

Kvalitetsparametrar inom gynekologisk cancer i Sydöstra sjukvårdsregionen 2023



Region
Östergötland



Region Kalmar län



Region
Jönköpings län

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Inledning.....	3
Deltagare.....	3
Livmoderkroppscancer.....	4
Livmoderkroppscancer.....	5
Äggstockscancer	6
Äggstockscancer.....	7
Livmoderhalscancer.....	8
Vulvacancer.....	9
Vulvacancer.....	10
PREM-enkät.....	11

Inledning

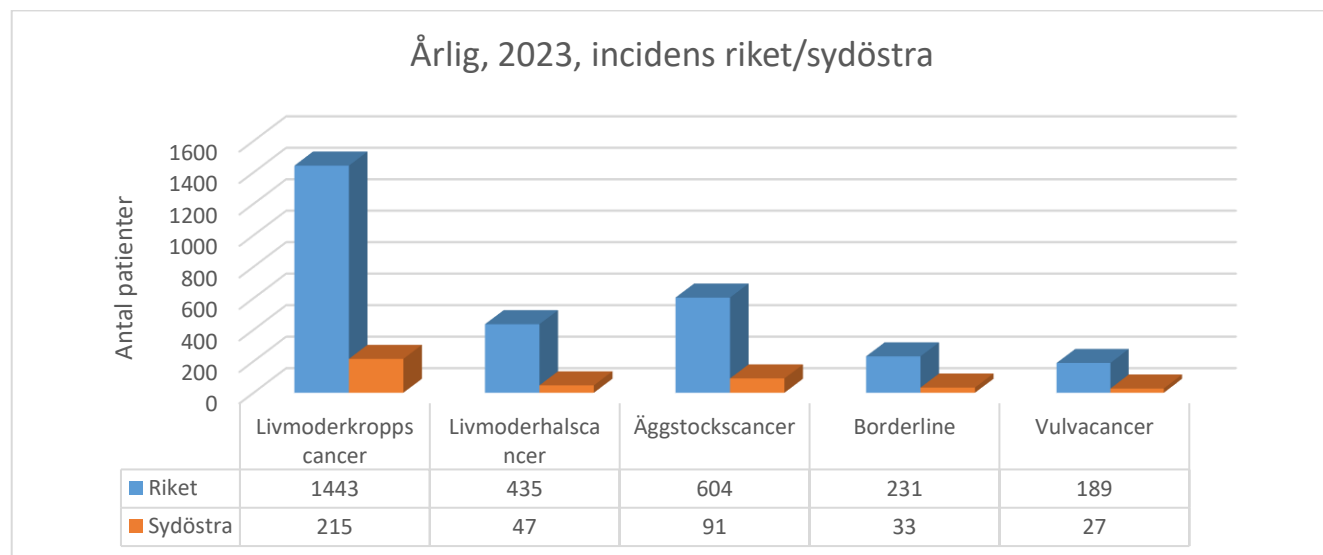
Sjukvårdsregionala arbetsgruppen i gynekologi har i uppdrag att:

- Arbeta för god och lika vård i sydöstra sjukvårdsregionen
- Tillsammans hitta lämpliga kvalitetsmått/mätetal för att jämföra regionens arbete
- Arbeta med gynekologiskt SVF-förlopp, hur kan vi nå de nationella ledtiderna?

Vi redovisar i denna rapport de fyra vanligaste cancerformer som handläggs på kvinnoklinikerna/ gynonkologen - livmoderkropp-, livmoderhals-, äggstock- och vulvacancer. I gruppen äggstockscancer ingår även äggledar- och bukhinnecancer. Vi har i varje förlopp sammanställt det antal patienter som nydiagnostiserats med respektive cancerform och vi har också sammanställt hur stor andel av dessa patienter som fått behandling inom leddid.

Taget från cancerregistret år 2023 – årlig incidens riket/sydöstra:

Riket		Sydöstra
1443	Livmoderkroppscancer	215
435	Livmoderhalscancer	47
604	Äggstockscancer	91
231	Borderline	33
189	Vulvacancer	27



Data har hämtats från olika register/statistikprogram (Diver/Rebus/Businessobjects) (ej INCA-registret) som respektive klinik har tillgång till i de olika regionerna. För att utvärdera patienternas erfarenhet av att utredas inom standardiserat vårdförlopp (SVF) redovisas data ifrån PREM-enkäten (Patient Reported Experience Measures) från RCC (Regionalt Cancer Centrum). Statistiken som tagits fram bygger på 2023-års data. Källorna redovisas vid respektive målvärde. Data ifrån Kalmar saknas i rapporten.

Deltagare:

Anders Rosenmüller, Västervik

Malena Tiefenthal Thrane, Eksjö

Vakant, Kalmar

Charlotte Ginstman, Linköping

Christiane Sackbrook, Jönköping

Karin Bergare, Norrköping + tillträdande processledare RCC

Lisbeth Liest, avgående processledare RCC

Monica Guth, Värnamo

Oscar Derke, Linköping gynekologen

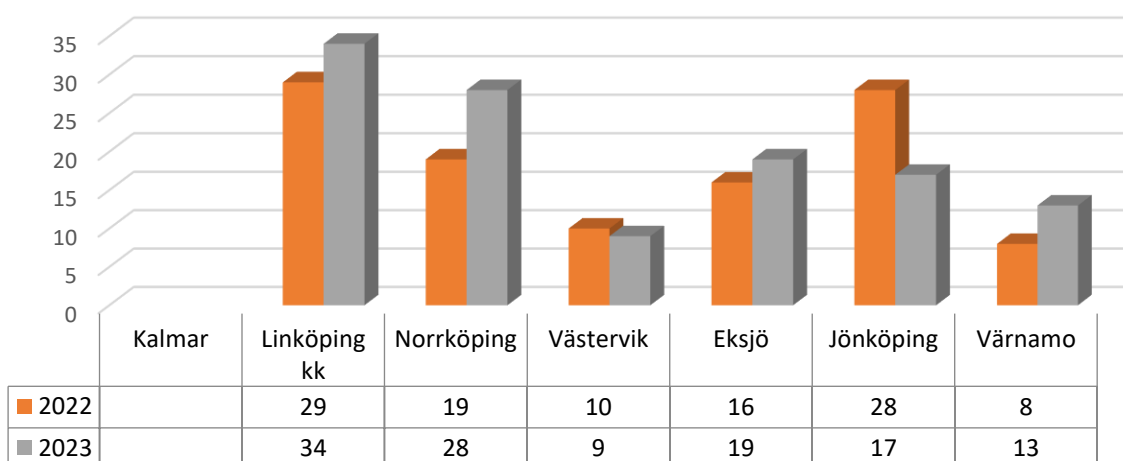
Pia Fältmars, administratör

Verksamhetschefsrepresentant

Catarina Notelid Claus

Livmoderkroppscancer

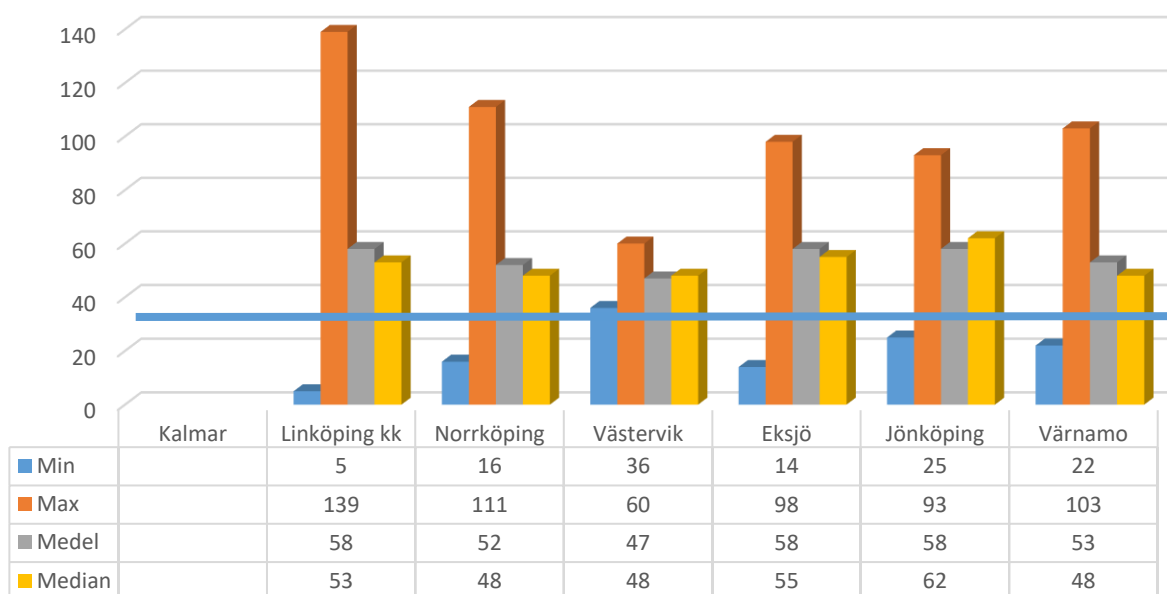
Antal patienter nydiagnostiserats med livmoderkroppscancer



Kommentar: Norrköping: Av totalt 28 stycken är 5 stycken inte startat med SVF

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Region Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik

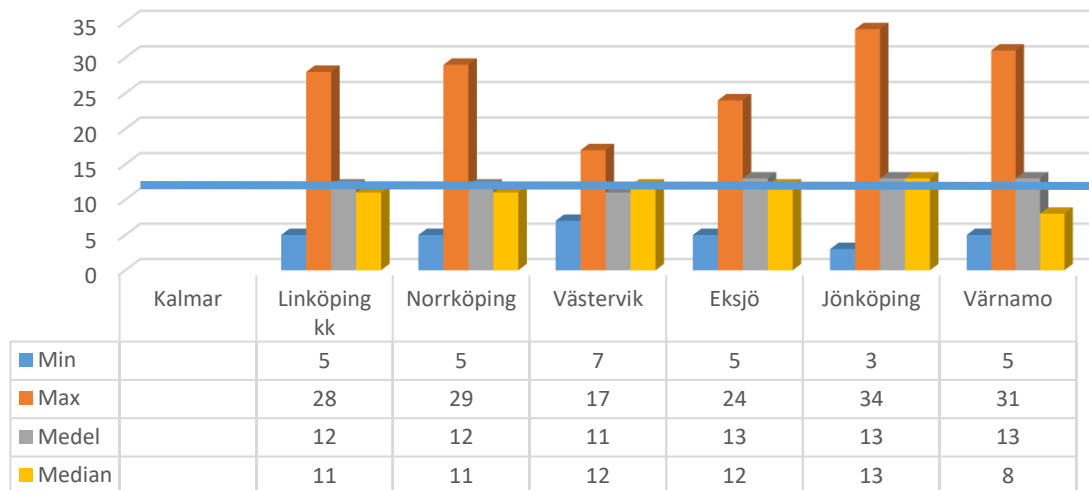
Ledtid från välgrundad misstanke till operation - livmoderkropp



Kommentar: Ledtidsmål välgrundad misstanke till operation 32 dagar.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

