

# Hudmelanom

Regional kvalitetsrapport  
Uppsala-Örebroregionen

Diagnosår 2012-2017  
December 2018

Nationellt kvalitetsregister hudmelanom



Regionalt cancercentrum, Uppsala Örebro  
Akademiska sjukhuset  
SE-751 85 UPPSALA

## Innehåll

<b>Förord</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>Inledning</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>Registrets ändamål</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>Registrets innehåll</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>Förkortningar och ordlista</b> . . . . .	<b>10</b>
<b>Resultat</b> . . . . .	<b>12</b>
Antal fall och täckningsgrad . . . . .	12
<i>Invasiva melanom 1990-2016</i> . . . . .	13
Basdata för invasiva melanom . . . . .	14
<i>Antal invasiva melanom per patient 1990-2017</i> . . . . .	14
<i>Köns- och åldersfördelning 2012-2017</i> . . . . .	14
<i>Melanoms primära anatomiska lokalisation 2012-2017</i> . . . . .	15
<i>Histogenetisk typ 2012-2017</i> . . . . .	17
<i>Tumörtjocklek 2011-2017</i> . . . . .	19
<i>Fördelning av tunna melanom</i> . . . . .	20
<i>Regionala/lokala skillnader av andelen tunna melanom</i> . . . . .	21
<i>Antal tjocka melanom</i> . . . . .	22
<i>Regionala/lokala skillnader beträffande melanomtjocklek</i> . . . . .	24
Sjukdomsspecifik överlevnad 1990-2016 . . . . .	26
<i>Överlevnad i olika regioner av landet</i> . . . . .	26
Diagnostisk portvaktskörtelkirurgi (SNB) . . . . .	27
<i>Metastaser i SNB (positiv SNB) i relation till melanomtjocklek</i> . . . . .	29
<i>Metastaser i SNB (positiv SNB) i länen</i> . . . . .	29
Väntetider i melanomsjukvården . . . . .	30
Övriga kvalitetsindikatorer i melanomsjukvården . . . . .	45
<i>Första läkarbesöket</i> . . . . .	45
<i>Diagnosbeskedet</i> . . . . .	45

## INNEHÅLL

<i>Kontaktsjuksköterska</i> . . . . .	48
<i>Multidisciplinär konferens</i> . . . . .	50
<i>Patientrapporterade mått</i> . . . . .	52

## Tabeller

1	Antal fall och täckningsgrad (%) för klinikanmälan mot Cancerregistret per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2017, Uppsala-Örebroregionen . . . . .	12
2	Förändring diagnosbesked, andel 2017 mot 2013-2016, per mantalsskrivningslän, Uppsala-Örebroregionen	48

## Figurer

1	Fördelning av registrerade formulär per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2016 respektive 2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	13
5	Andel (%) melanom i respektive ålderskategori uppdelat på kön, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	14
7	Fördelning av primärtumörens lokalisering på kroppen uppdelat på kön och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	15
8	Fördelning av primärtumörens lokalisering på kroppen uppdelat på kön och ålder, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	16
9	Fördelning av primärtumörens lokalisering på kroppen uppdelat på kön och mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	16
10	Fördelning av histogenetisk typ uppdelat på kön och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	17
11	Fördelning av histogenetisk typ uppdelat på kön och ålder, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	18
12	Fördelning av histogenetisk typ uppdelat på kön och mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	18
13	Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på kön och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	19
14	Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på kön och ålder, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	20
15	Kvalitetsindikator: Andel (%) tunna melanom ( $\leq 1$ mm) uppdelat på kön, diagnosår 2011-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	20
16	Andel (%) tunna melanom 2011-2017 uppdelat på mantalsskrivningslän, jämfört med regionen och riket, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	21
17	Antal tjocka melanom ( $> 4$ mm) uppdelat på kön, Uppsala-Örebroregionen, diagnosår 2011-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	22
18	Antal tjocka melanom ( $> 4$ mm) uppdelat på mantalsskrivningslän, diagnosår 2010-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	22

## FIGURER

19	Andel (%) tjocka melanom (> 4 mm) uppdelat på kön och åldersgrupp, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	23
20a	Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på kön och mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	24
20b	Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	25
25	Melanomspecifik överlevnad uppdelat på region, 1990-2016, hela riket. . . . .	26
26	Rekommenderat antal SNB, planerat antal samt antal rapporterade resultat per mantalsskrivningslän, diagnosår 2010-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	27
27	Kvalitetsindikator: Följsamhet till rekommendationer mätt som rapporterad SNB, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2010-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	28
28	Andel (%) positiva SNB per tumörtjockleksgrupp, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	29
29	Andel (%) positiva SNB per region, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	29
30	Andel (%) positiva SNB per patologiavdelning, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	30
31a	Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	31
31b	Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi, per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	32
32a	Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	33
32b	Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	34
33a	Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per patologiavdelning, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	35
33b	Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per patologiavdelning och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	36
34a	Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän, tumörtjocklek $\leq$ 1 mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	37
34b	Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän och diagnosår, tumörtjocklek $\leq$ 1 mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	38
35a	Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän, tumörtjocklek > 1mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	39
35b	Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän och diagnosår, tumörtjocklek > 1mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	40
36a	Väntetid från första läkarbesök till diagnosbesked per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	41

36b	Väntetid från första läkarbesök till diagnosbesked per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	42
37a	Väntetid från sentinel node biopsi till PAD-svar per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	43
37b	Väntetid från sentinel node biopsi till PAD-svar per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	44
38	Vårdnivå på det första läkarbesöket, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	45
39a	Diagnosbesked per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	46
39b	Diagnosbesked per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.	47
40a	Andel (%) patienter (med tumörtjocklek > 1 mm) som erbjudits kontaktsjuksköterska per mantalsskrivningslän, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	48
40b	Andel (%) patienter med tumörtjocklek > 1 mm som har erbjudits kontaktsjuksköterska, per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen. . . . .	49
41a	Andel (%) patienter med tumörtjocklek > 1 mm och utförd utvidgad kirurgi som har diskuterats på multidisciplinär konferens, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.	50
41b	Andel (%) patienter med tumörtjocklek > 1 mm och utförd utvidgad kirurgi som har diskuterats på multidisciplinär konferens, per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.	51
43	Standardiserat vårdförlopp hudmelanom, år 2017, Uppsala-Örebroregionen jämfört med riket. . . .	52

## Förord

Maligt melanom är en av de vanligaste, och snabbast ökande, cancerformerna i Sverige. Under perioden 2009-2017 har antalet invasiva hudmelanom ökat till nu knappt 4200 fall/år i Riket (933 i Region Uppsala-Örebro), vilket är mer än tre gånger så många som i mitten av 90-talet. Dödligheten har dock inte ökat i samma takt, men 2016 dog 514 patienter i melanomsjukdom i Sverige, varav 121 i Regionen. Proportionellt har allt fler in situ melanom, liksom tunna invasiva melanom, diagnostiseras senaste åren, dessa har mycket god prognos. Incidensskillnaden mellan män och kvinnor saknas för in situ melanom. Det finns relativt stora regionala skillnader i melanomincidens. I rapporten noteras att medianåldern för diagnos har ökat. Vidare har äldre melanompatienter, både män och kvinnor, en högre melanomincidens samt flera negativa histopatologiska faktorer som tillsammans leder till en påtagligt sämre melanomspecifik överlevnad. Detta bör motivera riktade insatser för patientgruppen. Förhoppningsvis leder RCC i samverkans arbete, på uppdrag av Socialdepartementet, fram till lämpliga sådana, liksom för preventiva insatser i yngre åldrar.

Det svenska Nationella kvalitetsregistret för Hudmelanom har funnits sedan 1990 och t.o.m. 2017 har där registrerats 63075 primära fall av invasivt maligt melanom i huden med en täckningsgrad på 99 %.

1981 började man registrera maligt melanom i Örebro landsting via onkologkliniken på Örebro sjukhus. 1994 bildades en arbetsgrupp för maligt melanom på Akademiska Sjukhuset, vilken utarbetade förslag till vårdprogram

och register. Efter 1995 övergick det till ett gemensamt vårdprogram och register för hela Uppsala-Örebroregionen, då en regional arbetsgrupp, med representanter från regionens olika län, bildades. Arbetsgruppen bildade sedermera nuvarande vårdprocessgrupp, som efter att det nationella vårdprogrammet började tillämpas 2014, arbetat med regional anpassning, utvärdering och kunskapsöverföring. Processgruppen anordnar Regionmöten vart annat år (tidigare varje år) för hela regionens aktörer. Processgruppens målsättning är att ständigt höja kvaliteten i omhändertagandet av patienter med melanom.

Efter införandet av [Standardiserat Vårdförlopp \(SVF\)](#) 2016 har vi även arbetat med att införliva detta i Regionen.

I det svenska [nationella vårdprogrammet för melanom](#) poängteras vikten av tidig diagnostik med användning av dermatoskopi, liksom samarbete mellan distriktsläkare och hudläkare. Region Uppsala-Örebro har varit framgångsrik i arbetet med tidig diagnostik av Hudmelanom och införandet av teledermatoskopi, speciellt Gävleborg som har längst erfarenhet i Riket, något som Socialdepartementet uppmärksammat och ålagt RCC i samverkan att arbeta vidare med nationellt. Detta sporrar oss förstås att söka bli ännu bättre, särskilt som bl a denna regionala rapport visar på mycket goda resultat av arbetssättet.

November 2018

Susanne Vandell Uddströmer processledare, Linda Drevin statistiker RCC

## Inledning

Rapporten koncentreras till åren 2012-2017 (inrapportering har kunnat ske elektroniskt i INCA-systemet sedan 2009). Under dessa år redovisas data för den viktiga kvalitetsindikatorn: andel (%) patienter med maligt hudmelanom

som fått rekommenderad portvaktskörtelbiopsi (antal utförda sentinel node biopsier (SNB) /antal rekommenderade SNB enligt vårdprogram). Spridning av tumörceller till SNB är den viktigaste prognostiska faktorn för tjockare melanom. En



validering av SNB-registreringen har tidigare gjorts nationellt och visar på att de som ej följt riktlinjerna för SNB gjort detta pga medicinska eller patientpersonliga skäl. I endast några få procent tycks behandlande doktor varit omedveten om vårdprogrammets rekommendationer. Andel positiva SNB framgår i rapporten.

Den andra kvalitetsindikatorn är: andel (%) patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på  $\leq 1,00$  mm. Andelen tunna melanom är en indikator på tidig upptäckt av melanom.

Väntetider till utredning och behandlingen för melanom redovisas i denna rapport utifrån målnivåer i SVF. Tillika redovisas täckningsgrad

av registrering inom regionen, incidens, melanomspecifik överlevnad, andel patienterna som erbjudits kontaktsjuksköterska samt diskuterats på en multidisciplinär tumörkonferens (MDK).

Vi har i år ändrat vår rapport utifrån den [Nationella kvalitetsregisterrapporten](#), för lättare jämförelser med Riksnivåer. Vi använder samma numrering av figurer och tabeller som i den nationella rapporten, varför numreringen i denna regionala rapport inte blir helt kontinuerlig.

För information om epidemiologi, behandling, uppföljning, förlopp med mera hänvisas till nationellt vårdprogram och standardiserat vårdförlopp för hudmelanom.

## Registrets ändamål

Med hjälp av information i kvalitetsregistret kan vi säkerställa att patienter får effektiv och ändamålsenlig behandling baserad på nationellt vårdprogram, med viss regional anpassning. Data från registren kan påvisa skillnader mellan regionen och riket samt mellan de enskilda länen (regionerna) inom Uppsala-Örebroregionen. Det kan även ge

enskilda patienter information om vårdens innehåll och kvalitet hos olika vårdgivare, samt fungera som kunskapskälla för allmänheten. Dessutom ska registret fungera som databas för forskning och därmed ge ny kunskap som ytterligare kan förbättra vården.

## Registrets innehåll

Alla nya fall av invasiva hudmelanom ska rapporteras till registret. Data och datum för den utredning och behandling som patienten genomgått ska anges så som första läkarkontakt och typ av kirurgi, om patientens fall diskuterats på multidisciplinär konferens, hur diagnosbesked lämnats och om patienten erbjudits kontaktsjuksköterska rapporteras. Dessutom registreras tumördata som växtsätt (histogenetisk typ), tjocklek, utbredning i (stadium) och

lokalisering på kroppen. Återfall rapporteras för närvarande inte.

Före år 2011 registrerades både in situ-melanom och invasiva melanom, från diagnosår 2011 registreras endast invasiva melanom till kvalitetsregistret för melanom. In-situ melanom registreras fortsatt till Cancerregistret med blankett anmälan om tumörer.

## Förkortningar och ordlista

**ALM** Akralt-lentiginösa melanom (invasivt) är ofta lokaliserade till de hårlösa ytorna av händer, fötter och naglar.

**Amputation** Borttagande av kroppsdel

**Clarknivå** Anger till vilket hudlager som tumören växt ner i. Clark I: in situ melanom växer enbart i överhuden (epidermis) och ej igenom basala membranerna. Clark II: melanom växer invasivt i det övre luckra bindvävsskiktet (papillära skiktet). Clark III: melanomet växer ytterligare ned i och pressar ned den strama bindväven (retikulära skiktet). Clark IV: melanomet splittrar isär bindväven i den djupa delen av bindväven. Clark V: Melanomet växer ned i underhuds fettet (subcutis).

**Diagnostisk portvaktskörtelkirurgi (SNB - Sentinel Node Biopsy)** Utförs av kirurgen i samma seans som den utvidgade excisionen vid i huvudsak tjockare (> 1mm) melanom. Genom att injicera radioaktiv isotop och färg på platsen där melanomet suttit kan lymfavflödet följas till den första dränerande regionala lymfkörteln (portvaktskörteln). Denna körtel opereras bort och patologen undersöker om det finns mikroskopisk spridning till körteln. Finns ingen spridning av melanomet är det ett gott prognostiskt tecken medan mikroskopisk spridning är en indikation för ev. ytterligare lymfkörtelkirurgi (utrymning).

**Excision** Kirurgiskt avlägsnande av (i detta fall) hudmelanom.

**Extremiteter** Övre extremitet: armar och axel/skuldra. Nedre extremiteter: Sätetsregion, lår och underben.

**Hereditet** Ärftlighet för sjukdomen.

**Histogenetisk typ** Tumörens mikroskopiska utseende och växtsätt bedöms i mikroskop och klassas (SSM-med ytligt växtsätt, NM-med nodulärt växtsätt, LMM-med lentiginöst växtsätt) och ALM (se förkortning ovan).

**Histopatologiska data** Data som patologen analyserar och registrerar.

**Hudmelanom** Melanom är en tumör som utgår från en pigmentcell (melanocyt) som normalt sitter vid basalmembranen i överhuden.

**Hudtransplantation** I detta fall operation där hud (oftast från patienten själv) används för att täcka ett område där det saknas hud tfa borttagande av hudtumör.

**INCA** Informationsnätverk för cancervården, en IT-plattform för kvalitetsregister.

**Incidens** Definieras som antal nya sjukdomsfall per 100 000 invånare under en viss tidsperiod och är både köns och åldersstandardiserat. Detta arbete refereras till Sveriges befolkning år 2000.

**In situ melanom** In-situ= på platsen, melanomceller som växer i överhuden (ej invasivt) där både blod och lymfkärl saknas och därmed finns inte förutsättning för tumörspridning. Överlevnaden är 100 procent.

**Invasiv** Innebär att melanomet är malignt d.v.s. det har växt ner in i läderhuden (dermis) och ev. ännu längre ner i underhuden (subcutis). Därmed finns förutsättningar för spridning lokalt via hudens lymfkärl eller vidare till dränerande lymfkörtlar eller via blodkärl till andra organ i kroppen.

**Kliniska data** Uppgifter om patient och melanom som rapporteras in från den kliniska verksamheten.

**Lambå** En flik av hud, muskel, slemhinna eller benhinna som vid operation används för att täcka närliggande vävnadsförlust, i detta fall efter bortopererande av hudtumör.

**Ledtid/väntetid** Den tid som går från det att en process startar tills den är fullbordad. I detta fall tiden mellan olika moment i vårdkedjan.

**LMM** Lentigo maligna melanom (invasivt) är oftast lokaliserade till ansiktet hos ffa äldre.

**LM** Lentigo maligna (in situ form) uppstår ofta i kronisk UV-exponerat hud i t.ex ansiktet främst hos äldre.

**Lokoregionalt recidiv** Återfall på operationsstället i huden och i dess närhet (lokalt) eller spridning till närmsta lymfkörtelstation (regionalt) .

**Lymfkörtelutrymning** Kirurgisk behandling där ytterligare lymfkörtlar bortopereras i en regional körtelstation där SNB varit positiv alt. pga. att man funnit klinisk/radiologisk påvisad spridning till

körtelstationen. Syftet är att minska risken för framtida återfall i denna körtelstation.

**Mallar respektive rapporter i INCA** En färdig framställd schablon i form av en lista, figur eller tabell som kan användas för att sammanställa registrerande kliniks egna data. Rapporter används för jämförelse mellan egen klinik, regionen och hela Sverige. Mallar och rapporter finns tillgängliga för användare i INCA-systemet ([www.incanet.se](http://www.incanet.se)).

**Medianvärde** Är värdet på den mellersta observationen i en datamängd. Används oftast i stället för medelvärde om datamängden har flera extrema värden som ger sneda fördelningsmönster. Medelvärdet påverkas av dessa faktorer i motsats till medianvärdet.

**Metastasering** Celler från den primära tumören kan spridas via lymf- och blodbanor och växa i lymfkörtlar eller andra organ och då bilda en metastas. Fortsatt tillväxt och spridning försämrar prognosen.

**Mortalitet** Definieras som antal nya dödsfall per 100000 invånare under en tidsperiod.

**NM** Nodulärt melanom (invasivt) är oftast pigmenterad och snabbväxande utan påtaglig horisontell tillväxt i överhuden.

**Prospektiv** Data insamlas fortlöpande, framåtsyftande och analys görs sedan med hänsyn till framtida händelser t.ex. metastasering eller melanomdöd. Motsatsen är att utgå från händelsen och sedan bakåt-syftande (retrospektivt) samla data som finns beskrivna i t.ex. patientjournalen, för att sedan utföra en analys.

**Prognostiska faktorer** Innebär faktorer som påverkar patientens prognos som t.ex. ålder, lokalisering, melanomtjocklek, spridning till SN.

**Recidiv** Återfall av melanomet på operationsstället, i lymfkörtlar eller i andra organ efter en till synes radikal operation.

**Resektionsrand** De yttre begränsningarna av den bortopererade vävnadsbiten.

**Sjukdomsspecifik överlevnad** Sjukdomsspecifik överlevnad Anges ofta som en siffra eller i ett diagram som anger hur många procent som lever och som inte avlidit av sin melanomsjukdom, vid en viss tidpunkt efter diagnostillfället.

**SMSG** Svenska melanomstudiegruppen.

**SSM** Superficiellt spridande melanom (invasivt) har ett ytligt växtsätt i överhuden. Den vanligaste histogenetiska typen, mer än två tredjedelar av alla typer.

**Subungvalt** Melanomet växer under finger-/tånagel.

**Tumörtjocklek enligt Breslow** Patologens mått på melanomets tjocklek mäts i mikroskop lodrätt från ytan till dess djupaste del med en tiondelsmillimeters noggrannhet. Måttet ger en god uppfattning om framtida prognos.

**Täckningsgrad** Antal melanom som finns i kvalitetsregistret/antalet fall som finns i cancerregistret vanligen uttryckt som ett procenttal.

**Ulceration** Vissa melanom växer med sårighet i huden vilket är en negativ prognostisk faktor.

**Utvidgad excision** Efter det diagnostiska borttagandet av melanomet görs ofta ett begränsat ingrepp på platsen där melanomet suttit och ytterligare hud med underliggande vävnad ner till muskelhinnan opereras bort för att få en säkerhetsmarginal på 1-2 cm i sidled beroende på melanomtjockleken.

## Resultat

Rapporten baseras på datauttag från INCA-systemet gjort 24 oktober 2018.

### Antal fall och täckningsgrad

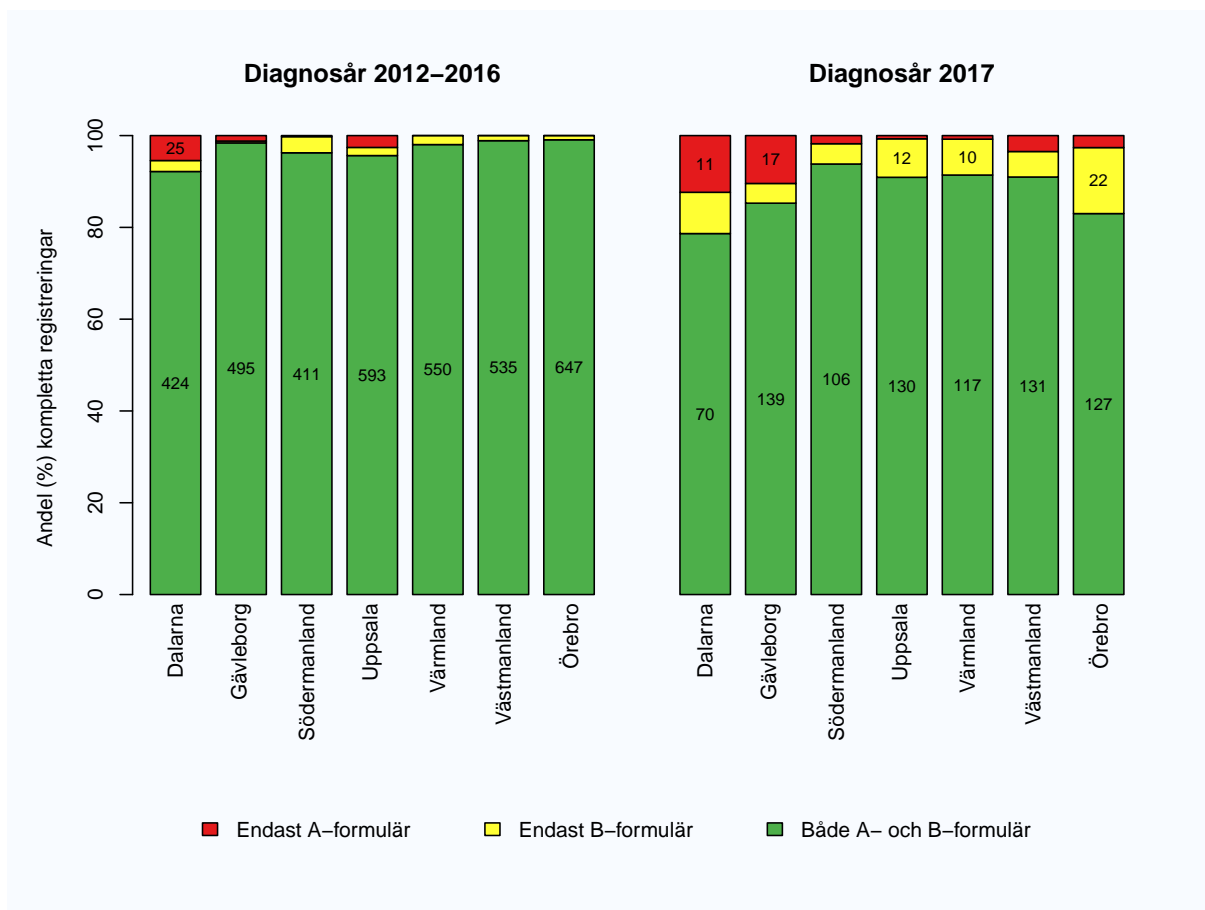
Totalt 5380 fall av hudmelanom rapporteras i regionen under perioden 2011-2017 (Tabell 1). Nya fall per år har ökat från 682 år 2011 till 933 år 2017, dvs en ökning på 27 % under 7 år. Hudmelanom är något vanligare hos män än kvinnor. Majoriteten av patienterna var över 60 år vid diagnos (Figur 2, Tabell 2). Antalet fall är relativt ojämnt fördelade mellan länen (Tabell 1). 1 januari 2014 startade Gävleborg med teledermatoskopiska remisser till hudkliniken på hudtumörer i länet, vilket redan första året resulterade i en ökning av antal fall med 55 % och med >140 % tredje och fjärde året.

Täckningsgraden för åren 2012-2017 var nära 100 %.

För att kunna inkludera ett fall i melanomregistret krävs en histopatologisk undersökning och detta inrapporteras i B-formuläret-histopatologi direkt från patologiavdelningarna. A-formuläret innehåller kliniska data och bör helst fyllas i i INCA efter det att svar kommit från patologen. Varje behandlande enhet ansvarar för inrapportering av sin del i utredningen/behandlingen, helst utan dröjsmål efter att histopatologiskt svar erhållits.

