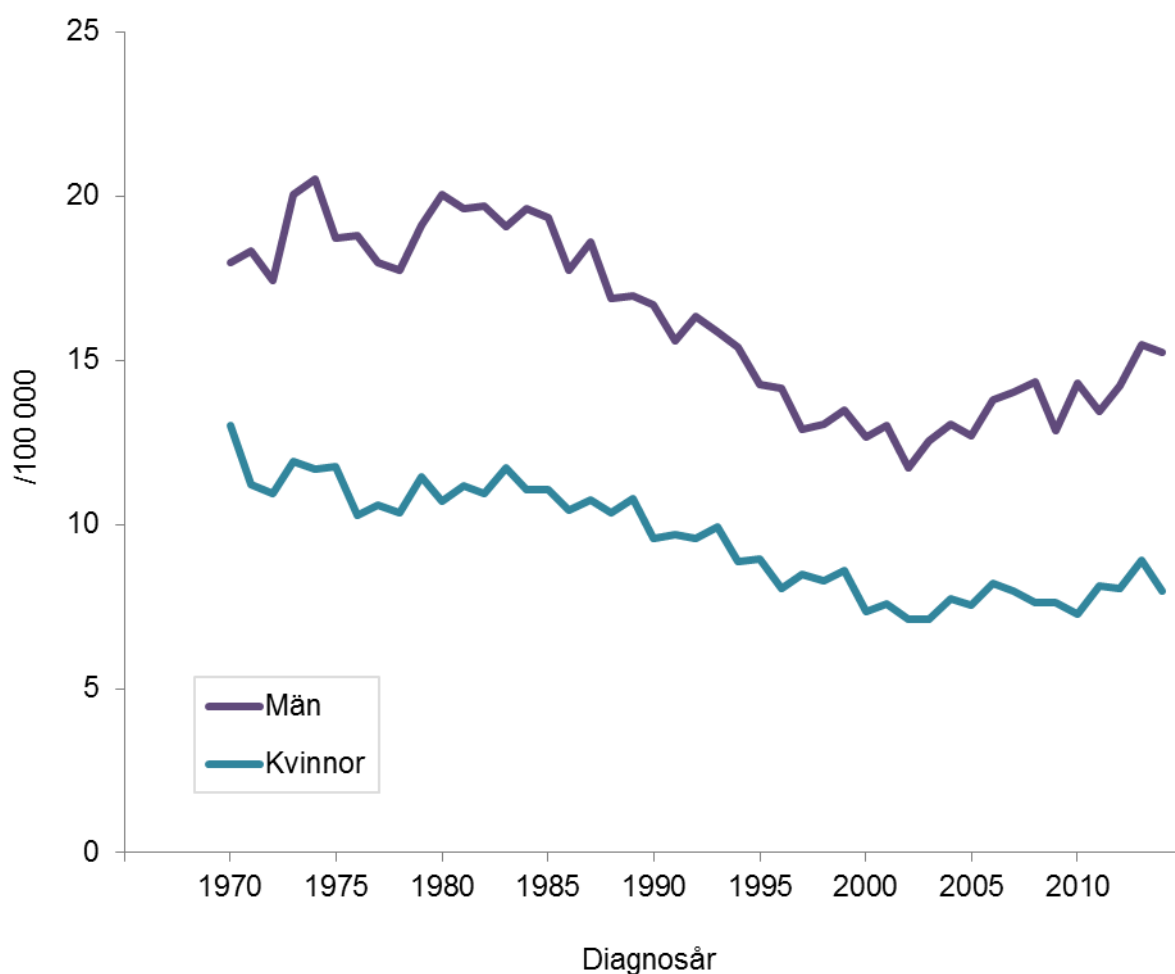


## UNDERLAG TILL REGIONAL CANCERPLAN FÖR *NJURCANCER* I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN

### BAKGRUND

Drygt 1 000 nya fall av njurcancer upptäcks varje år i Sverige. Njurcancer står för cirka 2,3 % respektive 1,5 % av all cancer hos vuxna män och kvinnor i Sverige, vilket gör den till den nionde respektive sjuttionde vanligaste tumörformen bland män och kvinnor. I Sverige är incidensen 15/100 000 bland män och 8/100 000 bland kvinnor. I Norra sjukvårdsregionen upptäcks cirka 100 nya fall varje år och volymen kommer sannolikt inte att förändras nämnvärt under de kommande 5 åren.

