

UNDERLAG TILL REGIONAL CANCERPLAN FÖR GYNEKOLOGISK CANCER I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN

BAKGRUND

Aktuell process - gynekologisk cancer

Gynekologisk cancer är en heterogen cancergrupp och består egentligen av 10 olika diagnoser beroende på var i gynsfären cancer uppkommer. Det bör påpekas att vissa peritonealcancer (bukhinne-cancer) hör till gyncancergruppen beroende på att embryologiska rester från äggstockarna finns i de sk müllerska gångarna kan bilda tumörer. De 10 diagnoser som räknas till gynekologisk cancer är peritonealcancer, epiteal ovarialcancer, icke-epiteal ovarialcancer, tubarcancer, sarkom, endometriecancer (s.k. corpuscancer), cervixcancer, vaginalcancer, vulvacancer och trofoblasttumörer (från moderkaksvävnad).

Incidens och volym i regionen

Då flera av dessa diagnoser är mycket ovanliga brukar man göra en grov förenkling och dela in gyncancer i fyra grupper; **ovarialcancer** (inklusive peritonealcancer och tubarcancer), **corpuscancer**, **cervixcancer** och **vulvacancer**. Dessa diagnoser står för knappt 300 av regionens cancerdiagnoser varav cirka 70 ovarialcancer, 160 corpuscancer, 50 cervix-och vaginalcancer och 15 vulvacancer. Därutöver behandlas ett antal patienter med avancerad cancer i buken s.k. cancer abdominis. Dessa är så avancerade att någon säker diagnos inte kan fastställas, men handläggs i regel som ovarialcancer.

Prognos

Prognosen är avhängig i vilket stadium patienten är när sjukdomen diagnosticeras. Ju högre stadium desto mer avancerad sjukdom desto sämre överlevnad. Corpuscancer som ofta visar sig genom en postmenopausal blödning som för kvinnan till vård i tidigt stadium har en total femårsöverlevnad (alla stadier och inkluderade) på ca 80 %. Cervixcancer ingår i ett screeningprogram och hittas i regel hos yngre kvinnor i ett tidigare stadium, medan de äldre som står utanför screeningprogrammet ofta har en mer avancerad sjukdom vid diagnos. Femårsöverlevnaden minskar stadium för stadium från nästan 100 % för stadium IA1 till knappt 10 % för stadium IVB. Den sammanlagda femårsöverlevnaden för alla stadier är ca 68 %. Den sämsta prognosen har ovarialcancer (inklusive peritonealcancer och tubar cancer) med en relativ 5- års överlevnad på 58 % enligt den senaste rapporten. Det har skett en markant ökning av överlevnaden för denna cancer trots att det inte finns några screeningverktyg och symptomen är ofta diffusa som gör att diagnosen ofta ställs i sent stadium. Denna förbättring beror sannolikt på centraliserade operationer samt nya medicinska behandlingar.

Kan volymen ändras inom de närmsta 5 åren?

Sannolikt kommer frekvenssiffrorna på insjuknande ligga på ungefär samma siffror under de närmaste 5 åren. Man har oroande siffror som visar en ökning av cervixcancer framförallt bland yngre kvinnor. Vad denna ökning beror på är ännu inte klarlagt. Det rör sig i absoluta tal på ca 100 fler fall/år i Sverige sedan 2016, vilket innebär ca 10 fler fall i norra regionen. Om denna trend kommer att hålla i sig är oklart. Man har hoppats på att allmän vaccination av HPV 16, 18 kommer att förebygga cervixcancer, men denna effekt kan tidigast studeras om ca 15-20 år.

Corpuscancerens största riskfaktor är högt östrogentryck. Eftersom fettväven producerar östrogen så kan man förvänta att denna cancertyp kommer att öka i takt med att BMI ökar hos den kvinnliga befolkningen.

Politiska beslut kan komma att styra om patientflöden såväl regionalt som nationellt. Beroende på vad landstingen tar för beslut i nivåstruktureringsfrågor kan det bli stora förändringar framförallt på de enheter som behandlar med kirurgi och strålbehandling. De diagnoser som i skrivande stund är under utredning är cervixcancer där behandlingen kan bli nationellt koncentrerad.

Ovarialcancerkirurgi och ordination av medicinsk behandling är just nu regionalt nivåstrukturerad till 6 center. Den kan komma att bli föremål för ytterligare koncentration.

Aktuella metoder för diagnostik, behandling och uppföljning samt cancerrehabilitering

När en patient misstänks ha en gynekologisk tumör följer alla patienter samma organisatoriska struktur förutom de som har en misstänkt vulvacancer.

Vulvacancer

Denna diagnos är nationellt nivåstrukturerad och dessa patienter diagnosticeras, utreds och kontrolleras på hemorten, precis som vid övriga gyncancerdiagnoser. Skillnaden är att istället för att patienten remitteras till den regionala MDK så går remissen direkt till en nationell MDK. Där tas beslut om behandlingen i samråd med hemortskliniken. Behandlingen sker på det center som vid MDK kan erbjuda den kortaste väntetiden alternativt det center som patienten önskat. De orter som erbjuder behandling är Stockholm, Linköping Göteborg och Lund. Detta gäller såväl strålbehandling som kirurgisk behandling i kurativt syfte.

