

**Kvalitetsparametrar
inom
gynekologisk cancer
i
Sydöstra sjukvårdsregionen
2024**



Innehåll

Inledning	1
Deltagare	2
Livmoderkroppscancer	3
Äggstockscancer	9
Livmoderhalscancer	15
Vulvacancer	18
Behandling	21
PREM-enkät	22
Sammanfattning	24
Källor	25

Inledning

Sjukvårdsregionala arbetsgruppen i gynekologi har i uppdrag att:

- Tillsammans hitta lämpliga kvalitetsmätt/mätetal för att jämföra klinikerna och driva förbättringsarbete. Om Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har lämpliga mätetal och målvärde ska dessa användas.
- Arbeta med gynekologiskt standardiserat vårdförlopp (SVF), hur kan vi nå de nationella ledtiderna
- Arbeta för god och lika vård i sydöstra sjukvårdsregionen med utgångspunkt från ”Kloka kliniska val”.
- Vara referensgrupp gällande medicinska frågeställningar inom sitt ämnesområde.

De nationella målen för SVF är satta till att 70 % av patienter som får gynekologisk cancer ska utredas i ett SVF-förlopp och att 80 % ska erbjudas behandling inom den angivna ledtiden. Syftet är att undvika onödiga väntetider och garantera jämlik vård.

Vi redovisar i denna rapport de fyra vanligaste cancerformer som handläggs på kvinnoklinikerna/gynekologen; 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 ledtid.

Taget från cancerregistret år 2024 – årlig incidens riket/sydöstra sjukvårdsregionen:

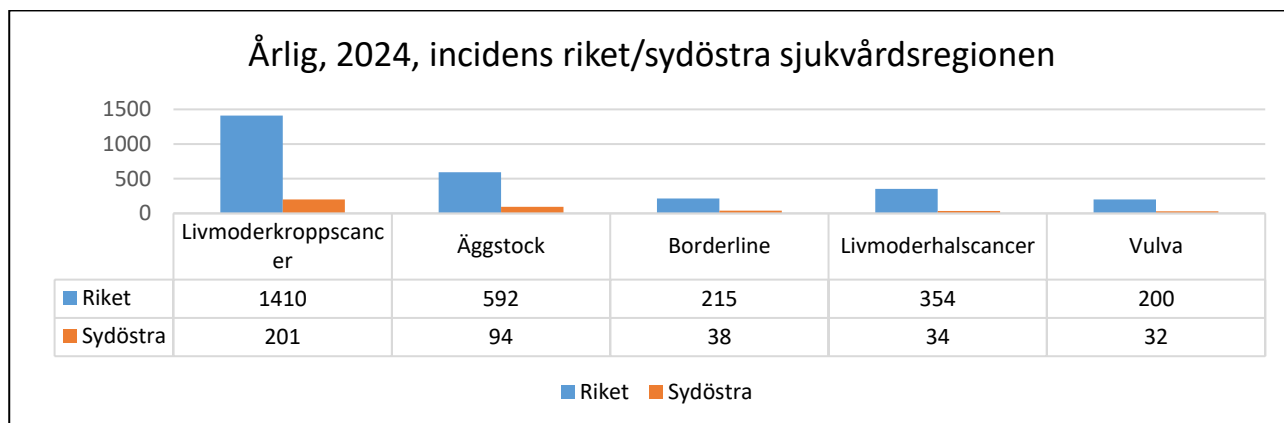


Diagram 1

Data har hämtats från olika register/statistikprogram (Diver/Rebus/Businessobjects) som respektive klinik har tillgång till i de olika regionerna.

Nationell data hämtas från Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer (SQRGC) och Informationsnätverk för cancervården (INCA). Vi noterar att dessa siffror inte alltid stämmer överens med våra egna. Det föreligger en viss fördröjning i INCA-registreringen vilket kan ge en falsk bild av minskad cancerincidens jämfört med föregående år.

Samtliga redovisningar av PAD-svar är ledtid från rapportdatum. För att utvärdera patienternas erfarenhet av att utredas inom SVF redovisas data ifrån Patient reported experience measures (PREM-enkäten) från Regionalt cancercentrum (RCC). Statistiken som tagits fram bygger på 2024 års data.

Deltagare

Anders Rosenmüller, Västervik
Cecilia Molnar, Kalmar
Charlotte Ginstman, Linköping
Christiane Sackbrook, Jönköping
Karin Bergare, Norrköping (processledare RCC)
Malena Tiefenthal Thrane, Eksjö
Monica Guth, Värnamo
Oscar Derke, Linköping gynonkologen
Pia Fältmars/Therese Näsman, administratörer