Fig. 1. Åldersstandardiserad incidens av njurcancer i Sverige 1970–2014 (per 100 000 i befolkningen år 2000).



Njurcancer förekommer cirka 1,5 gånger så ofta hos män jämfört med kvinnor. Njurcancer är ovanlig före 40 års ålder och de flesta är mellan 60 och 80 år vid diagnostillfället (figur 2). Cirka 2 % av tumörerna är bilaterala vid första diagnostillfället, men bilateral njurcancer är betydligt vanligare hos individer med von Hippel-Lindaus syndrom och annan hereditär njurcancer. Andelen incidentellt diagnostiserade njurcancerfall har från flera håll rapporterats öka, så även i Sverige med en ökning från 43 % år 2005 till 63 % år 2015 (figur 3). Denna ökning beror i huvudsak på den ökande användningen av datortomografi (CT), ultraljud och magnetresonanstomografi (MRT) som primärt haft annan indikation. Den kliniska diagnostiken har förbättrats, men samtidigt har obduktionsfrekvensen drastiskt sjunkit varför det är sannolikt att många njurcancer förblir oupptäckta. I Sverige var 76 % av tumörer upp till 4 cm storlek incidentellt upptäckta.

Fig. 2. Ålder vid diagnos 2010–2015.

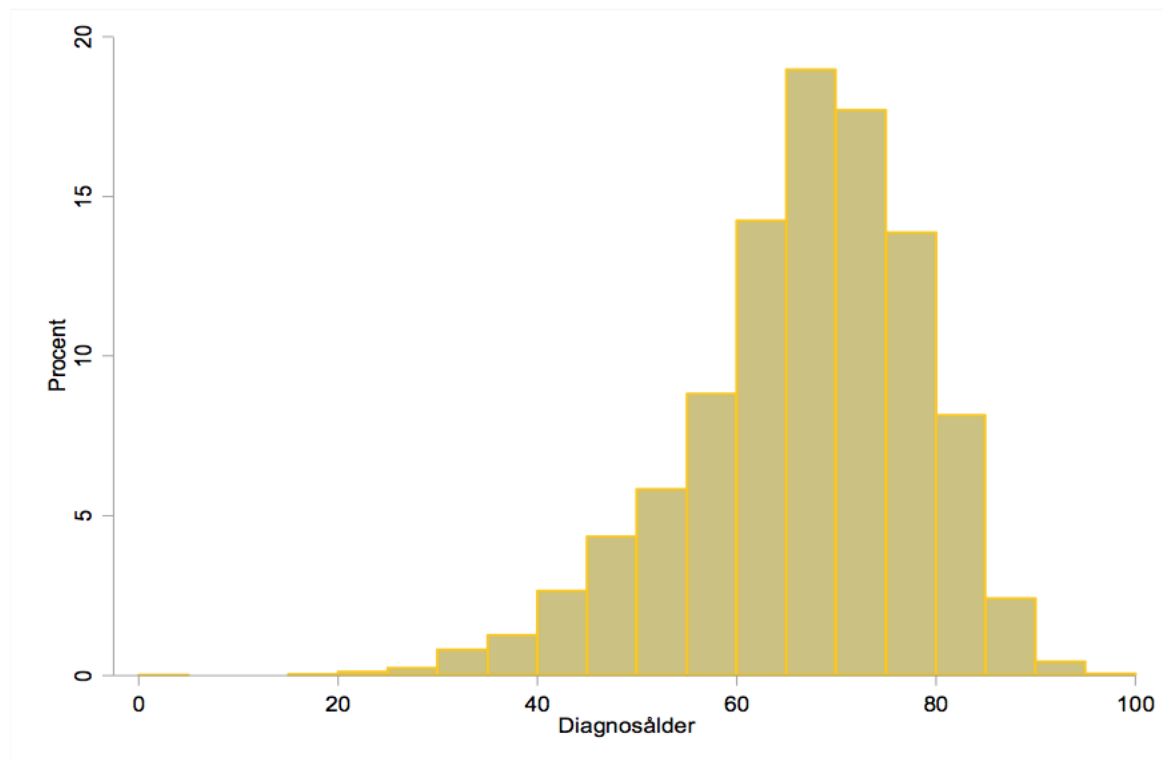
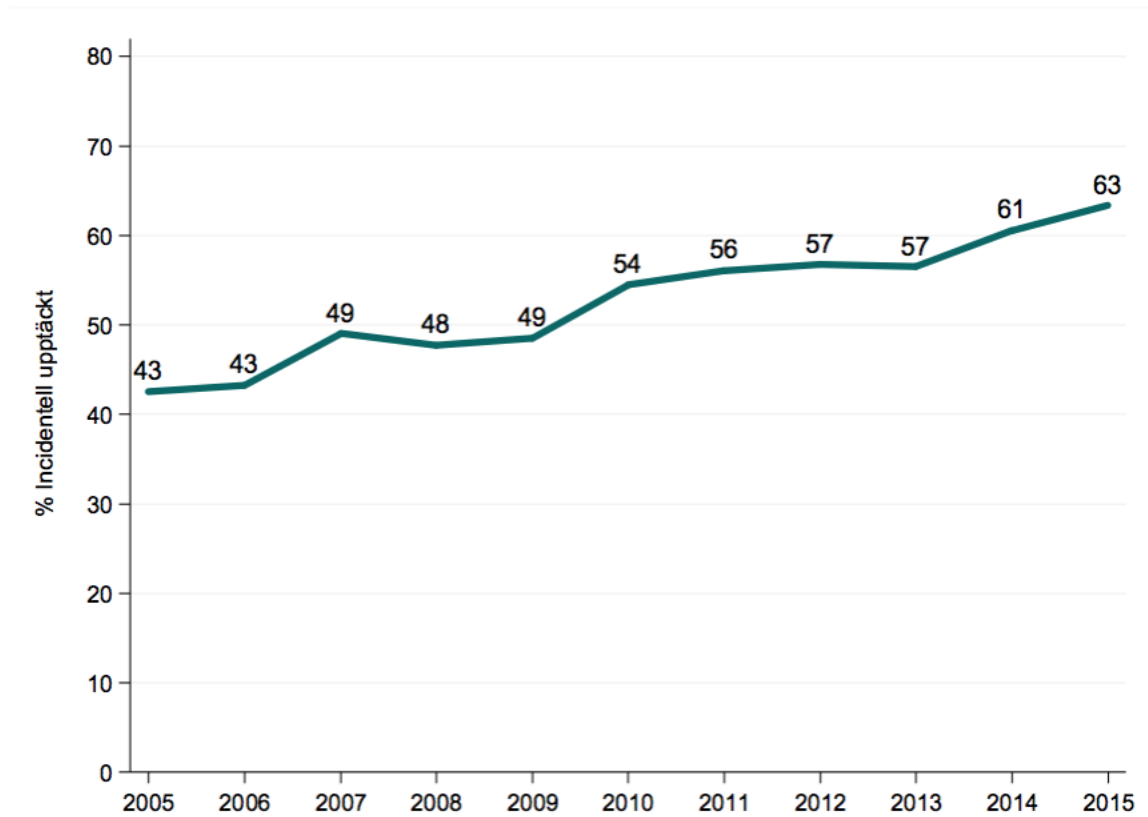


Fig. 3. Incidentellt upptäckt njurcancer i Sverige åren 2005–2015.

