

Processplan för övre gastrointestinala tumörer 2022–2024

Bakgrund

Handläggning av övre gastrointestinala tumörer i sjukvårdsregionen

Sedan decennier har det funnits ett sjukvårdsregionalt övergripande synsätt på dessa tumörformer i norra sjukvårdsregionen, där man även historiskt strävat efter en viss koncentration av vissa tillstånd och ingrepp. Denna centralisering har under senare år accelererats på grund av politiska beslut, något som haft både positiva och negativa konsekvenser.

Samarbetsklimatet har alltid varit gott i professionen, och samarbetet har alltid varit lösningsinriktat med en konstruktiv anda.

Under det senaste decenniet har samarbetet ytterligare förbättrats, och vården av dessa cancersjukdomar har optimerats logistiskt och handläggningmässigt. Orsaken till detta står att finna i en statlig utredning från 2009: ”En nationell cancerstrategi för framtiden”. De direkta och indirekta följderna av detta betänkande har varit vidgående, men det är främst tre saker vi vill poängtera:

- Inrättande av Regionalt Cancercentrum (RCC) vars viktigaste uppgift att arbeta för en nationell samverkan kring cancerfrågor, men även regionalt har RCC haft en enorm inverkan. Med inrättandet av arbetsgrupper för de olika cancerområdena, bestående av representanter för vården i sjukvårdsregionen, skapades kraftfulla kommunikationsvägar, där man med relativt små medel kunde genomlysna vården, finna flaskhalsar, och optimera vårdflöden
- Kontaktsjuksköterskor. Som vi tar upp mer i detalj i kommande avsnitt, de har en central roll i handläggningen av cancerpatienterna, och deras betydelse kan inte nog poängteras.
- Standardiserade vårdförlopp (SVF). Med inrättandet har det beslutats om genomtänkta, och nationellt standardiserade handläggningar av cancersjukdomarna.

I början av denna process gjordes stora framsteg i handläggningen av våra cancersjukdomar, bara genom att förbättra arbetsätten. Detta är en fortgående process, men ju längre tiden går, desto mindre uppenbara förbättringsåtgärder kvarstår, då mycket redan är åtgärdat. Tiden är således sannolikt över, då vi kunde genomföra förbättringsarbeten utan tillskott av resurser. Med SVF har detta blivit mycket tydligt. Vi ligger långt under de uppsatta målen, och detta beror på brist på resurser, både av personal och vårdplatser.

Inga av de målnivåer vi satta upp i ”Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021” har uppfyllts, och i många fall har ingen som helst förbättring av ledtider skett. Vi ser en stor fara i detta. Dels är det naturligtvis mycket olyckligt att vi inte kan leva upp till målen i SVF, men det finns även en risk att både RCC, och de olika diagnosspecifika arbetsgrupperna inom RCC, tappar i trovärdighet, om vi endast producerar dokument, som sedan inte får någon inverkan på vården.

Då inga målnivåer uppnåtts har vi valt att i stora drag behålla dessa, och inte tillföra några nya.

Esofagus- och ventrikelcancer

Esofagus-cancer är den åttonde vanligaste cancerformen i världen. Den geografiska variationen i incidens är stor. Män drabbas i betydligt högre grad än kvinnor. Esofagus-cancer finns av två histologiska typer, skivepitelcancer, som bland annat är associerat med rökning och alkohol, och adenocarcinom, som bl.a. är associerat med reflux och övervikt. Sedan mitten på 2000-talet är adenocarcinom vanligare än skivepitelcancer i Sverige. År 2019 insjuknade 487 personer med esofagus-cancer i Sverige, och för sjukvårdsregionen var samma siffra 48.

Ventrikelcancer var länge den vanligaste cancerformen i världen. Under de senaste decennierna har en stadigt minskande incidens skett, sannolikt beroende på ändrade kostvanor, bättre hantering av livsmedel och minskad prevalens H. pylori-infektion. Ventrikelcancer är vanligast i delar av östra Asien, framför allt Japan och Sydkorea, men också relativt frekvent förekommande i östra Europa och delar av Sydamerika. I Sverige drabbades 848 personer år 2019, varav 85 i norra sjukvårdsregionen.

Cardiacancer är en cancer som uppstår i gränsen mellan matstrupen och magsäcken, vid övre magmunnen. Dessa tumörer har likheter både med esofagus- och ventrikelcancer. De har vid olika tidpunkter klassats antingen som esofagus- eller ventrikelcancer. Cardiacancer kan indelas i Sievert I, II, och III, beroende på tumörens lokal i förhållande till övre magmunnen. I och med TNM 8 kommer Typ I och II att räknas till esofagus-cancer, medan Typ III kommer att räknas till ventrikelcancer. (I TNM 7 räknades samtliga till esofagus). Detta kommer att kunna leda till att incidensen ventrikelcancer ”ökar”, medan incidensen esofagus-cancer ”minskar”. Sievert typ III är dock relativt ovanlig.

Incidensen och volymen av esofagus-ventrikelcancer kommer sannolikt inte att förändras nämnvärt under de kommande 5 åren.

Prognosen vid esofagus- och ventrikelcancer är dålig. Den totala 5-årsöverlevnaden är 10–25%. Prognosen är framför allt beroende av tumörstadium, men även faktorer som patientens ålder, övriga sjukdomar, och tumörlokalisering, är av betydelse. Under senare år har prognosen för de som genomgår kurativt syftande behandling förbättrats, och idag är 5-årsöverlevnaden i denna grupp 30–40%.

Data från NREV (Nationellt kvalitetsregister för Esofagus- och Ventrikelcancer) visar på en 3-årsöverlevnad på drygt 50%. Bidragande faktorer till detta är dels utvidgad resektionskirurgi, dels tillagd onkologisk behandling. På senare år har även en allt större andel av främst patienter med esofagus-cancer upptäckts i ett tidigare stadium, ibland även innan invasivt växande cancer uppstått. Dessa patienter kan ofta behandlas endoskopiskt med fullgott onkologiskt resultat, och med bibehållen organfunktion.