Tabell 1. Antal fall och täckningsgrad (%) för klinikanmälan mot Cancerregistret per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2017, Uppsala-Örebroregionen

	Dalarna	Gävleborg	Söderman-land	Uppsala	Värmland	Västman-land	Örebro	Totalt
2011	90 (99)	82 (97)	95 (99)	112 (97)	119 (98)	81 (100)	103 (100)	682 (98)
2012	77 (99)	71 (99)	68 (97)	136 (99)	108 (99)	95 (99)	112 (100)	667 (99)
2013	92 (100)	67 (100)	68 (100)	123 (99)	87 (99)	80 (100)	109 (100)	626 (100)
2014	81 (99)	104 (100)	79 (100)	103 (100)	103 (100)	98 (100)	125 (100)	693 (100)
2015	105 (100)	98 (99)	98 (100)	124 (100)	138 (100)	115 (100)	153 (100)	831 (100)
2016	105 (100)	163 (99)	114 (100)	134 (99)	125 (99)	153 (100)	154 (100)	948 (100)
2017	89 (98)	163 (97)	113 (100)	143 (95)	128 (99)	144 (97)	153 (100)	933 (98)
Totalt	639 (99)	748 (99)	635 (100)	875 (99)	808 (99)	766 (99)	909 (100)	5380 (99)



Figur 1. Fördelning av registrerade formulär per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2016 respektive 2017, Uppsala-Örebroregionen.

### Invasiva melanom 1990-2016

En påtaglig incidensökning av invasiva melanom under 2000-talet noteras med en tydlig skillnad mellan män och kvinnor. Dödligheten ökar men inte i samma takt som incidensen (Se Figur 2 nationell rapport). Mortaliteten för män är dubbelt så hög som för kvinnor. Det finns regionala skillnader i incidens (se Tabell 2 och Figur 2 nationell rapport) vilka dels förklaras av latitud, men som även kan avspegla socioekonomiska förhållanden, rese- och solvanor och tillgänglighet till tidig diagnostik. Alla incidenssiffror i rapporten är baserade på antal melanom och inte på antal patienter.

Sedan mitten av 2000-talet har alla melanom registreras om en patient har flera vid samma diagnostillfälle, vilket knappast kan påverka incidenssiffrorna. Före år 2011 registrerades alltså både in situ-melanom och invasiva melanom till melanomregistret kvalitetsregistret för melanom. Därefter registreras In-situ melanom enbart till Cancerregistret med blankett ”anmälan om tumörer”. In-situ melanom ökar proportionellt mer än invasiva melanom. Incidensskillnaden mellan män och kvinnor saknas för in situ melanom (Se Figur 3, 4 och Tabell 4 nationell rapport).

## Basdata för invasiva melanom

Regionens siffror följer Rikets.

### Antal invasiva melanom per patient 1990-2017

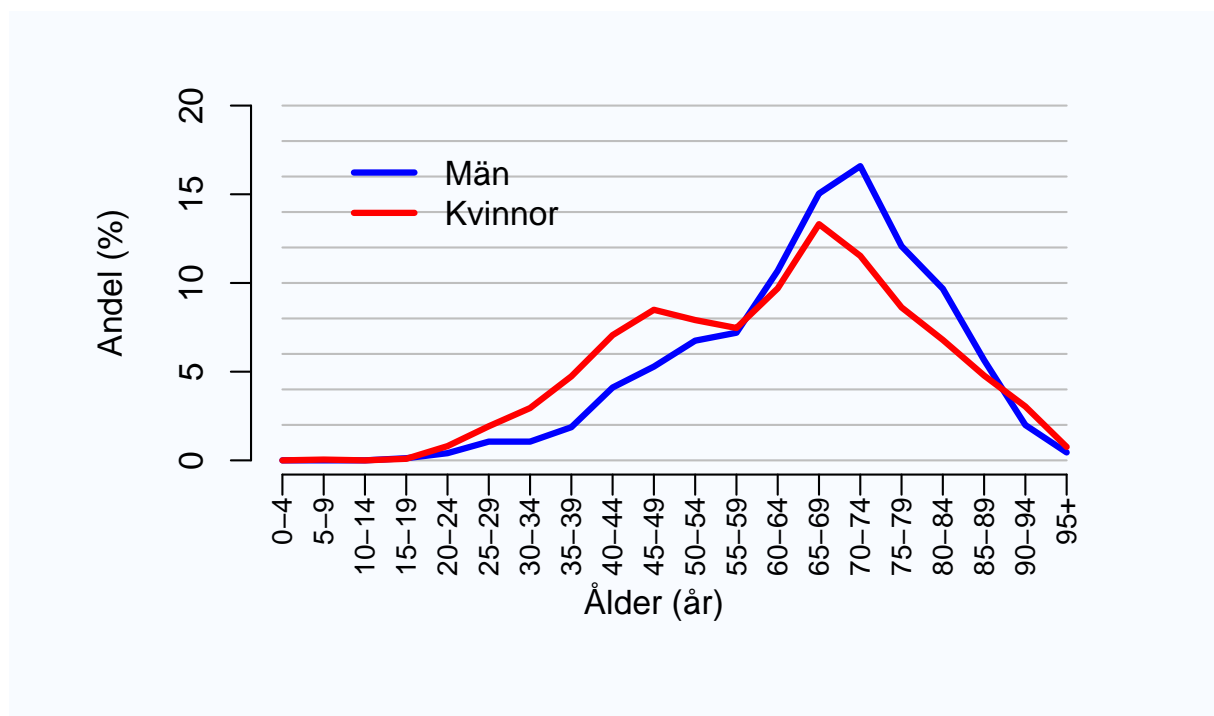
Allt större andel av patienterna får ytterligare melanom. Totalt har 4,9 % av mer än ett invasivt melanom registrerat. Ökningen är markant senaste åren och 2017 hade > 10 % av patienterna tidigare diagnostiserats för ett annat

primärt malignt melanom i huden (se Tabell 4 och 5 nationell rapport). Detta motiverar den rutinmässiga noggranna hudundersökning av hela patienten vid diagnos av malignt melanom.

### Köns- och åldersfördelning 2012-2017

Kvinnor får i regel sin melanomdiagnos 4-5 år tidigare än män (Figur 5). Skillnaden antas delvis bero på att kvinnor är mer uppmärksamma på huden men kan också bero på biologiska skillnader, vilket kan bidra till bimodal incidenskurva för kvinnor med toppar kring 45- och 70 års ålder (Figur 5 nationell rapport). 2/3 av melanomen diagnostiseras hos patienter > 60 år. 4 av 10 män är > 70 år vid diagnos (kvinnor 1 av 3), detta kan motivera riktade preventiva insatser för

äldre. Melanommortaliteten är hög inom dessa grupper, ålder i sig är en negativ prognostisk faktor. Följaktligen är det inte odelat positivt att konstatera att medianålder vid diagnos har ökat till 69 år för män och 65 år för kvinnor 2017, en ökning från 1990 då medianåldern var 62 respektive 57 år. Ökningen beror delvis på att befolkningen är äldre nu, men kan även bero på färre preventiva insatser för tidig diagnostik, eller på en sämre tillgänglighet till sjukvård för äldre (Figur 6 nationell rapport).

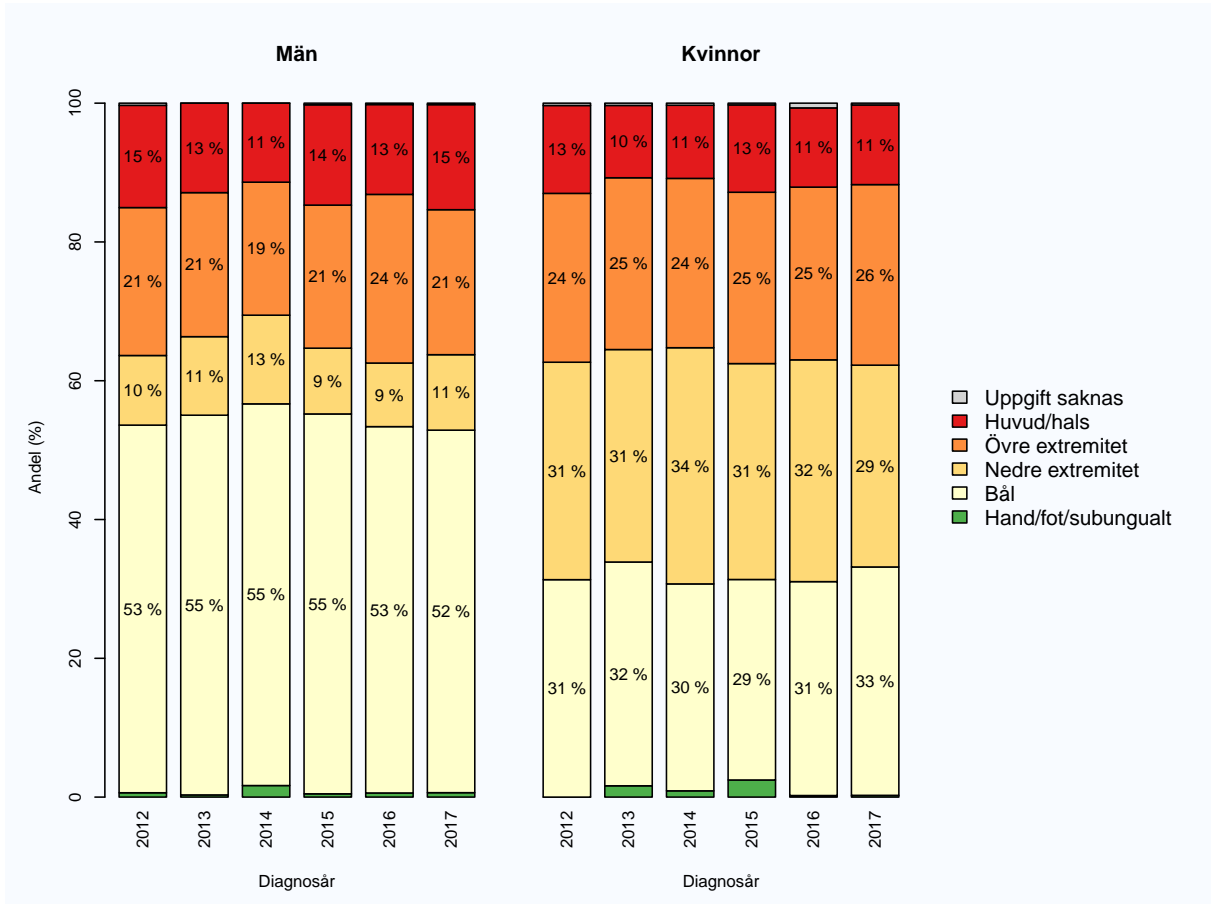


Figur 5. Andel (%) melanom i respektive ålderskategori uppdelat på kön, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

**Melanoms primära anatomiska lokalisation 2012-2017**

Melanoms primära lokalisation på kroppen skiljer sig mellan könen. Bålen dominerar hos männen och extremiteterna hos kvinnorna. Könsskillnaderna förklaras traditionellt av olika sol- och klädvanor men kan också vara biologiska. Den största

skillnaden de senaste fem åren är mäns minskning av andelen tumörer på bålen och en ökning på övre extremitet. Regionens siffror skiljer sig mycket lite från Riket i övrigt.

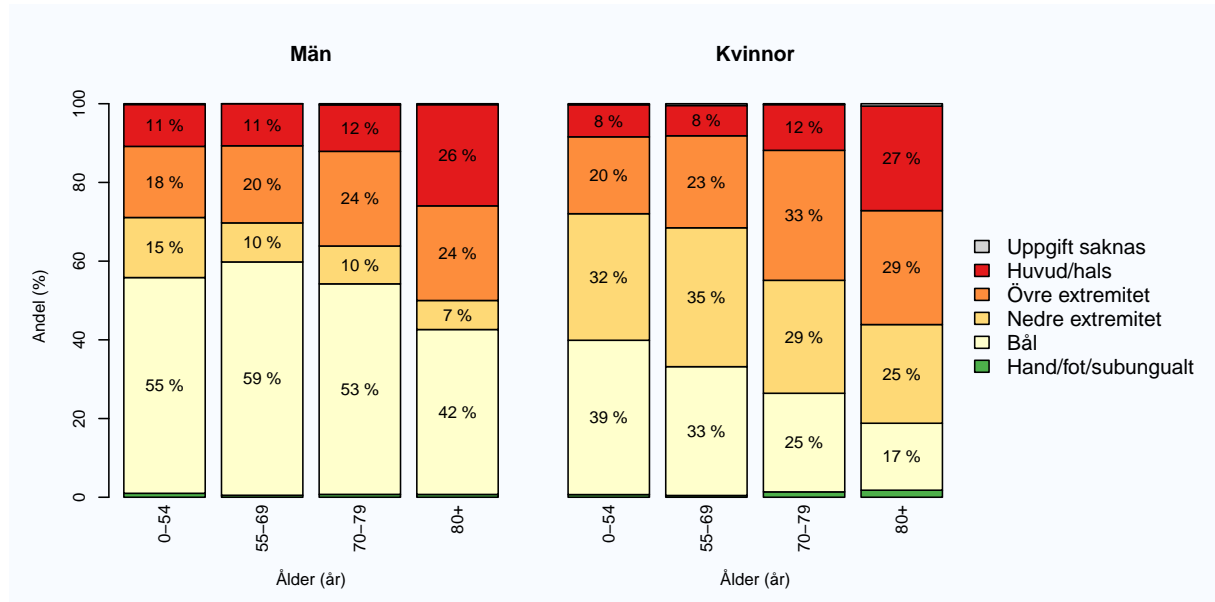


Figur 7. Fördelning av primærtumörens lokalisation på kroppen uppdelat på kön och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## RESULTAT

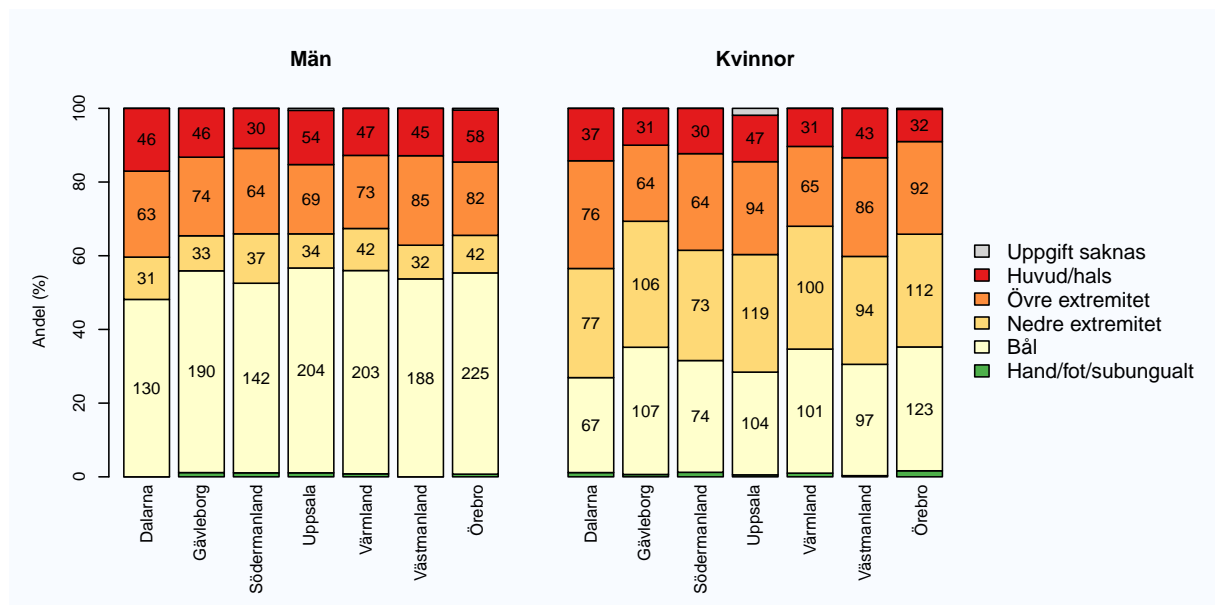
Lokalisationen på kroppen av primära melanom skiljer sig också mellan olika åldersgrupper (Figur 8). Andelen melanom lokaliserade till huvud/hals ökar vid stigande ålder hos båda könen. Hos

kvinnor ses en halvering av andelen bålmelanom vid stigande ålder. Även här följer Regionen mönstret för riket.



Figur 8. Fördelning av primärtumörens lokalisation på kroppen uppdelat på kön och ålder, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

Fördelningen mellan anatomiska lokaler för melanom i olika län även om incidensen skiljer sig en del (Figur 9). respektive kön är likartad i både regioner och våra



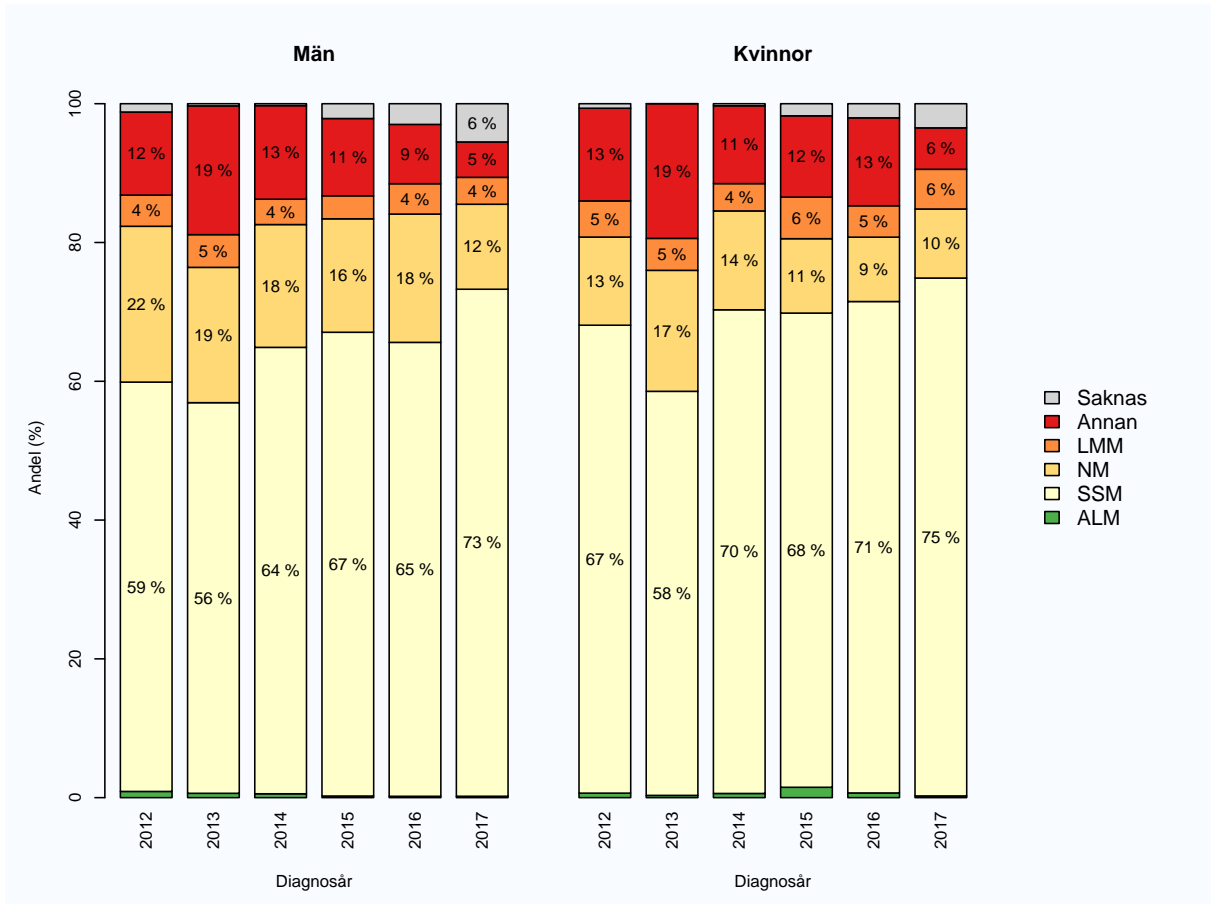
Figur 9. Fördelning av primärtumörens lokalisation på kroppen uppdelat på kön och mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



**Histogenetisk typ 2012-2017**

Hudmelanom delas in i olika typer vilka har olika karakteristika både kliniskt, dvs. på patienten och i mikroskopet. Man kan nu även identifiera förekomst av mutationer på gennivå, vilka bl a kan ligga till grund för val av ev läkemedelsbehandling av metastaserat melanom.

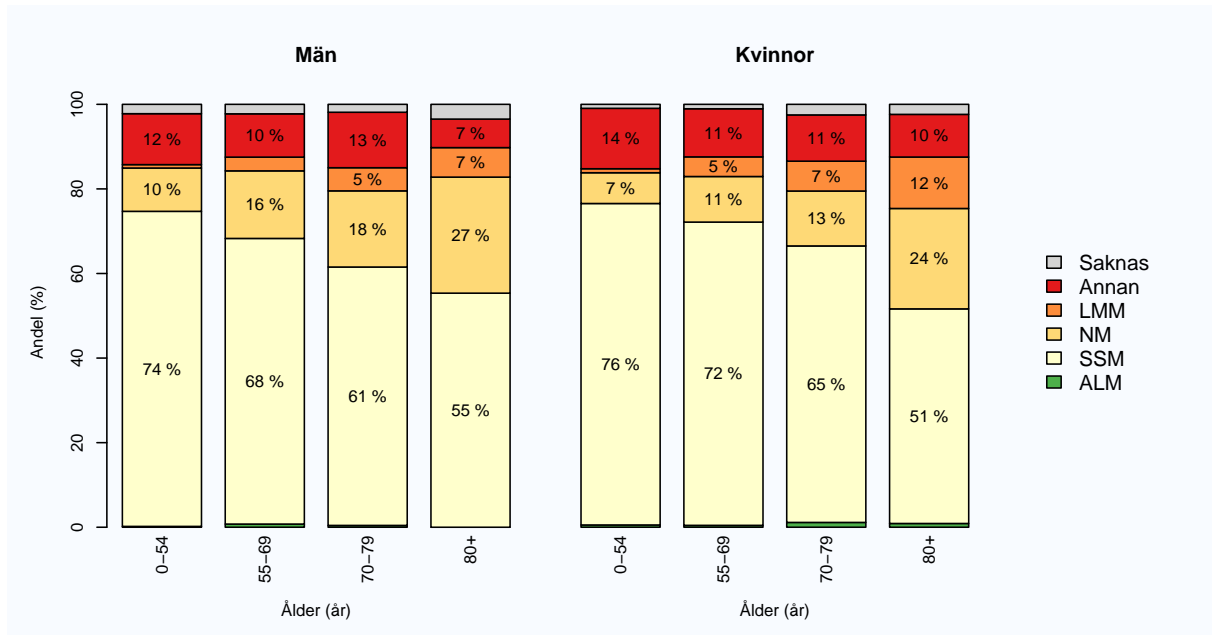
Ytspridande melanom (SSM) utgör knappt 2/3 av alla invasiva melanom och andelen har ökat något över tiden (Figur 10). Kvinnor har en något högre andel SSM-melanom och män en något högre andel nodulära melanom (NM), vilka växer på djupet snabbare och därmed har en sämre prognos. Andelen NM har minskat för bägge könen.



