Uppföljning av sjukvårdsregional processplan för gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen 2024

Uppföljning av kortsiktiga mål och målnivåer

Tabell 1 Sammanfattning av mål och målnivåer för Cancerplanen Gyncancer 2022–2024.

Mål	2020*	Läge 2024	Målnivå	Tidpunkt för mål-uppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad mot cancerregistret för samtliga diagnoser.	88%	92% (2023)	100%	2024	SQRGC-data
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontakt-sjuksköterskan administrativt	Endast en koordina-tor finns anställd i regionen, Sundsvall. SVF koordinator på deltid i Skellefteå.	SVF-koordinator vid CFOG, NUS finns. Ännu ingen koordinators-funktion Gynonk, NUS, planeras att tillsättas under 2025	En koordinator bör finnas på varje läns-sjukhus samt två på NUS	2024	Intervju med respektive verksam-hetschef
Andel verksam-heter som har skriftlig lokal rutin för bedömning av rehabiliterings-behov.	0 av 8 kliniker i dagsläget.	3 av 8 kliniker.	100% av klinikerna	2024	Enkät till respektive klinik
SVF ovarial VGM-start av behandling	Norra regionen 47%	Norra regionen 43 %	80 % för hela regionen	2024	SVF statistik

SVF corpus VGM-start av behandling	Norra regionen 67%	Norra regionen 39 %	80 % för hela regionen	2024	SVF statistik
SVF cervix VGM-start av behandling	Norra regionen 62%	Norra regionen 48 %	80 % för hela regionen	2024	SVF statistik
SVF vulva VGM-start av behandling	Norra regionen 29%	Norra regionen 62 %	80% för hela regionen	2024	SVF statistik

Kommentarer till respektive mål

Täckningsgrad mot cancerregistret för samtliga diagnoser.

Trenden för täckningsgrad har varit sjunkande efter direktimportering av data från GynOp har avslutats. Som lägst var täckningsgraden 66% för 2021. Med riktade åtgärder har trenden kunnat vändas. täckningsgraden ligger nu på 91,7% (jämfört med riket 96.4%). Efterregistrering i registret har medfört att täckningsgraden för tidigare har stigit.

Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterskan administrativt

SVF-koordinator finns sedan hösten 2023 vid CFOG, Umeå. Arbetet med SVF-flöden på kliniken har förbättrats avsevärt efter kartläggning av befintliga rutiner och daglig styrning vid utredning och förberedelse inför start av behandling. SVF-koordinatorn fungerar som länk mellan regionerna inför MDK och centraliserad tumörkirugi. Under 2024 utfördes ett större arbete för att uppdatera checklistor för våra SVF-förlopp för att ytterligare tydliggöra flödet för våra utredningar.

SVF-koordinator på Gynonkologen, kommer att tillsättas under 2025. Vilket är mycket glädjande! Det finns fortsatt stort behov av inrättande av SVF-koordinator på Cancercentrum för SVF-flöden som innefattar gyncancer. Alla fall av gyncancer i Norra sjukvårdsregionen är aktuella för Cancercentrum för bedömning och SVF-koordinator skulle avlasta gynonkologerna avsevärt i administrativ börda.

Andel verksamheter som har skriftlig lokal rutin för bedömning av rehabiliteringsbehov.

I april 2024 tilldelades processen medel för förbättringsarbete med "Rehabilitering från start". Målet med detta arbete är att stärka processen och vårdkedjan för kvinnor som remitteras för centraliserad kirurgi i Umeå. Inför operation kommer screeningdokumentet Hälsoskattning för cancerrehabilitering att användas för att identifiera rehabiliteringsbehov.

Arbetet har under året resulterat i utbildningsinsats och kunskapsöverföring till alla kontaktsjuksköterskor i Norra sjukvårdsregionen. Alla kontaktsjuksköterskor har idag ett upparbetat samarbete med dietist vid nutritionsproblematik inför kirurgi. CFOG, NUS har timanställt dietist då kliniken inte har haft tillgång till dietistkompetens tidigare. Kontaksjuksköterskans roll har förtydligats i den preoperativa bedömningen.

För närvarande används Hälsoskattning för cancerrehabilitering i alla regioner, men det saknas skriftliga rutiner i vissa regioner. Nyckeltillfällen för bedömning av rehabiliteringsbehov har identifierats av kontaktsjuksköterskegruppen för gyncancer. För att säkerställa jämlik vård oavsett regiontillhörighet hålls regelbundna digitala kontaktsjuksköterskemöten för att diskutera arbetet.

SVF ovarial VGM-start av behandling

En genomlysning av SVF Ovarial gjordes under våren 2024 pga långa ledtider generellt i alla regioner. Man fann att utredningstiden många gånger blev förlängd pga väntan på radiologi och ej samordnad utredning. Man fann även att många patienter i detta SVF-flöde var multisjuka och kräver en längre och mer omfattande utredning och där bör man överväga att avsluta SVF på grund av medicinsk vald väntan. Glädjande är att i Västerbotten ser man en stor förbättring från 2023 då andel inom ledtiden var 12% och P80 49 dagar. 2024 så är 55% inom maximal ledtid och P80 30 dagar. Detta till stor del tack vare tillsatt SVF-koordinator och genom lysning av SVF-flödet.

