

UNDERLAG TILL REGIONAL CANCERPLAN FÖR *HJÄRNTUMÖRER* I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN 2019–2021

BAKGRUND

I Sverige drabbas ungefär 1 400 personer varje år av en tumör som uppstår i hjärna eller ryggmärg. Hjärntumörer delas in i ett antal olika undergrupper, där den vanligaste typen är gliom, som utgör ungefär hälften av alla hjärntumörer hos vuxna. Gliom klassas som låg- eller högmaligna och delas in i ytterligare undergrupper baserade på histopatologiska fynd och molekylära markörer. Intraspinala gliom är ovanliga och omfattar ca 0,8 procent av alla gliom. Patientens prognos beror bland annat på om tumören är låg- eller högmalign och vilken undergrupp tumören tillhör.

I norra sjukvårdsregionen får årligen ett 50-tal patienter diagnosen gliom. Cirka 50 tumörer per år handläggs primärt med något neurokirurgiskt ingrepp, utifrån aktuellt nationellt vårdprogram. Till det kommer ett antal redan kända gliompatienter som blir aktuella för reoperation

Gliom drabbar individer i alla åldrar men de flesta som drabbas av högmalignt gliom är över 50 år och vanligast är att drabbas mellan 55–75 års ålder. Lågmaligna gliom drabbar generellt yngre och ungefär hälften av alla personer med lågmalignt gliom insjuknar innan 40 års ålder. Orsaken till att drabbas av gliom är till den största delen okänd. I ungefär 5 % av alla gliom finns fler än ett fall av gliom inom samma familj. Det finns kända mutationer som predisponerar för gliom, men den enda kända externa riskfaktorn för gliom är joniserande strålning.

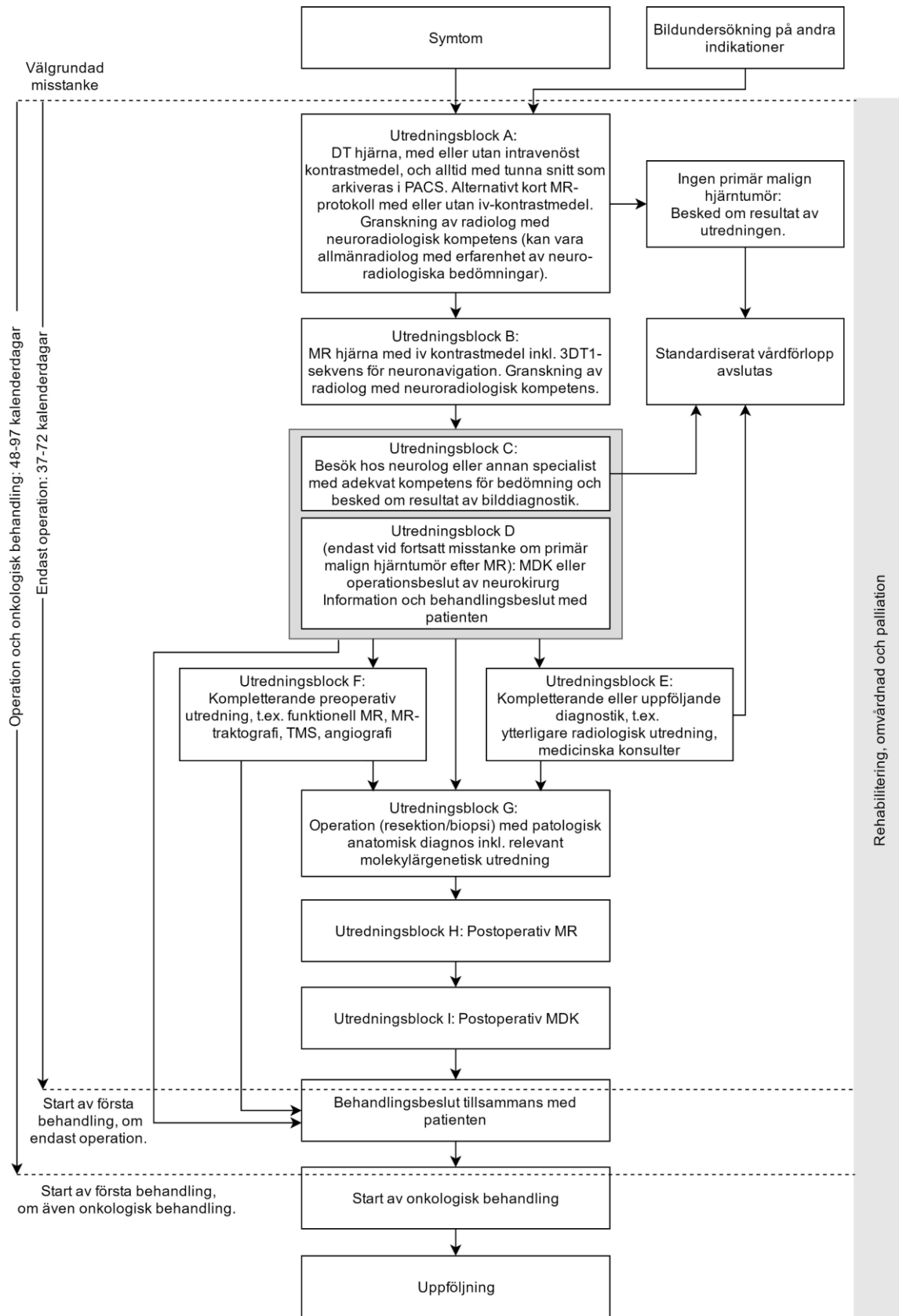
Det nationella vårdprogrammet för tumörer i hjärna och ryggmärg, fastställt 2018-05-07, är reviderat och beskriver handhavandet av patienter med den vanligaste typen av elakartade tumörer i centrala nervsystemet. ([Länk](#) till vårdprogrammet.)