Figur 10. Fördelning av histogenetisk typ uppdelat på kön och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

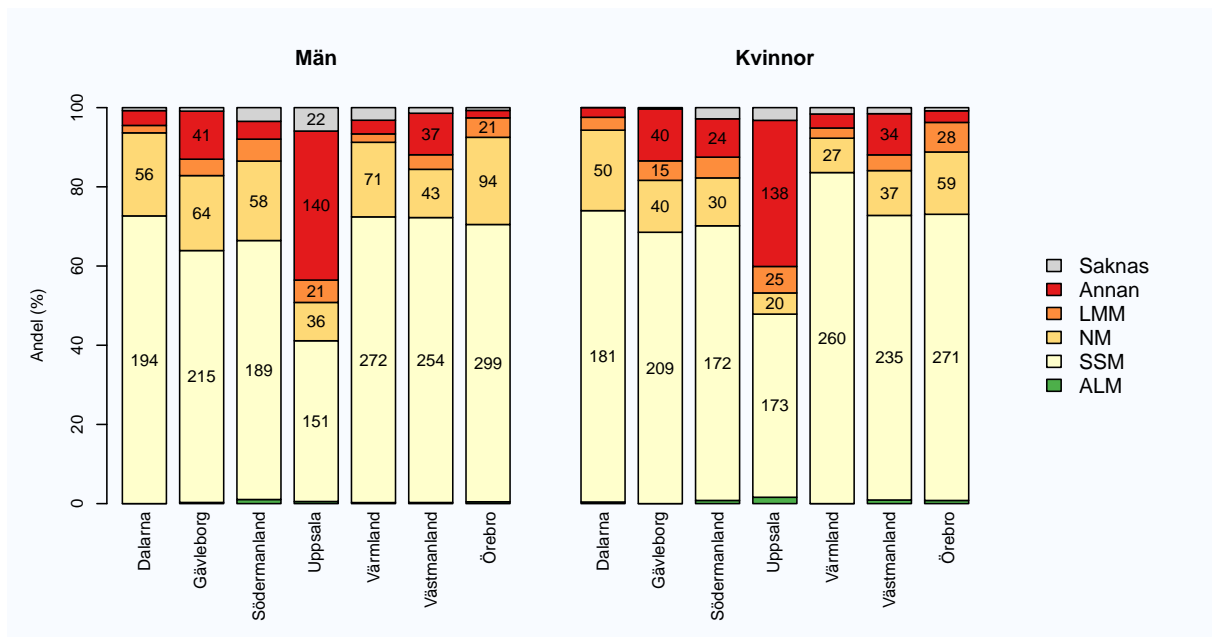
## RESULTAT

I högre ålder ökar andelen av nodulära och lentigo andelen SSM-melanom (Figur 11).  
maligna melanom, med motsvarande minskning av



Figur 11. Fördelning av histogenetisk typ uppdelat på kön och ålder, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

Uppsala hade under en period ett alternativt för att bättre följa övriga landet. Även i övrigt  
bedömningssätt vilket förklarar den stora andelen finns vissa variationer mellan länen, som tycks  
”annan” histogenetisk typ. Detta har nu rättats till överensstämma mellan könen.



Figur 12. Fördelning av histogenetisk typ uppdelat på kön och mantalskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

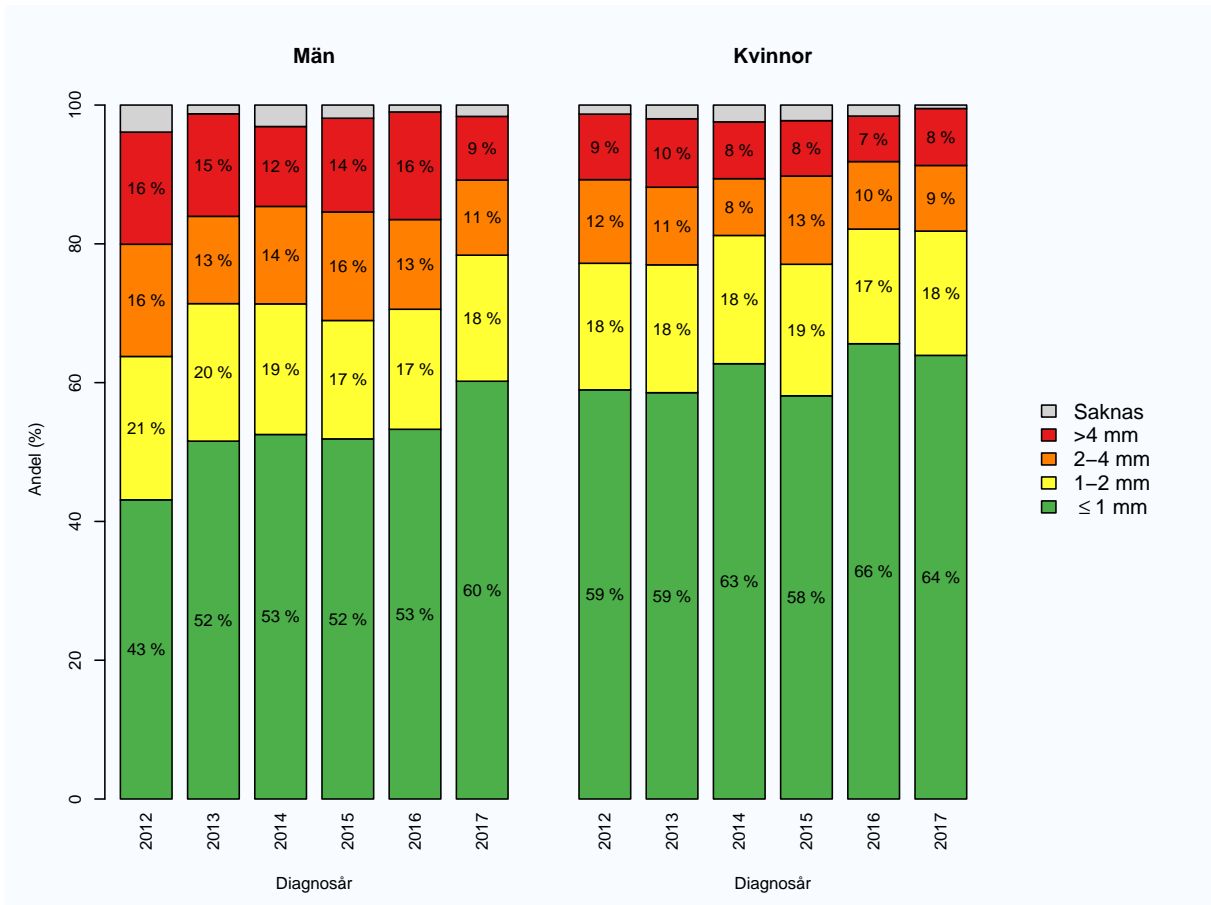
**Tumörtjocklek 2011-2017**

När melanomet invaderar huden, växer invasivt, mäter man vid den mikroskopiska bedömningen hur djupt ned i huden det sträcker sig. Tjockleken är den enskilt viktigaste prognostiska faktorn vid primärt malignt melanom och avgör hur stor del av omgivande hud som behöver opereras bort samt hur patienten kommer att följas upp.

Mediantjockleken för primära melanom i Sverige har under många år legat kring eller just över 1 mm. Prognosen för tunna melanom, under 1 mm, är synnerligen god då endast enstaka patienter

i denna grupp får återfall och riskerar att dö i sjukdomen. Kvinnor har en större andel tunna melanom än män (Figur 13) vilket avspeglas i en bättre melanomöverlevnad.

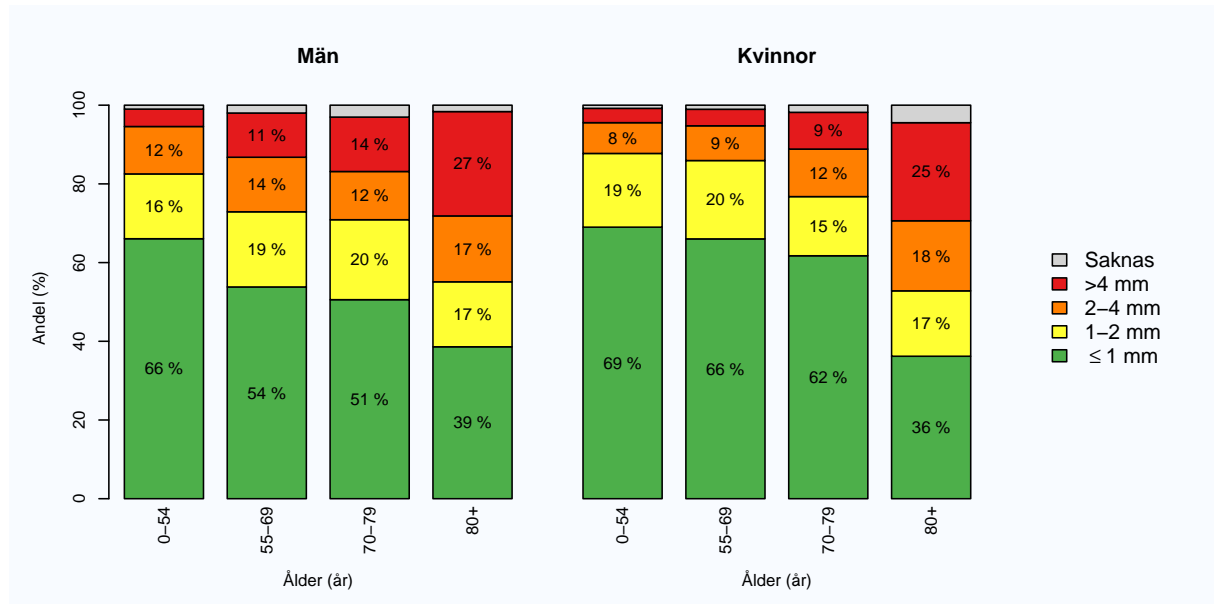
Andelen tunna melanom ( $\leq 1$  mm) hos män har under de senaste fem åren ökat till 56 % jämfört med tidigare tjugofemårsperiod då den var 49 %. Tyvärr är andelen (%) tjocka melanom ( $>4$  mm), som har en dålig prognos, i stort sett oförändrad över tid. Nu 11 % hos män och 9 % hos kvinnor (Figur 13).



Figur 13. Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på kön och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## RESULTAT

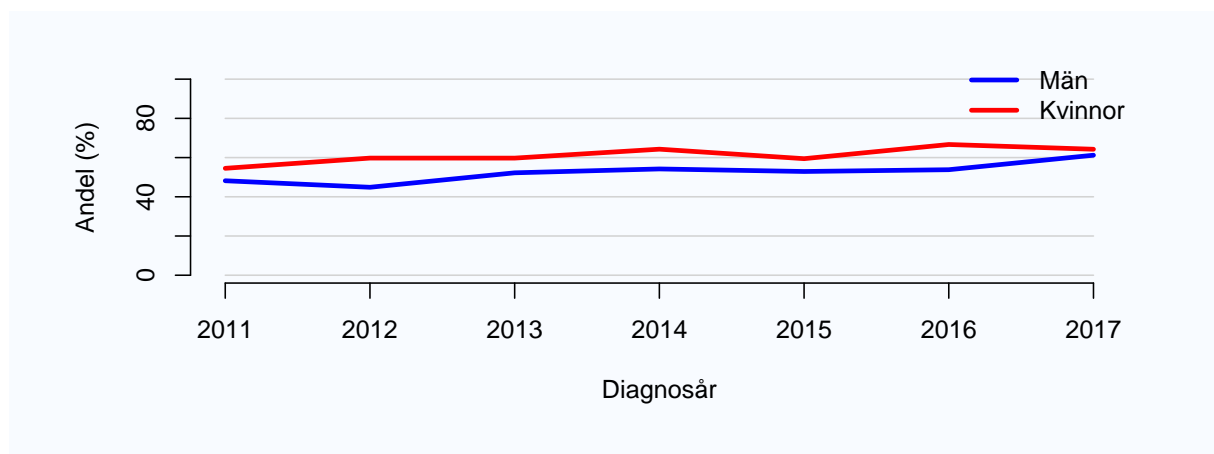
Äldre (70+ år) kvinnor och män har en klart högre andel tjocka melanom (> 4 mm) vid diagnos än yngre (Figur 14). Vid 80+ diagnosticeras 1/4 med ett sådant melanom, liksom i landet i övrigt.



Figur 14. Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på kön och ålder, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## Fördelning av tunna melanom

För kvalitetsindikatorn "Andelen melanom tunnare eller lika med 1 millimeter" minskar skillnaderna mellan män och kvinnor något (Figur 15). Kvalitetsindikatorn är viktig då den avspeglar hur den tidiga diagnostiken av melanom fungerar. Trenden är lätt uppåtgående vilket förstås är positivt.

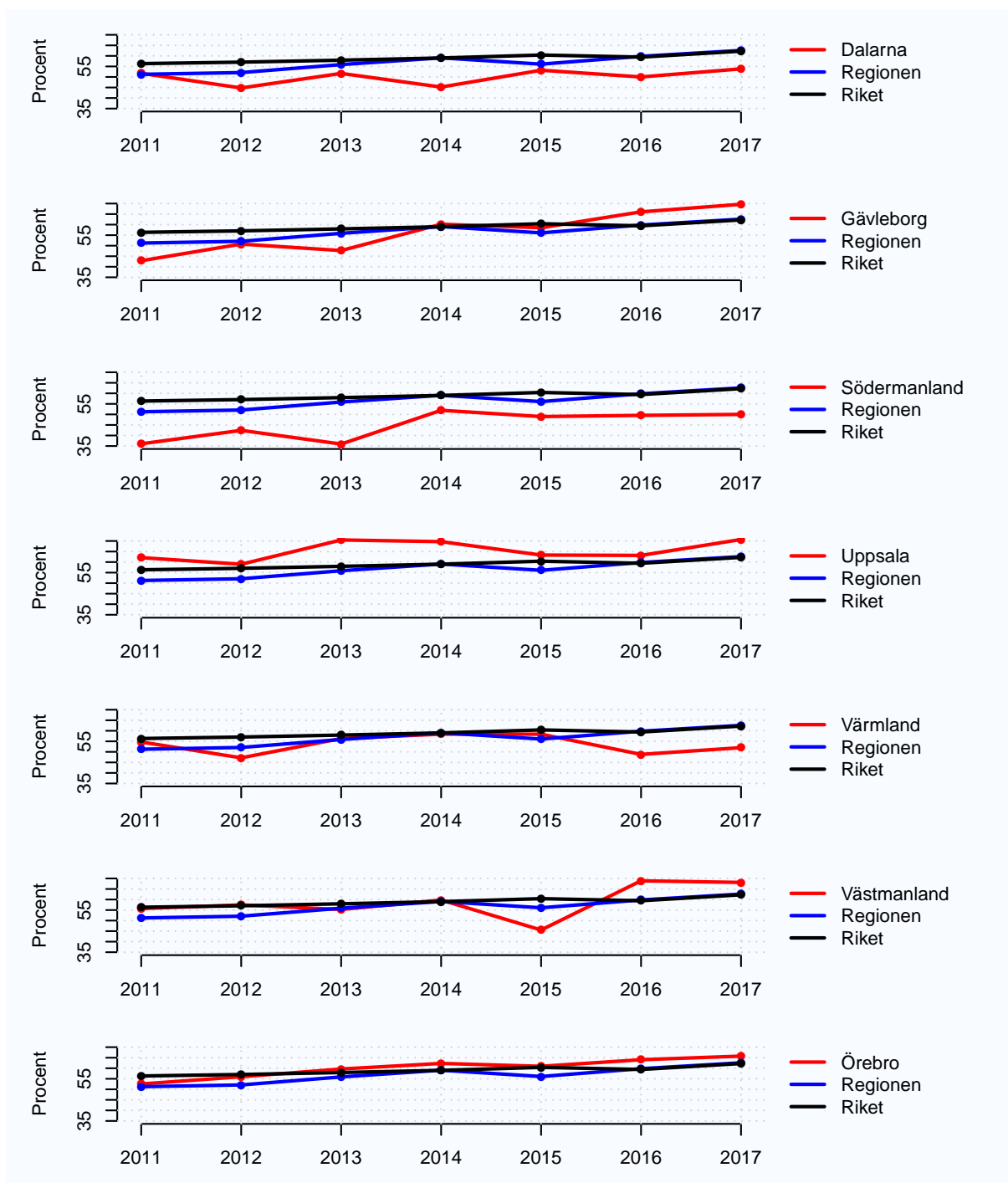


Figur 15. Kvalitetsindikator: Andel (%) tunna melanom (≤ 1 mm) uppdelat på kön, diagnosår 2011-2017, Uppsala-Örebroregionen.

**Regionala/lokala skillnader av andelen tunna melanom**

Vad avser "kvalitetsindex tunna melanom" i landet ligger Region Stockholm/Gotland klart bäst till (över Sverigemedel) de senaste 10 åren vilket sannolikt beror på bättre tillgång till sjukvård än i övriga regioner.

I Region Uppsala-Örebro ser man en mycket tydlig förbättring i Gävleborg efter införandet av teledermatoskopi årsskiftet 2013/2014. Att Västmanland startat med teledermatoskopi 2016 är lika tydligt (Figur 16).

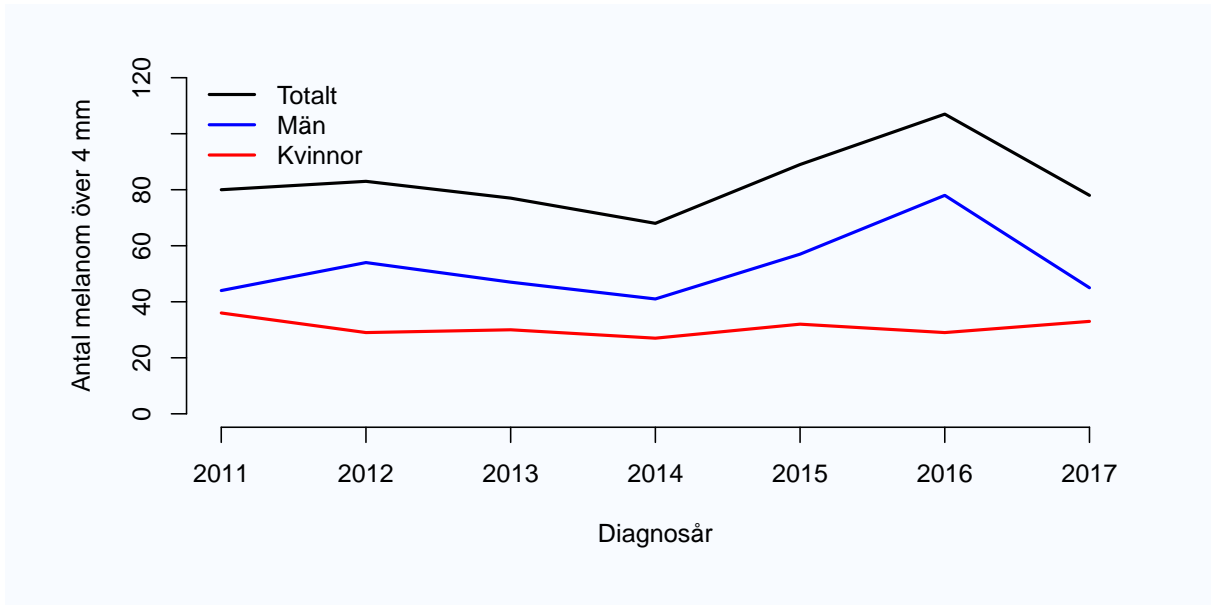


Figur 16. Andel (%) tunna melanom 2011-2017 uppdelat på mantalsskrivningslän, jämfört med regionen och riket, Uppsala-Örebroregionen.

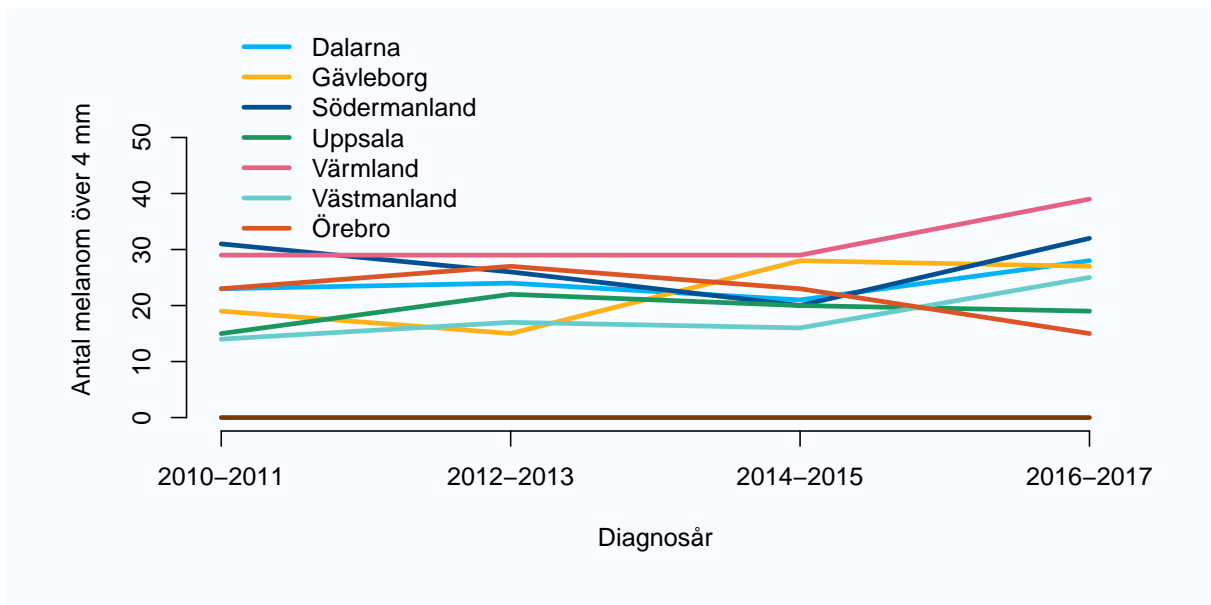
### Antal tjocka melanom

Trots att andelen tunna melanom ökar genom åren har man de senaste 20 åren sett en fyrdubbling (!) av totalantalet tjocka melanom (> 4mm), den grupp av melanompatienter som har den största risken för att få spridd sjukdom. De senaste fem åren noteras inte något ökat antal patienter som

dör av melanom (drygt 500/år). Troligen pga modern onkologisk behandling för spridd sjukdom. Nedgången för män senaste året speglas även i landet i sin helhet. Utvecklingen blir naturligtvis intressant att följa.



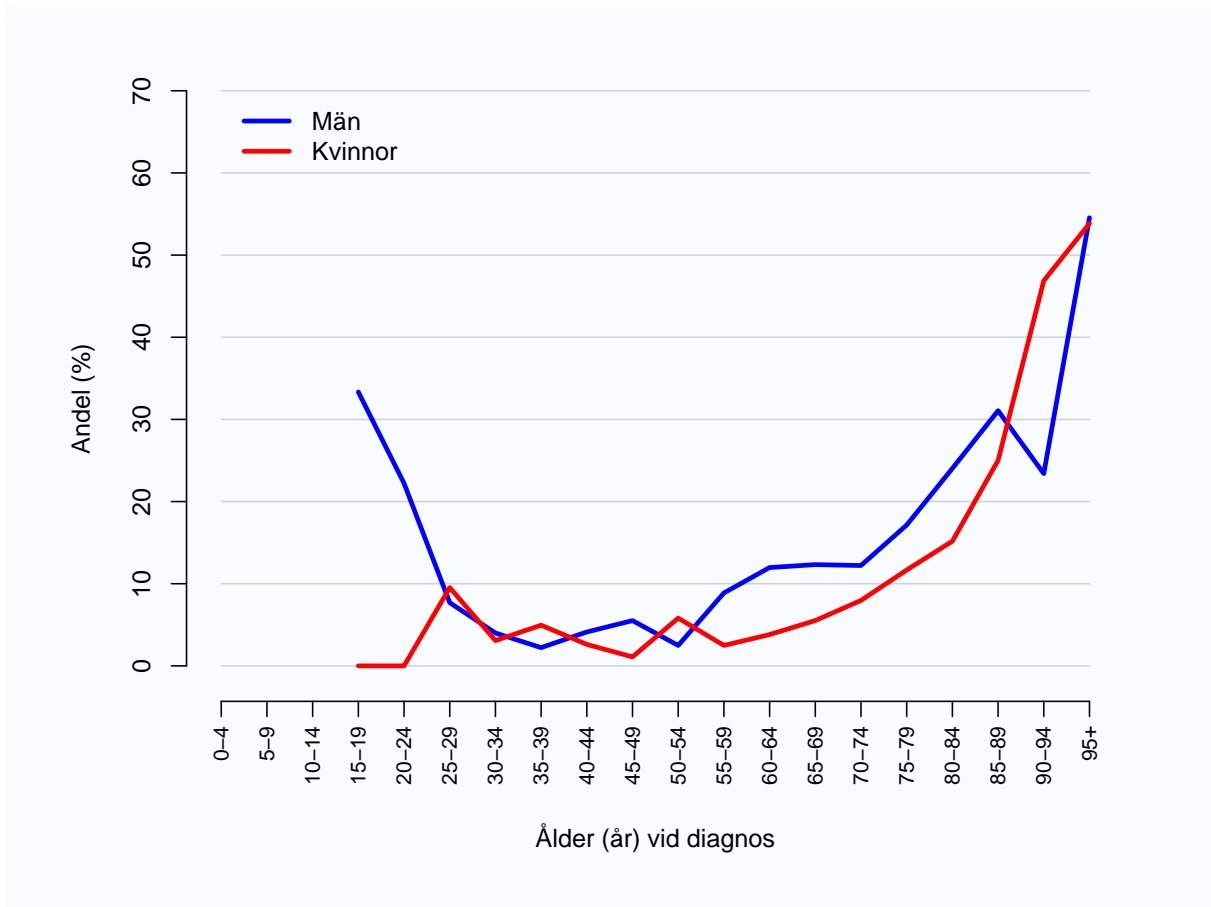
Figur 17. Antal tjocka melanom (> 4 mm) uppdelat på kön, Uppsala-Örebroregionen, diagnosår 2011-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 18. Antal tjocka melanom (> 4 mm) uppdelat på mantalsskrivningslän, diagnosår 2010-2017, Uppsala-Örebroregionen.