Fortsatt ansträngt med vårdplatsbrist och operationsresurser, ingen ökad tilldelning i Umeå. Canceroperationer har således blivit strukna ömsom pga brist på operationstider ömsom vårdplatsbrist.

SVF corpus VGM-start av behandling

Antal SVF som startat inom maximal ledtid har sjunkit från 67% år 2022 till 39% 2024. 2022 var första året som corpuscancerkirurgi helt centraliserats till Umeå. Under 2023 har ytterligare en robot installerats och detta minskar flaskhalsen för operationsresurs med robotteknik. Resultatet av detta ses förhoppningsvis i nästa års utvärdering.

SVF cervix VGM-start av behandling

Sedan 2020 har antalet fall varit sjunkande i riket. Samma sänkning har inte setts fram till 2023 för Norra sjukvårdsregionen. Siffror för Norra sjukvårdsregionen 2024 indikerar dock att det kan vara en reell sänkning även i norr. Dessutom har sifforna för SVF-förloppet förbättras efter genomförd genomlysning av flödet 2023 vilket är glädjande.

SVF vulva VGM- start av behandling

Alla vulvacancerfall remitteras till nationell MDK sedan 2017. En ökning till 62 % SVF inom ledtid 2024. Dock är antalet SVF Vulva mycket litet varför dessa siffror kan skilja stort år från år.

Långsiktigt förbättringsarbete:

Min Vårdplan

Idag finns Min Vårdplan för alla SVF-förlopp inom gyncancer. Min Vårdplan används i alla regioner. Den är mycket uppskattad av patienter och personal. Cancercentrum i Region Västerbotten har valt att avvakta med införandet av den digitala versionen, trots uppmaningar från personal och patienter/patientorganisationer. Det finns indikationer att även Cancercentrum kommer starta upp digitala Min Vårdplan under 2025.

IPÖ

Under året har fokus legat på att förbereda inför bytet av journalsystem. Av denna anledning har inte införandet av IPÖ prioriterats.

Nivåstrukturering

Nationell nivåstrukturering

Vulvacancer

Kurativ behandling av vulvacancer är nationellt nivåstrukturerad. Under 2024 utfördes 11 av 13 primäroperationer vid nationellt centrum, övriga fick behandling på hemort enligt beslut på nationell MDK (nMDK). Patienterna remitteras och nMDK-processen fungerar väl. Nivå-struktureringen har inneburit en kvalitetshöjning vad gäller kirurgi men riskerar att innebära sämre eftervård på hemorten och mindre fokus på rehabilitering. Behandling utförs inom rimlig tid.

Stora utmaningar finns fortfarande med långa resvägar och behandling på sjukhus i Södra Sverige för kvinnor drabbade av vulvacancer. Majoriteten av alla personer i detta flöde är äldre med comorbiditet, vilket gör den praktiska samordningen för vård i annan region utmanande. En av de största utmaningarna är att det inte finns ändamålsenligt boende i nära anslutning till sjukhus/behandlande enhet. Patientföreningen har lyft denna fråga i möte med Socialstyrelsen.

Gestationell trofoblastsjukdom

För alla patienter med mola (druvbörd) skickas vävnadspreparat för eftergranskning till patologavdelningen och NHV Karolinska utgör en stödfunktion i monitoreringen av hCG-nivåerna. De kan och höra av sig om provsvaren motiverar tätare provtagning eller utredning

inför eventuell malign utveckling. Vid malign trofoblastsjukdom kommer patienten erbjudas minst ett besök och behandlingsstart på Karolinska Universitetssjukhuset, och samarbete med hemkliniken vid fortsatt behandling. Samarbetet fungerar väl. Då malign trofoblastsjukdom är så ovanligt kan vi inte utvärdera tidsaspekten. Nivåstruktureringen har inneburit en kvalitetshöjning i vården av patienter med denna ovanliga form av malign sjukdom och inneburit större möjligheter till forskning och kvalitetsuppföljning.

Fertilitetsbevarande kirurgi vid cervixcancer

Karolinska i Stockholm och Sahlgrenska i Göteborg har NHV-uppdrag för trakelektomi (fertilitetsbevarande kirurgi) på grund av livmoderhalscancer. Patientfallen diskuteras på nationell multidisciplinär konferens (nMDK). Norra sjukvårdsregionen har även innan beslut om detta NHV skickat dessa patienter och samarbetet är väl upparbetat. Då det rör sig om ytterst få patienter per år är det rimligt att kirurgin är centraliserad.

