og Kirurg-gruppen, avvok fra BDSs fastsatte tidsrammer (tabell 4).

4-4. Aldersfordeling

For å se på gjennomsnittlig alder i de ulike gruppene brukte vi medianen (figur 2). Den var henholdsvis 36,0 år i Prioritet 1, 42,0 år i Prioritet 1 + kirurgi, 40,5 år i Prioritet 2, 47,0 år i Prioritet 3, og 42,5 i Kirurgi-gruppen (tabell 5). Vi finner at pasientene i Prioritet 1 gjennomsnittlig er de yngste, men forskjellene er kun signifikante mellom Prioritet 1 og 3, og mellom Prioritet 2 og 3 (tabell 6).

4-5. Symptombilde

Tabell 7 gir en oversikt over de viktigste symptomer pasientene henvises på grunnlag av og fordelingen av disse i de ulike prioritetene. Prioritet 3 skiller seg ut ved at det er minst kuler i brystet i denne prioriteten, og den gruppen som henvises mest på grunnlag av bekymring. Det er mange pasienter med inndragninger som er prioritert i Kirurgi-gruppen. Dette symptomet ser vi ikke i noen andre prioriteter, med unntak av Prioritet 2 der det er svært få.

5. DISKUSJON

5-1. Malignitet

Oppgaven vår er i hovedsak et kvalitetssikringsstudie med hensikt å undersøke om prioriteringen av kliniske henvisninger til BDS fungerer. Det viktigste for oss var derfor å se om de maligne tilfellene befant seg i de høyt prioriterte gruppene. Prioritet 1, Prioritet 1 + kirurg og Kirurg-gruppen var i følge radiologene de prioriterte der de ville forvente høyest forekomst av kreft.

Av de 280 kliniske henvisningene som inngikk i studien var det kun seks tilfeller av brystkreft. Disse tilfellene fordelte seg med ett tilfelle i Prioritet 1, ett tilfelle i Prioritet 1 + kirurg og fire tilfeller i Kirurg-gruppen. Det er derimot ikke signifikant forskjell med hensyn på malignitet mellom gruppene, utenom mellom Prioritet 3 og Kirurg-gruppen. Årsaken til dette resultatet kan være at vi har et lite tallmateriale. Hadde vi utvidet observasjonstiden vår ville vi muligens ha oppnådd klarere forskjeller.

Ut i fra de tallene vi har, tyder det på at prioriteringen av kliniske henvisninger på BDS fungerer etter sin hensikt.

5-2. Biopsier

Biopsi indikerer mulighet for patologi, og man skulle derfor forvente at det tas flere biopsier i de høyt prioriterte gruppene. I følge resultatene våre stemmer dette, da Prioritet 1 + kirurg og Kirurg-gruppen dominerer når det gjelder antall biopsier tatt i forhold til pasienter i gruppene.

Vi fant signifikante forskjeller mellom Prioritet 1 + kirurg og Prioritet 2, mellom Prioritet 1 + kirurg og Prioritet 3 og mellom Prioritet 3 og Kirurg-gruppen. Dette stemmer også med våre forventninger, men vi antok også at Prioritet 1 skulle skille seg ut i forhold til Prioritet 2 og 3. Siden disse kvinnene i utgangspunktet er høyt prioritert på grunnlag av de kliniske henvisningene, men likevel ikke biopsieres etter å ha blitt undersøkt (mammografi/klinisk undersøkelse) på BDS kan det tyde på at det er et misforhold mellom det som blir skrevet i henvisningene og de faktiske funn. Dette kan tyde på at det er svært vanskelig for fastlegene å vurdere alvorlighetsgraden av symptomer og funn i bryster. En annen årsak kan være at fastlegen vil hjelpe pasienten sin på best mulig måte og kanskje "overdriver" i henvisningen for å få pasienten sin raskt inn til undersøkelse (7).