De vanligast förekommande symtomen vid hjärntumör är epileptiskt anfall, fokala bortfallssymtom eller mer diffusa psykiska och/eller tankemässiga symtom. Huvudvärk är vanligt vid hjärntumör, men förekommer sällan ensamt som debutsymtom.

För patienter med välgrundad misstanke om hjärntumör finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) framtaget, gällande från och med år 2016. Syftet med SVF är att patienter med välgrundad misstanke om cancer ska få en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet de söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. ([Länk](#) till SVF.)

Bilaga 2 H Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Flödesschema för vårdförloppet ur Gällande vårdförlopp maligna hjärntumörer
Fastställt av SKLs beslutsgrupp 2017-04-27 ([länk](#))



Primär handläggning och neurokirurgisk handläggning

Högmaligna gliom (WHO III-IV)

Då välgrundad misstanke om högmalignt gliom (WHO IV) uppstått är det lämpligt att patienten informeras om detta av den läkare/klinik som beställt undersökningen.

Informationen bör innehålla följande uppgifter:

- Att det finns en misstanke om primär malign hjärntumör.
- Att MR-diagnosen är preliminär och endast kan definitivt bekräftas av PAD.
- Att patienten remitteras för neurokirurgisk åtgärd och inom de närmaste veckorna kommer att kallas direkt till neurokirurgens avdelning för inläggning och åtgärd.

Förhandsbesked om kirurgisk strategi (biopsi eller resektion) eller risker med planerat kirurgiskt ingrepp bör inte lämnas vid det aktuella samtalet om detta inte föregåtts av kontakt med ansvarig neurokirurg. För ev. läkemedelsbehandling eller kompletterande utredning innan kirurgi, se det nationella vårdprogrammet.

Vid neurokirurgiska kliniken, dit patienten bör kallas inom 2-3 veckor, genomförs ofta en kompletterande MR-undersökning inför ingreppet. Patienten informeras även mer utförligt av ansvarig neurokirurg om det planerade ingreppet och risker och möjligheter med detsamma. Målet med den primära neurokirurgiska behandlingen är kirurgisk resektion till funktionell gräns alternativt biopsi för vävnadsdiagnostik. Patienten opereras normalt dagen efter inskrivning.