Verksamhetschefsrepresentant

Catarina Notelid Claus

Livmoderkroppscancer

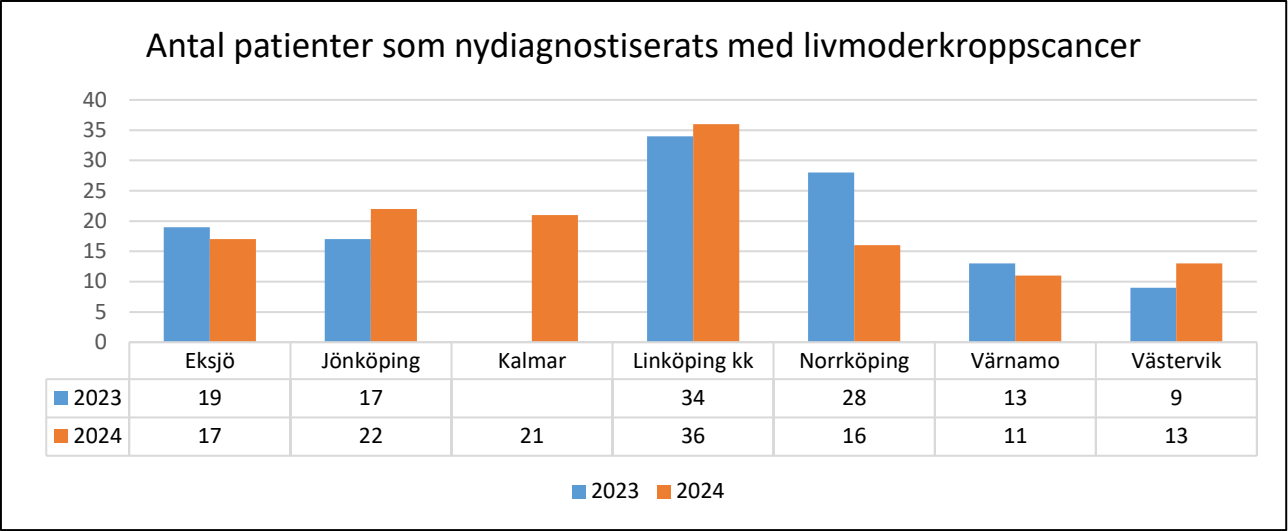


Diagram 2

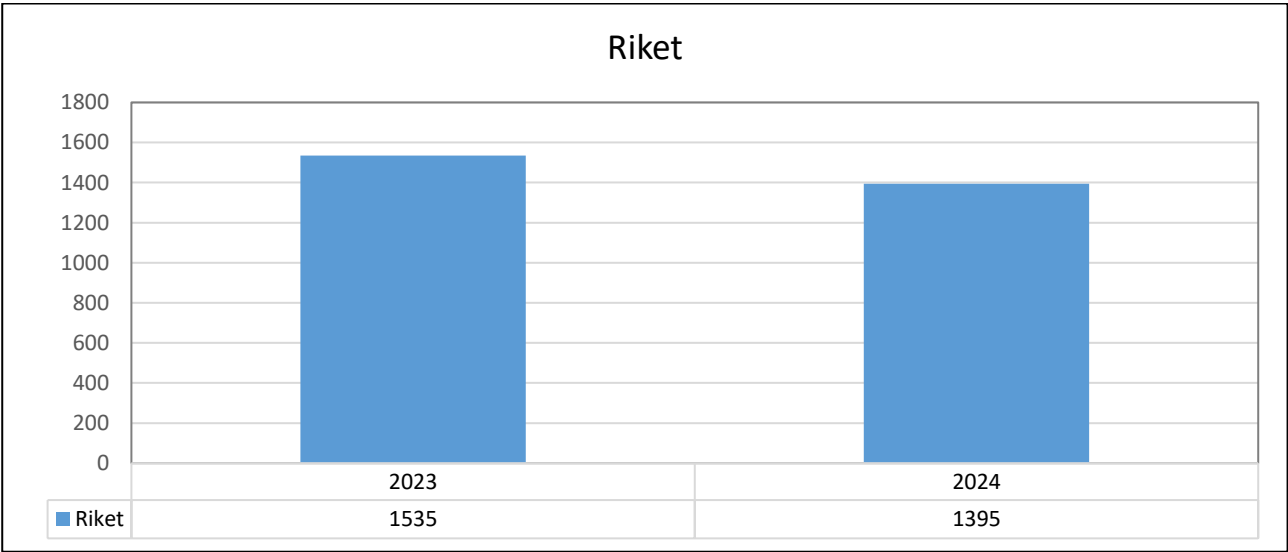


Diagram 3

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - medianvärde

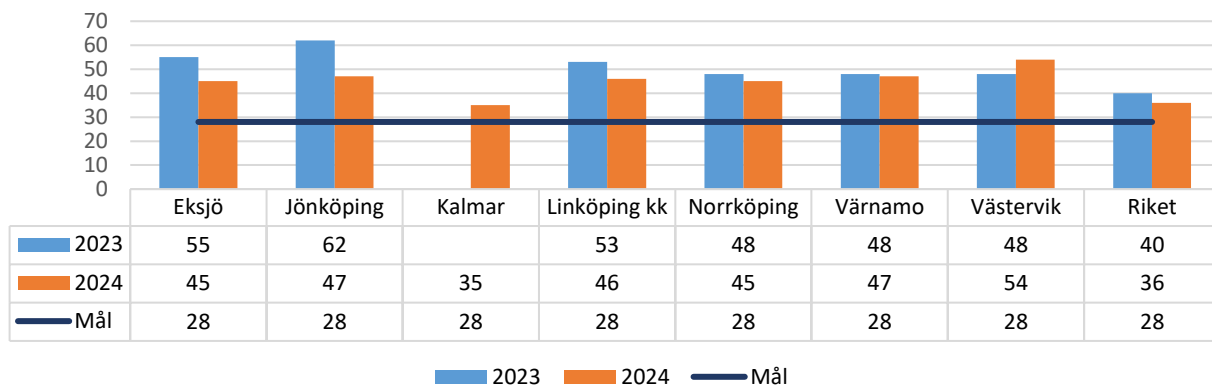


Diagram 4

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - min/max/medel/median

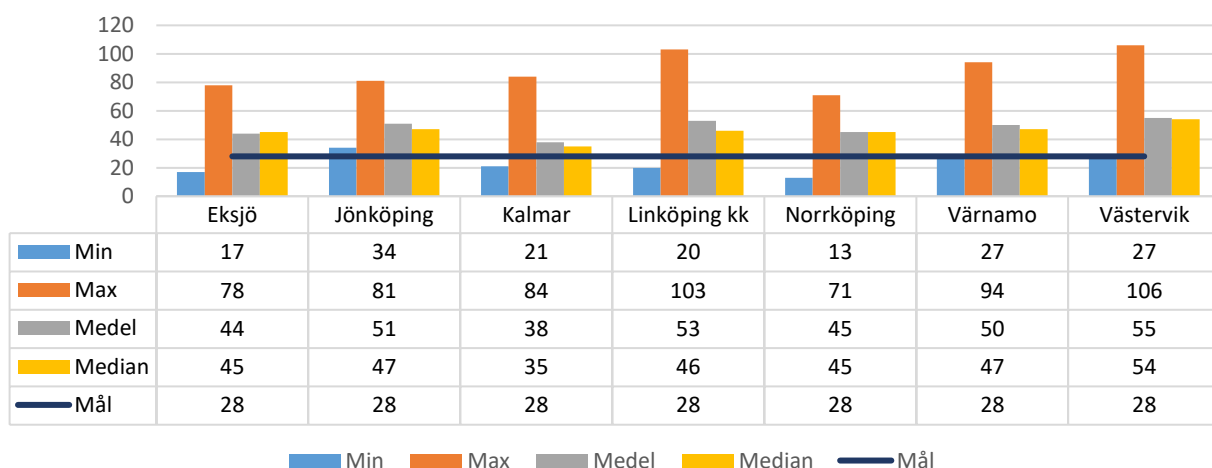


Diagram 5

Kommentar: Ledtidsmålvärde välgrundad misstanke till operation 28 dagar.

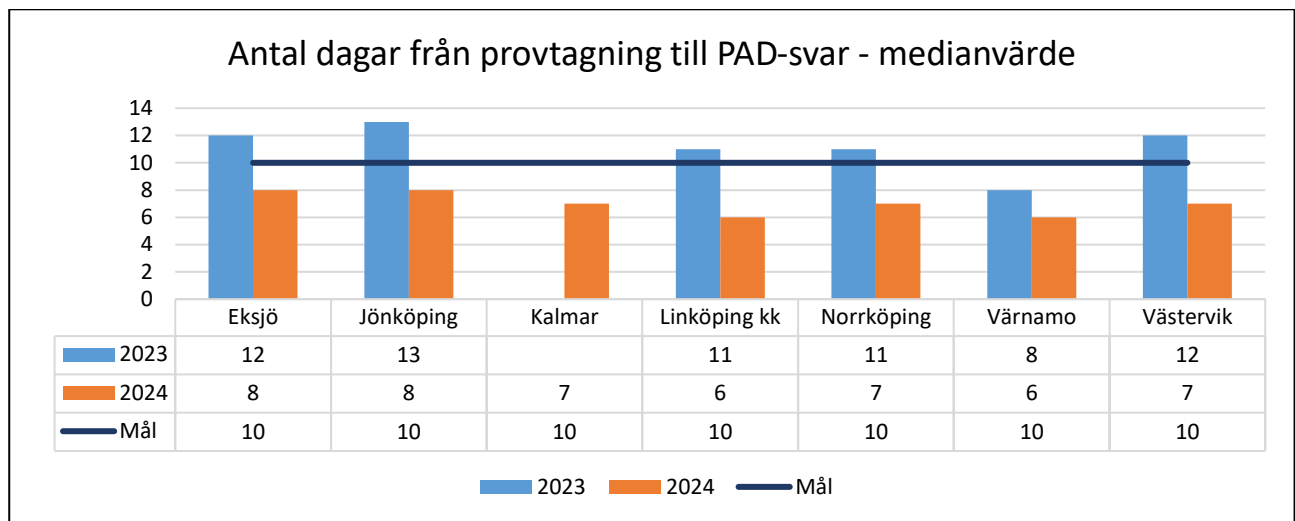


Diagram 6

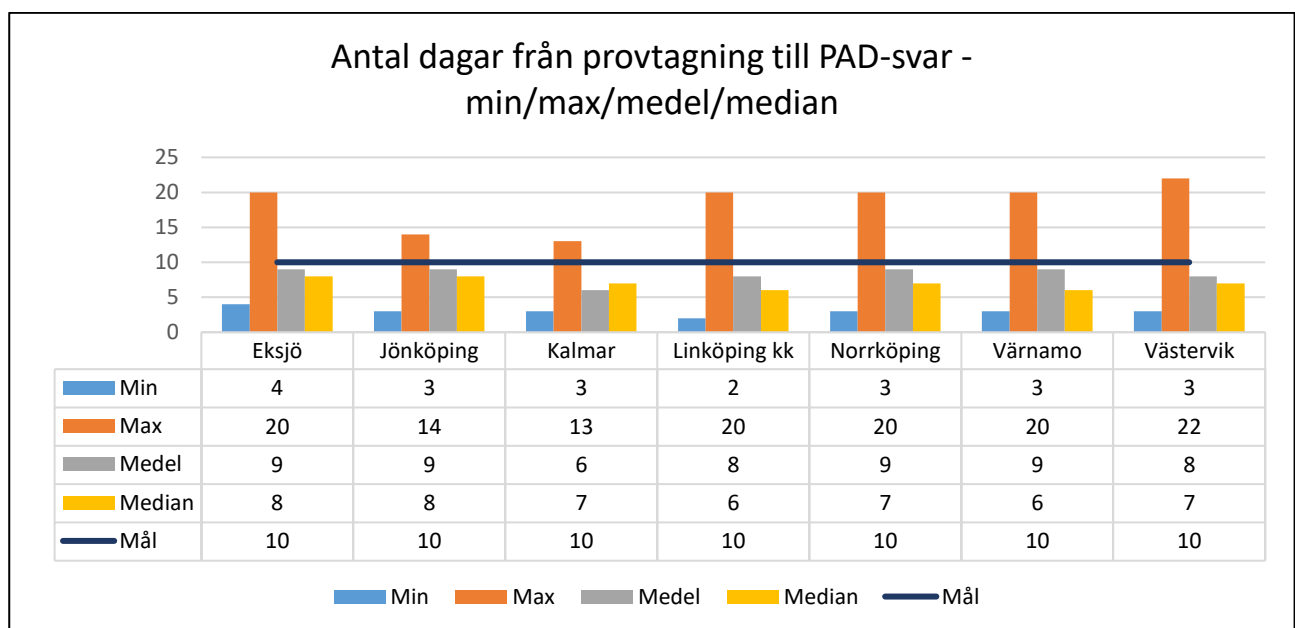


Diagram 7

Kommentar: Ledtidsmålvärde 10 dagar. Ledtid presenteras från provtagning till PAD-svar (rapportdatum).

