

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2024-12-10

Innehållsansvar: Alicia Hellgren, (alihe2), Sjuksköterska

Giltig till: 2026-12-10

Granskad av: Alicia Hellgren, (alihe2), Sjuksköterska

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Tumörer i hjärna, ryggmärg och dess hinnor

Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte	2
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund.....	2
Processmål	3
Förändringar sedan föregående version	3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet	3
Utredning	3
Behandling	4
Rehabilitering.....	4
Klinisk uppföljning	5
Remissrutiner	6
Kvalitetsuppföljning	6
Patientmedverkan och kommunikation.....	6
Referenser	7

Syfte

Riktlinjen är en uppdatering av tidigare regional medicinsk riktlinje (RMR) för tumörer i hjärna och ryggmärg, som överensstämmer med Nationellt vårdprogram fastställt i augusti 2023. Se Referenser för hänvisning. Riktlinjen har utarbetats i den sjukvårdsregionala vårdprocessgruppen för CNS-tumörer i samarbete med Regionalt cancercentrum väst och är en anpassning till lokala förhållanden i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götalandsregionen och Region Halland).

Huvudbudskap

Ändringar i vårdprogrammet (se nedan, Förändringar från föregående version) innebär att vi regionalt behöver förtydliga ansvarsfördelning mellan olika kliniker och vårdinstanser.

Meningeom och neurorehabilitering är nytt i det nationella vårdprogrammet. Båda dessa är prioriterade områden regionalt framöver, men hanteras inte i denna RMR.

Vårdnivå och samverkan

Regionala arbetsgrupper för meningeom och neurorehabilitering, inklusive kognitiv screening, har initierats med professioner från både primärvård och specialistvård, både på region- och länsnivå för att förtydliga vårdnivå och samverkan.

Ansvarsfördelning mellan neurologi och onkologi är i denna RMR oförändrat.

[Flödesschema](#)

Bakgrund

[NVP Kapitel 4](#)

Vårdprogrammet omfattar vuxna patienter med låggradiga och höggradiga astrocytära och oligodendrogliala tumörer i centrala nervsystemet hos vuxna patienter, samt ependymom, medulloblastom och intrakraniella germinalcellstumörer. Meningeom, det vill säga tumörer i hjärn- och ryggmärgshinnor ingår också, både accidentellt upptäckta och symtomgivande.

Vårdprogrammet innehåller rekommendationer för både patienter och närstående, allmänhet, vårdpersonal som specifikt arbetar med patientgruppen och

vårdpersonal inom andra områden, till exempel primärvård.

Den vanligaste typen av CNS-tumör är gliom (cirka 40 %), medan ungefär en tredjedel utgörs av tumörer i hjärnans och ryggmärgens hinnor (meningeom).

Processmål

Utvalda kvalitetsindikatorer följs upp i det nationella kvalitetsregistret för tumörer i centrala nervsystemet (CSN-tumörer).

[Nationellt vårdprogram hjärntumörer: 20.3.3 Kvalitetsindikatorer](#)

[Nationella kvalitetsregistret för tumörer i centrala nervsystemet \(CNS\)](#)

Förändringar sedan föregående version

- Vårdprogrammet har utökats till att omfatta även meningeom. Vårdprogrammet lyfter fram vikten av strukturerad uppföljning för dessa patienter.
- Vårdprogrammet lyfter särskilt den kognitiva rehabiliteringen
- Vårdprogrammet innehåller ett mer omfattande uppföljningskapitel med tydligare råd om strukturerad uppföljning inklusive bedömning av rehabiliteringsbehov.

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

Rekommendationerna i RMR överensstämmer med det nationella vårdprogrammet, vilket i sin tur är avstämt med standardiserat vårdförlopp (SVF) för primära hjärntumörer. Det görs inga avsteg från det nationella vårdprogrammet.

Utredning

[NVP Kapitel 8](#)

Jämfört förra versionen är det få förändringar avseende bilddiagnostik och de som finns härrör framför allt från tillägget av meningeom till vårdprogrammet. Således finns nu ett nytt stycke om somatostatinreceptor-PET och ett förslag på MRT-protokoll för meningeom ([Bilaga i NVP](#)).

Liksom vid tidigare version av vårdprogram rekommenderas MR hjärna inklusive perfusionssekvens vid så väl utredning och uppföljning av patienter med primär intracerebral tumör.

Kategorisering av tumören

Klassificering sker nu enligt WHO Classification of Tumours series, femte upplagan, volym 6, Central Nervous System Tumours, 2021. Införlivat är också så kallad integrerad diagnos, vilket innebär att för en del tumörer innefattar PAD diagnosen både histologiska och molekylärbiologiska fynd. I och med detta har det tillkommit ett visst ökat krav på molekylärbiologiska analyser för klassificering.

För högmaligna tumörer behöver dessa analyser kunna utföras och besvaras skyndsamt för att inte fördröja start av behandling.

Behandling

[NVP Kapitel 11](#)

Inga nya onkologiska behandlingsmodaliteter har tillkommit i primär behandling för någon av de i vårdprogrammet ingående diagnoserna.

