

UTVECKLINGSPLAN FÖR HUVUD-OCH HALSCANCER I NORRA REGIONEN 2019-2021

1. BAKGRUND

Hur många och vem får huvud och halscancer?

Den totala cancerincidensen ökar i Sverige och är nu över 60 000 fall per år. Detta gäller även huvud-halscancer (HH-cancer) som ökade med ca 300 fall (25 %) år 2008-2016.

År 2016 rapporterades 1550 nya fall till Svenskt Kvalitetsregister för Huvud- och Halscancer (SweHNCR). De flesta av drabbade är över 65 år. Diagnosen är vanligare bland män än kvinnor, men fördelningen varierar mellan olika tumörer.

Incidens i Norra regionen

Befolkningsunderlaget (september 2017) var i Västernorrland 246 000 personer, Västerbotten 268 000, Norrbotten 251 000 och i Jämtland 130 000 personer.

2008 rapporterades 107 nya HH-cancer per år i norra regionen, 2016 137 fall/år (Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten 36-44 fall/år, Jämtland 17 fall/år). Mer än 2/3 var män. Det finns en tydligt ökande tendens i incidens, 30 % högre inom 8 år.

Vad är huvud och halscancer?

Huvud- och halscancer är ett samlingsbegrepp för tumörer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa, bihålor, spottkörtlar samt lymfkörtelmetastas på halsen med okänd primärtumör. Varje diagnosgrupp är i sin tur indelade i undergrupper som skiljer sig åt, både vad gäller tillväxt, risk för spridning, prognos och behandling. De tre vanligaste grupperna är cancer i munhåla med cirka 380 fall per år, mellansvalg (orofarynx) 350 fall per år och struphuvud (larynx) med 30 fall per år. Orofarynxcancer är den diagnosgrupp som ökar mest. Det gäller både västvärlden samt Sverige. Tungcancer har ökat hos yngre individer (40 år) utan kända riskfaktorer. Den åldersrelaterade incidensen för orofarynxcancer för män har ökat med 2 fall per 100 000 vilket motsvarar den totala ökningen för all huvud- och halscancer för män. Ökningen beror av HPV-relaterad (humant papillomvirus) skivepitelcancer i tonsill och tungbas.

Vanliga symtom vid huvud- och halscancer är heshet, sväljsvårigheter, sår i munhålan som inte försvinner eller knutor på halsen. Symtomen kan ofta vara svaga och likna infektioner med halsont. Det gör att sjukdomen kan vara svår att upptäcka i ett tidigt skede.

Om det finns symtom eller undersökningsfynd som gör att man misstänker cancer ska patienten omgående remitteras till en Öron- näs och halsklinik (ÖNH- klinik) för vidare utredning.

Huvud- och halscancer kan behandlas med kirurgi, strålbehandling eller cytostatika, som ofta ges i kombination. Om tumören är stor eller sitter på ett svåråtkomligt ställe kan man få kvarstående problem efter behandlingen, till exempel att svälja eller att tala. Den relativa 5-årsöverlevnaden för all huvud- och halscancer för hela tidsperioden 2008-2016 var 67 %, men skiljer sig mycket åt beroende på var canceren sitter.

Riskfaktorer

Rökning

Debutålder för rökning är av betydelse: tidig debut medför högre risk för huvud- och halscancer. I en svensk fall-kontrollstudie var riskökningen mer kopplad till durationen än intensiteten. Risken för skivepitelcancer avtar efter rökstopp och det föreligger ingen riskökning efter cirka 20 år.

Passiv rökning har inte konklusivt kunnat bindas till cancerutveckling i huvud- och halsregionen.

Alkohol

Alkohol är en oberoende etiologisk faktor för skivepitelcancer.

Alkohol och rökning i kombination

Var för sig ger rökning och alkohol riskökningar (jämfört med ickeexponerade) med dosberoende, relativa risker upp till cirka x 3 för alkohol och x 8-9 för rökning. Tillsammans verkar alkohol och rökning synergistiskt och kan ge ökning av den relativa risken på x 15-24, beroende på tumörlokalisering.