Patienter med esofagus-ventrikelcancer utreds sedan 2015 enligt SVF i sjukvårdsregionen. SVF initieras av välgrundad misstanke, vilket i dessa fall oftast innebär en gastroskopi med makroskopiskt fynd av cancermisstänkt förändring. Den definitiva diagnosen fås med biopsitagning i samband med gastroskopin. CT-thorax och buk utförs i princip alltid på denna patientgrupp, främst för att bedöma förekomst av metastatisk sjukdom. Vid esofagus-cancer utförs även PET/CT, då denna undersökning kan avslöja ytterligare fall med tidigare ockult spridd tumörsjukdom.

Den kurativt syftande behandlingen innebär i standardfallet en kombination av både onkologisk och kirurgisk behandling. Behandlingen inleds med den onkologiska behandlingen och efter detta följer resektionskirurgi. I vissa fall ges även onkologisk behandling efter resektionskirurgin. I de fall där man bedömer att kurativt syftande behandling inte är möjlig, erbjuds oftast olika palliativa åtgärder. De flesta behandlingsbeslut tas vid MDK-konferens. Vid tidig cancer kan kurativt syftande behandling innebära endast endoskopiskt avlägsnande av den sjuka slemhinnan.

Efter kurativt syftande behandling med resektionskirurgi återställs kontinuiteten i magtarmkanalen med olika ”omkopplingar”, vilka ofta leder till nutritionsproblem av varierande grad. Tillgång till dietist är därför av stor cancerrehabiliteringsvikt, såväl preoperativt, perioperativt, samt postoperativt. Behovet av dietistkontakt kvarstår ofta flera månader, ibland flera år. Uppföljningen av dessa patientgrupper är annars individanpassad och behovsstyrd, och syftar till att tidigt upptäcka och behandla kirurgiska komplikationer.

Pankreascancer

Pankreascancer utgör ca 2% av all cancer men står för ca 7% av all cancerdöd vilket återspeglar den dåliga prognosen. Dock har total överlevnad långsamt stigit och ligger nu i Sverige på 6% jämfört med tidigare under 5%. Det är stor skillnad i överlevnad mellan de olika tumörformerna, där duodenala tumörer och papilltumörer har en markant bättre prognos med en total 5-årsöverlevnad på 30–45%.

Tobaksbruk, speciellt rökning men även snusning, är en viktig riskfaktor för att utveckla pankreascancer. Andra faktorer är hög ålder, obesitas och typ-II diabetes. Alkoholmissbruk och kronisk pankreatit har visat sig spela en roll. Det finns även ärftliga former som vanligen är relaterade till familjära cancersyndrom, ärftliga varianter av kronisk pankreatit och cystisk fibros. Förenklat kan man säga att 30% är relaterad till tobak, 30% till obesitas och hyperinsulinism, 5% kronisk pankreatit och 5% ärftliga faktorer. I ca 30% av fallen finns inget distinkt orsakssamband.

De vanligaste debutsymtomen är höga buk- och ryggsmärtor, ikterus och viktnedgång. Då symptomen vanligen uppträder sent i förloppet är majoriteten av patienterna bortom potentiellt kurativ terapi redan vid diagnos. Diagnosen ställs framför allt med CT med kontrast, i tveksamma fall kan MR av pankreas skärpa diagnostiken. Endoskopiskt ultraljud (EUS) är av värde vid små och oklara förändringar då man även kan komma åt att biopsiera endoskopiskt. På grund av risken att sprida en potentiellt resektabel tumör blir histologisk diagnos annars endast aktuell vid palliativ behandling.

Endast ca 20% av alla patienter blir aktuella för kurativ kirurgi. Övriga fall är antingen inoperabla på grund av hög ålder och/eller övrig sjuklighet, eller har en inextirpabel tumör. Medianöverlevnaden efter radikal kirurgi är 18–24 månader med en 5-årsöverlevnad på som bäst 26% med adjuvant cytostatika. Pankreaskirurgi är behäftad med relativt mycket komplikationer och en perioperativ mortalitet som även vid högvolymscentra sällan understiger 2–5%. Det finns data som talar för lägre mortalitet och bättre långtidsöverlevnad vid centra som gör mer än 20–25 resektioner per år, men någon tydlig gräns där man inte längre kan se någon ytterligare vinst i förhållande till volym finns ej.

Patienter som inte är aktuella för kurativ kirurgi erbjuds som regel palliativ cytostatikabehandling. Ur rehabiliteringssynpunkt är avlastning av strikturer i gallvägarna av stort värde. Detta sker oftast genom stentbehandling, men även öppen kirurgi för avlastning kan komma i fråga.

År 2019 insjuknade 1443 personer i Sverige av cancer i exokrina pankreas och det periampullära området, dvs distala gallvägar, Papilla Vateri och duodenum, och för norra sjukvårdsregionen var samma siffra 114.

Standardiserat vårdförlopp för pankreascancer startade våren 2016.

Levercancer och gallvägscancer

Cancer i lever, gallblåsa och gallgångar utreds och följs i hela norra sjukvårdsregionen. Utredningarna följer nyligen etablerade standardiserade vårdförlopp. Behandlingsrekommendationer utgår från nationella vårdprogram och fastställs för varje patient vid multidisciplinär konferens (MDK). I sjukvårdsregionen hålls MDK varje vecka där konferensen

utgår från Umeå men med samtliga länssjukhus på videolänk. Majoriteten av patienterna erhåller palliativa vårdinsatser som ges i hela sjukvårdsregionen. Operativ behandling utförs vid Norrlands Universitetssjukhus. Perihilära gallgångstumörer opereras liksom levertransplantation när så är aktuellt vid nationella centra i Huddinge och Göteborg.