Lågmaligna gliom (WHO I-II) och meningiom

Även då MR ingivit misstanke om lågmalignt gliom eller meningiom är det lämpligt att läkare vid den klinik som beställt undersökningen informerar patienten om fyndet, att MR-diagnosen är preliminär och att remiss skrives till neurokirurgen.

Patienten kommer därefter att kallas till ett mottagningsbesök hos ansvarig neurokirurg inom 6 veckor. Om primär kirurgisk resektion då bedöms möjligt/lämpligt planeras för det. En initial 3-månaderskontroll med MR/MR-spektroskopi görs ofta för att få en uppfattning om tumörens tillväxttakt och ytterligare ringa in den preliminära diagnosen. Undersökning med funktionell magnetkamerateknik för bedömning av hur funktionsbärande områden är placerade i förhållande till tumören kan vara av värde. Ligger denna känsligt placerad i förhållande till framför allt tal och/eller motorisk funktion kan operation med särskild övervakning av funktion övervägas. Detta kan ske med patienten i full narkos eller vaken beroende på omständigheterna i det enskilda fallet.

Bedöms kirurgisk resektion olämplig eller förenad med stora risker övervägs istället biopsi för vävnadsdiagnos. Ytterligare en möjlighet är att följa förändringar, särskilt om dessa ter sig stabila och oklara till sin natur konservativt med kontroller över tid. Detta är även vanligt vid mindre meningiom som inte uppvisar nämnvärd tillväxt över tid.

En stor del av den primära vården är således centraliserad till NUS, där all kirurgi och nästan all strålbehandling utförs. Strålbehandling kan även ges i Sundsvall efter gemensam bedömning, men det är mindre vanligt för den aktuella patientgruppen. En del av cytostatikabehandlingen kan delegeras ut till och administreras via hemortssjukhuset. Rehabilitering och vård efter given behandling sker i så stor utsträckning som möjligt på hemortssjukhuset och inom primärvården. Information till inremitterande/tilltänkt övertagande klinik, s.k. aktiva överlämningar, är en viktig del för att vårdkedjan ska fungera optimalt.

FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR

Kompetensförsörjning - Neuropatologi i norra regionen

Inom neuropatologi i Norra regionen beskrivs en nödvändighet av snabba åtgärder för att organisera molekylärpatologin så att den kan producera svar i den takt remitterande kliniker behöver dem. Detta medför behov av såväl bioinformatiker, molekylärbiologer som biomedicinska analytiker för utveckling och produktion. Ett förnyat klassifikationssystem är publicerat och bygger på molekylärgenetiska förändringar i tumören som är vägledande både i behandlingsval samt vad gäller prognostisering i sjukdomen hos enskilda patienter.

Under den senaste 2-årsperioden har det enbart funnits en neuropatolog i tjänst. Vid dennes semester och ledighet har prover skickats till Akademiska sjukhuset i Uppsala. Ingen allmänpatolog har under dessa år ansetts sig kompetent nog att besvara fryssnitt i neuropatologens frånvaro. De som enligt tidigare skrivelse gjorde det har antingen flyttat eller avlidit. Således är vi för dagen i en värre situation än när förra cancerplanen togs.

Det finns dock ljuspunkter, en ST-läkare med intresse för neuropatologi är i början av sin utbildning (som dock förskjutits något pga. graviditet) och en patolog med utbildning i annat EU-land har anställts och genomgår för närvarande utbildning i svenska. Denne har förutom allmänpatologisk kompetens även kompetent inom neurodegeneration. En AT-läkare på NUS med doktorsexamen i muskelanatomi har också uttryckt intresse för ST-block inom klinisk patologi.

På sikt kan det sålunda bli ett bra team som hanterar neuropatologiska frågeställningar men då endast den enda erfarna specialisten kan svara för utbildningen kommer belastningen på honom i närtid att öka. För att minimera den tid det kommer att ta för främst den nye specialisten och ST-läkaren att nå kompetens att handlägga tumörfall inklusive fryssnittsdiagnostik är det essentiellt att de skyndsamt kan gå de kurser som anses nödvändiga.

