

**Kvalitetsparametrar
inom
gynekologisk cancer
i
Sydöstra sjukvårdsregionen
2025**



Region
Östergötland



Region Kalmar län



Region
Jönköpings län

Innehåll

Inledning	1
Deltagare	2
Livmoderkroppscancer	3
Äggstockscancer	9
Livmoderhalscancer	15
Vulvacancer	22
Behandling	27
PREM-enkät	28
Sammanfattning	29
Källor	30

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 bukhinne-cancer. 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 2025 – årlig incidens riket/sydöstra sjukvårdsregionen (inklusive Västmanland):

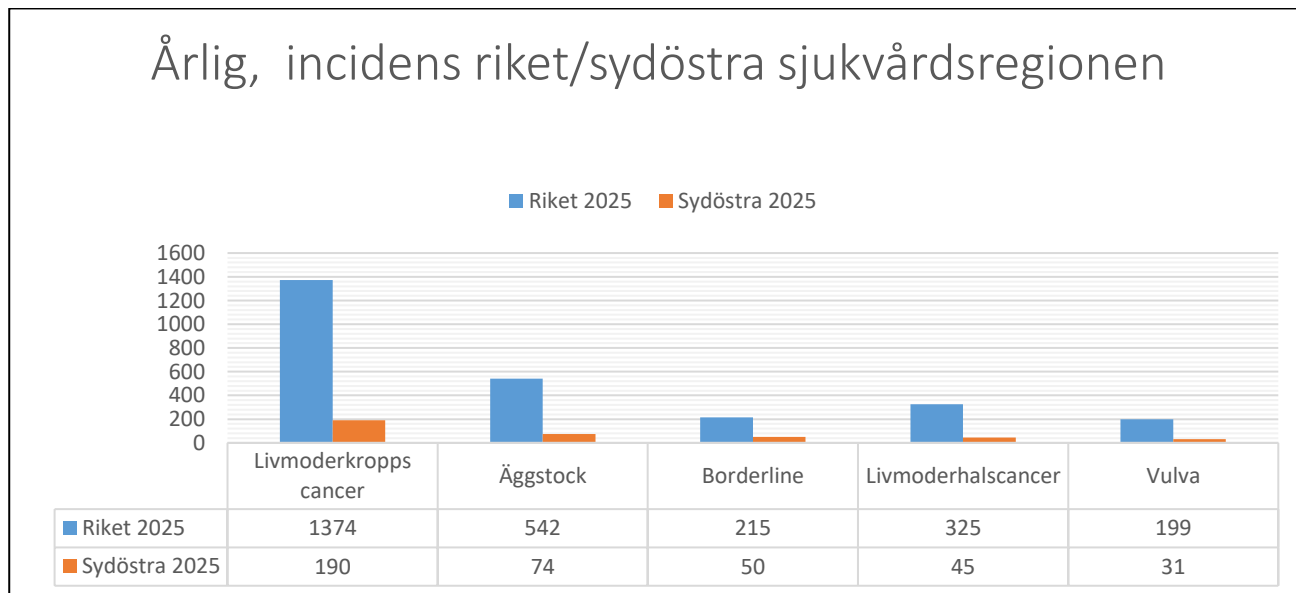


Diagram 1

Data som redovisas i rapporten 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, som vi har tagit fram manuellt. 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 2025 års data.

I de övriga tabellerna har vi valt att inte redovisa rikets data för året, 2025, då det enligt ovan är en eftersläpning av rapportering till registret och utfallet därför kan bli missvisande. Vi jämför istället våra siffror för 2025 med rikets data för 2024.

Deltagare

Anders Rosenmüller, Västervik
Cecilia Molnar, Kalmar
Charlotte Ginstman, Linköping
Christiane Sackbrook, Jönköping
Karin Bergare, Norrköping (processledare RCC)
Margarita Malamova, Eksjö
Monica Guth, Värnamo
Oscar Derke, Linköping gynekolog
Pia Fältmars, administratör

Verksamhetschefsrepresentant

Catarina Notelid Claus

Livmoderkroppscancer

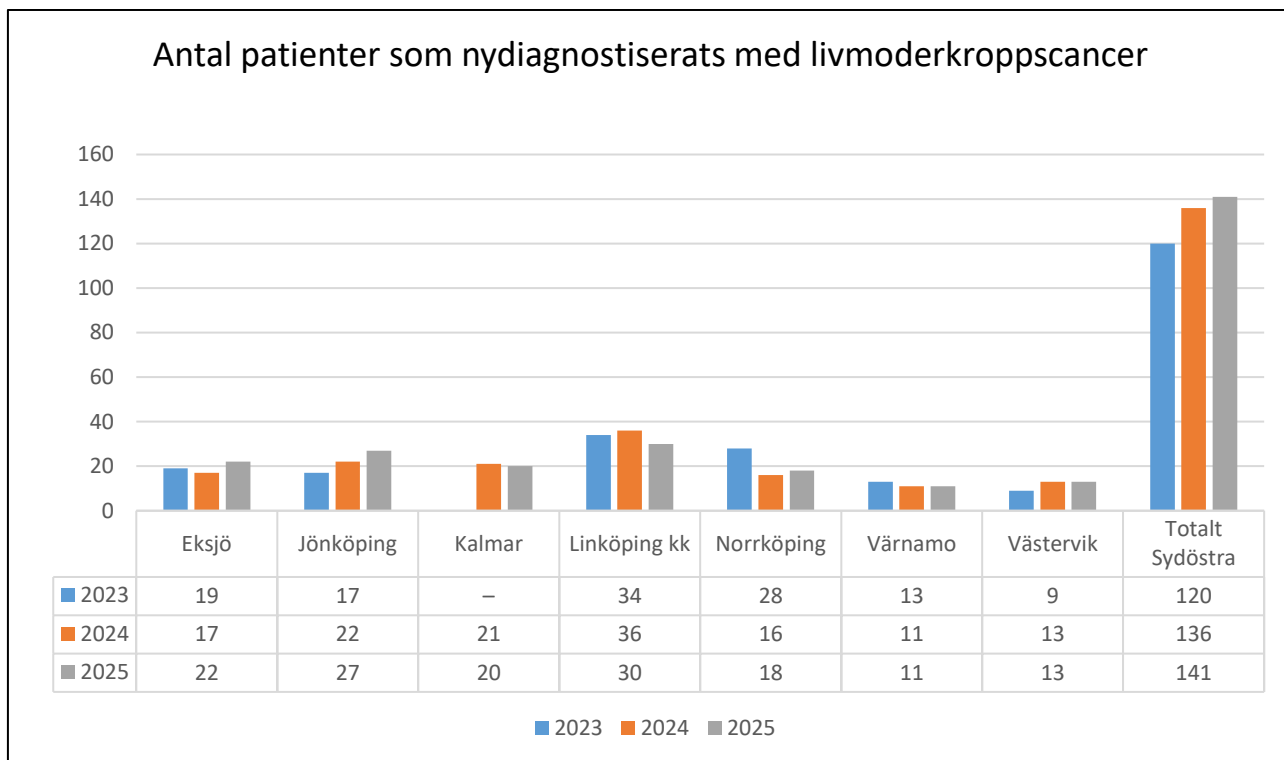


Diagram 2

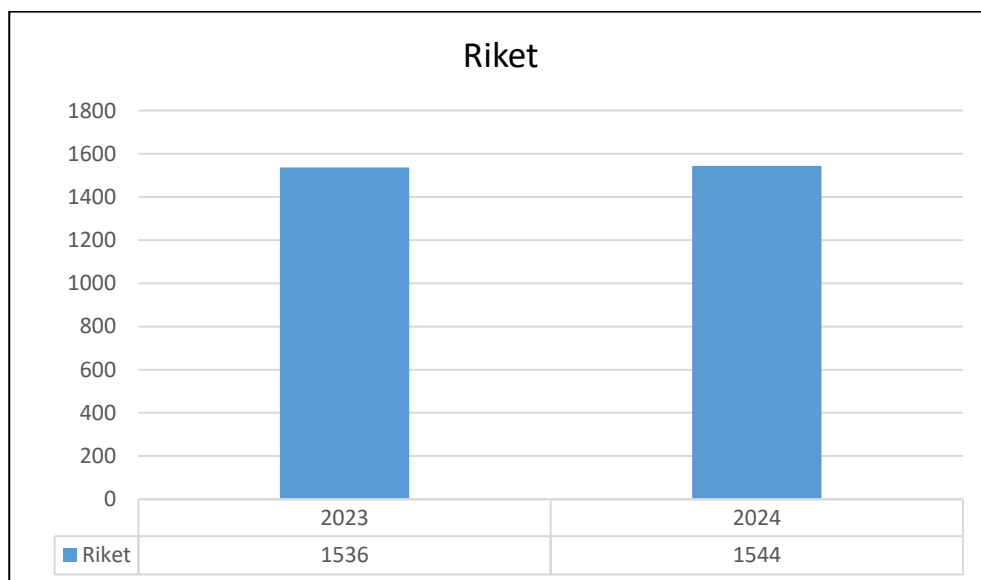


Diagram 3

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation -
medianvärde - målvärde <=32 dgr

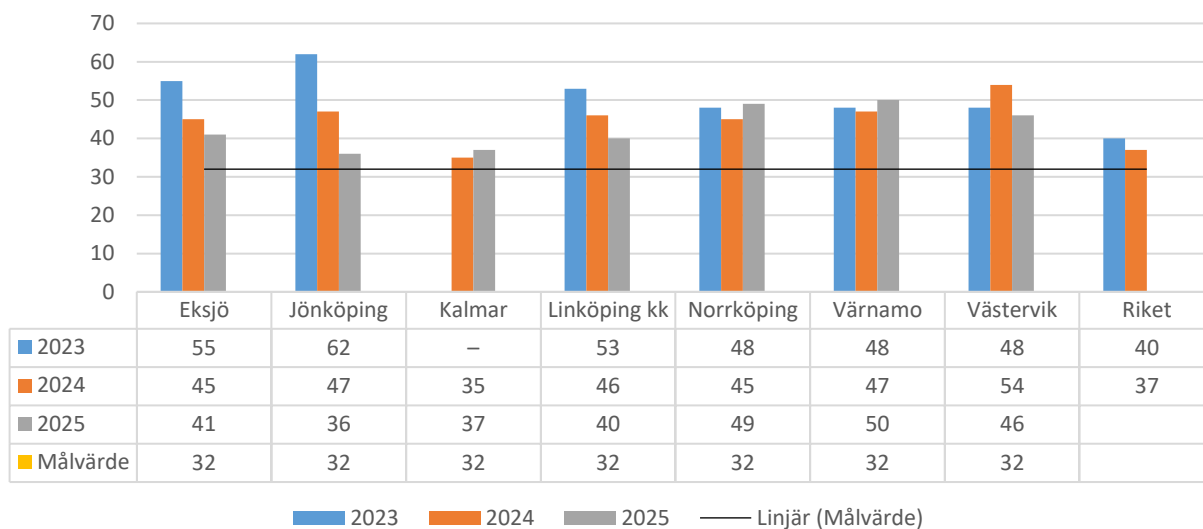


Diagram 4

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation -
min/max/medel/median 2025 - målvärde <=32 dgr

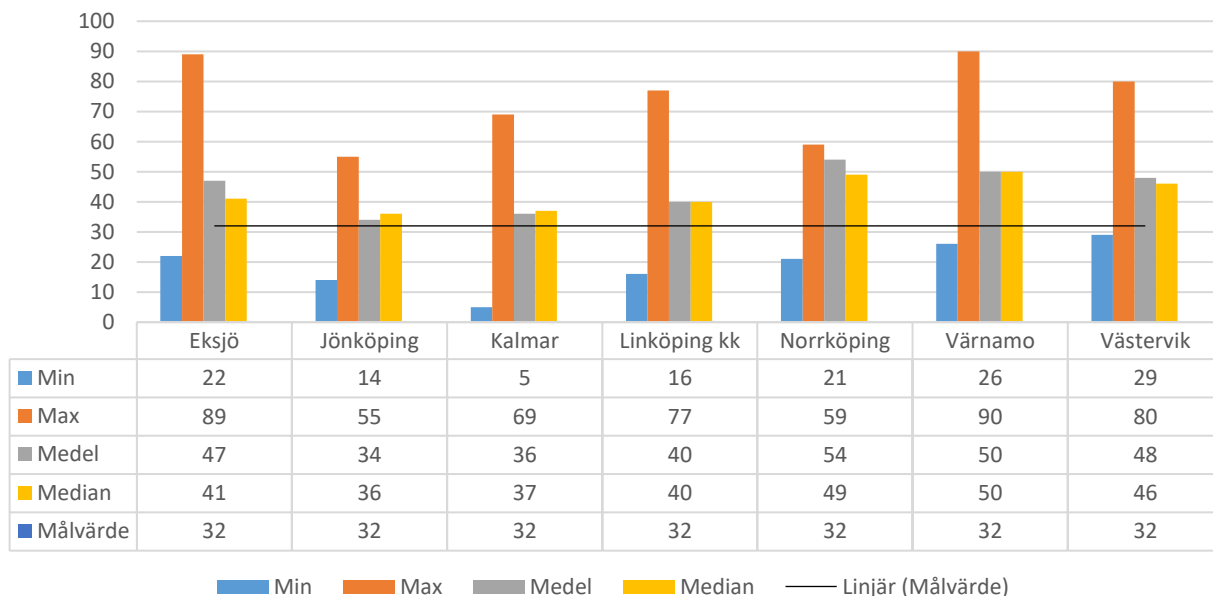


Diagram 5

Kommentar: Ledtidsmålvärde välgrundad misstanke till operation <= 32 dagar.