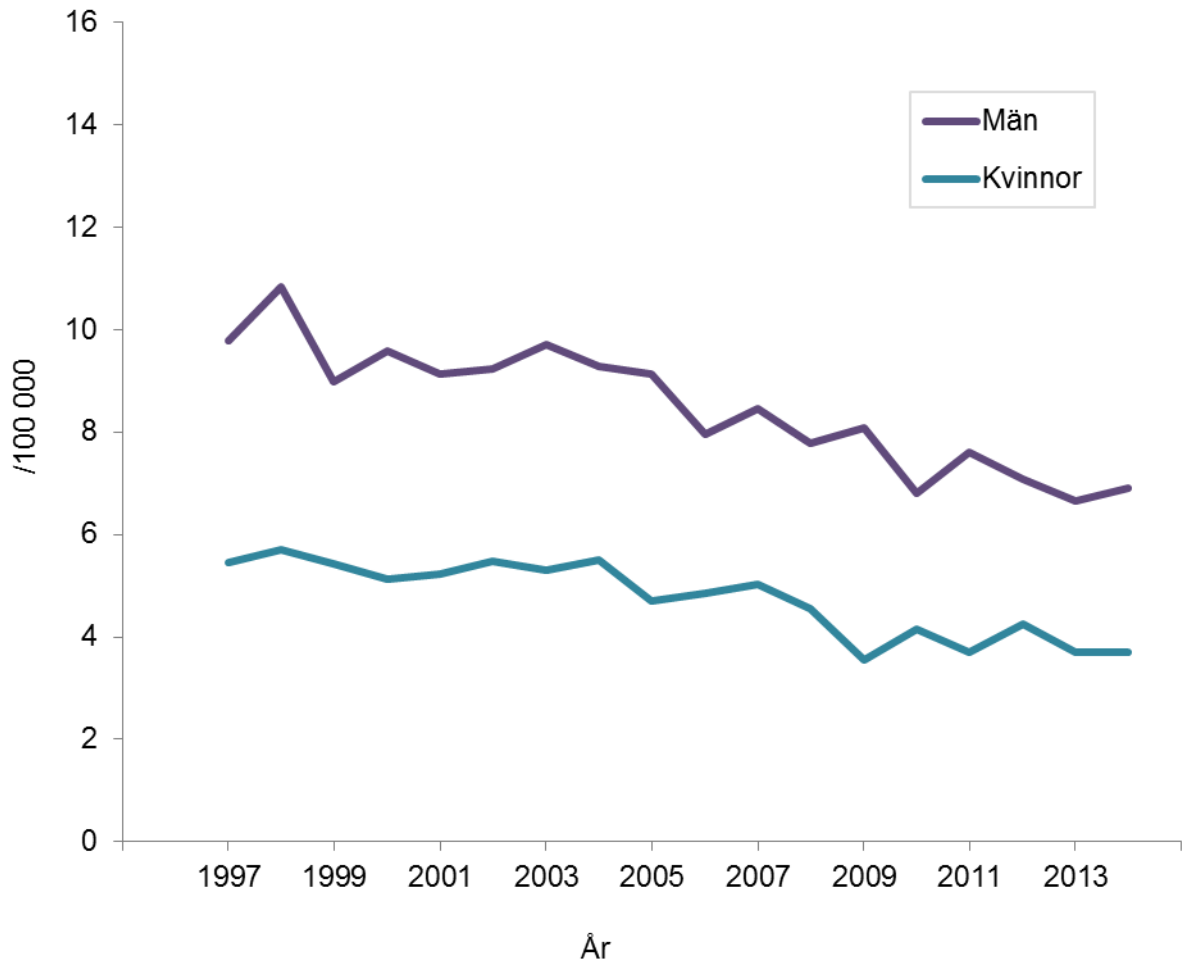


Med en globalt stigande incidens är sannolikheten stor för att omgivningsfaktorer spelar roll för uppkomsten av njurcancer. Orsakerna till att njurcancer utvecklas är inte helt klara, men cigarettrökning och kraftig övervikt är två kända riskfaktorer. Andra riskfaktorer som påvisats är högt blodtryck och förvärvad njurecystsjukdom vid långvarig njursvikt. Man uppskattar att cirka 30 % av all njurcancer beror på rökning, och tillsammans med kraftig övervikt står de som riskfaktorer för cirka 40 % av alla njurcancerfall.

