

Processplan för hudmelanom 2022–2024

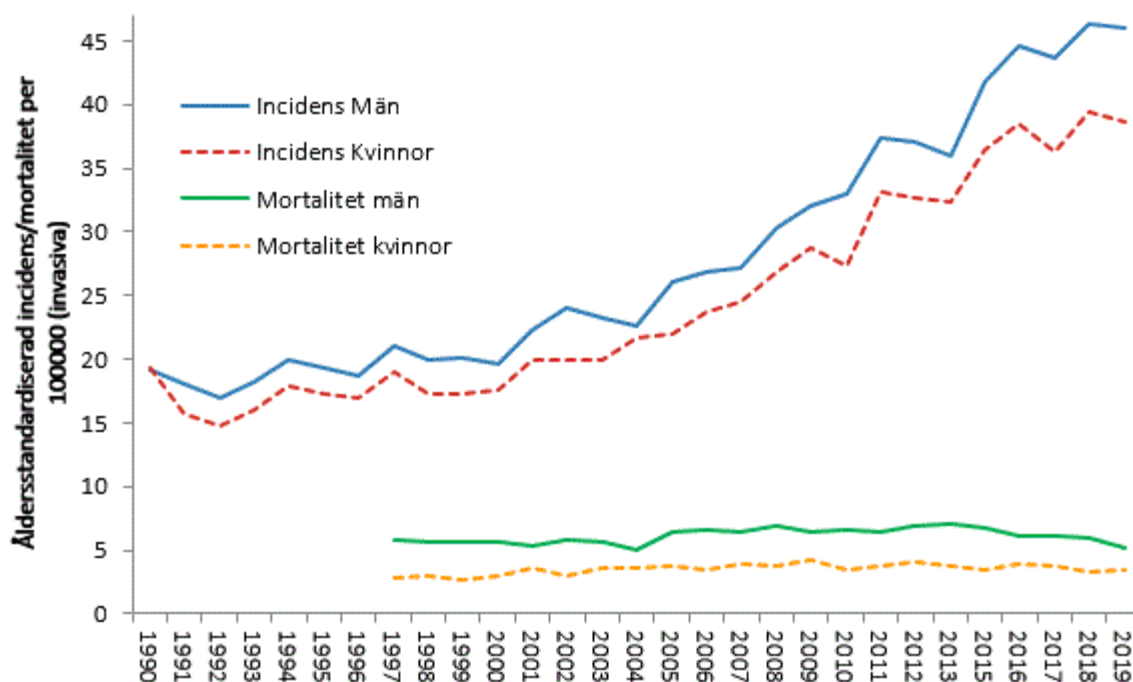
Bakgrund

Drygt 4000 invasiva maligna melanom i huden och ungefär lika många förstadium diagnostiseras årligen i Sverige. Enligt Svenska Melanomregistrets kvalitetsrapport, (SweMR) 1990–2019 har antalet invasiva hudmelanom fortsatt att öka till den högsta noteringen någonsin, 4618 fall/år vilket är mer än fyra gånger så många som i början av 90-talet. Melanom är nu den sjätte vanligaste cancersjukdomen för män och den femte vanligaste för kvinnor.

Antalet personer som dör av melanom (drygt 500/år) har dock inte ökat i samma takt. 2019 dog 474 patienter i sjukdomen. En anledning till detta kan vara att vi i Sverige senaste åren infört ny onkologisk behandling som på ett avgörande sätt ger patienter med metastaser en förlängd överlevnad. Även adjuvant behandling inleddes 2019 för patienter med sämre prognos. Utveckling av denna behandling kommer att kunna följas i register framöver.

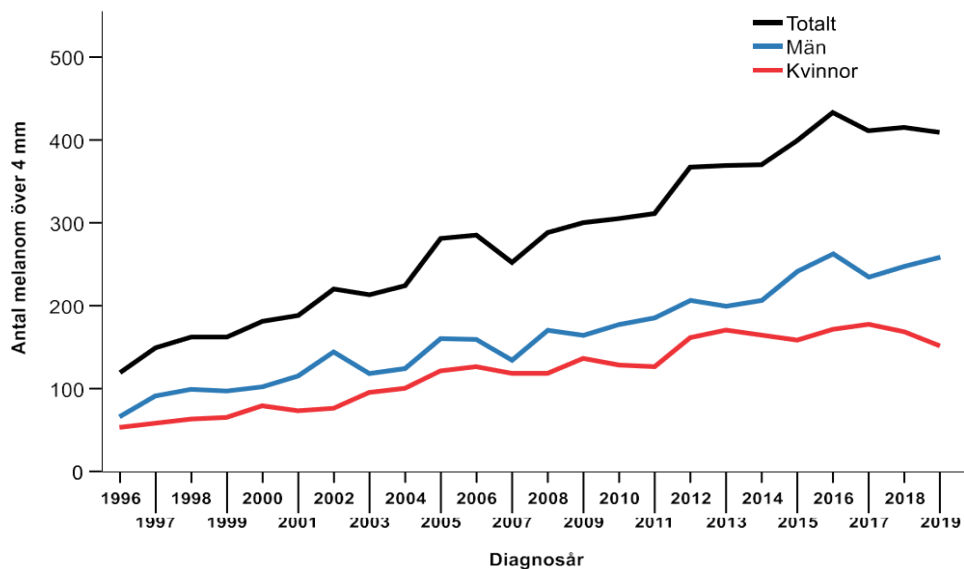
Såväl tidig upptäckt som snabb diagnostik är avgörande för prognosen i hudmelanom och för patienter med tunna melanom (≤ 1 mm) är prognosen synnerligen god då endast enstaka patienter i denna grupp får återfall och riskerar att dö i sjukdomen. Proportionellt har allt fler in situ-melanom diagnostiserats senaste åren liksom tunna melanom, båda med mycket god prognos. Mediantjockleken för primära melanom i Sverige har under många år legat kring eller just över 1 mm.

Kvinnor har en större andel tunna melanom än män vilket avspeglas i en bättre melanomöverlevnad. En liten andel av patienterna har melanom med okänd primärtumör eller melanom lokaliserade till slemhinnorna eller ögat.