Andelen tjocka melanom ökar med stigande ålder. Något mindre hos kvinnor än hos män. De tjocka (> 4,0 mm) melanomen utgör mer än 50 % i den allra

äldsta patientgruppen. Toppen för yngre män beror på att små tal kan ge stora procentuella skillnader, dippen för män 90-94 likaså (Figur 19).

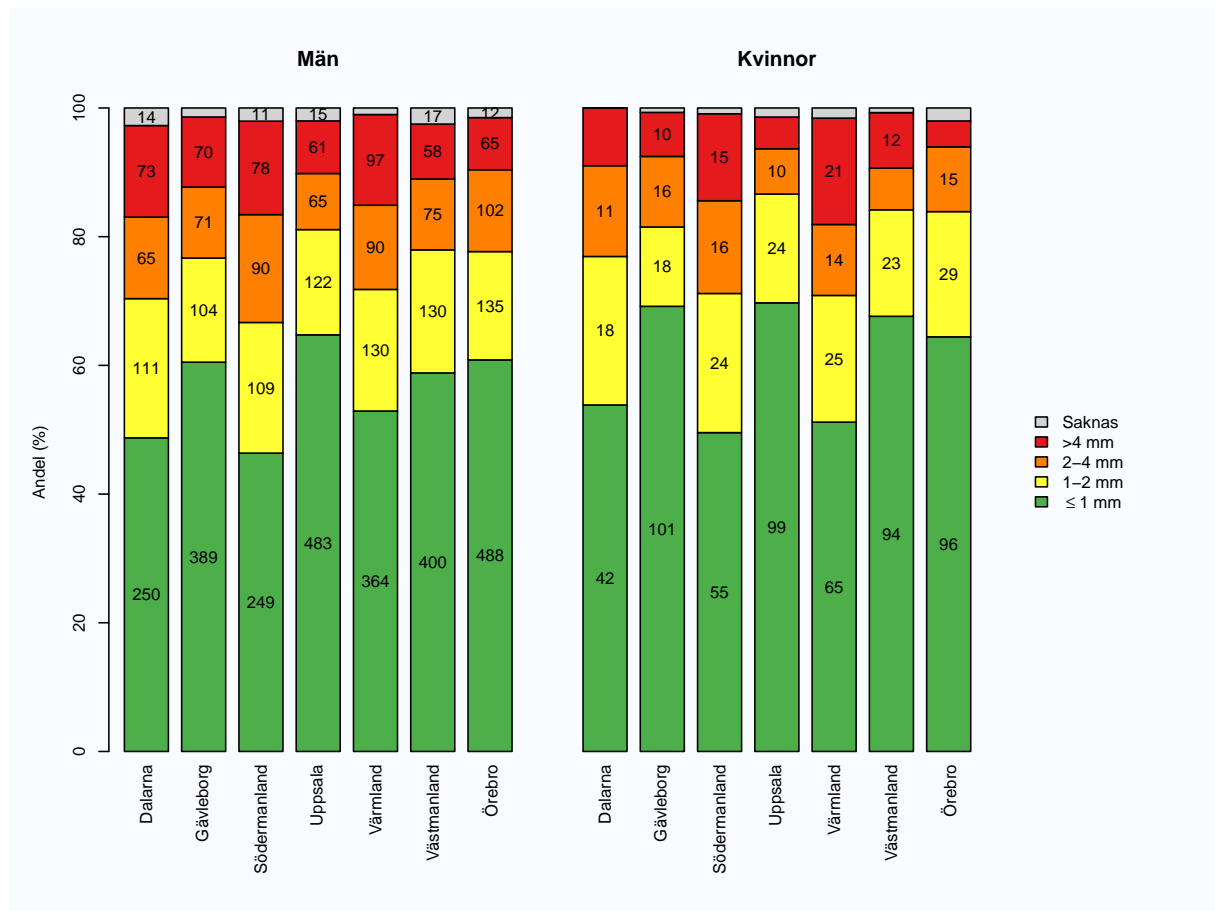


Figur 19. Andel (%) tjocka melanom (> 4 mm) uppdelat på kön och åldersgrupp, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

**Regionala/lokala skillnader beträffande melanomtjocklek**

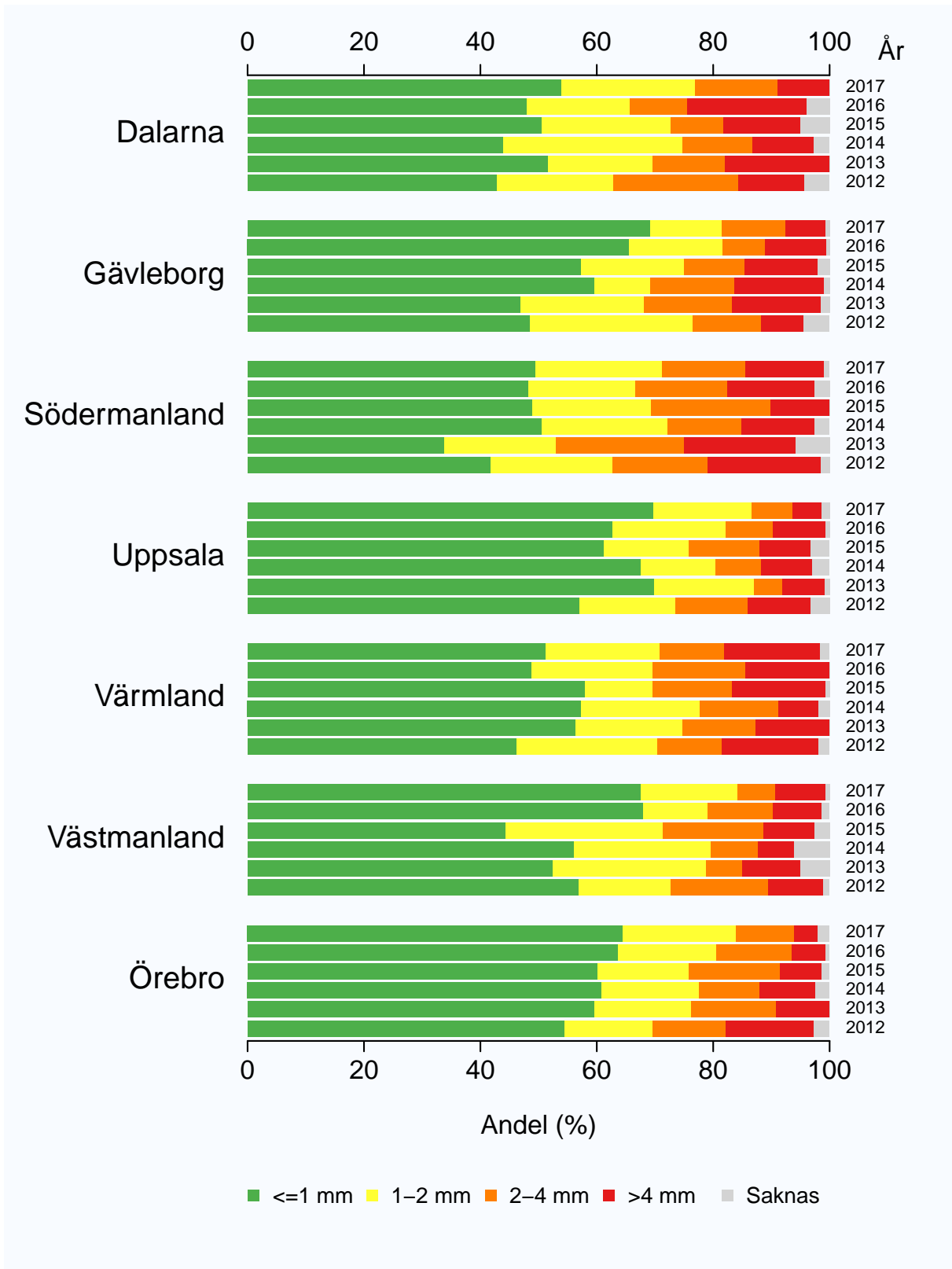
Stora regionala skillnader föreligger avseende tumörtjocklek i Sverige. I Stockholm/Gotland är ca 64 % av melanomen tunna ( $\leq 1$  mm) att jämföras med enbart 55 % i norra regionen. Detta kan vara ett utslag av tillgänglighet till vård och antal dermatologer, allmänhetens kännedom om melanom samt benägenhet att söka sjukvård. Detta stämmer även bra med att Uppsala har störst andel

tunna melanom inom Region Uppsala-Örebro. Även Gävleborg har större andel tunna melanom, tack vare införande av teledermatoskopin 2014. Lägst andel har Sörmland och Värmland. (Figur 19). Region Uppsala-Örebro som helhet ligger relativt bra till för kvinnor, men sämre för män (63 % resp 53 %).



Figur 20a. Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på kön och mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.





Figur 20b. Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## Sjukdomsspecifik överlevnad 1990-2016

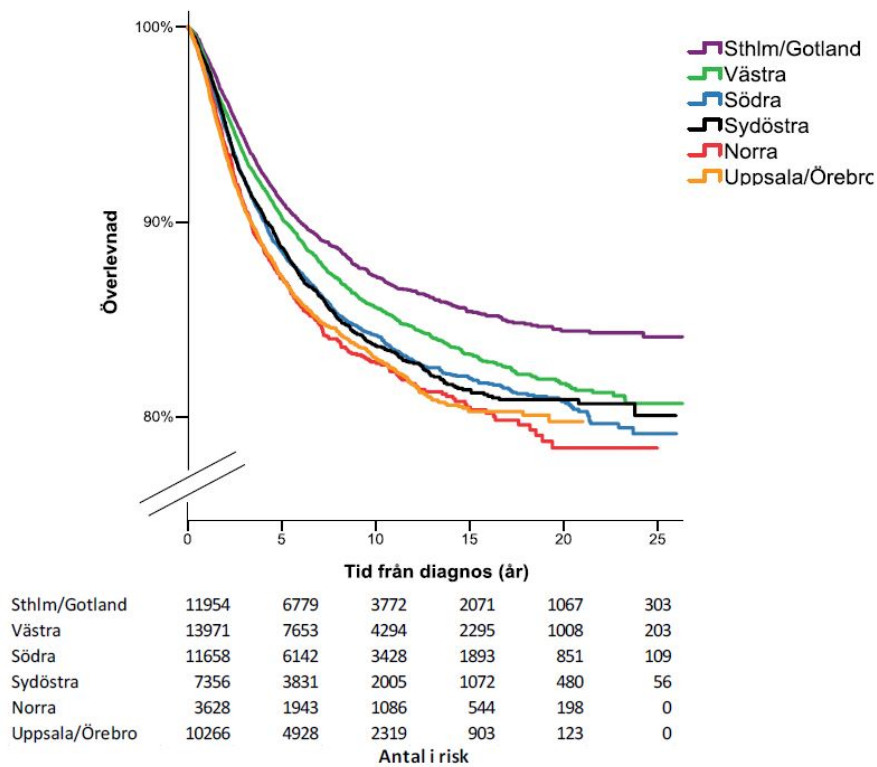
Nationell data från kvalitetsregistret visar faktorer som är betydelsefulla för den melanomspecifika överlevnaden. Figur 21-24 i nationella rapporten illustrerar att det stora prognostiska inflytande som ökad melanomtjockleken ger betydligt sämre

prognos, att kvinnor har bättre överlevnad än män, även i gruppen med mycket god prognos (tunna melanom,  $\leq 1$  mm) samt försämrade överlevnad vid högre ålder vid diagnos.

### Överlevnad i olika regioner av landet

Överlevnaden tycks skilja sig mellan regionerna, där region Stockholm/Gotland synes ha en bättre melanomöverlevnad (Figur 25). Någon signifikant skillnad finns emellertid inte om justering görs för faktorer som kön, ålder, tumörlokalisering, histogenetisk typ, tumörtjocklek, ulceration, Clarknivå, storstad/landsbygd och

diagnosår. Tolkningen av detta resultat är att behandlingsresultaten är likartade i landet men att patienterna söker sjukvård och diagnostiseras tidigare inom region Stockholm/Gotland och därmed får tunnare melanom diagnostiserade med en bättre prognos.



Figur 25. Melanomspecifik överlevnad uppdelat på region, 1990-2016, hela riket.

## Diagnostisk portvaktskörtelkirurgi (SNB)

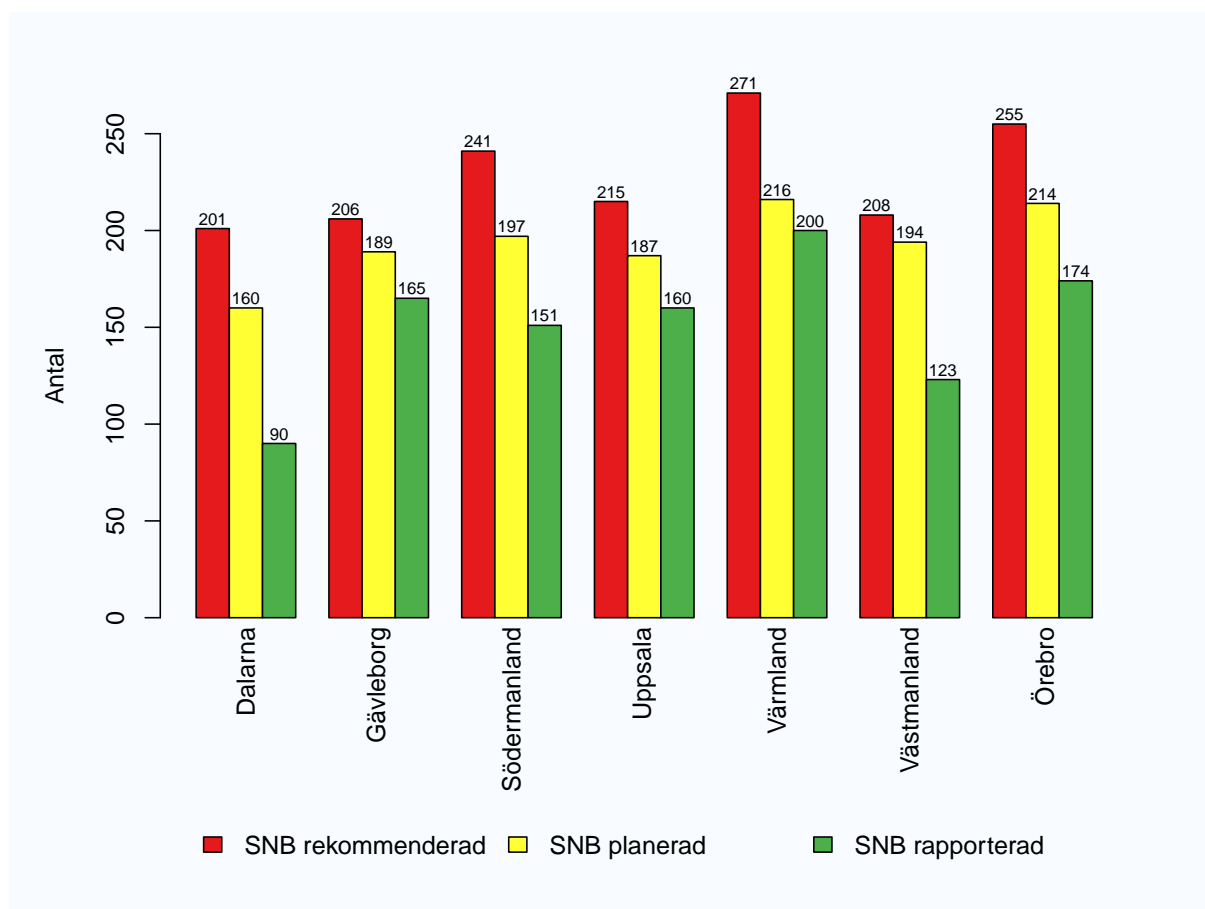
Det råder internationell enighet om att resultatet av sentinel node biopsi (SNB) är en av de viktigaste prognostiska faktorerna vid malignt melanom. I nyare studier finner man inte någon total överlevnadsvinst med en körtelutrymning efter konstaterad mikroskopisk spridning till sentinel node, varför man i det senaste Nationella vårdprogrammet istället rekommenderar ultraljud av aktuell SN lokal inför kliniska kontroller var 6:e månad i 3 år.

De patienter som bör rekommenderas kompletterande utrymning är de som mött studiernas exklusionskriterier, se Vårdprogrammet.

SN-status har inget terapeutiskt värde i sig, men detta kan komma att ändras när adjuvanta behandlingar godkänns.

Från 2007 rekommenderades i det nationella vårdprogrammet för melanom att SNB skulle utföras på hudmelanom (förutom för huvud/halsområdet) tjockare än 1 mm eller på melanom upp till 1 mm med ulceration och/eller mitoser (tidigare även Clark IV-V). Indikationerna till SNB har genom åren ändrats (genomgång av svenska data kunde inte tydligt identifiera en subgrupp bland tunna melanom ( $\leq 1,0$  mm) med signifikant ökad risk för positiv SN) till att det senaste Nationella vårdprogrammet rekommenderar SNB till patienter ( $< 75$ år) oavsett lokal vid melanom  $> 1,0$  mm (T2-T4 melanom).

Antalet fall 2010-2017 som matchar rekommendationerna av SNB enligt vårdprogram, planerade SNB (A-formuläret) och rapporterade resultat från (C-formuläret) visas uppdelat per län (Figur 26).



Figur 26. Rekommenderat antal SNB, planerat antal samt antal rapporterade resultat per mantalsskrivningslän, diagnosår 2010-2017, Uppsala-Örebroregionen.

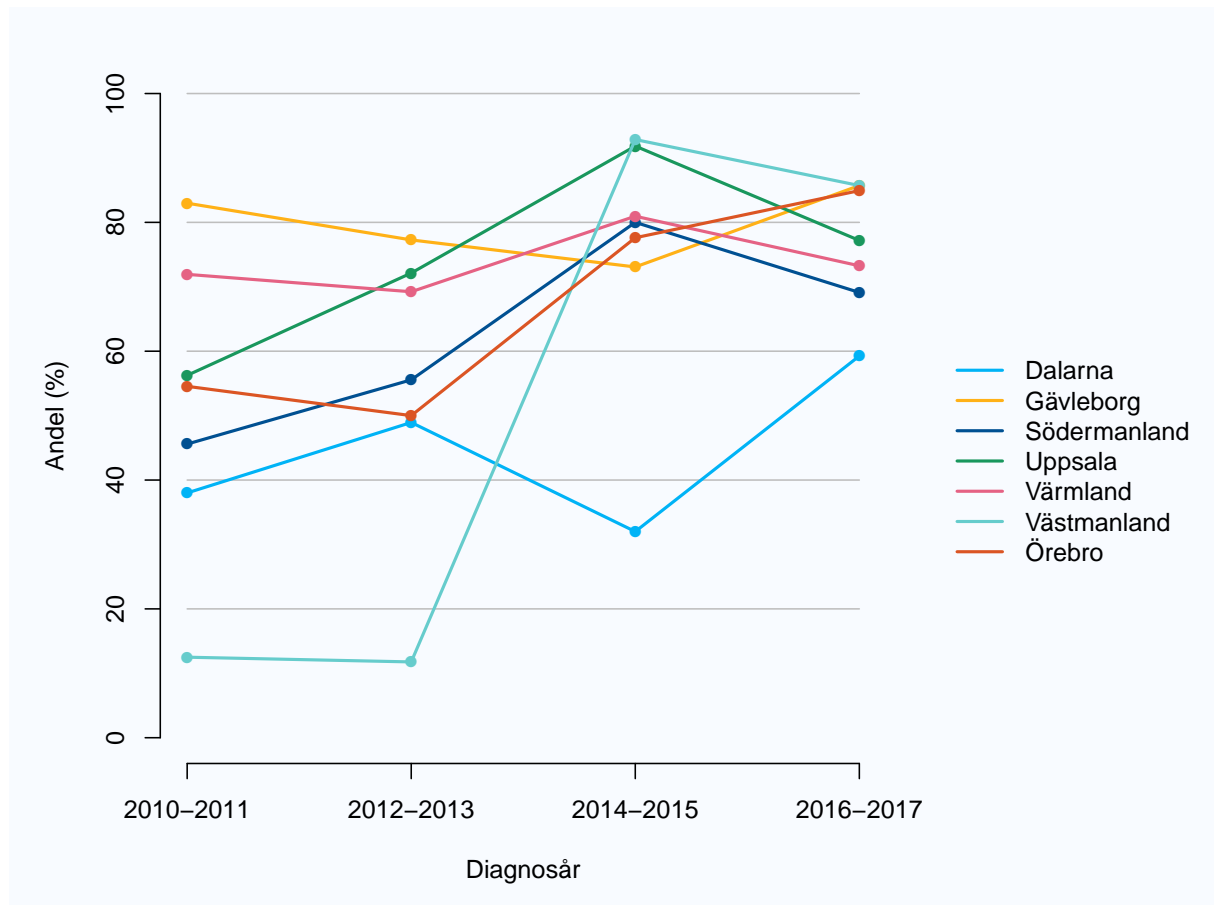
## RESULTAT

Planerad SNB/rekommenderad SNB bör uppskattningsvis ligga kring 80 %. Samtliga regioner i Sverige ligger kring 80 % utom Norr och Stockholm/Gotland som ligger klart lägre.

I Figur 27 har andelen per år 2010-2017 lagts in per län. Den visar en god följsamhet fr a i Gävleborg, Värmland, Örebro och Uppsala. Västmanland har höjt sig till bästa nivå. Troligen

har inrapporteringen förbättrats här. Dalarna släpar efter, och man bör se över om det beror på bristande inrapportering.

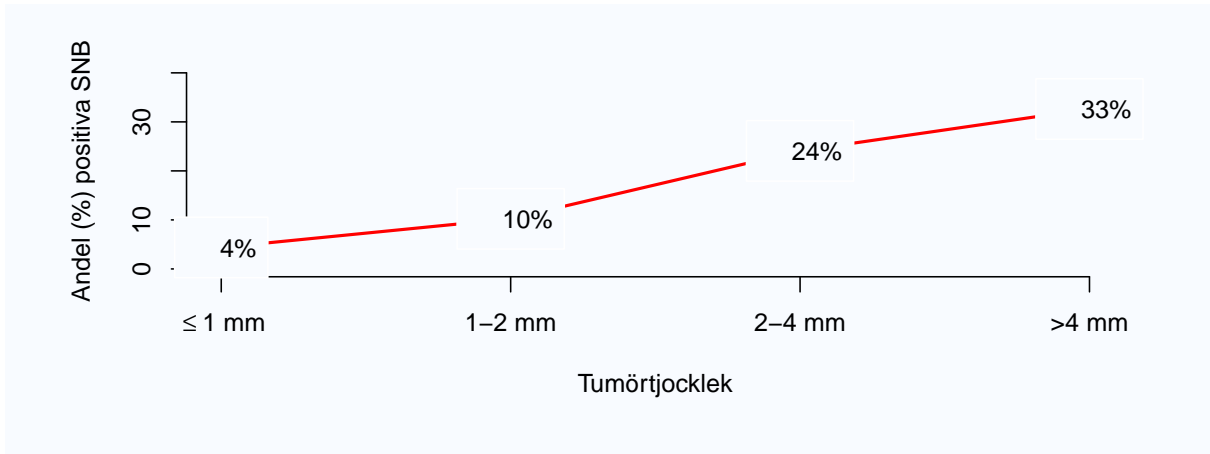
Det kan finnas medicinska och personliga skäl hos patienten att avstå SNB. Senaste årens rekommendation att även utföra SNB för huvudhalsmelanom har haft ett visst ojämnt införande mellan regionerna och länen.



Figur 27. Kvalitetsindikator: Följsamhet till rekommendationer mätt som rapporterad SNB, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2010-2017, Uppsala-Örebroregionen.

