

Processplan för Gynekologisk cancer 2022–2024

Bakgrund

Aktuell process - gynekologisk cancer

Gynekologisk cancer är en heterogen cancergrupp som består av 10 olika diagnoser beroende på var i de gynekologiska organen canceren uppkommer. Vissa former av peritonealcancer (bukhinne-cancer) räknas in i gruppen gynekologisk cancer beroende på att embryologiska rester från äggstockarna i de s.k. Müllerska gångarna kan bilda tumörer.

De 10 diagnoser som räknas till gynekologisk cancer är peritonealcancer, epitelial och icke-epitelial ovarialcancer (äggstockscancer), tubarcancer (äggledarcancer), sarkom, corpuscancer (livmoderkroppscancer), cervixcancer (livmoderhalscancer), vaginalcancer, vulvacancer och trofoblasttumörer (från moderkaksvävnad).

Incidens och volym i sjukvårdsregionen

Då flera av dessa diagnoser är mycket ovanliga brukar man göra en grov förenkling och dela in gynekologisk cancer i fyra grupper; **corpuscancer**, **ovarialcancer** (inklusive peritonealcancer och tubarcancer), **cervixcancer** och **vulvacancer**. Dessa diagnoser står för knappt 300 av regionens cancerdiagnoser (295 canceranmälningar 2019) varav cirka 160 corpuscancer (153 st. 2019), 70 ovarialcancer (72 st. 2019), 50 cervix-och vaginalcancer (51 st. 2019) och 20 vulvacancer (19 st. 2019). 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 avhängigt sjukdomsstadium vid diagnos. Ju högre stadium desto mer avancerad sjukdom och 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 inkluderade) på ca 80%.

Ovarialcancer (inklusive peritoneal- och tubarcancer) har den högsta dödligheten av de gynekologiska cancerformerna. Den har diffusa symtom vilket gör att diagnosen ofta ställs i mer avancerat stadium och har total femårsöverlevnad på 50%. Överlevnaden ökar för denna cancerform bl.a. tack vare förbättrad medicinsk och kirurgisk behandling.

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 mindre än 20 % för stadium IV. Den sammanlagda femårsöverlevnaden för alla stadier är just över 75%.

Vulvacancer visar sig med klåda, smärta eller sår i underlivet och har i tidigt stadium god prognos med 86% femårsöverlevnad. Framför allt äldre kvinnor söker dock sent och den totala femårsöverlevnaden för alla stadier är 71%.

Kan volymen ändras inom de närmsta fem åren?

För gynekologisk cancer förväntas totalt sett incidensen ligga på ungefär samma siffror under de närmaste 5 åren. På grund av rådande pandemi ser vi att patienter söker sjukvård i mindre utsträckning varför risken är att upptäckt av cancersjukdom försenas och på så vis upptäcks i högre stadium med sämre prognos. Detta är förhoppningsvis övergående inom närmaste året. På längre sikt kan det ske en ökning av corpuscancer medan det för cervixcancer finns förhoppning om en betydande minskning.

Risikfaktorer för corpuscancer är övervikt och diabetes. Andelen av den svenska befolkningen som lider av övervikt/fetma ökar varför man kan förvänta sig att denna cancertyp kommer att öka något. Det har skett en ökning av cervixcancer framför allt bland yngre kvinnor. Vad denna ökning berott på är ännu inte klarlagt. Det rör sig i absoluta tal på om 100 fler fall/år i Sverige sedan 2014, vilket innebär ca tio fler fall i norra regionen.

2019 sågs en nedgång men det är för tidigt att uttala sig om detta är ett trendbrott. Förhoppningsvis kommer screeningprogram baserat på HPV-analys och vaccination av unga flickor och pojkar mot HPV kraftigt reducera incidensen men denna effekt kommer inte att kunna utvärderas inom de närmsta fem åren.

Aktuella metoder för diagnostik, behandling och uppföljning samt cancerrehabilitering

När en patient misstänks ha en gynekologisk tumör följer de flesta patienter samma organisatoriska struktur. Patienterna diagnosticeras och utreds på hemorten men för samtliga patienter sker en remissbedömning av gynekologisk onkolog, i skrivande stund undantaget s.k. lågrisk corpuscancer som enligt nuvarande vårdprogram handläggs via hemorten. Gynekologisk onkolog beslutar om vilka patienter som går vidare till en klinisk bedömning av gynekologisk onkolog och tumörkirurg s.k. ”palpation” och vilka patienter som uppfyller nationellt överenskomna kriterier för bedömning på multidisciplinär konferens (MDK).

På MDK tas beslut i samråd med hemortskliniken om *vilken* behandling som ska erbjudas (medicinsk onkologisk behandling, strålbehandling, kirurgi eller en kombination av dessa) och *var* den ska ges (hemort, regionsjukhuset eller nationellt centrum). Ansvarig läkare förmedlar beslut från MDK och för diskussion med patienten gällande vilken behandling som är mest fördelaktig.

För vulvacancer är behandling nationellt centraliserat och MDK sker då nationellt med gynekolog på hemorten som medverkande. Centra för vulvacancer är Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund. Patienten remitteras till det centrum som erbjuder den kortaste väntetiden alternativt det centrum som patienten önskat. För trofoblasttumörer är Karolinska Stockholm nationellt högspecialiserat centrum där alla patienter med malign sjukdom, efter nationell MDK, erbjuds besök och start av behandling. Ytterligare behandling sker i samarbete mellan det nationella centrumet och den regionala onkologiska kliniken.

Patientens ”vägen in” och ”vägen ut” i vårdkedjan

Vägen in i vården går ibland via hälsocentral, akutmottagning eller annan specialistklinik som remitterar patienten till kvinnokliniken. Samtliga fyra gynekologiska cancerdiagnosgrupper har väl definierade SVF-förlopp där man vid misstanke märker remissen med respektive SVF. Ofta söker

sig patienten direkt till kvinnokliniken då man av tradition inte har något remisstväng för att få tid för en specialistläkarbedömning.

När gynekologen utifrån kriterier bedömer att misstanken om gynekologisk cancer är välgrundad startas utredning enligt något av de fyra standardiserade vårdförloppen SVF livmoderkroppscancer (corpuscancer), SVF äggstockscancer (ovarialcancer), SVF livmoderhalscancer (cervixcancer) eller SVF vulvacancer.

