

UNDERLAG TILL UTVECKLINGSPLAN FÖR KOLOREKTAL CANCER I NORRA REGIONEN 2019-2021

BAKGRUND

Koloncancer

Incidensen i Sverige av koloncancer är ca 4500 fall per år. Ca 400 per år diagnosticeras i norra regionen. Koloncancer drabbar något fler kvinnor än män. Det ses en ökande incidens genom åren vilket till stor del beror på den successivt åldrande befolkningen men det finns även en viss reell incidensökning. Prognosen har gradvis förbättrats under de senaste 40 åren från ca 40 % 5-årsöverlevnad i slutet av 70-talet till nu över 60 % 5-årsöverlevnad. Den förbättrade överlevnad som setts beror sannolikt på en kombination av förbättrad diagnostik, förfinad kirurgi samt ökad användning av adjuvant cytostatikabehandling. Det ses inga skillnader i överlevnad mellan landets regioner eller mellan kön.

Överlevnaden är mycket tydligt korrelerad till tumörstadium vid diagnos. Patienter i stadium 1 och 2 har 3-årsöverlevnad >90 %, i stadium 3 drygt 75 % medan patienter i stadium 4 endast har 20 % 3-årsöverlevnad.

20-25 % av patienter med koloncancer kommer till sjukvården som akutfall, oftast p.g.a. ileussymptom, en mindre andel p.g.a. blödning eller perforation. Dessa patienter måste ofta omhändertas och opereras skyndsamt utan fullständig preoperativ utredning.

Rektalcancer

Rektalcancerincidensen är drygt 2000 per år i Sverige, ca 200 per år i norra regionen. Till skillnad mot koloncancer drabbas fler män än kvinnor. Även för rektalcancer är incidensen långsamt ökande. Det ses i landet en gradvis minskande mortalitet sannolikt p.g.a. strålbehandling, förbättrad kirurgi och adjuvant behandling. Den relativa 5-årsöverlevnaden är nu kring 60 %. Det finns inga stora skillnader mellan regionerna. Kvinnor har en något högre överlevnad. I stadium 1 är 5-årsöverlevnaden över 90 %, i stadium 2 över 80 %, i stadium 3 drygt 60 % och i stadium 4 ca 15 %.

Screening

Screening för kolorektal cancer syftar till att identifiera och behandla patienter med tidiga, symptomlösa, tumörer eller förstadier till cancer. Allmän screening rekommenderas både från EU och Socialstyrelsen och internationellt förekommer screeningprogram i flera länder. Stockholm-Gotland har haft screening av befolkningen i åldern 60-74 år sedan 2008 och motsvarande screening har föreslagits införas i resten av landet preliminärt från slutet av 2019. Metoden är avföringsprov för analys av ockult (osynligt) blod lämnade vartannat år och undersökning med koloskopi vid positivt fynd.

Diagnostik

Tidig diagnos är viktig för en god prognos vid kolorektal cancer. Någon klar tendens genom åren till tidigare upptäckt har inte kunnat skönjas i registerstudier. Koloncancer ger inga eller endast vaga symptom i tidiga stadier. En lyhördhet i primärvården inför tarmfunktionsrubbingar och prompt utredning av tarmlödnning och / eller anemi samt god tillgänglighet till kolonundersökningar är nödvändig för att diagnosticera tarmtumörer i så tidigt stadium som möjligt.

Till införandet av standardiserat vårdförlopp hör kriterier för s k misstanke resp. skäligen misstanke om kolorektal cancer och riktlinjer för handläggning och remittering av dessa patienter. Dessa bör vara väl kända av både läkare och mottagningsköterskor i primärvården.

Av kolonundersökningar är koloskopi förstahandsmetod. Vid skopiundersökning kan förstadier eller tidiga tumörstadier i form av polyper avlägsnas och prov tas från tumörer. När koloskopi inte är möjlig eller olämplig (framför allt äldre, sköra patienter) kan DT-colon vara ett alternativ.