Högrisk- Human papillomavirus (HPV) infektion

Högrisk-HPV, framför allt typ 16 och 18 är en erkänd riskfaktor för orofaryngeal cancer.

Ledtider

Standardiserat vårdförlopp (SVF) för huvud- och halscancer infördes 2015 som en av de fem första cancerdiagnoserna. Vårdförloppet startas i och med att en klinisk undersökning av ÖNH-läkare bedömer att det finns välgrundad misstanke om cancer. När SVF startas skall patienten erbjudas snabb utredning och inom angivet antal kalenderdagar. Ledtid för nationell uppföljning av SVF för huvud och halscancer är från första besöket hos ÖNH-läkare, då välgrundad misstanke föreligger till start av behandling och uppdelat på om kirurgisk eller onkologisk behandling är första behandling. Målsättningen är att 80 % av patienterna skall erhålla behandling inom angivna kalenderdagar. Detta innebär att det från misstanke på huvud- halscancer till påbörjande av kirurgisk behandling ska ta högst 30 dagar, till påbörjande av strålbehandling högst 38 dagar.

Dessa siffror för norra regionen för 2017 (fortfarande inte alla patienterna är registrerade) är 56 dagar, men median är 29 dagar för kirurgisk behandling, jämfört med riket -57 dagar, median 31 dagar. För strålbehandling som första behandling är det 58 dagar för 80 % av patienterna med median 42 dagar (Riket - 67 dagar med median 42 dagar). Vi har i norra regionen väldigt acceptabla utredningstider och behandlingstider jämförning med riket men vi uppfyller ändå inte SVF målet.

2. ORGANISATION

”Vägen in”

Vi har två grupper av patienter. Första gruppen är patienter som kommer till oss direkt från hälsocentralen med remiss och ”Misstanke om tumören” eller fråga om utredning enligt ”Standardiserade vårdförlopp (SVF)”. Andra gruppen är patienter från norra regionen (med ”välgrundad misstanke”, SVF utredning redan påbörjad) som kommer från ÖNH specialist, och redan är kliniskt undersökta.

Diagnostik

Det första mötet med patienten sker oftast i primärvården och det är då viktigt att vårdcentralerna har utrustning för att göra en ordentlig öron-, näs- och halsundersökning. Det saknas fortfarande på många hälsocentraler flexibla fiberskop, och läkaren använder inte mer klassisk indirekt laryngoskopi. Konsekvens av detta är att man skickar patienter utan status i hypofarynx och larynx samt näsa med misstanke om huvud och hals cancer som ”SVF” patient. Det betyder större belastning på tumörläkaren på ÖNH klinik, som ska ”filtrera” patienter. Detta kan man inte göra utan klinisk undersökning, det betyder mottagningsbesök hos tumörläkare. För SVF-utredningspaketet finns idag förbokade tider för dessa SVF-patienter, ca 5/vecka. För att kunna erbjuda samtliga patienter kortaste väntetiden behövs ytterligare förbokade tider.

Den första undersökningen på ÖNH-kliniken avgör om patienten ska utredas enligt standardiserat vårdförlopp (fortsatt välgrundad misstanke) eller inte. På ÖNH- kliniken görs sedan en utvidgad klinisk ÖNH-undersökning med fiberskopi, cytologi, provexcision, vid behov i narkos.

Huvud- och halscancer utreds på fyra orter i regionen, Sunderbyn, Sundsvall, Östersund och Umeå.

Inom norra regionen handläggs patienterna utifrån en gemensamt framtagen rutin för ett snabbare och effektivare omhändertagande sedan 2012. Hit hör två spår, ett s.k. **snabbspår** och ett **förenklat flöde**.

