

Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro Register och vårdprogram

Annika Lidin-Lindqvist

RCC med patienten i fokus

Det kommande året blir spännande. Uppdatering av det nationella vårdprogrammet väntas bli färdigt till sommaren 2012 samtidigt som uppdatering av de nationella riktlinjerna pågår och förväntas bli färdiga våren 2013. Nätverket har tillsammans med representanter för Västra regionens omvårdnadsprogram blivit ombedda att synkronisera våra regionala omvårdnadsprogram till ett nationellt. Arbetet har just inletts och ska vara färdigt till april 2012. Men inte minst så ser vi fram mot vad etableringen av Regionalt cancercentrum (RCC) kommer att innebära.

Målet med RCC är att förbättra behandling och omhändertagande av cancerpatienter samt förbättra möjligheterna att upptäcka cancer tidigare. Vi ska arbeta för ett ökat patientinflytande i cancersjukvården, där utgångspunkten är patientens behov. RCC strävar efter en cancervård som är patientfokuserad, säker, jämlik, i rätt tid, kunskapsbaserad, ändamålsenlig och effektiv.

"Regionala cancercentrum i samverkan" har bildats för nationellt samarbete. Den består av chef/projektledare från respektive cancercentrum samt representant för SKL.

Läs mer om RCC och Sveriges Kommuner och Landsting på www.roc.se och www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/cancervard.

Den verksamhet som bedrivits på Regionalt Onkologiskt Centrum har inordnats i RCC och heter numer Regionalt cancercentrum Register och vårdprogram.

Vårdprogramgruppen med Pia Jestin, kirurgkliniken Uppsala som ordförande, förväntas få ett utökat ansvar i och med RCC. Frågor som kommer att lyftas är kontaktsjuksköterska, individuell vårdplanering, rehabilitering och nivåstrukturering. Även nätverket för sjuksköterskor kommer att få ett utökat och mer tydligt ansvar med uppdrag från RCC.

Vårdprogramgruppen har beslutat att varje län ska representeras av en kirurg och en onkolog. Dessutom ska två kirurgsjuksköterskor och två onkologisjuksköterskor ingå. Varje län ska dessutom kunna namnge en patolog och en som kan komma att ingå som stödpersoner. Represen-

tanterna i vårdprogramgruppen hittar du på www.roc.se/kolorektal/reg_vpgrupp.asp.

Väntetider i kalenderdagar vid utredning av kolorektalcancer (KR) cancer

Rekommendationer från vårdprogramgruppen:

Distriktsläkare till bedömning av kolorektalkirurgi på mottagning: 7 kalenderdagar

- Besök hos KR-kirurg till MDT-konferens: 14 dagar
- Besök hos KR-kirurg till patologens svar på px: 5 dagar
- MDT-konferens till påbörjad strålbehandling: 14 dagar
- Påbörjad strålbehandling 5x5 Gy till resektionskirurgi: max 10 dagar
- Operation till definitivt PAD-svar: 21 dagar
- Operation till påbörjad adjuvant cytostatika: 42 dagar

Rapport från Höstmötet 30 september 2011

Årets höstmöte samlade 35 personer. De allra flesta kliniker fanns representerade även om några tvingades till sent återbud. Sen fanns det några som anmält sig men som inte vare sig anmälde sin frånvaro eller dök upp!

Mötet inleddes sedvanligt med diskussioner utgåendet från kvalitetsregistren. Se vidare rapport från Pia Jestin.

Agneta Norén, leverkirurg vid leverpancreas sektionen, Uppsala, var inbjuden för att besvara frågan - Kan vi operera fler patienter med levermetastaser? Svaret blev JA! För att kunna erbjuda fler patienter levermetastaskirurgi krävs dock en bra utredning och remiss till leverkirurg. Agneta välkomnar även alla oklara förändringar för en vidare diskussion.

