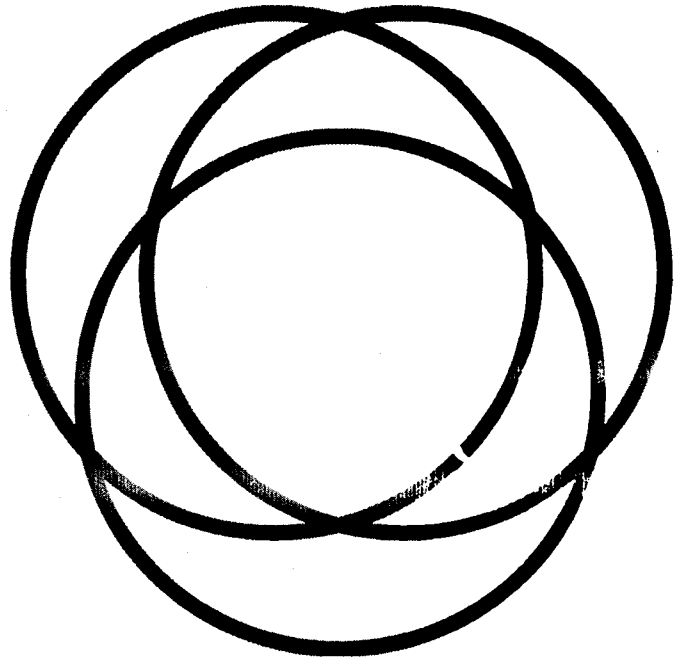


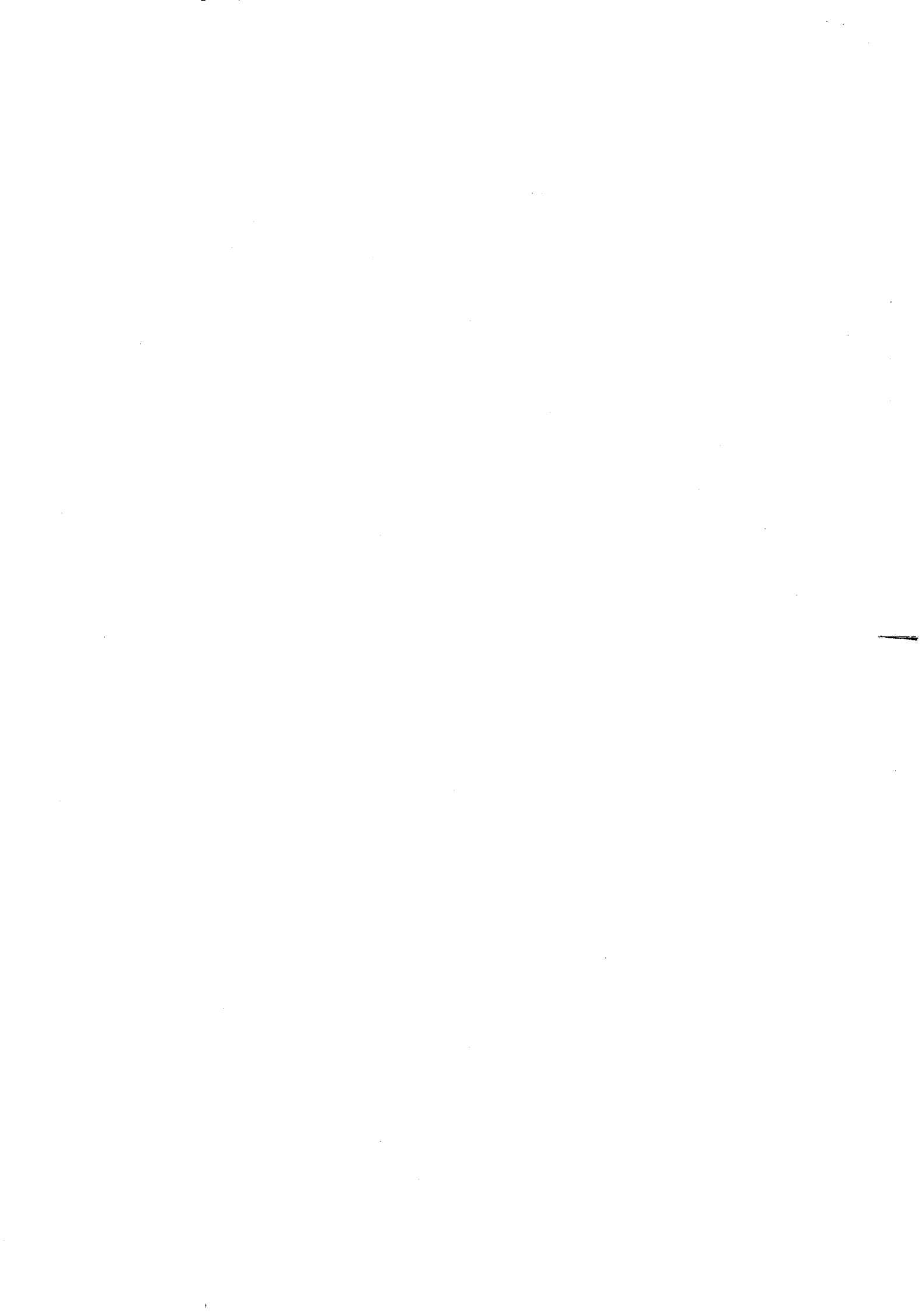
Utkast



Medicinskt Program Arbete
Årsrapport 2002
Programområde
Kvinnosjukvård



Stockholms läns landsting
Beställarkontor vård



Förord

Årsrapporterna från det medicinska programarbetet

Det medicinska programarbetet (MPA) har som ett deluppdrag att beskriva tillståndet i vården i Stockholm en gång årligen. Tack vare att projektet involverar 14 medicinska råd, de 60 specialsakkunniga och 14 vårdsakkunniga i Stockholm, har MPA fått möjlighet att täcka hela sjukvårdspanoramats.

Syftet med årsrapporten är att ge lägesbeskrivningar i termer av behov och efterfrågan i relation till dagens utbud och diskussion om morgondagens möjligheter. En beskrivning av nuläget inom SLL, som utgångspunkt för arbetet med att forma morgondagens hälso- och sjukvård.

Den primära målgruppen för denna årsrapport är politiker/ beställare, ägare/producenter, patientorganisationer men även massmedia och allmänhet får tillgång till rapporterna via WEB-nätverket.

Årsrapporten utgör ett basdokument för de 14 programområdena och ligger till grund för framtida uppdateringar vilka tillkommer genom det medicinska programarbetet. Årsrapporten är således början på ett levande dokument om vården där utgångspunkten är beskrivningen av behov, efterfrågan och utbud.

Årsrapporten byggs upp dels från det arbete som gjorts inom respektive programområde under året, dels från beskrivningar från specialsakkunniga om hur tillståndet är inom patientgruppen/specialiteten/omvårdnaden och dels från andra behovsanalyser som tagits fram inom länet. Rapporten bygger således huvudsakligen på de specialsakkunnigas underliggande rapporter och är en summering ur programområdets synvinkel. Därefter ligger denna rapport, tillsammans med övriga 14 rapporter från programområdena och Årsrapporten från arbetet med kvalitetsutveckling till grund för en övergripande sammanställning från Stockholms Medicinska Råd, där generella och viktiga frågeställningarna lyfts fram.

