

Matstrups- och magsäckscancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

Versionshantering

| Datum | Beskrivning av förändring |
|------------|--|
| 2014-12-17 | Slutlig version |
| 2015-12-21 | Uppdateringar fastställda av SKLs beslutsgrupp, se 1.1 |

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKLs beslutsgrupp 2015-12-21.

Standardiserat vårdförlopp för matstrups- och magsäckscancer

ISBN: 978-91-87587-07-8

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Introduktion | 4 |
| 1.1 | Förändringar jämfört med tidigare version..... | 4 |
| 1.2 | Inledning | 4 |
| 1.3 | Om matstrups- och magsäckscancer (esofagus- och ventrikelcancer) | 5 |
| 1.4 | Nationellt vårdprogram för esofagus- och ventrikelcancer | 5 |
| 1.5 | Koordinatorsfunktion | 5 |
| 1.6 | Samarbete över landstingsgränser | 5 |
| 1.7 | Multidisciplinär konferens (MDK) | 6 |
| 1.8 | Flödesschema för vårdförloppet | 7 |
| 2. | Ingång till standardiserat vårdförlopp | 8 |
| 2.1 | Symtom som ska föranleda misstanke | 8 |
| 2.2 | Remiss till filterfunktion | 8 |
| 2.3 | Filterfunktion | 8 |
| 2.4 | Definition av välgrundad misstanke | 8 |
| 2.5 | Remiss vid välgrundad misstanke..... | 9 |
| 2.6 | Kommunikation och delaktighet | 9 |
| 3. | Utredning och beslut om behandling | 10 |
| 3.1 | Utredningsförlopp..... | 10 |
| 3.2 | Klassifikation och beslut om behandling | 10 |
| 3.3 | Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård | 11 |
| 3.4 | Kommunikation och delaktighet | 11 |
| 4. | Behandling | 11 |
| 4.1 | Behandlingsalternativ | 11 |
| 4.2 | Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård | 12 |
| 4.3 | Kommunikation och delaktighet | 12 |
| 5. | Uppföljning..... | 12 |
| 5.1 | Kontroll..... | 12 |
| 5.2 | Behandling av sena komplikationer | 12 |
| 5.3 | Återfall | 12 |
| 5.4 | Kommunikation och delaktighet | 12 |
| 6. | Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp | 13 |
| 6.1 | Ledtider för nationell uppföljning..... | 13 |
| 6.2 | Ingående ledtider..... | 14 |

| | | |
|-----|--|----|
| 6.3 | Indikatorer för nationell uppföljning..... | 15 |
| 6.4 | Indikatorer för kvalitet..... | 15 |
| 7. | Arbetsgruppens sammansättning | 16 |

1. INTRODUKTION

1.1 Förändringar jämfört med tidigare version

Detta standardiserade vårdförlopp togs fram som en av fem pilotdiagnoser under 2014. Under 2015 har ytterligare 13 standardiserade vårdförlopp tagits fram. I dessa har dokumentens struktur och gemensamma innehåll uppdaterats. Dessa förändringar kommer att införas även i detta vårdförlopp när en större revision genomförs. Denna revision kommer att ske när vårdförloppet har kunnat utvärderas.

I denna mindre revision har följande ändringar införts:

- 1.3: Förtydligande av vilka diagnoser vårdförloppet gäller.
- 2.4: Förtydligande av att det är gastroscopistens misstanke om matstrups- eller magsäckscancer som utgör välgrundad misstanke, alltså inte allmän cancermisstanke.
- 3.1: Förtydligande av att PET-CT endast gäller matstrupscancer.
- 6.1 och 6.2: Förtydligande av ledtider för patienter där palliativ behandling är aktuell
- 6.4: Indikatorer för kvalitet enligt vårdprogram införda

1.2 Inledning

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetsätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Misstanke kan uppstå i såväl primärvård som specialiserad vård, på patientens initiativ eller i samband med behandling för en annan diagnos. Oavsett var misstanken uppstår ska patienten remitteras till gastroscopi för bedömning av om utredning ska ske enligt det standardiserade vårdförloppet.

1.3 Om matstrups- och magsäckscancer (esofagus- och ventrikelcancer)

Det standardiserade vårdförloppet gäller för matstrupscancer (esofaguscancer, C15) och magsäckscancer (ventrikelcancer, C16). År 2012 insjuknade i Sverige 416 personer med cancer i matstrupen och 677 personer med cancer i magsäcken enligt Socialstyrelsens register. Incidensen för esofaguscancer har varit stabil sedan 70-talet med cirka 7 män och 2 kvinnor per 100 000/år. Incidensen av ventrikelcancer har minskat kraftigt under samma tidsperiod och är nu cirka 11 män och 6 kvinnor per 100 000/år.