För att kunna ta bra beslut på leverronden behöver leverkirurgerna få information om: typ av primärtumör, TNM-stadium, operationsdatum, eventuell lungmetastas och CEA värde. Vidare vill leverkirurgerna också veta typ av radiologi som gjorts samt datum för denna och förekomst av eventuell komorbiditet. Till sist vill de också få information om eventuell adjuvant cytostatika, antal kurer och månad för avslut.

Ingen tid bokas för ett mottagningsbesök preoperativt så patienten förväntas vara i operabelt skick när den remitteras.

Rekommendation är att INTE biopsa potentiella kandidater för leverkirurgi då det finns risk för seeding i stickkanalen.

Det finns möjlighet för regionens sjukhus att delta på leverrundens videokonferens. Detta skulle enligt Agneta leda till en bra kommunikation och information mellan onkologer, kolorektalkirurger och leverkirurger vilket ses som en förutsättning för att få vårdkedjan att flyta optimalt så att det blir ett bra patientomhändertagande.

Gunilla Enblad, verksamhetschef på onkologikliniken Akademiska sjukhuset, Uppsala, var mötets andra inbjudna deltagare och talade om införandet av RCC i regionen.

Bildandet av RCC uppstod som förslag från nationella cancerstrategin för att ges ett övergripande ansvar för att samordna, utveckla och kvalitetssäkra cancervården i den egna regionen. Landets sex RCC kommer att samarbeta nationellt i "RCC i samverkan" men det poängteras att alla RCC inte ska vara "stöpta i samma form" utan utvecklas och profileras utifrån sina olika förutsättningar.

Gunilla betonar också att vårdprogramgrupperna kommer att få mer stärkt och tydlig roll

Det finns tio kriterier för regionala cancercentra vilka flera av dem kommer att påverka vårdprogramgrupperna och sjuksköterskenätverken. www.regeringen.se/content/1/c6/16/05/25/8be1e831.pdf

Kvalitetsregistret

Det märks att vi har arbetat några år med registerings formulären i INCA för några heta debatter kring blanketterna uteblev på årets höstmöte. Det är dock väldigt viktigt att vi har en gemensam tolkning av och besvarar variablerna på likartat sätt. Jag vill därför uppmana alla att läsa manualerna, där står svaren på de flesta frågor som ställs, hur ofta uppföljningarna ska rapporteras, vad avses med remissdatum, datum för remissbeslut etc.

www.vinkancer.se/sv/INCA/kvalitetsregister/kolorektalcancer/dokument/

Det kommer krav på snabbare återrapporteringar. Med anledning av detta vill nationella styrgruppen utöka uppföljningarna till att inte bara gälla 5-årsuppföljning utan även 3-årsuppföljning.

Detta medför att anmälningar och uppföljningar som ska rapporteras in 2012 är:

Anmälningsblanketterna för diagnosår 2011 till RCC **senast 2012-03-31**.

3-års uppföljning av kolo- och rektalcancer diagnosår 2008 till RCC **senast 2012-03-31**.

5-års uppföljning rektalcancer diagnosår 2006 till RCC **senast 2012-03-31**.

Vad gäller 3-årsuppföljningar kommer det att finnas mallar i INCA.

Jag uppmanar alla som arbetar med dessa rapporter att genast börja rapportera in saknade anmälningar. I december 2011 kommer vi att skicka ut listor på saknade 5-årsuppföljningar.

Vi kommer också att efterforska saknade onkologblanketter.

Adjuvant behandling, för diagnosår 2007 – 2010 till RCC **senast 2012-03-31**.

Generaliserad behandling, för diagnosår 2011 jan – juni till RCC **senast 2012-03-31**.

Vi har en hög täckningsgrad för både anmälningar, uppföljningar och onkologblanketter i vår region, en förutsättning för ett bra register. Låt oss fortsätta med det.

