Processplan för huvud- och halscancer 2022–2024

Bakgrund

Hur många och vem får huvud och halscancer?

Den totala cancerincidensen ökar i Sverige och är nu över 60 000 fall per år. Huvud-halscancer utgör ca 2,3% av samtliga cancerfall i Sverige. År 2019 rapporterades 1600 nya fall till Svenskt Kvalitetsregister för Huvud- och Halscancer (SweHNCR) och det ses en ökande trend, 2018 registrerades 313 fler fall än 2008 (26%). De flesta drabbade är över 65 år. Diagnosen är vanligare bland män än kvinnor men fördelningen varierar beroende på var tumören sitter.

Incidens i sjukvårdsregionen

Befolkningsunderlaget (december 2020) var i Västernorrland 244 554 personer, Västerbotten 273 192, Norrbotten 249 614 och i Jämtland 131 155 personer.

2008 rapporterades 107 nya Huvud-och Halscancer per år i sjukvårdsregionen, 2016 137 fall/år (Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten 36–44 fall/år, Jämtland 17 fall/år). Mer än 2/3 var män. Det finns en tydliga ökande tendens i incidens, 30% högre inom 8 år.

Vad är huvud och halscancer?

Huvud- och halscancer är ett samlingsbegrepp för tumörer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa, bihålor, spottkörtlar samt lymfkörtelmetastas på halsen med okänd primärtumör. Varje diagnosgrupp är i sin tur indelade i undergrupper som skiljer sig åt, både vad gäller tillväxt, risk för spridning, prognos och behandling. De två vanligaste grupperna är cancer i munhåla och mellansvalg (orofarynx) med ca 450 fall/år. Struphuvud (larynx) är den tredje vanligaste med cirka 175 fall per år.

Orofarynxcancer är den diagnosgrupp som ökar mest. Det gäller både västvärlden samt Sverige. Tungcancer har ökat hos yngre individer (40 år) utan kända riskfaktorer. Den åldersrelaterade incidensen för orofarynxcancer för män har ökat med två fall per 100 000 vilket motsvarar den totala ökningen för all huvud- och halscancer för män. Ökningen beror av HPV- relaterad (humant papillomvirus) skivepitelcancer i tonsill och tungbas.

Vanliga symtom vid huvud- och halscancer är heshet, sväljsvårigheter, sår i munhålan som inte försvinner eller knutor på halsen. Symtomen kan ofta vara svaga och likna infektioner med halsont. Det gör att sjukdomen kan vara svår att upptäcka i ett tidigt skede. Om det finns symtom eller undersökningsfynd som gör att man misstänker cancer ska patienten omgående remitteras till en Öron- näs och halsklinik (ÖNH- klinik) för vidare utredning.

Huvud- och halscancer kan behandlas med kirurgi eller strålbehandling (ibland med cytostatika), men ofta ges kombination av dessa beroende på diagnosgrupp. Om tumören är stor eller sitter på ett svåråtkomligt ställe kan man få kvarstående problem efter behandlingen, till exempel att svälja eller att tala. Den relativa 5-årsöverlevnaden för all huvud- och halscancer för hela tidsperioden 2008–2016 var 67%, men skiljer sig mycket åt beroende på var cancern sitter.

Riskfaktorer

Rökning

Debutålder för rökning är av betydelse tidig debut medför högre risk för huvud- och halscancer. I en svensk fall-kontrollstudie var riskökningen mer kopplad till durationen än intensiteten. Risken för skivepitelcancer avtar efter rökstopp och det föreligger ingen riskökning efter cirka 20 år. Passiv rökning har inte konklusivt kunnat bindas till cancerutveckling i huvud- och halsregionen.

Alkohol

Alkohol är en oberoende etiologisk faktor för skivepitelcancer.

Alkohol och rökning i kombination

Var för sig ger rökning och alkohol riskökningar (jämfört med icke exponerade) men dosberoende, relativa risker upp till cirka x 3 för alkohol och x 8–9 för rökning.

Tillsammans verkar alkohol och röktobak synergistiskt och kan ge ökningar av den relativa risken på x 15–24, beroende på tumörlokalisation.