Bilden visar åldersstandardiserad incidens/mortalitet per 100 000. Incidensen har ökat och är nu mer än fyra gånger så hög jämfört med i början på 1990-talet. Antalet som dör i melanom har dock inte ökat i samma takt.

Ser man på incidensen av de tjocka melanomen (>4mm) så har denna fyrdubblats de senaste tjugo åren och detta är en grupp av melanompatienter som har den största risken för att få spridd sjukdom. Ökningen ses i alla sjukvårdsregioner, men ökningen i norra sjukvårdsregionen är minst.



Bilden visar antal melanom över 4 mm (tjocka melanom) hos män, kvinnor och totalt mellan åren 1996–2019

Både genetiska och externa faktorer som exempelvis solvanor påverkar individens risk för melanom. Vissa genetiska faktorer bidrar självständigt med hög risk, till skillnad från mera välkända (solbrännskada, röd hårfärg) som är relativt svaga (fördubblad relativ risk).

Värdet av diagnostiska och förebyggande insatser är störst vid stor absolut risk, främst hos äldre individer samt hos yngre och medelålders högriskindivider med en relativ risk som är minst 5–10 gånger högre än hos normalbefolkningen. Riskfaktorerna vägs samman i en övergripande riskbedömning. Tidig upptäckt av melanom kan förbättras av att läkare är medvetna om vilka högriskgrupperna är och att dessa individer informeras om sin risk.

Det finns skillnader i incidens mellan regionerna vilka dels förklaras av latitud, men som även kan avspegla socioekonomiska förhållanden, rese -och solvanor och tillgänglighet till tidig diagnostik. Sedan 2016 finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) för malignt melanom som uppdateras regelbundet, senast 2021.

Antal invasiva hudmelanom och täckningsgrad i procent uppdelat på sjukvårdsregion och år.

	Södra	Västra	Sydöstra	Stockholm/ Gotland	Uppsala/ Örebro	Norra	Sverige
Diagnosår							
1990-1994	1186(99)	1504(98)	653(97)	1503(99)	-	243(100)	5089(98)
1995-1999	1597(99)	1929(99)	962(99)	1431(99)	1123(97)	586(100)	7628(99)
2000-2004	1793(98)	2177(99)	1037(99)	1816(98)	1735(100)	623(100)	9181(99)
2005-2009	2284(98)	2718(98)	1477(99)	2356(93)	2403(100)	784(99)	12022(98)
2010	516(100)	633(99)	400(100)	596(100)	563(99)	174(100)	2882(100)
2011	624(100)	780(100)	415(100)	656(100)	682(98)	177(100)	3334(99)
2012	632(100)	828(100)	439(100)	646(100)	669(99)	195(100)	3409(100)
2013	611(99)	801(100)	441(100)	663(100)	630(100)	223(100)	3369(100)
2014	746(98)	871(100)	477(100)	788(100)	696(100)	230(100)	3808(99)
2015	804(99)	850(100)	523(100)	717(100)	835(100)	221(99)	3950(100)
2016	867(96)	883(100)	538(100)	807(100)	950(100)	237(98)	4282(99)
2017	876(99)	836(100)	539(100)	779(98)	953(100)	227(98)	4210(99)
2018	954(98)	953(100)	593(100)	847(99)	938(99)	302(98)	4587(99)
2019	1065(100)	934(100)	608(100)	713(80)	1018(96)	280(95)	4618(95)
Totalt	14555(99)	16697(100)	9102(99)	14318(92)	13195(99)	4502(99)	72369(99)

Under 2016 diagnostiserades 237 invasiva melanom i Norra sjukvårdsregionen. Denna siffra hade 2019 ökat till 280.

Incidenssiffrorna är baserade på antal melanom och inte på antal patienter. Kodningsprinciperna för att registrera melanom ändrades i mitten på 2000-talet (all melanom registreras om det finns flera vid samma diagnostillfälle). Detta kan dock endast marginellt påverka incidenssiffrorna.

Tabell 2. Åldersstandardiserad incidens invasiva melanom per 100 000 uppdelat på sjukvårdsregion och kön, 2015-2018.

		Södra	Västra	Sydöstra	Uppsala/ Örebro	Norra	Stockholm/ Gotland	Sverige
Män	2015	46	47	48	39	22	41	41
	2016	51	49	46	46	24	41	44
	2017	49	44	53	46	24	41	43
	2018	54	50	55	42	32	45	46
Kvinnor	2015	41	42	45	35	22	29	36
	2016	43	42	47	38	23	33	38
	2017	42	40	43	38	20	32	36
	2018	44	47	47	39	27	32	39

Vi ser i tabell 2 åldersstandardiserad incidens av invasiva melanom per 100 000 uppdelat på sjukvårdsregion och kön.

Utifrån dessa siffror och den årliga nationella incidensökningen på ca 5% så förutspås ingen nämnvärd minskning de kommande fem åren.

Metoder som används för diagnos

- Klinisk undersökning och anamnes
- Dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning
- Diagnostisk excision
- Histopatologi
- Radiologiska undersökningar
- Sentinel node-biopsi
- Specialanalyser (mutationsanalys och immunohistokemi)
- Fjärrmetastasutredning

Metoder som används för behandling

- Excision
- Utvidgad excision
- Lymfkörtelutrymning
- Systemisk behandling (Immunterapi, perorala kinashämmare, cytostatikabehandling)

Metoder som används för uppföljning

- Kontroller hos dermatolog med dermatoskopi och eventuellt foto
- Kliniska kontroller hos kirurgen enligt vårdprogram
- Radiologiska kontroller enligt vårdprogram
- Uppföljning via multidisciplinär konferens, MDK

Kontroller hos dermatolog syftar till att upplysa patienten om tecken och symtom på ny primärtumör och hitta patienter med misstänkt familjärt melanom.

Kontroller hos kirurgen syftar till att upplysa patienten om tecken på återfall och spridning. Samtliga patienter bör erbjudas utbildning om egenkontroll av huden och god tillgänglighet till kontaktsjuksköterska (kssk) och sjukvård.

