

Tumörer i centrala nervsystemet (CNS)

Nationell kvalitetsrapport för 2024

2025-09-25



Innehåll

Förord	2
Organisation	3
Styrgrupp	3
Stödteam och support	3
Interaktiv onlinerapport	4
Patientrapporterade utfallsmått	6
Frågeformulär "Hur mår du?" (PROM)	6
Frågeformulär "Dina upplevelser av sjukvården i samband med din hjärn- eller hjärnhinnetumör" (PREM)	7
Utskick och svarsfrekvens	7
PREM	9
PROM 3 månader	10
PROM 12 månader	11
Hur används resultaten från patientenkäterna?	12
Patienternas erfarenheter av hjärntumörvården	12
Kontaktsjuksköterska	13
Vårdplan	14
Koordinering av vård	15
Delaktighet	16
Tillgänglighet	17
Stöd till närstående	18
Förtroende för hjärntumörvården	19
Överlevnad	20
Glioblastom	22
Uppdelat på åldersgrupp	22
Uppdelat på kön	24
Uppdelat på diagnosår	25
Meningeom	28
Uppdelat på åldersgrupp	28
Uppdelat på kön	30
Uppdelat på tumörgrad	31
Referenser	34



Förord

Nationellt Kvalitetsregister för primära CNS-tumörer utgör den nya och omarbetade versionen av tidigare “Hjärntumörregistret” som bildades 1999. Registreringen inom ramen för det nya CNS-registret startade 2018.

Registrets övergripande målsättning är att tillsammans med [gällande vårdprogram](#) stimulera till en god och jämlik vård av patienter drabbade av primära tumörer i CNS. Registret kartlägger och redovisar den diagnostiska processen, behandling med resultat nationellt och regionalt och ska bidra till hela vårdens förbättringsarbete där följsamhet till gällande riktlinjer kan följas upp. Faktorer av betydelse för den enskilda individen ska belysas.

Data kommer från Sveriges alla vårdgivare som ansvarar för behandling av denna sjukdomsgrupp och registrets huvudsakliga redovisning sker i den interaktiva rapporten. Denna rapport är ett komplement till den interaktiva rapporten och innehåller djupare analys av specifika frågeställningar samt registerdata som lämpar sig bättre att presentera i ett statistiskt format, till exempel överlevnadsanalyser.

Varje års kortrapport har ett eget tema och tidigare års kortrapporter finns på registrets [hemsida](#) under rubriken Kvalitetsregisterrapporter.



Organisation

Styrgrupp

Registrets styrgrupp har regional representation av specialister från olika professioner och terapiområden som deltar i vården och behandlingen av tumörer i CNS. Deltagande sjukhus rapporterar via det webbaserade kvalitetsregistret för regional hantering av registret, där RCC Norr i Umeå är primärt samordnande.

Information om styrgrupp, registerhållare, styrdokument, manualer och variabelbeskrivningar finns på Regionalt cancercentrums hemsida: <https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/cancerdiagnoser/hjarnaryggmargochhypofys/hjarnaochryggmarg/kvalitetsregister.7343.html>

Anslag för registrets utveckling har sedan 2007 mottagits från Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister vid Sveriges Kommuner och Regioner samt Cancerfonden och Cancerforskningsfonden Norrland.

Stödteam och support

Rapporten har utarbetats av den exekutiva styrgruppen med representanter från olika regioner, professioner, patientföreträdare samt från stödteamet på RCC Norr. Kontakttuppgifter finns på Regionalt cancercentrums [hemsida](#).

Årets kortrapport är framtagen av Roger Henriksson, David Löfgren, Lena Rosenlund och statistikerteam2 på RCC Norr.



Interaktiv onlinerapport

Den interaktiva onlinerapporten finns tillgänglig här: <https://statistik.incanet.se/CNS/>

CNS-kvalitetsregister



I urvalsmenyn för vissa indikatorer i den interaktiva onlinerapporten kan du själv begränsa



och välja vilka indikatorer du vill studera. Det går att filtrera på region, år och sjukhus m.m.

På så vis kan en skräddarsydd nationell eller regional rapport skapas utifrån det egna behovet.

Data för rapporten uppdateras två gånger om året, en gång på våren och en gång på hösten.

Nya indikatorer i interaktiva rapporten för i år är Kontaktsjuksköterska, Vårdplan, Koordination av vård, Delaktighet, Tillgänglighet, Stöd till närstående samt Förtroende för hjärntumörvården från PREM-enkäten.



Patientrapporterade utfallsmått

Sedan 2016 är patienter med och bidrar till kvalitetsregistret genom att besvara enkäter med olika patientrapporterade utfallsmått, PROM och PREM. PROM står för "Patient Reported Outcome Measures" och mäter symtom, funktion samt hälsorelaterad livskvalitet, medan PREM står för "Patient Reported Experience Measures" och beskriver personens erfarenheter och upplevelse av vården.

Patienter som genomgått operation eller biopsi för hjärn- eller hjärnhinnetumör och finns registrerade i CNS- registret tillfrågas via 1177 (sms eller epost) eller brev att besvara en enkät, på web eller papper, vid tre tillfällen första året efter primär operation eller biopsi.

- Baslinjemätning (endast region norr)
- 3 månader efter operation: Frågeformuläret "Hur mår du?" (PROM 3 mån), fr.o.m. personer opererade september 2015.
- 7 månader efter operation: "Dina upplevelser av sjukvården i samband med din hjärn- eller hjärnhinnetumör" (PREM 7 mån), fr.o.m. personer opererade maj 2015.
- 12 månader efter operation: Frågeformuläret "Hur mår du?" (PROM 1 år), fr.o.m. personer opererade september 2015

Innan varje utskick görs en kontroll mot folkbokföringen för att undvika att skicka enkät till avlidna personer. En påminnelse skickas ut till de patienter som inte besvarat enkäten inom fyra veckor.

Frågeformulär "Hur mår du?" (PROM)

PROM formuläret "Hur mår du?", innehåller 84 frågor uppdelade på tre validerade enkäter och bakgrundsfrågor. För att beskriva hälsorelaterad livskvalitet och symtom används European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) formulär EORTC QLQ-C30 (Aaronson m.fl., 1993) tillsammans med den hjärntumörspecifika modulen EORTC QLQ-BN20 (Osoba m.fl., 1996; Taphoorn m.fl., 2010) och för hjärntrötthet/fatigue används Mental Fatigue skalan (MFS) (Johansson m.fl., 2009) som är specifik för personer



med neurologisk skada eller sjukdom. Bakgrundsfrågorna omfattar uppgifter om sysselsättning eller sjukskrivning, boendesituation, rökvanor samt om personen är höger- eller vänsterhänt. Därefter följer frågor om läkemedel, bilkörning, eventuella komplikationer efter operationen samt behov av och tillgång till rehabilitering. Det inkluderar även frågor om nyttjande av sjukresor, färdtjänst, hemtjänst och/eller hemsjukvård via primärvården eller specialiserade team. Vidare efterfrågas om personen använder 1177 Vårdguidens e-tjänster, samt om enkäten har besvarats självständigt eller med stöd av närstående eller vårdpersonal. Slutligen ingår en fritext fråga där respondenten kan lämna synpunkter på enkäten eller ta upp sådant som inte omfattas av de övriga frågorna.

Frågeformulär "Dina upplevelser av sjukvården i samband med din hjärn- eller hjärnhinnetumör" (PREM)

PREM formuläret "Dina upplevelser av sjukvården i samband med din hjärn- eller hjärnhinnetumör" består av sammanlagt 52 frågor och har anpassats för patienter med hjärn- eller hjärnhinnetumör (Rosenlund m.fl., 2014), baserat på en tidigare [nationell enkät om patienters erfarenheter av cancervård](#).

Enkäten täcker flera områden: utrednings- och diagnostikprocessen, nuvarande hälsotillstånd samt den vård och behandling som erhållits. Den innehåller frågor om hur diagnosen förmedlades, om patienten haft en namngiven kontaktsjuksköterska, läkarkontinuitet samt om vården upplevts som sammanhållen och samordnad. Även patientens upplevelse av delaktighet och möjligheter för närstående att vara delaktiga finns med. Vidare omfattas tillgång till tillförlitlig och begriplig information, symtomhantering samt tillgång till rehabilitering och stödjande insatser. Enkäten berör även kvaliteten i mötet med vårdpersonal och graden av förtroende för vården, liksom vissa socio-demografiska faktorer.

Varje avsnitt ger möjlighet till fritextsvar där patienterna kan lämna egna kommentarer eller synpunkter. I slutet på enkäten finns också två öppna frågor; där den första handlar om att beskriva särskilt positiva upplevelser i samband med vården för hjärn- eller hjärnhinnetumören. Den andra frågar efter förslag på möjliga förbättringar i vården.