Vid diagnos av kolorektal cancer görs normalt sett alltid ytterligare undersökningar för att så långt möjligt identifiera tumörstadium och avslöja ev. metastatisk sjukdom. I de flesta fall innebär detta datortomografiundersökning av thorax och buk. Vid rektalcancer tillkommer MR av bäckenet för att kartlägga lokalt tumörstadium.

Behandling

När undersökningsresultat är klara diskuteras patienten i multidisciplinär konferens med deltagande av kirurg, onkolog, radiolog, patolog och kontaktsjuksköterska. Vid koloncancer går de flesta patienter direkt till operation. Vid fall av levermetastaser behandlas dessa ibland före primärtumören med cytostatika + leverresektion. Vid utbredd metastasering eller lokalt avancerad primärtumör ges ibland s k neoadjuvant cytostatikabehandling i syfte att minska sjukdomsburda respektive göra tumören operabel. Vid generaliserad sjukdom och symptomgivande tumörstriktur kan begränsad operation med stomiframläggning eller stentning istället för operation göras i lämpliga fall.

Vid rektalcancer avgör lokalt tumörstadium och tumörläge huruvida patienten ska förbehandlas före operationen med strålbehandling mot lilla bäckenet i syfte att minska risk för lokalrecidiv och i förlängningen också förbättra överlevnaden. Vid utbredd tumörväxt (10-15 % av patienterna) ges s k lång strålbehandling och oftast i kombination med cytostatika under några veckors tid följt av en väntetid på 6-8 veckor i syfte att krympa tumören inför operationen. Överväxt på kringliggande organ kan innebära utvidgade operationer medtagande delar av urinblåsa, inre genitalia, utvidgat borttagande av bäckenbotten m m. Som vid koloncancer innebär spridd sjukdom ofta individualiserad behandling med cytostatika och när så är möjligt metastaskirurgi.

I en liten andel av fallen kan en ändtarmstumör försvinna till synes helt efter strålbehandling. Flertalet av dessa behöver då inte opereras utan följs i ett intensivt kontrollprogram ("watch and wait") för att hinna fånga upp ev. återfall medan de går att behandla.

Minimalinvasiv operation görs allt oftare för både koloncancer och rektalcancer.

På senare år har metastaskirurgin ökat kraftigt p.g.a. förbättrade resultat och minskade risker. Framför allt har leverkirurgi vid levermetastaser uppvisat goda resultat med över 30 % 5-årsöverlevnad i en grupp av patienter som utan denna behandling samtliga avlider. Även lungresektioner och utvidgade operationer vid lokalrecidiv företas betydligt oftare nu än förr. Vid spridning av dottertumörer i bukhålans bukhinneytor kan omfattande operation efterföljd av instillation av cytostatikalösning i bukhålan, s k HIPEC-behandling, utföras i botande syfte. Dessa ingrepp är centraliserade till fyra centra i Sverige.

Cytostatikabehandling vid kolorektal cancer ges på flera indikationer:

- Neoadjuvant behandling inför levermetastaskirurgi eller för ”down-staging” av lokalt avancerad tumör.
- Adjuvant behandling dvs. tilläggsbehandling av tumöropererade patienter med större risk för återfall. Detta gäller i huvudsak patienter i stadium 3 dvs. radikalt opererade men med lokala lymfkörtelmetastaser. Denna behandling har i studier visats förbättra prognosen med i relativa tal 20-25 %. För avsedd effekt måste denna behandling påbörjas helst inom 6 och senast inom 8 veckor från operationstillfället.
- Palliativ behandling ges till patienter med spridd obotlig sjukdom i syfte att förlänga överlevnad och förbättra livskvalitet.

Utöver konventionella cytostatika har på senare år tillkommit s k biologiska farmaka dvs. antikroppar mot cellproteiner som är vitala för tumörers celledelning och angiogenes. Dessa medel används framför allt vid neoadjuvant behandling men ibland även i andra eller tredje linjens palliativa behandling.