Antal dagar från provtagning till PAD-svar (rapportdatum) - medianvärde

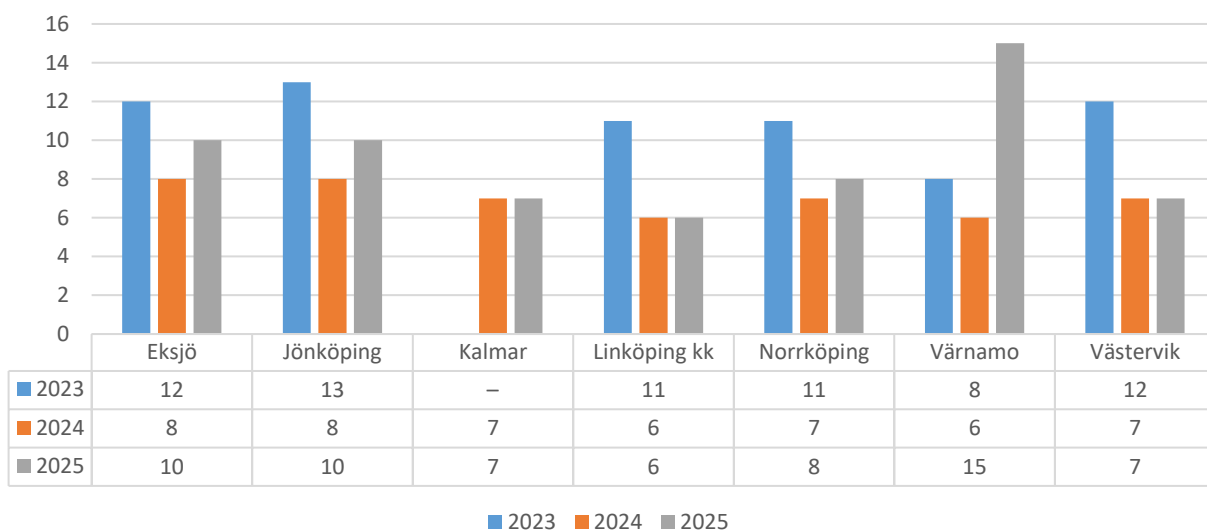


Diagram 6

Antal dagar från provtagning till PAD-svar - min/max/medel/median 2025 - målvärde <=10 dgr

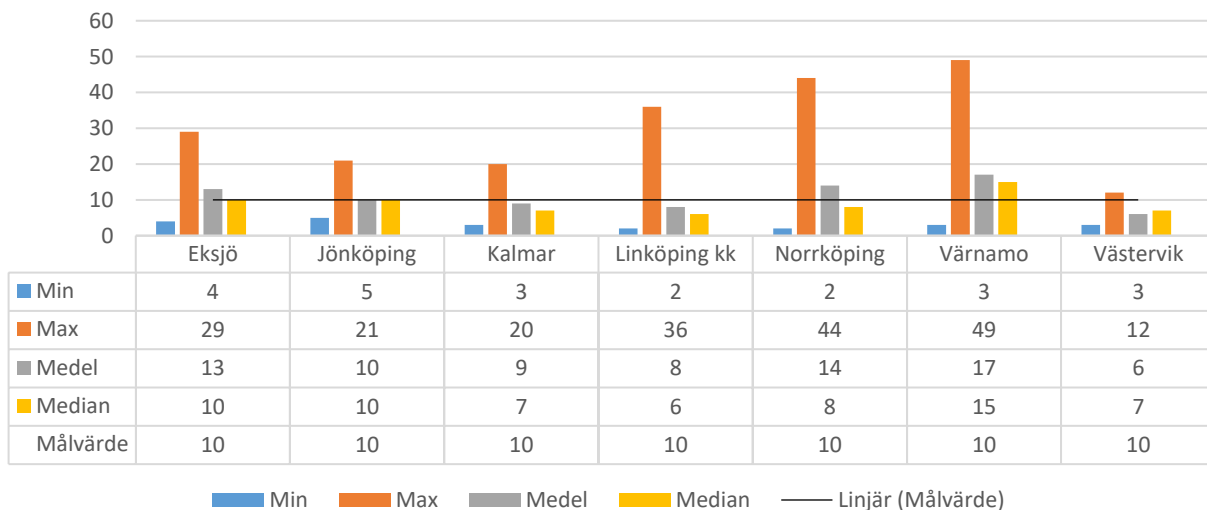


Diagram 7

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

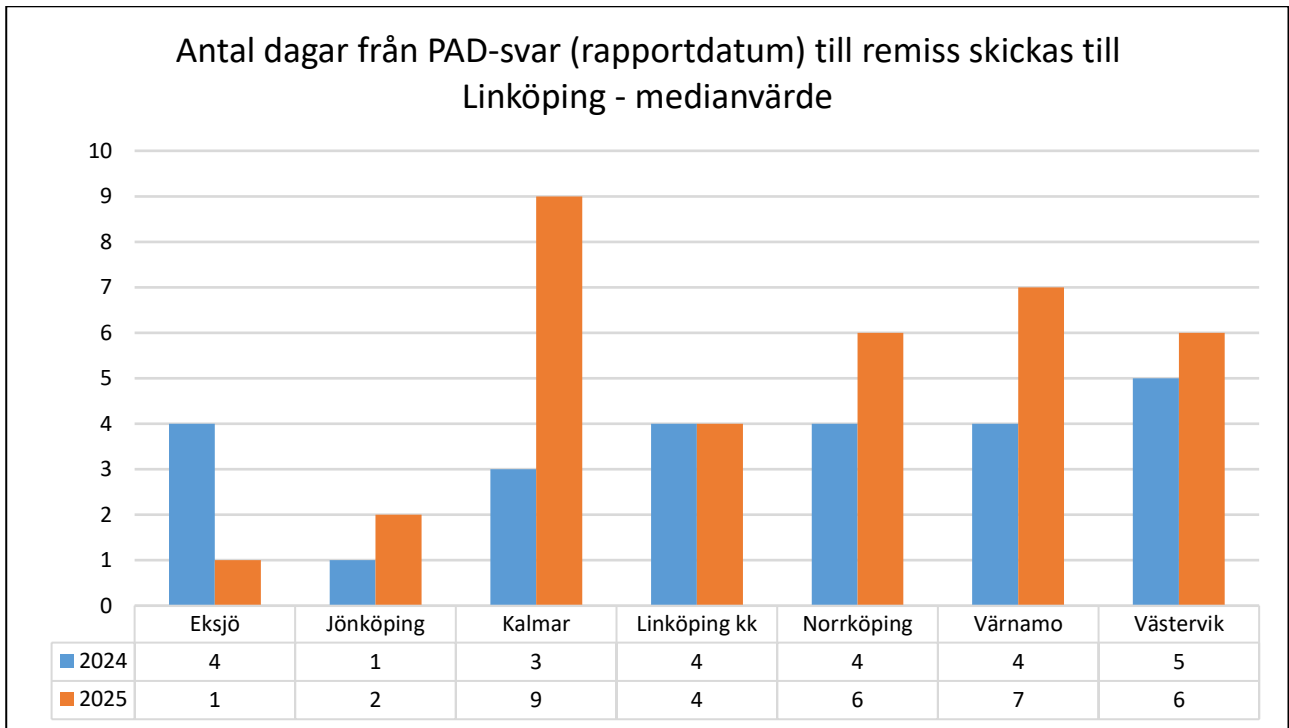


Diagram 8

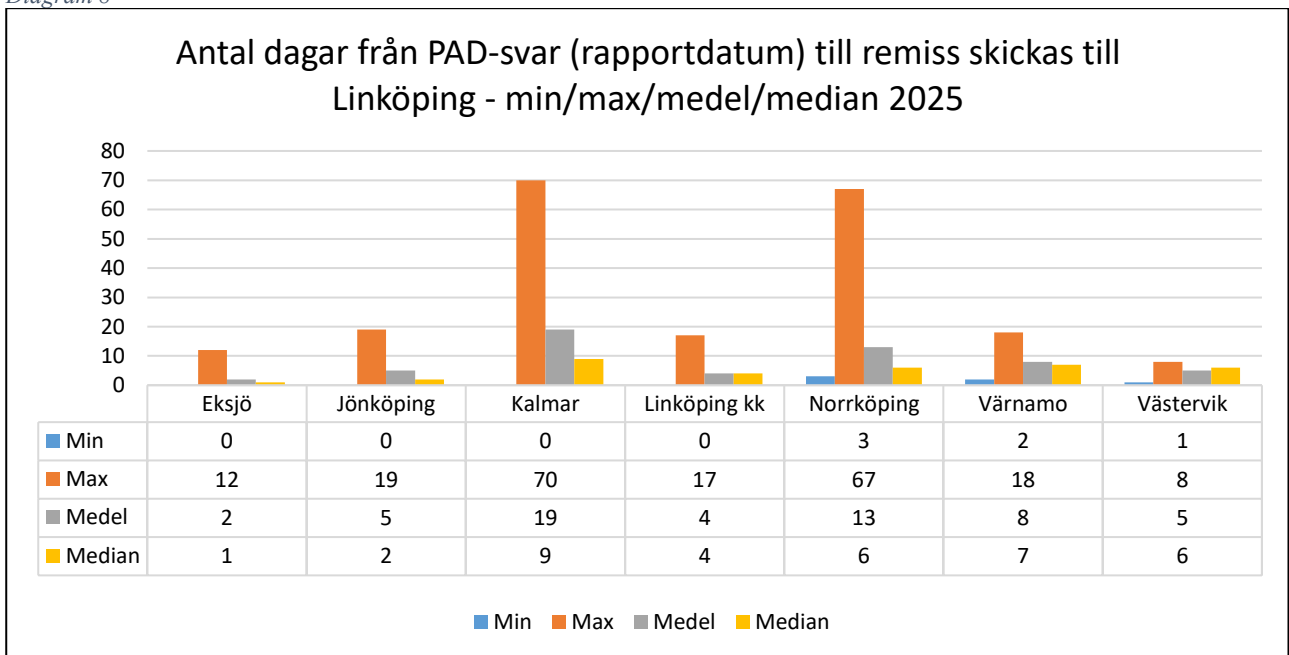


Diagram 9

Antal dagar från remiss skickas till operation - medianvärde

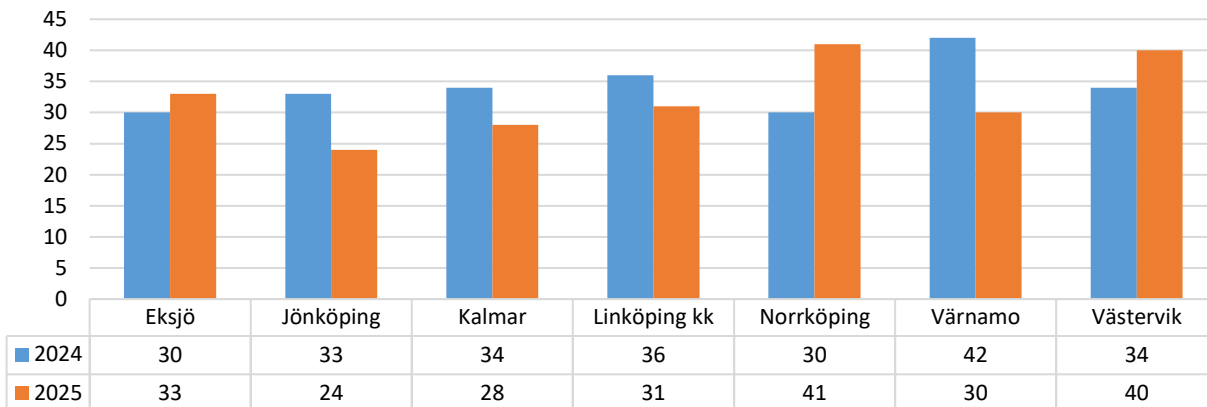


Diagram 10

Antal dagar från remiss skickas till operation - min/max/medel/median 2025

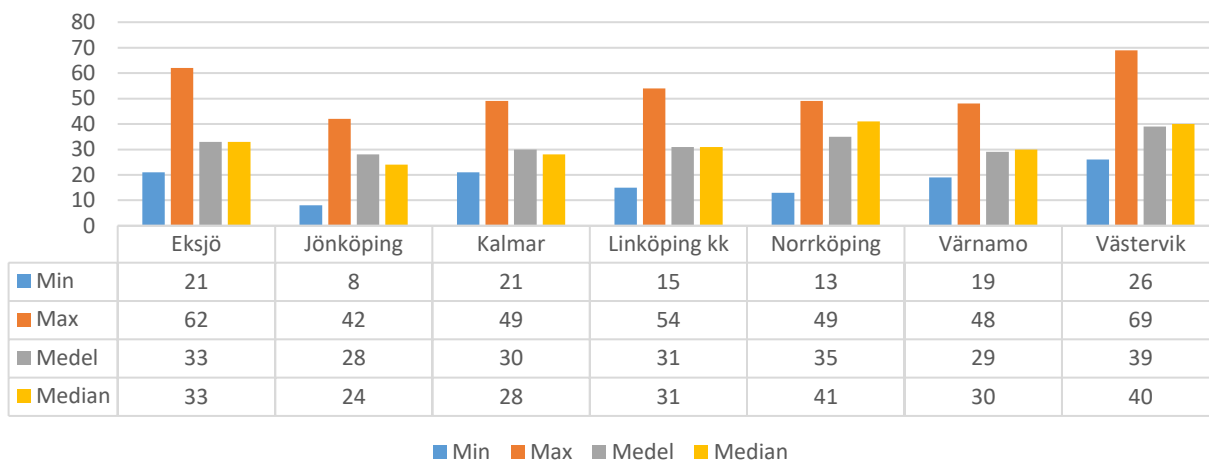


Diagram 11

Kommentar:

Livmoderkroppscancer är den vanligaste gynekologiska tumörformen i Sverige. Det är en cancerform med förhållandevis god prognos, eftersom den vanligtvis upptäcks innan den är spridd och ofta ger tidiga symtom i form av olaga blödningar. Den vanligaste behandlingen är kirurgisk, vid vilken livmoder, äggstockar och äggledare opereras bort med minimalinvasiv teknik. Portvaktskörteldiagnostik, så kallad sentinel node, utförs för att kunna värdera behovet av eventuell kompletterande onkologisk behandling. Majoriteten av patienter med livmoderkroppscancer är färdigbehandlade efter kirurgin.

