

Behandling av ärenden i vilka hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutanderätten enligt av hälso- och sjukvårdsstyrelsen antagen delegeringsordning, 2015-01-28, § 17, punkt 4: Fastställa medicinska riktlinjer och vårdprogram för vård och omvårdnad

§ 15

Tillämpning av nationellt vårdprogram för levercellscancer

Diarienummer HS 2016-00607

Regional vårdprocessgrupp för levercellscancer och Regionalt Cancercentrum Väst har utarbetat en tillämpning av nationellt vårdprogram för levercellscancer.

Förslaget har tillstyrkts av regionens Program- och prioriteringsråd. Samverkansnämnden i Västra Sjukvårdsregionen har, § 24 -2016, tagit beslut om riktlinjen för överlämnande till huvudmännen.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut:

1. Regional medicinsk riktlinje enligt bilaga angående tillämpning av nationellt vårdprogram för levercellscancer fastställs.

Göteborg 2016-10-12



Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga:

Regional Medicinsk Riktlinje – Tillämpning av Nationellt vårdprogram för levercellscancer

Skickas till:

Samtliga sjukhusdirektörer
Primärvårdsdir Närhälsan
Enhet primärvård, vårdval vårdcentral
Ordförandena i medicinska sektorsråden
Koordinatorer, Koncernstab hälso- och sjukvård
Medicinska rådgivare, Koncernstab hälso- och sjukvård
Peter Lönnroth, Koncernstab hälso- och sjukvård
Thomas Björk-Eriksson
Malin Samuelsson, RCC Väst
Karin Fröjd, Koncernstab hälso- och sjukvård
Anna Wallman
Avd kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal, Leena Ekberg

Diariet

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för Levercellscancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 15-2016) giltigt till oktober 2018
Utarbetad av Regional vårdprocessgrupp för levercellscancer

Huvudbudskap

Regional medicinsk riktlinje vid levercellscancer (RMRL) innehåller regionala tillämpningar men inga avvikelser från nationellt vårdprogram (www.cancercentrum.se).

Relativ femårsöverlevnad vid levercellscancer (HCC) är 19 % (riket 23 %). Underliggande leversjukdom medför att majoriteten är kända i gastroenterologi och/eller infektionsvård. Övervakning (surveillance) av riskgrupper med ultraljudsundersökningar var 6:e månad förbättrar förutsättning för kuration men kvalitet av surveillance kan förbättras. Standardiserad utredning och handläggning i kombination med centraliserad konferens (Transplantationscentrum Sahlgrenska) ger möjlighet till bättre kontinuitet om utredning och uppföljning kan ske även inom gastroenterologi och infektion.

Kontaktsjuksköterska ska erbjudas, vilket inte konsekvent införts i regionen. Det kan förbättra förutsättningar för ett personcentrerat omhändertagande med onkologisk kompetens.

Utredning

Diagnos Levercellscancer Hepatocellulär cancer (HCC) C22.0

HCC är den vanligaste primära maligniteten i levern.

Incidens i regionen

Incidens, utifrån kvalitetsregister, cancerregister och dödsorsaksregister, är knappt 100 fall i regionen/år, beräknat utifrån att fler rapporteras i dödsorsaksregistret, och ett 70-tal rapporteras i cancer och kvalitetsregister. Bortfall finns vid enbart radiologiskt påvisad HCC.

Standardiserad utredning- innehåll och bedömning

Välgrundad misstanke om malignitet ska leda till bedömning vid regional hepatobiliär konferens (MDK) oavsett utredningsresultat, se nedan.

Medicin-, kirurgi- och infektionskliniker har ansvar för att standardiserad radiologisk utredning initieras och genomförs och att patientens allmäntillstånd och leverfunktion dokumenteras. Radiologisk utredning ska kunna ske vid regionens samtliga sjukhus.

Radiologisk utredning

Diagnostiska kriterier medger diagnos med radiologi vid cirrhos eller kronisk hepatit B.