Primär levercancer utgörs främst av hepatocellulär cancer (HCC) som globalt sett är den sjätte vanligaste cancerformen, och på grund av den dåliga prognosen, den tredje vanligaste dödsorsaken i cancer. De huvudsakliga riskfaktorerna för HCC är virala (hepatit B och C), toxiska (alkohol, aflatoxin), metabola (diabetes, fettleverhepatit, hemokromatos, porfyri) och autoimmuna (autoimmun hepatit, primär biliär cirros). I Sverige är levercirrhos den viktigaste etiologiska faktorn. Personer som har ökad risk att utveckla HCC ska följas regelbundet med ultraljudsundersökningar av levern.

I Sverige har incidensen av HCC varit relativt låg, ca 5/100 000 och år, dubbelt så hög hos män som hos kvinnor, och 50–60% av patienterna har varit över 70 år. Det finns skillnader i incidensen av HCC mellan Sveriges olika regioner. Generellt kan man se en anhopning av patienter med HBV och HCV runt våra största städer. Incidensen av HCC i norra sjukvårdsregionen är något lägre än rikssnittet. Norra sjukvårdsregionen utmärker sig dock med en stor grupp patienter med porfyri.

Incidensen kan öka de närmaste åren, främst beroende på att en stor grupp individer, som smittades med HBV och HCV under 70- och 80-talet, sannolikt kommer att insjukna i tumörsjukdomen, men också för att populationen i sjukvårdsregionen åldras. Incidensen är som högst mellan 70 och 80 år. År 2019 insjuknade 771 personer med HCC i Sverige, och för sjukvårdsregionen var samma siffra 49.

Vid misstänkt HCC är icke-invasiv diagnostik att föredra p.g.a. risk för tumörspridning vid biopsi. Standardutredningen vid levertumörer omfattar vanligtvis en trefas leverundersökning med CT, samt en MR-undersökning med leverspecifik kontrast. Förutom radiologisk diagnostik används även tumörmarkören AFP.

Prognosen är dålig för patienter med HCC. Hög ålder, diabetes, allvarlig cirrhos, och högt AFP är prognostiskt ogynnsamma faktorer. Femårsöverlevnaden är knappt 20%. Bland de som kunnat genomgå kurativt syftande behandling är femårsöverlevnaden kring 50%.

Det har utfärdats ett nationellt vårdprogram för HCC. Kurativt syftande ingrepp omfattas av resektion, lokal ablation samt i utvalda fall transplantation. I norra sjukvårdsregionen genomgår 30% av patienterna med HCC kurativt syftande behandling. Efter kirurgi följs patienten med radiologi och AFP i fem år.

När kurativt syftande behandling inte kan ges, eller när patienten väntar på transplantation, kan tumörreducerande behandling ges genom transarteriell kemoembolisering (TACE). Denna behandling ges med interventionell radiologi till sövda patienter och upprepas oftast vid flera behandlingstillfällen. Vid inoperabel sjukdom där TACE inte är möjlig förordas vanligtvis onkologisk behandling med tyrosinkinashämmare.

Gallblåse- och gallgångscancer (cholangiocarcinom, CCC) utgår från gallvägsepitel, och har en dålig prognos. År 2019 insjuknade 496 personer med cancer i gallblåsa/gallvägar i Sverige, och samma siffra för norra sjukvårdsregionen var 42. Kvinnor drabbas ungefär dubbelt så ofta som män. Patienter med primär skleroserande kolangit har en särställning där även yngre har en klart ökad risk för CCC men där tydliga riktlinjer för övervakning saknas. En uppdatering av vårdprogrammet är planerad och en diskussion förs om eventuell årlig MR lever.

Utredning av gallvägstumörer kan vara komplex med behov av såväl radiologi som avancerad endoskopi för att fastställa diagnos. Under utredningens gång, samt vid palliation, är det ofta aktuellt med avlastning av obstruerade gallvägar med endoskopiska åtgärder eller med

interventionell radiologi. Medianöverlevnaden är endast omkring 3 månader om ingen behandling kan ges. 20% genomgår kurativt syftande kirurgi och för fall som kan opereras är prognosen mycket bättre, med en 5-årsöverlevnad på omkring 40%. Cholangiocarcinom uppträder dels som intrahepatisk tumörsjukdom, som bäst behandlas med leverresektion, dels som en tumör belägen i de större gallgångarna i anslutning till leverhilus (s.k. klatskintumör). Nu har operation för klatskintumörer centraliserats till två levercentra i landet.

Standardiserat vårdförlopp startade våren 2016.

Organisation

Samtliga övre gastrointestinala tumörer utreds inom ramen för Standardiserat vårdförlopp, och utnyttjar således den organisation för SVF som finns i sjukvårdsregionen.

Primärvårdens roll

Primärvårdens viktigaste funktion vid dessa tumörtyper är att vara ”vägen in”, det vill säga att uppmärksamma symtom/fynd som kan inge misstanke om cancersjukdom, och att i dessa fall utfärda remiss till aktuell filterfunktion i SVF.

Primärvården fyller även en viktig funktion både avseende rehabilitering och palliation av dessa patientgrupper.

Primärvårdens förebyggande folkhälsoarbete med åtgärder mot exempelvis rökning, alkohol, övervikt och hepatit kan också minska förekomsten av dessa tumörtyper.

Preventiva insatser

Esofagus- och Ventrikelcancer

Sedan något år kan endoskopisk mukosaresektion (EMR), samt radiofrekvens-abladering (RF) erbjudas vid NUS. Då dessa nya behandlingsalternativ finns tillgängliga vid Barretts esofagus och vid tidig cancer i matstrupe, har nya riktlinjer för handläggningen av dessa tillstånd i norra sjukvårdsregionen utarbetats.

Vid ärftliga former av ventrikelcancer kan endoskopiska kontroller, alternativt profylaktisk gastrektomi, bli aktuellt. Dessa fall handläggs i samarbete med klinisk genetik.

Pankreascancer

Incidensen av sporadisk pankreascancer är för låg för att motivera allmän screening, däremot kan det vara aktuellt att screena personer med kända premaligna tillstånd, i första hand Intraduktal papillär mucinös neoplasi (IPMN), en cystisk förändring av pankreasgångarna. IPMN i huvudgången har hög malignitetspotential och bör tidigt värderas för kirurgi, däremot IPMN utgångna från sidogångar har förhållandevis låg risk för malignitet och kan därför följas enligt rutiner definierade i senaste vårdprogrammet.