### Metastaser i SNB (positiv SNB) i relation till melanomtjocklek

Andel fall, av samtliga utförda SNB, där spridning melanomet (Figur 28). Dessa data stämmer väl med påvisats ökar med ökande tjocklek av det primära svenska och internationella data.

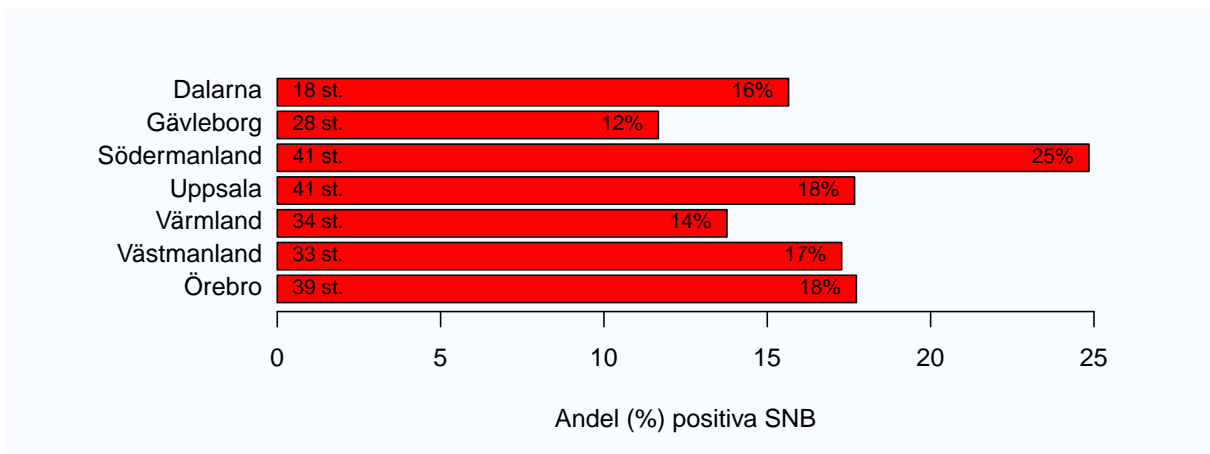


Figur 28. Andel (%) positiva SNB per tumörtjockleksgrupp, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

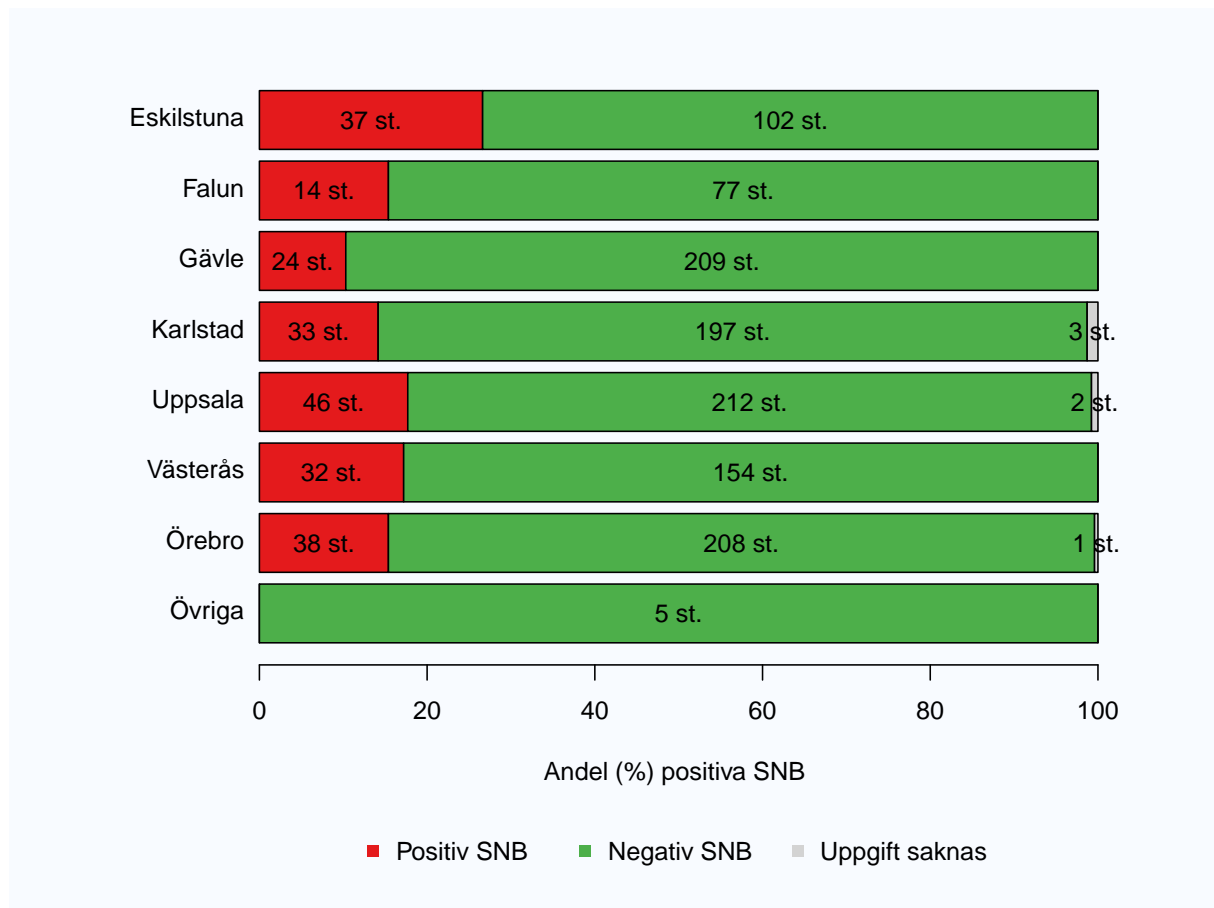
### Metastaser i SNB (positiv SNB) i länen

Kring 15 - 20 % av patienterna som opereras bör uppvisa mikroskopisk spridning till den första närliggande lymfkörteln enligt internationella rapporter. Andelen SNB med spridning varierar mellan 12-25 procent i de olika länen (Figur 29) vilket är den största spridningen i landet då Gävleborg har den lägsta och Sörmland den högsta andelen i landet. Detta kan bero på flera orsaker, varierande lokal inrapportering samt olika lokala kriterier för när ingreppet (SNB) rekommenderas.

Slutligen kan även den histopatologiska tekniken för mikroskopisk undersökning vid SNB variera då den ej är helt standardiserad på Sveriges alla patologlaboratorier. Dessa siffror bör nu kunna blir mer samstämmiga i regionen och landet då det nya nationella vårdprogrammet innehåller både tydligare och snävare rekommendationer för SNB förutom rekommendationer antagna av patologens KVA-ST-grupp.



Figur 29. Andel (%) positiva SNB per region, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 30. Andel (%) positiva SNB per patologiavdelning, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## Väntetider i melanomsjukvården

Sedan 2009 har olika tidpunkter för behandlingen av melanom registrerats i INCA. Starten, första läkarbesök, är tyvärr osäker, dels för att det är svårare att samla in uppgifter utanför sjukhusen, där första besök oftast sker (Figur 38), och dels för att angiven tidpunkt kan vara en annan än då patienten anser sig sökt för förändringen första gången. En fjärdedel av patienterna har visat upp samma förändring mer än en gång före diagnos.

Osäkerheten kring startdatum återfinns i SVF- och väntetidsrapporteringar.

Styrgruppen för melanomregistret har beslutat att man i grafiska presentationer av de väntetider man kan beräkna i melanomsjukvården (Figur 31a-37a) även skall ange "rimliga målnivåer" för när 80 % av patienterna bör vara behandlade eller fått information. Målen nås inte, undantaget

PAD-hantering i Falun/Dalarna som av tradition inte genomfört immunhistokemi i samma utsträckning som övriga patologiavdelningar. En viktig orsak till att målet inte nås kan vara att melanom i många fall är en överraskningsdiagnos för doktorn som utför det första ingreppet varför PAD ej blir prioriterat. I årets rapport över väntetider i cancervården 2017 (från kvalitetsregistret) finner man att ligger långt från målet med enbart 20 % måluppfyllelse för utvidgad excision för melanom i Sverige. Alla län i Region Uppsala-Örebro har förkortat tiden.

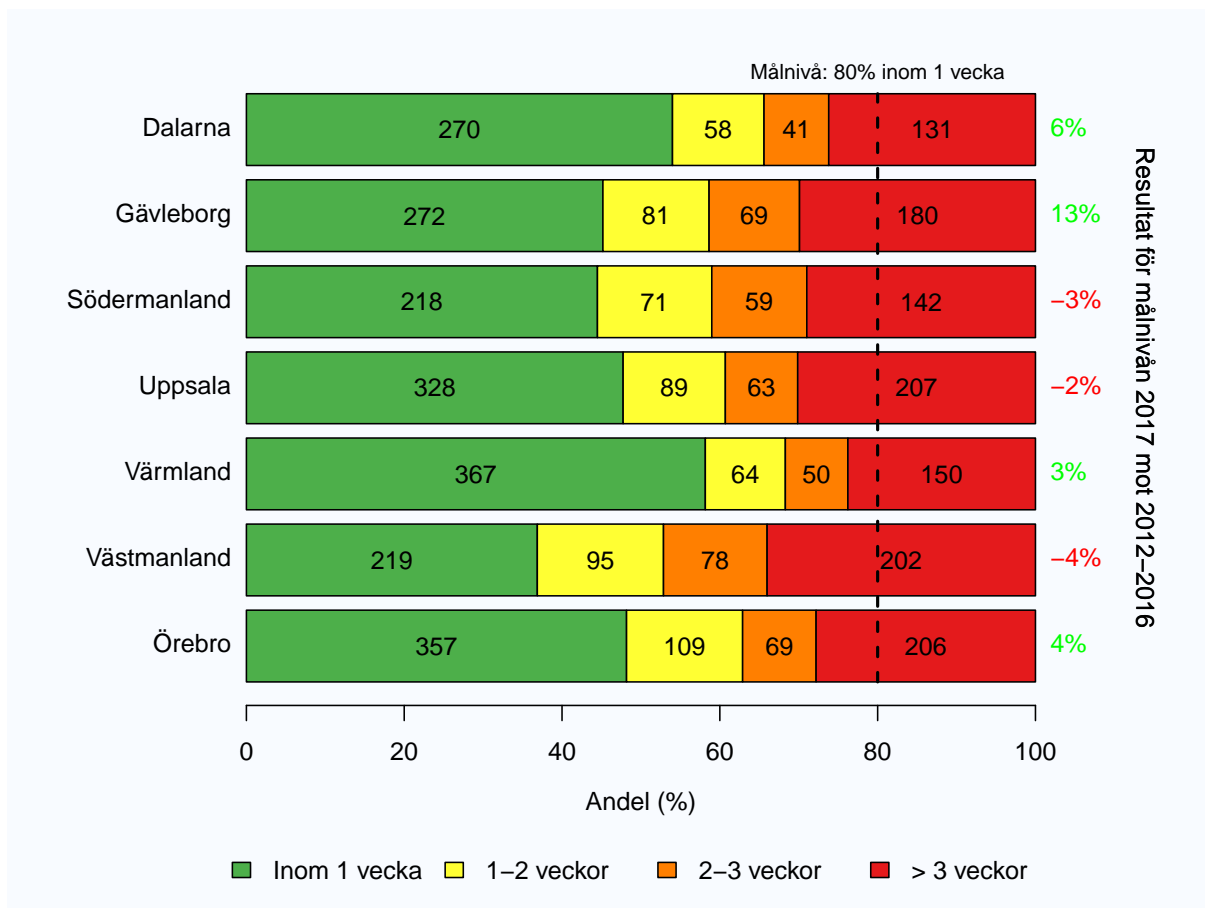
### Målnivåer för 80 % av patienterna

- Från första läkarbesök till primärkirurgi: 1 vecka
- Från primärkirurgi till svarsdatum patologi: 2 veckor
- Från svarsdatum patologi till utvidgad kirurgi: 3 veckor
- Från första besök till diagnosbesked, melanom: 4 veckor
- Från sentinel node till svarsdatum patologi: 2 veckor

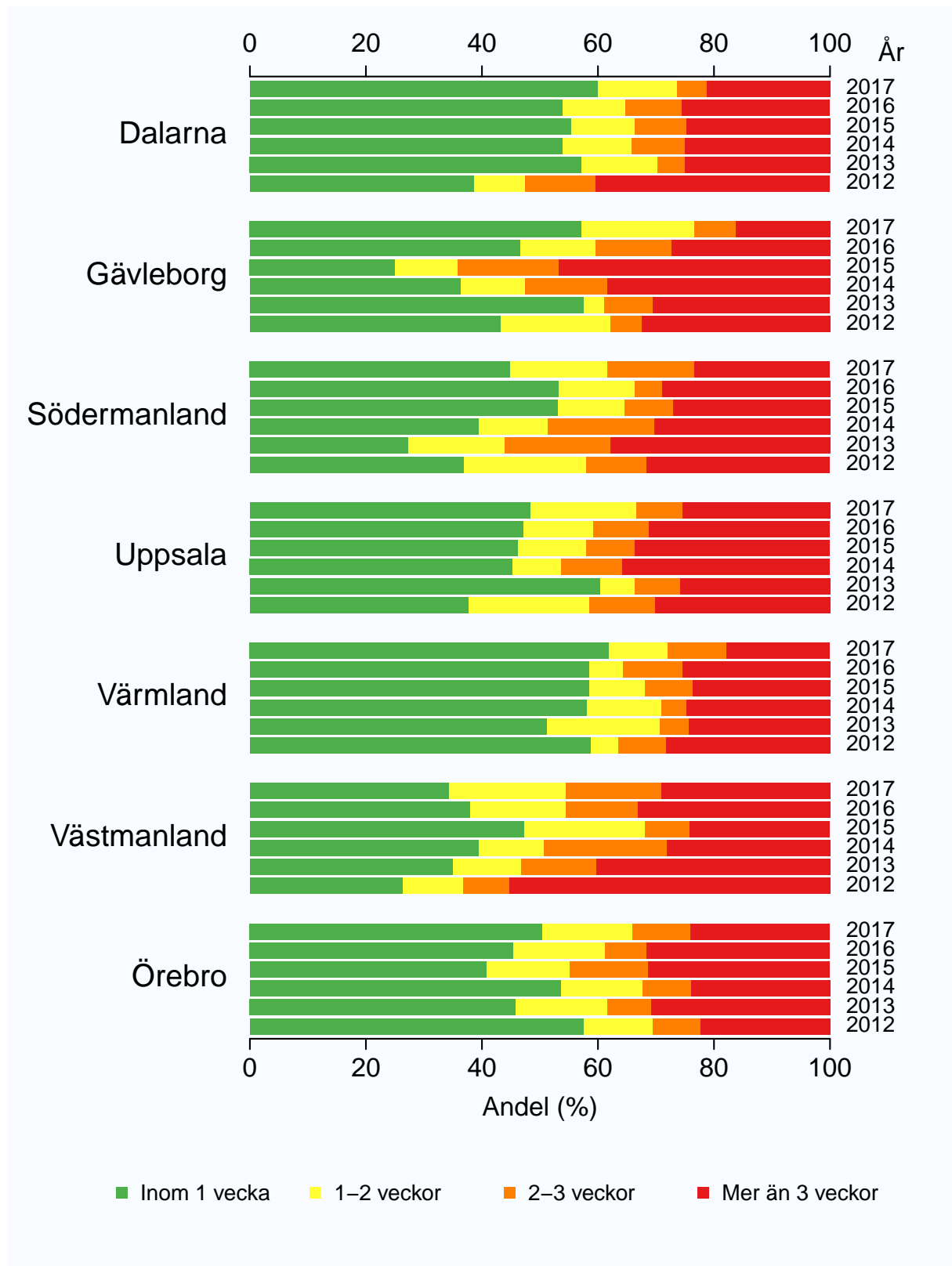
Till höger i Figur 31a-37a syns förändringar senaste året (2017) relaterat till föregående år 2012-2016 i procent (Figur 31a). Generellt ses förbättringar inom 2017 både i landet och Regionen.

Inom landet har endast Region Uppsala-Örebro och Västra har förbättrat tiderna för första läkarbesök

till primär (diagnostisk) excision både 2016 och 2017. Detsamma gäller Gävleborg och Uppsala inom vår Region. 2017 har alla Regioner utom Sydöstra och Norra (som backat 10 %) förkortat tiderna. Inom Regionen har inga större förändringar skett förutom i Gävleborg där förbättring med 13 % ses.



Figur 31a. Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

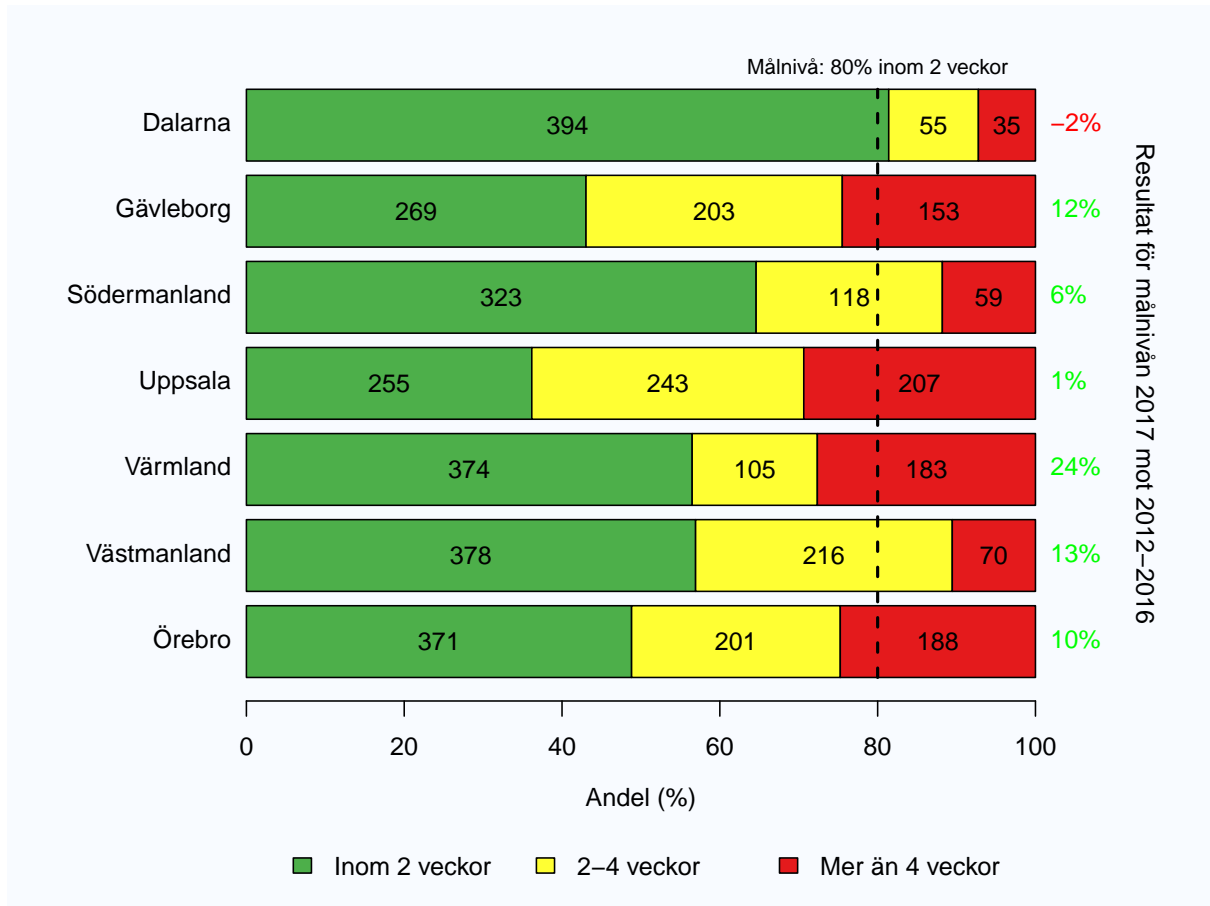


Figur 31b. Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi, per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

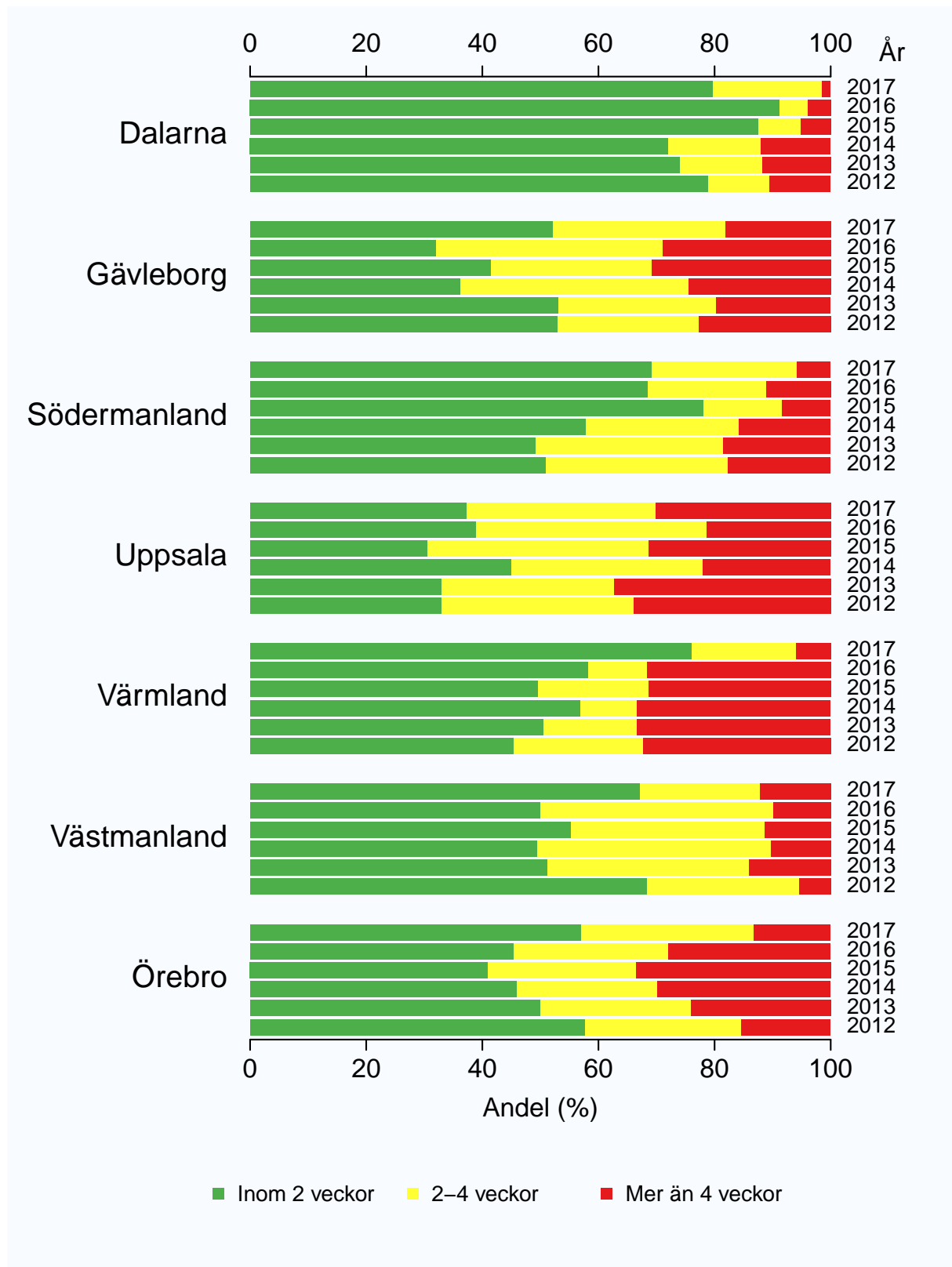


I landet uppfylls målet med 2 veckors svarstid i ca 50 %. Patologens svarstid (Figur 32a) varierar. Tillgången på patologer i Sverige med specialintresse för hudpatologi är begränsad och kanske ojämnt fördelad i Sverige. Region Uppsala-Örebro har sammantaget förkortat väntetiden från primärkirurgi (diagnostisk excision) till PAD-svar med 10 %, vilket är störst positiv förändring av i landet. Endast Dalarna backar

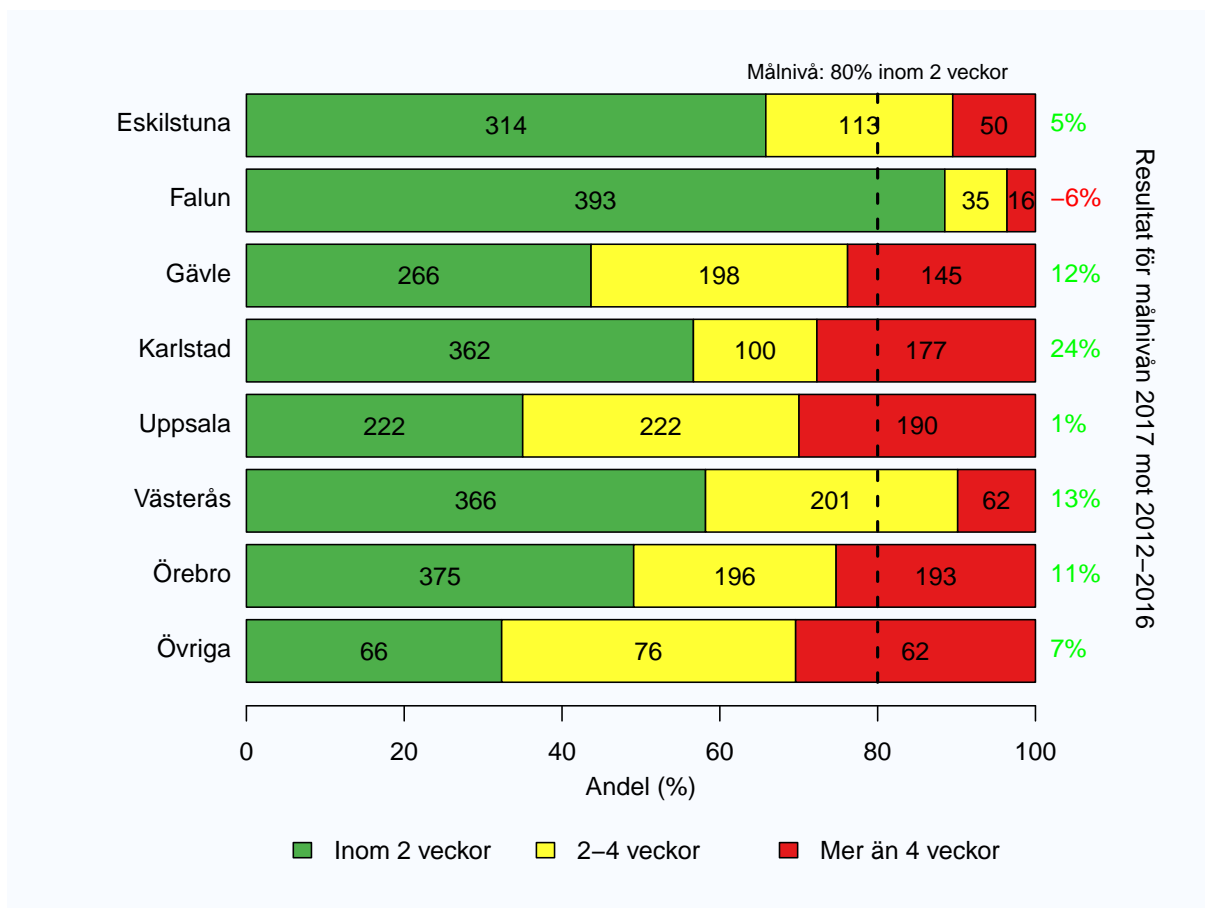
en smula, kanske till följd av ändrade rutiner, men ligger fortfarande i topp tillsammans med Södermanland och Västmanland. Värmland har förbättrat sina resultat med hela 24 %. Samma fördelning syns för svarstiderna för diagnos från de olika patologlaboratorierna, då varje landsting i vår Region har ett varsitt lab. Ev skillnader bör bero på remittering för second opinion samt till privata lab i landet. (Figur 33a).