Årsrapporten utgörs av lägesbeskrivningar som grund för de analyser och förslag som görs i fokusrapporter och regionala vårdprogram.

Programområde Kvinnosjukvård omfattar

Gynekologi, Obstetrik, Reproduktion, Prevention, Onkolog. Rehabilitering, Habilitering.

Programområdets deltagare:

Anders Å:son Berg	Medicinskt Råd; sammankallande
Ingvar Johansson	Sakkunnig i beställarfrågor
Peter Rönnerfalk	Medicinskt beställarsakkunnig
Ingela Wiklund	VÅRDSAK
Lennart Nordström	SPESAK i kvinnosjukdomar
Bo Frankendal	SPESAK i gynekologisk onkologi
Elisabeth Åkrantz	Sakkunnig i beställarfrågor

Februari 2003

Anders Å:son Berg
*Programområde
Kvinnosjukvård och Andrologi*

Kaj Lindvall
Projektledare, MPA

Innehåll

Förord	1
Innehåll	3
Sammanfattning.....	4
Översikt över programområdet.....	7
Obstetrisk vård.....	11
Gynekologisk vård.....	15
Gynekologisk onkologi i Stockholm – Gotland-regionen.	19
Förteckning över rapporter från MPA	23

Sammanfattning

Förlossningsvården

En övergripande målsättning för alla kliniker har under året varit att begränsa hänvisningar av födande kvinnor till förlossningskliniker inom länet, vilket också i stor utsträckning kunnat genomföras.

Med tillskott från den pågående utbyggnaden vid Huddinge Universitetssjukhus och planerad utbyggnad vid Södersjukhuset bör de närmaste två årens förväntade förlossningar klaras, men möjligen kan hänvisningsfrekvensen inom länet stiga igen. Det är brådskande att besluta om ytterligare utbyggnad av kapaciteten för att ta emot 2.000 - 2.500 förlossningar, vilka bör finnas tillgängliga från år 2005. Dagens arbete bör också fokusera på utbyggnad av vårdkedjor mellan mödravårdscentraler och förlossningsenheter.

Gynekologi

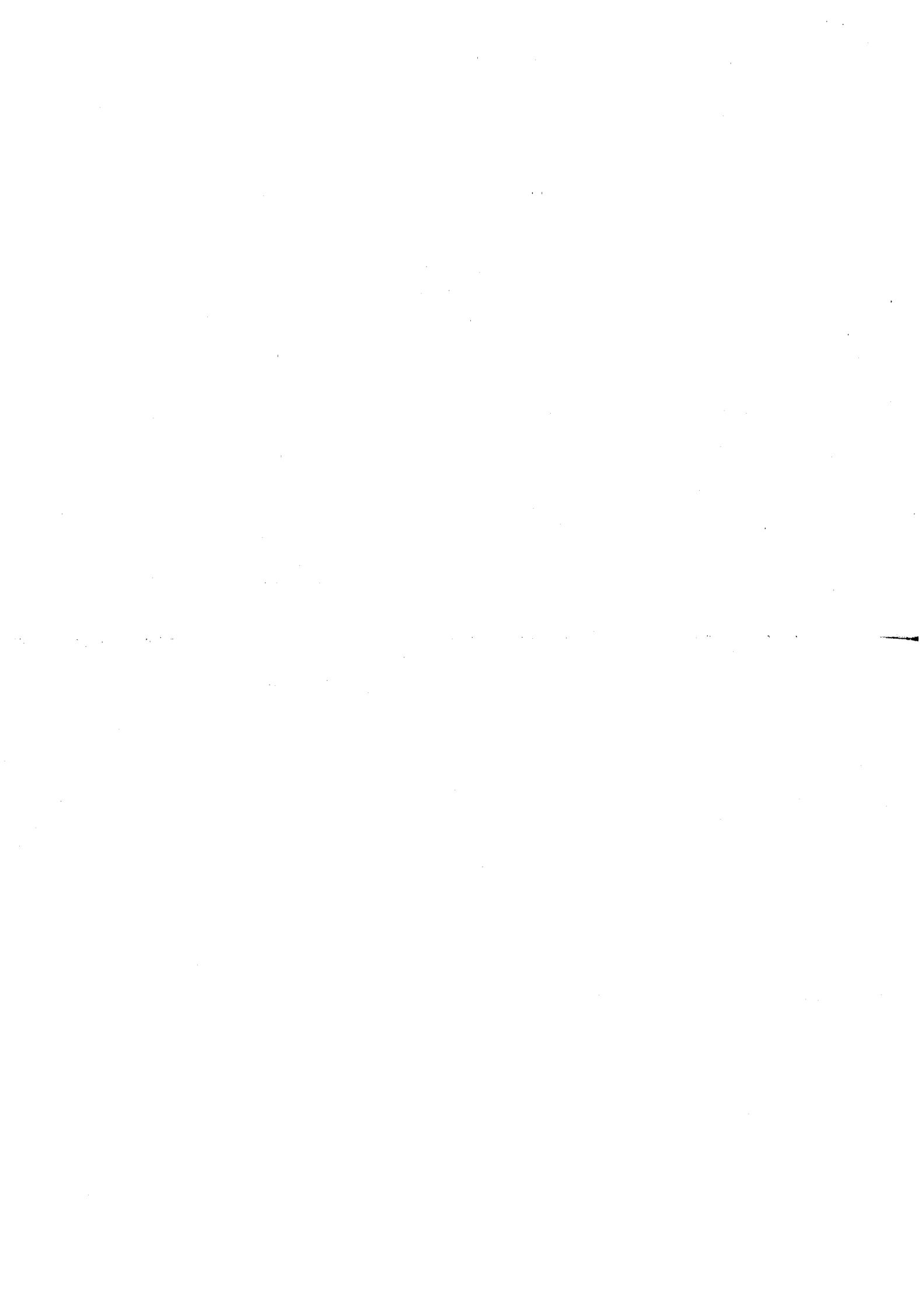
Kvinnosjukvården innefattar hela åldersspektrat från spädbarnsålder till åldrade patienter. Under en stor del av kvinnans liv är gynekologen/obstetrikern den läkare som hon oftast behöver råd och hjälp av. Gynekologisk sjukvård utförs av många producenter från den slutna vårdens kvinnokliniker till öppenvårdsspecialister inom privat- och offentlig regi samt inom primärvården. Statistik föreligger beträffande ett flertal av dessa producenter men när det gäller andelen gynekologisk sjukvård inom primärvården är dessa siffror svåra att erhålla. En stor del av den gynekologiska vården sker sålunda i öppen vård. Enligt olika tillgängliga uppgifter är behovet härvidlag inte tillfredsställt och bristande kapacitet i detta avseende kan delvis avläsas i siffror från gynekologisk akutmottagning där antalet patienter ökar år från år.