Utskick och svarsfrekvens

Utskick administreras en gång per månad via stödteamet RCC norr. Under 2025 kommer vi att gå över till automatiska utskick vilket innebär att vi förprogrammerar när enkäten ska skickas per patient(operationsdatum)/dygn för de patienter som använder 1177. För de personer som inte använder 1177 eller angivit kontaktsväg via sms eller epost, kommer vi som tidigare skicka inbjudan att besvara enkäten via post, en gång per månad. Det

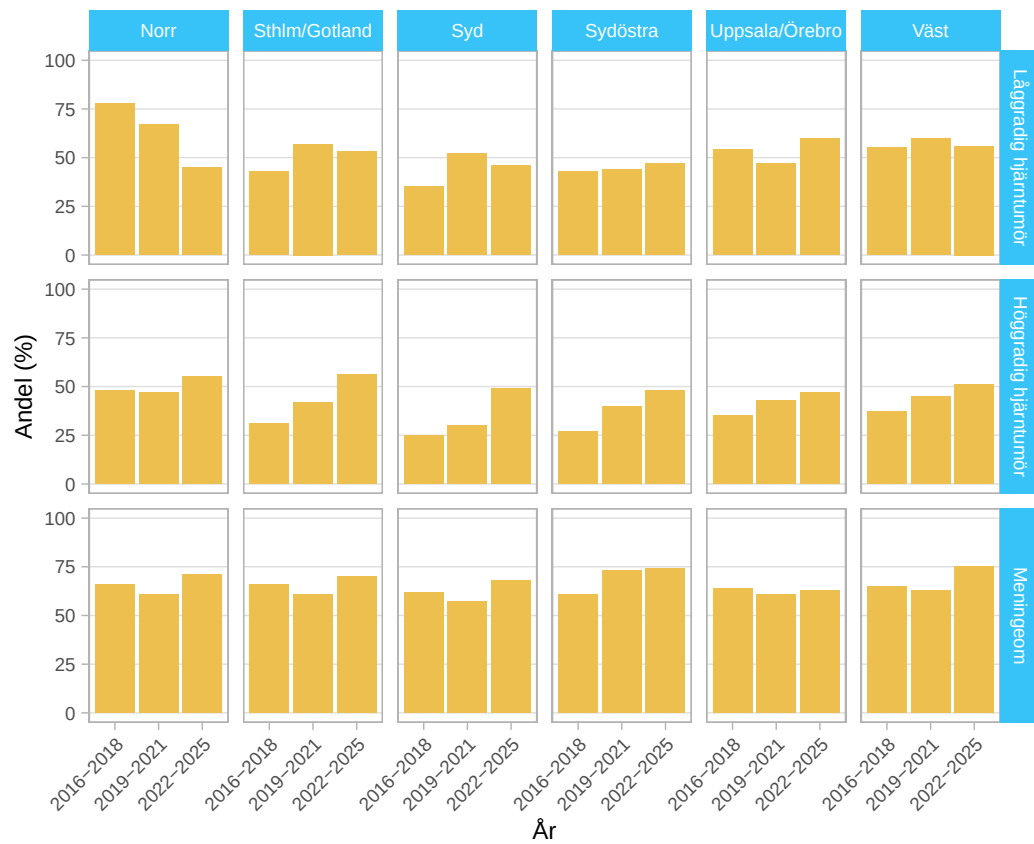


finns nu möjlighet för klinikerna själva att initiera och skicka ut enkäter. Förhoppningen är att fler kliniker också ska börja med baslinjemätning, dvs att kliniken själva initierar enkätutskick inför operation eller biopsi för misstänkt hjärn- eller hjärnhinnetumör.

I figur 1, figur 2, figur 3 ses antal patienter i kvalitetsregistret/antal patienter i kvalitetsregistret vid tidpunkt för enkätutskick samt svar per enkätutskick för åren 2016 – 2018, 2019 – 2021 samt 2022 – 2025 uppdelat på region och diagnosgrupperna hög- och lågmaligna hjärntumörer samt hjärnhinnetumörer (meningeom). Som i den tidigare [kortrapporten 2019](#), är det färre utskick för PROM-enkäten som skickas ut tre månader efter operationsdatum vilket beror på klinikernas inrapporteringshastighet till kvalitetsregistret. Svarsfrekvensen är lägre i gruppen högmaligna tumörer än för gruppen lågmaligna tumörer och hjärnhinnetumörer.



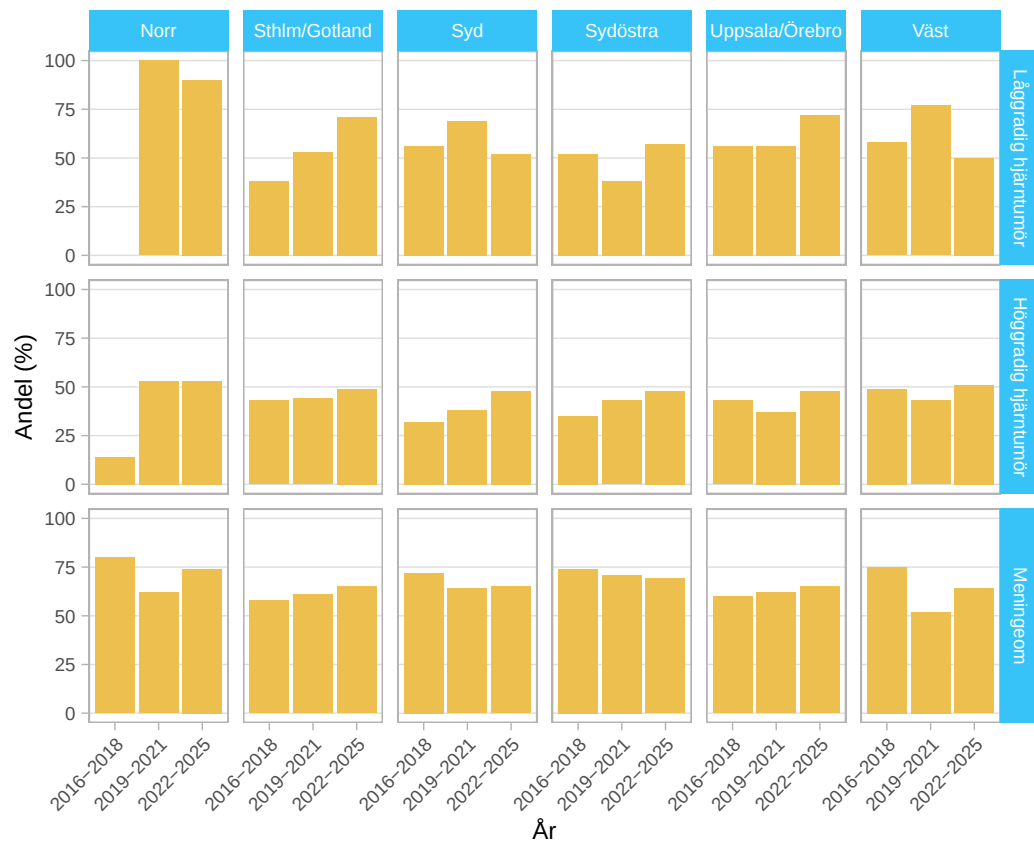
PREM



Figur 1: Svartfrekvens PREM per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



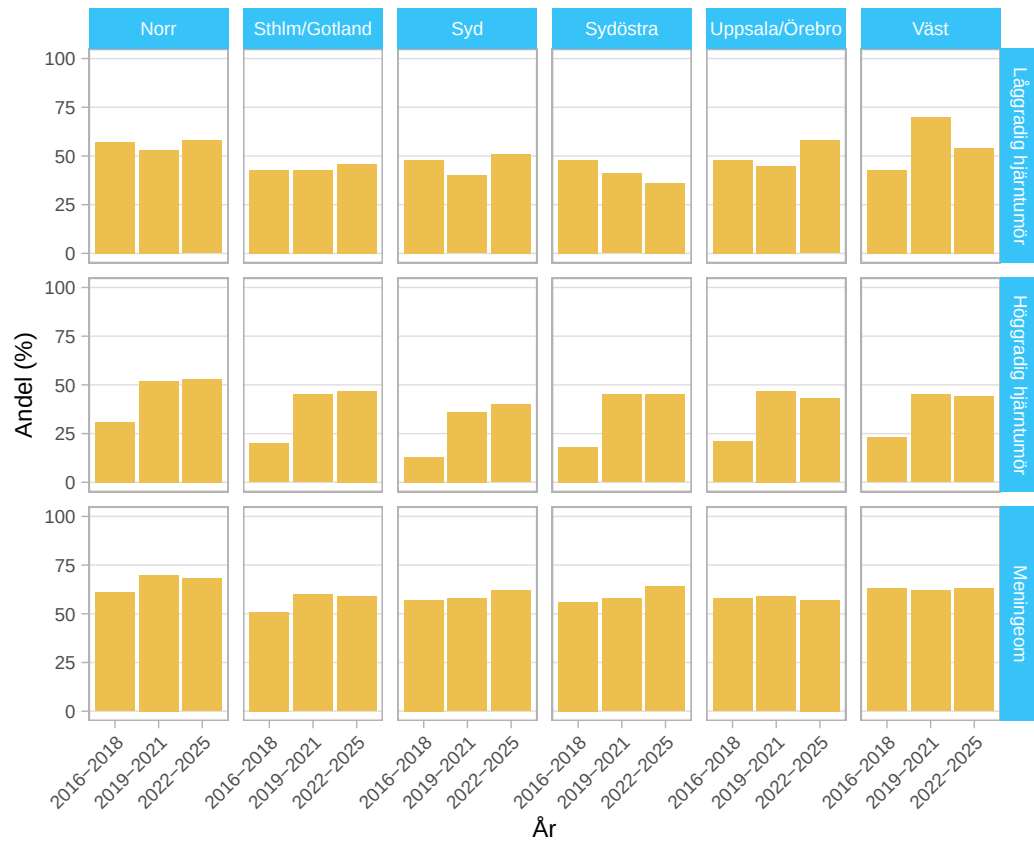
PROM 3 månader



Figur 2: Svansfrekvens PROM 3 månader per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



PROM 12 månader



Figur 3: Svansfrekvens PROM 12 månader per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Hur används resultaten från patientenkäterna?