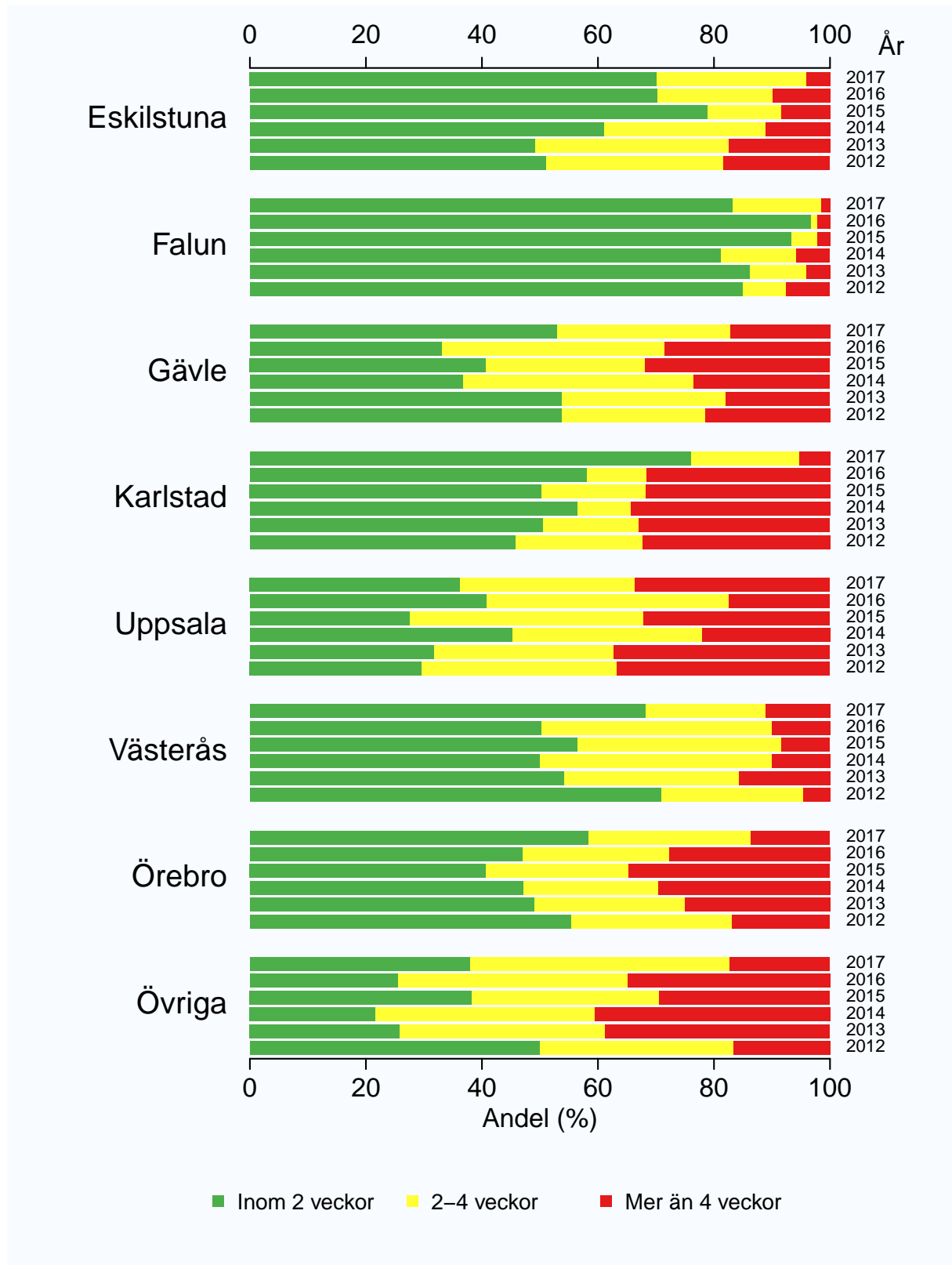
Figur 32a. Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 32b. Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



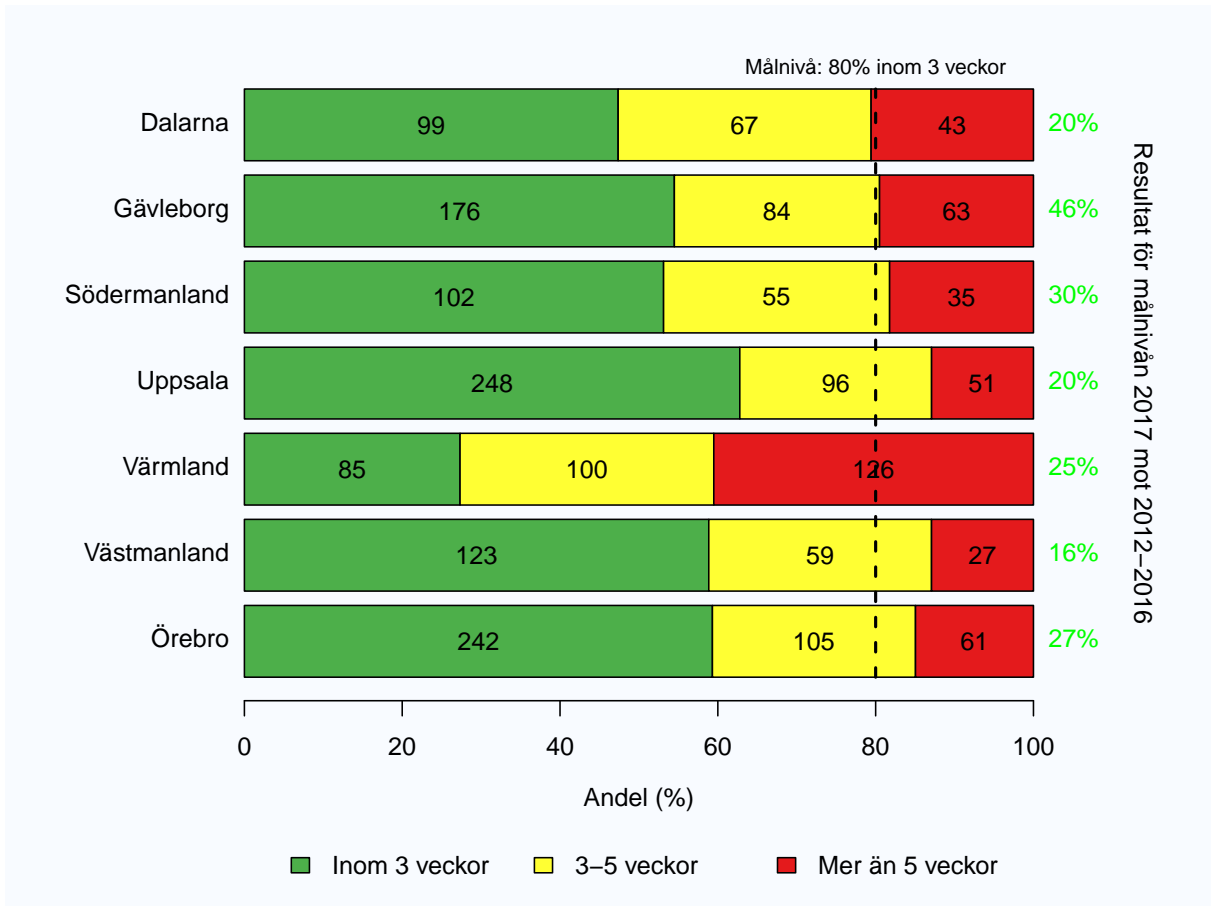
Figur 33a. Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per patologavdelning, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



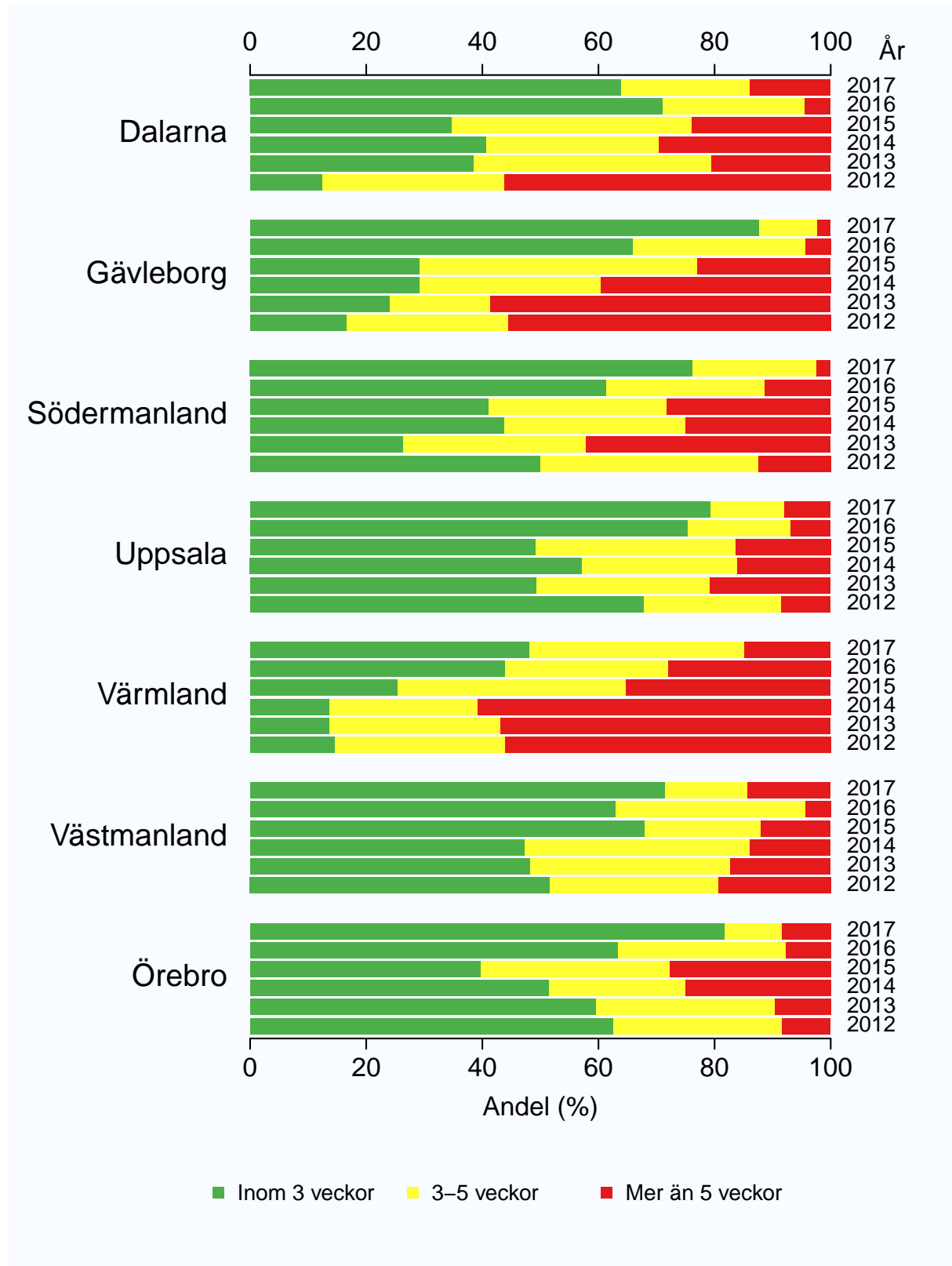
Figur 33b. Väntetid från primärkirurgi till PAD-svar per patologavdelning och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

Tid från PAD-datum till den utvidgade kirurgin för de tunna melanomen ( $\leq 1\text{mm}$ ) visar, liksom 2016, en klar förbättring i Regionen (Figur 34b) precis som i resten av landet. Sannolikt en effekt av ”SVF”. Ingreppet sker vanligen i lokalbedövning och utan SNB varför dessa resultat skiljer sig från de tjockare melanomen ( $> 1\text{mm}$ ) där samtidig SNB rekommenderas och då vanligen i narkos (Figur

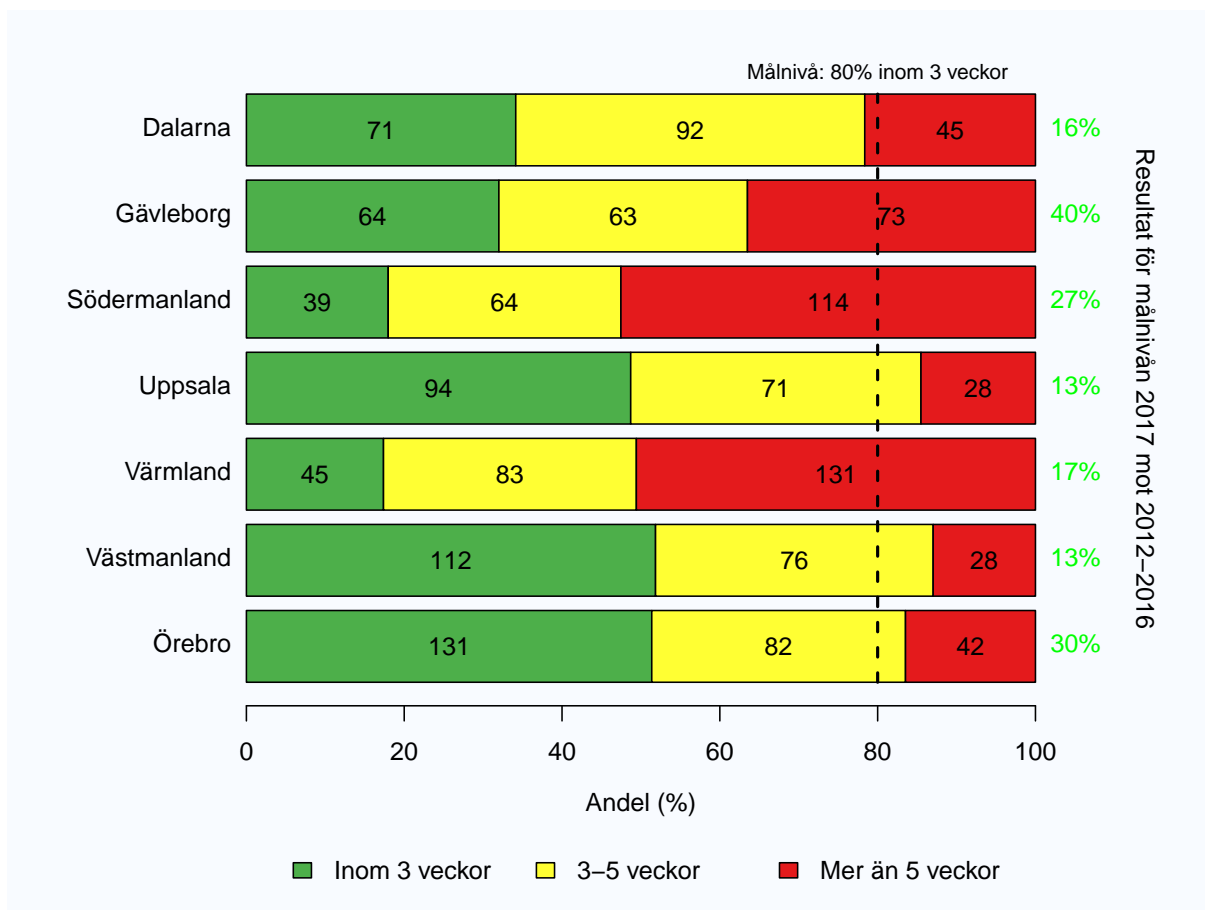
35b). Endast 20 % av patienter med samtidig SNB hinner den svenska vården med att behandla enligt uppsatta målvärden. I samtliga regioner ses en förbättring, och en påtaglig sådan inom flera landsting i Region Uppsala-Örebro, troligen delvis t f a stramare indikationer. För patienter med tunnare melanom når ca 50 % målvärdet i landet.



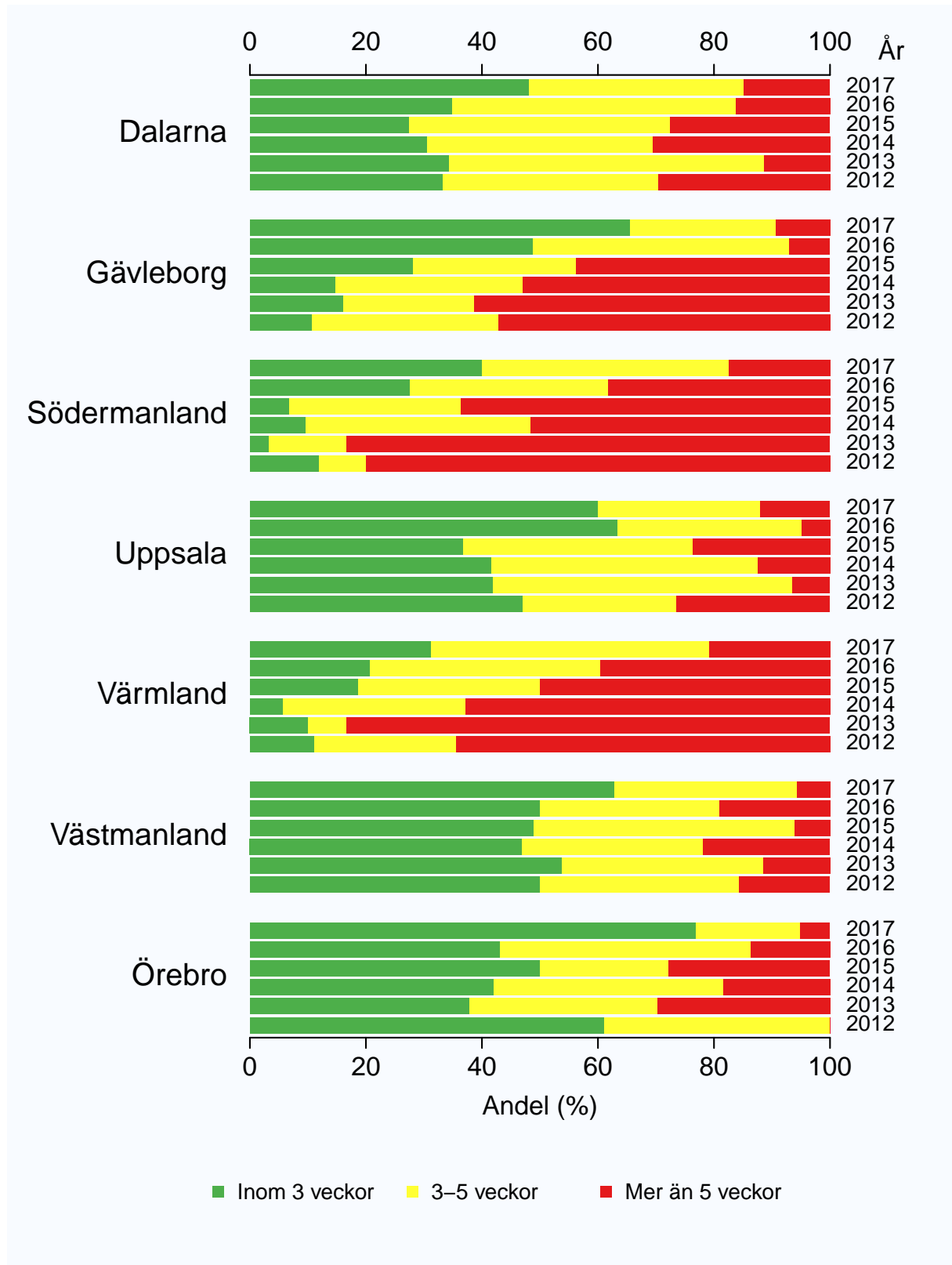
Figur 34a. Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän, tumörtjocklek  $\leq 1\text{mm}$ , diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 34b. Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän och diagnosår, tumörtjocklek  $\leq 1$  mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 35a. Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän, tumörtjocklek > 1mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