Snabbspår innebär en mer samlad utredningsprocess där ÖNH-specialist vid stark klinisk misstanke om cancer, slussar patienten in i detta. Ingen utredning sker vid länssjukhusen utan patienten utreds vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS). Majoriteten av patienterna, ca 80%, i regionen utreds enligt snabbspåret och genomgår Positron Emissions Tomografi-Computer Tomography (PET-CT), ultraljud hals med finnålspunktion samt skopi i narkos med biopsi och ev. tatuering av tumörgränser. ”Snabb” betyder att vi erbjuder tid för början av undersökning, PET CT, ultraljud (UL) av halsen med finnålspunktion (med snabb svar) inom en vecka efter inremiss inkomst (från regionen) eller ett första mottagningsbesök på NUS. Onsdag en vecka senare bör en multidisciplinär konferens (MDK).

Förenklat flöde omfattar diagnoser (mest spottkörteltumörer, små larynx tumörer, näsa/bihålor, läpp) där utredning till stor del utförs vid respektive länssjukhus, såsom ultraljud med finnålspunktion/ provexcision och CT/Magnetisk resonanstomografi (MR) hals thorax samt bedömning av patientens allmänstatus och optimering av ev. medicinering etc.

Behandling

Kirurgi och strålbehandling utgör basen för att behandla maligna tumörer i huvud- och halsområdet. Oftast är behandlingen kurativt syftande. Primär behandling och behandling vid ett recidiv skiljer sig åt. Kirurgi är vanligare vid läpp- och munhålecancer medan strålbehandling är vanligare vid cancer i svalget. Behandlingsvalet styrs av flera faktorer, men vanligen behandlas patienter med mindre tumörer (stadium I-II) med antingen kirurgi eller strålbehandling, medan patienter med mer avancerade tumörer (stadium III-IV) oftast får en kombinationsbehandling. Avancerade tumörer som inte bedöms resektabla behandlas med strålbehandling, eventuellt i kombination med en medicinsk tumörbehandling.

Vid alla kirurgiska ingrepp måste man bedöma möjligheten att exstirpera tumören radikalt och risken för funktionsbortfall med påverkan på livskvaliteten, liksom om det behövs en primär rekonstruktion. Andra avgörande faktorer är om patienten bedöms som operabel med avseende på samsjuklighet, förmåga att medverka postoperativt under läkningsförlopp och rehabilitering. Den kirurgiska behandlingen är i princip centraliserad till ÖNH-kliniken vid NUS i Umeå. Onkologiska behandlingen sker mest i Umeå men vissa onkologiska palliativa åtgärder sker även på andra sjukhus med motsvarande kompetens.

När patienten får besked om att stark misstanke föreligger för elakartad tumör, saknas närvaro av kurator, både på mottagningen och på vårdavdelningen. I dagsläget närvarar endast kontaktsjuksköterskan som extra stöd till patienten och anhöriga. Utrymme finns sällan för att fånga upp t ex barn och anhörigas oro.

Dietist måste även kopplas in tidigt, då stor mängd av patienterna med huvud-halscancer är malnutrierade, och forskning har visat att man klarar av kommande strålbehandling mycket bättre om man är i gott fysiskt status i övrigt. Dietist saknas ofta i tidigt skede för att påbörja nutritionsbehandling före strålbehandling.

Även efter att strålbehandling är genomförd har denna patientgrupp stora besvär som kräver dietistkontakt.

”Vägen ut”

Majoriteten av patienterna kan man utskriva direkt till hemmet.

Regionala patienter som man inte kan utskriva direkt hem och behöver ytterligare vård blir remitterade tillbaka till sitt hemsjukhus. Detta sker 2 veckor efter stora operationen (exstirpation av tumören med rekonstruktion med fri lambå) eller efter flera dagar efter mindre operationer (neck-dissektion, hemiglossektomi med trakeostomi osv).

Uppföljning

Alla patienter med huvud och hals cancer följs regelbundet i minst 5 år. Första kliniska kontrollen efter kirurgi, kombinerad behandling och hos vissa patienter också efter strålning sköts på ÖNH kliniken i Umeå. Följande kontroller sköts i ute i regionen på respektive ÖNH kliniken om okomplicerade förlopp, annars fortsatta kontroller på NUS.

Majoriteten av Västerbottenspatienterna följs på ÖNH kliniken av tumörläkare.

Under de 2 första åren kontrolleras patienten var 3:e månad.