Patientens "vägen in" och "vägen ut" i vårdkedjan

Vägen in i vården går ibland via hälsocentralen eller någon annan specialistklinik som remitterar patienten till kvinnokliniken. Ofta söker patienten direkt till kvinnokliniken då man av tradition inte har något remissväg för att få tid för en specialistläkarbedömning. Samtliga fyra gyncancer diagnoser har väl definierade alarmsymtom och på regionens alla kvinnokliniker är både läkare och sjuksköterskor väl bekanta med vilka patienter som ska prioriteras in för bedömning att eventuellt starta SVF-förlopp. Den behandlade cancer kontrolleras av gynekologen på hemorten i fem år, därefter slussas patienten tillbaka till primärvården. Det gäller såväl kroppsliga som sociala och psykologiska behov. I de fall där cancer är kronisk fortsätter kontrollerna på respektive kvinnoklinik och under livets slutskede finner man individuella lösningar med den palliativa vården.

När gynekologen uppfattar att det är en misstänkt gynekologisk cancer som uppfyller de nationellt överenskomna kriterier startas något av de fyra standardiserade vårdförloppen SVF ovarialcancer, SVF corpuscancer, SVF cervixcancer eller SVF vulvacancer. En kontaktsjuksköterska utses, patienten informeras om vad SVF är och utredningen initieras.

Grundprincipen är att utredning och uppföljning alltid sker via kvinnokliniken i respektive hemlandsting men att samtliga patienter remissbedöms av gyn-onkolog. Gynonkologen beslutar om vilka patienter som går vidare till en klinisk bedömning i Umeå och de patienter som uppfyller nationellt överenskomna kriterier sätts upp och bedöms på MDK (multidisciplinär konferens). Där beslutas *vilken* behandling som ska erbjudas (medicinsk onkologisk behandling, strålbehandling, kirurgi eller en kombination av dessa) och *var* den

eventuella behandlingen ska ske. Kvinnoklinikerna i regionen har ett nära samarbete med gynekologen och regionens tumörkirurger, och deltar via videolänk delta vid MDK.

Utredning

Utredning varierar beroende på misstänkt diagnos och finns beskrivna i detalj i respektive vårdprogram och SVF-förlopp. Generellt för alla utredningar är att man förutom en grundlig anamnes, klinisk kroppsundersökning och gynekologiskt status skall ha en histologisk eller cytologisk diagnos från tumören, en basal bilddiagnostisk utredning med gynekologiskt ultraljud, CT thorax-buk och eventuellt MR lilla bäcken. I vissa utvalda fall läggs också en PET-CT till. Den utförs i Umeå. Övrig bilddiagnostik sker på respektive hemortssjukhus. Vid avancerade tumörer kan ytterligare utredning i form av gastro- och/eller coloskopi, pleura- eller ascitestappning vara aktuellt. Vid utredning för ovarialcancer ska också en rad tumörmarkörer analyseras i blod.

Behandling

Behandlingen individualiseras för varje enskild patient beroende på diagnos, stadium och allmäntillstånd. Det finns nationella riktlinjer för ovarialcancer, corpuscancer, cervixcancer och trofoblasttumörer. För vulvacancer finns ännu inga nationella riktlinjer men är under utarbetande. I norra regionen följer vi de riktlinjer som finns nationellt. De behandlingsmodaliteter som idag erbjuds är kirurgisk behandling, medicinsk onkologisk behandling (kemoterapi, målinriktade läkemedel, hormonell terapi) och radioterapi. Samtliga patienter bedöms av läkare på gynekologiska enheten i Umeå som tar ställning till att adekvat behandling föreslås. Detta sker i nära samarbete med tumörkirurg från kvinnokliniken i Umeå.

MDK

Med multidisciplinär konferens menas att läkare från olika specialiteter gör en gemensam bedömning av patientens tillstånd. I den på veckobasis återkommande MDK i Umeå deltar gynekolog, gynekologisk tumörkirurg, radiolog, patolog. Även sjuksköterskekompetens i form av kontaktsjuksköterska och operationsplanerare deltar. Vid behov kallas även colorektalkirurg, övre-gastrokirurg, urolog, kärlkirurg, plastikkirurg och stomiterapeut. Ronden har möjlighet till videoupkoppling regionalt och ansvarig läkare från hemlandstinget deltar via länk. Det finns skäl att tro att ett samarbete över specialitetsgränserna och en gemensam bedömning av patienterna och tumörsjukdomar ger ett bättre grundat behandlingsbeslut för den enskilda patienten, ger förutsättningar för effektivare vårdkedjor med minskande ledtider och ökar deltagandet i kliniska studier. Denna typ av konferenser är även viktiga ur utbildningssynpunkt. Vissa patientkategorier där tillstånd och behandling är väldefinierade och överenskomna behöver inte tas upp i en MDK för att få ett optimalt omhändertagande.

I norra regionen har en fungerande MDK processats fram under 2012-2015.

