

Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

Versionshantering

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

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

Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsan och övre urinvägarna

ISBN: 978-91-87587-10-8

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	4
1.1	Förändringar jämfört med tidigare version.....	4
1.2	Inledning	4
1.3	Om cancer i urinvägarna	4
1.4	Nationellt vårdprogram	5
1.5	Koordinatorsfunktion	5
1.6	Samarbete över landstingsgränser	6
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	Definition av välgrundad misstanke	8
2.3	Remiss	8
2.4	Kommunikation och delaktighet	9
3.	Utredning och beslut om behandling	9
3.1	Utredningsförlopp.....	9
3.3	Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	10
3.4	Kommunikation och delaktighet	10
4.	Behandling	11
4.1	Behandlingsalternativ	11
4.2	Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	11
4.3	Kommunikation och delaktighet	11
5.	Uppföljning.....	12
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	12
6.1	Ledtider för nationell uppföljning.....	12
6.2	Ingående ledtider	13
6.3	Indikatorer för nationell uppföljning.....	14
6.4	Indikatorer för kvalitet.....	14
7.	Arbetsgruppens sammansättning	15

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:

2.2 Tillägg till välgrundad misstanke, här i fetstil:

”misstanke om urinblåsecancer **eller tumör i övre urinvägarna** vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning”

3.1 Tillägg i utredningens block A, här i fetstil:

”Besök hos urolog för cystoskopi samt anamnes och klinisk undersökning **(inkl. rektalpalpation)**, inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet. **PSA-test kan också övervägas.**”

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 arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Misstanke och välgrundad misstanke kan uppstå i såväl primärvård som specialiserad vård, på patientens initiativ eller i samband med behandling för en annan diagnos. Oavsett var den välgrundade misstanken uppstår ska patienten remitteras enligt det standardiserade vårdförloppet.

1.3 Om cancer i urinvägarna

Varje år diagnostiseras det i Sverige 2 400 nya fall med blåscancer, och 600 individer avlider som en direkt följd av blåscancersjukdomen årligen. Samtidigt är förekomsten (prevalensen), det vill säga antalet individer som lever med diagnosen blåscancer (C67.9) i Sverige 21 000 den 31 december 2009 (<http://www-dep.iarc.fr/nordcan/English/frame.asp>). Andra cancerformer i urinvägarna är cancer i njurbäcken (C.65.9), urinledare (C.66.9) och urinrör (C.68.0), där totalt cirka 250 nya fall upptäckts varje år i Sverige.

Alla patienter med cancer i urinvägarna hänvisas till en urologisk enhet som ställer diagnos tillsammans med en röntgenklinik och patologavdelning. 50–75 procent av patienterna kontrolleras på den urologiska enheten efter 3 månader, och därefter utifrån risken för återfall med olika kontrollintervall, ofta under resten av livet. Hos ungefär 15 procent av patienterna sprider sig sjukdomen via blodbanan eller lymfvägarna och ger upphov till spridd (metastaserad sjukdom), eller så kan

sjukdomen sprida sig genom att växa in i omgivande organ. Dessa patienter bedöms och behandlas under en period på en onkologklinik, innan patienterna remitteras tillbaka till den urologiska enheten. Merparten av patientkontakten för patienter med cancer i urinvägarna sker på en urologisk enhet (90 procent). Det standardiserade vårdförloppet kommer därför ha störst konsekvens för urologiska enheter och de kliniker som är involverade i utredning och behandling som beskrivits ovan.

Detta standardiserade vårdförlopp omfattar alla patienter med välgrundad misstanke om eller påvisad cancer i urinvägarna. Tre av fyra patienter med blåscancer har synligt blod i urinen (makroskopisk hematuri) som debutsymtom.