Enligt tillgänglig statistik från ”Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer (SQRGC)” i INCA ligger vi på ungefär samma antal nydiagnostiserade fall av livmoderkroppscancer som under tidigare år.

Generellt för alla tre patologi enheter i Sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR) ses liknande svarstider 2025 som 2024.

Antalet dagar från det att PAD-svaret har kommit tills remiss för operation har skickats är en faktor som vi kan fortsätta att jobba med på respektive klinik för att hålla ledtiderna så korta som möjligt. I SQRGC mäts inte detta värde, varför vi saknar möjlighet att jämföra oss med riket.

Delar av 2025 var tilldelningen av operationsutrymme i Linköping mycket begränsad, vilket naturligtvis har påverkat ledtiderna negativt. Ett samarbete med Sahlgrenska

Universitetssjukhuset i Göteborg, som har påbörjats tidigare år, har fortsatt under 2025, och ett flertal patienter har skickats dit för operation. Under året har också tumörkirurger från Linköping vid flera tillfällen åkt till en privat klinik i Lund för att operera cancerpatienter från SÖSR. Både den verksamheten och samarbetet med Sahlgrenska har fallit väl ut, och patienterna är nöjda.

Tiden från välgrundad misstanke till operation registreras i SQRGC. För denna parameter ser vi en tendens till kortare mediantid för oss i SÖSR liksom för riket under 2025 jämfört med 2024. (På grund av eftersläpning i SQRGC har vi jämfört oss med nationella siffror för 2024.)

Äggstockscancer

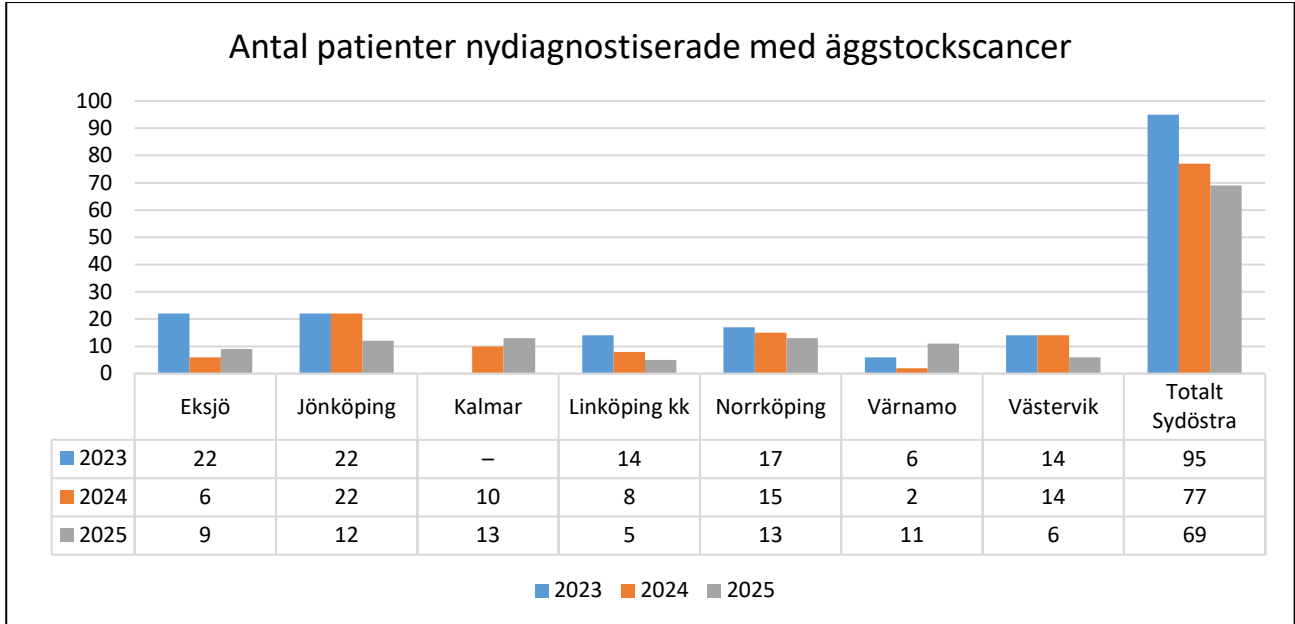


Diagram 12

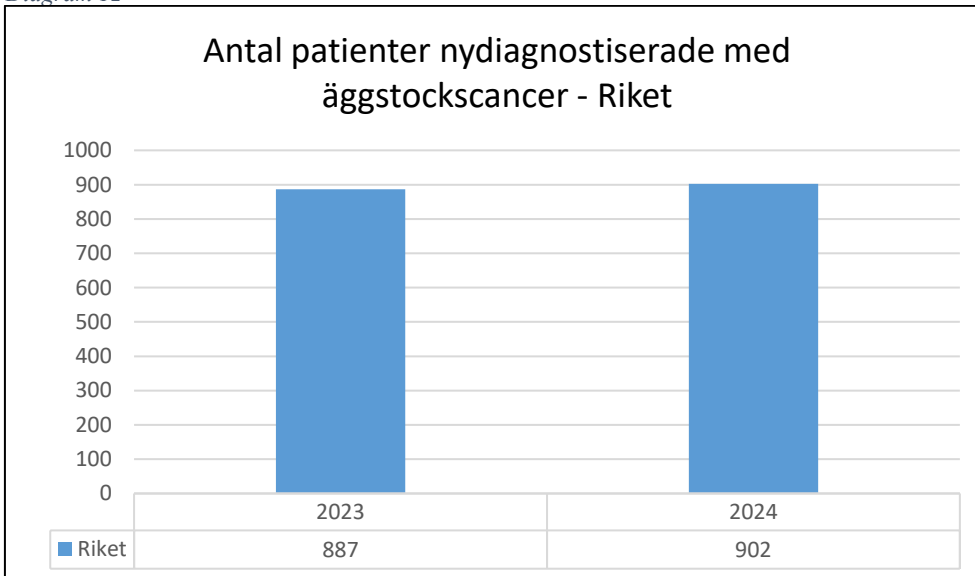


Diagram 13

Antal patienter nydiagnostiserade med Borderline-tumör (D39.1)

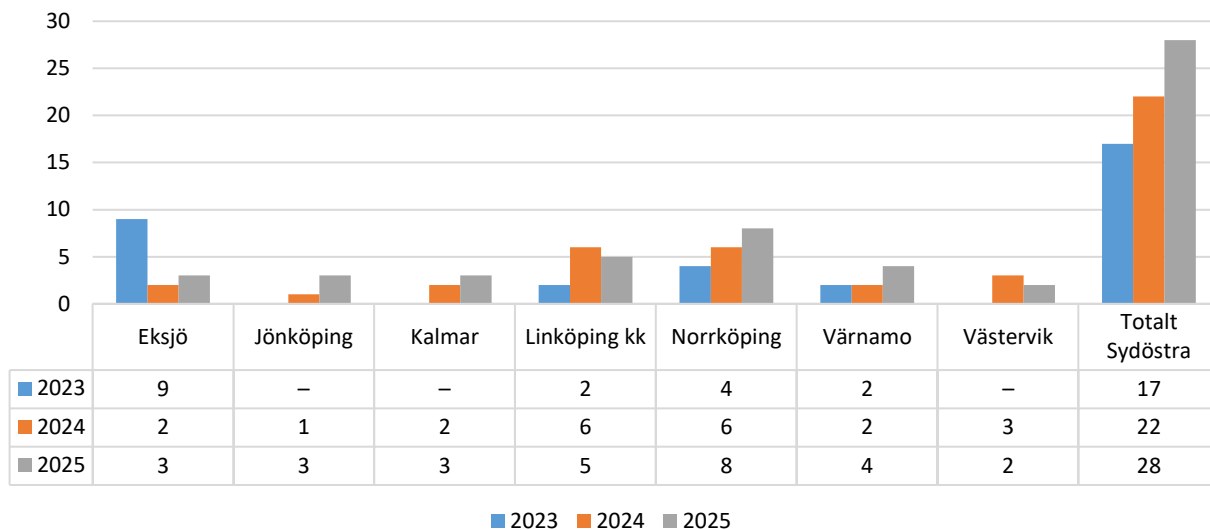


Diagram 14

Antal patienter nydiagnostiserade med Borderline-tumör Riket

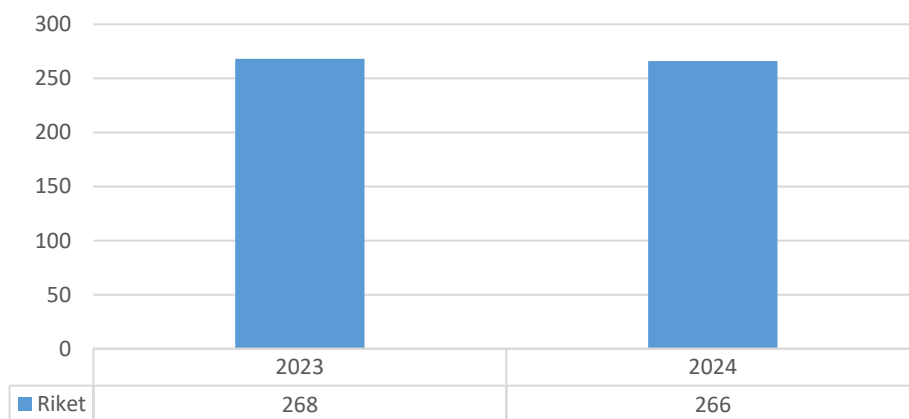


Diagram 15

Antal dagar från välgrundad misstanke till primäroperation - medianvärde - målvärde <=24

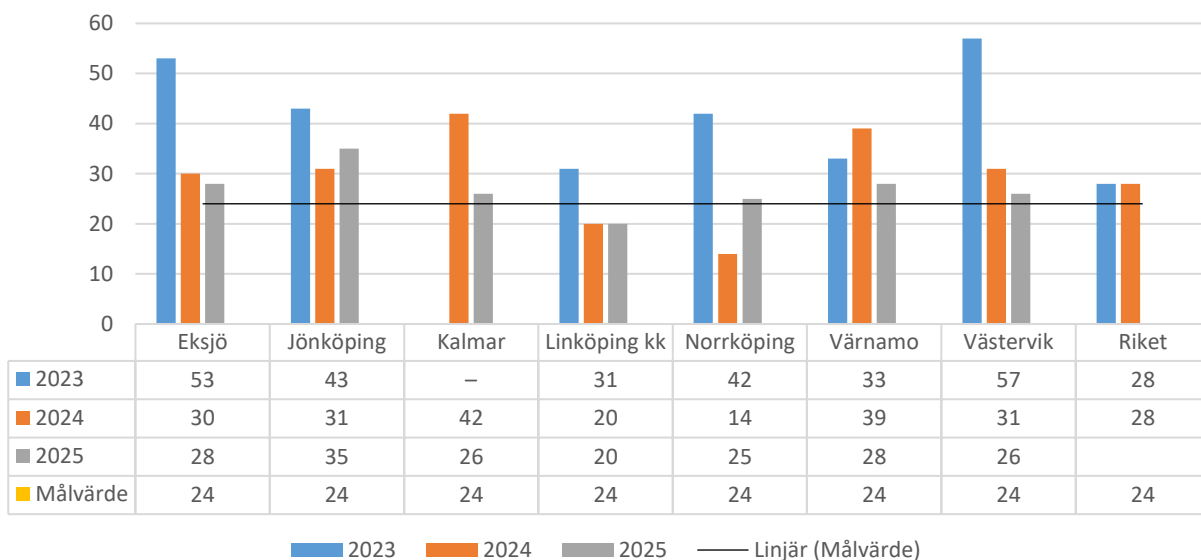


Diagram 16

Antal dagar från välgrundad misstanke till primäroperation - min/max/medel/median - 2025 - målvärde <= 24

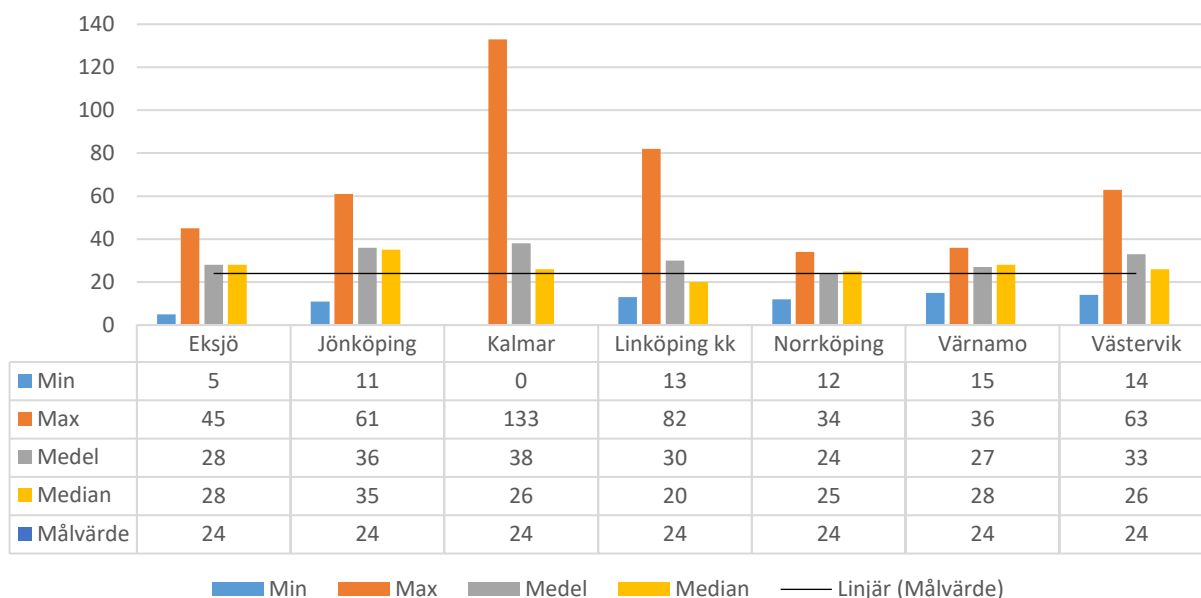


Diagram 17

Kommentar: Ledtidsmålvärde 24 dagar.