Regional rapport 2010

Pia Jestin

Årets rapport från Uppsala Örebro kvalitetsregister för kolon- och rektalcancer innehåller många intressanta tabeller. Rapporterna presenterades vid Höstmötet den 30/9 och flera tabeller togs upp för diskussion.

Hänvisningarna refererar till tabeller och figurer i regionala rektalcancer rapporten (RR) 2010 och till regionala koloncancer rapporten (KR) 2010.

Täckningsgraden har allt sedan start legat högt tack vare intensivt arbete från våra monitorer på ROC och engagerade medarbetare ute på sjukhusen och i år hade vi vid tid för mötet åter uppnått en täckningsgrad på 100% för rektalcancer och 99,9% för kolon. Mycket bra!

Däremot når vi inte målet att ha inrapporteringen klar och kunna leverera data till nationella registret sista april så som planen var i år. Det är tyvärr i koloncancerregistret som några enstaka sjukhus inte sköter sin uppgift med att registrera i tid. Att delta i kvalitetsregistrering är ett absolut måste om man ska bedriva denna typ av verksamhet.

När det gäller preoperativ stadiumindelning av primärtumören är MR standard vid rektalcancer och ska ligga till grund för ställningstagande till ev strålbehandling. Bara i Västerås utreds samtliga patienter med MR och på flera sjukhus ligger andelen på mindre än 80% vilket är alldeles för lågt. För koloncancer är radiologin svårare och de flesta patienter utreds med CT. Här måste vi ställa krav på våra radiologer att få en bedömning av primärtumören. (Tabell 8 RR, tabell 6-8 KR).

Förvånande är den höga andelen "preoperativ staging av primärtumör" för akuteropererade patienter på flera sjukhus, 85% på något sjukhus. Att ha gjort en CT-buk betyder inte staging av pri-

märtumören om inte radiologen i sitt svar ut-talat sig om T-stadium. (Tabell 7 KR).

Bedömning i preoperativ MDT-konferens är lika viktig som radiologisk stadiindelning. I en artikel i Svensk Kirurgi nyligen betonas vikten av att alla patienter bedöms i såväl preoperativ som postoperativ MDT-konferens.

Av rektalcancerpatienterna är det knappt 90% som bedöms preoperativt men för koloncancer, elektivt opererade, endast ca 40%. Här ses dock en stor variation mellan sjukhus med 100%-igt deltagande vid vissa sjukhus och 0% vid andra.

Postoperativt blir mellan 80-90% av såväl rektalcancer- som koloncancerpatienterna bedömda i MDT-ronder men även här sticker några sjukhus ut med mycket lågt deltagande. (Tabell 36-39, Figur 10 RR, tabell 28-39, Figur 9-10 KR). Detta är inte acceptabelt och telemedicinsk konferens kan kanske vara ett alternativ.

Andel patienter som avlastas med en loopstomi vid främre resektion har ju ökat kraftigt sedan drygt 5 år tillbaks. Nytt för i år i rapporten är en uppdelning av andelen loopstomi beroende på tumörhöjd och man ser att det är fr a vid låga och mellanhöga tumörer som avlastande loopar läggs, drygt 90%. Medan de höga tumörerna, > 12 cm, avlastas i ca 50%. (Tabell 17-19 RR).

Antal undersökta lymfkörtlar har fortsatt att öka sedan vi började diskutera detta för ca 10 år sedan. Median av undersökta körtlar ligger nu totalt över 12. I 31% av rektumresektionerna kommer man inte upp i 12 undersökta körtlar vilket är ett minimikrav på kvalitén i patologin men de flesta av dessa patienter är stälade vilket ju också försvårar körtelbedömningen. För kolonresektionerna blir andel patienter med färre än 12 undersökta körtlar mindre. Räknar man ihop resultaten från tabell 9-14 för år 2010 blir det endast 14% som inte når upp till 12 körtlar. Dock finns fortfarande stora variationer mellan sjukhusen och det är viktigt att ha en dialog med sin patolog. (Tabell 9 RR, tabell 9-14 KR).