Högrisk Human papillomvirus (HPV) infektion

Högrisk-HPV, framför allt typ 16 och 18 är en erkänd riskfaktor för orofaryngeal cancer.

Organisation

Vägen in

Vi har två grupper av patienter. Första gruppen är patienter som kommer till oss direkt från hälsocentralen med remiss och ”misstanke om tumör” eller fråga om utredning enligt Standardiserade vårdförlopp (SVF). Andra gruppen är patienter från sjukvårdsregionen (med ”välgrundad misstanke”, SVF utredning redan påbörjad) som kommer från ÖNH specialist, och redan är kliniskt undersökta.

Diagnostik

Det första mötet med patienten sker oftast i primärvården och det är då viktigt att de har utrustning för att göra en ordentlig öron-, näs- och halsundersökning. Det saknas fortfarande på många hälsocentraler flexibla fiberskop och konsekvens av detta är att man skickar patienter utan status i farynx och näsa med misstanke om huvud och hals cancer som ”SVF” patient. Det betyder större belastning på tumörläkaren på ÖNH klinik. För SVF-utredningspaketet finns idag förbokade tider för dessa SVF-patienter.

Den första undersökningen på ÖNH-kliniken avgör om patienten ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp (fortsatt välgrundad misstanke) eller inte. På ÖNH- kliniken görs sedan en utvidgad klinisk ÖNH-undersökning med fiberskopi, cytologi, provexcision, vid behov i narkos. Huvud- och halscancer utreds på fyra orterna i regionen. Sunderbyn, Sundsvall, Östersund och Umeå.

För att effektivisera misstänkta tumörfall och med hänsynstagande till långa geografiska avstånd, har en regional gemensam remissflöderutin framtagits sedan många år som uppfyller kravet för SVF-utredningen. Det är två remissflöden, benämnda som **snabbspår** och ett **förenklat flöde.** Under 2020 påbörjades pilotförsök med diagnostisk vävnadsprovtagning på mottagningen i Umeå vid utredning av orofarynxcancer i stället för biopsitagning på operationssal under narkos, för att ytterligare optimera utredningsförhållanden och utöka operationsresurserna till kirurgiska

tumörbehandlingar, särskilt under Covid-19 pandemin med dess begräsning av sjukvårdensresurser.

Snabbspår

Innebär en mer samlad utredningsprocess där ÖNH-specialist vid stark klinisk misstanke om cancer, slussar patienten in i detta. Ingen utredning sker vid länssjukhusen utan patienten utreds vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS). Majoriteten av patienterna, ca 80% i sjukvårdsregionen utreds enligt snabbspåret och genomgår Positron Emissions Tomografi-Computer Tomography (PET-CT), ultraljud hals med finnålspunktion samt skopi i narkos med biopsi och ev. tatuering av tumörgränser. ”Snabb” betyder att vi erbjuder tid för undersökning, PET CT, ultraljud (UL) av halsen med finnålspunktion inom en vecka efter inremiss inkomst (från regionen) eller ett första mottagningsbesök på NUS. Onsdag en vecka senare bör en multidisciplinär konferens (MDK) ske.

Förenklat flöde

Omfattar diagnoser (mest spottkörteltumörer, små larynx tumörer, näsa/bihålor, läpp) där utredning till stor del utförs vid respektive länssjukhus, såsom ultraljud med finnålspunktion/ provexcision och CT/Magnetisk resonanstomografi (MR) hals thorax samt bedömning av patientens allmänstatus och optimering av eventuell medicinering etcetera.

Behandling

Kirurgi och strålbehandling utgör basen för att behandla maligna tumörer i huvud- och halsområdet. Oftast är behandlingen kurativt syftande. Primär behandling och behandling vid ett recidiv skiljer sig åt. Kirurgi är vanligare vid läpp- och munhålecancer medan strålbehandling är vanligare vid cancer i svalget.