Gynekologisk onkologi

Man kan räkna med en ökning av antalet kvinnor som insjuknar med gynekologisk cancer där ändringar i befolkningsstrukturen är en av flera orsaker. Samtidigt botas fler kvinnor med bättre behandlingsmetoder och fler lever längre tid med sin sjukdom. Det psykosociala omhändertagandet behöver förbättras. Brist på välutbildade läkare och övrig personal är ett hot. Ojämn fördelning av resurser inom regionen medför att en del patienter vårdas på fel nivå.

Utebliven registrering/redovisning av behandlingsresultat utgör hinder för utvecklingen.

- Förlossningskapaciteten är tillräcklig; fler platser behövs fr o m 2005
- Bygg vårdkedja MVC-BB-BVC
- Köbildning till prolapsoperation och inkontinensutredning
- Tonårsaborterna ökade med 30% under förra året
- Väntetiden till medicinsk abort är så lång att kvinnor tvingas till kirurgi
- Ökande efterfrågan på IVF; SLL finansierar idag all utredning, men endast 50% av utförd IVF
- Omotiverat täta gynekologiska hälsokontroller behöver inte finansieras av landstinget.



Översikt över programområdet

Anders Å:son Berg, Medicinskt Råd

Programområdet innefattar olika naturliga förlopp samt sjukdomsförlopp inom reproduktionsorganen för både kvinna och man. En speciell del utgörs av obstetrik – läkekonst avseende graviditet och förlossning. Inom programområdet pågår nu omfattande arbete för att förankra och dokumentera medicinska vårdprogram samt olika fokusrapporter, samtidigt som programområdet också lämnar ifrån sig årsrapporter. Ett fokusområde har varit och förblir fortfarande framöver resursproblematiken kring förlossningsvården. Programområdet informerar fortlöpande politiska beslutsfattare om vilka resurser som finns och vilka som bör finnas i framtiden. Medicinska vårdprogram framställs för stora grupper och för närvarande pågår framtagandet av medicinska vårdprogram rörande aborter, infertilitet, klimakterieproblem, gynekologiska infektioner och prolaps i samråd med bl a LÄKSAK. Vårdprogram för normal graviditet, förlossning och eftervård som tidigare färdigställts kompletteras ytterligare och likaledes vårdprogram för urininkontinens. Fokusrapporter är framställda rörande amning och assisterad befruktning (IVF) och pågår rörande tonårspatienter, kejsarsnitt och endometrios.

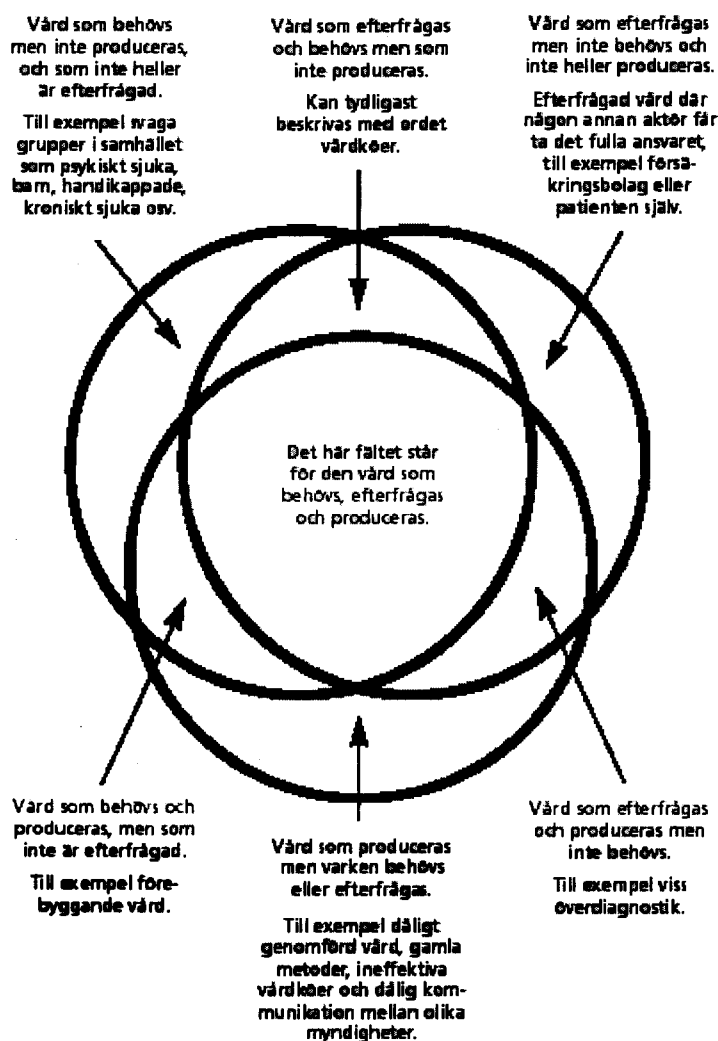
Andrologi

Andrologi är läran om mannens specifika sjukdomar. Området är inte någon egen specialitet men finns en sektion inom Svenska läkarsällskapet. Området omfattar de sjukdomar som är specifika för mannen. De största vårdinsatserna sker på grund av hormonella störningar (bl a hypogonadism), infertilitet och sexuell dysfunktion (bl a impotens). Behandlingen sker till största delen i den öppna vården och specialistsjukvård av gynekologer, endokrinologer och urologer. Andrologiskt centrum vid Karolinska sjukhuset är den enda specialistmottagningen med ca 4000 patientbesök per år. Kommande områden inom det andrologiska fältet är bl a hormonell behandling av den äldre mannen, förfinad diagnostik och behandling av bl a infertilitet, sexuell dysfunktion och längre fram manlig antikonception.

De tre cirkelna (representerande behov, efterfrågan och utbud) som berör behövd vård, efterfrågad vård och producerad vård inom kvinnosjukvården täcker varandra någorlunda väl. Från de sju olika områdena enligt figuren nedan kan följande exempel ges:

Vård som både behövs, efterfrågas och produceras

Här innefattas i princip all våletablerad vård inom obstetrik och gynekologi.



Behövd och efterfrågad vård som inte produceras av SLL

Ett tydligt exempel är de förlossningar som hänvisas utanför SLL på grund av resursbrist. Ett annat tydligt exempel är assisterad befruktning (t ex IVF) där SLL endast står för hela utredning vid infertilitet men endast för 50% av produktionen och behovet är växande. På grund av personalbrist föreligger det väntelista för strålbehandling vid olika typer av malignitet.

Efterfrågad vård som varken behövs eller produceras

Något tydligt exempel är svårt att ange.

Efterfrågad vård som produceras men inte behövs

Ett exempel är av patienter önskade omotiverat täta hälsokontroller.
Ett annat exempel kan vara ultraljud utan medicinsk indikation i tidig graviditet.