Kontaktsjuksköterska, cancerrehabilitering och "min vårdplan"

I betänkandet om en nationell cancerstrategi, SOU 2009:11, föreslås att varje patient vid diagnostillfället ska få en fast kontaktperson på den cancervårdande kliniken. Syftet är förbättrad information och kommunikation mellan vård och patient och hennes närstående. Syftet är också att stärka både patientens och de anhörigas möjligheter till delaktighet i vården. Enligt utredningen ska kontaktsjuksköterskan "ha kunskap om patientens diagnos och behandlingar, ge information om kommande steg i vårdprocessen, vid behov förmedla kontakt med andra yrkesgrupper engagerade i patientens vård samt bevaka ledtiderna i vården". Man

beskriver även att kontaktsjuksköterskan, utöver viss medicinsk kunskap avseende vården och behandling av cancer, ska ha tillräcklig psykosocial kompetens för uppdraget.

Att patienten har tillgång till kontaktsjuksköterska med ett tydligt definierat uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet är en av de tio kvalitetsindikatorerna som Socialstyrelsen föreslår som mätbara mål för de nationella vårdprogrammen.

Kontaktsjuksköterskan ska vara tillgänglig oavsett vilket skede i sjukdomsförloppet patienten befinner sig i. Detta innebär att patienten kan behöva en kontaktsjuksköterska på flera olika kliniker under behandlingsperioden. Kontaktsjuksköterskan har också en stödjande uppgift för närstående.

Kvinnosjukvården i norra regionen har under lång tid haft olika modeller på skriftliga informationsblad och behandlingsplaner. Dessa har varit klinikbundna och ingen samordning har skett mellan de olika sjukhusen. Våren 2014 startade gyncancerprocessen ett projekt i samarbete med RCC för att samordna utvecklandet av ”min vårdplan” och sätta tidigt fokus på cancerrehabiliteringsfrågor. Inledningsvis förankrades projektet hos berörda verksamhetschefer. Projektet benämns CARERE (CANCER REhabilitering och patientomhändertagande i REgional samverkan). En arbetsgrupp bestående av kontaktsjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, läkare och kuratorer bildades. Deltagarna kom från alla fyra landstingen och lokala arbetsgrupper bildades på respektive sjukhus. Med i gruppen fanns också en patientrepresentant och en närståenderepresentant. Man har utifrån nationella mallar tagit fram en modell för ”min vårdplan” och implementerat den i praktisk sjukvård. Detta innebär att kvinnosjukvården har ett redskap att tidigt fånga upp patientens behov och att sätta in stöd för såväl rehabilitering som information. Arbetet har dessutom medfört att ett kontaktnät mellan regionens kontaktsjuksköterskor och rehabiliteringspersonal bildats. I norra regionen arbetar man för att alla patienter med gynekologisk cancer får en namngiven kontaktsjuk-sköterska i samband med diagnosbesked och att man då initierar användandet av ”min vårdplan”.

Uppföljning

Patienterna följs med läkarkontroller via respektive kvinnoklinik på sin hemort och i Umeå via gyn-onkologen. Hur uppföljningsprogrammet ser ut varierar något mellan de olika diagnoserna och anges i respektive vårdprogram. I princip är det kontroller var tredje till fjärde månad de två första åren, därefter varje halvår till femårsläkning. Patienterna följs också av sin kontaktsjuksköterska. Hur denna uppföljning ska se ut finns för närvarande inga riktlinjer för.

Kompetensförsörjning

Finns det någon yrkeskategori eller något steg i vårdkedjan där kompetensförsörjningssituationen är särskilt kritisk

a) idag?

Allmänt: Alla kvinnokliniker arbetar integrerat med både obstetrik, allmän gynekologi och gyn-cancerpatienter vilket gör att uppdraget gyn-cancervård inte är lätt att utskilja från övrig verksamhet. NUS har uppdrag som *regionsjukhus* och sköter behandling av all avancerad gynekologisk cancer, behöver gyn-onkologer, patologer och radiologer med specialkunskap om gynekologisk cancer, vidare subspecialiserade gynekologiska tumörkirurger och ett nära samarbete med kolorektal- och urologiska kirurger med kunskap om den operativa handläggningen av gynekologiska tumörer. Övriga sjukhus sköter utredning och uppföljning och till viss del enklare kirurgiska ingrepp. Sundsvall har också möjlighet att ge vissa strålbehandlingar. Decentraliserade cytostatikaenheter är önskvärda liksom decentraliserade enheter för rehabiliteringsinsatser.

Följande kategorier är i särskilt behov av kompetensförsörjning:

Patologer, gyn-onkologer och tumörkirurger är grupper där kompetens endast finns hos ett fåtal nyckelpersoner och där akut utbildningsbehov föreligger.

Vidare behövs kompetensförsörjning för onkologinriktad läkare på läns- och länsdelssjukhus, kontaktsjuksköterskor, sjuksköterskor på samtliga nivåer (avdelning, mottagning, operation, narkos). Vi saknar också administrativ personal som fyller i kvalitetsregistret.

Samarbete med andra processer bör utvecklas vad avser rehabilitering. Merparten av gynkliniker i regionen har mycket begränsade resurser vad avser dietister, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, lymfterapeuter, stomiterapeuter, psykologer och sexualrådgivare. Landstingen bör därför beakta möjligheten till rehabiliteringsenheter där gyncancerpatienter kan dela resurser med andra diagnosgrupper.