Det råder en stor brist även på BMA (biomedicinsk analytiker). För närvarande försöker de BMA som finns, att täcka upp genom att arbeta extra och gemensamt lösa samtliga arbetsuppgifter, något som på sikt ej är möjligt utan personalförstärkning. På grund av den ansträngda situationen på BMA-sidan finns bara möjlighet för BMA att ta hand om inlämnat provmaterial avseende tumörer inom neuro-området på tisdagar och torsdagar. Detta leder till att analysen av omhändertaget tumörmaterial från patienter opererade på torsdagar (och ibland onsdagar) först påbörjas nästkommande tisdag, vilket leder till en tidsförlust på nästan en vecka. Detta förutsätter att ansvarig patolog finns tillgänglig dessa bestämda dagar, något som pga. bristen på patologer inte alltid kan garanteras. Här har utbildning av BMA påbörjats så att en stor del av materialet skulle kunna hanteras direkt av BMA och således skulle väntetiderna kunna minimeras.

Enligt det senaste nationella vårdprogrammet skall slutgiltigt PAD-svar finnas senast inom tre veckor efter operation och då ska det även vara möjligt att utföra molekylär diagnostik under den tiden. För att det ska kunna vara möjligt på NUS behövs omorganisation gällande omhändertagandet av preparat. Även de för svaren nödvändiga molekylärpatologiska undersökningarna påbörjas enbart på måndagar. Här pågår det diskussioner med ledningen för

Bilaga 2 H Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

klinisk genetiska laboratoriet om att övergå till analyser 2 gånger i veckan, vilket gällande standardiserade vårdförlopp förutsätter är möjligt

Det finns molekylärbiologer att anställa vilket kan lösa en del av den brist som råder på BMA. Gällande antalet patologer så ser det ut att kunna bli bättre på några års sikt. För närvarande anställs två ST-läkare per år inom patologin. Utökningen är en utmaning men helt nödvändig.

För att neuropatologin ska kunna uppfylla framtidens krav så behövs förstärkning och omfördelning av arbetsuppgifter. Med en relativt kort utbildning skulle ex BMA kunna sköta en stor del av utskärningarna som sköts av läkare nu. Dessa torde då kunna ske dagligen och en stor tidsvinst för patienten erhållas. Det pågår diskussion på patologen om hur man kan förändra organisationen och om fördelning av arbetsuppgifter kan lösa en del av problemet. Då skulle den BMA som tar emot preparatet i formalin även sköta utskärningen direkt. Neuropatolog skär nu bara ut två dagar i veckan (formalinfixerade preparat). Noterbart är dock att fryssnitt tas om hand direkt oavsett veckodag. Preliminärsvar på analyser borde kunna finnas inom tre dygn (helg oräknat) och det svaret är i de flesta fall tillräckligt för fortsatt kirurgisk och onkologisk planering. Det innebär att om patienten opereras på tisdag (preparatet kommer till patologilab onsdag) så finns vanligtvis ett preliminärt svar på fredag samma vecka.

När det inte finns neuropatolog tillgänglig i regionen, exempelvis semestertid, kan preparat skickas för analys till Uppsala. Det har dock tagit längre tid, minst cirka tre veckor och ofta mer än en månad. Teknik som kan användas är att inskannade preparat skickas till annat labb för analys vilket är en tänkbar lösning när patolog inte finns tillgänglig men i dagsläget går det bara att få slutgiltigt svar, inte fryssnittsvar då scanningen idag tar för lång tid.

En teknisk lösning som bör ses över är att på NUS få in svar direkt i aktuellt journalsystem, vilket för närvarande är NCS Cross. I dagsläget skrivs svar ut på laboratoriemedicin för att skickas internt till mottagande klinik för att där scannas in i NCS Cross, en procedur som ofta tar 3 dygn! Antingen bör det gå att göra så att svar kommer direkt in i systemet eller att det finns ett uthopp till patologisvar. Det skulle kunna förkorta den administrativa tiden det innebär att föra över svar på papper.

