

# Processplan för njurcancer 2022–2024

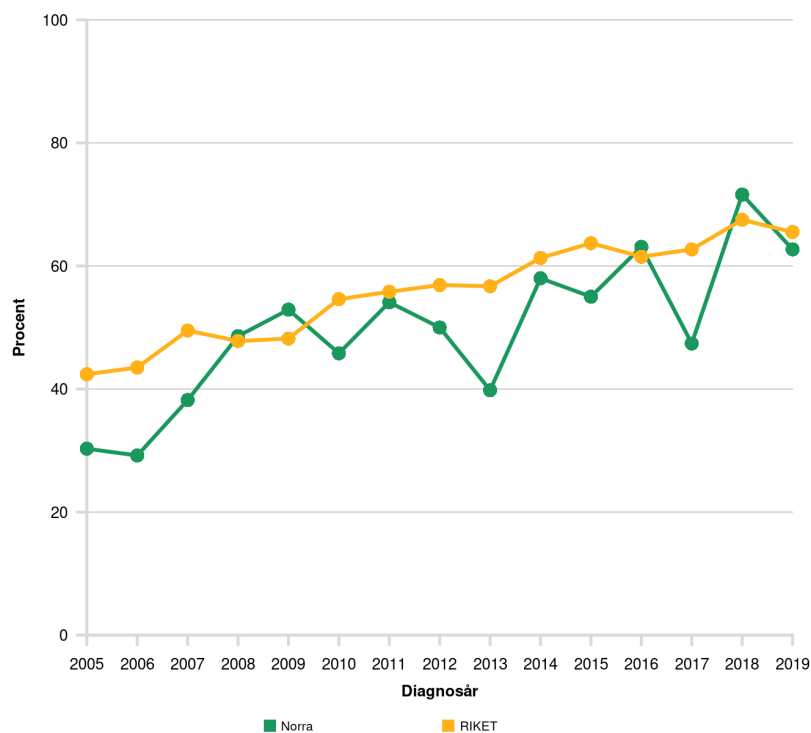
## Bakgrund

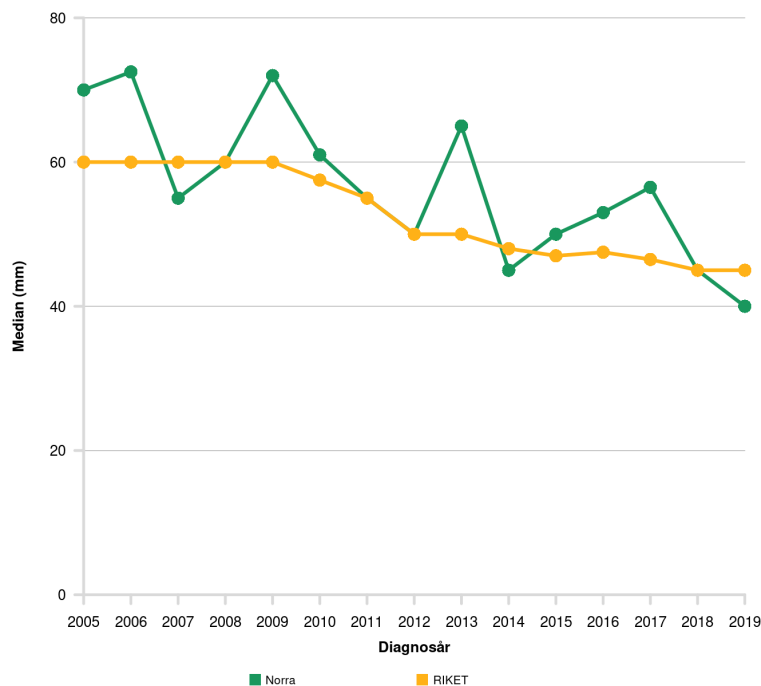
År 2019 inrapporterades 1120 fall av njurcancer i Sverige, 102 av dessa hittades i norra sjukvårdsregionen. Sjukdomen är fortfarande vanligare hos män som står för drygt 66% av alla nyupptäckta fall.