För att sjukhusen ska kunna använda resultaten av enkäterna i förbättringsarbeten visas PREM data för den egna kliniken, jämfört med riket, och över tid innanför inloggning på registrets egen sida. PREM enkäten redovisas anonymt och i grupp så att ingen enskild persons åsikter kan identifieras. Det finns också en spärr så att resultat från färre än fem patienter inte kan visas.

I den [publika interaktiva årsrapporten](#) har vi tidigare valt att visa kvalitetsindikatorerna kontaktsjuksköterska och vårdplan. Från 2024 har vi lagt till fler utdatarapporter för resultat från PREM-enkäten. Nu finns rapporter för: Kontaktsjuksköterska, Vårdplan, Koordinering av vård, Delaktighet, Tillgänglighet, Stöd till närstående samt Förtroende för hjärntumörvården.

Resultat från PROM enkäten visualiseras via den Individuella patientöversikten, IPÖ, som finns på samma plattform som kvalitetsregistret. Kliniken kan ta del av resultat från egna patienter, och patienterna själva kommer åt sina resultat i IPÖ via 1177. I den publika interaktiva årsrapporten visas endast gruppresultat från PROM-enkäten. Just nu finns utdatarapport för Mental Fatigue skalan i den interaktiva årsrapporten. Under 2025-2026 kommer en RCC gemensam utdatarapport för hälsorelaterad livskvalitet enligt EORTC QLQ-C30.

Under 2025 och 2026 pågår också flera registerstudier där PROM och PREM från kvalitetsregistret används.

Patienternas erfarenheter av hjärntumörvården

För det här kapitlet i kortrapporten har vi valt att redovisa resultat uppdelade på tre diagnosgrupper med liknande vårdförlopp;

- låggradig hjärntumör (WHO grad 1–2),
- höggradig hjärntumör (WHO grad 3–4) samt
- meningeom (WHO grad 1–3)

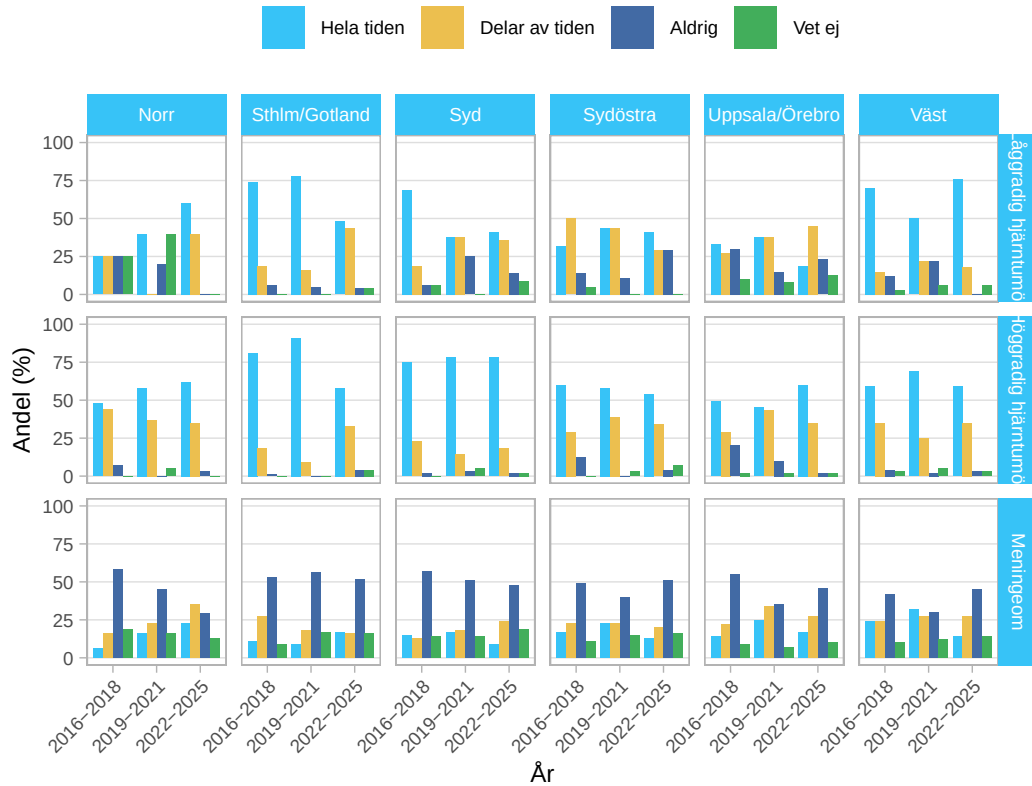
samt för att se eventuella skillnader över tid har vi valt tre tidsperioder från det att vi startade utskicken januari 2016;

- 2016 – 2018
- 2019 – 2021
- 2022 – 2025



Kontaktsjuksköterska

Har du haft en kontaktsjuksköterska som följt dig genom vården av din hjärn- eller hjärnhin

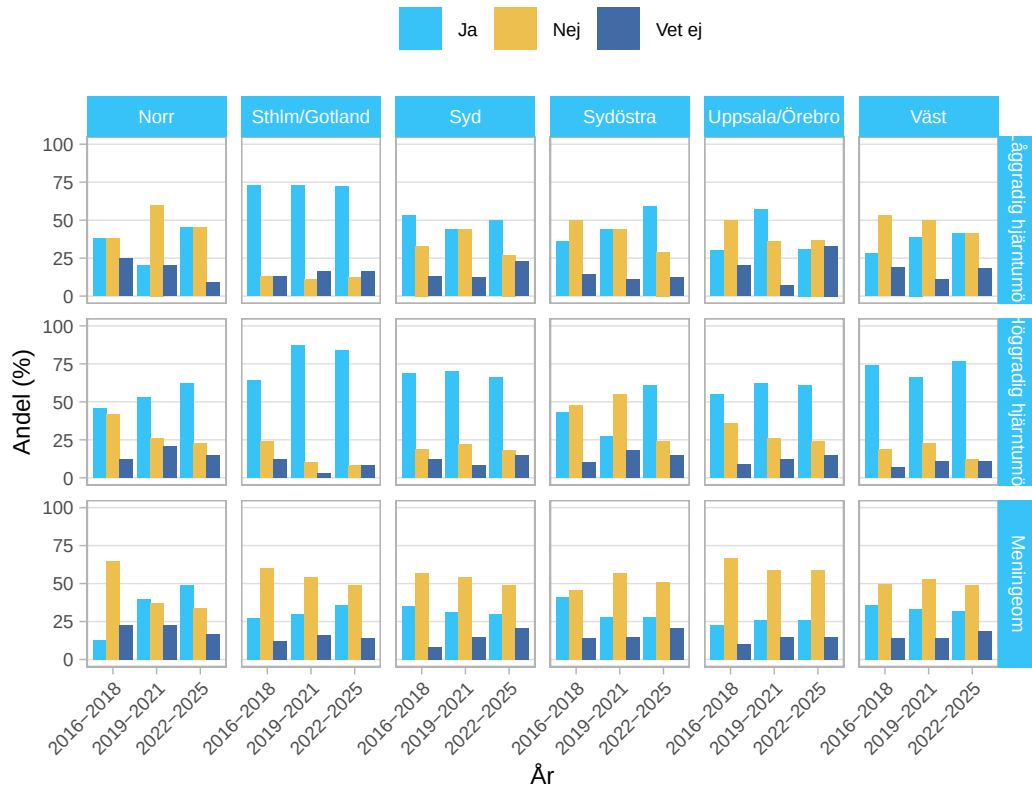


Figur 4: Andel patienter med kontaktsjuksköterska per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Vårdplan

Har du fått en skriftlig vård- eller behandlingsplan?