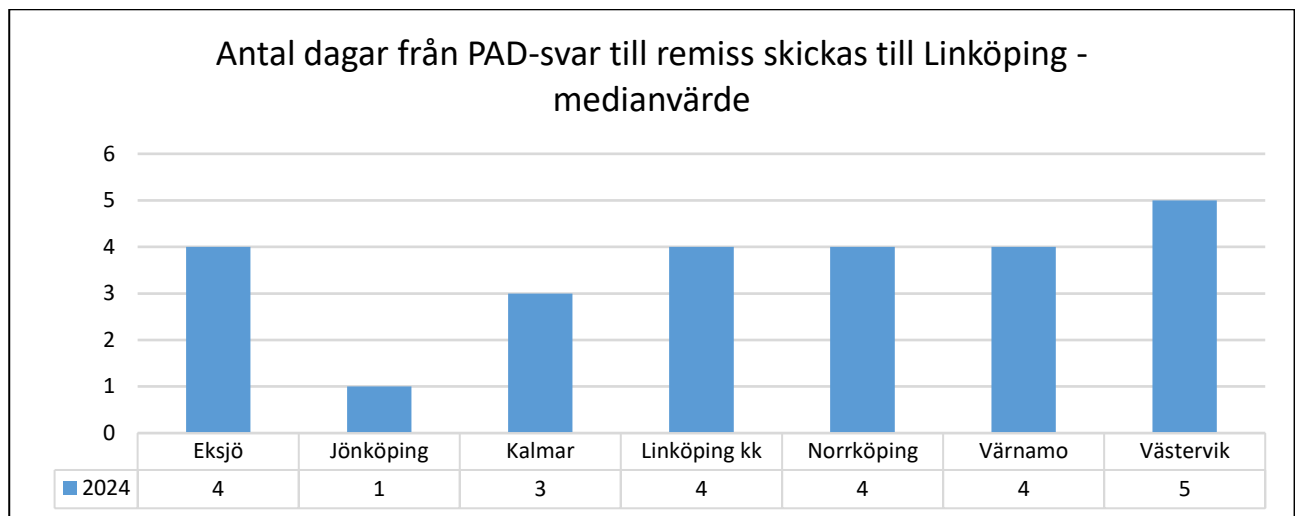


Diagram 8

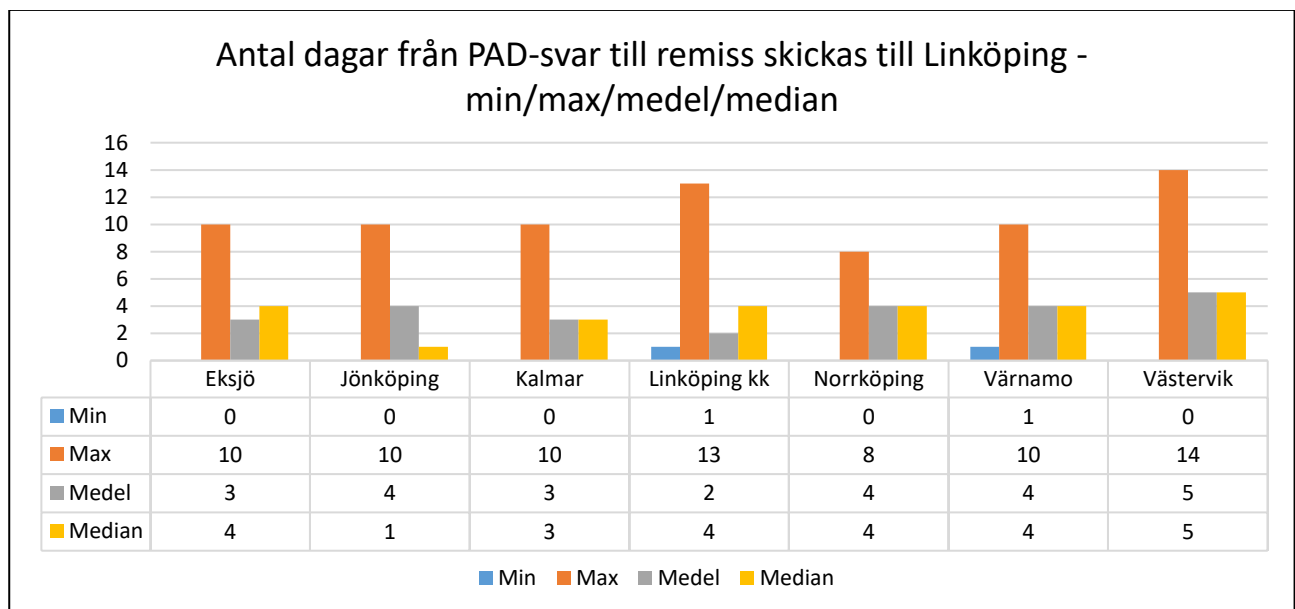


Diagram 9

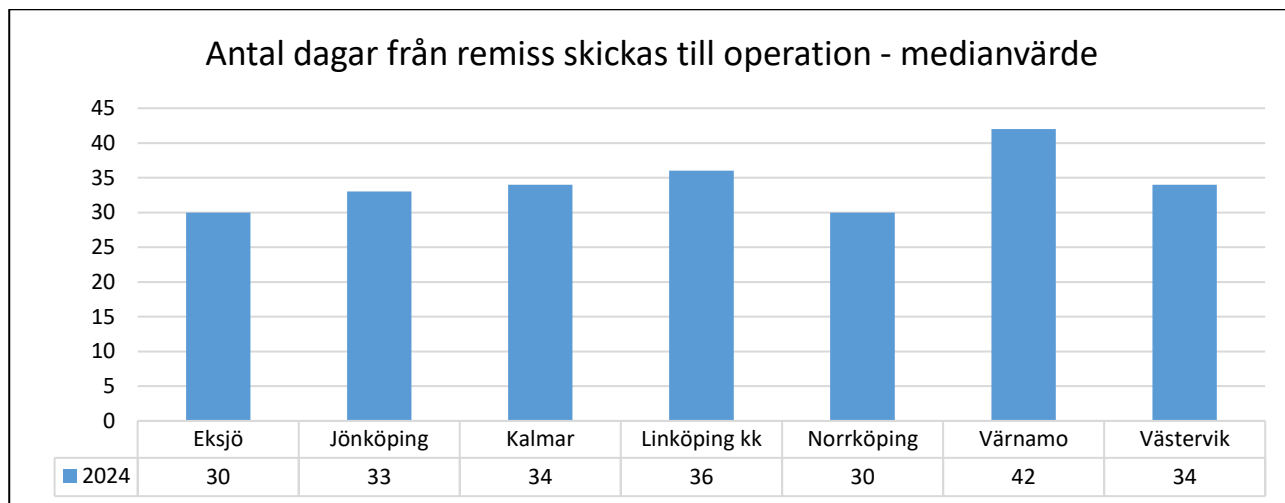


Diagram 10

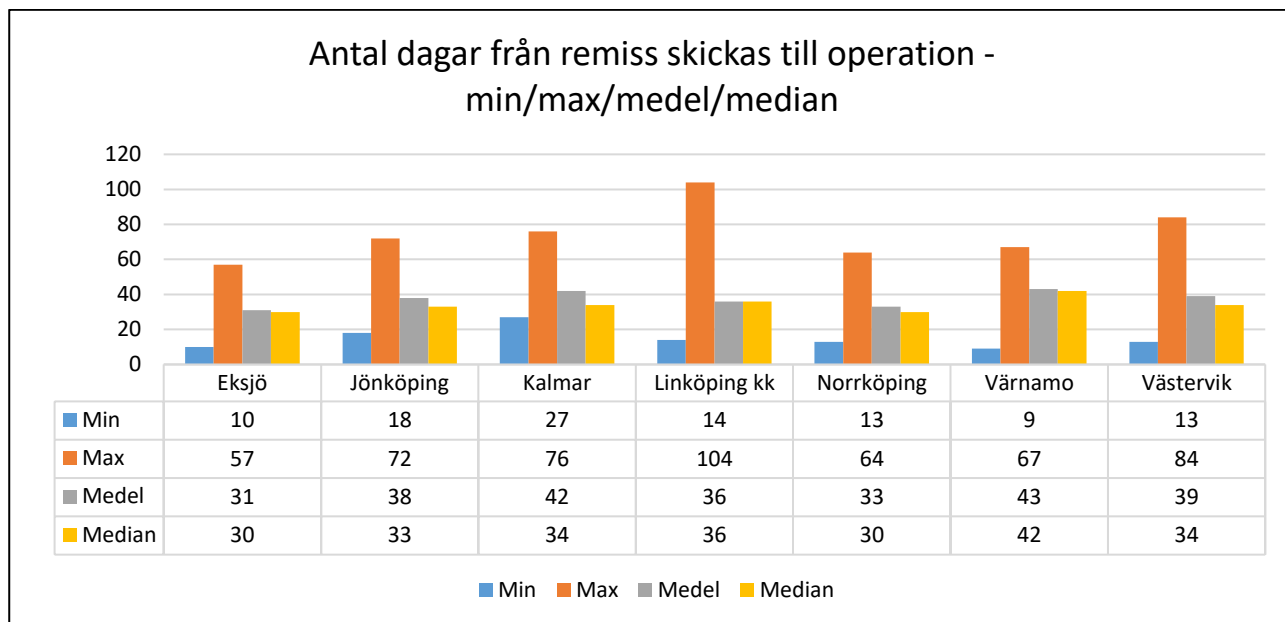


Diagram 11

Kommentar: Generellt för alla tre patologiener ses något kortare svarstider för 2024. Nytt för året är att Östergötland har fått till en kriterieruta för SVF på PAD-remisserna.

Stora delar av 2024 var tilldelningen av operationsutrymme i Linköping mycket begränsad vilket naturligtvis har påverkat ledtiderna negativt. Under andra halvan av höstterminen blev salstilldelningen något bättre och väntetiderna till operation kunde därmed kortas. Under året har tumörkirurger från Linköping åkt till Kalmar och opererat patienter från sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR). Patienter har också skickats till Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg för operation. Under hösten 2024 har även ett samarbete med Kvinnokliniken i Eksjö etablerats, där tumörkirurger har opererat en del okomplicerade fall från Linköping för att bättre kunna nyttja operationsutrymmet i Linköping till den mest avancerade kirurgin. Man har också förberett för att kunna operera cancerpatienter från SÖSR på en privat klinik i Lund, och denna verksamhet beräknas starta under vårterminen 2025. Under 2024 har endast 27 % opererats inom ledtid vilket dock är en förbättring från 2023 (11 %). Vi ser en tendens till kortare mediantid från välgrundad misstanke till operation för oss liksom för riket under 2024 jämfört med 2023.