Den behandlade cancer kontrolleras av gynekologen på hemorten i fem år, därefter slussas patienten tillbaka till primärvården. De flesta av patienter hemmahörande i Umeå kontrolleras på onkologisk mottagning av gynekologiska onkologer. I de fall där cancer är kronisk fortsätter kontrollerna på respektive kvinnoklinik och under livets slutskede finner man individuella lösningar för den palliativa vården.

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 och/eller en basal bilddiagnostisk utredning med gynekologiskt ultraljud, CT thorax-buk och eventuellt MR lilla bäcken.

I vissa utvalda fall remitteras patienten för PET-CT vilket 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.

MDK

Med multidisciplinär konferens menas att läkare från olika specialiteter gör en gemensam bedömning av patientens tillstånd. För norra sjukvårdsregionen finns på veckobasis en återkommande MDK för gynekologisk cancer. I Umeå deltar gynekologisk onkolog, gynekologisk tumörkirurg, bilddiagnostiker och patolog. Vid behov deltar även kolorektalkirurg, övre-gastrokirurg, urolog, kärlkirurg eller plastikkirurg. Ronden har videoupkoppling regionalt och ansvarig läkare från hemregionen deltar via länk. Även sjuksköterskekompetens i form av kontaktsjuksköterska och operationsplanerare deltar.

Studier talar för 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.

Behandling

Behandlingen individualiseras för varje enskild patient beroende på diagnos, stadium och allmäntillstånd. Det finns nationella riktlinjer för ovarialcancer, corpuscancer, cervixcancer, vulvacancer och trofoblasttumörer och dessa efterföljs i norra sjukvårdsregionen. De behandlingsmodaliteter som idag erbjuds är kirurgisk behandling, medicinsk onkologisk behandling (kemoterapi, målinriktade läkemedel, hormonell terapi) och radioterapi.

Kirurgisk behandling

Teamet i Umeå består av subspecialiserade gynekologiska tumörkirurger i nära samarbete med kolorektal- och urologkirurger med kunskap om den operativa handläggningen av gynekologiska tumörer samt kontaktsjuksköterska och operationsplanerare. Forskningsjuksköterska som möjliggör patientdeltagande i forskningsstudier finns i Umeå.

Övriga sjukhus i regionerna handlägger utredning och uppföljning samt utför kirurgi för patienter som bedöms på MDK ej vara i behov av centraliserad tumörkirurgi. På dessa enheter består teamet av gynekolog med kirurgisk kompetens och kontaktsjuksköterska.

Onkologisk behandling

Onkologisk behandling ordineras från gynekolog i Umeå men kan ges vid hemsjukhuset vilket gagnar patienten då behandlingen kan ges närmare det egna hemmet.

I varje region finns gynekolog med onkologisk kompetens att tillgå för konsultation.

Kontaktsjuksköterska på hemmakliniken följer patienten. Radioterapi ges i Umeå och Sundsvall.

Palliativ vård

Syftet med den palliativa vården är att hjälpa patienten uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att lindra symtom och ge existentiellt stöd. Vården bygger ett individuellt anpassat nätverk runt patienten och dess anhöriga, utifrån deras behov. Det är viktigt att vården kan ges där patienten själv önskar, hemma, särskilt boende, öppen vård, slutenvård eller på hospice. Den palliativa vården sker ofta i samarbete mellan regionens insatser och kommunala insatser.

Idag är den palliativa vården inte jämlik, alla patienter har inte tillgång till hospice eller avancerad hemsjukvård i norra sjukvårdsregionen. Se vidare det nationella vårdprogrammet för palliativ vård.

Kontaktsjuksköterska

Kontaktsjuksköterskans roll är central för att samordna vården runt patienten. Uppdraget är primärt att finnas tillgänglig för patient och närstående, informera om kommande steg i vårdprocessen samt förmedla kontakter till andra vårdgivare som patienten har behov av.

Vid diagnosbesked ansvarar kontaktsjuksköterskan för att upprätta en skriftlig individuell "Min Vårdplan" samt utföra strukturerade bedömningar gällande behov av rehabilitering. Vidare har kontaktsjuksköterskan i uppdrag att bevaka att SVF ledtider hålls tillsammans med koordinator samt att delta i MDK.

Kontaktsjuksköterskan ska erbjuda kontinuerligt stöd till patient och närstående i krisreaktion samt säkerställa patientens delaktighet och inflytande i sin egen vård. Kontaktsjuksköterskans arbete syftar till att öka patienters och närståendes möjligheter till delaktighet och stärker deras ställning i vårdprocessen.

Många patienter beskriver en stor trygghet med att ha en namngiven kontaktsjuksköterska som finns lätt tillgänglig under utredning och behandling. Kontaktsjuksköterskan ska finnas tillgänglig i alla skeden av sjukdomsförloppet. Detta innebär att patienten kan ha flera kontaktsjuksköterskor vid olika kliniker under behandlingsperioden. Detta kräver aktiva överlämningar för att vårdkedjan ej ska brytas.



Min Vårdplan

Alla patienter med gynekologisk cancer ska i samband med diagnosbesked få en namngiven kontaktsjuksköterska och att man då initierar användandet av ”Min Vårdplan”.

”Min Vårdplan” är inget nytt men tidigare har det utgjorts av olika skriftliga informationsblad och behandlingsplaner vid olika sjukhus. Dessa har varit klinikbundna och ingen samordning har skett mellan de olika sjukhusen. Projekt har genom åren drivits för att utveckla ”Min Vårdplan” i syfte att fånga upp patienters behov av rehabilitering och information.

I dagsläget är en nationell ”Min Vårdplan” under införande med syfte att patienter och anhöriga ska ha tillgång till kvalitetssäkrad, detaljerad och lättillgänglig patientinformation om sin cancersjukdom. Relevant information kan öka patientens delaktighet och förmåga till deltagande i egenvård. Den nya ”Min Vårdplan” är digital och finns under 1177.se. Det är upp till regionerna att ta ställning till införande av den digitala vårdplanen.

Uppföljning och cancerrehabilitering

Patienterna följs med läkarkontroller av gynekolog på sin hemort och i Umeå sker de flesta kontrollerna via onkologisk klinik. 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 upp till fem år efter avslutad behandling. Patienterna följs också av sin kontaktsjuksköterska.