Metoder som används för rehabilitering

- Krisstöd i samband med utredning, diagnos, behandling och efter behandling.
- Psykologiskt stöd och stöd avseende copingstrategier som möjliggör ett beteende som främjar hälsa.
- Mobilisering och fysiska rehabiliteringsåtgärder för att återfå funktion efter kirurgi, radioterapi och kemoterapi, enskilt eller under handledning av fysioterapeut eller arbetsterapeut.
- Behandling av lymfödem, se Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering 2021.
- Information om samhällliga rättigheter.
- Anpassad info för att förstå och förebygga hälsorisker tex sunda solvanor och egenkontroller av huden.
- Vilken vårdinstans patienten ska vända sig till vid frågor eller vid upptäckt av nya misstänkta hudförändringar.

I det nationella vårdprogrammet för malignt melanom (2021) framhålls att behovet av omvårdnad och rehabilitering hos patienter med melanom skiljer sig åt beroende på stadium och typ av melanomsjukdom. Då de flesta patienter med melanom blir botade efter operation finns

ett generellt sett litet behov av rehabiliteringsinsatser, men det är av vikt att vara uppmärksam på att behovet kan finnas än om patienten blivit botad från sin sjukdom. Behov av rehabilitering skall bedömas fortlöpande.

Förutom patienter kan närstående innefattas av rehabiliteringsåtgärder, då särskilt barn som anhöriga, som har en särställning, där hälso-och sjukvården har en skyldighet att ge dem information och stöd i enlighet med hälso-och sjukvårdslagen. För patienter med melanomsjukdom som genomgått onkologisk behandling (kirurgisk, medicinsk) föreligger ibland behov av rehabiliteringsinriktade åtgärder. För en mindre andel av patienterna, där onkologisk behandling inte kan fördröja progress, ska vårdprocessen dessutom tillgodose behov av palliativ vård.

Primärprevention

- Individuellt anpassade solskyddsråd kan ges baserade på Strålsäkerhetsmyndighetens råd.
- Användning av solarier i kosmetiskt syfte avrådes.
- Sunda Solvanor som är en cancerförebyggande satsning som förmedlar hur viktigt det är att skydda sin egen och barns känsliga hud mot solen via BVC pågår i alla fyra regioner för 2020 och 2021.

Sekundärprevention

- God tillgänglighet på HC bör ges till allmänheten för att få misstänkta hudförändringar undersökta med dermatoskopi.
- Högriskgrupper undervisas i egenkontroller av huden.
- Vid misstänkt familjärt melanom, utifrån definition i nationellt vårdprogram, bör en remiss för familjeutredning på cancergenetisk mottagning erbjudas.

Melanomprocessen utifrån ett patientperspektiv

Tidig upptäckt och kirurgiskt borttagande av melanom är fortfarande avgörande för prognosen i sjukdomen. Första nivån för de flesta patienter som söker för misstänkt melanom i huden är primärvården, (PV). Vid misstanke eller stark (välgrundad) misstanke om melanom ska utredning ske med dermatoskopi, diagnostisk excision, teledermatoskopisk konsultation eller remiss till dermatolog. I det nationella vårdprogrammet för melanom (2021) poängteras vikten av tidig diagnostik med användning av dermatoskopi liksom samarbete mellan distriktsläkare och dermatolog.

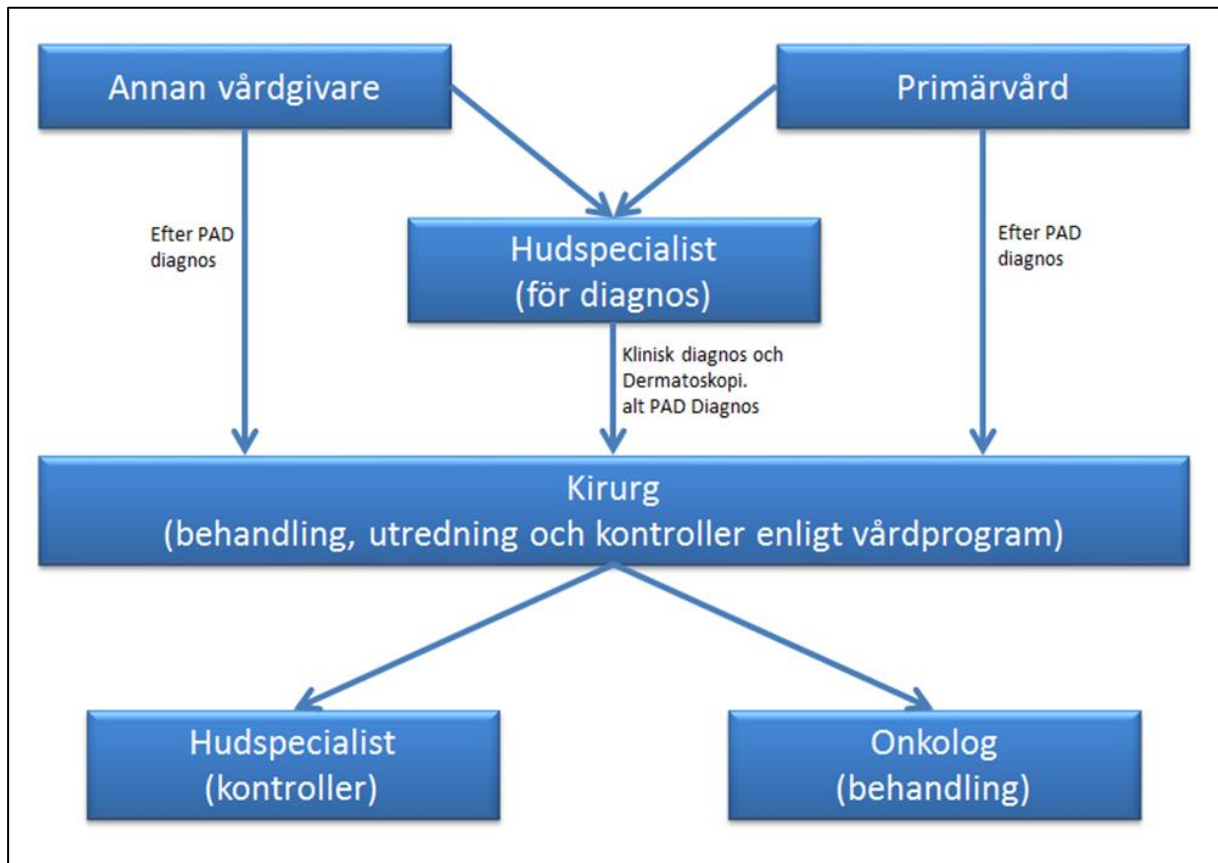
Enligt den nationella cancerstrategin från 2009 ska alla patienter med cancerdiagnos erbjudas en fast vårdkontakt vid den klinik som vårdar patienten. Kontaktsjuksköterskor (kssk) finns på kirurgkliniken i Sunderbyn, Umeå, Östersund och Sundsvall. Vid hudkliniken finns kssk i Sunderbyn, Umeå, Östersund och Sundsvall. En kontaktsjuksköterska har särskilt ansvar för patienten och närstående genom hela vårdkedjan och skall vara särskilt tillgänglig vid frågor och funderingar.