Uppföljning

Kontrollundersökningar efter slutförd tumörbehandling utförs av två skäl. Dels utförs kontroller med mätningar av S-CEA + datortomografiundersökningar av thorax – buk efter ett respektive tre år efter operation för att fånga behandlingsbar men ännu inte symptomgivande metastasering. Dels bör patienter under ca 75 års ålder koloskopiundersökas med lämpliga intervall, vanligen vart 5:e år, för att fånga metakron polyp- eller tumörutveckling i tidigt skede.

Minst 10 % av kolorektal cancer anses ha en ärftlig komponent. En släktanamnes är alltid viktig och vid misstanke om en familjär anhopning bör en släktutredning och genetiska analyser utföras. Patienter och släktingar med förhöjd tumörrisk rekommenderas koloskopikontroller i intervaller baserade på bedömning från cancergenetisk mottagning.

LOKALA ÖVERVÄGANDEN

Nuläget

I norra regionen opereras koloncancer vid 6 sjukhus. Rektalcancer opereras på 4 sjukhus i regionen, på regionsjukhuset och de tre länssjukhusen.

I Norrbotten har kolorektalkirurgin centraliserats till Sunderbyns sjukhus. De senaste åren har en centralisering skett i Västerbotten på så sätt att Lycksele inte längre opererar koloncancer utan dessa operationer utförs i Skellefteå och Umeå och rektalcancer har koncentrerats till Umeå. I Västernorrland opereras på motsvarande sätt rektalcancer endast i Sundsvall, koloncancer opereras även i Örnsköldsvik. Sollefteå har inte längre bukkirurgi. I region Jämtland – Härjedalen finns endast ett sjukhus i Östersund. Någon förändring av nivåstrukturen av kirurgin är inte aktuell för de närmaste åren.

Preoperativ strålbehandling av rektalcancer ges i Umeå och Sundsvall.

Onkologiska kliniker finns i Umeå och Sundsvall och en onkologisk sektion är under uppbyggnad i Östersund. Konsultverksamhet med ronder och onkologisk mottagning förekommer i Örnsköldsvik, Skellefteå, Östersund och Sunderbyn. Cytostatikabehandling ges vid alla sjukhus men i Örnsköldsvik, Lycksele och Skellefteå i huvudsak vid kirurgklinikerna med stöd från onkologklinik. Denna decentraliserade onkologiska behandling bör fortsätta utvecklas och stödjas.

Det senaste nationella vårdprogrammet kom 2015 samtidigt med nationella riktlinjer. En revision av vårdprogrammet är planerad till 2018-19. Sedan 90-talet har regionala vårdprogram för kolorektal cancer utarbetats med lokala tillägg till de nationella vårdprogrammen.

Vården av patienter med kolorektal cancer har under senare år följts noggrant i två nationella kvalitetsregister; rektalcancerregistret sedan 1995 och det nationella koloncancerregistret sedan 2007. Analyser av norra regionens sjukvård visar resultat avseende överlevnad, lokalrecidiv och komplikationer efter behandling som är likvärdiga med resten av landet.

Kirurgins kvalitet är den viktigaste faktorn för bot av kolorektal cancer. Operationstekniken har utvecklats till mer radikal men samtidigt mer precis och skonsam kirurgi som ställer större krav på det kirurgiska teamet. En tillräcklig volym både per kirurg och per sjukhus är nödvändig för modern vård och inte minst för förmåga att hantera ev. komplikationer. Frågan om tillräckliga volymer har även betydelse för undervisning och forskning. Tillgången till minimalinvasiv kirurgi är fortfarande ojämnt fördelad i regionen.