Målet är att alla drabbade kvinnor följs med strukturerade hälsokattningar under sjukdomstiden. Verktygen som används är ”Hälsokattning vid cancerrehabilitering” eller ”Distresstermometern”. Med hjälp av dessa verktyg kan kontaktsjuksköterskan identifiera rehabiliteringsbehov och initiera aktuella kontakter. Om behoven är stora och komplicerade kan kvinnan remitteras till MDK bäckenrehabilitering för samordning av rehabiliterande insatser.

Koordinator för standardiserat vårdförlopp

SVF koordinatörer är en framgångsfaktor för snabba och effektiva SVF flöden. Koordinatör är ett administrativt stöd som underlättar och hjälper vården att hålla uppsatta ledtider, främja samarbete mellan olika kliniker i den egna regionen men också mellan regionerna vilket i sin tur leder till att patienten får ett bättre omhändertagande.

Det finns en nationell uppdragsbeskrivning för koordinator för standardiserat vårdförlopp, fastställt av RCC. I dagsläget finns SVF koordinator i Sundsvall på heltid. I Skellefteå finns barnmorska på gynekologisk mottagning som fungerar som SVF koordinator på 20%. Region Jämtland Härjedalen och Norrbotten har ingen koordinator. I Umeå saknas koordinator både på Gynonkologen och Gynekologisk mottagning, där störst patientflöden finns.

Organisation

Primärvårdens roll

Primärvården fungerar som ”vägen in” i sjukvården när en kvinna söker för symtom som kan tyda på gynekologisk cancer. Kvinnan kan också söka själv till gynekologisk mottagning då inget remisstväng finns. Primärvården arbetar även med förebyggande folkhälsoarbete, genomför screening med cellprovskontroller för alla kvinnor mellan 23–64 år. Primärvården fyller även en viktig roll för rehabilitering och palliativ vård.

Preventiva insatser för att minska risken för insjuknande och åtgärder som förs för tidig upptäckt av cancersjukdom

Risikfaktorer för livmoderkroppscancer inkluderar övervikt, diabetes och hypertoni. Fetma är en oberoende riskfaktor och i Västeuropa associerad med upp till 4 % av all livmoderkroppscancer. De viktigaste preventiva insatserna för att minska risken för insjuknande är således associerade med faktorer i livsmiljön som har betydelse för utveckling av övervikt och fetma vilket hanteras på både nationell, regional och lokal nivå.

Det finns även personer med ärftligt högre risk för livmoderkroppscancer, ex vid Lynchs syndrom som beror på medfödda sjukdomsorsakande varianter i MMR-generna. Tumörer som uppstår till följd av detta ärftliga syndrom uppvisar i regel defekt mismatchrepair (dMMR) i tumörvävnad och idag rekommenderas enligt vårdprogrammet sådan testning vid diagnos av livmoderkroppscancer innan 50 års ålder. Vid påvisad dMMR bör patienten erbjudas testning med blodprov för att värdera om Lynchs syndrom föreligger. De kvinnor som har Lynchs syndrom erbjuds riktade kontroller avseende tarm och gynekologiska organ samt förebyggande kirurgi.

Ärftlighet är den enskilt största riskfaktorn för att insjukna i äggstockscancer, cirka 15–20% av alla fall med äggstockscancer orsakas av medfödda sjukdomsorsakande varianter i framför allt *BRCA1*- eller *BRCA2*-genen. Tumörvävnad från primärtumören (förutom vid mucinös och borderline) genomgår sedan 2019 genetisk screening avseende *BRCA1/2*.

Vid påvisad sjukdomsorsakande variant i *BRCA1/2*-genen i tumör erbjuds vidare utredning med blodprov för att se om det rör sig om en medfödd (ärftlig) variant. Patienter där ärftlig variant påvisas erhåller genetisk vägledning, kvinnliga bärare erbjuds kontrollprogram och rekommenderas efter avslutat barnafödande profylaktisk operation med borttagande av äggstockar och äggledare. Även vid avsaknad av sjukdomsorsakande variant i *BRCA1/2* i tumörvävnad kan cancertgenetisk utredning vara aktuell vid ytterligare fall av cancer i nära släkten

Persisterande infektion med HPV (humant papillomvirus) är en nödvändig förutsättning för utveckling av livmoderhalscancer, med undantag av vissa mycket ovanliga typer. Screeningprogram med HPV-analys möjliggör tidig diagnostik av cellförändringar och möjligheten att behandla dessa innan övergång till cancer. Vaccination av unga flickor och pojkar mot HPV förväntas kraftigt minska insjuknandet.

Vulvacancer är till 30–40% associerad till HPV varför vaccination på lång sikt även förväntas påverka denna incidens. Den icke-HPV-associerade varianten av vulvacancer har samband med inflammatoriska tillstånd i vulva såsom Lichen sclerosus (LS). Diagnostik och behandling av LS är viktigt både för att minska risk för insjuknande och för tidig upptäckt.

Kompetensförsörjning

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

a) idag?

Norrlands universitetssjukhus saknar SVF-koordinator för gynekologisk cancer.

SVF koordinator för gynekologisk cancer behövs vid alla regionsjukhus, framför allt i Umeå som är nav för all onkologisk behandling och centraliserad tumörkirurgi i norra sjukvårdsregionen. Idag finns koordinator enbart i Sundsvall och gynmottagningen i Skellefteå. Det finns allt större behov av administrativt stöd för att säkerställa att resurser och kompetens används där den bäst behövs samt för att förbättra handläggningen av patienterna. För att säkerställa snabba SVF

flöden och korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregister behövs SVF koordinatörer. Kvalitetsregistren ligger till grund för utvärdering av cancervården som bedrivs.

b) inom 5 år baserat på dagens åldersstruktur?

Gyn-onkologer och subspecialiserade gynekologiska tumörkirurger är grupper där kompetens endast finns hos ett fåtal nyckelpersoner och där akut utbildningsbehov föreligger.

Vid varje länssjukhus finns särskilt intresserade gynekologer som handlägger patienter med gynekologisk cancer under utredning, behandling och efterkontroller.

Onkologisk specialistkompetens finns vid alla fyra länssjukhus och tillgängligheten till konsultation med gynekologen NUS har förbättrats med en särskild jourlinje. Brist på tilläggspecialiserade gynekologer gör dock att jourlinjen är begränsad till vissa tider, vissa vardagar.