Tyvärr ser vi fortfarande ingen minskning av andelen postoperativa komplikationer. Anastomosläckage efter elektiv koloncancerkirurgi ligger för 2010 på över 4% medan det för främre resektion vid rektalcancer ligger på 9%, vilket möjligen är en tendens till minskning jämfört med tidigare år. Det ses dock en stor variation i läckagefrekvens efter främre resektion mellan olika sjukhus. Slående är Gävle och Västerås som genomgående haft en låg frekvens. Andel sårrupturer är dock oförändrat runt 2-3% efter elektiv kirurgi och verkar inte visa någon trend mot en förbättring. (Tabell 44 RR, Figur 11 KR)

Postoperativ mortalitet ligger i rektalcancerregistret på strax under 2% men något enstaka sjuk-

hus ligger här högre än vad som är acceptabelt. För elektiv koloncancerkirurgi ligger 30-dagarsmortaliteten precis över 2%, men här finns flera sjukhus som ligger högre, över 3%. (Tabell 51 RR, tabell 49 KR).

Akut koloncancerkirurgi har en högre postoperativ mortalitet, över 8%, men över 10-14% på flera sjukhus. (Tabell 50 KR).

Här bör man **se över sin verksamhet** och försöka förbättra sina resultat.

Inte mycket händer med vårdtiderna trots införandet av ERAS-koncept och andra "fast-track"-varianter. Sedan 1997 har medianvårdtiden för rektalcancer varierat mellan 10-11 dagar och för elektiv koloncancer som en rak linje på 7 dagar sedan 2002. För akut koloncancer varierade vårdtiden mellan 9-11 dagar i median men ingen tendens till minskning. (Figur 14 RR, figur 15 KR).

Följer vi våra rutiner? Vad kan vi **göra för att förbättra?**

För laparoskopiskt opererade koloncancer, 8%, var dock vårdtiden kortare, 4 dagar. För rektalcancer laparoskopiskt opererade, 5%, var vårdtiden 7 dagar i median. (Figur 15 RR, figur 16 KR).

Ca 90% av koloncancerpatienter, stadium III < 75 år, remitteras till onkologen för adjuvant cytostatika vilket är en rimlig andel. (Tabell 55 KR). Tyvärr ses ett visst samband på sjukhusnivå mellan lägre andel patienter i MDT-ronder och lägre andel patienter remitterade för adjuvant behandling. Här måste vi förbättra oss och målet måste vara att samtliga patienter diskuteras i MDT-ronder.

Onkologregistreringen börjar fungera nu med en täckningsgrad på ca 90-95% för 2010 vilket är roligt att se och till nästa år räknar vi med att även få med tid till påbörjad behandling. (Figur 16 RR, figur 17 KR).

Fler ledtider har ju registrerats från i år och ska bli intressanta att kunna presentera nästa år.

Slutligen diskuteras vikten av deltagande i olika studier. Totalt inkluderas knappt 25% av rektalcancerpatienterna och ca 13% av koloncancerpatienterna i olika studier. Här ses åter igen stora skillnader mellan sjukhusen från 0-53% av patienterna. (Tabell 61 RR, tabell 62 KR).

Flera nationella studier finns och ett rimligt mål kan vara att kliniken hela tiden delta i åtminstone en studie.

Nätverk för kolorektalsjuksköterskor, möte 13 september

Eva Strand, Catarina Karlsson

Regionalt cancercentrums chef, Lars Holmberg presenterade sig och sina tankar över RCC:s verk-

samhet och vårdprogramgrupperna och nätverkens framtida roll och verksamhet.

Lars har för avsikt att ge nätverksgruppen ett klart definierat uppdrag. I arbetsgruppen känns det väldigt bra med tanke på den omvårdnads-kompetens som finns bland oss.