Det för närvarande helt överskuggande problemet för kolorektalcancervården är en uttalad resursbrist som riskerar att försämra både resultat och överlevnad. Den rådande sjuksköterskebristen har medfört vårdplatsbrist, bristande operationsresurser och långa köer till diagnostik p.g.a. bristande endoskopiresurser. Patienter vårdas ibland på avdelningar som saknar kompetens för cancervård. Det görs nödlösningar där patienter opereras på enheter som enligt nivåstruktureringsbeslut normalt inte ska operera cancer. Långa köer till koloskopi innebär försenad diagnostik för cancerpatienter eftersom SVF-förloppet bara fångar upp en del. Patologins kvalitet avseende antalet körtlar och väntetider sjunker i delar av regionen pga

personalbrist. Patienter får förlängd kemoterapi p.g.a. långa köer till metastaskirurgi. Kontaktsjuksköterskeresurserna är på många håll för snålt tilltagna för att möjliggöra önskvärda satsningar på uppföljning och rehabilitering.

Ledtider

Standardiserat vårdförlopp (SVF) har införts i syfte att förkorta utrednings- och planeringstiderna utgåendet från alarmsymptom eller från och med tumörfynd på röntgen eller vid skopiundersökning. SVF för kolorektal cancer infördes 2016. Mediantiden för väntan på diagnostisk undersökning har därefter minskat i regionen, dock med stor spridning. Ledtiderna mellan diagnos och behandling har emellertid inte förändrats.

Screening

Nationell kolorektalcancerscreening föreslås införas med start från slutet av 2019. Den pågående SCREESCO-studien avslutar inklusionen av nya fall under innevarande år. Fullt utbyggd screening beräknas kräva ca 1500 koloskopiundersökningar ytterligare per år i regionen och innebär behov av ytterligare utbyggnad av endoskopikapaciteten.

MDK

Alla patienter med tumörsjukdom bör avhandlas på multidisciplinär konferens (MDK), både före och efter behandling. Även ev. återfall bör tas upp till gemensam bedömning. Konferensverksamheten har byggts ut de senaste åren och är numera en självklar del i handläggningen av patienter med kolorektal cancer. Hög andel koloncancer- resp. rektalcancerpatienter dragna i MDK var tidigare mål i utvecklingsplanerna men dessa mål är numera uppnådda.

I regionen finns tre konferenser varje vecka för icke metastatisk sjukdom och en regional konferens likaså en gång per vecka för de mer komplicerade patienterna med spridd sjukdom.

Kontaktsjuksköterska

I modern cancervård har kontaktsjuksköterskan en central position som kontaktperson för patienterna. Hen ska ha ett tydligt definierat uppdrag och en koordinerande funktion som bl a innefattar optimering av vårdkedjor, minskning av ledtider för utredning och behandling och som innebär att patientens roll i vårdprocessen stärks. Viktiga arbetsuppgifter är upprättande av vårdplan, analys av patienters speciella behov och initiering av cancerrehabilitering. Kontaktsjuksköterskefunktionen måste vara tillräckligt dimensionerad för att upprätthålla dessa uppgifter under årets alla veckor.

Tillgång till kontaktsjuksköterska har angivits som ett kvalitetsmått i samtliga handlingsplaner från RCC. Alla enheter har anställda kontaktsjuksköterskor men funktionen är inte tillräckligt utbyggd vid alla kliniker inom regionen. Detta är inte acceptabelt.

För kolorektal cancervård bör riktmärket vara en heltidstjänst per en volym motsvarande 100 nya cancerfall per år.

Task-shifting

I syfte att öka tillgången på koloskopiundersökning av god kvalitet finns sedan några år nationell endoskopiutbildning av skoperande specialistsjuksköterskor. Endoskopi som traditionellt varit läkararbete utförs nu vid många enheter även av sjuksköterskor. Trots detta råder brist på skopister i stort sett i hela regionen varför det än så länge knappast är fråga om att läkare frigörs till andra arbetsuppgifter. Andelen skopister av olika kategorier måste tillåtas variera beroende på lokala förutsättningar och organisation. Fortsatt utbildning av nya koloskopister och utbyggnad av skopiresurserna i regionen är helt nödvändig för att klara ledtider och möjliggöra kommande screening.