- MR lever med kontrast ger bäst specificitet och sensitivitet. CT lever (4-fas) utförs i andra hand.
- Metastas-screening utförs med CT thorax.
- Ultraljud med kontrast ska inte användas.

Leverbiopsi

Leverbiopsi för att ställa diagnos är framför allt indicerat då det inte finns underliggande cirrhos. Indikation för biopsi ställs vid regional MDK, där hänsyn tas till om resektionskirurgi är indicerat.

Vid leverbiopsi ska levervävnad bedömas avseende inflammation och fibros enligt patologföreningens kvalitetsnormer KVASt-dokument, www.svfp.se En centraliserad bedömning av leverbiopsier möjliggör förbättrad bedömning av diagnos men framför allt leverparenkym, tumörutbredning samt förkortade utredningstider.

Regional hepatobiliär tumörkonferens (MDK)

Diagnosen av HCC ska alltid fastställas vid regional konferens oavsett om enbart symtomlindrande behandling anses aktuell eller inte. MDK hålls måndagar kl.15 (videokonferens) samt torsdagar kl. 14 (lokal konferens med patolog närvarande) vid Transplantationscentrum Sahlgrenska.

Rutinmässigt bör inremitterande klinik delta via t.ex. videoupkoppling, för att medge att personlig kännedom är representerad, varefter patient handläggs vid Transplantationscentrum om antitumoral behandling planeras.

Standardiserat vårdförlopp, SVF

Standardiserat vårdförlopp för primär levercancer är godkänt av RCC i samverkan och infört från 4 april 2016. Länk till SVF, <http://cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>

Behandling

Antitumoral behandling är centraliserad till Transplantationscentrum Sahlgrenska.

Kurativt syftande behandling

Kurativt syftande behandling är motiverad vid tumör begränsad till lever utan inväxt i kärl, se nationellt vårdprogram. Ablativ behandling, kirurgisk resektion samt transplantation används samtliga i kurativt syfte, med 94 % i livet efter ett år i regionen. 30 % planeras för kurativ behandling (40 % nationellt). Relativ femårsöverlevnad 63 % (nationellt 54 %).

Regional behandling: kemoembolisering (TACE)

(TACE) ges till ett 40-tal patienter/år vid intermediärt stadium av HCC eller för att förhindra dropout på väntelista inför transplantation.

Medicinsk behandling

Tyrosinkinashämmaren sorafenib är den enda godkända antitumoral medicin för systemiskt bruk som finns vid HCC. Biverkningar som hyperkeratos, sprickbildningar i hud, diarréer fordrar sällan sjukhusvård, men inläggning till följd av försämring av leversjukdom med ascites och portal hypertension gör att inläggningar kan behöva ske på hemortssjukhus. Tidigare behandling med antiöstroger används inte. En angelägen utveckling sker inom området och flera kliniska utvecklingslinjer finns, och läkemedelsstudier pågår i regionen. En fortsatt centraliserad behandling är en förutsättning för fortsatt utveckling och forskning.

Recidivbehandling

För att uppnå långtidsöverlevnad krävs ofta uppföljning varje halvår och behandling av återfall efter kurativt syftande behandling med ablation respektive resektion. Då kuration inte är möjlig kan medicinska antitumoral palliativa möjligheter finnas. Bedömning ska ske vid MDK.

Omvårdnad

Vi hänvisar till nationellt vårdprogram samt till vårdprogram ”Cancervårdprocessen 2015” <http://www.rccvast.se> och nationellt vårdprogram ”Palliativ vård” <http://www.cancercentrum.se>

Kontaktsjuksköterska

Vid HCC är det viktigt att kontaktsjuksköterskefunktionen är tydlig och etablerad, oavsett vilken enhet som har vårdansvar. Aktiva överlämningar ska ske när patienten byter vårdenhet. Kontaktsjuksköterskan som lämnar över en patient är alltid ansvarig för personen tills mottagande kontaktsjuksköterska bekräftat att de har kontaktat patienten.

Rehabilitering

Rehabilitering ska starta vid utredning, se vårdprogram för cancerrehabilitering, <http://cancercentrum.se>
Rehabiliteringsplan ska finnas i ”Min vårdplan”. Primärvården har en aktiv roll för rehabilitering.