Antal dagar från välgrundad misstanke till neoadjuvant kemoterapi - medianvärde - målvärde <=22

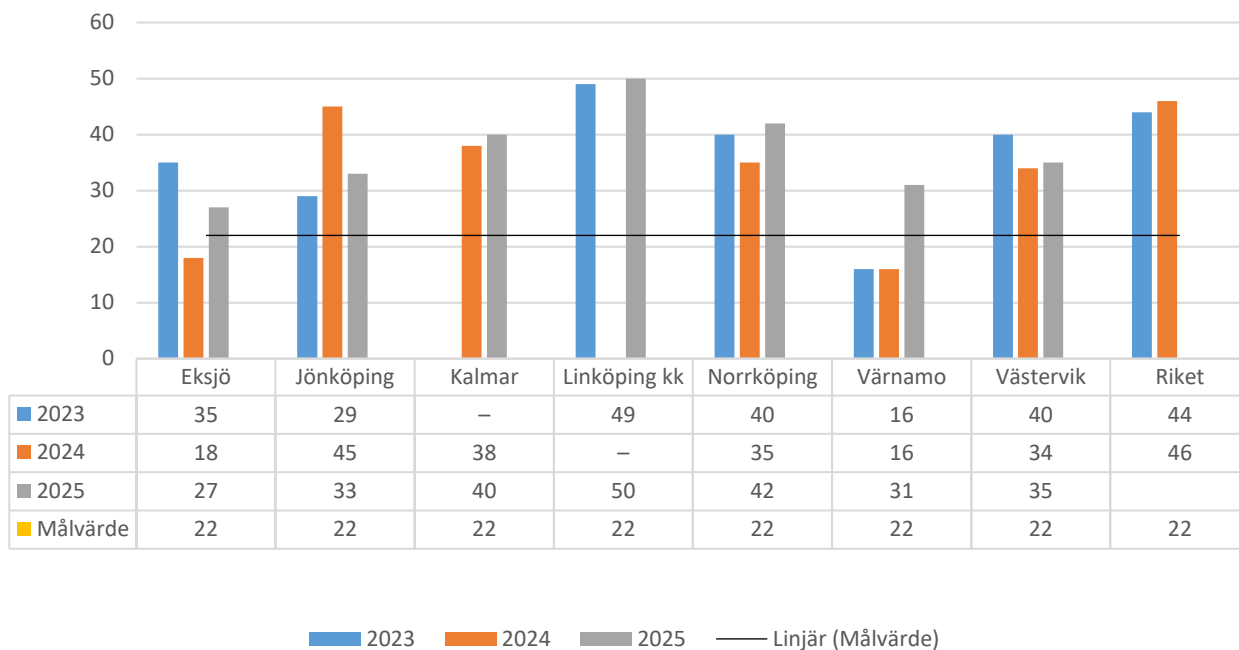


Diagram 18

Antal dagar från välgrundad misstanke till neoadjuvant kemoterapi - min/max/medel/median 2025 - målvärde <=22

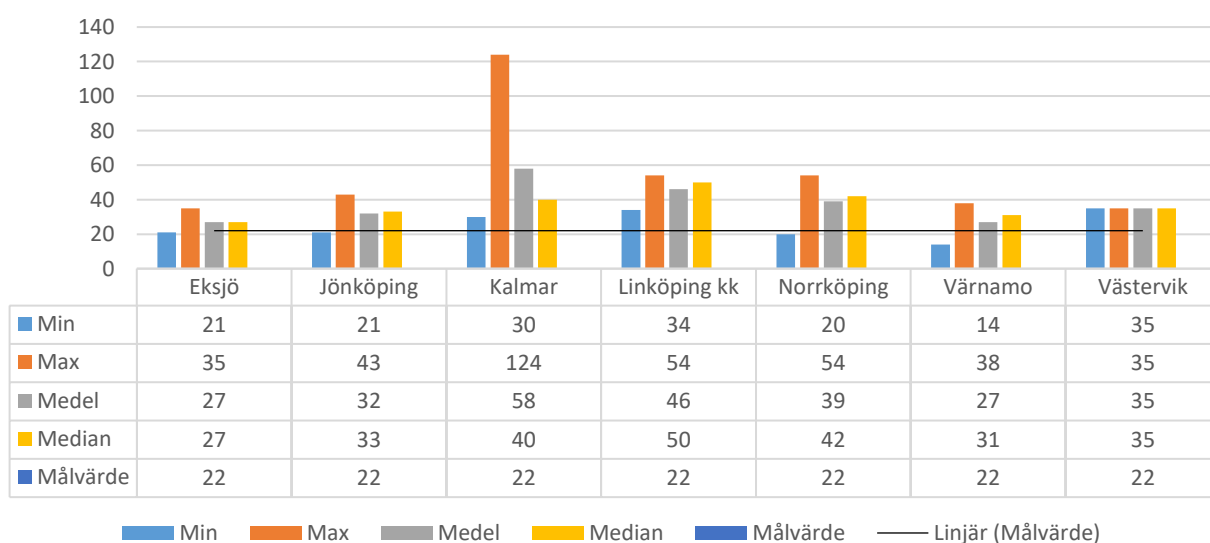


Diagram 19

Kommentar: Ledtidsmålvärde 21 dagar

Antal dagar från primäroperation till start av kemoterapi - medianvärde - målvärde <=21

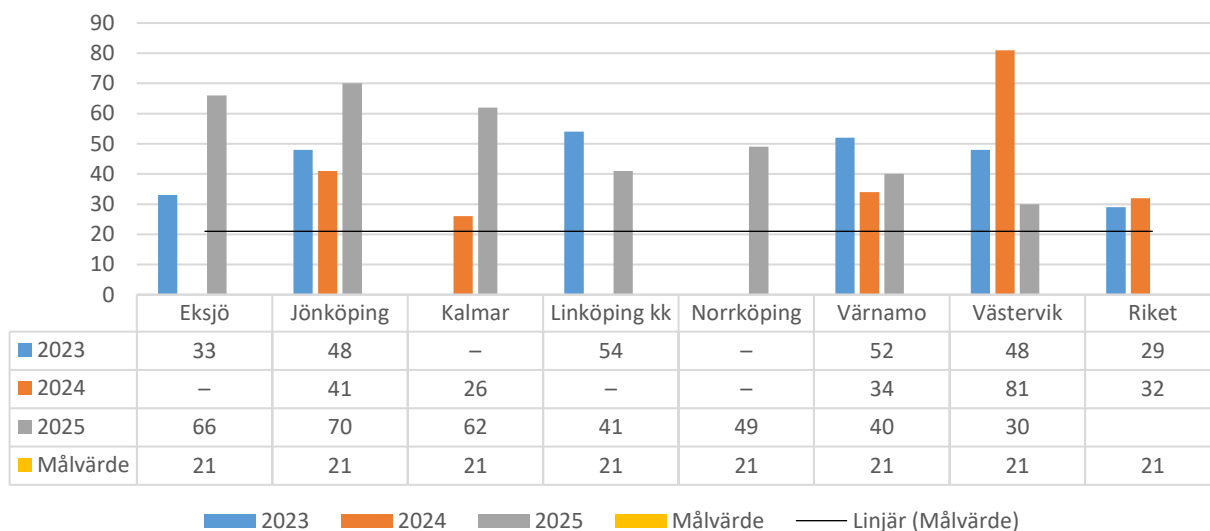


Diagram 20

Antal dagar från primäroperation till start av kemoterapi - min/max/medel/median - 2025 - målvärde <=21

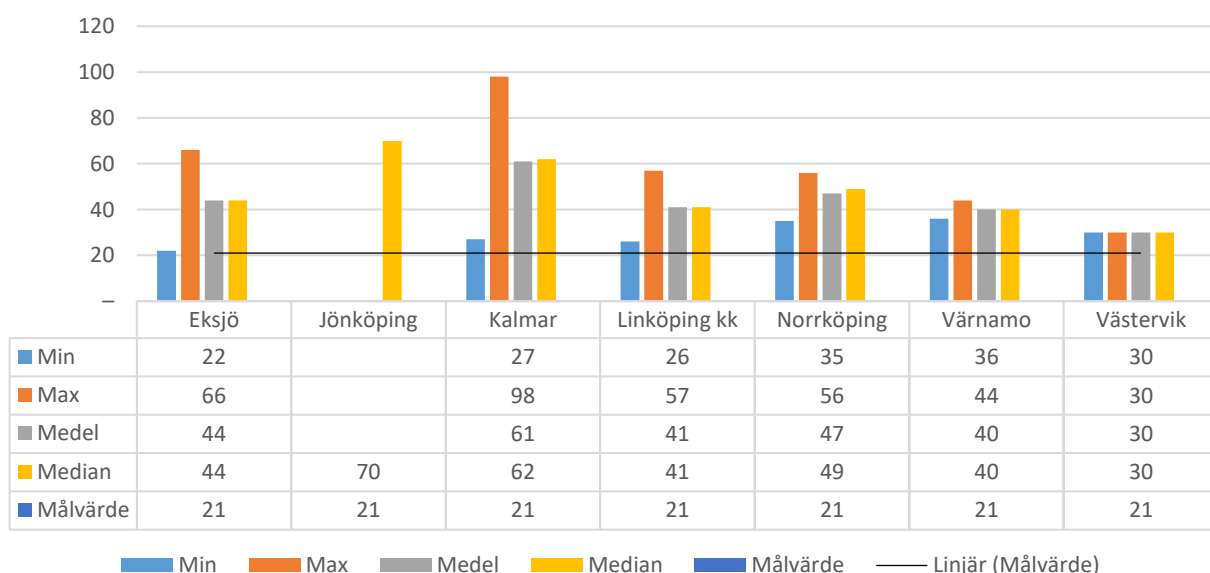


Diagram 21

Kommentar: Ledtidsmålvärde 21 dagar.

Kommentar:

I diagnosgruppen ingår alla patienter med äggstocks-, äggledar- och primär bukhinnecancer. I diagram 14 och 15 har vi endast redovisat siffror för Borderlinetumörer, som är en separat diagnos. Övriga diagram avser utredning och behandling enligt SVF äggstockscancer eller endast invasiv äggstockscancer.

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.

Äggstockscancer kan drabba kvinnor i alla åldrar, men är vanligast hos kvinnor efter klimakteriet. Årligen insjuknar ungefär 700 kvinnor i äggstockscancer i Sverige.

Ledtider från välgrundad misstanke (VGM) till primäroperation visar en positiv trend, de ligger dock fortfarande långt från målet. Under 2025 har 40% opererats inom leddid vilket är en förbättring från 2024 (38%) och 2023 (28%). Tiderna från VGM till neoadjuvant kemoterapi varierar från 27 dagar till 50 dagar och ligger över målvärdet på 22 dagar. I gruppen ingår dock endast ett mindre antal patienter, där ett vävnadsprov och PAD-svar är en förutsättning för upprättning av en behandlingsplan. En möjlighet att förbättra den leddiden kan vara att kvinnokliniken utför biopsi av tumörvävnad direkt vid första besöket om detta är tekniskt möjligt.

Efter genomförd primärkirurgi ska patienter starta kemoterapi inom 21 dagar. Även den leddiden ligger utanför målvärdet och belyser fortsatta problem med bland annat långa svarstider gällande PAD-svar. Arbetet att förkorta den tiden till postoperativ behandling fortsätter i regionen. Patienter ska bokas preliminärt för postoperativ bedömning och venportinläggning för att kunna starta cytostatikabehandling så fort som möjligt. Gynonkologerna har ett pågående förbättringsarbete i Linköping där man ser över tiderna inför upprättande till behandlingsplan.