Äggstockscancer

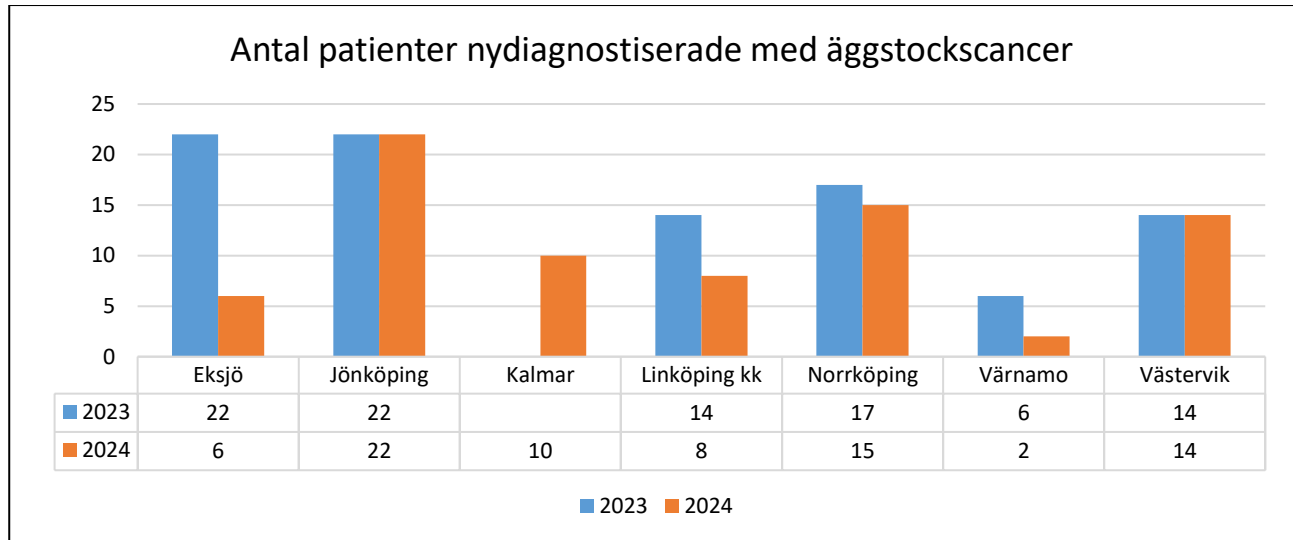


Diagram 12

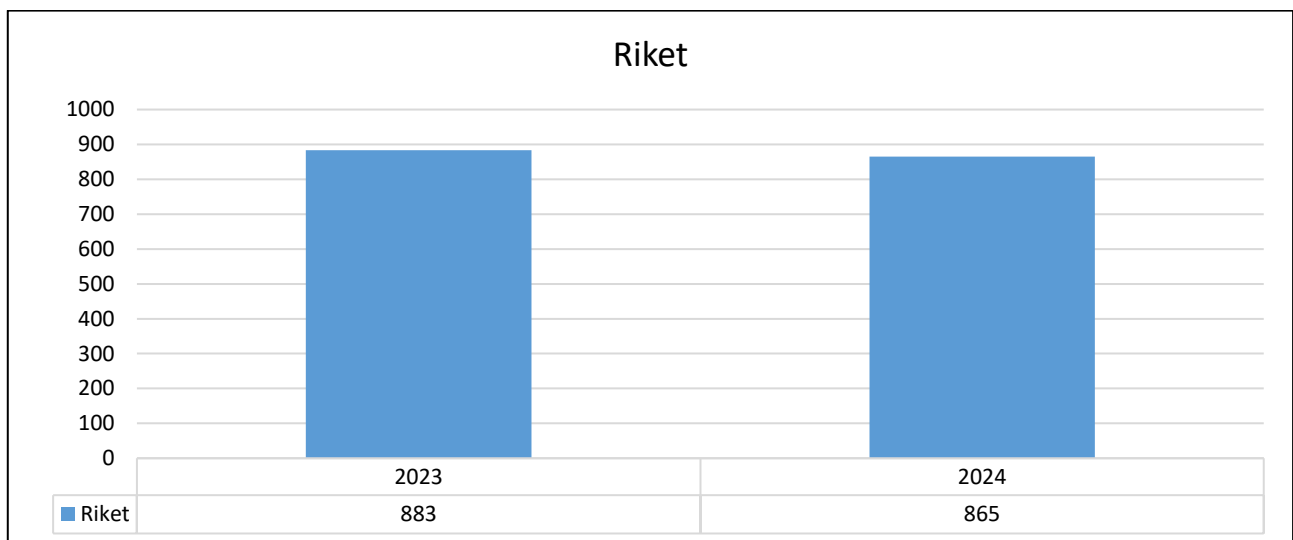


Diagram 13

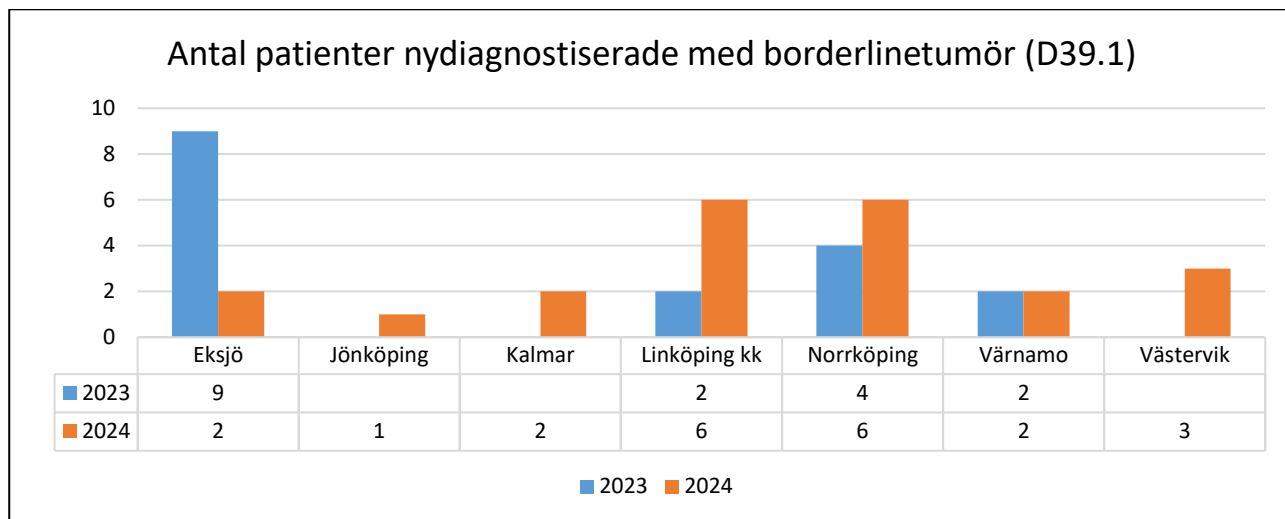


Diagram 14

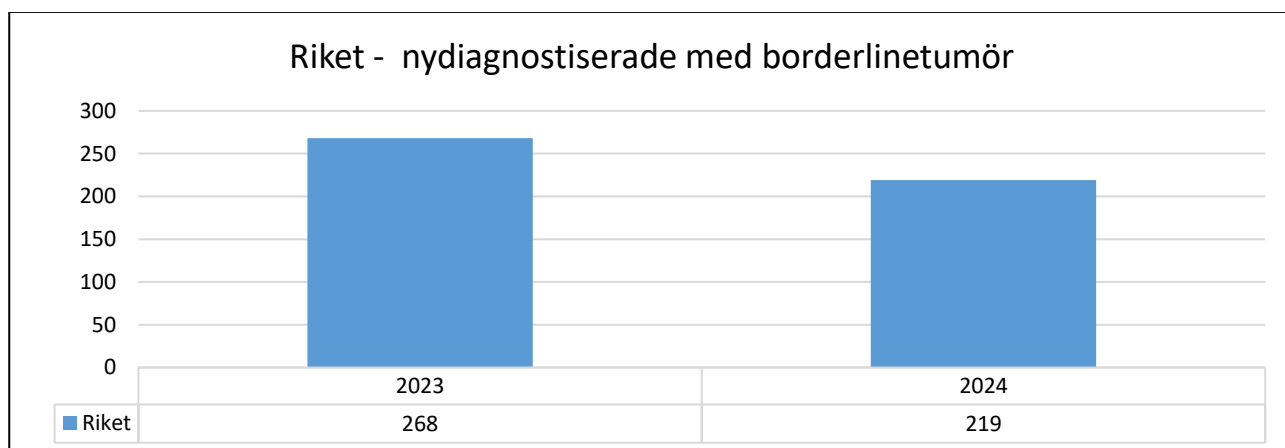


Diagram 15

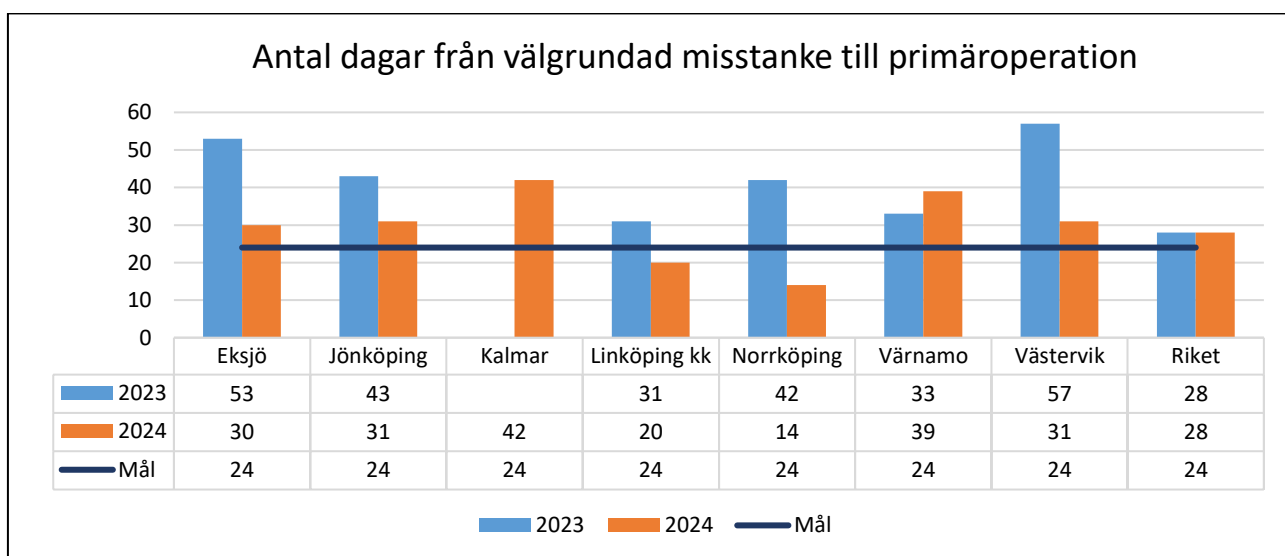


Diagram 16

Antal dagar från välgrundad misstanke till primäroperation - min/max/medel/median

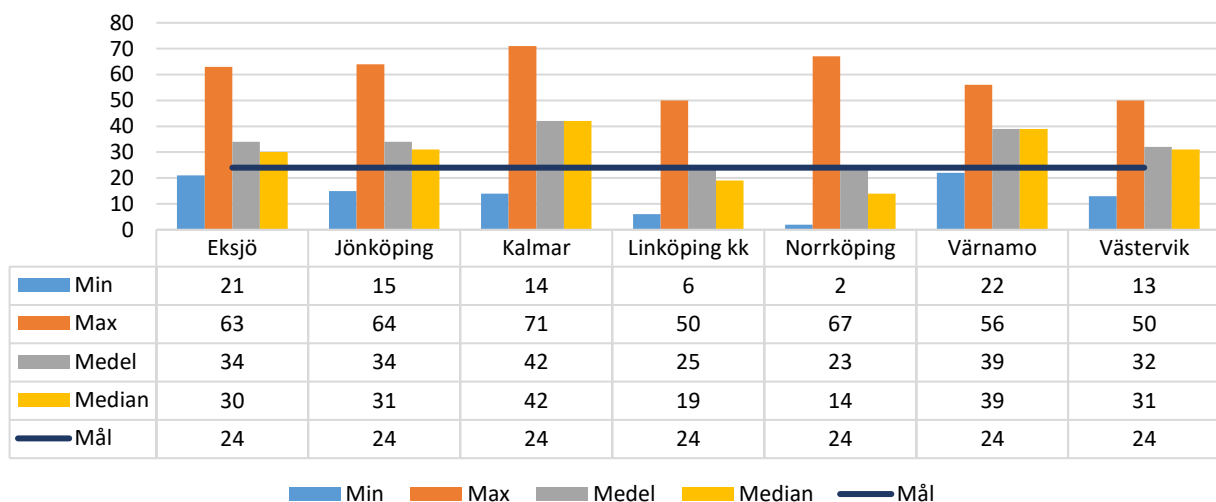


Diagram 17

Kommentar: Ledtidsmålvärde 24 dagar.