Nästa punkt på programmet var Inger Nordmark, projektansvarig för projektet "Att stärka patientens ställning". Inger informerade om "En nationell cancerstrategi för framtiden" samt kring projektgruppens arbete med patientens rätt till en fast vårdkontakt. I projektet är kontaktsjuksköterska en prioriterad del. Det är svårt att ge en definition för funktionen kontaktsjuksköterska. Redan nu kan vi se att olika sjukhus har olika benämningar för samma arbete. En del sjuksköterskor gör arbetet som kontaktsjuksköterska redan nu men det är inte tydligt uttalat på kliniken.

Det är viktigt att lyfta fram sjuksköterskor som har uppgiften att hjälpa och leda patient och närstående genom sjukvårdsprocessen. Det är en arbetsuppgift som är kvalificerad och tar tid. Sjuksköterskan behöver få tid avsatt för att arbeta som kontaktsjuksköterska.

I en framtid kommer det säkert att finnas olika arbetssätt men till grund ligger patientens rätt till en fast vårdkontakt.

Två kirurgsjuksköterskor finns representerade i vårdprogramgruppen och nu vill gruppen utöka med två onkologisjuksköterskor. Sandra Tapper, Västerås och Lotta Short Gävle väljs som on-

kologrepresentanter.

Nätverket har tillsammans med representanter för Västra regionens omvårdnadsprogram blivit ombett att synkronisera våra regionala omvårdnadsprogram till ett nationellt. Arbetet har just inletts och ska vara färdigt till april 2012.

Nationella nätverket för bröstsjuksköterskor har lanserat ett nationellt vårdprogram "Omvårdnad vid bröstcancer". Redaktören valdes utifrån sina erfarenheter från omvårdnad vid bröstcancer och vårdforskning inom cancervård. Övriga författare har erfarenhet och kompetens kring vård, omvårdnad och vårdforskning. Mycket av vad som står i programmet kan appliceras för omvårdnad vid vård av patienter med kolorektalcancer. Det finns till exempel kapitel om Kontaktsjuksköterska, Omvårdnad vid kirurgi, Omvårdnad vid fatigue, rehabilitering och kronisk sjukdom. Vårdprogrammet finns på www.roc.se/brostca.asp och kan beställas via Annika Lidin-Lindqvist, RCC.

Gunn visade sitt förslag på "Tarmbok" innehållande standardiserad information till patienter med kolorektalcancer. Patienten får boken vid första besöket. Boken fylls på kontinuerligt både av patient och personal med den information patienten får och vad som ska hända vid varje återbesök. Förslaget med "Tarmboken" tyckte gruppen var bra och boken kommer att diskuteras på nästa möte. Förslaget till "Tarmboken" är "Bröstboken", även den från Falun.

OBS! Fr o m 13 december 2011 har RCC Uppsala Örebro ny hemsida, www.rccuppsalaorebro.se.

Viktiga datum

Regiondag för kolorektalkirurgi, 13 januari 2012, Uppsala
Nätverksträff, 16 feb 2012, Uppsala
Möte för vårdprogramgruppen, 15 mars 2012, Örebro
Onkologidagarna, 21-23 mars 2012, Gävle
Deadline 2011 års inrapportering, 31 mars 2012
Kirurgveckan, 20-24 augusti 2012, Linköping
Internat för nätverket, 4-5 oktober 2012, Karlstad

Redaktionsmedarbetare vid ROC

Sjuksköterska/koordinator: Annika Lidin-Lindqvist
Biostatistiker: Fredrik Sandin
IT-ansvarig: Enayat Mavadati
Informationssekreterare/webbansvarig: Jana Howe
Handläggare: Ingegerd Kyllerstedt, Lena Pettersson



Postadress:
Regionalt Onkologiskt Centrum
Akademiska sjukhuset
S-751 85 UPPSALA

Besöksadress:
Dag Hammarskjölds väg 54A
751 83 Uppsala

Tel: 018 - 15 19 10
Fax: 018 - 71 14 45
www.roc.se