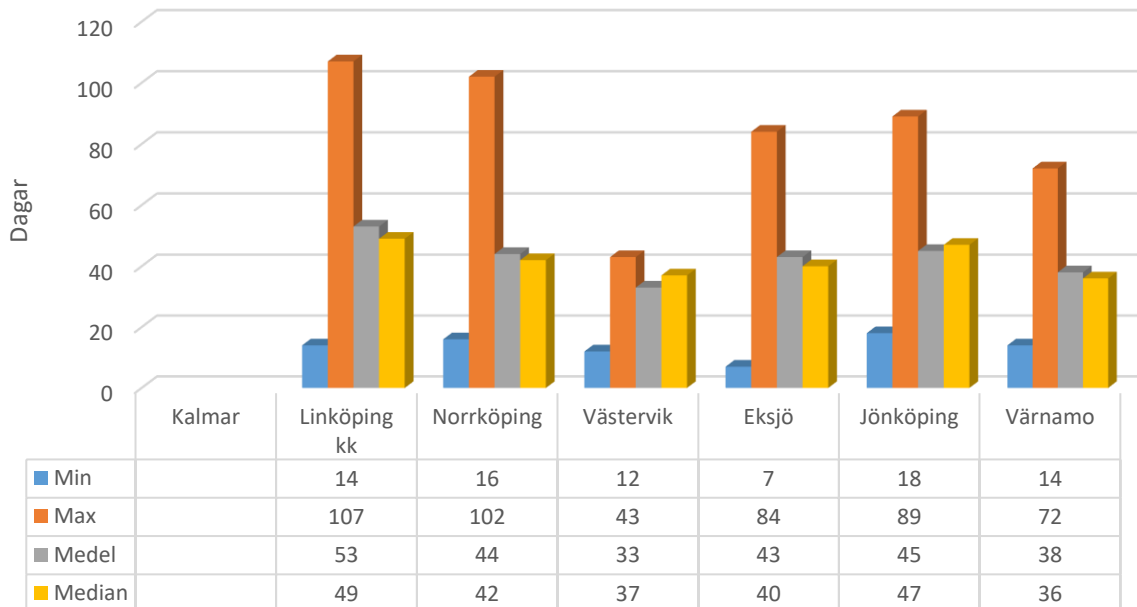
Ledtid från provtagning till PAD-svar (rapportdatum) - livmoderkroppscancer



Kommentar: Målvärde 10 dagar. Ledtid presenteras från kirurgi till PAD-svar (rapportdatum). RCC:s målvärde är 9 dagar från provtagning till att patienten har fått information om svaret.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Ledtid från säkerställd diagnos (rapportdatum) till operation - livmoderkroppscancer



Kommentar: Ledtid enligt SVF 10 kalenderdagar.

Källa: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

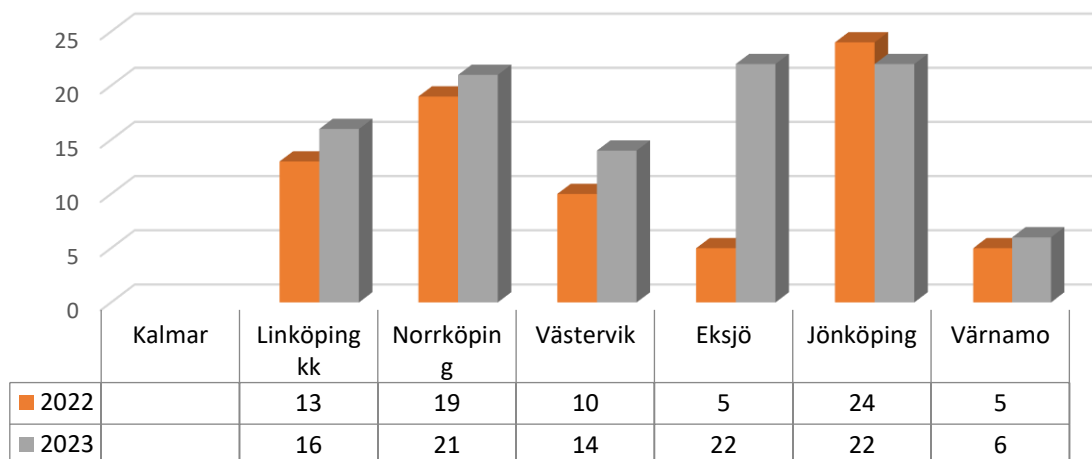
Livmoderkroppscancer är den vanligaste gynekologiska cancertypen. Under 2023 nydiagnostiserades 120 patienter i sydöstra regionen, ej medräknat Kalmar.

Vi ser att ledtiderna varierar mycket, men generellt ligger tiden långt ifrån målvärdet. I hela sydöstra regionen ser vi att ingen klinik klarar det nationella målet för operation < 32 dagar, medianvärdet ligger mellan 48 och 62 dagar. Ledtiderna från välgrundad misstanke till operation påverkas till största delen av den bristande tillgängligheten till operation vid universitetssjukhuset i Linköping.

Under hösten har stora ansträngningar gjorts att förbättra operationstillgängligheten genom att remittera patienter för operation utanför Sydöstra regionen. Corpuscancerkirurgi har också utförts i Kalmar av tumörkirurger ifrån Linköping. Trots dessa kortsiktiga och resurskrävande åtgärder uppnås inte ledtidsmålen.

Mediantiden varierar mellan 8 och 13 dagar från provtagning till PAD-svar (rapportdatum). Det finns skillnader i rutiner för hur vi märker PAD-remissen med akut/SVF. Dessa skillnader verkar inte påverka mediantiderna. Ledtiden inom SVF är att patienten ska få svar inom 9 dagar från provtagning. Detta uppnår ingen klinik i Sydöstra regionen och gruppen ifrågasätter huruvida målet är nåbart. Tillgången på patologer är en faktor som påverkar ledtiden.