IPMN kan vara en svårtolkad diagnos och bör diskuteras på regional MDK om operationsindikation föreligger eller om patienten kan gå in i screeningprogram. Patienten kan då följas på hemorten, så länge patienten bedöms vara aktuell för operation. När det gäller små sidogångs-IPMN (<2cm) kan man dock avstå MDK och låta patienten gå direkt in i uppföljningsprogram förutsatt att bildmaterialet bedömts sakna maligna kriterier av radiolog med god erfarenhet av gastroradiologi. IPMN ska handläggas i multidisciplinär konferens när förändringen uppfyller vårdprogrammets kriterier för oroväckande tecken.

Även individer med hereditet för pankreascancer (två eller fler förstegradssläktingar med sjukdomen) och de med framskriden kronisk pankreatit, särskilt den ärftliga varianten, kan vara aktuella att inkludera i screeningprogram. För dessa grupper är det extra viktigt att man dessutom försöker minimera övriga riskfaktorer, framför allt rökning.

För screening kan riktad CT eller MR användas med likvärdigt resultat.

Levercancer och Gallvägs-, gallblåsecancer

Enligt nationellt vårdprogram för levercellscancer ska levertumörer förebyggas genom screening för hepatit i riskgrupper. Nu finns alltmer effektiva behandlingar av hepatiter vilket kan förebygga cirrhos och tumörutveckling. De som har en hög risk att utveckla levercellscancer, det vill säga patienter med levercirros, ska följas två gånger per år med ultraljud av levern. Patienter med aktiv porfyri övervakas med ultraljud en gång per år.

En utmaning är diagnostiken av själva levercirrosen, där den syns radiologiskt först i senare fas då den blivit makronodulär. Leverbiopsi har varit golden standard för cirrosdiagnostik, men där non-invasiva metoder nu funnits tillgängliga i många år (Fibroscan, och olika former av elastografi). Med dessa kan man följa patienter med risk för utveckling av skrumplever med regelbunden mätning.

Enligt leverregistret har hittills en lägre andel av norra sjukvårdsregionens HCC-patienter diagnostiserats via surveillance, jämfört med riket, vilket talar för en tydlig förbättringspotential. En surveillanceenhet avseende levercirrhos har dock nyligen startat i Västerbotten. Riskgrupper är sammanfattningsvis patienter med cirrhos av Child-Pugh grad A-B oavsett genes, patienter med hepatit B, samt porfyriker över 50 år.

Gallvägscancer vid primär skleroserande kolangit (PSC) är en fruktad komplikation där den kumulativa risken anges till 8% under en tioårs period, men där ett CC även kan vara det första symptomet på PSC.

Gallblåsecancer kan i vissa fall diagnostiseras i tidigt skede varvid operativ behandling är botande i de flesta fall. Vid radiologiskt fynd av gallblåsepolypp som mäter 5–9 mm bör dessa följas med ultraljud två gånger per år i två år och om tillväxt rekommenderas operation. Vid större polyper rekommenderas operation som vid gallblåsemalignitet.

Cystor i gallgången (koledokuscystor) är ovanliga och ska bedömas vid regional MDK eftersom en del cystor medför risk för cancerutveckling och ska opereras.

Diagnostik och utredning

Det mesta av det diagnostiska arbetet sker på ett flertal sjukhus i hela sjukvårdsregionen. Den enskilt vanligaste diagnostiska undersökningen är sannolikt skiktröntgen.

Vissa, mer ovanliga, undersökningar utförs dock endast på ett sjukhus;

PET/CT är en slags skiktröntgen som förutom strukturell information även kan ge funktionell information, exempelvis avseende ämnesomsättning, något som utnyttjas då tumörceller har högre ämnesomsättning än friska celler. För närvarande finns en PET/CT på NUS, men det finns behov för ytterligare apparater, och sannolikt kommer en ny PET/CT att installeras vid NUS under 2021.

Endoskopiskt ultraljud (EUS) är en kombination av endoskop och ultraljud, där man vid endoskopisk undersökning (kameraundersökning av mag-tarm-kanalen) kan utföra ultraljud, och ta riktade vävnadsprover, från insidan av tarmen. EUS är förutsättning för att kunna ge neoadjuvant onkologisk behandling (behandling som ges före planerad operation) vid pankreascancer. EUS fyller även stor funktion vid cystiska förändringar i pankreas, då EUS i vissa fall kan avskriva förändringar som benigna, och på så sätt undvika kostsamma kontroller med

magnetkamera. EUS är nyligen infört vid NUS. Kön är för närvarande lång, och det finns stort behov av resurser för att kunna utföra fler skopier i narkos.

Endoskopisk mukosaresektion (EMR) är en endoskopisk resektionsteknik där den sjuka slemhinnan avlägsnas, med organets muskeltvägg kvarlämnas. I många fall kan EMR vara botande, men risken finns alltid att tumören på PAD-granskning visar sig växa så djupt i slemhinnan att en operation behövs för att ingreppet ska kunna anses botande. EMR får därför även anses som ett diagnostiskt stagingverktyg. EMR utförs sedan ett flertal år vid NUS. EMR utförs på samma salar, och med samma personal, som EUS, så även avseende EMR föreligger behov av ökade resurser för skopier i narkos.

Undersökning, och vissa terapeutiska åtgärder, av djupa gallgången kan utföras antingen från tarmen, med ett endoskop (ERCP), eller från utsidan av kroppen genom ultraljudslett instick i gallvägarna (PTC). Dessa åtgärder utförs i alla regioner i norra sjukvårdsregionen.

SpyGlass innebär att man vid endoskopisk undersökning av de djupa gallgångarna direkt kan visualisera en förstörd bild av gallgångarna, och på så sätt ta riktade vävnadsprover. SpyGlass finns vid NUS och Sundsvalls sjukhus.