Att vara ett stöd för patienter och anhöriga är en annan viktig uppgift. Alla patienter med en cancerdiagnos skall få en individuell vårdplan i enlighet med den nationella cancerstrategin 2009. I denna vårdplan skall bedömning och uppföljning av cancerrehabilitering ingå. Enligt den nationella beskrivningen av kontaktsköterskans uppdrag är en del att hen ansvarar för upprättandet av en individuell vårdplan. Ser man på hur många av patienterna med hudmelanom i norra regionen som i PREM-enkäten för 2019 uppger att de fått en individuell vårdplan svarade 58% att de fått en. Detta står sig jämt mot övriga Sverige där totalantalet var 58%. Alla patienter

som fått melanomdiagnos erbjuds en kontroll av hela huden, enligt det nationella vårdprogrammet, av dermatolog.

Eftersom diagnostik och behandling av melanom innebär flera steg måste samtliga steg i processen och samtliga ledtider beräknas utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling. Sedan SVF startade har man i sjukvårdsregionen arbetat för att uppfylla dessa krav.

Patientens vårdkedja inom sjukvårdsregionen i sjukvårdsregionen



Bilden visar patientens flöde genom vårdkedjan i sjukvårdsregionen. Från primärvård eller annan vårdgivare vidare till specialistvården för behandling och utredning.

Organisation

Hur organisationen är uppbyggd varierar i de olika regionerna och ofta finns det framtagen en överenskommelse mellan primärvård och specialistsjukvård för att tydliggöra ansvarsfördelning. Det finns ett flertal olika specialiteter involverade i handläggningen av patienter med malignt melanom. Primärvård, dermatologi, ÖNH, oftalmologi, plastikkirurgi, patologi, radiologi, allmän kirurgi och onkologi kan bli inblandade i en eller flera delar av vårdkedjan.

Hälsocentral

Primärvården har en nyckelroll i tidig melanomdiagnostik eftersom de flesta patienter i norra regionen söker sin hälsocentral för bedömning av hudförändringar. I vissa fall upptäcks dock melanomet av vårdgivare vid patientundersökning av annat skäl. Samarbetet mellan primärvård och specialistvård är en utmaning, speciellt i landsting och regioner med många stafettläkare. Lågt

deltagande vid informationstillfällen och utbildningar som riktas till primärvården förekommer. Det är därför viktigt med ett tydligt ledarskap som säkerställer engagemang och fortsatt dialog mellan primärvården och specialistsjukvårdens utredande enheter. Patienterna remitteras till specialistvården för närmare diagnostik (dermatoskopi), större kirurgiska ingrepp, utredning, uppföljning samt behandling av avancerad sjukdom vilket vanligen sker vid de större sjukhusen i Sverige.

Hudklinik och teledermatoskopi

I det nationella vårdprogrammet rekommenderas teledermatoskopi för snabbare handläggning och tidigare upptäckt av melanom.

I RN fattades beslut om att införa teledermatoskopi 2019 och det är nu breddinfört i RN. Det finns sex privata hälsocentraler (HC) som har avtal med Dermicus. Patienten söker sin HC för bedömning. Foto tas som läggs i patientens journal. En elektronisk remiss skickas till hudkliniken där dermatolog bedömer remissen samt foto. I Region Norrbotten finns dermatologer i en enda stad.

I Region Västerbotten infördes teledermatoskopi på bred front 2014 och alla hälsocentraler har möjlighet att skicka remiss för teledermatoskopi till hudkliniken för bedömning. I sin tur remitterar kirurgen vissa patienter till onkologen enligt vårdprogram. Dermatologer finns centralt belägna i Umeå. I regionen är det bestämt att all excision, där det finns en välgrundad misstanke om melanom, skall ske inom specialiserad vård. Dermatologen i sin tur kan välja att operera bort tumören (med hänsyn till storlek, lokalisation) eller remittera patienten vidare till kirurgklinik enligt SVF. I de fall där patienten opererats via hudkliniken och diagnosen bekräftas av patologen remitteras patienten till kirurgen för utvidgad kirurgi samt vidare utredning/behandling enligt vårdprogram.

I Region Jämtland Härjedalen togs beslut att införa teledermatoskopi 2020–2021 med uppstart av pilotprojekt under 2021. I nuläget kommunicerar primärvården med hudkliniken via vanlig remiss alternativt via remiss med bild. Dermatologer finns i Region Jämtland Härjedalen centralt belägna i en enda stad.