Behandlingsvalet styrs av flera faktorer, men vanligen behandlas patienter med mindre tumörer (stadium I-II) med antingen kirurgi eller strålbehandling, medan patienter med mer avancerade tumörer (stadium III-IV) oftast får en kombinationsbehandling. Avancerade tumörer som inte bedöms recesserbara behandlas med strålbehandling, eventuellt i kombination med en medicinsk tumörbehandling.

Vid alla kirurgiska ingrepp måste man bedöma möjligheten att exstirpera tumören radikalt och risken för funktionsbortfall med påverkan på livskvaliteten, liksom om det behövs en primär rekonstruktion. Andra avgörande faktorer är om patienten bedöms som operabel med avseende på samsjuklighet, förmåga att medverka postoperativt under läkningsförlopp och rehabilitering.

Den kirurgiska behandlingen är i princip centraliserad till ÖNH-kliniken vid NUS i Umeå. Onkologiska behandlingen sker mest i Umeå men visa onkologiska palliativa åtgärder sker även på andra sjukhus med motsvarande kompetens.

När patienten får besked om att stark misstanke föreligger för elakartad tumör, saknas närvaro av kurator, både på mottagningen och på vårdavdelningen. I dagsläget närvarar kontaktsjuksköterskan som extra stöd till patienten och anhöriga.

Dietist måste även kopplas in tidigt, då stor mängd av patienterna med huvud-halscancer är malnutrierade, och forskning har visat att man klarar av kommande strålbehandling mycket bättre om man är i gott fysiskt status i övrigt. Dietist saknas ofta i tidigt skede för att påbörja nutritionsbehandling före strålbehandling. Även efter att strålbehandling är genomförd har denna patientgrupp stora besvär som kräver dietistkontakt.

”Vägen ut”

Majoriteten av patienterna kan man utskriva direkt till hemmet. Regionala patienter som man inte kan utskriva direkt hem och behöver ytterligare vård remitteras till sitt hemsjukhus. Detta sker 2 veckor efter stora operationen (exstirpation av tumören med rekonstruktion med fri lambå) eller efter flera dagar efter mindre operationer (neck dissektion, hemiglossektomi med trakeostomi osv.).

Uppföljning

Alla patienter med huvud och hals cancer följs regelbundet i minst 5 år. Första kliniska kontrollen efter kirurgi, kombinerad behandling och hos vissa patienter också efter strålning sköts på ÖNH kliniken i Umeå. Följande kontroller sköts i ute i regionen på respektive ÖNH kliniken om okomplicerade förlopp, annars fortsatta kontroller på NUS.

Majoriteten av Västerbottenspatienterna följs på ÖNH kliniken av tumörläkare. Under de 2 första åren kontrolleras patienten var 3:e månad. Under år 3–5 görs kontroller var 6:e månad förutom läppcancer som kontrolleras en gång om året.

Majoriteten av patienterna får en kombinationsbehandling, vilken ofta medför behandlingskrävande biverkningar under en längre tid. Ungefär 30% av patienterna får lokala eller regionala återfall inom 3 år. Patientgruppen har också en förhöjd risk för en ny primärtumör inom huvud- och halsområdet. Kontrollernas syfte är att:

- kartlägga och behandla biverkningar
- upptäcka återfall tidigt då det ännu kan finnas utrymme för kurativt syftande behandlingar
- upptäcka tidigt ny primärtumör (second primary) inom området.

Cancerrehabilitering

Generellt är behandling för huvud och halscancer väldigt påfrestande för patienten. Både tumören i sig och dess behandling påverkar funktioner som andning, tal och sväljning samt att utseendet kan förändras. Laryngektomi innebär även att patienten måste lära sig andas och svälja på ett nytt sätt.

Vid radikal lymfkörtelutrymning avlägsnas sneda halsmuskeln samt att elfte kranialnerven riskerar skadas. Lymfkörtelutrymning kan resultera i kvarstående problem med smärta och svårigheter att lyfta armen samt utseendemässig förändring då konturen på halsen förändras. Radioterapi ger ofta påtagliga och svåra biverkningar som till exempel smakförändringar, minskad och förändrad saliv, smärta vid sväljning samt svårigheter att tugga och svälja maten. Trismus, svårighet att öppna munnen, är ytterligare en faktor som kan ge svårigheter att äta.