Vård som varken behövs eller efterfrågas men produceras:

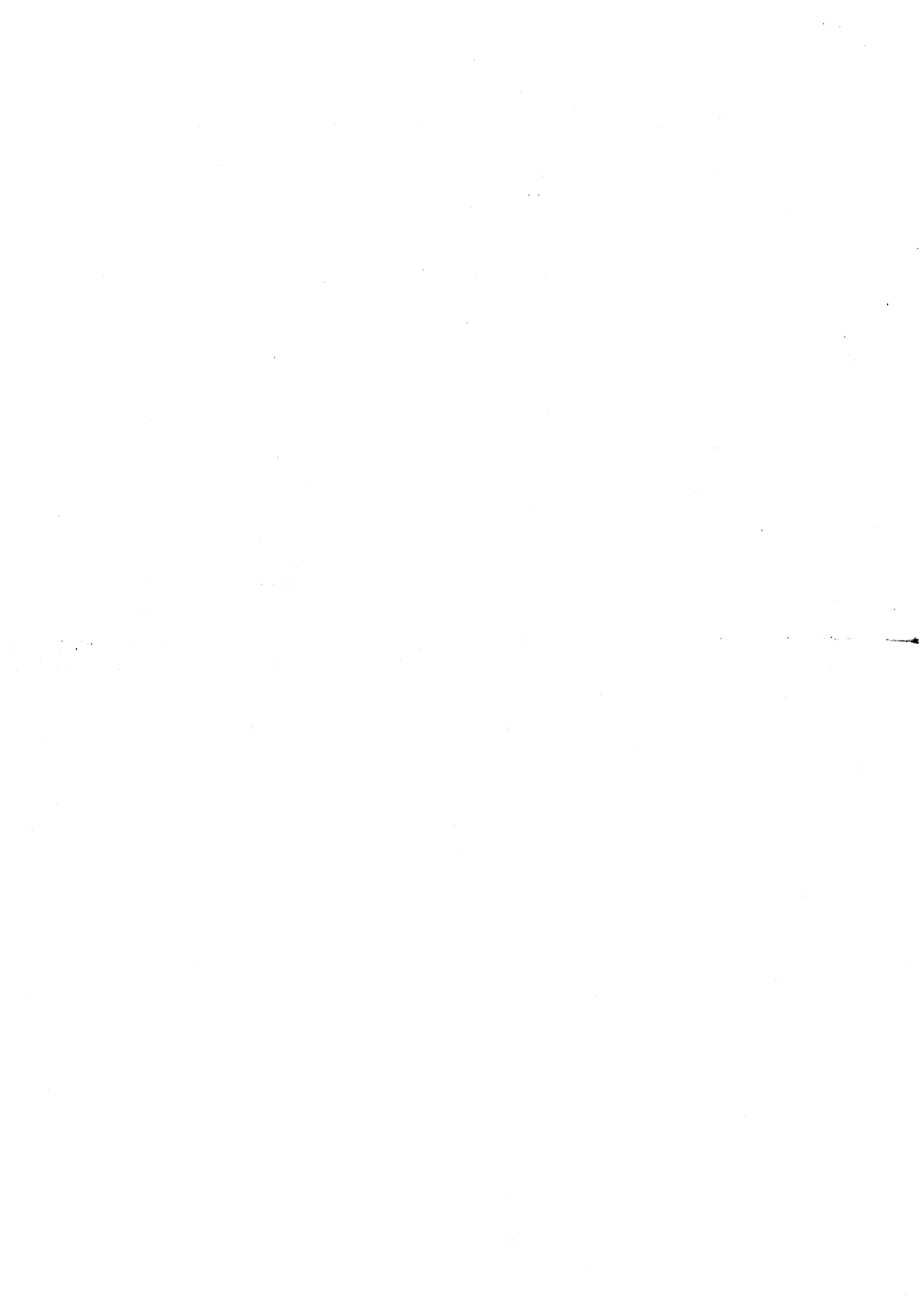
Tydligaste exempel kan vara onödiga dubbelbesök och omotiverade kontroller av tidigare fynd.

Behövd vård som produceras men inte efterfrågas

Exemplet här kan vara smittspårning vid veneriska sjukdomar även om ansvaret oftast ligger på venerologiska kliniken.

Behövd vård som varken efterfrågas eller produceras

Något tydligt exempel är svårt att ange.



Obstetrisk vård

Lennart Nordström, SPESAK i obstetrik

Dagens produktion och producenter

Vård av gravida sköts i allmänhet av mödravårdscentraler i länet, av vilka en stor andel under året privatiserats. Ett undantag från detta är ABC-kliniken vid Södersjukhuset som har sammanhållen för-, förlossnings- och eftervård, och som bedriver sin förvård i lokaler på sjukhuset. Ett begränsat antal mödravårdscentraler har haft samarbetsavtal med BB Stockholm och dessa inskrivna (okomplicerade graviditeter) har haft ”garanterad förlossningsplats”, förutsatt att graviditeten fortsatt varit normal. Vid komplicerad graviditet konsulteras vanligtvis specialistvårdsmödravårdsenheter vid de stora förlossningsklinikerna eller specialist i obstetrik och gynekologi inom privata öppenvårdsenheter. Vid komplikation under graviditet som föranleder slutenvård inlägges kvinnorna på antenatalavdelningar vid de fem förlossningsenheterna; Danderyds sjukhus, Huddinge Universitetssjukhus, Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus. Rutinmässiga ultraljud under graviditet är i allmänhet utförda vid avdelningar knutna till kvinnoklinikerna eller utförda av utbildad personal vid mödravårdscentraler eller specialistläkarmottagningar.

Under år 2002 födde kvinnor skrivna inom SLL 23 114 barn, vilket var en ökning med 1749 (8,3%). Av dessa föddes 400 barn i Uppsala under året, vilket är en minskning med 50 (15%) jämfört med året innan. Tabell 1 sammanfattar produktion och hänvisningar för de olika sjukhusen för år 2001 och 2002.

Tabell 1 Antal förlossningar och hänvisningar inom SLL år 2001 och 2002. Hänvisningar beräknas som andel av antal förlossningar+hänvisningar (%)

Sjukhus	2001		2002	
	Antal förlossningar	Antal hänvisningar (%)	Antal förlossningar	Antal hänvisningar (%)
BB Stockholm	246*		2044	2,8
Danderyds sjukhus	5650	12,1	4891	8,3
Huddinge sjukhus	4020	6,1	4080	8,3
Karolinska sjukhuset	4614	9,7	4999	10,9
Södertälje sjukhus	1739	1,6	2017	3,5
Södersjukhuset + ABC	4696	15,7	4685	10,5
Uppsala			400	
Totalt	20 965	10,4	23 114	8,5

*Startade i begränsad omfattning 1/10 -01, i full verksamhet sedan 4/3-02.

Den första oktober 2001 startade BB Stockholm på Danderyds sjukhus, en avdelning för gravida kvinnor med normal graviditet och förväntad normal förlossning. Sedan mars 2002 har full kapacitet nyttjats på denna avdelning, vilket medfört ett kapacitetstillskott inom SLL på c:a 200 förlossningar per månad. Hänvisningar för kvinnor med begynnande förlossningsarbete har skett i något sjunkande omfattning under året och innefattat 8,8% (2200) av de födande kvinnorna, jämfört med 10,4% (2436) år 2001. Arbetssituationen vid förlossningsavdelningarna har förbättrats under året, vilket delvis avspeglas i sjunkande andel hänvisningar. En **övergripande målsättning** för alla kliniker har under året varit att **begränsa hänvisningar av födande kvinnor till förlossningskliniker inom länet**, vilket också i stor utsträckning kunnat genomföras. Registrerade utomlänshänvisningar på grund av platsbrist på förlossningsavdelningarna har under året varit 50 st (?).