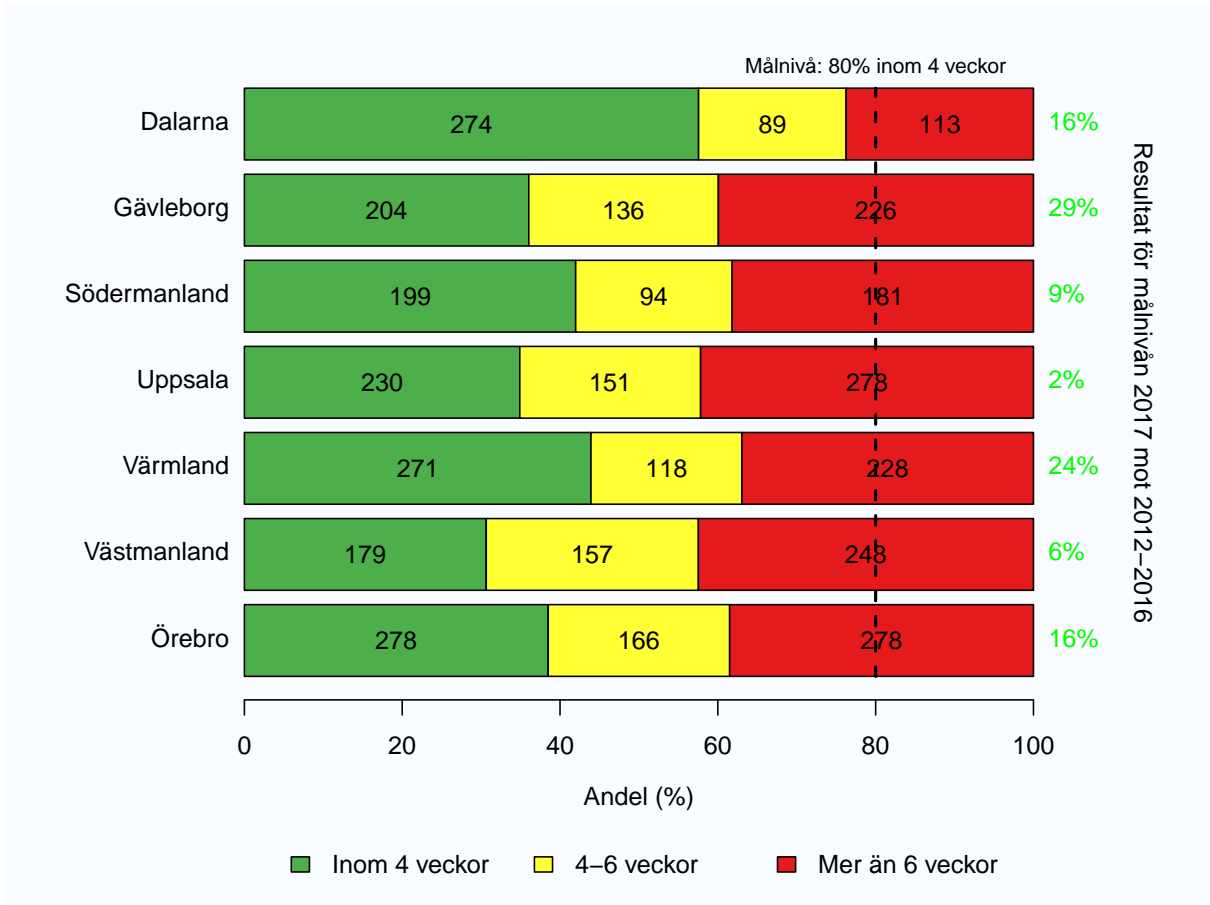


Figur 35b. Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi per mantalsskrivningslän och diagnosår, tumörtjocklek > 1mm, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

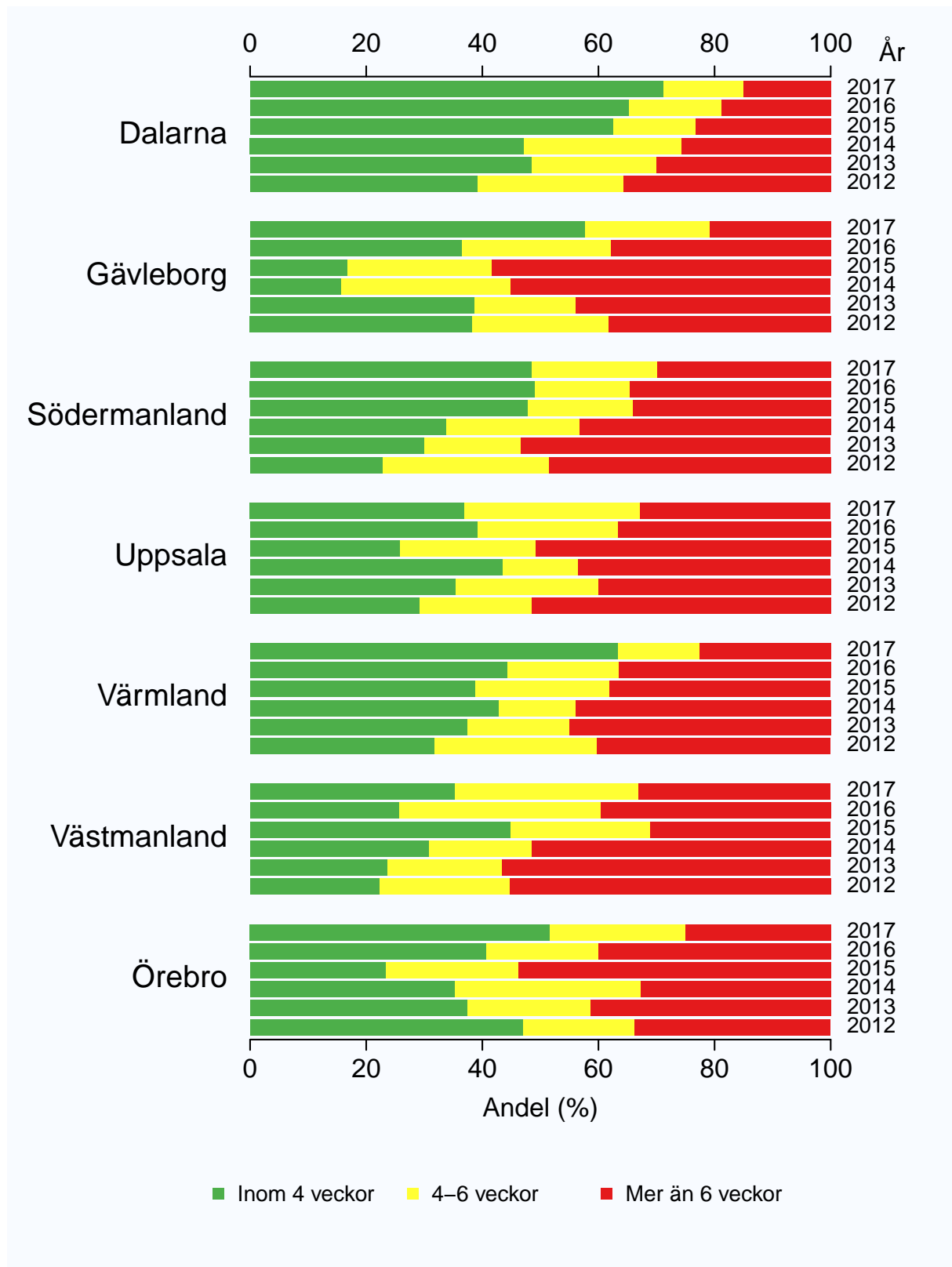


Den kortast möjliga tiden från första läkarbesök till återbesök för diagnos är högst teoretiskt en dryg vecka. Det nationella kvalitetsregistrets styrgrupp har satt gränsen till att 80 % av patienterna bör få diagnosbesked inom 4 veckor men resultatet

visar att endast 40 % uppnår detta mål i Sverige (Figur 36a). Ingen region uppnår målet, inte heller något län inom Regionen, även om vi har den största förbättringen. Gävleborg och Värmland har förbättrats mest, Dalarna ligger närmst målnivå.

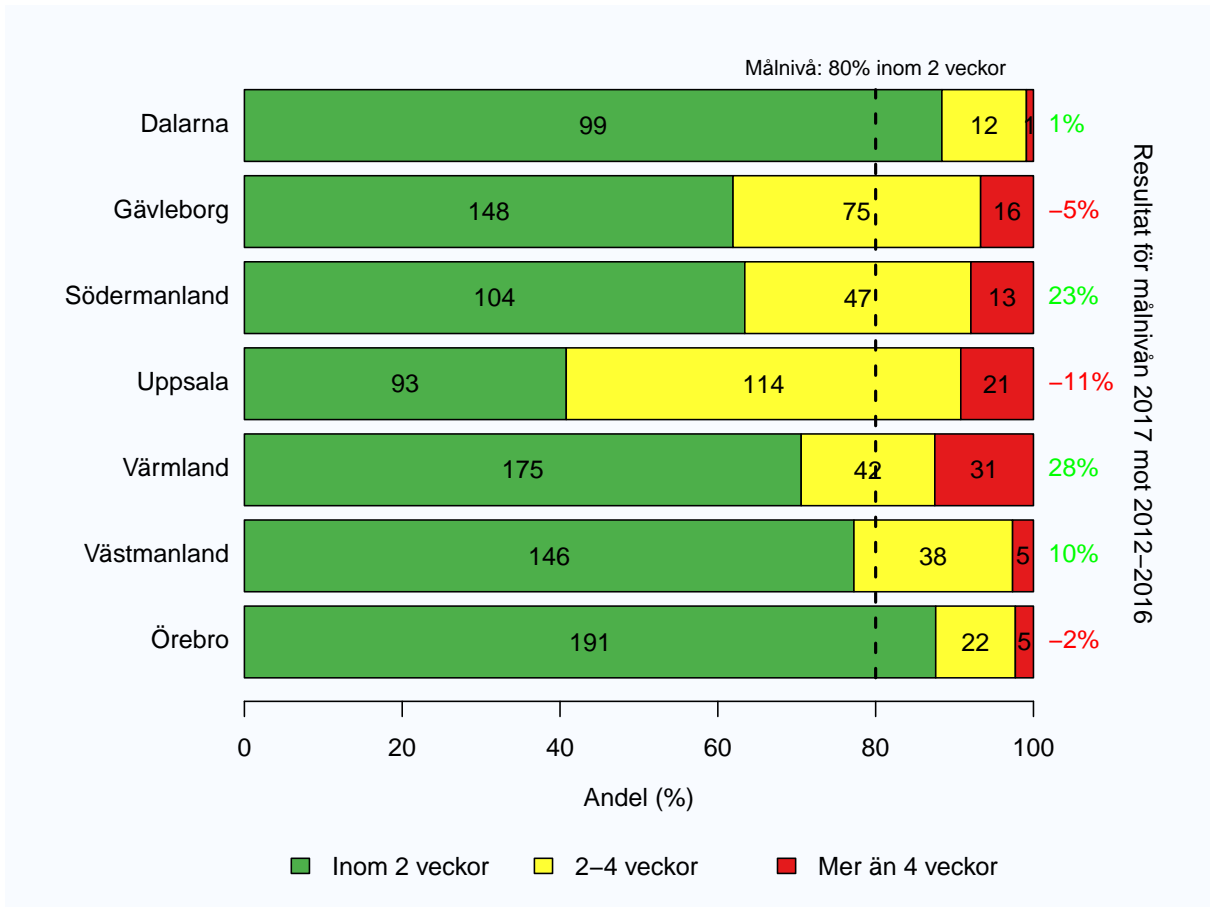


Figur 36a. Väntetid från första läkarbesök till diagnosbesked per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

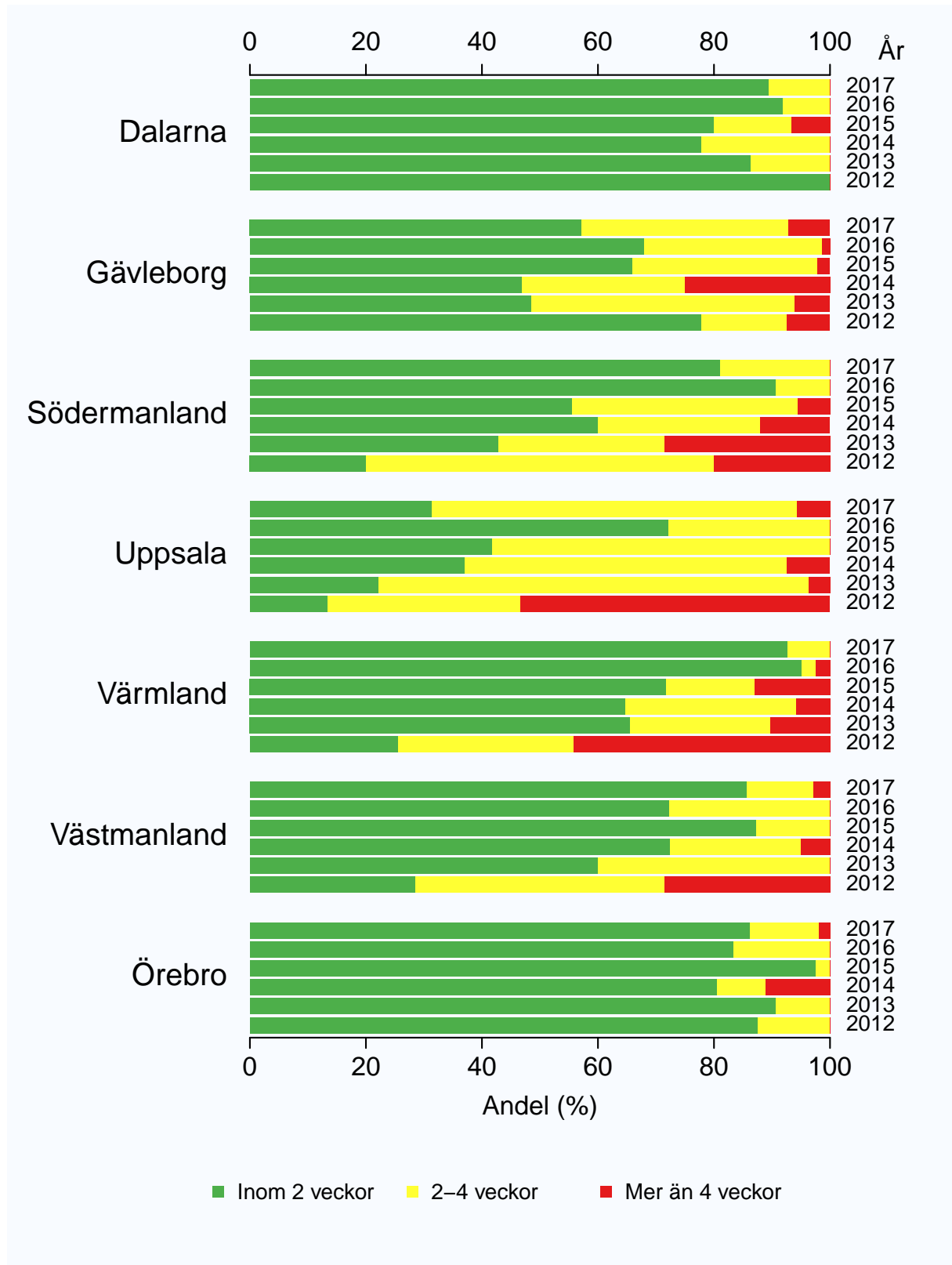


Figur 36b. Väntetid från första läkarbesök till diagnosbesked per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

Tiden är även lång i Sverige för patienterna att få svar på utfallet av SNB operationen (Figur 37a). Senaste året i Sverige ses förbättringar enbart i Södra och vår region. Dock uppvisar Uppsala, Gävleborg och Örebro försämringar. Trots det klarar Örebro målnivån tillsammans med Dalarna.



Figur 37a. Väntetid från sentinel node biopsi till PAD-svar per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



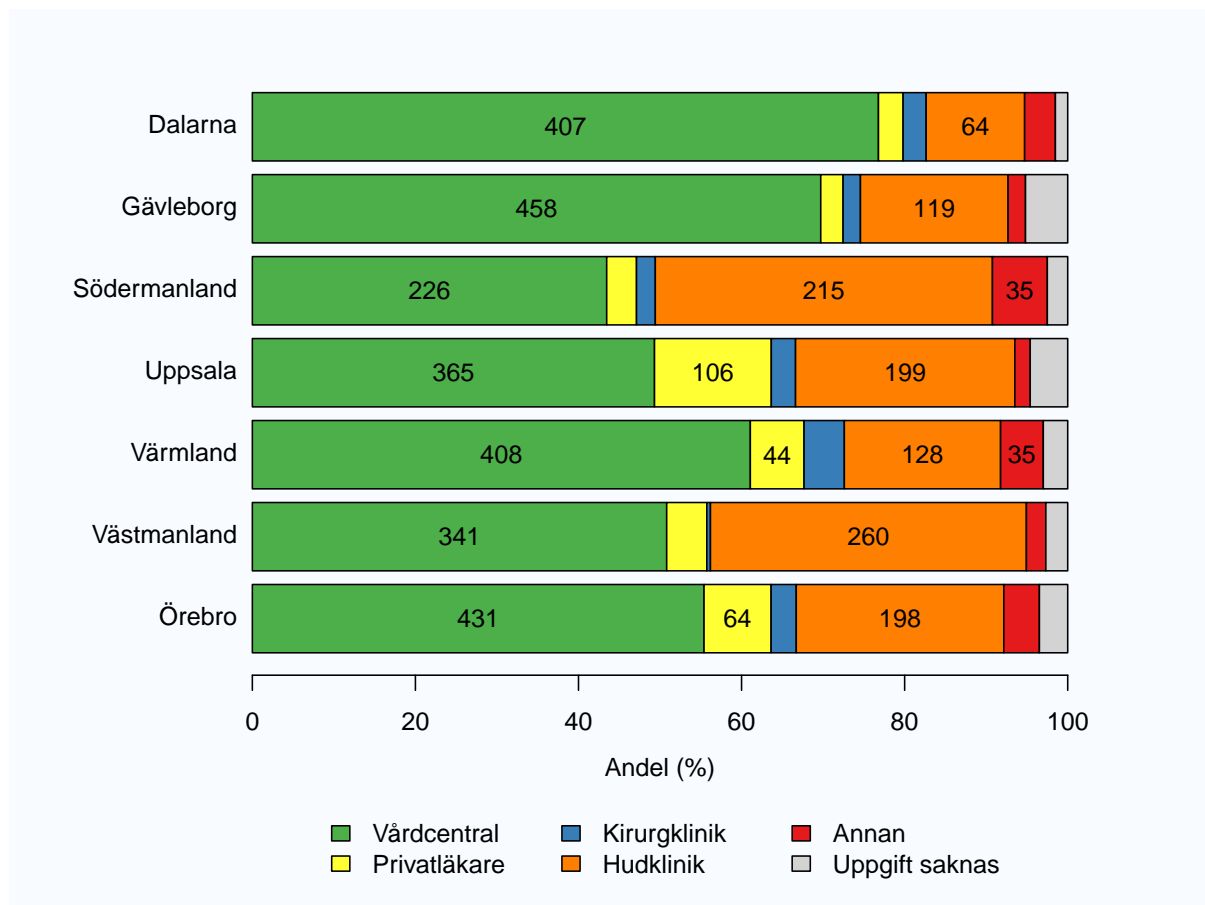
Figur 37b. Väntetid från sentinel node biopsi till PAD-svar per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## Övriga kvalitetsindikatorer i melanomsjukvården

### Första läkarbesöket

I Sverige får minst 70 % av patienterna sitt primära melanom bortopererat i Primärvården, men siffran är troligen högre det saknas information i kring 10 %. Insatser för tidig upptäckt bör

sålunda riktas mot den öppna vården, bl a med teledermatoskopi, förutom mot allmänheten. Nivån för första läkarbesök är i princip oförändrad inom Regionens landsting (Figur 38).



Figur 38. Vårdnivå på det första läkarbesöket, per mantalskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.

### Diagnosbeskedet

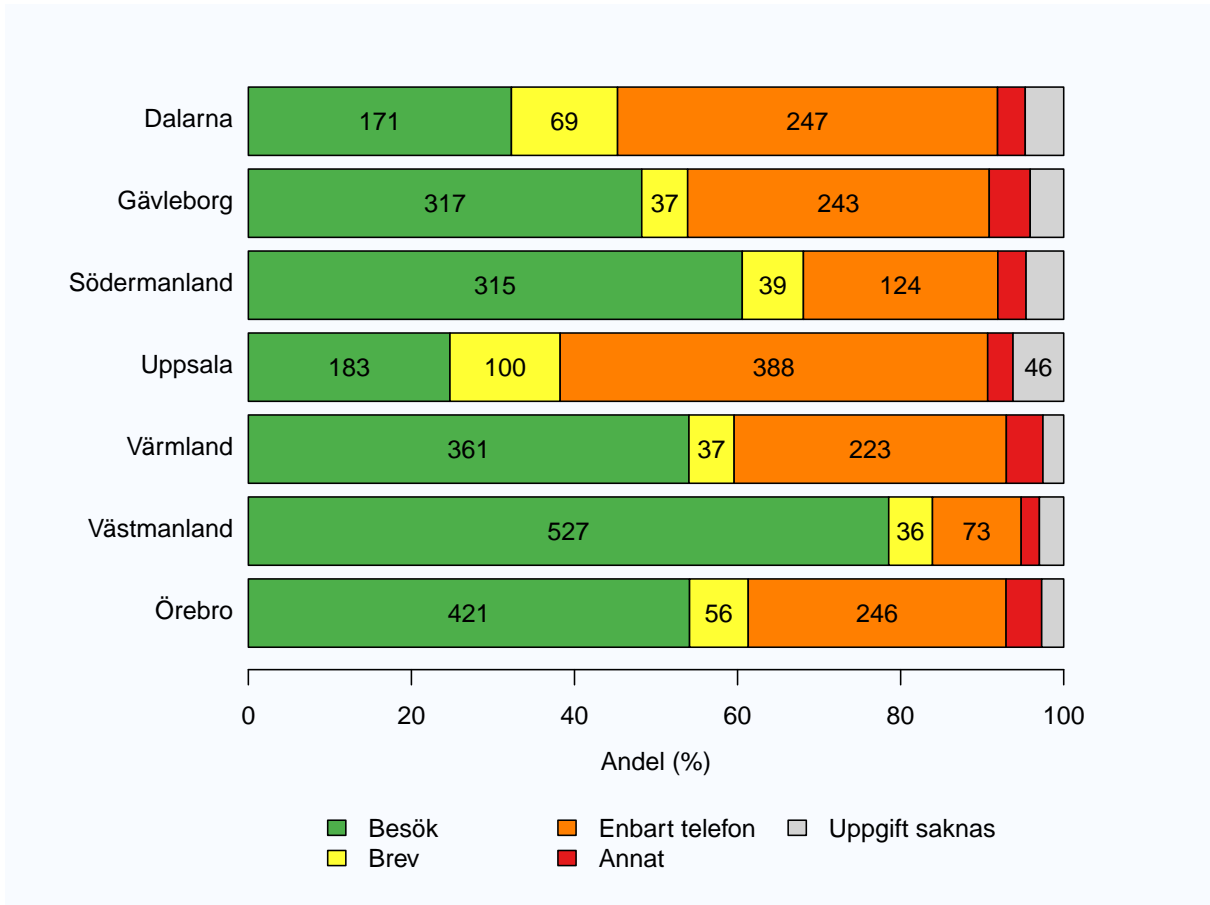
Den nationella rekommendationen är att diagnosbesked skall lämnas vid ett personligt besök hos behandlande doktor i görligaste mån, och sammantaget inom regionen ligger vi på landets snittnivå ca 50 %, mycket tack vare höga nivåer i Västmanland och Södermanland (Figur 39a). Olika faktorer spelar naturligtvis in (rutiner, bemanning, avstånd till vårdinrättningen mm). Den Nationella registergruppen anser att vi inom

Uppsala-Örebroregionen lämnar anmärkningsvärt många besked per telefon (40 %). Vi har i vår Regionala processgrupp tyckt att ett med patienten på förhand avtalat, och av patienten självvalt, telefonbesked av redan muntligen förberedd diagnos bör vara tillfyllest i en stor del av fallen. Samtalet skall naturligtvis innefatta adekvat information och möjlighet till svar på patientens frågor. En telefonkallelse för återbesök för diagnos kan skapa

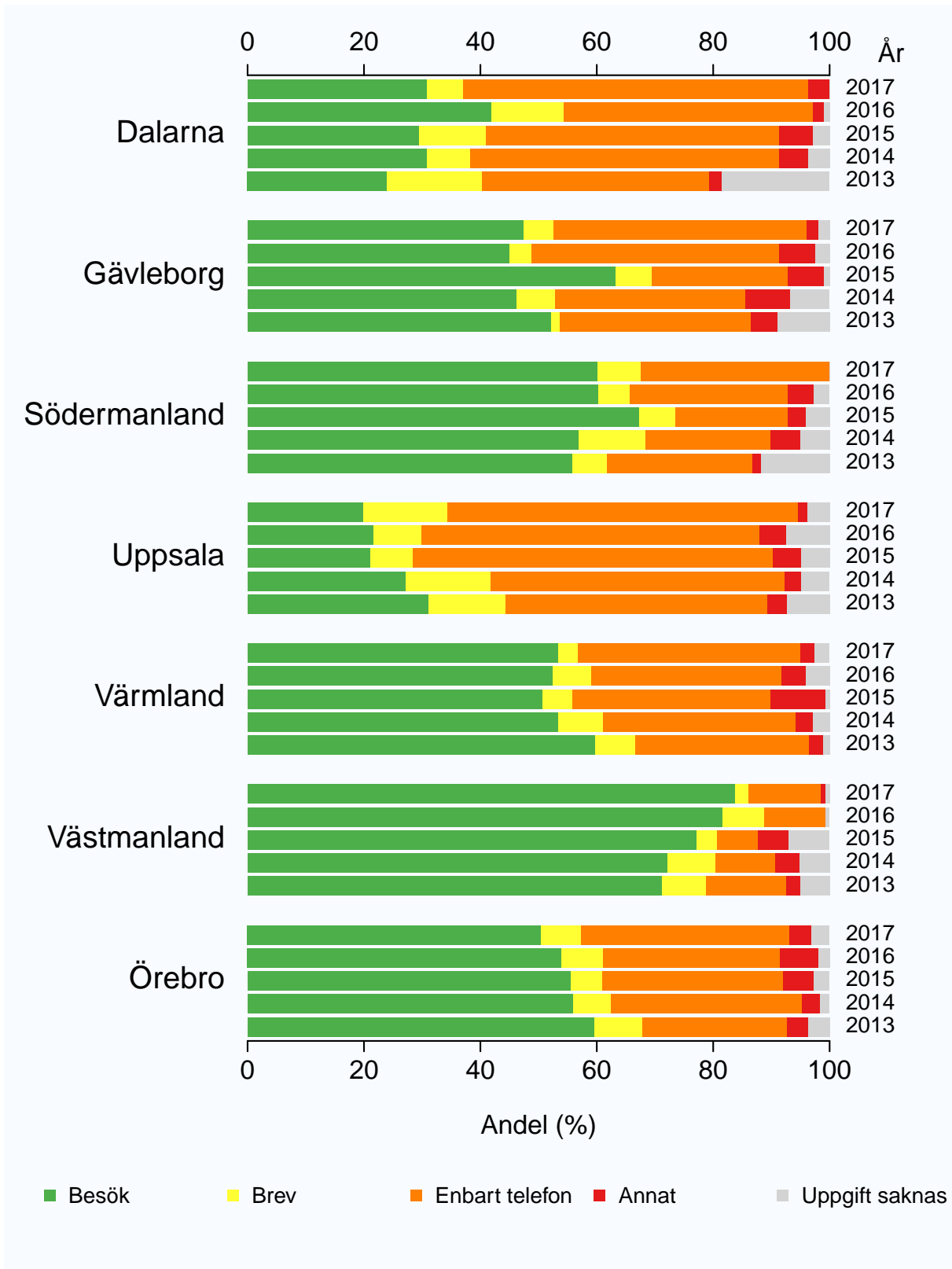
## RESULTAT

en hel del oro och frågor som inte får omedelbara svar. Besök för kontroll av hudkostym och lymfkörtlar, samt sekundär preventionsinformation skall förstås erbjudas skyndsamt, enligt SVF. Besked per brev har vi beslutat ej ska förekomma.