Incidensen i Sverige har ökat något och låg 2018 på 16.3 per 100 000 män och 8.8 per 100 000 kvinnor.

Trenden att upptäcka tumörer incidentellt i ett tidigt stadium håller i sig såväl i Sverige som i norra sjukvårdsregionen. Jämfört med 2005, där omkring 30% av patienterna hittades på grund av undersökning av annan anledning, har antalet ökat markant till mer än 62% vid undersökning 2019 i norr (Figur 1). Majoriteten hittas fortsatt genom ökad användning av radiologisk diagnostik med datortomografi (DT), ultraljud (ULJ) och undantagsvis även magnetröntgen (MR).

**Figur 1: Incidentellt upptäckt njurcancer 2005 - 2019**



**Figur 2: Utvecklingen av tumörstorlek 2005–2019**

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 njurcystsjukdom vid långvarig njursvikt. Man uppskattar att cirka 30% av all njurcancer beror på rökning, och kombinationen rökning och kraftig övervikt står för cirka 40% av alla njurcancerfall.

Prognosen styrs delvis av tumörstorleken men förbättras markant vid avsaknad av fjärrmetastaser. Uppdaterad data från kvalitetsregistret för patienter som diagnostiserades 2014 visar en 5 års överlevnad på 78% för hela gruppen utan metastaserad sjukdom. I kontrast till detta lever enbart 20% med metastaser vid diagnos efter samma tidsperiod.

Glädjande nog ser man en svag uppåtgående trend när det gäller överlevnad med metastaserad njurcancer som kan relateras till en ökad tillgänglighet av bromsande systemiska behandlingsalternativ.

Kirurgi är förstahandsvalet för botande behandling av njurcancer. Olika tekniker har etablerats och fler patienter genomgår minimala invasiva ingrepp med laparoskopiska eller robotassisterade tekniker i stället för öppen kirurgi. Tumörens storlek, läge och eventuell infiltration i fett, kärl samt andra organ avgör om organbevarande kirurgi (njurtumörresektion) kan erbjudas eller om hela njuren måste opereras bort (nefrektomi).

I vårdprogrammet rekommenderas njurtumörresektion som förstahandsval för T1a och om det är tekniskt möjligt även för T1b tumörer. Kirurgin kan utföras med öppen teknik men med fördel även med minimalt invasiv teknik.

Patienter med större tumörer (T2) som behandlas med nefrektomi ska om möjligt opereras med minimalt invasiva tekniker.

Ablativa behandlingsalternativ som har en lokal destruerande effekt på tumörvävnad kan ges med kryo-(kyla), RF- (radio frequency, värme) och mikrovågsbehandling (värme). Långtidsresultat föreligger först och främst för de två förstnämnda alternativen med något högre recidivrisk jämfört med njurbesparande kirurgi.

Historisk sett har behandlingen för metastaserad njurcancer inneburit en borttagning av den cancerbärande njuren (cytoreduktiv nefrektomi) i kombination med en systemisk behandling. Förbättrade systemiska behandlingsalternativ med målsökande läkemedel riktade mot kärlnybildning eller aktivering av immunförsvaret har revolutionerat behandlingen och förbättrat prognosen för patientgruppen.

Inför val av behandling ska alla patienter med metastaserad sjukdom diskuteras på en multidisciplinär konferens (MDK). En indelning i riskgrupper i enlighet med validerade prognostiska modeller styr om behandlingen enbart baserar på systemiska läkemedel eller om en kompletterande cytoreduktiv nefrektomi anses vara värdefull för att förbättra överlevnaden.

Operation av metastaser kan övervägas för att potentiellt bota sjukdomen men även för att förbättra överlevnaden. Lokal strålbehandling har visat sig vara gynnsamt vid skelett- och hjärnmetastaser.

Uppföljningen syftar i första hand på att tidigt upptäcka återfall som uppstår i ungefär 20% av fallen inom en 5-årsperiod. Förutom återfall kontrolleras också andra faktorer såsom njurfunktionen som påverkats av operationen.

Kontroller innefattar DT av bröstorg och buk, blodprover och kliniska kontroller som anpassas efter individuell risk för återfall.