5-3. Ventetid

Siden prioriteten antyder hastegrad av undersøkelse forventet vi at de høye prioriterte skulle ha kortere ventetid enn de lave prioriterte, som det var fastsatt i avdelingens kriterier. Som forventet fant vi at ventetiden økte gradvis jo lavere prioritet, utenom prioritet 2 og 1 + kirurg der ventetiden var omtrent lik (henholdsvis 22 og 23 dager). Årsaken til dette antas å være at kirurgen har noe lengre ventetid enn radiologene og pasientene må derfor vente på kirurgisk undersøkelse. Som følge av de nye prioriteringsrutinene er nå ventetiden til kirurgen blitt kortere. Dersom vi hadde sjekket dette i dag ville vi muligens fått et resultat der Prioritet 1 + kirurg hadde kortere ventetid enn Prioritet 2.

Vi forventet at det skulle være signifikante forskjeller mellom alle prioriterte, unntatt Prioritet 1 og 1 + kirurg som har lik tidsramme. Vi fant ikke signifikante forskjeller

mellom Prioritet 1 og 2, Prioritet 1 og 1 + kirurg, Prioritet 1 + kirurg og 2, Prioritet 2 og Kirurg-gruppen, og Prioritet 1 + kirurg og Kirurg-gruppen.

Kirurg-gruppen skiller seg fra de andre prioritettene da det befinner seg pasienter med forventet ventetid fra 1 til 8 uker i denne gruppen. I denne gruppen er det pasienter med svært ulike problemstillinger, alt fra mistanke om malignitet til helt ufarlige tilstander. Det er derfor ikke mulig å sammenligne median ventetid for denne gruppen med de andre prioritettene.

Det at det ikke er signifikant forskjell i ventetid mellom Prioritet 1 og 2 er noe overraskende, men kan muligens være fordi Prioritet 2 er en mellom-prioritet der problemstillingene er vanskelig å klassifisere som mulig malignt eller ikke.

Som beskrevet tidligere er det laget retningslinjer for hvor raskt pasientene skal tas inn til undersøkelse etter at de er prioritert. Da retningslinjene ble fastsatt ble det ikke gjort noen undersøkelser i forkant om hva som var realistiske mål for ventetiden. Tidsperspektivene som ble valgt var det som var ønskelig, det vil si idealet, og det de trodde de skulle klare. I følge median ventetid i vår undersøkelse er ingen av prioritettene, unntatt Prioritet 3, innenfor tidsrammen som er gitt (tabell 4).

Årsaken til det manglende samsvaret mellom BDSs tidsrammer og den faktiske ventetiden kan være at BDS har fastsatt urealistiske målsettinger for ventetiden. I tillegg er det i dag mye fokus på at helsevesenet har for lite ressurser i Norge, og at det stadig må spares penger i sykehusbudsjettene. Til tross for at det må spares, henvises flere og flere pasienter til spesialistundersøkelser. Kanskje er kombinasjonen av dette medvirkende til at ventetiden er for lang i forhold til det ønskelige? Dette tatt i betraktning ville det nok vært nyttig å oppdatere rammene for ventetiden.

5-4. Aldersfordeling

Risiko for brystkreft øker med alderen. Derfor antok vi at det ville være en høyere median alder i de høyt prioriterte gruppene enn i de andre. I henhold til vårt materiale stemmer dette ikke. Det er en signifikant forskjell mellom Prioritet 1 og 3, men kvinnene i Prioritet 1 har en lavere median alder enn kvinnene i Prioritet 3. Dette er altså omvendt i forhold til hva vi forventet ettersom at alder også blir tatt med i betraktningen når prioriteringen foretas.

Prioritet 3 har høyest median alder av alle prioritettene, og det er også signifikant forskjell mellom Prioritet 2 og 3. For å forklare dette må vi kanskje se på symptombildet i prioritettene. Kul i brystet er et av de sterkeste malignitetstegnene og vi finner svært få med kul i brystet i Prioritet 3. Dette forklarer derimot ikke hvorfor det er så mange eldre kvinner uten kul som henvises.