Enligt Svensk onkologisk förening behöver ökad tillgång av just gynekologer prioriteras (Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2020, Bilaga 1) för att säkra tillgång till den kompetens som krävs för onkologisk behandling av gynekologisk cancer inkl. radioterapi, cytostatika, hormonell behandling och målinriktade läkemedel.

I nuläget fylls mindre än två heltidstjänster på NUS av subspecialiserade gynekologiska tumörkirurger. Två specialister går subspecialiseringsutbildning men fler behövs för att säkra tillgången på sikt.

Vidare behövs löpande rekrytering för att säkerställa tillgång till onkologinriktad läkare på länssjukhus, kontaktsjuksköterskor, sjuksköterskor på samtliga nivåer (avdelning, mottagning, operation, narkos).

Radiologer och patologer har varit kompetenser där kompetensförsörjningen har varit hotad. I Umeå har tillgången till kompetens inom radiologi och patologi förbättrats. Svarstiderna för patologi når ej ännu upp till SVF-målen men med personer under utbildning torde detta förbättras. Däremot ökar behovet snabbt av kompetens inom klinisk genetik och molekylärpatologi bl.a. med kommande vårdprogram för ovarialcancer där HRD-analys (homologous recombination deficiency) krävs för behandlingsbeslut.

Sammanfattningsvis har den norra sjukvårdsregionen samtliga kompetenser som behövs, men bemanningen är inte fulltalig. Vi klarar uppdraget 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.

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

a) inom respektive region?

Utredning och uppföljning av alla vårdprogram. Kirurgi för patienter som bedöms på MDK ej vara i behov av centraliserad tumörkirurgi. Cytostatikabehandling ges på länssjukhusen och vissa länsdelsjukhus. Sundsvall kan ge adjuvant strålbehandling. Rehabilitering och palliativ vård ges ofta via hemsjukhusen i samarbete med kommunala insatser och/eller primärvården.

b) centraliserat inom sjukvårdsregionen?

Kirurgi vid ovarialcancer, cervixcancer, samt de fall av corpuscancer där lymfkörtelgrepp bedöms indicerat är centraliserat till NUS. PET-CT undersökning finns enbart i Umeå. Palpation i narkos inför beslut om behandling/utvärdering av given behandling. Medicinskt beslut om onkologisk behandling tas vid Gynekologen, NUS.

c) utanför sjukvårdsregionen? Om patienter skickas utanför sjukvårdsregionen för vissa åtgärder, till vilka sjukhus skickas de?

Vid ovarialcancer genomförs reflextestning för *BRC A 1/2* av tumörvävnad som i nuläget skickas till Lund för analys.

Behandling av vulvacancer är nationellt centraliserat. Nationell digital MDK med gynekolog på hemorten och representanter från centra för vulvacancer (Stockholm, Linköping Göteborg och Lund). Patienten remitteras till det centrum som kan erbjuda den kortaste väntetiden alternativt det centrum som patienten önskar. 15–20 st. kvinnor med vulvacancer remitteras till nationellt centrum för behandling per år från Norra regionen. Enstaka patienter som inte vill resa för behandling eller som pga. samsjuklighet inte är aktuella för avancerad behandling, får behandling i sin region.

Kvinnor med cervixcancer som är aktuella för fertilitetssparande kirurgi, s.k. trakelektomi, skickas till Karolinska universitetssjukhuset Stockholm. Det rör sig om ca 0–2 patienter per/år.

För trofoblasttumörer är Karolinska universitetssjukhuset Stockholm nationellt högspecialiserat centrum. Alla patienter med trofoblasttumör ska remitteras och kvinnorna med malign sjukdom, efter nationell MDK, erbjuds besök och start av behandling på KS. Ytterligare behandling sker i samarbete mellan det nationella centrumet och den regionala onkologiska kliniken. Detta är en mycket liten grupp på ca 0–1 patienter per år som remitteras från Norra regionen.

Resultat i sjukvårdsregionen

Nationella vårdprogram finns för corpuscancer (nytt under bearbetning), ovarialcancer (både för den vanligare typen s.k. epitelial och icke-epitelial), cervix- och vaginalcancer, vulvacancer och trofoblastsjukdomar.

Nationella SVF-förlopp finns för corpuscancer (start 2017), ovarial cancer (start 2016), cervixcancer (start 2017) och vulvacancer (start 2018).

Regionen har mycket god följsamhet till de nationella vårdprogrammen och till SVF-förloppen, även om det i SVF-förloppen finns flaskhalsar och brist på SVF-koordinatorer som gör att vi inte alltid når målen för ledtiderna. År 2020 har covid-19-pandemin påverkat alla vårdresurser, men cancervården har prioriterats.

Ovarialcancer

Det finns ett väldefinierat SVF-förlopp för ovarialcancer sedan 2016. Det finns vårdprogram för epitelial- respektive icke-epitelial ovarialcancer. Enligt den sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen för 2016–2018 utförs all kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion. I norra sjukvårdsregionen sker all kurativt syftande ovarial cancerkirurgi vid NUS, Umeå. Följsamheten till vårdprogrammet och SVF-förlopp är god.

Ökad decentralisering av cytostatikabehandling har skett och behandling ges i alla regioner. Provtagning av tumörvävnad från primärtumören utförs för genetisk screening avseende *BRC A1/2*. Mutationsbärare remitteras till Cancergenetisk mottagning/RCC för genetisk vägledning och utredning som ett led i preventivt arbete. I dagsläget sker alla analyser i Lund, men arbete för att sätta upp analysmetoden i Umeå pågår.

I Figur 1 ses regionala skillnader där Västernorrland har effektiva flöden med 88% av patienterna inom ledtiden. Detta ger även att Västerbotten når 71% inom ledtiden för patienter från Västernorrland. Detta beror till stor del på goda arbetsrutiner och SVF-koordinator i Västernorrland.



Figur 1. SVF ovarialcancer 2020

SVF Ovarialcancer 2020 Patienter startat behandling i:	Totalt antal SVF*	Antal SVF start av behandling	Andel inom maximal ledtid
Jämtland Härjedalen	28	7	33%
Norrbottnen	31	6	0%
Västerbotten	75	42	37%
Västerbotten av Jämtlands pat.	4	3	0%
Västerbotten av Norrbottens pat.	8	8	25%
Västerbotten av Västernorrlands pat.	7	7	71%
Västernorrland	45	24	88%
Norra regionen	198	97	47%
Riket			46%

* Exklusive förlopp kodade "Ej remisskriterier"

Konsekvenser

Trots att antalet misstänkta ovarialcancerfall som behandlats på NUS har ökat har inte operationsresurser tillskjutits utan snarare minskat. Detta har lett till en utträngningseffekt för samtliga diagnoser som inte haft malign valör samt akut kirurgi på universitetssjukhuset som i högre grad måste ske på jourtid i stället för på dagtid pga bristande operationsresurser. Trots detta finns stora svårigheter att upprätthålla de uppsatta SVF målen för misstänkta ovarialcancerfall med operation inom 9 dagar efter genomförd MDK.