Cancerrehabiliteringen är en viktig del av processen som behöver tas hänsyn till under hela förloppet, från diagnos till uppföljning.

Alla åtgärder måste vara individanpassade och behöver ofta inkludera ett tvärprofessionellt samarbete. Uppsättande av Min vårdplan och checklistor inför uppstart av behandling är värdefullt för att upptäcka och erbjuda rehabiliterande åtgärder. Kontaktsjuksköterskan är en nyckelspelare som leder patienten genom processen och uppmärksammar eventuella behov.

Njurcancerpatienter med avancerad sjukdom som inte kan behandlas i botande syfte kan drabbas av symptom som är relaterade till diagnosen. Den palliativa vården är en viktig resurs, inte minst i öppenvården för att minska lidandet, höja livskvaliteten och öka tryggheten.

## Organisation

### Prevention

Viktiga riskfaktorer som är förknippade med en ökad incidens av njurcancer är rökning, fetma och högt blodtryck. Att öka medvetenheten i befolkningen om riskerna och aktiv främja en hälsosam livsstil är viktiga faktorer för att minska insjuknandet i framtiden

### Kompetensförsörjning för njurcancer

För att kunna hantera och optimera de olika stegen i processen bör det i ett njurcancerteam ingå dedikerade urologer, onkologer, kontaktsjuksköterskor och vårdplanerare samt radiologer, patologer och anestesiloger som har specialkunskaper inom området. Det är av stor betydelse att det finns ett definierat team för att säkerställa den bästa tänkbara behandlingen.

Samarbete med andra vårdaktörer ska 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 det standardiserade vårdförloppet (SVF).

## Primärvårdens roll för vägen in och vägen ut

Många patienter diagnostiseras i dag incidentellt genom en radiologisk undersökning som planeras via primärvården. Goda kunskaper om sjukdomen, handläggningen och remisskrivandet i enlighet med SVF är viktiga punkter i en tryggt och snabb initial hantering. Det är en av nycklarna för korta ledtider. Även under och efter behandlingen inom specialiserad vård har primärvården en viktig stödjande funktion i rehabilitering och uppföljning.

*Finns det någon yrkeskategori eller något steg i vårdkedjan där kompetensförsörjnings-situationen är särskilt kritisk*

Som tidigare nämns sker en framgångsrik behandling inom ett dedikerat team. Urologen och kontaktsjuksköterskan är huvudpersoner i planering, information och styrning genom vårdprocessen. Den ökade komplexiteten i behandlingen som förväntas att fortsätta framöver kräver speciella, riktade kunskaper om sjukdomen. För att säkerställa en bra och säker vård även i framtiden måste utbildningar inom området prioriteras och personalresurser tillsättas vid behov.

En ytterligare yrkeskategori som behöver stärkas är urologisk inriktade onkologer med specialintresse eller uppdrag inom njurcancer. Ett flertal systemiska behandlingsmöjligheter har förbättrat överlevnaden markant vid metastaserad sjukdom men samtidigt ökat kompetenskraven inom området.

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

Utredning, cancerrehabilitering, onkologisk behandling och palliation av njurcancerpatienter finns inom alla fyra regioner (Region Jämtland Härjedalen [RJH], Region Västernorrland [RVN], Region Västerbotten [RVB], Region Norrbotten [RNB]). Kirurgisk behandling sker i RVN, RJH, RVB och RNB. En operationsrobot används för 7,7% av behandlingarna i RVB, i RVN och RVB utnyttjar man laparoskopiska tekniker som används vid 55% respektive 79% av operationerna.

Mer komplexa kirurgiska ingrepp, vilket krävs för att åtgärda större tumörtromber har centraliserats till RVB. Det är enbart i sällsynta fall dessa behöver behandlas utanför norra sjukvårdsregionen

## Resultat i sjukvårdsregionen

Inom diagnosområdet njurcancer finns ett utarbetat SVF tillgängligt som går hand i hand med det nationella vårdprogrammet för utredning, behandling och uppföljning. Siffror som redovisas nedan baseras på den interaktiva rapporten för njurcancer 2019.