Femårsöverlevnaden för patienter utan metastaser vid diagnos är 85 procent och för patienter med fjärrmetastaser vid diagnos 16 procent. Överlevnaden är starkt kopplad till TNM-stadium. TNM-systemet beskriver T för tumörstadium (djup/omfattning av primärcancern), N för körtelstatus (spridning till regionala lymfknotor) och M för metastas-stadium (spridning till avlägsna organ). Ju högre tumörstadium desto högre risk för spridning och desto sämre långtidsöverlevnad.

Främst medför förekomsten av fjärrmetastaser en dålig prognos men även patienter med mer lokalt avancerade tumörer (stadium T3 och T4) har en kortare överlevnad än patienter med ett lägre T-stadium (T1 och T2). Hos patienter med fjärrmetastaser (M1) vid diagnos, har nefrektomerade patienter en femårsöverlevnad på 25 procent jämfört med 6 procent för icke nefrektomerade.

Fig. 4. Ålderstandardiserad mortalitet i njurcancer i Sverige 1997–2014 (per 100 000 i befolkningen år 2000).



Njurcancer utreds, diagnostiseras kliniskt och följs upp med CT-njurar och CT- torax, i enstaka fall med MRT.

Kurativ kirurgi kan göras med öppen teknik eller med titthålsteknik (laparoskopisk eller robotassisterad). Man kan vid båda teknikerna välja att helt avlägsna hela njuren (nefrektomi) eller genomföra njursparande kirurgi och bara ta bort den del av njuren i vilken tumören sitter (partiell nefrektomi/ njurresektion).

Andra nefronsparande tekniker (ablativa behandlingar) är under utveckling såsom kryo- (kyla), RF- (radio frequency, värme) och mikrovågsbehandling (värme), liksom stereotaktisk strålbehandling. Dessa tekniker är särskilt användbara hos individer med förhöjd operationsrisk men också vid multipla, recidiverande njurtumörer .

Embolisering av njurartär användas som palliativ behandling vid lokala symtom såsom smärta och hematuri, för patienter med metastaserad sjukdom eller för patienter där kirurgisk behandling bedöms icke genomförbar.

Vid metastaserad sjukdom kan cytoreduktiv nefrektomi övervägas och i selekterade fall metastasektomi. Onkologisk Systemisk behandling kan ge en regress av sjukdomen och förlänga överlevnaden. Palliativ strålbehandling är särskilt värdefull vid skelettmetastaser. 20–30 % av de som initialt genomgår kirurgi för lokaliserad cancer får återfall. Den vanligaste metastaslokalen är lungor. I cirka 80 % av fallen upptäcks metastaserna inom 3 år och cirka 90 % inom 5 år efter partiell eller radikal nefrektomi. Det kvarstår dock en risk för sjukdomsåterfall även efter 10 år.

De flesta uppföljningsprogram har tätare kontroller under de första åren efter primärbehandling. För ”lågrisk”-patienter kan kontrollerna avslutas efter 5 år, medan intermediär- och högrisktumörer följs under längre tid. Uppföljning kan ske hos läkare eller kontaktsjuksköterska.

Varje patient ska erbjudas en kontaktperson/ kontaktsjuksköterska på den cancervårdande kliniken, med syftet att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten samt stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården.

Kontaktsjuksköterskan bör vara med vid första besöket hos specialist för att ge patient och närstående stöd samt vid behov upprepa och förtydliga information. En individuell skriftlig vårdplan ska tas fram för varje patient med cancer.

Cancerrehabilitering är aktuellt under hela processen, från misstanke om cancersjukdom och framåt. Behovet av rehabilitering ska därför bedömas regelbundet. Vid mer avancerade behov ska patienten alltid erbjudas insatser från professioner med specialkompetens inom rehabilitering, exempelvis kurator, fysioterapeut, psykolog, arbetsterapeut och dietist. Även andra professioner såsom sjuksköterska, läkare och tandläkare kan arbeta specialiserat med cancerrehabilitering. Patienten och de närstående ska återkommande få information om vilka rehabiliteringsbehov som är vanliga och vilka insatser som erbjuds. Cancerrehabilitering ska också ingå i patientens skriftliga vårdplan.

Den palliativa vårdens syfte är framför allt att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att lindra symtom och ge existentiellt stöd i livets slutskede och värdegrunden kan sammanfattas i fyra ledord: närhet, helhet, kunskap och empati.