Tallene våre viser at median alder er relativt lav i alle prioritettene, det vil si under 50 år. Vi vet at insidensen av brystkreft øker etter 50 års alderen (figur 3) og det er derfor innført screening i Norge for kvinner fra 50-69 år. Vi antok at majoriteten av henvisningene ville omfatte kvinner i aldersgruppene under eller over screeningalderen. Siden brystkreft er økende med alderen ville det vært mest naturlig at det var flest kvinner over 69 år som ble henvist på grunn av mistanke om patologi. Vi ser derimot at det er flest yngre kvinner som henvises. Har den sterke fokuseringen på brystkreft ført til en økende bekymring hos unge kvinner for brystkreft? De yngre utøver kanskje et sterkere press overfor fastlegen enn de eldre?

I dagens samfunn fokuseres det svært mye på helse. Media har stadig store oppslag om sykdom og sunnhet, og kreft er noe som det ofte fokuseres på. Tilgangen på informasjon er i dag nesten ubegrenset og det er helst yngre som benytter seg av dette.

Kvinner er i dag veldig klar over at brystkreft er en av de vanligste kreftformene, og at tidlig oppdagelse bedrer sjansene for å overleve. Det fokuseres mye på at kvinner selv skal undersøke brystene sine jevnlig, for å tidlig kunne oppdage nye kuler. Til og med ved hjelp av oppslag i dusjene på treningssenteret SATS oppfordres kvinner til selvundersøkelse av brystene..... Kanskje har denne sterke fokuseringen bidratt til å øke bekymringen hos yngre?

Det er muligens en tendens til at pasientene kommer med en bestilling når de går til legen, dette gjelder kanskje i særlig grad de yngre og opplyste pasientene. I vårt tallmateriale var den yngste som ble henvist 16 år. Det er minimale sjanser for å få brystkreft før 25 års alder (tabell 8). Det er mulig at legene er spesielt redde for å gjøre feil hos yngre kvinner, men kanskje bør man etterlyse en mer restriktiv holdning hos fastlegene når det gjelder henvisninger?

5-5. Symptombilde

Vi syntes det ville være interessant å se på hvilke symptomer og tegn pasientene ble henvist på grunnlag av og hvordan symptombildet varierte i de ulike prioritertene.

Symptomer som kan tyde på malignitet er:

- Kul i brystet eller armhulen: De aller fleste kuler i brystet eller armhulen er ufarlige. Likevel bør alle nyoppståtte kuler undersøkes. Den typiske kreftsvulsten er hard og knudrete (1) og kan også være adherert til brystveggen. Kul i armhulen kan være tegn på spredning av kreft i brystet til aksillære lymfeknuter.
- Forandringer i brystets fasong: Ved brystkreft kan brystet endre kontur eller det kan oppstå inndragninger (8). Brystet kan også bli større og hardere. En brystvorte som drar seg inn i brystet eller peker i en annen retning kan være tegn på brystkreft (6).
- Forandringer i brystets hud: Sår på huden på brystet som ikke vil gro, eksem-lignende forandringer på eller rundt brystvorten, eller appelsinhud (peau d'orange) bør alltid undersøkes nærmere av lege med tanke på brystkreft (8).
- Sekresjon: Sekresjon fra brystet er som oftest ikke et tegn på brystkreft. Væsken kan være klar, hvit, melkeaktig, gul, gulgrønn, brun eller blodigtilblandet. Blodige sekresjonen kan være en indikasjon på brystkreft, mens de andre typene sjelden er tegn på kreft. Likevel bør sekresjon fra brystet alltid undersøkes nærmere (8).

Ved prioritering av henvisningene er det viktig å skille mellom symptomer og tegn på maligne og benigne tilstander. Legene på BDS ser særlig på malignitetstegnene nevnt over. I tillegg legges det vekt på alder, bekymringsgrad hos pasienten, symptomer i ett eller begge bryst (asymmetri er et malignitetstegn), henvisende leges vurdering av alvorlighetsgrad og varigheten av symptomene.

For oversikt over symptombildene i de ulike prioritertene, se tabell 7.

Kul i bryst: Vi ser at det er flest med kul i brystet i Kirurg-gruppen, Prioritet 1 og Prioritet 1 + kirurg. Dette viser at legene prioriterer dette symptomet høyt. Dette stemmer bra i og med at det er i disse prioriteteene vi finner flest krefttilfeller, men vi ser også at kul i brystet ikke nødvendigvis betyr kreft. Hos de fleste med kul i brystet er kulen benign, men kul er i stor grad hovedårsaken til bekymring hos kvinnene og må derfor tas alvorlig. I Prioritet 3 er det svært få med kul i brystet. Dette stemmer også bra, i og med at disse pasientene vurderes å ha svært liten sannsynlighet for malignitet.

Kul i aksille: Vi ser at kul i aksille finnes i alle prioriteteene unntatt Prioritet 1. Man skulle tro at kul i både bryst og aksille ville være et sterkere malignitetstegn enn kun kul i aksille, men ut fra vårt materiale kan vi ikke finne noe mønster i hvorfor kvinnene prioriteres som de gjør.

Blodig sekresjon: Det er kun i Prioritet 1 og 2 vi fant pasienter med blodig sekresjon fra brystvorten. Det er kun en pasient i hver av prioriteteene med blodig sekresjon og dette var det eneste symptomet pasientene hadde. Når vi sammenligner henvisningene ser vi at kvinnen i Prioritet 2 har hatt blodig sekresjon periodevis i flere år og har vært utredet for dette tidligere. Pasienten i Prioritet 1 har derimot kun hatt blodig sekresjon fra brystet i få dager.

Forandringer i brystets fasong: I vårt materiale finner vi forandringer i brystets fasong i form av inndragninger og økt bryststørrelse. Vi ser at majoriteten av pasientene med inndragninger er i Kirurg-gruppen, noe som er i overensstemmelse med våre forventninger. I tillegg ser vi at alle kvinnene med inndragninger i Kirurg-gruppen har tilleggssymptomer. Dette ser vi ikke hos pasientene som har forandringer i brystets fasong i Prioritet 2 og 3.

Forandringer i brystets hud: Dette er i vårt materiale definert som eksem/sår/erytem. Vi ser at flesteparten med dette er i de høyt prioriterte gruppene noe vi forventet. Disse pasientene har i tillegg andre malignitetssuspekterte symptomer. Det er en kvinne med eksem/sår/erytem i Prioritet 3. Hun har kun ømhet som tilleggssymptom, noe som svært sjeldent er et symptom på brystkreft.

Sekresjon: Dette er et svært lite malignitetssuspekt tegn og vi ser at pasientene med dette symptomet fordeler seg jevnt i de ulike prioriteteene.

Ubehag: Her inngår smerter, ømhet, stikking, kløe og svie i brystene. Dette er svært sjeldent symptomer på brystkreft, men som vi ser av tabell 7 er dette en stor del av problemstillingen kvinnene henvises på grunnlag av. Ubehag i brystene er en hyppig årsak til at kvinner oppsøker primærlegen sin. Det burde kanskje vært bedre opplysning om at smerte og ubehag ofte er et normalt fenomen (9). Hos kvinner i fertil alder varierer ubehaget gjerne med menstruasjonssyklus og det kan derfor være hensiktsmessig å avvente en eventuell henvisning et par sykluser for å se etter et mønster. Kommer en kvinne med denne problemstillingen til primærlegen sin uten å ha andre tilleggssymptomer, burde kanskje legen vært flinkere til å informere og berolige.

Bekymring: Andelen bekymrede pasienter øker jo lavere pasientene er prioritert. Det er påfallende flest pasienter som har bekymring som en del av problemstillingen i prioritet 3, noen av disse har kun bekymring som henvisningsgrunn. Bekymring i seg selv er ikke grunnlag for høy prioritering med tanke på mistanke om malignitet. Hvis pasienten er svært bekymret prioriteres de høyt da det kan være en stor psykisk påkjenning å gå og være bekymret over lengre tid. Dette blir tatt hensyn til ved prioritering, og derfor kan vi se at bekymring også utgjør en relativt stor del av symptombildet i de høyt prioriterte gruppene.

6. KONKLUSJON

Hovedproblemstillingen vår i denne oppgaven var å undersøke nytten av prioriteringen av kliniske henvisninger på BDS i Tromsø. Etter å ha innhentet nødvendig materiale og gjort statistiske beregninger, fant vi at de maligne tilfellene befant seg i de høyest prioriterte gruppene. Dette viser at det er hensiktsmessig med en prioritering av henvisningene.

På bakgrunn av prioriteringen av henvisningene skulle man anta at det befant seg flere funn som måtte biopses i de høyt prioriterte gruppene. Ser vi på biopsitakning gjøres det flere biopsier i nettopp disse gruppene, noe som er i samsvar med våre antagelser.

Vi fant som forventet at ventetiden fra henvisning til undersøkelse i de høyt prioriterte gruppene var lavere enn i de lavere prioriterte. Ventetidene i de ulike prioriterte som er fastsatt ved BDS er tidsrammer som er ønskelige, men alle prioriterte, unntatt Prioritet 3 og Kirurg-gruppen, går utover disse tidsrammene. Resultatene våre tyder på at det burde blitt gjort undersøkelser på hva som var reelle ventetider før rammene ble satt.

Vi forventet at det skulle være en gjennomsnittlig høyere alder i de høyt prioriterte gruppene da høy alder er en risikofaktor for kreft, og alder tas med i betraktningen når henvisningene prioriteres. Dette stemte imidlertid ikke da pasientene i Prioritet 1 var gjennomsnittlig de yngste.

Vi ønsket også å se på hvilke symptomer og tegn kvinnene ble henvist på grunnlag av. Vi fant som forventet at kvinner med malignitetssuspekterte symptomer og tegn befant seg i de høyere prioriterte gruppene.

Tallmaterialet i denne oppgaven er muligens for lite til å gi sikre konklusjoner. Vi synes likevel det gir en god pekepinn om at prioriteringen av kliniske henvisninger på BDS i Tromsø fungerer etter sin hensikt.

7. TABELLER OG FIGURER

PRIORITET	ANTALL KVINNER I PRIORITETEN	MALIGNITET		% MALIGNITET
		Nei	Ja	
1	26	25	1	3,8
1 + kirurg	19	18	1	5,3
2	52	52	0	0
3	153	153	0	0
Kirurg	30	26	4	13,3
Total	280	274	6	2,1

Tabell 1: Fordeling av antall maligne tilfeller i de ulike prioritene.

PRIORITET	P-VERDI
1 mot 1 + Kirurg	1.000
1 mot 2	0.333
1 mot 3	0.145
1 mot Kirurg	0.358
1 + Kirurg mot 2	0.268
1 + Kirurg mot 3	0.110
1 + Kirurg mot Kirurg	0.636
2 mot 3	Ingen maligne tilfeller i noen av gruppene
2 mot Kirurg	0.016
3 mot Kirurg	0.000