Dagens och morgondagens vårdbehov

Statisticon AB har på uppdrag av regionplane- och trafikkontoret (RTK) framtagit en befolkningsprognos för århundradets första decennium. Från denna har man skattat en ökning av antal födande kvinnor inom SLL till 500 per år. Prognosen bygger på fler osäkra faktorer, där särskilt fertilitetsstalet (antal barn varje fertil kvinna kommer att föda) är den mest osäkra. Under innevarande år har emellertid den förväntade ökningen varit drygt tre gånger högre än förväntat (+1749)! Huruvida ökningstakten kommer att vara fortsatt så hög vet vi inte idag.

På grund av kapacitetstillskottet från BB Stockholm, en viss utbyggnad vid Huddinge Universitetssjukhus samt interna strukturförändringar på övriga kliniker har det ökande förlossningstalet dock kunnat hanteras tillfredsställande. Under året har dessutom beslut tagits vid Södersjukhuset AB om inrättande av en ny förlossningsenhet för 1200 födande kvinnor med normal graviditet. Denna verksamhet ska bygga på team-vård med kontinuitet till lokal och grupp av personal samt en vårdideologi med stärkande av kvinnans tilltro att själv föda sitt barn. Utbyggnaden beräknas vara klar till januari 2004 och ger ett totalt tillskott för SLL med 500 förlossningar per år. Tabell 2 visar skattad förlossningskapacitet inför 2003. Att notera – den skattade kapaciteten bör innefatta en **överkapacitet på ca 10%**, för att möjliggöra en begränsning i antalet kvinnor som hänvisas till annan förlossningsklinik. Om vi förutsätter en fortsatt högre förlossningsökning än vår grundprognos (+500/år) kan vi förvänta att år 2003 kommer 24.000 kvinnor att föda inom SLL. För år 2004 är motsvarande siffra 24.500. Mot denna bakgrund kan vi förvänta att befintliga enheter måste utnyttjas maximalt de kommande åren. Det finns även en risk att andelen hänvisningar återigen kan öka.

Tabell 2 Prognosticerad förlossningskapacitet inom SLL för år 2003.

Sjukhus	2003	2004
BB Stockholm	2300	2300
Danderyds sjukhus	5400	5400
Huddinge sjukhus	4800	4800
Karolinska sjukhuset	5000	5000
Södertälje sjukhus	2400	2400
Södersjukhuset + ABC	5000	5500*
Uppsala	400	400
Totalt	25 300	25 800

”Storken”, en ny normalförlossningsenhet beräknas starta jan-04, och ersätter då ABC-enheten

Det finns en samstämmig syn mellan beställare och producenter i att stärka vårdkedjan. Utöver dagens arbetande vårdkedjor vid ABC-kliniken och BB Stockholm har även Skanstulls MVC inrättat rotationstjänster, där fyra barnmorskor per enhet en dag i veckan byter arbetsuppgift mellan förlossnings- och MVC. Från både politiskt håll och från professionen finns intentioner att vidareutveckla vårdkedjearbetet så att MVC knyter samarbetssamtal med förlossningskliniker och att man ”garanteras förlossningsplats” utifrån denna vårdkedja. På detta sätt bör man kunna reducera hänvisningar till en minimal nivå, även om det sannolikt inte är önskvärt att helt avskaffa dessa. I extrema belastningssituationer kan en policy helt utan hänvisningar inom länet leda till otillfredsställande vårdkvalitet och möjligen också påverka den medicinska säkerheten. Dagens ”slutansvar” att ordna en förlossningsplats bygger på kvinnans bostadsadress (områdesansvar) bör då ersättas av en ”garanterad förlossningsplats” på den förlossningsklinik som tillhör vårdkedjan kvinnan valt. Har denna avdelningen fullt har denna klinik ett ansvar att ordna hänvisning till annan förlossningsklinik. Att undvika hänvisningar utanför länet p g a brist på förlossningsplatser bör även i fortsättningen vara ett övergripande mål.

För att kunna möta det ökande behovet av förlossningskapacitet samtidigt som vi vet att det finns brist på personal, framför allt barnmorskor, har det under året diskuterats att förstärka eftervård med andra personalkategorier. I samråd mellan länets kvinnokliniker planeras under våren 2003 en gemensam basutbildning för alla undersköterskor som arbetar inom förlossningsvården, så att de får en gemensam och bredare kompetens för att tjänstgöra på eftervårdsavdelningar.

I ett längre perspektiv finns behov av ytterligare resursförstärkning till förlossningsvården. Det är inte troligt att man kan öka kapaciteten vid befintliga förlossningskliniker i tillräcklig omfattning. Sannolikt bör en ny förlossningsklinik för c:a 2500 förlossningar per år inrättas från år 2005. Ny kapacitetsutbyggnad av förlossningsvården bör innefatta resurser för både normala och komplicerade förlossningar (ett tvärsnitt av befolkningen).

Kvalitetsindikatorer och vårdprogram

Mödrahälsovård och förlossningsvård har sedan tidigare väl utbyggda rapporteringssystem för kvalitetsindikatorer, med årlig rapportering till svensk Gynekologisk Förening (SFOG) och Socialstyrelsen (SoS). Under året har ett vårdprogram för normal förlossning tagits fram inom arbetet för det medicinska programarbetet (MPA). I detta har kvalitetsindikatorer definierats för hela vårdkedjan - graviditet- förlossning- eftervård - vilket också inkluderar kvalitetsindikatorer för ultraljudsundersökningar. AMSAK har därtill tagit fram ett vårdprogram för amningsrådgivning och amningskomplikationer. Inom programarbetet pågår också arbete med en fokusrapport om kejsarsnitt.

Utvecklingsområden

Som tidigare nämnts har kontinuitet i vårdkedjan lyfts fram. Ett flertal projekt pågår för att förstärka detta och för att knyta MVC och förlossningskliniker till varandra. En effektiviserad eftervård, med polikliniserad vård vid tidig hemgång samt hembesöksverksamhet, har också testats i nya former under året. Därtill har de flesta sjukhus idag datoriserade journaler och en utbyggnad av journalföring inom mödravården pågår vilken förbättrar tillgänglighet och adekvat informationsutbyte. Arbetsgrupper inom medicinska programarbetet bidrar också för samsyn av vården mellan olika enheter, vilket också bidrar till optimering av kapacitetsutnyttjandet. Försök med att använda en internet-baserad beläggningsportal har gjorts, men bedömts mindre användbar då förändringar i beläggning är snabba och en individuell resursbedömning behöver göras när patient kan intas på förlossningsavdelningen. I samråd mellan kvinnosjukvård och neonatalsjukvården har rutiner vid tidig hemgång förändrats och förenklats. Rutiner för barnläkarundersökning av de nyfödda kommer att revärdas genom barnläkarföreningens neonatalsektions försorg.

Framtida viktiga frågor

Från dagens horisont är ett beslut om fortsatt utbyggnad av förlossningsvården brådskande. I förlängningen av detta ligger förbättring av arbetsmiljön på alla kliniker så att personalen orkar arbeta kvar och kan genomföra alla de utvecklingsprojekt som initierats och som kommer att leda till förbättrad kvalitet i hela vården vid graviditet och förlossning.