Under år 3-5 görs kontroller var 6:e månad förutom läppcancer som kontrolleras en gång om året.

Majoriteten av patienterna får en kombinationsbehandling, vilken ofta medför behandlingskrävande biverkningar under en längre tid. Ungefär 30 % av patienterna får lokala eller regionala återfall inom 3 år. Patientgruppen har också en förhöjd risk för en ny primärtumör inom huvud- och halsområdet.

Kontrollernas syfte är att:

- kartlägga och behandla biverkningar
- upptäcka återfall tidigt då det ännu kan finnas utrymme för kurativt syftande behandlingar
- detektera ny primärtumör (second primary) inom området

Cancerrehabilitering

Generellt är behandling för huvud- halscancer väldigt påfrestande för patienten. Både tumören i sig och dess behandling påverkar funktioner som andning, tal och sväljning samt att utseendet kan förändras. Laryngektomi innebär även att patienten måste lära sig andas och svälja på ett nytt sätt. Vid radikal lymfkörtelutrymning avlägsnas sneda halsmuskeln samt att elfte kranialnerven riskerar skadas. Lymfkörtelutrymning kan resultera i kvarstående problem med smärta och svårigheter att lyfta armen samt utseendemässig förändring då konturen på halsen förändras. Radioterapi ger ofta påtagliga och svåra biverkningar som till exempel smakförändringar, minskad och förändrad saliv, smärta vid sväljning samt svårigheter att tugga och svälja maten. Trismus, svårighet att öppna munnen, är ytterligare en faktor som kan ge svårigheter att äta. Inför start av en onkologisk behandling genomgår patienterna undersökning och optimering av mun- och tandstatus samt följs av sjukhustandvården under hela behandlingstiden. Därefter följs patienterna hos sin ordinarie tandläkare. Vidare görs en nutritionsbedömning. Med målet att förhindra undernäring är det viktigt att patienten under hela behandlingstiden försöker svälja föda och/eller dryck, och därefter kommer igång med att öka oralt födointag. Kan inte patienten få i sig näring och vätska via munnen blir det aktuellt med, i första hand, nasogastrisk sond. Tidig logopedkontakt, ökar möjligheten för patienten både att behålla och snabbare återfå äta/ svälja funktionen. Patienterna följs hos dietist under hela behandlingstiden (förutom från början av SVF utredningen) och därefter av dietist inom primärvården. Behandling av smärta är av stor vikt då det kan leda till svårigheter att tala, svälja och att öppna munnen. För patienter som genomgått en lymfkörtelutrymning ska sjukgymnast erbjudas. Genom hela vårdkedjan är det viktigt att vara uppmärksam på patientens psykiska tillstånd och samtliga patienter ska erbjudas kuratorskontakt (vilket inte är optimalt i dagsläget).

Nationellt vårdprogram

Det första nationella vårdprogrammet för huvud och halscancer publicerades 2015, och har nu under 2018 reviderats. En av orsakerna till revidering var den nya Tumör Node Metastas (TNM) klassifikationen och konsekvenserna av de nya direktiven, gällande röntgendiagnostik. Vårdprogrammet är uppdelat i en allmän del som gäller för all huvud- halscancer och i en tumorspecifik del, som beskriver diagnosgrupperna i separata kapitel. Den svenska kvalitetsregister för huvud- halscancer startade 2008 och används för att ta fram data som underlag i vårdprogramarbetet.

Trots regionala behandlingsskillnader kunde man enas om grundläggande strategier för behandling inom varje diagnosgrupp.

Behandlingen av huvud- halscancer är sedan lång tid tillbaka nivåstrukturerad, så tillvida att större kirurgier sker på universitetssjukhusen.