Trots det är andelen brevbesked väsentligen oförändrad (Tabell 2). I fr a Uppsala behöver fördelningen av hur diagnosbesked ges förändras. Vi behöver också diskutera om vår ambitionsnivå är för låg på denna punkt.



Figur 39a. Diagnosbesked per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 39b. Diagnosbesked per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.

## RESULTAT

Tabell 2. Förändring diagnosbesked, andel 2017 mot 2013-2016, per mantalsskrivningslän, Uppsala-Örebroregionen

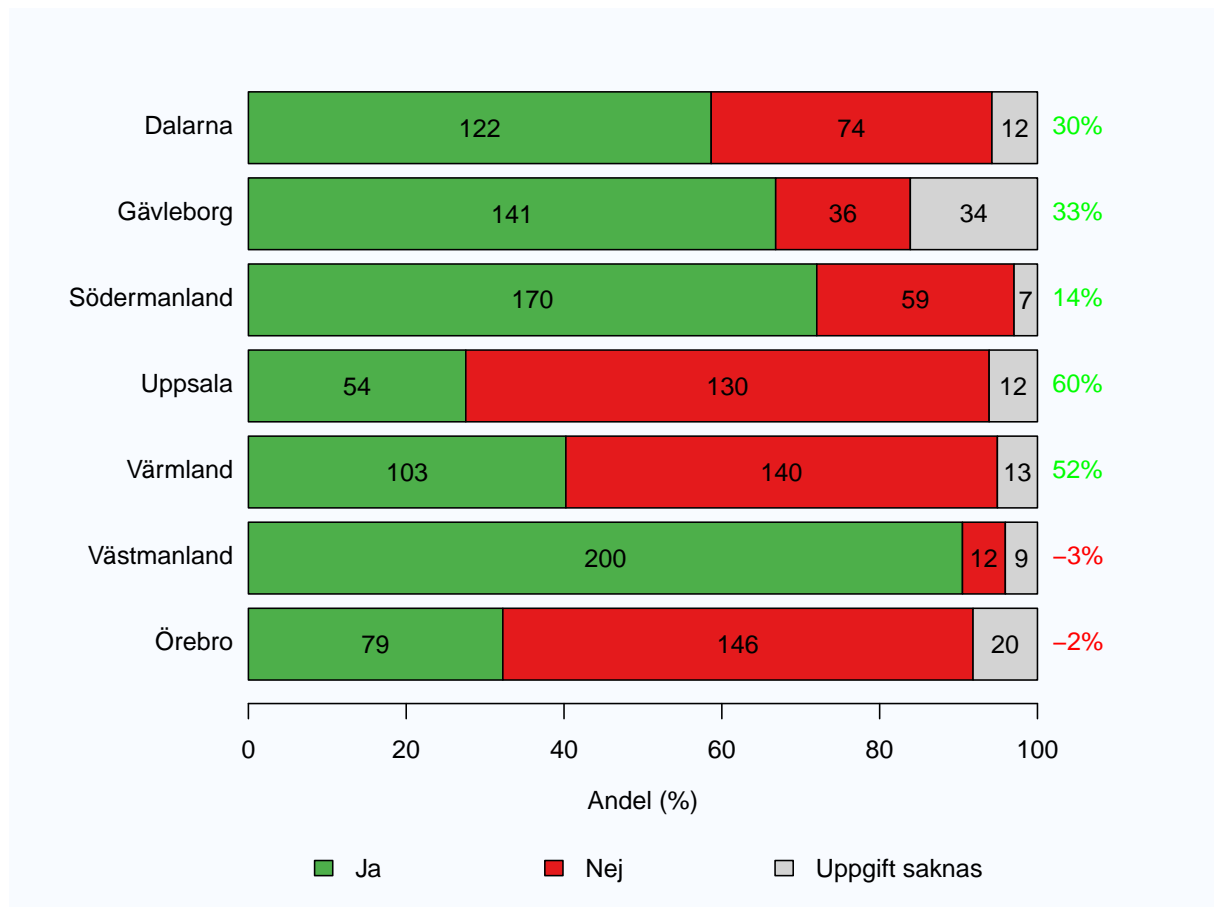
	Förändring besök 2017 mot 2013-2016	Förändring brev + telefon 2017 mot 2013-2016	Förändring brev 2017 mot 2013-2016	Förändring telefon 2017 mot 2013-2016
Dalarna	-3 %	3 %	-7 %	10 %
Gävleborg	-5 %	8 %	0 %	8 %
Södermanland	-4 %	7 %	0 %	7 %
Uppsala	-6 %	9 %	4 %	5 %
Värmland	0 %	2 %	-4 %	6 %
Västmanland	4 %	-3 %	-5 %	2 %
Örebro	-5 %	6 %	0 %	6 %

\* Värde saknas exkluderat

### Kontaktsjuksköterska

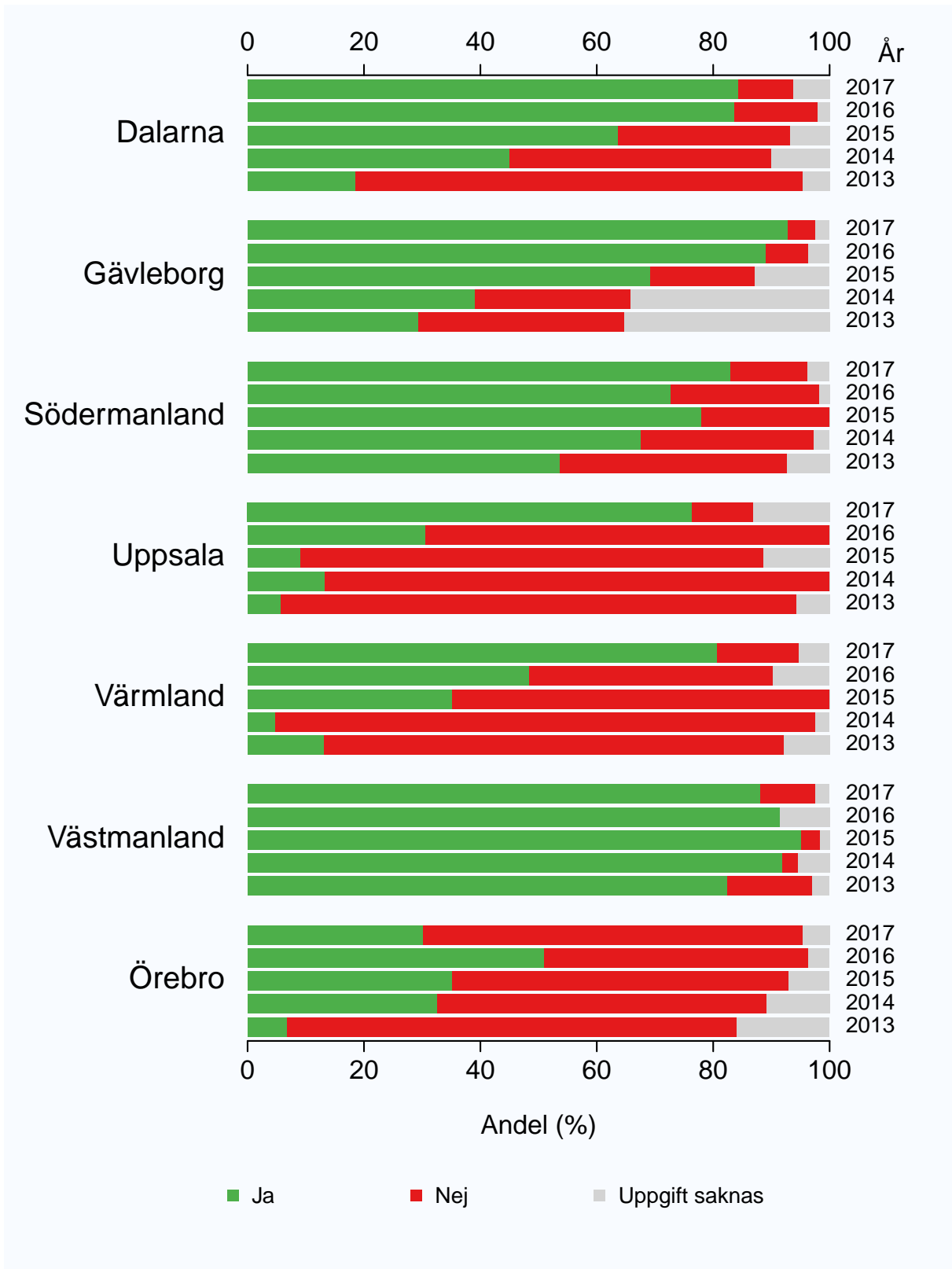
Erbjudandet av kontaktsjuksköterska förordas i vårdprogrammet. Här ser vi stora variationer inom regionen. Allt fler patienter inom Regionen får erbjudandet. Uppsala och Värmland har förbättrat sig rejält, men ligger alltjämt på väldigt låga nivåer, liksom Örebro, som i år dessutom backat lite.

Parametern är osäker då denna inte registrerats i cirka 20 % av fallen. På flera håll i Regionen erbjuds kontaktsjuksköterska även för pat med tunnare melanom, vilket inte framgår i nedanstående Figur 40a.



Figur 40a. Andel (%) patienter (med tumörtjocklek > 1 mm) som erbjudits kontaktsjuksköterska per mantalsskrivningslän, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.



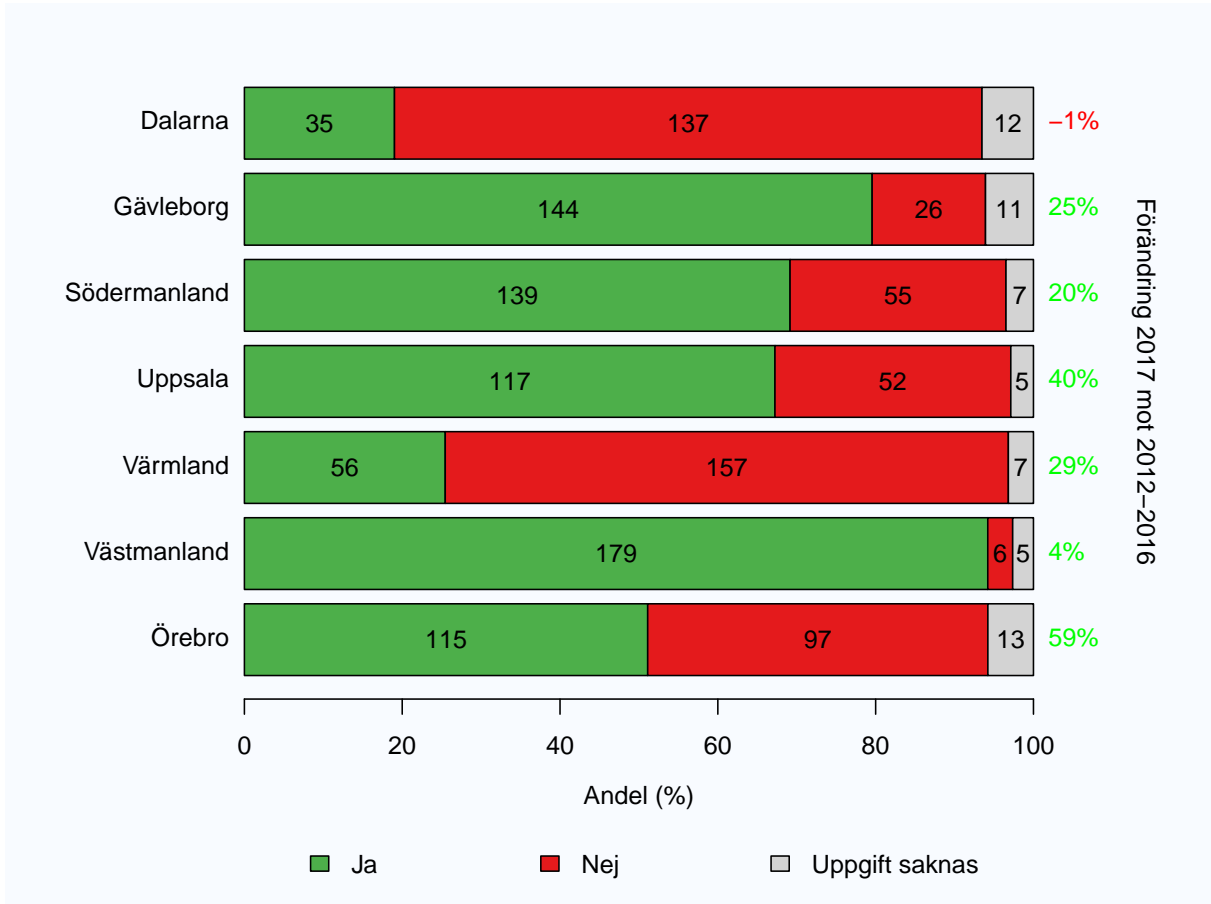


Figur 40b. Andel (%) patienter med tumörtjocklek > 1 mm som har erbjudits kontaktsjuksköterska, per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.

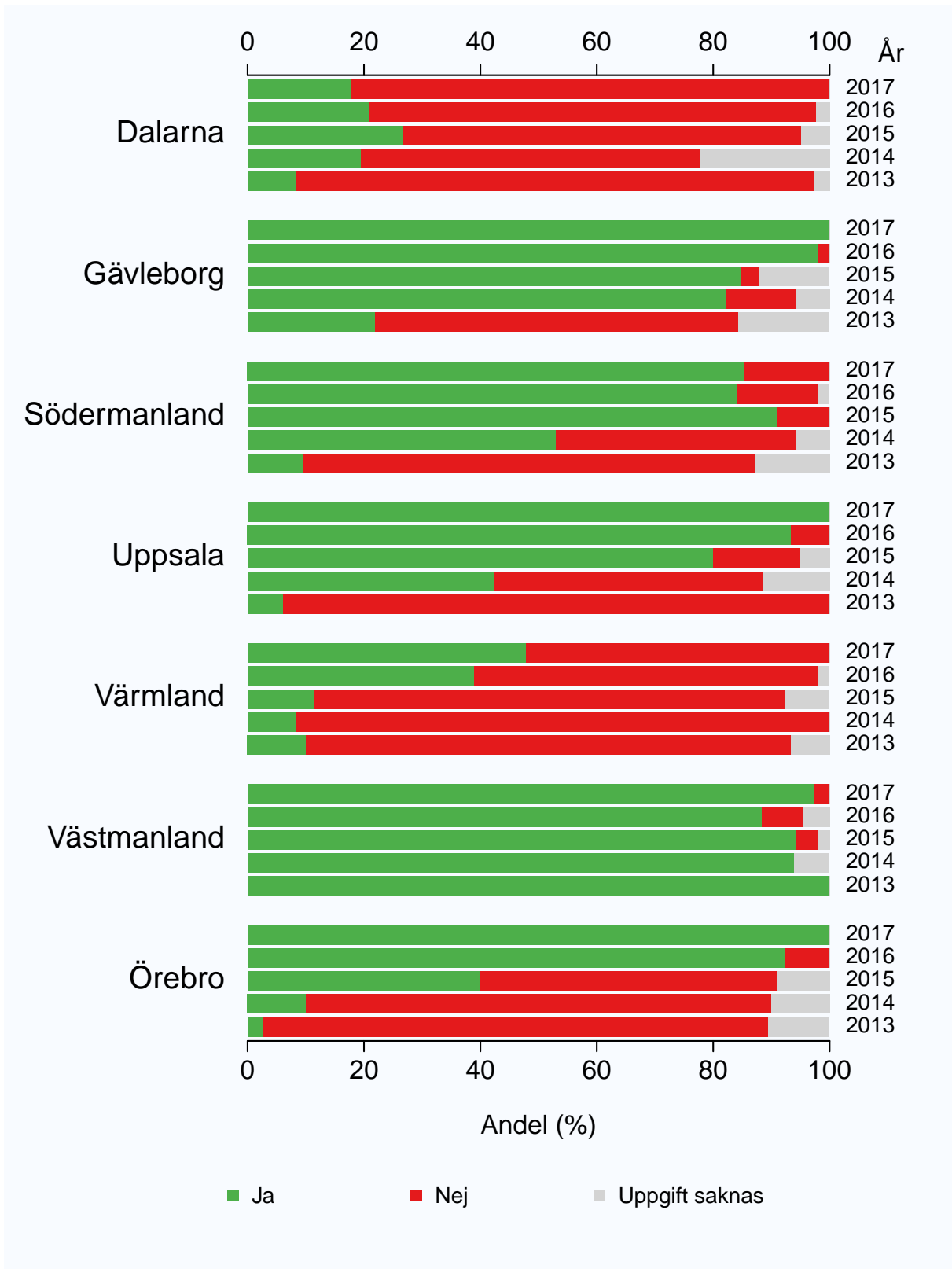
**Multidisciplinär konferens**

Vårdprogrammet för malignt melanom föreskriver inte att alla patienter ska diskuteras på MDK utan främst de med återfall eller spridd sjukdom, i SVF förespråkas att alla invasiva melanom tas upp. Regionen har förbättrat sig påtagligt. Figur 41a

visar på mycket stora lokala skillnader i regionen. Vetenskapligt finns visat att en diskussion på MDK ger en bättre följsamhet till vårdprogram och en bättre behandling. Underlaget till figuren finns bara sedan 2013(- 2017).



Figur 41a. Andel (%) patienter med tumörtjocklek > 1 mm och utförd utvidgad kirurgi som har diskuterats på multidisciplinär konferens, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.



Figur 41b. Andel (%) patienter med tumörtjocklek > 1 mm och utförd utvidgad kirurgi som har diskuterats på multidisciplinär konferens, per mantalsskrivningslän och diagnosår, diagnosår 2013-2017, Uppsala-Örebroregionen.

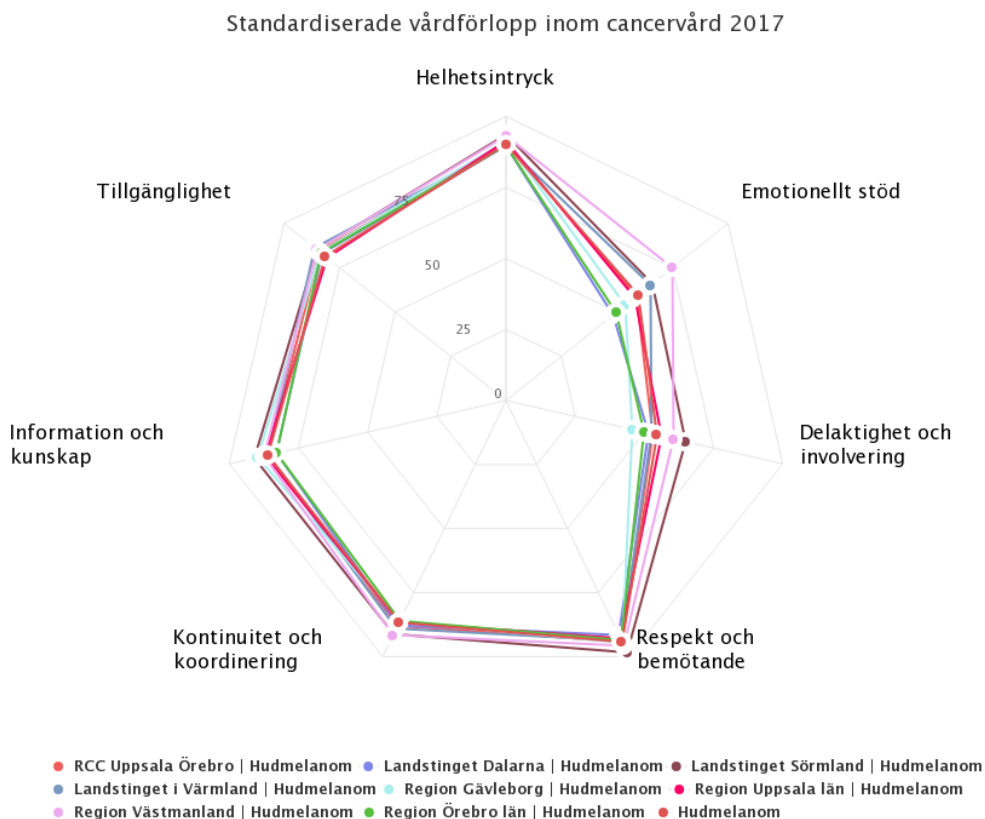
**Patientrapporterade mått**

Man har studerat livskvalitet och upplevelser av vården (PROM – Patient Reported Outcome Measures) på alla patienter som behandlats för malignt melanom i sydöstra och norra sjukvårdsregionen under 2013-2014. Svarefrekvensen var 65 % och sammanställningen av data visade en signifikant sämre livskvalitet för patienter med tumörtjocklek >2 mm än de med < 2 mm (se Figur 42 nationella rapporten).

PREM-enkäter (Patient Reported Experience Measures) med specifika frågor för SVF mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården. De skickas ut till alla patienter som går in i ett SVF: både de som fått ett cancerbesked och de som avslutat SVF av någon annan orsak.

Dessa uppgifter samlas inte in av kvalitetsregistret, men de presenteras på [patientenkat.se](http://patientenkat.se) och finns där allmänt tillgängliga. Svarefrekvensen totalt under 2017 var 56 %.

Figur 43 visar resultaten för 2017 för riket, Uppsala-Örebroregionen och för regionens sju landsting/regioner. De resultat som ses för melanom är snarlika de som ses för cancerdiagnoser generellt; sjukvården får gott betyg av de patienter som ingått i SVF för melanom vad gäller helhetsintryck, tillgänglighet, information och kunskap, kontinuitet och koordinering samt respekt och bemötande. Emotionellt stöd och delaktighet och involvering skattas lägre och här ser det ut att finnas skillnader inom regionen.



Figur 43. Standardiserat vårdförlopp hudmelanom, år 2017, Uppsala-Örebroregionen jämfört med riket.