Då NUS utför ett stort antal endoskopiska åtgärder, både diagnostiska och terapeutiska, kan köerna ibland bli alltför långa. Ett arbete pågår att försöka styra mer rutinartade åtgärder till andra sjukhus i Västerbotten, men även ökade resurser till NUS skulle behövas.

Då många av de behandlingar som ges vid cancersjukdomar innebär en fysisk påfrestning på patienten, behöver ofta funktionsundersökningar göras. Dessa kan innefatta undersökningar av patientens hjärt-, lung-, och njurfunktion. Oftast tas beslut om dessa undersökningar i samband med MDK, då även beslut om rekommenderad behandling tas. Det är tyvärr inte helt ovanligt att behandlingsstart förskjuts på grund av att funktionsundersökningarna dröjer, samt beroende på problem med informationsöverföringen att undersökningen är gjord.

Onkologisk behandling

Onkologiska kliniker finns i Umeå och Sundsvall, och på dessa ges både cytostatikabehandling och strålbehandling. Kurativt syftande strålbehandling vid esofaguscancer ges vid NUS.

Cytostatikabehandling ges på de flesta sjukhus i norra sjukvårdsregionen. Konsultverksamhet med onkologer från Umeå och Sundsvall förekommer i Örnsköldsvik, Östersund och Sunderbyn. Ett projekt pågår i region Västernorrland med syfte att öppna upp för cytostatikabehandling i Sollefteå, med assistans från onkologen i Sundsvall, på samma sätt som redan sker i Örnsköldsvik.

I både Östersund och Sunderbyn pågår arbete med att etablera fasta onkologer genom att anställa ST-läkare i onkologi, men med tjänst förlagd till kirurgkliniken.

TACE-behandling (cytostatika givet direkt i blodkärl som går till tumör) vid levertumörer ges vid NUS.

Kurativt syftande kirurgi

Sedan många år föreligger en enighet i sjukvårdsregionen om att alla patienter med pankreascancer, levercancer, och gallvägscancer ska opereras vid NUS. Sedan 2017 rekommenderas att kirurgi i botande syfte vid lokalt avancerad pankreascancer, med avancerat engagemang av de stora bukkärlen, samt vid perihilär gallgångscancer, koncentreras till Karolinska universitetssjukhuset och Sahlgrenska universitetssjukhuset.

2016 beslöt samverkansgruppen inom området regional nivåstrukturering på RCC i samverkan att rekommendera landsting/regioner att all kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och

magsäckscancer ska utföras vid högst sex sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion. Dessutom rekommenderas sedan 2017 att kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd (till exempel hög cervical esofaguscancer och lokalt avancerad esofaguscancer) ska utföras vid 2 nationella vårdenheter (Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus). De patienter som kan bli aktuella för behandling vid nationella vårdenheter diskuteras vid nationell MDK.

En försvårande omständighet för kirurgin vid NUS är att elektiv och akut kirurgi bedrivs på samma enheter. På grund av rådande vårdplatsbrist ökar detta risken för att akut verksamhet tränger undan den onkologiska kirurgin.

Palliativa kirurgiska åtgärder

De palliativa kirurgiska åtgärderna utgörs av olika radiologiska, endoskopiska och kirurgiska ingrepp som syftar till att förbättra patientens livskvalitet, även om inte prognosen påverkas. Det kan exempelvis handla om ingrepp som syftar till att underlätta patientens nutrition. Kompetensen att utföra dessa ingrepp finns på ett flertal kliniker i norra sjukvårdsregionen.

Rehabilitering

Rehabiliteringsarbetet vid cancersjukdomar ska genomsyra hela verksamheten, allt från den första misstanken om cancer, och så länge behov kvarstår, vilket ofta kan vara livslångt. De i vårdprogrammen rekommenderade ambitiösa insatserna för omvårdnad och rehabilitering efterlevs i sannolikt inte. Ett pilotprojekt med strukturerad preoperativ Prehab/Rehab-mott vid esofagus-ventrikelcancer har dock genomförts vid NUS. Målsättningen har varit att införa detta koncept även för övriga diagnoser, för att bättre följa vårdprogrammen och för att ge en mer patientcentrerad vård. I dagsläget saknas dock resurser för detta.

Rehabiliteringsarbetet är i hög grad generiskt, varför vi i hög grad hänvisar till Utvecklingsplan för cancerrehabilitering i norra sjukvårdsregionen, och i denna plan endast tar upp sånt som är specifikt för dessa patientgrupper.

Kompetensförsörjning

I hela sjukvårdsregionen råder akut rekryteringsbehov av sjuksköterskor, och detta behov kommer sannolikt att kvarstå inom överskådlig framtid.

Region Västernorrland

Nu: Behov finns att förstärka kontaktsjuksköterskefunktionen inom kirurgin. Behov att rekrytera kirurger finns i Sollefteå och Örnsköldsvik.

Inom 5 år: Inga påtagliga pensionsavgångar förväntas.

Region Jämtland Härjedalen

Nu: Behov finns av forskningssköterska, för att möjliggöra medverkan i kliniska studier. Behov av fler kirurger med övre gastrointestinal kompetens. Detta försvåras av att ingen kurativt syftande cancerkirurgi utförs inom detta område i RJH.

Inom 5 år: För att bemanna planerad onkologisk vårdavdelning kommer det att finnas behov att rekrytera onkologisjuksköterskor, samt fler onkologer.

Region Västerbotten

Nu: För närvarande finns behov av fler radiologer. Resursförstärkning avseende kontaktsjuksköterskor behövs både vid Kirurgcentrum och på Cancercentrum. Kirurger behöver

rekryteras till Lycksele. En förstärkning av pankreaskompetens vid kirurgcentrum NUS har skett genom nyrekrytering.

Inom 5 år: Kompetensförsörjningen avseende kirurger behöver säkerställas för esofagus-ventrikelcancer inom en snar framtid, då i princip samtliga självständiga cancerkirurger kommer att gå i pension inom cirka 5 år. Ett behov av seniora leverkirurger kommer även att uppstå på grund av pensionsavgång. Det kommer även att finnas ett behov av endoskopister som självständigt kan utföra ERCP och EUS. Radiologbehovet kommer sannolikt att kvarstå även om fem år.