I Region Västernorrland har beslut fattats om att införa teledermatoskopi och pilotprojekt pågår. En utmaning i regionen är inflödet av vanliga remisser (numera oftast med foto) som tar tid att bedöma och ibland besvara utan besök samt sporadiska teledermatoskopiremiss (inom och utom projekt) av varierande kvalitet. En svårighet som upplevs med detta är att kunna avsätta tillräckligt med tid för en dermatolog för fullskalig teledermatoskopiverksamhet. Det kräver utbildningsinsatser både för dermatologer samt i primärvården. I nuläget kan primärvården höra av sig till dermatologjour vid stark misstanke på malignt melanom och med foton i journalen ges en bättre bedömning. I regionen är sköterskebemanningen låg. Detta påverkar förutom övrig verksamhet på kliniken även kontaktsjuksköterskefunktionen. I regionen är dermatolog centralt belägen i Sundsvall, men är två dagar vardera i Örnsköldsvik samt Sollefteå.

Kirurgklinik

Sentinel node biopsi (SNB) är decentraliserad sedan 2013. Det görs nu vid sjukhusen i Sunderbyn, Sundsvall, Östersund och vid Universitetssjukhuset i Umeå. SNB i huvudhalsregionen är sedan 2019 centraliserad till Öron-Näsa-Halskliniken vid Sundsvalls sjukhus.

Lymfkörtelutrymningar görs främst på kirurgkliniken i Umeå. Under 2019 gjordes 9 utrymningar och 4 var regionpatienter. Då färre och färre utrymningar görs på grund av ändrade riktlinjer, så borde denna kirurgi centraliseras. I Region Norrbotten görs lymfkörtelutrymningar vid kirurgkliniken i Sunderbyn, men även här ses en minskning av antalet utrymningar i axill och

ljumske. En del patienter som opereras i Sundsvall, Östersund eller Sunderbyn dras på multidisciplinär konferens (MDK) enligt aktuell rutin, så NUS får kännedom om förfarandet. För ett fåtal patienter med metastaserad sjukdom kan behandling med isolerad hyperterm infusion/perfusion (ILI/ILP) vara aktuell. I Sverige görs det endast vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. De patienter som inte bedöms behöva följas av specialistvården enligt vårdprogrammet efter avslutande kirurgi hänvisas till sin hälsocentral vid funderingar kring förändrade eller nya märken för bedömning.

Patologi

Den histopatologiska bedömningen av tumören vid melanom som många gånger är komplicerad, är avgörande för korrekt handläggning och prognos samt omfattar allt oftare molekylär patologi och enligt det nationella vårdprogrammet bör den histopatologiska bedömningen samt undersökning av lymfkörtelpreparat göras av melanominriktad patolog. I Region Västerbotten är det nu fullbemannat. Dock finns bara en melanominriktad patolog på heltid och detta kan bli sårbart. Bemanningen i övriga sjukvårdsregionen är oklar vid sammanställningen av denna cancerplan.

Onkologi

Utvecklingen av nya behandlingar som inkluderar målsökande läkemedel och immun-checkpoint-hämmare, har gått mycket snabbt för melanom och har markant förlängt tiden till återfall och förbättrat överlevnaden vid metastaserad sjukdom. Cancercentrum vid NUS uppger att de ser ett kommande ökat behov av kontaktsjuksköterskor då de sköter all toxicitetsuppföljning hos de melanompatienter som behandlas hos dem. Tillgång till onkolog och onkologisk behandling finns i sjukvårdsregionen

Multidisciplinär konferens MDK

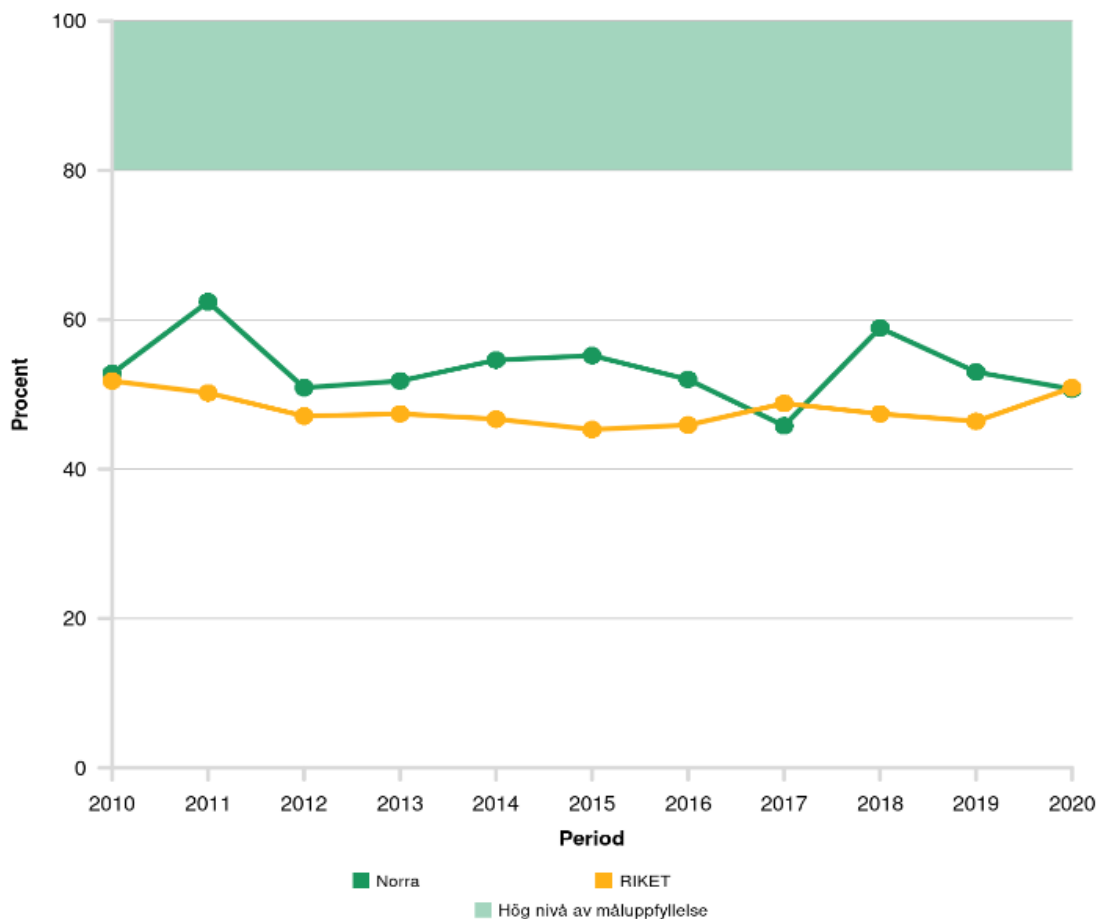
Funderingar kring vidare handläggning anmäls och diskuteras veckovis vid multidisciplinär konferens (MDK) där olika professioner inom vårdkedjan deltar och bidrar med sin kompetens. Uppdaterad rutin för anmälan till MDK finns på Norra sjukvårdsregionförbundets hemsida.