Multidisciplinär konferens (MDK)

Efter kirurgiskt ingrepp diskuteras patienter med primära maligna hjärntumörer på multidisciplinär konferens (MDK) i enlighet med regionala rutiner, gällande vårdprogram och SVF samt under sjukdomsförloppet där behovet av en multidisciplinär diskussion eller bedömning uppstår.

Regionala rutiner har arbetats fram och successiva förbättringar har skett. Fortsatt utveckling av detta planeras och omfattar att alla länssjukhus ska delta vid MDK enligt överenskomna rutiner. Kontinuerlig utvärdering av följsamhet till överenskomna rutiner möjliggör uppföljning av detta mål.

Inrapportering i kvalitetsregister

Idag sker rapportering till CNS-registret vilket är ett dynamiskt register där rapport ska ske vid ny händelse. Anmälan ska även fyllas i vid radiologiskt diagnosticerad tumör. Kirurgiblanketten fylls i efter varje utförd operation, alla ingrepp som syftar till behandling eller är en påföljd av patientens tumör skall registreras. Det postoperativa förloppet fylls i för opererade patienter syftande till att ge en bild av hur patienten mår vid dag 30 efter operationen. Den icke-kirurgiska behandlingen ska fyllas i vid händelse, till exempel förnyad behandling eller processbedömning, för patienten under den tid som patienten följs. Det fanns tidigare 4 blanketter för kvalitetsregistret för hjärntumörer som fylldes i vid olika tidpunkter under ett sjukdomsförlopp; Anmälan, Kirurgi, Postoperativt förlopp och Icke-kirurgisk behandling.

Täckningsgrader för anmälningsblanketten för 2016 och första halvåret 2017 låg över målet på 95% inrapporterade, 97,7% och 100% respektive. Andra halvåret 2017 sjönk täckningsgraden till 82,5%, något som förklaras av dels brist på tid för inrapportering då ansvaret för rapportering ligger på neurokirurgerna och dels på att låggradiga tumörer räknats in där det tagit längre tid innan registrering varit genomförbar. En konkret åtgärd för att förbättra möjligheterna till inrapportering i tid och för att avlasta reda hårt belastade yrkeskategorier är att en kontaktsjuksköterska anställs på Neurokirurgen, Nus, som skulle kunna ansvara för detta.

	Täckningsgrad			Antal förväntade			Antal saknade		
	jan-jun		jul-dec	jan-jun		jul-dec	jan-jun		jul-dec
	2016	2017	2017	2016	2017	2017	2016	2017	2017
Region									
Norra	97.9	100	82.5	97	49	40	2	0	7
Län									
Västernorrland				0	0	0	0	0	0
Jämtland				0	0	0	0	0	0
Västerbotten	97.7	100	82.5	86	47	40	2	0	7
Norrbottnen				0	0	0	0	0	0
Sjukhus/Klinik									
Utomlän/Utomlän	100.0	100		11	2	0	0	0	0
NUS Umeå/Ortopedi	100.0			1	0	0	0	0	0
NUS Umeå/Neurokirurgi	98.8	100	84.6	84	47	39	1	0	6
NUS Umeå/Internmedicin	0.0			1	0	0	1	0	0
NUS Umeå/ÖNH			0.0	0	0	1	0	0	1

Tabell:1 Hjärntumörer: täckningsgrader anmälningsblanketten. Ur Regional uppföljning 2016–2018.

Kontaktsjuksköterskor

Kontaktsjuksköterskan är en viktig del av det multiprofessionella teamet med en central roll, ett tydligt och definierat ansvar, uppdrag och koordinerande funktion inom och mellan respektive verksamhet. Att kontaktsjuksköterskans uppdrag utgår ifrån den nationella uppdraget och att patienter med hjärntumör erbjuds tillgång till och kontakt med en namngiven kontaktsjuksköterska är en grundförutsättning för att funktionen ska uppfylla sitt syfte. Syftet är att patienter och närstående ska uppleva delaktighet, trygghet och förståelse under sjukdomsförloppet och i samband med cancerrehabilitering för att säkerställa att patienter och närstående får tillgång till resurser och stöd som behövs.