Sammanfattningsvis kan man säga att region norr har samtliga kompetenser som behövs, men bemanningen är inte fulltalig. Vi klara uppdraget tack vare övertid och stora personliga insatser men organisationens stabilitet är mycket skör. Vi har svårt att rekrytera färdigutbildade personer med specialkompetens varför dessa måste utbildas på plats, vilket tar lång tid. Kontinuerlig rekrytering bör ske för samtliga ovan nämnda yrkeskategorier där nyckelpersoner med lång utbildning bör få särskilt fokus.

b) inom 5 år, baserat på dagens åldersstruktur

Patologer, gynonkologer, subspecialiserade tumörkirurger, onkologinriktad läkare på läns- och länsdelssjukhus

RESULTAT I REGIONEN

Följande diagnoser har nationella vårdprogram:

1. Ovarialcancer a) icke-epitelial b) epitelial
2. Corpuscancer
3. Cervix- och vaginalcancer
4. Trofoblastsjukdomar

Ett nationellt vårdprogram för vulvacancer är under utarbetande.

Följande diagnoser har SVF-förlopp:

1. Ovarial cancer (start juni 2016, Fig 1)
2. Corpuscancer (start april 2017, Fig 2)
3. Cervixcancer (start april 2017, Fig 3)
4. Vulvacancer (start januari 2018, inga resultat visas då antal patienter är mycket få)

Regionen har mycket god följsamhet till de nationella vårdprogrammen och till SVF förloppen, även om det i SVF-förloppen finns flaskhalsar som gör att vi inte alltid når målen för ledtiderna.