RESULTAT I REGIONEN

Vid en s k snabbspårutredning sker samtlig utredning och behandling vid NUS och omfattar majoriteten av patienterna. De patienter som vid första läkarbesök på en ÖNH klinik i regionen uppvisar förändring med stark misstanke om cancer i epifarynx, munhåla, tonsill, tungbas, hypofarynx stor larynxcancer samt misstanke om malign körtel på halsen, slussas omedelbart in i snabbspåret. Med målet att korta ledtid samt undvika att försämra tolkningen av PET-CT så utförs inga operativa ingrepp eller px på hemortens sjukhus, utan utredningen startar med PET-CT vid NUS. Remiss faxas till NUS och inkommer senast torsdag innan lunch så bör patienten kunna erbjudas tid för utredning med start närmast kommande måndag-onsdag. Vid oklarheter kan ÖNH läkaren från regionen kontakta tumörläkare på NUS på direktlinje via ”tumörtelefon” under dagtid.

Vid utredning med s.k. förenklat flöde av patienter från regionen erbjuds tid för första besök på ÖNH NUS inom 5 dagar eller sätts upp efter utredningen på hemsjukhus, direkt på MDK (multidisciplinär konferens).

Nuvarande situation i norra regionen är att vi har ett bra flöde av patienter från Norrbotten, Västernorrland men inte från Jämtland (sen 2016). Antal remisser från Jämtland med nya patienter med välgrundad misstanke har sjunkit till 0. Sedan 2016 har ÖNH kollegor i Östersund bestämt sig för att skicka patienter till Uppsala och har slutat delta vid MDK, trots att vi diskuterar deras patienter på MDK till ex, patienter som fått kirurgisk behandling i Uppsala (har varit remitterat dit för diagnos och behandling från Östersund) och ska ha postoperativ strålbehandling i Umeå.

Inom norra regionen fungerar fördelningen maximalt och någon ytterligare nivåstrukturerings anses ej nödvändig. Strålbehandling ges i huvudsak på universitetssjukhuset i Umeå men även en del länssjukhus har kompetens och resurser för att strålbehandla huvud- halscancerpatienter. Något utrymme för att nivåstrukturera strålbehandlingen anses ej heller finnas, då all behandling ges i Umeå, förutom brachyterapi.

FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR

a) Områden med tydlig förbättringspotential

- mer effektiv användning operationsresurser, t ex tid mellan operationer, knivstart av första dagens operation, annan dag som är arbetstidsförkortad efter en heldagsoperation än den som nu gäller för att maximera op. tid på ÖNH salar.
- större flexibilitet från operations- och vårdavdelningen/samvården vid bokning
- bättre utrustning, flexibla videoendoskop, 2 speciella mott rum för tumörsektion
- flexibla videoendoskop på Hälsocentralerna, möjlighet att skicka bilder samt inspelningar - oerhört viktig i Norra regionen (gäller inte bara tumörpatienten utan andra diagnoser också)
- start av dagkirurgi på mottagningen
- flera fast anställda självgående kirurger
- egen vårdavdelning – bättre arbetsmiljö både för läkare och personal, säkrare vård för patienter
- informationsutbyte mellan allmänläkare och specialister på ÖNH, en kursdag kan ordnas.
- tumörinriktade sekreterare, teamsekreterare

- Informationsnätverk för cancervården (INCA) inrapportör
- egen mottagning för kontaktsjuksköterskan
- kontaktsjuksköterskan vidareutbildas i strålbehandlingens bieffekter
- undersköterskor som tillhör tumörteamet kan ha utökad patientkontakt
- utökat mandat till tumörkoordinator – t.ex. remisser för utredningar som redan finns i planeringen
- ultraljudsledd punktion på mottagningen, med närvarande patolog som bedömer direkt om tillräckligt material finns i punktionen. (Enligt modell i Norrbotten).
- remissgenomgång hos onkologen fler ggr än 1 i veckan