Under hela vårdprocessen är det av stor betydelse för patienterna att känna att de är delaktiga i sin vård och att det finns en kontinuitet och en kommunikation med

kontaktperson/ kontaktsjuksköterska. Tydlig muntlig och skriftlig information ger trygghet till patienten och förbättrar vårdprocessen.

## **ORGANISATION**

### *Nödvändig kompetens för njurcancer*

För att kunna hantera och optimera de olika stegen i processen bör det i ett njurcancerteam ingå dedicerade urologer, kontaktsjuksköterskor, vårdplanerare, dedicerade radiologer, onkologer, patologer och anesthesiologer. Det är av stor betydelse att det finns ett definierat team där allas roller och rutiner fungerar smidigt och över tid.

Samarbete med andra vårdaktörer skall bedrivas på ett sådant sätt att det bidrar till en väl fungerande vårdprocess utifrån ett patientfokuserat synsätt och med patientens samtycke och delaktighet. Samarbetet kring patienten vid vårdövergångar ska ske strukturerat och patientsäkert. Berörda vårdgivare skall ha utarbetade utrednings-, behandlings-, uppföljnings och rehabiliteringsplaner. Informationsöverföring mellan specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård bör följa de riktlinjer som finns. Det är av stor betydelse att Primärvården har kännedom och kunskap om utredningskrav och rutiner för uppföljning av njurcancerpatienter. En stor andel av nyupptäckta njurcancer upptäcks via primärvården och de flesta njurcancerpatienter skall följas upp och kontrolleras via primärvården.

### *Primärvårdens roll för vägen in och vägen ut*

Det bör finnas utarbetade rutiner för både ”vägen in” och ”vägen ut” från specialistvården. Korta ledtider vid dessa vårdövergångar är avgörande både för att uppnå en patientsäker vårdprocess men också för att inte påverka njurcancerpatienternas prognoser negativt. Kunskap om att patienter skall vid remittering skall ha genomgått CT-njurax och CT-thorax, Kunskap om vårdkedjan och dess innehåll är en förutsättning för förkortade ledtider och förbättrad SVF följsamhet.

### *Kompetensförsörjningsbrist nu och fem år framöver för njurcancer*

Kompetensförsörjningssituationen inom vårdkedjan är idag kritisk för alla yrkeskategorier inklusive läkare och sjuksköterskor inom specialistvård såväl som inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Med endast naturliga pensionsavgångar inom fem år kommer situationen att försämrats ytterligare.

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

- Idag? Urologer och sjuksköterskor
- Inom 5 år, baserat på dagens åldersstruktur? Urologer och sjuksköterskor

### *Åtgärder för att stärka vårdkedjorna för njurcancer*

Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökat operationsutrymme

*Beskriv var de olika delarna av patientens vårdkedja sker idag. Vilka åtgärder görs*

- a) inom respektive landsting?
- b) centraliserat inom regionen?
- c) utanför regionen? Om patienter skickas utanför regionen för vissa åtgärder, till vilka sjukhus skickas de?

Utredning, cancerrehabilitering och palliation av njurcancerpatienter finns inom alla fyra landsting i norra sjukvårdsregionen (RJH, RVN, VLL, NLL).

Onkologisk behandling ges i Västerbottens-, och Västernorrlandslandsting.

Trombotisk njurcancer, metastaserad njurcancer, bilaterala och multifokala njurcancer, lokalt avancerade njurcancer samt imperativ njurcancerkirurgi är centraliserad till NUS. Kirurgi för lokaliserad njurcancer finns inom alla fyra landsting i norra sjukvårdsregionen (RJH, RVN, VLL, NLL).

Alla relevanta kirurgiska åtgärder för njurcancer finns eller är under uppbyggnad inom norra sjukvårdsregionen. Vi remitterar extremt sällan eller snarare aldrig utanför regionen.

## **RESULTAT I REGIONEN**

Nationellt vårdprogram och SVF för njurcancer finns inom processgruppens ansvarsområde. Följsamheten till vårdprogrammet är god. Brist på läkare och sjuksköterskor gör att följsamheten till SVF inte är god och behöver förbättras och adresseras.