Fig. 1

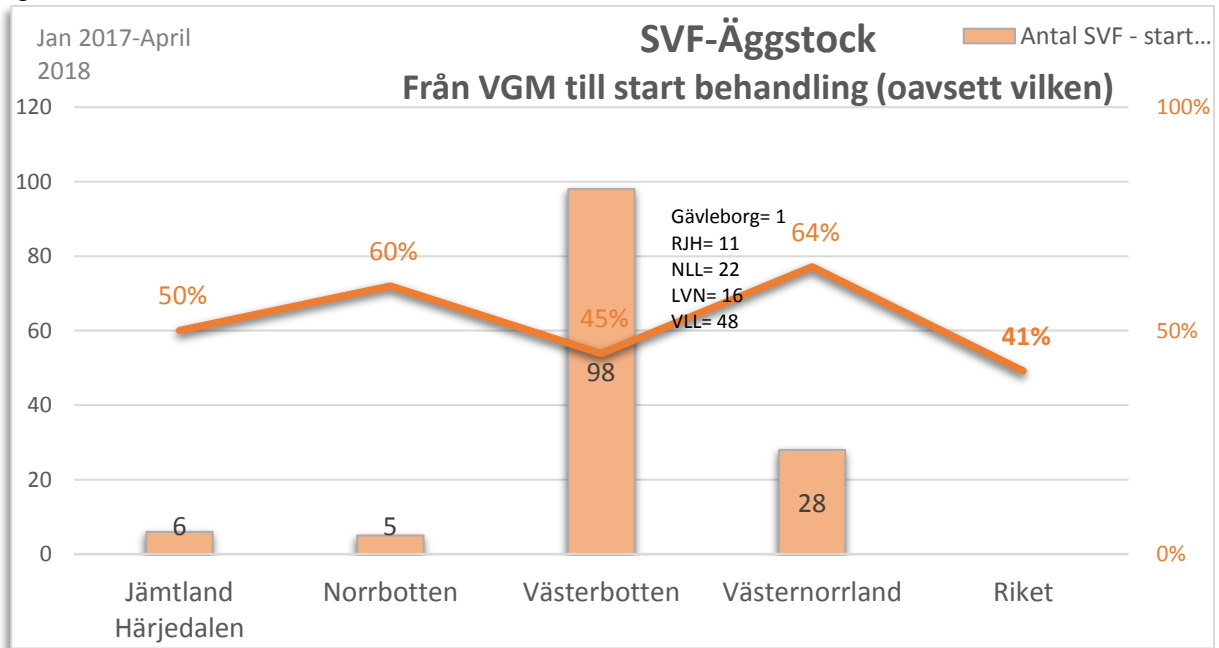


Fig. 2

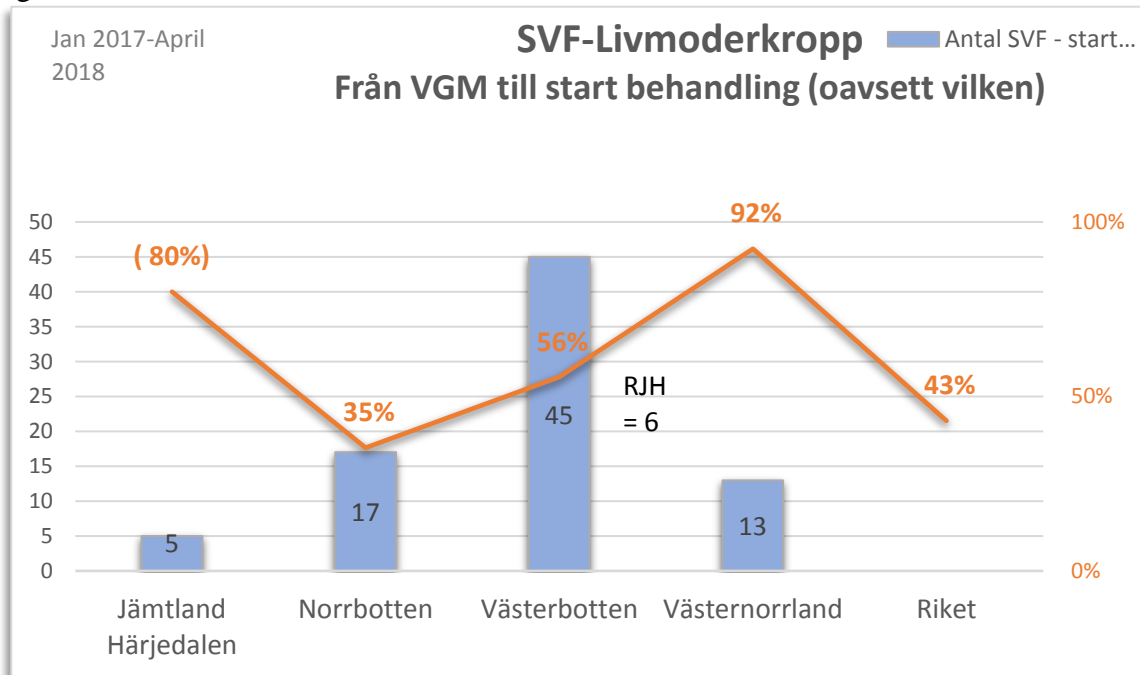


Fig. 3

SVF-Livmoderhals

Oavsett behandling	Antal SVF-start av behandling	Andel i tid
Jämtland-Härjedalen	0	-
Norrbottnen	1	-
Västerbotten	22	23 %
Västernorrland	2	-
Riket	289	9 %

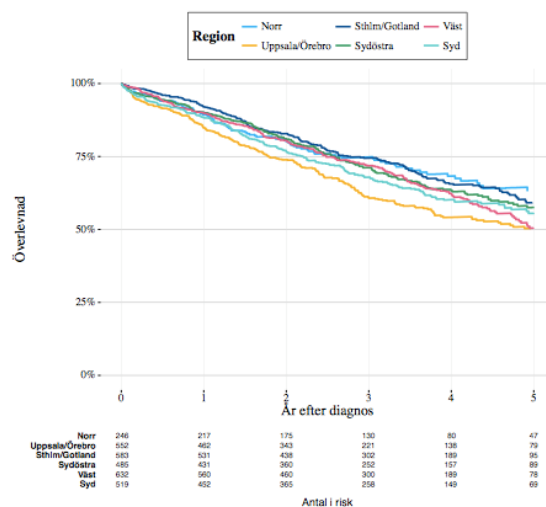
RJH: 1
 NLL: 10
 LVN: 6
 VLL: 5

En nationell kvalitetsregisterrapport för gynekologisk cancer finns att läsa på RCCs hemsida <https://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/>. Det är ett stort bekymmer att redovisa enskilda tabeller och data från dessa eftersom data är mycket ofullständiga och att stora delar av inrapporteringen saknas. Detta gäller framförallt region norr och visar på den resursbrist som finns gällande ifyllande av kvalitetsregister. Vidare speglar rapporten de stora svårigheter att överföra data från gynop-registret till INCA-plattformen, något som gör att alla data uttagna ur INCA måste tolkas med stor försiktighet.

Det mest glädjande resultatet i senaste rapporten är att överlevnaden för ovarialcancer stigit markant jämfört med tidigare rapporter. Även om data är små och inga statistiska signifikanser kan säkerställas så ligger ändå Norra Regionen i topp vad gäller överlevnad!

Fig. 4

2.2.1 Ovarialcancer per region



Figur 2.1: Relativ överlevnad per region (Urval: Diagnosår: 2011-2015 och Ovarialcancer(C56.9))

Bilaga 2 G Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

I tabell 1 nedan redovisas hur nivåstruktureringsprocessen ser ut vad gäller kirurgi i norra regionen. Corpus cancer lågrisk ska enligt vårdprogrammet opereras på hemortssjukhuset vilket återspeglas i statistiken. Man kan också utläsa att enstaka operationer som skulle utförts i Umeå har gjorts på hemorten. Detta har skett efter diskussion på MDK och beror huvudsakligen på brist på operationsresurser på NUS. Något enstaka fall har också varit ”överraskningsdiagnos” eller akut operation där patientens tillstånd krävt omedelbar åtgärd på hemorten.

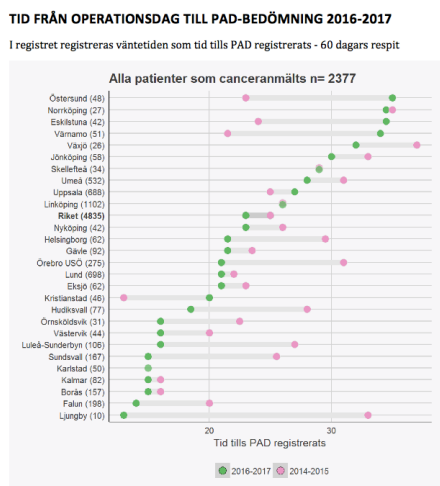
Tabell 1. Antal kvinnor opererade p.g.a. gynekologisk cancer i Norra regionen 2017, med specifikation på sjukhus där operationen utfördes (källa gynop-registret).