b) Kompetensförstärkande åtgärder

- flera kontaktsjuksköterskor
- kontaktsjuksköterska kan informera patienten om vissa resultat - mest svar på benigna prover, de som inte behöver någon vidare utredning, eller ingen operation samt kan ha egen mottagning med definierat uppdrag (besvär med muntorrhets etc.)
- sekreterarna inriktade mot tumörsektion (närvarande vid MDK, kan kolla MDK dikteringar, skrivna remisser, sambokning till multidisciplinära mottagningar). Återbesök osv. - mindre administrativa åtgärder för tumörläkare - färre bevakningar, färre omotiverade telefontider
- regelbunden praktisk utbildning för tumörläkaren, en gång per år dissektionskurs eller studiebesök på annat tumörcentrum- inom Sverige eller utomlands, studiebesök även för övriga i tumörteamet, t ex kontaktsjuksköterskan och koordinatör.
- stort tryck på bättre arbetsmiljö för tumörläkaren (hög tempo med tumörpatienter in och ut), överbelastade med allmän ÖNH- mottagning,
- brist av kompetenta sjuksköterskor som vill jobba långvarigt på ÖNH- stor fluktuation av vårdavdelningens/samvårdens personal, ett problem i hela sjukhuset
- utökad personal, både tumörkirurger samt sköterskor/undersköterskor och sekreterare.
- Kurator till ÖNH- mottagningen
- Utökad dietisttjänst
- Utbildning för kontaktsjuksköterskan i bieffekter efter strål- cytostatikabehandling.
- Kompetenshöjning hos allmänläkarna, genom att ordna utbildningsdag via ÖNH

3. KORTSIKTIGA MÅL FÖR HUVUD OCH HALSCANCER VÅRDEN I DEN NORRA REGIONEN

Sammanfattning av målnivåer för Huvud-och Halscancer till utvecklingsplan 2019-2021

Mål Nr	Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
1	Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d 80 % percentil 71d (2016)	Median 26	Hösten 2020	Årliga uttag ur KR
2	Ledtid från behandlingsbeslut till operation <12 d	Median 15 dagar 80 % percentil 20 dagar (2016)	Median 12 dagar 80 % percentil 18 dagar	Hösten 2020	Årliga uttag ur KR
3	Ledtid från behandlingsbeslut till strålningsstart <20 d	Median 21 dagar 80 % percentil 27 dagar (2016)	Median 20 dagar 80 % percentil 25 dagar	Hösten 2020	Årliga uttag ur KR
4	Optimering av SVF utredning	Beskrivs genom kartläggning	Ökat fokus vid remissbedömning på ”stark” misstanke om tumör	Hösten 2020	Antal av SVF utfärda positiva fall
5	Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minska adm. för medicinsk personal	Hösten 2020	Status av signeringskö
6	Kirurgutveckling av tumörläkare	4,5 fast anställda	Tumörteamet består av 6 fasta tumörläkare	Hösten 2020	Egen uppföljning
7	Utökad dietisttjänst till ÖNH patienter. Kuratortjänst tillsätts.	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (redan före operation) och uppföljning	Hösten 2020	Patientenkät, QoL
8	Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologerna	Hösten 2020	Uttag per termin från diver

1. Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut; < 25 dagar för 80 % av patienterna.

Denna kvalitetsindikator har följts sedan 2008. Sen dess har ledtiderna sjunkit. 2008 median för denna indikator var 48 dagar och 80 % percentil 88 dagar.

Median i 2016 var 28 dagar och 80 % percentil 71 dagar. Ytterligare förkortning av ledtider är svårt att uppnå. Bristen av tumörläkare, patologer, radiologer bedöms vara en orsak till detta. Det finns även en stor brist på lokaler för utredningen (ÖNH mott), utredningarna har blivit mer omfattande (PET CT). Inom norra regioner har vi väl fungerande system för utredning med två linjer - spår: Snabbflöde tumör” och ”Förenklat flöde tumör”; både beskrivs under Diagnostik. Utredningsrutinerna kring huvud- halscancerpatienterna har förbättrats avsevärt under de senaste två år, några få extra svåra utredningsfall ger dock ett stort utslag i långa ledtider.

2. Ledtid från behandlingsbeslut till start av behandling då operation är första behandling; < 12 dagar för 80 % av patienter.

Denna kvalitetsindikator har följts sedan 2008. För 2016 var denna siffra 20 dagar och median 15 dagar. 33 % av patienterna opererades inom 12 dagar.