I cancerplanen för 2016–18 formulerades dels en målsättning att bemanning av funktionen ska finnas på samtliga länssjukhus och relevanta specialistkliniker och dels en målsättning kring bildande av ett nätverk i Norra sjukvårdsregionen för kontaktsjuksköterskor för patienter med hjärntumörer.

I nuläget ser vi att det finns kontaktsjuksköterskor på nästan alla länssjukhus/relevanta specialistkliniker. Rekrytering av en kontaktsjuksköterska på NKK, NUS, pågår. Förhoppningen är att vakanta tjänster i regionen ska tillsättas inom kort, och att arbetet med nätverksbildande, dokumentation, aktiva överlämningar, Min vårdplan och strukturerade behovsbedömningar ur cancerrehabiliteringsperspektivet ska fortgå. Särskilt viktigt för denna diagnosgrupp är att kommunikationen inom regionen är välfungerande och det förutsätts att det finns kontaktsjuksköterskor.

Cancerrehabilitering

Rehabilitering efterfrågas av både patienter och anhöriga. De specifika rehabiliteringsbehov som finns för patienter med hjärntumörer ska styras av vilka specifika symtom patienten har till följd av sin sjukdom. Det är ofta en kaosartad tillvaro för patientgruppen, inte minst under den tidiga delen av sjukdomen då neurologiska symtom uppkommer och innan det finns någon diagnos. Utöver de symtom som kommer att präglade sjukdomen så kommer med stor sannolikhet även tiden efter diagnos och behandling att vara omtumlande. Det är viktigt att ta i beaktande att varierande sjukdomsförlopp kräver individuell bedömning, handläggning och individanpassad rehabilitering.

Beroende på att spektrumet av symtom är så brett och de identifierade rehabiliteringsbehovens komplexitet är det viktigt att det finns tillgång till olika rehabiliteringsinsatser där, utöver kirurg-, medicinsk- och omvårdnadsspecialister, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, dietist, psykolog och neuropsykolog finns att tillgå. Det är dock viktigt för patienter med hjärntumör och tumörer i ryggmärg att strukturerade behovsbedömningar gällande cancerrehabilitering sker tidigt i förloppet, och att dessa utvärderas och uppdateras regelbundet.

Enligt vårdprogrammet för Cancerrehabilitering ska samtliga patienter regelbundet och strukturerat bedömas med avseende på rehabiliteringsbehov (fysiska, psykiska, sociala och existentiella). Detta är en del i den grundläggande cancerrehabiliteringen. Att göra strukturerade och återkommande bedömningar har en central roll i rehabiliteringsprocessen och är en förutsättning för att kunna planera och utföra åtgärder på rätt vårdnivå.

De grundläggande rehabiliteringsbehoven tillgodoses av sjukvårdsteamet, där kontaktsjuksköterska/sjuksköterska på den vårdande enheten, tillsammans med patienten och närstående, identifierar och bedömer rehabiliteringsbehov, sätter in åtgärder och följer upp behov

Bilaga 2 H Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

på grundläggande nivå och/eller med stöd av olika kompetenser för att möta behov på särskild nivå. Det är av största vikt att patienter som har särskilda och avancerade behov som bedöms behöva intensifierade och specialiserade rehabiliteringsinsatser remitteras vidare för utredning och åtgärder. Individuella bedömningar på avancerad nivå bör enligt vårdprogrammet för cancerrehabilitering göras av rätt yrkeskategori, men inom många områden och kliniker är resurserna för att göra detta otillräckliga. I och med detta är det av särskild vikt att överlämningar/översäkringarna mellan sjukvårdsinstanser sker på ett strukturerat sätt för att säkra informationsöverföringen.