	Ovarialcancer	Tubarcancer	Corpus-cancer	Cervix-cancer	Vaginal-cancer	Vulva-cancer	Peritoneal-abdominal-pelvis- eller annan genital-cancer	Totalt
Gällivare	1	0	0	0	0	0	0	1
Luleå-Sunderbyn	1	0	17	1	0	0	0	19
Lycksele	0	0	3	0	0	0	0	3
Skellefteå	2	0	9	0	0	0	0	11
Sundsvall	6	1	20	0	0	0	4	31
Umeå	55	9	49	24	0	2	13	152
Örnsköldsvik	1	0	2	0	0	0	0	3
Östersund	1	0	7	0	0	0	0	8
Total	67	10	107	25	0	2	17	228

Ytterligare en nationell kvalitetsrapport finns från gynoperationsregistret för tumörkirurgi. http://www2.gynop.se/wp-content/uploads/2018/03/GynOp_Arsrapport_TumörOp2017.pdf. Vid tolkning av denna bör man vara medveten om att sjukhus från två av storstadsområdena saknas (Göteborg och Stockholm).

En parameter som är viktig för patienten är tid från operationsdag till PAD-bedömning. Enligt figur 5 kan man utläsa att svarstiderna har minskat något från 2014-15 (rosa markering) till 2016-17 (grön markering). Förbättringen är störst i Västernorrland och Norrbotten medan Västerbotten (majoriteten av alla cancerfall opereras vid NUS) och Östersund fortfarande ligger långt över de i SVF rekommenderade svarstiderna p.g.a. patologbrist.

Fig. 5



NIVÅSTRUKTURERING

I princip har samtliga planerade nivåstruktureringar genomförts för perioden 2016-18. Dock råder det (framförallt sommartid men även ibland under normalproduktionstid) brist på operationsresurser NUS, Umeå, varför vissa kirurgiska ingrepp då utförs i regionen efter beslut på MDK.

Konsekvenser av genomförda nivåstruktureringar

Vulvacancer

I dagsläget finns det inget nationellt vårdprogram för vulvacancer däremot finns SVF-rutiner sedan årsskiftet 2018 och ett nationellt vårdprogram är under utarbetande. All behandling av primär vulvacancer (kirurgi och radioterapi) är från februari 2017 nationellt nivå strukturerat till 4 nationella vårdenheter: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping.

Konsekvenser

Denna omorganisation har inneburit kostnadsökningar då regionvård upphör och ersätts av rikssjukvård. Detta gäller såväl vårdinsatsen som resor och boende. Avståndet och transportmöjligheten till det behandlande centrum har fått konsekvenser för patient och närstående där högre krav på individualiserad reseservice och planering av boende under behandling ställs på varje remitterande landsting/kvinnoklinik.

Kommunikationsvägarna mellan vårdgivare har påverkats från ett etablerat kontaktnät i regionen för samtliga patienter med gyncancerdiagnos till att diagnosgruppen vulvacancer kommer att lyftas ut. Respektive sjukhus som remitterar till behandlande centrum håller ihop vårdprocessen och närvarar på den nationella MDK där beslut tas om vilken behandling som ska ges samt om på vilken ort behandlingen ska ges. Det ställer högre krav på framförallt kontaktsjuksköterskefunktionen så att överlämningen av patienten mellan vårdgivare sker på ett för patienten fördelaktigt sätt.

Kontroller och eftervård sker på patientens hemortssjukhus, med undantag för första kontrollen som sker på det centra som utfört behandlingen. Enstaka patienter i diagnosgruppen kan p.g.a. mycket hög ålder eller påverkat allmänmedicinskt tillstånd inte vara i fysisk kondition att remitteras till ett nationellt center. I dessa fall ges palliativ vård via respektive hemortssjukhus. Vissa patienter har tackat nej till behandling p.g.a. att de inte vill resa till något av de behandlande centren. Särskilda lösningar där man tvingats avvika från gängse rekommendationer har då skapats för dessa patienter. I samband med att behandlingen för patienter med vulvacancer flyttades från regionen försvinner succesivt kompetensen att utföra dessa behandlingar såväl kirurgiskt som strålbehandlingsmässigt. Det är viktigt att tillse att kompetens för att behandla komplikationer efter behandlingar och kompetens för det palliativa skedet finns kvar i patientens närområde. Fortlöpande utbildning i samarbete med det nationella centrum planeras.

Ovarialcancer

Revidering av det nationella vårdprogrammet för ovarialcancer gjordes 2015 och en ny revidering pågår och beräknas vara klar hösten 2018. Standardiserat vårdförlopp är infört sedan hösten 2016. I en utredning av huruvida ovarialcancer ska genomgå nationell nivåstrukturering föreslogs att all kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer föreslogs utföras vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion med utvärdering efter två år för ställningstagande till behov av ytterligare

koncentration. I norra regionen är all kurativt syftande ovarialcancerkirurgi centraliserad till NUS, Umeå.

Konsekvenser

En ökning av antalet fall misstänkta ovarialcancerfall har behandlats på NUS utan att operationsresurser tillskjutits utan snarare minskat. Detta har lett till en utträngningseffekt för samtliga diagnoser som inte haft malign valör. Trots detta har NUS inte kunnat erbjuda samtliga misstänkta ovarialcancerfall en operationstid inom rimlig tid utan man har framförallt sommartid fått utföra vissa operationer i respektive hemlandsting. Ändå har man 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, framförallt tillgänglig salstid på operationsavdelningen, men även på sikt utbildning av fler subspecialiserade tumörkirurger.