Gynekologisk vård

Anders Å:son Berg, Medicinskt råd

Behov, efterfrågan , utbud och dagens producenter

Kvinnosjukvården handlägger olika fysiologiska respektive sjukliga förändringar rörande kvinnans reproduktionsorgan. I barnlöshetssammanhang innefattas även mannen som patient inom kvinnosjukvården. Kunskap om mannens reproduktionsstörningar innefattas inom ämnesområdet andrologi.

Kvinnosjukvården innefattar hela åldersspektrat från spädbarnsålder till åldrade patienter. Under en stor del av kvinnans liv är gynekologen/obstetrikern den läkare som hon oftast behöver råd och hjälp av.

Gynekologisk sjukvård utförs av många producenter från den slutna vardens kvinnokliniker till öppenvårdsspecialister inom privat- och offentlig regi samt inom primärvården. Statistik föreligger beträffande ett flertal av dessa producenter men när det gäller andelen gynekologisk sjukvård inom primärvården är dessa siffror svåra att erhålla. Därtill kommer en till omfattningen icke känd produktion av gynekologisk sjukvård på mottagningar som ej är anslutna till sjukvårdsområdenas ersättningsystem.

De sista 10 åren visar på ett minskat behov av gynekologiska vårdplatser beroende på kortare vårdtider bl a p g a ändrad operativ teknik men också på förändrade sjukdomspanorama. En stor del av den gynekologiska vården sker sålunda i öppen vård. Enligt olika tillgängliga uppgifter är behovet härvidlag inte tillfredsställt och bristande kapacitet i detta avseende kan delvis avläsas i siffror från gynekologisk akutmottagning där antalet patienter ökar år från år. Det tänkta omhändertagandet inom primärvården avseende dessa patienter förefaller inte fungera optimalt men som ovan sagts är siffror inte möjliga att erhålla.

Antalet registrerade vårdtillfällen som genomförts vid slutenvårdsklinikerna har framtagits för perioden juli 2001 till juni 2002 för att få helårssiffror. Det totala antalet inläggningar vid slutenvårdsklinikerna var då 11.727 varav 48% (5.642) var akuta inläggningar. Under hela år 2001 var antalet inläggningar 11.833 varav de akuta inläggningarna utgjorde 48%. Någon väsentlig skillnad föreligger sålunda ej.

Den största producenten har regelmässigt Södersjukhusets kvinnoklinik varit följt av Karolinska sjukhuset, Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus samt därefter Södertälje sjukhus i likhet med föregående år. Detaljsiffrorna framgår av nedanstående tabell.

Juli 2001 - Juni 2002

	Siv akut	Siv elektiv	Öv akut	Öv elektiv	Dagsjv akut	Dagsjv elektiv
Sophiahemmet		252				261
Sabbatsberg Närsjukhus		3	3 319	4 857	2	353
Proxima AB		147	62	10 388	13	1 938
Gynekologkliniken i Stockholm AB	77	883	2	12 176		237
Sergelkliniken Handen AB			89	4 550	1	98
Dalens Närsjukhus			232	3		
Järva Närsjukhus			1 576	1 891		
Produktionsområden			27	9 683		
Nordöstra sjukvårdsområdet			0	975		
Södersjukhuset AB	1 983	1 248	6 348	12 055	5	1 473
Södertälje sjukhus	334	626	3 291	17 419	11	915
Norrtälje sjukhus AB		52	287	6 943		344
Karolinska sjukhuset	1 505	1 042	9 550	49 732		1 412
Danderyds sjukhus AB	915	921	6 141	12 202	91	2 796
Huddinge Universitets- sjukhus AB	828	911	2 345	24 616	25	3 494
	5 642	6 085	33 269	167 490	148	13 321

Varav telefonkontakter

944 23 517

Sluten vård - samtliga vårdtillfällen

Öppen vård - samtliga registreringar exkl b-typ 3,5,7 samt exkl typ I och E.

Uppgifter hämtade ur VAL-databasen

När det gäller producerade öppenvårdsbesök är statistiken enligt ovan angivna omständigheter väsentligen osäkrare. Besök registrerade i VAL-databasen föreligger i ovanstående tabell och uppgår totalt till 214.228. Denna siffra förutsätter ett exkluderande av en del besökstyper som t ex telefonbesök mm. Med samma urvalsprincip för hela år 2001 föreligger 213.351 besök.

Till ovanstående öppenvårdsbesökssiffror tillkommer registrerade besök utfört av privata specialister i ARV. Den tillgängliga aktuella statistiken omfattar nu besök under år 2001. Här föreligger 338.608 registrerade besök med en angiven totalkostnad för landstinget på 171.497.052 kr. 104 registrerade privata läkare har genomfört ovanstående besök.

Andelen dagkirurgi ökar och här är den största producenten Huddinge Universitetssjukhus AB följt av Danderyds sjukhus AB, Proxima AB, Södersjukhuset AB, Karolinska sjukhuset och Södertälje sjukhus. Denna ökade volym dagkirurgi har löst mycket av köproblemen inom den gynekologiska sjukvården. Svårigheten är att ersättningsnivåerna är alldeles för låga där t ex laparoskopisk salpingooforektomi (borttagande av äggledare och äggstockar) ersätts med 6.781 kr genom dagkirurgin mot en beräknad självkostnad av

15.200 kr . För att medföra den ur patientsynpunkt önskade förändringen till dagkirurgiska ingrepp krävs förändringar i ersättningssystemet.

Under år 2001 utfördes vid sjukhus och av privata vårdgivare i länet 8929 aborter jämfört med 8.739 år 2000. Under första halvåret 2002 har aborttalen ökat ytterligare med 5% jämfört med samma period under förra året. Detta motsvarar då en ökning med 201 aborter. Tonårsaborterna (aborter på kvinnor upp t o m 19 år) i Stockholms läns landsting ökar med 30% jämfört med motsvarande period för 2001, från 558 till 727 aborter. Denna ökning är oroande.

Vårdprogram och vårdkedjor

Inom svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) föreligger sedan många år ett riksomfattande arbete i olika arbetsgrupper när det gäller olika vårdprogram och kvalitetsindikatorer för gynekologisk sjukvård. Dessa vårdprogram används med lokal applikation av alla slutenvårdskliniker inom SLL. Det föreligger även olika försök till samarbetsmodeller mellan primärvård och slutenvård så att adekvata vårdkedjor kan upprättas.

Kvalitet i vården

Inom SLL följs sedan tidigare väsentligen fyra kvalitetsindikatorer rörande gynekologisk sjukvård. Dessa är blödningsmängd vid hysterektomi vid benign diagnos (borttagande av livmoder), perforation vid utförande av vakumexeres (tömning av livmodern vid abort), reoperation under vårdtillfället samt postoperativ infektion vid laparotomi på benign indikation. Därtill föreligger ett antal olika register från Socialstyrelsens centrala diagnosregister till centrala kvalitetsregister vid laparoskopisk kirurgi och ultraljudsverksamhet. Några samlade siffror finns ej tillgängliga vid denna rapportens skrivande.