Standardiserat vårdförlopp (SVF)

Införandet av standardiserat vårdförlopp i Norra sjukvårdsregionen har visats sig vara en utmaning ur olika perspektiv. Det som dock framträder som särskilt problematiskt är märkning av remisser samt kodning. Det visar sig tydligt i dels datauttag från kvalitetsregistret och dels i datauttag från den nationella väntetidsdatabasen.

Siffror från 2017 visar att 17 % av patienter med hjärntumörer hade kodats som SVF-patienter, och av dessa klarade enbart 27% SVF-ledtiden från välgrundad misstanke (VGM) till första behandling. Tabellen nedan visas en jämförelse mellan regioner/landsting i norra sjukvårdsregion samt riket. Data har inte kvalitetsgranskats, utan det som redovisas i tabellen är det som inrapporterats till den nationella databasen från respektive landsting/region.

Landsting/Region	Antal SVF total	Andel i tid	Antal i tid	Antal SVF - start av behandling	Antal SVF - annat avslut	Andel SVF - annat avslut	Antal SVF - avslut ej cancer	Andel SVF - avslut ej cancer	Beslut->Start behandling (dgr) - min	Beslut->Start behandling (dgr) - medel	Beslut->Start behandling (dgr)-median	Beslut->Start behandling (dgr) - max
Jämtland Härjedalen	35	14%	2	14	3	9%	18	51%	2	40	29	167
Norrbottnen	2	0%	0	1	0	0%	1	50%	80	80	80	80
Västerbotten	23	58%	7	12	9	39%	2	9%	13	41	45	62
Västernorrland	5	-	0	0	5	100%	0	0%	-	-	-	-
Total norra regionen	65	33%	9	27	17	26%	21	32%	2	42	42	167
Riket	1 358	49%	302	618	280	21%	460	34%	0	51	46	314

Tabell 2. SVF: Hjärntumörer maligna RCC: RCC Norr 2017-01 - 2018-08

För att uppnå de nationella målen för SVF att 70% av nya cancerfall inom aktuell diagnos utreds inom SVF och att 80% av dessa patienter går igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser kommer det att krävas utbildningsinsatser gällande kodning samt hålla diskussioner kring och överenskommer mellan olika instanser kring arbetssätt och rutiner.

Intraoperativ-MR

Radikalitetsbedömning vid operation av hjärntumörer är beroende av grov klinisk bedömning. Vid andra specialistkliniker i Sverige och världen förekommer rutinen att använda sig av intraoperativ-MR då det kan ge säkrare objektiv bedömning av radikalitet under pågående kirurgisk ingrepp. Detta i sin tur ökar säkerheten för patienten samt minskar risken för reoperation.

I första hand bör en kartläggning av behov och förutsättningar i norra regionen för införande av per-operativ MR ske.

NIVÅSTRUKTURERING

I enlighet med diskussioner på alla nivåer, finns det en konsensus att det skulle ur ett patientperspektiv inte vara av någon fördel med ytterligare centralisering av utredning/diagnostik, kirurgisk/medicinsk eller onkologisk behandling eller cancer rehabiliterande åtgärder. Det är snarare så att för denna patientgrupp är det av vikt att nuvarande nivåstrukturering stärks.

Det pågår ett nationellt centraliseringsarbete inom området hjärn- och ryggmärgstumörer (nivåstrukturering). En sakkunniggrupp är tillsatt och utlåtandet ska vara inskickat under november 2018.

Inom regionen finns ett behov av att decentralisera delar av den onkologiska behandlingen och även i viss mån uppföljningen. Dels för att främja patienternas möjlighet och tillgång till likvärdig och jämställd vård och dels för att åstadkomma besparingar ur till exempel tidsmässiga och ekonomiska perspektiv för både patienter och vården. Att inte behöva åka långa avstånd för att få behandling har stora fördelar ur ett patientperspektiv.

Det finns goda exempel på framgångsrikt decentraliseringsarbete i t.ex. Västernorrland där en sjuksköterska reser ett par gånger i veckan till Ånge för att träffa patienter, ge behandling, sköta centrala infarter mm. Det gäller inte patienter med hjärntumörer men konceptet skulle kunna utvecklas och anpassas för att tillgodose även dessa patienters behov.