Kontaktsjuksköterskor och stomiterapeuter har i varierande omfattning egna patientkontakter och egen mottagning med bland annat kontrollundersökningar som tidigare sköttes av läkare.

Cancerrehabilitering

Alla patienter som behandlas för cancersjukdom ska ha tillgång till en kontaktsjuksköterska. Skriftlig vårdplan ska upprättas. Strukturerad bedömning av patientens rehabiliteringsbehov bör göras redan före behandling, under vårdförloppet och efter utförd diagnostik och behandling. Validerade instrument såsom ”distress”-termometern kan med fördel användas. Patienter i behov av avancerade rehab-insatser som inte löses lokalt ska erbjudas stöd och remiss till erforderlig kompetens. En regional MDK för bäckencancerrehabilitering finns för handläggning av patienter med avancerade behov.

En förutsättning för fungerande rehabiliteringsinsatser är tillräcklig tillgång på kontaktsjuksköterskor.

Palliation

Vid spridd, icke botbar sjukdom, ges de flesta patienter palliativ onkologisk behandling i form av cytostatikabehandling. Behandlingen anpassas individuellt och styrs efter radiologiskt svar och med hänsyn till biverkningar och allmäntillstånd. Patienter som p.g.a. hög ålder eller komplicerande sjuklighet inte kan ges tumörbehandling ges stödjande, symptomlindrande behandling. När aktiv behandling avslutats sköts de flesta patienterna med hjälp av insatser från palliativa team.

PROBLEMMOMRÅDEN

Det finns områden med tydlig förbättringspotential i vården av patienter med kolorektal cancer i regionen. För de närmaste åren har nedanstående prioriterats som angelägna områden för utvecklingsarbete:

Ledtid remiss - diagnos:

Väntetiderna till koloskopi är långa i hela regionen. De patienter som fyller kriterierna för standardiserat vårdförlopp prioriteras till undersökning som enligt SVF ska göras senast 10 dagar efter remiss. En stor andel av patienter med kolorektal cancer har dock inga tydliga alarmsymptom och fyller inte kriterierna för SVF. I en oselektad grupp patienter i kö för koloskopi för varierande tarmsymptom har 5-10 % kolorektal cancer. Enda sättet att hålla nere väntetiderna för denna grupp är att tillse generellt god tillgänglighet för tarmundersökning med koloskopi. Skopiresurser måste byggas ut i hela regionen inte minst med tanke på kommande kolorektal cancerscreening. Investeringar måste göras i lokaler, instrument och personal.

Det är rimligt att tillse att patienter med tarmsymptom där tumör inte kan uteslutas åtminstone undersöks motsvarande prioritetsgrupp 2 dvs. inom en månad. Denna målnivå används retrospektivt dvs. tiden från remiss till diagnos mäts i efterhand för de patienter som visade sig ha tarmcancer.

Målnivå: >95 % av patienterna med kolorektal cancer får diagnos < 4 veckor efter remiss.

Genomförs fram till 2021. Mätbart i kvalitetsregister.

Förbättrad patologi:

Det är väl känt att lymfkörtlarna i operationspreparatet bör undersökas noggrant för korrekt stadiindelning och man har av hävd ansett att minst 12 lymfkörtlar bör undersökas. Mätning av detta kan fungera som ett mått på kvaliteten / noggrannheten i patologin. För få undersökta körtlar innebär risk för underbehandling dvs. underdiagnosticering av patienter i stadium 3 som kan dra nytta av adjuvant behandling.

Samma lymfkörteldiskussion finns för rektalcancer men den preoperativa strålbehandlingen kan göra det svårare för patologen att leta upp lymfkörtlar i operationspreparatet. Över åren har det skett en gradvis förbättring vad gäller antalet undersökta lymfkörtlar i landet. Den skillnad som ses mellan olika sjukhus återspeglar sannolikt snarare den inre organisationen i patologlaboratorierna än skillnader i den kirurgiska kvaliteten.