På varje MDK görs en medicinsk bedömning om vilken behandling patienten ska erbjudas och var. Om regionen ska uppnå de uppsatta målen krävs en avsevärd satsning på operationsresurser, framför allt tillgänglig salstid på operationsavdelningen. Positivt är att subspecialiserade tumörkirurger är under utbildning för att säkerställa resursförsörjning.

Corpuscancer

Revideringen av det nationella vårdprogrammet för corpuscancer trädde i kraft 2017 (uppdaterat våren 2020) då också SVF förlopp infördes. Följsamheten till gällande vårdprogram är god.

I Figur 2 ses skillnad mellan regioner i antal startade SVF/välgrundad misstanke (förtjockad eller omätbart endometrium hos postmenopausal kvinna med blödning/flytning, kliniskt/radiologiskt fynd tydligt talande för malignitet och PAD-verifierad cancer/hyperplasi med atypi) och hur många av dessa som diagnosticeras och startar behandling.

Enligt inrapporterade data från Västerbotten resulterar varannan start av SVF i start av behandling motsvarande var tionde i Västernorrland. Detta beror till stor del på olika arbetsrutiner och avsaknad av SVF-koordinator i Umeå vilket gjort att SVF ibland startats först efter malignt PAD. Utbildningsinsats pågår och översyn av rutiner för att bättre efterfölja SVF corpus.

Figur 2 SVF corpuscancer 2020

SVF-Corpuscancer 2020 Patienter startat behandling i:	Totalt antal SVF*	Antal SVF start av behandling	Andel inom maximal ledtid
Jämtland Härjedalen	27	5	80%
Norrbotten	57	12	50%
Västerbotten	79	40	60%
Västerbotten av Jämtlands pat.	6	6	33%
Västerbotten av Norrbottens pat.	4	3	100%
Västerbotten av Västernorrland pat.	3	3	67%
Västernorrland	221	22	91%
Norra regionen	397	91	67%
Riket			54%

* Exklusive förlopp kodade "Ej remisskriterier"

Vid diagnos görs en preoperativ riskindelning gällande stadium (I-IV) samt att de fall som klassas som stadium I i nuläget indelas i en hög- respektive lågriskgrupp enligt tumörtyp, eventuell växt på djupet och in i livmodertappen.

Patienter i högriskgrupp har fått genomgå en mer komplicerad operation med lymfkörtelutrymning medan patienterna i lågriskgruppen genomgår enklare kirurgi. Operationer med lymfkörtelgrepp genomförs robot assisterat förutsatt att det inte finns några patientspecifika kontraindikationer. Patienter som klassas som lågrisk, opereras för närvarande av samtliga regioner.

Konsekvenser

Operationer med lymfkörtelutrymning har sedan tidigare centraliserats till Umeå där det byggts upp en betydande kirurgisk vana med lymfkörtelgrepp. Med lymfkörteldiagnostik har adjuvant strålbehandling kunnat minskas något i antal.

Cervixcancer

Nationellt vårdprogram för cervixcancer samt SVF-förlopp antogs 2017. Små tumörer (FIGO 1A1) kan behandlas med mindre kirurgi, konisation eller hysterektomi vid hemsjukhuset, medan större tumörer kräver mer avancerad operation inkl. lymfkörtelgrepp centraliserat till Umeå. Nationell nivåstrukturering till två centra för fertilitetsbevarande kirurgi vid cervixcancer pågår.

Patienter från norra sjukvårdsregionen remitteras i nuläget till Karolinska, Stockholm. Robotassisterad kirurgi vid cervixcancer görs i nuläget enbart i studieform. 60% av de kvinnor som erhåller primärbehandling genomgår kirurgi. Tumörer större än 4 cm eller med lokal spridning får radioterapi i kombination med cytostatika.

Figur 3 SVF cervixcancer 2020

SVF-Cervixcancer 2020 Patienter startat behandling i:	Totalt antal SVF*	Antal SVF start av behandling	Andel inom maximal ledtid
Jämtland Härjedalen	11	1	0%
Norrbottnen	4	0	-
Västerbotten	11	8	75%
Västerbotten av Jämtlands pat.	2	2	100%
Västerbotten av Norrbottens pat.	6	6	17%
Västerbotten av Västernorrland pat.	2	1	100%
Västernorrland	10	3	100%
Norra regionen	46	21	62%
Riket			34%

* Exklusive förlopp kodade "Ej remisskriterier"

Konsekvenser

Då patienterna är relativt få och behandlingen utgörs av avancerad kirurgi med lymfkörtelingrepp eller radioterapi finns sedan flera år en fungerande sjukvårdsregional nivåstrukturering.

Vulvacancer

Ett nationellt vårdprogram för vulvacancer finns sedan 2017 och SVF-förlopp från 2018. All behandling av primär vulvacancer (kirurgi och radioterapi) är från februari 2017 på nationell nivå strukturerat till 4 nationella vårdenheter: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping.

Kontroller och eftervård sker på patientens hemortssjukhus, med undantag för första kontrollen som sker på det centrum 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 centrum. I dessa fall ges vård och behandling vid respektive hemortssjukhus. Vissa patienter har tackat nej till behandling p.g.a. att de inte vill resa till något av de behandlande centrumen. Särskilda lösningar där man tvingats avvika från gängse rekommendationer har då skapats för dessa patienter.

Konsekvenser

Nivåstruktureringen med nationella centrum ger koncentration av behandling för denna mindre patientgrupp vilket ökar behandlingskompetensen. Det ger ökad möjlighet till deltagande i studier för patienterna. Denna omorganisation har krävt betydande arbete för att få tydliga och bra arbetsformer och flöden då diagnosgruppen lyfts ut från ett etablerat kontaktnät i sjukvårdsregionen. Respektive sjukhus som remitterar till behandlande centrum utanför regionen ska hålla ihop vårdprocessen och närvara på den nationella digitala MDK där beslut tas om vilken behandling som ska ges samt på vilket sjukhus planerad behandling ska ges. Det ställer högre krav på framför allt kontaktsjuksköterskefunktionen att överlämningen av patienten mellan vårdgivare sker på, ett för patienten fördelaktigt sätt.