Täckningsgraden mot registret har varit hög och ligger fortsättningsvis över målet på 99%. Alla fyra regioner uppnådde en hög målnivå för användandet av DT-thorax i den primära utredningen. Mellan 67% (RNB) och 96% (RVB) av patienterna med tumörer mindre än 4 cm opererades med njurbevarande kirurgi.

Val av kirurgisk teknik för tumörer större än 4 cm varierar starkt i norra sjukvårdsregionen. Mer än 85% i patientgruppen opereras minimalt invasivt i RVN och RNB, ingrepp i RVB och RJH utförs med öppen teknik.

Förutom RVB med en mediantid på 120 dagar från remiss till operation har övriga regioner legat bättre än rikssnittet som är 58 dagar. Det är dock fortsatt utanför målet på 27–41 dagar.

Stora regionala skillnader noteras för andelen patienter som har en namngiven

kontaktsjuksköterska. RJH och RVN lyckas bäst med 100%, följt av RVB med 92% och RNB med enbart 23%.

En liknande variation ses för användandet av Min vårdplan, 84% i RVB, 81% i RJH, 59% i RVN och 11% i RNB erhöjll en individuell Min vårdplan.

Medan alla övriga sjukvårdsregioner i Sverige lyckas med en hög nivå av måluppfyllelse över 90% när det gäller diskussion av patienter med metastaserad njurcancer på MDK hamnar norra sjukvårdsregionen sist i landet med enbart 44%.

## Förslag till förändringar

### Områden med tydlig förbättringspotential

Att enbart 44% av metastaserade patienter diskuteras på en MDK är det största problemområdet som finns i sjukvårdsregionen. Sedan hösten 2019 har det pågått ett arbete med att etablera en MDK i norra sjukvårdsregionen. Gemensamma rutiner är utarbetade. Fortsatta diskussioner mellan alla delaktiga verksamhetsområden (urologi/onkologi/radiologi) är planerade med mål om uppstart inför sommaren. Speciellt för regioner utan lokal onkologisk verksamhet är det en för närvarande ohållbar situation.

Det finns möjlighet att åtgärda tumörer med njurbevarande kirurgi i alla regioner som bedriver njurkirurgi. Förbättringspotential finns för att öka antalet operationer inom gruppen med mindre tumörer samt att använda sig i större utsträckning av minimalinvasiva tekniker.

För större tumörer, i synnerhet över 7 cm, varierar operationsmetoden inom regionerna. Användandet av minimalinvasiv teknik i enlighet med vårdprogrammet måste prioriteras för att erbjuda en jämlik vård både nationellt och inom norra sjukvårdsregionen

Handläggningstider från remiss till operation måste förbättras i framför allt RVB där patienter väntar mer än dubbelt så länge som i övriga regioner.

Tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska samt användandet av Min vårdplan måste förbättras i RNB, inte minst för att kontinuerligt identifiera och dokumentera rehabiliteringsbehovet.

### Kompetensförstärkande åtgärder

Ett regionalt samarbete, först och främst i form av en gemensam MDK, säkerställer inte bara rätt behandling för patienterna utan också kontinuerlig uppdatering och vidareutveckling för såväl sjuksköterskor som läkare inom området.

Utöver detta måste utrymme finnas för att delta i nationella och internationella möten samt konferenser för att höja spetskompetensen inom norra sjukvårdsregionen.

I dag finns det tydlig utarbetade tvärprofessionella ansvarsfördelningar som klart definierar arbetsuppgifterna. Ytterligare omfördelning av arbetsuppgifterna anses inte frigöra ytterligare resurser för någon yrkesgrupp. Utmaningen med nu- och framtidens kunskapsökning kan enbart bemästras genom att säkra bemanningen inom alla yrkeskategorier.

### Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Varken en ytterligare koncentrerad eller decentralisering av utredning, behandling, rehabilitering och uppföljning är en fördel ur ett patientperspektiv. Kirurgin är redan centraliserad på lokal nivå med operationsvolymerna som säkerställer patientsäker vård och möjlighet till utbildning.