Orsaken till längre väntetider är flera. Framförallt minskad tillgång på operationssalar på NUS under hela året men speciellt under sommaren, akuta strykningar av planerade operationer pga. brist av operationssköterskor, narkospersonalen och faktum att erbjuda en ny tid speciellt för stora operationer där flera specialiteter (tumörläkare, plastikkirurg, käkkirurg) ska delta är tidskrävande. Konsekvensen av brist av op. resurser har varit att vissa patienter skickade till ett annat sjukhus för operation, med senarelagda operationstider som resultat.

3. Ledtid från behandlingsbeslut till start av behandling då strålbehandling är första behandling; < 20dagar

2016 påbörjade strålbehandling för 80 % av patienterna inom 27 dagar, median var 21 dagar. Detta är mycket tillfredställande status. Vanligaste orsak till försenad start av strålbehandlingen var dålig tandstatus av många patienter som kräver tandbehandling med viss tid för läkning efter extraktioner att minska risk för osteoradionekros, en av flera allvarliga komplikationer efter strålning.

4. Optimering av SVF utredningen

För att ytterligare effektivisera SVF utredning behövs börja med förbättring av utredningen redan på hälsocentralerna. Trots väldig bra definition av ”vad SVF remissen bör innehålla”, saknar många remisser basal kliniskt status, eller detaljerad beskrivning av misstänkt förändring. Veldig sällan skickar man som bilaga en bild (fotografi) av misstänkt förändring. Detta skulle underlätta för tumörläkaren att filtrera ut ur inkomna ”SVF remisser” patienter med misstänkta huvud-halstumör, och fördela resurser med en förbokad snabb mottagningsbesök redan vid inremissbedömning. Hela förloppet ställer krav på ökade resurser inom radiologi, patologi, cytologi, centraloperation med flera och innebär ett nära och tätt samarbete med samtliga berörda kliniker. Och då är utrymme för tumörkoordinator och operationsplanerade av stor vikt för en optimal SVF utredningsgång.

5. RAK i tumörteamet

Vårdsprocessen på NUS, för regionens patienter, består av en mängd administrativa åtgärder, idag sköts en stor del av dessa av tumörkirurger och kontaktsjuksköterskor. Målet är att få ytterligare sekreterare inriktade mot tumörteamet som skulle avlasta administration vid MDK,

(simultan skrivning under MDK och vid slut av MDK tumörläkare får bara kolla och signera MDK anteckningar etc.) och allmänt effektivisera tumöradministrativ. Man har noterat en tydlig förbättring efter att en tumörkoordinator har kommit till tumörteamet för 2 år sen. Behov för 100 % tjänstetrymme eller en tumörkoordinator till. En avgörande faktor för att ytterligare förkorta SVF utredningen är möjligheten till cytologisk eller patologiskt prov med snabbsvar. En förbättring kan behövas gällande punktioner där utbytet inte är tillräckligt.

6. Kirurgisk utveckling av tumörläkare

Tumörkirurgi är inom varje specialitet den svåraste och mest utmanande delen. Tumörkirurgi är tidskrävande (själva operationen pågår upp till 12 timmar), kräver stor erfarenhet och utbildning, samt flera års vana med ”icketumörer” anatomiska förhållanden. Viktigt att tumörkirurger också har en möjlighet att operera ofta ”godartade förändringar”, att det finns en möjlighet att delta på dissektions- kurser, studiebesök på andra tumörcentrum i landet och även utomlands. Allt detta för att öka dem kirurgiska kompetenserna och vara redo för utmanade tumöroperationer. Varje tumör är unik och man måste träna upp förmåga att ta snabba beslut under pågående operation, med så mycket operationer (inte bara tumöroperationer) som möjligt. En fortsättning av nuvarande samarbete med gästande senior tumörkirurg som en kompetenshöjande åtgärd är önskvärd.

7. Rehabilitation

När en patient får veta att man har bekräftat en cancerdiagnos, hamnar patienten oftast i chock. Därför är det viktigt med kurator närvarande från allra början.

8. Uppföljning av tumörpatienter

Nuvarande situation beskrivs under Uppföljningen.