Framtida medicinska tekniska möjligheter

Preventionsmetodik när det gäller graviditeter i form av t ex P-piller, lågdosgestagena inlägg av olika slag, spiral etc är här för att stanna och fortlöpande utveckling sker. Dom olika metoderna har dramatiskt ändrat sjukdomspanoramata inom kvinnosjukvården beroende bl a på P-pillers förmåga att dämpa aktiviteten i äggstockarna och där vi således ser mycket färre äggstockscystor och minskning av antalet operationer rörande cystor. Tillgång till preventivmedelsteknik och snabb rådgivning är utomordentligt viktig för att hålla aborttalen så låga som möjligt. Det påbörjade och väl genomförda arbetet med ungdomsmottagningarnas utveckling måste fortsätta och utvidgas ytterligare.

Operationstekniska möjligheter framförallt i form av endoskopisk kirurgisk utveckling har förändrat mycket av dom operativa rutinerna inom gynekologin. Denna teknik har använts av gynekologerna huvudsakligen för att genomföra diagnostiska ingrepp tidigare men också för steriliseringsoperationer. I och med

videoteknikens utveckling kan man nu operera så gott som alla gynekologiska ingrepp endoskopiskt vilket har medfört kortare vårdtider för patienterna och också kortare sjukskrivningsperioder. Fortsatt teknisk utveckling föreligger. När det gäller vaginala ingrepp p g a framfall (prolaps) eller urininkontinens har även nya tekniker medfört kortare vårdtider och när det gäller inkontinens möjlighet att genomföra ingreppet polikliniskt i stor utsträckning.

I en fokusrapport avseende assisterad befruktning visas att det inom en snart framtid finns ett sannolikt behov av 3000 – 4000 stimulationscykler för IVF per år. Detta gäller om dagens begränsningar – övre åldersgräns 38 år, inga gemensamma barn tidigare, ett till tre försök erbjuds – skall gälla. Under år 2001 har fyra stora producenter varit verksamma inom SLL. Dessa är: Huddinge Universitetssjukhus AB, Reproduktionsmedicinskt centrum (RMC); Karolinska sjukhuset, Gynekologiska mottagningen; S:t Görans sjukhus och Fertilitetsmottagningen, Sophiahemmet. Tillsammans har dessa enheter under 2001 startat 2600 IVF cykler inom SLL. Tillgänglig kunskap talar för att c:a 400 SLL patienter har sökt utanför länet.

Ultraljudstekniken fortsätter att utvecklas för många ändamål och så även inom gynekologin. Nytt kunnande och ny teknik tillfogas hela tiden.

Under de senaste 10 åren har östrogenbehandling av kvinnor i klimakteriet blivit allt viktigare. Fortlöpande pågår forskning om för- och nackdelar men fördelarna är uppenbarligen av den karaktären att en mycket stor patientgrupp kommer att behöva tillgång till gynekologisk kompetens för ställningstagande till någon form av östrogenbehandling framöver. Arbete med ett medicinskt programarbete för östrogenbehandling pågår.

Gynekologisk onkologi i Stockholm – Gotland-regionen.

Bo Frankendal, SPESAK

Bakgrund

Under 2001 rapporterades 599 nya fall av gynekologisk cancer vilket är en ökning från 580 fall under år 2000. Till dessa ska räknas 45 fall av cancer spridd i bukhålan där man ej säkert kan ange var canceren startat men där man väljer att behandla dem som gynekologiska cancersjukdomar.

Cancer i livmoderhalsen har 2001 ökat till 120 nya fall från 80 föregående år. Den tidigare minskningen av denna cancerform som satts i samband med införande av gynekologiska cellprovtagningar tycks ha bromsats upp. Diskussioner pågår angående effektivisering av dessa provtagningar samtidigt som studier har startats för att utreda möjligheter att vaccinera mot HPV (humant papillomvirus). Detta virus har betydelse för utveckling av flertalet fall av livmoderhalscancer. Magnetkamera (MRT) har medfört mer exakt kartläggning av tumörutbredning som medfört bättre anpassning av terapin. Exempelvis har kirurgiska metoder med organsparande ingrepp i enstaka fall kunnat medföra att kvinnor kan behålla sina möjligheter att bli gravida och föda barn. Samtidigt får fler kvinnor cytostatikabehandling i kombination med strålbehandling. Detta medför krav på ökade insatser men kommer sannolikt att öka chanserna att kureras fler kvinnor

Cancer i livmoderkroppen fortsätter att vara den vanligaste gynekologiska cancerformen med 231 nya fall under 2001. Enklare diagnostiska åtgärder ersätter fraktionerad abrasio vilket innebär stora vinster. Vaginalt ultraljud har blivit en rutinmetod i samband med gynekologiska undersökningar och medfört mer exakt diagnostik. Kartläggning av tumörutbredning utanför livmodern med datortomografi (CT) och MRT ökar. Flera studier om strålbehandlingsrutiner pågår i Sverige och förväntas medföra omläggning av behandlingsrutinerna under de närmaste åren.

Äggstockscancer är den näst vanligaste gynekologiska cancerformen. Den har samtidigt den allvarligaste prognosen. Under åren har dock prognosen långsamt förbättrats. Det beror delvis på centralisering av cancerkirurgin till de två universitetsklinikerna inom regionen och delvis på en utveckling mot mer effektiva cytostatika. Mycket utvecklingsarbete återstår. Man vet således inte än om den mer radikala kirurgin som tillämpas i framförallt angloamerikanska länder medför bättre behandlingsresultat än den svenska modellen. Man vet inte heller vilka cytostatikakombinationer som ger de bästa resultaten eller om de utnyttjas på bästa sätt. Den snabba utvecklingen inom molekylärbiologin har

ännu ej medfört några kliniska tillämpningar men man räknar med att så kommer att ske inom den närmaste tioårsperioden.

Behov, efterfrågan, utbud och dagens producenter

Man kan räkna med att de gynekologiska cancersjukdomarna kommer att fortsätta att långsamt öka i antal under den närmaste femårsperioden. I de flesta fall debuterar tumörsjukdomarna med gynekologiska symtom och patienterna söker sig till gynekologer inom offentlig och privat vård. Flertalet kvinnor i Sverige är idag väl informerade om de symtom som kan orsakas av elakartade gynekologiska sjukdomar och söker i tidigt skede. Undantag utgör äggstockscancer där symtomen ofta är smygande och ospecifika. Alltjämt finns en grupp av kvinnor som inte söker läkarvård trots alarmerande symtom. Även om det finns en oro för att resurserna inte kommer att räcka till så blir det stora flertalet omhändertagna inom rimlig tid. De diagnostiska resurserna i form av CT, MRT och ultraljudsutrustningar är i regionen relativt väl tillgodosedda.

Centralisering av det kirurgiska omhändertagandet med relativt få specialutbildade läkare och sköterskor medför stora fördelar i form av bättre behandlingsresultat. Samtidigt finns det en oro för att verksamheten kan ta skada då det rör sig om få personer och att det lätt kan uppstå brist på dessa personer. På initiativ av svensk gynekologisk förening har specialutbildning startats i Sverige av gynekologiska cancerkirurger.