Livmoderhalscancer

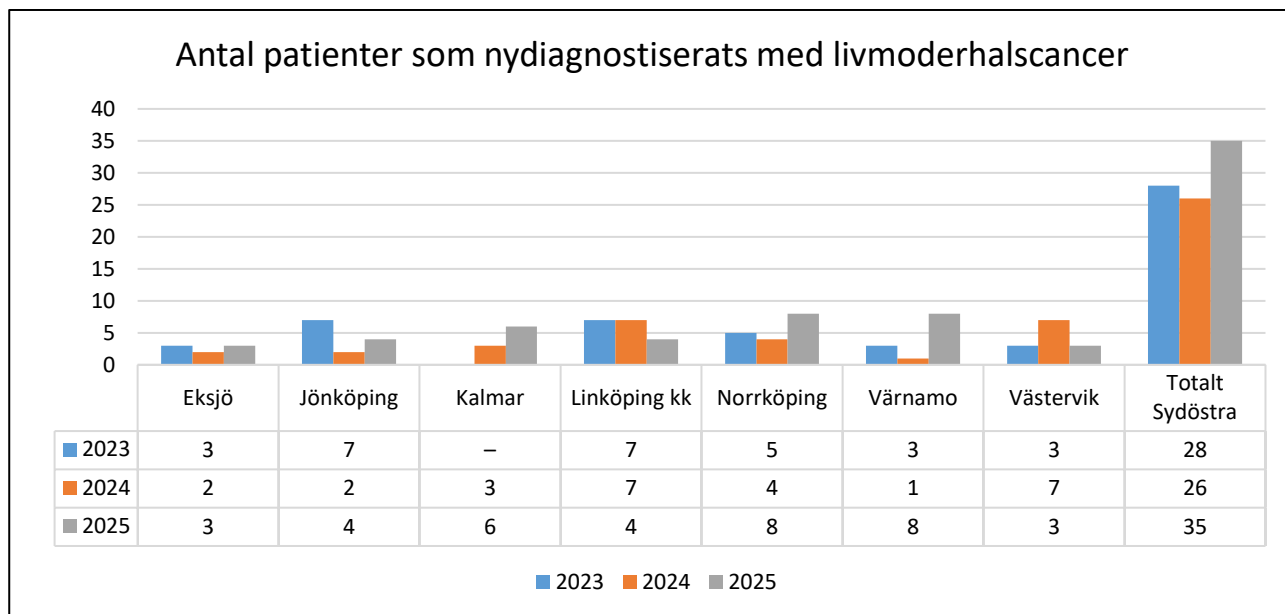


Diagram 22

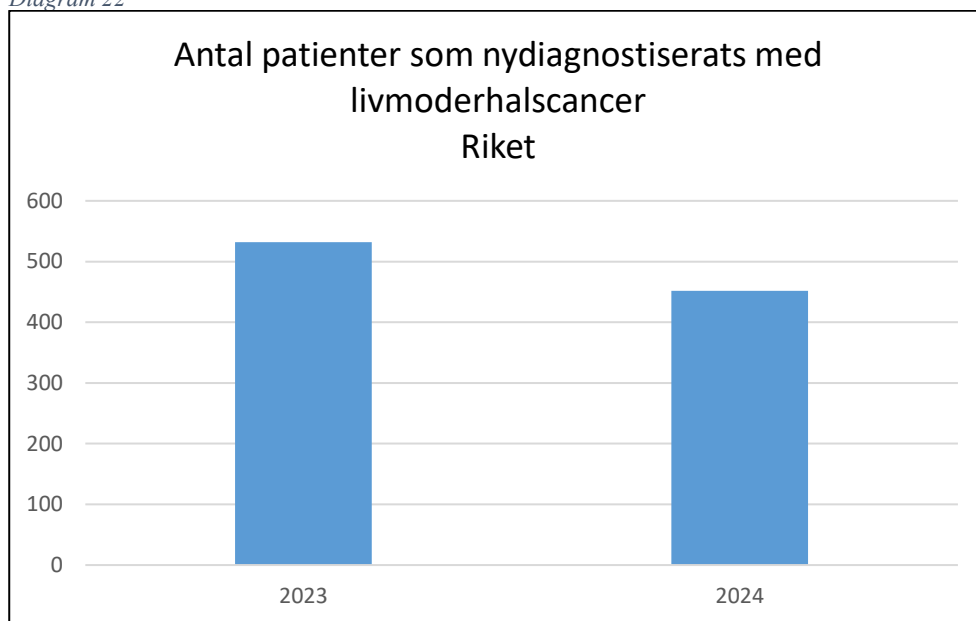


Diagram 23

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - medianvärdet - målvärde <=28

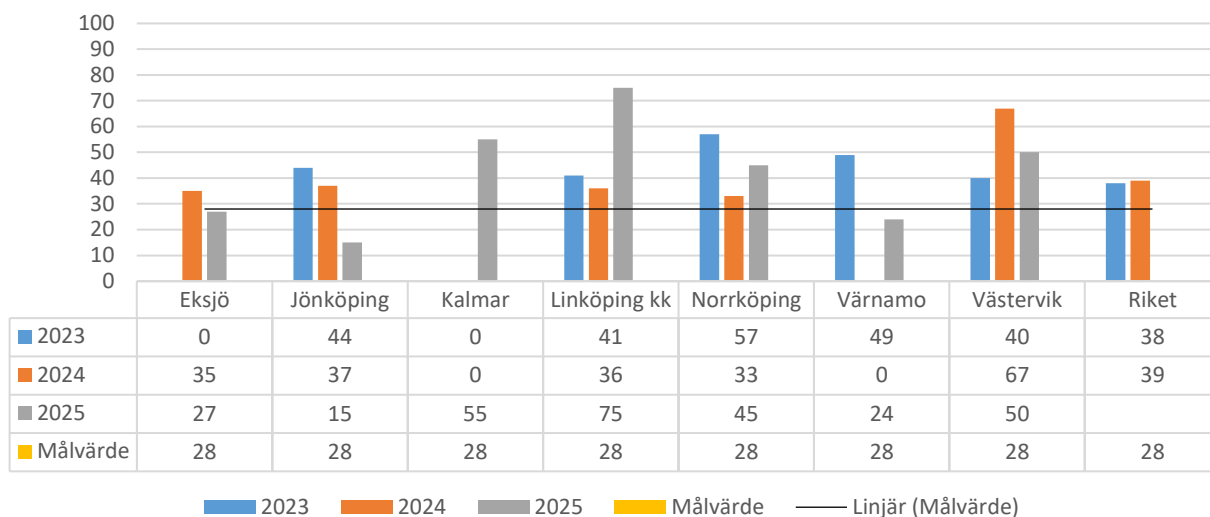


Diagram 24

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation - min/max/medel/median - 2025 - målvärde <=28

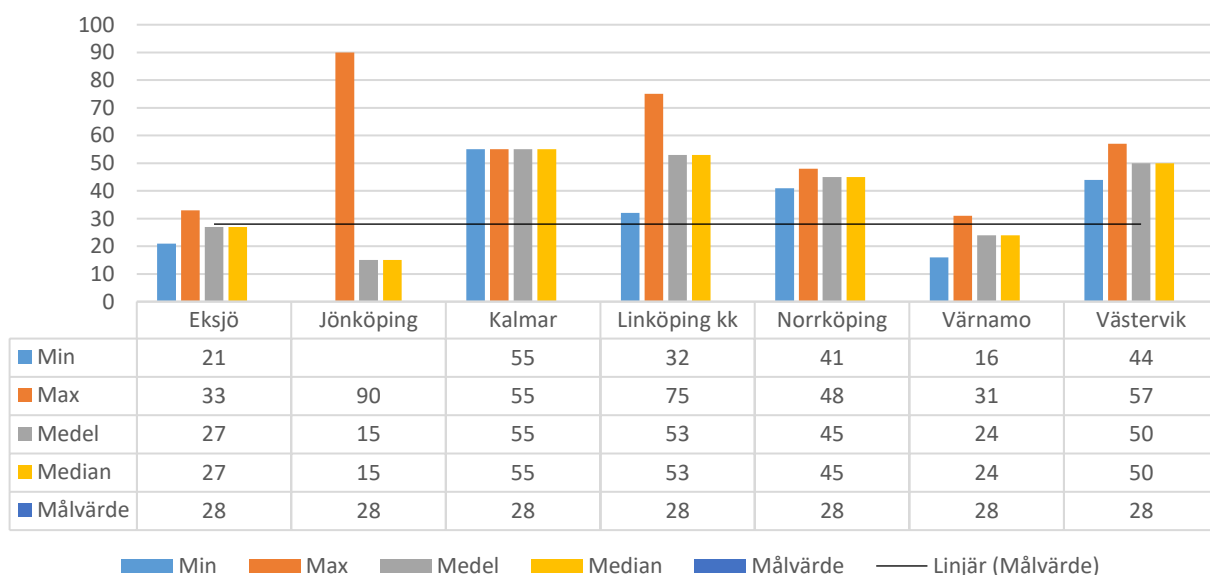


Diagram 25

Kommentar: Ledtidsmålvärde 28 dagar.

Antal dagar från provtagning till PAD-svar (rapportdatum) - medianvärde

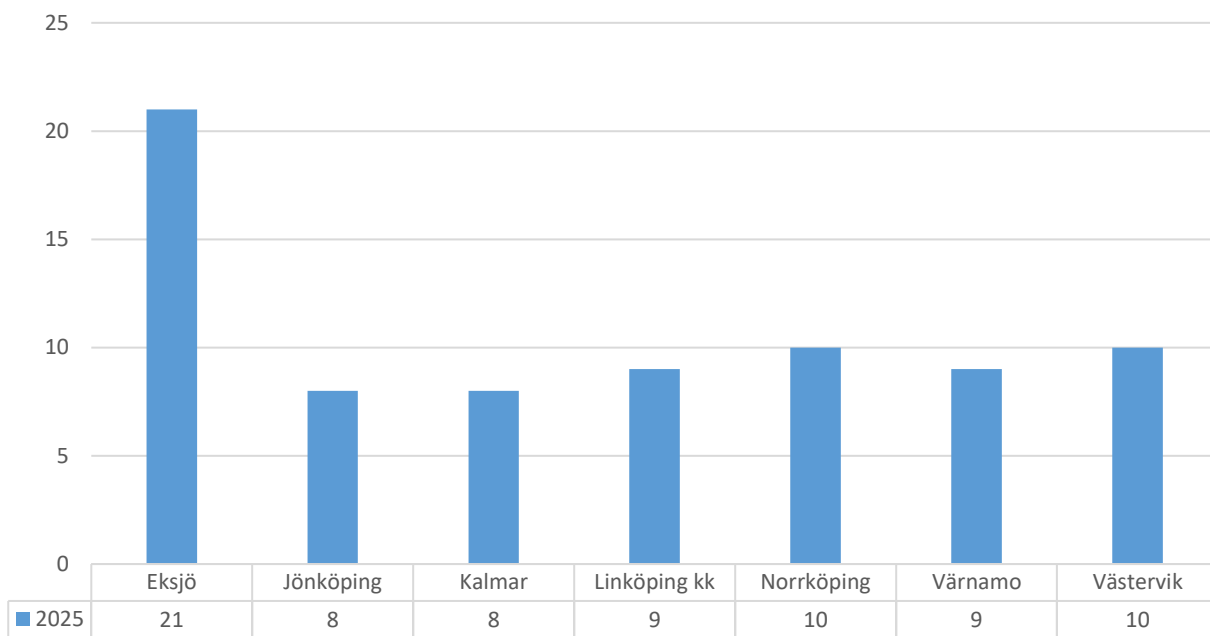


Diagram 26

Antal dagar från provtagning till PAD-svar (rapportdatum) min/max/medel/median - 2025