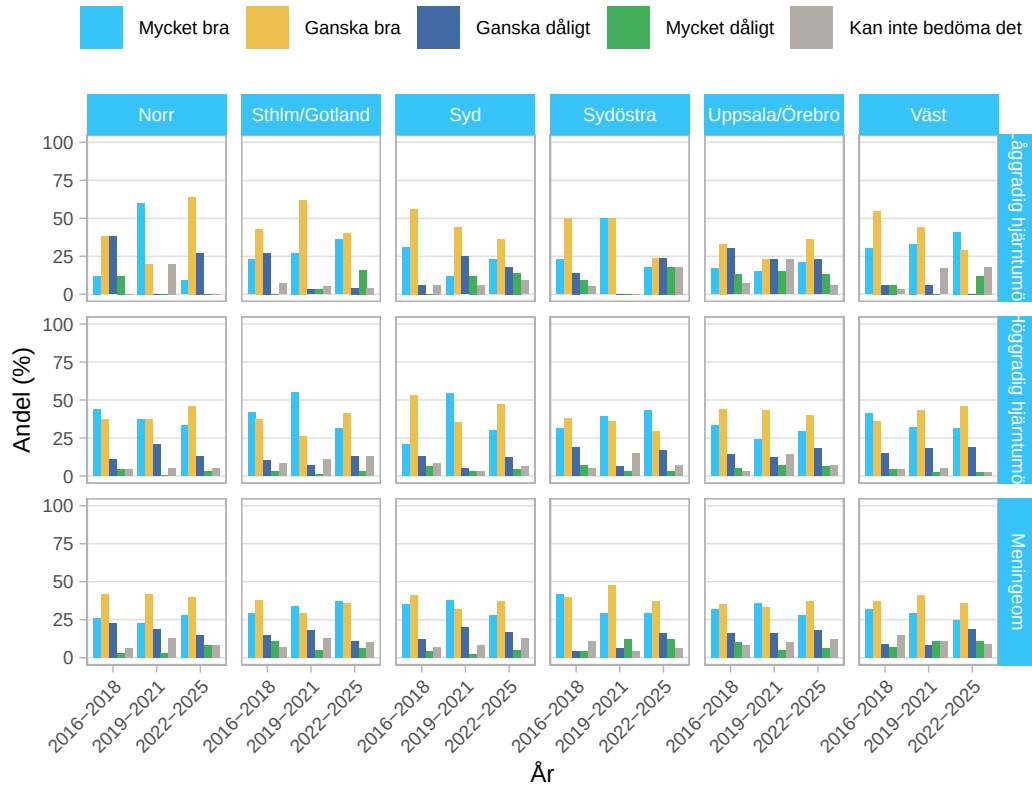


Figur 5: Andel patienter med skriftlig vårdplan per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Koordinering av vård

Hur upplever du att samarbetet mellan olika vårdenheter fungerar?

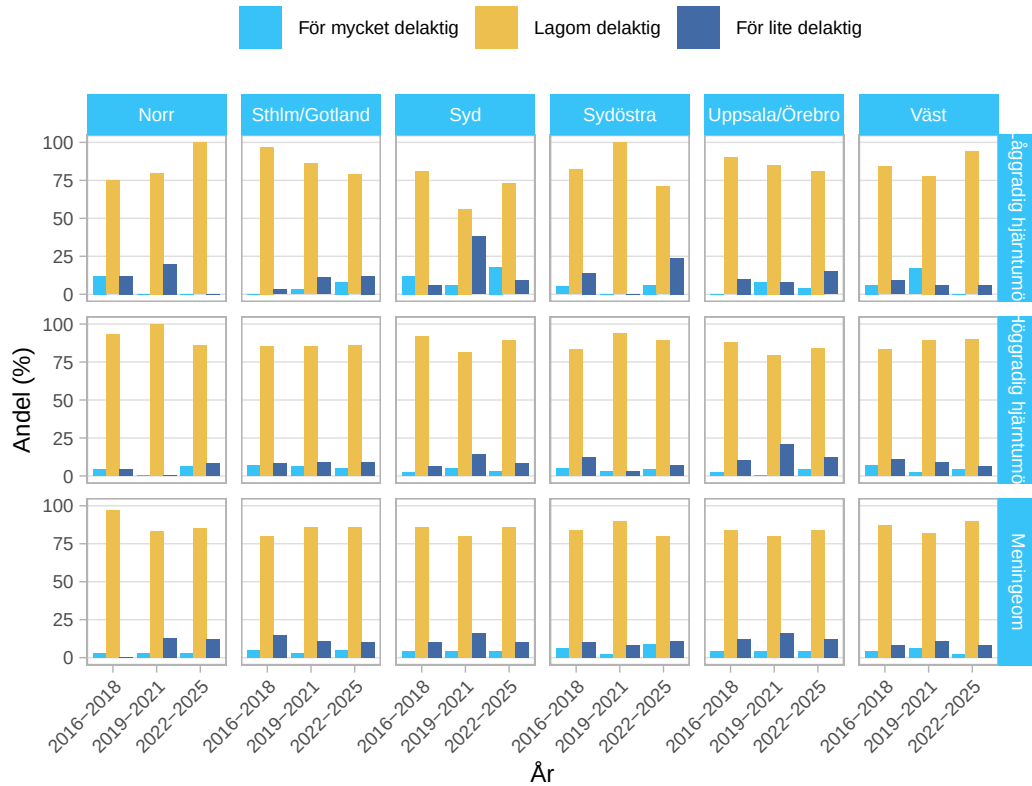


Figur 6: Upplevelsen av vårdens koordinering per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Delaktighet

I vilken utsträckning upplever du att du har haft möjlighet att vara delaktig i beslut om din vård

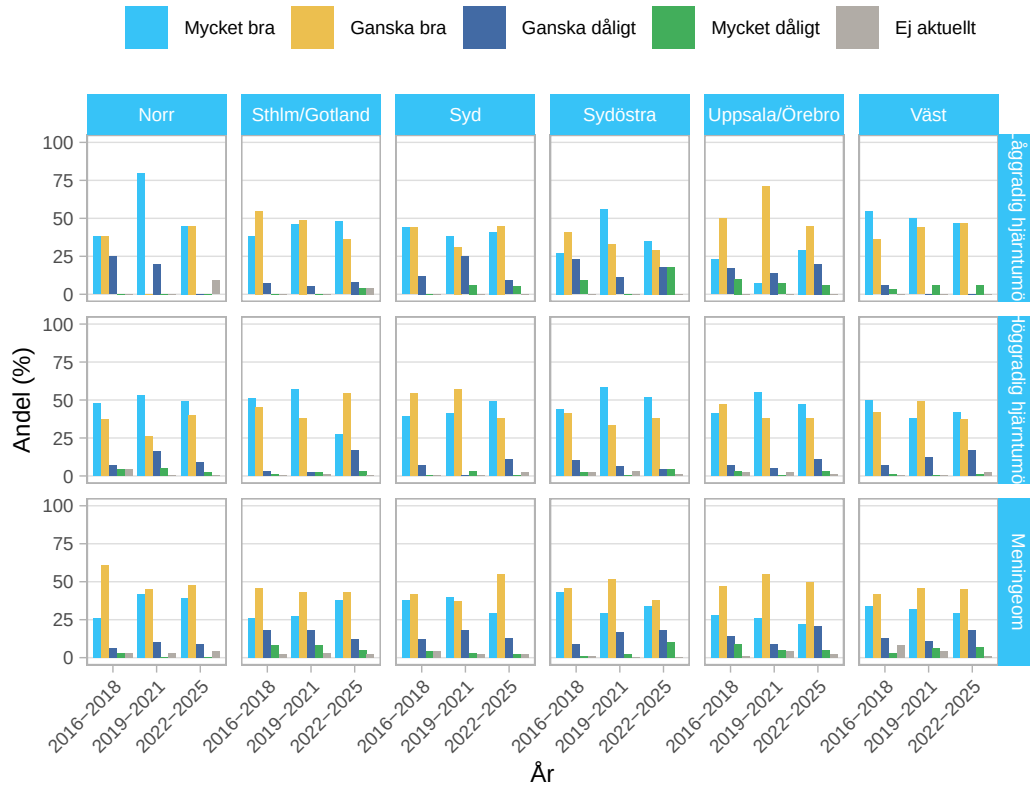


Figur 7: Upplevelsen av delaktighet i beslut om vård per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Tillgänglighet

Hur upplever du möjligheterna att få kontakt med vården när du behövt det?

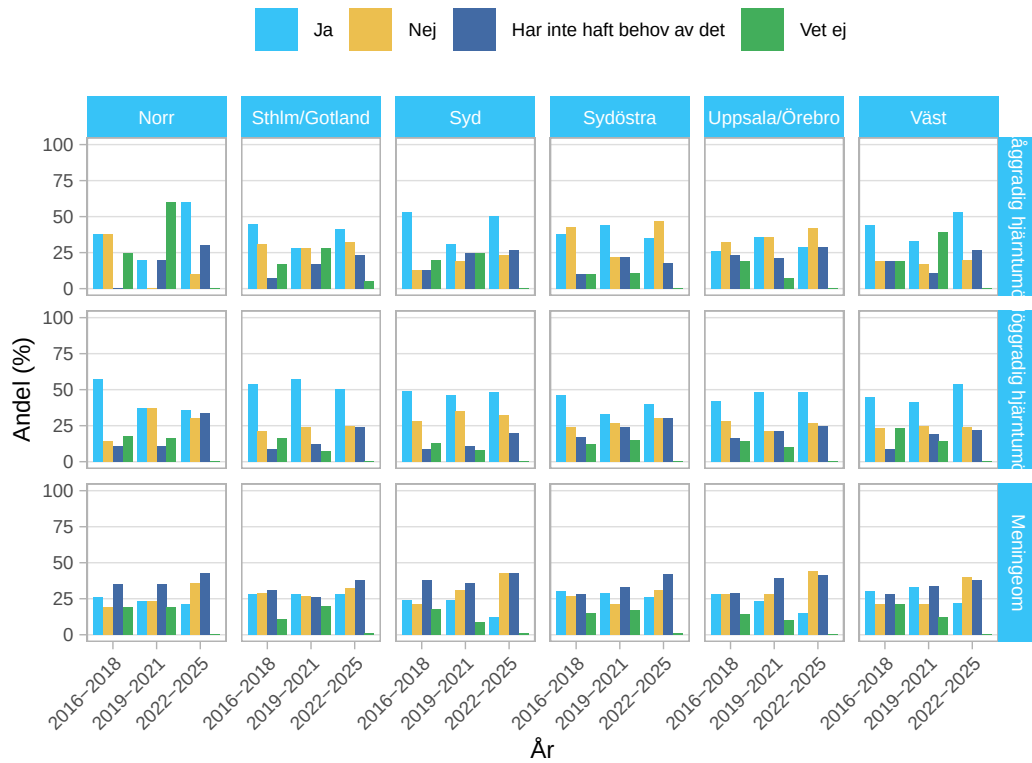


Figur 8: Upplevelsen av vårdens tillgänglighet per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Stöd till närstående