När behandling för patienter med vulvacancer flyttats ut från sjukvårdsregionen försvinner succesivt kompetensen att utföra dessa behandlingar såväl kirurgiskt som strålbehandlingsmässigt. Det är viktigt att kompetens finns för att behandla komplikationer efter behandlingar och att kompetens för det palliativa omhändertagandet finns kvar i patientens närområde. Fortlöpande utbildning i samarbete med nationella centra planeras. För de som subspecialiserar sig inom gynekologisk tumörkirurgi krävs randutbildning på nationellt centrum.

Figur 4 SVF vulvacancer 2020

SVF-Vulvacancer 2020 Patienter startat behandling i:	Totalt antal SVF*	Antal SVF start av behandling	Andel inom maximal ledtid
Jämtland Härjedalen	5	3	33%
Stockholm av Jämtlands pat.	1	1	0%
Norrbottnen	1	0	-
Stockholm av Norrbottens pat.	1	1	0%
Östergötland av Norrbottens pat.	1	1	100%
Västerbottnen	2	0	-
Stockholm av Västerbottnen pat.	1	1	0%
Västernorrland	1	0	-
Norra regionen	13	7	29%
Riket			35%

* Exklusive förlopp kodade "Ej remisskriterier" SVF statistiken för vulvacancer är mycket osäker då det är en liten patientgrupp och data ej är komplett. Inga säkra slutsatser kan således dras från denna statistik.

Trofoblastsjukdomar

Vårdprogram finns sedan 2016 och diagnosen är nationellt nivåstrukturerad sedan 2019 till Karolinska sjukhuset. Karolinska Universitetssjukhuset har ett uppdrag att bedriva vård av gestationell trofoblastsjukdom (GTD) som nationell högspecialiserad vård, sk NHV-uppdrag.

Malign trofoblastsjukdom är mycket ovanligt, endast 0-1 kvinna per år i norra sjukvårdsregionen diagnosticeras. I dagsläget finns ingen statistik för norra sjukvårdsregionen men med tiden kommer data finnas från det nationella centrumet. Av denna anledning är det svårt att uttala sig om följsamheten till vårdprogrammet.

Kvalitetsregister

Svenska kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer (SQRGC) är ett verktyg för förbättringsarbete och kvalitetsuppföljning av den gynekologiska cancersjukvården samt ett stöd för kvalitetsutvecklingen vid den egna kliniken, regionalt och nationellt.

För respektive grupp av gynekologisk cancer registreras i SQRGC diagnos, stadium, olika patient- och tumörkaraktäristika tillsammans med given och erhållen specificerad kirurgisk och onkologisk behandling, återfall och död.

En nationell kvalitetsregisterrapport för gynekologisk cancer finns att läsa på RCCs hemsida <https://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister>

Patologi

I utredning och behandling av cancer är tiden av stor vikt och en viktig parameter är tiden det tar för att få svar på cell- och vävnadsprover. Tid mellan första besöket då eventuell provtagning utförs och SVF startas till PAD-besked som ligger till grund för behandlingsbeslut. Dels tiden från operationsdag till slutgiltig PAD-bedömning som ligger till grund för fortsatt behandling och kontroller. För exempelvis SVF corpus är målsättningen en ledtid på 9 dagar från start av SVF till PAD-besked till patienten och från kirurgi 10 dagar till slutgiltigt PAD-svar.

Tidigare har tid från operation till PAD bedömning följts via statistik från GynOp registret. Då GynOp inte längre kommer rapportera denna data får lägesrapporter inhämtas från de olika regionerna. I Region Västernorrland och Norrbotten fungerar det bra med snabba svarstider från Klinisk patologi där målsättning för ledtider uppnås.

I Region Jämtland Härjedalen har tillgång till patologer varit begränsad men med omorganisation samt fortsatt digitalisering blir patologiverksamheten mindre sårbar samt ledtider för eftergranskning minimeras. Region

Västerbotten har senaste åren kortat svarstider på PAD men de är fortfarande längre än målsättning för ledtiderna. Klinisk patologi i Umeå anger att de generellt har större provvolymen än vad labbet är dimensionerat för, vilket ger längre svarstider. De har även flera patologer under specialistutbildning vilket kan ge längre svarstider i nuläget men med tiden kan förbättra flödet.

Reflextestning för *BRC1/2*-mutation (vilket nu utförs i Lund) och HRD-analys planeras sättas upp som analys i Umeå. Detta torde säkerställa ledtider samt på sikt bli billigare om norra sjukvårdsregionen själva kan utföra dessa molekyllärologiska utredningar.

Förslag till förändringar

Områden med tydlig förbättringspotential

De områden med tydlig förbättringspotential som processgruppen för gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen vill prioritera som angelägna områden för förbättringsarbete är;

Förbättra täckningsgraden i kvalitetsregistren

Inrapportering till SQRGC vad gäller anmälan och kirurgi har tidigare skett till stor del via automatisk överrapportering från GynOp-registret. Dataexportering har upphört och rapporteringen sker nu manuellt vilket har ökat arbetsbördan för vårdadministratörer. I den nationella kvalitetsrapporten från SQRGC (se länk ovan) kan man utläsa att region norr haft 99–100% täckningsgrad på diagnos/canceranmälan, jämfört med Cancerregistret, men sedan 2019 ses lägre täckningsgrad.

Täckningsgraden på kirurgisk behandling sjönk också drastiskt efter överföring från GynOp-registret avslutades men där har organisatoriska insatser inneburit förbättring. Vad onkologisk behandling beträffar är täckningsgraden för norra sjukvårdsregionen fortfarande undermålig. Detta kräver organisatoriska insatser som berör hela regionen men framför allt Cancercentrum NUS. Inrapporterade data i kvalitetsregister ligger även till grund för Nationell Patientöversikt, NPÖ. Se vidare *långsiktigt förbättringsarbete*.

Det kan krävas en initial investering och utbildningsinsats men utveckling av sammanhållna kvalitetsregisterdata är nödvändig för öppna jämförelser i vården, den genererar data för framtida forskning och ligger även till grund för framtida nivåstruktureringar.