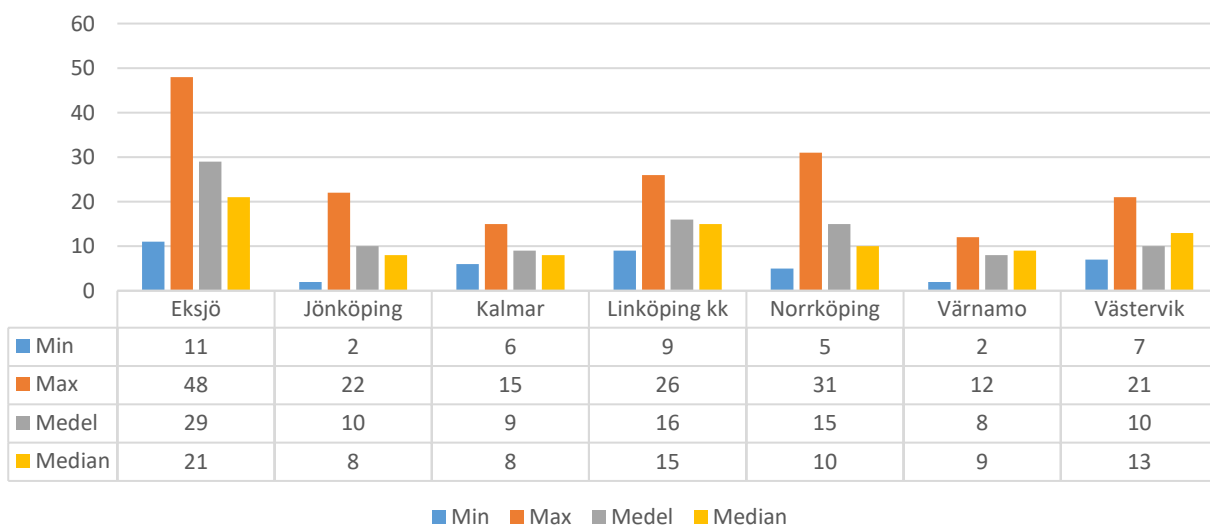


Diagram 27

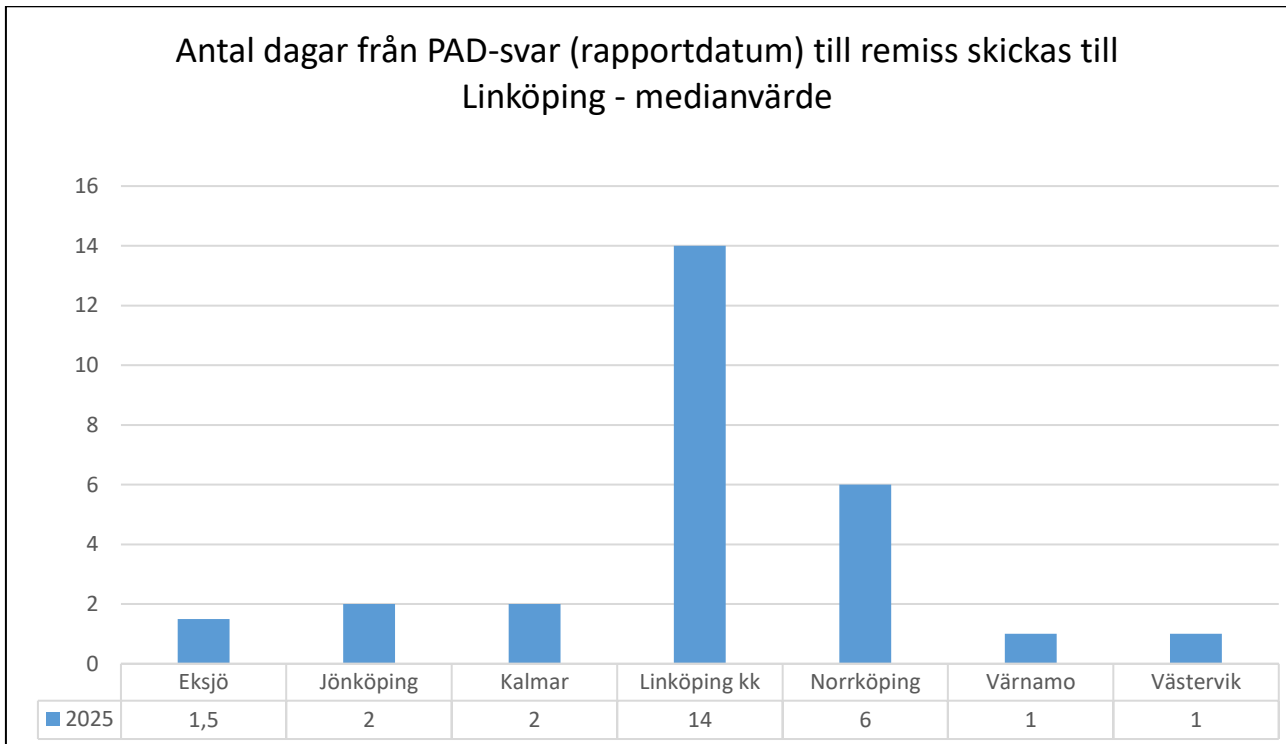


Diagram 28

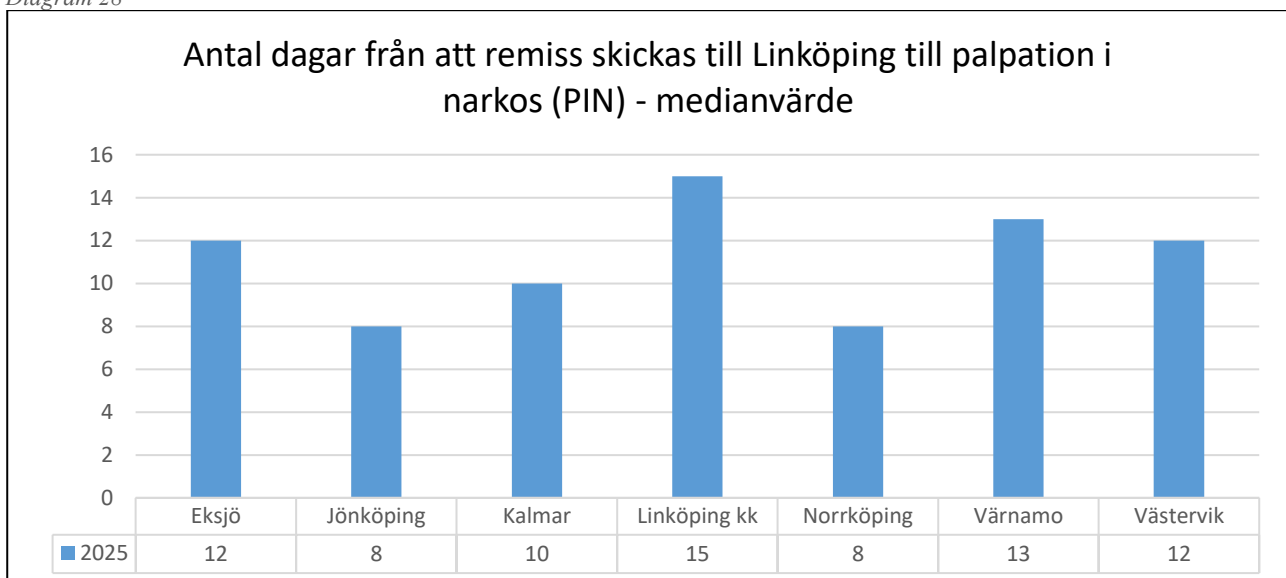


Diagram 29

Antal dagar från palpation i narkos till kirurgi/ strålning/cytostatika - medianvärde

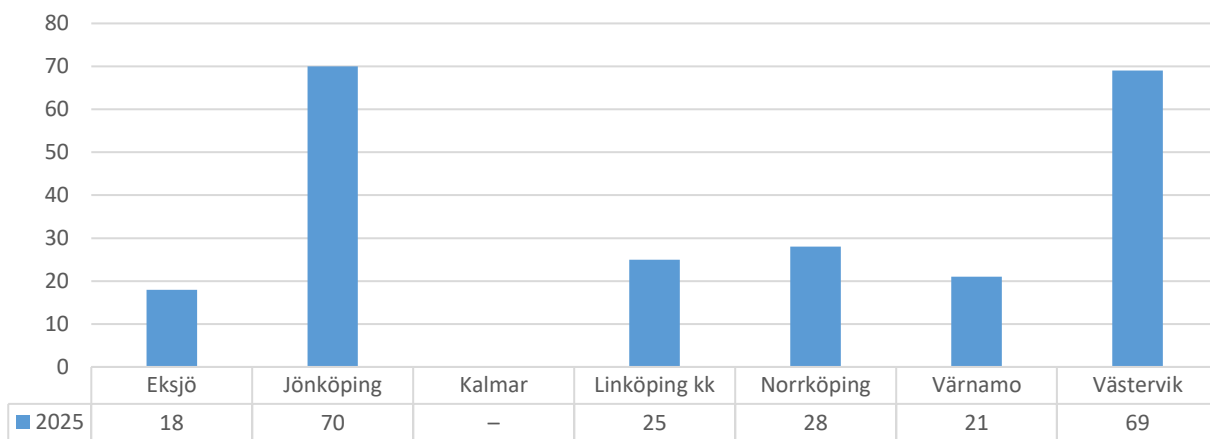


Diagram 30

Antal dagar från palpation i narkos till kirurgi/ strålning/cytostatika - min/max/medel/median 2025

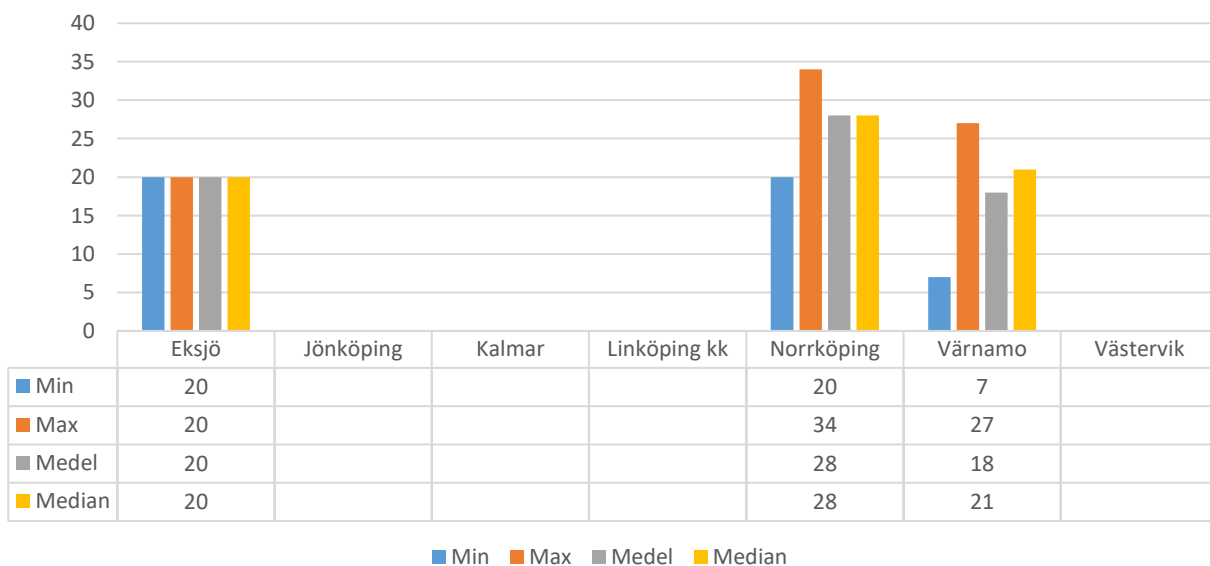


Diagram 31

Antal dagar från välgrundad misstanke till start av strålbehandling - medianvärde - målvärde <=32

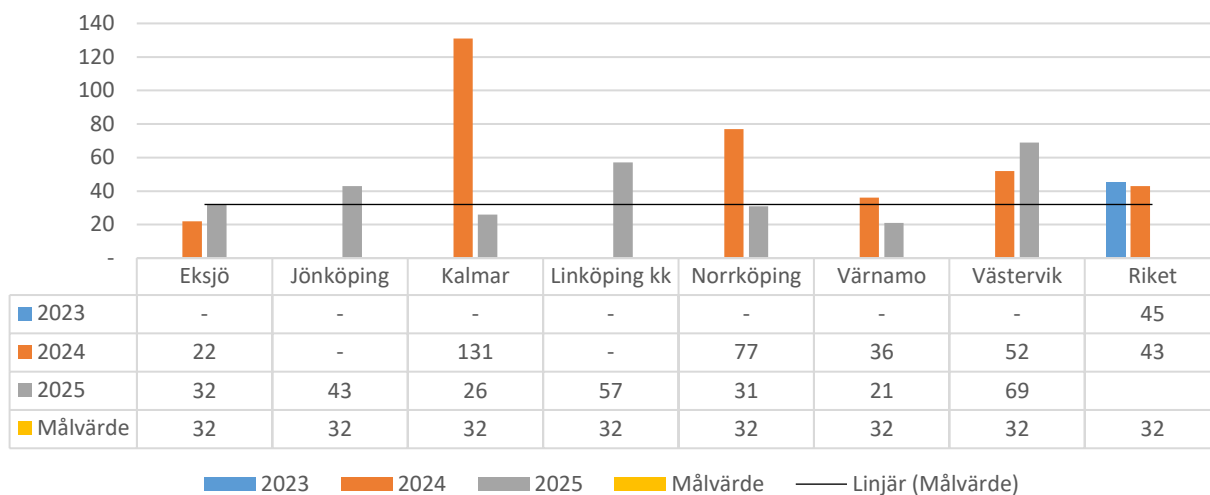


Diagram 32

Antal dagar från välgrundad misstanke till start av strålbehandling min/max/medel/median - 2025- målvärde <=32

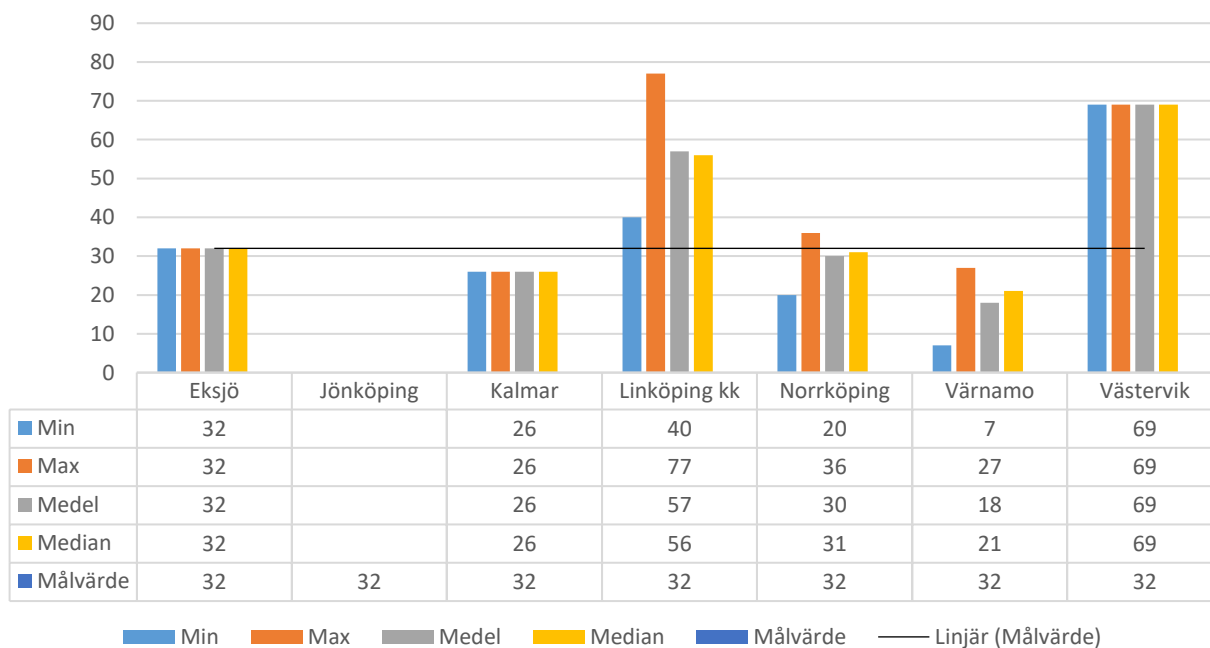


Diagram 33

Kommentar: Ledtidsmålvärde 32 dagar.

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. 2025 har 30% opererats inom leddid jämfört med 2024 (13 %) och 2023 (8%).

I dessa data inkluderas även vaginalcancer.

Åldersgruppen 40 år och yngre har antalet diagnostiserade sjunkit, detta till följd av HPV-vaccination.