Resultat i sjukvårdsregionen år 2020

Måluppfyllelse 80%-målet

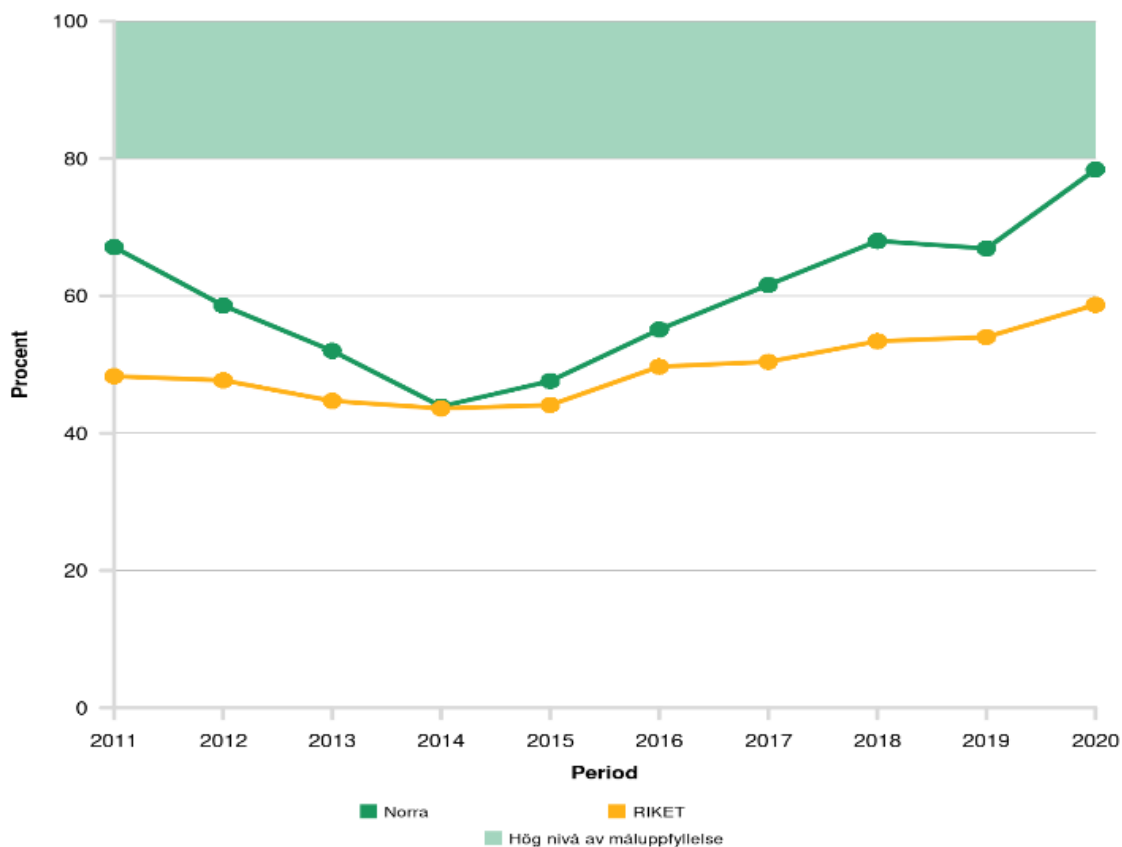
Från första läkarbesök till primärkirurgi inom 1 vecka



Bilden visar hur många procent som blir opererade inom en vecka från första läkarbesöket i norra sjukvårdsregionen jämfört med hela Sverige.

Region Jämtland Härjedalen ligger närmast 80%-målet på 62%. Region Västerbotten ligger på 46% medan övriga regioner ligger runt 50%.