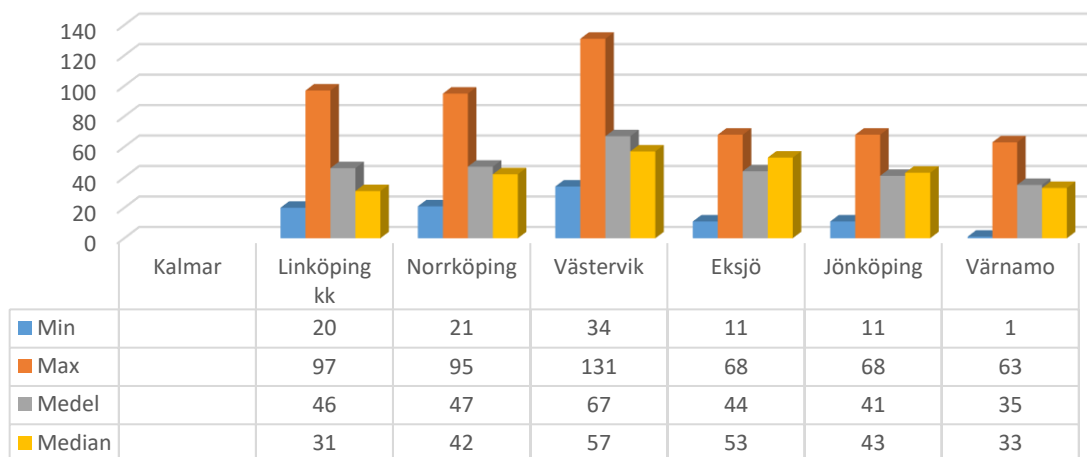
Antal patienter nydiagnostiserade med äggstockscancer



Kommentar: Norrköping 3 ej startade SVF och 4 stycken Borderline. Eksjö 9 stycken Borderline.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

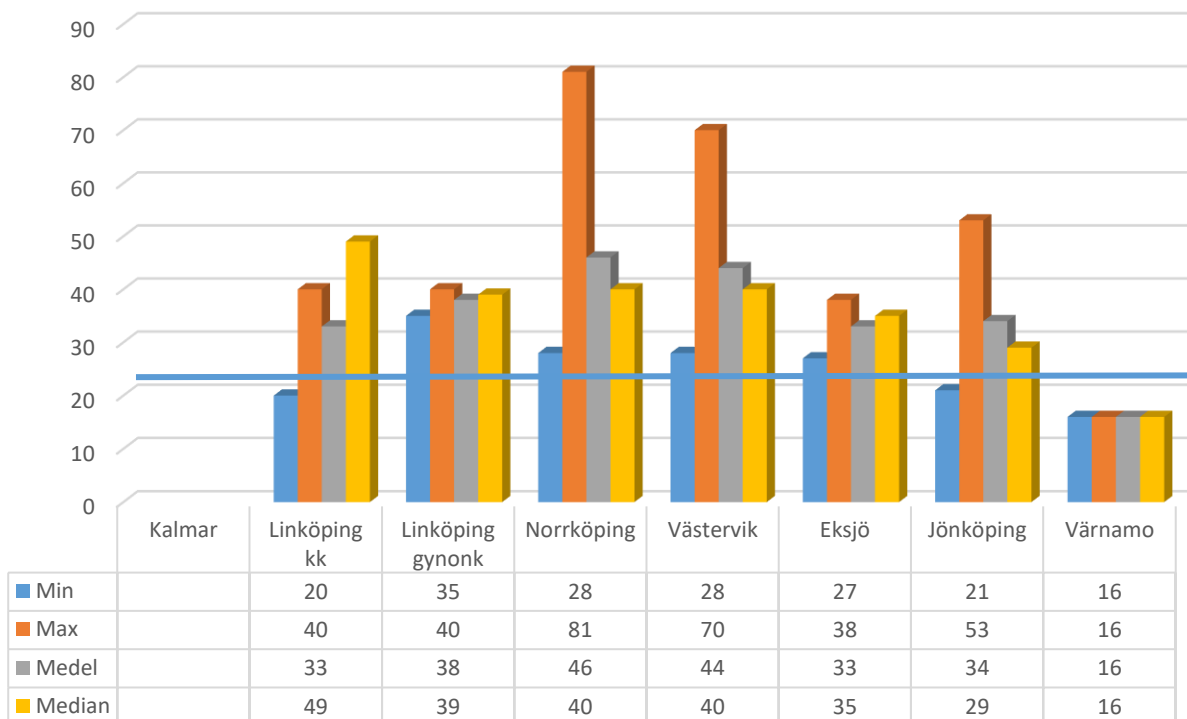
Dagar från välgrundad misstanke till primär operation -
äggstockscancer



Kommentar: Ledtidsmålvärde 24 dagar.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

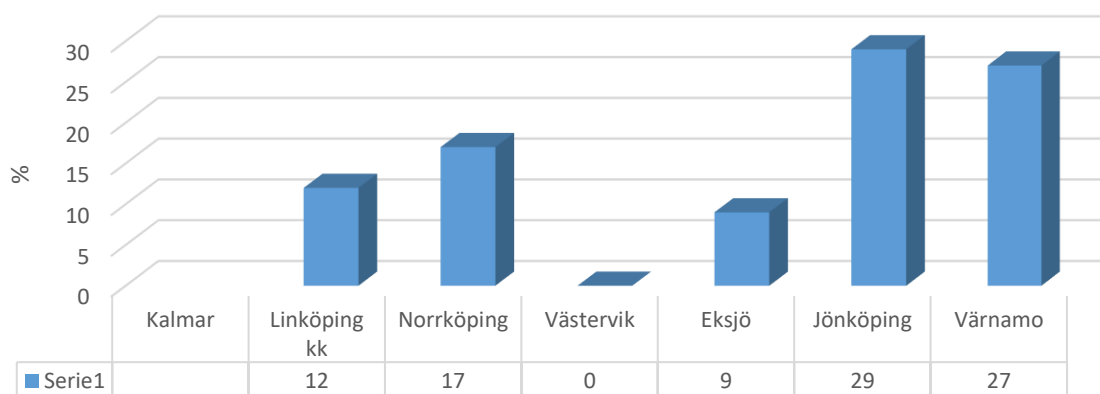
Dagar från välgrundad misstanke till neoadjuvant kemo - äggstockscancer



Kommentar: Målvärde 22 dagar.