Onkologisk behandling kan ges i samspråk med ansvariga onkologiska enheter fördelat på flera sjukhus i regionen.

## Motivering till samt konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar

En gemensam regional MDK ska finnas i sjukvårdsregionen för att bedriva patientsäker, evidensbaserad sjukvård och tillför dessutom ett kompetenshöjande utbildningsmoment. Utan möjlighet att diskutera våra patienter kan vi inte hantera sjukdomen i sin helhet i regionen framöver.

Flera av de områden som tidigare beskrivits är starkt beroende av tillgängliga personalresurser. Behandlingarna har blivit mer komplexa, hanteringstiden kortare och ytterligare arbetsuppgifter som behöver fördjupas har tillkommit. Om vården på grund av personell resursbrist inte kan leva upp till kraven som finns förankrade i vårdförlopp och program är det patienterna som blir lidande och vi skapar en ojämlik vård inom norra sjukvårdsregionen och på nationell nivå.

Tillgången till operationstid och utveckling av nya tekniker behöver säkerställas. Minimalinvasiva tekniker som laparoskopi rekommenderas som förstahandsalternativ för vissa patientgrupper och det förväntas att samma utveckling kommer att ske även när det gäller användandet av operationsrobotar

## Kortsiktiga mål och målnivåer

Tabell 1. Sammanfattning av målnivåer för njurcancer

Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt	Uppföljning
Införandet av regional MDK	Finns ej	Finns	2021	Regional diskussion
MRCC diskuteras på MDK	44%	80%	2021	Cancerregister
Patienter med T2 tumörer opereras med minimalinvasiv teknik i hela sjukvårdsregionen	2/4 enheter i sr	4/4 enheter i sr	2024	Cancerregister, Regional diskussion
Fler patienter ska få en individuell bedömning för en cancerrehabilitering genom:				
- Kontaktsjuksköterska	71%	85%	2022	Cancerregister
- En individuell "min vårdplan"	50%	70%	2022	Cancerregister
Tid från remiss till operation ska förbättras på lokal nivå	61(46–120) dagar	50(30–70) dagar	2023	Cancerregister

MRCC=metastaserad njurcancer, sr=sjukvårdsregionen

## Långsiktigt förbättringsarbete

För att klara av framtida behov med ökad användning av nya tekniker och ökade kunskapskrav behöver vi inom regionen fokusera på några nyckelområden:

Personalresurser i berörda yrkeskategorier måste förstärkas och utbildas. Både för att erbjuda den bästa tänkbara vården för patienterna och för att skapa en stimulerande och attraktiv arbetsplats.

Nya tekniker ska inte, som i dagens läge, införas sent efter en etablering i andra sjukvårdsregioner på nationell nivå. Risken med att inte följa utvecklingen och att inte ligga i framkant är att tappa kompetens samt personal. Detta kommer i slutändan leda till att vi inte kan erbjuda all vård inom norra sjukvårdsregionen.

En investering i personal och teknik kommer således på sikt att återbetalas genom minskat remittering utanför sjukvårdsregionen.

**Tabell 2. SWOT-analys för njurcancer**

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Införandet av regional MDK	Obligat för njurcancervården	inga	Misslyckas vi att införa en regional MDK kommer vi fortsättningsvis inte kunna erbjuda vård på högsta nivå.	
Ökat användning av minimalinvasiva tekniker	Vi behåller all kompetens och behandling inom regionen och sänker kostnader på längre sikt	Ökade investeringar vid uppstart. Kräver under inläring mer OP resurser	Ökad kompetens, attraktivitet och framtidssäkring	Ökat behov av vård utanför sjukvårdsregionen
Kontaktsjuksköterskor och Min vårdplan	Tryggare och tydligare vård, bättre styrning genom processen	Kostnader genom att tillföra personalresurser	Fokus på områden som cancerrehabilitering	Inte kunna erbjuda vård i enlighet med nationella och internationella riktlinjer
Kortare handläggningstider	Minskat risk för sjukdomsprogress under väntetiden	Resursfördelning/ ökat tryck på operation	Större möjlighet att möta målen som sätts i SVF	Ojämn vård inom sjukvårdsregionen