Från primärkirurgi till svarsdatum för patologi inom 2 veckor

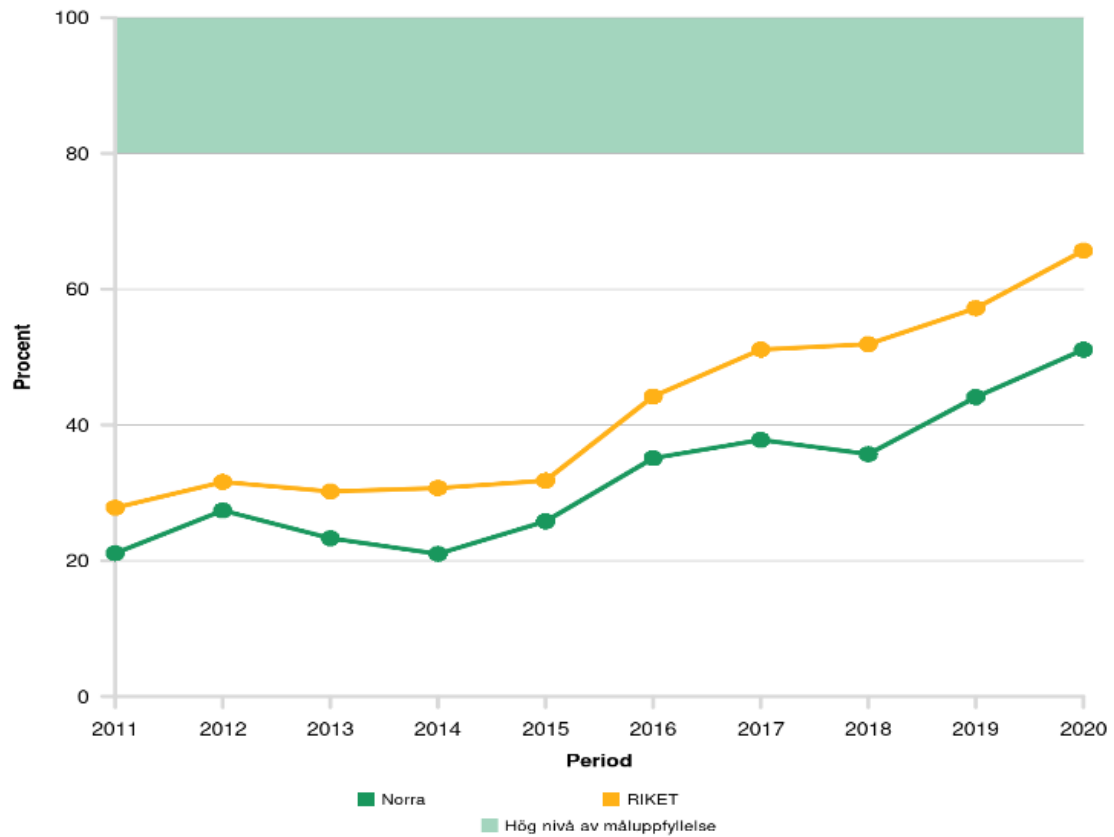


Bilden visar i procent hur många som inom två veckor får PAD-besked i norra sjukvårdsregionen jämfört med övriga Sverige.

Både Region Västernorrland (RVN) klarar målet med en frekvens på 94% samt Region Norrbotten (RN) på 86%. Region Jämtland Härjedalen (RJH) ligger på 55% och Region Västerbotten (RV) på 67%.



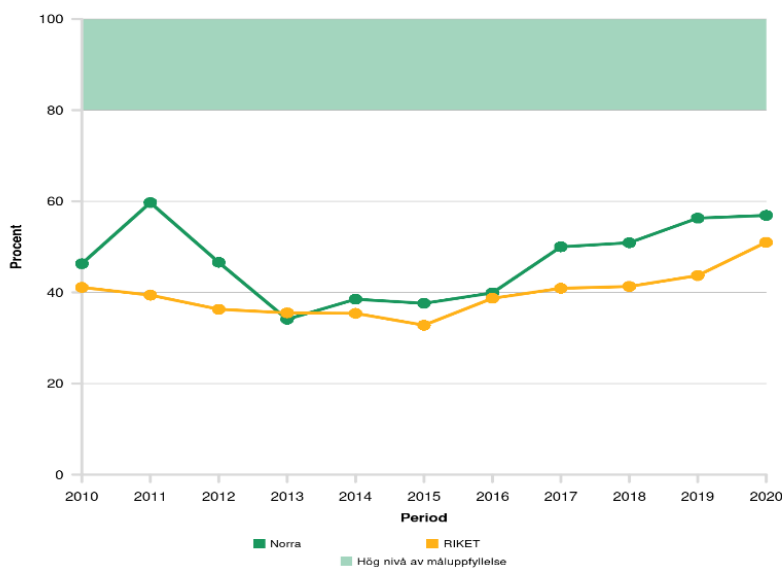
Från svarsdatum patologi till utvidgad kirurgi inom 3 veckor



Bilden visar i procent hur många som genomgår utvidgad kirurgi inom tre veckor från patologisvar. Jämförelse i procent mellan norra sjukvårdsregionen och nationellt.

RN ligger på 62% och RVN på 44%. Övriga regioner ligger på 50%.

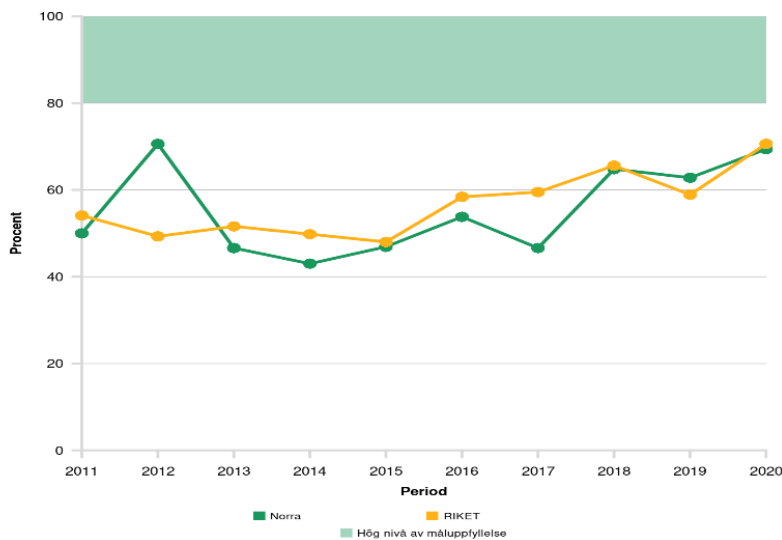
Från första läkarbesök till diagnosbesked inom 4 veckor



Bilden visar i procent hur många som inom fyra veckor från första läkarbesök får diagnosbesked.

RJH är närmast 80%-målet med en frekvens på 75%. Därefter följer RN på 69% och RVN på 60%. RV är drygt halvvägs till målet på 43%.

Från Sentinel node till svarsdatum patologi inom 2 veckor



Bilden visar i procent hur många som inom två veckor från Sentinel-node får svarsbesked på patologi. Jämförelse mellan norra sjukvårdsregionen och övriga Sverige.

RN klarar målet med sina 92% inom ledtid. RVN kommer därefter på 76%. RV ligger på 36%. RJH har otillräckliga data.



Förslag till förändringar

Områden med tydlig förbättringspotential

Förenkla SVF-rutiner (kodning).

Kortare svarstid på PAD vid utvidgad excision och SNB.

Kortare ledtid från "ställningstagande till utvidgad kirurgi med SNB tills utvidgad kirurgi är gjord". I Region Norrbotten görs utvidgad kirurgi med SNB endast varannan vecka så det är svårt att här nå uppsatta ledtider.