Årligen utförs i Sverige 2 400 TURB-operationer (transuretral resektion av blåstumör) för nydiagnostiserad blåscancer. Vidare drabbas 50 procent av patienterna med icke-muskelinvasiv blåscancer, som utgör cirka 75 procent av all blåscancer, vid minst ett tillfälle av lokalt återfall i blåsan inom 5 år från diagnos. De som inte kan behandlas i lokalbedövning på urologmottagning fordrar då en ny TURB-operation.

Utifrån en populationsbaserad (n = 250 000) studie från Västsverige beräknas varje år 1 av 1 000 individer insjukna med synligt blod i urinen, det vill säga cirka 9 000 individer per år i hela Sverige. Den vanligaste cancerformen som diagnostiseras vid detta alarmsymtom är blåscancer (25–30 procent), men även cancer i urinledare, njurbäcken och njure kan förekomma som malign förklaring, medan en tredjedel uppvisar en annan men godartad urologisk sjukdom som orsak till synligt blod i urinen. De vanligaste godartade förklaringarna till blod i urinen är sten i urinvägarna, godartad prostataförstoring, urinvägsinfektion och förträngning i urinröret. Bara 20–30 procent av de patienter som utreds för synligt blod i urinen har ett negativt utfall.

1.4 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet för cancer i urinblåsan gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör, som fastställdes av Regionala cancercentrum i samverkan i maj 2013. I vårdprogrammet finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser med 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)

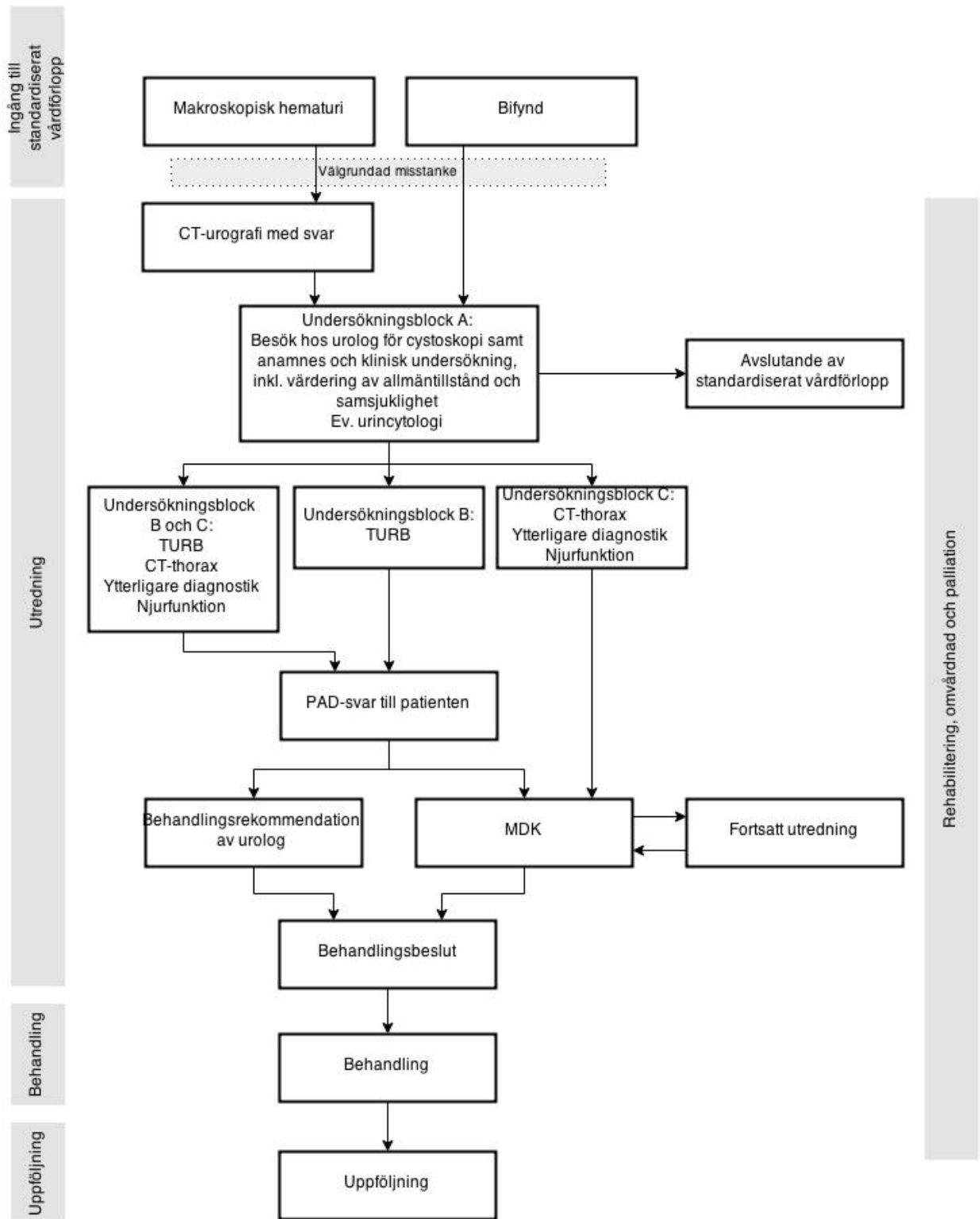
Följande personalkategorier ska medverka vid MDK:

- onkolog
- patolog
- radiolog
- urolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

Samtliga närvarande ska ha specialistkunskap inom området.

MDK ska fastställa diagnos och fatta beslut om behandlingsrekommendation för samtliga patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna och patienter med urinblåsecancer i stadium T1–T4.

1.8 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Symtom som ska föranleda misstanke

De symtom som listas under 2.2 definierar en välgrundad misstanke om urinblåsecancer.

Observera att bakteriuri eller blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med makroskopisk hematuri enligt definitionerna nedan har en bakomliggande urinblåsecancer.

2.2 Definition av välgrundad misstanke

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer
 - äldre än 40 år
 - yngre än 40 år med riskfaktorer för urinblåsecancer i anamnesen, som rökning mer än cirka 20 år
- misstanke om urinblåsecancer eller tumör i övre urinvägarna vid bildiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.

I de fall då den välgrundade misstanken uppstår vid den enhet som kommer att utföra utredningen krävs ingen remiss, men det ska noteras i patientens journal och det administrativa systemet att utredningen sker som en del i ett standardiserat vårdförlopp.

Det bör möjliggöras för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården.

2.3 Remiss

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
 - symtom som ligger till grund för den välgrundade misstanken
 - samsjuklighet (särskilt diabetes och allergier)
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedel (särskilt antikoagulantia och metformin)
 - längd och vikt
 - social situation samt eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive mobiltelefonnummer.

2.4 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar ska informera patienten om

- att det finns anledning att utreda cancermisstanke enligt standardiserat vårdförlopp
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- vilka väntetider patienten kan förvänta sig.

3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

3.1 Utredningsförlopp

Vid mottagande av remiss ska patienten bokas för CT-urografi och besök hos urolog.

Block A	Block B	Block C
CT-urografi med svar tillgängligt vid besök Besök hos urolog för cystoskopi samt anamnes och klinisk undersökning (inkl. rektalpalpation), inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet. PSA-test kan också övervägas. Ev. urincytologi	TURB (inklusive bimanuell palpation före och efter resektion)	CT-thorax Ytterligare diagnostik vid oklarhet Njurfunktionsundersökning

Resultat av utredningarna i block A	Åtgärd
Fynd av tumör i urinblåsan eller fortsatt misstanke	Block B beställs
Misstanke om muskelinvasiv tumör	Block C beställs
Misstanke om urotelial cancer i övre urinvägarna	Block C beställs
Normalt utredningsfynd	Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patienten återremitteras ev. för vidare utredning
Patologiskt fynd som ej utgörs av urinblåsecancer eller urotelial cancer i övre urinvägarna	Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patientens fortsatta vård planeras individuellt

3.2 Klassifikation och beslut om behandling

Nyupptäckt cancer i urinvägarna ska i PAD-utlåtandet klassificeras enligt UICC:s TNM-klassifikation (2009). För gradering används WHO 1999- och WHO 2004-klassifikationerna. Stadiindelning baseras på PAD, palpationsfynd i narkos och bilddiagnostik.