Corpuscancer

Revideringen av det nationella vårdprogrammet för corpuscancer trädde i kraft 2017 då också SVF förlopp infördes. Vid diagnos görs en preoperativ riskindelning gällande stadium (I-IV) samt att de fall som klassas som stadium I ytterligare indelas i en hög- respektive lågrisk grupp. Patienter i högriskgruppen genomgår en mer komplicerad operation med lymfkörtelutrymning medan patienterna i lågriskgruppen genomgår enklare kirurgi. Högriskfallen genomgår robotassisterad kirurgi förutsatt att det inte finns några patientspecifika kontraindikationer. Ett fåtal av dessa operationer utförs i Sundsvall, då med öppen operationsteknik. Patienter i stadium I, lågrisk, opereras av samtliga landsting i regionen.

Konsekvenser

Operationer i högriskgruppen har centraliserats till Umeå. De patienter som är i behov av adjuvant strålbehandling har kunnat minskas något i antal.

Cervixcancer

Ett nytt nationellt vårdprogram för cervixcancer samt ett SVF-förlopp antogs 2017. All behandling av primär cervixcancer (kirurgi och radioterapi) är centraliserad till Umeå. Alla patienter som opereras genomgår robotassisterad kirurgi förutsatt att det inte finns några patientspecifika kontraindikationer. Det pågår en expertutredning som behandlar huruvida cervixcancer ska bli föremål för ytterligare nationell nivåstrukturerings. Vilka konsekvenser detta får för regionen är inte klart i dagsläget.

FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR

a) Områden med tydlig förbättringspotential

Förbättra täckningsgraden i kvalitetsregistren.

Två kvalitetsplattformar finns. Dels gyn-operationsregistret där samtliga gynekologiska operationer registreras, dels INCA-plattformen där respektive gyncancer diagnos (ovarialcancer inklusive peritonealcancer och tubarcancer), corpuscancer, cervixcancer och vulvacancer) registreras. INCA-plattformen följer patienten genom cancerförloppet via fem blanketter: 1) registrering 2) kirurgisk behandling 3) avslutad behandling 4) återbehandling 5) uppföljning.

I den nationella kvalitetsrapporten från Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer (SQRGC) <https://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/> kan man utläsa att region norr har god täckningsgrad på blankett 1. Vi vet också att vi har god täckningsgrad på blankett 2 då dessa data överförs direkt från gyn-op. Dock har man under många år brottats med tekniska överföringssvårigheter, ett arbete med detta fortgår på nationell nivå. Vad blankett 3,4 och 5 beträffar är täckningsgraden för norra regionen undermålig. Därför föreslås omfattande insatser för att förbättra detta. Detta kräver organisatoriska insatser som berör hela regionen men framförallt cancercentrum NUS.

Förbättra SVF ledtider

Två specifika ledtider har visat sig vara sk flaskhalsar varför vi bör sätta särskilt fokus på dessa:

- 1.Svarstid från operation till svar från patologen (vg se Fig 5 under kapitel resultat)
2. Tid från MDK till operation (eg operationstillgänglighet)

b) Kompetensförstärkande åtgärder

Task-shifting kontaktsjuksköterska – koordinator

Koordinatorer för SVF-förloppen bör anställas och tjänster inrättas på samtliga länsjukhus (Umeå, Östersund, Sunderbyn). Sundsvall har redan en anställd och det har visat sig att denna funktion kan avlasta kontaktsjuksköterskan vad gäller många administrativa uppgifter tex att kontrollera att alla svar finns tillgängliga inför MDK så att beslut kan tas, ordna med praktiska saker så som resebokningar och boende för såväl patient som närstående till nationellt center (vid vulvacancer) eller till Umeå (vid övriga cancrar förutom lågrisk corpuscancer som ej behöver behandlas regionalt) samt att fylla i kvalitetsregister.

Diagnosöverskridande tjänster

Decentraliserade cytostatikaenheter är önskvärda, liksom enheter för rehabiliteringsinsatser (vg se diskussion under kompetensförstärkning)

Utbildning av nyckelpersoner med specifik kompetens:

Patologer, gyn-onkologer, tumörkirurger är de tre grupper där kompetens endast finns hos ett fåtal nyckelpersoner och akut utbildningsbehov föreligger.

c) Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Är det ur ett patientperspektiv en fördel med ytterligare koncentring av någon del av vårdkedjan?

i) utredning/diagnostik?

Huvuddelen av utredning och diagnostik sker idag via hemortssjukhuset. Detta är en organisation som gagnar patienten. Möjligen kan man tänka sig att på vissa sjukhus i regionen ha utredningsspår för oklara buktumörer då dessa patienter kan hamna mellan olika klinikers SVF-förlopp. Vidare kommer sannolikt behovet av PET-CT att fortsätta öka varför ytterligare investeringar för detta kan behövas i regionen.

ii) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling?

Under många år har en kraftig centralisering av kirurgisk behandling skett. Det finns skäl att överväga att ytterligare koncentring inte gangnar patienten. Stora enheter behövs för avancerade ingrepp medan mindre avancerade ingrepp inte behöver utföras av subspecialister. Det är brist på operationsresurser på de stora sjukhusen och man måste beakta att väntetid också är en kvalitetsfaktor att ta hänsyn till. Enklare fall bör kunna operera på hemsjukhuset efter bedömning på MDK.