Inför start av en onkologisk behandling genomgår patienterna undersökning och optimering av mun- och tandstatus samt följs av sjukhustandvården under hela behandlingstiden. Därefter följs patienterna hos sin ordinarie tandläkare. Vidare görs en nutritionsbedömning. Med målet att förhindra undernäring är det viktigt att patienten under hela behandlingstiden försöker svälja föda och/eller dryck, och därefter kommer i gång med att öka oralt födointag. Kan inte patienten få i sig näring och vätska via munnen blir det aktuellt med, i första hand, nasogastrisk sond.

Tidig logopedkontakt, ökar möjligheten för patienten både att behålla och snabbare återfå äta/svälja funktionen. Patienterna följs hos dietist under hela behandlingstiden (förutom från början av SVF utredningen) och därefter av dietist inom primärvården. Behandling av smärta är av stor vikt då det kan leda till svårigheter att tala, svälja och att öppna munnen. För patienter som genomgått en lymfkörtelutrymning ska sjukgymnast erbjudas. Genom hela vårdkedjan är det

viktigt att vara uppmärksam på patientens psykiska tillstånd och samtliga patienter ska erbjudas kuratorskontakt (vilket inte är optimalt i dagsläget).

Nationellt vårdprogram

Det första nationella vårdprogrammet för huvud och halscancer publicerades 2015, och har 2018 reviderats. En av orsakerna till revidering var den nya ”Tumor Node Metastas” (TNM) klassifikationen och konsekvenserna av de nya direktiven, gällande röntgendiagnostik.

Vårdprogrammet är uppdelat i en allmän del som gäller för allt huvud och halscancer och i en tumörspecifik del, som beskriver diagnosgrupperna i separata kapitel. Den svenska kvalitetsregister för huvud och halscancer startade 2008 och används för att ta fram data som underlag i vårdprogramsarbetet. Trots regionala behandlingsskillnader kunde man enas om grundläggande strategier för behandling inom varje diagnosgrupp.

Behandlingen av huvud och halscancer är sedan lång tid tillbaka nivåstrukturerad, där större kirurgier sker på universitetssjukhusen.

Resultat i sjukvårdsregionen

Vid en så kallad snabbspårutredning sker samtlig utredning och behandling vid NUS och omfattar majoriteten av patienterna. De patienter som vid första läkarbesök på en ÖNH klinik i sjukvårdsregionen uppvisar förändring med stark misstanke om cancer i epifarynx, munhåla, tonsill, tungbas, hypofarynx stor larynxcancer samt misstanke om malign körtel på halsen, slussas omedelbart in i snabbspåret.

Med målet att korta ledtid samt undvika att försämra tolkningen av PET-CT så utförs inga operativa ingrepp eller provexcision(px) på hemortens sjukhus, utan utredningen startar med PET-CT vid NUS. Remiss faxas till NUS och inkommer senast torsdag innan lunch så bör patienten kunna erbjudas tid för utredning med start närmast kommande måndag–onsdag. Vid oklarheter kan ÖNH läkaren från regionen kontakta tumörläkare på NUS på direktlinje via ”tumörtelefon” under dagtid.

Vid utredning med så kallad. förenklat flöde av patienter från sjukvårdsregionen erbjuds tid för första besök på ÖNH NUS inom 5 dagar eller sätts upp efter utredningen på hemsjukhus, direkt på MDK (multidisciplinär konferens).

Nuvarande situation i sjukvårdsregionen är att vi har ett bra flöde av patienter från Norrbotten, Västernorrland men inte från Jämtland. Sedan 2016 har antal remisser från Jämtland med nya patienter med välgrundad misstanke sjunkit till noll och de skickar sina patienter till Uppsala och därmed deltar de inte på MDK för norra regionen.

I sjukvårdsregionen fungerar fördelningen maximalt och någon ytterligare nivåstrukturering anses ej nödvändig. Strålbehandling ges i huvudsak på universitetssjukhuset i Umeå men även en del länssjukhus har kompetens och resurser för att strålbehandla huvud- och halscancerpatienter. Något utrymme för att nivåstrukturera strålbehandlingen anses ej heller finnas, då all behandling ges i Umeå.