PAD-svar efter TURB ska finnas vid MDK.

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK för patienter med urinblåsecancer i stadium T1–T4 eller urotelial cancer i övre urinvägarna. Vid MDK ska tider för behandling preliminärbokas.

Beslut om behandling ska fattas av den behandlande läkaren i samråd med patienten, och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

3.3 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Vid fynd av blåstumör ska patienten tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med block A.

Kontaktsjuksköterskan ska

- ansvara för att rehabiliteringen påbörjas
- ansvara för att Min vårdplan upprättas
- erbjuda stödsamtal
- vid behov förmedla kontakt med kurator.

Rökare ska informeras om att rökning ökar risken för biverkningar och komplikationer vid behandlingen. De ska rekommenderas rökstopp och vid behov erbjudas professionell hjälp att klara detta.

Alla patienter i reproduktiv ålder ska få information om hur behandlingen eventuellt kommer att påverka fertiliteten och vid behov remitteras för fertilitetsbevarande åtgärder.

3.4 Kommunikation och delaktighet

Vid blåstumörfynd vid första mottagningsbesöket ska patienten få ett preliminärt diagnosbesked och information om nästa steg i utredningen eller behandlingen.

I samband med block B ska patienten få tid för PAD-svar inför en eventuell MDK.

I samband med behandlingsdiskussionen ska patienterna få muntlig och skriftlig information (individuell vårdplan) om bland annat

- 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
- var de kan få ytterligare information och stöd, t.ex. genom patientföreningar.
- att de har rätt till en ny medicinsk bedömning ("second opinion")

Om det standardiserade vårdförloppet avslutas efter utredningarna ska patienterna få information om

- hur de ska agera om symtomen uppstår igen
- hur de kan kontakta sjukvården vid frågor.

4. BEHANDLING

4.1 Behandlingsalternativ

Se Nationellt vårdprogram för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör (2013).

4.2 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Vid betydande förändringar ska Min vårdplan (där rehabiliteringsplan ingår) uppdateras.

Aktiv överlämning ska ske när vårdansvaret överförs till eller delas med en annan klinik.

Kontaktsjuksköterskan ska kunna initiera kontakt med

- sexolog
- dietist
- stomiterapeut
- fysioterapeut
- palliativ bedömare
- biståndsbedömare.

Primärvården ska informeras om patientens diagnos och behandling.

4.3 Kommunikation och delaktighet

Patienten ska både muntligen och skriftligen informeras om

- behandling och uppföljning
- förväntade biverkningar
- planerade rehabiliteringsåtgärder
- aktuella kontaktpersoner.

5. UPPFÖLJNING

Se Nationellt vårdprogram för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör (2013).

6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Icke-muskelinvasiv tumör	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Start av behandling	9–12 kalenderdagar
Muskelinvasiv tumör	Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Start av behandling, strålbehandling	37–41 kalenderdagar
		Start av behandling, neoadjuvant kemoterapi	34–37 kalenderdagar
		Start av behandling, cystektomi	31–35 kalenderdagar

För T1-tumörer krävs ett mer omfattande utredningsförlopp som innebär längre tid mellan MDK och behandlingsbeslut. Den sammanlagda ledtiden kan därför inte definieras.

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

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).
- Start av behandling, icke-muskelinvasiv tumör: datum för TURB.
- Start av behandling, muskelinvasiv tumör aktuell för kurativ behandling: datum för första strålbehandling, neoadjuvant kemoterapi eller cystektomi.
- Start av behandling, muskelinvasiv tumör, ej aktuell för kurativ behandling: individuellt anpassade palliativa åtgärder.