Uppföljning

Kontroll efter kurativt syftande behandling bör ske var 6:e månad, repetitiva ingrepp vid uppföljning är en förutsättning för långtidsöverlevnad vid ablativ behandling eller resektion vid återfall. För att säkerställa kompetens avseende underliggande leversjukdomar, rekommenderas att uppföljning rutinemässigt sker hos gastroenterolog efter kurativt syftande behandling. Vid hepatit C utan cirrhos kan uppföljning istället ske via infektionsklinik. Rutin ska finnas vid varje sjukhus.

Rutiner för surveillance

Kvalitet vid surveillance kräver att det finns lokala rutiner, och att det finns metodik vid ultraljud som är avsedd för surveillance. Speciell ultraljudsmottagning bör införas. Ansvar för införande av dessa rutiner för surveillance har processansvarig vid respektive klinik och sjukhus. Varje sjukhus bör kunna ange omfattning av och rutiner för surveillance.

Patientförening

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

PALEMA är en nystartad patientförening för patienter med levercancer, pancreascancer, esofagus och-ventrikelcancer, <http://www.palema.org>

Nationellt kvalitetsregister och canceranmälan

Levercellscancer ska registreras i nationella kvalitetsregistret för Lever- och Gallcancer (SweLiv), om inte patienten avstår från att bli registrerad. Ansvar för inrapportering har den enhet som tar ansvar för behandling, vilket kan regleras vid regional (MDK). Anmälan till cancerregistret är obligatoriskt och kan med fördel ske via (SweLiv).

Behandlingsinformation samt uppgift om komplikationer och direkt uppföljning efter behandling sker av Transplantationscentrum. Uppföljning efter 2 år samt vid död (för patient som har behandlats med kurativ intention) registreras av den enhet som har ansvar för uppföljningen.

Regionala kvalitetsindikatorer och måltal vad gäller ledtider kommer att förändras med anledning av SVF.