Region Norrbotten

Nu: Kontaktsjuksköterska och koordinator behövs.

Inom 5 år: Fler kirurger med övre gastrointestinal kompetens behöver rekryteras inom de närmaste åren. Detta försvåras av att ingen kurativt syftande cancerkirurgi utförs inom detta område i Region Norrbotten.

Resultat i sjukvårdsregionen

Samtliga diagnoser inom övre gastrointestinala tumörer utreds inom SVF.

På grund av vårdplastbristen vid NUS har den regionala nivåstruktureringen sannolikt lett till förlängda ledtider, främst avseende kirurgisk behandling. I perioder har patienter behövt skickas till andra universitetssjukhus i Sverige, på grund av resursbrist vid NUS.

Esofagus- och Ventrikelcancer

Nationellt vårdprogram finns och detta följs i sjukvårdsregionen.

SVF för esofagus-ventrikelcancer startade hösten 2015. En SVF-mottagning för patienter med möjlig kurativ behandling har inrättats vid NUS. Denna verksamhet har relativt snabbt blivit väletablerad och välfungerande. Följsamheten till SVF är god, och ledtiderna är mycket bra gällande strålbehandling, men mindre bra gällande kirurgi och cytostatika.

Pankreascancer, Levercellscancer, Gallblåse- och gallvägs cancer

Nationella vårdprogram finns, och efterföljs i stora drag i sjukvårdsregionen. Det i vårdprogrammet rekommenderade användandet av strukturerad utlåtandemall avseende den radiologiska bedömningen är ännu ej infört, men målsättningen är att även denna rekommendation ska efterlevas.

De i vårdprogrammen rekommenderade insatserna för omvårdnad och rehabilitering efterlevs dock sannolikt inte, på grund av resursbrist avseende paramedicinsk rehabiliteringspersonal. SVF startade våren 2016, och följsamheten är på det hela taget god. Det finns behov av en mer organiserad SVF-mottagning inom RVB.

Resultat utifrån målnivåer

Målindikatorerna som bygger på data från svenska registret för cancer i lever, gallblåsa och gallvägar (SweLiv) utgår, på grund av att en valid beräkning av väntetiderna inte kunde definieras, detta då antalet patienter som indikatorvärdet bygger på var för lågt.

Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning

Kontaktsjuksköterskornas roll är central i vårdförloppen, både för utredning, behandling, och rehabilitering. Det är därför av största vikt att denna funktion fungerar klanderfritt. På många håll i regionen har kontaktsjuksköterskorna en allt för vid arbetsbeskrivning, innefattande bland annat klinisk mottagningsverksamhet och ansvar för nationella kvalitetsregister. Detta får negativa konsekvenser avseende nåbarheten, något som inte bara drabbar patienterna, utan något som även arbetsgruppens deltagare kan vittna om.

Detta problem är generellt, men gäller kanske särskilt de kirurgiska kontaktsjuksköterskefunktionerna i Sundsvall, Östersund, NUS, och Sunderbyn, samt den onkologiska kontaktsjuksköterskefunktionen vid NUS. Funktionen blir särskilt sårbar om endast en person ansvarar för den. För att förstärka funktionen kan man antingen anställa fler kontaktsjuksköterskor, alternativt renodla kontaktsjuksköterskornas arbetsuppgifter.

Målnivån är således ej uppnådd.

Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som ej är medicinsk vårdpersonal

För att kunna utnyttja läkare och sjuksköterskor till patientnära arbete är det av stor vikt att frigöra dem från arbetsuppgifter som kan utföras av icke medicinsk personal. Ett exempel på detta är att kontinuerligt fylla i uppgifter i de nationella kvalitetsregistren. I RJH ligger denna arbetsuppgift sedan något år på sekreterarna, och i RNB pågår för närvarande ett arbete att utbilda sekreterare i denna arbetsuppgift. Inom RVN sköts dessa uppgifter av sjuksköterska med specialfunktion. I RVB registrerar både läkare och sjuksköterskor i kvalitetsregistren, men sedan början av 2021 har är dock åtgärder startade som avser att frigöra medicinsk personal från dessa arbetsuppgifter.

Målnivån är således ej helt uppnådd.

Täckningsgrad i kvalitetsregister

Generellt är täckningsgrader i svenska nationella kvalitetsregister bra, något som även gäller för norra sjukvårdsregionen. För att data i kvalitetsregister ska vara valida och användbara krävs dock även att de är uppdaterade, och inte släpar efter för mycket. En av de målnivåer vi valt att titta på rör detta, nämligen att ha >95% täckningsgrad för det senaste året. Tabell 1–2 visar täckningsgraden för anmälningsformuläret i kvalitetsregistret för matstrups- och magsäckscancer, och i kvalitetsregistret för bukspottkörtelcancer, 1 år efter diagnos. Inom parentes ges täckningsgraden vid datauttag 21 oktober 2020. För cancer i lever, gallblåsa och gallvägar ges endast täckningsgraden vid datauttag 21 oktober 2020. Som synes släpar täckningsgraden efter något generellt, och särskilt dras pankreasregistret med stora problem (se tabell 3).

Målnivån är således ej uppnådd.

Då samtliga kvalitetsregister varje år sammanställer en årsrapport, som är den officiella resultatredovisningen, kommer vi fortsättningsvis att som målnivå ha >95% täckningsgrad för samtliga blanketter i den senaste årsrapporten.

Tabell 1. Täckningsgraden för anmälningsformuläret i kvalitetsregistret för matstrups- och magsäckscancer 1 år efter diagnos. Inom parentes ges täckningsgraden vid datauttag 21 oktober 2020.