Antal dagar från välgrundad misstanke till neoadjuvant kemoterapi - medianvärde

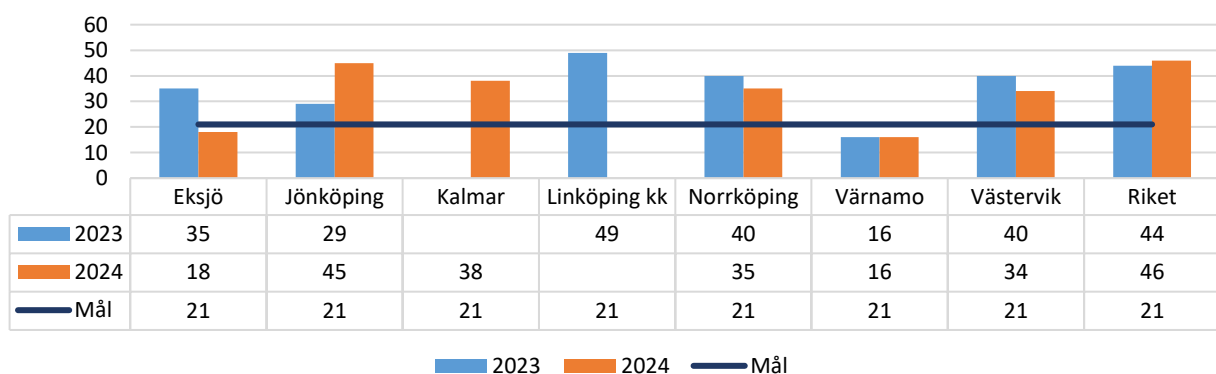


Diagram 18

Antal dagar från välgrundad misstanke till neoadjuvant kemoterapi - min/max/medel/median

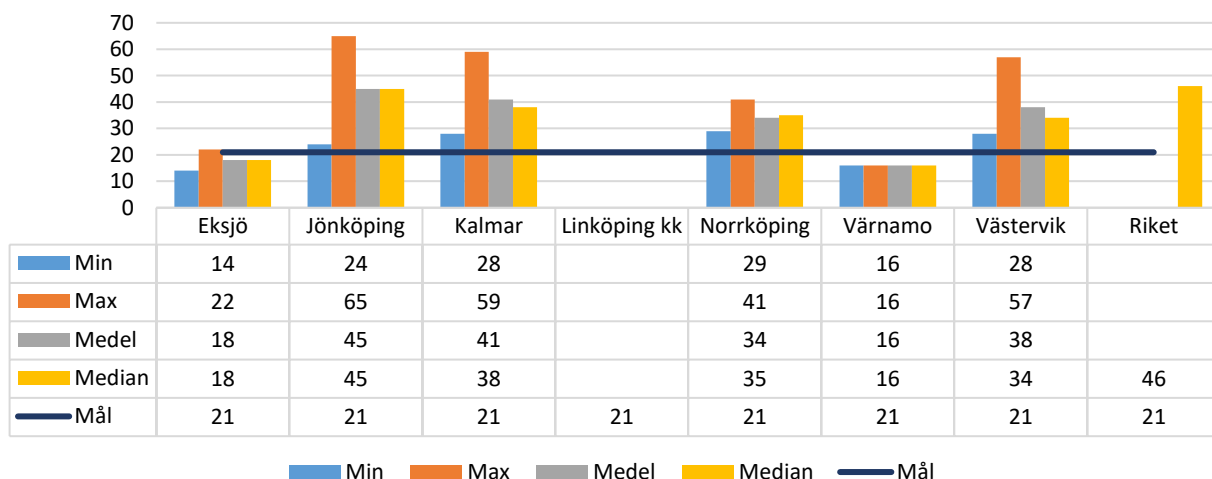


Diagram 19

Kommentar: Ledtidsmålvärde 21 dagar

Antal dagar från primäroperation till start av kemoterapi - medianvärde

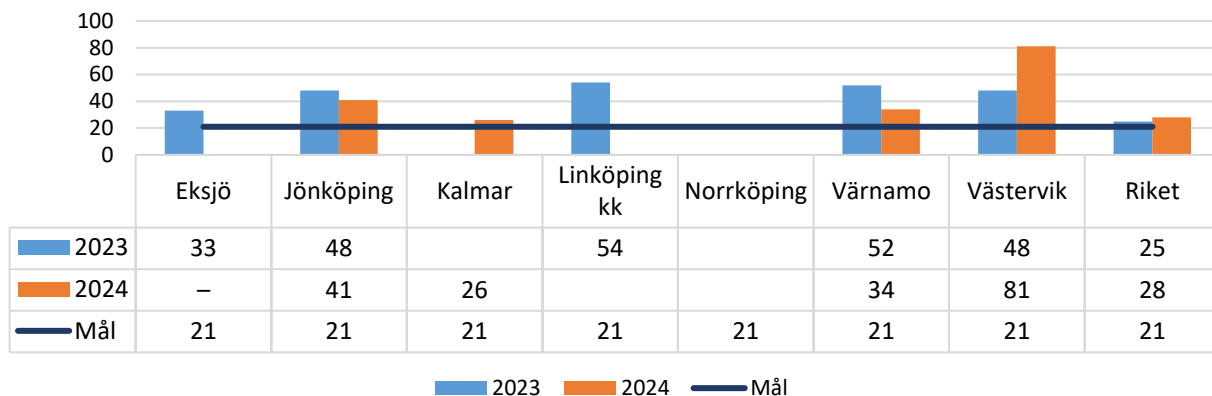


Diagram 20

Antal dagar från primäroperation till start av kemoterapi - min/max/medel/median

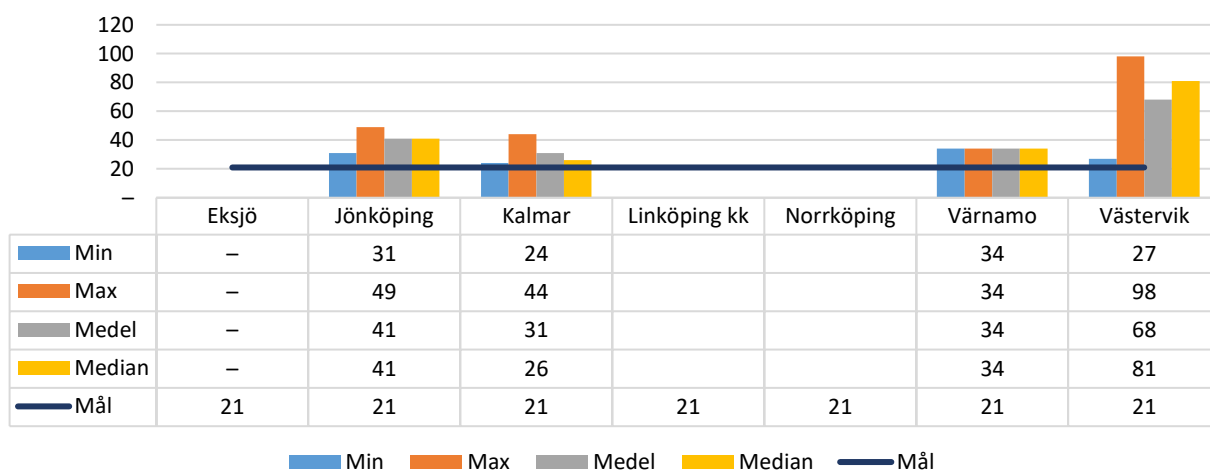


Diagram 21

Kommentar: Ledtidsmålvärde 21 dagar.

Kommentar: I diagnosgruppen ingår alla patienter med äggstocks-, äggledar- och primär bukhinnecancer. I diagram 14 och 15 har vi redovisat antalet borderlinetumörer, som är en separat diagnos. Övriga diagram avser utredning och behandling av invasiv äggstockscancer.

Äggstockscancer kan drabba kvinnor i alla åldrar men är mycket ovanlig före trettioårsåldern. Äggstockscancern har den högsta dödligheten bland de gynekologiska maligniteterna. Sannolikt beror det på svårigheterna att upptäcka sjukdomen tidigt. Majoriteten av alla fall diagnostiseras först vid spridd sjukdom motsvarande FIGO-stadium IIB-IV. Primärbehandlingen består av kirurgi till makroskopisk radikalitet följt av cytostatikabehandling med Karboplatin och Paklitaxel. Neoadjuvant cytostatikabehandling ges där primärkirurgi inte bedöms lämplig. Vid god respons på given cytostatikabehandling erbjuds patienterna ofta fördröjd primärkirurgi.

Antal nya fall av äggstockscancer har varit sjunkande i riket vilket också återspeglas i våra siffror i sydöstra regionen.

Ledtider från välgrundad misstanke (VGM) till primäroperation visar en positiv trend, de ligger dock fortfarande långt från målet. Under 2024 har 38 % opererats inom ledtid vilket är en förbättring från 2023 (24 %). Tiderna från VGM till neoadjuvant kemoterapi varierar från 14 dagar till 65 dagar. I gruppen ingår dock endast ett mindre antal patienter.

Efter genomförd primärkirurgi ska patienter starta kemoterapi inom 21 dagar, vilket endast uppnås i Kalmar. Övriga ledtider i regionen ligger utanför målvärdet och belyser fortsatta problem med bland annat långa svarstider gällande PAD-svar, vilka ligger till grund för upprättande av behandlingsplan.