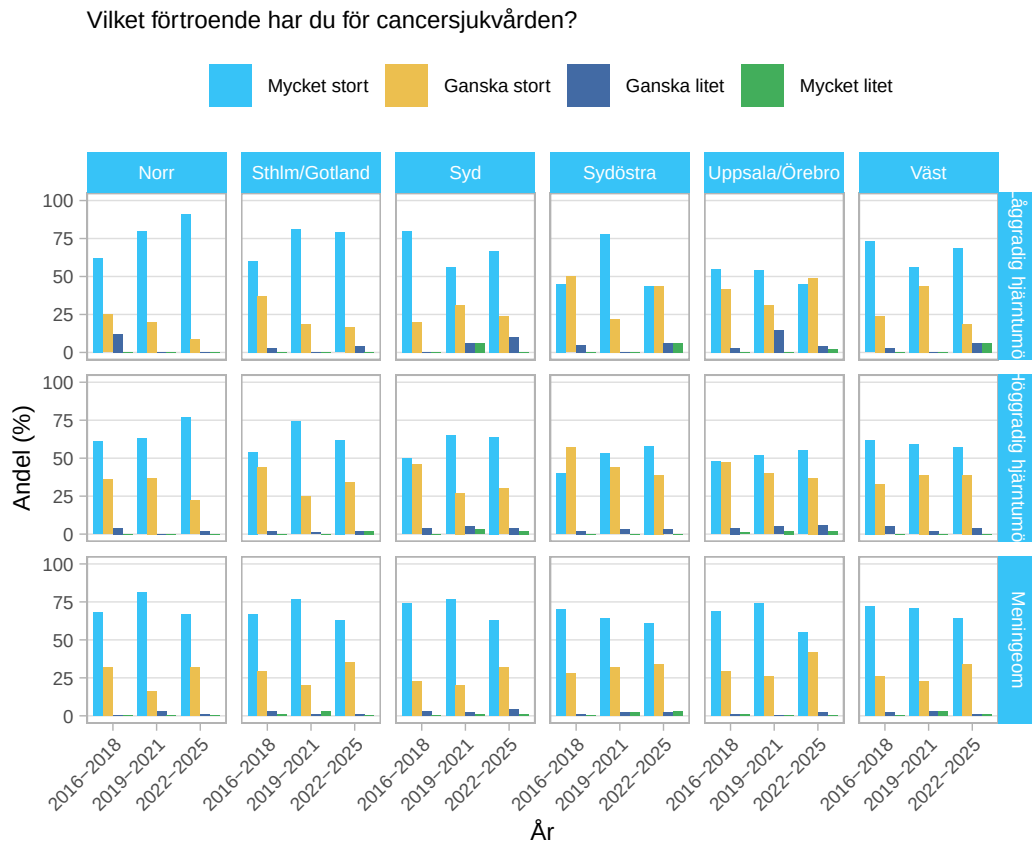
Har dina närståendes behov uppmärksamats tillräckligt av sjukvården i samband med din exempelvis stöd kring känslomässiga eller ekonomiska frågor?



Figur 9: Upplevelsen av hur vården uppmärksammat närståendes behov per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Förtroende för hjärntumörvården



Figur 10: Patientens förtroende för hjärntumörvården per region, tidsperiod och diagnosgrupp.



Överlevnad

Överlevnadssiffror är ett sätt att följa hur det går för patienter med olika sjukdomar. Siffrorna hjälper oss att förstå hur chansen att överleva ser ut över tid och i vissa fall att se skillnader mellan patientgrupper, behandlingsupplägg etc. Dessa siffror påverkas av många olika saker.

Ett exempel på en viktig faktor som spelar roll för överlevnaden är tex hur aggressiv sjukdomen är, vilket vi kan se i överlevnadsskillnaderna mellan de två redovisade sjukdomsgrupperna i årets rapport (glioblastom och meningeom). Även patientens ålder och övriga hälsa har ofta stor betydelse. Förbättringar inom behandling och diagnostik kan också bidra till att överlevnadssiffrorna blir bättre.

När man diskuterar överlevnad vid olika cancersjukdomar anger man ofta den tidpunkt där hälften av patienterna avlidit av sin sjukdom – det som kallas medianöverlevnad. Ibland kan man inte räkna ut en medianöverlevnad, tex när fler än hälften av alla patienterna i den studerade gruppen fortfarande är vid liv. Man kan därutöver ange till exempel 2-, 5-, och 10-årsöverlevnad. Dessa siffror anger hur stor andel av den aktuella patientgruppen som var vid liv vid de olika tidsangivelserna. Det är viktigt att komma ihåg att överlevnadssiffror visar genomsnittliga resultat, inte hur det kommer att gå för varje enskild person.

Tidigare har vi i kortrapporterna redovisat överlevnaden för den vanligaste primära maligna (elakartade) hjärntumördiagnosen – glioblastom. I år har vi valt att, förutom uppdaterade data för glioblastom, också redovisa överlevnaden för den vanligaste benigna (godartade) diagnosen – meningeom. Meningeom är också totalt sett den vanligaste intrakraniella hjärntumördiagnosen.

I båda fallen har vi valt att använda samma åldersgruppering som i tidigare kortrapporter för att underlätta jämförelse.

Tidigare år har data redovisats för patienter som registrerats i kvalitetsregistret mellan åren 2009 och 2023. Detta år har överlevnadsberäkningarna kompletterats med tillgängliga data för 2024 och data som rapporterats in i efterhand för övriga årtal. Man kan med tanke på den eftersläpning som finns i inrapportering förvänta sig att överlevnadssiffrorna ändrar sig något över tid i och med att data för fler patienter tillkommer. Skillnaderna som finns kan sannolikt förklaras av att patientmaterialet i kvalitetsregistret för varje år blir



större, med fler patienter som antingen avlidit eller uppnått tex två respektive fem år efter diagnosdatum. Analyserna av överlevnadstid blir därmed säkrare och mer robusta.



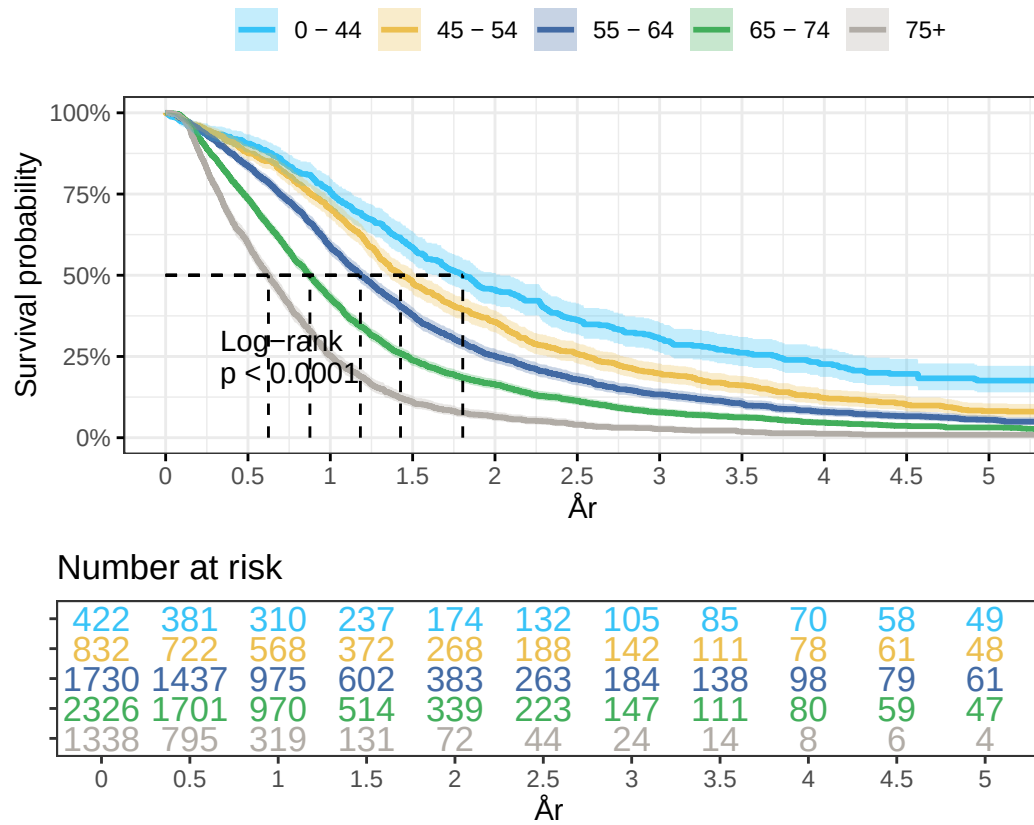
Glioblastom

Som i förra årets rapport så har vi i urvalet till överlevnadsstatistiken för det här kapitlet valt att använda både de som diagnosticerats som glioblastom, CNS WHO grad 4 (IDH vild-typ) och de som diagnosticerats som astrocytom, CNS WHO grad 4 (IDH muterad). Detta eftersom båda dessa patientgrupper behandlas på samma sätt och benämndes glioblastom före senaste uppdateringen av WHO-klassifikationen för CNS-tumörer (Louis m.fl., 2021).