Alla specifika åtgärder i nuvarande regionala nivåstruktureringsplan för perioden 2016 – 2018 är genomförda inom processgruppens ansvarsområde, njurcancer.

Nivåstruktureringen av njurcancer nationellt, regionalt och lokalt har inte medfört några uppenbara negativa konsekvenser. Ledtider är ett problem i delar av vårdkedjan och orsakas främst av brist på läkare och sjuksköterskor. Den regionala självständigheten är bevarad gentemot nationen i övrigt, och det är den absoluta grundförutsättningen för att vi även i framtiden ska kunna behålla urologer i norra regionen, förbättra kompetensförsörjningen och utveckla verksamheten.

## **FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR**

### **a) Områden med tydlig förbättringspotential**

SVF följsamheten behöver förbättras. Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad

professionell vård utan onödig väntetid. Flödesschemat för vårdförloppet har flaskhalsar med förlängda ledtider som konsekvens och målet att väntetiden från remiss till behandling skall understiga 42 kalenderdagar uppnås ej. Det saknas urologer och uro-sjuksköterskor men även bristande rutiner och avsaknad av resurser inom andra specialiteter påverkar flödesschemat för njurcancer. Vårdförloppet är ett multidisciplinärt samarbete och ledtiderna påverkas negativt av t.ex. brist på anesthesi-, och operationspersonal samt bristande rutiner på operationsavdelningar. Bristen på urologer påverkar även förutsättningarna till vetenskapligt arbete negativt. Den kliniska arbetsbelastningen är stor och utrymmet för vetenskapligt arbete är begränsat. Rekryteringsförutsättningarna påverkas också negativt av denna förutsättning. Regionen behöver bli mer attraktiv för Urologer och uro-sjuksköterskor. Bättre förutsättningar för forskning och utveckling kommer att bidra till att förbättra rekryteringen. Fördjupat samarbete och samförstånd med andra klinker och specialiteter för att förbättra brister i olika rutiner. Definierade njurteam, där medarbetare från olika kliniker och verksamheter ingår är en viktig förutsättning i detta förbättringsarbete.

### **b) Kompetensförstärkande åtgärder**

Att inom regionen bygga upp ett kompetenshöjande samarbete mellan de fyra landstingen. Njurcancer rotationer där medarbetare från de olika opererande sjukhusen har ett kliniskt samarbete kring njurcancer. Fortbildning för specialister samt ST-läkare. Ett utbyggt samarbete inom regionen kommer att stärka kompetensen för njurcancer kortsiktigt och långsiktigt.

Läkare och sjuksköterskor har tydliga och genomtänkta roller i processen och ”Task-shifting” utrymmet är begränsat. Det utomordentliga samarbetet med kontaktsjuksköterskorna har lett till en maximerad uppgiftsförskjutning. Det behövs fler medarbetare på urolognivå, sjuksköterskor på avdelningarna och på operationsavdelningarna (både operationssjuksköterskor samt anesthesijsjuksköterskor). Det är den *direkta patientnära vården* som behöver sättas i främsta rummet i nuläget och i framtiden.

### **c) Nivåstrukturerings/ arbetsfördelning**

*Bedömer ni att det ur ett patientperspektiv vore en fördel med ytterligare koncentrerings på lokal, regional eller nationell nivå inom*

- . i) utredning/ diagnostik? **NEJ**
- . ii) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? **NEJ**
- . iii) cancerrehabiliterande åtgärder? **NEJ**

*Bedömer ni att det ur ett patientperspektiv vore en fördel med ökad decentralisering av någon del i vårdkedjan?*

- i) utredning/ diagnostik? **NEJ**



- . ii) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? **NEJ**
- . iii) cancerrehabiliterande åtgärder? **NEJ**