Livmoderhalscancer

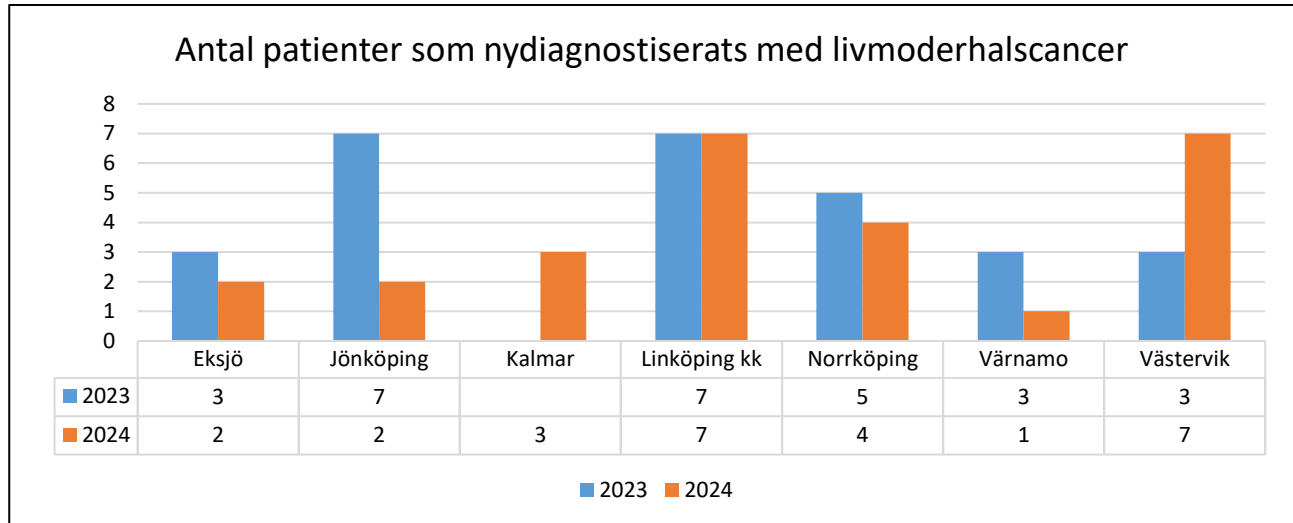


Diagram 22

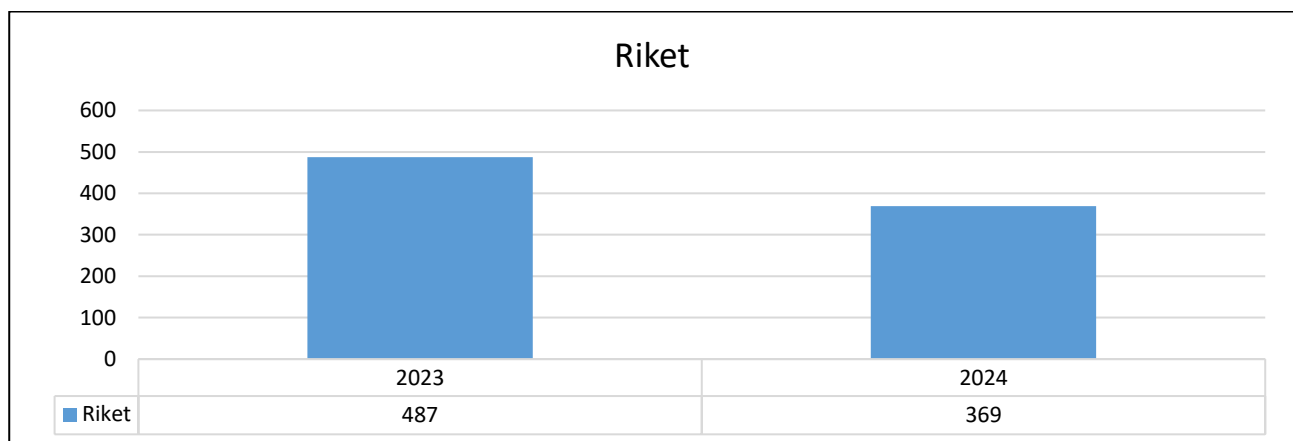


Diagram 23

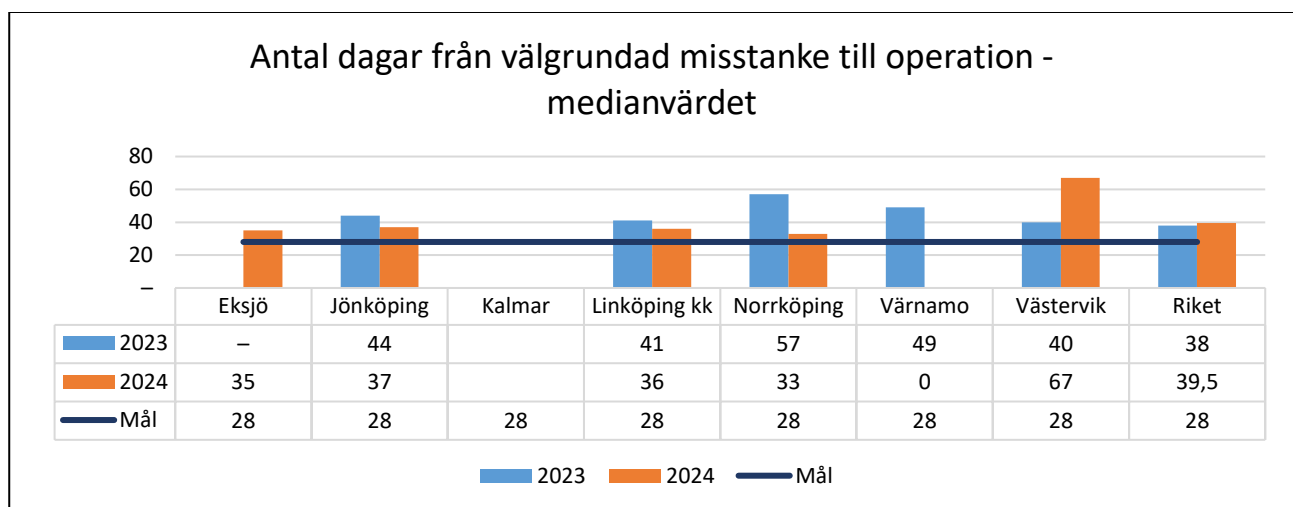


Diagram 24

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - min/max/medel/median

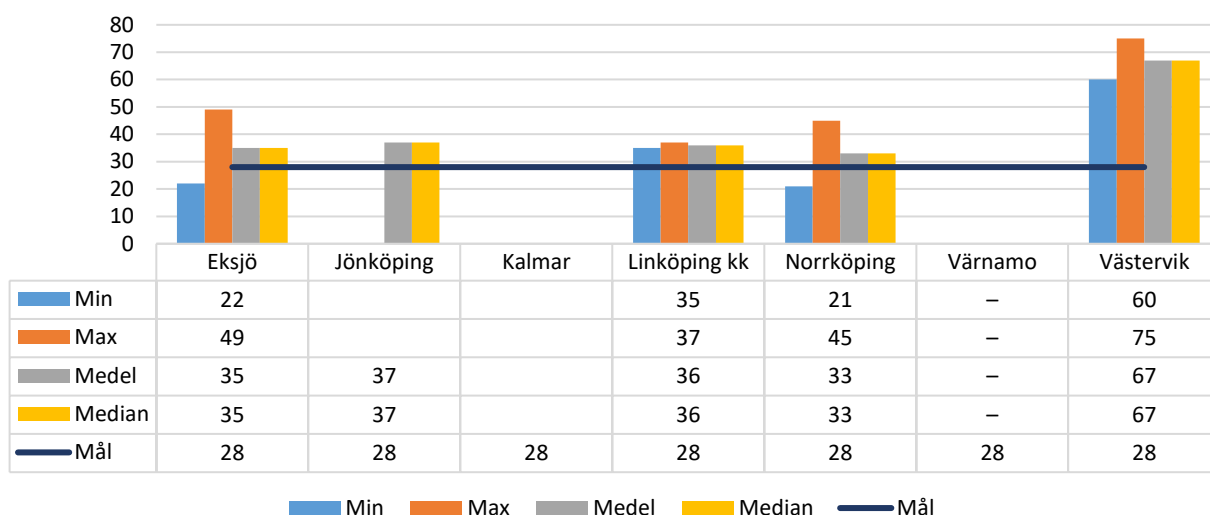


Diagram 25

Kommentar: Ledtidsmålvärde 28 dagar.

Antal dagar från välgrundad misstanke till start av strålbehandling

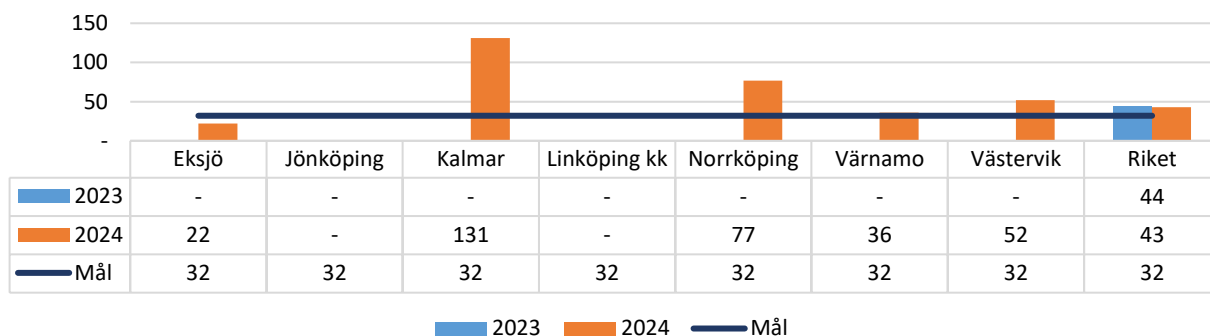


Diagram 26

Kommentar: Ledtidsmålvärde 32 dagar.

Antal dagar från välgrundad misstanke till start av strålbehandling min/max/medel/median

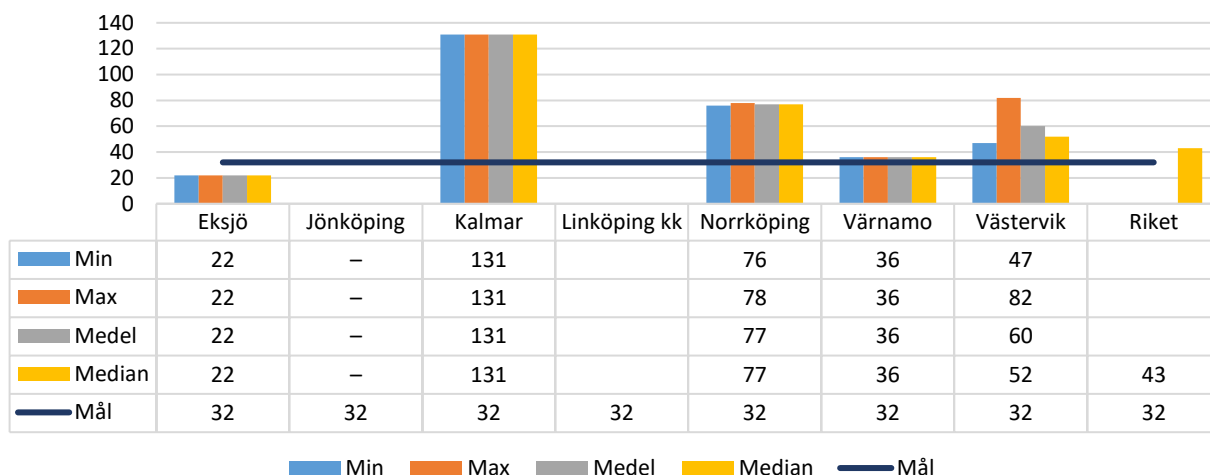


Diagram 27

Kommentar: Nationellt ses en minskande trend av antalet patienter diagnostiserade med livmoderhalscancer. Detta är i linje med vad som kan förväntas framöver med tanke på införandet av det nationella vaccinationsprogrammet mot HPV.

Ledtiderna för denna cancerform påverkas av flera olika faktorer i olika steg bland annat diagnostisk biopsi, MR, palpation i narkos (PIN) på gynekologen och ibland PET-CT. Generellt nås inte målvärdena för vare sig tid till operation eller strålning, annat än för enstaka patienter. Man får samtidigt komma ihåg att det är svårt att dra stora slutsatser då antalet patienter på varje ingående klinik är väldigt litet. Under 2024 har 13 % opererats inom ledtid jämfört med 8 % 2023.