Ledtider

Standardiserat vårdförlopp (SVF) för huvud- och halscancer infördes 2015 som en av de fem första cancerdiagnoserna. Vårdförloppet startas i och med att en klinisk undersökning av ÖNH-läkare bedömer att det finns välgrundad misstanke om cancer.

När SVF startas skall patienten erbjudas snabb utredning inom angivet antal kalenderdagar. Ledtid för nationell uppföljning av SVF för huvud och halscancer är från första besöket hos ÖNH-läkare, då välgrundad misstanke föreligger till start av behandling och uppdelat på om kirurgisk eller onkologisk behandling är första behandling.

Målsättningen är att 80% av patienterna skall erhålla behandling inom angivna kalenderdagar. Detta innebär att det från misstanke om huvudhalscancer till påbörjande av kirurgisk behandling ska ta högst 30 dagar, till påbörjande av strålbehandling högst 38 dagar. Dessa siffror för sjukvårdsregionen 2020 ses enligt tabellen nedan jämfört med år 2018, där det är en betydande förbättring med förkortade ledtider till behandlingsbeslut (MDK), operation och strålbehandling.

	2018	2020	80 % percentil (dagar)	Antal fall 2020
Remissankomst till behandlingsbeslut	29 *(27)*	22*(25)*	41 *(48)*	122 *(1572)*
Remissankomst till kirurgiskbehandling	42,5 *(40)*	32 *(34)*	52 *(56)*	43 *(692)*
Remissankomst till strålbehandling	50 *(49)*	40 *(45)*	40 *(47)*	55 *(588)*
Behandlingsbeslut till kirurgiskbehandling	19 *(15)*	13 *(13)*	18 *(19)*	38 *(579)*
Behandlingsbeslut till strålbehandling	20 *(19)*	15 *(19)*	20 *(26)*	55 *(590)*

Medianvärde och 80 % percentilen för 2020, uppgifterna är hämtade från Nationellt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR). Siffrorna i parentes med kursiv stil presenterar värdet för riket

Vi har i sjukvårdsregionen väldigt acceptabla utredningstider och behandlingstider jämfört med riket och andra regioner, dock finns det mycket förbättringspotentialer.

Förslag till förändringar

Områden med tydlig förbättringspotential

- Flexibla videoendoskop på Hälsocentralerna, möjlighet att skicka bilder och inspelningar - (gäller inte bara tumörpatienten utan andra diagnoser också).
- Utökning av dagkirurgi på mottagningen för hudtumörer med regelbundenhet då ÖNH tagit över numera alla hudtumörer på och omkring öronen.
- För att ytterligare effektivisera SVF utredning behövs utökning av biopsitagning på mottagningen för orofarynx cancrar, vilket idag genomförs på operationssal och med hjälp av narkosresurser. Biopsi på mottagningen för de patienter detta är möjligt leder till snabbare SVF-utredning, tidigare behandlingsstart och frigörande av operationsresurser till andra komplicerade fall. Detta har påbörjats som pilotförsök på NUS och ska utvärderas till hösten 2021 med konsekvensanalys.
- Flera fast anställda självgående tumörkirurger.
- Utökade vårdavdelningsplatser – bättre arbetsmiljö både för läkare och personal, säkrare vård för patienter.
- Kuratorkontakt för patient och anhöriga vid välgrundad cancermisstanke.
- Informationsutbyte mellan allmänläkare och specialister på ÖNH, en kursdag kan ordnas.
- Undersköterskor som tillhör tumörteamet kan ha utökad patientkontakt.

- Ultraljudsledd punktion på mottagningen, med närvarande patolog som bedömer direkt om tillräckligt material finns i punktionen. (Enligt modell i Norrbotten).
- Effektivisering av radiologiska utredningar i Skellefteå lasarett, särskilt ultraljudsundersökningar.
- Kurator med kompetens inom cancervård anknuten till öronkliniken- närvarande saknas kurator som träffa patienter vid misstanke/cancerbesked på ÖNH-mott och kurator utan ämnesspecifik kompetens används ibland centrumnivå. Vilket har lett till att kontaktsjuksköterskan oftast agerat som kurator.