Totalt är medianöverlevnaden för hela gruppen med glioblastom knappt 12 månader men det skiljer betydligt mellan olika individer. Skillnaderna kan bland annat bero på tumörbiologiska orsaker, men också bero på tex tumörläge eller vilken behandling som givits. Vilken behandling som givits kan i sin tur bero på en mängd yttre faktorer (patientens val, andra komplicerande sjukdomar) (Fekete m.fl., 2023). I en nylig svensk avhandling med data bland annat från kvalitetsregistret konstateras till exempel att patienter med glioblastom som insjuknar med kognitiva symtom har en sämre prognos än andra, även när man tar hänsyn till faktorer som ålder, tumörstorlek och behandling (Bruhn, 2025).

Uppdelat på åldersgrupp

Det finns som förväntat från litteraturen skillnader i överlevnad vid glioblastom i olika åldersgrupper. Dessa skillnader är statistiskt signifikanta (säkerställda). I årets beräkningar kan konstateras att 8,2 % av patienterna i åldersgruppen 45-54 år var vid liv fem år efter diagnos tabell 1 vilket är en minskning jämfört med 9,3 % i 2021 års kortrapport men en ökning från 8,0% i förra årets rapport. I den äldsta åldersgruppen (patienter äldre än 75 år vid diagnos) var 0,7 % av patienterna vid liv fem år efter diagnos 2021 jämfört med 0,9 % vid årets och fjolårets beräkningar.



Figur 11: Kaplan-Meier kurvor per åldersgrupp, höggradiga gliom.

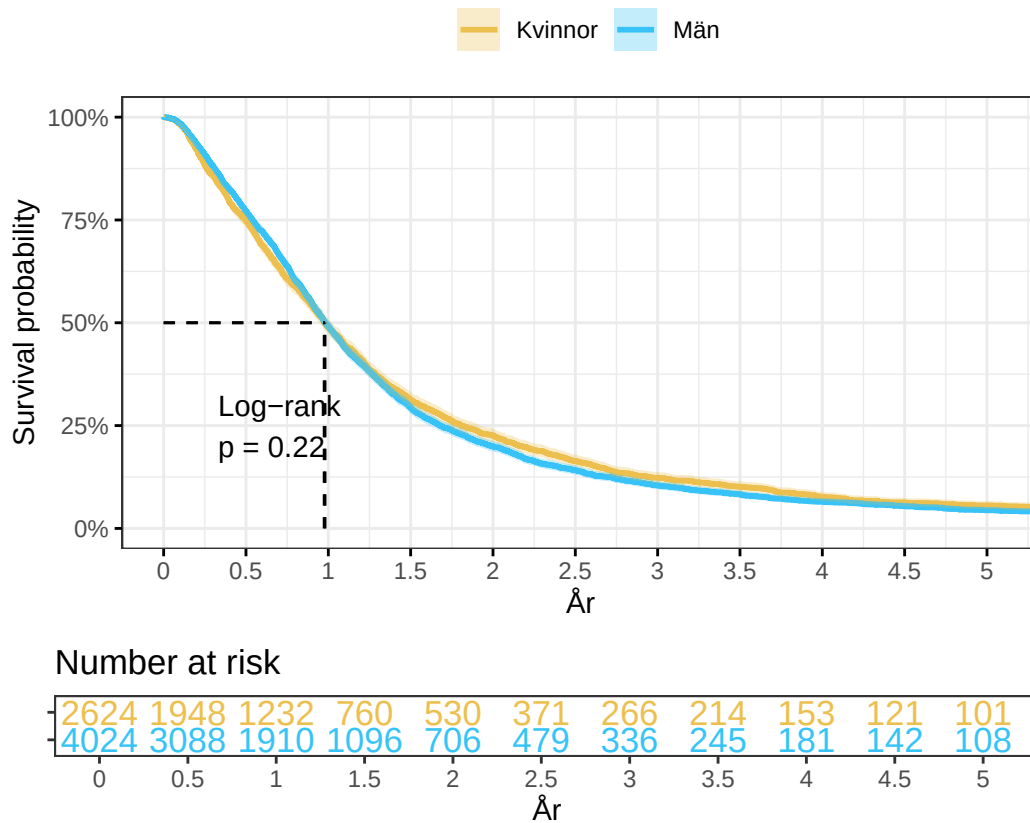


Tabell 1: 2års-, 5års- och medianöverlevnad i månader per åldergrupp, höggradiga gliom.

Ålder	2-års	5-års	Median
Alla åldrar	21% (20%; 22%)	4,9% (4,3%; 5,5%)	11,8 (11,6; 12,1)
18-44	46% (41%; 51%)	18% (14%; 22%)	21,7 (19,8; 24,4)
45-54	36% (32%; 39%)	8,2% (6,4%; 11%)	17,1 (16,1; 18,5)
55-64	25% (23%; 27%)	5,5% (4,4%; 6,8%)	14,2 (13,6; 14,9)
65-74	16% (15%; 18%)	3,1% (2,4%; 4,1%)	10,5 (10,1; 10,9)
75-100	6,4% (5,2%; 7,9%)	0,9% (0,4%; 1,9%)	7,5 (7,0; 8,0)

Uppdelat på kön

För glioblastom finns oförändrat med tidigare kortrapporter ingen statistiskt säkerställd skillnad i överlevnad mellan kvinnor och män. Andelen som var vid liv två år efter diagnos var 23 % för kvinnor och 20 % för män. Efter fem år var andelen 5,6 % respektive 4,4 %. Medianöverlevnaden för kvinnor var 11,7 månader och för män 11,8 månader.



Figur 12: Kaplan-Meier kurvor för män och kvinnor med höggradiga gliom.

Tabell 2: 2års-, 5års- och medianöverlevnad i månader för män och kvinnor med höggradiga gliom.

Kön	2-års	5-års	Median
Totalt	21% (20%; 22%)	4,9% (4,3%; 5,5%)	11,8 (11,6; 12,1)
Kvinnor	23% (21%; 24%)	5,6% (4,7%; 6,7%)	11,7 (11,3; 12,3)
Män	20% (19%; 21%)	4,4% (3,7%; 5,2%)	11,8 (11,5; 12,2)

Uppdelat på diagnosår

I uppdelningen per kalenderår då patienter diagnosticerats med sitt glioblastom kvarstår en liten men statistiskt säkerställd bättre överlevnad för patienter opererade 2018-2024 i

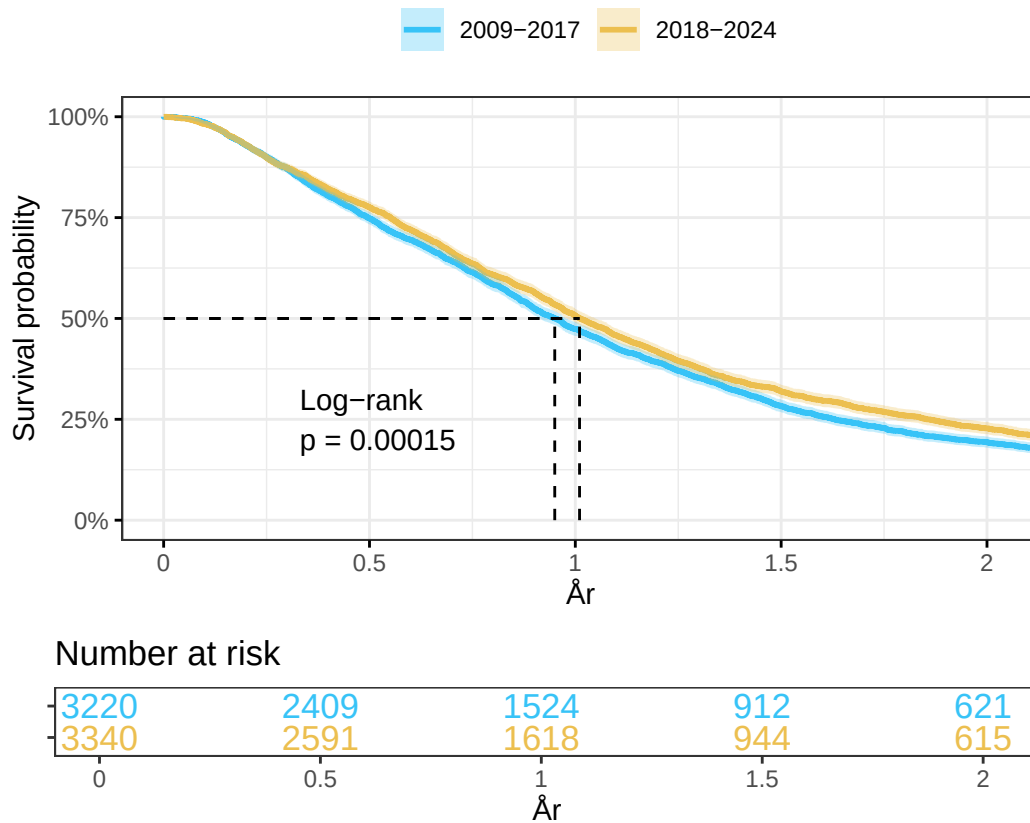


jämförelse med 2009-2017. Observationstiden för framför allt den senaste tidsperioden i jämförelsen är allt för kort för att det ska vara meningsfullt att jämföra överlevnaden fem år efter diagnos och också överlevnaden två år efter diagnos bör tolkas med försiktighet. Bland annat kan det på grund av de inrapporteringsfördröjningar som diskuterades i förra årets kortrapport finnas patienter som ännu inte rapporterats in till registret.