Vulvacancer

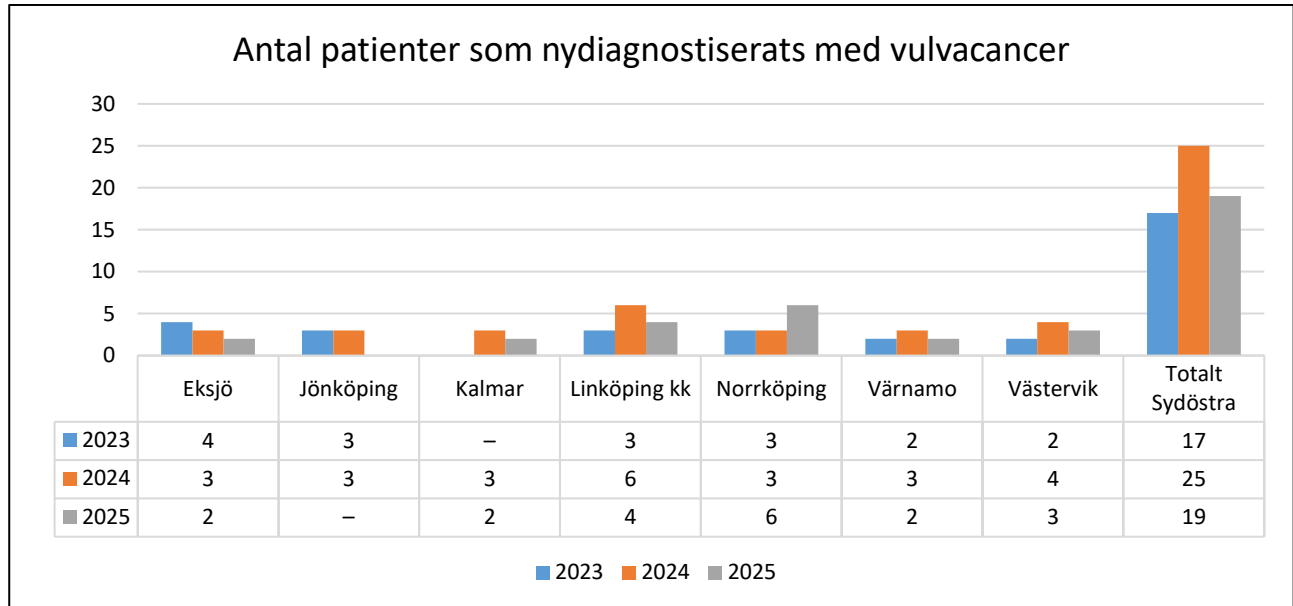


Diagram 34

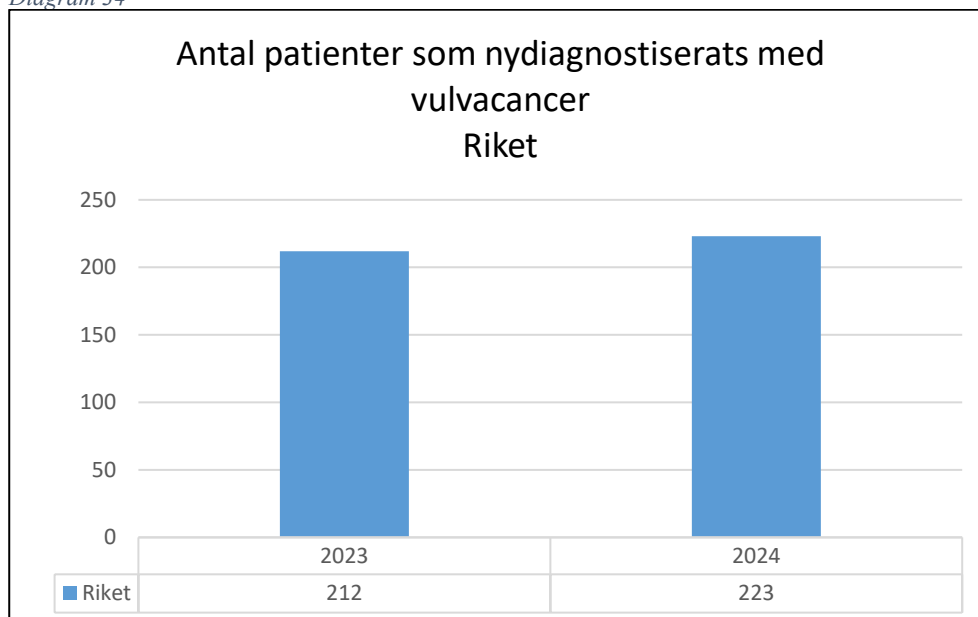


Diagram 35

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation -
medianvärdet - målvärde <= 30

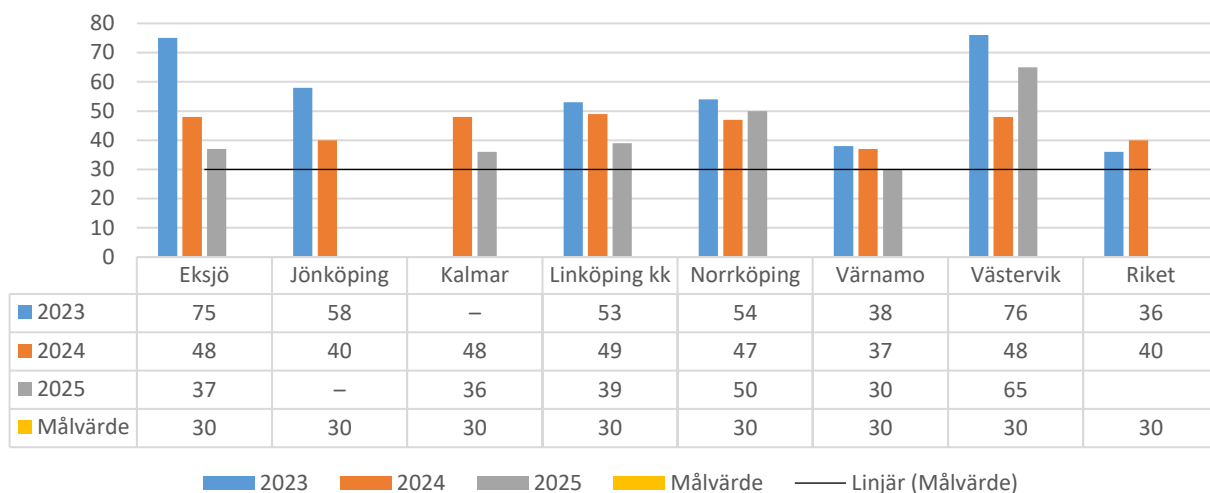


Diagram 36

Antal dagar från välgrundad misstanke till operation
min/max/medel/median - 2025 - målvärde <=30

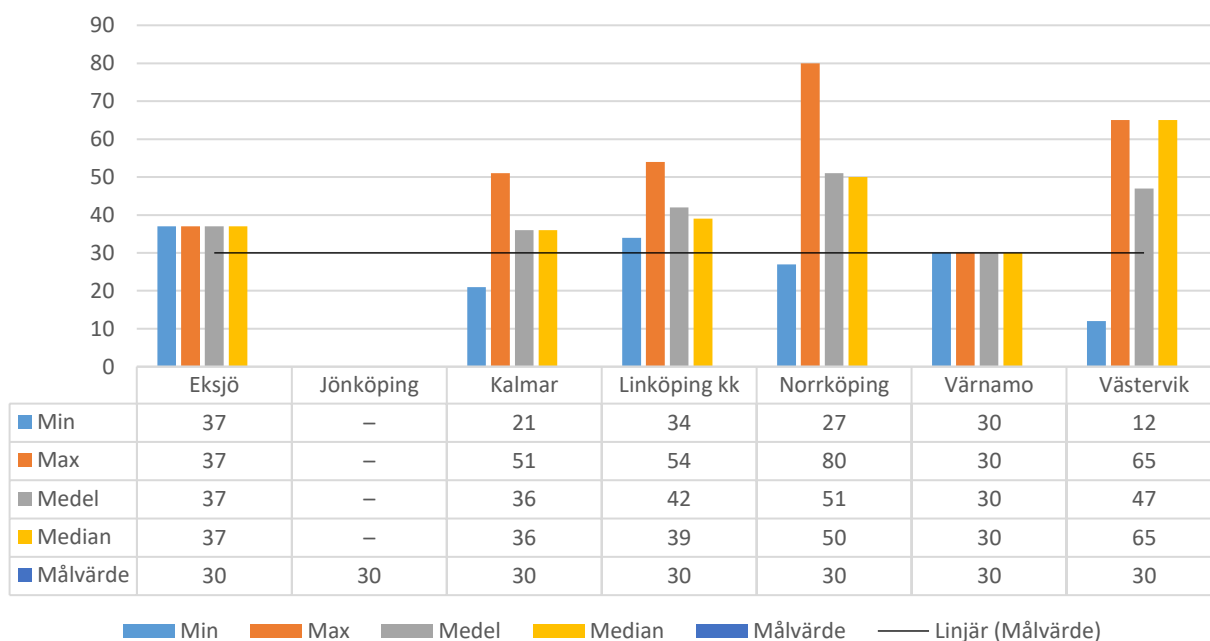


Diagram 37

Kommentar: Ledtidsmålvärde 30 dagar.

Antal dagar från provtagning till PAD-svar (rapportdatum) - medianvärde

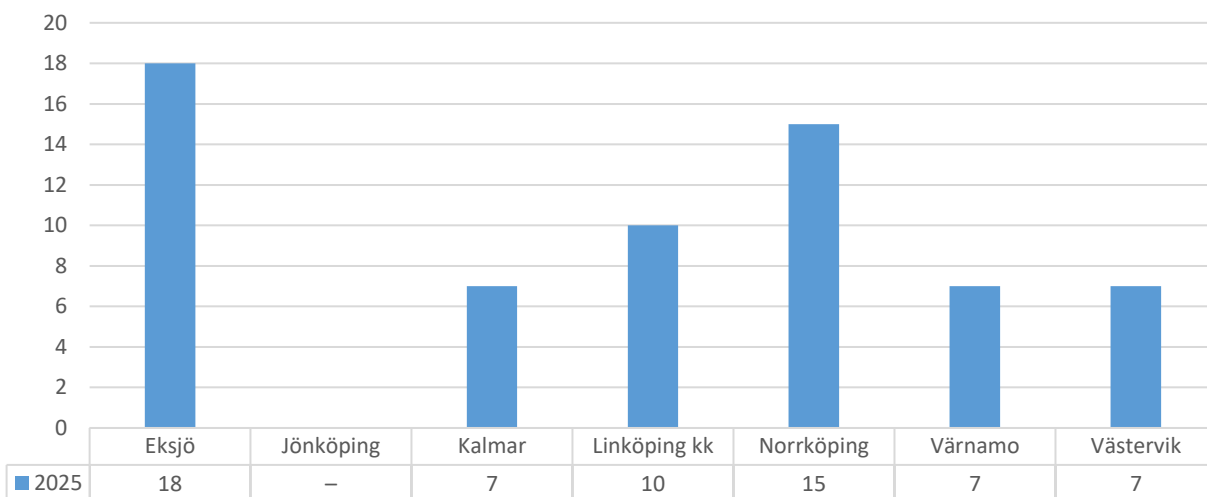


Diagram 38

Antal dagar från provtagning till PAD-svar (rapportdatum) - min/max/medel/median - 2025