Kompetensförstärkande åtgärder

- Flera kontaktsjuksköterskor.
- Regelbunden praktisk utbildning för tumörläkare, minst en gång per år delta dissektionskurs eller studiebesök på annat tumörcentrum inom Sverige eller utomlands, studiebesök även för övriga i tumörteamet, till exempel kontaktsjuksköterska och koordinator.
- Stort tryck på bättre arbetsmiljö för tumörläkaren (högt tempo med tumörpatienter in och ut), överbelastade med allmän ÖNH- mottagning,
- Brist av kompetenta sjuksköterskor som vill jobba långvarigt på ÖNH- stor fluktuation på vårdavdelningen och samvårdens personal, ett problem för hela sjukhuset.
- Utökad personal, både tumörkirurger samt sköterskor/undersköterskor och sekreterare.
- Kurator till ÖNH-mottagningen, patientkontakt redan vid första besöket på mottagningen.
- Utökad dietisttjänst.
- Kompetenshöjning hos allmänläkarna, genom att ordna utbildningsdag via ÖNH.

Kortsiktiga mål

Sammanfattning av målnivåer för Huvud-och Halscancer till utvecklingsplan 2022–2024

Mål Nr	Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
1	Biopsitagning på mottagningen för orofarynxcancer.	Beskrivs genom kartläggning	Förkorta utredningstiden och frigöra operationsresurser.	Våren 2022	Egen upp-följning
2	Kirurgutveckling av tumörläkare	3 fast anställda	Tumörteamet består av 5 fasta tumörläkare	Hösten 2022	Egen upp-följning
3	Utökad dietist-tjänst till ÖNH patienter. Kuratorstjänst tillsätts.	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (redan före operation) och uppföljning	Hösten 2024	Patientenkät, QoL
4	Sentinel node för skivepitelcancer	Kunskapsinsamling	Samtliga orala cancrar utreds med Sentinel node.	Hösten 2024	Egen uppföljning
5	Kuratorkontakt	På centrumnivå	Kurator med cancervård kompetens anknuten till tumörteamet	Hösten 23	Patientenkät, QoL

Långsiktigt förbättringsarbete och SWOT-analys

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut mindre än 35 dagar för 80% av patienter	Mycket bättre koordination under de sista 3 åren. Vi har i norra regionen redan idag relativt acceptabla utredningstider, men uppfyller ändå inte målet	Stor spridning vad gäller utredningstider. Diskrepans i ledtider INCA jämfört med SVF.	Snabb utredning ger en tidigare behandlingsstart	Icke diagnostiska svar på cytologi. Inte tillräcklig flexibilitet från operationscentrum för korta diagnostiska åtgärder under narkos
TOUSS - Trans Oral UltraSonic Surgery.	Intresserad personal. Utbildning av tumörkirurg planeras. Bättre översyn och åtkomligt vid svalgkirurgi vid orofaryngeal cancer	Ny metod att inskolas, kräver endoskopiskt färdigt.	Förbättrad kirurgisk radikalitet av cancer och minskad omfattande kirurgi.	Patientflöde och kompetenstillgång.
Att upprätthålla en hög procent på inrapportering i det nationella kvalitets-registret Mätbart i kvalitets-registret	Det finns ett väletablerat kvalitetsregister. Täckningsgrad för norra sjukvårds-regionen 97%.	Tidsbrist för inrapportering. Brist på administrativt stöd.	Hög täcknings-grad är en förutsättning för att kunna följa HHC-vårdens utveckling i sjukvårds-regionen samt för jämförelse nationellt.	Personalbrist.
Tillgång till kuratormottagning	Snabbare rehabilitering för patienten	Brist av kurator och dietist	Bättre stöd till behandlade patienter, med fysiska och psykiska problem	Ekonomi

REGIONALT
CANCERCENTRUM
NORR

Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se/norr