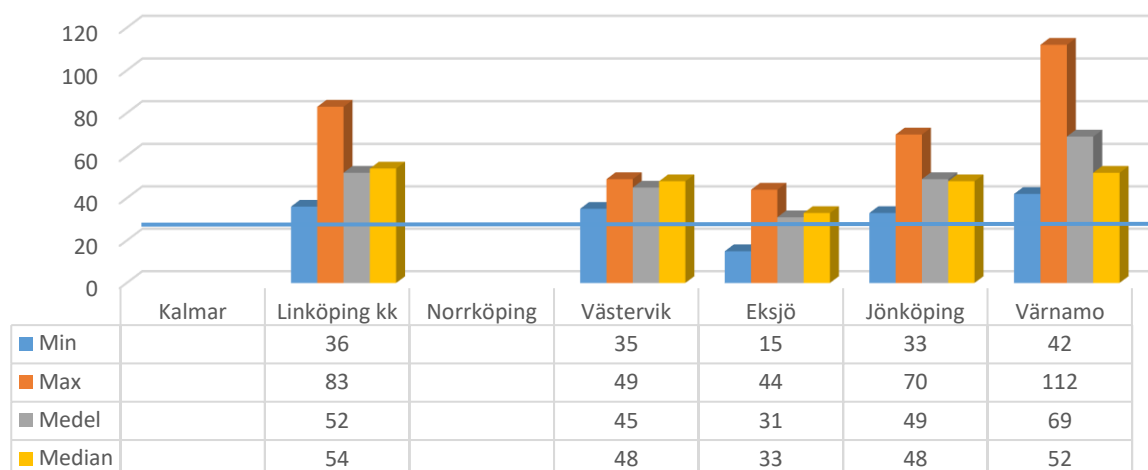
Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Andel patienter som opereras inom 24 dagar från välgrundad misstanke - äggstockscancer



Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Antal dagar från primäroperation till start av kemo - äggstockscancer



Kommentar: Målvärde 21 dagar.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Kommentar: Målet är att behandlingen ska initieras inom 21 dagar. Ovarialcancer är den sjunde vanligaste cancerformen bland kvinnor. I diagnosgruppen ingår alla patienter med äggstocks-, äggledar- och bukhinne-cancer. Primärbehandlingen består av kirurgi följt av cytostatikabehandling. Neoadjuvant cytostatikabehandling ges till patienter med FIGO-stadium IIIC-IV, oftast följd av fördröjd primärkirurgi. I tabell visas olika resultat. Västervik och Linköping redovisar inte borderline, medan de övriga klinikerna gör det. Samtliga kliniker ligger långt ifrån målvärdet. Ledtiderna från välgrundad misstanke till operation påverkas till största delen av den bristande tillgängligheten till operation vid universitetssjukhuset i Linköping. De flesta patienter diskuteras på MDK och i vissa av dessa fall tillkommer tid p.g.a. utökad utredning. Enligt vårdprogrammet har tidig start av kemoterapi viss betydelse för prognosen.

Klinikerna når inte målvärdet, men var klinik för sig kan arbeta för att korta ledtiden. I ledtiden ingår mellannålsbiopsi (utförs på röntgen), PAD-svar, MDK, behandlingsplan finns från gynekologen och venportsinläggning. Sammantaget tveksamt om målvärdet är nåbart. Faktorer som kan påverka ledtiden:

Tid till PAD-svar

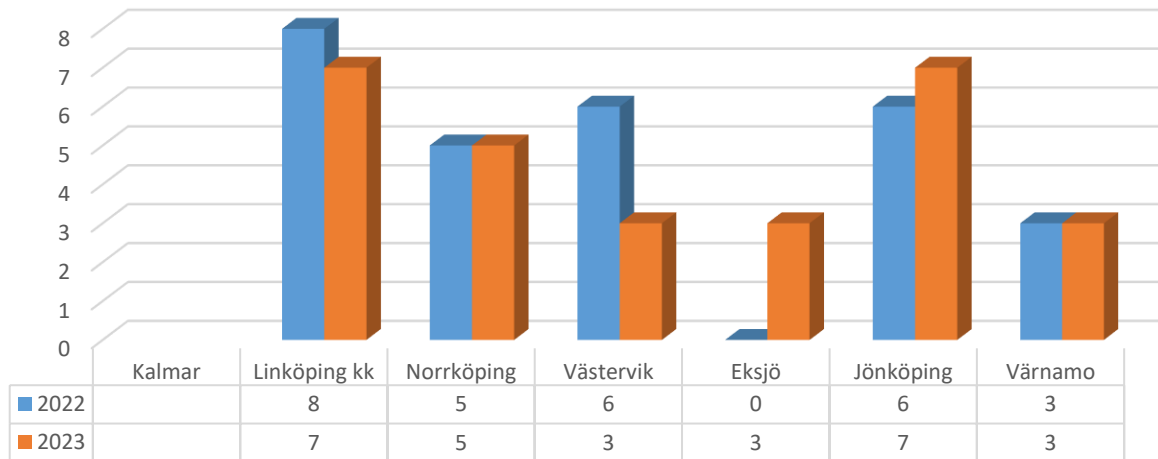
Ev. postoperativ komplikation

Tillgång till venportsinläggning

Personalstyrd väntan

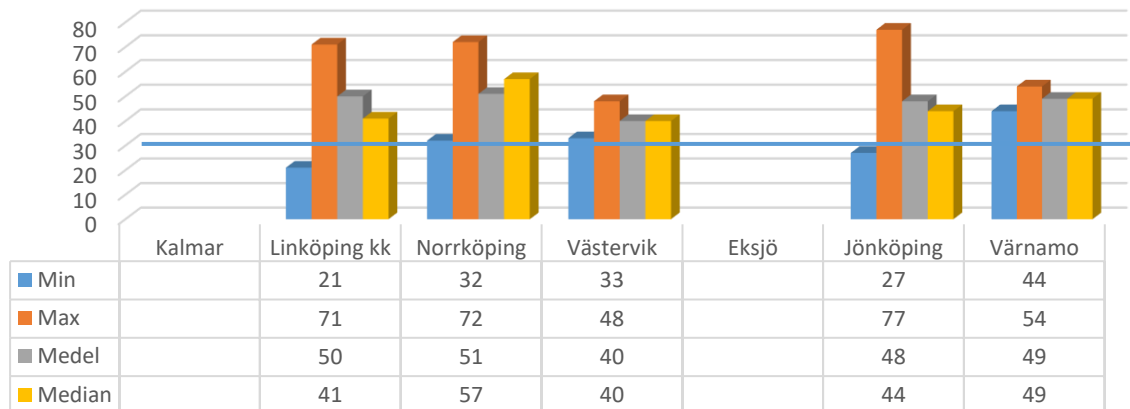
Patientvald väntan

Antal patienter nydiagnostiserade med livmoderhalscancer



Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - livmoderhalscancer



Kommentar: Eksjö – ingen opererad, samtliga strålbehandling. Ledtidsmål 28 dagar.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus + egenförd manuell statistik och Region Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Kommentar: Faktorer som kan påverka ledtid:

PAD

Remiss gynonkologiska enheten

MR

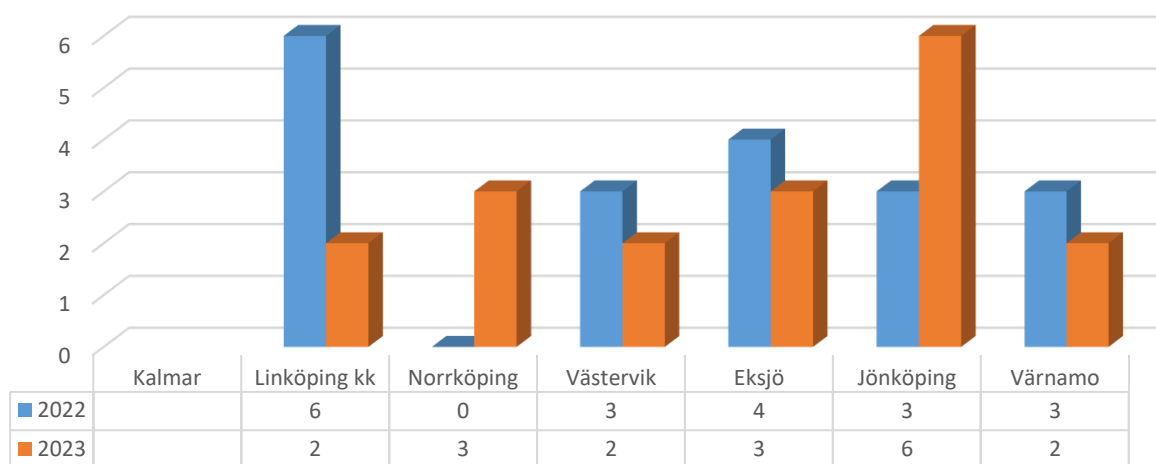
CT alt PET-CT

PIN (palpation i narkos)

MDK (multidisciplinär konferens)

Avseende denna diagnosgrupp nås inte målvärdet, vilket kan förklaras till viss del av ovanstående moment utöver väntetiden till operation.

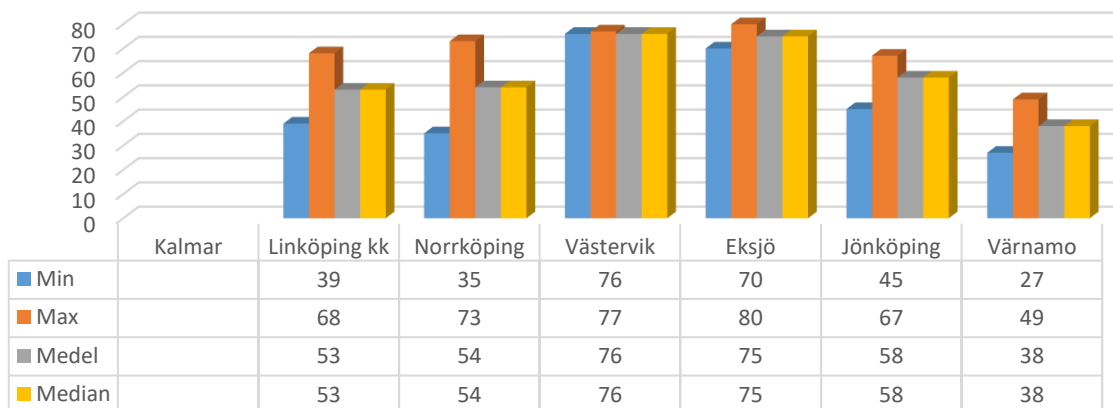
Antal patienter nydiagnostiserade med vulvacancer



Kommentar: Norrköping – 1 förlopp ej startats med SVF.

Källa: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation <30 dagar - vulvacancer



Kommentar: Ledtidsmål 30 dagar.

Källor: Region Jönköpings Län – Diver + egenförd manuell statistik. Region Östergötland – Rebus+ egenförd manuell statistik. Kalmar Business Object + egenförd manuell statistik.