Avancerad bäckenkirurgi

Sedan 1 juli 2024 kommer tre centra (Skåne, Karolinska, Göteborg) i Sverige bedriva NHV-vård för särskilt svår bäckenkirurgi. Erfarenheten av detta är ännu mycket begränsad.

<u>Sjukvårdsregional nivåstrukturering</u>

Kurativt syftande ovarialcancerkirurgi

I norra sjukvårdsregionen är all kurativt syftande ovarialcancerkirurgi centraliserad till NUS, Umeå. Patienterna remitteras enligt beslut om nivåstrukturering och alla misstänkta ovarial-cancerfall dras på MDK. Centralisering leder till kvalitetshöjning inom kirurgi och det finns ett väl fungerande samarbete med andra operativa specialiteter.

Centralisering av malign kirurgi har lett till en utträngningseffekt för samtliga diagnoser som inte haft malign valör. Trots detta har NUS inte kunnat erbjuda samtliga misstänkta ovarial-cancerfall en operationstid inom tillräckligt snabb tid för att uppnå SVF-målen. Arbetet med att genomlysa SVF Äggstockcancer-flödena i de olika regionerna har identifierat vissa flaskhalsar i utredning inför start av behandling men det finns ingen skillnad i tid från MDK till operation beroende på vilken region patienten tillhör.

Fortsatt stora svårigheter att upprätthålla de uppsatta SVF-målen med operation inom 9 dagar efter genomförd MDK. Om regionen ska uppnå de uppsatta målen krävs en avsevärd satsning på operationsresurser, framför allt tillgänglig salstid på operationsavdelningen, men även på sikt utbildning av fler subspecialiserade tumörkirurger. En gynekolog har under 2024 påbörjat sin sub-specialisering till tumörkirurg.

Primär kirurgi corpuscancer

2022 var första året som corpuscancerkirurgi helt centraliserats till Umeå pga införande av lymfkörteldiagnostik på samtliga fall aktuella för eventuell efterbehandling.

Detta har inneburit en stor vinst framför allt för de kvinnor som tidigare genomgick lymfkörtelutrymning som nu kan opereras mer begränsat med portvaktskörtelteknik. Centraliseringen innebär högre volym inom robotkirurgi på NUS. Även begränsar tillgång till vårdplats till viss del. Dock innebär robotassisterad kirurgi kortare vårdtid.

Inremissförfarandet fungerar väl och enstaka fall där primär behandling inte är självklar dras på MDK. Flödet av patienter har blivit större men inga ytterligare operationsresurser har givits.

Under 2023 har ytterligare en operationsrobot installerats och detta minskar flaskhalsen för operationsresurs med robotteknik.

Cervixcancer

Behandling av primär cervixcancer, kirurgi och radioterapi, är centraliserad till Umeå. Centraliseringen av cervixcancerbehandling har funnits under lång tid och är väl inarbetad. SVF-ledtid har varit lång men har minskats senaste året efter genomlysning av flödet. Genom att förtydliga indikationer för palpation i narkos så har vi kunnat frigöra resurser till denna utredning som i många fall är avgörande för beslut av behandling för livmoderhalscancer. Detta har gett en fortsatt minskning av ledtiderna.

<u>Finns det någon/några åtgärder inom processen som skulle vinna på att centraliseras eller decentraliseras?</u>

Utredning/diagnostik

Utredning har en fungerande nivåstrukturering med huvuddelen av utredning och diagnostik via hemortssjukhuset, detta är till fördel för patienten. PET-CT finns enbart i Umeå och det skulle underlätta om fler länssjukhus hade metoden.

Cancerrehabiliterande åtgärder

Att öka decentraliseringen av cancerrehabiliterande bedömningar och åtgärder ger patienten möjlighet att få insatser så nära hemmet som möjligt. Kontaktsjuksköterskan gör åter-kommande bedömningar av rehabiliteringsbehov och kan hjälpa patienten till rätt kompetens i form av dietist, arbetsterapeut, fysioterapeut, lymfterapeut, stomiterapeut, psykolog, kurator eller sexologisk kompetens. Här behövs samarbete med primärvården. Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland har under senaste åren utvecklat en verksamhet för sammanhållen cancerrehabilitering vilket är glädjande.

Patientsamverkan

Närståenderepresentant (PNR) aktiv på alla processgruppsmöten. Gyncancerprocessen har en mycket aktiv, engagerad och kunnig representant. PNR deltar i alla processgruppsmöten, processgruppen får information vad som händer i patientföreningar och det finns möjlighet att dela information till patientnätverk.

Övrigt Aktuellt

Tack vare riktat stöd från Regeringen och SKR i canceröverenskommelsen så har gyncancerprocessen sökt medel och mer fokuserat getts möjligheten att arbeta med cancerehabilitering. **Projektet Rehab från start**, syftar till att starta rehabprocessen så tidigt som möjligt inför kirurgi och har förtydligat kontaktsjuksköterskans roll för preoperativ cancerrehabilitering.