Att etablera tydliga rutiner för cancerrehabilitering som sker så nära patienter som möjligt är också en ambition som finns inom regionen som i sin tur stämmer överens med ambitioner på nationell nivå.

KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER

Kortsiktiga mål med tydlig förbättringspotential 2019–2021

1. Kompetensförsörjning - Neuropatologi i norra regionen
2. Multidisciplinärkonferens (MDK)
3. Inrapportering i kvalitetsregister
4. Kontaktsjuksköterskor
5. Cancerrehabilitering
6. SVF
7. Intraoperativ MR

Bilaga 2 H Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Målområde	Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Kompetensförsörjning	Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar och begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enligt NVP och kvalitetsregister	2021	SVF statistik Kvalitetsregister
MDK	Fortsatt utveckling av MDK, så att alla länsjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK. Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet till överenskomna rutiner	2020	Egen uppföljning
Inrapportering i kvalitetsregister	God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 jan-jun – 100 % jul-dec – 82,5 %	95 % inrapportering	2019	Kvalitetsregister
Kontaktsjuksköterskor	Kontaktsjuksköterskor vid samtliga länsjukhus och för Nus på NKK och Onkologiskt centrum	Kontaktsjuksköterskor saknas på NKK och Sunderbyns sjukhus.	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	2019	Kvalitetsregister
Cancerrehabilitering	Rehabiliteringsbehov hos patienter med hjärntumörer ska identifieras systematiskt och rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje landsting/region med utarbetade rutiner för överlämningar	Välfungerande i RJH, under utveckling i andra delar av norra sjukvårdsregionen. I VLL finns ett samarbete med Strokenheten och Neurorehab. I RVN samarbete med GeriatrikRehab och Strokenheten, Medicinkliniken.	Utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje landsting/region och utarbetade rutiner på ledningsnivå för överlämningar	2020	Egen uppföljning
SVF	Utrednings enl. SVF i enlighet med nationella mål.	Siffror från 2017: 17 % av patienter med hjärntumörer hade kodats som SVF-patienter, och av dessa klarade enbart 27% SVF-ledtiden från välgrundad misstanke (VGM) till första behandling	70 % av nya cancerfall inom aktuell diagnos utredas enl. SVF och 80 % av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom ledtider	2020	SVF statistik
Intraoperativ- MR	MR ger säkrare objektiv radikalitetsbedömning vid op. av hjärntumörer än klinisk bedömning. MR perioperativt ökar patient-säkerheten	I första hand att kartlägga behov och förutsättningar för införande av perioperativ MR	Genomförd utredning	2021	Egen uppföljning

LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Långsiktiga förbättringsområden 2019–2021

1. Säkra tillgång till kompletterande kompetenser t.ex. neuropsykolog, logoped mm för samtliga patienter med identifierad behov.
2. Decentralisering av delar av den onkologiska behandlingen.
3. Ökade rehabiliteringsresurser för kontaktsjuksköterskor för att möjliggöra rehab-samordning för patienterna. Även utökade rehabiliteringsresurser inom hemsjukvården.
4. Hög patientmedverkan vid kliniska studier. Ingen målnivå definieras då det varierar beroende på vilken studie det gäller.
5. Behovet av 'task-shifting' (kompetensväxling) för att möjliggöra resurseffektivitet och nå målen för det nationella vårdprogrammet och SVF gällande kirurgiska åtgärder för lågmaligna gliom. Ett exempel på detta är nuvarande arbetssätt innefattar att neurofysioterapeuter medverkar vid vakenkirurgi. Begränsad tillgänglighet till operationsutrymme med neurofysiologmedverkan kan medföra fördröjningar. Med en kompetensväxling som innebär att neurokirurg/er gör vissa intraoperativa undersökningar som idag Neurofysiologi ansvarar för skulle denna fördröjning kunna undvikas samtidigt som resurser frigörs för neurofysiologi som är en hårt belastad specialitet.
6. Öka samarbete mellan neurokirurgiska kliniker i landet.