Förbättring har skett de senaste åren i Sunderbyn och Sundsvall. För Umeå – Östersund sågs en förbättring för några år sedan men de senaste åren ligger resultaten tyvärr långt från målen för både kolon- och rektalcancer. Det råder brist på både patologer och biomedicinska analytiker.

Eftersom målen inte uppnås överallt inom regionen finns skäl att behålla fokus på denna målnivå i ytterligare några år.

Målnivå: >95 % \geq 12 lymfkörtlar i operationspreparat efter op för koloncancer. >90 % \geq 12 lymfkörtlar i operationspreparat efter operation för rektalcancer.

Genomförs till 2020. Mätbart i kvalitetsregister.

Väntetider på PAD-svar på operationspreparaten är emellanåt ett problem. Ev. adjuvant cytostatikabehandling bör enligt studier påbörjas inom sex veckor postoperativt för att ge avsedd effekt. För att möjliggöra detta bör PAD-svaret vara klart till ett återbesök inom 3-4 veckor postoperativt. Modern preparathantering med storsnitt vid rektalcancer etc. tar längre tid än konventionell patologi. Här avses tiden till första svar, vid kompletterande immunhistokemi etc måste förlängd tid accepteras. PAD-svaret skall åtföljas av ifylld svarsmall; detta är ett oavvisligt krav då uppgifterna in till registret annars blir ofullständiga.

Målnivå: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum.

Genomförs till 2020. Mätbart i kvalitetsregister.

Kliniska studier:

Det är fortfarande alltför få patienter som rekryteras till kliniska studier. En långsam ökning ses och uppsatt mål nås nu i Sundsvall och Sunderbyn. Eftersom målet inte uppnås i resten av regionen kvarstår mätningen av denna målnivå.

Målnivå: >30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie.

Genomförs fram till 2020. Mätbart i kvalitetsregister.

Adjuvant behandling:

Adjuvant cytostatikabehandling ska helst startas inom 6 veckor och högst inom 8 veckor efter operation för att ge avsedd effekt. Enligt kolorektalcancerregistret når svenska kliniker upp till detta kriterium i ca 80 % vilket är bättre än för några år sedan. Att få igång behandling i tid är i huvudsak en organisatorisk fråga. De patienter som på grund av en komplikation eller av annat skäl inte kan ges adjuvant behandling kan inte heller beslutas för sådan vid konferens.

Tiden till adjuvant behandling är fortfarande oacceptabelt lång vid några kliniker i regionen. Det finns här tydliga krav i nationella riktlinjer som inte uppfylls och patienter undandras därmed optimal behandling. Förbättrat samarbete mellan kirurg- och onkologklinik och/eller en kraftsamling från onkologklinikens sida för bättre hantering av det ganska blygsamma

antalet patienter det är frågan om anbefalles. Det finns stor anledning att fortsätta mäta och förbättra denna ledtid.

Målnivå: 100 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer).

Genomförs fram till 2020. Mätbart i kvalitetsregister.

Minimalinvasiv kirurgi:

Minimalinvasiv kirurgi dvs. laparoskopisk kirurgi ska enligt nationella riktlinjer erbjudas patienter som bedöms lämpliga för metoden. Resultaten efter laparoskopisk kirurgi innefattar minskad postoperativ smärta, kortare tid till återhämtning och kortare vårdtider och metoden är minst likvärdig öppen kirurgi ur onkologisk synpunkt. Det pågår en snabb utveckling av den minimalinvasiva kirurgin både nationellt och inom regionen. Antalet laparoskopiskt påbörjade ingrepp räknas med konverterade fall angivna som en undergrupp. Utvecklingen har här gått olika fort inom regionen. Västernorrland har inte nått målen än för kolonkirurgin. För rektalcancer nås målen hittills endast i Norrbotten och Västerbotten.

Målnivå: >30 % andel minimalinvasiv kirurgi för både koloncancer och rektalcancer.

Genomförs fram till 2020. Mätbart i kvalitetsregister.

LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Ledtider, hela vårdkedjan

Ledtiderna från remiss (ofta från primärvården) och till diagnostik och behandling av kolorektal cancer är inte helt lätta att mäta. I kolorektalregistret lagras diagnosdatum, datum för remissens utfärdande, datum för ankomst av remiss till behandlande klinik, första läkarbesök vid kirurgklinik, datum för MDT-konferens samt startdatum av behandling t ex strålbehandling, cytostatikabehandling eller operation. Inremissen kan vara allt från primärvårdsremiss för koloskopiundersökning pga vaga tarmsymptom till remiss från gastroenterolog eller annan klinik för patient med färdigutredd cancer. I det senare fallet är handläggningen fram till diagnostik dold för registreringen och kan ha innefattat flera led och haft varierande längd.

I de publicerade öppna jämförelserna anges ledtider från diagnosdatum till behandlingsstart för både kolon- och rektalcancer. Dessa tider är relativt lätta att definiera och tämligen likartade inom regionen. I delar av regionen är väntetiderna till endoskopiska undersökningar mycket långa.

Standardiserat vårdförlopp för kolorektal cancer infördes 2016. I norra regionen har detta hittills enligt statistiken medfört kortare diagnostiskt förlopp mätt som mediantid från remiss till diagnos men väsentligen oförändrade ledtider från diagnos till behandling. Eftersom resurserna för diagnostik (koloskopi) är begränsade kan undanträngningseffekter befaras med långa väntetider till följd för patientgrupper som inte fångas upp av SVF-kriterierna. En ny målnivå avseende tid för diagnostik införs i syfte att kontrollera och hålla nere maximal väntetid till koloskopiundersökning.

Minimalinvasiv kirurgi

Laparoskopisk kirurgi (titthålskirurgi) är numera rutinmetod vid galloperation, operation mot gastroesofageal reflux och vid binjurekirurgi. På många centra i världen görs merparten av kolorektal kirurgi laparoskopiskt liksom appendektomier och vissa typer av bråck. Fördelarna med laparoskopi är minskad postoperativ smärta, reducerad fysiologisk påverkan av operationen och minskad risk för vissa komplikationer såsom ärrbråck och adherenser. Vårdtider och sjukskrivningstider förkortas och det kosmetiska slutresultatet är vanligen avsevärt bättre. Nackdelar är högre kostnad per ingrepp dels p.g.a. dyrare utrustning och engångsmaterial, dels p.g.a. längre operationstider. De onkologiska resultaten är likvärdiga för öppen resp. laparoskopisk kirurgi för kolorektal cancer.

På många håll i världen har laparoskopi introducerats i stor omfattning vid kolorektal kirurgi och i Danmark och England görs numera en större andel av operationerna för kolorektal cancer laparoskopiskt. I England har man försökt driva på utvecklingen från centralt håll. I Sverige har andelen laparoskopisk kirurgi ökat kraftigt de senaste 2-3 åren. Robotassisterad laparoskopisk kirurgi f f a vid operation av rektalcancer är numera införd vid flera sjukhus i landet och även på NUS.

Även i norra regionen ökar andelen minimalinvasiv kirurgi f.f.a. för koloncancer. Metoden är inte möjlig eller lämplig för alla patienter. Efter införandet av metoden vid en klinik bör det dock vara rimligt att minst 30 % av patienterna opereras laparoskopiskt och vi har valt att ta med en mätning av detta som en önskvärd miniminivå.

Förbättrad diagnostik

Kapaciteten för diagnostik av vår tredje vanligaste cancerform är alldeles för låg i delar av regionen. Köerna till f f a koloskopi är långa men varierande inom regionen och på vissa sjukhus görs fortfarande en andel av kolonundersökningarna med CT-kolon. Den pågående screeningstudien, SCREESCO, har inneburit utbyggnad av ytterligare skopiresurser och kommande allmän screening kommer att kräva ytterligare förstärkning. Införandet av standardiserade vårdförlopp har inneburit krav på koloskopiundersökningar med mycket kort varsel.