SVF koordinator i alla regioner

För att nå framgång i förbättringsarbetet kring SVF-rutiner, ledtider och resultat avseende diagnostik bör SVF-koordinatorfunktion finnas vid samtliga regionsjukhus. SVF koordinators roll är att säkerställa att SVF flödena är effektiva, att patienten får en snabb och säker utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Följsamhet till SVF-förloppen och måluppfyllelse skulle med största sannolikhet öka. I Sundsvall finns en SVF koordinator redan anställd och där ses en avsevärd skillnad i måluppfyllelse när det gäller SVF ledtider.

Cancerrehabilitering

Alla patienter ska erbjudas upprepade strukturerade rehabiliteringsbedömningar. Redan idag använder kontaktsjuksköterskor i norra sjukvårdsregionen screeningverktyg för strukturerade rehabiliteringsbedömningar men det finns inga tydliga lokala rutiner för vid vilka tidpunkter dessa bedömningar ska göras. Arbete krävs för att säkerställa att alla patienter erbjuds cancerrehabilitering. Målsättningen är att det ska finnas skriftliga rutiner vid varje klinik för behovsbedömningar gällande cancerrehabilitering.

Att tidigt i vårdförloppet följa upp behov av cancerrehabilitering ger förutsättningar till ökad livskvalité, förbättrad återhämtning efter kirurgisk/medicinsk behandling och är en del i arbetet att förebygga och uppmärksamma komplikationer. Utifrån patientens skattade rehabiliteringsbehov kan kontaktsjuksköterskan sätta patienten i kontakt med rätt kompetens alternativ lyfta frågeställningen på lokala cancerrehab ronder eller till den regionala bäckenrehab MDK vid svårare ärenden. För detta behövs inga stora ekonomiska investeringar (kostnadsneutralt) eller utbildningsinsatser men arbetsinsatser från kontaktsjuksköterskor krävs för kunskapsutbyte och vårdutveckling med exempelvis auskultation och kontaktsjukskötersketräffar.

Min Vårdplan, nationell digital vårdplan

Nationella arbetsgrupper arbetar just nu för att ta fram diagnosspecifik patientinformation för alla stora cancerdiagnoser. Detta möjliggör att alla kliniker kan använda sig av aktuell och faktagranskad information att delge patienten. Min Vårdplan kommer att finnas tillgänglig för patienten via 1177.se eller via pappersversion. Kontaktsjuksköterskor som redan idag använder sig av den digitala vårdplanen ser en stor vinst för patienten med god information och delaktighet samt en tidsbesparing för kontaktsjuksköterskorna dvs resursbesparande.

Kompetensförstärkande åtgärder***Task-shifting genom SVF koordinator i alla regioner***

SVF-koordinator 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 sjukvårdsregionalt eller nationellt centrum. Behovet av SVF-koordinator har funnits under lång tid och förhoppningen är att behovet kan tillgodoses inom det närmsta året. Det kan krävas en initial investering och utbildningsinsats men troligen kan det i längden innebära en faktisk kostnadsminskning, resursbesparande.

Utbildning av nyckelpersoner med specifik kompetens:

Två specialister i gynekologi genomför i nuläget subspecialiseringsutbildning i gynekologisk tumörkirurgi i Umeå och beräknas vara färdiga inom 1–2 år. Ytterligare två utbildningstjänster behöver påbörjas inom närmaste 5 åren för att säkra tillgången på sikt.

Gynekologisk onkologi är en grenspecialitet där kompetens endast finns hos ett fåtal nyckelpersoner och akut utbildningsbehov föreligger. Detta kräver en viss investering och

utbildningsinsats men för fortsatt vård av gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen är kompetensen helt nödvändig.

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Utredning/diagnostik

Utredning har en fungerande nivåstrukturering med huvuddelen av utredning och diagnostik via hemortssjukhuset, detta är till fördel för patienten. PET-CT finns enbart i Umeå.

Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling

Enheter med hög volym och etablerat samarbete med andra kirurgiska specialiteter behövs för avancerad kirurgi med goda resultat. Tumörkirurgin utvecklas hela tiden och de senaste åren har teknik för detektion av portvaktscörtlar (sentinel nodes, SLN) etablerats.

En större revision av vårdprogrammet för corpuscancer pågår där en betydande förändring är att alla patienter utan tecken på spridd sjukdom och som bedöms vara aktuella för postoperativ onkologisk behandling baserat på körtelstatus rekommenderas operation med sentinel node diagnostik.

Patienter som tidigare ingick i lågriskgruppen där lymfkörtelengagemang missas till 5–7% med nuvarande riktlinjer kan till större grad bli korrekt stadiindelade och erbjudas adjuvant behandling efter kirurgi (undvika underbehandling). Patienter som tidigare ingick i högriskgruppen besparas fullständig lymfkörtelutrymning (undvika överbehandling).

Utifrån förändringen i kommande vårdprogram försvinner preoperativ indelning i hög- resp. lågrisk och preoperativ utredning förenklas vilket kan korta utredningstiden för patienten.

Vid kirurgi med sentinel node diagnostik kan patienten ofta återvända hem dagen efter kirurgi, jämfört med lymfkörtelutrymning (tidigare högriskgrupp) där patienten stannar på sjukhus 2–3 dagar. Omstruktureringen kan innebära längre resväg för patienterna (tidigare lågriskgrupp), då kirurgin centraliseras. Med sentinel node diagnostik minskar risken för lymfödem betydligt jämfört med lymfkörtelutrymning (tidigare högriskgrupp).

Med ökad erfarenhet kan allt fler patienter med komplicerande faktorer såsom fetma opereras med minimal invasiv teknik vilket är till fördel för patienten. Koncentration av kirurgi ökar också möjligheterna för patienter att delta i kliniska forskningsstudier.

För universitetskliniken med subspecialisering inom tumörkirurgi och färdiga subspecialister skulle förändringen innebära ökad operativ volym och vidmakthållande av kompetens inom sentinel node-diagnostik för regionen. Regionklinikerna skulle med denna omstrukturering få mindre malign kirurgi vid hemsjukhusen och det finns farhågor att kompetens går förlorad. Det skulle innebära ökad kostnad då patienter skickas till annat sjukhus.