Region	2018	2019
Västernorrland	91,3 (100)	100 (100)
Jämtland	95,0 (100)	100 (100)
Västerbotten	91,2 (100)	100 (100)

Norrbotten	91,2 (100)	84,6 (100)
Norra sjukvårdsregionen	91,9 (100)	95,9 (100)

Tabell 2. Täckningsgraden för anmälningsformuläret i kvalitetsregistret för bukspottkörtelcancer 1 år efter diagnos. Inom parentes ges täckningsgraden vid datauttag 21 oktober 2020.

Region	2018	2019
Västernorrland	87,0 (100)	88,9 (93,8)
Jämtland	62,5 (100)	28,6 (82,4)
Västerbotten	23,7 (90,1)	21,5 (70,5)
Norrbotten	73,7 (94,7)	57,1 (81,8)
Norra sjukvårdsregionen	41,2 (92,8)	45,7 (72,7)

Tabell 3. Täckningsgraden för anmälningsformuläret i kvalitetsregistret för cancer i lever, gallblåsa och gallvägar 1 år efter diagnos. Inom parentes ges täckningsgraden vid datauttag 21 oktober 2020.

Region	2018	2019
Västernorrland	(90,9)	(93,2)
Jämtland	(85,7)	(80,0)
Västerbotten	(95,2)	(95,0)
Norrbotten	-	-
Norra sjukvårdsregionen	(93,4)	(93,2)

Remissbeslut vid välgrundad misstanke (VGM) Start av behandling

Detta är den viktigaste ledtiden inom SVF, och den som rapporteras till den nationella Signe-databasen. Det är således dessa ledtider som kommer att publiceras och sannolikt vara beslutsunderlag i framtida sjukvårdsbeslut. Tyvärr har det visat sig att inrapporteringen fortfarande dras med en del barnsjukdomar, och data är sannolikt inte helt valida.

Nedan redovisas data från Signe-databasen avseende procentuell andel som 2019 uppnått i SVF angiven ledtid från VGM till start av behandling. Data anges både för start av behandling med kirurgi och med läkemedel, och vid förekommande fall även med strålning, och med kirurgi och läkemedel efter utvidgad utredning. Målnivån är satt till ” Inom ledtid i SVF > 80 % av fallen”.

Av tabell 4–7 framgår att norra sjukvårdsregionen generellt har sämre ledtider än riket i övrigt, framför allt beträffande kirurgi, men även beträffande flertalet ledtider gällande onkologisk behandling. Ett undantag utgörs av onkologisk behandling vid esofagus-ventrikelcancer, något som sannolikt delvis beror på den SVF-mottagning som blivit standard vid kirurgmottagningen, NUS, och där kirurg och onkolog träffar patienterna tillsammans.

Målnivån är således ej uppnådd.

Tabell 4. Procentuell andel som 2019 startat behandling inom i SVF angiven ledtid med esofagus-ventrikelcancer. Inom parentes anges det totala antalet aktuella cancerfall.

	Riket	Norr	RVB	RNB	RVN	RJH
Kirurgi	36% (150)	27% (15)	27% (11)	33% (3)	-	0% (1)
Läkemedel	25% (366)	29% (14)	50% (6)	25% (4)	-	0% (4)
Strålning	32% (148)	46% (26)	48% (25)	-	0% (1)	-

Tabell 5. Procentuell andel som 2019 startat behandling inom i SVF angiven ledtid med pankreascancer. Inom parentes anges det totala antalet aktuella cancerfall.

	Riket	Norr	RVB	RNB	RVN	RJH
Kirurgi	42% (288)	21% (29)	21% (29)	-	-	-
Kirurgi-u*	56% (117)	50% (4)	50% (4)	-	-	-
Läkemedel	15% (260)	10% (10)	0% (1)	17% (6)	0% (1)	0% (2)
Läkemedel-u*	29% (59)	50% (6)	50% (6)	-	-	-

* avser start efter utvidgad utredning

Tabell 6. Procentuell andel som 2019 startat behandling inom i SVF angiven ledtid med cancer i gallblåsa och gallgångar. Inom parentes anges det totala antalet aktuella cancerfall.

	Riket	Norr	RVB	RNB	RVN	RJH
Kirurgi	36% (98)	33% (6)	25% (4)	0% (1)	100% (1)	-
Kirurgi-u*	59% (27)	-	-	-	-	-
Läkemedel	20% (45)	17% (6)	-	0% (2)	0% (3)	-
Läkemedel-u*	29% 14	0% (2)	0% (2)	-	-	100% (1)

* avser start efter utvidgad utredning

Tabell 7. Procentuell andel som 2019 startat behandling inom i SVF angiven ledtid med levercancer. Inom parentes anges det totala antalet aktuella cancerfall. * avser start efter utvidgad utredning.

	Riket	Norr	RVB	RNB	RVN	RJH
Kirurgi	39% (175)	15% (13)	15% (13)	-	-	-
Kirurgi-u*	49% (68)	0% (3)	0% (3)	-	-	-
Läkemedel	21% (68)	0% (5)	0% (3)	0% (2)	-	-
Läkemedel-u*	13% (8)	0% (2)	0% (2)	-	-	-

* avser start efter utvidgad utredning



MDK - Start av behandling

Ledtiden ”Remissbeslut vid välgrundad misstanke och Start av behandling” är som ovan beskrivits viktig av flera skäl. För att kunna utvärdera hur stor del av ledtid som är utredning, och hur mycket som är väntan på start av behandling, behöver dock ledtiden delas upp vid MDK. Dessa uppgifter går ännu inte att få ur Signe-databasen. Ur de nationella kvalitetsregistren kan vi få data om tid från MDK till start av behandling. I pankreascancerregistret registreras dock start av läkemedelsbehandling först ett år efter diagnos, varför vi för 2019 endast kan få ledtid för MDK till operation. För esofagus-ventrikelcancer redovisas tid från MDK till start av all behandling, oavsett om kirurgisk eller onkologisk behandling.

Målnivån är satt till ”Inom ledtid i SVF>80% av fallen”. Målnivån är således ej uppnådd.

Då data till denna målnivå inte går att erhålla, stryks denna målnivå från den aktuella utvecklingsplanen.