Långtidsprognosen vid esofagus- och ventrikelcancer är starkt beroende av patientens ålder, övriga sjukdomar, tumörstadium, tumörlokalisering och typ av behandling. Färre än hälften av de patienter som drabbas av dessa tumörer genomgår kurativt syftande behandling.

Prognosen har överlag förbättrats något över tid för patienter som drabbas av esofaguscancer men trots detta lever bara cirka 10 procent mer än 5 år efter diagnos. Av de som genomgår kurativt syftande resektion av esofagus överlever 30–35 procent, en siffra som förbättrats avsevärt de senaste decennierna.

Långtidsöverlevnaden för hela gruppen av patienter med ventrikelcancer är cirka 20–25 procent mer än 5 år efter diagnos och efter kurativt syftande behandling cirka 30–40 procent.

1.4 Nationellt vårdprogram för esofagus- och ventrikelcancer

Det standardiserade vårdförloppet för esofagus- och ventrikelcancer gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet för esofagus- och ventrikelcancer som fastställdes av Regionala cancercentrum i samverkan i november 2012. I vårdprogrammet finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

1.5 Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutas och utvecklas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

1.6 Samarbete över landstingsgränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan landsting. Vid införandet bör tidigt identifieras de delar av vårdförloppet som

kräver samverkan med andra landsting. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken underlag till nivåstrukturering.

1.7 Multidisciplinär konferens (MDK)

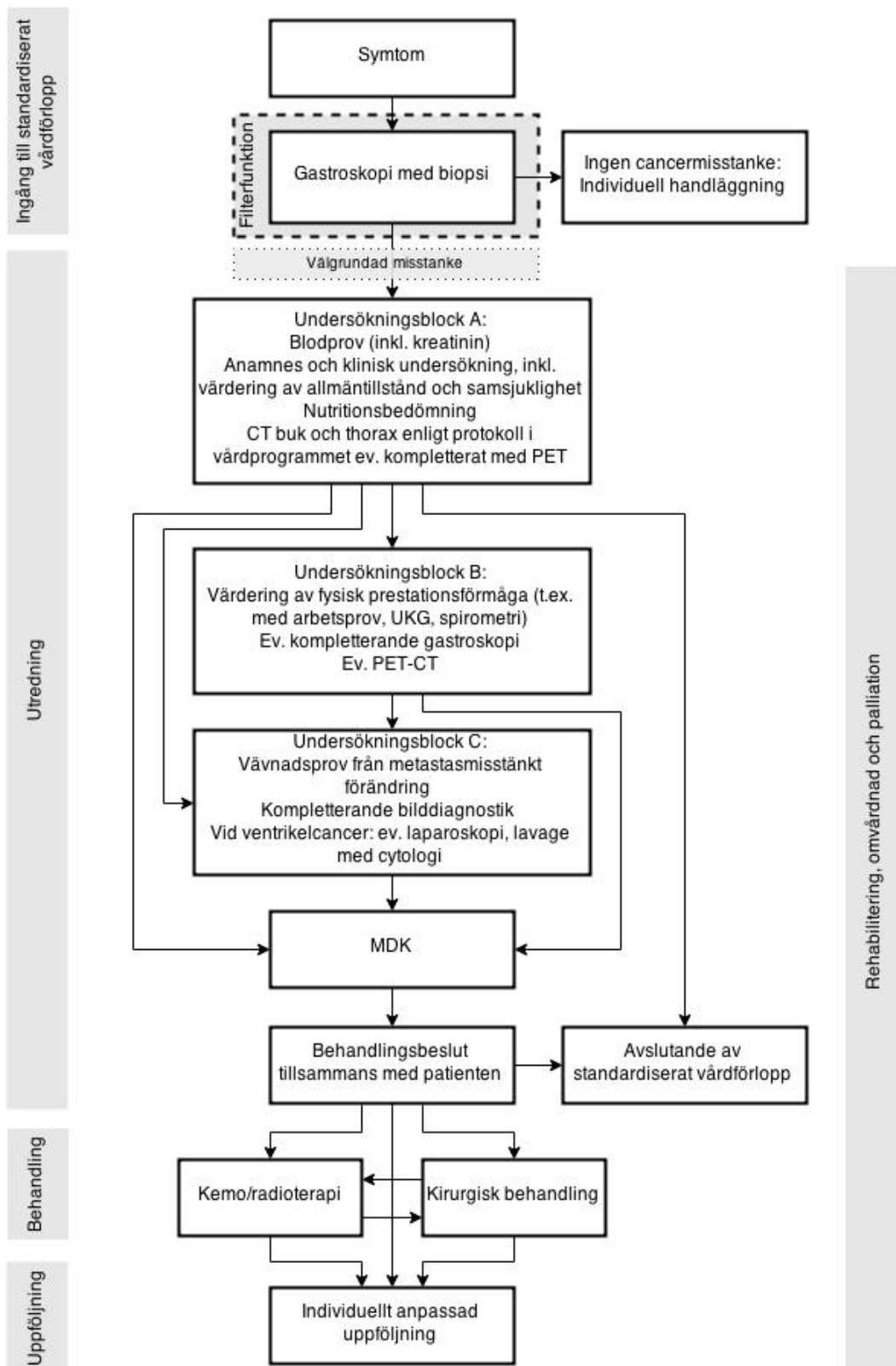
Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion
- onkolog
- kirurg
- radiolog.