Vid vissa ovanliga diagnoser eller vid förekomst av potentiella target för målinriktad behandling nämns möjlighet till experimentell behandling i återfallssituationen. Exempel kan vara högdosbehandling med autolog stamcellstransplantation vid germinom. Sådana fall är mycket sällsynta och vårdprogrammet förordar möjlighet till nationell MDK för diskussion av ovanliga och komplicerade fall. Förslag om detta har tidigare lämnats till RCC 2019 i samband med förberedande arbete inför eventuell nationell nivåstrukturerings, något beslut är ännu ej fattat.

Rehabilitering

[NVP Kapitel 16](#)

Även i denna version av vårdprogrammet lyfts vikten av tillgång till neurologisk rehabilitering för patientgruppen. Tyvärr är tillgången i regionen fortsatt ojämlik avseende neurologisk rehabilitering, så väl inom specialistvård som primärvård. Tillgången till rehabiliteringsinsatser och vilka patienter som prioriteras varierar också.

Den kognitiva rehabiliteringen lyfts fram särskilt i vårdprogrammet.

En bedömning innan start av behandling är viktig för att se vilka möjligheter som finns till rehabilitering och vilka funktioner som går att rehabilitera till förbättring. Den preoperativa bedömningen är viktig för att kunna få en uppfattning om förutsättningarna för rehabilitering.

I revideringen har den kognitiva rehabiliteringen lyfts fram för att tydliggöra behovet av kognitiv utredning som grund för rehabiliteringsinsatser. Inför behandlingsstart (onkologi eller kirurgi) rekommenderas en baslinjebedömning, där framför allt vissa patientgrupper lyfts fram som prioriterade.

En regional arbetsgrupp för neurorehabilitering har bildats och kommer att ta fram regional rutin för neurologisk rehabilitering och kognitiv screening.

Klinisk uppföljning

[NVP Kapitel 18](#)

Patienterna kan ha både livslånga symtom och sena biverkningar/effekter av genomgången behandling. Viktiga symtom att följa livslångt är epilepsi (som även kan debutera långt efter diagnos) och kognitiva symtom. Patienter kan ha behov av återkommande rehabiliteringsbedömning och perioder. Närståendes behov är viktiga att uppmärksamma.

Förnyad behovsbedömning för stöd till egenvård och rehabilitering ska ske strukturerat under uppföljningen. Samtliga patienter inkluderade i vårdprogrammet ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska eller fast vårdkontakt.

Kapitlet avseende uppföljning har utökats och omfattar nu även meningeom. I det nationella vårdprogrammet är det tydligt formulerat hur patienter med meningeom ska följas. Patienter med asymtomatiska meningeom eller opererade patienter utan restsymtom kan följas inom primärvården, och vid behov (tumörtillväxt eller symtom) diskuteras med eller remitteras till specialistsjukvård.

Uppföljning av patienter med symptomgivande meningeom bör i första hand ske inom specialistsjukvården. Patienter som erhållit strålbehandling mot meningeom följs på onkologen tills återbesök efter avslutad strålbehandling och remitteras därefter till specialistsjukvård på hemortssjukhus.

Regional arbetsgrupp för uppföljning av meningeom har bildats och kommer att ta fram ett utkast på struktur av uppföljning av patienter med meningeom.

Remissrutiner

[Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård.](#)

[SVF-rutiner per sjukhus för primära maligna hjärntumörer](#)

Nyupptäckta meningeom remitteras direkt till neurokirurgens remissbedömning.

[MDK-rutin](#) (publicerat med regional åtkomst)

Misstänkta CNS-metastaser ska inte diskuteras inom dessa forum, utan bedöms av den klinik som ansvarar för utredning/handläggning av primärtumören.

Kvalitetsuppföljning

Se: [Nationella kvalitetsregistret för tumörer i centrala nervsystemet \(CNS\)](#)

Se: [Power BI](#)

Data ur CNS-registret kommer att användas för nationell rapportering samt regional och lokal kvalitetsuppföljning.

Regional uppföljning av såväl övergripande mål som ingående ledtider inom SVF primära maligna hjärntumörer sker i registret [SVF-INCA](#).

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och Patientkontrakt

[NVP Kapitel 16](#)

Mesta möjliga kontinuitet och ett personcentrerat arbetssätt bör eftersträvas, samt tydliga rutiner kring psykosocialt stöd. För patienter med hjärntumör är det vanligt med kognitiva nedsättningar vilket gör att även närstående ofta drabbas hårt. För dessa patienter och deras närstående kan kontaktsjuksköterskans samordnande roll vara särskilt viktig.

Min Vårdplan

I Västra Götalandsregionen används digital och skriftlig Min Vårdplan för tumörer i centrala nervsystemet på alla kliniker. Min Vårdplan är patientens dokument som bör följa med under hela vårdprocessen, över klinikgränser.

Min Vårdplan ska ge information och vara ett stöd för patienter och öka deras delaktighet och trygghet. Skriftlig information kan med fördel ges till närstående så att de kan ta del av den och inkluderas.

Skattningsformulär finns tillgängliga i MVP och bör användas för bedömning av behov, cancerrehabilitering inkluderat.

[Min Vårdplan för tumörer i centrala nervsystemet](#)

Referenser

[Nationellt vårdprogram tumörer i hjärna, ryggmärg och dess hinner](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Alicia Hellgren, (alihe2), Sjuksköterska

Granskad av: Alicia Hellgren, (alihe2), Sjuksköterska

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-788

Version: 1.0

Giltig från: 2024-12-10

Giltig till: 2026-12-10