Situationen har förbättrats genom utbildning av skoperande sjuksköterskor vid flera sjukhus i regionen och investeringar med utbyggnad av skopienheterna men resurserna är ännu långt från tillräckliga.

F n utförs i landet mellan 0,5 och 1,8 (Stockholm) koloskopier per 100 invånare och år. Ett riktmärke för framtida behov av koloskopier har ansetts vara åtminstone ca 1,5 koloskopier per 100 invånare och år.

Förbättrat patientomhändertagande

Tillgången till kontaktsjuksköterskefunktion i erforderlig omfattning är nödvändig för ett modernt omhändertagande av cancerpatienter. Kontaktsjuksköterskan ska vara kontaktperson och länk in till kliniken. Hen ska ha tid avsatt för informations- och stödsamtal med patienterna både vid nybesök och återbesök. Upprättande av vårdplan, identifiering av patienters behov av stöd och cancerrehabilitering ingår i arbetsuppgifterna.

Här finns brister av varierande grad i regionen och i första hand måste adekvata resurser tillskapas på kirurg- och onkologmottagningarna. Utan sådana satsningar blir rehabiliteringsplaner etc. ogenomförbara. Ansvar för detta ligger på klinikledningsnivå.

SWOT-analys

Samtliga målområden mäts kontinuerligt i det kolorektala kvalitetsregistret.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
>95 % av pat med kolorektalcancer får diagnos inom 4 veckor från remiss	Konsensus om rimliga väntetider för alla pat. med kolorektal cancer även om kriterierna för SVF inte uppfylls.	Brist på koloskopiresurser med långa väntetider. Undanträngningsproblem från SVF?	Utbyggnad av diagnostik på gång bl. a. för att klara kommande screening	Bristande skopiresurser
>95 % ≥12 lymfkörtlar i operationspreparat efter op. för koloncancer. >90 % ≥12 lymfkörtlar i operationspreparat efter op. för rektalcancer	Konsensus både bland kirurger och patologer om att detta är viktigt. Välkänd kvalitetsindikator för kirurgi + patologin.	Patolog- och BMA-brist.	Säkrare stadiindelning inför beslut om adjuvant behandling.	Patolog- och BMA-brist. Undanträngningsproblem av SVF-märkta preparat?
>90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum	Prioriterat område och uppmärksammas i MDT-konferenser.	Patolog- och BMA-brist. Moderna storsnitt vid rektalcancer tar längre tid att preparera och förlänger svarstiden.	Snabbare svar ökar andelen patienter som kan ges adjuvant behandling < 6-8 veckor postop (med bättre behandlingseffekt)	Patolog- och BMA-brist. Undanträngningsproblem av SVF-märkta preparat?
>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie	Kliniska studier lyfter verksamheten + behövs för utveckling av vården.	Lågt forskningsintresse och inget studiedeltagande alls vid några kliniker i regionen.	Tillskapande av forskningsjuksköterskefunktion kan vara en väg att öka andelen inkluderade pat.	Personal- och tidsbrist orsakar att pat inte tas med i studier
Start av adjuvant cytostatikabehandling inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	Inga långa väntetider till onkologi i regionen.	Pat som drabbas av postop. komplikationer kan ej ges adjuvant behandling i tid	Ökad andel patienter som får adjuvant behandling < 6 veckor postop (med bättre behandlingseffekt)	För långa svarstider + väntetider till kirurg- och onkologmott
>30 % minimalinvasiv kirurgi vid op. av koloncancer och rektalcancer	Laparoskopisk kompetens och utrustning finns redan vid alla sjukhus.	Utbildningsinsatsning krävs, lång learning curve. Dyrare; material och op.tid	Minskade komplikationer. Kortare vårdtider.	Ekonomin. Tillräckligt antal kirurger med laparoskopisk kompetens.

Bilaga 2 K Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Umeå 2018-05-15

Håkan Olsson
Överläkare
Norrlands Universitetssjukhus
Processledare för kolorektal cancer RCC Norr