Prevention. Information om solråd, självkontroll av huden samt malignt melanom via sociala medier till allmänheten. Patienterna måste få misstänkta hudförändringar undersökta. Fungerande rutiner inom primärvården (PV). God kontakt mellan PV och specialiserad vård. Utbildning till PV vad gäller teledermatoskopi.

Uppföljningsrutinerna hos det patienter med tjockare melanom kan förbättras och förtydligas. Detta kräver bättre samarbete mellan dermatologer och kirurger.

Öka antal patienter som får en individuell vårdplan vid diagnos.

Kompetensförstärkande åtgärder

Administrativ personal som ansvarar för kodning. Kontinuerlig utbildning av dessa.

Kontinuerlig utbildning i dermatoskopi/teledermatoskopi till PV och dermatologer i samtliga regioner. Webbutbildning i teledermatoskopi finns tillgänglig via RCC.

Säkerställa att alla kliniker som vårdar/behandlar patienter med malignt melanom har en kontaktsjuksköterska. Cancercentrum i RV ser ett ökat behov. Utbildning av kontaktsjuksköterskor.

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Enligt det nationella vårdprogrammet för malignt melanom (2021) bör man överväga centralisering av inguinala och iliakala lymfkörtelutrymningar åtminstone till regional nivå.

Motivering till och konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar

Förenkla och förtydliga SVF-rutiner vad gäller kodning. En workshop har under våren 2021 hållits via RCC norr med inriktning på kodning. Det framkom att det var många funderingar kring när/vilken kod som skall sättas och när. Oklarheter finns vad som räknas med "första läkarbesök" vid kodning/ registrering i INCA-register. Nytt möte planeras under vintern 2021/22. Om kodningen inte fungerar finns risk för att ledtider inte stämmer vid datauttag.

Kortare ledtid från "ställningstagande till utvidgad kirurgi och SNB tills utvidgad kirurgi med SNB är gjord". För närvarande problem med brist på operationstider, vilket betyder längre väntetid för patienten med risk för ökad psykisk påfrestning hos de som väntar på operation.

Kortare svarstid på PAD vid utvidgad excision och SNB. I norra sjukvårdsregionen får 69% svar inom uppsatt ledtid på 14 dagar. En succesiv förbättring från 2017 ses dock. I nuläget akutmärks inte remisser till patologen vid utvidgad excision och SNB. Om detta skulle göras finns en möjlighet att ledtid kortas.

Prevention. Patienterna måste få misstänkta hudförändringar undersökta då tidig diagnos förbättrar prognosen vid melanom. Regelbunden utbildning i dermatoskopi/teledermatoskopi till primärvården förenklar remissbedömning, minskar arbetsbelastning och kan minska väntetid för patienter då remisser ibland skickas fel. Tid måste frigöras vid utbildningstillfällen för personal. Medför kostnader.

Uppföljningsrutiner kan förbättras. Detta kräver bättre samarbete mellan hud- och kirurgkliniker. Kontaktsjuksköterskan måste ha en nyckelroll. Kontinuerlig utbildning av kontaktsjuksköterskor medför kostnader, men dessa är oerhört viktigt ur patient- och närståendeperspektiv för att finnas tillgängliga, säkerställa uppföljningar och upprätta en individuell vårdplan som kan stärka patientens möjligheter till delaktighet i sin vård.

När det gäller utvecklingen av Min vårdplan, har en regional arbetsgrupp startat under våren 2021, via Sveriges Kommuner och Regioner där deltagare från alla regioner inom melanomvården deltar för att påbörja en gemensam sammanställning av en nationell vårdplan för malignt melanom.

Kortsiktiga mål och målnivåer

Mål nr	Mål	2016	Nuläge 2020	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
M 1	Andelen patienter med MM >1mm som har erbjudits en kssk	86%	88%	95%	2022	Kvalitetsregister
M 2	Andelen patienter som opereras inom en vecka från första läkarbesök	46%	51%	80%	2022	Kvalitetsregister
M 3	Andelen patienter som väntat mindre än 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	38%	57%	80%	2022	Kvalitetsregister
M 4	Andel patienter med diagnos som får en individuell vårdplan		58% (2019)	70%	2022	PREM-enkät
M 5	Andelen patienter med MM >1mm som genomgår utvidgad kirurgi inom 3 veckor efter svarsdatum PAD	21%	51%	80%	2022	Kvalitetsregister



Långsiktigt förbättringsarbete

SWOT-analys

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Kortare ledtider.	Ledtiderna är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv.	Brist på operationstider Personalbrist på involverade kliniker inkl. patologi Oklarhet kring kodning	Förbättra rekryteringsprocesser. SVF framtaget mellan överenskommelse mellan regering och SKR.	Längre ledtider. Ekonomi.
Öka andelen patienter med MM >1mm som har erbjudits en Kssk	Kssk finns på nästan alla involverade kliniker	Tilltagande administrativa uppgifter.	Enligt nationella cancerstrategin ska alla pat. med diagnos erbjudas en fast kontakt	Mer tid som går åt till admin uppgifter
Öka andel patienter med diagnos som får en individuell vårdplan (MVP)	Kssk finns på nästan alla involverade kliniker som kan upprätta MVP	Kliniker som inte har tillgång till kssk	Alla patienter med cancer bör ha en vårdplan. Arbete påbörjat vår 2021 för att ta fram vårdplan på nationell nivå	Extra tid som går åt för att upprätta MVP
Inrätta en administrativ stödfunktion (koordinator) till kssk "task-shifting"	Kssk kan ägna mer tid åt patienten/anhöriga	Personalbrist	Läkarsekreterare undersköterskor	Ekonomi

Källor:

[Melanom - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se/kunskapsbanken/melanom-rcc)

[RCC \(incanet.se\)](https://www.incanet.se/)

[swemr-1990-2019.pdf \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se/kunskapsbanken/swemr-1990-2019.pdf)

[Cancerrehabilitering - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se/kunskapsbanken/cancerrehabilitering-rcc)

Umeå 2021-05-17

Zinaida Bucharbajeva, överläkare

Frida Idenfors, kontaktsjuksköterska

Hud och STD-kliniken, Norrlands Universitetssjukhus

Processledare Hudtumörer, RCC Norr