Trots att det är små skillnader mellan perioderna så är skillnaden i medianöverlevnad mellan perioden 2009-2017 och perioden 2018-2024 statistiskt signifikant. Det innebär att gruppen patienter som diagnostiserats 2018 och senare lever nästan en månad längre än de diagnostiserade före 2018. Det är viktigt att notera att överlevnadsjämförelsen inte är korrigerad för andra faktorer som kan spela roll för överlevnaden.

Under dessa jämförda tidsperioder har, som nämnts i tidigare kortrapporter, inga stora förändringar skett vad gäller behandlingen vid glioblastom. En mindre del av patienterna efter 2018 har behandlats med Tumor Treating Fields (Optune) som diskuterats i kortrapporterna 2020 och 2022 samt i en publikation från CNS-registret i Läkartidningen (Kinhult m.fl., 2023). Det går dock inte från denna rapport att dra några tydliga slutsatser om orsakerna till den förbättrade överlevnaden.

Sammanfattningsvis kan vi glädjande nog se att det finns en förbättrad överlevnad över tid för denna mycket aggressiva variant av hjärntumör och att den skillnaden kvarstår också i detta uppdaterade material.



Figur 13: Kaplan-Meier kurvor per tidsperiod för patienter med höggradiga gliom.

Tabell 3: 2års- och medianöverlevnad i månader per tidsperiod för patienter med höggradiga gliom.

Diagnosår	2-års	Median
2009-2024	21% (20%; 22%)	11,8 (11,6; 12,1)
2009-2017	19% (18%; 21%)	11,4 (11,0; 11,7)
2018-2024	23% (21%; 24%)	12,1 (11,8; 12,6)



Meningeom

Meningeom är en sjukdom med ursprung i hjärnans bindehinnor, meningerna. Tumörer av detta slag är oftast godartade med mycket god prognos också på lång sikt. I ["Nationellt vårdprogram: tumörer i hjärna, ryggmärg och dess hinnor"](#) anges att observation oftast är förstahandsalternativet för mindre, icke symtomgivande tumörer. Från svenska studier med data från kvalitetsregistret för CNS-tumörer eller dess föregångare Hjärntumörregistret har man kunnat konstatera att det finns en betydande sjukskrivningsproblematik bland patienter i arbetsför ålder som opereras för meningeom (Thurin m.fl., 2019) och en ökad risk för död inom 30 dagar efter kirurgi bland äldre patienter som opereras för meningeom (Löfgren m.fl., 2022).

Trots att de flesta meningeom är godartade finns det patienter med aggressivare tumörer.

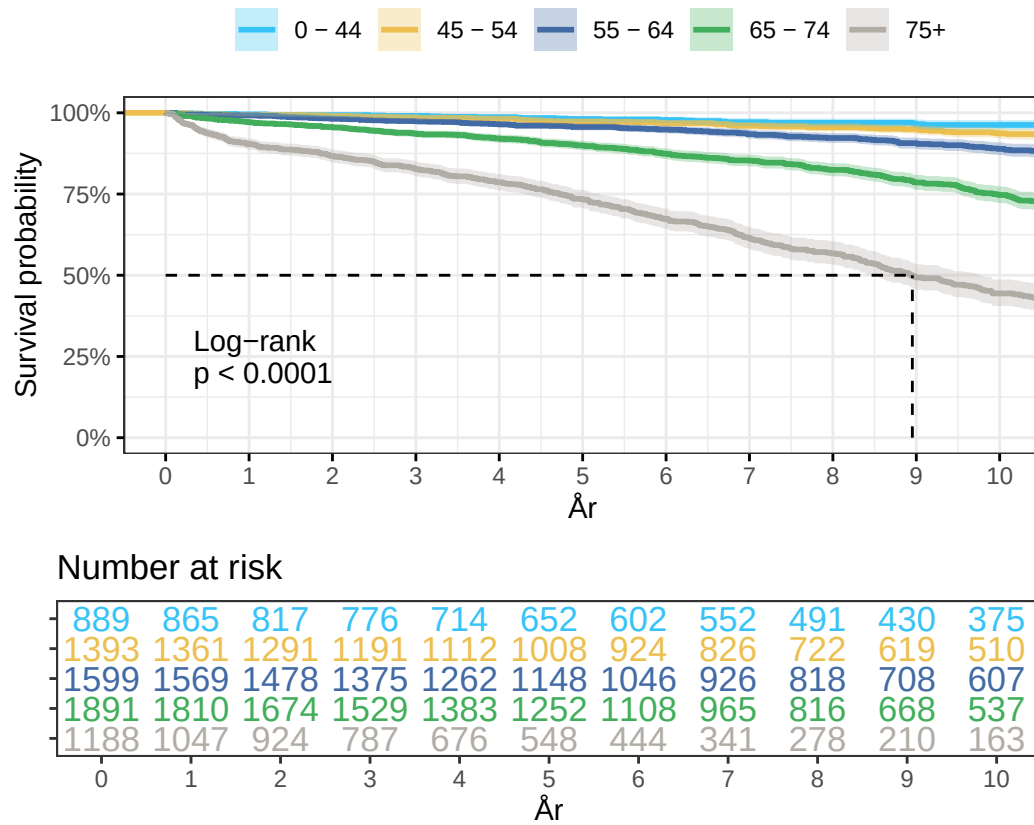
I kvalitetsregistret är de flesta patienter och tumörer inrapporterade i samband med kirurgi. För vissa delar av rapporten, till exempel den om tumörgrad, måste man ha vävnadsmaterial från tumören.

Eftersom överlevnaden vid meningeom är så lång är det än så länge inte meningsfullt att göra några beräkningar med uppdelning på diagnosår.

Uppdelat på åldersgrupp

Precis som i glioblastomkapitlet så finns det en tydlig koppling mellan patientens ålder och överlevnaden. För meningeom är skillnaderna i framför allt 5-årsöverlevnad små mellan de tre yngsta åldersgrupperna (variation mellan 96 och 98%) medan framför allt patienter äldre än 75 år har en tydligt lägre 5-årsöverlevnad (73 % av patienterna i den gruppen var vid liv efter 5 år). Det är också den enda åldersgruppen där vi har tillräckliga data för att ha en medianöverlevnadssiffra. 50% av patienter i den åldersgruppen var vid liv efter knappt 9 år från diagnostillfället/operationstillfället. För meningeom har vi valt att också redovisa 10-årsöverlevnad där siffrorna visar samma trend med 96 % av patienterna i den yngsta åldersgruppen fortfarande i livet jämfört med 43 % i den äldsta åldersgruppen.

Som förväntat har personerna i registret med meningeom en tydligt längre överlevnad jämfört med personerna med glioblastom.



Figur 14: Kaplan-Meier kurvor per åldersgrupp, meningeom.

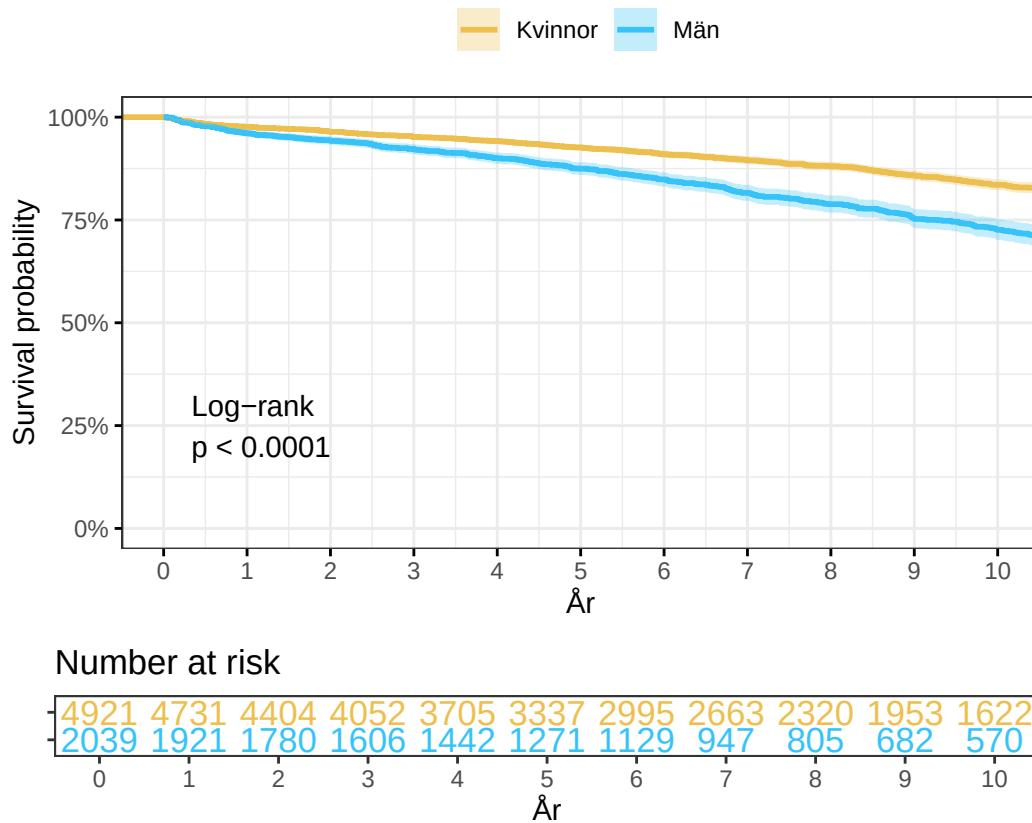


Tabell 4: 5års-, och 10års-överlevnad per åldergrupp, meningeom.