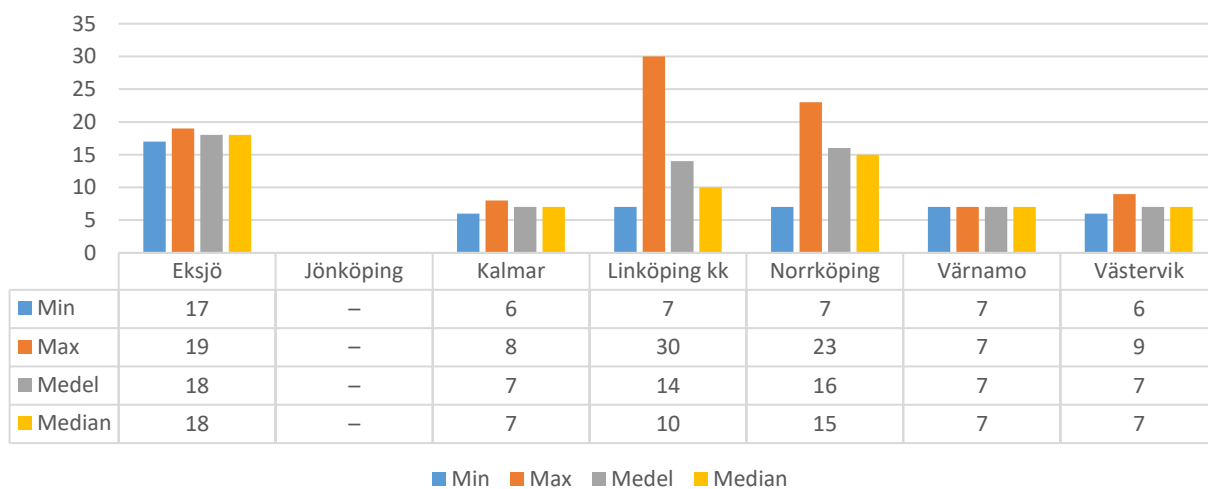


Diagram 39

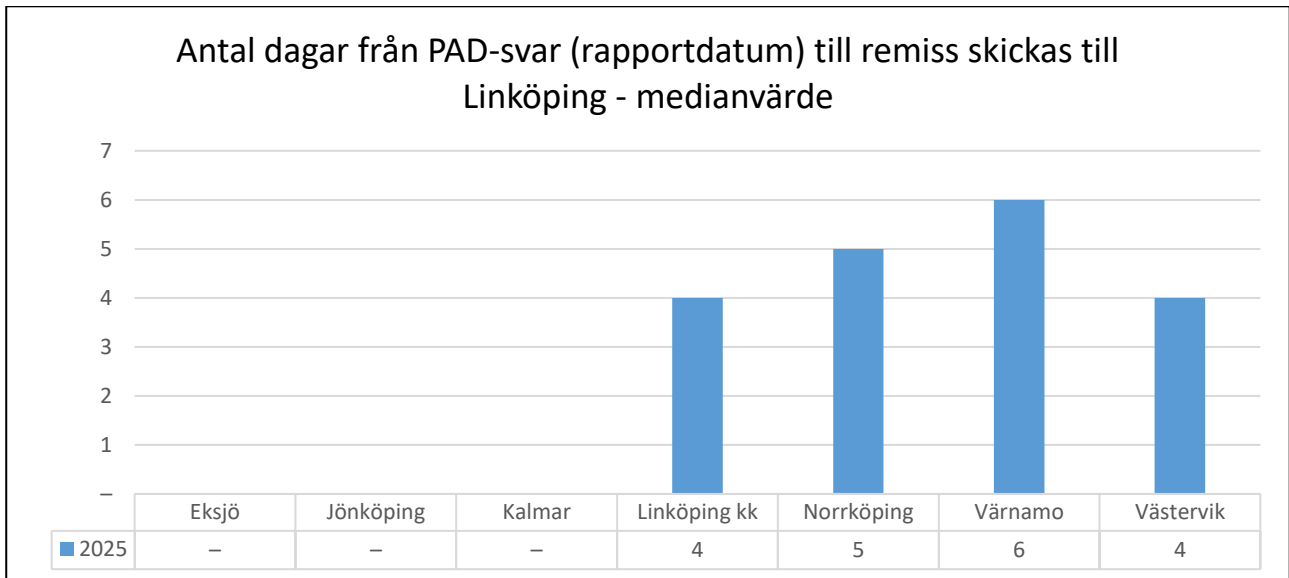


Diagram 40

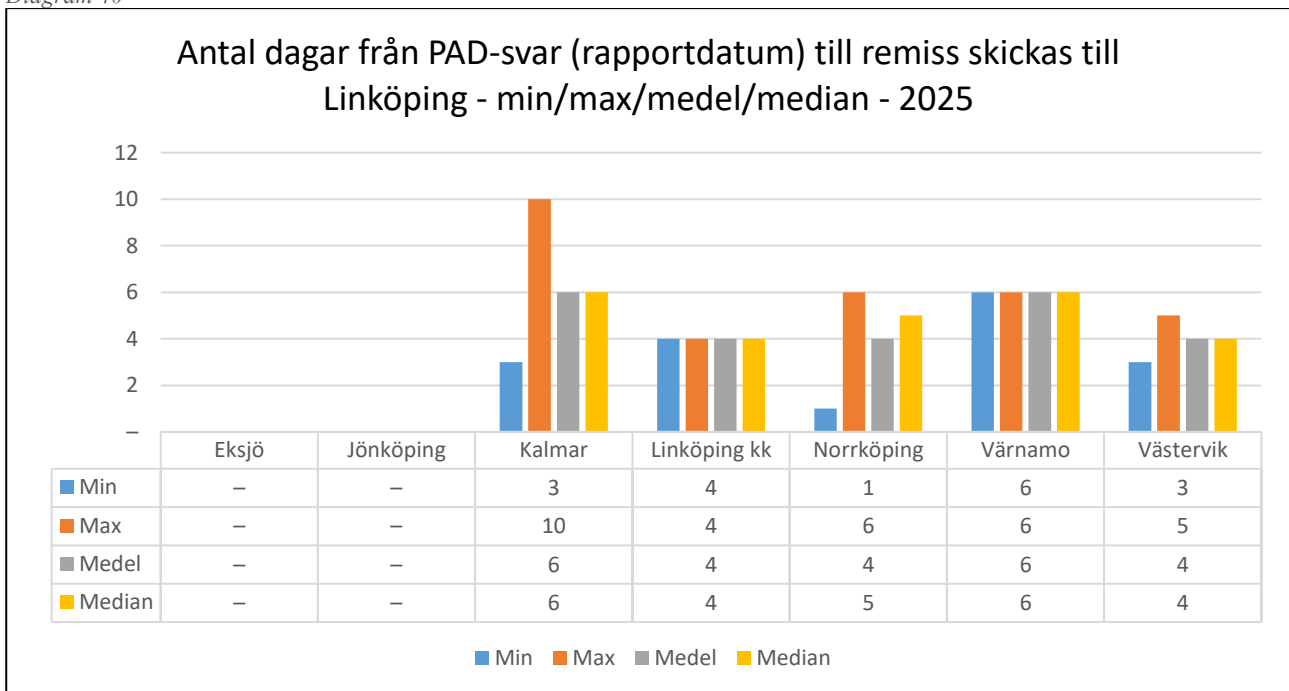


Diagram 41

Kommentar: Vulvacancer drabbar cirka 150 kvinnor i Sverige varje år och 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. I sydöstra regionen har endast ett fåtal patienter fått vård inom stipulerad ledtid sedan SVF infördes 2018.

I senaste versionen av vårdprogrammet för vulvacancer (2024-09-17) har rekommendationen för utredning ändrats från CT torax/buk till ultraljud ljumskar med beredskap för finnålpunktion/biopsi av misstänkta lymfkörtlar för flertalet patienter.

I sydöstra regionen har man ändrat rutinerna sedan 2025-09-01 så att remisser skickas till kvinnokliniken i stället för till gynonkologen vid misstänkt eller verifierad vulvacancer. Tumörkirurg bedömer utifrån remiss med skiss och foto om palpation i narkos kan undvaras och patienten istället direkt kan planeras för "Nationell vulva-MDK" och operation. Förhoppningen är att detta ska kunna korta ledtiden till behandling men det ställer förstås stora krav på informativa remisser. Som hemmaklinik kan man även förkorta ledtiden genom att vid behov parallellt utreda eventuell komorbiditet samt vid tveksamheter i PAD-svaret direkt beställa eftergranskning av referenspatolog i Linköping.

Behandling

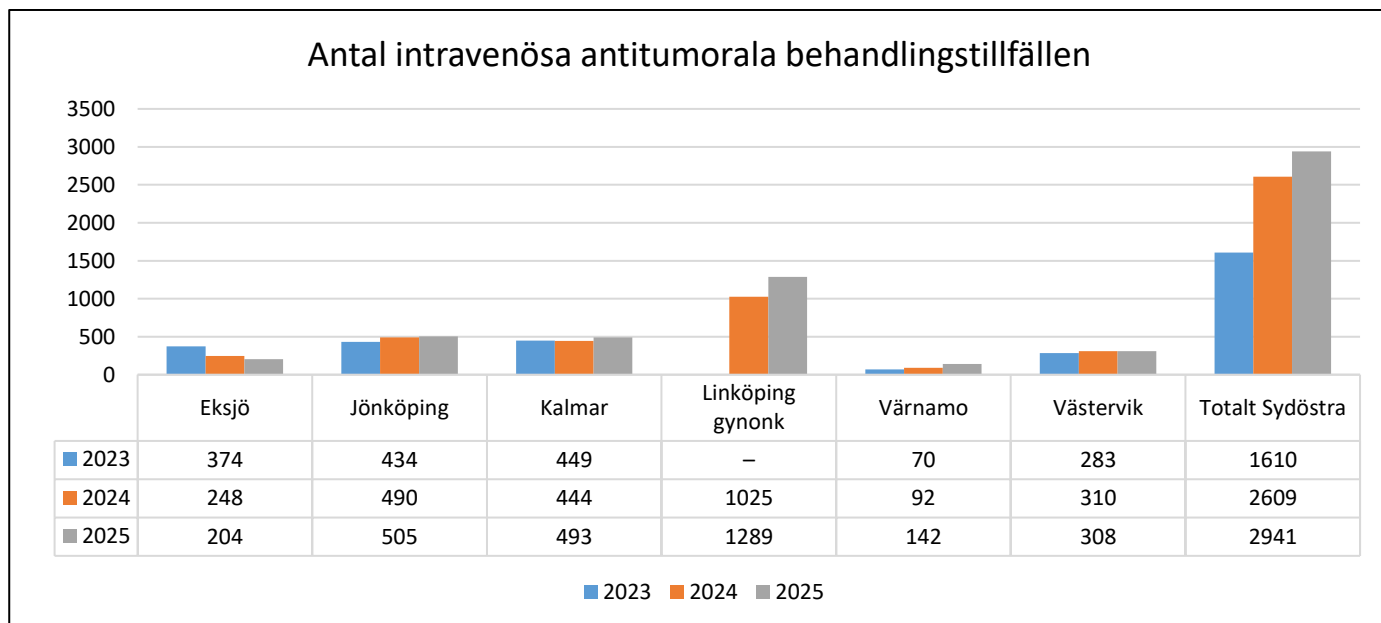


Diagram 26

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

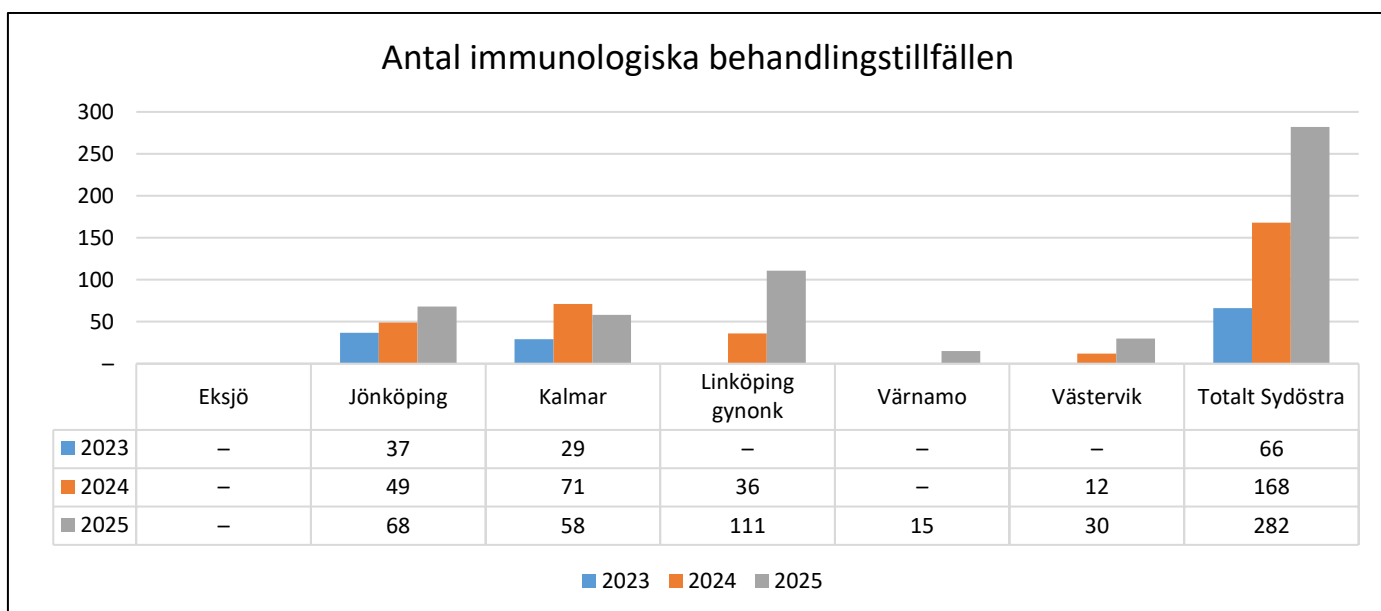


Diagram 27

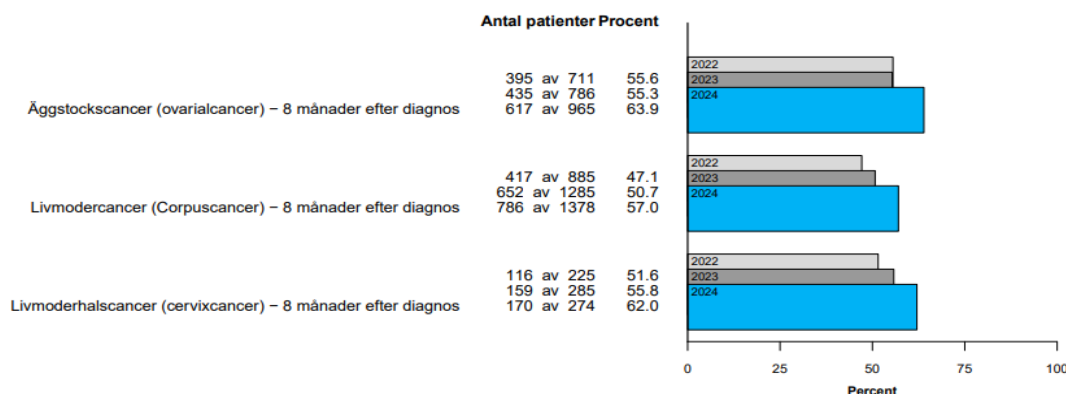
Kommentar: Alla patienter från Östergötland får sin behandling på gynonkologen i Linköping.

PREM-enkät, länk - [PREM-rapport 2025.pdf](#)

Kommentar: Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer (SQRGC) samlar in mätning av patientrelaterade upplevelser (PREM) och livskvalitetsdata (QoL) där PREM-resultaten redovisas i 2025 års PREM-rapport för patienter som behandlats för äggstocks-, livmoderkropp- eller livmoderhalscancer.

Det nya redovisningssättet är en strävan att försöka stimulera till diskussion bland vårdpersonal till hur upplevelsen av den gynekologiska cancervården kan förbättras. Tyvärr är rapporten svårtolkad då det bl. a. inte går att särskilja svaren utifrån vilken behandling patienterna har erhållit. Man kan inte heller se svarsfördelning på kliniknivå.

Svarsfrekvensen har ökat jämfört med tidigare år, men ligger fortfarande på en nivå där samtliga resultat bör tolkas med försiktighet.



Gällande livmoderkropp- och äggstockscancer lyfts samma områden fram som bristfälliga: ”Enkäten visar tydliga brister i information och stöd till patienter med livmodercancer under behandlingsperioden. Fem områden sticker ut med högst andel upplevd brist nationellt, vilket kräver särskild uppmärksamhet. Den största bristen gäller information om uppblåst mage och svårigheter att kontrollera tarmen med 46% av patienterna uppger att de inte fått tillräcklig information. Nästa område är urinvägsbesvär, där 46% av patienterna nationellt upplever bristande information, vilket tyder på att dessa biverkningar ofta förbises i vården.”

Vi anser att denna analys är svårtolkad då frågorna inte ger svar på om kvinnan överhuvudtaget har haft besvär med tarm eller urintömning och om informationen hon fått varit tillfyllest eller bristfällig utifrån detta.

”Stöd vid oro och ångest är ett tredje område med stora brister där 43% av patienterna uppger att de inte fått effektiv hjälp. Det visar på behovet av bättre psykosocialt stöd inom cancervården.

Information om bevarande av sexuell förmåga är också otillräcklig enligt 40% av patienterna, vilket visar att detta känsliga ämne ofta inte hanteras tillräckligt öppet och informativt. Därutöver uppger 40% nationellt att de inte fått effektiv hjälp med sömnproblem, vilket visar att sömnproblem är ett vanligt men underbehandlat problem.”

Dessa områden pekar på förbättringsbehov hos samtliga vårdgivare i Sverige. Samtidigt aktualiseras t. ex. frågan om sexuell funktion/förmåga även senare under vårdförloppet, när patienten är färdigbehandlad och rehabiliteringsprocessen kommer i fokus. Sammanfattningsvis är PREM-enkäten ett viktigt instrument för oss att hitta områden för förbättring av våra vårdkedjor, men i nuvarande form är den svårtolkad utifrån lite för låg svarsfrekvens och lite väl grov redovisning gällande t. ex. kliniktillhörighet och givenbehandling.

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.

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 utbildningstillfällena 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 gynekologer.

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)