6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ledtider:

Från	Till	Tid
Remissbeslut vid välgrundad misstanke	Remissankomst	1 kalenderdag
Remissankomst	Datum för första besök på specialistmottagning (block A)	4 kalenderdagar
Datum för första besök på specialistmottagning (block A)	TURB/px (ej antikoagulantia)	3 kalenderdagar
Datum för första besök på specialistmottagning (block A)	TURB/px (antikoagulantia)	6 kalenderdagar
TURB	PAD-besked till patienten	4 kalenderdagar
PAD-besked till patienten	MDK	7 kalenderdagar
MDK	Behandlingsbeslut	3 kalenderdagar*
Behandlingsbeslut	Start av behandling, neoadjuvant kemoterapi	11 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av behandling, cystektomi	9 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av behandling, strålbehandling	15 kalenderdagar

* För T1-tumörer krävs ett mer omfattande utredningsförlopp som innebär längre tid mellan MDK och behandlingsbeslut. Den sammanlagda ledtiden kan därför inte definieras.

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.

Tiden kan delas in enligt följande:

- Remissbeslut vid välgrundad misstanke till datum för första besök:
 - hantering av remiss- och journalhandlingar
 - inbokning av samtal och undersökningar
 - DT-urografi.
- Första besök till TURB:
 - cystoskopi
 - information till patienten och eventuell narkosbedömning inför TURB
 - värdering och eventuell optimering av samsjuklighet
 - eventuellt uppehåll av antikoagulantia inför TURB
 - TURB.

- TURB till behandlingsbeslut:
 - patologisk granskning av blåsresektat/biopsi och utskrift av PAD-svar
 - information till patienten om PAD-svar
 - omgranskning av PAD och röntgenologi
 - behandlingsrekommendation på MDK eller av urolog
 - eventuell tid för patienten att reflektera över diagnosen.
- Behandlingsbeslut till start av behandling:
 - samtal med läkare, kontaktsjuksköterska, stomisköterska eller onkologsköterska
 - anestesilogisk bedömning och eventuellt kompletterande bilddiagnostik
 - central venkateter
 - vid strålbehandling: dosplanering.

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 cancer i urinblåsan och övre urinvägarna”	
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen cancer i urinblåsan eller övre urinvägarna	
Andel patienter av de som fått diagnosen cancer i urinblåsan eller övre urinvägarna 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 med urinblåsecancer stadium T1 G2/G3 som får intravesikal behandling	75 procent
Andel patienter med T1-sjukdom eller muskelinvasiv sjukdom som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK)	100 procent
Andel patienter med muskelinvasiv sjukdom utan påvisbar metastatisk sjukdom som får kurativ behandling	45 procent
Andel patienter som får neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi p.g.a. muskelinvasiv sjukdom.	50 procent

7. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Fredrik Liedberg, ordförande, docent, urolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö, RCC Syd

Gunilla Chebil, patolog, Unilabs AB, Helsingborg

Aliabad Abolfazl Hosseini, med.dr, urolog, Karolinska universitetssjukhuset, Solna, RCC Stockholm-Gotland

Göran Ilestam, allmänläkare, Vårdcentralen Eden, Malmö

Staffan Jahanson, docent, urolog, Universitetssjukhuset i Linköping, RCC Sydöst

Anna-Karin Lind, kontaktsjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Ulf Lönn, docent, onkolog, Universitetssjukhuset i Linköping

Anders Magnusson, professor emeritus, radiolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Per-Uno Malmström, professor, urolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala-Örebro

Roland Rux, patientrepresentant, RCC Syd

Amir Sherif, docent, urolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Viveka Ströck, urolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Anders Ullén, docent, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset, Solna, RCC Stockholm-Gotland

Jenny Wanegård, kontaktsjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Janos Vasko, med.dr, patolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Elisabeth Överholm, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst