

Årsrapport RMPG, ÖAK cancer

Om annat inte är angivet är källan till data årsrapport från de register som beskriver behandling av aktuella sjukdomar. För bukspottkörtel är det årsrapport för diagnosår 2017 (publicerad i juni 2018), för lever- och gallvägar är det årsrapport för diagnosår 2017 (publicerad i september 2018) och för matstrupe och magsäck är det årsrapport för diagnosår 2017 (publicerad i oktober 2018).

1. Kvalitetsindikatorer:

De kvalitetsindikatorer som har tagits fram för att beskriva verksamheten är följande:

- Ledtider (vilka som rapporteras är avhängigt tillgängliga data som kan jämföras nationellt)
- Förekomst av allvarliga komplikationer
- Vårdtid
- Överlevnad

Ledtider

För pankreastumörer finns registrerade ledtider från remiss till behandlingsbeslut där Sydöstra sjukvårdsregionen ligger bra till och har förkortad denna ledtid med 2 dagar från föregående år (tabell 1). Väntetid från behandlingsbeslut till kirurgi var kort 2017 i Sydöstra sjukvårdsregionen jämfört med riket även om skillnaden minskade jämfört med förra året (tabell 2). Dock ses här försämring jämfört med tidigare år och den väntetid som föreslås enligt standardiserad vårdförlopp (SVF) enligt uppnås inte.

För levertumörer redovisas separat resultat för primära och sekundära (metastaser) i de fall resultat är uppdelade på enskilda diagnoser redovisas här levercellscancer (den vanligaste primära levertumören) och för sekundära tumörer redovisas data för levermetastaser från tjocktarms- och ändtarmscancer vilket är majoriteten av metastaser som behandlas med kirurgi.

Ledtid från remiss till multidisciplinär konferens för patienter med primär levermalignitet är samma i Sydöstra sjukvårdsregionen som i riket (bild 1). Ledtid från multidisciplinär konferens till operation mäts för hela gruppen (primära maligniteter och metastaser) och var kortare 2017 på US genomsnittet av övriga leverkirurgiska enheter i Sverige (denna ledtid redovisas inte för sjukvårdsregioner utan för enskilda centra) (bild 2). Både mediantiden och andelen som opererades inom 21 dag är dock sämre än åren innan. En mycket liten andel opereras inom 14 dagar från operationsbeslut vilket är målet enligt SVF.

För matstrupe och magsäckscancer mäts väntetid från vävnadsdiagnos till behandlingsbeslut och för båda dessa diagnoser ligger Sydöstra sjukvårdsregionen bra till nationellt (bilder 3 och 4) och ledtiden har förkortas jämfört med föregående år. När väntetid från vävnadsdiagnos till behandlingsstart (operation eller cellgift) mäts ligger Sydöstra sjukvårdsregionen fortfarande markant sämre till än övriga regioner när det gäller matstrupscancer, i riket har denna tid förkortas med 5 dygn jämfört med föregående år men i Sydöstra sjukvårdsregionen är den nu endast 1 dag kortare än förra året. Magsäckscancer har tidigare legat i nivå med övriga delar av landet men här har väntetiden till behandling blivit längre nu i Sydöstra sjukvårdsregionen (bilder 5 och 6).

Förekomst av allvarliga komplikationer

Allvarliga komplikationer efter stor pankreaskirurgi förekommer hos 19% av patienter opererade i Sydöstra sjukvårdsregionen jämfört med 11% i riket (tabell 3), i riket saknas denna registrering hos 17% av patienterna jämfört med 9% i Sydöstra sjukvårdsregionen och i några regioner är avsaknaden av registrering så stor att data inte kan användas för jämförelse. Efter matstrupskirurgi förekommer komplikationer i Sydöstra sjukvårdsregionen i samma utsträckning som i övriga delar av landet (tabell 4). För magsäckskirurgi är förekomsten av komplikationer högre än i övriga delar av Sverige (tabell 4), tyvärr redovisas inte separat allvarliga komplikationer och de mindre allvarliga vilket gör att osäkerheten i jämförelsen är stor.

Leverregistret anger inte komplikationer uppdelad på sjukvårdsregioner och således går inte att göra direkt jämförelser där. Det faktum att vårdtiden för denna patientgrupp är mycket lika över hela landet (se nedan) tider på att det inte finns någon nämnvärd skillnad i förekomst av komplikationer.

Vårdtid

Vårdtid efter Whipples operation har ökat i Sydöstra sjukvårdsregionen och ligger nu i nivå med övriga delar av Sverige. Vårdtid efter vänstersidiga bukspottkörtelresektioner är fortfarande kortare i Sydöstra sjukvårdsregionen än i övriga riket (bild 7 och 8)

Vårdtid efter leveringrepp har varit den samma över riket men är nu 1 dygn längre i Sydöstra sjukvårdsregionen än övriga Sverige (bild 9)

Vårdtiden efter matstrupskirurgi varierar över landet och Sydöstra sjukvårdsregionen ligger 1 dygn över median vårdtiden i riket (bild 10).

För magsäckskirurgi är vårdtiden i Sydöstra 1 dygn kortare jämfört med övriga regioner (bild 11).

Överlevnad

I bukspottkörtelregistret redovisas enbart överlevnad för hela landet och således kan inte någon jämförelse göras.

Överlevnad efter operation för levercellscancer (bild 12) och metastaser av tjocktarmscancer (bild 13) skiljer sig inte mellan sjukvårdsregionerna.

Registret för matstrupe och magsäck redovisar inte överlevnad utifrån regioner och således finns inte underlag för jämförelse med övriga delar av landet.

2. Tillgänglighet

De ledtider som är framtagna och redovisade under punkt 1 speglar tillgänglighet som 2017 var inte sämre än i övriga delar av landet. Enligt interna data på US är ledtiderna de samma för de län som ingår i Sydöstra sjukvårdsregionen. Den tydliga försämring som har uppstått under 2017 gäller tillgång till behandlingsutrymme (operationssalar och vårdplatser) och inte omhändertagande av patienterna för övrigt. Det är anmärkningsvärt att de riktlinjer som är uppsatta enligt Standardiserad vårdförlopps levs inte upp till.

3. Riktlinjer – vårdprogram

Den stora majoriteten av cancerdiagnoser i övre delen av buken avhandlas i nationella vårdprogram och följsamheten till dessa är hög. För pankreascancer är målet enligt nationellt vårdprogram att över 90% av nydiagnostiserade patienter diskuteras på behandlingskonferens. Sydöstra är en av 2 regioner som uppnår målet (bild 14).

Behandlingsbeslut för levertumörer ska enligt det nationella vårdprogrammet fattas vid multidisciplinär konferens i 100% av fallen. I Sydöstra uppnås detta till 97,3,% jämfört med 98,2% i riket (bild 15)

4. Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Inom bukspottkörtelområdet har det gjorts nivåstrukturering av kirurgisk behandling när det föreligger behov av att exstirpera och rekonstruera pulsåder för att kunna ta bort tumören. Dessa behandlingar som inte har ett bevisat värde när det gäller överlevnad är mycket sällsynta.

Behandlingar av gallgångscancer i fördelningen av gallgången till höger och vänster leverlob har även nivåstrukturerats enligt beslut men någon implementering av detta beslut med kontaktvägar och samarbetsformer har inte Kirurgiska kliniken på US fått.

Kirurgisk behandling av cancer i översta delen av matstrupen samt rekonstruktioner som inte görs vid resektionsingreppet har nivåstrukturerats men dessa behandling är mycket sällsynta.

5. Investeringar

Inom behandlingar för ÖAK cancer har navigeringssystem som försäkrar effekten av ablationsbehandlingar köpts och är nu i kliniskt bruk. För att följa pågående utveckling av minimalinvasiv kirurgi inom övre cancerområdet finns ett klart behov av tillgång till operationstider i robot.

6. Sjukvårdsgemensam upphandling

-

7. Läkemedel

-

8. Utvecklingstendenser:

Laparoskopi ökar för samtliga ingreppskategorier vilket medför förkortning av vårdtider. Som beskrivet under punkt 5 planeras utökning av detta även när det gäller robotoperationer.

9. Förändringar av vårdbehovet

Efter att den delen av ÖAK cancer kirurgin som tidigare gjorts i Kalmar och utanför sjukvårdsregionen genom samarbete med Blekinge flyttades till US har behovet av vårdplatser och även operationsutrymme ökad som förväntad. Detta har dock inte mötts av ökade resurser vilket medfört kraftig försämring av de ledtider som redovisats ovan. Denna utveckling har tyvärr fortsatt.

Årsrapport RMPG Endokrin 2018

Årsrapporten baseras på data från det svenska endokrinkirurgiska registret SQRTPA. Samtliga kirurgkliniker i sydöstra regionen är anslutna till registret. Täckningsgraden varierar dock stort mellan sjukhus och diagnoser (13 – 100 %).

1. Kvalitetsindikatorer

Thyroidea

Andel korrekt preop cytologi vid papillär cancer > 1cm

Här varierar det mellan 0 och 33,3 % mellan sjukhusen i regionen. Detta är lägre än i riket överlag (47,3%). Antalet registrerade operationer i sydöstra regionen är dock litet (28 st) så det är svårt att dra några slutsatser. Det är dock en principiellt intressant fråga, då det pågår en diskussion angående standardiserad ultraljudsbedömning av thyroidea (TIRADS- klassifikation) och angående ultraljudsledd finnålspunktion kontra palpationsledd punktion.

Postop blödning

Variar mellan 0 och 3 % bland sjukhusen i regionen, vilket får anses vara i paritet med riket (1,3 %).

Hypocalcemi efter 6 månader vid bilateral operation

Här varierar det mellan 0 och 3,3 % (riket 1,6 %).

Parathyroidea

Normocalcemi efter 6 mån

Variar mellan 73,6 och 87,8 % mellan sjukhusen (riket 80,7).

Adrenalektomi

Utförs i princip enbart på en enhet och inrapporteringsgraden i registret är synnerligen låg, varför några slutsatser ej går att dra.

2. Tillgänglighet

Täckningsgraden för Sydöstra sjukvårdsregionen i Thyroideacancerregistret, där vi tidigare haft god täckning, har under 2017 varit synnerligen låg. Man har därför inte kunnat göra någon subanalys och vi har därmed inga siffror på ledtider etc.

Styrgruppen och regional processledare arbetar på att identifiera problemet och åtgärda det under året.

3. Riktlinjer – vårdprogram

Ett nytt nationellt vårdprogram för thyroideacancer fastställdes under 2018.

MDK för thyroideacancer (samt binjuretumörer och NET) genomförs veckovis, med deltagande från samtliga opererande sjukhus.

Ett frågetecken inför framtiden är hur den endokrinkirurgiska representationen ska se ut NPO/RMPO Endokrina sjukdomar.

4. Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Inget nytt under året.

5. Investeringar
Ej aktuellt.

6. Sjukvårdgemensam upphandling
Ej aktuellt.

7. Läkemedel
Ej aktuellt.

8. Utvecklingstendenser

Antalet endokrinkirurgiska ingrepp har ökat under hela 2000 talet och det finns ingen anledning att tro att det kommer att minska. Orsaken är oklar, men kan delvis förklaras av ökad och förfinad diagnostik. Det är därför av yttersta vikt att vi arbetar vidare med och förbättrar rapporteringen till våra kvalitetsregister, för att bevaka ledtider, resultat etc.

En annan utmaning inför framtiden är att säkra tillgången till högkvalitativ ultraljudsdiagnostik och patologi.