Cancersjukdom	
Esofagus-ventrikel	22,6%
Pankreas	48,1%

PAD - svar på operationspreparaten

SVF för esofagus-ventrikelcancer är det enda SVF som anger ledtid från operation tills dess patienten informeras om PAD-svaret, och ledtiden är där satt till 21 dagar. I sjukvårdsregionen är ledtiden från operation till PAD-svar i median 20,5 dagar för esofagus-ventrikelcancer, och 28 dagar för pankreascancer. Målnivån är således ej uppnådd.

Förslag till förändringar

Områden med tydlig förbättringspotential

Det område som fortfarande har tydligast förbättringspotential gäller väntetiderna till operation vid NUS. Då all kurativt syftande kirurgi vid övre gastrointestinala tumörer sker vid NUS, drabbar de förlängda ledtiderna vid dessa åtgärder patientgrupper från hela sjukvårdsregionen. De förlängda ledtiderna beror till största delen på vårdplatsbrist, varför detta måste vara högt prioriterat att åtgärda, men även resursbrister på Operationscentrum, såsom operationsutrymme och narkosbedömningstider, spelar in. Även detta behöver således åtgärdas.

Den regionala MDK som berör övre gastrointestinala tumörer har ökat i omfattning, både avseende tidsåtgång, och avseende antal patienter som förevisas. Det är därför viktigt att arbetet bedrivs på ett så smidigt och optimalt sätt som möjligt. Arbetet med att optimera arbetssättet vid MDK fortgår.

Informationsutbytet inför start av behandling skulle kunna förbättras. Kontaktsjuksköterskorna tillbringar mycket tid med att efter MDK jaga svar på undersökningar som behöver göras inför behandlingsstart. Ett gemensamt journalsystem vore den naturliga, om än ouppnåeliga, lösningen på detta problem. En annan lösning skulle kunna vara att genomföra de vanligaste funktionsundersökningarna (hjärteko och spirometri) på samtliga patienter, redan innan MDK, med risk att vissa undersökningar kommer att göras i onödan. Ett annat sätt att underlätta informationsutbytet skulle kunna vara att anställa fler kontaktsjuksköterskor, alternativt renodla kontaktsjuksköterskornas arbetsuppgifter.

Ett annat område med stor utvecklingspotential gäller surveillance av patienter med risk för HCC-utveckling. Ett strukturerat letande efter fibrosutveckling hos kroniskt leversjuka skulle utgöra grunden för att finna de patienter som man senare bör följa i surveillance. I Västerbotten har en surveillanceenhet avseende levercirrhos nyligen etablerats. Sannolikt skulle inrättandet av surveillanceenheter på fler sjukhus underlättas av att ha dedikerade specialistsjuksköterskor som ansvarar för verksamheten, något som sannolikt skulle ge en bättre följsamhet än läkarbaserad uppföljning.

Ett nationellt levercirrhosregister är under uppbyggnad, och detta kan i framtiden utgöra underlag för kvalitetsindikatorer om ultraljud 2 ggr/år.

Idag saknas strukturerad uppföljning av samtliga porfyriker i sjukvårdsregionen.

Kompetensförstärkande åtgärder

Då kontaktsjuksköterskorna fyller en så central roll i dessa vårdförlopp kan man inte nog poängtera deras roll. Det är således av yttersta vikt att kontaktsjuksköterskorna har en tydlig och avgränsad arbetsbeskrivning, och en tjänstegrad som motsvarar arbetsbelastningen. Vid kirurgcentrum, NUS, behövs utökad kontaktsjuksköterskekompetens redan på kort sikt.

För att kunna rekrytera, och behålla personal behövs fler vårdplatser. Ett av de allvarligaste problemen inom sjukvården idag är det arbetsmiljöproblem som uppstår som resultat av platsbristen.

Avseende ”Task-shifting” kvarstår problemet med registrering i kvalitetsregister, främst inom RVB. Detta arbete kan inte alltid prioriteras varför registren ofta släpar efter, något som leder till att täckningsgraden för den aktuella tidsperioden ofta blir för låg. Då staten nyligen har tecknat avtal med SKR att öka registreringen i registren, och att förbättra kvaliteten på registerdata, bör regionerna tydligare ansvara för detta, genom att utse personal som ansvarar för registrering, och som även får avsatt tid till detta. Lämpligen utförs detta arbete av sekreterare som får undervisning i registren.

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Inga vinster med ytterligare nivåstrukturering ses.



Motivering till samt konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Föreslagen förändring	Motivering	Fördelar	Nackdelar
Fler vårdplatser, Kirurgcentrum, NUS	Resursskäl. Kvalitetsskäl.	Kortad väntetid till operation.	Ökad kostnad. Undanträngningseffekt pga sjuksköterskebrist.
Utökade resurser, Operationscentrum, NUS	Resursskäl. Kvalitetsskäl.	Kortad väntetid till operation.	Ökad kostnad. Undanträngningseffekt pga sjuksköterskebrist.
SVF-mottagning för lever/galla/pankreas-tumörer, RVB	Kvalitetsskäl.	Bättre underlag för behandlingsrekommendation vid MDK.	Möjligen undanträngningseffekt vid kirurgmottagningen, NUS.
Screening och surveillance vid leversjukdom	Kvalitetsskäl.	Högre kvalitet på vården. Tidigare upptäckt av HCC. Bättre överlevnad?	Ökad kostnad.
Kontaktsjuksköterskor med tydlig och avgränsad arbetsbeskrivning, och adekvat tjänstegrad	Resursskäl. Kvalitetsskäl.	Bättre kvalitet på vårdförloppen. Bättre rehabilitering. Effektivare utnyttjande av resurser.	Ökad kostnad. Undanträngningseffekt pga sjuksköterskebrist.
Personal som ansvarar för registrering i de nationella kvalitetsregistren, och som har avsatt tid till detta	Resursskäl. Kvalitetsskäl.	Bättre kvaliteten på registerdata. Effektivare utnyttjande av resurser.	Läkare behöver sannolikt lära sig diktera journalen på ett annat sätt, så att data som ska in i registret enkelt går att finna.