Ålder	5-års	10-års
Alla åldrar	91% (90%, 92%)	80% (79%, 82%)
18-44	98% (97%, 99%)	96% (95%, 98%)
45-54	97% (96%, 98%)	94% (92%, 95%)
55-64	96% (95%, 97%)	89% (87%, 91%)
65-74	90% (89%, 91%)	75% (72%, 77%)
75-100	73% (71%, 76%)	44% (41%, 49%)

Uppdelat på kön

När man beräknar överlevnaden för meningeompatienterna uppdelat på män och kvinnor finns en statistiskt säkerställd skillnad. Vid 5 år var 93 % av kvinnorna vid liv och 87 % av männen. Motsvarande siffror vid 10 år var 84 % respektive 73%. För att kunna uttala sig kring vad den här skillnaden beror på krävs ytterligare forskning på registret.



Figur 15: Kaplan-Meier kurvor för män och kvinnor med meningeom.

Tabell 5: 5års-, och 10års-överlevnad i månader för män och kvinnor med meningeom.

Kön	5-års	10-års
Totalt	91% (90%, 92%)	80% (79%, 82%)
Kvinnor	93% (92%, 93%)	84% (82%, 85%)
Män	87% (86%, 89%)	73% (70%, 75%)

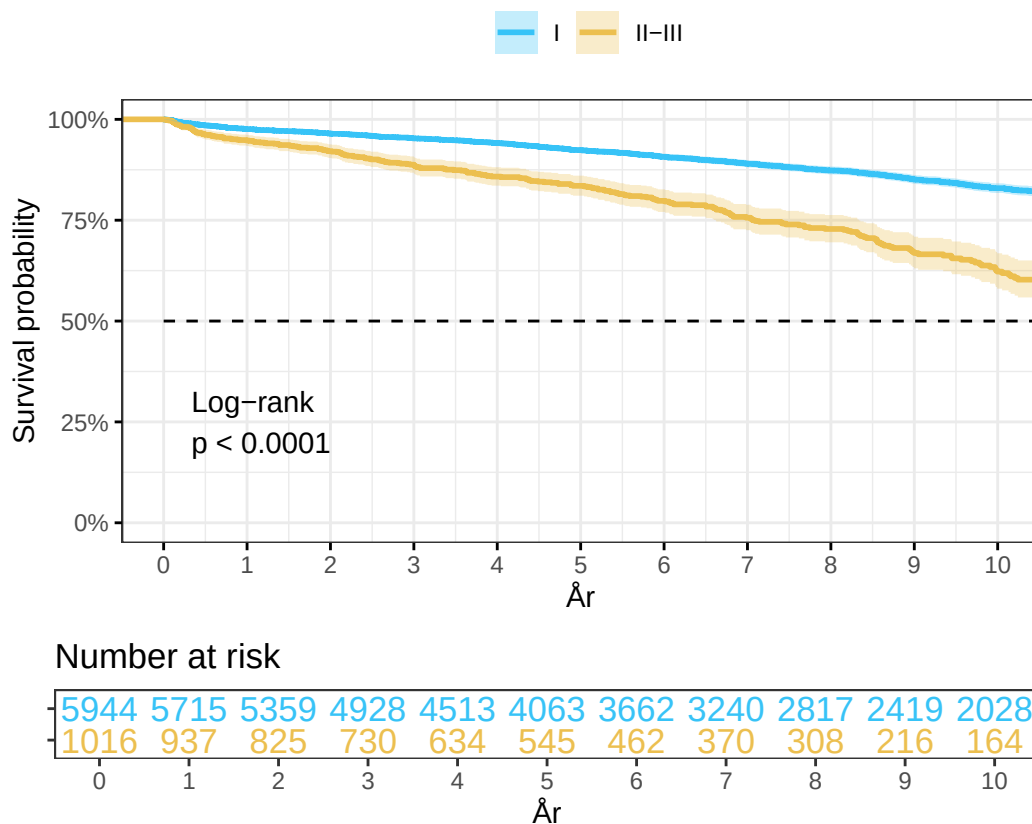
Uppdelat på tumörgrad

Den vanligaste typen av meningeom är att betrakta som godartad. I den internationella tumörklassifikation som används benämns dessa som WHO tumörgrad 1 (Louis m.fl., 2021).



Ofta anges att 85–95 % av alla meningeom hör till den gruppen. Aggressivare meningeom med högre tumörgrad har generellt en sämre prognos och det är vanligare med återfall efter behandling (Yarabarla m.fl., 2023).

Som förväntat kan vi se en tydlig och statistiskt säkerställd skillnad i överlevnad för de som opererats för ett meningeom med WHO tumörgrad 1 jämfört med de med WHO tumörgrad 2 eller 3. Vid grad 1-tumör var 83 % av personerna vid liv 10 år efter sin första operation. Motsvarande siffra vid grad 2- eller 3-tumör var 62 %.



Figur 16: Kaplan-Meier kurvor per tumörgrad för patienter med meningeom.

Tabell 6: 5års-, och 10års-överlevnad per tumörgrad för patienter med meningeom.

WHO-grad	5-års	10-års
I-III	91% (90%, 92%)	80% (79%, 82%)



I	92% (92%, 93%)	83% (82%, 84%)
II-III	84% (81%, 86%)	62% (58%, 67%)



Referenser

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M. d., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Roife, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376.
- Bruhn, H. (2025). *PROGNOSTIC FACTORS FOR GLIOBLASTOMA SURVIVAL IN A CLINICAL CONTEXT : The role of presenting symptoms and treatments*. Linköping University Electronic Press.
- Fekete, B., Werlenius, K., Tisell, M., Pivodic, A., Smits, A., Jakola, A. S., & Rydenhag, B. (2023). What predicts survival in glioblastoma? A population-based study of changes in clinical management and outcome. *Frontiers in Surgery*, 10.
- Johansson, B., Starmark, A., Berglund, P., Rödhölm, M., & Rönnbäck, L. (2009). A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. *Brain Injury*, 24(1), 2–12.
- Kinhult, S., Tavelin, B., Löfgren, D., Rosenlund, L., Sandström, M., Strandeus, M., & Henriksson, R. (2023). Regional variation i användningen av TTF vid glioblastombehandling. *Läkartidningen*, 2003;120:22158.
- Louis, D. N., Perry, A., Wesseling, P., Brat, D. J., Cree, I. A., Figarella-Branger, D., Hawkins, C., Ng, H. K., Pfister, S. M., Reifenberger, G., Soffietti, R., Deimling, A. von, & Ellison, D. W. (2021). The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: A summary. *Neuro-Oncology*, 23(8), 1231–1251.
- Löfgren, D., Valachis, A., & Olivecrona, M. (2022). Older meningioma patients: a retrospective population-based study of risk factors for morbidity and mortality after neurosurgery. *Acta Neurochirurgica*, 164(11), 2987–2997.
- Osoba, D., Aaronson, N. K., Muller, M., Sneeuw, K., Hsu, M.-A., Yung, W. K. A., Brada, M., & Newlands, E. (1996). The development and psychometric validation of a brain cancer quality-of-life questionnaire for use in combination with general cancer-specific questionnaires. *Quality of Life Research*, 5(1), 139–150.
- Rosenlund, L., Henriksson, R., Askund, T., & Petersson, L. (2014). P15.14 * DEVELOPING PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES (PRO) FOR IMPLEMENTATION IN THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER FOR PRIMARY BRAIN TUMORS. *Neuro-Oncology*, 16(suppl 2), ii76–ii77.



- Taphoorn, M. J. B., Claassens, L., Aaronson, N. K., Coens, C., Mauer, M., Osoba, D., Stupp, R., Mirimanoff, R. O., Bent, M. J. van den, & Bottomley, A. (2010). An international validation study of the EORTC brain cancer module (EORTC QLQ-BN20) for assessing health-related quality of life and symptoms in brain cancer patients. *European Journal of Cancer*, 46(6), 1033–1040.
- Thurin, E., Corell, A., Gulati, S., Smits, A., Henriksson, R., Bartek, J., Jr, Salvesen, Ø., & Jakola, A. S. (2019). Return to work following meningioma surgery: A Swedish nationwide registry-based matched cohort study. *Neuro-Oncology Practice*, 7(3), 320–328.
- Yarabarla, V., Mylarapu, A., Han, T. J., McGovern, S. L., Raza, S. M., & Beckham, T. H. (2023). Intracranial meningiomas: An update of the 2021 World Health Organization classifications and review of management with a focus on radiation therapy. *Frontiers in Oncology*, 13.



Regionala cancercentrum - regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan. I dagens och framtidens cancervård.

www.cancercentrum.se