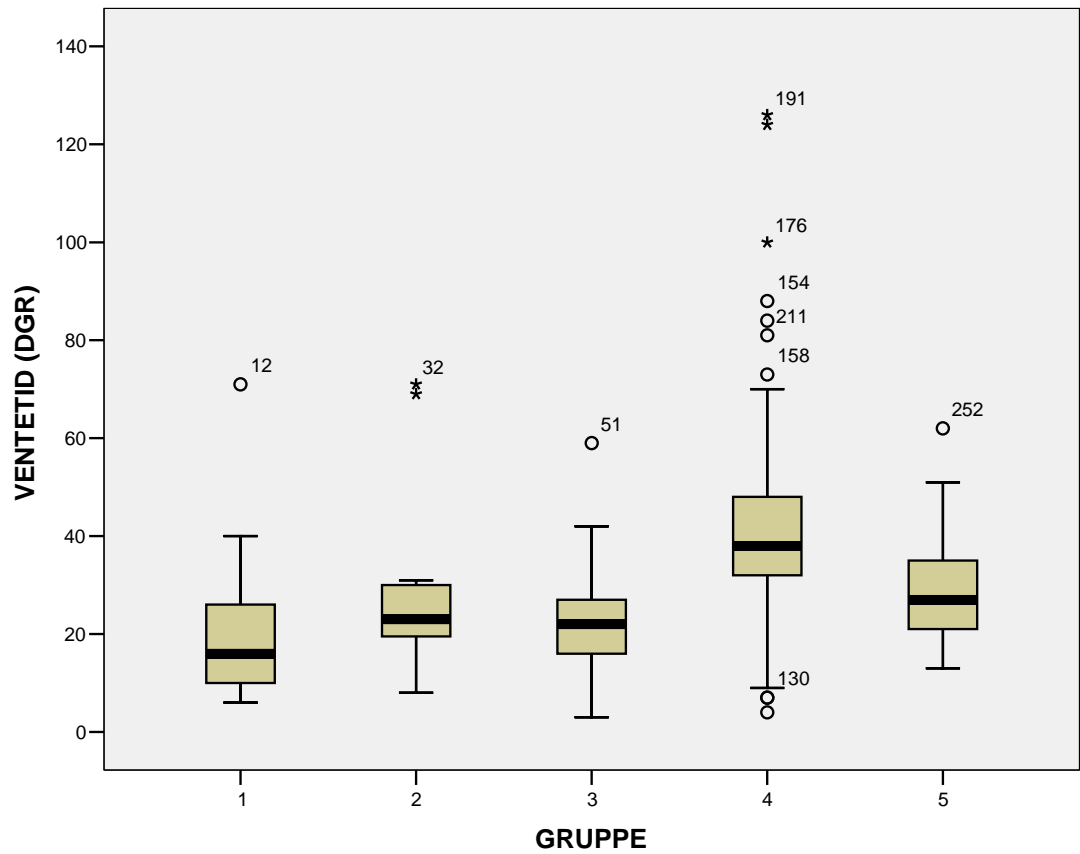
Tabell 2: Sammenligning av de ulike prioritene når det gjelder antall maligne tilfeller, med p-verdier. Signifikant forskjell mellom Prioritet 3 og Kirurg-gruppen.

PRIORITET	ANTALL KVINNER I PRIORITETEN	BIOPSIER UTFØRT		% BIOPSIER
		Nei	Ja	
1	26	22	4	15,4
1 + Kirurg	19	10	9	47,4
2	52	47	5	9,6
3	153	146	7	4,6
Kirurg	30	20	10	33,3
Total	280	245	35	12,5

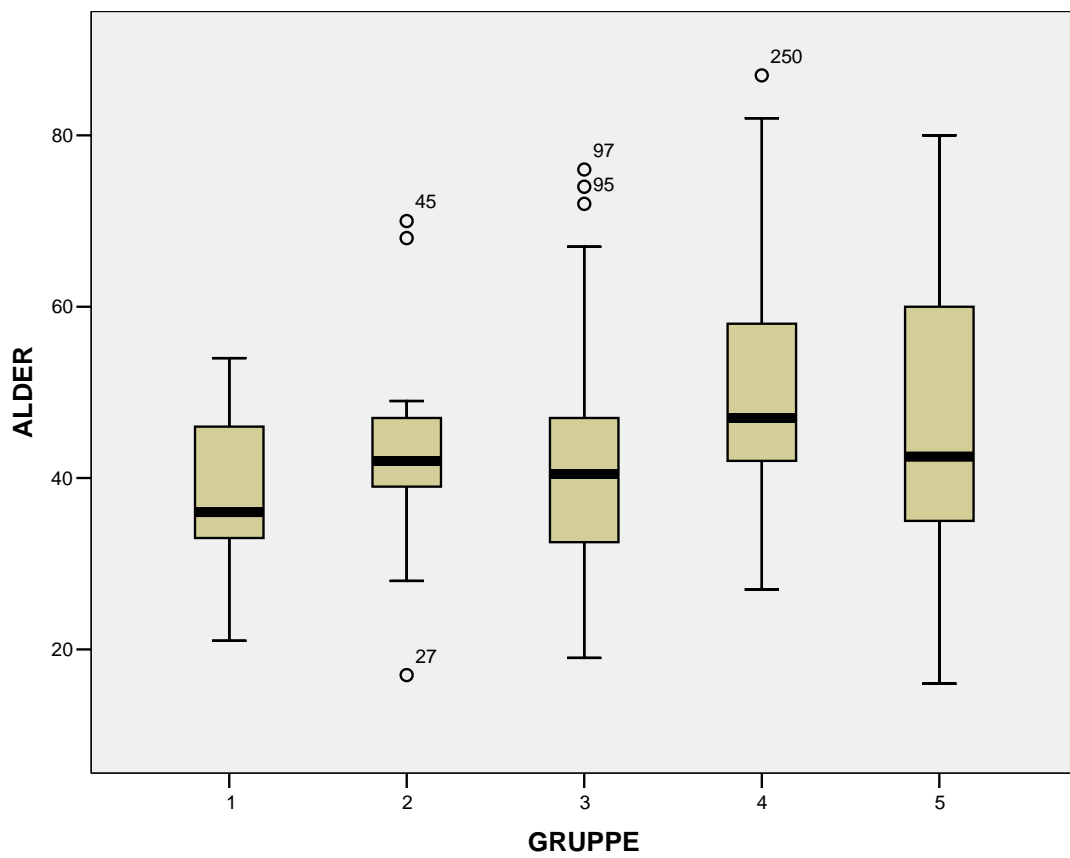
Tabell 3: Fordeling av antall biopsier i de ulike gruppene.