MDK ska diskutera patienten vid följande tillfällen:

- inför behandlingsbeslut i samband med diagnos
- inför beslut om ändrad behandlingsstrategi.

1.8 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Symtom som ska föranleda misstanke

Nyttillkomna sväljsvårigheter ska föranleda misstanke och patienten ska remitteras till gastroskopi (filterfunktion).

Följande kan föranleda utredning med gastroskopi (filterfunktion):

- järnbristanemi
- kraftig oförklarad viktnedgång
- nyttillkommen tidig mättnadskänsla sedan minst 3 veckor
- gastrointestinal blödning
- nyttillkomna kräkningar sedan minst 3 veckor.

2.2 Remiss till filterfunktion

Remissen ska innehålla följande:

- anamnes, ange särskilt
 - symtom som ligger till grund för misstanke och tidigare utredningar av dem
 - samsjuklighet
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedelsöverkänslighet
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive mobiltelefonnummer.

2.3 Filterfunktion

Filterfunktionen inleds med remissgranskning. Om remissgranskningen bekräftar misstanken om cancer ska patienten kallas till gastroskopi. Om gastroskopin visar misstanke om cancer ska biopsier tas.

2.4 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke om matstrups- eller magsäckscancer kan väckas genom undersökningsfynd vid gastroskopi eller i samband med PAD-svar där undersökningsfynden från gastroskopi inte givit misstanke om matstrups- eller magsäckscancer.

Om undersökningsfynd vid gastroskopin ger misstanke om matstrups- eller magsäckscancer ska patienten remitteras till utredning utan att PAD-svaret inväntats.

Om undersökningsfyndet inte ger misstanke om matstrups- eller magsäckscancer ansvarar endoskopisten för att bevaka PAD-svaret och remittera patienten till utredning om svaret ger välgrundad misstanke eller återremittera patienten om misstanken avskrivits.

Vid oväntat fynd av cancer kan patologen för att skynda på processen kontakta koordinatorsfunktionen vid den enhet som gör utredningar enligt det standardiserade vårdförloppet, men ansvaret för detta ligger på endoskopisten.

I de fall då gastroskopin har gjorts vid den enhet som utför utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det patientadministrativa systemet att utredningen sker som en del i ett standardiserat vårdförlopp.

2.5 Remiss vid välgrundad misstanke

Remissen till utredning enligt det standardiserade vårdförloppet ska innehålla

- gastroskopiberättelsen
- PAD-svar, om välgrundad misstanke uppstått först vid PAD-svaret
- kopia på remissen till gastroskopin kompletterad med uppgifter om
 - längd och vikt
 - läkemedel: diabetesmedicin och metotrexat
 - pacemaker.

Remissen ska omedelbart skickas till utredning med mottagande och kvittering inom ett dygn.

2.6 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till filterfunktionen har ansvar för att informera patienten om att det finns anledning att misstänka cancer.

Om gastroskopin ger välgrundad misstanke om cancer ska endoskopisten informera patienten om att det finns anledning att misstänka cancer och att patienten kommer att kallas till vidare utredning enligt standardiserat vårdförlopp.

Om gastroskopin inte ger välgrundad misstanke om cancer ska endoskopisten informera patienten om att patienten återremitteras och att den remitterande läkaren kommer att ta kontakt.