Vulvacancer

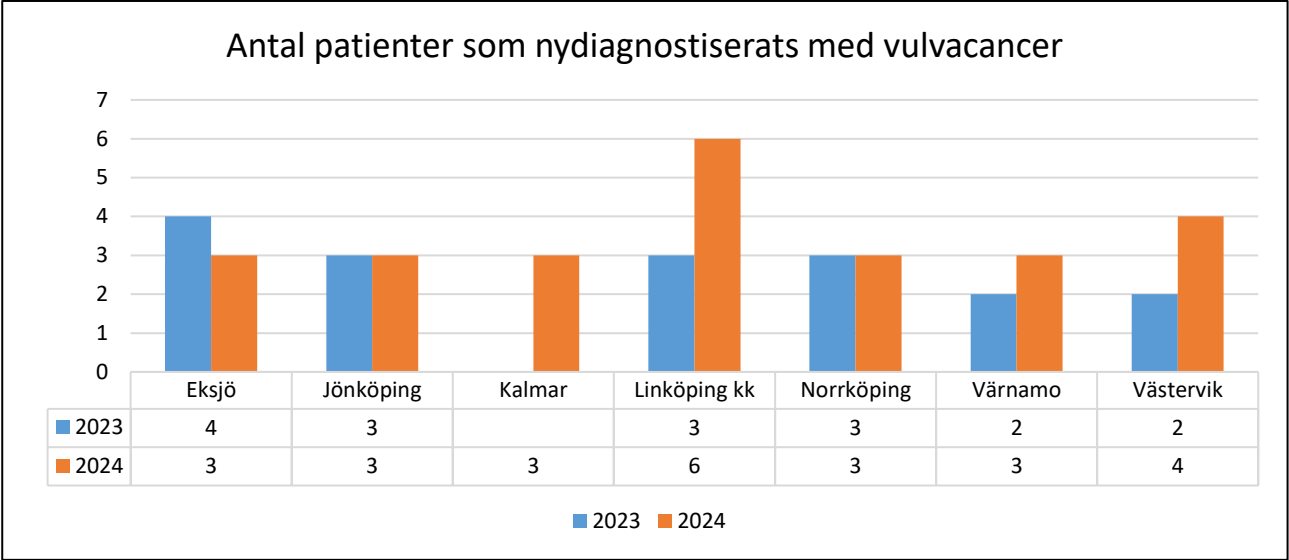


Diagram 28

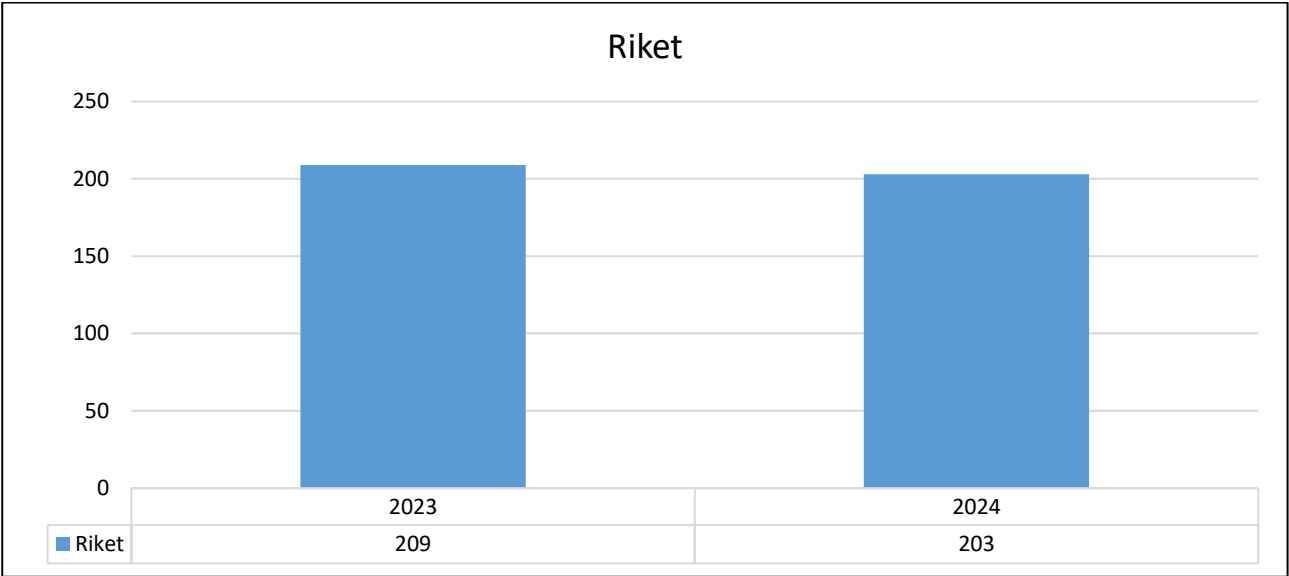


Diagram 29

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - medianvärdet

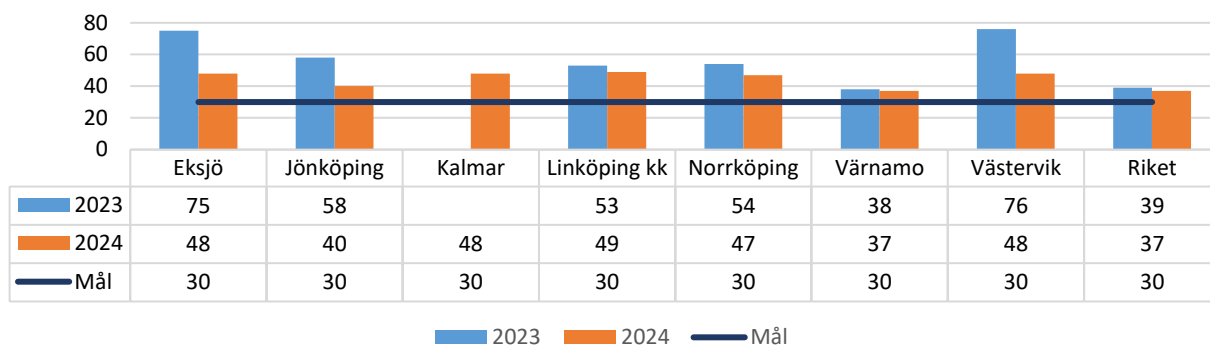


Diagram 30

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation

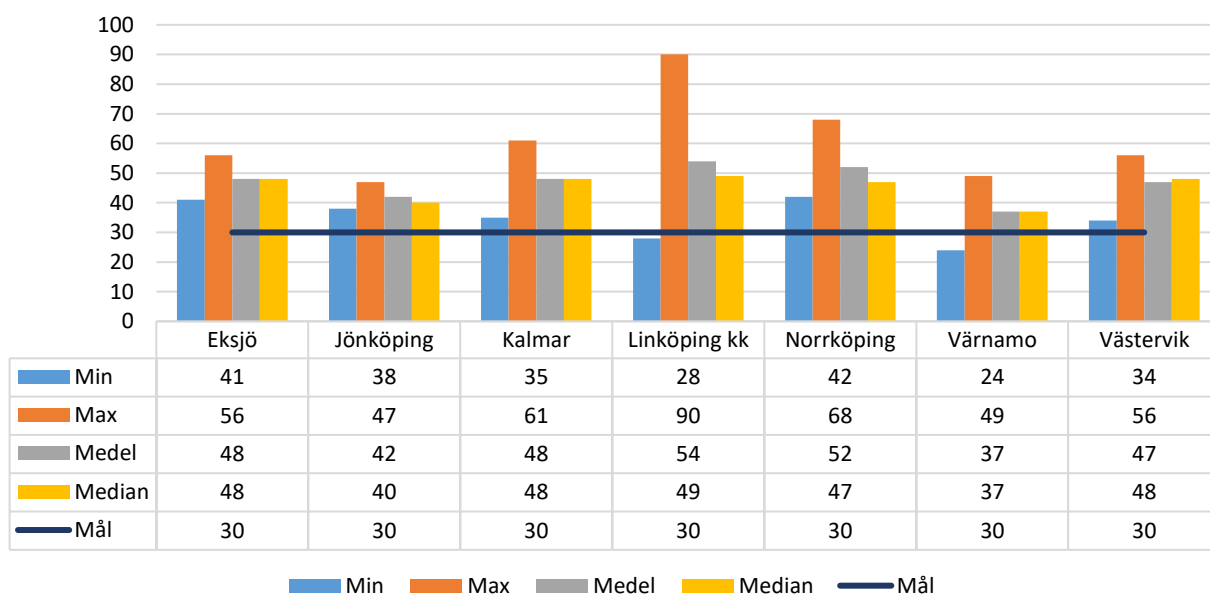


Diagram 31

Kommentar: Ledtidsmålvärde 30 dagar.

Kommentar: Vulvacancer drabbar cirka 200 kvinnor i Sverige varje år, vilket utgör cirka 5 % av all gynekologisk cancer. Sedan 2017 är den kurativa behandlingen av vulvacancer centraliserad till fyra centra (Linköping, Göteborg, Lund, Stockholm) enligt planen för nationell högspecialiserad vård. Behandlingsbeslut tas på nationell multidisciplinär konferens (MDK) rörande vulvacancer, som hålls en gång per vecka.

Ledtiden för välgrundad misstanke om vulvacancer till start av behandling kirurgi är i SVF-förloppet satt till 30 dagar och målet är att 80 % av patienterna ska erbjudas kirurgi inom denna tid. På dessa 30 dagar ska patienten få information om diagnos, genomgå CT torax/buk, undersökas i narkos tillsammans med gynonkolog och tumörkirurg i Linköping (eventuellt med kompletterande vävnadsprover och/eller bilddiagnostik) samt ta ställning till en behandlingsrekommendation utifrån en nationell MDK. Då detta är en patientgrupp med hög medelålder finns dessutom ofta komorbiditet som kan kräva ytterligare preoperativ utredning före ställningstagande till behandling.

Vi ser kortare medianledtider 2024 jämfört med 2023 men färre har opererats inom led tid (10 % 2024 jämfört med 15 % 2023). Vi ligger sämre till än genomsnittet i riket. Huruvida detta återspeglar renodlade längre väntetider, skillnader i utredningsförfarande eller olikheter i ledtidsregistrering är oklart.

Under 2024 har endast 10 % opererats inom leddid jämfört med 15 % 2023. Huruvida detta återspeglar renodlade längre väntetider, skillnader i utredningsförfarande eller olikheter i ledtidsregistrering är oklart.

Som hemmaklinik kan man förkorta ledtiden genom att vid behov parallellt utreda eventuell komorbiditet.

Kvinnokliniken i Linköping arbetar aktivt med att skapa ökat operationsutrymme för vulvacancerkirurgi genom lokala åtgärder, som förhoppningsvis kan genomföras relativt snabbt.