Cytostatikabehandling, strålbehandling och uppföljning sköts av specialister inom gynekologisk onkologi vid Radiumhemmet. Denna modell har stått sig väl vid internationella jämförelser. Även här finns ett hot att störd rekrytering skulle kunna leda till en bristsituation. En utredning pågår där man föreslagit att specialiteten gynekologisk onkologi ska tas bort och farhågor finns att ett sådant förslag skulle medföra allvarliga rekryteringsproblem.

Antal strålbehandlingsutrustningar inom regionen anses vara tillräckliga men brist på specialutbildad personal för att sköta apparaterna är ett hot mot verksamheten. En intensifierad utbildning har startats så man hoppas att problemen ska kunna lösas inom de närmaste åren.

Även cytostatikabehandlingarna är centraliserade till ett fåtal enheter vilket motiveras av riskerna med att hantera dessa medel. En kontinuerlig utbyggnad pågår av verksamheten med hänsyn till säkerhetsproblemen.

Den gynekologiska cancersjukvården är under mycket snabb utveckling och idag saknas i regionen bra förutsättningar för att implementera nya kunskaper snabbt. Onkologiskt centrum i samarbete med de gynekologiska cancerexperterna skulle kunna leda en sådan utveckling. Det krävs dock en satsning på detta område.

Vid enkäter har patienter med cancersjukdomar framfört två önskemål: inga onödiga väntetider från diagnos till behandling och patient – läkare/personal-kontinuitet. I regel har kravet på väntetider kunnat tillgodoses. Många

människor kan dock ha svårt att acceptera de medicinskt motiverade tidsintervaller som finns. Däremot har det varit svårt att tillgodose önskemål om patient - läkarkontinuitet. En modell där patienten delas av ett team bestående av två eller tre läkare samt flera sköterskor tillämpas, men ett fortlöpande arbete pågår för att förbättra verksamheten på detta område.

Vårdprogram

Det finns vårdprogram i regionen för livmoderhalscancer, blygdcancer och slidcancer som framtagits 2002 och under 2003 kommer vårdprogram för övriga gynekologiska cancersjukdomar att finnas tillgängliga. Vårdprogrammet för livmoderkroppscancer är under tryckning medan programmet för äggstockscancer och äggledarcancer kommer att slutdiskuteras i mars 2003. Man kan förvänta sig att dessa vårdprogram kommer att bidra till att utredning och diagnostik kommer att ske på ett adekvat sätt.

Kvalitet i vården

Sedan cirka 40 år har det funnits en internationell organisation där man jämför behandlingsresultat vid gynekologisk cancer. Tidigare fanns sekretariatet i Stockholm. Det är av basal betydelse att man fortlöpande kan redovisa regionens resultat i form av recidivfri överlevnad, total överlevnad och behandlingsbiverkningar. En förutsättning är att man noga kartlägger varje enskild patients cancer med hänsyn till hur avancerad den är, hur aggressiv den är och hur den växer. Det saknas idag resurser för detta mycket omfattande arbete. En diskussion pågår hur man bäst ska kunna genomföra registreringarna och uppföljningarna. Samtidigt krävs registrering av biverkningar som delvis pågår som forskningsprojekt. I regionen finns resurser för psykiskt omhändertagande även om denna verksamhet inte är utbyggd. Även här behövs resurser för att registrera så man kan få en grund för vilka åtgärder som är mest adekvata och effektiva.

Omvårdnadsfrågor har tidvis haft framskjuten plats i regionen när det gäller kvinnor med gynekologisk cancer. Även här behövs en satsning på personella resurser.

Vårdkedjorna spelar stor roll när det gäller patienter med cancersjukdomar. En fortsatt bevakning av att dessa kedjor fungerar och fortsätter att byggas ut är av central betydelse.

Utvecklingsområden

Det är önskvärt att satsa på:

Bättre implementering av nya diagnosmetoder och behandlingsmetoder i vården.

Registrering av behandlingsresultat i form av överlevnad och behandlingsbiverkningar.

Säkring av läkar- sjuksköterskerekrytering till den gynekologiska cancersjukvården.

Fortsatt omvårdnadsutveckling och vårdkedjor.

Framtida medicinska och tekniska möjligheter och viktiga frågor

Den viktigaste frågan gäller att tillse att den gynekologiska cancersjukvården får möjlighet att i framtiden rekrytera sjukvårdspersonal. Huvudmännen har en viktig roll i denna fråga.

Utvecklingen går mot att gradvis mer utnyttja diagnostiska hjälpmedel som magnetkamera och PET-kamera. Detta kommer att innebära bättre kartläggning av tumörutbredning och bättre förutsättningar för riktade behandlingar. Den centraliserade cancerkirurgin förväntas medföra dels en utveckling mot mer radikala ingrepp och dels i utvalda fall organsparande ingrepp. Utvecklingen inom strålbehandling kommer att innebära implementering av bättre strålbehandlingsmetoder t.ex. modulerad strålbehandling. Därmed kan man hoppas på bättre resultat kombinerat med färre biverkningar. Kombination av strålterapi och kemoterapi kommer att medföra bättre resultat. Utvecklingen inom cytostikabehandling kommer att medföra gradvis bättre behandlingsresultat även om några snabba spektakulära vinster inte är att vänta. Ett genombrott för klinisk användning av molekylärbiologiska framsteg kan förväntas inom de närmaste tio åren.

Fortsatt utbyggnad av vårdkedjorna och satsningar på patient - läkarkontinuitet förväntas medföra bättre omhändertagande.

Förteckning över rapporter från MPA

Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2000 (MPA 1/00)

Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2001 (MPA 1/01)

Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2002 (MPA 1/02)

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2000

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2001

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002

- MPA 2/01 Kvalitetsutveckling
- MPA 3/02 Akut omhändertagande (AO)
- MPA 4/02 Barnsjukvård (B)
- MPA 5/02 Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård (HKL)
- MPA 6/02 Kvinnosjukvård (K)
- MPA 7/02 Medicin – Kirurgi 1 (MK 1) Saknas
- MPA 8/02 Medicin – Kirurgi 2 (MK 2)
- MPA 9/02 Medicin – Kirurgi 3 (MK 3)
- MPA 10/02 Medicinsk Service (MS)
- MPA 11/02 Nervsystemets sjukdomar (N)
- MPA 12/02 Omvårdnad (O)
- MPA 13/02 Primärvård (PV)
- MPA 14/02 Psykiatrisk vård (P)
- MPA 15/02 Rörelseorganens sjukdomar (R)
- MPA 16/02 Äldrevård (Ä)
-

MPA 2/01 Arbetsätt och Rapportstruktur – Medicinskt Program Arbete.
Samverkan kring den medicinska utvecklingen

Fokusrapporter

MPA 1/01 Äldre multisjuka, steg 1

MPA 2/02 Äldre multisjuka, steg 2

MPA 3/02 MR- utredning

Regionala vårdprogram

MPA 1/02 Normal graviditet, förlossning och eftervård

MPA 3/02 Trycksår – prevention och behandling

MPA 4/02 Vård av suicidnära patienter

MPA 5/02 STI/hiv-prevention

Samtliga Årsrapporter är publicerade på MPAs webbsida www.hsn.sll.se/mpa