3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

3.1 Utredningsförlopp

| Block A | Block B | Block C |
|--|---|---|
| Blodprov (inkl. kreatinin) Anamnes och klinisk undersökning, inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet Nutritionsbedömning CT buk och thorax enligt protokoll i vårdprogrammet, vid matstrupscancer ev. kompletterat med PET | Värdering av fysisk prestationsförmåga (t.ex. med arbetsprov, UKG, spirometri) Ev. kompletterande gastroskopi Vid matstrupscancer: PET-CT om detta inte utförts i block A | Vävnadsprov från metastasmissstänkt förändring Kompletterande bilddiagnostik Vid magsäckscancer: ev. laparoskopi, lavage med cytologi |

| Resultat av utredningarna i block A | Åtgärd |
|--|--|
| Block A bekräftar cancermisstanken och kurativt syftande behandling kan vara aktuell | Block B utförs |
| Block A bekräftar cancermisstanken men kurativt syftande behandling bedöms inte vara aktuell | Inga fler utredningar krävs innan MDK |
| Block A påvisar inte cancer | Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart |
| Det finns misstanke om metastasförändringar men undersökningarna från block A är inte konklusiva | Block C utförs |
| Annan malign tumör upptäcks som inte omfattas av detta vårdförlopp | Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patienten remitteras till relevant enhet |

3.2 Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK. Tumören ska klassificeras enligt senaste TNM-klassifikation.

Behandlingsbeslut ska fattas av den behandlande läkaren tillsammans med patienten, och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

3.3 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

I samband med block A ska patienten

- tilldelas och tala med en kontaktsjuksköterska
- erbjudas kontakt med kurator
- erbjudas nutritionsstöd.

Kontaktsjuksköterskan ansvarar för att en individuell vårdplan upprättas i samband med diagnos.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före kurativt syftande behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

3.4 Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar.

När remissen kommer in ska kontaktsjuksköterskan kontakta patienten och

- kalla till undersökning enligt block A
- uppmuntra patienten att ta med en närstående
- informera om vad ett standardiserat vårdförlopp för cancer innebär och vad som händer i den inledande fasen.

Före MDK ska patienten få information om

- preliminärt diagnosbesked och vad diagnosen innebär
- översiktligt vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella
- när MDK preliminärt kommer att hållas och när patienten ska komma tillbaka för behandlingsdiskussion.

I samband med behandlingsdiskussionen ska patienterna få muntlig och skriftlig information om

- vad diagnosen innebär
- vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella, inklusive behandlingens syfte och biverkningar
- vad som är nästa steg i det standardiserade vårdförloppet och vilka väntetider de kan förvänta sig
- hur de kan kontakta sjukvården vid frågor
- var de kan få ytterligare information och stöd, t.ex. genom patientföreningar
- att de har rätt till en ny medicinsk bedömning ("second opinion").

4. BEHANDLING

4.1 Behandlingsalternativ

Se Nationellt vårdprogram för esofagus- och ventrikeltcancer.

4.2 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Insatser under behandlingsfasen:

- Patienten ska få nutritionsstöd genom dietist. Nutritionsstatus ska utvärderas vid diagnosen och därefter löpande.
- Patienter som splenektomerats ska vaccineras enligt lokala riktlinjer.
- Patienten ska uppmanas till fysisk aktivitet efter sina förutsättningar, vid behov med hjälp av en fysioterapeut.
- Patienter som genomgår kirurgisk behandling ska få andningsträning samt rörlighetsträning.
- Patienter ska erbjudas en professionell samtalskontakt.

4.3 Kommunikation och delaktighet

Patienten och de närstående ska löpande informeras om

- biverkningar och risker
- kontaktpersoner
- kommande steg i behandling, rehabilitering och uppföljning.

Efter operation ska patienten få information om

- operations-PAD och vilka konsekvenser det innebär.

5. UPPFÖLJNING

5.1 Kontroll

Under uppföljningen ska patienten följas med avseende på att

- komplikationer följs upp
- smärta behandlas
- nutritionen fungerar
- rehabiliteringen fortskrider enligt plan.

5.2 Behandling av sena komplikationer

Patienten ska uppmanas att rapportera komplikationer till sin kontaktsjuksköterska som tar ställning till handläggning.

5.3 Återfall

Misstanke om återfall ska utredas inom den vårdnivå där patienten befinner sig. Specialiserad vård ska bidra med rådgivning i de fall då patienten ska handläggas i till exempel primärvården.

5.4 Kommunikation och delaktighet

Patienter ska informeras om målet med uppföljningen och vart de ska vända sig vid frågor eller komplikationer.

6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen:

| Patientgrupp | Från | Till | Tid |
|---|---------------------------------------|---|------------------|
| Kirurgisk behandling | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling | 38 kalenderdagar |
| Radio-kemoterapi | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling | 38 kalenderdagar |
| Kemoterapi | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Start av behandling | 31 kalenderdagar |
| Beslut om best supportive care eller tumörspecifik palliativ behandling | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Behandlingsbeslut (Anges som start av behandling i ledtidsmätning)* | 24 kalenderdagar |

* Behandlingsbeslutet ska anges som mätpunkt, men behandlingen kan avvakta till dess att patienten får symtom som kräver symtomlindring.

Ledtiderna är de tider som vården ska kunna erbjuda patienterna. Den enskilda patienten kan tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl vilket leder till längre ledtider.

Definition av mätpunkter:

- Remissbeslut: den dag då remissen upprättades/dikterades (remissens dokumentdatum).
- Behandlingsstart kirurgi: datum för operation.
- Behandlingsstart onkologi: datum för första onkologiska behandling (kemoterapi och/eller radioterapi).

6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ledtider:

| Patientgrupp | Från | Till | Tid |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Alla | Remissbeslut vid misstanke | Remissankomst (filterfunktion) | 1 kalenderdag |
| Alla | Remissankomst (filterfunktion) | Gastroskopi (filterfunktion) | 7 kalenderdagar |
| Alla | Remissbeslut vid välgrundad misstanke | Remissankomst (utredande enhet) | 1 kalenderdag |
| Alla | Remissankomst | Block A (första besök) | 5 kalenderdagar |
| Block B/C utförs ej | Block A (första besök) | MDK | 7 kalenderdagar |
| Block B och/eller C utförs | Block A (första besök) | MDK | 15 kalenderdagar |
| Alla | MDK | Beslut om behandling | 3 kalenderdagar |
| Kirurgisk behandling | Beslut om behandling | Start av behandling | 14 kalenderdagar |
| Radio-kemoterapi | Beslut om behandling | Start av behandling | 14 kalenderdagar |
| Kemoterapi | Beslut om behandling | Start av behandling | 7 kalenderdagar |
| Best supportive care eller tumörspecifik palliativ behandling | Beslut om behandling | Start av behandling* | 0 kalenderdagar |
| Kirurgisk behandling | Operation | Start av adjuvant behandling | Så snart patienten är läkt men senast inom 56 dagar |
| Kirurgisk behandling | Operation | Patienten får information om operations-PAD | 15 kalenderdagar |

* Vid tumörspecifik palliativ behandling ska behandlingsbeslutet anges som mätpunkt för start av behandling, men behandlingen kan avvakta till dess att patienten får symtom som kräver symtomlindring.

Definition av mätpunkter:

- Remissankomst: den dag då remissen ankom till kliniken.
- Behandlingsbeslut: den dag då man i samråd med patienten sätter upp denne på planeringslista för behandling.

6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av det standardiserade vårdförloppet:

| Indikator | Målvärde |
|--|-----------------|
| Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med ”standardiserat vårdförlopp för matstrups- och magsäckscancer” | |
| Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen matstrups- och magsäckscancer | |
| Andel patienter av de som fått matstrups- och magsäckscancer som anmälts till standardiserat vårdförlopp | |

6.4 Indikatorer för kvalitet

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten enligt det nationella vårdprogrammet:

| Indikator | Målvärde |
|--|-----------------|
| Andel patienter bedömda i preoperativ multidisciplinär konferens | |
| Inrapporterade patienter (täckningsgrad i registret) | 95% |
| Patienter som drabbats av en eller flera kirurgiska eller allmänna komplikationer inom 30 dagar efter huvudoperation | |
| 90-dagarsmortalitet | 5% |

7. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Lars Lundell, ordförande, professor, kirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Lars Agreus, professor i allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

David Borg, onkolog, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Simon Ekman, med.dr, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ingvar Halldenstam, med.dr, kirurg, Linköpings Universitetssjukhus, Linköping

Jakob Hedberg, docent, kirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala-Örebro

Michael Hermansson, med.dr, kirurg, Skånes Universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Jan Johansson, docent, kirurg, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Erik Johnsson, med.dr, kirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Birgitta Larssen, patientrepresentant, RCC Norr

Mats Lindblad, docent, kirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, Stockholm

Esther Lörinc, patolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, Stockholm

Kerstin Malmgren, radiolog, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Marlene Malmström, med.dr, sjuksköterska, Skånes Universitetssjukhus, Lund/Malmö

Magnus Nilsson, docent, kirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Owe Persson, Patientrepresentant, RCC Norr

Ulrika Smedh, docent, kirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Eva Szabo, med.dr, kirurg, Örebro Universitetssjukhus

Bengt Wallner, med.dr, kirurg, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Mats Wolving, patolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Nicole von Zedlitz, kirurg, Blekingesjukhuset, Karlskrona