Behandling

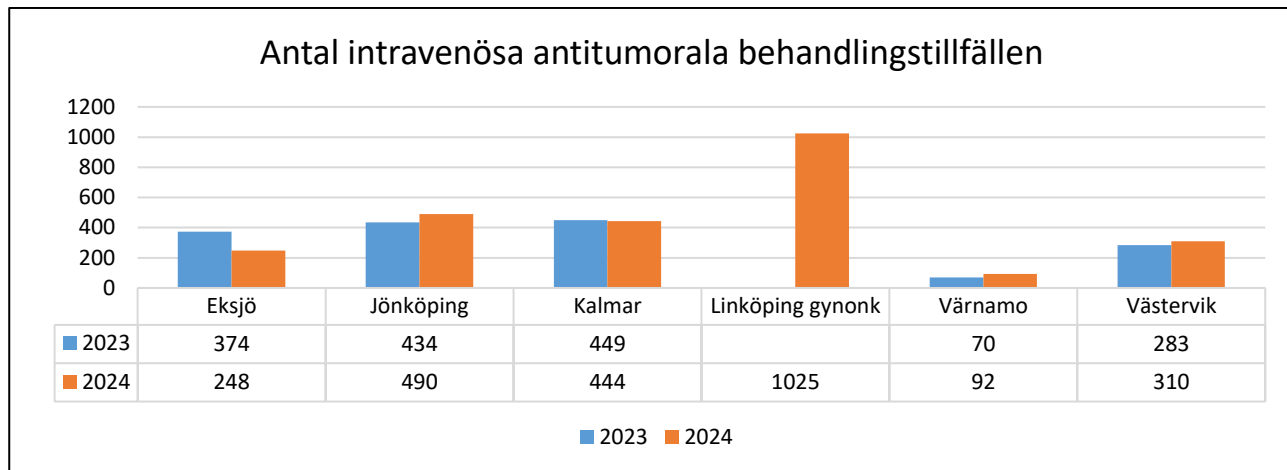


Diagram 32

Kommentar: Alla patienter från Östergötland får sin behandling på gynonkologen i Linköping.

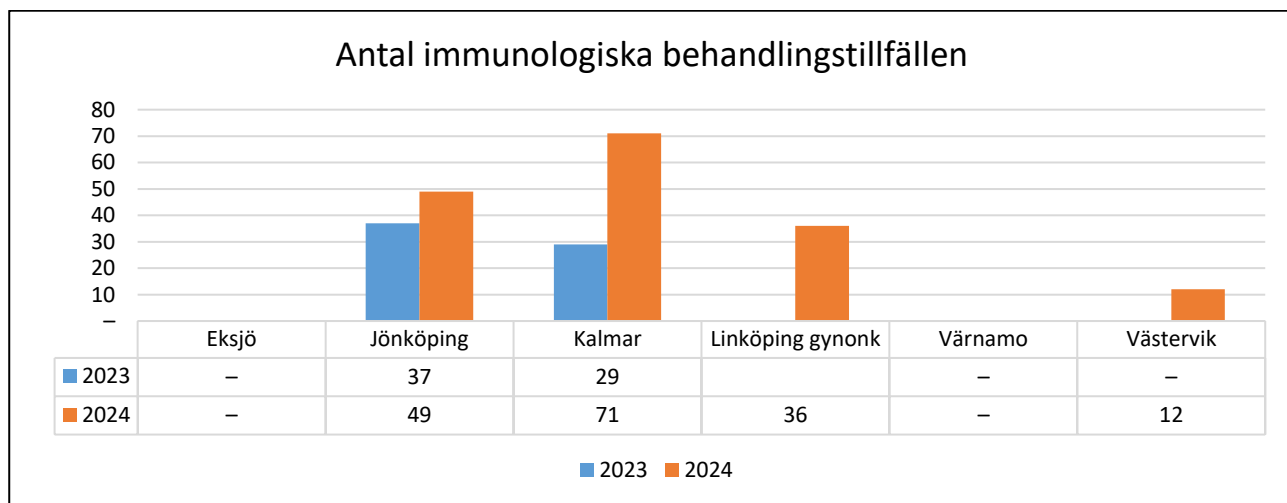


Diagram 33

Kommentar: Alla patienter från Östergötland får sin behandling på gynonkologen i Linköping.

PREM-enkät

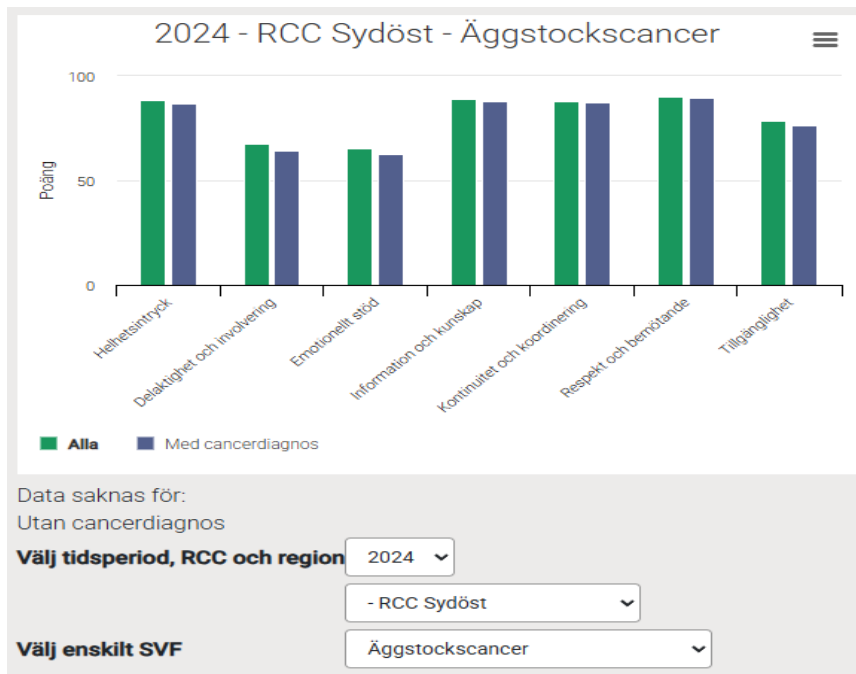


Diagram 34

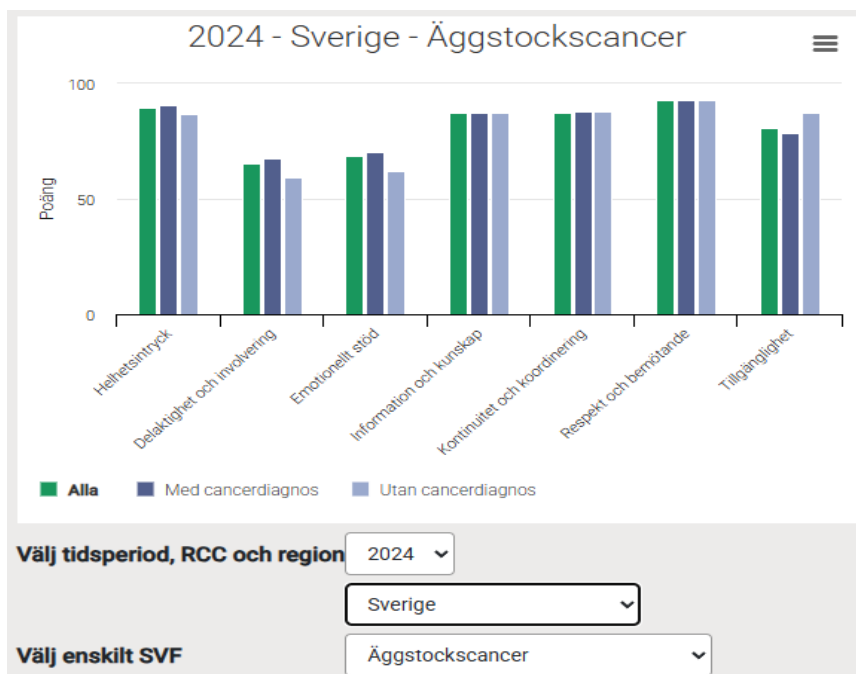


Diagram 35

Kommentar: Svarsfrekvensen för 2024 ligger på 65 % vilket är jämförbart med siffrorna för riket som ligger på 63,6%. Svarsfrekvensen har stigit jämfört med föregående år och resultatet kan därmed tolkas med högre tillförlitlighet även om det fortfarande är många som inte besvarat enkäten.

Helhetsintrycket av patienternas upplevelse av vården ligger på 89,5 på en 100-poängskala, 91,9 % upplever att deras behov av vård har blivit tillgodosett, vilket är en hög siffra och jämförbar med rikets 90,2 %.

Siffrorna ligger genomgående mycket bra och högt gällande respekt och bemötande.

Av kvinnorna som erhållit vård för äggstockscancer upplever sig 84,8 % delaktiga i beslut gällande sin vård/behandling. 72,1 % uppger sig ha fått en skriftlig individuell vårdplan. Den sammanlagda dimensionspoängen ligger högre än 2023 (65,5 jämfört med 56,5).

I dimensionen kontinuitet och koordinering har 90,3 % uppgivit att de fått vården samordnad i den utsträckning de behöver.

Gällande information och kunskap har 100 % uppgivit att de fått information om att de har utretts för symtom som möjligen kan bero på cancer, 83,3 % upplevde att de fick besked om utredningens resultat på ett positivt sätt. 88 % upplevde sig ha fått tillräcklig information under utredningen, här ligger vi något högre än riket på 82 %.

I dimensionen emotionellt stöd upplever 69,8 % av patienterna som behandlats via sydöstra sjukvårdsregionen att de hade möjlighet att få känslomässigt stöd av vårdpersonalen, medan 55 % uppger att deras familj och närstående erbjudits möjlighet till stöd.

Våra patienter har en sämre upplevelse av tillgänglighet jämfört med riket, 25,4 % upplevde tiden från diagnos till start av behandling för lång eller något för lång, jämfört med 20,4 % för riket.

Vår slutsats är att de patienter som besvarar vår enkät i stor utsträckning är nöjda, känner sig delaktiga och välinformerade. Vi ligger i paritet med övriga riket på de flesta parametrar, även om dimensionen emotionellt stöd kan behöva stärkas. När det gäller tillgänglighet finns det förbättringsutrymme, där en stor del ligger i långa väntetider till kirurgi.

Sammanfattning

Kommentar: Sammanfattningsvis ligger regionen långt ifrån de nationella målen gällande SVF-ledtider för samtliga diagnoser. Klinikerna arbetar ständigt med att optimera flödet i gyncancerprocesserna. Vi har identifierat resursbrister inom diagnostik 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.

För gruppen med äggstockscancer kan vi utifrån PREM-enkäten konstatera att patienterna är nöjda med det generella omhändertagandet.

I årets rapport ser vi en tendens till något kortare ledtider. Genom dialog med patologen har svarstiderna minskat. Med ambitionen att korta väntetiderna till operation arbetar kvinnokliniken i Linköping med att öka operationsutrymmet lokalt och genom samarbete med andra aktörer.

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.

Vi behöver inför kommande rapporter fortsätta arbetet med att optimera SVF-registreringen och uttaget av statistik.

För att förbättra omhändertagandet av kvinnor med gynekologisk cancer krävs ökad operationskapacitet, patologresurs och på sikt fler gynonkologer.

Källor

- Region Jönköpings Län: Diver + egenförd manuell statistik.
- Region Östergötland: Rebus + egenförd manuell statistik.
- Kalmar: Business Object + egenförd manuell statistik.
- Nationell data: Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer (SQRGC) + Informationsnätverk för cancervården (INCA)