PRIORITET	ANTALL KVINNER I PRIORITETEN	BDSs TIDS-RAMME (DAGER)	MEDIAN (DAGER)	AVVIK (DAGER)	MINIMUM (DAGER)	MAKSIMUM (DAGER)
1	26	7	16	9	6	71
1 + Kirurg	19	7	23	16	8	71
2	50	14 - 21	22	1	3	59
3	153	42	38	-4	4	126
Kirurg	30	Varierer	27		13	62
Totalt	278					

Tabell 4: Fordelingen av antall kvinner i de ulike prioriteteene når det gjelder ventetid (to kvinner i Prioritet 2 utgikk på grunn av manglende opplysninger). Median ventetid i de ulike prioriteteene med beregnede avvik ut fra BDSs tidsramme. Minimum og maksimum ventetid i de ulike prioriteteene.



Figur 1: Oversikt over spredning i ventetid i de ulike gruppene. Median ventetid er markert med sort strek. (Gruppe 1 = Prioritet 1, Gruppe 2 = Prioritet 1 + kirurgi, Gruppe 3 = Prioritet 2, Gruppe 4 = Prioritet 3, Gruppe 5 = Kirurgi)



Figur 2: Oversikt over spredning i alder i de ulike gruppene. Median alder er markert med sort strek. (Gruppe 1 = Prioritet 1, Gruppe 2 = Prioritet 1 + kirurgi, Gruppe 3 = Prioritet 2, Gruppe 4 = Prioritet 3, Gruppe 5 = Kirurgi)

PRIORITET	ANTALL	MEDIAN	MINIMUM	MAKSIMUM
1	26	36	21	54
1 + Kirurg	19	42	17	70
2	52	40,5	19	76
3	153	47	27	87
Kirurg	30	42,5	16	80
Totalt	280			

Tabell 5: Oversikt over statistiske mål med hensyn på alder i de ulike prioritene.

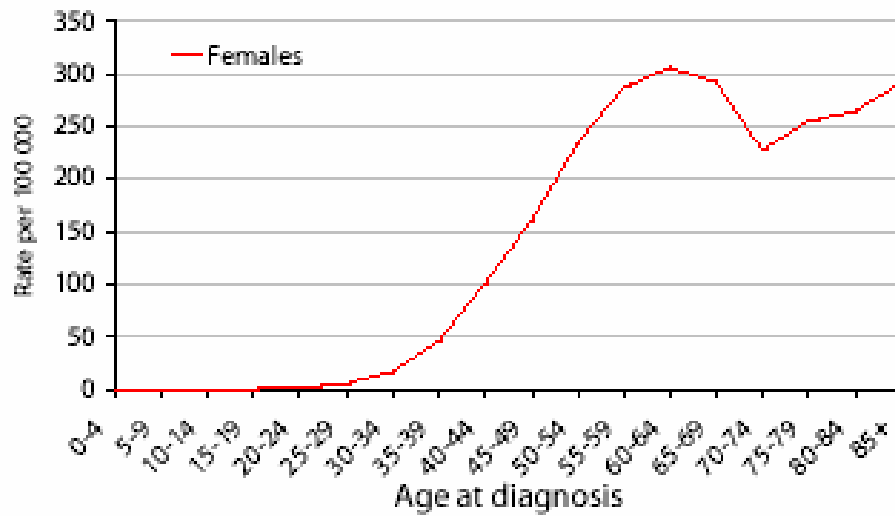
PRIORITET	P-VERDI
1 mot 1 + Kirurg	0.135
1 mot 2	0.340
1 mot 3	0.000
1 mot Kirurg	0.068
1 + Kirurg mot 2	0.520
1 + Kirurg mot 3	0.018
1 + Kirurg mot Kirurg	0.782
2 mot 3	0.000
2 mot Kirurg	0.310
3 mot Kirurg	0.156