Målet är att man delar upp de kliniska kontrollerna efter en tumörbehandling bland onkologer och tumörkirurger. Patienter som fått strålbehandling som monoterapi bör kunna överföras till onkologerna för de kliniska kontrollerna. Syftet är att kirurgen ska få mer utrymme för operationer och onkologen kan träffa och följa upp strålbehandlade patienter, och vid behov mycket bättre både behandla och förklara komplikationer efter strålbehandlingen eller kemoterapi.

4. LÅNGSIKTIG FÖRBÄTTRINGSARBETE FÖR HUVUD OCH HALSCANCER VÅRDEN I DEN NORRA REGIONEN SWOT-ANALYS

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut mindre än 35 dagar för 80 % av patienter	Mycket bättre koordination under dem sista två år. Vi har i norra regionen redan idag relativt	Stor spridning vad gäller utredningstider. Diskrepans i ledtider INCA jämfört med SVF	Snabb utredning ger en tidigare behandlingsstart	Icke diagnostiska svar på cytologi. Inte tillräcklig flexibilitet

	acceptabla utredningstider, men uppfyller ändå inte målet			från operationscentrum för korta diagnostiska åtgärder under narkos
Fortsatt utveckling av robotkirurgi inom HH-tumörsektionen	Fungerande robotverksamhet på NUS. Intresserad personal. Utbildning av tumörkirurg har påbörjats. Viktigt att ha det som kirurgiskt alternativ i pågående nationellt nivå-struktureringsaktivitet	Ekonomi. Tid på roboten	Färre vårddagar för patienten, bättre ekonomi. Mindre kirurgiskt ingrepp men fortfarande kurativt. Bättre livskvalitet för pat.	Logistiken kring robot-salen och utrustning. Rätt indikation för robotkirurgi
Operation inom 18 dagar från behandlingsbeslut för 80 % av patienter – mätbar i KR	Ingen brist av tumörläkare	Brist på operations-salar och operationspersonal. Brist på vårdplatser (p.g.a. brist på sjuk-sköterskor)	Botande behandling, bättre prognos för patient Egen vårdavd. kan lösa en del av platsbrist. Egen op. sal för diagnostisk åtgärd	Nedskärning av resurser för kirurgi samt vårdplatser. Ekonomi
Att upprätthålla en hög procent på inrapportering i det nationella kvalitetsregistret mätbart i KR	Det finns ett väletablerat kvalitetsregister. Täckningsgrad för norra regioner 2015 var 99,1 %, en av bästa i riket	Tidsbrist för inrapportering. Brist på administrativt stöd.	Hög täckningsgrad är en förutsättning för att kunna följa HHC-vårdens utveckling i regionen samt för jämförelse nationellt.	Personalbrist. Fel använd kompetens (läkare som rapportör).
Tillgång till kurator och dietist på mottagning	Snabbare rehabilitering för patienten	Brist av kurator och dietist	Bättre stöd till behandlade patienter, med fysiska och psykiska problem	Ekonomi
Tillgång till kontaktsjuk-	Oerhört viktigt För patienterna,	Tidsbrist. Hårt belastad mott,	Anställa flera kontaktsjuk-	Ekonomi. Organisa-

sköterska med tydligt definierat uppdrag	stor efterfrågan	personalbrist	sköterskor. Bra arbetsvillkor för att behålla nuvarande k-ssk	tion
Tid från provtagningsdatum för diagnostiskt ingrepp till signerat slutsvar hos patologen, som är beslutsgrundande	Mäter tiden det tar för patologen att leverera ett svar som blir beslutsgrundande	Denna parameter registreras f.n. inte i det nationella KR, och är därför inte mätbar. Brist på patologer.	Kortare utredningstider. Snabbare uppstart av behandling och bättre prognos för patienten	Brist på patologer. Dåligt fungerande logistik.
Ultraljudsledd punktion på mott, cytolog på röntgen, eller med egen UL apparat på mott	Färre ”icke-diagnostiska” svar! snabbare diagnos	Brist på cytologer	Snabbare svar till behandlingsbeslut	Cytolog på plats för att se på utstryk