Regionala kvalitetsindikatorer och måltal

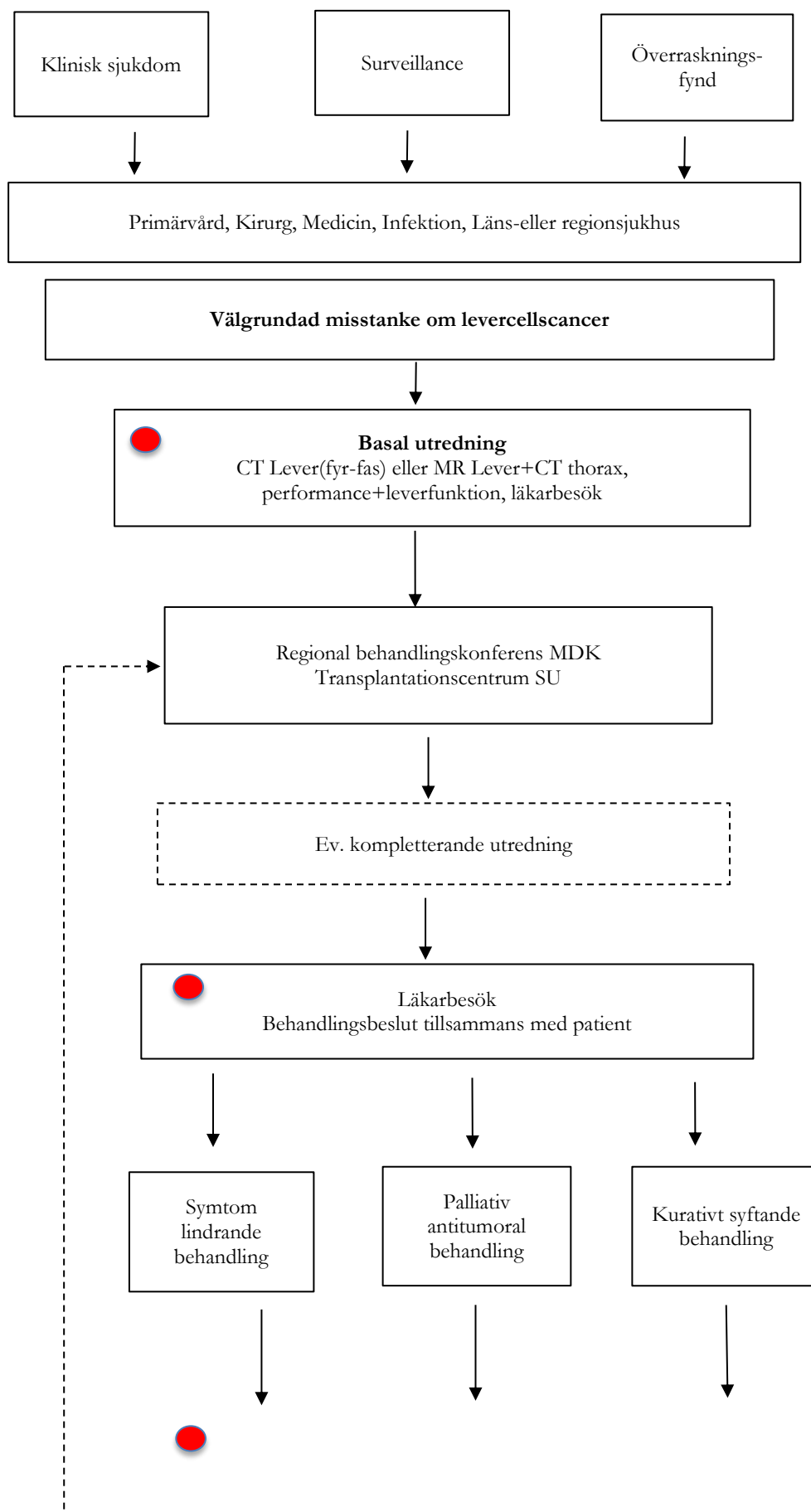
Täckningsgrad i kvalitetsregistret (SweLiv) gentemot cancerregistret.

Mål: 94 %, för föregående kalenderår 31 maj.

Vårdtid efter kurativt syftande ingrepp.

Mål: Fem dagars medianvårdtid postoperativt efter resektion

Processkarta



Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

=

Kontaktsjuk-
sköterska etablerar
kontakt alt. aktiv
överlämning till
annan kontaktsjuk-
sköterska

Uppföljning, rehabilitering, symtomlindrande behandling, palliativ vård

Arbetsgrupp

Regional processägare,

Magnus Rizell, överläkare Transplantationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Representanter från vårdprocessgruppen

Mats Andersson, radiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Gunnar Eckerdal, överläkare, JK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Bo Erlandsson, överläkare, kirurgkliniken, Södra Älvsborgs sjukhus Borås

Åsa Fredriksson, läkare, kirurgkliniken, Skaraborgs sjukhus Skövde

Bengt Hallerbäck, överläkare, kirurgkliniken NU-sjukvården, NÄL

Erik Haraldsson, läkare, kirurgkliniken, Skaraborgs sjukhus Skövde

Bo Johansson, överläkare, kirurgkliniken NU-sjukvården, NÄL

Kristina Lundqvist, överläkare, kirurgkliniken NU-sjukvården, NÄL

Hanns-Ulrich Marschall, hepatolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Per-Ola Park, överläkare, kirurgkliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Maria Bergström, läkare, kirurgkliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Mats Perman, överläkare, onkolog, JK, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Malin Ragnmark-Ek, överläkare, kirurgkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Östra

Liselotte Steen-Bergström, patolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Peter Stubberöd, överläkare, kirurgkliniken NU-sjukvården, NÄL

Mats Wolving, patolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Kajsa Holm, ordförande i omvårdnadsgruppen ÖGI

Regionalt cancercentrum väst

Marie Boëthius, utvecklingsledare vård

Susanne Amsler-Nordin, administrativ koordinator

Katrin Gunnarsdóttir, statistiker