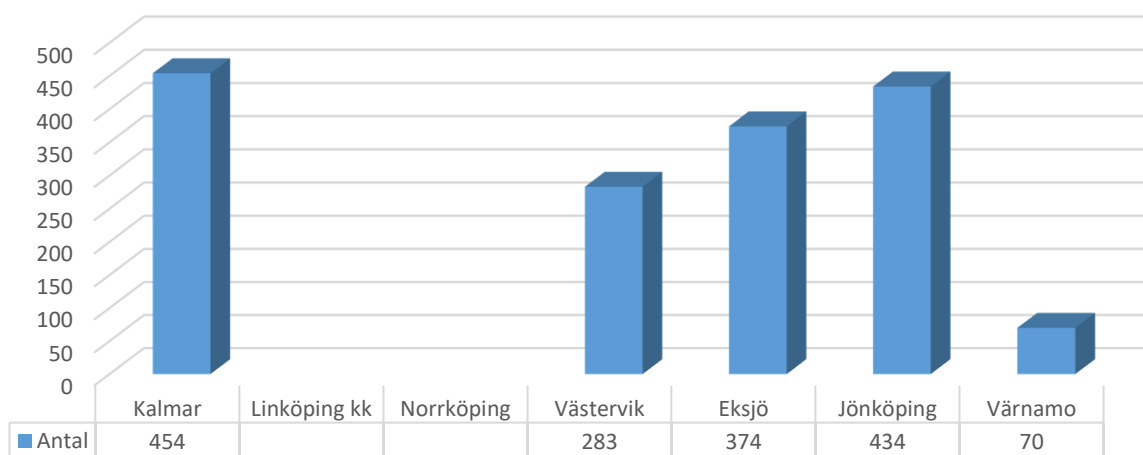
Vulvacancer drabbar cirka 150 kvinnor i Sverige varje år, vilket utgör cirka 5% av all gynekologisk cancer. Sedan 2017 är behandlingen av vulvacancer centraliserad till fyra centrum enligt planen för Nationell högspecialiserad vård. Behandlingsbeslut tas på nationell vulva-MDK, som hålls en gång per vecka. Utredning av misstänkt vulvacancer sker enligt ”Standardiserat vårdförlopp vulvacancer”.

Ledtiden för Välgrundad misstanke om vulvacancer till start av behandling kirurgi är i SVF-förloppet för vulvacancer satt till 30 dagar och målet är att 80% av patienterna ska erbjudas kirurgi inom denna tid. Vid mycket stark klinisk misstanke föreligger Välgrundad misstanke samtidigt som biopsin tas. Vid tveksamhet eller mindre förändringar kan ett snabbsvar beställas och Välgrundad misstanke räknas från PAD-svar. På dessa 30 dagar ska patienten få information om diagnos, genomgå CT torax/buk, undersökas i narkos tillsammans med gynekolog och tumörkirurg i Linköping (eventuellt med kompletterande vävnadsprover och/eller bilddiagnostik) samt ta ställning till en behandlingsrekommendation utifrån en Nationell MDK. Hur vi (inte) lyckas med detta framgår av tabellen ovan.

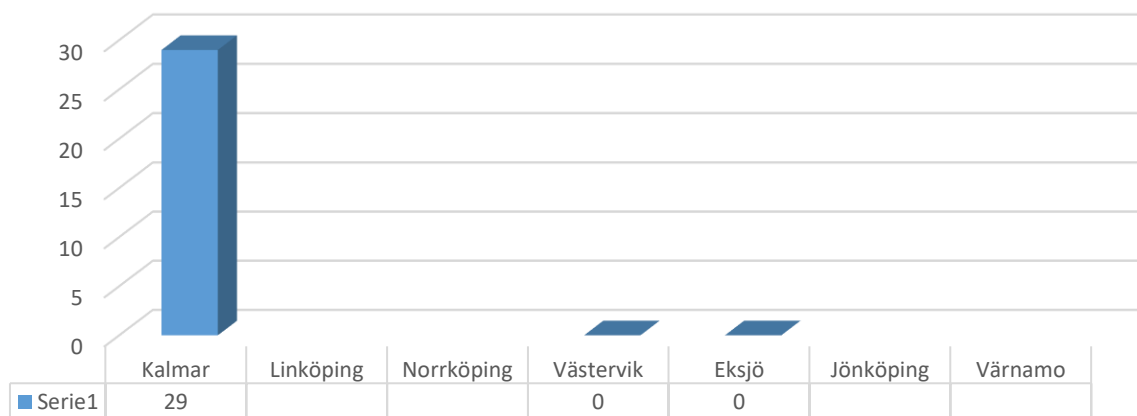
I förloppet tas en biopsi för PAD på ”hemmakliniken”, men oftast krävs det ytterligare utredning med kompletterande PAD.

Det är en patientgrupp med hög medelålder och comorbiditet som inte sällan kräver ytterligare preoperativ utredning inför fortsatt handläggning. Vi kommer att granska ledtider/arbetssätt i hela SVF-förloppet då ledtiderna inte hålls. Hemmakliniken kan påskynda förloppet genom att vid behov påbörja en kardiell utredning i samband med remittering.