### **MOTIVERING TILL SAMT KONSEKVENSBESKRIVNING AV FÖRESLAGNA FÖRÄNDRINGAR**

Fler urologer och fler aktiva sjuksköterskor i slutenvården (inklusive på operationsavdelningarna) kommer att förbättra den urologiska tillgängligheten, få ned ledtiderna (inom SVF), öka möjligheterna att inkludera patienter i kliniska studier samt minska riskerna för progress i sjukdom. Ju fler urologer vi har, desto mer kraft och tid kommer vi att ha för att investera i cancerrehabiliteringsprogrammen. Vi kommer dessutom att kunna få bättre kontroll över registerverksamheten (Njurcancer registret). Totalt sett kan ökade investeringar i urologisk verksamhet kring njurcancer leda till ett bättre och snabbare omhändertagande samt påtagligt förbättra ledtiderna. En investering i kompetens på länssjukhusen, med fokus på njurcancer är dessutom en nyckel för att öka den allmänna urologtillgängligheten. Ökad ambulans- och helikopterverksamhet kommer *inte* att påverka vårdprocesserna för njurcancer.

### **KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER**

**Tabell X. Sammanfattning av målnivåer för *diagnos/område***

<b>Mål</b>	<b>Nuläge*</b>	<b>Målnivå</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Samtliga lokaliserade njurtumörer, MDK	ca 50 %	95 %	2020-01-01	Via registret och intern validering
Lokalt avancerade/metastaserade njurcancer, MDK	ca 85 %	98 %	2020-01-01	Via registret och intern validering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	40 %	90 %	2020-01-01	Via SVF-data
Gemensamma rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen	0 %	I alla regioner finns utarbetade strukturer för rehabiliteringsprojekt för njurcancerpatienterna	2020-01-01	Intern uppdatering och rapportering

Skriftlig vårdplan för njurcancer	15 %	40 %	2020-01-01	Via register, intern utvärdering och rapportering
Roterande kompetenshöjande samarbete i regionen (urologer från alla fyra landsting med schemalagda rotationer till NUS)	0 %	Alla specialister/ nästan färdiga specialister har möjlighet att delta i rotationen	2021-01-01	Intern uppdatering och rapportering

*\*Beskriv nuläget med så aktuella siffror/information som möjligt.*

## LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

### SWOT-ANALYS

*Beskriv kort för respektive målnivå:*

*Vad finns det för styrkor och svagheter inom våra egna organisationer på landstings- och sjukvårdsregional nivå som påverkar möjligheten att lyckas med de förändringar ni föreslår?*

*Vilka yttre faktorer finns det som kan gynna (möjligheter) eller försvåra (hot) att genomföra era förslag?*

*Vad ser ni för möjligheter att spara resurser genom ändring och vilka eventuella fördyringar ser ni? Det är viktigt att det vi föreslår inte bara är kostnadsdrivande utan strävar efter att på sikt vara kostnadsneutralt eller resursbesparande.*

**Tabell Y. SWOT-analys för diagnos/område.**

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Full följsamhet av SVF-njurcancer, både inom PV såväl som inom slutenvården	Vi är enade inom urologkretsen i norra om vikten av att driva SVF samt att värna om norra sjukvårdsregion	Urologbrist . Brist på mottagningskapacitet. Vårdplatsbrist. Brist på OP-tider. brist	Expansion av mottagningsverksamhet till följd av (1) nyrekryteringar av seniorer och ST-läkare. SVF är helt beroende av	(1) För nyrekrytering av seniorer måste det finnas verksamhet motsvarande kompetensniv

Bilaga 2 P Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

	ens urologiska verksamhet	på IVA – platser, brist på postop – platser. Behov av att PV assisterar med CT-njurar/ thoraxremisserna från första besök på hälso-centralen	kompetens och resurser på plats	ån. (2) För ST-läkarutbildning måste det finnas kompetenta seniorer på plats.
Kompetenshöjande rotationer	Samstämmighet inom hela norra regionens urologkrets	Urologbrist	(1) Nyrekryteringar av seniorer och ST-läkare. (2) Specialister och ST-läkare (i slutet av sin utbildning) från hela regionen har placeringar om 3 – 6 månader på NUS för fördjupad utbildning i njurcancer (handläggning, MDK, flödesarbete, kirurgi)	Om norra regionen centraliseras sönder så kommer skadan att aldrig kunna repareras