Tabell 6: Sammenligning av de ulike gruppene når det gjelder alder. Signifikante forskjeller mellom prioritet 1 og 3 og prioritet 2 og 3.

PRIORITET	KUL I BRYST %	KUL I AKSILLE %	ØKT BRYST- STØRRELSE I ET BRYST %	BLODIG SEKRESJON %	SEKRESJON %	INN- DRAGNING %	UBEHAG %	EKSEM/SÅR / ERYTEM PÅ BRYST %	ANNET %	BEKYMRING %
1	81	0	0	4	4	0	42	4	0	8
2	50	12	6	2	2	2	50	0	2	19
3	10	1	1	0	2	0	31	1	4	42
1 + kirurg	84	11	0	0	5	0	50	5	5	21
Kirurg	83	7	0	0	7	13	27	13	0	17

Tabell 7: Symptombilde i de ulike prioritertene. (Annet: Mastitt utenom ammeperiode, tyngdefølelse, mastitt i ammeperioden, kul på halsen, hyperkalsemi, ømhet i aksille, smerter i skulder / arm)

Fig. 3.2.10 Age-specific incidence rates 1999-2003



Figur 3: Aldersspesifikk insidensrate for brystkreft i Norge, 1999-2003 (2)

ALDER (ÅR)	ALDERSSPESIFIKK INSIDENSRATE
0-19	0,0
20-24	2,2
25-29	8,8
30-34	16,9
35-39	42,0
40-44	97,0
45-49	152,5
50-54	230,7
55-59	295,1
60-64	328,0
65-69	347,2
70-74	219,0
75-79	267,1
80-84	273,2
85 +	255,4

Tabell 8: Aldersspesifikke insidensrater for brystkreft per 100 000 personår fordelt på alder, 2003 (2).

8. TAKK

Vi ønsker å takke Terje Risberg for god veiledning og hjelp under arbeidet med oppgaven.

Vi vil også takke Jan Ole Frantzen, Nils Bjurstam og Alf Frimann Rosenlund ved BDS.

Takk til Tonje Braaten og Merethe Kumle for god hjelp med det statistiske arbeidet.

9. REFERANSELISTE

1. Steinar Hunskår. Allmenmedisin. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2003.
2. Kreft i Norge 2003. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. 2005.
3. NBCG. Blåboka: www.nbcg.net. 2005.
4. Helsenytt for alle, Brystkreft. Nasjonalforeningen for folkehelsen. <http://www.helsenytt.no/artikler/bryst.htm>. 2003.
5. Gro Wiedswang. The clinical relevance of detecting isolated tumor cells in bone marrow and lymph nodes in breast cancer. Faculty of Medicine, University of Oslo, 2004.
6. Kreftregisteret, mammografiprogrammet i Norge: <http://www.kreftregisteret.no/ramme.htm?start.htm>. 2005.
7. Silje Gripsrud. Fastlegeordningen gir mer makt til pasientene: <http://www.uib.no/elin/elpub/uibmag/0206/fastlege.html>. 2002.
8. Ann Cathrin Reichelt. Lommelegen, symptomer på brystkreft. <http://www.lommelegen.no/php/art.php?id=321792>
9. Ann Cathrin Reichelt. Lommelegen, brystkreft. <http://www.lommelegen.no/php/art.php?id=321784>