Totalt antal givna intravenösa antitumorala behandlingar

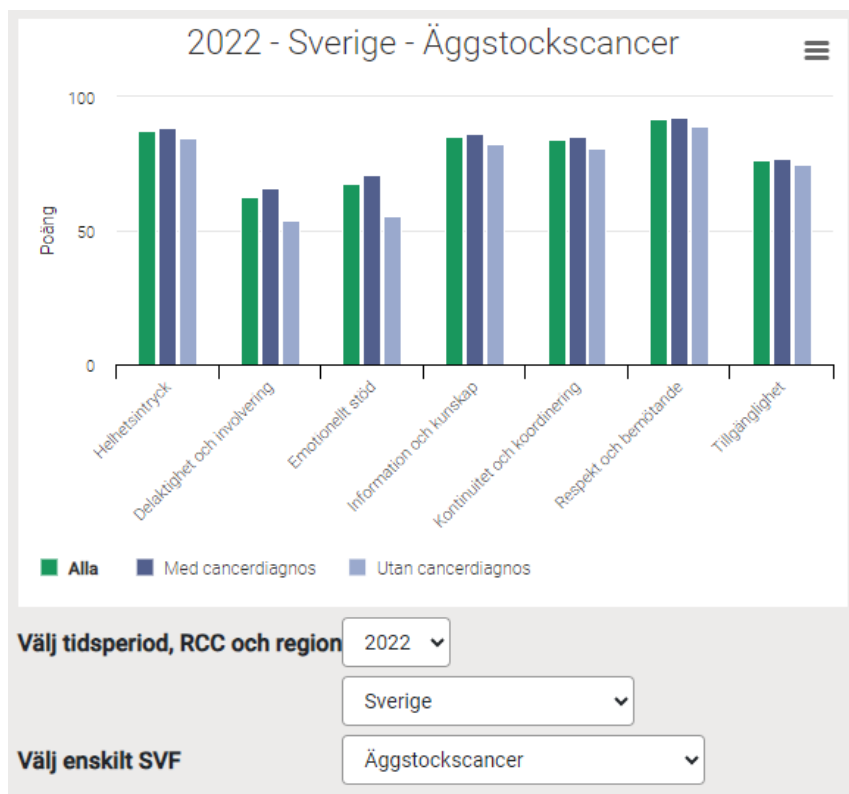


Totalt antal immunlogiska behandlingar av totalen antitumorala behandlingar



Kommentar: Ovanstående data redovisar antalet behandlingstillfällen. Värde saknas från Linköping.

PREM-enkät

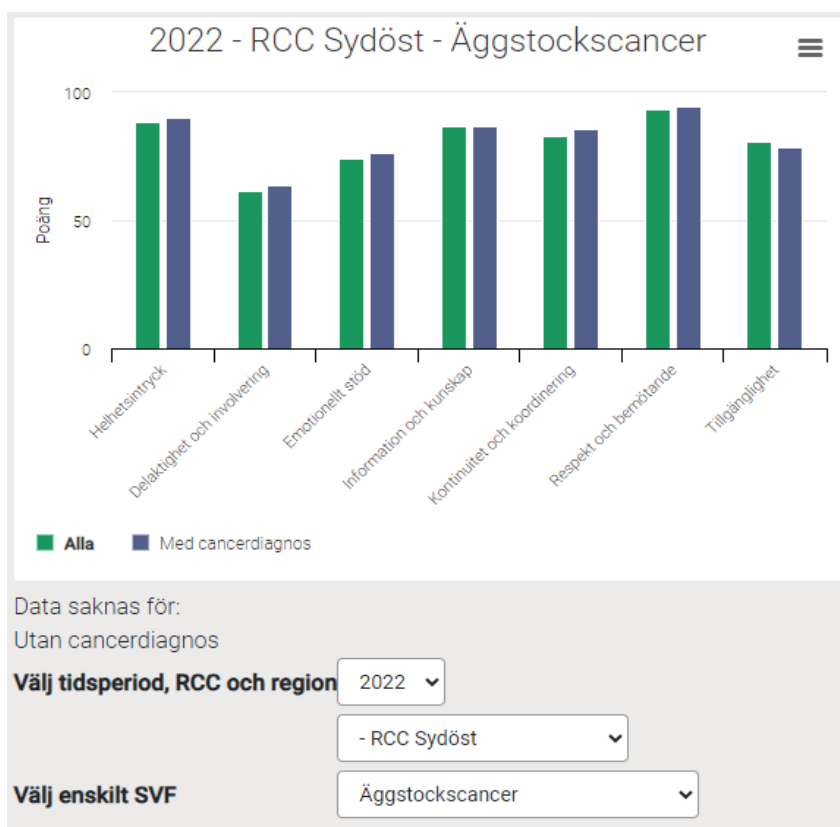


Svarsfrekvensen för 2022 var 54 %. Således är svarsfrekvensen relativt låg och några långt gående slutsatser kan vara svåra att dra. Resultatet redovisas för hela regionen och är inte uppdelat på kliniknivå.

Patienternas helhetsintryck av sin kontakt med vården får bedömas som gott och ligger helt i nivå med riket på 89 poäng.

Dimensionen respekt och bemötande uppvisar också höga siffror med ett värde på 93. Likaså dimensionerna information, kunskap, kontinuitet, koordinering, respekt och bemötande ligger samtliga över 80 poäng.

Vad det gäller delaktighet och involvering finns det förbättringsutrymme, förhoppningsvis kan fortsatt arbete med Min Vårdplan förbättra denna parameter och även förbättra dimensionen Tillgänglighet. Även resultatet för dimensionen Emotionellt stöd talar för att det finns utrymme till förbättring.



Sammanfattningsvis ligger regionen långt ifrån de nationella målen gällande SVF-ledtider för samtliga diagnoser. Samtliga kliniker arbetar ständigt med att optimera flödet i gyncancerprocesserna. Vi har identifierat resursbrister inom diagnostik, gynekologisk bedömning och operationstillgänglighet som påtagligt påverkar ledtiderna. Långa ledtider kan i vissa fall leda till försämrat medicinskt utfall och i många fall till en ökad oro och mental belastning för patienten och anhöriga. Denna oro genererar i sin tur ökat antal kontakter med vården.

Att patienter remitteras till andra regioner för operation medför kraftigt ökade kostnader och minskar utbildningstillfällen för blivande tumörkirurger lokalt. Detta kan på sikt hota den tumörkirurgiska verksamheten i vår region.

För att säkerställa och förbättra omhändertagandet av kvinnor med gynekologisk cancer krävs ökad operationskapacitet, patologeresurs och fler gynonkologer.