Ytterligare koncentrerad kirurgi skulle innebära att upp till 60 patienter per år skulle remitteras till universitetskliniken i Umeå för operation. Operationstiden med SLN diagnostik är halverad jämfört med en fullständig lymfkörtelutrymning vilket innebär att 35–40 patienter fler per år kan opereras inom befintlig operationsresurs på NUS. Ett tillskott på cirka 12 operationsdagar med robotkirurgi per år krävs för att inrymma den nya patientgruppen. I nuläget är operationsresurserna på NUS otillräckligt dimensionerade och ett ökat patientflöde riskerar att förlänga ledtiderna.

Remissrundan för det nya vårdprogrammet är i skrivande stund avslutad men slutgiltig version är inte fastställd. Organisatoriskt innebär införande av det nya vårdprogrammet troligen stora förändringar men hur dessa förändringar ska genomföras i norra sjukvårdsregionen inom de närmaste fem åren är idag oklart. Norra sjukvårdsregionen har utmaningar med stora geografiska

avstånd och det kräver eftertanke för att alla patienter ska kunna erbjudas jämställd och likvärdig vård oavsett bostadsort.

Cancerrehabiliterande åtgärder

Cancerrehabilitering har en fungerande nivåstrukturering med huvuddelen av inventering av behov och rehabilitering via hemortssjukhuset, detta är till fördel för patienten. Vid svårare frågeställningar finns möjlighet att remittera till diagnosöverskridande bäckenrehab MDK.

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

Utredning/diagnostik

För patienten är det en fördel om all utredning kan ske i hemregionen, även PET-CT.

Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling

Fungerande nivåstrukturering där man vid varje MDK gör en medicinsk bedömning om vilka som kan erbjudas kirurgi på hemorten och onkologiska behandlingsenheter finns på respektive regionsjukhus.

Cancerrehabiliterande åtgärder

Att öka decentraliseringen av cancerrehabiliterande åtgärder ger patienten möjlighet att få insatser så nära hemmet som möjligt. Kontaktsjuksköterskan gör återkommande bedömningar av rehabiliteringsbehov och kan hjälpa patienten till rätt kompetens i form av dietist, arbetsterapeut, fysioterapeut, lymfterapeut, stomiterapeut, psykolog, kurator eller sexologisk kompetens. Här är primärvården en viktig aktör.



Kortsiktiga mål och målnivåer

Sammanfattning av målnivåer för gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen.

Mål	Nuläge*	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad mot cancerregistret för samtliga diagnoser.	88%	100%	2024	SQRGC-data
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterskan administrativt	Endast en koordinator finns anställd i sjukvårdsregionen, Sundsvall. SVF koordinator på deltid i Skellefteå.	En koordinator bör finnas på varje läns-sjukhus samt två på NUS	2024	Intervju med resp verksamhetschef
Andel verksamheter som har skriftlig lokal rutin för bedömning av rehabiliteringsbehov.	0 av 8 kliniker i dagsläget.	100% av klinikerna	2024	Enkät till respektive klinik
SVF ovarial VGM-start av behandling	Norra sjukvårdsregionen 47%	8 % för hela sjukvårdsregionen	2024	SVF statistik
SVF corpus VGM-start av behandling	Norra sjukvårdsregionen 67%	80% för hela sjukvårdsregionen	2024	SVF statistik
SVF cervix VGM-start av behandling	Norra sjukvårdsregionen 62%	80% för hela sjukvårdsregionen	2024	SVF statistik
SVF vulva VGM-start av behandling	Norra sjukvårdsregionen 29%	80% för hela sjukvårdsregionen	2024	SVF statistik

Långsiktigt förbättringsarbete

Min vårdplan

Det är aktuellt att arbeta för att införa nationell digital Min vårdplan men det är för tidigt i processen för att sätta målnivåer.

IPÖ

IPÖ är ett nationellt IT-stöd som används för att samla in ett flertal viktiga uppgifter om varje cancerpatient. IPÖ samlar strukturerade uppgifter om patientens sjukdomshistoria, sjukdomsstatus, laboratoriedata, undersökningar, behandlingar, biverkningar, symtom och livskvalitet. Data visas från INCA-registret. Informationen sammanställs och visualiseras på ett överskådligt sätt i IPÖ. IPÖ kommer lanseras 2021 för äggstockscancer men för norra sjukvårdsregionen är det för tidigt i processen att sätta målnivåer.

SWOT-Analys

SWOT-analys för gynekologisk cancer i norra sjukvårdsregionen.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Täckningsgrad mot cancerregistret för samtliga diagnoser.	Kompetens finns för uppgiften	Brist på avsatt tid för personal som kan inrapportera data	Kvalitetsuppföljning är hörnpelare i vården.	Ökad administrativ börda för sjukvården i stort
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterskan administrativt.	Bred enighet i processgruppen gällande fördelarna med SVF-koordinatorer.	Saknas öronmärkta pengar för SVF koordinatortjänst i de flesta regioner.	Finns upparbetad arbetsbeskrivning för uppdraget och evidens för att funktionen effektiviserar SVF-flöden.	Ekonomisk kortsiktighet
Andel verksamheter som har skriftlig lokal rutin för bedömning av rehabiliteringsbehov.	Hälsoskattningar för cancerrehabiliteringar görs idag av kontaktsjuksköterskor.	Högre arbetsbelastning för kontaktsjuksköterskor	Ett gemensamt intresse från vård och patientgrupp att förbättra cancerrehabilitering.	Ökad administrativ börda för sjukvården i stort
SVF ovarial VGM-start av behandling SVF corpus VGM-start av behandling SVF cervix VGM-start av behandling	Tydlig vårdprocess finns med upparbetade kontaktvägar, remissmallar och fungerande MDK	Otillräckligt administrativt stöd, SVF-koordinator. Brist på operationsresurser.	Tillgång till robotassisterad operationsteknik. Digital samverkan/samarbete mellan regioner gällande patologi och radiologi.	Vårdskuld efter covidpandemi. Nationell brist på hälso- och sjukvårdspersonal.
SVF Vulva VGM-start av behandling	God följsamhet till vårdprocessen	Helt beroende av behandling utanför regionen	Digitalisering och koncentration av behandling för mindre patientgrupper. Ökad möjlighet till deltagande i studier. Ökad kompetens vid nationella centrum.	Långa resvägar. Ökade kostnader. Fyra nationella centrum med olika rutiner.