Undanträngningseffekter och ökade väntetider för andra diagnosgrupper är en konsekvens av krympande operationsresurser i kombination med ökande avancerad kirurgi. Det krävs ökade resurser för att motverka detta. Vidare bör landstingen i norr öka samarbeten vad gäller benign kirurgi och överväga möjligheten att skapa landstingsöverbyggande samarbete för att frigöra resurser på NUS och samtidigt behålla kirurgisk kompetens på det lokala sjukhuset.

Behov av onkologisk behandling bör alltid bedömas av en gynekolog medan administrationen kan ske lokalt. Dock bör det finnas utbildade läkare lokalt vad beträffar komplikationer och biverkningar till behandlingar, något som måste stärkas i regionen.

iii) cancerrehabiliterande åtgärder?

Fortsatt utveckling av den regionala rehabiliterings MDKn är av stort värde. När denna är väl etablerad bör man för mycket högspecialiserade fall också utveckla en nationell rehabiliterings MDK för maximal samordning av resurser.

Är det ur ett patientperspektiv en fördel med ökad decentralisering av någon del i vårdkedjan?

i) utredning/diagnostik?

Man bör eftersträva att utredning och diagnostik ska lokaliseras så nära patienten som möjligt. Idag sker all diagnostik lokalt förutom PET-CT vilket är bra ur ett patientperspektiv.

ii) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling?

Man bör eftersträva att utveckla de onkologiska behandlingsenheterna på respektive länssjukhus. Detta borde kunna samordnas mer mellan olika diagnosgrupper. Utbildning och rekrytering av onkologisk inriktad läkare lokalt behövs.

iii) cancerrehabiliterande åtgärder?

Ja, man bör eftersträva att utveckla rehabiliteringsenheter på lokala sjukhus. Detta borde kunna samordnas mer mellan olika diagnosgrupper. Merparten av gynkliniker i regionen har mycket begränsade resurser vad avser dietister, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, lymfterapeuter, stomiterapeuter, psykologer och sexualrådgivare. Landstingen bör därför beakta möjligheten till rehabiliteringsenheter där gyncancerpatienter kan dela resurser med andra diagnosgrupper.

Förändringar inom nivåstrukturering de närmaste 5 åren:

Utveckling av lokala cytostatikaenheter med förhöjd läkarkompetens. Utveckling av lokala diagnosöverskridande rehabiliteringsteam med virtuellt kompetensstöd. Fortsatt centralisering av avancerad kirurgi. Enklare fall bör kunna opereras på hemorten efter bedömning på MDK.

Vissa fall av cervixcancer där fertiliteten kan bevaras (sk tricilectomi) kan bli föremål för nationell nivåstrukturering. Vi avvaktar expertgruppens utlåtande som beräknas komma hösten 2018. Vissa fall av lågmalign ovarialcancer där cellgiftsbehandling är verkningslös och kirurgisk extensiv peritonealstripping (borttagning av all bukhinna) kan vara aktuell kan bli föremål för nationell nivåstrukturering.

KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER

Tabell 2. Sammanfattning av målnivåer för gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen.

Mål	Nuläge*	Målnivå	Tidpunkt för mål-uppfyllelse	Uppföljning
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterskan administrativt	Endast en koordinator finns anställd i regionen (Sundsvall)	En koordinator bör finnas på vardera länssjukhus samt två på NUS	2019	Intervju med resp VC
Öka antal remisser till bäckenrehab MDK	2 st	10 st	2020	Mätning antal remisser
Tid från operationsdag till PAD bedömning	8-35 dagar stora skillnader i regionen vg se fig5	15 dagar	2021	Gyn-op registret
SVF ovarial VGM-start av behandling	45-64 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik
SVF corpus VGM-start av behandling	35-92 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik
SVF cervix VGM-start av behandling	23 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik

SWOT-ANALYS

Tabell 3. SWOT-analys för gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterskan administrativt	Frigöra tid för kontaktsjuksköterskan som kan användas till direkt patient/närstående kontakt	Rekrytering av lämplig personal	Samarbete mellan kliniker /läns enheter	ekonomi
Öka antal remisser till bäckenrehab MDK	Hitta vägar för att lösa svåra situationer för patienten	Avsätta tid för specialkompetenser samtidigt	Virtuellt multidisciplinärt problemlösande för patienten	Komplicerad logistik att samla rätt kompetens
Tid från operationsdag till PAD bedömning	Minskade väntetider, snabbare start av adjuvant behandling	Brist på gynpatologer	Bättre prognos för patienten	Rekryterings-svårigheter av patologer
SVF ovarial VGM-start av behandling	Minskade väntetider	Brist på op-resureser	Rekrytering av tumörkirurger	Undanträngningseffekt av andra grupper
SVF corpus VGM-start av behandling	Minskade väntetider	Brist på op-resureser	Rekrytering av tumörkirurger	Undanträngningseffekt av andra grupper
SVF cervix VGM-start av behandling	Minskade väntetider	Brist på op-resureser / strålbehandlings resurser	Rekrytering av tumörkirurger/gyn-onkologer	Undanträngningseffekt av andra grupper